



Levendel László
Mezei Árpád

Az alkoholista beteg személyisége

Akadémiai Kiadó, Budapest

Levendel László—Mezei Árpád

AZ ALKOHOLISTA BETEG
SZEMÉLYISÉGE

Az alkoholizmus az egész világon súlyos probléma: pusztító népbetegség. A szerzők az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet keretén belül, munkatársaikkal az elmúlt másfél évtizedben 140 000 ápolási napot fordítottak alkoholisták gyógykezelésére. Bár elsősorban az alkoholizmus orvopszichológiai és szociálpszichológiai szempontjait kutatták, tapasztalataikat, széles körű irodalmi ismereteiket az alkoholizmus elleni küzdelem gyakorlati problémáinak megoldására kívánják felhasználni. Ezért a könyvet nemcsak alkohológusok, hanem más szakorvosok, körzeti és üzemi orvosok, pszichológusok, szociológusok, kriminológusok, az alkoholizmussal foglalkozó más szakemberek is haszonnal forogathatják.



AKADÉMIAI KIADÓ
BUDAPEST

AZ ALKOHOLISTA BETEG SZEMÉLYISÉGE

LEVENDEL LÁSZLÓ – MEZEI ÁRPÁD

AZ
ALKOHOLISTA BETEG
SZEMÉLYISÉGE



AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST 1972

© Akadémiai Kiadó, Budapest 1972

Printed in Hungary

TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés	9
I. Alkoholológiai alapismeretek	13
Az alkoholizmus fogalma, meghatározása	13
Az alkoholizmus elterjedésére és demográfiájára vonatkozó fontosabb adatok	16
Az alkoholizmus okai (kóroktana)	21
Az alkoholizmus kórtana	25
a) Az alkohol farmakológiai, ill. toxikológiai vonatkozásai ..	25
b) Az alkohol-intoxikáció (részegség)	26
c) A krónikus alkoholizmus kórtani vonatkozásai	29
Az alkoholos betegségfolyamat (az alkoholizmus fázisai)	32
Az alkoholizmus pszichiátriai szövődményeiről	35
A kóros (patológiás) részegség	35
A delirium tremens	36
Az akut alkoholos hallucinosis	38
II. Általános személyiségtani ismeretek	41
Személyiségtani irányzatok	41
A szintetikus (tranzakcionista) elmélet	43
Személyiségfejlődéstani vonatkozások: az ontogenezis szerepe	45
Ontogenezis és család	53
A mélylélektan személyiségtanára vonatkozó további megjegyzések. A pszichoanalízis tanai a felnőtt személyiség szerkezetéről. Kritikai megjegyzések	55
A személyiség filogenetikus vizsgálata	60
A testvázlat szerepe	63
Antropológiai, társaslélektani, személyiségdinamikai megjegyzések	66
A társadalmasodás folyamata	67
A különböző személyiségtanok szintézisének a lehetősége	73
Normális, típusos és abnormis	77

III. Az alkoholista beteg személyiségének vizsgálata	79
A) Irodalmi adatok az alkoholista személyiségről	79
Az alkoholista személyiség pszichoanalitikus szemléletű irodalma	79
Az alkoholisták személyiségszerkezetét, személyiségvonásait, élet-	
történetét feltáró irodalmi adatok	83
Az alkoholizmus szociálpszichológiai szempontú irodalma	92
B) Saját vizsgálataink összefoglalása	99
Az anamnesztikus személyiségvizsgálat	100
Anamnézis-vázlat alkoholista beteg személyiségvizsgálatára	103
A korai személyiségfejlődést károsító tényezők előfordulása	
alkoholista betegeknél	107
Az anamnézis feldolgozásából nyert további adatok, a felnőtt-	
kori frusztrációk	121
Kazuisztika	124
A Rorschach-teszt alkalmazása az alkoholisták személyiség-	
vizsgálatában	137
Kazuisztika	146
IV. Az alkoholista beteg személyisége	150
Az alkoholista személyiség sokszoros traumatizáltságának	
szindrómája	151
Az „elviselhetetlenség” szindrómája	166
a) Az időbeli diszparitás	168
b) Diszparitás testi, alkati vonatkozásban	171
c) A diszparitás-fogalom egyéb megnyilvánulásai, ill. formái	
Függőség és függetlenség. A függőség viszonylat	172
A függetlenség viszonylat	178
A diszparitásból származó inadekvátság kialakulása	184
Az alkohol jelentősége az alkoholisták számára	187
Az alkoholmámor, az ekstsztázis-keresés és az „elviselhetetlenség”	
szindrómája	196
Az alkoholfogyasztás néhány társaslélektani vonatkozása	197
Az alkoholizmus pszichiátriai szövődményei (delírium, halluci-	
nózis) és az alkoholista személyiségkép	201
V. Az alkoholista beteg kapcsolata orvosával és az orvosi munka-	
társakkal	207
Az orvos—beteg kapcsolatról általában	207
Az alkoholista beteggel való kapcsolat speciális problémái	214

VI. Az alkoholista beteg gyógykezelése	220
Az absztinenciát biztosító eljárások	221
A pszichofarmakonok az alkoholista beteg gyógykezelésében ..	230
a) Major tranquillansok	231
b) Minor tranquillansok	233
c) Antidepresszansok	234
A delirium tremens kezelése, különös tekintettel az antideliráns szerekre	235
Az alkoholista beteg pszichoterápiája	240
a) Az alkoholista beteg egyéni pszichoterápiája	242
b) Alkoholista betegek csoportpszichoterápiája	257
c) Alkoholista betegek kezelésében alkalmazható egyéb pszichoterápiás eljárások	261
Az alkoholista beteg szocioterápiája	263
a) A házassági, családi konfliktus, ill. szituáció rendezése .	265
b) Munkahelyi, foglalkozás- és hivatásproblémák rendezése .	268
c) Lakóhelyi és lakásproblémák	271
VII. Az alkoholista beteg személyiségéről nyert ismereteink hasznosítása az alkoholizmus elleni küzdelemben	273
Megelőzés és felvilágosítás	274
A felkutatás	278
Nyilvántartásba, ill. gondozásba vétel, gondozói csoportosítás	282
A gyógykezelés szervezési problémái	284
Az utógondozás	291
Rehabilitáció, reszocializáció, reedukáció	292
A szakhálózat fejlesztése. Tudományos kutatás. Káderképzés, továbbképzés	296
Irodalom	300
Tárgymutató.....	333

BEVEZETÉS

Az alkoholizmus súlyos — többek közt egészségügyi — probléma nemcsak nálunk, hanem világszerte. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO), a Nemzetközi Alkoholizmus és Kábítószer Elleni Szervezet (ICAA), valamint a nemzeti szervezetek által kezdeményezett felmérések és statisztikai adatszolgáltatás alapján egyre világosabbá válik, hogy egészségügyi, gazdasági, társadalmi, családi, munkaügyi és nem utolsósorban a személyiség vonatkozásában pusztító népbetegséggel állunk szemben. A WHO adatai szerint világviszonylatban 25 millióra tehető az alkoholbetegek száma. Hazánkban óvatos becslések alapján is 100 000 férfi és 10 000 női alkoholistával kell számolnunk. Ez a szám évről évre nő, egyre inkább érintve a nőket és a fiatalokat is. A családtagok, a veszélyeztetett gyermekek száma — akik alkoholisták környezetében élnek — több százezerre tehető. 1966-ban Magyarországon 15 088 közlekedési baleset történt, ebből 2321 esetben (17%) kimutatható volt a vezető, kisebb részben a gyalogos ittassága. Ugyancsak ebben az évben bűncselekmény miatt 67 944 felnőtt személyt ítélték el; ebből 16 064 esetben (23,6%) volt megállapítható az alkohol hatása a bűncselekmény elkövetésében. A helyzet az utóbbi években tovább romlott. 1968-ban az ittasságból eredő balesetek száma 3353-ra emelkedett. 1968 I. félévében 28,7%, 1969 I. félévében 31,2% volt az alkoholfogyasztásból származó összes büntettek aránya. Ezen belül 1969-ben az alábbi arányban tudták kimutatni az alkoholos befolyásoltságot: hivatalos személy elleni erőszak 70,9%, garázdaság 76,3%, emberölés 48,9%, testi sértés 45,9%, ifjúság elleni büntett 61,9%, erőszakos nemi közösülés 48,8%. Az 1962-ben végzett szociológiai vizsgálat szerint a férfi öngyilkosok 53%-a, a női öngyilkosok 14%-a alkoholista volt. Jelenleg az öngyilkossági statisztikában hazánk élen jár (WHO, 1968), az esetek 40%-ában ez az alkoholizmussal függ össze. Ugyanez a helyzet a válások tekintetében is. Évről évre növekszik a veszélyeztetett környezetből állami gondozásba kerülő gyermekek száma a szülő (vagy a szülők) alkoholizmusa miatt. Ez évenként kb. 16 000 gyermeket — az összes állami gondozottak mintegy 50%-át jelenti (Rostás, 1970).

Az idült alkoholizmus és az alkoholos elmebaj intézeti kezelése máris évenként 120 000 ápolási nappal terheli az amúgy is elégtelen számú elmeágyakat, és ez még messze a szükségletek alatt van. Nehezen állapítható meg statisztikailag, de az orvosok jól ismerik a más betegségekhez társuló s a mögöttük meghúzódó alkoholizmus jelentőségét. Becslések szerint pl. a máj-cirrhosisban elhaltak 60—65%-a lényegében alkoholbeteg volt.

Ugyanakkor hazánkban az alkoholizmus elleni küzdelem szervezettsége — lehetőségeihez viszonyítva — kezdetleges, hatékonysága vitatható. Egyelőre még — a KSH adatszolgáltatása szerint — évről évre nő a szeszes italok fogyasztása (különösen a söré és az égetett italoké), pedig Magyarország e tekintetben a különböző országok sorrendjében a listavezető Franciaország után amúgy is a 8. helyen áll.

A hazai alkoholizmus elleni küzdelem gyengesége azért is lehangoló, mert e mozgalomnak nálunk nemes hagyományai vannak. KOSSUTH LAJOS 1841-ben a Pesti Hírlapban írja: „... bármennyire jövedelmezőek legyenek is a szeszfőzőházak, mi mégis a pálinkát azon átkok közé számítjuk, melyek a népen igen nyomasztóan fekszenek.” A reformkor más nagyjainak (SZÉCHENYI, WESSELÉNYI) állásfoglalása e kérdésben hasonlóan szenvedélyes. A kapitalista nagyipar fejlődésekor, mikor a szeszipar a malomipar után a legjelentősebb iparággá vált, a világszerte kibontakozó alkoholizmus elleni küzdelem nálunk lelkes szakemberekre támaszkodhatott. Humanista, szocialista elkötelezettségű orvosok csatlakoztak az akkori munkásmozgalom által támogatott alkoholizmus elleni küzdelemhez (*dr. Madzsar József, dr. Hollós József, dr. Doktor Sándor, dr. Hamburger Jenő, dr. Stein Fülöp, dr. Schwarz József* és sokan mások). 1905-ben a X. Nemzetközi Alkoholelles Kongresszust Budapesten rendezték meg. A kongresszus előadásai (pl. FOREL) a szervezett munkások népgyűlésévé váló záróülése tükrözte a felismerést az alkoholizmus és a mindenkori társadalmi viszonyok szoros kapcsolatáról. Az alkohol elleni küzdelem árapálya jól követhető az első világháború éveiben, a Tanácsköztársaság rövid idején, leverése után az ellenforradalmi rendszer negyed százada alatt. Az alkoholizmus mai helyzete — 26 évvel a felszabadulás után — elgondolkozásra és cselekvésre késztet. A megváltozott társadalmi viszonyok, az új lehetőségek, az alkoholizmus kutatásában elért eredmények mind sürgető tényezőnek tekinthetők. Az elmaradás számos oka közül kiemeljük a szemléletileg legfontosabbat: az alkoholizmus betegség-koncepcióját nálunk későn és nem konzekvensen fogadták el. Pedig JELLINEK kezdeményezésére a WHO keretén belül 1950-ben megalakult Alkoholizmus Albizottság már

eleve betegségnek, másrészt szociális problémának nyilvánította az alkoholizmust. Az alkoholizmus betegség-konceptiójának elfogadása sem tisztázta a kóroktant, és ezért igen sok elmélet és elgondolás látott napvilágot. Ma már az alkoholizmussal foglalkozó kutatók zöme elfogadja, hogy multifaktoriális betegségről van szó, a szerzők azonban az egyes kóroktani tényezők jelentőségét különbözőképpen hangsúlyozzák, nemegyszer saját kutatási területüktől függően.

Általában a kóroktani elméletek három csoportba oszthatók: 1. biológiai, 2. személyiség-tani és 3. szociológiai, ill. szociálpszichológiai csoportba. Mint könyvünk címe is mutatja, mi a személyiségtényezőt emeljük ki.

Annak ellenére, hogy az alkoholizmust mi egy idült, szomatikus megjelenésű betegség, a tuberkulózis gyógykezelése kapcsán közelítettük meg, és mint az orvosok többsége, hajlamosak voltunk az alkoholizmust biológiai, biokémiai, anyagcsere-zavar, neurológiai stb. okokkal értelmezni, a tapasztalat azt mutatta, hogy az alkoholisták beteg ilyen zavarai inkább következmények, mint okok. A szociológiai megközelítésnek (ugyancsak a gyakorlati tapasztalat vezet rá) mind nagyobb jelentőségét látjuk. Hogy könyvünkben mégis a személyiség-tani tényezőt emeljük ki, ennek több oka van. Többnyire e területen tudtunk klinikai munkánk során tapasztalatokat, új ismereteket szerezni. Ezt az időigényes munkát elősegítette sajátos körülményünk. Míg az alkoholelvonó osztályok kb. 20 napos átlagos ápolási időt fordíthatnak a betegekre, nálunk az alkoholisták betegek átlagos ápolási ideje — tbc-jük miatt — 160 nap. Az elmúlt 10 évben 130 000 ápolási napot fordítottunk alkoholisták betegek gyógykezelésére.

Az alkoholizmus társadalmi hátterének feltárása a korrekciónak olyan lehetőségeire vet fényt, melyek illetékességünket meghaladják. A személyiségdiagnosztikai ismeretek fejlődésével ugyan nehéz, de már most megvalósítható terápiás módszerek kidolgozására és alkalmazására nyílik lehetőség. Bár elfogadjuk, hogy az alkoholizmus elleni küzdelem sikere alapvetően a társadalmi viszonylatok fejlődésének függvénye, az egyes ember és környezetének problémája most kívánja meg a változást hozó, lehető legszakzszerűbb beavatkozást. Törekvésünk megfelel a WHO elfogadott szemléletének és akcióprogramjának. 1963-ban ülésezett a WHO tudományos csoportja „a kábítószer-rabságot kiváltó szerek felméréséről”. Itt a kábítószer-rabságot együttesen tárgyalták az alkoholizmussal és úgy határozták meg, hogy „egy bizonyos kábítószer ismételt használata periodikus és folyamatos bázison”. KELLER az 1969-es nemzetközi szimpozionon Budapesten ugyancsak az alkohol- és kábító-

szer-addictio személyiségtényezőit jelölte meg legfőbb kóroktani tényezőként.

Könyvünk gyakorlati célból íródott. Az alkoholista beteg szakszerű és hatásos kezelése, a megelőzés, a rehabilitáció nem képzelhető el az alkoholista beteg személyiségének feltárása nélkül. Az irodalmi adatok elemzése, másfél évtizedes személyiségvizsgálataink elsősorban erre irányultak. Bízunk benne, hogy az alkoholista személyiség általunk kidolgozott két tünetegyüttesének, a „multiplex traumatizáltságnak” és az „elviselhetetlenség szindrómájának” kifejtése és összekapcsolása — bizonyos áttételekkel — az alkoholizmus elleni küzdelem gyakorlatát szolgálhatja. A rövid alkohológiai és személyiségtani alapismeretekkel foglalkozó fejezetek beiktatását ugyancsak ezért véltük szükségesnek.

Munkánkhoz osztályunk számos dolgozója nyújtott segítséget: orvosok, pszichológusok, ápolónők, technikai munkatársak. Név szerint is köszönet illeti *dr. Kozma Dezső, dr. Littauer András, dr. Vámos Katalin, dr. Suba Ilona, Nemes Livia, Litvai Mihályné, Szász Ilona, Becskei Margit, Szabó Lászlóné, Szabó Margit, Urbán Balázné* munkatársainkat. Munkánkat *dr. Bonta Mihály, dr. Böszörményi Miklós* professzorok, *dr. Buda Béla, dr. Kardos György, dr. Lakatos Mária, Mezeiné Erdély Éva, dr. Mosolygó Dénes, dr. Nyárády Iván, dr. Sárady Kornél, Sárosi Imre, Simon Istvánné, dr. Tóásó Éva, Archer Tongue, dr. Ungár Imre* professzor, *dr. Várady Tamás* segítette közreműködésével, támogatásával. Könyvünk illusztrálásában *Hornyák Pál, Koczás András, Vasady Istvánné* nyújtott segítséget.

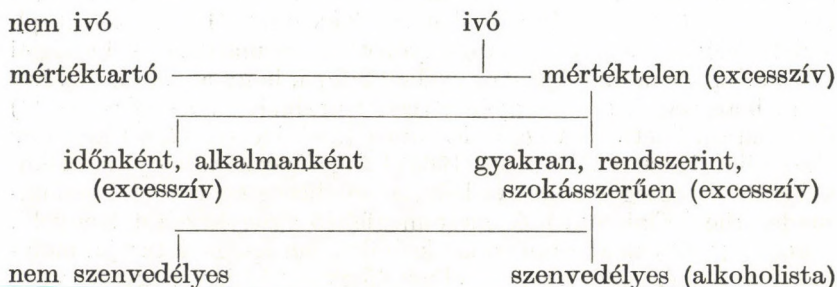
I. ALKOHOLÓGIAI ALAPISMERETEK

AZ ALKOHOLIZMUS FOGALMA, MEGHATÁROZÁSA

Az alkoholizmus fogalmát nehéz meghatározni. Az alkoholtartalmú italok élvezete, fogyasztása világszerte elterjedt; igen sok ember fogyaszt időnként, de akár rendszeresen is különböző mennyiségű alkoholt, anélkül, hogy alkoholista lenne. Az alkoholizmus fennforgását nem lehet az elfogyasztott alkohol mennyiségével vagy minőségével meghatározni (MARCONI, 1959). KESSEL és WALTON (1965) az *alkoholhoz való viszony szerint az egyének öt csoportját* különíti el:

1. Alkoholos italt nem fogyasztók (absztinensek).
2. Szociális ivók, akik mérsékelten isznak, esetleg időnként ittassá válnak.
3. Excesszív ivók, akiknek mértéktelensége az elfogyasztott italok mennyiségében vagy a lerészegedés gyakoriságában nyilvánul meg. Többségük alkoholistává válik.
4. Alkoholisták, akik már függő viszonyba kerültek az alkohollal (addictio) és általában elvonási tüneteket mutatnak.
5. Krónikus alkoholisták, akik már testi-szellemi károsodást szenvedtek az alkoholtól.

A WHO 1954-ben JELLINEK koncepcióját követve az alábbi sémát állította fel az *ember alkoholos italok iránti viszonya* szerint:



A meghatározás problémája már az ún. szociális ivóknál fennáll, hiszen az ivási szokások (patternek) országonként, vidékenként,

rétegenként különbözők, és a mértékletesség is mást-mást jelent. A szociológiai szemléletű meghatározás az adott közösségben szokásos ivási módokból indul ki, és alkoholistának azt tekinti, aki a szokásostól eltérő módon iszik (CLANCY, 1961). Ez a meghatározás azonban nem elég konkrét. Ugyancsak elégtelenek az alkoholizmusnak azok a meghatározásai, melyek lényegében endogén diszpozícióra, karakteropátiára utaló kóroktani szemléletű meghatározást adnak (KRAEPELIN), és nem mondanak sokkal többet, mint ahogy TROTTER közel kétszáz éve (1780) a szenvedélyes iszákosságot (Trinksucht) meghatározta: „Az, aki hosszú időn át szokászerűen szeszes italokat iszik, bizonyos idő elteltével nem tud nélkülük élni, vagyis a megszokás ellenállhatatlan kényszerré alakul át.” Bizonyos szinten figyelembe veszi a konfliktushelyzetek, a társaslélektani tényezők szerepét DIETHELM (1948): „Alkoholistának nevezhető az, aki olyan sokat iszik, hogy ivása megzavarja vagy megakadályozza családjá és önmaga boldogulását, sikeres életvitelét; ivása ezen hatását fel nem ismeri, vagy ha mégis felismerné, ivását kontrollálni és korigálni képtelen.” STRECKER (1959) szerint „alkoholista az, aki alkohol nélkül nem tud szembenézni való életével, nem tud ehhez alkalmazkodni sem mindaddig, amíg iszik”. Az ötvenes évek végétől JELLINEK betegség-konceptiójának és működésének hatására a meghatározások már változott szemléletet tükröznek. BACON (1959) szerint alkoholizmusról akkor beszélhetünk, ha egy egyén több alkoholt fogyaszt és más módon, mint társai, amikor viselkedési vagy érzelmi zavarok, vagy fizikai betegség lép fel az alkohollal kapcsolatban, és amikor elvesz a racionális kontroll az alkohol fogyasztása fölött. JELLINEK (1960) szerint alkoholizmusnak tekintendő az alkoholfogyasztásnak mindazon módja, mely az egyén vagy a közösség, vagy mindkettő károsodásához vezet. E meghatározást — melyet a WHO is elfogadott — többen bírálattal illették. ZENOVICS (1967) szerint pl. e definícióban nem elég hangsúlyozott a szomatikus és biológiai zavar. JELLINEK azonban könyvében kifejti, hogy az alkohol akkor válik betegséggé, ha az egyén elveszíti uralmát („loss of control”) fogyasztása felett, és függő viszonyba („addict”-té válik) kerül az alkohollal. KESSEL, WALTON (1965) hangsúlyozzák, hogy „az alkoholista betegségben szenvednek, mely betegség orvosi fogalomrendszerbe definiálható, és mely megfelelő gyógykezelést igényel”. KELLER (1962) az alkoholizmust krónikus betegségnek tartja, melyvel olyan mértékű, ismételt alkoholfogyasztás jár, hogy az vagy az egészséget, vagy a társadalmi kapcsolatokat, vagy pedig a gazdasági tevékenységet aláássa.

Utóbbi időben mindinkább tért hódít az a szemlélet, amely a

toxikomániák csoportjában más narkomániákkal együtt tárgyalja az alkoholizmust. Ezt a szemléletet különösen azok vallják, akik a különböző kábítószer-rabságban ugyanazt a kóroktani alapot, a személyiség zavarait tartják döntőnek (CHESSICK és mtsai, 1961; BOTTEGAY, 1961). Ez az irányzat sem új, hiszen a brit narkológiai lap 50 éve foglalkozik mind a narkomániákkal, mind az alkoholizmussal. A Szovjetunióban a pszichiátriai intézetek „narkológiai osztálya” együttesen kutatja az alkohol és a kábítószeres élvezetnek problémáit. Az USA-ban a Szellemi Épség Nemzeti Intézete keretén belül működik az „Alkoholizmus és Kábítószer Túlfogyasztás” szekció, Kanadában pedig felállították az „Ontorói Alkohol és Kábítószerélvezet Intézet”-et. Ez az irányzat tükröződik a WHO egységek együttműködésében és szervezeti tevékenységében is. Ennek oka a narkomániák rohamos terjedése Nyugat-Európában, Észak-Amerikában és a gyakorlatban érvényesíthető alábbi összefüggések:

1. hasonlóság az abusosok eredete, kezelése és a nevelési koncepciók közt;
2. gyakori a kombinált fogyasztás, ill. az átváltás az élvezeti szerek közt;

3. az alkoholizmus kutatása nagyobb múltú, ismertebb a kórkép, és sok itt szerzett megállapítás vonatkoztatható más narkomániákra;

4. az alkoholizmus betegség-koncepciója már elfogadottabb, a narkomániákat inkább rendészeti kérdésnek tekintik.

Az utóbbi időben az ICAA is kibővítette érdeklődését a narkotikumok iránt, ami kongresszusi, szemináriumi programjában is tükröződik. Mindezt az alkoholizmus korszerű meghatározásánál figyelembe kell vennünk.

1965-ben még magunk a következő definíciót adtuk: „Alkoholista az, aki rendszeresen és kényszeresen iszik, és akinél az alkohol hiánya különböző fokú hiány-, ill. elvonási tüneteket vált ki.” Ma már ezt a meghatározást nem tekinthetjük kielégítőnek. Újabb definícióink szerint alkoholistának tekintjük azt a beteget, aki szociális miliójének egyedeitől eltérő módon, rendszeresen iszik, az alkohollal pszichikus vagy szomatikus függőségbe került, és alkoholfogyasztása személyiségi, társadalmi és gazdasági vonatkozásban súlyosan károsítja.

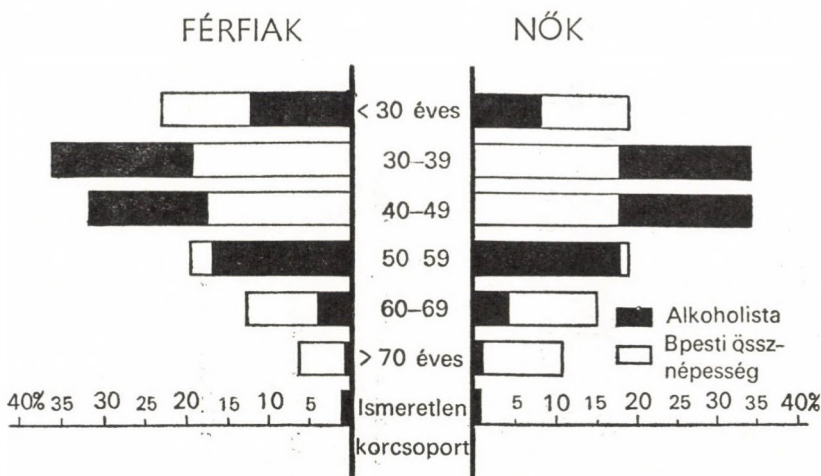
AZ ALKOHOLIZMUS ELTERJEDÉSÉRE ÉS DEMOGRÁFIÁJÁRA VONATKOZÓ FONTOSABB ADATOK

Az alkoholizmus elterjedésének (epidemiológiájának) felmérése világviszonylatban, országonként, de akár egy város vagy terület viszonylatában is számos nehézségbe ütközik. Egyik nehézség az alkoholizmus definíciója körüli bizonytalanságból adódik. Mindaddig, míg egy betegség kritériumai nem egyértelműek, ill. nem egységesen elfogadottak, addig e felmérés számszerű adatai is bizonytalanok. A következő nehézség az alkoholizmus elleni küzdelem szervezeti gyengesége. A jelenleg rendelkezésre álló szervezet sem külföldön, sem nálunk nem képes megbirkózni egy átfogó felkutató munka nehézségeivel, ill. munkaigényességével. Ezért a jelenlegi epidemiológiai adatok többnyire becslésekből, kisebb részben reprezentatív jellegű felmérésekből származnak. A WHO Mentális Egészségügyi Szakbizottság által leginkább elfogadott becslési módszert JELLINEK dolgozta ki. E becslés a máj-cirrhosisban szenvedők permanens morbiditási és évenkénti mortalitási adataira épül. Ehhez azonban tudnunk kell, hogy a máj-cirrhosisban szenvedők milyen arányánál meghatározó jelentőségű az alkoholizmus. E tekintetben túl a retrospektív diagnosztikai nehézségeken (pl. a hepatitis és alkoholfogyasztás együttjárásának aránya stb.), igen jelentős szerepe van az ivási szokásoknak. JELLINEK becslési módszerének egyik erőssége, hogy elég jó egyezést mutat más becslési módszerek és reprezentatív felmérések adataival. Ilyen becsléssel az USA-ban 5 millióra tehető az alkoholisták száma (KELLER, 1958; FORTH, 1965), ami a lakosság 3%-a. Az NSZK-ban 1961-ben 420 ezerre becsülték az alkoholisták számát (0,75%). Ezzel szemben Franciaországban a lakosság 5—8%-a fogyaszt naponta 3—4 liter bort, ami legalább 2,5 millió alkoholistát jelentene, de itt más típusú iszákosokról van szó. Svédországban a lakosság 2%-a, Norvégiában 1,6%-a alkoholista (FORTH, 1965). CHAFETZ (1961, 1962), aki tanulmányozta a népi demokráciákban az alkoholizmussal kapcsolatos helyzetet, legkedvezőbbnek a bulgáriai viszonyokat ítéli. Itt az alkoholisták aránya 1,86%. Rosszabb a helyzet Jugoszláviában (HUDOLIN, 1967), ahol 400 000 alkoholistával számolnak és ugyancsak kedvezőtlen a kép Lengyelországban. A jugoszláv SAVICEVIC (1963) felmérése szerint egy konzervgyár 1200 munkása közül 12,7% volt absztinens, 14,7% excesszív ivó és 72,6% mérsékelten ivó. ZIELINSKY (1967, 1969) megállapítja, hogy a lengyel fiatalok 58%-a fogyaszt rendszeresen alkoholt, a 14—16 évesek bort, a 18—20 évesek inkább vodkát.

A WHO adatai szerint a megszokásból iszákosok és a krónikus

alkoholisták aránya 5 : 1. A férfi—nő arány ugyancsak elterjedten (nálunk is) 10 : 1.

Nálunk a legnagyobb és legrészletesebb felmérést a KSH Népeség-tudományi Kutató Intézete részéről ANDORKA—CSEH-SZOM-



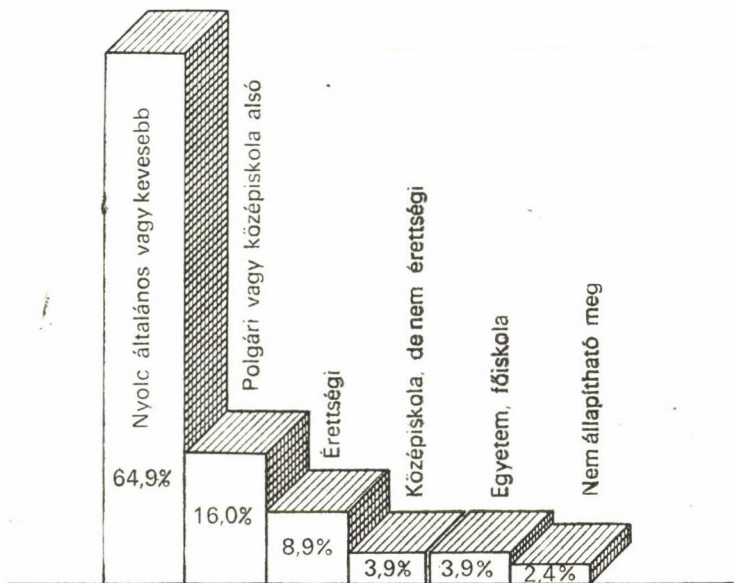
1. ábra. Az alkoholisták és a 20 évesnél idősebb budapesti össznépesség megoszlása korösszetétel szerint (ANDORKA—CSEH-SZOMBATHY—VUKOVICS adatai alapján)

BATHY és VUKOVICH végezték 1966—67-ben. E felmérés a budapesti alkoholgondozóban 6867 kezelésre jelentkezettre terjedt ki. Bár az a körülmény, hogy elvonókúrára jelentkezőkről van szó, bizonyos szelekciót jelent, mégis a minta nagyságánál fogva igen értékes.

A nemek száma a budapesti alkoholistákra vonatkozóan is megfelel az irodalomból ismert arányoknak. A betegek 89%-a férfi, 11%-a nő. Az életkor szerinti megoszlást nemek szerint a budapesti össznépességhez viszonyítva láthatjuk az 1. ábrán.

Az alkoholista betegek több mint kétharmadának (férfiak 66,8%, nők 69,1%) életkora a 3. és 4. decenniumra esett, szemben a budapesti átlagpopulációban a férfiak 37,6%, ill. a nők 36%-os arányával. Ennek megfelelően a fiatalok (30 éven aluliak) és az idősek (60 éven felüliek) aránya kisebb az alkoholisták közt, mint az össznépességben. Az alkoholizmus tehát a legproduktívabb életkorban levőket károsítja leginkább. Különbség van az alkoholista férfiak és nők közt életkor szempontjából is: az alkoholista nők átlagos életkora 1,3 évvel magasabb. Hasonló megoszlási adatokat közöl romániai

vonatkozásban PARHON és STEFANESCU (1965). Megvizsgálták az alkoholisták összetételét nemük, életkoruk és családi állapotuk összefüggésében. A házások aránya a férfi alkoholistáknál, de még inkább a nőknél kisebb, mint az átlagnépességben. Ezzel szemben



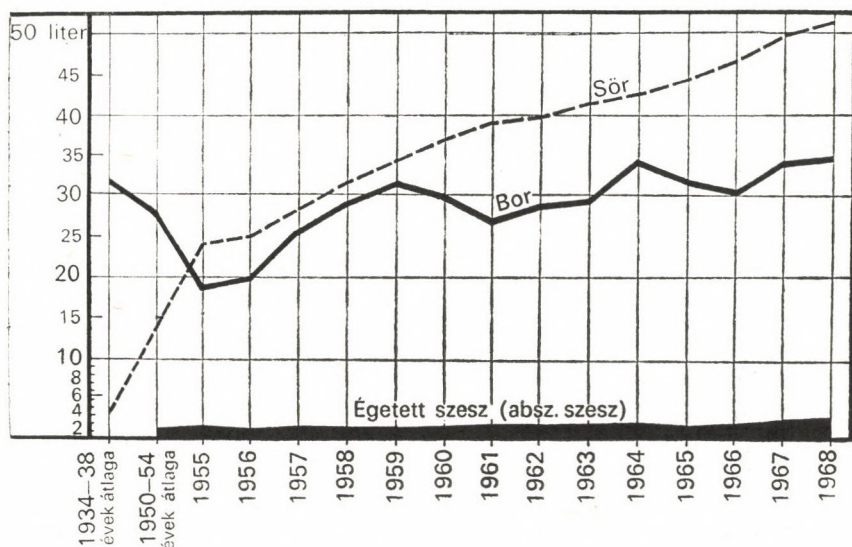
2. ábra. Az alkoholisták megoszlása iskolai végzettség szerint (ANDORKA—CSEH-SZOMBATHY—VUKOVICS adatai alapján)

az elváltak aránya lényegesen magasabb, a különélő házások és házasságon kívül együttélők aránya a férfiaknál (korcsoport szerint) 7—9%, a nőknél 13—19% között változott, szemben az átlagnépességben belüli 1—3%-os aránnyal. Mindez mutatja az alkoholizmus és a családi viszonylatok közti összefüggéseket. Bolgár szociológiai vizsgálatok szerint (CHAFETZ, 1962) az alkoholisták 86%-ának rosszak a családi körülményei.

Iskolai végzettségüket a 2. ábra szemlélteti.

Bár az átlagos budapesti lakossághoz viszonyítva az alkoholisták iskolai végzettsége alacsonyabb, az érettségizettek és az egyetemet végzettek aránya — különösen a nők esetében — megközelíti az országos átlagot. Tehát nem elsősorban az alacsony iskolázottság az alkoholizmus jellegzetessége, de megállapítható, hogy az érettségizettek és az egyetemi diplomával rendelkezők közt sokan nem a végzettségüknek megfelelő munkakörben dolgoznak. A foglalko-

zás, ill. társadalmi rétegződés szempontjából a fizikai dolgozók aránya magasabb, a szellemi foglalkozásúaké alacsonyabb az alkoholisták közt a kereső foglalkozású budapesti átlagnépességhez viszonyítva. A férfi alkoholistáknál nincs jellegzetes különbség a



3. ábra. Az egy főre jutó szeszital-fogyasztás alakulása Magyarországon 1934—1968 között (KSH adatok)

szakmunkások, betanított és segédmunkások aránya tekintetében. A női alkoholisták közt a kereskedelmi, szolgálati és közszolgálati fizikai dolgozók aránya lényegesen nagyobb. Az alkoholista nők között több a szellemi foglalkozású, mint a férfiak között.

Említésre méltó epidemiológiai felmérést végzett a debreceni Ideg- és Elmegyógyászati Klinika (JUHÁSZ és ZSADÁNYI, 1963) egy kis magyar faluban. Eszerint a falusi lakosság közt is 3%-ra tehető a krónikus alkoholisták száma.

Az alkoholizmus elterjedtségére bizonyos fokig fényt vetnek a szeszes italok termelésének és fogyasztásának statisztikai felmérései is (l. 3. ábra).

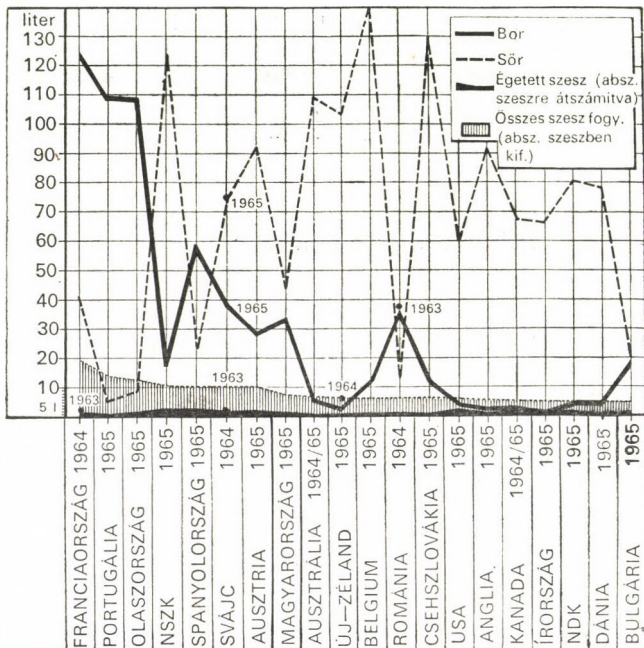
A KSH adatai bizonyítják, hogy az egy főre jutó alkoholfogyasztás évről évre nő Magyarországon. Míg a borfogyasztás az ötvenes évek első felében mutatkozó csökkenés után elérte a második világháború előtti szintet, ugyanakkor a sörfogyasztás 15-szörösére, az

égetett szesz fogyasztás viszont (abszolút alkoholban számítva) az 1938-as 1,07%-ról 1968-ban 1,95%-ra emelkedett. Ennek megfelelően alakul a máj-cirrhosisban elhaltak száma is. Ez 1938-ban 675, 1958-ban 780, 1967-ben már 1099 halálozást jelentett (SZABADY, 1970).

A tömény szesz italok termelése az utóbbi három évben ijesztően emelkedett.

1967-ben 75 vagon abszolút szesz,
 1968-ban 185 vagon abszolút szesz,
 1969-ben 300 vagon abszolút szesz

került kereskedelmi forgalomba.



4. ábra. Az alkoholfogyasztás a világ különböző országaiban az egy főre jutó szeszfogyasztás nagysága szerinti sorrendben (ANDORKA—CSEH-SZOMBATHY—VUKOVICS által átvett adatok alapján)

Az alkoholfogyasztás összetételét tekintve a magyar fogyasztás a svájcihoz hasonlóan egyenletesebb eloszlású (55% bor, 22% sör, 23% égetett szesz), a változás iránya azonban — a tömény szesz fogyasztás emelkedése miatt is — kedvezőtlen. A borfogyasztó országokban (Franciaország, Olaszország) a bor az összes alkoholfogyasztás 85%-át teszi ki. Ezzel szemben az USA-ban, Svédországban az összes alkoholfogyasztás 50—60%-a jut az égetett italokra. Angliában, Dániában, Csehszlovákiában a sör aránya az összes alkoholfogyasztás 70—80%-a. Az egy főre jutó évenkénti abszolút alkoholfogyasztás sorrendjét a világ különböző országai-ban a 4. ábra mutatja.

Látjuk, hogy Magyarország az „előkelő” 8. helyet foglalja el. Említettük, hogy a máj-cirrhosis mortalitási arányát fel szokták használni az alkoholisták számának mutatójaként, és ez nemzetközi összehasonlításra is alkalmas. Franciaországban 34, Ausztriában 25, az NSZK-ban 21, Svájcban 15, nálunk 10 máj-cirrhosisos halálozás jut 100 000 lakosra, míg a többi országokban ennél lényegesen alacsonyabb a mortalitási index. SZABADY (1970) mutat rá a párhuzamosságra a 4. ábrán feltüntetett, egy főre jutó évenkénti szesz-fogyasztást jelző sorrenddel.

Különösen figyelemre méltó adat, hogy a magyar lakosság az összefogyasztásra felhasznált összeg 10,1%-át költi alkoholra, többet, mint zöldségre, gyümölcsre, zsiradékra együttvéve (12 795 millió forint 1965-ben!).

Az alkoholfogyasztás mértéke, növekedési tendenciája, az alkoholizmus hazai epidemiológiája mutatja az alkoholizmus népbetegség jellegét, és figyelmezteti a vezető szerveket, az alkoholizmus visszaszorítására hivatottakat — így az egészségügyi dolgozókat is — az e téren elvégzendő feladataikra.

AZ ALKOHOLIZMUS OKAI (KÓROKTANA)

Közismert jelenség az orvostudományban, hogy ha valamely betegség etiológiája, patogenezise nem kellően tisztázott, halmozódnak az egymást kiegészítő, de sokszor egymásnak ellentmondó elméletek, melyek a betegség eredetét, okait kutatják. Ez a helyzet az alkoholizmussal is; se szeri, se száma az előidéző okokra vonatkozó elméleteknek. Ez nehezítette és ma is nehezíti az alkoholizmus betegség-konceptiójának elfogadását.

A másik fontos körülmény a kóroktan vizsgálatánál az orvosi gondolkodás, ill. a követett orvoselméleti irányzatok befolyása magára a probléma felvetésére. Ha azt állítjuk, hogy az alkoholizmus

betegség, akkor a múlt század „racionális”, lényegében monokauzális orvostudományi szemlélet befolyása alatt álló orvostöbbség az alkoholizmus biokémiai, anyagcsere, sőt morfológiai, de mindenképpen szomatikus vonatkozásaira gondol. Az alkoholizmus legnyilvánvalóbb okának maga az alkohol, ill. az alkoholfogyasztás tűnik, hivatkozva az ismert triászra: alkohol → alkoholizálás → alkoholizmus. LEGRAIN (1889) mondta: „Semmi alkohol — nincs alkoholizmus.” ZENOVICS (1967) is azt vallja: „Az alkoholizmus patogenezise rendkívül bonyolult; etiológiai tényező azonban csak egy van: az alkohol.”

Mindezek után érthető, hogy az alkoholizmusra vonatkozó rendkívül kiterjedt irodalomnak igen tetemes része foglalkozik magával az alkohollal mint sejtmeleggel, anyagcserejével, oxidációs lebomlási folyamataival a szervezetben, hatásával a szervrendszerekre és az egyes szervekre (idegrendszer, izomzat, máj, gyomor, bélrendszer), valamint bizonyos funkciókra (idegrendszeri, hőszabályozási, keringési, szekréciós stb. funkciók). Az ide vonatkozó ismereteket a tankönyvek tartalmazzák (pl. KNOLL, 1965). Jó áttekintést ad az alkohol anyagcsere viszonyáról, az alkoholizmus fiziológiája és biokémiája terén folyó kutatásokról KALANT (1962). Sós (1968) az alkoholnak az anyagcsereére gyakorolt hatását vizsgálva megállapítja, hogy az alkoholos metabolikus anomália totális anyagcserezavar, mely kiterjed a fehérje-, a zsír-, a szénhidrát-, a vitamin- és a sóforgalomra. Mindezek következtében az alkoholista beteg anyagcsereje — hasonlóan a cukorbetegnek vagy a májelégtelenségben szenvedőkéhez — labilissá válik, és terheléskor az anyagcsere bármely területén manifesztálódhat a zavar. VOLOVIK (1967) a táplálkozás hatását vizsgálta 232 betegénél az alkoholizmus progressziójára, valamint a tünetek súlyosságára vonatkozóan. Mindezekből a közlésekből — ha nem is egyértelműen — az világlik ki, hogy az anyagcsere-, ill. táplálkozási zavarokat az alkoholizmus következményének tartják. Ezzel szemben WILLIAMS (1966) a helytelen táplálkozást, az ebből származó anyagcsere (elsősorban aminosav- és B-vitamin anyagcsere)-zavarokat oki tényezőknak tartja az alkoholizmus létrejöttében, sőt a megfelelő táplálkozást az alkoholizmus egyik megelőzési módjának tekinti. RANDOLPH (1965) bizonyos étel megszokásának, táplálkozási allergiának, obesitasnak tulajdonít oki szerepet. E szerző RINKEL munkatársaihoz tartozik, akik sok más kutatóval egyetemben az alkoholizmus létrejöttében az allergiás tényezőket hangsúlyozzák. Más szerzők (pl. TINTERA és LOWEL, 1949; SMITH, 1950) az endokrin működések zavaraiiban, megint mások (CALDONAZZO és ACORBIS, 1963) örökletes, endogén, konstitucionális stb. tényezőket tesznek felelőssé az alkoholizmus

létrejöttében. Minthogy az alkoholizmussal elsősorban ideggyógyászok foglalkoznak, érthető az a törekvés — az ilyen irányú irodalom terjedelme ezt jól tükrözi —, mely az alkoholizmust morfológiailag, ill. funkcionálisan kimutatható agyi elváltozással magyarázza. Az alkoholizmus neuropatológiai irodalmából csak TARISKA (1961, 1967, 1968, 1969) munkásságára utalunk. Az agyi atrophia, ill. a pneumoencephalographiás vizsgálatokkal kimutatható elváltozással is sokan foglalkoznak (POSTEL és COSSA, 1956; BALLIF és mtsai, 1961; GRAHMANN és NAEMANN, 1962; nálunk POZSGAI, 1969; KÁRPÁTI és mtsai 1969), és még ennél is terjedelmesebb az alkoholizmussal kapcsolatos — EEG — vizsgálatokat ismertető irodalom (LITTLE és MCAVOY, 1952; DELAY és mtsai, 1957; PERTORINI és VELOK, 1960; VARGA és NAGY, 1960; ARENTSEN és SINDRUP, 1964; PREDESCU, 1965). Hazai vonatkozásban NAGY T. (1969) munkásságára utalunk.

Kísérletet sem teszünk az alkoholizmus kórélettana állatkísérleti vonatkozásainak áttekintésére, csupán néhány szerzőt (FRIEDMAN és INGALLS, 1958; CASEY, 1960; PUDRY és LEE, 1962; LEIKOLA, 1962; CASIER, 1962; DI LUZIO, 1964 stb.) emelünk ki. Nálunk PATAKY és HERENDY (1969) dolgoztak ki módszert állatokon a krónikus alkohol-hozzászokás kialakítására, mely lehetőséget ad kórélettani kísérletek végzésére. Klinikai vonatkozásban is figyelemre méltó állatkísérletekről számolnak be SZELÉNYI és munkatársai (1970), CSALAY és munkatársai (1970).

Az alkoholizmus kóroktanának eddig érintett szomatikus vagy kórélettani irányzatai, ill. elméletei kapcsán mindig az a kérdés merül fel, hogy a strukturális és funkcionális elváltozások mennyiben okai az alkoholizmus kialakulásának. A szerzők többsége — így magunk is — azon az állásponton van, hogy itt legtöbbször a mértéktelen alkoholfogyasztás következményeiről van szó. Távolról sem vonjuk kétségbe, hogy bizonyos betegségek (pl. a központi idegrendszer károsodása, anyagcsere-zavarok stb.) nem segíthetik elő az alkoholizmus kialakulását. E folyamat kialakulását megmagyarázó átfogó kóroktant azonban a „biológiai” elméleteket tanulmányozva nem találtunk. Osztjuk KELLERnek az 1969-es budapesti 15. nemzetközi konferencián kifejtett véleményét, hogy ez az irányzat az alkoholizmus kutatásában mindeddig nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket.

Maga az alkohol vagy akár az alkoholfogyasztás azért sem tekinthető az alkoholizmust magyarázó kórokozónak, mert ez a kórokozó ubiquiter jelenlévő. A tuberkulózis sokkal inkább szomatikus megjelenésű krónikus betegség, kórokozója, a Koch-bacillus ismert, patogenetikailag mégsem magyarázható monokauzálisan. Hiszen

amikor a felnőtt lakosság 90%-a fertőzött volt az ugyancsak ubiquiter előfordulású kórokozóval, a fertőzöttek kis százaléka lett csupán beteg. Mindez a szervezeti miliő és tágabb értelemben a premorbid személyiség vizsgálatára irányította a figyelmet, és az ilyen irányú kutatások értékes adatokat tártak fel. Az alkoholizmus esetében a személyiségtényező szerepe sokkal inkább kézenfekvő, akár az alkoholizmus okozta személyiségkárosodást, akár a premorbid személyiséget tekintjük. Ezért érthető, hogy az alkoholizmus okát kereső elméletek másik nagy csoportja pszichológiai jellegű.

A lélektani elméletek — bármilyen sokfélék is — lényegében két *alapelgondolást* tükröznek:

1. Az alkoholista premorbid személyiség sérül valamilyen korai trauma következtében vagy az élettörténetből eredően.

2. Az alkoholfogyasztás pszichogén hatása — ha átmenetileg is — valami enyhülést jelent a beteg számára.

Ezen túlmenően a pszichológiai elméletek már különbözőképpen magyarázzák az alkoholizmus okát. Azt mondhatjuk, ahány személyiségtani vagy lélektani iskola létezik, annyi elméletet alkottak az alkoholizmus okát illetően. Az alkoholista személyiséggel foglalkozó irodalomról itt a továbbiakban nem szólunk, mert a későbbiek során külön részletes áttekintést adunk e témáról.

A pszichológiai jellegű elméletek a biológiai, szomatikus elmélettel szemben átfogóbban, magasabb szinten közelítik meg a kérdést, mert a beteget mint pszichoszomatikus egységet vizsgálják. Az alkoholista beteggel foglalkozó klinikus mindennapi gyakorlatában is jóval több segítséget nyújtanak a betegség lényegének megértésében, mint az előző csoportban tárgyalt biológiai elméletek. Mégis számos problémára nem adnak magyarázatot. A személyiségfejlődés zavarai pl. a neurózisokon kívül más krónikus betegségekben is kimutathatók. Nem magyarázzák meg azokat a különbségeket sem, amelyek az alkoholizmus epidemiológiájában az egyes országok közt megmutatkoznak. Nem valószínű, hogy a mohamedán országokban kevesebb a személyiségfejlődésében károsodott egyén, mint egybütt, vagy pl. Izraelben, ahol gyakorlatilag nincs alkoholizmus (KING, 1961), kisebb pszichikus feszültségnek volnának kitéve az emberek, mint pl. Svédországban, ahol csak leírásból ismeri a lakosság a háborút. Sokszor idézett példa egy országon belül az USA-ban az írek és szidók alkoholizmusában mutatkozó szembetűnő különbség. Mindezek az említett pszichológiai elméletekkel nem magyarázhatók, és érthetővé teszik az alkoholizmus okainak kutatásában a szociológiai vagy szociálpszichológiai elméletek térhódítását.

A *szociológiai szemléletű elméletek* azokat a szűkebb és tágabb környezeti, társadalmi tényezőket vizsgálják, amelyek az alkoholizmus elterjedésének és jellegzetességeinek országonként, társadalmanként, rétegenként vagy akár vidékenként megmutatkozó különbségeit okozzák. E szemlélet figyelembe veszi a pszichoszomatikus iskolák eredményeit, de a beteg embert nem önmagában, hanem környezeti, társadalmi viszonylataiban fogja fel és vizsgálja. A szűkebb értelemben vett szociálpszichológiai irányzat elsősorban a környezeti társadalmi tényezők, interperszonális hatások tisztázását tekinti feladatának. Ezért a szociálpszichológia nem foglalozik pl. a prealkoholista személyiséggel, melyet különben nem tart specifikusnak. Az alkoholizmus problémáinak szociálpszichológiai megközelítése még nem tekinthető önálló kutatási irányzatnak, de figyelembe véve, hogy a szociálpszichológiai elméletek és koncepciók az alkoholizmusra is vonatkoztathatók, az ilyen irányú kutatás lehetősége és perspektívája igen biztató (BUDA, 1970).

A szociálpszichológiai irányú alkoholizmuskutatás eredményeit bemutató irodalomról ugyancsak külön áttekintést adunk (l. 92. o.).

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy az alkoholizmus okait kutató elméletek, irodalmi adatok igen nagyszámúak. Az egyes ismertett irányzatok létjogosultsága vitathatatlan. Az alkoholizmus egyedi eseteit vizsgálva is kitűnik, hogy az egyes esetekben különböző súllyal jelentkeznek az oki tényezők. Mégis a klinikai gyakorlat — egybevetve az irodalom tanulmányozásával — azok nézetét erősíti, akik az alkoholizmus multifaktoriális aetiopathogenesist hangsúlyozzák (nálunk KARDOS GYÖRGY képviseli következetesen és régóta ezt az álláspontot), és akik szerint az alkoholizmus létrejöttében a copathogen tényezők összejátszása a legjelentősebb körülmény. Az alkoholizmus okainak kutatásában mégis úgy tűnik, hogy a biológiai irányzatnál termékenyebb a személyiségtani irányzat, különösen ha az a szociális medicina további fejlődést mutató szempontjait is követi. Az alkoholizmus okaira vonatkozó elméletek sokfélesége nem fékezheti a további kutatást, hiszen a sokféleség nem a probléma megoldottságát jelzi. Mindez indokolta és motiválta az alkoholista személyiség vizsgálatára irányuló munkánkat.

AZ ALKOHOLIZMUS KÓRTANA

a) Az alkohol farmakológiai, ill. toxikológiai vonatkozásai

Az etilalkohol (C_2H_5-OH) színtelen, jellegzetes, kellemes szagú, égető ízű, a vízzel minden arányban keveredő, gyúlékony folyadék. A vízmentes szesz (a. absolutus) 99,5%-os, forráspontja $78-79\text{ }^\circ\text{C}$,

fajsúlya 0,79. A spiritus concentratissimus 96%-os, a sp. concentratus 90%-os, a sp. dilutus 70%-os. Ez utóbbi fajsúlya 0,885. Cukortartalmú növényi (bor, alma, pálmabor stb.) és állati nedvek (kumis, kefir, méhsör stb.) élesztőgombák okozta erjedésekor keletkeznek. A hazai sörök 2,5—5%, a borok 9—15% alkoholt tartalmaznak. A 15—18%-os alkoholtartalom elérésekor az élesztőgombák narkotizálódnak, az erjedés megáll. Töményebb alkoholos italok (konyak, gyümölcspálinka, rum, whisky stb.) lepárlással (desztillálással) nyerhetők. Ezek alkoholtartalma 30—70%. Ipari célra szintetikusán is előállítható etilalkohol etilénből és acetilénből. A szeszgyárak azonban keményítőtartalmú növényi anyagokból (burgonya, melasz, ritkán gabonamagvak) diasztázzal való cukrosítás után, erejesztéssel nyerik az alkoholt.

Az alkohol a sejteket dehidrálja, a fehérjéket precipitálja. Ezen alapul fertőtlenítő és adsztringens hatása. Híg oldatban (20—40%) helyileg hűsít, fájdalmat csillapít, töményebb (70—80%) oldatban hiperemizál. A nyálkahártyát ingerli, fokozza a szekréciót, tartósan hatva azonban gyulladást okoz (alkoholos gastritis). A helyi hatásoknál is fontosabb azonban a gyors felszívódás és eloszlás következtében kialakult általános hatás. A szájon keresztül bevitt alkohol 20%-a már a gyomorból, 80%-a a vékonybélből szívódik fel. A felszívódás telt gyomorból lassúbb. A tej jelenléte lassítja, a zsíroké elhúzódná teszi a felszívódást. Gyomor-resectiót követően általában igen meggyorsul a felszívódás. A felszívódott alkohol gyorsan és egyenletesen oszlik el a szervezet egész vízterében. Az agyi koncentráció szorosan követi a vér koncentrációját. A vér alkoholkoncentrációját megszorozva a testsúly 68%-ával, megkapjuk az egész test alkoholtartalmát. Az alkohol eliminációja a szervezetből 90—98%-ban a májban való oxidációval történik, a többi expirációs úton és a vizeleten keresztül távozik. A vizelet alkoholkoncentrációja 30%-kal magasabb a vérkoncentrációnál. Az alkohol lebontása során előbb acetaldehid, majd ecetsav keletkezik, mely vízzé és széndioxiddá ég el. Egy g alkohol oxidációja 7,1 kalória-termeléssel jár. A felnőtt ember mája átlag 10 g alkoholt bont le óránként. Lassú eliminációja miatt folyamatos ivás esetén kumulálódik a szervezetben és akut intoxikációt okoz.

b) Az alkohol-intoxikáció (részegség)

Enyhe részegségben a vér 0,15—0,2% (150—200 mg %), súlyosban 0,3—0,5% (300—500 mg %) alkoholt tartalmaz; 0,5—0,8% (500—800 mg %-os) vérkoncentráció már halált okozhat (GRÖNGYÖSI,

1953; DALLOS, 1954; CSELKÓ és ALPÁR, 1954; NAGY J., 1970). Az alkohol iránti érzékenység tekintetében egyénileg és aktuálisan is nagy különbségek vannak.

Az alkohol általános hatásai közül legfontosabb és legjellegzetesebb az idegrendszeri hatás. Az alkohol ilyen hatása — az izgalmi tüneteket is figyelembe véve — idegrendszeri funkciók gátló hatásán alapul. Elsősorban a magasabb szellemi funkciókat károsítja (megfigyelőképesség, asszociációs készség, ítélőképesség, önkontroll stb.). Zavart szenvednek a bonyolult feltételes reflexmechanizmusok, a hosszabb tanulási folyamat eredményeként begyakorolt automatizmusok. Romlik a memória, a figyelem. Ugyanakkor csökken a fájdalomérzés, a rossz közérzet, a szorongás, amit sokan eufóriaként értékelnek. Deliberációs jelenség a jellegzetes motoros izgatottság. A féktelen mozgáson, gesztikuláláson kívül a deliberáció túl hangos beszédben, kiabálásban, éneklésben, agresszív viselkedésben, kötekedésben, verekedésben, a szexuális vágyak, pótmechanizmusok felszínre kerülésében, trágárságban stb. is megnyilvánulhat. Az excitációs fázist a depresszió váltja fel. Ilyenkor a részeg ember szellemi műveletei meglássulnak, felfogása gyengül, gondolkodása akadozó, vontatott, hangulata nyomott, közérzete rossz lesz. Gyakori a sírás, önvádolás, ön maga becsmérlése. A motoros gátoltság miatt a mozgékonyosság csökken, a járás ataxiássá, inkoordinálttá (dülöngélés), a beszéd akadozóvá (dysarthria) válik. A depressziós stádiumot a tudat elborulása, comatosus jellegű, terminális alvás szaka követi. Az izomzat elernyed, a hőszabályozás rossz (nemegyszer a végzetes kimenetelű részegséget ez okozza). Az arc sápadt, verejtékező, a pulzus gyors, könnyen elnyomható, a légzés felületes. A szem beesett, a pupillák renyhén reagálnak. Néha sphincterkontroll hiányában a részeg ember székletét, vizeletét maga alá bocsátja. Majd 6—8 óra alvás után következik az ébredés, rossz (másnapos) közérzettel, fejfájással, szédüléssel, gyomorpanaszokkal (émelygés, hányinger, undorérzet). Az intoxikált állapot tekintetében többé-kevésbé amnéziás.

Az akut alkoholmérgezés tünetei természetesen nem mindig tipikusak, az egyén érzékenysége, az elfogyasztott alkohol mennyisége és minősége, az elfogyasztás ideje és körülményei szerint is változhatnak. Rendszeres alkoholfogyasztás esetén eleinte fokozódik a beteg alkoholtoleranciája, mind nagyobb adag szükséges a központi idegrendszeri hatás eléréséhez. A tolerancia azonban csak egy bizonyos határig nő — mint látni fogjuk az alkoholizmus fázisainak tárgyalásakor —, majd később csökken. A tolerancia fokozódása mellett a habituáció is kialakul, vagyis a kényszerérzés (addictio) az alkohol fogyasztására. A tolerancia-fokozódás gyakran

más narkotikumok (éter, kloroform) vagy barbiturátok vonatkozásában is fennáll (kereszt-tolerancia). A tolerancia-fokozódás csak az idegrendszerre vonatkozik, egyéb szervek (elsősorban a máj) a mind fokozódó alkoholadagokra még átmeneti védettséget sem tudnak felmutatni. Említésre méltó még az alkohol diuretikus hatása, amely az antidiuretikus hormon elválasztásának gátlásán alapszik, s amelynek következtében a rezorpció csökken, a diuresis nő. A közhiedelemmel ellentétben az alkohol nem aphrodisiacus hatású. Az alkoholos libidó-növekedés a kérgi gátláson alapuló deliberációs tünet, a valóságban alkohol hatására csökken a potencia és a szexuális teljesítmény.

DOCTER és PORKINS (1961) kísérletileg vizsgálták az alkohol hatását autonóm idegrendszeri és muscularis funkciókra (pl. a szív-működés frekvenciája, perctérfogat, légzés stb.). Megerősítik KISSIN és munkatársai (1959) véleményét, miszerint a centrális gátló hatáson kívül az alkohol szimpatikus stimulánsként, ill. parasymphathicolecticumként hathat. HERBERDEN (1768) óta gyakran bukkan fel tankönyvekben is, hogy az alkohol javítja a coronaria-keringést, és így infarctust kivédő hatása is van. Ezt a véleményt egyes statisztikai vizsgálatok (melyek szerint alkoholos máj-cirrhosisban szenvedőknél ritkább az infarctus) igazolni látszottak. De statisztikailag ugyanúgy kimutatható máj-cirrhosisusoknál a carcinoma ritkább előfordulása. A feltételezett oki összefüggéseknél sokkal elfogadhatóbb az a magyarázat, hogy a cirrhotikusoknál az egyéb idősebb kori betegségek „lekésik önmagukat”. SCHWEITZER (1867) vizsgálatai szerint az alkoholnak a coronaria-bántalmakra feltételezett jó hatása nemcsak megcáfolható, hanem manifeszt szívpanaszok hiányában is kimutathatók alkoholistáknál a szívizom anyagcsere-zavarai, sőt strukturális elváltozásai is. Az alkoholistákon észlelt myopathia cordist, olykor „beri-beri szívet” a fehérje- és B-vitaminhiány, ill. az alkohol direkt toxikus hatása okozza. WIESER (1965), LUTTEROTI (1969), FREDERIKSEN és HED (1958) az EKG-elváltozásokat vizsgálta alkoholistákon. NORDAHL (1964) hallásvizsgálattal igazolta az alkohol károsító hatását a Cortiszervre. CONGER (1961) az alkohol hatását tanulmányozta a perceptióra, a tanulásra, az érzelmekre és annak negatív hatását állapította meg, függetlenül attól, hogy az intoxikált teljesítményét jobbnak találta. Ugyanígy látszólagos vagy csak átmenetinek tekinthető az alkohol pozitív hatása a munkateljesítményre és a fáradtságérzés csökkenésére.

c) A krónikus alkoholizmus kórtani vonatkozásai

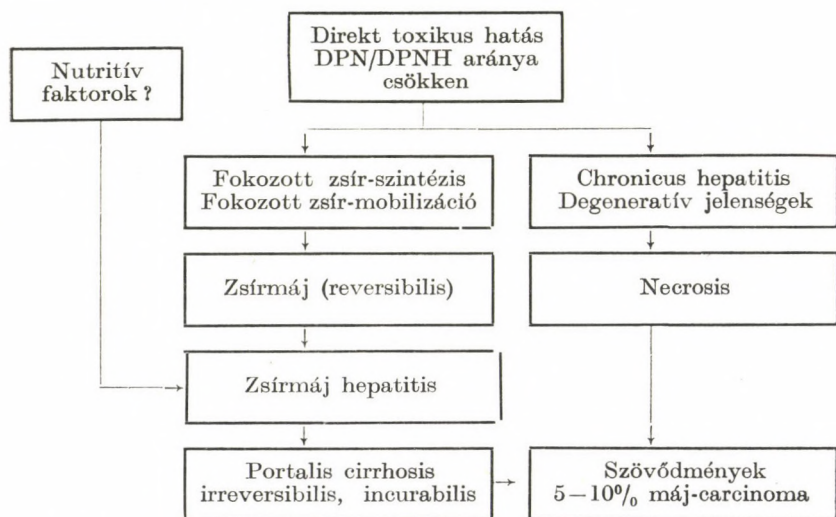
A rendszeres és nagy mennyiségű alkoholfogyasztás — történetük az életszerűsége, addictio miatt vagy csak élet- és munkakörülményekből következő szokásból — számos szomatikus tünetet okoz, elváltozást idéz elő.

Már utaltunk arra a sokrétű, a fehérje-, zsír-, szénhidrát-, vitamin-, elektrolit-háztartást érintő, szinte totálisnak nevezhető anyagcsere-zavarra, mely a rendszeres alkoholfogyasztás következménye (Sós, 1969). Ez eleinte nem is tükröződik a beteg aspektusán. Az anyagcsere-zavar első szakában a beteg gyakran jól táplált, sőt túltáplált a fokozott zsírlerakódás folytán, és csak később jelentkezik az alultápláltság okozta leromlás, mely egészen a cachexiáig fokozódhat. Az első szakaszban — különösen a sörivókra jellemző — a zsír- és folyadék-retenció okozta puffadtság, az arc pirossága, a conjunctiva belövelltsége (a perifériás erek tágulata) figyelhető meg, borivóknál a jellegzetes plethora (borvirág). Pálinkaivóknál hamarabb kialakul a marantikus szak, amikor a bőr ráncos, szürkés-fakó lesz (bőr alatti zsírszövet eltűnése). Az alultápláltság, a vitaminhiány következménye a beteg legyengülése, idő előtti elöregedése. A gyomor-béltraktus vonatkozásában jellemző a nyálkahártyák hurutja (gastritis alcoholica), mely az étvágytalanság, hányinger, esetleg hányás (vomitus matutinus), dyspepsiás zavarok, gyomorégés, achylia gastrica, diarrhea stb. tüneteit okozza.

Közismert, sokat tárgyalt kérdés az alkoholfogyasztás májkárosító hatása, amely az alkoholisták 4—10%-ánál (WIESNER, 1965) máj-cirrrosisra vezet. Az alkoholos májkárosodás kérdését LELBACH (1966) 526 alkoholista betegén vizsgálta sokrétűen, hathónapos elvonókúra folyamán. Minthogy a károsodások egy része reverzibilisnek bizonyult, hasznosnak tartanánk, ha az alkoholista betegekkel foglalkozó orvosok az alkohol okozta májkárosodás patomechanizmusát részletesebben feltárnák, annak ellenére, hogy a kérdés számos vonatkozása még nem tisztázott (JELLINEK, 1952; ALBOT és mtsai, 1957; LIEBER és RUBIN, 1968, MARTINI és DÖLLE, 1965; SCHRAPPE, 1968). Az alkoholnak mint nagy kalóriájú „tápláléknak” komolyabb mennyiségben való fogyasztása némileg pótolja a szénhidrát és fehérje formában történő kalóriabevitelt, amelynek felszívódását a gyomor-bélrendszer említett hurutos tünetei amúgy is megnehezítenék. Az alkoholos májkárosodásban elsősorban a fehérjehiány, a lipotrop anyagok elégtelen bevitele, a labilis metilcsoporttal rendelkező aminosavak, főleg a cholin hiánya a felelős. Újabban azonban mind nagyobb szerepet tulajdonítanak a kutatók az alkohol közvetlen hepatotoxikus hatásának, amely

a májsejtek zsíros elfajulásához, necrosishoz, végső soron a máj-cirrrosishoz vezet (DESPOTOVIČ és mtsai, 1966). Az alkohol direkt toxikus hatását a májsejtekre a máj anyagcseréjének vizsgálata sok tekintetben érthetővé teszi (THALER, 1969; MAGYAR, 1969/b, 1970). Itt szerepe van magának az alkohol-anyagcserének, melynek acetaldehiddé való oxidációját a májban (kisebb mennyiségben a vesében) található alkoholdehidrogenáz katalizálja, és amelynek aktivitása májbetegségekben csökken. Az oxidáció második fázisában az acetaldehid a difoszopiridinnukleotid (DPN, ill. redukált alakja a DPNH) és az acetaldehiddehidrogenáz hatására acetáttá alakul. E folyamat kapcsolatban áll a szénhidrát- és zsíryanycserével, és ez utóbbi zavara (zsírsavak szintézise, mobilizálása, raktározása) különösen fontos szerepet játszik a máj alkoholos károsodásában (CASIER, 1962). Ugyancsak kimutatható az alkohol hatása a máj elektronmikroszkópos struktúrájára, a detoxikálást katalizáló enzimek aktivitására. Az alkoholos májkárosodás patomechanizmusáról áttekintést nyújt az alábbi táblázat (KOZMA D. összeállítása).

ALKOHOLOS MÁJKÁROSODÁS



A klinikum szempontjából jelentős alkoholos májkárosodás a sárgasággal, étvágytalansággal, hányingerrel, hányással, hasi fájdalommal, lázzal, leucocytosis-szal járó akut alkoholos hepatitis

(STRÖM, 1965; GREEN és mtsai, 1963), a Zieve-szindróma, melyre az icterus, anaemia, hyperlipidaemia tünetegyüttese a jellemző, néha pancreatitis-szel társul, és gyakran pszichotikus tünetekkel kísért (KUHA, MAISER, WAGNER, 1967; SIEGENTHALER és FILIPPINI, 1967; ALBAHARY és mtsai 1968; HUN, 1969). Differenciáldiagnosztikai szempontból említenünk kell az alkoholos máj-cirrhosis-szal kapcsolatos comát, melynek két típusa van. Egyik a progrediáló dekompenzált máj-cirrhosis végső comája, mely icterus-szal jár együtt és irreverzibilis. A másik típus reverzibilis lehet, spontán vagy terápiás beavatkozás és intercurrens történések (gyomorvérzés, bélinfekció, gyógyszerártalom stb.) válthatják ki az alkoholos máj-cirrhosisban szenvedő betegnél (CACHIN és NIVET, 1961).

Az alkoholos májkárosodás mértékére az osztályunkon ápolt mintegy 700 alkoholista beteg adatai is rávilágítanak. Betegeink egyharmada 10%-nál magasabb bromtalin-retenciót mutatott. Talán azt is figyelembe kell vennünk, hogy az alkoholista tbc-s betegek esetében még gyakoribb a májkárosodás (KÁLNAY és HEVÉR, 1962; KÁLNAY és mtsai, 1965), ahogy betegeink anamnézisében igen gyakran (20%) szerepelt ulcus vagy ulcus miatt gyomor-resectio is. Kevésbé fordul elő akut, ill. krónikus pancreatitis az alkoholisták között. Az alkohol sósav-secretin-stimulus révén fokozza a pankreas-secretiót. A secretum azonban a duodenitis, ill. a papilla Vateri oedemája és spasmusa miatt a tágult mirigyjáratokban pang, és hajlamos bakteriális infekcióra. A krónikus, ill. recidiváló pancreatitis esetek felében az alkoholos eredet megállapítható.

Csak igen röviden érinthetjük az alkohol okozta idegrendszeri károsodásokkal járó kórképeket. A központi idegrendszer neuropatológiai vonatkozásaira már utaltunk. Itt csak megemlítjük az ALLSOP és TURNER (1966) által tanulmányozott cerebellaris szindrómát krónikus alkoholistákon, amelyet a járás és testtartás bizonytalansága, ill. az alsó végtagok inkoordinációja jellemez, és boncoláskor láthatóan a kisagy anterior része degeneratív elváltozást mutat. A Wernicke-féle encephalopathia az alkoholos dementia egyik formája, amely a thalamusban kimutatható idegsejtpusztulással jár (MALAMUD és SKILLICORN, 1956), igen ritka (ORTHMAYR, 1969). Ha az alkoholos dementia ismétlődő tudatzavarral, epileptiform görcsjelenségekkel jár, az izomtónus oppozíciós fokozódása, astasia—abasia figyelhető meg, diagnosztizálják a Marchiafava—Bignami-féle szindrómát (SEITELBERGER és BERNER, 1955; JELLINGER és WEINGARTEN, 1961; ORTHMAYR, 1961; TARISKA, 1967), melynek alapja a corpus callosum degeneratív elváltozása.

A periferiás idegrendszer megbetegedései közül közismerten elég gyakori az alkoholos neuritis, ill. polyneuritis. Ezek főleg az alsó végtagokon jelentkeznek, rendszerint paraesthesiákkal kezdődnek, és jellemző, különösen esti, éjszakai szaggató végtagfájdalommal járnak. Néha bénulásos tünetek mutatkoznak (tibialis anterior, n. peroneus) és az ataxia, valamint a reflexkiesés következtében a kép a tabest utánozza, különösen ha a pupillák is renyhén reagálnak (Argyll Robertson-tünet is lehet), ezért ezt a képet pseudotabes alcoholicának nevezik. Gyakori a szemideg károsodása (neuritis nervi optici), mely látótérszűküléssel-, kieséssel (centrális scotomák) jár, és szemfenékvizsgálatnál a papilláknak főleg a temporalis része mutatkozik halványnak. Nem ritka a neuritis retrobulbaris, az alkohol-nikotin amblyopia, továbbá a szemizombénulások. Periferiás idegkárosodásra utalnak az érzészavarok, ill. -kiesések. Az alkoholizmussal társuló szomatikus elváltozások közül említést érdemelnek a légzőszervi betegségek (bronchitis chronica, emphysema, pneumonia, tüdőtályog, bronchiectasiák és elsősorban a tbc). Előfordulásuk — mint az ilyen irányú szűrővizsgálataink, nagyszámú betegen szerzett tapasztalataink is mutatják — alkoholistáknál gyakoribbak. Oka lehet az erős dohányzás, a következményes tüdőtályulás, a gyakori meghűlés, esetleg részegségben előforduló aspiratio stb.

AZ ALKOHOLOS BETEGSÉGFOLYAMAT (AZ ALKOHOLIZMUS FÁZISAI)

Az alkoholizmus progresszív betegség, végső formája, a krónikus alkoholizmus, folyamatosan, hosszú évek alatt alakul ki. Eleinte nehéz különbséget tenni az excesszív és normál ivó között, hiszen az utóbbinál is előfordulhat időnként lerészegedés.

Az alkoholos betegségfolyamat kialakulására figyelmeztető jelek:

- a) Lopva ivások, mikor valaki, lehetőleg titokban, többet fogyaszt a szociálisan megszokottnál, társasága többi tagjainál.
- b) A mohó ivás, mikor gyorsan elér egy bizonyos alkoholszintet, de ezután mértékkel, társaihoz hasonlóan iszik tovább.
- c) Kifejezett törekvés az ivási alkalmakra, az alkoholmennyiség biztosítására, a „compulsiv need” (vágy a hiányállapot megszűntetésére) jelentkezése.
- d) Minthogy még kontrollálja magát, a fokozódó alkoholfogyasztás miatti bűntudat, az ivó környezete, családja, néha önmaga előtt

is tagadni, csökkenteni igyekszik az alkoholizálás gyakoriságát és mértékét.

e) A kontroll felfüggesztése (suspension of control) következtében mind gyakoribb heveny részegségek, melyekre sokszor amnéziás.

Itt van az *átmenet a következő stádiumba*, mikor az ivás kényszeressé, szenvedéllyé válik, addiktív lesz. Az iváshoz már nem kell ürügy, társas összejövetel, ünnep stb., az ivás öncélúvá lesz és rendszeresen lerészegedéshez vezet. A kontroll elvesztése (loss of control) már kevés ital hatására bekövetkezik. Minthogy ezt a jelenséget az iszákos maga is felismeri, gyakran hosszabb ideig, többnyire fogadkozásokkal kísért absztinenciális szakok beiktatásával mintegy védekezik a további progresszióval szemben. Ez is mutatja, hogy sokszor tisztában van szenvedélye betegség jellegével, ezért már nem titkolja, legfeljebb magyarázni, értelmezni igyekszik viselkedését. Az indokokat többnyire kivetítve, családjára, környezetére, elszenvedett sérelmeire vonatkoztatja, depresszív formáknál azonban önmagára is. Mindinkább jelentkeznek a magatartási zavarok (családi, munkahelyi kötelezettségek elfelejtése, elmulasztása, hanyagolása, a részeg állapotban elkövetett cselekmények következményei, pénz elvesztése, felelőtlen adósságok csinálása, értékeinek elkótyavetyélése), agresszív cselekmények a családdal, vélt ellenségekkel, hatósági közegekkel szemben stb. A magatartási zavarok magukkal vonják a társadalmi zavarokat, a családi élet felbomlását, a matrimoniális konfliktusokat, az alkohol okozta potencia-csökkenés a féltékenységi rögeszméket stb. A gazdasági következmények (keresetének elivása, tartalékainak, értékeinek felélése, munkahelyi nehézségek, munkafegyelmi problémák, állásának elvesztése, alacsonyabb beosztás stb.) megindítják társadalmi involúcióját, dezintegrálását, baráti, társadalmi körének elvesztését. A részegségek (fizetés napján, hétvégeken stb.) mind gyakoribbak és prolongáltak.

Ezzel jut el a *harmadik szakaszba, a krónikus alkoholizmus szakaszába*, amikor a képet a „craving for alcohol” (WHO Elmeügyi és Alkoholszakértő Bizottságai, 1955), az alkoholhoz való megrögzött kötöttség, az alkoholéhség uralja. Ha módja van rá, reggeltől estig iszik, a részegséget minél előbb igyekszik elérni. Ekkor már jelentkeznek a tolerancia-csökkenés, az említett pszichikus, szomatikus zavarok, a krónikus alkoholizmussal kapcsolatos kórtani jelenségek.

Természetesen a folyamat leírása nagyon vázlatos, egyénenként nagyon különböző, és az átmenetek miatt az egyes fázisok elmosódnak, fedik egymást.

Érthető, hogy régóta jelentkezett az igény az alkoholos betegség-folyamat egyes fázisainak pontosabb meghatározására, osztályozására, hiszen ez a betegség prognosztikai szanációs megítélésében is fontos lenne. JELLINEK (1960) dolgozta ki elsőnek az *alkoholos betegségfolyamat öt legismertebb és legelterjedtebb fázisát*, melyeket a görög betűrend szerint jelölt.

Alfa alkoholizmus az alkoholtól való, csak pszichikus függést jelent a többnyire neurotikus vagy szociális jellegű feszültségek enyhítésére. Pszichikus okok eredményezik az ivást, de dependencia nincs, az alkoholos folyamat nem progrediál, a betegséget nem az alkohol okozza.

Béta alkoholizmus szomatikus alkoholos elváltozásokat (gastritis, máj-cirrhosis, idegrendszeri elváltozások) okoz anélkül, hogy fizikai vagy pszichikai függés lenne. Kialakulhat, ha bizonyos ivás-szokások helytelen táplálkozással kombinálódnak.

Gamma alkoholizmus főleg a tömény italok fogyasztásához kötött és így inkább az angolszász országokban gyakori. A dependencia mind pszichikai, mind fizikai értelemben megvan, az alkoholtolerancia nő, az anyagcserébe beépül az alkohol és így az absztinenciális tünetek alkohol hiányában igen kifejezettek, jellemző a kontrollvesztés.

Delta alkoholizmus a bortermelő országokra (Franciaország, Olaszország) jellemző. Itt is fennáll a tolerancia-fokozódás, az elvonási tünetegyüttes. Kevésbé jellemző a kontrollvesztés, de az ivás az ivási szokások miatt (Franciaország) mégis folyamatos.

Epsilon alkoholizmusnak nevezi JELLINEK a periodikusan jelentkező dipszomániát, mely nemcsak Európában, hanem Latin-Amerikában is gyakori kórkép.

JELLINEK csak a gamma- és delta-formákat tartja önálló betegségnek, mert csak ezeknél következnek be a már tárgyalt elváltozások. Bár JELLINEK beosztása egyszerű, nem elégíti ki a klasszifikációval kapcsolatos igényeket. LLOPIS-PARET és SANTO-DOMINGO-CARRASCO (1963) összetettebb, ún. „háromdimenziós klasszifikációs rendszert” dolgoztak ki.

A három dimenzió *informál*:

- a) az excesszív ivás okairól;
- b) az ivás módjáról, típusáról és
- c) a tartós alkoholfogyasztás következményeiről.

ad a) Az ok lehet sajátos személyiségfejlődés, neurózis, abnormis szociális miliő, pszichózis.

ad b) 1. Nincs kontrollvesztés, nincs elvonási tünet.

2. Az elvonási tünet miatt iszik, de kontrollvesztés nincs, az alkoholtolerancia csökkent.

3. Van elvonási tünet és kontrollvesztés is.

4. A kontrollvesztés miatt, ha inni kezd, csak teljes absztinenciával tudja megakadályozni a láncreakció elindulását.

ad c) A következmények pszichopatológiai, szomatikus és szociális jellegűek.

E három dimenzió (ok, mód, következmény) különböző kombinációi már összetettebb és így megfelelőbb információkat közvetítenek az egyes kórképekről, ill. az adott betegről.

AZ ALKOHOLIZMUS PSZICHIÁTRIAI SZÖVŐDMÉNYEIRŐL

A kóros (patológiás) részegség

A már ismertetett típusos részegségtől alapvetően különbözik. A viszonylag ritka kórkép diagnózisa az igazságügyi elmeszakértői gyakorlat szempontjából jelentős. Míg a magyar Btk. az alkoholos befolyásoltságot nem tekinti enyhítő körülménynek (Btk. 22. §), a patológiás részegséget a büntetőjogi gyakorlat lényegében elmebetegséggént fogadja el. Bár a kóros részegség fogalma KRAFT-EBINGTÓL származik, és így 100 éves múltra tekint vissza, elterjedten használja a pszichiátriai és alkoholológiai irodalom, mégsem tekinthető jól elhatárolt nozológiai egységnek. A kórkép lényege: alkoholfogyasztás (többnyire viszonylag nem nagy mennyiségű fogyasztás) hatására létrejövő, hyperacut lefolyású, különböző formájú pszichózis. BINDER óta a modern pszichiátriai irodalom a kóros részegséget nem a heveny alkoholmérgezés atípusos formájának tekinti, melynek alapja a kvalitatív intolerancia (NYIRŐ, 1962), mint ahogy létezik abnormis alkoholtolerancia is (LEOPOLD és MÜLLER, 1967), amikor enyhe részegség esetén 3–4,9⁰/₁₀₀-es vérszintet mértek. A kóros részegség azonban minőségileg más, a heveny alkoholmérgezés-től differenciálható, az elmebetegséggel egyenértékű állapot (POLLNER, 1969; ANGYAL és SZOBOR, 1970). Patológiás részegség gyakoribb epilepsziásoknál vagy családtagjaiknál, pszichopataknál, koponya-, ill. agysérülteknél, a központi idegrendszer organikus betegségei, latens pszichózisok stb. esetén. Leggyakoribb a kóros részegség epileptoid alakja. Ez kis mennyiségű alkoholfogyasztásra is kirobbanó motiválatlan düheffektus, beszűkült tudatállapot mellett többnyire agresszív cselekményekben manifesztálódik. A típusos részegségtől legtöbbször megkülönbözteti a mozgási inkoordináció, ill. az ataxia hiánya, az amnéziás, az indulati cselekmény motiválatlansága és én-idegensége. A kóros részegség tenebrosus formájánál indulati (epileptiform) cselekményekkel szemben jel-

lemzőbb a különböző mélységű tudatborulás, amely nemcsak óráig, hanem napokig tarthat. A beteg ködös állapotaiban gyakran kóborol, különböző, ugyancsak motiválatlan cselekményeket követhet el. A tudatborulásos állapotnak megfelelően dezorientált a helyet, az időt, a személyeket és cselekedeteit illetően. A kóros részegség deliráns formájánál nem az indulatok, nem a tudatborulás, hanem a tömeges érzécsalódások a jellemzőek. Vizuális, akusztikus, tapintási, egyensúlyérzésbeli hallucinációk a delirium tremensre emlékeztetnek, csak a kóros részegség e formája pár óra alatt, terminalis comatosus alvással többnyire lezajlik.

Sokan a kóros részegséghez csatolják a dipszomániát is. Ennek jogosultsága vitatható. Periodikus lefolyása, a hangulat zavara következtében a mániás-depressziós kórképekhez is sorolják. Jellemző a dipszomániára a lehangoltsággal, hiány-, félelemérzéssel, depresszív, szuicid gondolatokkal, máskor ingerlékenységgel, étvágytalansággal, heves szomjúságérzéssel, megint más esetekben álmatlansággal, fejfájással, szívdobogással stb. járó prodromális szak, mely végül heves, teljesen kontrollálatlan alkoholfogyasztásba torkollik. Gyakran az ilyen beteg is elkóborol, italtólról italtólra vándorol, máskor alkoholos italokat összehordva valósággal elrejtőzik. A dipszomán roham is gyakran delirosus állapotokban (érzécsalódások, téveseszmék, intenzív effektusok, impulzív cselekvések stb.) kulminál, és terminális, igen hosszú, mély alvással végződik. Ébredés után a beteg gyakran amnéziás, máskor önvádoló, szuicid gondolatokkal terhes. A depresszió oldódását többnyire hosszabb absztinens periódus követi. Nőknél a dipszomán roham sokszor a ciklussal kapcsolatos.

A patológiás részegség terápiás befolyásolása nehéz, ezért különösen fontos az ilyen betegnél a teljes absztinenciára való törekvés.

A delirium tremens

A krónikus alkoholizmus leggyakoribb pszichiátriai szövődménye. Az esetek kétharmadában meghatározható kiváltó tényezők hatására létrejövő akut alkoholos elmezavar, melyet jellegzetes szomatikus tünetek (durva hullámzó tremor, hyperhidrosis, gyakran renyhébb pupilla-reakciók, vegetatív zavarok, subfebrilitas, láz, tachycardia, vérnyomás-ingadozások, alvászavarok, étvágytalanság, obstipáció v. hasmenés, néha albuminuria, glycosuria, urobilinogenuria, fokozott catecholamin-ürítés stb.) kísérnek. Pszichikusan a megismerési struktúrában jelentkező regresszió, az akusztikus és még inkább a vizuális, néha a tapintási, térbeli orientációkra vonatkozó érzécsalódások a legjellemzőbbek. A látási hallu-

cinációk tömegesek, ijesztőek, piros, fekete, zöld, kicsiny vagy kicsinyített állatokra (egerek, patkányok, kígyók, bogarak, hemzsegő legyek stb.) vonatkoznak. Az akusztikus hallucinációk néha egyszerű zúgást, dörgést jeleznek, máskor összetettebbek, becsmélő, szidalmazó szavakat, mondatokat hallanak. Kinesztéziás és térbeli orientációs (az egész szoba, a talaj, az ágy mozgása stb.) érzécsalódások sem ritkák. A tünetek sötétben, este, éjjel, a beteget magukra hagyva fokozódnak, velük foglalkozva gyakran egyszerű verbális ráhatással is csökkenthetők. A tudatborulás különböző foka és a tájékozódás zavara (saját személyére vonatkozóan kevésbé, más személyekre, tárgyakra, helyzetekre vonatkozóan fokozott) ugyancsak jellemző. A pszichomotoros nyugtalanság ellenére bizonyos sztereotípiák (pl. foglalkozás kapcsán megszokott mozdulatok) megtartottak, legfeljebb a tremor miatt ügyetlenebbek.

A *delirium lefolyása* tekintetében CUSTHAL (1965) *három fokozatot* különböztet meg: a 24 órán, a 72 órán belül lezajló és 72 órán túl (átlag 9 napig) tartó delíriumot. Súlyossága szempontjából is igen széles a skála, az enyhe praedelirosus, terápiásan jól befolyásolható állapotoktól, melyek elvonó osztályokon gyakoriak, a súlyos, elhúzódó, lázas, nemegyszer terápia-rezisztens, exitus-szal végződő nagy delíriumokig. Bár a kórkép igen régóta ismert, SUTTON (1813) már gondos és részletes monográfiában tárgyalja (az angolszászok Saunders—Sutton-szindrómának is nevezik), továbbá irodalma is igen terjedelmes, patogenezeise ma sem tekinthető megnyugtatóan tisztázottnak. Egyesek a konstitucionális és diszpozíciós tényezőknek (WYSS, 1960) jelentős szerepet tulajdonítanak. A szerzők többsége a tartós alkoholfogyasztás okozta májkárosodást, a totális anyagcsere-zavart, a vitaminhiányt tekinti döntő tényezőnek (HUBER, 1954; HELBIG, 1962; PENTSCHER, 1957; LUNDQUIST, 1961; VALLET, 1962; PETERS és NEUMANN, 1960, ORTHMAYR és mtsai, 1969; TARISKA, 1961; FREULEIN, 1967). WIESER (1965) szerint a cirrhotikus vagy praecirrhotikus máj-laesio esetében az alkoholista betegen ötszörös esélye van a delírium tremensre. Az alkoholisták 20%-ánál kimutatható hyperlipaemia is szerepet játszhat. A delirium tremenses betegek köpetében gyakoriak a zsírcseppek. LYNCH a delirium tremens miatt sectióra került esetek 70%-ában zsírembóliát észlelt a tüdőben. Bár a máj strukturális zavara nem állandó kísérője a delirium tremensnek, TARISKA (1969) szerint az elektronmikroszkópos vizsgálatok a fénymikroszkópnál lényegesen gyakrabban mutatják ki, hasonlóan a finomabb enzimhisztokémiai vizsgálatokhoz. COIROULT és LABORIT (1956), GIACOBINI és munkatársai (1960) neuroendokrin zavaroknak, elsősorban a mellékvese-

funkció zavarainak tulajdonítanak jelentőséget. CUSTHAL (1965) „adrenal-exhaustió”-ról beszél. ALLEGEN és munkatársai (1962) a deliriumban talált szérumvas-szint csökkenéséért ugyancsak a kiváltó tényezők okozta stressz-állapotot teszik felelőssé. MENDELSON és munkatársai (1959) szerint a delirium tremensben jobban, az alkoholos hallucinosisban kisebb mértékben csökken a szérummagnézium-szint. LEWIS és munkatársai (1962) ezt nem tartják oki tényezőnek, hanem a malnutritio következményének. A delirium tremens részletes patogenetikai és tünettani elemzését hazai viszonylatban GERÉBY (1969) nyújtotta 223 beteg kórfolyamatának gondos retrospektív vizsgálata alapján. Hasonló adatokat közöl 204 esetéről BÜHRER (1964) és közel 2000 esetről a milánói kórházból AMICO és MINAZZI (1963).

Az akut alkoholos hallucinosis

A krónikus alkoholistákon hevenyen és többnyire átmenetileg fellépő elmezavar, melyet azonban nem kísérnek szomatikus tünetek. Az alkoholos hallucinosisra legjellemzőbb, hogy a többnyire akusztikus, gyakran azonban vizuális hallucinációk tiszta tudatállapot mellett jelentkeznek, amelynek következtében a betegek a személyiségüktől idegen érzéksalódások kóros jellegének tudatában vannak. Talán ezzel függnek össze a hallucinosiszt kísérő szorongások, félelmek, paranoid és mikromániás téveszmék. Az alkoholos hallucinosis jóval ritkább, mint a delirium tremens és inkább fiataloknál (harmadik decennium) jelentkezik, nőknél viszonylag gyakrabban, mint férfiaknál. Patogenezise még kevésbé ismert, mint a delirium tremensé. Neuropatológiailag feltáratlan. A hallucinosis kitörését többnyire rövid prodromális szak előzi meg. Maga a hallucinosis néha egészen rövid (1—2 nap), máskor napokig tart, majd fokozatosan enyhül, végül megszűnik. Tapasztalatunk szerint a beteg nem amnéziás érzéksalódásainak tartalmi és affektív vonatkozásaira. Ha a betegség elhúzódik (az esetek mintegy egynegyedében), szkizofrénias manifesztáció (paranoia) mutatkozik (KARDOS és MÁRIA, 1967). Ugyancsak az esetek egynegyedében fokozatosan alkoholos dementia alakul ki. Néha delirium tremensszel szövődik a kórkép, ami differenciáldiagnosztikai nehézséget okozhat. A tudatzavar szempontjából átmeneti formákat WIECK (1956, 1961) írta le (Durchgangs-szindróma). GOFMAN (1963) 50 esete alapján alcsoportokra osztja a kórképet. ORTHMAYR (1969) is rámutat arra, hogy tapasztalataik szerint nem olyan tiszta formákban jelentkezik a kórkép, ahogy ezt a tankönyvek leírják.

Az alkoholpszichózis egyéb formája ritkán fordul elő. ORTHMAYR

(1969) szerint az elmeosztályok forgalmának 0,5—1%-át teszi ki. SCHEID és HUHN (1967) megállapították, hogy a kölni klinikán 14 év alatt ápoltt 56 ezer pszichiátriai betegből 1500 volt az alkoholos beteg. Egyharmaduk „psychosis alcoholica” diagnózissal került be. Közülük 395 betegnél (80%) delirium tremens, 26 esetben alkoholos hallucinosis, 48-nál Korsakow-pszichózis, 12 betegnél más, főleg paranoia alcoholica kórképet mutattak ki.

A *Wernicke*-, ill. *Korsakow*-betegség nálunk még ritkábban fordul elő. Előbbi típusra a polyencephalitis haemorrhagica superior, utóbbira a polyneuritises szövődmény jellemző. Különböző ezek a már említett cerebellaris atrophiaival, Marchiafava—Bignami-szindrómával, pseudoparalysis alcoholicával egyetemben az alkoholos demenciák neuropatológiailag amúgy sem egységes csoportjába sorolhatók. Jellemző ezekre a különben idősebb betegekre a szemleli leépülés az emlékezés, a környezet iránti érdeklődés, az iniciatíva szempontjából. Tömény szeszt fogyasztóknál gyakoribb. Az alkoholos hallucinosishoz hasonlóan nincs kimutatható, jellegzetes neuropatológiai agykárosodás a paranoia alcoholica és az epilepsia alcoholica esetén. Az előbbi a krónikus alkoholistáknál amúgy is gyakori féltékenységi (LLOPIS, 1962) pszichotikus téveseszmévé fokozódása. Kialakulásában szerepet játszhat a premorbid, többnyire már eleve paranoid pszichopátiás személyiség, az alkoholizálás okozta tényleges potencia csökkenése, az alkoholizálás következtében jelentkező egyéb pszichikus ártalmak, a családi élet romlása, a szociális izolálódás stb. Elkülönítése a valódi sch-s paranoiától nem mindig sikerül. Az alkoholos paranoia néha nem féltékenységi tartalmú, hanem más vonatkoztatásos téveseszmékben nyilvánul meg. Az epilepsia alcoholicára a rendszeres alkoholfogyasztás következtében kialakuló epilepsziás rohamok a jellemzők. GROVE (1964) alkoholista betegei 2%-ánál tapasztalta e tünetet. Előfordul, hogy a beteg esetenkénti nagyobb alkoholfogyasztása kiváltja a görcsrohamot, ill. ez a Korsakow-pszichózisba is átmehet (WALSH, 1962). A képet az epilepsziásokra jellemző ködös állapotok, jellemelfajulások is kísérhetik.

BACHER és munkatársai (1960) irodalmi adatok és saját összehasonlító EEG-vizsgálataik alapján az epilepsia alcoholicát nem tartják organikus eredetűnek, mivel az epilepsziára jellemző EEG-jelek többnyire hiányoznak, és a kórképnek nincs jellegzetes EEG-görbéje.

Az alkoholos pszichózisok tünettanához ismert modellkísérletek (ISBELL és mtsai, 1955; MENDELSON és LA DOU, 1964) is adnak támpontokat. Mindezek ellenére az alkoholos pszichózisok a pszichiáterek számára is sok kóroktani, patogenetikus differenciáldiag-

nosztikai és terápiás problémát okoznak. A gyakorlatban — így saját tapasztalatunk alapján is — csak a delirium tremens és lényegesen kisebb mértékben az alkoholos hallucinosis fordul elő. Jelentőségük az alkoholista személyiség kutatásában, éppen az extrém alkoholfogyasztással kapcsolatosan és a jellemző személyiségalterációk miatt — mint látni fogjuk — klinikai fontosságuknál is nagyobb.

II. ÁLTALÁNOS SZEMÉLYISÉGTANI ISMERETEK

Az alkoholista személy vizsgálata, sajátosságainak feltárása általános személyiségtani ismeretekre épül. Az 1965-ben megjelent „Személyiség és tuberkulózis” című könyvünk első részében rövid személyiségtani kompendiumot adtunk közre. Azóta a hazai irodalomban több ilyen vonatkozású könyv jelent meg (GEGESI KISS és LIEBERMANN, 1965; GYÖRGY, 1965; KARDOS, 1965; BÖSZÖRMÉNYI és MOUSSONG-KOVÁCS, 1967; GARAI, 1969; MÉREI és BINÉT, 1970). Mindezek lehetővé teszik, hogy ne növeljük könyvünk terjedelmét átfogó személyiségtani résszel, hanem inkább csak azokra a választos megjegyzésekre szorítkozzunk, amelyek az alkoholista személyiség jobb megértéséhez szükséges ismeretekre vonatkoznak. Kiindulópontunk ugyanis az, hogy az alkoholista beteg vezetése és gyógykezelése az alkoholista személyiség megértésének függvénye.

A normális személyiség viszonylag önálló, „autonóm” rendszer, de csak a külső valóság tágabb rendszerében létezhet. A megközelítés tehát hármassal: a saját rendszer, a valóságrendszer és a kettő szintézisének a vizsgálata. A szintézisprobléma megoldására irányuló elméletünk az alapja a patológikus formák — így az alkoholista személyiség — vizsgálatának. Ezért a sokféle személyiségtani aspektus közül elsősorban azokat emeljük ki, amelyek az alkoholista betegek gyógykezelésében kialakult szemléletünket mintegy elméletileg is alátámasztják. Ebből következik e rész töredékessége, a kiemelések önkényesnek tűnhető válogatása és egyáltalán vállalkozásunk kísérleti jellege. Az itt elmondottakat a későbbi fejezetekben kiegészítjük.

SZEMÉLYISÉGTANI IRÁNYZATOK

Az élő szervezetek saját belső törvényeik szerint működő dinamikus rendszerek. Ugyanakkor azonban külső környezetükkel is szoros kapcsolatot alkotnak. Érthető, hogy egyes kutatók — a tényállást leegyszerűsítve — a szervezetek, közöttük az ember

viselkedését a szervezetek belső törvényeiből vezetik le. Mások szerint a viselkedés a külső helyzet irányítása szerint alakul. A pszichoanalitikus szerzők — maga FREUD is — a viselkedést a belső hajtóerőkkel értelmezik. A reflexológiai iskolák, így a behaviorizmus is a viselkedést külső ingerek, haladottabb felfogás esetén az ingerhelyzet hatására vezetik vissza.

A pszichológia fejlődése folyamán a két tan képviselői közeledtek egymáshoz. A *pszichoanalitikusok* számolnak a környezet, különösen a gyermekkori környezet alakító hatásával, a *reflexológia hívei* pedig korán észrevették, hogy a szervezetek a környezetnek csak olyan ingereire válaszolnak, amelyek a belső hajtóerők alapját szolgáltató szükségletekkel valamilyen közvetlen vagy közvetett kapcsolatban állnak. HEBB (1949) már leszögezte, hogy az 1930 előtti behaviorista felfogással szemben a szervezet saját belső apparátusa külső ingerlés nélkül sem teljesen passzív, hanem bizonyos mértékű spontán aktivitása van. Ennek ellenére folytatódik a vita a szembenálló felek között.

A vitáról KATAHN és KOPLIN (1968) megállapították, hogy a szerzők a végső magyarázó elvek, a „paradigmák” kérdésében térnek el egymástól, és világos, hogy itt a belső és külső okok elméleteinek ellentétéről van szó. Bizonyos mérvű közeledést NATSOULAS (1970) tanulmánya jelentett, aki szerint ma már a behavioristáknak is el kell ismerniök a belső tényezők szerepét, holott WATSON eredeti tételei szerint mentális történések vagy állapotok nem léteznek. A mondottak alapján elfogadhatjuk, hogy sem a belső, sem a külső tényezők önmagukban nem magyarázzák meg a viselkedés egészét, ehhez a két tényező kölcsönhatását is figyelembe kell vennünk. RUBINSTEIN (1964) megfogalmazása szerint a külső tényezők a belső feltételeken keresztül hatnak. A külső és belső tényezők szintézisének formáit DEWEY és követői igyekeztek tisztázni. Olyan elmélethez jutottak, amely eltér a belső vagy külső okok alapján lehetséges tárgyalási módtól, és mélyebb megismeréshez vezet.

A belső okok elméletét valló irányzathoz tartozó mélylélektan a viselkedést szükségleteken alapuló belső hajtóerők kauzálisan értelmezhető eredményének tekinti, és ezáltal sokban hozzájárult a személyiség élményrendszerének, ezen belül a deviáns formák és általában a személyiség ontogenezisének a megértéséhez. A külső okok elmélete fejlettebb formáiban a környezeti helyzetet mint összefüggő konstellációt, mezőt fogja fel. A környezeti konstelláció a személyiség aktuális beállítottságát határozza meg, míg a konstellációban kiemelkedő inger az ezen a háttéren megjelenő cselekvést dönti el (LEWIN, ANOKHIN).

DEWEY és BENTLEY (1949) szerint az egyes diszciplínák fejlődésük első szakaszában abból indulnak ki, hogy a dolgokat saját belső erők mozgatják. A fejlődés második szakaszában feltételezik, hogy a tárgyak, a dolgok között kauzális kapcsolatok vannak, az egyik tárgy következményesen meghatározza egy másik viselkedését. A harmadik szakaszban felismerik, hogy a kapcsolatban álló tárgyak rendszert alkotnak, amelynek lényege a tárgyak közötti egyidejű kölcsönhatás. *Az ilyen rendszernek a tranzakcionista fel fogás szerint három fő tulajdonsága van:*

1. A rendszer elemeinek közvetlen kapcsolata van a többi elemmel, a rendszeren kívül álló jelenségekkel közvetlen kapcsolat nem teremtődik, a rendszer a környezettel mint egész áll szemben.

2. A rendszer részeinek kapcsolata nem kauzális, hanem kölcsönös, azaz tranzakció. Ugyanez érvényes a szervezet és a környezet viszonylatára is.

3. Egy rendszer bármely részében fellépő aktivitás a rendszer többi részeiben is következményekkel jár.

Azt az állítást, miszerint az oki (az előzőről a következőre és a külsőre ható) kapcsolatok nem merítik ki a lehetséges kapcsolatok minden formáját, ma már általában elfogadják. LINDSAY (1968) szerint a gázok állapotegyenleteiben a térfogat nem időben követi a nyomás változásait, hanem egyidejű vele, azaz kölcsönviszony. PAVLOV is az inger—válasz viszonyt eleinte oki jellegűnek tekintette, de később a szimultán egyensúlyviszonylatból vezette le. Szerinte szervezet és környezet között egyensúlynak kell uralkodnia, de minthogy ez utóbbi a környezet állandó ingadozása következtében mindig megbomlik, szükség van egyensúly-helyreállító működésre, és ez a feltételes reflexműködés.

Mindezeket a megállapításokat lényegesen kiegészíti az a fontos tétel, mely szerint a személyiség nem statikus szerkezet, hanem dinamikus történés, folyamat. DEWEY követője, MULLAHY (1950) abból indul ki, hogy DEWEY és WHITEHEAD, a tudományos megalapozottságú filozófia fő képviselői, minden valóságot folyamat jellegűnek tartanak. WHITEHEAD megfogalmazásában az elemi valóság valamilyen konkrét jelenség: egy olyan „esemény”, mely a jelenség aspektusainak, részműködéseinek egybefoglalásából keletkezik. A „dolgokba” beletartoznak viszonylataik is, és ez teszi őket esemény jellegűvé: a viszonylatok sorozatban jelennek meg.

A vizsgálódásnak eszerint nem „dolgokkal”, sőt nem is tisztán eseményekkel, hanem *helyzetekhez tartozó eseményekkel* kell foglalkoznia. A dolog elválaszthatatlan a környezetétől és ez teszi tör-

ténéssé. MULLAHY szerint ebben a vonatkozásban EINSTEIN jelenti az igazi fordulópontot, mert kimutatta, hogy az anyagi dolgok a környező mezőtől elválaszthatatlanok, a mező nem üres keret, hanem bizonyos mértékű energiával rendelkezik. Ennek a felfogásnak megfelelően szemléli DEWEY is az emberi személyiséget, amelyet tehát egyrészt mint a szervezet fiziokémiai energiáinak szintézisét határozza meg. Ez a szintézis egységes, autonóm alakot teremt, amely saját törvényei szerint működik. Ugyanakkor ez az egységes alak a külvilágra szelektív reakciókat ad, s így kielégítheti a belső szükségleteit és megtarthatja egyensúlyát.

A személyiség tehát részeinek egyidejű kölcsönhatásaiból felépülő rendszer, amely a külvilággal mint egész állandóan kapcsolatot alkot, azaz folyamat jellegű. A rendszer autonómiája és kapcsolódása a környezethez nem zárják ki egymást. A tulajdonképpeni probléma ezek után az autonóm rendszer tényleges kapcsolatai sorának, azaz viselkedésének leírása. MULLAHY erről csak annyit mond, hogy a fejlődéssel a rendszer belső komplexitása és a külvilággal fenntartott kölcsönhatások bonyolultsága állandóan növekszik. Az ember már a környezettel való interakciók tudatával is rendelkezik, amelynek alapvető kifejezési eszköze a nyelv.

Ezeket a megállapításokat THOMAE (1955) vizsgálatai egészítik ki. THOMAE szerint is a személyiséget mint folyamatot, tehát elsősorban mint élettörténetet kell felfognunk, mert így nem elvont elképzelésekkel, hanem konkrét emberi viselkedésekkel foglalkozunk. A vizsgálat tárgya lehet egy esemény vagy az események sorozata. Azt kutatjuk, hogy egy személyiség hogyan végzi interakciós feladatait, pl. mint orvos, jogász stb. hogyan bánik az emberekkel. A vizsgálat módszere kísérleti is lehet, mesterséges helyzeteket is teremthetünk.

A személyiség nem homogén, *dinamikus összetevői* vannak. Ezek *kétfélek*:

a) alaptörténetek, amelyek kezdettől fogva az élettörténethez tartoznak és annak természetes tagolását alkotják és

b) az alaptörténetek meghatározott, időben keletkező viszonylatai. Ezek a szekunder folyamatok.

Az első alaptörténet THOMAE szerint a személyiség „irányított-sága”. Legjobban a biológiai hajtóerővel értelmezhető. THOMAE úgy véli, ez teremt minden integrációt, alakképzést. Sajátos időbeli szerkezete van, pl. biológiai természetének megfelelően periodicitást mutathat. A viselkedés mindig belsőleg motivált. *A második alaptörténet* a tájékozottság, a környezetre irányul, annak feldolgozottságát adja. A két alapfolyamat különböző kombinációkat alkothat, amelyekből típusok vezethetők le. Végső célnak az én érvényesítését

tekinthetjük, ez azonban különböző nívójú lehet: közvetlen élvezetkeresés, önmagunk vagy a világ alakítása, hatása a társadalomra. A magasabb célok megvalósításában a tájékozottság a döntő, de az egyes szakmákban a szükséges mérték nagyon eltérő. A megvalósításban a személyiség plasztikussága és szilárdsága egyaránt fontos: plaszticitás a tájékozódásban, szilárdság a potenciális adottságok megvalósításában. Mindezek a momentumok a különböző életkorokban különböző módon érvényesülnek, és hiányos fejlettségük az alkoholista személyiségben súlyos problémához vezet.

THOMAE fejtegetéseiben elvileg új elem a *célfogalom bevezetése*. A megelőző ok és az egyidejű kölcsönhatás mellett fellép a jövő szerepe is program, anticipáció stb. formájában. Bizonyos értelemben ezek a jelenhez tartoznak, mint ahogy pl. LEWIN szerint a múlt csak akkor hat, ha a memória a jelenbe viszi át. A memória mégis a múlt szerepét teszi lehetővé, és így a memória nélküli szervezet sokkal szűkebb jelenben helyezkedik el, mint a memóriával rendelkező. Ugyanez érvényes az anticipálásra is. Ilyen értelemben a cél fogalma — mint PAVLOV mondotta — fiziológiai fogalom. Az egyidejű kölcsönhatás fogalmát a kauzalitás elv a múlt, a célfogalom a jövő felé egészíti ki.

SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉSTANI VONATKOZÁSOK: AZ ONTOGENEZIS SZEREPE

A célfogalom bevezetése az egyelőre túl általános tranzakcionalista modellt nem teszi elég teljessé ahhoz, hogy a komplex személyiség pszichikus működéseit szerkezeti összefüggésben tárgyalhassuk. A különböző személyiségformákat, életstílusokat THOMAE olyan pszichológiai terminusokban tárgyalja, amelyek alig pontosabban, mint azok az intuitív fogalmak, kifejezések, amelyekkel a tragédiaírók és költők az emberi személyiség különböző formáit és élettörténetét előadják.

Az *egyedi* dinamikus, a múlt és a jövő dimenziói mentén kiterjedő, a meghatározott környezettel tranzakciót alkotó *személyiség fogalmát* a *pszichoanalízis két* további lényeges *megállapítással* egészíti ki:

1. A személyiségrendszer érzelmekkel, szenvedélyekkel, ösztönökkel motivált. Ezeknek a nagyrészt öntudatlan, primer jellegű ösztönöknek a szerepe legalábbis egyenrangú a tudat szerepével a személyiség viselkedésének meghatározásában.

2. A személyiség felnőtt alakja ontogenetikusan, több jól megkülönböztethető fázison keresztül alakul ki. Az embernek hosszú gyermekora van, amelyben a felnőttek védelmére szorul. A gyer-

mekkort a lélektan korábban a felnőttkor előkészítő fázisának tekintette, és nem tulajdonított neki önálló jelentőséget. FREUD és követője, ABRAHAM (1927) a neurotikusok és a csecsemők vizsgálatán alapuló megfigyelésekre támaszkodva állapították meg, hogy ebben a korban a személyiségnek a felnőttétől alapvetően különböző átmeneti alakjai tűnnek fel. Ezek az alakok a felnőtt személyiséghez képest primitívek, de a felnőtt ezeken az egymás után (egyidejű átfedésekkel) következő alakokon át haladva részben a fázisok összegeként, részben azok ellentétéként vagy túlhaladásaként jelenik meg. A végső alak megjelenésének feltétele az egyes előfázisok normális lefolyása. A megakadás (fixáció) vagy éppen a visszafordulás (regresszió) abnormis alakokhoz vezet.

Eszerint FREUD erősen eltávolodott attól a felfogástól, hogy az egész emberi személyiséget a felnőtttség egyoldalúan intellektuális képével azonosítsa. Sőt, szemben az értelem kiemelésére, a pszichikum és a tudat azonosítására törekvő elméletekkel, FREUD a személyiségben a test, az érzelem, az öntudatlan hajtóerők szerepét állítja középpontba. Mint STORR (1966) megfogalmazta: „a pszichoanalízis . . . mindig felismerte, hogy az ember emocionális élménye a testben gyökerezik, és az érzelem az, ami az életnek értelmet ad”. Kétségtelen, hogy ezek a tételek az emberi személyiségről alkotott képünket sokban kiegészítik, és főképp a deviáns formák, az alkoholista személyiség megértéséhez nagyban hozzájárulnak. Így pl. részben érthetővé teszik, miért maradnak hatástalanok alkoholista személyiségnél az alkoholizmus feladását célzó, a józan értelemhez szóló érvek.

Ha a mélylélektan személyiségtanának alapelveit keressük, akkor azt mondhatjuk, hogy FREUD szerint a döntő tényező az életösztön, amely az alapján szexuális jellegű libidóval azonos. Ez ugyanakkor a platóni Erósz azonosítását jelenti a szexualitással. Ez az életösztön a személyiségben önálló szervezetté, „id”-dé alakul, amely nem racionális jellegű, minthogy az örömkeresés elve irányítja és öntudatlanul hat. Az örömkeresési elv magában foglalja az azonnali vágykielégítés igényét, amely a külső objektív helyzettel sem számol. Ha a közvetlen vágykielégítés akadályozott, az id azt hallucináció formájában valósítja meg. Ennek a ténynek az alkoholizmusban és a narkomániában nagy szerepe van. Ugyanakkor FREUD szerint az életösztön olyan pozitív teremtő erő, amely a szexuális szervezet egymás után megjelenő formáit hozza létre. Az ontogenezis fázisai ezekből a formákból állnak. Ugyanez az életösztön teremti végül az objektív alkalmazkodási formákat, a tudatos ént (ego) a környezet követelményeinek hatása alatt. De az id az egót végső fokon hatalmában tartja.

Az id irracionalitásának természetét közelebbről FERENCZI (1913) határozta meg. Szerinte az id már az intrauterin lét ideális, külső környezettől nem korlátozott élethelyzetében alakul ki, és így középpontjában a mindenhatóság élménye áll. Ez a kedvező élethelyzet a születéssel megszűnik, a szülők támogató viselkedése azonban lehetővé teszi helyreállítását. A csecsemő sírással és gesztikulálással eléri, hogy a szülők kielégítsék szükségleteit. Hangját, mozdulatait ezért mágikusnak véli. FERENCZI ezekre a megfigyelésekre támaszkodva fejt ki azt az álláspontját, hogy a környezet ugyan kényszereket jelent a személyiség számára, de a személyiség ezeket megkerüli, neutralizálni igyekszik, hogy saját abszolút függetlenségi igényét továbbra is megvalósíthassa. Eszerint a személyiséget FERENCZI is a saját belső hajtóerővel igyekszik értelmezni: a külső valóság létét és hatását pusztán mint negatívumot fogja fel.

Nagyobb változást ezen a területen csak HARTMANN és követői hoztak. HARTMANN (1956) szakít FREUD nézetével, miszerint az ego a külső valósággal kapcsolatban álló szervezet, az id teremténye és ettől függésben marad. Szerinte az ego vele született szervezet, és saját „neutralizált”, azaz nem szexuális jellegű energiákkal rendelkezik. Ez a szervezet kezdettől létezik, nemcsak a külső környezet nyomása hozza létre, mint FREUD véli (bár FREUDnál is előfordul, hogy az *egót* az *idtől* függetlennek tekinti), és szerepe a személyiség ontogenetikus fejlődése folyamán egyre nő. Mint-hogy a hallucinációs vágykielégítés elkerülhetetlenül csalódásokhoz vezet, a személyiség fokozatosan áttér arra, hogy a vágykielégítését elhalassza, és a környezeti helyzet megfelelő manipulálásával, munkával jusson el vágyai későbbi kielégítéséhez. Ezt azután anticipálhatja is. Ez a valóságalkotás az *ego* fejlett formáinak jellemzője; ekkor az ego a külső valósággal már nem konfliktusos viszonyban áll; a személyiségnek az eredeti mindenhatóság és a közvetlen vágykielégítés már nem az egyetlen célja, amint ezt még FERENCZI gondolta, hanem mind kevesebb konfliktussal alkalmazkodik környezetéhez (HARTMANN, 1964). Világos, hogy az alkoholisták, akinek élete konfliktusok sorozata, nehezen jut el ideig.

HARTMANN a percepciót, az intuíciót, a tárgyfelfogást, a gondolkodást, a nyelvet, a memóriát, a produktivitást, a motoros fejlődés fázisait (kapaszkodás, mászás, járás) és általában a tanulási folyamat érést tekintti olyan működésnek, amelyek a realitáshoz konfliktus nélkül kapcsolódó én állagához tartoznak. Eszerint akár az érést, akár a gyakorlás eredményeképpen fellépő tanulást a személyiség egyenrangú komponensének tekinti, amelyben természetesen az érzelmi vágyteljesítésre törő elem van jelen. Így a tisztán

belső okokra épülő freudi elmélet részben kiegészül a valósággal fenntartott kapcsolatok aspektusával.

Saját felfogásunk szerint azonban a tranzakcionista szemléletből a valóságkapcsolatok szerepére nézve ennél lényegesen több következik. A probléma megoldásához nem elég, ha a kérdést csak az ontogenezis folyamán vizsgáljuk. Itt inkább csak a tanulás jelenik meg. *A filogenezis vizsgálata viszont megmutatja, hogy azok a relációk, amelyek a fejlődés egy bizonyos szakaszában az egyedek és a valóság között állanak fenn, a következő fokon, a szervezetbe beépülve, annak komponens részeivé válnak.* A szervezet a környezet lényeges részeihez nemcsak idomul, alkalmazkodik, hanem azzal szintetizálódik is. Ennek a fejlődési fázisok meghatározásában nagy jelentősége van. Ezek a fázisok nemcsak a szexuális libidó autonóm fejlődési fázisai, hanem maguk is szintézisei egy meghatározott környezetnek és az adott személyiségfejlődési foknak.

Általában a „valóság” és a „környezet” fogalmai túl általánosak. Ezért már HARTMANN „várható átlagkörnyezet”-ről beszél. Ezek az átlagkörnyezetek is — mint látni fogjuk — fejlődési fokként alapvetően eltérnek, és így minden fokhoz egy várható átlagkörnyezet tartozik. Emellett az egyes egyedek kapacitásuk szerint igen különböző mértékű eltéréseket képesek elviselni, és az elviselhetőség mértékét meghaladó eltérés abnormis személyiségfejlődéshez vezet, mint pl. az alkoholista személyiség esetében is. Az eltérések igen különböző irányokban jelenhetnek meg, és az egyes eltérési irányok más-más abnormalitásokat eredményeznek.

A fázisok között az első az *intrauterin fázis*. Ebben a hőmérséklet, a nyomás stb. vonatkozásaiban a magzat kiegyensúlyozott környezetet talál, szükségleteit az anyatest folyamatosan kielégíti. Ezek a sajátos körülmények lehetővé teszik azt, hogy az intrauterin embrionális fejlődés szakadatlan átalakulásai lejátszódhassanak. Így már az embrionális fejlődés is részben a környezet függvénye.

Ez az ideális helyzet a *születéssel* megszakad. A születés veszélyes időszak, amely részben az oxigénhiány miatt szorongást vált ki, ez a szervezetbe erősen bevésődik, és a RANK (1924) által leírt születési traumához vezet. A születés a belsőleg determinált érés eredménye, de a környezet, amiben lefolyik, erősen alakítja.

Az újszülött környezetének sajátos vonása, hogy a szülők lehetőleg teljesen kielégítik szükségleteit. Itt a környezet alkalmazkodik az egyedhez, akitől eleinte semmilyen alkalmazkodást nem követel. A csecsemő idegrendszerében könnyen kialakíthatók a feltételes reflexek, tehát bizonyos tapasztaló képességgel már rendelkezik, és így a környezet sajátos természete alapján a valóságról képet alkot.

Kialakul mindenhatósági élménye is, minthogy minden erőfeszítés nélkül eredményekhez jut. Ezért csak az örömkérés viselkedésének reguláló elve. Minthogy vele született irányító ösztönei minimális értékűek, a környezet pedig nem fejt ki ellenállást, a tapasztalatok alapján nem juthat jelenségek közötti megkülönböztetésekhez, s így marad az örömelv: a csecsemő örül szükségletei kielégítésének, elfogadja a táplálékot, a melegen tartást. A csecsemő a káros ingerekre negatívan reagál, elfordítja a fejét, összeszorítja a száját stb. Ily módon már kevéssel születése után is információkkal szolgál a szülőknek. Megjelenik az élmények, az öröm és a kín polarizálása odafordulás és elutasítás formájában. Az öröm bázisa a szopás, a kín különböző szükségletek kielégítetlenségéből származik. A kín először elutasításhoz, a fej elfordításához vezet, erősebb foka dühöt vált ki, amely harapásban fejeződik ki (JONES, 1957). JONES szerint a szopás és a harapás idegi központjai a hypothalamus elülső és hátsó részeiben helyezkednek el, ott, ahol a túlmelegítés elleni parasymphicus és a hideg elleni ortho-symphicus védekezés központjai találhatók. A komplexebb élményformák tehát végső fokon a nappal és éjszaka váltakozásából keletkező napi ritmusból alakulnak ki. Az ontogenezis a pszichikum nivóján is a filogenezissel kapcsolatos, amint ez a biológiából ismeretes.

A csecsemő ebben a fázisban tehetetlensége következtében erősen függ az anyától. BENEDEK (1949) szerint a szoptatással a születés miatt megszakadó anya—gyermek egység helyreáll. A csecsemő autonómiája tehát igen kicsiny. Saját testi valóságából is csak a száj és a szájműködés ragadható meg számára. Ezen a fokon a csecsemő orális lény, fő életműködése a bekebelezés. Két alapvető tulajdonsága: a függőség és a bekebelezés az alkoholizmusban — mint látni fogjuk — nagy szerepet játszik, sokak szerint a lényegét jelentik. HERMANN (1923) szerint a függés a majmokban világosan kifejeződik a kapaszkodás formájában: a majománya mozgásához mindkét elülső végtagjára szüksége van, és csecsemőjét nem tarthatja. A kapaszkodás itt létfontosságú: az embernél a függőség élménye, az anyához kötöttség élményeként jelenik meg. Az éres fokozatos leválást, új dolgok keresésének az igényét hozza létre.

Bizonyos egysége ennek a primitív szervezetnek is van, sőt erős önérvényesítési igény jelentkezik, amelyet FREUD primer narcizmusnak nevez. Az ilyen szervezet fiziológiai folyamatai a primer folyamatok.

Az orális korszakot két szakaszra osztják. Az elsőben a szopás dominál. A szükségletek rendszeres, gondos kielégítése a csecsemőben a pillanatnyi kielégülésen túl általános alapérzéssé, alapvető optimizmussá, „ősbizalomná” (ERIKSON, 1963) alakul. Ez az a

tulajdonság, amely ERIKSON szerint az embert későbbi életében képessé teszi súlyos nélkülözések elviselésére. Ehhez azonban az ápolás kitartó gondossága szükséges, s ez alkoholisták esetében általában hiányzik. Az orális korszak *második szakaszában*, amikor a gyermeknek már fogai vannak — rendszerint az elválasztás után — személyiségében erős agresszivitás tapasztalható. A személyiség képessé válik az akadályok erőszakos leküzdésére. Az Erősz mellett megjelenik az agresszív rombolás ösztöne.

Az idegrendszer és a személyiség érésevel a figyelem kiterjed az emésztőcsatorna egészére, különösen a kivezető nyílásokra és funkciójukra. A defekáció és a mikció az érés folyamán tudatosan irányíthatóvá válik. Ezáltal a gyermek tapasztalásának köre erősen kitágul. Az orális korszakban a gyermek úgy véli, hogy a bekebelezett táplálék teljesen megsemmisül. Az emésztés és a defekáció megismerése ezt a képet módosítja, kialakul a konstans dolog valamilyen előképe. A valóság ezen a fokon még a saját testből és annak működéseiből áll. A dolog fogalma is ebben az összefüggésben jelenik meg. Az elnyelés, az elvevés funkciója kiegészül a megtartás, a visszaadás, az adás funkcióival és ez fokozatosan az állandóság, az azonosság tapasztalatához vezet. A tisztaságra szoktatással a szülők a defekáció, a mikció fontosságát erősen aláhúzzák. Az *analízis* kor első szakaszában az ürítés, a másodikban a megtartás élménye az uralkodó. Ez a fázis a 2. évben kezdődik.

A mondottakból kiderül, hogy az ember legfontosabb fogalmainak, így a pszichikus funkciók mibenléte meghatározásának végső gyökerei a test és a testműködés megfigyeléséből származnak, amellyel az ember tapasztalása kezdődik. A mélylélektani iskola szerint a megtartás, a zsgoriság és a dacos szembenállás eredete az analízis retenció. A könnyen és gyorsan lefolyó vesekiválasztás, az uretrális rendszer viszont a becsvágy, a teljesítmény élményéhez és eszméjéhez vezet. A felnőttkor extrém karakterei eszerint az egyes ontogenetikus fázisok rögzüléséből, „fixációjából” keletkeznek, amit a költők, írók régen észrevettek.

Az emésztőcsatorna funkciójára vonatkozó tapasztalatok összessége a személyiségbe épül, ezután az egyed érdeklődése átterjed a test egészére. A gyermek érdeklődésének tárgya — ebben a vonatkozásban — önmaga egész testi valósága lesz. Ezt a fázist nevezik — a görög Narcissus-legenda alapján — narcisztikusnak, amely igen jól fejezi ki a kizárólag önmagával törődő, a normális heteroszexualitás elől elzárkózó egyed karakterét és viselkedését.

A *narcizmusban* az egyed bizonyos mértékig már kilép önmagából, hiszen önmagát mint egészet csak kívülről szemlélheti. Mint a legenda mondja, Narcissus saját képét nézi a víztükörben. A nar-

cizmusban bizonyos mértékű reflexivitás van, de a viszonylat két tagja azonos: a személy önmagát szemléli a tükörben. Ebből arra kell következtetnünk, hogy a narcisztikus érdeklődés önmaga iránt az egyedben homoszexuális tendenciákra utal. A narcisztikus reflexió kognitív, szellemi, de kifejezetten a testre irányul. A test ezen a ponton mint az egyes működések összessége, tetőpontja s mint reflektált kép jelenik meg. Ezzel a kettősséggel párhuzamosan megjelenik az én—nem én kettőssége is: a látó azonos a léttel, ugyanakkor ellentétei is egymásnak.

Így az egyén tárgyviszonylatba kerülhet saját testrendszerével. A személy—tárgyviszonylat kezdete eszerint ugyancsak a narcisztikus reflexióval kezdődik. Az autoerotikus viszony tehát az erotikus viszony egyik alapformája és komponense. Az önkielégítés azokra jellemző, akiknek érési, személyiségfejlődési menete a narcisztikus fokon megszakad vagy csak kevéssé terjed túl rajta. A homoszexuális tárgyválasztás az önkielégítésen valamennyire túlvezet, de a választott tárgy a saját személyiségéhez még nagyon közel marad, erősen narcisztikus jellegű, tulajdonképpen a saját személyiséget szimbolizálja. Minthogy ez az azonosság nem teljes, az eltérés igen zavaró lehet, és erős ambivalenciához, agresszióhoz vezethet.

Ezek a momentumok, általában a tárgyválasztás pozitív és kialakult formáinak hiánya az alkoholizmus kialakulásában döntő szerepet játszik.

Az ontogenetikus fázisok között szerepel a *motoros fázis*, amely MITTELMAN (1957) szerint a 2. életév végére esik, és a járás megtanulásával kapcsolatos. A járnai tudással a gyermek aktivitásának köre lényegesen kiszélesedik. A gyermek képes maga is eltávolodni a szülőktől, és ezt rendszeresen gyakorolja is. Később a távolságot egyre növeli, de a hatósugara korlátozott marad.

MITTELMAN szerint a mozgást ezen a fokon a gyermek mint szimbolikus nyelvet is alkalmazza. Különböző mondanivalóit ezen a nyelven fejezi ki. Ez megfelel annak a feltevésnek, mely szerint a beszéd egyik gyökere a gesztusokban van. KÖHLER (1929) megállapítása, hogy az élő szervezetek minden mozgása kifejező mozgás, ugyancsak ide tartozik. DARWIN (1872) a kifejező mozgásokról írt tanulmányában bizonyos fokig tisztázta ennek a sajátos motoros nyelvnek a logikáját, és arra a következtetésre jutott, hogy ebben még az ellentéteket ugyanaz a jel fejezi ki. A szőr felborzolása egyaránt ijesztést és ijedséget jelent. ABEL (1910) azt vallja, hogy ez még az ősnyelvekre is érvényes. Ezekben pl. a magas és a mély vagy más hasonló poláris ellentétek ugyanazon szószimbólummal jutnak kifejezésre.

A narcizmus fázisában a pszichikus tapasztalás köre kiterjed az egész testre, sőt onnan kezd kilépni a külső valóságba. Ez a genitális erotika fokán határozott formát ölt. Az ilyen kilépés együtt jár azzal, hogy a személyiség a genitáliák körül összpontosul, míg a narcizmusban tagolatlan, homogén egészként jelent meg. Az átmeneti alakban, a fallikus narcizmusban ez a tagolatlanság még nem túlhaladott.

A genitális szervezet az, amelyben az egyed önmagát már egy tágabb, rajta túlterjedő valóság részének tekinti. A saját szervezet eszerint minden fázisban a világvilág korrelátuma marad. A valóság tágulása együtt jár a személyiségszerkezet komplexitásának növekedésével. Az egymás után következő valóságfogalmak és személyiségszerkezetek egymásból keletkeznek.

A narcizmus túlhaladása után a *tárgyválasztás* először a személyiséghez legközelebb álló *tárgyakra* irányul, az első heteroszexuális objektum az ellenkező nemű szülő.

A fenti megállapítást FREUD ellenfelei sokáig élesen támadták. Nem szabad azonban megfélemlenünk arról az egyszerű tényről, hogy a szexuális érdeklődésnek heteroszexuális formája abba a korba esik, amelyben a kisgyermek még nem ismerheti a társadalmi együttélés szabályait, sőt a különbségek jelentőségével sincs tisztában. Minthogy a tilalmakat nem ismeri, természetes, hogy kialakulóban levő, homályos érdeklődésével ahhoz fordul, akinek védelmét élvezte, és aki már jóval korábban, egzisztenciális vonatkozásban is pozitív szerepet töltött be életében. De emellett még azt is figyelembe kell vennünk, hogy ezen a fokon az értelem működése, az intellektuális megismerés, a logika minden formája erősen primitív jelleget mutat. Mint PIAGET (1955) kimutatta, a gyermek ebben a korban azt a sajátos következtetési módot alkalmazza, hogy egyetlen esetből végleges és feltétlen következtetéseket von le. Nézetünk szerint ez egyben azt is jelenti, hogy a jelenségek egész osztályát az osztály egyetlen tagjával azonosítja. Így számára az ellenkező nemű szülő az egész szexust jelenti.

Normális szervezetű, egészséges gyermek az összefüggéseket gyorsan felfogja, amint a jelenség első megnyilvánulásai alkalmából megfelelő tartalmú, szeretetteljes felvilágosítást kap. Mint PELLEGRINI (1961) kifejti, az „ödipális kötöttség” intenzívebb formát csak abnormis körülmények között, rossz szülőkapcsolatok esetén ölt. Ilyenkor az ellenkező nemű szülőhöz való ragaszkodás és az azonos nemű szülővel mint riválissal szemben a gyűlölet fokozódik. Később sem oldódik meg a konfliktus, inkább elfojtódik, az öntudatlanba szorul, de a viselkedést erősen befolyásolja, megakadályozza a normális heteroszexuális szervezet kialakulását, és különböző patolo-

gikus formákat hoz létre. Normális esetben az ellenkező nemű szülő mint az egész férfi, ill. nőnem modellje szerepel, és a későbbi tárgyválasztást így közvetve befolyásolja. A normális megoldás határozottabb lemondást jelent az ellenkező nemű szülő birtoklásáról, valamint határozott azonosítást az azonos nemű szülővel és egyben magával a nemiséggel. Az azonosítás a központosított személyiségnek az a képessége, hogy másik egész szervezetet magához hasonlónak ismerjen fel, és a személyiség úgy tudjon tágulni, hogy a másik szervezetet képes legyen határai kibővítésével magába vonni. Így alakul ki a gyermek szexuális karaktere: a férfi, ill. női szerep elfogadása. Az azonosításnak alapvető jelentősége van. Az anatómiai és endokrin sajátosságok a szexualitás kialakulását önmagukban nem alapozzák meg kellő mértékben (BENEDETTI, 1957).

A nemi karakter éles körülhatárolásához az azonosításra is szükség van. Ebből már következik, hogy az ödipális kötöttség megoldhatatlansága megakadályozza az azonosítást az azonos nemű szülővel, és így a körülhatárolt szexuális karakter kialakulását is kedvezőtlenül befolyásolja, amit az alkoholistáknál majd jól követethetünk.

A fiúgyermek esetén az ödipális kötöttség azzal a félelemmel jár, hogy az apa ezért súlyos büntetést mérhet rá. Kasztrációs szorongások keletkeznek, amit a nevelésben alkalmazott, nem egészen átgondolt fenyegetések erősen növelhetnek. Ugyanakkor a rivális szülővel szemben heves agresszív érzelmek keltezhetnek. Mindezen élmények erőssége függ a csecsemő konstitúciójától és a konkrét családi helyzettől, tehát a rivális szülő pozitív, védő vagy erősen korlátozó, megfosztó tevékenységétől, karakterétől.

A kulturálódás folyamán mindezek a viszonylatok különböző módon intézményesülnek.

A genitális erotika a közfelfogás szerint már a felnőttkor jellemzője. Láttuk azonban, hogy különböző érési formák szükségesek. Az ödipális konfliktus megoldása után a gyermekben a szexualitás egy ideig latenssé válik (kb. 5—12 évig), és csak fokozatosan jut el a felnőttiséget is jelentő nemiségig.

ONTOGENEZIS ÉS CSALÁD

A személyiségfejlődés során az alapvető interperszonális kapcsolatok is változnak. Az orális fázis az anya—gyermek kettős kapcsolatára épül. A narcizmusban az egyed izolálódik. Az ödipális helyzettel konstelláció alakul ki, a két szülő és a gyermek hármass

kapcsolata, amely megoldása előtti és megoldása alapján kialakuló formákra tagolódnak. A megoldással a gyermek személyiség szerkezete úgy alakul át, hogy szülőkre és utódokra osztott családszerkezet, csalárendszer részévé válik. Ebben a rendszerben a testvéreivel az utódok generációjához tartozik, szemben a szülők generációjával.

A testvérek csoportjában van elsőszülöttség, van legkisebb testvér és más természetes tagolódás, pl. fiúk, lányok csoportja; továbbá az egyetlen gyermek esete és így tovább. Mindezek a személyiség kialakulásában lényeges szerepet játszanak. Valamennyi fokon meg kell különböztetni a tranzakció elméleti — ideális — formáját a tényleges helyzettől, amely a konkrét egyed és konkrét környezete tranzakciójából alakul ki. Orális fokon meghatározott, vele született tulajdonságokkal rendelkező csecsemő tranzakciója konkrét egyedi személyiséggel rendelkező anyával folyik. A családi helyzet megszokott alakja civilizációnkban olyan, hogy a gyermek megfelelő védelmet jelentő, tehát bizonyos mértékű agresszivitást képviselő apa és olyan szerető anya mellett helyezkedik el, aki őt az apa esetleges ellene irányuló agressziójával szemben is megvédi. A hármas konstelláció tehát alapjában szimmetrikus.

Normális esetben az anya személye elsősorban a testi működésekhez kapcsolódik (BENEDEK, 1956), az apa személye a veszélyhelyzetek megoldásához, a tilalmakhoz és a tudathoz (VON HEYDT, 1964). Az anya az egyed testvázlatához tartozik, ami az ölben tartás, a vitetés élménye, a testápolásban a bőr érintése alapján alakul ki. Egyéni változatok jönnek létre aszerint, hogy a szülők mennyire felelnek meg az ideális szereposztásnak. Az anya a gyermek szükségletkielégítését igen eltérő formában végezheti. A normális fejlődés alapja a kielégítés szabályossága (ERIKSON, 1963), ez adja az egyed alapvető bizalmát önmagával és környezetével szemben. A mindkét szülő részéről történő elutasítás kriminalitáshoz, a szeretet nélküli szükségletkielégítés depresszióhoz vezet (SCHOTTLÄNDER, 1938). Ha az elutasítás a szülő büntudata következtében túlságos engedékenységgel váltakozik, a gyermekben úgyszintén agresszió és engedékenység váltja egymást. A túlvédés ugyancsak kedvezőtlen, passzív karakter fejlődéséhez vezet, mint-hogy a gyermeknek nem engedik meg a számára már lehetséges vállalkozásokat (LEVY, 1939; UPDEGRAFF, 1939).

A MÉLYLÉLEKTAN SZEMÉLYISÉGTANÁRA VONATKOZÓ
TOVÁBBI MEGJEGYZÉSEK. A PSZICHOANALÍZIS TANAI
A FELNŐTT SZEMÉLYISÉG SZERKEZETÉRŐL.
KRITIKAI MEGJEGYZÉSEK

Sokan a személyiséget a felnőtt személyiséggel azonosítják, amelyet önmagában tanulmányozható és megérthető jelenségnek tartanak. Utaltunk arra, hogy ebben a vonatkozásban lényeges haladást jelent a mélylélektan, amely felismerte, hogy a felnőtt személyiség ontogenetikusan alakul ki, az ontogenezis végeredményének, összegezésének tekinthető. A mélylélektan személyiségfogalmának, sőt típus- és abnormitás-fogalmának is ez az alapja. A normális a fázisok szabályos és kielégítő lefolyásán épül fel, az abnormis a fázisok megakadásának, esetleg a fejlődés visszafordulásának, regressziójának eredménye. Mindez a korábbi szemlélettel szemben nyilván lényeges haladást jelent. A mi felfogásunk szerint azonban a felnőtt személyiségben és magában az ontogenezisben a filogenetikus kialakulás törvényeit és menetét feltétlen figyelembe kell venni. A személyiség nem érthető meg, ha nem tartjuk szem előtt azt, hogy a fejlődés kiindulópontjában a kémiai egyensúlyi rendszerek állnak, és hogy a dinamikus egyensúlyi rendszerek törvényei, pontosabban a belőlük származó komplex viszonylatok a személyiségre kialakult alakjában is érvényesek, amint ezt a rendszerelmélet és az információelmélet kimutatta.

Maga FREUD is egyik elméletében megközelítette az információelméleti-rendszerelméleti elgondolást. Legátfogóbb feltevése szerint a személyiség két ellentétes ösztön vagy tendencia: az életösztön és a halálösztön kölcsönhatásának eredője. Az életösztön alkotó erő, amely bizonyos fokig az információelmélet negentrópia fogalmának felel meg. Ez a tényező egy rendszer energiájának növelését fejezi ki, amelynek alapján a rendszer újabb és komplexebb alakokat vehet fel, azaz fejlődhet. A halálösztön viszont a fizika entrópia fogalmához, a statikus nyugalom kereséséhez hasonlítható.

Ebből az alapfeltevésből kiindulva el lehet jutni az élő szervezetek, majd az emberi személyiség olyan modelljéhez, amely megfelel a rendszerelméleti megközelítésnek. Ez a lehetőség hosszú filogenezis eredménye. A filogenezis folyamán megjelenő alakok, rendszerek egyre nagyobb autonómiával rendelkeznek, de ezzel párhuzamosan gazdagodnak a rendszereknek a külső valósággal fenntartott kapcsolatai is. A függetlenség és a függőség ebben a szemléletben kölcsönösen kiegészítik egymást, és a személyiség teljes magyarázatát a szervezet—környezet kapcsolatok adják, amint azt a tranzakcionális elve megállapítja. Az egyes fázisok autonóm szerkezetei és

a hozzájuk tartozó specifikus környezetek, valóság-szegmentumok messzemenően eltérnek egymástól, amint ezt az ontogenezis fázi-saira nézve már megállapítottuk.

A valóság jelenségeinek túlságosan tág vonatkozási rendszerben történő vizsgálata azonban megfelelő ismeretanyag nélkül inkább a konkrétság csökkentéséhez, mint újabb információk szerzésének lehetőségéhez vezet. Így érthető, hogy a mélylélektan a személyiségtant inkább abban az empirikus, kizárólag pszichológiai terminusokban tárgyalt rendszerben vizsgálja, amelyet többnyire FREUD részletmegfigyelései alapján alakítottak ki. A személyiség magját az öntudatlan, főként szexuális, örömet és kielégülést kereső ösztönörök adják. A személyiséget és viselkedését végső fokon ezen együttes, de szervezetlen, könnyen ellentmondó szervezete, az id határozza meg. A környezet az ilyen ösztönök érvényesülésének feltételeket szab. Ezért ez az alapvető szervezet kialakít magából egy olyan apparátust, amely az ösztöncélok elérésében instrumentális szerepet játszik. Ez az ego, amely tehát FREUD szerint az idből válik le és annak hatalmában marad. FREUD emellett megállapítja, hogy a szülők, elsősorban az apa parancsai annyira kényszerítő hatásúak, hogy azok a gyermekben kialakítják a csak lassan asszimilálódó, nagyrészt öntudatlanul ható szuperegót.

FREUD és főként követői ezután rátértek annak kutatására is, hogy ez a hármasszervezet az érett személyiségben milyen átalakuláson megy át. A tudattal rendelkező, az objektív helyzetet felismerő ego az id és a szuperego merev, az adott valósággal kevésbé számoló törekvéseit igyekszik módosítani, sőt arra is törekszik, hogy átvegye az irányításukat. FREUD későbbi munkáiban az egót rendszerint még az id derivátumának tekinti. Az én az idnek a külvilághoz való közelség és a külvilág behatása alatt belőle levált része, amely az ingerek felvételére és az ellenük való védekezésre szolgál, hasonlóan a kerges réteghez, amellyel az élő anyag körülveszi magát. Az ego a külső valóságot képviseli az id számára, és egyben kompromisszumot hoz létre az id vak és kaotikus törekvései, valamint a környezet hatalmasabb erői és követelményei között. Ha az id nem volna így védve, ezek az erők elpusztítanák. A mechanizmus, amelynek útján az ego ezt a védő funkcióját teljesíti, a realitás-vizsgálat, a realitás-kontroll. Az ego a külvilág megfigyelése után saját percepcióit is megvizsgálja, hogy nem keveredtek-e olyan belső impulzusok nyomaival, amelyek az emléképet meghamisítják. Ily módon az ego „detronizálja” az örömelvet a realitáselv javára, amely hosszabb időközben szemlélve nagyobb biztonságot és nagyobb sikert ígér.

Az egónak tehát integráló képessége van, amely lehetővé teszi

az értelmes életet. Ereje azonban végső fokon az idből származik, és végcélja az id követeléseinek teljesítése a realitással kötött kompromisszum útján. Az egónak — CHAPLIN és KRAWIEC (1962) kifejezésével élve — az id követeléseinek kielégítését kell maximalizálnia.

FREUDnak az *ego szerepére vonatkozó megállapításait* SCHEUNERT (1956) a következőkben foglalja össze:

Az én működései a valósággal fenntartott kapcsolatok, életviszonylatok területére tartoznak. Ezek pontosabban a következők:

Az én ellenőrzi a motorium és az észlelés apparátusait, az önszélést is.

Az én fontos működése az ingerek elleni védelem: az én ismeri ezeket, tapasztalatokat halmoz fel. Túl erős ingerek elől menekül, mérsékeltekkkel szembeszáll, azaz alkalmazkodik hozzájuk és így a külvilághoz is. Végül az én célszerűen megváltoztatja a világot, azaz az ingerekre nem motoros kisüléssel válaszol, hanem bonyolult reakcióláncot indít el.

A gondolkodás az énhez tartozik, FREUD próbacselekvésnek tekintti. A gondolkodással kapcsolatban áll az énnel a realitást rendszeresen vizsgáló és tekintetbe vevő működése, amelynek fontos része a primer ösztönök közvetlen megvalósulásra irányuló törekvésének a meggátolása. Az ember így megtanulja a feszültségek elviselését, a kielégülések időbeli eltolását, tehát a realitásnak megfelelő viselkedést.

Az öntudatlan területhez tartozó idben vannak a szervezet hajtóerői, az ösztönök, és így az id a testi-fiziológiai működésekhez még viszonylag közel álló pszichikus szervezet. E szervezethez tartoznak a biológiai szükségletek és köztük a szexuális libidó. Így az egész személyiségnek legfőbb motivációs bázisát alkotja.

Pszichikus működésrendszerként szemlélve, az id archaikus természetű. Kifejezési, kommunikációs módjai szimbolikusak, képszerűek és jelképszerűek. Logikáját illetően az ellentmondás elvét nem ismeri. A hozzá tartozó motívumok között pontosan nem differenciál, az erősebb motívum a gyengébbet elnyeli (FREUD, 1915). Amikor a közvetlen vágykielégítés lehetetlen, az öntudatlan rendszer a hallucinatorikus vágykielégítés módszeréhez fordul. Működését az örömvé irányítja, az öröm alapformája a szexuális libidó. Kielégületlenség esetén megnövekedése feszültséghez vezet, amelynek fellépése ellen védekezik a rendszer.

A személyiség elemzéséhez azonban ismernünk kell a személyiség ontogenetikus fejlődésének menetét, minthogy ennek fázisai eltérő változásokat tartalmazhatnak.

Normális személyiségben az id több vonatkozásban irányító szerepet tölt be, de egyes pszichés működésekben nagyobb mértékben uralkodik, mint a többiben. Így az álmok csaknem egészen az id öntudatlan rendszeréhez tartoznak, és arról adnak felvilágosítást.

Megnövekszik hatalma az abnormis személyiségek legtöbb formájában, pl. a neurózisokban, de főként a pszichózisokban.

A „józan ész” és az akadémikus lélektan az ember viselkedését célok követésével magyarázza, de a célokat és a motívumokat tudatosaknak tekinti. Az emberi viselkedés eszerint a tudat területén mozog. A valóságban az emberi cselekvések motívumai sokszor kívül maradnak a tudaton. Ezt kiemelkedő gondolkodók már korábban is észrevették. Ezek az öntudatlan motívumok rendszerint nagy dinamikával rendelkeznek, és pontosabb vizsgálatuk lényegesen érthetőbbé teszi a viselkedést.

A felettes én. FREUD rámutat arra is, hogy a szülők parancsai következtében kialakult szuperego egy része is öntudatlan marad. Ezek a pszichikus momentumok azután a személyiség fejlődésével átalakulnak. Végső alak a szuperego, a felettes én, az egónak ama aspektusa, amely az önmegfigyelés folyamatait lehetővé teszi, azaz a lelkiismeret. Ennek bizonyos fokú autonómiája van, és így külön entitásként kezelhető. Az egyén csak úgy válhat önmaga kritikussává, ha képes önmagán kívül helyezkedni (CHAPLIN és KRAWIEC, 1962).

Ez a modell az életösztönre és a halálösztönre felépített modelltől eltér. Először is nem tartalmazza a halálösztön szerepét. A személyiség időbeni korlátozottsága így nincs megmagyarázva, a szervezet nem belső, öntörvénye következtében, hanem külső okokból pusztul el. Egyetlen alkotó elvként tehát az életösztön marad meg, ez viszont kiegészül a környezet hatásának részben a szuperegón, részben az egón keresztül történő érvényesülésével. Összefoglalva: a modell uralkodóan a belső okok elméletére épül, de bizonyos fokig tranzakcionista szemléletet is tartalmaz.

Ezen a ponton fel kell tennünk a kérdést, *miben jelent haladást a pszichoanalitikus személyiségtan az előző tanokkal szemben, és milyen irányban fejleszthető tovább?*

A pszichoanalitikus személyiségtan pontosabb és kiterjedtebb megfigyeléseken alapszik, mint az akadémikus lélektan. Ez a tényanyag állandóan nő és pszichológiai-pszichiátriai terminusokban történő megfogalmazása a követők kiterjedt klinikai-pszichoterápiái munkája következtében egyre tökéletesedik. A freudi személyiségmodell azonban — a hármas szerkezet és annak különböző kiegészítései — önmagában viszonylag kidolgozott absztrakt szerkezetformát alkot, amely a vizsgálatok szerint a különböző sze-

mélyiségtanok, személyiségelméletek közös alapját szolgáltatja. Ez egyaránt érvényes MURPHY, MURRAY, DOLLARD és MILLER, GOLDSTEIN, CATTEL és mások elméletére. Sőt, ez az absztrakt szerkezetforma érvényesnek látszik azoknak az apparátusoknak a felépítésére is, amelyeket újabban sokan az emberi személyiséggel bizonyos fokig analóg természetűeknek tartanak, és az emberi személyiség szimulálására alkalmaznak. A hármas szerkezet alapján valóban azt mondhatjuk, hogy egy bizonyos absztrakt síkon ez az analógia kétségkívül megmutatkozik. Minden műszaki automatában, számítógépben találunk receptorszerveket, amelyek a működés alapjául szolgáló információkat közvetítik, és találunk effektor-szerveket, amelyeknek feladata a munkavégzés. Az automata az effektor-szerveket a receptorok által szállított információk alapján vezérli. „A két szerv között mint összekötő mindig van egy vezérlő szerv, amelynek feladata a receptorok által szállított információ feldolgozása és effektív vezérlő jelek továbbítása az effektor-szervekhez. Egyszerű automatákban a vezérlő szerv rendszerint nincs fizikailag elválasztva a gép többi részétől. Mint funkció azonban mindig jelen van. A receptor-, illetve az effektor-szervek az absztrakt elmélet számára érdektelenek, az automaták absztrakt elméletének tárgya a központi vezérlő szerv funkciói és logikai struktúrája, a vezérlő szervnek az egyes keresztülviendő feladatok számára szükséges, illetve elégséges tulajdonságai” (TARJÁN, 1961). Az én (ego) a személyiséglélektan számára fő funkciójában nem más, mint az egyedben — a fentiek szerint minden komplex automatában — szükséges vezérlő szerv.

A fent leírt automata nagymértékben fejleszthető, pl. különböző kapacitású memóriával egészíthető ki. A személyiségszerkezet azonban komplexebb rendszer, mint bármilyen automata. Az automata ugyanis egy meghatározott formulával kifejezett szerkesztés eredménye, míg a személyiség ontogenetikusan alakul ki, amelyben megismétli a faj egész fejlődését az élet kezdetéig. Sőt, ez a fejlődés nemcsak a személyiség pszichoszomatikus rendszerének szerkezetében — amely a filogenetikusan fejlődés végeredménye, összege — fejeződik ki, hanem a személyiség génrendszerében kódolt formában külön is szerepel úgy, hogy a személyiség utódainak továbbadhatja. Így a személyiség mindent tartalmaz, ami az élet fejlődése folyamán a kezdettől az egyedig vezető úton megtörtént. Ez pedig egyetlen apparátusban megvalósítható képletbe nem foglalható össze, csak az egyén leszármazottjának adható át.

Ugyanez a különbség, amely a személyiség és az automata között fennáll, az egyes működések területén is megmutatkozik. Az automata memóriája a történések egy meghatározott paraméterére

irányul, és így bizonyos valóságviszonylatban tanulóképes is lehet. De az ember memóriája elvben minden történést automatikusan feljegyez, és a személyiség minden működésével összekapcsol; normális működés esetén letörölhetetlen. Az automata memóriája külön áll az automata szerkezetében, és feljegyzései letörölhetőek. Az automata egy formális képlet alapján szerkesztett instrumentum, a személyiség pedig a valóság időben, térben és minőségében beláthatatlanul kiterjedő területének sűrítése egy egyedi működésrendszerré. Ennek szerkezetét csak megközelítően ismerjük, és éppen ezért az automaták elméletének tanulmányozása a meglevő személyiségmodellek kiegészítéséhez hozzájárulhat. Így pl. láttuk, hogy a hármas szerkezet nagy vonásaiban az automatákra is érvényes. Ennek ellenére még igen távol van attól, hogy az emberi személyiség felépítésének teljes képét szolgáltatassa. Ehhez még sok kiegészítés szükséges, elsősorban a rendszer filogenezisének vizsgálatát kell megvalósítani.

A SZEMÉLYISÉG FILOGENETIKUS VIZSGÁLATA

A személyiség hosszú filogenetikus fejlődés eredménye. A rendszerelmélet képviselői szerint ez a fejlődés az egyensúlyi rendszerek szervetlen alakjaiból indul ki. A szervetlen világ egyensúlyi rendszerei a földi környezetben úgy alakulnak ki, hogy az anyagi valóság egy része valamilyen módon izolálja magát környezetétől. Ilyen esetben e rendszer anyagai között lehetséges reakciók lejátszódnak, és a rendszer egyensúlyba kerül; ekkor a környezetből nem vesz fel és nem ad le anyagokat és energiákat. Az ilyen izolált rendszer véges energiakészlettel rendelkezik és működése véges határidőn belül megszűnik. Nyitott egyensúlyi rendszerek viszont képesek arra, hogy egyensúlyuk fenntartásával a környezetből energiákat és anyagokat vegyenek fel. Az ilyen rendszerek tartósan működés-képesek lehetnek.

A zárt és nyitott egyensúlyi rendszereknek egyaránt különböző, komplexitásban erősen eltérő formái vannak. Ezek a megmaradás mennyiségében és mibenlétében különböznek egymástól. Így a kémiai egyensúlyi rendszerekben megmarad a komponensek aránya, amit a rendszer a Le Chatelier-törvény alapján külső behatásokkal szemben is meg tud védeni. Az élő szervezetekben az arányok mellett a méretek is megmaradnak. Komplex élő szervezetekben ezután a működések és arányok sokféle szintje is megmarad, CANNON homeosztázis-elvének megfelelően. Ezek a megmaradások azért lehetségesek, mivel a rendszerben igen sok variábi-

lis működés van: a megmaradások és variabilitások száma tehát a komplexitás szerint arányosan növekszik.

A *nyitott rendszerek egyensúlyi szerkezetének fő jellemvonása* az, hogy a rendszernek van egy szűkebb, belső alrendszere, amely önmagában autonóm és egyensúlyos, de a rendszer ugyanakkor a környezet meghatározott részeiben is egyensúlyt alkot, és e két egyensúly egy állandóan újratelemződő szintetikus egyensúlyt hoz létre. Ez az egyensúly először csak mint két komponensrendszer függvénye jelenik meg és önálló szerkezete nincs, de a fejlődés magasabb fokán álló szervezetté alakul, és most már a komponensrendszerek illeszkedését erősen befolyásolja, sőt irányítja. Az így kialakult egység újabb relációkat teremt környezetével, amelyek azután beépülnek a szervezetbe, és így egyre komplexebb alakok keletkeznek.

A pszichoanalízis hármas szerkezetét a személyiség filogenezisének ismeretében végül is úgy kell átalakítanunk, újrafogalmaznunk, hogy az a nyitott egyensúlyok egyik alapját képviselje. Az id a rendszer belső alrendszerének felel meg, a társadalmi követelményeket képviselő szülői parancsokból származó szuperego és az ego — amely FREUD szerint a környezettel szomszédos része a szervezetnek — a külső kapcsolatok rendszerét alkotják. Ez a nagyrészt öntudatlan szuperegóban nem válik teljesen tudatossá. Viszont az ego központibb részei magának a szintetikus egyeztető rendszernek felelnek meg. Ez az alak eredeti formájában azonban korán fellépő, viszonylag primitív szerkezet.

A személyiség szerkezet modellje folyamatosan alakul ki az egyensúlyi rendszerekből és azok komplexebb alakjaiból, a szerves lények szerkezetéből. A hármas szerkezetet, amely a mondottak szerint a számítógépekre is érvényes, már az egyszerű szervezetekben is megtaláljuk. JENSEN (1959) szerint a Paramecium Aureliának három irányító berendezése van. Az egyik az állat hátsó részében található és az állatot egyenes vonalban előremozgatja. A másik az állat feji részében helyezkedik el, és feladata az, hogy az érzékszervekkel nem rendelkező, vakon előrehaladó állatot a vízben lebegő testekkel történő összeütközés esetén megállítsa és hátrafele mozgassa. A hátrálás meghatározott mértékű, utána az állat szögben elfordul, és új irányban előremozog. Az irányváltoztatást létrehozó berendezés közepén, az állat szája mellett van.

A hármas szervezet tehát kezdetleges formában már a primitív szervezetben megtalálható. Olyan alapforma ez, amely azután az alkalmazkodás mechanizmusa, a külső kapcsolatok beépítése útján fokról fokra összetettebb alakot vesz fel. Ezt a fejlődést rendszerelméleti terminológiával az alábbi módon írhatjuk le. A dinamikus

szervezetet tulajdonképpen műveletrendszernek foghatjuk fel, mert az ilyen szervezet működését a rendszer saját elemein a rendszer saját belső operátorai, műveletszabályozó komponensei által meghatározott műveleteknek tekinthetjük. Az alkalmazkodás viszont azt jelenti, hogy a rendszer tanulás alapján a környezet hatékonyabb tényezőinek is engedelmessé válik olyan formában, hogy autonóm műveleteit a hatásoknak megfelelően módosítja. A környezet hatótényezői tehát külső operátorokként szerepelnek. A fejlődés, az egyensúlyi rendszerek tágulása eszerint abban áll, hogy a külső operátorok egy részét a rendszer felveszi magába, és belső operátorokká változtatja át.

Az ilyen átalakulások — mint láttuk — azzal kezdődnek, hogy az egyensúlyi rendszerek létük meghosszabbításához csak a nyitottság által juthatnak el. A környezet egyes tényezőinek felvétele a rendszer szerkezetét magasabb szintre emeli. Innen kiindulva a továbbfejlődést, a szervezet—környezet relációk fokozatos beépítését elméletünk szerint elsősorban az határozza meg, hogy a létmeghosszabbításhoz szükséges táplálék a környezetben milyen eloszlásban található.

A növény tápláléka, a földfelszín mállástermékei, az esővíz és a napfény mindenütt egyenletes eloszlásban fordul elő. Megtalálásukhoz sem orientációképességre, sem mozgásképessegre nincs szükség. A növény primitív volta ellenére a naprendszer komponensei között alakít ki kölcsönhatást. A növényevő állatok már erre a tranzakció-rendszerre támaszkodnak. Minthogy a növények eloszlása a földön, pl. a vízben diszkontinuus, felkeresésükhöz a növényevő szervezeteknek már mozgásképesységüket kell igénybe venniük. A keresés a vízben az algák sűrű eloszlása következtében a próba—hiba elv alapján, érzékszervek irányítása nélkül is kielégítő sikerrel jár. Az akadályok azonban külön problémát jelentenek a környezetben, amelyek leküzdéséhez — mint láttuk — már a hármas irányításra van szükség.

Bonyolultabb eloszlás bonyolultabb akadályok mellett már az orientációt is nélkülözhetetlenné teszi. Ennek hatósugara azután a további fejlődés folyamán egyre nő. Az érzékszerveket így közelségi és távolsági szervekre oszthatjuk. Az érzékek azonban csak térbeni orientációt szolgáltatnak. Az időbeli, a dolgok egymásutánjára terjedő orientáció, melynek első formája a feltételes reflex, az értelem feladata, melynek hatósugara először a közvetlenül bekövetkezőket fogja át, majd fokozatosan tágabb sugarú előrelátássá alakul át.

Mindezek az alakok a belső autonóm rendszer és a környezet egyre szélesebb körű egyeztetését követelik. A mozgásképesseg ese-

tében az ütközés, az érzékelőképesség esetében az ütközés elkerülése, a kikerülés, az értelem esetében az előrelátás a probléma. Az alakok egyben a belső szervezet egyre komplexebb egymáshoz rendezését is jelentik. A belső rendszer ilyen szervezése és a külső rendszerhez való alkalmazkodás magasabb fokai az idegműködés, azaz a jelzőműködés segítségével folynak. A belső rendszer eredeti biokémiai-endokrin kapcsolatformájának a lényege abban áll, hogy egy rész-működés funkciójának *rezultátumát* átadja a sorban következőnek. Ideghálózat birtokában viszont egy működés *megindulásával* járó melléktermékek idegi jelzés alapját képezhetik (KOSZTOJANC, 1962), amelynek segítségével a szervezet többi része a működés megkezdéséről értesül. A külvilág viszonylatában pedig az idegrendszer tőle távoli jelenség létéről és elhelyezkedéséről értesülhet.

Mindezeket a filogenetikusan kialakult funkciókat a pszichoanalízis személyiségtana mint öröklött képességeket fogja fel, és csak ontogenetikus kialakulásukat vizsgálja. A funkciók igazi jelentése és szerepe a személyiségben ebből a vizsgálatból nehezen állapítható meg. A filogenetikus vizsgálat elsősorban azt mutatja meg, hogy a személyiség a szervetlen világból kiinduló fejlődés eredménye. Ennek a fejlődésnek a mondottak szerint az a lényeges mozzanata, hogy mindig a valóságmező igen nagy kiterjedésű tartományaival tranzakcióban folyik, és szerkezeti felépítését ennek a tartománynak a felépítése határozza meg. Az alkoholista személyiség kialakulásának alapját — mint látni fogjuk — az határozza meg, hogy a környezet, amelyben a személyiség felnő, a tranzakciók normális sorozatát nem teszi lehetővé.

A mondottakból az is következik, hogy a személyiség semmiképpen nem azonosítható a szervezet pszichikus működéseivel, hanem magában foglalja a szomatikus rendszert, amely a korábbi valóságkapcsolatok folytonosan egymásra épülő rögzítéséből alakul ki. A pszichikus működések számára a személyiség szomatikus rendszere a feltételek, az eszközök adott és kényszerítő rendszerét jelenti. A fejlődés magasabb fokán, a pszichikus rendszerben a testrendszerrel képek alakulnak ki, amelyek annak sajátosságait, mértékeit, lehetőségeit tartalmazzák. Ez a testkép (testvázlat) azután a személyiség pszichikus rendszerében instrumentális szerepet játszik.

A TESTVÁZLAT SZEREPE

Az eddigiekből kitűnik, hogy megtanult, tehát a pszichikus működés körébe tartozó egyed—környezet viszonylatok a fejlődés folyamán a belső rendszer részeivé, testi valósággá válhatnak. A pszi-

chikus működések azért is bonyolultak, mert idegi irányítással rendelkező testi működésrendszer funkciói. A pszichikus rendszer a testrendszerrel együtt pszichoszomatikus egységet képez. Az ego kialakulása azonban ezt a rendszert erősen központosítja, és az így keletkező központ számára a testrendszer adott valóság.

A filogenetikus fejlődéssel kapcsolatban megállapítottuk, hogy a szervezetek funkciói aszerint alakulnak, hogy milyen eloszlásban található táplálékuk a környezetben. Láttuk azt is, hogy a funkció mint mozgás és érzékelés egymásnak kölcsönös függvénye, a belső autonóm rendszerben meghatározott arányok, szerkezeti törvények szerint épül fel. De ezek a törvények ugyanakkor a környezet törvényszerű összefüggéseit szintetizálják egységes szervezetbe. Az újabb vizsgálatok alapján azt állíthatjuk, hogy az ilyen tranzakciók a környezet és a szervezet között sokkal szorosabb kapcsolatokat teremtenek, mint korábban ezt feltételezték. FRANKENHAUSER vizsgálatai szerint az ember időélménye a gravitációs erő függvénye, és ha az emberre ható erő csökken, akkor az ember az idő lefolyását gyorsabban érzékeli.

Mindezek az összefüggések az élő szervezetbe, így az emberi testbe is beépülnek. Az ontogenezisben az énközpontos személyiség valóságképét először a saját test megszállása útján alakítja ki. Amikor pedig figyelme áttérjed a külső valóságra, a test funkciói és mértékei a külső valóság megismerésében eszközökként és egyben mértékegységekként szolgálnak. A fizika megállapítása, miszerint egy koordináta-rendszerhez kötött megfigyelő észlelése a valóság idejére és terére nézve mindig relatív, fokozott mértékben érvényes a testhez kötött, megismerő énre.

A térfogalmat illetően világos, hogy a „távol”, „közel” a szervezet mozgásképpessége, gyorsasága alapján alakul ki; a sasnak a távolság egészen mást jelent, mint a háziszárnyasoknak. Emellett az érzékszervek teljesítménye is összefügg a mozgásképpességgel: a sas látásának élessége más, mint a csigáé. Az élő szervezetnek és különösen az embernek saját testéről, annak működéseiről meghatározott képe van, és a szervezet a maga sajátos környezetével fenntartott tranzakcióit ennek a képnek az alapján tervezi meg és vitelezi ki. Minthogy a testszervezet a sajátos környezet fő szerkezeti tulajdonságait bevetített viszonylatok formájában tartalmazza, ez az eljárás általában igen sikeres. A szervezetek viselkedését tehát általánosságban úgy határozhatjuk meg, hogy abban a szervezet saját — az alkalmazkodás útján kialakult — szabályosságai az irányító központ tervezése alapján és a külső környezet információival megállapított szabályosságaihoz illeszkednek. Magasabb fokon azután az irányító központ arra is képes, hogy a kör-

nyezet szabályosságait az illeszkedés javítása érdekében alakítsa át. Ennek sikertelensége mutatkozik meg az alkoholista személyiségben, amit a diszparitás problémájának tárgyalásakor fejtünk ki. A nyitott rendszerek eszerint a környezet szabályosságaira támaszkodva növelik elhelyezkedésük stabilitását. Minél több szabályossághoz történik az illeszkedés, annál stabilabb ez az elhelyezkedés.

Vizsgáljunk meg röviden egy példát, a majmok testvázlatának, környezetének és pszichikus működéseiknek a kapcsolatát. A majom mint fánlakó, három dimenzió mentén kiterjedő környezetben él, amelynek az ágakból alkotott gráfszerűen kontinuos vonalas szerkezete van. Ennek megfelelően négykezü, és a komplex mozgásokat gyorsan megtervező és irányító motoriummal rendelkezik. A végtagokat irányító központokban megjelenő terv a végtag megfelelő mozgását vonja maga után. Megfordítva: a végtag mozgása, a testtartás a motoriumban a megfelelő működést idézi fel. Ebből következik, hogy a majom számára társainak testtartása saját motoriumára is kihat, amelyből utánzaskényszer alakul ki. Ez teljesen az emberben sem gátlődik le; elugró ember látása pl. a nézőkben is utánzó reakciót vált ki. Az utánzaskényszer azután erős hatással van a majomhorda egységének kialakulására.

A példa jól mutatja, hogy az egyed, esetünkben a majom egész viselkedését, társas kapcsolatait is a testi felépítés törvényszerűségei és a környezettel fenntartott kapcsolatok együttesen határozzák meg. A mozgásprobléma megoldása egy adott térformában mértani, mechanikai, neurológiai stb. összefüggések szövevényén alapszik, és ezek azután adottságként a szervezet minden más működésében jelentős szerepet játszanak.

A mélylélektan hármasszemélyiség szerkezetét tehát lényegesen ki kell egészítenünk a tulajdonképpeni pszichikus nívv alatti funkciók és azok pszichés reprezentációja, a testvázlat szerepének megfelelő figyelembevételével. Mindez az emberre is nagymértékben érvényes. Éppen ezért az emberi személyiség alaptermészetét lényegében úgy határozhatjuk meg, hogy az ember a maga sajátos környezetével, az őt körülvevő természettel milyen alapviszonylatot alakít ki. Ezt a kérdést a fejlődéstan talaján álló antropológiai kutatás bizonyos mértékig tisztázta. Az eredmények figyelembevételével az emberi személyiségről alkotott képünket lényegesen tágíthatjuk.

ANTROPOLÓGIAI, TÁRSASLÉLEKTANI,
SZEMÉLYISÉGDINAMIKAI MEGJEGYZÉSEK

A fentiek szerint az állatok világában a szervezet és a környezet közötti kapcsolat igen szoros. Ennek megfelelően a kapcsolat mindig a környezet egy meghatározott szegmentumával áll fenn, amelynek az a veszélye, hogy a természeti környezet átalakulása a szervezettípus, a faj létalapját megsemmisíti. HUXLEY és követője, GEHLEN (1940) szerint az ember viszont annak köszönheti tartós fennmaradását, hogy nem a természeti környezet egy specifikus szegmentumához („niche”), hanem a környezethez általában „aspecifikus” módon alkalmazkodik. Ennek messzemenő következményei vannak. A specifikus alkalmazkodás fogakat, karmokat, hideg ellen védő szőrbundát hoz létre, ami az embernél mind eltűnik. Ebből a szemszögből nézve az ember — NIETZSCHE kifejezésével élve — „befejezetlen állat”. Általánosabban megfogalmazva, az aspecifikus alkalmazkodás részben hiányosságokat, gyengeségeket takar. Az ilyen szervezet számára a természeti körülmények, a ragadozók, a paraziták, az időjárás viszontagságai SELYE értelmében vett stress-helyzetek, sőt állandósult stress-helyzetet jelentenek. A vészhelyzetnek CANNON szerint kétféle megoldása van: támadás vagy menekülés. Gyengesége következtében az ember számára csak a menekülés lehetséges. A futáshoz azonban gyors, kitartó mozgás szükséges. Mivel erre nem képes, problémáját az ember végül is az értelem segítségével oldja meg. A karmokat eszközökkel, fegyverekkel helyettesíti, és visszavonulása a védelem céljaira alkalmas, eltorlaszolható barlangba történik. A homo sapiens barlanglakó. A visszavonulási stratégia előfeltétele, hogy az ember az autonóm belső rendszerből folyó agresszív ösztönt meggátolja. Az ego az idből jövő ingerek elleni védelem szervezete és egyben gátló berendezés.

Az agykéreg nagyrészt gátlószerv. A gátlásról pedig RIBOT (1914) megállapította, hogy az irányítás legfőbb eszköze: a ló zablája, a hajó kormányja gátlás (fékezés) útján irányít. Az idet fékező irányítás az ún. célgradiens felhasználásával történik. A primitív szervezet táplálékát a próba—hiba módszerével keresi, amíg a céltárgy környezetébe nem jut, amelyben a cél már determinált, sőt „legyőzhetetlen” vonzást (GRASSÉ, 1955) gyakorol, amit kísérletileg is igazolni lehetett. Az ilyen vonzás legyőzése szükséges ahhoz, hogy a szervezet a lehetséges megközelítési stratégiák között válogathasson.

Az egyértelmű vonzás az idegrendszerben mint reflexműködés jelenik meg; legyőzése pedig a reflexek meggátolását követeli, amelyre

az agykéreg képes, és amely lehetővé teszi a választást. A választás pedig tudatfunkció. Az azonos célhoz vezető „ekvifinális” utak közötti választásról, sőt kerülőutak megtervezéséről van itt szó.

Az emberi személyiséget tehát az ego szerepének megnövekedése jellemzi, ezáltal képessé válik a belső ingerek leküzdésére, továbbá a külső információk alapján a problémamegoldások optimalizálására is. Gyakorlatilag az ember mind a belső, mind a közvetlen külső nyomás alól felszabadul. Az ember léte nemcsak a téri jelenben folyik, hanem az időben is kiterjed. Ezen a nívón szemlélve az embert úgy határozhatnánk meg, hogy időben kiterjedő léte van. Az ember sajátos életvitele: a természet átalakítása ugyanis végső fokon az ember kiterjedt információszerző képességén alapszik. Ez azáltal lehetséges, hogy az ember a jelenségeket időbeli lefolyásukban szemléli, tehát lehetővé válik, hogy a bennük meglévő szabályosságok a szemlélő számára megjelenjenek.

Az aspecifikus alkalmazkodás eltávolodást jelent a természettől, olyan nézőpont elfogadását, amely időben és térben széles áttekintésre ad alkalmat. E nézőponton kívül döntő jelentősége van a test és a testvázlat nagyfokú mozgékonyságának, amely már a majmot is jellemzi. Az intellektus mellett ez a mozgékonyság teszi lehetővé, hogy az ember először a készen talált tárgyakat, ágakat, köveket vonja be testvázlatába, majd felismerje szabályosságaikat, és megkezdje célszerű átalakításukat.

A TÁRSADALMASODÁS FOLYAMATA

A szexuális szaporodás kezdettől fogva az operátorbeépítés kölcsönösségén alapul, amelyből magasabb fokon komplex együttműködés, a család alakulhat ki. Ez azonban megfelelő memória hiányában nem vezet a leszármazás és a rokonság kialakulásához. Az adott, jelenbeli kapcsolatok a memória nélkül nem befolyásolhatják és irányíthatják a jövőbelieket. A ragadozók általában a hímeket nem is engedik közel kölykeikhez. Az operátorbeépítés kölcsönössége nem a szexualitás kettősségén, hanem ellenkezőleg: az egyedek identikusságán alapszik. Ezt az azonos egyedek között is kialakuló, narcisztikus eredetű szexualitásforma, a homoszexuális vonzás — amint FREUD (1921) is kifejti — megkönnyíti. A társadalom azonban épp oly kevésbé a homoszexuális kapcsolatok egyik alformája, mint ahogyan az evés sem az orális szexualitás egy változata. Kétségtelen azonban, hogy a komplex emberi funkciók motivációja igen összetett.

Az ilyen kölcsönös beépítés az egyedekből homogén sokaságot,

társulást hoz létre, amely egyneműsége alapján azonos módon viselkedik, együttműködésre képes. Ennek alapformái közé tartozik az együttlakás, amelyet a homo sapiens feltűnése után barlanglakással valósított meg. A barlanglakás eredetileg talált eszköz (természetes üreg) felhasználása, de ez már nem egyéni, hanem kollektív.

Az emberi társulás abban tér el gyökeresen a rovertársulástól, hogy azonos egyedek között történik. A rovertársulás többnyire egyetlen nagy család (a kasban minden egyed a királynő utódja), amelynek tagjait munkamegosztásos feladatkör szerint morfológiailag átalakították. A beépülés tehát nem az identikusságon, hanem a meghatározott, egymást kiegészítő képességeken alapszik. Az együttműködés az emberi társadalomban, a rovertársadalomhoz viszonyítva, elvben ad hoc jellegű, variábilis, és a szerveződés kialakulása után is megőriz valamilyen szabadságot. A kölcsönös beépítés, az idegrendszeri irányítás az utánzaskényszerre támaszkodik. Ebből alakul ki az introjekció, amely végső fokon nem pszichikus, hanem pszichoszomatikus jelenség: a szervezet rendszerének mint műveletrendszernek az átalakítása. Ebben az átalakításban az utánzás komponensekre bomlik. Az önmegmutatás, a közlésadás az ún. „kifejezés” formájában már a magasabb rendű állatoknál megjelenik. A hasonló egyedek nemcsak utánoznak, ennek továbbfejlesztésére belső tényállásokat is közölnek, leolvasható formában, külsejükre kivetítve. Az analóg módon felépített szervezetek kölcsönösen informálják egymást a passzív utánzás továbbfejlesztése alapján. A kifejezés idegrendszeri elv, a szimbolizálás alapján történik. A jelképek itt egy folyamat helyettesítését jelentik a folyamat egy részével (kezdeti fázisával, vázlatával). A helyettesítés alapja tehát az időbeli lefolyás elemzése, a kezdet és más fázisok megkülönböztetése (VIGOTSKIJ, 1967).

Az analóg tagokból álló homogén csoport egységes működése az időbeli lefolyás pontos kidolgozását követeli. A csoport együttműködésének feltétele az egyidejűség világos megállapítása, pl. nehéz tárgy mozgatásánál. Az egyidejűség mellett szükséges a téri helyzet azonossága is. Ezt a közös lakóhely teszi lehetővé; a barlang lakói számára a téri irányok, távolságok azonosak; jobb, messze stb. mindegyikük számára ugyanazt jelenti. Ezt az azonosságot kifejezik, és az ilyen jelek hasonló, megközelítően azonos volta azután konvencionális jelek kialakításához vezet. A jelek felépítésükben a) spaciálisak. Minthogy a távolság is szerepel, az idő momentuma is jelen van, tehát a jelek b) temporálisak és c) spáció-temporálisak, végül d) tárgyszimbólumok, valóság-szimbólumok.

A társadalmasodás másik oldala a családi kapcsolatok, a leszármazási viszonylatok tisztázásán alapszik. Ez az egyedek között

hierarchikus rendet teremt, amely azután a nagycsalád kialakulásán keresztül a munkamegosztás objektív követelményei mellett a tagolás egyik bázisává válik. E problémák megoldása eleinte a család természetes keretei között történik, de a kollektivitás kialakulása a természet megismerésében messze túlvezet az egyes egyed által elérhető határon, és komplexebb megoldásokat, társadalmi munkamegosztást követel. Mint látni fogjuk, ezeken a pontokon mutatkoznak meg az alkoholista személyiség súlyos zavarai, és pl. megkönnyítik az alkoholos hallucinosis szerkezetének a megértését. A megismerés az ember distanciált nézőpontjának az eredménye. A distanciálás pedig az ember alapállásának a következménye. Az eltávolodás mellett azonban szerepel a természetkapcsolatok bevetítése a gondolkodás, az emlékezés, a fantázia formáiba. Mindezek szerepe a homo sapiensben a barlanglakás, majd a városépítés következtében megnő.

Ingerszegény, azaz változásokat nem tartalmazó környezetet az utóbbi évtizedekben módszeresen állítottak elő lélektani kísérletek során. A kísérletek különböző variációi azt mutatták, hogy normális egyedre az ilyen környezet bizonyos idő elteltével erősen dezintegrááló hatást fejt ki.

Az egyedek pszichikumának egysége meglazul, az egyed hipnotikus álomba merül, sőt hallucinációk is felléphetnek.

A vizsgálatok szerint a monotóniának legjobban azok az egyedek képesek ellenállni, akik gazdagabb belső világgal rendelkeznek. Korábbi élményeikre támaszkodnak, amelyeket bizonyos plasztikusással, elevenséggel tudnak felidézni maguk elé.

Azt állíthatjuk, hogy az ember világhelyzete megoldásaként választott barlanglakásában tulajdonképpen ilyen ingerekben deficités, monoton környezetbe került. A mélyebben fekvő barlangokban állandó az évi középhőmérséklet, vagyis még az évszakokkal járó hőmérséklet-ingadozások is eltűnnek. Ugyanígy a megvilágítás, a külső hangok beszűrődése is átlagos középértékre süllyed.

A barlangi helyzet tehát azonos a monotónia-kísérletek során mesterségesen teremtett helyzettel, és így önmagában nem javítja az orientációs apparátus működését, sőt fejlődését egyenesen veszélyezteti. Minthogy pedig a specifikus alkalmazkodás hiányosságainak pótlására az orientáció fejlődésére nagy szükség van, az ember megoldási kísérletei során problematikus helyzetbe kerül. Nem helytálló tehát az a legtöbb szerző által automatikusan elfogadott feltevés, amely szerint az ember variabilitása, alkalmazkodásának specificitása szükségszerűen az értelem fejlődését vonta maga után. A passzivitásból következő működésllassítás ugyan a megfigyelőképességet növelte, a barlangi helyzetben azonban ez nem érvé-

nyesült, és így kritikus szituáció keletkezett, amelyet meghatározott stratégiával külön problémaként kellett megoldani.

A megoldást az introverzív hajlamú egyedek művészeti tevékenysége hozta. A gazdagabb belső világgal rendelkező egyed a tárgyalt kísérletek szerint a monotónia-helyzetnek az amúgy is meglévő introverziós, befelé forduló, képeket felidéző és képalkotó aktivitása segítségével ellenáll. A barlangi helyzetben a normál egyedek számára az ilyen introverzív egyedek működése, műveik erősen fel-fokozott jelentőségűek. A művész típusú egyed által produkált ének, zene, képek mint arteficiális ingerek szisztematikusan pótolják a környezet ingerhiányát.

A műalkotás ilyen értelemben először csak helyettesíti a külső ingereket. A műalkotás azonban a külső ingereknek már megformált, rendszeresen alakított együttélése, amely így alkalmas arra, hogy az orientációs apparátust ne csak ébren tartsa, hanem saját irányában módszeresen fejlessze is. A látványtól elszakított emlékkép feldolgozása folyamán a művész belső életével meggazdagodva a nézőre erősen fejlesztő hatást gyakorol.

Az embert jellemző eltávolodás speciális, konkrét természeti környezetétől messze vezető folyamatot indít el. Az ember egész pszichikus rendszere mintegy autonóm világgá alakul, amelyben nem annyira maga a valóság, mint ennek emlékképe vagy általában valamilyen képe kerül be. Az ember nem magukat a természet tárgyait, inkább azok képeit tartja esztétikailag jelentősnek.

Az eddigieket összefoglalva elmondhatjuk, hogy a pszichoanalízis személyiségmodellje túlságosan az egyedi pszichikum nívóján szemléli az emberi személyiséget, és kevésbé figyel a testet alkotó és meghatározó fizikokémiai, dinamikai stb. valóságrelációk halmozására, továbbá arra a tényre, hogy az emberi egyed a társak kölcsönös introjekciójával a kollektív személynek szerves részévé, tulajdonképpen hiperszemélyiséggé válik.

A testi rendszer figyelembevételé alapján a személyiséget nem pszichikus, hanem pszichoszomatikus képződménynek kell tekintenünk, amint ezt előző könyvünkben részletesebben kifejtettük (LEVENDEL—MEZEI, 1965). Az ilyen képződmény mint tárgy minden komplexitása ellenére a természettudományos fogalomalkotás körébe tartozik, és végső fokon a rendszerelmélet egyensúlyi rendszerformái közé sorolható. Valamennyire a pszichoanalízis képviselői is közelednek ehhez a gondolatkörhöz. RAPAPORT (1958) HARTMANN elgondolásaira támaszkodva kifejti, hogy az ego fejlődése folyamán központi pozícióba kerül, amelyben egyaránt eltávolodik az idtől és a szuperegótól, sőt a kettőt egymással szembeállíthatja. Ez az elképzelés pszichés terminusokkal ugyan, de már kifejezetten egyen-

súly-viszonylatot ír le. A hármas szerkezet itt mintegy egzaktabb, formálisabb alakot ölt. Az ego középponti, szintetikus szerepének gondolatát lényegesen továbbfejleszti FEDERN (1952) különböző, főként pszichiátriai tárgyú munkáiban. FEDERN szerint az ego eredetileg ugyan egy komponens a többi komponens között, de a fejlődéssel szerepe megnő és a többi komponens fölé rendelődik. Ez abban jut kifejezésre, hogy az ego határai tágulnak, és a másik két komponens részben, ideális esetben teljesen magában foglalja.

Az ilyen rendszer összehasonlíthatatlanul integráltabb, mint FREUD hármas szerkezete, amelynek tulajdonképpen magja az id marad. A feladat az, hogy ennek az elképzelésnek pontosabb alakot adjunk. Ennek olyannak kell lennie, hogy az a valóságrelációk testben felhalmozott sokaságának pszichikus reprezentációjával és az egyed társadalmi viszonylatainak introjekciójával szoros egyseget alkosson. A saját test, a természeti és társadalmi környezettel fenntartott viszonylatok a személyiség integráns részét képezik.

A testvázlat szerepének felismerésében a pszichoanalitikus SCHILDER jelentős szerepet játszott, bár a jelenséget csak neurológiai és pszichikus síkon tárgyalta. A társadalmi környezet szerepének vizsgálatában kiemelkedő a pszichoanalitikusan orientált PARSONS (1951) munkássága. PARSONS kimutatja, hogy az ontogenezis fázisai ugyan a szexuális libidó fejlődésének fokozatai, de a családi interperszonális kapcsolatok fejlődésével is összefüggnek. Orális fokon csak az anya—gyermek kapcsolat létezik, de azután az apa szerepe is előtérbe lép. A diadikus viszony tehát triadikussá alakul át. A fejlődés autonóm törvényszerűségei szerint halad, és az interperszonális helyzet függvénye is, azaz tranzakciókból csapódik le. PARSONS így megteremti a biopszichológiai realitás mellett az elmélet kapcsolatát a társadalmi szervezethez és annak fokozataival.

Pontosabban meghatározva: a társadalmasodás az ego fejlődésével, újabb és magasabb nivójú alakjainak kialakulásával párhuzamos. A komplex ego megfelelő idegrendszeri apparátus birtokában kiterjedt pszichikus működésekre képes. Az egyedek azonosítási képessége — ahogy láttuk — a személyek mint külső operátorok beépítésének a képességén alapszik. Az ilyen beépítés következtében mások tevékenysége az egyedben a saját tevékenység kiegészítéseként szerepelhet. Ennek pontos kivételét a kommunikáció teszi lehetővé. Az ilyen beépítés a saját személyiség lényeges kiegészítését jelenti, pl. az informáltság területén, ahol a kortársak és az elődök teljes informáltságát az írásbeliség felfedezése megőrzi az egyed számára. Az együttműködés magas rendű, szervezett formái a személyek ismereteinek tágulásával és a személy fölötti organizációk kialakulásával jár együtt. Ennek a magasabb rendű szer-

vezetnek egyes dimenziói, működésirányai meghaladják az egyes egyed dimenzióinak, működésirányainak méreteit, és így a fejlett társadalomban az egyed a közösségnek rendszerint egy dimenziója mentén helyezkedik el, azaz bizonyos mértékig — a társadalom előtti, magányosan élő és működő egyénhez képest — specializált. Ez a specializáltság egyénileg különböző méreteket ölthet. Ilyen nehézségeket az alkoholista személyiségnél is tapasztalunk majd.

Az ego határainak kiterjedése következtében a személyiségben az id és az ego átfedéseként, az id hajtóerő-rendszere, valamint a tudat egymást áthatása eredményeként a szubjektivitásnak olyan területe alakul ki, amelyben a vak ösztöntörekvés és a tudatos informáltság szintetikus alakká, belső fantáziavilággá egyesül. Ez az alapja az ember művészeti tevékenységének, mert itt olvadnak össze az ösztönök és az érzelmek az értelemmel.

Így érthető, hogy ebben a kiterjedt mezőben már nemcsak teljesen öntudatlan funkciókat találunk, hanem olyanokat is, amelyek az öntudatlannak minden emberben meglévő elemeit szintetizálják a tudatos kommunikáció, a nyelv működésével. A szimbólumok nyelve, amelyet a pszichoanalízis mélyrehatóan tanulmányozott, tulajdonképpen univerzális, civilizációk fölötti nyelv. A legkülönbözőbb primitív és kulturált népek egyedei, művészei az álom, a patológiás psziché azonos szimbólumait alkalmazzák. Mint kommunikáció, bizonyos mértékig az értelem területéhez tartoznak. Maga az értelem azonban az iddel való szintézisen kívül a logikához kapcsolódó beszédnyelvet alkalmazza, sőt tudományos célokra abból teljesen formalizált nyelveket alakít ki, mint pl. a logika vagy a matematika. A kétfajta kifejezés és általában az ego különböző szintézisei a személyiség egyes alrendszerivel szoros kapcsolatban állnak, egymást kölcsönösen erősítik, amint ezt kiemelkedő tudósoknál és művészeknél jól megfigyelhetjük.

A szintetizált személyiség tehát nem három alrendszerből áll, hanem egységes, de különböző nívi és különböző aspektusai vannak: autonómiája és függősége szerint összetett. Maga a szintézist hordozó ego is összetettebbé válik, mert szintézise az össz-személyiségnek és reflektál erre az alakra. Az ego így elválik a reá reflektáló alaktól. De ez a reflektáló tényező a reflexió tárgyát képező egót egy ideális, elképzelt énhez hasonlítva meg is ítéli. Ennek az éni-ideálnak a létét FREUD is felismerte.

Az ilyen személyiség életformáját illetően láttuk, hogy az a társadalmassodás következtében személy fölötti kiterjedést nyer és specializálódik. A személyfölöttiség azáltal lehetséges, hogy az egyed az ego apparátusával a személy fölötti szervezetben részesedik.

Az ilyen szervezetek átfogó informáltságuk és munkamegosztásos

technológiájuk alapján a valósággal szemben sokkal komplexebb viszonylatokat építhetnek ki, mint az egyes egyedek. A valóság kimeríthetetlen gazdagsága következtében a társadalmak, az államszervezetek eltérő megoldásokhoz juthatnak, amely már a kommunikáció formáinak, a nyelv kialakításában megkezdődik, és eltérő életformák, valamint valóságképek megvalósulásához vezet. A szűkebb értelemben vett személyiséget, amelynek szerkezete az egyeden belül az ego által kialakított szintézisen, az autonóm belső rendszer és a valóságviszonylatok összekapcsolásán alapszik, meg kell különböztetnünk a társadalomba beilleszkedő össz-személyiségtől, amelybe a társadalmi hatások befogadásán alapuló kiterjedés, valamint a személyiség és a társadalom méretkülönbségéből származó specializálódás-kényszer tartozik.

A KÜLÖNBÖZŐ SZEMÉLYISÉGTANOK SZINTÉZISÉNEK A LEHETŐSÉGE

A személyiségtan első feladata, hogy a normál személyiség szerkezetét meghatározza. A mai meghatározási kísérletek megegyeznek abban, hogy a normál személyiséget dinamikus működésrendszernek tekintik. Ez a rendszer részben autonóm, részben a környezettől függ, és innen kiindulva bizonyos minimálszerkezettel rendelkezik, amelyet FREUD határozott meg, de amely a mondottak szerint lényeges bővítésekre szorul.

A normalitás meghatározásai a dinamikus működésrendszernek ilyen legáltalánosabb tulajdonságaiból indulnak ki. A normálist egyesek az alkalmazkodóképességgel definiálják, mások a kiegyensúlyozottságot vagy az extrém alakok, funkciók hiányát, azaz az átlagos tulajdonságokat állítják középpontba. Ezek a kritériumok szükségesek, de nem elegendők. Maga FREUD és követői normalitáson úgyszintén a hármas szerkezet kialakultságát értik. De megállapítják, hogy az ilyen szerkezet típusos változatokat mutathat, amennyiben az egyik tényező domináns szerepet játszik. Az ego dominanciája egy pedáns, túlintellektualizált alakot eredményez, az id uralkodása élvező-materialista személyiséghez, a szuperego függő-szorongó embertípushoz vezet (BRIERLEY, 1947).

A komplexebb analitikus szemlélet azonban az ontogenetikus fázisok figyelembevételén alapszik. Ebben a vonatkozási rendszerben normálisnak tekinthető az, aki a fázisokon fixációk és regreszsiók nélkül haladt át, míg egy fázis rögzülése és így dominanciája meghatározott típust eredményez. Az orális egyének csoportja optimista, univerzális, átfogó világméretű alakít ki. Az uretrális típus az ambíciók bázisa, a narcisztikus fok a hideg egoistáé.

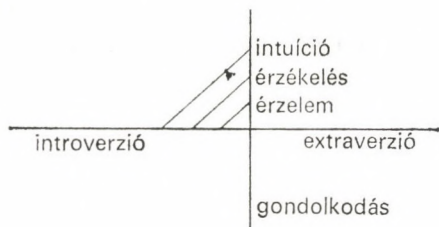
A három komponensből felépített absztrakt modellt természetesen egészen más tartalmakkal is meg lehet tölteni. KRETSCHMER szerint normális az az egyedi egyéniség, aki testileg atletikus; az egyik típus az erősen alkalmazkodó, jóindulatú átlagember, testileg piknikus alkat, a másik a teljesen kivételes, bizarr egyéniség, a megfelelő skizoid alkattal. A személyes tulajdonságok és a testalkat dimenziói a feltevés szerint párhuzamosak és három fokozatra osztathatók. A testalkat helyett SIGAUD-nál a nagy szervrendszerek szerepelnek: cerebrális, respiratorikus és emésztív típusokról beszél. Az utóbbi kövérségre hajlamos, piknikus alkatnak felel meg, a cerebrális a túlegyéniésített skizoid, a respiratorikus az atletoid normális.

JUNG (1942) alapegkülönböztetése is a hármas felosztásból származik. Az extravertió a környezetkapcsolatok, az introvertió a belső, autonóm rendszer hangsúlyozottságából, dominanciájából származik. JUNG ugyan aláhúzza, hogy a két komponens teljes szétválása ritka és abnormis jelenség, de a formát, amelyben a két komponens valamilyen egyensúlyt alkot, nem tárgyalja külön mint normális alapformát, amely mellett a két típus leegyszerűsített alaknak felel meg. A modell hármas szerkezet helyett a kettős szerkezethez közeledik. Ezt a hiányosságot RORSCHACH (1937) már felismerte és rámutatott arra, hogy a személyiség a központi szerkezeten alapszik, amely szintetikus (FEDERN fogalomalkotásának megfelelően), és a két típus csak a dinamikus működésrendszer bizonyos mérvű átalakítását jelenti.

Ezt az átalakítást úgy kell felfognunk, mint a működésrendszer eredeti alakjának olyan transzformációját, amely a rendszer viselkedését, azaz működéseinek rendjét, menetét változtatja meg. Minden működésrendszer szabályosságokat mutat, változásai valamilyen meghatározott rendben folynak, valamilyen szabályos alakot írnak le. A rendszer meghatározásához úgy juthatunk el, hogy szabályos működéseit vizsgáljuk, és megállapítjuk a működések által leírt alakzatokat, a létrehozó egyenleteket, törvényeket. Valamilyen fizikai rendszer működéseinek pályáját pl. a három téri koordináta és az idő mint koordináta segítségével írjuk le. Amennyiben a pálya szabályos, a pálya egyes pontjainak vetületei az egyes téri koordinátákra és az időtengelyre valamilyen változatlan vagy szabályosan változó törvény szerint függenek össze egymással. Egyszerű esetben pl. a rendszer a koordináta-rendszer nullpontja körül forog, egyenletes sebességgel, bizonyos távolságban. Ekkor a pálya minden pontjának vetülete a téri koordinátákra úgy függ össze egymással, hogy a vetületek négyzeteinek összessége mindig a pontnak a zérusponttól való távolságát adja.

Abból indulhatunk ki, hogy az emberi személyiség is meghatározott tengelyek körül mozog, többé-kevésbé szabályos pályán. A tengelyeken a személyiség legfőbb valóságviszonylatait értjük. Ezeket a személyiségtani irodalom alapján részben meg tudjuk állapítani. JUNGnak RORSCHACH által átalakított extravertió-fogalmát úgy foghatjuk fel, mint a személyiség pozitív, libidonózus valóságviszonylatait, az introvertió pedig azt jelenti, hogy az egyed saját autonóm rendszerével áll pozitív kapcsolatban, tehát elsősorban fantáziájában él.

Emellett JUNG a személyiségben a pszichikum „alapfunkcióinak”: a gondolkodásnak, az érzelemnek, az érzékelésnek és az intuíciónak is személyiségalkító szerepet tulajdonít. A személyiséget az extravertió vagy introvertió önmagában nem határozza meg, csak a gondolkodással vagy egy másik „alpműködéssel” együttesen. A négy alapfunkció látszólag — JUNG megfogalmazásában — négy másik tengelyt jelent. Alaposabb vizsgálat után azonban kideríthetjük, hogy az alapfunkciók egy tengelynek (a személyiség idővel kapcsolatos tengelyének) a fokozatai. Az értelem a múlt, az érzékelés a jelen, az intuíció a jövő felé fordulást fejez ki. Ez kitűnik abból, hogy JUNG szerint az introvertált intuitív próféta, az érzékelő a realista életélvező. Az értelem a múltban kialakult értékekhez kötött. A gondolkodás ez esetben az időtlenül általánosra irányul, amelyet ily módon az időtengely ellenpólusának foghatunk fel. A modellt tehát a következő diagrammal fejezhetjük ki:



A JUNG-féle tengely közül az egyik lényegében azonos azzal, amelyet a fent felsorolt egytengelyes elméletek alkalmaznak. A másodikkal — mint láttuk — az embernek az idővel fenntartott viszonylata. Vannak azonban elméletek, amelyek egy harmadik tengelyt vezetnek be. Az embernek a valósággal szemben ugyanis két alapviszonylata lehetséges: egy pozitív támogató és egy negatív támadó-védekező viszonylat.

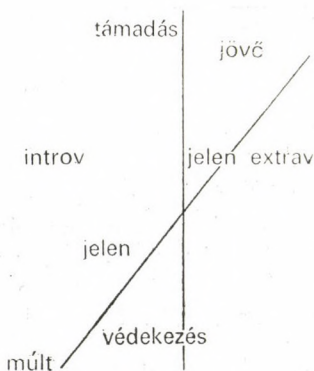
Az extravertió a fentiek szerint azt jelenti, hogy a személynek

a dolgokkal, az introverzió azt, hogy elsősorban önmagával alakult ki pozitív, szimpátiát, szeretetet tartalmazó viszonylata. A pszichoanalízis szerint a libidó mellett az ember agressziójával is számolnunk kell, amelynek normális mértéke a normális személyiséghez hozzátartozik. FREUD egyik megfogalmazása szerint a személyiség ennek a két hatalmas alapösztön (szexuális libidó és agresszió) küzdelmének színtere. MONEY (1957) személyiségtanának alaptétele úgy hangzik, hogy az ember fő törekvése az úrrá levés, s ezt agresszív, támadó viselkedéssel realizálja. A társadalmi együttélés ennek gátakat szab, és az úrrá levéssel szemben a pozitív, támogató együttműködés érvényesül. Ennek megfelelően az extravertzió-introverzió tengelyén merőlegesen az úrrá levés—támadás tengelye helyezkedik el. Ennek ellenpólusa—minthogy a támadó mások támadásának is ki van téve — a védekezés.

A háromtengelyes modellek

MONEY további tengelyként figyelembe veszi az információszerzést mint az embernek a valósággal fenntartott egyik alapviszonylatát. Ez nyilván azonos a JUNG által megfogalmazott alapfunkciókkal, minthogy a gondolkodás, az érzékelés, az intuíció és részben az értelem is megismerő funkcióknak tekinthetők, és ezért az, amit MONEY információtengelyként jelöl meg, a JUNG-féle időtengelyt foglalja magában.

A háromtengelyes modell ábrája



Négy- és többtengelyes modellek

Az eredetiség, az újításra való képesség jelentős viszonylata a személyiségnek. Ennek a viszonylatnak a figyelembevétele vezette pl. BOHMOT (1957) arra a felismerésre, hogy a Rorschach-tesztben a jó—ritka (originális) és a jó—gyakori (vulgáris) válaszok egyidejű megszaporodása közéleti személyiség jele.

A dimenziók száma szaporítható, és így egyre gazdagabb modellekhez jutunk. Ezeknek a Rorschach-féle személyiség-tani diagnosztika segítségével pontos formát adhatunk (MEZEL, 1959, 1960).

NORMÁLIS, TÍPUSOS ÉS ABNORMIS

A fentiekből látható, hogy a típusos személyiség az integrált alak olyan átalakítása, amelyben az egyik összetevő, az egyik valóságviszonylat uralkodóvá válik. A fő típusok általában a fő valóságviszonylatok mentén alakulnak ki. Így egyben megfelelnek a társadalomban élő ember specializálódási formáinak. Az eredetiség—konzervativizmus viszonylat a homo politicus típusra jellemző. A támadás—védekezés a jogosság és a jogtalanság viszonylataként fogható fel. Ebben az utóbbiban helyezkedik el a bíró, vele szemben pedig a kriminális egyén. A bíró az öntörvényesítésnek a jog által megengedett határait vonja meg, a bűnöző viszont minden szabályt megsértve támad, mert léte kizárólag az akadály, speciálisan a másik egyed vagy a közösség legyűrésében fejeződik ki, és számára az együttműködés — kivéve a romboló célokat szolgáló támadást — értelmetlen. A kriminális a normál személy olyan bomlás-terméke, akiben az úrrá levési tendencia testesül meg. Énje fejletlen, és így a primitív ösztöncél elérésének apparátusává válik. Az alkoholizmus, melyre a visszavonuló, önpusztító tendencia jellemző, a pszichopátiának egyik gyakori formája.

Ezek a tengelyek alkotják a személyiség legfontosabb dimenzióinak egy részét. A gondos vizsgálat további valóságviszonylatokat, azaz további dimenziókat állapíthat meg. E célból azonban már meghatározott vizsgálati eszközökre, elsősorban tesztmódszerekre van szükség.

Kérdés, hogyan történik egy konkrét személyiség meghatározása a tárgyalt dimenzió-rendszerben. A meghatározáshoz azt kell megállapítanunk, milyen kiterjedést vesz fel a vizsgált egyed normális életműködése folyamán az egyes dimenziókban. Ennek feltárása után kereshetjük azt, milyen arányban állanak egymással a felfedett kiterjedések. Szűk, koartált személyiség csak a legfontosabb dimenziók mentén és csak kismértékben terjed ki. Sokrétű és gazdag

személyiség több dimenzióban tág kiterjedést vesz fel. Mint láttuk, az egyes embertípusok dominánsan egy dimenzió mentén helyezkednek el, a politikus az eredetiség—vulgaritás tengely, a művész az extraverzió—introverzió tengely mentén produkál jellemző eredeti alakokat. A részletes vizsgálat sok szabályosságot tárhat fel. Szilárd, egyensúlyos személyiség pl. a rendszer középpontja körül szabályosan helyezkedik el, amíg a bizarrériára hajlamos egyén szélső helyzeteket foglal el, extrém alakot produkál. Az alkoholista személyiség kutatásában — mint látni fogjuk — a következő megállapítások a lényegesek. Az emberi személyiségben az autonómia és a függőség egymással funkcionális kapcsolatot alkotnak, egyensúlyban vannak. Ennek következtében a személyiség autonómiája sohasem nagyobb, mint amekkorát valóságviszonylatai lehetővé tesznek. A személyiség a valóságnak mindig abban a régiójában helyezkedik el, amelyben saját képességei adekvátak — ezt a testi rendszer filogenezisének vizsgálatakor kifejtettük. Az alkoholista személyiségben ennek az adekvát kapcsolatnak valamilyen sérülése mutatható ki.

III. AZ ALKOHOLISTA BETEG SZEMÉLYISÉGÉNEK VIZSGÁLATA

A) IRODALMI ADATOK AZ ALKOHOLISTA SZEMÉLYISÉGRŐL

Az alkoholista beteg személyiségének megismerésében segítségünkre van a kérdéssel foglalkozó kiterjedt irodalom. Áttekintését megkönnyíti, hogy az utolsó évtizedben több átfogó összefoglalás jelent meg e témakörben (W. és J. McCORD, GUDEMAN, 1959; LISANSKY, 1960; WIESER, 1962; BLUM, 1966; HAMPTON, 1951). Nálunk MEZEI ÁRPÁD adott áttekintést e kérdésekről 1962-ben.

Az irodalmi adatok osztályozása többféleképpen lehetséges. Mellőzve a lexikális és kronológiai felsorolást, amely úgysem lehetne teljes, mi aszerint tekintjük át az irodalmat, hogy a szerzők mennyire átfogóan tárgyalják az alkoholista személyiséget autonóm mivoltában, elsősorban ontogenetikus fejlődését kísérve figyelemmel, ahogy ezt az analitikus szerzők teszik, vagy a személyiség-szerkezet és élethelyzet, ill. élettörténet összefüggésében, vagy pedig komplex módon, mind az előző, mind pedig a környezeti, elsősorban a társadalmi, kulturális szempontokat tartva szem előtt.

AZ ALKOHOLISTA SZEMÉLYISÉG PSZICHOANALITIKUS SZEMLÉLETŰ IRODALMA

A pszichoanalitikus szerzők az egyedek pszichikus alterációit döntően a személyiség ontogenezisében — amely normális esetekben nagyjából azonos módon megy végbe — bekövetkező extrém eltérítő hatásokkal magyarázzák. Minthogy az ontogenetikus fejlődésben a korábbi fázisok jelentősége nagyobb, érthető, hogy az analitikus szerzők, élükön FREUDDAL (1912, 1930) az első, azaz az orális fázisban fellépő frusztrációkkal, a következményes orális fixációval magyarázzák az additíót, ill. a narkomániákat és ezen belül az alkoholizmust (CHESSICK és mtsai 1961; BERGLER, 1946, 1949; BUTTON, 1956; GLOVER, 1932, 1956; ROSENFELD, 1960 és még sokan mások). RADÓT (1926) az üveg szeretete, a kielégülés keresése, majd az ivást követő öntudatlanság és az alvás az orális csecsemőkre emlékezteti. Szerinte minden fájdalomcsillapító, lazító, élnkítő, azaz narkotikus örömmel járó szer narkománná teheti az arra

hajlamos egyéneket. Ilyen hajlamosság kétfajta típusnál áll fenn:

1. aki a fájdalommal szemben intoleráns;
2. aki függési igényét túlkompenzálja.

Az az egyén, aki függőségének túlságosan tudatában van, és akár testi betegség, akár konfliktusok következtében depressziós állapotba kerül, arra törekszik, hogy meglevő, de feladataihoz túlságosan gyenge énjét megerősítse. A megerősítésnek egyik módja regresszív: az egyén előveszi kisgyermekkorai, sőt csecsemőkorai mindenhatósági érzésen alapuló ősnéjét. Ez először csak fantáziákban történik. Ha ilyen depresszióban a kiút keresése közben valamilyen élvezetes és öntágító gyógyszerrel kap, és megismeri hatását, az elképzelt fantáziák saját mindenhatóságáról, óriás voltáról valósággá válnak. Ez az érzés azonban csak a gyógyszer hatása alatt érvényesül, és a hatás elmúltá után a depresszió fokozott mértékben jelentkezik. Ettől még jobban igyekszik szabadulni, és így alakul ki a boszorkánykör, amelyben a kábítószer elégtelen volta csak fokozza az iránta érzett hajlamot és szükségletet. E folyamatban szerepet játszik az is, hogy a táplálkozásnak a csecsemőnél sokkal nagyobb a jelentősége, mint a felnőtténél. RADÓ már 1933-ban az alkoholizmus kapcsán táplálkozási orgazmusról beszél. Az orális fázisnak megfelelő infantilis vonás tehát a frusztráció, a fájdalom, a szorongás elviselésének, a kielégülés elhalasztásának gyengesége vagy éppen képtelensége. ROSEMAN (1955) a percepció infantilis differenciálatlanságával magyarázza a frusztrációkra bekövetkező érzelmi labilitást, az elkövetett hibák tagadását, másokra projiciálását. Az orális korszakban azonban a bekebelezés és az elnyelés funkciója mellett nagy jelentősége van az úgynevezett orális eredetű *függőségnek*. A szeretetlenség, az azt kompenzáló elkényeztetés, a kettő gyors és nem kiszámítható váltakozása fokozza a függőséget, és később is ellenszolgáltatás nélküli kielégítést követel. Az alkoholisták túlzott dependenciájának kérdését sokan tanulmányozták (KNIGHT, 1937; HIGGINS, 1953; WAHL, 1956; BRÄUTIGAM, 1958; KLEIN, 1959; WITKIN és mtsai, 1959; MOORE és RAMSEUR, 1960; ALEXANDER, 1963; BLUM, 1966; BLANE, 1968). Az orális fixáltság természetesen nem automatikusan keletkezik, hanem valamilyen élethelyzet, leggyakrabban a rossz szülői kapcsolat eredménye, amellyel ugyancsak sokan foglalkoztak (WEIJL, 1927; GLOVER, 1925; WALL, 1937; MENNINGER, 1938; ADLER, 1941; SCHILDER, 1941; BERGLER, 1942, 1946; SIMMEL, 1948; PERRIN, 1962; BLUM, 1966; MADDEDU és DONATI, 1967). A szülőkkal szembeni ambivalencia vagy burkolt ellenséges érzés esetén MENNINGER szerint azt kell tudatosítani a betegben, hogy józan állapotában is lehet

ellenséges érzelmű a szülővel szemben. Túl szigorúan büntető, brutális szülő viselkedése a gyermek önértékelését aláassa (ADLER, 1941), hajlamossá válik önbüntetésre, mazochizmusra, öndestrukciónkra, lassú öngyilkosságra (BROMBERG és SCHILDER, 1933; GLOVER, 1956). Meg kell jegyeznünk, hogy az orális korszakhoz a függőség momentumuma mellett a mindenhatósági érzés is hozzátartozik. Ennek szerepére mutatnak rá ROMMELSPACHER (1953) és RICHARDS (1957).

Más szerzők az orális korszak utáni későbbi ontogenetikus fázisokban keresik az alkoholizmus kialakulásának az okát. Maga FREUD már 1897-ben azt vallja (BLUM, 1966), hogy az első addictio a maszturbáció, a többi annak helyettesítése. Később azonban a homoszexuális tendenciák fontosságára is rámutatott, azaz a kiindulópontot egyre későbbi fázisra helyezte. A homoszexualitás jelentőségét sokan hangsúlyozzák. A különböző fázisok szerepének felismerése alapján kézenfekvővé vált az a gondolat is, hogy az alkoholizmus nem egyetlen fázisban keletkezik. LÓRÁND, aki az alkoholizmus pszichoanalitikus irodalmát 1945-ig áttekintette, az orális és homoszexuális tényezőket tartja legfontosabbnak, amihez a már említett GLOVER (1956) és ROSENFELD (1960) is csatlakoznak. A fixáció ROSENFELD szerint az orális kor paranoid és mániás-depressziós pozícióiban történik. A súlyos paranoid szorongásokat a narkománok úgy oldják meg, hogy egy ideális tárggyal azonosítanak, amelynek segítségével minden más résztárgy vagy egész tárgy fölött mindenható uralmat nyernek. Ily módon el tudnak tagadni minden szorongást, üldözöttségi érzést, saját énjük rossz részeit le tudják szakítani önmagukról. Ahogy a csecsemő ujjait használja fel arra, hogy fantáziáljon, az alkoholista az alkoholt hívja segítségül gyönyörteli fantáziái elérésére. A szer azonban az üldözöt is jelenti, bekebelezésével a beteg üldözőivel azonosítja magát. A szer méreg, amely megsemmisítheti a jó tárgyakat és saját mivolta jó részeit is. Ezeket a szorongásokat tagadva a beteg szadomazochisztikusan támadó lesz, ami családjára veszélyt jelent és a kezelést is megnehezíti. Ilyenkor tagadja, hogy a kezelés valamit használt volna. ROSENFELD továbbá azt is állítja, hogy az alkoholizmus, ill. a narkománia esetén fontos momentum a drognak az azonosítása egy halott vagy beteg személlyel. Az orális fázist követő analízis szakban a sphincter-kontroll során fellépnek önérvényesítő tendenciák, és az elutasítások okozta fixációval hozzák kapcsolatba az alkoholisták makacsságra, agresszióra, szadizmusra való hajlamát (KNIGHT, 1937; SIMMEL, 1948). A narcisztikus szakra utal a felnőtt alkoholista személy tárgyválasztása (FOUQUET, 1951; FORISZ, 1954), exhibicionizmusa és hipochondriája (FOX, 1962).

A narcizmus tárgykereső szeretetté alakulhat, mely azonban homoszexuális jellegű is lehet (ABRAHAM, 1927; RIGGALL, 1923; FERENCZI, 1912; KIELHOLZ, 1924; KNIGHT, 1937; WEIJL, 1927). A homoszexuális tendenciák jelentkezése szorongást kelt, mivel a társadalmilag elfogadott normákba ütközik. Ez alkohol hatására oldódhat, ugyanakkor manifeszt homoszexuális történésekhez vezethet. A homos tendenciák az alkoholisták paranoid megnyilvánulásaiban szerepet játszanak. A fallikus ödipális fokon való fixáció, ill. a regresszió erre a fokra ugyancsak sok alkoholistánál kimutatható. Anyakötöttségük miatt nehézségeik vannak szexuális téren, az ödipális helyzetnek megfelelően az apa szerepet megtestesítő főnökkel, felettesekkel gyakoriak konfliktusaik (KLATT, 1932; MENNINGER, 1938; CHASSEL, 1938; KRIS, 1951). GLOVER (1932) úgy vélte, hogy a narkomániát általában az ödipális kötöttség korai fázisára kell visszavezetni, amelyben még igen erős az azonos nemű szülő iránti gyűlölet. A narkomániáknak tehát szadisztikus bázisuk van. A szer szerepe az, hogy a szülő—gyermek kölcsönös támadó viszonylatában méregként vagy ellenkezőleg: védő szerként szolgáljon. GLOVER feltételezi, hogy az alkohol ily módon a beteg számára fontos szerepet játszik, sőt vannak sikeres narkomániák, amelyek a beteg életét tulajdonképpen lehetővé teszik, némileg normalizálják. Mindezek és a hozzájuk tartozó részmomentumok fordulnak elő az alkoholizmus irodalmában mint kiváltó tényezők. FOX (1962) szerint leggyakrabban a következő okokkal magyarázható az alkoholizmus kialakulása: extrém alacsony frusztráció-tűrés, képtelenség a szorongás vagy feszültség elviselésére, izoláltsági érzések, önleértékelés, hajlam impulzív reakciókra, konfliktusok ismétlődő leeregalása, sokszor extrém narcizmus és exhibicionizmus, sokszor preokkupáltság testtel kapcsolatban, hipochondria, gyakran extrém hangulatváltozások. Rendszerint ehhez járul még az ellenségeskedés, a lázadás (tudatos vagy öntudatlan) és az elfojtott, grandiózus ambíciók kevés kitartási képességgel. Legtöbbször erős (orális) függőségi szükségleteket, depresszióhoz, ellenségeskedéshez és dühhöz vezető frusztrációt mutatnak. Sok alkoholistánál éretlenség, impotencia, frigiditás, latens vagy manifeszt homoszexualitás és a szadomazochisztikus fixációk jelenségével kapcsolatos zavar fordul elő.

Ha kissé közelebbről vizsgáljuk ezeket a megállapításokat, azt látjuk, hogy az *első csoport* az alkoholizmus kialakulásában belső okokat tételez fel. Ezek a *belső okok* az alábbiak lehetnek:

1. Vele született, konstitucionális adottság, mint az alacsony teherbíró képesség, a frusztrációk és szorongások elviselésének képtelensége.

2. A fejlődés folyamán szerzett ok, ilyen az éretlenség.

3. A megállapítások egy része nem karaktervonást fejez ki, hanem tulajdonképpen önálló elméletet tartalmaz az alkoholizmus kialakulásáról és következményeiről. A kérdésem nézetek a pszichanalízis ontogenetikus fejlődésmentének felelnek meg. Eszerint a patológikus személyiségformák az egyik fejlődési fázis rögzüléséből keletkeznek. Az analitikus irodalom szadomazochisztikus fixációról, orális függőségről beszél, de megemlíti a narcizmust és a vele járó exhibicionizmust is.

4. A megállapítások más része szerint a fixációk szexuális problémákhoz, impotenciához, frigiditáshoz stb. vezethetnek.

A megállapítások *második csoportja* viszont az alkoholizmus kialakulásában *külső okokat* tételez fel. A karaktervonások vagy azok okai, a fixációk és a regressziók származhatnak külső konfliktusokból, melyek elintézetlenségük következtében ismétlődő leereagálásokhoz vezethetnek. A bajok azonban frusztrációkból is eredhetnek, amelyek depresszióban, agresszivitásban vagy dühben nyilvánulnak meg.

A megállapítások *harmadik csoportja* az alkoholizmust a *szocializáltság gyengeségével* magyarázza. Megemlíti az izoláltsági érzéseket, az önleértékelést és ezzel szemben az öntúlértékelést, amelyek mind a társas kapcsolatok zavarát fejezik ki.

Az alkoholista személyiség pszichoanalitikus irodalmát áttekintve megállapíthatjuk, hogy a mélylélektani iskola nem tudott átfogó képet nyújtani az alkoholista személyiségről és ennek megfelelően — mint a terápiás résznél látjuk majd — pszichoterápiás próbálkozásaik a gyakorlatban nem hoztak döntő sikert; az analitikusok közül sokan fel is hagytak e munkával. Ugyanakkor a pszichoanalitikus iskola értékesen járult hozzá az alkoholista személyiség genetikus megközelítéséhez, az alkoholista beteg jellemvonásainak, viselkedésének megértéséhez. A pszichoanalízis részleges kudarca az alkoholizmus terén arra ösztönöz, hogy az alkoholizmus lélektani okainak kutatásában is tágítsuk az autonóm személyiség határait a környezeti tényezők teljesebb számbavételével. A pszichoanalitikus jártasságot azonban az alkoholizmus személyiségkutatása nem nélkülözheti.

AZ ALKOHOLISTÁK SZEMÉLYISÉGSZERKEZETÉT, SZEMÉLYISÉGVONÁSAIT, ÉLETTÖRTÉNETÉT FELTÁRÓ IRODALMI ADATOK

Az alkoholista személyiség többoldalú tanulmányozása megmutatja, hogy az alkoholista beteg személyiségvonásai — bármennyire is jelentősek — nem vezethetők le a személyiségfejlődés korai

zavaraiból, hiszen sok más egyént, krónikus beteget érnek hasonló korai traumák, frusztrációk, és a későbbiek során mégsem válnak alkoholistává. A környezeti hatásokból, az életsorsból, a konkrét élettörténetből következő számos tényezőt túl az alkoholista betegnél a hasonló frusztrációk ismétlődése is feltűnő, mely sajátos személyiség szerkezetre utalhat. Annak ellenére, hogy több, az alkoholista személyiség kutatásával foglalkozó szerző (LISANSKY, 1957; 1958, 1960; WIESER, 1962; H. JONES, 1963) arra a következtetésre jut, hogy nincs speciális alkoholista személyiség, megfigyelhető, hogy a szerzők többsége — akik az alkoholizmus lélektani okát keresik — a személyiség szerkezet valamilyen torzulásával, patológikus vonásával hozza kapcsolatba az additívót. Egyes szerzők megkísérlik az alkoholisták részletesebb osztályozását, amelyhez természetszerűleg pontosabb megfigyelés, fenomenológiai elemzés szükséges. POLISCH (1933) már megkülönböztetett egy depresszív és egy robbanékony, valamint egy kevert csoportot. DERWORT (1959) ezt a beosztást próbálja továbbfejleszteni. Szerinte az alkoholisták öt csoportja különböztethető meg:

1. Piknikus, élvező típusú alkoholista, aki az alkohol útján társas öntágítást keres. Ezeknél a neurotikus tünetek következményesek.

2. Kisebb, önromboló, reális célok nélküli egyedekből álló csoport, amelynek tagjai elfordulnak a valóságtól, belső szenzációkat keresnek, és csak állandó veszélyhelyzetben, mintegy az öngyilkosság szélén tudnak élni.

3. Infantilis egyénekből álló csoport, akik korai elkényeztetés következtében váltak alkalmatlanná arra, hogy a valósághoz alkalmazkodjanak.

4. Szimptomatikus ivókból álló csoport, amelyet valamilyen aktuális konfliktus hoz össze.

5. Végül a kényszeres ivókból álló csoport, akiknél az alap organikus. Tagjai alkati elégtelenségeik miatt isznak, gyorsan nagy mennyiségre térnek át, és már kezdetben nehéz problémát jelentenek.

MEERLO (1952) és FREED (1969) az alkoholistákat a ciklotímiás egyének között vélik megtalálni, akiknek az alkohol az örömszerzés és a felszabadultság forrása.

WILLIAMS és LONG (1964) szerint vannak jó bázis-személyiségű alkoholisták, továbbá neurotikusak, pszichotikusak és pszichopáták. Az első csoportból 80% gyógyul, a másodikból hosszan tartó pszichoterápiára, más szorongáscsökkentő eszközök alkalmazása mellett 30%. A harmadik csoportban a pszichózis a lényeg, a negyedikben a kezelés nem használ, következetes bánásmód és nagy türelem valamit elérhet. Az utóbbiakat csoportba, csoport-

terápiába bevenni nem szabad. Ahogy az alkoholizmus progressziójánál, megjelennek a közös vonások: a frusztrációk elutasítása, a speciális, konkrét célkitűzések elérhetetlensége, a túlérzékenység, a sértődöttség, az ivás védelem, a feszültségek, a bűntudat, a magányosság, a gyors hangulatingadozás és az öntúlértékelés. A csoportosításoknak más alapjai is lehetnek, pl. az elfogyasztott alkohol mennyisége, továbbá az ivási szokások betartása (BACON, 1958; RUBINGTON, 1958).

A különböző osztályozás módjait áttekintve arra a következtetésre juthatunk, hogy az alkoholizmus lényegében egységes körkép, melynek azonban fázisai vannak. Egyes szerzőknél az alkoholizmus megítélésében abból adódnak a különbségek, hogy melyik fázisra helyezik a hangsúlyt. Az is megállapítható, hogy a kezdetben variábilisabb pszichopatológiai háttér az alkoholos betegség-folyamat előrehaladásával mind egységesebbé válik. Mindenképpen kiderül azonban, hogy igen összetett, bonyolult jelenségről van szó, és már az irodalmi adatok áttekintése is bizonyos rendszer követését teszi szükségessé. A viszonylag zavartalan személyiségfejlődés után kialakult felnőtt személyiséget a személyiségszerkezet négy dimenziójában vizsgálhatjuk, és a kóros eltéréseket is szerintünk így tárhatjuk fel a legrészletesebben.

A felnőtt személyiség e négy tengelye:

1. az identitás,
2. a szociabilitás,
3. az autonómia és
4. a parasympathicus (trophotrop) alapállás.

Megfigyelésünk szerint az alkoholista személyiség pszichopatológiájával foglalkozó szerzők megállapításai ebbe a rendszerbe jól beilleszthetők, és irodalmi áttekintésünket is ennek alapján kísérjük meg.

1. *Az identitás.* E fogalom azt jelenti, hogy a személyiséget bizonyos fokú befejezettség, egységesség, központosítottság, reflexivitás jellemzi, amely lehetővé teszi, hogy környezetétől egyértelműen elhatárolhassa magát, és ugyanakkor világos relációkat tudjon vele fenntartani. Lényegében ide tartozik a pszichoanalízis fixáció és regresszió fogalma is, melynek jelentőségét az alkoholista személyiség kialakulásában már az előző pontban áttekintett irodalmi adatok tükrében ismertettük.

Az alkoholizmus problémáját az identitás-érzés szemszögéből igen céltudatosan vizsgálja HERSHENSON (1965) az ún. „problem-drinker”-eknél stressz-helyzetekben. ERIKSON ismert megállapításá-

ból indul ki, miszerint a gyenge identitás-érzés fokozott vagy fokozódó szorongással jár. Az alkohol-dependencia létrejöttében az alkohol szorongáscsökkentő hatásának nagy szerepet tulajdonít. Azt már láttuk, de más szerzők is (CHAFETZ, 1959) utalnak rá, hogy az identitás gyengesége valamelyik (szignifikáns) szülővel kapcsolatos. Az egyén identifikációs stabilitása a mindennapi élet stresszhelyzeteihez való alkalmazkodásban igen fontos, mert hiánya szorongást kelt. Bár nyilvánvaló, hogy a stressz-helyzetek nem oldhatók meg alkohol segítségével, de az ivás mégis csökkenti a szorongást vagy átmenetileg megszünteti. LEVY (1939) úgy véli, hogy az azonosítás megerősítése (sense of identity) is szorongáscsökkentő hatású, és HERSHENSON szerint az ivócimborák keresése, a velük való azonosulás gyökere is itt keresendő. Kérdőíves módszerrel az erős és gyenge identitású alkoholisták stressz-helyzetből fakadó alkoholfogyasztását vizsgálta. Arra a következtetésre jutott, hogy a gyenge identitás-érzetű csoportban nagyobb az alkoholfogyasztás és általában az interperszonális tényezők (gyenge identitás-érzés, következményes szorongás) jelentősebb szerepet játszanak, mint az interperszonális vagy munkaszituációkból adódó problémák. ARMSTRONG és WERTHEIMER (1959) az alkoholista személyiségszerkezetet vizsgálva az alkoholista identitás-problémájából indulnak ki. Kimutatják, hogy az alkoholista nem tudja önmagát olyanak elfogadni, amilyen a valóságban. Ebből vezetik le az alkoholistának azt a tendenciáját, hogy önmagát dicsőíti, idealizálja. DOGLIANI és munkatársai (1964) a Pfister—Heiss-féle színpiramis-tesztel (nálunk SÜLE és SÜLE F.-né használta alkoholistáknál ezt a módszert), többek közt a zöld szín preferenciájából következtetnek az alkoholisták alkalmazkodási gyengeségére, belső bizonytalanságára, megbízhatatlanságára, a frusztrációs helyzetek elviselésének képtelenségére. Az identitás gyengesége nemcsak szorongásokban, hanem depressziós hajlamban, nemegyszer szuicídiumhoz vezető depresszióban is megnyilvánul. A pszichoanalitikus irodalom (BLUM, 1966; TOLENTINO, 1966) is utal rá, hogy az alkoholizmus súlyosabb patológikus megnyilvánulást helyettesíthet, pl. öngyilkosságot. MENNINGER (1938) az alkoholizmust „krónikus szuicídiumnak”, BATCHELOR (1954) „frakcionált szuicídiumnak” nevezte. STENBACK és BLUMENTHAL (1964), SZUCHOVSKY (1964), BLANE (1968), RITSON (1968), SALONEN és PANILIUS (1967) rámutatnak az alkoholizmus és az öngyilkosság ismert pozitív korrelációjára. Egyes szerzők (BATCHELOR, 1954; HOFF és RINGEL, 1964; GLATT, 1961) szerint betegek 14—40%-ának anamnézisében szerepel öngyilkossági kísérlet. Az öndestrukció szerepét MENNINGER (1938) részletesen tárgyalja könyvében; utal a „szuperalkoholista”

betegek létezésére, akik metilalkoholt vagy más mérgező anyagot fogyasztanak.

SALONEN és PANILIUS (1967) szerint az alkoholisták nehezen értik meg és nehezen fejezik ki saját érzéseiket. Közléseik tehát ily módon inkább csak a triviális szükségletekre vonatkoznak, mélyebb kapcsolatot családjukkal és környezetükkel nem képesek kiépíteni. Mindenütt outsidernek érzik magukat és ez öngyilkossághoz vezethet. RYRSON (1968) úgy véli, hogy az öngyilkos alkoholistáknak erős önkritikájuk és érzékeny lelkiismeretük van, de önbecsülésüket külső megerősítések és támaszok nélkül nem tudják megőrizni. Amikor a külső támasz csődöt mond vagy hiányzik, akkor a megszokott védekezési módok nem működnek, és így segítségre szorulnak. Ezt a segítségre szorulást fejezi ki az öngyilkos azzal, hogy kárt tesz magában. Alátámasztja ezt az értelmezést az is, hogy a kérdéses alkoholisták családjukban a gyermekek között a legfiatalabbak voltak, és anyjukhoz pozitív kapcsolat fűzte őket.

HÁRDI (1970) azt a nézetet vallja, hogy a krónikus alkoholizmus súlyos szervi károsodásokhoz és az egész életvezetés olyan holt-pontjához, az életforma olyan mélységű széthullásához vezethet, hogy abból más kiút, mint az öngyilkosság, nincs.

Az identitás-érzés gyengesége, zavara részjelensége a személyiség éretlenségének, amivel a már tárgyalt pszichoanalitikusokon kívül több szerző (KESSEL és WALTON, 1965; DERWORT, 1959) foglalkozik. Ehhez kapcsolódnak azok a szerzők, akik az alkoholistákat pszichopátáknak tekintik (FOULDS, 1960; POLISCH, 1963; PODOLSKY, 1960). A pszichopátákra jellemző az én gyengesége mellett az erős egoizmus, az antiszociális magatartás, amelyben az egyed önmagát nem teszi felelőssé semmiért, hanem másokat okol mindenért és feljogosítva érzi magát, hogy szükségleteit mások rovására, a másokra való tekintet nélkül elégítse ki. Ez bizonyos mértékig az alkoholistákra is vonatkoztatható. SIMMEL (1948) szerint az ivásban az én utat és módot talál arra, hogy a fájó realitást megtagadja, a felettes én tilalmait elnyomja, s az örömev uralmát bármikor és mindenre kiterjessze.

2. *A szociabilitás.* A felnőtt személyiség másik alapvető jellemzője a szociabilitás, a szociális egzisztencia, mely az identitás alapján jön létre, de azt lényegesen kiegészíti. A társadalmi környezetben való elhelyezkedést a családi, majd az iskolai nevelés készíti elő a felettes én kialakulásával párhuzamosan. A társadalmasodás egyrészt passzív (szabályok és korlátok betartása), másrészt aktív (szerepvállalás). Számos irodalmi adat mutat rá az alkoholisták különböző primer (pl. család) és szekunder (pl. társadalmi, munkahelyi) beilleszkedési, kapcsolódási zavaraira. WIESER (1965) szo-

ciálisan kompenzált ivókat különböztet meg, de lényegében az alkoholistákat premorbid szociopátáknak tartja. Ezzel szemben JELLINEK (1960) a társaslélektani zavarokat is inkább az alkoholos betegségfolyamatba illeszti be. Amikor pl. az alkoholista régi baráti körét elhagyva alsóbb társadalmi szinten keres kapcsolatokat, az nem egyértelmű lecsúszás, hanem aktív védekezés az őt elutasító társasággal szemben, és kapcsolatteremtés ott, ahol még valami társadalmi elismerést szerezhet. Hasonló kompenzációs kísérletet jelent, ha felmond régi munkahelyén, ha agresszív cselekményekkel mutat erőt, szerez tekintélyt, ha tékozlásával imponálni akar. SCHILDER (l. LISANSKY, 1960) kiemeli az alkoholisták mélyreható törekvéseit, hogy a társadalom szeretetét és értékelését megszerezzék. Mindez és az ehhez hasonló interperszonális relációk összefüggnek azzal az alkoholistákra jellemző alapélménnyel, melyet KARDOS és SIMKÓ én-elégtelenségnek és sors-deficitnek nevez (KARDOS, 1962). Sors-deficiten „azt az állandó, illetve minduntalan kiújuló, kínos és kellemetlen feszültségi állapotot, hiányérzést értik, amit az alkoholista elviselni nem tud, ti. azt, hogy hiányzik az életéből valami, amire tulajdonképpen nincs is joga, sőt annak megszerzésére vagy megtartására nem is lenne képes”. E. A. STRECKER (1941) szerint az introvertált egyének számára könnyebbé válik a társadalmi érintkezés. Ez különösen azok számára fontos, akik a társadalmi együttélés bonyolult, sok alkalmazkodást kívánó technikáját sohasem tudták megtanulni. Az alkoholisták szocializálódottságának gyengeségére utalnak azok az irodalmi adatok, melyek a szűkebb kört, a szexuális szféra zavarait, az ebben megnyilvánuló egoizmust, a perverzitást, a házastárssal való sajátos viszonyt vizsgálják (PARKER, 1959; SCOTT, 1958; KOGAN és JACKSON, 1965; BAILEY, 1961; BURTON, 1962; BOCHNIK és mtsai, 1959; PERRIN, 1961; LLOPIS, 1962; HABERMAN, 1964; TONGUE, 1968). LLOPIS tanulmányt közöl a krónikus alkoholisták féltékenységi téveszméiről; szerinte a nők alkoholisták csaknem kivétel nélkül betegesen féltékenyek; 265 esetéből 135-ben tudta kimutatni a féltékenységi eszméket, de valószínű, hogy a többi 130-ban is előfordult. LLOPIS ezt a jelenséget az alkohol okozta potencia-gyengülésre vezeti vissza, minthogy ez általában féltékenységi eszmékhez vezet akkor is, ha nem alkohol idézi elő. Emellett az alkoholisták feleségeikről incesztuózus kapcsolatokat is feltételeznek, amely LLOPIS szerint onnan származik, hogy bennük is ilyen vágyak vannak. Erősebb fokán után az eszmék téveszmékké, majd végül hallucinációkká alakulnak. Mindezek a szerző szerint az alkohol okozta patogén ártalmak következményei. SALZBERGER ellenben 1969-ben a zág-rábi szimpozionon tartott előadásán kifejtette, hogy nem eldöntött

tény, vajon az alkoholizmus a féltékenységi téveszmék oka vagy következménye.

A kutatások alapján viszont kimutatható az is, hogy az alkoholizmus az abnormitások következménye és nem oka. Előfordul ugyanis, hogy az alkoholista abnormis tendenciáit valamiképpen realizálja és ezzel alkoholizmusa megszűnik. EIST és MANDEL (1968) tanulmányukban beszámolnak egy családról, amelyben az apa éveken keresztül egyik leányával incestuózus kapcsolatot tartott fenn. A szerzők megemlítik, hogy az apa régebben alkoholista volt, de alkoholizmusa megszűnt. A megszűnést nem hozzák feltétlenül kapcsolatba az incestuózus viszony kialakulásával, de tapasztalataik alapján valószínűnek tartják.

Ebből nem következik, hogy abnormis ösztöntörékvések megvalósítása az alkoholizmust feleslegessé teszi. Az ilyen perverziók általában annyira tiltottak, hogy megvalósításuk is erős feszültséget hoz létre. Az alkohol ilyenkor a szorongások leküzdésére szükséges lehet.

A tágabb értelemben vett társas kapcsolatok vizsgálata is az alkoholisták szocializáltságának zavarait mutatja (FITZHUGH és mtsai, 1960; MATUSSEK, 1960; ROONEY, 1961; KEPNER, 1964; VUCSKOVICS, 1965). RUBINGTON (1968) igen érdekes részleteket közöl az ivó-gangek („bottle gang”) életéről, sajátos, az alkoholisták gyenge szocializálódottságát tükröző, sok látszólagosságot hordozó szervezettségéről, melynek azonban valódi összetartó ereje az alkohol.

3. *Az autonómia.* A személyiség autonómiája, annak különböző foka éppen az identitás és a szocializálódottság következménye, mert miután a belső és külső feltételeknek eleget tesz, a különböző belső és külső követelményekkel szemben kellő védelmet alakít ki a személyiség. Az autonómia lehetővé teszi, hogy a személyiségen belül felmerülő, ellentmondó tendenciák mintegy megküzdhessenek egymással, és a személyiség egyensúlyát fenntarthassa. Érthető, hogy ahol az identitás és a szociabilitás sérült, gyenge, a személyiség autonómiája is problematikussá válik. Miután az alkoholista személyiség identitás-zavara miatt nem tudja elfogadni magát, a nem vállalt tendenciákat különböző módon (pl. elfojtás) elutasítja, szemben az autonóm személyiséggel, mely az elfogadás révén önmagával reflektált viszonylatra képes. Minthogy az interperszonális kommunikáció fejlettebb formái csak autonóm személyiségek között lehetségesek, érthető, hogy a gyenge szocializálódottság a személyiség autonómiáját is problematikussá teszi. Az irodalmi adatok az alkoholista személyiség több olyan vonására (gyenge feszültség-tűrés, szükséglet-redukció, örömkeresés stb.) utalnak, melyek

a személyiség-autonómia dimenziójában helyezhetők el. Jellemző az alkoholistára, hogy környezetével gyakran egymásnak ellentmondó kapcsolatokat képes csak fenntartani; egyeseket pl. mérhetetlenül lenéz, másokat végtelenül tisztel (RYAN, 1970). A gyenge feszültségtűrés, a szükségletek azonnali kielégítésére való törekvés, a nem eléggé autonóm személyiség labilis egyensúlyi helyzetével kapcsolatos (BÜHLER és LEFEVER, 1947; KARPMAN, 1948; JELLINEK, 1960). A szükséglet-redukció, az örömkeresés fokozottsága hasonlóan értelmezhető (HARTMANN, 1925; HATTINGBERG, 1939; HENDRICK, 1942; KARDINGER és SPIEGEL, 1947; MITTELMAN, 1954; ALEXANDER, 1958; PRIBRAM, 1963; HERSHENSON, 1965). Az alkoholos mámor és keresése több szerzõt foglalkoztat és értelmezésre késztet (KLATT, 1932; FELICE, 1936; LEONHARD, 1959; CARPENTER, 1959), ugyanúgy az elfojtások, a tiltott kielégüléssel kapcsolatos pszichikus reakciómodok (CHASSEL, 1938; CARUSO, 1947), melyek sokszor csak az alkoholos pszichózisok, delíriumok, hallucinosisok kapcsán kerülnek felszínre (BENEDETTI, 1952; ZENTENO, 1965), és jelzik az alkoholisták személyiség autonómiájának inszufficiens, labilis voltát.

4. *A parasympathicus alapállás.* A személyiség *neurofiziológiai* alapállása általában parasympathicus tónusú. Nem tisztázott, hogy az alkohol ezt mikor, milyen irányban befolyásolja. ZENOVICS (1970) és PJATNYICKAJA (1970) az alkoholbetegségre a szimpatikus tónus növekedését és a parasympathicus csökkenését tartják jellegzetesnek. Egyes szerzők hajlamosak arra, hogy az alkoholnak némi pozitív hatást tulajdonítsanak. JANET (1910) nyomán sokan bizonyos vegetatív és pszichikus zavarok esetén öngyógyítási kísérletnek tekintik az alkoholfogyasztást. MASSERMANN (1959) állatkísérletei alapján úgy véli, hogy az alkohol a sérült idegrendszer bizonyos fokig „normalizálhatja”. OSTOW (1962) szerint az alkoholisták éngyengék és az alkohol energetizálja őket. GROSS és KALTENBÄCK (1962) kimutatja, hogy az alkohol alacsonyabb központokat — így pszichés energiát is — szabadít fel a kortikális gátlás alól. NEUBERT (1961) az addíciót elősegítő tényezők közül az alkohol „Entspannungsmittel” jellegét és szerepét húzza alá. CARPENTER és munkatársai (1961) az alkohol magasabb rendű problémamegoldó képességre való hatását vizsgálták. Egyesek (pl. RUBINGTON, 1968) azt a nézetet vallják, hogy az alkoholos állapot az eksztatikus állapot, átmeneti kisülés a nyugalmi, parasympathicus dominanciájú szakaszokhoz viszonyítva. E jelenséget már az őskorban is ismerték, ott azonban meghatározott, objektív célkitűzéseik voltak pl. vadászat vagy ütközet alkalmából. A modern idők alkoholos eksztázis-keresése már nem ilyen célirányos és kollektív jellegű, hanem öncélú, egoisztikus és pozitív hatása is csak látszólagos.

Az identitás, a szociabilitás, az autonómia és a parasympathicus alapállás — mint láttuk — a normalitás alapmeghatározásaiként szolgálnak. Az alkoholista személyiség abnormitását tehát a szerzők oly módon mutatják be, hogy az alkoholista ezekkel a tulajdonságokkal nem rendelkezik.

Az általános személyiségtani ismeretekben kifejtettük, hogy a személyiség az értelem, a tudat megjelenésével, a memória és az előrelátás magas fokú kifejlődésével jellegzetesen időbeli lényvé válik. Az ember aktuális tapasztalását memóriája segítségével minden múltbeli hasonló tapasztalattal kiegészíti, és egyidejűleg ezzel a jövőre irányuló szándékait, célkitűzéseit megvilágítja. Így az emberi lét a pusztá aktualitáson állandóan túlhalad, a múltat és a jövőt széles kiterjedésben magában foglalja. Ezt azután a társadalmasodás nagymértékben kiterjeszti. Ebből kiindulva a múlt és a jövő szerepének túlságos lecsökkentését kifejezetten az abnormitás jelének tekinthetjük. A jelenre való irányulás fokozódása, a múltbeli és jövőbeli kiterjedés némi elhanyagolása egy bizonyos típusú egoizmussal, felszínes élvező képességgel és gyors alkalmazkodó képességgel összefér ugyan, de ilyen esetekben nincs szó a múlt és a jövő teljes megsemmisüléséről, hanem csak arról, hogy a jelenhez képest jelentőségük az egyedé érdekeinek megfelelően háttérbe szorulhat. Az alkoholistát viszont az jellemzi, hogy létezése olyan mértékben a jelenre korlátozódik, hogy a jövő és a múlt számára mintegy megsemmisülnek. A jövőt illetően jól mutatják e jelenséget SMART (1968) részletes vizsgálatai. Kísérleti személyeknek (alkoholisták és kontrollok) 10 eseményt kellett elmondaniuk, amely életük hátralevő részében megtörténhet, és meg kellett mondaniuk, hogy milyen idők lesznek abban az időpontban. Utána a 10 eseményt valamilyen időrendben és összefüggésben rendezniük kellett. Egy másik feladatcsoportban befejezetlen történetet kellett a vizsgáltaknak kiegészíteniük. Kiderült, hogy az alkoholisták az időt a jövő irányában csak kisebb mértékben képesek kiterjeszteni. Az eseményeket csak alig vagy egyáltalán nem tudták időben elrendezni. Világossá vált, hogy számukra az idő dimenziója lényegesen beszűkül.

Az idő-fogalom ilyen bizonytalanságával függ össze az is, hogy sok alkoholista felismeri ugyan problémáját, de a következmények levonását a jövőre halasztja (CLANCY, 1961). A jövő értelme számukra azonban a „sohasem” fogalmával azonos, jelentősége csak a jelennek van. A személyiségnek ez a formája — redukáltsága ellenére — kétségkívül lehetséges, amely egy vele született konstitúció és egy sajátos sors találkozásából keletkezik. GLOVER szerint bizonyos esetekben a problémák megoldását is hozhatja. A prob-

lémák közül az újabb irodalom a függőségnek családi-szociális vonatkozásait tartja lényegeseknek. Az alkoholista ragaszkodik sajátosan értelmezett kisgyermekkorához, és minden eszközt felhasznál arra, hogy családjával, feleségével, a társadalommal életmódját elfogadtassa. Eközben könnyen kriminalitásba sodródhat.

Egy másik típus viszont minden erejével a függetlenségre törekszik, de ezt megfelelő lehetőségek hiányában csak igen erőszakoltan éri el. E típus első felfedezői W. és J. McCORD, továbbá LISANSKY (1960), felfogásukhoz azonban jelenleg is igen sokan csatlakoztak. BLANE (1968), HUNVITZ és LELOS (1968) pl. kimutatják, hogy a dolgozó alkoholisták nagyrészt az utóbbi („counterdependent”) csoportba tartoznak. Hipernormálisnak mutatják magukat, elutasítják saját függőségi igényeiket, de ez belső konfliktusokhoz vezet náluk, s ezt többségük jól látja. Szociális stabilitásuk ellenére tehát konfliktusos emberek. Az alkoholizálás azonban náluk a belső problematika és a beilleszkedés megoldását jelenti, és így bizonyos értelemben szerepnek nevezhető. Az elmélet legutóbbi változatát STEINER (1969) tanulmánya képviseli, amely ugyan heves vitákat váltott ki, de ezek nagyrészt a fogalom tisztázatlanságán alapszanak. A betegség szerepjellegéből — mint ezt BÁLINT M. kifejti — nem következik az, hogy a betegség nem súlyos, esetleg halálos kimenetelű folyamat. Ennek a történések azonban a társadalomban élő ember számára van egy szociális vetülete, amely főként abban áll, hogy a személy a társadalom részéről kíméltre szorul. Az alkoholizmus lehet súlyos abnormitás, de interperszonális viszonylatban szerep. Sőt — mint ebben sok szerző egyetért — a társadalom az alkoholizmust sokszor elfogadhatóbb szerepnek tekinti, mint az egyed, aki látja annak fenyegető természetét.

AZ ALKOHOLIZMUS SZOCIÁLPSZICHOLÓGIAI SZEMPONTÚ IRODALMA

A szociálpszichológiai irányzatú alkoholkutatásnak is több ága van. *Az első a genetikus irányzat*, mely sok rokonságot, sőt átfedést mutat a már ismertetett pszichológiai elméletekkel. Ez az irányzat — hasonlóan a lélektan ontogenetikai szemléletéhez — az emberi viselkedési formákat nem biológiailag vagy pszichológiailag kialakult jelenségnek tekinti, hanem dinamikus fejlődési folyamatnak. Tulajdonképpen maga a személyiségfejlődés sem vonatkoztatható el a szociális tényezők hatásától, hiszen annak legkorábbi fázisa is a családban, e sajátos dinamikájú kis csoportban történik. Természetesen a szociológiai genetikus vagy longitudinális irányzat a

személyiségfejlődésben elsősorban éppen a szocializáció folyamatát vizsgálja. Ha ez a szocializáció korai gyermekkori élethelyzetek vagy nevelési hibák következtében zavart, akkor felnőtt korban számítani lehet a társadalmi beilleszkedés nehézségeire, zavaraira, deviáns viselkedésre (BECKER, 1963, 1964), a társadalomból való kiszakadásra (aszociális betegek) vagy éppen a társadalommal való szembefordulásra is (antiszociális egyének; GYÖRGY, 1967; MEAD és MEAD 1965).

Az alkoholizmus vonatkozásában jó példa a genetikus szemléletű kutatásra J. és W. McCORD (1960) könyve (l. PERRIN, 1962), akik 1935-től 20 éven át 650 fiú életútját kísérték figyelemmel. A kontrollcsoportos vizsgálat lehetőséget nyújtott az alkoholistává vált és alkoholistává nem vált csoporton belül a különböző tényezők összevetésére. E könyv szerint a fiziológiai és pszichológiai tényezőkkel szemben a szociológiai elméletek bizonyultak helytállóbbaknak.

Hasonló longitudinális vizsgálatokkal tanulmányozta az ivási szokások alakulását M. C. JONES (1968) is. Azt kutatta, hogy az egyes ivásformákat milyen személyiségtulajdonságok kísérik és melyek az előzményei. Összesen 66 kísérleti személynél alkalmazott kérdőívet 10 éves, 14 éves korban, a főiskola befejezésekor és 30 éves korban. Ezután 33, 38 és 43 éves korban interjút készített velük. Kérdéseit az alábbiak szerint csoportosította: miért iszik, milyen minta szerint iszik, mi az álláspontja az ivással kapcsolatban, hogyan isznak a szülők, a családtagok és a barátok? A vizsgált 66 személy középosztálybeli volt, közülük problematikus ivónak számított 6, 16 súlyos eset, 20 mérsékelt ivó, 7 könnyű eset és 3 antialkoholista fordult elő; 14-en ellentmondó információkat adtak.

Mindhárom életkorban a probléma-ivók voltak a legkevésbé kontrollálhatóak. Személyiségüket illetően erősen erotikus, ellenséges beállítottságúnak számítottak, a konvencionálistól elütő eszméket, társas hajlamot és maszkulinitást lehetőleg megfigyelni náluk. A mérsékelt ivók és az antialkoholisták moralizálóknak, önvizsgáló természetűeknek bizonyultak. Az egyedi eltérések gyermekkorban nagyobbak voltak, mint a főiskola elvégzése után, de mindhárom csoport fejlődésében folytonosság vonult végig. A vizsgálatokból arra lehetett következtetni, hogy a függő egyének túlkompenzálás útján férfiasságukat igyekeznek hangsúlyozni, és ez a személyiség-szerkezet náluk már az ivás megkezdése előtt kialakult.

A tanulmány kritikai elemzését SANFORD (1968) adja. JONES tanulmányát tárgyalva SANFORD megállapítja, hogy szükség volna a probléma-ivók, tehát a tulajdonképpeni alkoholisták közötti különbségek mélyrehatóbb tisztázására. Figyelembe kell venni azonban

azt is, hogy az alkoholizmus jelentése és velejárói kultúránként eltérnek. Leginkább bizonyított eredménynek a függőség—férfiasság túlkompenzációs viszonylatát tartja, amely sok esetben predisponáló tényezőt jelent. A tisztán biológiai szemlélet — miszerint tartós ivás minden személyben biológiai hajlamosítást alakít ki — ily módon megdőlt. Viszont vizsgálni kell a személyes, a biológiai és a szociális tényezők együtthatását. A prevenció kérdésében azt kell eldönteni, hogy elegendő-e ilyen fiúknál a személyiség megváltoztatása, vagy pedig az alkoholizmussal szemben is külön kell őket védeni pl. oly módon, hogy az ivást mint férfiatlan viselkedést mutatjuk be nekik.

JONES munkája úttörő, de statisztikai eredményeken alapszik, tehát nem ad elég pontos osztályozást, és nem általános elméleten nyugszik. Az osztályozásnak szerinte abból kell kiindulnia, hogy mi a viszonya az ivásnak az egyén céljaihoz, működéséhez és fejlődéséhez. Így szemlélve a dolgot, az ivás lehet integratív, könnyítő hatású és menekülést jelenthet a problémák előtt.

A szociálpszichológia *második irányzata* módszerénél fogva *intrapersonálisnak* nevezhető. Legtöbbször nincs mód és lehetőség az alkoholista beteg gyermekkori családi, szociális miliójének megfigyelésére és tanulmányozására. Az erre vonatkozó adatok zöme a beteg, esetleg hozzátartozói kikérdezéséből, tehát anamnesztikus (esetleg heteroanamnesztikus) vizsgálatokból származik. Az alkoholisták viselkedésével, reakcióival, problémamegoldási módjaival, sztereotípiáival, egész attitűdjével, motivációjával stb., tehát tudati emocionális vetületével foglalkozó irodalom főleg ilyen jellegű (PITTMAN és SNYDER, 1962; CHAFETZ és DEMONE, 1962; ROMAN és TRICE, 1968, BUDA és mtsai, 1970).

A szociálpszichológia *harmadik fontos irányzata interperszonális vagy szituációs irányznak* nevezhető. Ez az alkoholistát más személyiségekkel való interakcióiban, különböző családi, társadalmi, munkahelyi stb. szituációkban vizsgálja. Az interakcionizmus (G. H. MEAD, 1934; SHIBUTANI, 1961; STOETZEL, 1963) nagy jelentőséget tulajdonít a szerepviselkedésnek. Az alkoholizmusra mint férfiszerep tartozékára több szerző (BALES, 1944; SHERRI-CAVAN, 1966; ROMAN és TRICE, 1968; SANFORD, 1968) hívja fel a figyelmet.

Sok tanulmány tárgya az alkoholista élettársa (GAERTNER, 1939; BOCHNIK és mtsai, 1959; HABERMAN, 1964), általában a nők alkoholizmusa (BÖSZÖRMÉNYI és SCHRÁGLI, 1960; SIMKÓ és mtsai, 1969), családja (pl. WIESER brémai klinikáján folyó kutatás, melyről SIMKÓ 1967-es tanulmányában számol be), munkaszituációja (SMITHERS, 1964) stb.

Ide tartoznak azok a közlemények, amelyek az alkoholisták

csoportterápiáján belüli megfigyelésekről számolnak be, vagy amelyek speciális alkoholista csoportok (ivó-gangek) dinamikáját tanulmányozzák (CLINARD, I. PITTMAN és SYNDER, 1962; BERNE, 1961, 1964; BOGUE, 1963; KESSEL és WALTON, 1965; SHERRI-CAVAN, 1966; LOVALD és NEUWIRTH, 1968). A nők alkoholizmusát is sok szerző (LISANSKY, 1958; BOCHNIK és mtsai, 1959; SIMKÓ és mtsai, 1969) ilyen szempontból tárgyalja.

Az egyén és a társadalom viszonyának tanulmányozásában inkább a *társadalom érték- és normarendszerét*, annak torzulásait vizsgálja a *negyedik irányzat*. MERTON (1957), MERTON és NISBEL (1961), WALLACE (1964) könyvei ezt az irányt képviselik. Az egyén társadalmi érvényesülésének fontos elemei a társadalmi célok és eléréseinek eszközei. Erre az adott társadalomnak megvannak az explicit és implicit normái. Az ettől való eltérés az anómia (DURKHEIM, 1967). Ez a célok feladásában jelentkezik, noha megmaradhat az „ügyvitel” — de mint MERTON mondja — „ritualizmus” formájában. Máskor a cél elérésének módjában következik be (a társadalmi vagy akár jogi törvényekkel való összeütközés). Az alkoholistákra, a narkománokra a visszavonulási anómia a jellemző. Mind a célok, mind az eszközök negligálása, megvetése, visszautasítása tapasztalható (SYNDER tanulmánya CLINARD 1964-i kötetében; DURKHEIM, 1967; CSEH-SZOMBATHY, 1963).

A társadalmi normák és az alkoholizmus mértéke között LÉDERMANN vizsgálatai szerint minden országban függvényszerű kapcsolat mutatkozik. Ebből VAN ERP (1970) az alábbi következtetéseket vonta le:

1. A normális fogyasztó határozza meg az extrém ivók arányát.
2. Az átlagfogyasztás nivója és az extrém ivók száma között logaritmikus kapcsolat van.
3. Extrém ivás tehát a normális ivás statisztikailag kimutatható következménye, és így hiába keressük a prealkoholista személyiséget.

VAN ERP további következtetése, hogy a szociális norma variációja maga is szociológiai jelenség és befolyásolása a szociológus feladata, nem az orvosé. Szerinte a pszichológus sem tudja lényegében a problémát megoldani. Azonban VAN ERP maga is megállapítja, hogy Hollandiában az alkoholisták száma nagyobb annál, mint amit az átlagfogyasztás alapján várni lehet. Úgy véli, ezt arra lehet visszavezetni, hogy országonként 0,1—1% körül mozog azoknak a száma, akik az életet olyan nehéznek találják, hogy valamilyen kiutat keresnek. Tehát az ivás okát a személyiségstruktúrában keresi. Valamilyen oka azonban az ivásnak akkor is van, ha az alkoholisták száma nem haladja meg a logaritmikus kap-

csolat alapján várható mennyiséget. Egy matematikai reláció csak leír egy valóságviszonylatot, valamilyen kauzális összefüggést, de nem teremti meg azt. Maga az ok idézheti elő, hogy a magas átlagfogyasztás biokémiai úton egyesekben már megszokást alakít ki (WARTBURG, 1970), vagy járul hozzá ahhoz, hogy egyesekben a magas alkoholemennyiség már lebont olyan gátlásokat, amelyeken normális beilleszkedésük alapszik. VAN ERP megállapításaiból azonban az derül ki, hogy potenciálisan mindig van bizonyos számú egyed, aki rendszeres ivás alapján azután elkerülhetetlenül alkoholistává válhat. Hogy ezekből valójában hányan lesznek alkoholisták, az annak a normának a függvénye, amelyet a kérdéses társadalom meghatároz. Magas norma esetén a potenciálisan alkoholista egyedek közül már soknak megsemmisül az ellenállóképessége, amelyet saját hajlama előzőleg még ébren tartott. Amikor tehát egy egyed alkoholizmusát vizsgáljuk, általában meg kell állapítanunk, hogy az milyen összhangban van annak a társadalomnak a normarendszerével, amelyhez az egyed tartozik. Eszerint különböző súlyosságú esetek lehetségesek.

A legsúlyosabb forma az, amikor az alkoholista a társadalom egész rendszerével szembekerül. Ez azonban csak különböző feltételek együttes előfordulása esetén léphet fel. A legtöbbször arról van szó, hogy maga a kultúra, amelyhez az egyed tartozik, nem foglal el olyan egységes álláspontot, amely az alkoholizmust egyértelműen kizárná.

Az álláspont határozatlansága többféle formában jelentkezhet. Egyrészt előfordul, hogy az egész társadalom bizonytalan álláspontot foglal el a kérdésben. Másrészt a civilizáció, a társadalom különböző osztályai különféleképpen ítélik meg az alkoholizálást. STONE (1962) szerint pl. az USA-ban a magasabb pozíciójú, nagy jövedelmű rétegek sokat isznak, és az ivás nem jelent számukra morális problémát. A középosztály viszont éppen jőzanságával akar különbözni az ugyancsak sok alkoholt fogyasztó alsó rétegektől. A mondottakból nyilvánvaló, hogy az extrém ivás csak a középosztály tagjai számára jelent személyiségszerkezeti problémát. A leglényegesebb szempont tehát az, hogy annak az osztálynak az álláspontja, amelyhez az egyén tartozik, a kérdésben egyértelmű vagy ellentmondó. Két nagy bortermelő ország, Franciaország és Olaszország összehasonlítása pl. azt mutatja, hogy a normák a két ország között nagyon különbözőek, de ugyanakkor eltérnek mindkettőben a normák a városi és falusi környezet, továbbá a foglalkozási ágak szerint. Mindezek külön-külön szociológiai elemzést igényelnek (FOUQUET, 1963; KESSEL és WALTON, 1965). Az amerikai ivási szokásokról és az ivással kapcsolatos magatartásformákról

igen kiterjedt adatgyűjtés alapján nyerhetünk képet CAHALAN és munkatársai (1967) könyvéből. A probléma azokban a kultúrákban és osztályokban súlyosbodik, amelyekben az alkohollal szembeni állásfoglalás bizonytalan vagy éppen ellentmondó.

A bizonytalanság többféle forrásból eredhet. Előfordulhat, hogy egy réteg két ellentétes tradíciót képvisel. A parasztság pl. erősen vallásos beállítottságú és erkölcsileg fegyelmezett, de ugyanakkor a virtuskodás, a férfiasság és ezzel kapcsolatban az alkoholfogyasztás is igen erős lehet.

Az osztály azonban olyan szerepet is betölthet, hogy bizonyos tradíciók az általános normarendszer tilalmait erősítik. Így egyes szekták az alkoholizmussal szemben igen határozott álláspontot foglalnak el. Fontos kérdés tehát a néphagyomány és az alkoholizmus összefüggése, amelyet sokan vizsgáltak (TURÓEK, 1965, 1966). Ehhez a problémakörhöz tartozik az ivótársaságok szokásainak a hatása (MADLAFOUSEK, 1960; ALLARDT, 1957; KUUSI, 1957). A kérdésben érdekes megfontolásokat vet fel HAYMANN (1964), aki szerint az általános vélemény a társas ivást mérsékelt ivásnak tekinti. Úgy véli, ha véralkohol-szintből indulunk ki, akkor megállapíthatjuk, hogy számtalan szociális ivó a 0,5%-os vérszinten rendszeresen vagy sok alkalommal túlmegy. Eszerint a társaság maga nem elegendő védelem. Más a helyzet azonban akkor, ha a társaság meghatározott szabályokkal, szokásokkal rendelkezik, amelyekben a néphagyomány, a társadalmi norma és a társasági szokás szorosan ötvöződnek. Így pl. Grúziában az ivás nagy társaságban történik. A tagok sorra tréfás beszédet rögtönöznek, amely nélkül ivás nem történhet. Az ivás tempója ennek következtében erősen lelassul, és egyben kontroll alá is kerül, mert bizonyos határon túl ilyen rögtönzés lehetetlenné válik. Az alkoholizmus előrehaladottabb foka tehát az, amikor az ivás a hagyományokkal, a szokásokkal ellentétes formában folyik (JELLINEK) és azon alapszik, hogy egy egyed fokozatosan kiszakad kultúrájából.

Az alkoholizmus problematikájában igen fontos, hogyan történik az egyes civilizációkban az alkohol helyes élvezetének megtanítása. Valószínűnek látszik ULLMANN (1964) feltevése, aki szerint egyes civilizációk ebben a kérdésben megfontolt és szintetikus álláspontot képviselnek, mások viszont bizonytalanok, ingadozók, és ez a szoktatásban nagy eltérésekhez vezet. Ez a modern társadalmon belül is érvényes. BALES (1944) a közismerten iszákos amerikai írek, SNYDER pedig az alkoholt csak ritkán élvező amerikai zsidók ivási szokásait vizsgálja. Az összehasonlító vizsgálat (PITTMAN és SNYDER, 1962) szerint a különbségeket nem lehet magyarázni sem faji adottságokkal — az amerikai zsidók faji szempontból

keveredettek —, sem a társadalmi helyzettel vagy az életkörülményekkel, de még csak pszichológiai tényezőkkel sem. Ezek ugyan el nem hanyagolható tényezők, de a szerzők legfontosabbnak a két mikrokultúra közti különbséget tartják. A zsidó kultúrába, a vallási rituáléba az alkoholfogyasztás bele van építve, de éppen ezért erősen kontrollált; a lerészegedést elítélik. Nincs olyan héber ünnep, amely feloldaná a közösség tagjait a mértéktartás alól, az excesszus kivételesen sem megengedett. Ezzel szemben az írek nem építik be a vallási vagy társadalmi szokások közé az alkoholfogyasztást, ugyanakkor elnézik — sőt bizonyos fokig a férfiaság jelének tekintik — a mértéktelenséget. Megítélésünk szerint azt is figyelembe kell venni a probléma elemzésekor, hogy az ősi kulturális társadalmi szokások a személyiségfejlődés során identifikációs mechanizmusokkal beépülnek a személyiségbe, abban strukturálisan rögződnek és ezért szinte genetikus színezetet kapnak.

Ez természetesen csak addig érvényes, amíg az egymás után következő generációk a saját társadalmuk alapvető megoldásait valóban magukévá teszik és azokat mint természetes életmódokat, mint magától értetődő és egyben ideális élettechnikát adják át utódaiknak. Ennek a feltevésnek és a belőle származó következtetéseknek részletes vizsgálatát végezte el ULLMANN. Abból indult ki, hogy az írek ingadozó értékelésük miatt gyermekeiknek az alkohol élvezetére vonatkozóan nem adnak határozott felvilágosítást, tanácsot, utasítást, és így a gyermekek kezdettől fogva bizonytalanok. Ezért első alkalommal, amikor nagyobb mennyiséget fogyasztanak, ezt mindjárt végletes formákban, részegségig menően teszik. A zsidó szülő pedig határozottan azt az álláspontot képviseli, hogy az alkohol élvezetes és megengedett ital, amellyel csak a zavart és tudatlan egyének élnek vissza, akik minden más területen ugyanígy megbízhatatlanok. Ezért az ilyen kultúrában mindjárt az első megismerkedés az alkohollal megfelelően kontrollált formák között történik. A vizsgálatok ezeket a feltevéseket megerősítették.

Mindezek a tanulmányok már a *szociálpszichológia ötödik irányzatához* tartoznak, amely az előbbi irányzattal rokon, csak tágabb értelmezésű, és melyet *szociális antropológiának* is nevezhetünk. Ez a társadalom makro-, ill. mikrokulturális, valamint etikai, vallási tényezőit kutatja.

Kultúrának nevezzük valamely társadalom önálló, generációkon át konstans viselkedésnormáinak, szokásainak, érték- és idealviszonylatainak összességét, melyet a társadalomban élő személyek viselkedésükben megvalósítanak, magukba szervesen beépítenek (BUDA, 1969). Ennek megfelelően a különböző kultúrájú társadalmaknak más-más normái vannak. Ez a különbség az alkohol-

fogyasztás tekintetében, annak módjában, de morális megítélésében is — mint láttuk — megmutatkozik.

A kulturális tényező szerepe jól tanulmányozható az egyszerű, primitív kultúrában. HORTON (1962) ilyen jellegű munkájában arra a következtetésre jutott, hogy a létbizonytalanság és az ezzel kapcsolatos szorongás hajlamosít az alkoholizmusra. Ezzel szemben FIELD (1962) nem lát összefüggést az alkoholizmus és a létbizonytalanság között, hanem a lazább társadalmi szervezetet tekinti fontosabbnak. BACON (1962) megállapítja, hogy az alkoholnak a primitív társadalomban inkább táplálék, gyógyszer, vallási ekstázist keltő funkciója van, amelyet a közösség jobban kontrollál. Ezzel szemben a modern társadalom izoláltabb személyei számára egyre inkább az alkohol szorongást oldó hatása válik fontossá.

Végül utalunk az alkoholizmus szociálpszichológiai kutatásának egyik modern elméletére, mely BERNE (1964) ún. társasjáték elméletéhez kapcsolódik. Míg az integrált személyiség az élet élésének „társasjátékában” sokszíniúen, sikeresen vesz részt, alkoholista esetén a társasjáték-tér beszűkül (megfigyelése szerint 5 személyre) és a „game”-ek örömtétje rövidre zárul az alkoholfogyasztásban. Ennek az elméletnek az alkoholista betegek reszocializálásában gyakorlatilag is jelentőséget tulajdonítunk.

B) SAJÁT VIZSGÁLATAINK ÖSSZEFOGLALÁSA

Az irodalom áttekintése azt mutatja, hogy az alkoholista beteg személyisége súlyosan sérült. A sérülés mélységét és természetét illetően azonban a nézetek eltérőek. Az irodalom terjedelme, sokrétűsége ellenére, sok hipotetikus és szubjektív vonás miatt nem alkothatunk magunknak olyan személyiségképet, mely alkalmas lenne az alkoholista beteg pszicho-, ill. szocioterápiájára. Ez indokolta, hogy felhasználva az irodalmi adatokat és viszonylag kedvező helyzetünket az ápolási idő vonatkozásában — magunk is tervszerű személyiségvizsgálatokat végezzünk.

Az alkoholista személyiség vizsgálata kétféle módon végezhető:

1. *Statistikai módszerrel*, mely nagyszámú esetet vizsgál meghatározott közös szempontból, tehát egy csoport közös vonásait keresi.
2. *Klinikai (kazuistikai) módszerrel*, mely az egyes eseteket egyekszik feltárni.

Ez természetesen nem zárja ki azt, hogy az esetekben ne találjunk közös vonásokat. Mi mind a két eljárást alkalmaztuk.

AZ ANAMNESZTIKUS SZEMÉLYISÉGVIZSGÁLAT

Valamely betegség megismerésében az anamnézis értéke felbecsülhetetlen. E megszokott, az orvos és a beteg számára magától értetődő diagnosztikus eljárás sajnos — az orvosi tevékenység elmechanizálódása, az „objektív” leletekre való támaszkodás túlértékelése és nem utolsósorban kényelmi okokból — gyakran háttérbe szorul, sokak szemében veszt jelentőségéből. Már a tuberkulózis klinikumában — és ez vonatkoztatható minden krónikus betegségre — hamar felismertük, hogy ha mi nemcsak a tüdőfolyamatot akarjuk diagnosztizálni, hanem a beteg embert is vizsgáljuk, akkor az anamnézis megszokott, csak a betegségtörténetre szorító formája (patográfia) teljességgel elégtelen és érdeklődésünknek a beteg egész élettörténetére (biográfia) kell kiterjednie. Így alakult ki az a részletes anamnézis felvételét kívánó vizsgálati módszerünk, melyet BIRMAN (1951) nyomán biopatográfiának neveztünk. Ennek az eljárásnak nagy hasznát vettük nemcsak a beteg megismerésében, hanem az orvos—beteg kapcsolat alakításában, a beteg pszichoterápiás vezetésében is. Még a krónikus, szomatikus betegség klinikumában kivívott jelentőségénél is nagyobb szerepe van az anamnézisnek a pszichikus természetű betegségekben, így az alkoholizmus személyiség-háttérének a feltárásában. Az anamnézis mint személyiségvizsgáló eljárás azért is értékes módszer, mert a személyiséget nem statikus, kialakult, sokrétűségénél fogva nehezen megismerhető formájában közelíti meg, hanem a maga fejlődési dinamizmusában bonyolult környezeti viszonylatainak alakulásával együtt. Lényegében a személyiséget is — mint bármely vizsgálati objektumot — úgy ismerhetjük meg legjobban, ha annak nemcsak aktuális állapotát, hanem fejlődését is vizsgáljuk. Az anamnézis visszaemlékezést jelent. GRUND és SIEMENS (1954) anamnézisen a betegnek a betegségére és annak keletkezésére vonatkozó valóságos vagy vélt tudását értik. Vagyis szerintük a betegnek a betegségről adott saját beszámolójáról van szó. És itt merül fel komoly ellenvetés az anamnézissel mint vizsgálati módszerrel szemben a szubjektív torzítások lehetősége miatt. Természetesen ha valaki a beteget, ez esetben az alkoholista beteget eleve olyannak tekinti, mint aki nem szívesen nyilatkozik őszintén élettörténetéről vagy emlékezete — akaratlanul is — megszépítően torzít, akkor nehezen tud olyan kapcsolatot teremteni, hogy a beteg úgy érezze, érdekében áll őszintének lennie az orvossal. Valóban az anamnézis értéke bizonyos fokig függvénye az orvos—beteg kapcsolatának, és ezt sok szubjektív tényező befolyásolja. Tapasztalatunk szerint azonban alkoholista betegnél

is bekövetkezik az az állapot, melyet HELLPACH (1949) „anamnesztikus kiáradásnak” nevez. Ezt bizonyos gyakorlat után a vizsgáló orvos vagy pszichológus jól érzékeli. A szubjektív torzítás kiküszöbölésének, de legalábbis felismerésének számos módja van. Legkézenfekvőbb módszer az autoanamnézis és a heteroanamnézis egybevetése. Távolról sem szabad azonban prejudikálnunk a hozzátartozóktól, az alkoholista házastársától nyert heteroanamnesztikus adatok nagyobb megbízhatóságát. A tényeknek és a történéseknek sokszor ellentmondásos beállítása, majd egybevetése a rendelkezésünkre álló egyéb adatokkal, megfigyelésünkkel segítenek a beteg családi, házassági konfliktusainak, interperszonális kapcsolatainak jobb megértésében.

Az alábbiakban *egy anamnézist* ismertetünk részletesen.

F. S. 42 éves tsz-tag anamnéziséből a következő, ivására vonatkozó adatokat nyertük. Ivását úgy állítja be, mint akinek nem fontos. Szőlőjük nem sok van, alig 100 liter boruk terem. Jelenleg sem az bántja, hogy szőlője tönkremegy otthon, hanem az egyéb elmaradt munkák, fakitermelés, állatok stb. Munkájáról szívesen és — úgy tűnik — hozzáértéssel beszél. Nem látszik rajta semmiféle dezorientáltság vagy zavartság. Napi fél—egy liter saját termésű bort fogyaszt, itálra egyébként nem jut pénze, kocsmába alig jár. Ha azt mondják neki az orvosok, hogy nem szabad innia az egészsége miatt, akár egész életében nem iszik többet. Nézeteltérések az ivással kapcsolatban soha nincsenek, inkább a fia miatt, akit az asszony kényeztet, ő szigorúbban fogná.

Beszélgetés a beteg feleségével (a heteroanamnézis idevonatkozó részlete):

Kb. 35 éves, csinos, jól öltözött parasztasszony. Mosolygós, panaszait férjére nem vádaskodóan, inkább kétségbeesetten mondja el, bár ellentmondásként, arcán nem tűnik el a kedves mosoly.

Ő is, férje is jómódú családból származnak, mindkét családnak szőlője, bora volt, most is terem. A beteg apja is, nagypja is alkoholista. Az apa egyik faluból a másikba járkál, hetekig nem kerül haza, állandóan részeg. Amióta férjét ismeri (46-ban házasodtak össze), mindig iszik. 1951-ben ki voltak telepítve, akkor is ivott és mindenkit itatott, hogy szerezzenek neki bort. Azt tartja, hogy: „2 deci pálinka és 3 liter bor egy embernek megjár mindennap.” Másfél, két éve veszi észre, mintha férje agyára ment volna már az ivás. Állandóan kocsmába, házakhoz jár inni, saját boruk semeddig sem tart. Ritkán józan, részegen nem lehet hozzá szólni, késsel megy a gyerekének, anyját, apját veri, őt üldözi. Gyerekük első gimnazista, általános iskolában kitűnő tanuló volt, most csak hármas, mert az apja nem hagyja nyugton, szétdobálja a könyveit, pocs-

kondiázza, nem hagyja tanulni. A gyerek fél, már kiskora óta gyenge idegzetű, remeg, összeesik. Legjobban szeretné intézetbe adni, hogy ne lássa otthon apját. Férje éjszakánként vicsorgat, kiabál, verekedni akar, ilyeneket mond: „megöllek, megfoglak”; a tsz-szel is vitatkozik. Mindenkiel durva, az orvost lehordta, amikor kórházba akarta utalni. Keresetét (egyévit, zárszámadáskor) elitta anélkül, hogy valamit is hazaadott volna. Bútoraitak elárverezték. Ő azt hiszi, már nem normális, számolni nem tud, tájékozódni nem tud, azt se tudja, melyik város merre van.

Amikor bekísérte férjét, az tényleg ittas volt, s kérte feleségét, hozzon neki bort. Nem viselkedett azonban durván. A beteg magatartása a fentiekkel teljesen ellentétesnek tűnik.

További mód az anamnesztikus adatok realitásának ellenőrzésére az, hogy elválasztjuk a lényeges és kevésbé lényeges adatokat, és az előbbieket más vonatkoztatási rendszerben kíséreljük megközeleltíteni. Vigyáznunk kell azonban arra, hogy a beteget ne fogjuk keresztkérdések szorítójába, annál is inkább, mert az alkoholista betegnek az ilyen „vizsgálati” szituációban esetleg nagyobb gyakorlata van. Munkánk az anamnézis felvételekor ne a vizsgálóbíróra, inkább a történészre, mégpedig nem a kronológiusan leíró, hanem az oknyomozó történészre emlékeztessen azzal a különbséggel, hogy érzelmeinket, együttérzésünket vizsgálati tárgyunkkal, a beteggel szemben nem szükséges a kelleténél jobban visszاسzorítanunk. A tapasztalat azt mutatja, hogy a legtöbb és legmegbízhatóbb adatot akkor nyerhetjük, ha a beteg egzisztenciálisan fontosnak érzi őszinteségét, ha bevonjuk oknyomozati munkánkba. Már az elmondottakból is következik, hogy az anamnézis felvétele nemcsak időt, hanem tapasztalat esetén is figyelmet és szellemi erőfeszítést kíván az orvostól. Az anamnézis milyenségéből nemcsak a beteg tényleges élettörténetére és beállítottságára, hanem a vizsgáló szakmai felkészültségére és hozzáállására is következtethetünk. Úgy is mondhatjuk, hogy az anamnézis a beteg és az orvos interperszonális kapcsolatának szülötte, így kétségtelenül két oldalról is szubjektív tényezőktől terhes. A vitatható csak az, hogy a beteg megismerésének folyamatában ez a tény hátrányos-e vagy éppen további lehetőséget jelent?

Fontos, hogy az anamnézis felvételéhez biztosítsuk a megfelelő környezetet, a teljes diszkréciót. A betegnek nem szabad éreznie, hogy az orvos türelmetlen, még ha az idő szorítja is. Tudnia kell, hogy közléseit az orvos bizalmasan kezeli, és feljegyzései avatatlan kezekbe nem kerülhetnek. Mint ahogy a betegek életsorsa teljesen egyedi, a róluk nyert anamnézis is az, és nagy különbség van az egy-egy anamnézis nyújtotta információk mennyiségében és érté-

kében. Mindez megnehezíti a nyert adatok rendszerezését és feldolgozását. Ezért, valamint annak érdekében, hogy az anamnézist felvevő orvos dolgát megkönnyítsük, régebben is szükségét éreztük egy vezérfonálnak a munkában. Irodalmi adatok és saját tapasztalataink felhasználásával kidolgoztunk egy anamnéziszázlatot, melyet az évek során továbbfejlesztettünk, de amelynek merev követéséhez sohasem ragaszkodtunk.

ANAMNÉZIS-VÁZLAT ALKOHOLISTA BETEG SZEMÉLYISÉGVIZSGÁLATÁRA

I. Születéstől pubertáskorig

1. Hol született és mikor?

2. Születéskori családi és környezeti adatok.

a) Születési életkora, foglalkozása. Egészségügyi állapotára, alkátára, karakterére vonatkozó ismeretei.

b) Testvéreire, egyéb családtagokra (nagyszülők) vonatkozó fontosabb adatok.

c) A család anyagi, társadalmi helyzete születéskor és alakulása gyermekkorban.

d) Születési, nevelkedési helyének települési viszonyai (tanya, falu, kis-, nagyváros stb.), helyi szokásai, jellegzetességei.

3. A gyermekkor története.

a) Mit hallott a szülőktől vagy családtagoktól születése körülményeiről, csecsemőkoráról? Anyja meddig szoptatta? Esetleges „anyapótlás” módja.

b) Eleven, játékos, magába vonult kisgyermek volt-e? Járt-e óvodába, gyermektársaságba? Korai nehézségekre utaló rossz szokások (későig elhúzódó ágyba vizelet, ujjszopás, körömrágás, dudli).

c) Meddig engedték játszani, mikor róttak rá kötelességeket? A büntetés módja (elkényeztetés, szigorúság, brutalitás). Gyermekkorai betegségek?

d) Iskoláskor. Szerette-e az iskolát, milyen iskolába járt, meddig? Milyen emlékei vannak az iskoláról, pedagógusokról? Milyen magaviseletű volt, hogyan tanult? Milyen tárgyak érdekelték?

e) Pubertáskor. Korai, késői pubertás. Voltak-e zavarok testi fejlődésében, lelki vonatkozásban? Fantázia- és maszturbációs tevékenység. Ezekkel kapcsolatos ijesztgetések szülők, pedagógusok részéről. Félelmek, bűntudat stb. Viselkedése, sorsának alakulása a pubertáskorban.

II. Családi helyzet, környezeti hatások a pubertáskor előtt

1. A család helyzete a tágabb közösségben (a „nagy család”, nagyszülők, rokonság, szomszédság, ismerősök) mennyiben befolyásolták sorsát, fejlődését? A család viszonya az egész famíliához, rokonsághoz (összetartás, ellenségeskedés).

2. A család belső helyzete. Családi légkör, szülők házassága harmonikus, diszharmonikus, extrém rossz? Egyik vagy másik szülő dominanciája? Pozícióharc a családban.

3. Helyzete a családban. Hányadik gyermek volt? Kihez kötődött inkább, anyjához vagy apjához a gyermekkorban és a pubertáskorban? Tettek-e különbséget a szülők a gyerekek közt? Kényeztette-e őt apja vagy anyja? A szülői követelmény, szigor, büntetés mértéke, jellege? Érzelmi elhagyatottság a szülők, testvérek részéről? Viszonya egyes jelentős rokonhoz, az egész famíliához.

4. Korai családi katasztrófák, traumák.

a) Árvaság pubertáskor előtt (apa, anya vagy mindkettő elvesztése, ennek körülményei, kihatásai).

b) A szülők válása, különélése, a családi élet felbomlása. Ennek körülményei.

c) Tartós távollét a szülőktől. Nagyszülőknél, rokonoknál, idegeneknél, intézetben, menhelyen való nevelkedés. Ennek okai, körülményei részletesen. (Pl. a nevelőszülők bánásmódja, az intézet nevelési módszere stb.)

d) A szülők, nevelőszülők, a családon belül élő más személy alkoholizmusa. Ennek mértéke, kihatásai.

e) Extrém rossz családi helyzet, a szülők erkölcsi, társadalmi elégtelensége (züllöttség, bűnözés stb.), nevelésre való képtelenség, a család nyújtotta védelem hiánya.

III. Ifjúkor

1. Az ifjúkor története (események, kedvező fejlemények, traumák, veszteségek).

2. A külvilággal való viszony alakulása (érdeklődési, baráti köre, szórakozása) és a munkaviszony kialakulása (a pályaválasztás körülményei, mit csinált iskolai tanulmányai után, szakmatanulás módja, körülményei).

3. A családtagokhoz, szülőkhöz, testvérekhez való viszony alakulása a pubertáskor után.

4. Első vonzalmak, manifeszt szexuális kapcsolatok. E téren jelentkező nehézségek. Szerelmi csalódás.

5. Katonaság.

IV. Házassági adatok, a szexuális élet problémái

1. A házastárs életkora, foglalkozása, főbb karaktervonásai. A párválasztás körülményei. Megértés—disszenzus. Családi légkör (nyugodt, ideges, konfliktuózus stb.). Hegemónia kérdése.

2. A házasság szexuális vonatkozásai. A házasság tapasztaltsága, a partnerrel való törődés. A terhességi prevenció módja. A családtervezés szintje, motivációs tényezői. A házasság zavarai, problémái.

3. A házasság esetleges felbomlásának (válás, különélés) okai, körülményei, következményei. A kiskorú gyermek nevelési problémája a különválás után. A házaspár új életformája, új kapcsolatai. Az új szituáció okozta problémák.

4. A házasságot nem kötő betegségek szexuális élete, problémái. Miért nem házasodott? Milyen kapcsolatai vannak? Jövőbeli elképzelései.

5. A szexuális élet aberrációi (impotencia, frigiditás, promiszkuitás, perverzitás stb.).

V. Munka- és hivatásproblémák

1. Foglalkozása, ehhez való viszonya, motivációs tényezők. Munkahelyi körülményei.

2. Teljesítményei, munkájával kapcsolatos örömök, nehézségek. Pálya-, ill. karriertörés (kiemelés pozícióba, túlzott elvárás, képességei kibontakozásának gátjai stb.). Munkahely elvesztése, változtatások, vándorlás.

3. Törekvések, hajlamok. Becsvágyszint tisztázása. Főnökeivel, munkatársaival, beosztottjaival való viszony és alakulása.

VI. Anyagi, szociális és kulturális viszonyok

1. Társadalmi helyzete, annak alakulása, feszültségei (deklasszáció, talajvesztés, izolálódás, számkivetettség).

2. Gazdasági helyzete (lakás, ételmezés, higiéniai viszonyai). Függősége, kötelezettségei.

3. A művelődés igénye és iránya. Szabad idő felhasználása. Baráti köre. Szenvedélyei (dohányzás, szerencsejáték, kártya, lóverseny stb.).

VII. Felnőttkori életvezetés és élettörténet

1. A fentieket kiegészítő élettörténeti adatok önmagára, családjára, környezetére is vonatkoztatva.

2. Az életvezetés nehézségei, feszültségei, konfliktusai.

a) A konfliktust okozó organizáció szintje (család, tág család, munkahely, társaság, államhatalmi szervek stb.).

b) Felnőttkori frusztrációk (szerelmi, családi, munkahelyi, társadalmi stb.) összefoglalása és értelmezése. Összeütközés a társadalom íratlan és írott törvényeivel, a hatóságokkal (rendőrségi eljárás, büntető eljárás, börtön).

c) Háborús eseményekkel kapcsolatos traumák és frusztrációk (sebesülés, rokkantság, fogság, koncentrációs tábor, deportáció, éhezés, betegség, harctéri események, bombázás okozta élmények, családtagok elvesztése).

d) Alkati és karaktervonásokból következő feszültségek (apró termet, magasság, testsúly), gátlási folyamatok gyengesége, kiegyensúlyozatlansága (lobbanékonyság, explozivitás, agresszivitás, önuralom hiánya, inadekvát reakciók stb.).

e) Diszkrepancia az események tempója és saját életviteli tempója között. A traumák váratlansága, a felkészülés, feldolgozás hiánya a frusztrációk elviselésére.

f) Depresszió, önsorsrontás, öndestrukció, balesethajlam, öngyilkossági fantáziák, kísérletek stb.

VIII. Az alkoholfogyasztásra vonatkozó adatok

1. Szülő- és neveltetési helyének ivási szokásai (az alkoholfogyasztás mértéke és módja).

2. Alkohol és alkoholizmus a családon belül (szülők ivási szokása, mértéke, következményei stb.). Találkozása a problémával gyermekkorban, ill. pubertáskor után.

3. Hány éves korában kezdett inni? Ennek körülményei, módja, motivációja.

4. Alkoholista betegségtudata (kit tart alkoholistának, magát annak tartja-e?).

5. Mit tart az alkoholizmus okozójának, ill. okainak? Eksztázis-keresésének módja, oka, motivációja.

6. Alkoholizmusának fejlődése, fázisai, egészségi, családi, munkahelyi következményei.

7. Alkoholizmusának szövődményei (alkoholéhség, elvonási tünetek, predelírium, delírium, hallucinosis, szomatikus szövődmények) és leírása.

8. Gyógyítási kísérletek (absztinencia, fogadalmak, elvonó kezelése ambulánsan, intézetben stb.).

IX. Az anamnesztikus adatok összefoglalása, értékelése és a kialakult személyiségkép kifejtése

Ez ideig az eltávozott 700 alkoholista betegünk közül közel 500-ról többé-kevésbé részletes személyiséganamnézis készült. Az anamnézis feldolgozásakor figyelmünk elsősorban a korai személyiségfejlődés zavaraira, gyakoriságukra, a felnőttkori frusztrációk számbavételére irányult. Háromszáz anamnézis adatait ilyen szempontból korábban feldolgoztuk és közöltük (LEVENDEL és mtsai, 1966).

A KORAI SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉST KÁROSÍTÓ TÉNYEZŐK ELŐFORDULÁSA ALKOHOLISTA BETEGEKNÉL

Korábbi személyiségvizsgálataink során a betegek anamnézisének feldolgozásakor azokat a leggyakrabban visszatérő élettörténeti tényezőket kerestük, amelyek személyiségfejlődésükre súlyosan hatottak. *Öt* ilyen, a korai személyiségfejlődést *károsító tényezőt találtunk*. Ezeket anamnézis-vázlatunk II/4. pontjában már felsoroltuk (l. 104. o.) Mint látható, ezek a tényezők nem mellékes lelki behatások, hanem súlyos, a fejlődő személyiséget mélyen érintő traumák, amelyek hatása igen összetett. A szülők elvesztése, a család szétesése stb. nemcsak érzelmileg, pszichológiailag hat, nyilvánvalóak a szociális, gazdasági stb. vonatkozások is. Ezért értelmetlen lenne a tényezők sokirányú hatását leegyszerűsítő módon csak az egyik vagy másik összetevőre korlátozni.

Vizsgálataink során 300 alkoholista beteg (257 férfi, 43 nő) esetén az *öt tényező előfordulása* a következő százalékos megoszlást mutatta:

	%
1. Korai árvaság, szülők pubertáskor előtti elvesztése	33,0
2. Tartós távollét a szülőktől, idegenben nevelkedés	8,3
3. Szülők válása, különélése	5,7
4. A szülők, főleg az apa alkoholizmusa	32,0
5. Extrém rossz családi helyzet, szülőkapcsolat	15,0
Nincs elég adat, a fenti tényezők hiánya	6,0
Összesen	100,0

A felmérésben minden betegnél csak egy tényezőt, az általunk legsúlyosabbnak ítéltet vettük számba, pl. ha az apa alkoholista

volt, de elváltak a szülők, akkor a 3. károsító tényezőt tüntettük csupán fel. Tehát a megoszlás nem tükrözi a tényezők halmozódását, amely — mint látni fogjuk — az alkoholista személyiségtörténet egyik jellemző vonása.

Ha a károsító tényezők halmozottságát is figyelembe vesszük, akkor előfordulásuk a következőképpen alakul:

	%
1. Korai árvaság	33
2. Idegenben nevelkedés	25
3. Szülők válása	10
4. Szülők alkoholizmusa	45
5. Rossz családi helyzet	40

A halmozódás a következőképpen jelenik meg a vizsgált anamnézisekben:

	%
Kettő vagy több károsító tényező együttes előfordulása	56
Egy károsító tényező	38
Nem mutathatók ki a fenti tényezők	6
Összesen	100

A tényezők halmozódása tehát az esetek 56%-ában mutatható ki, ami azt jelenti, hogy alkoholista betegeink esetében gyakran tragikusan sűrűsödnek a korai, gyermekkori traumák.

Néhány példa a tényezők halmozódására

B. F. 52 éves éjjeliőr. Szüleit gyermekkorában nem ismerte. Kilenchónapos volt, amikor anyja, aki Pesten szolgált, Romániában élő szüleihez vitte, „hogy elválasszon a szopástól”. Szülei nem laktak együtt: „egyik erre, másik arra”. A nagyszülők 7 unokát neveltek: „mindegyik odahordta a gyereket”. Nagypját áldott jó embernek tartotta, nagyanyja szíjjal, bottal verte a gyereket, egy alkalommal az ágy lábával úgy hátba vágta, hogy két napra megnémult. Nyomorúságos körülmények között éltek. Hétéves, amikor először van nadrágja, arra is ő kereste meg a pénzt: elment szolgálni. Iskolába mindössze kétszer három hónapot járt, téli időszakban, amikor az állatokat nem hajtották ki. Lényegében

analfabéta. Apjával később többször találkozott. Az egykori uradalmi kocsis földet kapott, de eladta, elitta. A találkozásoknak nem örült, mert apja részeges, rongyos, grundon alszik. „Csak az a szép tőle, hogy nem nősült meg még egyszer” — mondja. Anyjáról azt tudja, hogy 30 éves korában halt meg, hirtelen. Könnyes a szeme, amikor anyjáról beszél, „akinek nincs anyja, annak hiányzik a legjobban”.

Cs. L. 27 éves alkalmi munkás férfi beteg. Nem törvénytelen, de apját nem ismerte. Állítólag meghalt, amikor ő másfél éves volt. Anyja soha nem beszélt róla. Két évvel idősebb bátyja és húga, ezenkívül két félbátyja és a mostohaapától is két húga van még. Nem tudja, miért éppen őt és hűgát adták menhelybe, a többi otthon nevelkedett. Anyját nem ismerte 9 éves koráig, addig különböző nevelőszülőknél helyezték el. Csak a legutolsókra emlékszik, de arra már nem, hogy hány éves korában került hozzájuk. Az asszonyt anyukának szólította, bár tudta, hogy nem édesanya, mert rajta kívül még két menhelyi gyerek volt nála. Édesanya háború után megjelent és hazavitte. Anyját nem szerette, nem értette, miért adta őt menhelyre, és anyja ezt nem is indokolta meg soha. Iszákos mostohájától félt. Régen kupeckedett, jól ment neki, de pénzét elkártyázta, elitta. Bátyjai is rossz viszonyban voltak a szülőkkel, de apjuknak ők sem mertek szólni, saját lánya is utálta apját. Otthon 9—12 éves koráig lakott, 11 éves korában összesen 5 hónapig járt iskolába, ez volt minden iskolázása. Írni-olvasni tud, később a katonaságnál foglalkoztak vele és felesége is tanította. Semmi nem kötötte otthonához, ahol nem volt semmiféle rend, főzés, rendszeres étkezés. Főként gazdáknál lakott, kanászként dolgozott, jobban is szeretett jó gazdáknál lenni, mint otthon.

A. I.-né 27 éves nőbeteg, italmérő. Apját nem ismerte. Születése után 3 hónappal halt meg tuberkulózisban. Anyját 11 éves korában vesztette el: „epeömlést” kapott hirtelen és még aznap meghalt. Mindaddig elég jómódban éltek, mert anyjuknak vendéglője volt. Ezután rokonokhoz került.

W. A. 57 éves gyári munkás férfi beteg. Szülei az apa alkoholizmus miatt korán elváltak. Anyja kivándorolt. A gyermeket az idős és tehetetlen nagyszülőkre hagyta.

F. I.-né 33 éves háztartásbeli nőbeteg. Életsorsában halmozódnak a korai traumák és váratlan veszteségek. Hatéves kora előtt mindkét szülője meghalt. Örökbe fogadása előtt egy-két évig az utcán csavargott. Őt testvére közül hármat gyermekkorában, kettőt felnőtt korában vesztett el. A két utóbbi tbc-ben, egyik közvetlenül műtét után halt meg. Nevelőanyja is hirtelen halt meg, férje pedig motorbaleset áldozata lett. Őt gyermeke közül egy szintén meghalt.

Nevelőanyját, gyermekét és férjét az utóbbi egy év leforgása alatt vesztette el.

F. F. 35 éves földműves férfi beteg. Négyéves volt, amikor szülei elváltak s menhelybe adták. Innen egy gazdához került libapásztor-nak. Elmondása szerint nem volt rossz helye. Egy kis vízfejű gye-rekkel nevelkedett együtt, aki egyszer nem jól zárta el a gazda szalonnáját, s a macska megette. Amikor ezt a gazda észrevette, egy nagy tökkel úgy fejbe vágta a kisgyereket, hogy az betegünk szeme láttára szörnyethalt. Ma is élénken látja a szobában a kis kék koporsót, amelyben a halott gyerek feküdt, és az a nagy fekete macska mászkált rajta, amelyik a szalonnát megette.

G. A.-né, 39 éves utcaseprő. Anyja fiatalon halt meg, amikor ő 4 hónapos volt. Apját, akit nagyapjának hitt, deportálták és búcsúzáskor mondta meg, hogy ő a vér szerinti apja. Nevelőanyja brutálisan bánt vele, új és új „férjek” váltogatták egymást otthon. Egyik, akihez ragaszkodott, 49 éves korában hirtelen meghalt agyvérzésben. Ekkor 10 éves volt. Serdülőkorában öngyilkosságot kísérelt meg, ereit felvágta. Végül nevelőanyja kijelentette, hogy „agyonveri”, ha azonnal el nem hagyja a házat. Bár szeretett egy fiút, hozzáment egy magányos, 60 éves emberhez, aki lakással rendelkezett. Tizenhárom évig éltek együtt: „Apám helyett apám volt, jó ember volt” — mondja. Ennek halála után férjhez ment egy 44 éves emberhez. Az esküvő napján férje (30 napos szabadság-vesztésre volt ítélve) felakasztotta magát. Egy öreg, részeges utca-seprőhöz ment lakni takarításért. Ez pár hét múlva letépte róla a ruhát, és így kialakult „egy kényszer közös háztartás”. Ismét öngyilkossági kísérlet, most gyógyszerrel. Majd beállt ő is utca-seprőnek, együtt isznak: „Ha iszom, nem vagyok ideges, könnyeben tudok viháncolni.”

A személyiségfejlődést károsító tényezők tanulmányozásakor másik feltűnő jelenség volt a veszteségek *váratlansága*. Ennek jelentősége nyilvánvaló. A váratlan veszteség készületlenül éri az egyént, és a trauma gyakran egész életén keresztül feldolgozatlan marad. A korai traumák és azok halmozódása mellett a veszteségek váratlansága is alkalmatlanná teszi a személyiséget a további pszichikus megterhelések elviselésére. Másként szólva, rontja az egyén frusztrációs tűrését, mely alkoholistáknál — mint látni fogjuk — egyik jellemző személyiségvonás. Vizsgált eseteink közel egyharmadánál tudtuk kimutatni az anamnézis alapján a veszteségek váratlanságát. Nemcsak az arány meglepő, hanem az explorált veszteségek súlyossága is.

Néhány példa a veszteségek váratlanságára

H. F. 44 éves segéd munkás. Egyéves volt, amikor apját elvesztette. Anyja 1930-ban halt meg: „Ezt azért tudom, mert kerek szám.” Kilencéves korában egyik reggel arra ébredt, hogy halott anyja karján fekszik. Este még mesélt neki, mondja kipirult arccal, sírva.

G. J.-né 32 éves prostituált nőbeteg. Pest környéki, peremvárosi lumpenproletár környezetben nevelkedett. Apja napszámos volt, súlyos alkoholista. Betegünket, legkisebb gyermekét szerette a legjobban, vele játszott össze, amikor a család megtagadta tőle az alkoholt. A nagyobbak szidták, szégyellték apjukat, sokszor brutális összetűzésre került sor apja és fiai között. Anyjával gyűlöltek egymást, sok verést kapott tőle, de apja előtt nem merte őt bántani. Kisebb mértékben, de az anyja is alkoholista volt. Férje halála után prostituálta magát. Serdülő lány korában az út szélén látta anyját, amint részegen coitált. Apja öngyilkosságának körülményeit a következőképpen mondja el: „A konyha elfüggönyözött részében mosakodott, közben beszélgetett vele. Néhány pillanat múlva hörgést hallott, apja vérben feküdt, mint kiderült, borotvával elvágta a nyakát.” Mindez többnapos ivás után ébredve — valószínűleg akut alkoholos pszichotikus állapotban történt. Azonnal kórházba szállították, de minthogy az eset az ostrom idején történt, és két hétig nem tudták meglátogatni, ezután már sem élve, sem holtan nem találták nyomát. A váratlan veszteségnek ezt a borzalmát betegünk soha nem volt képes feldolgozni. Családjában ezenkívül még két öngyilkosság is történt. Közelmúltban — évekkel gyógyulása után — maga is öngyilkosság következtében halt meg.

H. I. 27 éves bányász. Hatan voltak testvérek. Hatéves kisöccse várta haza a városból, mert ostort ígért neki. A kisfiú szaladt az autóbusz után, amikor szeme láttára az autóbusz után jövő kocsit halálra gázolta a gyereket. Betegünk nem tud szabadulni a látványtól és az önvádtól, hogy miatta történt a baleset. Azóta is, ha halálesetről hall, mindig öccse jut eszébe.

J. I. 30 éves alkalmi munkás férfi beteg. Nyolcéves korában tanúja volt, hogy nővére ruhája petróleumtól meggyulladt, és a jelen levő mostoha, aki meg tudta volna akadályozni a tragédiát, hagyta, hogy a gyermek belehaljon égési sebeibe.

N. J. 40 éves földműves férfi beteg. Hatéves volt, amikor apja felmászott egy gyümölcsfára, hogy gyümölcsöt szedjen neki. Az ág leszakadt alatta, és a csigolyatörés azonnali halálát okozta.

B. J. 40 éves férfi beteg. Akut alkoholos hallucinosis lezajlása után tudjuk csak anamnéziséét felvenni. Apja dohánykertész, csön-

des, takarékos, jó ember volt. Kiegyensúlyozott anyagi körülmények között éltek. Üzleti szellemű anyja uralkodott a háznál, zsidó bérlőkkel üzletelt, szerette a pálinkát. Apja tüdőbajos volt, de nem az vitte el, hanem baleset következtében halt meg, amelynek szemtanúja volt: a megrakott szekér oldalra dőlt, apja a kerekek alá került, melyek mellén keresztülmentek. Anyja hamar újból férjhez ment. Mostohatestvérek kerültek a házhoz. Az állandó civódások napirenden voltak. Inasnak állt be egy gazdag zsidó földbirtokoshoz. A 40-es években „Strohmann” lett, igen megszedte magát. Gazdagon nősült. Felesége megcsalta, elhagyta, jelenleg állami gazdaságban dolgozik és kontroll nélkül iszik.

E röviden ismertetett néhány gyermekkori adat alkoholista betegeink anamnéziséből nemcsak a károsító tényezők halmozódását, váratlanságát érzékelteti, amelyeket jellegzetesnek találtunk, hanem némileg fényt vet arra a gyakori családi konstellációra, melyben betegeink pubertáskor előtt éltek, és amely egész személyiségfejlődésükre meghatározóan hatott. Érdeemes kissé részletesebben vizsgáljunk a gyermekkori családi konstellációban az apa, ill. az anya szerepét.

Az apa szerepe

Midőn betegeink korai árvaságát jobban szemügyre vettük, kiderült, hogy a szülők korai elvesztése az esetek kétharmadában az apa halálát jelenti és csak egyharmad részében az anyáét.

Az apa tényleges elvesztésén kívül a szülők válása, különélése esetén is gyakrabban az anyánál marad a gyermek, és a családtól távol, idegenben nevelkedéskor is hiányzik az apa nemcsak mint példakép, hanem mint kenyérkereső is. Az apa-kép súlyos sérülését okozza az apa alkoholizmusa. Itt nem arról van szó, hogy az apa iszik, hanem olyan mértékű alkoholizmusról, amely alkalmatlanná teszi az apát a család irányítására, családfői, védelmező stb. funkciójának ellátására. A korai személyiségkárosító tényezők előfordulásának elemzésekor kiderült, hogy a szülő alkoholizmusa az esetek 32%-ában a legfőbb károsító tényezőnek bizonyult, de ugyanakkor betegeink 45%-ánál kimutatható volt az alkoholista szülő vagy nevelő. Megítélésünk szerint az alkoholista környezet fontos ártó tényező, a fejlődő gyermekre meghatározó irányban hat. Valószínűleg nem öröklött vagy alkati tényezőkről van szó, inkább identifikációs mechanizmust kell feltételeznünk. Az alkoholista apa esetében a gyermek példaképét és támaszát veszíti el. Ezt a hiányt a későbbi alkoholista másképpen nem tudja feldolgozni, mint hogy az apa elfogadhatatlan és elviselhetetlen magatartásá-

val szemben azonosítással védekeznek. Ő maga is alkoholistává válik, mint apja, úgy viselkedik, mint ahogy apja vele szemben viselkedett.

Az identifikációs mechanizmusra az alábbi példát hozzuk fel:

B. J. 40 éves gyári munkás férfi beteg. Apja ács, kőműves volt. Nagyon részeges. „Tőle örököltem. Jó ember volt, csak az anyám csinálta a balhét.” Mint kiderült, azért csapott „balhét”, mert a papa egy hétig is kimaradt, nem vitt pénzt haza. Ha az anya veszekedett, sarkon fordult és ismét elment inni. A szülők később különváltak. Saját házasságának megromlását Exupéry alkoholistájának logikájával magyarázza: „Ha volt egy kis családi nézeteltérés, elmentem inni. — Miért volt nézeteltérés? Hát a kimaradások miatt.”

Betegeink között több ízben explorálható volt, hogy magatartásuk ittas állapotban apjuk részeg viselkedését utánozta.

Néhány példa az előbb mondottak alátámasztására:

H. J. 42 éves férfi beteg, kertész. Beszámolt arról, hogy apja részeg kurjongatását már faluhosszat lehetett hallani, s anyja ilyenkor a szomszédokhoz menekült. Bár ő maga igen csendes ember, szintén hangos énekszóval dülöngél haza a kocsmából.

Sz. K. 43 éves nyomdász férfi beteg. Úgy emlékszik vissza apjára, mint városának vezető egyéniségére, kitűnő szónokra, aki ittasan szeretett tósztot mondani. Ő maga — bár aktívan nem politizált — a kocsmában hangos politikai szónoklatokat tartott, szerepet játszott és gátlásai alól szabadulva, „kisbarátomnak”, „pajtikám-nak” nevezte társait.

H. J. 40 éves segédmunkás férfi beteg. Azt a brutalitást idézte patológiás részegségekben, amelyekre később amnéziás. Heteroanamnesztikus adatok szerint apjához hasonlóan késsel a kezében üldözte családját, feleségét gyermekei előtt kényszerítette nemi közösülésre.

Felnőtt betegekünk közül többen számolnak be arról, hogy gyermekkorukban riadtan az ágy alá bújtak, amikor részeg apjuk hazaérkezett, de később, amikor már maguk is ittak, az öregedő apával a kocsmasztal mellett összebékültek. A negatív példaképpel való azonosítás vállalt formává szelídült. Máskor az alkoholizmus elutasítása megmaradt.

A. I. 38 éves villanyszerelő. Az anyától nyert heteroanamnézis szerint az apa is iszik. Az apa és fiú rossz szemmel nézték egymás ivását. Nem jártak együtt a kocsmába, a fiú haragudott az apjára, ha ittasan jött haza. Ugyanez fennállt fordított esetben is. A férj arra biztatta feleségét, ne adjon enni a fiának, ha ittas.

Az alkoholista apa agresszivitása, részeg brutalitása, inadekvát

viselkedése gyakran kimutatható, hatása nyomon követhető betegeink anamnézisében.

B. A. 42 éves férfi beteg, kocsis. Apja alkoholizmusára vonatkozóan azt tartja: „úgy ivott, ahogy vidéken szokás, a tarisznyába a szalonna mellé egy üveg bor is jár”. Ilyenkor jókedve kerekedett. Különben szigorú volt, gyakran verte a gyerekeket, hiába védte őket a mama. Azzal ütötte őket, ami a kezébe került: szíjjal, bottal. Úgy gondolja, apja ezt a fronton tanulta. Az agresszív, orvosokkal is visszautasító magatartású, kényszerkezelt beteg ittás állapotban erőszakos cselekményekre hajlik (börtönviselt). Elmondta, hogy hentes szeretett volna lenni, de tudta, hogy apja még több földet akar szerezni. Otthon maradt tehát a földeken dolgozni. Tervéről az alábbi szavakkal beszélt le apja: „A hentesmesterek nagyon erős emberek, és téged ott meg fognak verni.”

Az alkoholista apa viselkedése jóvátehetetlen hatást gyakorol a leánygyermekre is. Nőbetegeink depressziójában, öngyilkossági hajlamában, szerencsétlen házasságában, teljes frigiditásában, prostituálódásában és nem utolsósorban alkoholizmusában az apai viselkedés szerepe nyilvánvaló.

B. F.-né 37 éves háztartásbeli nőbeteg. Nyolc testvér közül a legidősebb lány. Az iskolát alig látogathatta, gyermekkorától fogva dolgoznia kellett, hogy a családot segítse. Apja alkoholista, a gyerekekkel nem sokat törődött, anyja „regulázta” őket. Mindig „rossz gyerek” volt: „szerettem csavarogni, szórakozni, táncolni”. Ezért el-elszökdösött otthonról, amiért anyja mindig igen megverte. Egyszer kapott ki apjától szíjjal, amikor az anyja már beteg volt, és megkérte férjét, hogy most ő verje el a lányt. Anyja hamarosan meghalt. Apjuk egy elvált asszonyt akart hozni a házhoz két gyerekkel. Ezt testvéreivel egyetemben ellenezték, de neki is el kellett mennie hazulról, mert apja vele kezdett ki. Amikor a kicsiket lefektette, odabújt mellé az ágyba. Ezért nagyon megutálta apját, aki azonban mind erőszakosabbá vált, és már nappal is gyötörte. Megismerkedett egy alkoholista, idősebb, különélő emberrel: „Inkább választottam az együttlétet elvált emberrel, mint apámmal egy házban lakni.” Később megtudta, hogy apja otthon maradt leánytestvéreit is megkörnyékezte.

Az apai brutalitás nem is mindig az apa alkoholizmusához kapcsolódik. Az identifikációból következik, hogy az alkoholista beteg nem szívesen emlékezik vissza apja részeg tetteire. Sokkal előbb a konfliktus, ha az apa nem volt alkoholista, de brutalitása rettegésben tartotta a beteget gyermekkorában. Úgy találtuk, hogy a brutalitás méretei gyakran meghaladják a közismert súlyos formákat.

N. I. 36 éves földműves férfi betegünket „cudar” apjának spórolása, a fejlődő ifjú agyonhajszolása, éheztetése és verése egészen az apayilkosság megkísérlésének indulati kitöréséig ragadta.

H. J. 40 éves segédmunkás férfi beteg apja agresszív, verekedős természetű „vaddisznó” volt. Egy gyermekcsínyért 10 éves korában annyira elverte, hogy anyja a látványra elájult. A gyermek bosszút esküdött az igazságtalan verés miatt. Most már tudatosan okozott lényegesen nagyobb anyagi kárt, amelyet azonban apja nem tudott megtorolni. „Ettől kezdve nem tudtam édesapának szólítani” — mondja.

A zsarnok apával való konfliktus igen gyakran csak leplezett formában mutatkozik meg.

S. P. 35 éves férfi beteg, segédmunkás. Többször hangoztatta: „Ha iszom, nem kell félni senkitől.” Arra nem tudott felelni, hogy ez a tárgy nélküli szorongás kiben ölthetne testet, de részegségének izgága kötekedéseit motiválja rendkívül erélyes apja, akinek nevelési elve az „igazságosztás” volt. Mindig csak a legidősebbnek lehetett igaza, és betegünk — mint öt fiútestvér közül a legkisebb — csak szenvedő alanya lehetett ennek az „igazságnak”.

F. P. 26 éves napszámos férfi beteg nem tudott visszaemlékezni alkoholista apja agresszióira. Szerinte apja nem bántott senkit, „csak” az maradt meg emlékezetében, hogy felnőtt bátyjainak apjukat a fához kellett kötözniük, hogy megfékezzék. Betegünket lappangó szorongásai és agressziói időnként tudatvesztéses indulati cselekvésre ragadták, pl. „félelmében” támadója koponyáját és lábszárát törte.

Anamnéziseink kb. egyötödében (20%) sikerült a brutális apával való konfliktust explorálnunk. Úgy hisszük, az alkoholistákra jellemző izgága, kötekedő magatartás mögött a számszerű adatokat meghaladó esetben kell feltételeznünk, hogy a robbanásra kész indulatok hátterében az agresszív apával való elintézetlen konfliktus áll. Minden vélt sértés felidézi bennük súlyos megaláztatásaik emlékét. Emiatt részint állandó támadást gyanítanak, részint a túlerő, az agresszió elleni kudarcra ítélt lázadást élik át. Impulzivitásukra jellemző, hogy az alkoholizmusukkal kapcsolatos bűncselekmény miatt betegeink 25%-a volt elítélve, ennek fele erőszakos bűncselekmény (leginkább hatóság elleni erőszak). A meghalt, de bizonyos emlékeket hagyó, az elvált, az alkoholista, az agresszív, a brutális apánál is sokszor súlyosabb zavart okoz a személyiségben az apa-kép teljes hiánya.

Sz. F. 36 éves vagabund betegünk nem ismerte szüleit. Anyja nevét viseli, aki 6 hónapos korában menhelybe adta. Később különböző családoknál hányódott. Szülőfogalma teljesen tisztázatlan. Így

adja elő: „Apámat T. K.-nak hívták. Dehogyan, nem tudom, hogy hívták. Ez a mostohaapám volt. Vagy talán mégis az apám? — Nem tudom. Mostohaapám M. A. volt, apám meghalt 44-ben.” A továbbiakban kiderült, hogy aki meghalt, az is egyik mostohaapja volt. Hasonlóan zavaros fogalmai vannak a családról, a testvéréről. Két „édesbátyjáról” is beszámol, de nem tudja, azoknak kik voltak a szülei. Fogalmilag sem érti, hogy a testvérfogalom azonos szülőtől való származást jelent. Ennek nem intelligencia-defektus az oka, a fogalmak elhatároltsága, a dolgok azonossága nem alakulhatott ki olyan ember gondolkodásában, akinek kisgyermekkorú környezete állandóan változott, ahol a szülők, a biztonság hiánya egészen az identitás hiányáig terjedt.

Kisebb számban előfordult betegek között, hogy az apa társadalmilag sikeres ember — szülői vonatkozásban azonban inszufficiens.

Dr. Cs. P. 40 éves. Apja neves jogász volt, számára azonban idegen maradt. „Apám abszolút jogász volt. Jogász volt, amikor borotválkozott.” Kötetnyi vallomásának bevezető része a 117. oldalon látható.

Az apa konformizmusa miatt nem válik ideállá a fiú szemében.

P. E. 49 éves, volt újságíró, alkoholizmusa miatt deklasszálódott. Önéletrajzában írja: „Születtem 1920-ban, amikor apám azt mondta: 'hál istennek, megúsztam a háborút, megúsztam a proletárdiktatúrát. Nem voltam katona. Nem viseltem őszirózsát a sapkámon. Értem a szakmámat. Majd csak lesz valahogy'. Ezzel beleült az élet langyos vízzel töltött laborjába. És ebben a laborban áztatta a fenekét 72 éves koráig.”

Az anya szerepe

Az előzőkből kitűnik, hogy az alkoholista beteg gyermekkorú, családi konstellációjában az apa, az apai nevelés hiánya, elégtelensége szinte meghatározó jelentőségű az esetek túlnyomó többségében. Más esetekben ugyanilyen jelentőségűvé válik az anya hiánya, az anya-szerep torzulása, elégtelensége. Az sem ritka, amikor mindkét szülő szerepe traumatogén. A korai árvaság eseteinek egyharmadában állapítottuk meg az anya elvesztését, összes vizsgált anamnéziseinknek pedig 10%-ában.

G. E. 35 éves tisztviselő, jelenleg segédmunkás. Polgári, hivatalnoki családból származik. Az apai nagyszülőknek villájuk volt Budán, apja takarékpénztári igazgató. Apját tekintélytisztelő, aprólékos „Beamter” típusnak jellemzi, aki 45 éves korában nősült, felesége erdélyi menekült családból való „szegény lány”, nála 17 évvel fiatalabb. Az apa tulajdonképpen az idősebb nővért szerette, aki

- Valahol, talán több helyen
is vigyázni lehet követelmény
a nyarón. Amikor bizonyos
körülmények között be. Főleg nem
keresni az elrontást, a cél-
sághoz vezető úttal szembe
menve, mint az a nap.
Emlékeztet? Mindig az mond-
tam, nem valószínű, hogy
a fiatalok, ha ezt az élet
kellene megélnem. De mindig
a gondolat: hogy adok valamit
az életnek? Hogy jobbat
az életet perceret, szellemi
kellene, elhívték régebben?
Nem is! Mi van még?
Barátok, a nővel, a lélek és
gondolatok?
Hallgasd meg. Elmondom ne-
ked azt az önmagában fellelő
élet, egy életképes ember
életét. Te megpróbáld látni.
Talán az igazság is látszik.

Én csak a dolgomra vagyok
hogy nem lehetek még egy-
máskor. Leeresztem a napok-
talán a hirtelen hirtelen
éber, csak magamról volt
habad éret. Én is az
az életem, hogy mindig a
mégis hirtelen fizető
bennünket is az ő gondos-
kodásuk, de a lélekhez
nem tudtam rátat találni
15 éves koromban megpro-
báltam apámhoz hirtelen.
Mi, de ő az én rajongó
életemet is szerelné leg-
dalmaimat kiemelve, mint
if csak gyerekek.

meghalt, s ezután vette el a hűgát. Az anyja szép asszony volt, nem tudja, miért ment a nála jóval idősebb férfihez feleségül. Tanító-női oklevéllel rendelkezett, de házassága után nem dolgozott. Nem volt szerelmi házasság, sokat veszekedtek. Apja nagyothallása már ebben az időben kezdődött. Emlékei közé tartozik, hogy anyja szemrehányást tett, amiért fogyatékoságát eltitkolta előtte. Anyja érzékeny, ideges nő volt, őt módfelett elkényeztette. Az iskolában mintagyerek, otthon azonban nem lehetett bírni vele. Tizenegy éves korában anyja öngyilkosságot követett el. Ennek okát, körülményeit nem ismeri, nem is képes beszélni róla. Anyja halála után apja gondoskodott testi szükségleteiről, igyekezett pótolni anyját szeretetben, törődésben. Ez utóbbi főként abból állt, hogy kikérdezte a leckét, sőt a fel nem adott anyagot is előre megtanultatta. Bár alsó osztályokban kitűnő tanuló volt, apjának ez a módszere teljesen megutáltatta vele a tanulást. Az egyetemről kimaradt. Inni kezdett, a mulatókat járta. Ittas állapotban elkövetett botrányai miatt tisztviselői állását elvesztette. Segédmunkás lett. Önjellemzéséből: „Apám és köztem félszázad különbség van. Szigorú polgári erkölcsök között igyekezett nevelni, ebből kitörtem. A kitörés nem sikerült, a kudarcok miatt visszahúzódtam. Nincs céloom az életben.”

Esetünkben a boldogtalan házasságban élő és talán éppen azért gyermekét túlkényeztető anya váratlan elvesztése betegünk egész további sorsára kihat.

Az anya elvesztése mellett a normális anya—gyermek viszony torzulásai is gyakoriak. *Ennek egyik típusa a domináns anya.* Az anya foglalja el a családban a vezető, irányító, parancsoló férfi szerepét. Ez egyrészt abból adódhat, hogy az anya egyedül maradván önállóan neveli fel gyermekeit, ill. az apa ugyan nem halt meg, de alkoholizmusa vagy más emberi fogyatékosága miatt nem alkalmas a család vezetésére. Másrészt pedig az eleve parancsoló, irányító, férfias, aktív nő passzív élettársat választ, és a család irányítását eleve magára vállalja. Az anya—gyermek kapcsolatban az anya-dominancia affektív zavarokhoz vezethet, a gyermek félelmes tekintélyt lát anyjában ahelyett, hogy védelmező gyengédségét érezné. Az anya szeretete fojtogatóan hat, hiszen az anya számára a gyermek pótolja a hiányzó vagy elégtelen házastársat. Az energikus, domináns jellegű anya és a passzív, háttérbe szoruló apa — amit nem ellensúlyoz az impulzivitás és az agresszió — a szexuális alapkarakter kialakulását is károsan befolyásolhatja.

C. K. 25 éves foglalkozás nélküli férfi beteg. Apja gazdasági cseléd volt, a fronton elesett. Emlékei alig maradtak róla. Anyja szép asszony volt, apjához nem szerelemből ment férjhez. Három leány-

testvére az ő születése előtt meghalt. Ötéves korában vak nagyapjához költöztek. Nehezen éltek. Anyja összeállt egy férfivel, akit már leánykorában szeretett. Mostohája iszákos volt, nem szíveltele őt. Anyját is, őt is ütötte-verte. Különböző rokonokhoz került, végül menhelyen, idegeneknél nevelkedett. Szeretett volna anyja mellett lenni, de hiába könyörgött, anyja elhidegült tőle. Később, amikor már dolgozott, többször sikerült rábírnia anyját, hogy költözzenek vissza nagyapjához. Anyja azonban ismételen otthagyta és visszament a férfihez. Anyjához való viszonya indulatokkal teltített ambivalens szeretet—gyűlölet viszony. Soha nem tudta megbocsátani neki, hogy eldobta őt, soha nem tudott belenyugodni abba, hogy más férfivel élt. Mindezeket nem merte teljes nyíltsággal elmondani, szeretne megbocsátani neki. Különösen azóta gyötrik ezek a gondolatok, amióta anyja meghalt, amikor ő börtönbüntetését töltötte. Anyja sírját még nem tudta meglátogatni. Sokszor azt gondolja ittas állapotban: „bár én haltam volna meg”. Tele van büntudattal, amiért anyját vádolja elrontott életéért, ugyanakkor elfeledni sem tudja, hogy nem volt biztonsága, támasza életében.

G. J. 38 éves férfi beteg, kereskedelmi alkalmazott. Négy és fél éves volt, amikor apja egy hét alatt tüdőgyulladásban meghalt. Anyja 25 éves korában, hűgával várandósan özvegy maradt. Mélyen vallásos asszony. Büszkén vallja róla, hogy anyja azóta is tisztán él, férje óta nem volt férfivel viszonya. Ez adott erőt anyjának, hogy őket gondosan nevelje, taníttassa. A beteg változatlanul erősen kötődik anyjához. Mindig idősebb asszonyoknak udvarolt, felesége is 7 évvel idősebb nála. Évekig tartó viszony után vette el. A nő háromszor megszakíttatta terhességét, de a negyediket ki akarta hordani, ezért becsületből elvette. Szerinte felesége családjá teszi tönkre életét. Apósa csendőr volt. Valamikor az egész vidéknek parancsolt, de otthon nem volt szava. Anyósa az úr, ő uralkodik az egész családon. Feleségével házasságuk előtt jobban megértették egymást. Amióta elvette, az asszony uralkodik, ill. anyósával összefog ellene. Felesége folytonosan megcsalja. Második gyerekéről csak azért tudja, hogy ő az apja, mert hasonlít rá. Felesége „karácsonyi ajándékként” elmesélte, hogy ki mindenkivel csalta meg. Jelenleg sem tudja, felesége kitől vár gyereket. Házasságában impotens. Megoldatlan incesztuózus anyakötöttsége jellemzi minden szexuális kapcsolatát. Most is a családi pokolból, melyben az alkohol sem segít, mint „tékozló fiú” anyjához, a tiszta asszonyhoz szeretne hazatérni.

Cs. I. 24 éves férfi beteg, alkalmi munkás. Másfél éves volt, amikor apja fiatalon meghalt gyomorrákban. A három gyerekkel özve-

gyen maradt asszony szigorúan bánt velük. Bár a legkisebb volt és testvérei kényeztették, anyja sokszor nagyon megverte. A paranoid karakterű beteg a domináns anya agresszióit introjiciálta. Ez fantáziáiban, részeg viselkedésében nyomon követhető.

A másik jellegzetes típus betegeink anamnézisében a morális magatartás, az alkoholizmus, esetleg csak a magatehetetlenség miatt *nevelésre alkalmatlan anya*. Ezek önmaguk életét is képtelenek megfelelően irányítani vagy pedig problémáik annyira lefoglalják őket, hogy gyermekeikkel ridegek, szeretetlenek.

B. B. 33 éves anyagmozgató. Apja nem ivott. Anyja — állítólag orvosok ajánlották neki a vörös bort — rászokott az ivásra, és többé nem tudott róla lemondani. Emiatt a szülők állandóan veszekedtek. Apja szigorú volt, de anyja mindent megengedett neki, nagyon kényeztette. Gyermekkorától iszik, először csak csínytevésből ráveszi társait, hogy pálinkát hozzanak neki. Anyja, aki az utolsó időkben még a főzésre hagyott pénzt is elitta, hirtelen meghalt szívtrombózisban. Elvesztését most is fájlalja. A súlyos alkoholista betegnél időnként alkoholos pszichózisra utaló állapotok jelentkeznek.

H. J. 40 éves férfi segédmunkás. Apja hadirokkant. Anyjáról gyűlölettel beszél. Nyolc éves korában, amikor apját megműtötték, gyalog ment be a városba anyjával meglátogatni a beteget. Útközben felkérkedtek egy kocsira, s a gyerek tanúja volt, amikor anyja a kocssal a szalmában coitált. Négyen voltak testvérek. Nővére férjnél van, de nincsenek beszélő viszonyban, örökségen vesztek össze. Őcsét repülőtéradáskor bombasérülés érte. Betegségében húga ápolta, akibe testvére beleszeretett. A lány megsajnálta és nemi viszony alakult ki köztük. Az egyre súlyosabban alkoholizáló, ismételten deliráló beteg házasesete tönkrement. Részegen indulati cselekvésekre ragadtatja magát. Gyerekei előtt meztelenre vetkőzik, feleségére késsel támad, erőszakkal kényszeríti közösülésre. Máskor brutális agresszióit önmaga ellen fordítja, pl. egy ízben felkötötte magát az ablakkilincsre. Kijózanodva semmire nem emlékszik, bocsánatot kér, megígéri, hogy nem fog inni . . .

A jellegzetes családi konstelláció tehát a felsorolt szülőtípusok között variálódik. A legsúlyosabb esetekben mindkét szülő korán meghalt vagy mindkét szülő alkalmatlan a szülői szerep betöltésére. Ilyenkor fordul elő, hogy a gyermek menhelyen, idegenek között hányódva, elhanyagolva nevelkedik. Súlyosságában talán nem kevésbé ártalmas az a körülmény, amikor az elvesztett vagy brutális alkoholista apát nem ellensúlyozza anyai védelem és gyengédség, mert az anya maga is gyenge, tehetetlen. Szintén a súlyos variációk közé tartozik, amikor a brutális, alkoholista apához még

nála is keményebb anya társul. Talán legenyhébb szituációnak az nevezhető, ha az apa „csak” papucs és az anya a parancsnok. Azt is megfigyeltük — és ezt az ismertetett esetek is érzékeltetik —, hogy az alkoholos pszichózis különböző megnyilvánulásai (delírium, hallucinosis) esetén feltűnően gyakran fordul elő az anya-kép súlyos torzulása, az anya insufficienciája, az anyával való megoldatlan konfliktus.

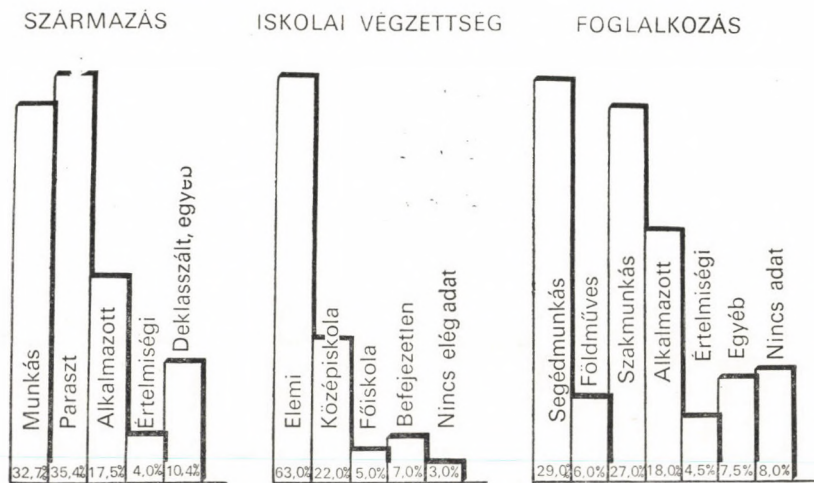
AZ ANAMNÉZIS FELDOLGOZÁSÁBÓL NYERT TOVÁBBI ADATOK, A FELNŐTTKORI FRUSZTRÁCIÓK

Betegeink életkor szerinti megoszlása:

<30	—40	—50	>50	év
26,3	45	19	9,7	%

Bár betegeink életkor szerinti megoszlásában az intézeti ápolás indikációjával kapcsolatos szelekció érvényesül, mégis ugyanazt látjuk, mint ANDORKA és munkatársai felmérésében, hogy ti. betegeink életkora az esetek kétharmadában a 3. és 4. decenniumra, tehát a legproduktívabb életkorra esik.

Betegeink származására, iskolai végzettségére, foglalkozására vonatkozó adatokat a 6. ábra szemlélteti.

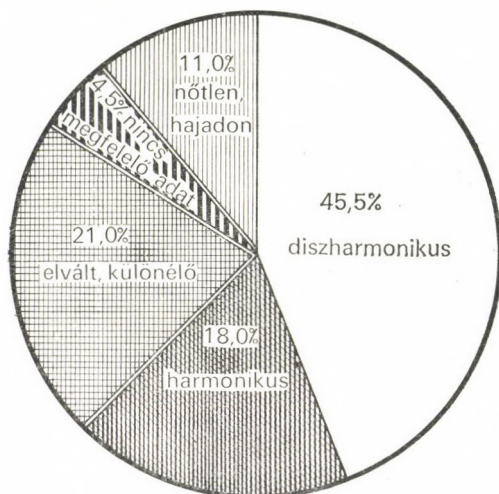


6. ábra. Alkoholista betegeink megoszlása származás, iskolai végzettség és foglalkozás szerint

Adataink arra utalnak, hogy betegeink közel 70%-a munkás, ill. paraszt származású. Iskolai végzettségre vonatkozó adatok fel-tűnő hasonlóságot mutatnak az említett budapesti felmérés ada-taival.

Betegeink négyötöde tehát házasságon kívül él, elvált vagy rossz a házassága. Az elváltak vagy különélők aránya az átlag lakossághoz képest többszörös.

ALKOHOLISTA BETEGEINK HÁZASSÁGI ADATAI

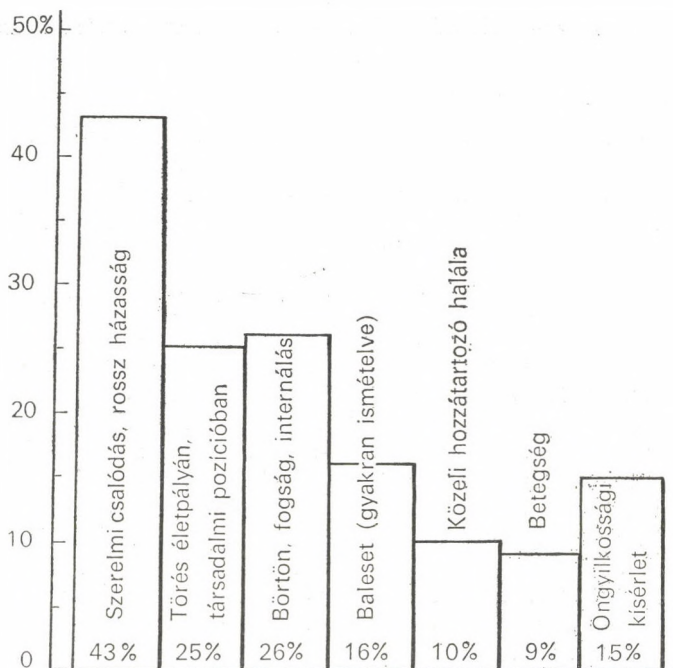


7. ábra. Alkoholista betegek megoszlása házassági viszonyaik szerint

A részletesebben tárgyalt gyermekkori sérülések, a családi, szociális milió körülményei magyarázzák katasztrofálisan csökkent feszültségtűrésüket, az újabb pszichikus megterhelésre bekövetkező inadekvát reakciókat. Általánosan elterjedt az a felfogás, mely az alkoholizmust kiváltó közvetlen történéseknek, életvezetési kudarcoknak tulajdonít okmagyarázó jelentőséget. Holott ezek megítélésünk szerint másodlagosak, a sérült személyiségfejlődés és már az alkoholfogyasztás következményei. Mindenesetre az alkoholisták anamnézisének tanulmányozása a pubertáskor utáni,

ill. a felnőttkori frusztrációk szempontjából is megdöbbentő adatokat tár fel.

Ezek a tényezők sokszor olyan érzékenyen érintették betegeinket, hogy életük a kudarcok következtében teljesen más irányba telerdőtt, a társadalomba és a családi életbe való beilleszkedésük zátonyra futott. Gyakran maguk a felnőttkori károsodások nem



8. ábra. Felnőttkori frusztrációk előfordulásának gyakorisága alkoholistáknál

is voltak döntőek, s csak a személyiségfejlődés zavaraival összefüggő inadekvát feldolgozás miatt váltak azzá. A megzavart személyiség súlyos károsodására utal a betegek szorongása, depressziós hajlama, erőltetett hangulatkeresése, a latens és manifeszt szexuális zavarok (korai impotencia, frigiditás, szexuális neurózis, perverziók, prostitúció, promiszkuitás és főleg homoszexuális tendenciák, ill. manifesztációk). A szexuális élet ilyen jellegű zavarait betegeink közel 60%-ánál explorálni is tudtuk.

Egy-egy alkoholista beteg élettörténetét megismerve legtöbbször az a képünk alakult ki, hogy olyan egyénről van szó, aki az élet minden fontosabb területén vereséget szenvedett, életét józan állapotban szinte elviselhetetlennek érzi, és az alkoholmámorban keresi az enyhülést.

KAZUISZTIKA

Alábbiakban sok száz alkoholista betegünk anamnesztikus anyagából négyet részletesebben ismertetünk:

N. I. 34 éves férfi beteg

Szolnok megyében született. Azóta is ezen a vidéken lakik. Apja paraszt, néhány hold földjük volt. „Betyár embernek” tartották: reggel fél deci pálinka, délben is ital, néha evés helyett is. Nem volt részeges, illetve a nagyobb bajt fukarsága okozta. Minden garast a fogához vert, mindent sajnált a gyerekeitől. Testvérei (két nővére, egy bátyja) „sem szerették a fatert”, nővérei hamar otthagyták, férjhez mentek, nem törődtek vele. Apja néhány éve halt meg. Ő a legkisebb a családban.

Anyja idegbajos asszony. „Veszekedéskor görcs rángatta, összeesett, eszméletét veszítette, keze összezsugorodott. Rohamok csak összeveszéskor jelentkeztek. Különbön is beteges volt, az ő születésekor méhsüllyedést kapott. 45-ben a bunkerben megfázott, a tüdőgyulladás három hét alatt elvitte.” Betegünk ekkor 16 éves.

Elemi iskolát végzett, közepes eredménnyel. Szerette volna, ha szakmát tanulhat, apja azonban anyja halála után nem engedte el. Négy évig élt otthon, női munkát végzett, ő látta el a háztartást, főzött, mosott, állatokat gondozott és lázadozott apja ellen, aki sokszor elverte, később azonban már nem mert hozzányúlni, mert tudta, hogy fia erősebb, s ő verné el. Végre 20 éves korában üzembe került dolgozni. Lakatos szeretett volna lenni. A szűrővizsgálaton kiderült, hogy tbc-je van.

Úgy érzi, ha anyja életben marad, nősülése is jobban sikerül. Mindenáron el akart kerülni otthonról, korán (21 évesen) nősült. Ez is akadályozta, hogy valami legyen belőle. Feleségével eleinte jól éltek. Apósáék házában laktak, anyósa 16 évig bénán feküdt, s az ágyból irányította a házat. Amíg élt, neki jobb dolga volt, mert anyósa szerette, pártolta. Apósa erősen iszákos, sógorai is isznak. Most felesége parancsol a házban. Állandóan elégedetlen vele, szidja betegsége miatt. Szemrehányásokat tesz, miért is ment hozzá férjhez. Ilyeneket vág a fejéhez: „Ha más lett volna a gyerekek apja, megkeresné a 3000 forintot, te meg csak dögvóráson vagy.” Egyszer fel is akarta magát akasztani. (Ezt eddig vissza-

tartott sírás közepette mondja el.) Soha senki nem volt, aki megértette volna, akinek kipanaszkodhatta volna magát. Az asszony féltékenyekedik is. Állandóan rágalmazza, hogy más nőügyei vannak (ide is ilyen leveleket írkal utána). Nemi életük elromlott, potencia-zavarai vannak.

Az utóbbi években megtanult dobolni, MÁV-zenekarban játszott multságokon. Nem pénzt kapott érte, hanem italt. Ezelőtt nem volt iszákos, a pénzzel nagyon takarékoskodott, felesége mindig azzal csúfolta, hogy „berámazza a pénzt”. Italozása során sem vált költségesé, de szívesen járt el otthonról, örömmel kapcsolódott ki. Eleinte az asszony is vele tartott, később hagyta egyedül menni, és csak szemrehányásokat tett neki, hogy saját szórakozásai után jár. Az ivásba nem merült bele túlságosan, bár az ellenkezőjét állítja. A zenélést az utóbbi időben abbahagyta. Önként jött elvonókúrára.

Munkahelyein sehol nem tudott véglegesen gyökeret verni, sok helyen dolgozott, pl. erdészetnél, ahol kicsi volt a kereset, nehéz a munka; majd iskolatakarítást vállalt, de undorodott a W. C. takarításától stb. Jelenleg a városi kertészetnél dolgozik, szereti ezt a munkát, keresete 1000—1100 Ft. Itt akar megállapodni.

Értelmes, de lassú és nehézkes. Tanulás már nem való neki. Vezethető.

N. I. nővérétől nyert heteroanamnézis

Öccséről nem sokat tud, mert 15 év korkülönbség van köztük, ő korán elkerült hazulról. Megerősíti, hogy apjuk nagyon durva, goromba ember volt. Húgától tudja, hogy anyjuk halála után öccse egyedül maradt otthon apjával, ő vezette a háztartást, mosott, főzött, de enni nem kapott, naponta többször összeesett az éhségtől.

Anyjuk méhrákban halt meg, öccse születésétől méhsüllyedést kapott, állandóan betegeskedett. Nagyon szégyellte, hogy nagy gyerekei ellenére 42 éves korában ismét teherbe esett. Betegségében öccse ápolta, aki 16 éves volt, amikor anyjuk meghalt. Az anyának „petit mal”-ra utaló rohamairól — amiről öccse beszámolt — nem tud, lehetségesnek tartja, hogy otthonról való elkerülése után alakult ki.

Öccse feleségét nem ismeri, nincs vele beszélő viszonyban. Ő nagyon ellenezte ezt a házasságot, látta, hogy nem sok jó vár öccsére. Úgy tudja, a feleség gonosz, nem szereti férjét, durva, goromba vele. Pénzt nem ad neki, mióta kórházban van, ő veszi fel a táppénzt, sőt az itteni keresetet is elkéri.

Öccse ritkán panaszkodik feleségére, mert tudja, hogy tőle csak

szemrehányást kapna. Betegünk azt állítja, hogy kimenőkor nővéréhez szokott menni. Nővére erről nem tud, összesen háromszor járt nála, ott soha nem aludt. Ő azt hitte, öccse hazamegy, felesége leveleiből viszont az derül ki, hogy csak egyszer volt otthon.

Csavargásairól nem tud, hűgától hallotta, hogy öccsük időnként fáradtan, piszkosan megjelenik nála, pénzt kér és beszámol arról, hogy napok vagy hetek óta nem járt otthon. Egyetlen furcsaságot vett rajta észre az utóbbi időben: ül, hallgat, a semmibe néz, és ha szólnak hozzá, mintha nem volna jelen. Ittasan soha nem látta.

A feleség levelei tele vannak szemrehányással, „miért nem megy férje már haza, miért tart ilyen soká az a betegség”? Néha kedves, szerető levelet is ír, hogy nagyon várja férjét, néha kiadja útját, üzeni, hogy haza se jöjjön többet. Ismételten említést tesz arról, hogy férje „úgy látszik, nem tud felhagyni csavargó életével és hazudozásaival”. Augusztusban, amikor otthon volt, távirattal kellett visszarendelnünk. Felesége a távirat hátára írta, hogy férje már régen visszaindult, de meg nem érkezett.

Felesége számos leveléből íme kettő:

„Nem akartam írni, de a keserűség kihozza belőlem. Most volt itt a Bözsi éppen és azt mondta, hogy találkozott veled a Nyugatiba, nem tudom milyen kórház az, ahonnan betegen is állandóan kicsavarogsz. Erről úgy látszik soha nem szokol le. Hazudni azt most is elsősorban tudsz. Nézd, én alig vártam azt, hogy 12 évi házasság után végre nyugodt és boldog életem lesz. Sajnos ez nem rajtam múlt, hogy nem így van és lesz. Múltkor is, mikor itthon voltál, annyira siettél hozzám haza, hogy egy napba került, míg haza értél. Mindenki előbbre való és mindenkit jobban szeretsz a családnál. Én mindig csak arra kértelek és a családod becsüld meg, akkor boldogok leszünk. De te ezt pont ezt soha nem akartad és úgy látszik még most is csak a csavargással és a szórakozással törődsz nem a családdal és azzal, hogy minél előbb meggyógyulj, és pótdold, amit elmulasztottál most és minden évben eddig. Siránkozol, hogy te milyen szerencsétlen vagy és én pedig nagyon szerencsés vagyok veled. De ennek most már vége lesz, én nem azért küzdöm végig ezeket a nehéz hónapokat egyedül, hogy a vége csak az legyen, ami eddig volt. Nekem ebből a jóból 12 évig elegendem volt! És ha úgy gondold, hogy a csavargásról nem tudsz lemondani, akkor még hallasz rólam, de én többet nem írok neked, ha öt évig oda leszel akkor se. Nagyon el vagyok keseredve és fáj, mert én valóban nagyon szeretlek téged, és én azt be is bizonyítottam, de te soha!

Kedves Apa.

Megkaptuk leveled. Először is tudatom, hogy én a búcsúban nem voltam és nem is érdekel, sokkal nagyobb gondjaim vannak annál. Azt hiszem a táppénzt tovább nem kapjuk, mert már a családi pótlék se jött. Itt küldöm ezt a papírt, kérek, ha még tovább is akarsz üdülni, akkor légy szíves és intézkedjél, ha nem akarsz, hogy a feleséged a lipótmezőn kössön ki. Megőrülök! Az adót is alig tudtam elintézni, mert eszedbe se volt igazolást küldeni. Hiába vártam! Most 100 forint részletekbe kell fizetni. Fogalmam sincs mit akarsz. Azt mondtad, vagy operálnak vagy hazajössz, se nem operálnak se haza nem jöttél 7 hónapja odavagy és a fejed is csak most jut eszedbe csak hogy húzzad az időt — nézd, ha te így gondolod akkor én vagy megbolondulok vagy pedig másképpen kell gondolkoznom. Most is írod, hogy csak az a vékony ruhád van és ha én nem spórolok, az sincs. Azt hiszem ezt te is tudod. Abba pedig, hogy szakadó esőben mentél, abba nem a Bözsi a hibás, hanem az akinek kimentél cukorért, mert már akkor is esett, amikor kimentél — biztos megérte. Nekünk itthon összedől a véce az ól évek óta mondom csináld meg én úgylátszik nem érdemeltem meg, hogy meg legyen csinálva. Hiába is haragszol érte, ez az igazság, nincs mese! Én akármire kértelek, soha nem csináltad meg ha 100-szor elmondtam akkor se. Ott persze azonnal csinálsz mindent, nem baj ha betegebb leszel se hiszen éppen azt akarsz elérni és sikerül is. De ezzel éppen az otthonod fogod elveszíteni ezt vésd jól az eszedbe. Nem tudom mért vártad Zsuzsát, mikor nem is volt róla szó, hogy megy. Van is arra pénz, mikor annyiba került — most is borsót járok szedni, ilyen kelés borsót a téesz földre és ebből élünk abból vettem köppenyt Zsuzsinak Pistának cipőt hosszúszerűt. Akkor Zsuzsinak kőrzőt, vonalzókat, szögmérőt mérőszalagot meg még a jó isten tudja hogy mit. Én még egyszer arra kérek ha hamarosan haza nem jössz *végleg* akkor magadra vess!

Anyu

Kislánya levele:

Drága Apukám!

Leveledet megkaptuk, pénzt is amit küldtél többet is küldhettél volna. Csak az én könyveim és irkáim kerültek 100 fr-ba és még 20,— Ft-ot vinni kell — Édesapukám írod hogy írjunk a bajainkról hát az van bőven. Először is az adót nem tudtuk még fizetni, már anyuka fél, hogy börtönbe csukják. Már a vállalatoknak küldözgetik a letiltási papírt, ezért kell egy igazolást küldened, hogy anyuka kiscsirkéket vett 100 drb de már csak 60 drb van. Azóta

mindig esik az eső és mind elfosósodnak és megdöglenek. Szegény anyuka majd megzavarodik abból akart nagykabátot venni. Sajnos ez se igen sikerül. Mi aztán igazán szerencsétlenek vagyunk. (Másik oldalon első orosz leckém: cirillbetűs szöveg, találd ki, hogy mi ez magyarul.) (Majd folytatás a következő oldalon.)

Tovább tudatjuk veled, hogy még szemet se bírtunk venni. Anyukát nagyon bántsa, hogy még most se jössz haza, ha így haladunk, akkor koszorúkötésre se leszel itthon. Mi lesz akkor mert anyuka a rámat nem tudja csinálni. Most is írod, hogy a főorvos elment és az igazolást most is ő írta alá. De ha elmegy akkor is lesz helyettese. Még csak arra szeretnék kérni hogy gondolkozz azokon, amit leírtam. És ha annyira szeretsz bennünket mint ahogy írod, ha 20 Ft-od van azt is inkább nekünk küldd haza mint hogy másnak odaadod. Többet nem írok, sokszor csókolunk
Zsuzsa

Midőn a feleséget *személyes beszélgetésre* hívtuk, az *alábbiakat válaszolta:*

Igen tisztelt Főorvos Úr,

Levelét megkaptam, de sajnos nem tudok elmenni. De azt hiszem, hogy amit a főorvos úr tudni akar, azt levélben meg tudom írni. Kezdem az elején: 1948-ban ismerkedtünk meg a férjemmel. Három évi udvarlás után 51-ben esküdtünk meg. Tehát nem márol holnapra. Esküvőnk előtt egy pár héttel felment Pestre a nővéréhez azzal az ürüggyel, hogy meghívja az esküvőnkre a nővérét is. Már az esküvő napja közeledett és a férjem még mindig nem jött meg. Én megcsináltam életem első baklövését, elmentem utána Pestre és ott a nővére azt mondta el fogja venni az öccse azt akit ő akar nem engem. Én erre eljöttem tőlük, de a férjem is jött utánam, eljött velem azt mondta ő csak engem szeret és engem vesz feleségül. Megesküdtünk és mondhatom, hogy 3—4 éven keresztül elég szép és harmonikus családi életet éltünk. Amit bizonyít az a két szép gyermekünk is. A kislány 1952-ben született a kisfiú 1954-ben. Már amikor a kisfiam született kezdett a férjem elmaradozni otthonról. Mikor született akkor éjjel már nem volt velem, mások vittek el szülőotthonba is, egész éjjel nem jött haza, nem érdekelte még az sem, hogy fia van vagy lánya, el se jött hozzám.

Én most ezt a kölcsönt fizetem neki vissza. Mert ez bizony nagyon rosszul esett nekem. De folytatom a házasetünk további részét. Állandóan ivott, munkahelyet változtatott minden fél évben. Több munkahelyre be lettem híva, és én tőlem is megkérdezték mi az oka hogy a férjem napokig be se megy dolgozni, tőlem akarták tudni, én honnan tudjam. Ha dolgozni nem volt, akkor otthon sem

volt. Persze minden munkahelyen felmondtak neki, ő mindenütt azzal a kifogással érvelt, hogy családi ügy miatt ilyen a magaviselete és bárhogy faggatták bővebb felvilágosítást senkinek sem volt hajlandó adni. Ha pénze volt ivott, ha nem volt, akkor kért mástól, vagy éppen megkereste otthon a pénzt, elvitte az utolsó is, ha éppen több nem volt.

És most írom azt amit szégyelek leírni, de szerintem ez az ami életünket megrontotta.

Még 53-ban vagy 54-ben már pontosan nem emlékszem rá, belépett a szolnoki járműjavító szinfonikus zenekarába ott többek közt megismerkedett egy elferdült nemi életű férfival és azzal volt viszonya. Ez annyira lezüllesztette a férjemet, hogy még lopásra is ráadta a fejét. 1955-ben kerékpárt lopott ami miatt börtönbe került. Erre én hogy a férjem a börtöntől megmentsem, tanúvallomást tettem hogy a férjem azóta él ilyen életet, amióta ezzel a férfival nemi kapcsolata van és elértem azt, hogy a férjem felmentették viszont a férfi 8 hónapot kapott tagadása ellenére is. Ekkor mentem a férjem után másodszer életembe. Mikor sok pénz és idegesség árán kihoztam a börtönből se lett teljes ideig jobb. Egyik munkahelyet a másik után hagyta ott, csak iszik. Erre én gondolkoztam és felhívtam a figyelmét az elvonó kúrára és így jelentkezett is, de amint látom sajnos ezzel sem értem el azt, hogy az életünk szép és boldog mederbe vissza jusson.

Két gyönyörű gyerekünk van, a kislány ötödik osztályos még eddig kitűnő tanuló, a kislány negyedikes jeles tanuló. Én azt szeretném, hogyha ember lenne belőlük, akikre a család és a társadalom is számíthat. Én sehol nem vagyok állásban de van egy kis földünk és abba mindent megtermelek ami kell a konyhára jószágot nevelek és a felesleget eladom. Most is koszorúkat kötök azután még 1000 négyszögöl földet árok. Mit kínlódom betegem azért, hogy a két gyereknek mindene meglegyen 3 ujjnyi szív-nagyobbodásom van, sokszor majd megfulladok. Kimerítő így egyedül kínlódni két gyerekkel. Talán hogyha kevesebb dolgom lesz felmegyek, hogy beszéljek a főorvos úrral, de úgy látom ez a levél úgy is elkészerített hogy nem sok reményem van arra hogy a férjem még rendes ember legyen.

Hogy ha a főorvos úr tudni akar még bővebben valamit, szívesen megírom, de elmenni nem akarok. Tudom, hogy a férjem se örülne, ha elmennék. Bocsánatot kérek, ha esetleg a levelem olvasása kimerítő lett volna, de úgy gondoltam, hogy mindezt meg kell írnom. Tisztelettel

N. I. anamnézisének és Rorschach-jegyzőkönyvének rövid értékelése:

Az anamnéziszből kiderült, hogy olyan apáról van szó, aki semmit sem nyújtott, csak követelt. Még enni sem adott a gyerekeinek, a fiú többször az éhségtől összeesett. A beteg által elmondott epizód: egész napi kemény munka után sem kapott enni 18 éves korában, mire apjára vasvillát fogott. Ettől kezdve bizonyos tekintélyt vívott ki magának.

Létét tehát kifejezetten apagyilkossági kísérletének köszönheti. Ha nem védi meg magát ilyen határozott formában, esetleg nem képes életben maradni. Ismeretes, hogy a súlyos élményekkel kapcsolatban ismétlési kényszer alakul ki. A beteg nem volt képes elviselni, feldolgozni azt a pillanatot, amelyben közvetlenül az apagyilkosság tűnt az életfenntartás egyetlen megoldásának.

Minthogy ez az élmény feldolgozatlan maradt benne, az ismert, a háborús hisztériákkal kapcsolatban leírt homályállapotok léptek fel nála meghatározatlan időszakonként. Az erős élmény szomatizálódik, fokozatosan neurológiai tüneteket alakít ki. A kép jelenleg Parkinson-kép, de ismeretes az ún. pszichés parkinsonismus, ami mögött a neurológiai háttér nem vagy még nem alakult ki. A beteg azzal, hogy elmondta, amit róla tudunk, bizonyította, hogy kapcsolatképes és terapistázható.

A pszichológus javaslata a terápiát illetően: meg kell vele tárgyalni gyermekkorának azt a döntő mozzanatát, hogy apja gonosz ember volt, akivel szemben alig tudta magát megvédeni. Jogosan ragadott vasvillát és fenyegette meg. Helyes, hogy nem ölte meg, mert ezt mindenképpen súlyosan büntetik. Az ilyen gonosz apa nem érdemli meg, hogy miatta hosszú börtönbüntetést szenvedjen (bár aligha kapott volna halálos ítéletet, mivel a testvérek az anamnesztikus adatok szerint tudták, hogyan bánik vele apja). Tehát kaphat felmentést, reaktiválhatja az egészséget, a katartikus hatás azonban még nem elég, mert az élmény tovább nyomja. Felvilágosítható, hogy emiatt vannak homályállapotai, s ezért vesz erőt rajta a harag. Amellett tudatosítani kell benne, hogy nem rosszszaságból csavarog, felesége vádjai tehát helytelenek. Ez a viselkedés orvosilag érthető, és ha az elmondottakból elfogad valamit, akkor a panaszok lényegesen csökkenhetnek, idővel meg is szűnhetnek.

A Rorschach-kép egyébként a parkinsonismus jegeit mutatja, amelyet az alkoholizmus szindrómája egyik összetevőjének tartunk, de annál fokozottabb, mert sok me-mo merevség (hipermotilitás, egybeolvadás) is van benne, ami alkoholistáknál ritka jelenség, és kimutatható a szakadékválasz, amit klinikailag tisztázott

Parkinson-esetekben lehetett látni. Érdekes volna felderíteni a csavargás analízisét, de ez komplikált mechanizmus.

H. J.-né 39 éves nőbeteg

Apja államtitkár volt, „méltóságos úr”, 1000 holdas földbirtokos. Az apa a beteg szemében az igazi úr megtestesítője, csendes, halk, jómodorú, hangját soha nem emelte fel, de amit kimondott, annak úgy kellett lennie. Szülei házasságának történetét bátyja nősülésekor tudta meg: apja a 14-es háborúban a fronton apróhirdetés útján ismerkedett meg anyjával. Anyja egyszerű parasztlány, de leveleiben „felvág”, többet mutat. Apja hazajön, beleszeret, s mire magához térne, anyja már állapotos, kénytelen elvenni. Ebből a történetből elég világosan látszik, hogy az apa a jó modor szabályain kívül többet nemigen kaphatott, félnék, nőket kerülő ember lehetett. Apai nagyapjáról annyit tud, hogy 38 éves korában delirium tremensben halt meg. Apját 1946-ban vérmérgezés vitte el váratlanul, 53 éves korában. Mérsékelten ő is ivott, esténként „el-szopikált” 5—7 deci bort.

Anyja él, 62 éves. A szegény parasztlány a főúri életbe soha nem tudott igazán beilleszkedni. Gyerekei már kicsi korukban észrevették hamis hangvételeit, úrinő játékait, „hisztis”, közönséges modorát. Igyekezett férjéhez alkalmazkodni, nyelveket tanult, aztán alföldies tájszólással fitogtatta műveltségét. Évenként mindig egyre nagyobb lakásba költözött, művészi ízléssel rendezte be a lakásokat, majd egy év múlva továbbköltözött. Lánya elbeszéléséből ítélve hiszteroid típus, frigiditására szinte büszke, nagyvonalú, de ugyanakkor gyermekeivel nem sokat törődő asszony.

Bátyja négy évvel idősebb nála, 1919-ben született. A kommün kihúzta lábuk alól a talajt, néhány hónapig éheztek, anyja nem tudott szoptatni, bátyja örökösen sírt az éhségtől. Apja legszívesebben falhoz vágta volna. Bátyja anyja kedvence volt, nem engedte, hogy az apja bántsa. Később sem bírtak vele. Nősülésében tudattalanul követte apját: „felcsinált” egy nőt, s el kellett vennie. Azóta kétszer elvált, most anyjával él. Súlyos alkoholista.

Betegünk születésekor apja 30, anyja 23 éves. Ez idő tájt ismét jól ment nekik, anyja szoptatta. Jó evő volt. Azt mesélik, 6 hónapos korában felnőttek étkezésében vett részt. A tejet mindig szerette, most is napi fél liter tejet iszik. Ivásait tejjel ellensúlyozta, sőt reggelenként tejjel kezdte, s utána ment a kocsmába. Mindig hízásra hajlamos volt, evését korlátoznia kellett.

A gyermekkor jóléte főúri életmódot jelentett. Luxuslakás, fehérkesztyűs inas, ágyban felszolgált reggeli, sportok, lovaglás, pénz-

szórás. Két házat vittek, a vidéki birtokon arisztokraták vadásztak, a környék parasztjai „kastélynak” nevezték házukat. Nem nevelték gőgösnek őket, apja mindig arra tanította gyerekeit, hogy „inas, szobalány éppen olyan ember, mint ők, nem tehetnek róla, hogy isten máshova teremtette őket”. Lefelé barátkoztak. Anyja sokat verte, nem mehetett el mellette anélkül, hogy rá ne üssön. Nem szigorú volt vele, hanem „raplis”. Bizalmas kapcsolat nem alakult ki köztük, visszaélt kis titkaival, elpletykálta apjának ezeket. „Fiúzási” korszakában nézeteltérések támadtak szülei között. Anyja kiharcolta, hogy bálozni járjon, „fogadónapokat” tartson, állandó fiú társaság legyen körülötte, „mert neki nem volt ilyen”. Apja féltékenykedett, ha fiúk ölelgették, dühös volt, hogy „minek ennyi flanc”. Anyja arra tanította, hogy ne szeressen senkit, csak bolondítson, s ő szívesen követte anyja tanácsát, kacérkodott. Nemi felvilágosítása annyiból állt, hogy amikor 18 éves korában véletlenül észrevette az erekciót, anyját kérdezte, hogy mit jelent ez. Válasz: „rájött a rondája”. Anyja frigiditása nyílt titok volt előtte, úgy tűnik, szinte kérkedett vele.

Húszéves korában ment férjhez anyja választottjához, ő más szeretett. Férje pontos mása apjának: földbirtokos, „igazi úr”, nőkkel szemben teljesen tapasztalatlan. Hat hónapig nem tudtak nemi életet élni, végül orvosi tanáccsal sikerült. Ennek eredményeképpen megutálta a nemi életet, unta, másra gondolt közösülés közben. Ma is undorodik az ejakulációtól, mert „összemeszatólja”. Férjével soha nem jutott el a kielégüléshez. Az orgazmus emléke 12 éves korából: a szemben lévő ház ablakában egy férfi meztelenre vetkőzik, ő az ablaknál ül, egymáshoz szorítja combjait, s valami nagyon jól érez. Később szándékosan ismételte ezeket a mozdulatokat, hogy kielégüljön. Ma is clitoris onániát folytat. „Önmagával jobban eléri, mintha a férje csinálja.” A nemi életben soha nem talált örömet, inkább csak fájdalmat. Második férjének simogatása örömet okoz, de a coitustól ma is borzad.

Érdekes ebben a frigiditásban a teljes gátlásnélküliség. Szívesen és teljes részletességgel, drasztikus mozdulatokkal mutatja be, kéjjel használja az undort keltő szavakat, szívesen borzad tőlük. Frigiditásával exhibicionál, az átélt undor valamiféle kielégülést jelenthet. Valószínűleg ilyen részletekbe menően kéjeleghettek anyjával együtt férfiundorukon, s ő teljes egészében átvette anyja magatartását és normáit.

A „boldog paradicsom” — a férj birtokával együtt 1800 hold föld, 15 ezer pengős havi kereset — 1944-ben megszűnt. Lakásukat bombatalálat érte, vagyont érő bútoraik, szőnyegek elvesztek, férjével egyre rosszabbul élt. A régi jólét roncsait 1948-ig elherdálták.

Közben beleszeretett második férjébe, több éves vajúdás után elvált s hozzáment. Ez már nem volt igazi úr, „csak” olyan hivatali ranggal szerzett „méltóságos”. Férje közönséges, rossz modorú ember, gombra, élehetetlen. Jogász, de soha nem gyakorolta választott hivatását. A népi demokráciába nem tudtak beilleszkedni. A férj kétszer volt politikai elítélt, jelenleg segédmunkás 1400 Ft keresettel. Első házasságából egy, másodikból két gyereke született. Gyerekeit nem szerette, soha nem akart gyereket, ma sem bánná, ha nem lennének. Ennek megfelelően „neveli” őket: nagylányát 16 éves korában férjhez adta, „hadd gondoskodjon más róla, én eleget kínlódtam vele”. Második lányát anyósa nevelte 10 évig, most került haza. Természetesen „elnevelték”, 13 éves és fiúkat hord fel a lakásba szülei távolléte alatt. Nyolcéves fiával nem bír. Férje durván üti őket.

Ivása az 50-es években kezdődött. Nehezen bírta a nyomort, a sok munkát, az otthoni helytállást. Munkatársaival fizetésekor inni szoktak. Rájött, hogy ivással könnyebben viseli el az életet, a fáradtságot. Később egyedül is megpróbálta, nyomasztó gondoljai olyankor csökkentek. Volt olyan időszak, amikor teljesen belemerült, naphosszat a kocsmában ült, fizettetett magának, férfiakal ismerkedett, prostituált életet élt, hogy fizessenek. Elvonókúra után borról pálinkára, újabb elvonás után sörre tért át. A kezelőorvos közölte vele, hogy úgysem sikerül elvonása, mert életkörülményei váltják ki az ivást, legfeljebb narkotikumot cserél majd, s ő pontosan követte ezt a „tanácsot”. Házasélete tönkrement, évekig nem éltek nemi életet. Férje utolsó fillérjét is elszedte, hogy ne költhessen kocsmára. A veszekedések és a verések egyre gyakoribbakká váltak. Megalázó helyzetéből mindig újra a kocsmába menekült, „mert ott legalább úrinő vagyok”. Jól jellemzi az alkoholisták bűvös circulus vitiosusát: az élet nehézségei ivásba kergetik, az ivás lezülleszt, a züllés további fokozott ivásra készíti, végül már egyetlen megoldás, mert a kocsmatöltelékek közt legalább „úrinő”, s „ha pénze van, császár”.

Magatartásában, életének alakulásában az a furcsa, hogy nyomaiban sem képviseli a deklasszált osztályt. Modora, fellépése, mozgása, külseje inkább közönséges. Amit az úri életformáról közöl, azt elmondhatná egy uraknál szolgált jobb szobalány is. Nem keveredett benne dzsentrí apjából és parasztlány anyjából majdnem semmi. A látszatát sem tudja megtartani a hajdani életformának, s a maga által tudatosan megteremtett életformában is képtelen élni.

Anamnézise és Rorschach-vizsgálata alapján személyiségéről az alábbi összefoglaló képet kaptuk:

Megoldatlan ödipális kötöttség mindkét szülő irányába. Az apa

iránti incesztuózus érzéseket nem tudja másként megoldani, mint masszív hisztériás tünetek árán. Anyjával való viszonya is problematikus, mert élnek benne a primitív fantáziák a szorongást keltő fallikus anyát illetően. Nincs valóságos képe a szexualitásról, nem törődtek vele gyermekkorban, sőt inkább megzavarták, mint segítették. Az arc-trauma körül teljes testvázlat-zavar alakult ki nála, ez igen nagymérvű. Ezen a ponton szétesett a személyiség gyökeréig. Másutt is erősen regrediált, paranoid szorongásokkal telített. Bizarrr fantáziákba menekül, nagyon zavaros lehet nappali álmodozásainak a tartalma. A narkómánia mellett perverziók is lehetségesek. Érzelmi területen ugyancsak teljes a káosz. Nehéz eset, bár nem átlag képességű személy.

H. J. 22 éves férfi beteg

Heves megyében született. Mindkét szülő alkoholista. Apja tsz-tag, régebben juttatott földjük volt. Az apa megissza a bort, a sört, pálinkát azonban nem fogyaszt. Környékükön mindenki iszik, ezért apja nem kirívó eset. A napszámhoz liter bor jár, fuvarhoz szintén — mondják. Ha iszik, másnap mégis megy dolgozni, mert nem szokott erősen berúgni. Apja 43 éves, anyja 41 éves, egészségesek. A szülők jól élnek, nem voltak hozzá szigorúak. Anyját nem tudta jellemezni. Hárman vannak testvérek, ő a legidősebb, ill. egy idősebb testvére néhány hónapos korában meghalt. Születése utáni hónapokban ő is beteges volt, de később mindig egészséges. Két öccse van, egyik 17, másik 7 éves. Öccseivel ő szigorúbban bánik, mint szülei vele hajdanában.

Hét általános iskolai osztályt végzett, a hatodikat kétszer járta. Hatodikig jól tanult, „attól kezdve csavargott”. Még iskolás korában lányokhoz kezdett járni. Szívesen taníttatták volna tovább, de neki nem volt kedve. Ma sem bánja, „így is több pénzt tud keresni, mint más”. Nagyon szereti a pénzt; 14 éves korától dolgozik, napszámba járt, különböző helyeken idénymunkásként, alkalmi munkásként helyezkedett el. A tsz megalakulása előtti időkből 150 Ft napszámot kapott, 16 éves korában motorja volt jogosítvány nélkül.

Először 17 éves korában rúgott be: 9 deci pálinkát ivott (egy lánnyal való összetűzés miatt). Ittasan szóváltásba keveredett valakivel, ebből verekedés, rendőrségi ügy; 6 hónapi felfüggesztett büntetést kapott, motorját elkobozták. Másik verekedés alkalmával 300 Ft-ra büntették. A rendőrökkel — valószínűleg a helyi közvéleménnyel megegyezően — rossz a viszonya: „fakabátosok, csavargók, nem dolgoznak, mind más helyről valók, odaültetik a

falusiak nyakára". A kocsmai verekedések, a rendőrökkel való összetűzések valószínűleg napirenden vannak. A párttitkárral is nézeteltérése támadt, mert elvonókúrára küldette. A faluban iszákos hírében áll. Lányos házaknál szívesen látnák, sok asszony mondja, „nem volnál csúnya gyerek, csak ne innál annyit”.

Indulatos, lobbanékony, nehezen uralkodik magán, ha iszik, ez fokozódik. Ezt egyik pillanatban belátja, másik pillanatban tagadja, „mert ő nem bánt senkit, csak ne szidja senki az anyámat”. Iszákosságát hol tagadja, hol kérkedik vele. Nem a kocsmá után vágyódik, csak nincs asszony, aki fékezne. Betegsége miatt (2 éve beteg, kórházból megszökött) még nem akar nősülni. Két-három lányos házban is szemet vetettek rá, ő még nem választott, „nem tudja, melyik lenne jó”. Azt állítja, hogy egészsége érdekében hajlandó lemondani az ivásról.

Diagnózis: jelenleg még nem alkoholista, környezetének társadalmi iváserköleseit követi. Még nem vált kényszeres ivóvá. Ha életmódja, családi helyzete rendeződne, dolgozni tudna, nem lenne krónikus alkoholista.

A Rorschach-vizsgálat értékelése:

Erős incesztuózus kötöttség a domináns anyához. Szokatlan, hogy nincs negatív Ódipusz-komplexuma, amit pedig el lehetne várni, hanem teljesen azonosít apjával. Eszerint nincs külön személyisége, apjával egynek vehető. Saját intellektussal így nem rendelkezik, tetteit esetleges és speciális babonák, azonosítások határozzák meg. Úgy látszik, hogy hosszabb idő óta potencia-zavarai vannak. Önállóságának hiánya megmutatkozik viselkedésén is. Apróbb, összefüggés nélküli ellentmondások, kisgyermekes dacok léteznek csak életterv, összefüggő viselkedés helyett. Függsége igen nagy, ezen a kis ellenállások sem javítanak, mert inadekvát voltukkal még nagyobb függőségbe kerül, mint amilyenbe ezek nélkül is lenne. Agressziója lényegében a segítségkérés rossz, félrevezető formája.

A X. kép arra mutat, hogy életét anyja árnyékában szeretné leélni, a közösséggel konkrét kapcsolata nincs. Jó fizikuma lehetett, és annak segítségével néha látszatalkalmazkodást, de nem normális felnőtt viselkedést mutatott. Hogy tetteivel kinek mennyit árt és mennyit használ, arról sejtelve sincs. Valószínűleg apró babonák, tévhitek határozzák meg egyes lépéseit, melyek között összefüggés nincs, és így teljesen kiszámíthatatlan.

B. F.-né nőbeteg, 42 éves

Összevissza beszédéből nehéz összefüggő képet alkotni. Kevés személyi adatot tud önmagáról, asszociációi csaponganak. Közvet-

len rákérdezésre semmit nem lehet megtudni tőle. Apja géplakatos volt, kerékpárműhellyel. Anyjával ez a második házassága. Apja első házasságából 7 gyermek született, a másodikból 18. Anyja kétszer szült hármas ikreket; 25-en voltak testvérek, fogalma sincs, hogy hányadik a testvérek között, „soha nem mertem megkérdezni”. Őt élő leánytestvére van, úgy hiszi, egy idősebb nővére és a többi húga. Más alkalommal azt mondja, mindig az idősebbek ruháját kellett hordania, ami arra utal, hogy több idősebb nővére is volt. Apja nem szerette. Üldözte, azzal csúfolta, hogy „anyád egy zsák krumpliért cserélt a cigányoktól”. Kisgyerek kora óta kitaszítottnak érezte magát. Apja iszákos, verekedős, kicsapongó; anyját elhagyta, amikor a legkisebbel állapotos volt. Külön főzetett magának, a gyerekek éheztek. Nem adott pénzt a háztartásra. Betegünk anyjának kedvence. Anyai nagyszülők nevelték 7 éves koráig. Amikor hazakerült, testvérei rosszul bántak vele, cigánynak csúfolták. Nővéreivel, akik „dáma nagyságának” tartották, nem bírták egymást. Apja halála után anyja újra férjhez ment, mostohaapja jó hozzá, jobban szereti, mint édesapját.

Testvérei közül szerinte senki nem olyan „dilis”, mint ő. Ugyanakkor két húga volt elmeógyógyintézetben.

Gyerekkorában verték, üldözték. Hétéves korában kezdett dolgozni egy családnál játszópajtásként. Tízéves korában libapásztor. Négy elemiit végzett és egy ismétlőt. Majd cselédlány, kőművesek mellett dolgozik, gyári munkás, kenyereslány (19 évesen). Keresetét haza kell adnia, soha nincs ruhája. Első házasságát 23 éves korában kötötte. Férje fodrász volt. „Ivott, kártyázott, nőzött.” Pénzt nem adott neki, batyuzott, úgy tartotta el magát, férjének pénze segítségével nyitottak fodrászüzletet. Három évig éltek együtt, törvénytelenül nincsenek elválva, a férj szívesen visszaállítaná a házasságot.

Második férjével, aki szénhordó munkás, 13 éve él együtt. Ez is iszik, goromba, brutálisan veri, nőket hoz fel a lakásba, s azt kívánja, hogy szolgálja ki. De mégis „jó ember”, eltartja, ha beteg, nagyon ragaszkodik hozzá. Többször el akart tőle költözni, ilyenkor késsel ment utána. Háromszor követett el öngyilkosságot: 56-ban férje disszidálni akart egy nővel, ekkor lúgkövet ivott. Egyszer éjszaka kikergette férje a lakásból, erre fölakasztotta magát. Egyik összeveszés után a villamos alá feküdt. Mazochista élményeit úgy mondja el, mintha semmi különösebb nem volna benne. Többször hangoztatja, milyen jó ember az ura, csak „vadóc”. Úgy tűnik, mazochista élvezetet okoz neki a brutalitás. Ugyanakkor fél, reszket, ha férje ittasan tér haza, ilyenkor menekül előle. Csöndes, elbújik, nem mer visszaütni, csak egyszer fogott baltát. Férje

örökös szemrehányásokat tesz neki, hogy „dögöt tart”, mivel nincsenek összeesküdve, s ezért férje nem érzi kötelezőnek az eltartását. „De azért mégis mindent megad, nem úgy, mint az első.”

Sokat volt beteges. Lánykorában agyhártyagyulladását kapott, majd agyrázkódás érte. Sokféle betegségre panaszkodik, ebben is bizonyos mazochista élvezet sejthető. Férje csak betegen törődik vele, ezért érdemes betegnek lenni. A nemi életet állítólag első férjével kezdte. A témáról nem lehet őszintén beszélni vele. Mostanában egyre kevésbé kívánja a szexuális életet. Menstruációja is kezd elmaradozni. Gyereke nem lehetett.

Összbenyomás: debil vagy pszeudodebil, súlyos pszichopata. A gyerekkori apa-kép, a súlyos verések pszichés károsodást okoztak. Mazochista-hipochondriás kielégülést alakított ki. Saját testi szenvedései az összekötő kapcsolat közte és a világ között. A betegség az egyetlen biztos bázis, amikor törődnek vele. Egyedül képtelen volna megállni a lábán, ha férjétől megpróbálnánk elválasztani, újból hasonló szadistát keresne. Az öndestrukción kényszerre alakulna nála. Ebből keres oldódást az ivásban, mely nem a leg-súlyosabb problémája.

A RORSCHACH-TESTT ALKALMAZÁSA AZ ALKOHOLISTÁK SZEMÉLYISÉGVIZSGÁLATÁBAN

Alkoholista betegeink személyiségvizsgálatai során az anamnesztikus módszer mellett, azzal párhuzamosan, rendszeresen Rorschach-vizsgálatot is végeztünk. Ennek a munkának az volt a célja, hogy az alkoholista személyiségről az anamnézis alapján alkotott képünket ellenőrizzük, újabb, a beteg szubjektív szándékaitól független adatokkal gazdagítsuk. További célunk volt, hogy az irodalmi adatok és saját nagyszámú vizsgálataink alapján (550 alkoholistákról készült Rorschach-jegyzőkönyv áll rendelkezésünkre) kidolgozzuk az alkoholizmus Rorschach-szindromatikáját, mely alkalmas lenne az alkoholizmus diagnosztizálására (pl. a leplezett, vitatható formák feltárása) vagy a manifeszt alkoholizmus esetén az egyes személyiségtényezők részletesebb minőségi és mennyiségi elemzésére. Törekvéseinket elősegítette az a körülmény, hogy 1937-től kezdve számos szerző tett kísérletet az alkoholizmus Rorschach-jegyeinek megállapítására (WEBER, 1937; JASTAK, 1940; SELIGER és ROSENBERG, 1941; BILLING és SULLIVAN, 1943; SELIGER és CRANFORD, 1945; BOCHNER és HALPERN, 1945; KARLAN és HELLER, 1946; HALPERN, 1946; ROE, 1946; ROSENWALD, 1947; BÜHLER és LEFEVER, 1947; HARRYS és IVES, 1947; GRIFFITH és DIMMICK, 1949).

Az 1950 előtti irodalmat HAMPTON (1951) és DIVNEY összefoglalóan ismertették, SUTHERLAND és munkatársai (1950) pedig az eredményeket egymással összehasonlítva bírálták. Rámutatnak arra, hogy a szerzők adatai szerint az alkoholista jegyzőkönyvek főbb vonásaikban — mint a válasz-szám, a formaszázalék, az állat-, ember- és D-válaszok, valamint a vulgáris válaszok százalékarányai — nem térnek el szignifikánsan a normálistól. Egyes szerzők ugyan kimutatnak saját anyagukban valamilyen eltérést, de ez a különböző kutatásokban nem azonos irányú, és így megállapításaik kölcsönösen érvénytelenítik egymást. Egyöntetű eredménynek tekinthetjük azonban azt, hogy a szerzők többsége szerint az alkoholisták jegyzőkönyveiben a $G : B$ arány, azaz az egészválaszok és a mozgásválaszok aránya a G irányba tolódik el, az $FB : B$ arány, azaz az állat- és embermozgások aránya pedig az FB , azaz az állatmozgás irányába.

Ezeket az általánosan elfogadott megállapításokat némileg kiegészítik a szerzők egyéni megállapításai. BÜHLER és LEFEVER (1947) szerint a jegyzőkönyvekben kevés a feszültségtűrés képességére utaló absztrakt és tárgymozgásos válaszok száma (b), viszont a szorongás (diffúz árnyékolás-válaszok) és a befelé figyelés jegyei (mélység és perspektíva látása) megtalálhatók. Az alkoholistában a kicsiny feszültségtűrés mellett nagymértékű az ösztönök és az érzelem kontrolljának elvesztése következtében fellépő szorongás és ennek belső regisztrálása is. HALPERN (1946) szerint az egészválaszok száma magas (amit FARAGÓ és LIEBERMANN is megerősít), a „Versagen” kevés, és a válasz-szám az átlagon felül fordul elő, amiből arra lehet következtetni, hogy az alkoholista kerüli a kompromisszumot, belevág a nehézségekbe. Ezzel szemben az a tény, hogy a színválaszok ugyan túlsúlyban vannak, de a színes táblákra adott válaszok aránya az összválasz-számhoz képest alacsony (33%), szerinte azt mutatja, hogy ez az extraverzív belevágás nem valódi. A valódi agresszió hiányára utal még a mozgásválaszok meghajló jellege is. Ezekkel a megállapításokkal összhangban áll BÜHLER és LEFEVER idézett megfigyelése, amely szerint az alkoholisták a feszültséget, a stress-helyzetet rosszul tűrik, és így abból bármilyen módon, akár erőszakosan is menekülniük kell. Agressziójuk inkább védekezés, mint támadás.

A későbbi kísérleteket illetően megjegyezzük, hogy GRIFFITH és DIMMICK (1949) szerint gyakoriak a vízértelmezések, ezt azonban ROMMELSPACHER (1953) és utána mások cáfolták. Viszont ROMMELSPACHER szerint az alkoholistákat az jellemzi, hogy a X. táblánál a tábla komplikáltsága miatt sok lép fel. Ilyen sokkot azonban tapasztalataink szerint más betegségekben szenvedők (pl. tbc-betegek)

is adnak. KLOPPER és munkatársai (1954) azt találták, hogy az alkoholista elkerüli a szokásos árnyékolás-válaszokat, viszont szokatlan helyen ad ilyen választ, vagy elkerüli az árnyékolás által sugalmazott tapintási képzeteket azáltal, hogy a látott tárgyat „víz alatti”-nak mondja. PHILIPS és SMITH (1953) empirikus adatgyűjtésük alapján azt állítják, hogy alkoholisták és narkománok sokszor értelmeznek virágot a színes táblákon, és hogy a víz-, és vízi állat válaszok is gyakoriak. Értékesek BOCHNER és HALPERN (1954) megállapításai is, akik szerint az alkoholistákról készült jegyzőkönyvet az orális tartalmú, valamint a szexuális zavart és kényszeres vonásokat mutató válaszok jellemzik.

Saját Rorschach-vizsgálataink során a röviden ismertett irodalmi adatokon túl figyelembe vettük a klinikai lélektannak az alkoholista személyiségről alkotott képét és nem utolsósorban anamnesztikus vizsgálataink nyújtotta ismereteket az alkoholista személyiségről. Először MEZEI és ERDÉLY (1966) dolgozta ki 100 alkoholistánál készült jegyzőkönyvből, megfelelő kontrollcsoport felhasználásával a 16 Rorschach-jegyből álló szindromatikát, majd ezt NEMES és LEVENDEL (1966) nagyobb alkoholista és tbc-s betegcsoportot összehasonlítva vizsgálták. E vizsgálatok részleteit, részadatait, szignifikancia-számítását a megjelent tanulmányok tartalmazták.

Az alkoholizmus Rorschach-szindromatikájának kidolgozásakor az említett irodalmi hivatkozások mellett kiemeltük PHILIPS és SMITH adatait, akik szerint az alkoholisták és narkománok gyakran értelmeznek virágot, továbbá BOCHNER és HALPERN megállapításait, akik úgy vélik, az alkoholista jegyzőkönyvére az orális tartalom és a szexuális zavart mutató válaszok jellemzőek. Segítségünkre volt, hogy DE VOS (1961) és HOLT (1962) feldolgozták a primer ösztönfolyamatok (primer processzusok, rövid pripro) megjelenési formáit a Rorschach-tesztben. Primer folyamaton a csecsemő és a kisgyermek fiziológiai adottságai által meghatározott szükségletkielégítő módokat és törekvéseket értjük. Ezek olyan fiziológiai folyamatok, amelyek már pszichikus komponensekkel is rendelkeznek, mint amilyen pl. az azonnali vágyteljesülési igény vagy a hiányzó szükségleti tárgy hallucinálása. Ezek a folyamatok a fejlődés során bizonyos mértékig és bizonyos módon átalakulva, a későbbi fokokon további — szekunder folyamatnak nevezett — pszichikus működések alapját képezik, és így a karakter egyes fontos vonásait is meghatározzák. Az optimizmus és a függőség az oralitáshoz, a makacsság és a zsugoriság az analitáshoz kapcsolódik, a becsvágy pedig uretrális alapon keletkezik. Az érett, normális személyben ezek a primer ösztönkésztetések egyrészt a

normális szexualitásba olvadnak, másrészt a már említett felnőtt jellegű viselkedési formákká alakulnak. Az egyes személyek azonban nagymértékben eltérnek egymástól abban, hogy mennyire tűrik szükségleteik kielégítésének elhalasztását és eredeti szükségleteik helyettesítését társadalmilag jóváhagyott, sok pszichikus elemet felölelő szükségletekkel olyannyira, hogy a normalitás, a neurotikusság és a pszichotikusság fokozatait is ezen a skálán lehet elhelyezni.

Az említett szerzők Rorschach-értelmezéseiket arra alapítják, hogy a Rorschach-próba olyan feladatot tűz a vizsgált személy elé, amelyben a primer ösztönkielégülésre való törekvés és a szublimált, azaz a felnőttre jellemző formák egyaránt megmutatkozhatnak. Az ösztönképzetek tehát megjelennek a tartalomban, amely az ösztön primitív vagy már a fenti értelemben fejlettebb formáját mutatja (az orális ösztön esetében pl. primitív forma, ha harapást lát, fejlettebb, ha cigarettázást) és feltűnnek a válaszok szerkezetében is. Az érett személyiség elfogadja a saját ösztöneit, de azokat jól kézben tartja, és így a jegyzőkönyvek magas színvonalúak, ugyanakkor tartalmaznak egy bizonyos számú priprót is. Kevésbé érett személyiség számára a primitív ösztönök veszélyt jelentenek; az ilyen jegyzőkönyvekben pripro nem szerepel, viszont sok kényszeres vonást, elhárítást találunk. Gyenge személyiségek nagy mennyiségű és gyengén elhárított priprót adnak, és az ösztönök felől jövő fenyegetettség érzése diszfóriát kelt bennük, ami a jegyzőkönyvekben ugyancsak megmutatkozik (GOLDBERGER, 1960).

DE VOS, HOLT és munkatársai kutatásai az elmondottak alapján jó kiindulópontul szolgálnak az alkoholista személyiség Rorschach-vizsgálatához. Saját tapasztalataink messzemenően igazolták ezeknek a szerzőknek a feltevéseit, mert kiderült, hogy az alkoholistákról készült jegyzőkönyvekben sokkal többfajta pripro van, mint ezt BOCHNER és HALPERN feltételezték. Másik megállapításunk, hogy a primer folyamatok erősségét sokszor a Rorschach-tesztnek egy, a már RORSCHACH által felfedezett törvényszerűsége mutatja meg, amely szerint a vizsgált személyt leginkább jellemző adatokat az originális komplexválaszokból olvashatjuk le. DE VOS, valamint HOLT és munkatársai az ilyen válaszokat már a felnőttiségre jellemző szublimáció eredményének tartják. Szerintünk ez tévedés, mert nem számolnak a tesztnek az imént említett igen lényeges sajátosságával. Tehát a „szökőkút” ugyan valóban az uretrális ösztön bizonyos mérvű feldolgozottságát bizonyítja, de a „középen megvilágított szökőkút” originális komplexválasz, amely nem azt mutatja, hogy az eredeti ösztön még jobban szublimálódott, hanem ellenkezőleg, az eredeti ösztön nagy intenzitásáról tesz tanúságot.

Az elmondottak alapján már célzottan azokat a *Rorschach-jegyeket vizsgáljuk, melyek az oralitásra, az uretrális és anális jellegű primer folyamatokra, a szexualitás zavaraira utalnak, tanulmányoztuk továbbá a mániás-depressziós szindróma-kör és a parkinsonismus Rorschach-jegyeit az alkoholisták jegyzőkönyveiben.*

a) *Az oralitás (bekebelezés és függőség) szindromatikája.*

1. Nyers pripro válaszok (pl. harapó száj, köpködés).
2. Parazita válaszok (élősdí, hernyó, megrágott levél, szívóberendezéssel ellátott állat, csáp, vámpír, pl. a vulgáris denevér helyett).
3. Kapaszkodás, a függőségi igény verbalizálása.
4. Virágválaszok (PHILIPS és SMITH értelmezése szerint az anyamellet szimbolizálja, és így az orális válaszok egyik válfajaként foghatók fel).

b) *Uretrális jellegű primer folyamatok megjelenésével is számolnunk kell, minthogy az alkoholisták infantilizmusa általános jellegű és nem szorítkozik csupán az oralitás területére. Ezek az alábbiak:*

5. Nyers uretrális pripro válaszok (egymásra vizet fröcskölő alakok, „vizet köpködnek egymásra”, vizeleti funkció vagy szerv).
6. Eldolgozott uretrális válaszok (megvilágított szökőkút, kővel kirakott forrás, vízben úszó vagy ázó élőlények stb.).

c) *Anális jellegű primer folyamatok.*

7. Anális pripro (anus, podex, exkreciós működés — szimbolikusán eldolgozott formák: pénz — féldrágakő).

d) *A szexualitás zavaraira utaló jegyek.* Itt csak a VI. táblára adott válaszokat vettük figyelembe és csupán az extrém formákat, mert ezen a területen a normálisok egy része is mutathat bizonytalanságot. Ilyenek:

8. Csáp, anus, saját szex. a VI. táblán.

9. Versagung.

10. Halál, vipera.

Egyéb megoldási kísérletek is közel állnak az alkoholistáknál a konfliktusnak ehhez a szintjéhez. Pl.: „Nem találok semmit se rajta, esetleg női nemiszervre hasonlít a középső része, de nagyon el van fuserálva”, vagy: „a fej az majdnem kígyó, az alsó részét még körülbelül sem tudom”. Az értelmezést grimaszok kísérik vagy más elutasító megjegyzés, mint pl. „fantáziátlan figura”.

e) *A mániás-depressziós szindróma-kör* azért jelentős, mert az alkoholista általában depressziós személyiség és depressziójából a mánort előidéző alkohol segítségével igyekszik kiszabadulni.

11. Bohóc-válasz (a depresszió melletti kényszerű nevetés) MACHOVER és WEXLER (1948) értelmezésében.

12. Színhívás a fekete képeken (DE VOS, 1961; KLOPPER és munkatársai, 1954).

13. Transzparencia- és fényeffektus válaszok, amelyről MÉREI (1947) azt tartja, hogy az infantilis csodavárás jele, és sok esetben a mániásokat jellemzi.

f) *Az alkoholos parkinsonismus jegyei.* A krónikus alkoholizmus különböző idegrendszeri károsodást okozhat. A kifejezett agyi károsodás nem teszi lehetővé a Rorschach-vizsgálatot, mert az alkoholistáknál is megmaradó normális válaszok eltűnnek, helyettük monoton, szegényes válaszokat kapunk. Enyhébb idegrendszeri károsodásra utalnak azonban a testvázlat-zavarok bizonyos formái (MEZEI és ERDÉLY, 1965), melyek a motorium serkentő és gátló rendszerének bizonyos mérvű, a Parkinson-kórra jellemző kettéválásában mutatkozhatnak meg. Ilyenek a következők:

14. Merevség (szobor, cseppkőbarlang, piramis).

15. Hipermotilitás (elugró állat, sebesen pergő alakok).

16. Az előző kettő kombinációja (szobor, mely útésre emeli kezét).

E 16 Rorschach-jegy előfordulását megvizsgáltuk 100 alkoholista beteg jegyzőkönyvében és összehasonlítottuk a kontrollcsoporttal. Az összes válaszból levontuk mindkét csoportban a kutatásunk vonatkozásában értéktelen anatómiai válaszokat, s azt találtuk, hogy az alkoholista csoportban az értékelhető válaszok 13,6%-a tartozik a fenti szindrómába, szemben a kontrollcsoport 4,5%-os arányával. A különbség matematikailag igazoltan szignifikáns.

Továbbiakban megvizsgáltuk (NEMES és LEVENDEL, 1966) a 16 jegy előfordulását 200 alkoholista tbc-s és 100 nem alkoholista tbc-s Rorschach-jegyzőkönyvében. Az előbbiben 14%-nak, az utóbbiban 9,5%-nak találtuk. Eredményünk azt igazolja, hogy a tbc-vel társult alkoholizmusra ugyanazok a jegyek és hasonló arányban jellemzőek. Ugyanakkor az is kiderül, hogy a tbc-s kontrollcsoportban 5%-kal gyakoribb e jegyek előfordulása, mint az egészséges kontrollcsoportban. A két betegcsoportban az egyes szindróma-jegyek előfordulásának részletesebb elemzése megmutatta, hogy miben közelít a tbc-s csoport az alkoholista csoporthoz. Azt tapasztaltuk, hogy a két krónikus betegcsoport megegyezik egymással az infantilis szexuális szerveződésben, a regressziós tendenciákban (1., 3., 7. és 9. számú szindróma-jegyekben), és különbözik a speciálisan alkoholista szimptóma-képződésben (2., 4., 11., 16. jegyek). A vizsgált patológiás jegyek összességének gyakoriságát tekintve megállapíthatjuk, hogy a két betegcsoport csak fokozatokban tér el egymástól, az alkoholizmussal társult tbc-s beteganyag jegyzőkönyveiben halmozottabban találhatunk személyiségzavarokra utaló jegyeket. Ez az eredmény megerősíti anamnesztikus vizsgálatainkat, azokból ugyanis megállapítottuk, hogy a korai

személyiségkárosító tényezők éppúgy előfordulnak az alkoholista tbc-s beteganyagban, mint a tbc-seknél (LEVENDEL és mtsai, 1959), csupán a szülők alkoholizmusa tekintetében mutatkozik lényeges különbség. Emellett azonban az alkoholista tbc-s csoportban a korai személyiségkárosító tényezők halmozottan fordulnak elő, súlyosabb, fokozottabb formát öltenek. Az anamnesztikus és a Rorschach-vizsgálat eredménye tehát ebből a szempontból egybevág és kiegészíti egymást.

Az alkoholizmus diagnosztizálhatóságát illetően azonban még nem kaptunk kielégítő választ. A továbbiakban abból indulunk ki, hogy a Rorschach-jegyzőkönyv egészében, integrációjában mutatja meg a személyiségstruktúrát, és minden statisztikai számítás szükség-szerűen az átlag felé torzít. Az alkoholizmus diagnózisa szempont-jából nem mindegy, hogy egy jegyzőkönyvön belül hány alkoholi-sta jegy fordul elő. Ebből a szempontból további számításokat végeztünk. Megvizsgáltuk, hogy a 16 jegy hány jegyzőkönyvben fordul elő 0-szor, 1-szer, 2-szer, 3-szor stb. Eredményeinket a követ-kezőkben ismertetjük.

Ha a jegyek kétszeri előfordulásánál vonunk határt, ill. fel-tesszük, hogy minimálisan három jegy szükséges az alkoholizmus diagnosztizálásához, akkor az alkoholista csoport 44%-ában, a tbc-s csoport 26%-ában található halmozottabban a vizsgált jegyek. Három vagy háromnál gyakrabban előforduló jegy az első csoport-ban szignifikánsan több, mint a másodikban. Három vagy több jegy esetében tehát joggal gondolhatunk arra, hogy a tbc-s alkoholi-sta is. A mennyiségi elemzés azonban mégsem adhat végleges választ arra, hogy a jegyek alapján milyen mértékben diagnoszti-zálható az alkoholizmus. Az összehasonlíthatóság miatt minden előforduló jegyet egy egységnek tekintettünk, holott a jegyek ma-guk sem egyforma értékűek. Így kaphatunk három jegyet is — pl. a Versag a VI. táblán, egy szobor-válasz és egy anus-megneve-zés —, amelyekből még nem következik egyértelműen az alkoholi-zmus, ugyanakkor ha egy szegényes, sztereotip kis válasz-számú jegyzőkönyvben egyetlen kidolgozott, ill. originális komplex választ találunk, fennáll az alkoholizmus valószínűsége.

Végző következtetésként tehát elmondhatjuk, hogy MEZEI és ERDÉLY jegyei alapján az alkoholizmus diagnosztizálható a Ror-schachban. Ez nem azt jelenti, hogy minden alkoholista jegyző-könyvében előfordul alkoholista jegy, hanem csak azt, hogy ame-lyikben előfordul, abból a jegyzőkönyv egész struktúrájához viszonyítva alkoholizmusra lehet következtetni. Az ismertett jegyek halmozódása, kombinálódása, beágyazódása az egész jegyzőkönyvbe segítséget nyújt az alkoholizmus diagnózisának felállításához.

A továbbiakban a tbc-vel társult alkoholizmust próbáljuk elkülöníteni a pusztán tbc-s, ill. pusztán alkoholista beteganyagtól. Ez a parazita- és virág-válaszok tartalmi elemzése segítségével válik lehetségessé. Ez a két válaszforma szintén a komplexitás különböző formáit mutatja a válasz kidolgozottsága és a formai komplexitás szempontjából. A tbc-s alkoholistáknál feltűnően megszaporodik e két válaszhoz fűződő destrukciós tendencia. A parazitához akció hangsúlyozása járul, pl.: „rágja a fa leveleit”, „szívja a nedvet”, „szétmarcangolja a testet”. A virághoz tönkrement jellege asszociálódik, pl.: „tépett”, „beteg”, „kirágott”, „hervadt”. A tbc-s alkoholistákra — szemben a pusztán tbc-s, ill. pusztán alkoholista beteganyaggal — jellemző az oralitással kapcsolatos destrukciós tendencia megnövekedése. Ez a destrukciós tendencia főként öndestrukció. Ismertetünk ezzel kapcsolatban néhány esetet.

Egy 34 éves tbc-s alkoholista nőbeteg pl. a X. képre ezt mondja: „Ez tetszik tudni, hogy néz ki? Mint egy virág, itt a porzója, ahogy hullanak szét a szirmai, mákvirág (nevetve), mint én. Én annak nézem, de nagyon megfújta a szél vagy zivatar volt, nagyon szétzilált virág ez” (G válasz). Az azonosítást a beteg ki is mondja, de enélkül is pontos jellemzése a mélyen a társadalmi színvonal alá süllyedt, prostitúció felé hajló nőbetegnek önmagáról, akit fokozódó alkoholizmusa valóban „szétzilált mákvirággá” tett.

Egy 40 éves tbc-s alkoholista nőbetegnek a VII. képre adott asszociációja: „Hogy is hívják ezt az állatot, ami rágesálja a levelet (old. pir.)? Így névről nem tudom megmondani. Ez meg levél, igaz (kék és szürke felül)? Ez is levél volna (alsó pir.), de már beteg levél, egészen biztos. Mást nem tudok mondani, kirágott rész mind” (fehér a színek között). Ebben a szukcesszíven kombinált, konfabulációs DZWG válaszban együtt fordul elő a rágesáló, a parazita, a beteg és a kirágott levelek. A válasz a kóros ivásmódnak az oralitáshoz fűződő komplexusát szimbolizálja, a pusztító élősdivel és a pusztuló növényvel való azonosulást.

A növényi parazita némely esetben az élő szervezet élősdijeként jelenik meg, „kórokozóvá” válik. Egy 61 éves tbc-s alkoholista férfi beteg a VIII. képen először medvének nevezi az oldalsó foltot, majd így folytatja: „Ezek mind jelképek, itt támadják a testet, ezek a kórokozók akarnak lenni. Meg is támadták már, mert nem tiszta itt a mellkasnál.” Ugyanennek a betegnek a X. kép megoldása, ahol valószínűleg az oldalsó kék folt vulgáris „rák” percepciójából asszociálódik a következő válasz: „Hát erről már sokat olvastam, erről a rákosodásról. Tisztán úgy néz ki, mint mikor elrákosodik valami testrész alulról felfelé. Ezen már nem segít senki, mert teljesen kirágták a testét.” Végül tehát eltűnik a tartalomból a virág

és a parazita is, már csak a pusztulási folyamat van jelen mint orális destrukció: „kirágta a testét”. A táblák egymásutánjában követhető a 61 éves beteg fokozódó pusztulás-élménye.

Mindhárom példában azonos elemeket találunk: 1. tartalmilag a válasz a virághoz, ill. a parazitához fűződő destrukció; 2. mind-egyik hangsúlyozottan én-vonatkozású megoldás; 3. a válasz úgy jön létre, hogy a percepció egy jó részletet ragad meg, de az asszociatív komplexitás magával sodorja ezt a részletet, belekomponálja a tábla egészébe a jó forma feladásával. Az alkoholistáknak a realitáshoz való viszonyát ismerhetjük fel ebben a válaszmódban: a szubjektív és objektív összefonódását, a reális és konfabulációs elemek keveredését, a kontrollálatlan, nagyzasos kiterjeszkedési törekvést. Ezt szövi át a tbc-s alkoholistáknál a virág- és a parazita-tartalom komplexitásába sűrített destrukciós élmény. Úgy gondolhatnánk, hogy a pusztulás élménye nem maga az alkoholizmus, hanem a súlyos szomatikus betegség megnyilvánulása a Rorschach-vizsgálatban. Ez ellen szól azonban, hogy bár a tbc-s betegek is gyakran látnak beteg szervet vagy betegségfolyamatot a képeken, ezekből a válaszokból mégis hiányzik az akció, vagyis éppen az, ami a két beteganyagot döntően megkülönbözteti: a beteg aktív hozzájárulása a pusztuláshoz. Ugyanakkor nem tekinthetjük kizárólagos alkoholista jegynek a destrukciós tendenciákat. A pusztán alkoholista beteg — bár gyakran értelmez parazitát vagy virágot — válaszaiban nem tükröződik ilyen súlyos formában a pusztulás. A destrukcióval kapcsolatos parazita- és virág-válaszokat a tbc-s alkoholistáknál úgy értelmezhetjük, mint a szomatikus betegségre áttolt alkoholista komplexust.

A destrukciós tendencia és az ezzel összefüggő depresszív állapotok felerősödését alátámasztja még az alkoholistákhoz képest lecsökkent bohóc-válasz (tbc + alkoholista csoportban 9-szer, MEZEI alkoholista csoportjában 23-szor fordul elő) és a már említett színhívási reakciók megszorodása. Ez azt jelenti, hogy az alkoholistáknál sikeresebb a mesterséges hangulatkeltés, a megjátszott jókedély hangsúlyozása, míg a tbc-s alkoholisták szinte feladják már ezt a látszatot, s a depresszív állapotok kerekednek felül.

A Rorschach-vizsgálatokból is kitűnt felerősödött destrukciós tendencia magyarázatot ad a tbc-s alkoholista betegek ismert viselkedésmódjára, és megerősíti anamnesztikus adatainkat is az öngyilkossági kísérletek, a fokozott balesethajlam vonatkozásában. Az a klinikai tapasztalat, hogy az alkoholista tbc-s beteg „nem törődik betegségével”, csak azzal a megszorítással igaz, hogy ez a „semmibe vevés” nem a betegség könnyelmű tagadása, ill. ez csak

az elhárítás formája, amely mögött a szervezet önpusztító törekvése lappang. Ez a törekvés pedig súlyos pesszimizmussal és depresszióval jár együtt. A látszólagos semmibe vevés mögött halálfélelem húzódik meg; a betegek legtöbbször nem bízik gyógyulásában, gyakran hiábavalónak találja a kezelést, úgy érzi, pusztulásra van ítélve.

KAZUISZTIKA

K. I. 50 éves férfi beteg

Apja meghalt, amikor 10 hónapos volt. Ma is jóvátehetetlen veszteségnek éli át: „Ez a legnagyobb hiba, mindig más nevelt.” Három gyerek maradt: bátyját anyja örökbe adta, 13 éves koráig nem is látta, nővére és ő anyai nagyapjánál nevelkedtek. Anyja Pestre jött cselédnek. Betegünk 13 éves koráig nagyapjánál lakott. Nagyapja nagyon szigorú ember volt, gyerekei sem mondhatták meg a véleményüket, nős fiát karikás ostorral akarta megverni. Egyszer egy héten jött haza, mindenki a kemencepadkán várta „haptákban”. Unokáihoz kedves volt, mindig a hátát kellett nyomogatniuk. Anyját 13 éves koráig egy évben egyszer látta, nővére is elkerült Pestre szobalánynak. Falun végezte iskoláit, hat elemi.

Pestre 13 éves korában jött, a gyámhatóság egy asztalosmesterhez adta inasnak. „Itt tanulta meg, mi a magyarok istene.” Amíg kitanulta a mesterséget, 52 inas szökött meg. Ütötték-verték, reggel 5-től este 10-ig dolgoztatták. Két és fél év után megszökött. Új munkahelye ismét családnál: jobb a koszt, a munkaidő 8 óra, de a verés itt is sok. Az inasok egymást verték, ő volt a legkisebb, mindig ő kapta a „bunyót” a mestertől is, az inasoktól is. Hirtelen nőtt, kamaszként gyomorfekélyt kapott; 19 éves korában felszabadult.

Innen kezdve nem tud sem életéről, sem munkahelyeiről beszámolni. Betegségét okolja, hogy nem volt rendes munkahelye, de kórházban is csak egy-egy hónapot töltött. 1944 előtt egyszer dolgozott 5 évig egyfolytában. Ezekből és a későbbi időkből is csak egymástól elszigetelt történeteket tud mesélni, mindig az „igazságot” kereste. Az orvos pl. egyszer nem akarta kórházba utalni, erre ráborította az íróasztalt, ekkor beutalták. „Nem bírja az igazságtalanságot”: munkahelyi összeszólalkozás a fizetés körül, majdnem lecsukták, letartóztatták, de elengedték. Mindig a munkások érdekeit védte. Felszabadulás előtt a Szociáldemokrata Párt tagja volt, 1945-ben falujukban a földosztás elnöke. Szociáldemokrataként sokat üldözték, kommunistagyanús. Nyilasokkal összetűzése volt 1944-ben (a történet konfabuláltnak tűnik). Mint „az igazság bajnokát” 1954-ben izgatásért lecsukták, másfél évig börtönben tartották.

tönben ült. Azt kifogásolta (természetesen a kocsmában, ittasan), hogy „miért lakik Rákosi 12 szobában, más meg nem”. Hirtelen, robbanékony, szókimondó embernek tartja magát, e tulajdonsága ivás közben még inkább fokozódik.

Gyerekkorától iszik, de inas korában nem lehetett inni a műhelyben. Utána abbahagyta az ivást, mert gyomorfekélyt kapott. Lényegében 1951-től, válásától ivott fokozottan. Feleségével 9 évig éltek együtt, aki „jó asszony volt, szorgalmas, de megcsalta”. Több olyan történetet mesél, amikor valakit az asszony ágyában talált. A férfi mindig ismeretlen volt és eltűnt. (Az is lehetséges, hogy a fantázia jelenlegi, csak visszavetítve a házasság tartamára.) Válása után hazament falujába. Anyja már régebben otthon lakott, újból férjhez ment. Mostohaapja halála óta együtt lakik vele. Anyja jelenleg 77 éves, s alig tud róla gondoskodni.

Anamnézisének és Rorschach-vizsgálatának értékelése:

Erősen paranoid, amit élettörténete érthetővé tesz. Alkoholista: Parkinson-jegyek nagy számban, architektúra-torony és általában paranoid torzítás, élettelenítés hátterén. Emellett világítás-válaszok, világítás-effektusok, tűz, gázlámpa (ami egyben mint tárgy, merevséget is kifejez). Továbbá uretrális formában ő is mond víztornyot. A jégvirág Hd-jelleg a világítás-effektus irányában, egyben uretrális-frigid momentumot fejez ki. Jellemző alkoholista válasz, túldeterminált uretrális világítás-effektus és frigid impotencia értelmében. Uretralitásának megfelelően nagymértékben nagyzásos, amit az anamnézisben közölt fantáziák és konfliktusok igazolnak. Az államfőket bírálja, azaz lappangó diktátori tendenciái vannak. Valószínűleg apját akarja valahogy elérni azzal, hogy azonosít az ilyen par excellence apa-szereppel, de erre képtelen.

Érdekes volna megvizsgálni, mennyi benne az apafelidézési tendencia: elő akarja-e varázsolni a semmiből az apát azzal, hogy diktátort játszik a kocsmában. Anyjától sem tudott elszakadni; az 1—5. képen azonos választ ad. Nyilván azért él együtt vele ma is. Elfogadhatatlan sorsára primitív mindenhatósági élmény fenntartásával válaszol: részegen mindent, ami történt vele, annullálni igyekszik. Így saját énje nincs. Vagy denevér (azaz anya), vagy csak a kétdimenziós, azaz emberi léttelen, testetlen tölgyfalevél. A tölgyfa választása egyben már mutatja, hogy ez a nemlét a dicsőséges hazugságot is tartalmazza, nemcsak egyszerű falevél. Nem létezik, de ezt nem tudja bevallani magának, és azt hazudja, hogy ő nagyon is létezik, valóságos dicsőségben él. Tipikus alkoholista létforma.

G. J.-né 30 éves nőbeteg

A gyermekkori családi szituáció traumákkal terhes. Állandó nézeteltérés a szülők között, mely végül is váláshoz vezetett. Erős bírálat anyja irányában, de úgy láttuk, identifikálja is életvezetését. Míg apja katona volt, anyja más, jóval fiatalabb emberrel nyugatra távozott. Ő maga 21 éves korában egy főhadnagyhoz ment férjhez. Házasságában már induláskor is bajok mutatkoztak. Graviditása alatt törést okozott, hogy férje „utálta a terhes nőket”. Azóta fokozatosan elhidegült tőle. Jelenleg egy 9 évvel fiatalabb fiúhoz vonzódik, de ezt a kapcsolatot irreálisnak tartja. Inni kezdett (2—3 dl konyak), de nem szívesen. Szüksége van az ital hatására. El akar válni, a férje azonban nem egyezik bele. Depressziós, szuicid gondolatokkal foglalkozik. Intenzív Tagträumer, álmodozásában vizuális és akusztikus elemek, csaknem mindig depressziós gondolatok. Frigiditás. Férj részéről perverz törekvések.

Rorschach + anamnézis értékelése:

Igen kedvezőtlen gyermekkor, melyet úgy élt át, hogy erősen kifosztottnak, elhanyagoltnak érezte magát. Különösen anyja távozása sérti, erősen foglalkoztatja fantáziáját és mitikus módon felnagyítva él benne. Ehhez további traumák járultak szexuális téren. Végül olyan érzésvilág alakult ki benne, hogy neki csak száraz csontok jutottak az életben. (X. kép cseresznyemag elszáradt száron, a cseresznyét leették róla.) Intenzíven alkoholizál, mert az alkoholt mindannak pótlásaként fogja fel, ami neki az életben nem jutott. Az anyatejtől kezdve minden más élvezetet és örömforrást helyettesít.

Mint hogy csaknem kizárólag a múltbeli veszteségek foglalkoztatják, nem is tesz komoly erőfeszítést azért, hogy a jelenben pótolja magát az elveszett dolgokért, és így passzív magatartást tanúsít. Egyelőre holtpontra jutott, önmagában is kételkedik emellett, bár a szülőket okolja sorsáért. Aktuális kapcsolatai gyengék. Feltehetően erősen fantáziál. Infantilis, irreális érdeklődés (ami az alkoholizálást mint kiélési formát magyarázza), bizonyos mértékben infantilis szexualitás, ez valószínűleg tárgyválasztásaiban is kifejeződött. Nem tehetségtelen, csak annyira elhanyagolt a nevelése, hogy a meséken túl a reálisabb összefüggéseket már nehezen ismeri fel. Ilyen hiányok is megnehezítik beilleszkedését a reális körülmények közé.

K. K. 30 éves férfi beteg

Apja színész, anyja iparművész volt. Egyetlen bátyja 18 éves korában főbe lőtte magát. Kétéves korában szülei elváltak. Apja

kivándorolt Amerikába, anyja megmérgezte magát, másfél évig kórházban feküdt. Bátyjával együtt menhelyre került, mert anyja nem tudta eltartani őket. Újra férjhez ment egy villanyszerelőhöz. A menhelyből nyolc családhoz volt kiadva; 12 éves korában vissza-került anyjához. Mostohaapja rendesen bánt vele, saját fiának tekintette. 1956-ban hazajött édesapja látogatóba. Ki akarta vinni magával, de nem ment vele. Nagyon kötődött anyjához, mindig hiányát érezte. Pubertás 16—18 év között, 18 éves kortól rendszeres szexuális életet élt. Húszéves korában nősült, felesége, 24 éves volt, törvénytelen gyerek, nevelőapjának távoli rokona. Feleségét kétszer kezelték idegosztályon (explozív reakciók, frigiditás, féltékenység, veszekedés). Öt év után elváltak. Közben más kapcsolatai voltak; ezeket felesége nem is nagyon kifogásolta. Nyolc éves kora óta rajzol, fest, de mégis villanyszerelő lett. Közben katonaság, majd három évig műtős szolga. Lakásuk volt, felesége is keresett. Válásuk után leköltözött anyjához, azóta vele él. 1957-ben kiállítása volt, azután kollégiumba küldték Pestre. Több mint 6 hónapos kollégiumban lakás után megbetegedett. 1957-ben összeállt mostani feleségével, aki 38 éves (ismét idősebb nő!). 1960-ban tudtak csak összeházasodni. Ekkor már két gyerekük volt. Lakásuk rossz. Felesége üveggyári munkás, elégedett vele. Festéssel keresett valamit, de nincs festéke, felszerelése.

A Rorschach-teszt értékelése:

Erős feminin identifikáció, amit az anamnézis magyaráz. Az apa elhagyta és messzire távozott, az anya maradt meg, de csak bizonyos mértékig. A vizsgált személy nagyon átélte az anya öngyilkosságát, ma is erős halálvágyat érez. Valószínűleg már hosszú idő óta rendszeresen foglalkozik a halál gondolatával.

Ember-képe a váláskor nagymértékben lerombolódott, és csak nehezen épült fel újra: inkább csak értelmileg, mint élménybelileg. A kép feminin jellegű, mert az eltávozott apa helyére az anyát kellett beépítenie.

Próbált a társadalom felé fordulni, és talán erről az oldalról megközelíthető. További szublimációs kísérletei is vannak. Ezeket azonban az ösztönbázis gyengültsége következtében nem tudja eleget erővel alátámasztani. Énje és ösztönei leromlottak, spontaneitása megszűnt, és magasabb, személy fölötti törekvései nem tudnak megfelelően megerősödni benne, nem áll eléggé határozottan saját magasabb törekvései mögött, noha ezek kétségkívül megvannak benne. Szexualitása is holtpontra jutott. A rosszul kope-ráló, súlyos tbc-s beteg távozása után egy évvel más intézetben meghalt.

IV. AZ ALKOHOLISTA BETEG SZEMÉLYISÉGE

A személyiséget autonóm, ugyanakkor környezetétől, a természeti és társadalmi valóságtól elválaszthatatlan rendszerként határoztuk meg. A normális személy valóságkapcsolata lényegileg adekvát: képes a valóság egészét felfogni, részleteit analizálni, s így a konkrét valóság számára — mint léttér — elfogadhatóvá válik. A valóság ugyan idővel változik, de ennek mértéke a normális egyed számára elvben nem haladja meg az elviselhetőség mértékét. A normális egyednek így meghatározott valóságviszonylata alapvető tapasztalati tény, amelyre világképét, életvezetését, egész egzisztenciáját felépíti. Ugyanez a tapasztalati tény, ugyanez az objektíven adott viszonylat határozza meg a normális ember érzelmi alapbeállítottságát is. Ez az élmény — mint ERIKSON kifejti két könyvében — a csecsemőkorban alakul ki annak alapján, hogy a csecsemőnek intermittensen vagy kontinuuosan jelenlevő szükségleteit az anya, ill. a szülők megfelelő időben, megfelelő módon kielégítik. A csecsemőben ennek alapján alapvető bizalom fejlődik ki, amelyet ERIKSON ősbizalomnak nevez. Ennek ellentéte a rossz, elégtelen ápolás esetén kialakuló ősbizalmatlanság, amely a patológiás személyiség-szerkezetet jellemzi.

A csecsemőkori katasztrófák mélységük szerint különböző betegségformákhoz vezethetnek, a pszichózisok gyökerét pl. ebben a fázisban kereshetjük. Az alkoholista személyiség kialakulásában ezek a kedvezőtlen tapasztalatok csak feltételek lehetnek, maga az alkoholizmus csak később és fokozatosan alakul ki. Már az alkoholizmus okait kutató irányzatok és irodalmi adatok vizsgálatából is arra a következtetésre jutottunk, hogy az alkoholizmusnak nem egy oka van, az alkoholizmust multifaktoriális betegségnek kell tekintenünk. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az alkoholizmusnak bármi lehet az oka. A multikauzalitás fogalmát körül kell határolnunk. Az okokat elsősorban a személyiségben és az emberi viszonylatokban, az ember és a környezet kapcsolatának alakulásában kereshetjük.

Az alkoholista betegek személyiségképét az irodalmi adatok és saját személyiségvizsgálataink alapján a multikauzális szemlélet-

ből kiindulva vázoljuk fel, és így a relatíve autonóm személyiség zavarait, valamint a személyiség és a környezet viszonylatának zavarait vesszük figyelembe. Tudatában vagyunk annak, hogy az alkoholista személyiség vizsgálatának ez a két aspektusa szoros összefüggésben van, és egymástól legfeljebb csak a jobb áttekinthetőség céljából választható el.

AZ ALKOHOLISTA SZEMÉLYISÉG SOKSZOROS TRAUMATIZÁLTSÁGÁNAK SZINDRÓMÁJA

A különböző szerzők az alkoholista személyiség vizsgálata során sok olyan részletet tártak fel, amelyek egymásnak látszólag ellentmondanak. Ebből az a következtetés is levonható, hogy e megállapítások egymást érvénytelenítik. Magunk azt az álláspontot képviseljük, hogy az alkoholizmus bonyolult képlet, amelynek igen sok oka van. A pszichoanalitikus szerzők általában a korai életfázisokat tartják a személyiség kialakulásában döntő fontosságúnak. Meglepő azonban, hogy egyesek az orális, mások az anális, narcisztikus, ödipális stb. fázisokban elszenvedett sérüléseket tekintik az alkoholizmus szemszögéből patogenetikusan. Felfogásunk szerint azonban ez nem ellentmondás, hanem megfelel az alkoholizmus sajátos szerkezetének. Sőt — mint látni fogjuk — ezzel a kiváltó okok sorozatát nem zártuk le, minthogy az alkoholizmus kialakulásában jóval későbbi, egészen más életszakaszba eső momentumok is nagy szerepet játszanak.

Felfogásunk tehát annyiban tér el az analitikus elmélettől, hogy szerintünk az ontogenetikus fázisokban keletkező bajok a képletnek csak egy részét teszik ki. Nem vallunk továbbá azonos nézeteket az analitikus felfogással abban sem, hogy ezeket a fázisokat csak kisebb részben tartjuk az autonóm libidó-fejlődés fázisainak, és azokat inkább a személyiség adott fejlettségi fokán, az adott valóság helyzettel, élményhellyel lehetséges szintézise, tranzakciója eredményének tekintjük. E szemszögéből vizsgálva az orális fázis egyrészt kétségkívül azt fejezi ki, hogy a primitív egyed saját testének szervei és működései közül egyelőre csak a száját és annak bekebelező működését helyezi előtérbe. Másrészt azonban ez a személyiség azon épül fel, hogy szülei, elsősorban anyja minden szükségletét saját erőfeszítése nélkül spontán és lehetőleg teljesen kielégíti. A csecsemőnek ebben az életfázisában egészen más élethelyzete van, mint későbbi élete folyamán. Ugyanez a későbbi fejlődési fázisokra is érvényes.

A normális csecsemő érdeklődése elsősorban a szopásra, a bekebelezésre koncentrálódik. A tárgyakat ebben a korban szájba

vétel útján igyekeznek megismerni. Természetesen ezek a sajátos vonások a későbbiek folyamán elveszítik központi jelentőségüket, és beolvadnak a személyiség szerkezet egészébe, de azért valamilyen formában megmaradnak, csak éppen megfelelő helyre kerülnek. Az egészséges felnőtt továbbra is szereti a jó ételeket, italokat, és élvezésüket az élet kellemes tartozékaihoz sorolja. Bizonyos értelemben a normális felnőtt is saját világának középpontja marad, de tudja, hogy e világ mellett minden embernek hasonlóan felépített világa van, amelyet a normális egyed szintetizálni is képes. Az én-központosság tehát nem merev és kizárólagos. Vannak azonban olyanok, akiknél már az első fázis lefolyása szerencsétlenül alakult, és a fenti vonások erősen fixálódtak ezen a kezdeti fokon, míg mások a későbbi fokokon elszenvedett traumák következtében erre a fokra regrediáltak. Lehetséges az is, hogy az első fázis igen kedvezően alakul, és ehhez képest a későbbiek jelentősége csökken. Az ilyen esetekben az oralitásnak jóval nagyobb szerepe van felnőttkorban, mint a normális egyedeknél. A kóros tényezők általában a gyermek nem megfelelő gondozása következtében léphetnek fel. A gyermekben a nélkülözések heves hiányérzeteket keltenek, amelyeket igyekeznek a külvilágra vetíteni, hogy ezáltal csökkentse ezeket. A külvilággal, az anyával és mindkét szülővel szemben agressziók is léphetnek fel, az elnyelés akkor — egyesek szerint — kannibalisztikus képzeteket vált ki. A fájdalomérzéseket a csecsemő az elnyelt rossz anyamellnek tulajdoníthatja, s ha képzetei megmaradnak, a személyiséget aztán belülről támadják. Az alkoholisták számára a különböző orális élvezetek — így elsősorban az ivás — az átlagosnál lényegesen nagyobb jelentőségűek. Ezt elsősorban azok a szerzők állapították meg, akik az alkoholisták pszichoterápiájával a mélylélektan módszere szerint foglalkoztak. A szabad asszociáció módszere, az álmok analízise, a rendszeresen feldolgozott élettörténet adatai mutatják az oralitás fokozott szerepét. S mi több, az orális tényező központi helyzete magát az alapösztönt is erősen átalakítja. Az orális ösztön nem az elfogadott és szublimáltabb, társadalmilag megengedett formájában jelentkezik, hanem nyersen és durván, abnormis alakban, különböző perverziókban. Az egyes esetek leírásában a pszichoanalitikus szerzők — GLOVER, ROSENFELD (1960) — ezeket a kérdéseket részletesen tárgyalják.

Az orális fázisban lejátszódó zavarok jellegére és súlyosságára tanulságos példa B. E. 43 éves cipészsegéd betegünk esete:

A beteget elmegyógyintézetből vettük át, ahol alkoholos pszichózis miatt ismételten ápolták. Anyja állítólag 17 gyermeket szült — ebből 10 leány —, akik kiskorukban mind meghaltak.

A beteg emlékezése szerint az egyik lány gyengeelméjű volt, akit az anya a kisfiú jelenlétében ölt meg. A beteg ugyan nem meri határozottan állítani, hogy gyilkosság történt, azonban magatartásából világosan kitűnik, hogy emlékei szerint valóban erről van szó. Feltehető a beteg szavai nyomán, hogy hasonló vagy megközelítően hasonló események a többi leánygyermekkel kapcsolatban is megtörténtek. A 7 fiúból egyik öngyilkos lett, kettő delirium tremensben halt meg, négyen élnek. Betegünk nem pszichotikus, — tbc-s alkoholista. Az anya is alkoholista volt, apja nem ivott. Anyjára úgy emlékszik, mint gyönyörű asszonyra. Haja bokájáig ért, fürödni lehetett benne. Úgy látta, mint akinek mindig korona övezi a fejét. Dús mellei voltak. Szült, szoptatott, dajkált. „Egyik gyerek a hasában, másik az ölében, harmadik a karján.” Sokáig, 9—10 hónapig szoptatott, de ha a nagyobb gyerek kért, adott neki is. Kis székeket hordtak a gyerekek: „Anyám, adjál cicit, mert köll.” Ő is 10—12 éves (!) koráig szopott. Ezt a Fehlleistungot gyorsan kijavítja 10—12 hónapos korra. A női mell azóta is legfontosabb számára a nemi kielégülésben. Anyja emlőit később is sokszor kívánta, ma is maga elé képzeli.

Nem kétséges, hogy az ilyen, szinte kiagyaltnak tűnő ellentét az anya viselkedésében egészen más következményekhez vezet, mint az állandó elutasítás vagy a következetesen rossz bánásmód. A példa jól mutatja, hogy az orális fejlődés autonóm menete alapvetően módosul az egyedileg változó családi helyzet, az anya—gyermek viszony alapján, és így a személyiség nem autonóm libidó-fejlődés, hanem a tranzakciók sorozatának eredménye. Az anya ellentmondó viselkedése az a momentum, amely W. és J. McCORD (1960) könyvének is egyik fő megállapítása, s amely későbbi vizsgálataink folyamán egyre világosabbá vált.

Az orális fázist követő *anális korszakkal* kapcsolatban a különböző szerzők megfigyelték az alkoholistáknál, hogy az anális és uretrális folyamatok már a gyermekkorban a normalistól eltérően folynak. Ennek magyarázata az, hogy az alkoholisták nevelése, gyermekora általában igen szerencsétlen, a legkülönbözőbb zavarokkal tarkított. Ma már általánosan elfogadott tény, hogy az anális és uretrális korszak problematikája csak olyan rendszeres tisztaságra szoktatás alapján oldható meg, amely állandó törődéssel párosul és nem alkalmaz elhamarkodott kényszereket. Ahol az ápolás és a nevelés legelemibb feltételei is hiányoznak, ott merülnek fel ilyen problémák. Egyes analitikus iskolák a fentieknek nem tulajdonítanak azonos jelentőséget. KLEIN és követői szerint ezek a folyamatok igen heves érzelmekkel járnak. A gyermek anyja emlőjéből szopik, táplálkozása szülőhöz kötött. Ha a szülő némileg is

ellenséges, úgy KLEIN szerint a belőle kapott táplálék is igen fenyegető lehet a csecsemő számára. Ilyenkor az ürítés az erős szorongás, az üldözöttség és a mérgezettség élményét keltheti, és depresszív állapotokhoz vezethet. A mikció a veseműködés gyorsasága következtében lényegesen kedvezőbb folyamatnak látszik és a szorongások csökkentésére alkalmas. Az analitikus szerzők az alkoholista betegek agresszivitását, paranoiditását, szadisztikus tendenciáit, öndestrukciónak, mániás-depressziós megnyilvánulásait az e korszakban bekövetkező fixációra, ill. a traumák után jelentkező regressziókra vezetik vissza.

E korszakra igen jellemző esetet közlünk.

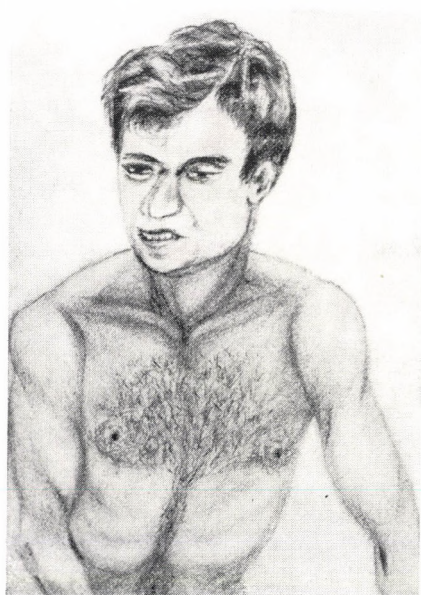
Részlet *F. A. 32 éves férfi betegünk* leveléből:

„... Önhöz fordulok segítségért, mivel az életem most futott igazán kátyúba. Amint már személyesen közöltem, nagyon rosszul sikerült a nősülés. Rájöttem, hogy a nő ki akar tenni a lakásomból. Ennek érdekében mindent megtett, azt mondta, hogy amikor alszom, elvágja a nyakam, vagy valahogy megmérgezz. Otthon így nem volt nyugtató. A pénzemet kilopkodta a zsebemből és már több dolgomat (fehérnemű, ruha) eltüntetett. Fizetett emberekkel akar megveretni. Egyszóval megmondták az anyjával, hogy kiüldözznek a lakásból. Mindez azon kezdődött, hogy rájöttem, hogy erkölcstelen életet él, továbbá van egy perverzitása (végbélbe érintkezni), amitől én megundorodtam. Megtudtam, hogy én vagyok a negyedik „férje” és mind mellett így viselkedett . . .

Sajnos, ebbe a nőügybe azért keveredtem bele, mert gyengének éreztem magam és gondoltam, legyen valaki mellettem. Sajnos nagyon befürödtem, de sajnos a saját káromon tanulva megfogadtam, hogy az első feleségemen kívül nem kell senki. Vagy ő, vagy senki. A feleségemet és a kislányomat nagyon szeretem, és remélem, hogy még vissza is nyerem őket.”

Az alkoholista beteg paranoid üldözöttség-érzése, a szóban forgó perverzitás ugyancsak paranoid jellegű kivetítése (hasonló problémák más nőkapcsolatában is voltak), maga a nemi aberráció jellege az anális kor fixációjára utal.

Ilyen körülmények között a személyiség fejlődése, identitásának kialakulása nem halad előre. Ezért az anális kor után következő narcisztikus korszakban is az erős fixálódás veszélye forog fenn. A narcisztikus fixálódás pedig a normális szexuális fejlődés menetét meggátolja. Narcisztikus bázison homoszexuális ösztönképlet alakulhat ki. Az identitás szokatlan gyengesége egyes esetekben azzal is járhat, hogy a megzavart személyiség sajátos identifikációs formákat vesz fel. A most következő önéletírásban világosan kirajzolódik az alkoholista azonosulása leánytestvérével, amely az erős



K. S. 40 éves homoszexuális beteg rajzai.

narcisztikus fixáltsággal kiegészülve homoszexuális ösztönfejlődéshez vezetett. Az önvallomás jól mutatja, hogyan utasítja el a személyiség narcizmusa alapján az érzelmek bevitelét a tárgykapcsolatokba. A szexuális viszonyt következetesen a testi oldalra redukálja, az érzelmek szerepét saját perspektívájából szemlélve alacsonyabb rendűnek tartja. Mindebből világos, hogy a beteg kizárólag saját érzéseit veszi figyelembe, a másik személynek semmilyen különállást nem tulajdonít, a másik személyt tehát önmagával azonosítja. Az ilyen azonosításos tárgyválasztás nyilván az azonos nem preferálásához vezet. Ily módon a személyiség a tárgykapcsolatok kialakulásának csak legelemibb formájáig jut el, a tulajdonképpeni emberi szexuális kapcsolatok fejlettebb formái számára megoldatlan problémát jelentenek, ezért lehetőleg kerüli.

K. S. 40 éves alkoholista betegünk önéletrajzi írásából homoszexuális élményeire utaló néhány töredék:

„... mikor a nővérem az első báljára ment. Nagy sürgés, forgás, izgalom, hogy meg fog-e tetszeni a fiúknak. No, nem is kellett annyira izgulnia, mert a bálkirálynő választáson ő lett a legszebb! Meg is volt a nagy öröm! Nem győztem napokon át hallgatni, hogy is volt ez! Ekkor bennem is felvillant valami. Milyen szép is, és milyen jó is egy ilyen bálon részt venni, hát így egy kicsit kezdtem irigykedni a nővéremre! — Ez a hasonló eset sokszor megismétlődött. Nővérem minden bálon részt vett és mindig új ruhában. Tehát ezek az izgalmak mindig újból megismétlődtek. Természetesen bennem ismét kiváltotta azt az irigységet, vagy mondhatnám úgy is, hogy féltékenységet.

... Miközben ez a katona ott dolgozott, én többnyire vele voltam és úgy elbeszélgettünk. Apám esténként mindig adott neki egy kis borralalót, no meg egy pár pohár bort. Nekem nagyon tetszett ez a dolog, mert én az ő szemében voltam valaki. — Én ezt láttam rajta! — Nemegyszer úgy délutánoként mikor kettesben voltunk vele, mindig bizalmaskodva játszott velem. Felemelt, nyakába ültetett és úgy lovagolt az udvaron velem. Nekem ez nagyon jól esett! Úgy, hogy annyira megszerettem őt, hogyha valamiért nem jöhetett el, akkor már szinte bánkódtam miatta. —

Volt vele sok szép eltöltött idő, ami megmaradt az emlékezetemben. Már régen — úgymond — barátok voltunk, amikor egyszer mosdás közben hivalkodott a szép izmos testével, meg a férfiaságával. Ekkor bennem egy olyan irigységet, és féltékenységet váltott ki, hogy amikor el akart menni, mondtam neki, maradjon itt és menjünk be a szobába. Ő kérdezte, hogy miért? Én mondtam neki, hogy van benn bor és majd ott iszunk. Nem kell félni semmitől, mert apám azt mondta, „hogy mindig kínáljuk meg a katonát

borral, amikor el akar menni”. — Ő erre nagyon megörült és bejött velem. Sok minden érdekes volt neki a lakásban és azokon ő úgy elcsodálkozott. Én erre még nagyobb bátorságot vettem magamon és leültettem magam mellé a diványra, és töltöttem neki bort. Ittunk! Ő nekem elkezdett hízelegni és kedvemre valót mesélgetett. Én azt gondoltam, hogy ezt azért teszi, hogy több bort ihasson. Az is lehet, hogy másért! Talán szeretett is! Ilyen hasonló idill sokszor volt! Ezek évekig megisméltódtak! —

... Egy napon a túlórázásból jövet hazafelé eszembe jutott a villamoson, hogy leszállok a Keletinél és szétnézek a pályaudvaron, hogy mégis ne legyen üres a napom. Úgy is tettem, s bementem a pályaudvar indulási oldalán a jegyváltóterembe, majd a váróterembe, ahol épp úgy, ahogy elképzelttem, a terem egyik oszlopánál ott állt egy katona elég elszomorodott arccal. Ezt látván én megálltam s végignéztem a csizma orrától a sapka tetejéig, s egyből láttam, hogy ez, már mint az alakja és az arca majdnem olyan, mint amilyet én elképzelttem magamnak. Ezt látván mondtam magamban: ez igen, ez jöhet, ez az enyém! No aztán tovább mentem és egy kicsit meg-meg pillantottam, hogy még a fel nem lelt értékeket is megleljem s aztán minden bizonnal megpróbáljak vele ismerkedni. Sétálgattam, s végül is mellette leálltam, majd megszólalok: Ugye unalmas ez a várakozás! Elmosolyodik és azt mondja: Hát még nekem! Kérdelem miért? Miért? — Azért, mert nekem már csak reggel 6.30-kor megy a vonatom. Hú, ha! — Ezt nem irigylem! Egy kicsit vártam, majd ismét feléfordulva mondtam neki: — Ide figyeljen, hát ha akarja, akkor ott alhat nálam. — Merőn rámnézett és elnevette magát. No én még egy kicsit hagytam gondolkodni, s aztán ismét megszólaltam: Van otthon csörgős óra, felhúzzuk, s akkor nem fogjuk lekésni a vonatot. Ő csak mosolygott és nézett rám. Én ismét mondom neki, csak egyaránt bátorítottam őt, míg végül is beleegyezését adta s mondta, hogy jó! — Erre aztán gyorsan mondtam neki, hogy akkor máris menjünk, hogy még kapuzárás előtt hazaérjünk. Ahogy kiléptünk a pályaudvarról, megkérdeztem tőle, — hogy nem inna meg egy pohár bort? — nevetve mondta — Dehogynem! — Na, akkor menjünk itt át, és ott van az a vendéglő, és ott iszunk igazán jó vörös bort! — mondtam én. Úgy is volt. Ittuk a bort és én megkérdeztem tőle: — Hány éves? — Ő mondja huszonkettő! — Én meg huszonnégy! — Hát akkor nem is sokkal idősebb, mint én! — mondtam nekem. Erre pedig én egyből lecsaptam és megragadván az alkalmat egyből felajánlottam, hogy igyuk meg a pertut. Úgy is lett! Így szépen iszogattuk a jó vörös bort, s míg végül is olyan jó barátságba lettünk, hogy minden bizalommal mehettünk haza.

Útközben aztán megkérdeztem tőle, hogy érted te aztán, miről van itt szó? — Ő csak nevetett! — Aztán megszólalt: — Igen. — Én ismét megkérdeztem tőle: — De biztosan? — Ő csak bizonygatja, hogy igen. — Na akkor ne firtassuk, hanem lépünk ki, hogy mielőbb otthon legyünk. Na végül is megérkeztünk, és ahogy beléptünk a szobába, láttam rajta a nagy megilletődést. Úgy egy kicsit elképedt. — Na, mondtam neki, tedd le a köpenyedet és helyezd magad kényelembe! — Úgy is tette! Én is levettem a felöltőmet és odamentem a rádióhoz, bekapcsoltam, hogy legyen egy kis zene is, s tőle megkérdeztem: szereted a zenét? — Jó! — mondta. Aztán én odamentem a szekrényhez, s odaszóltam neki. — Akarsz inni egy kis vörösbor? No erre aztán úgy felvillantak a szemei, hogy el is nevette magát és mondta — Persze! — Én kivettem egy üveggel, felnyitottuk és iszogattunk még egy kicsit, míg végül is lefeküdtünk. Én vetkőzésnél jól megnéztem magamnak, hogy nem csalódtam-e a korábbi vizsgálódáskor. De nem bizony! mert csak most láttam, hogy milyen jó partiba szálltam be. Csodálatos szép alakja volt. Igazán az a jó férfias test. Jó vastag lábak, kissé kifelé dőltek, ami egy egyenruhánál fontos is, mert annál vonzóbbak. A csípője is megütötte azt a fokot, amit én szerettem volna. Na az arc volt egy kicsit nem az, ami éppen az enyém lett volna, de azért az is elment, mert az a szép kék szeme mindent felülmúlt, amit a távlat eddig takart. Úgy gondolom, hogy mind a ketten elég nagy izgalommal feküdtünk le, és vártuk azt a pillanatot, amikor hát azt mondhatjuk, hogy na még sem csalódtam. Így is volt! El is jött! Ahogy feküdtünk, én átöleltem egy kicsit megszorongattam, amire ő is átölelt. No én ebből megértettem, hogy ért mindent, és minden bizalommal lehetek. Én megmondtam őszintén, hogy nekem annyira tetszett ő, hogy olyan vonzalmat éreztem iránta, hogy a legnagyobb érzelmet váltotta ki bennem! Ő is teljesen izgalomba jött, mert úgy remegett, hogy nem is bírt beszélni. Így lassan aztán el is jutottunk a véghez, míg a coitus meg nem történt. Másnap reggel aztán, amikor felébredtünk, én megkérdeztem tőle, hogy: — Hogy aludtál? — Jól! — mondta. Ebből én mindent értettem. Öltözködés közben még nézegettem a szép izmos alakját, és gondoltam magamban: — De jó volna őt megtartani barátomnak — Végül is, ahogy elkészültünk még ittunk egy-két pohár bort és kikísértem a pályaudvarra, ahol aztán fizettem még neki, miközben azt mondtam: — Igazán rendes gyerek vagy. Megérdemled. Erre a szeme felvillant, és elnevette magát. Végül is búcsút vettünk egymástól és én mondtam neki, ha van kedved, jövet hazafelé gyere fel. Úgy is volt. Két hét múlva meg is jelent kora reggel. Én megkérdeztem tőle, van-e kedved?

Ő erre örömmel azt válaszolta, igen. — Na akkor gyorsan vetkőzz le, még van három óránk. Úgy is lett! Most már minden gátlástól mentesen ment végbe. Igazán megfelelő keretek közepette! És így lesz mindkét nem egynemű, mert a közösülés elérékenyülésében mindkét nem a másik nemet érzi magában, mintha az volna ő. A szerelmi közösülésnél ez nem így van, ott az ember mindig szerelmének lelkivilágába helyezkedik bele, és így nem tud tökéletes lenni a kielégülés, mert a lélek oly magasan szárnyaló, hogy a test súlyánál fogva mindig alul marad és hátul. Ezt így érzi a lélek. A test pedig felmelegszik, tüzes lesz és hatósugarakkal vonzóvá válik, úgy, hogy a másik testet teljesen az ő hőfokára viszi, s ezért van az, hogy a testi kíváncsólomból származó közösülés mindig a leg-tökéletesebb, és ez maradandó viszonyt teremt. Ez van a másik nemeknél is, mert a szerelem lángoló, de nem örökkévaló, de a testi vonzalom az mindig tartó, vagyis azt úgy kell érteni, hogy ha az egyik partner valami oknál fogva megszűnik létezni, akkor az ember azonnal keresi ugyanazt a testet, és ez így megy, míg az emberben bugyogó életforrás van!”

A személyiségfejlődés korai megzavarása következtében a fázisok lefolyásának normális menete elérhetlenné válik. Nincs ki-látás tehát arra sem, hogy az ilyen személyiség az ödipális helyzetet megközelítően normális módon oldja meg.

A pregenitális (narcisztikus, autoerotikus, ödipális) szakaszoknak a fixációi kifejezésre jutnak az alkoholista személyiség egyes jellemző vonásaiban, pl. az exhibicionizmus, a fixált maszturbációk, a különböző perverziók, az anyakötöttség, az inceszt viszonylatokra való hajlamban. Ahogy rámutattunk, maga FREUD a narkomániák eredetét a maszturbációkban látta. Az alkoholisták örömkérésük módjában, az ivásban megőrzik a maszturbációra jellemző infantilis vonást: kielégülés önmaga segítségével, manipulációkkal.

Két esetet mutatunk be:

Sz. S. 48 éves férfi beteg

Hosszú levélben írja le életének kisiklását, válását, elmagányosodását. Életvezetésében a zavar gyenge szexualitásában, a férfias aktivitás hiányában mutatkozik. Pubertás 14 éves korban, de itt a kórházban is vannak pollúciói álmában. Onanizálni is igen ritkán (havonta) szokott. Tizennyolc éves korában „elcsábította” egy fiatalasszony. Ez volt az első kapcsolata. Összesen 8 „nője” volt, de egyet sem tudott kielégíteni, otthagyták. Ez bántotta. Anyjának elmesélte, de ő sem tudott erre orvosságot. Három napi ud-

varlás után 24 éves korában nősült. Felesége 22 éves parasztlány, nem virgo, de nem vele volt viszonya. Házasságuk alatt is havonta egy-kétszer közösültek (ejac. praecox). Az asszony hamar kifejezésre juttatta elégedetlenségét. 1961-ben váltak el. Azóta összesen „kétszer volt nővel”. Egyedül van. Vágyik élettársra, de fél, hogy újra ilyen helyzetbe kerül. Ivási periódusa előtt (2—3 havonta) szorong, kimenne a világból, kerüli az emberek társaságát. Egyedül megy inni. Kocsában sem ül le máshoz. Leül külön, vagy megáll a pultsarkon (hangosan, könnyekkel sír). „Anyám is ilyen volt. Egyedül élt. Ilyen gyenge természetű volt.” Ivócimborák sohasem csatlakoztak hozzá. Az ivás hatására rövid időre oldódik feszültsége. Mikor már „motoszkál fejében” valami, remegni kezd, ott-hagyja a fél poharat, esetleg málnát, édeset kíván. Jön a remegés, a félelmek. Víziói és félelmei, konkrétan halálfélelme van. Háborús képeket lát, emberi tetemeket, erdőrészetet, csonkok csüngnek a fákon. Mély (bum-bum) hangokat hall. Véres lovak fekszenek előtte. Fél, hogy ott pusztul vagy súlyos betegséget kap, vagy reszketős marad. Fáj minden mozdulata.

— Mi most a legnagyobb baja?

— A magányosság — mondja.

„Nem akarom látni a postást, falnak fordulok, ne lássam, amikor másnak levelet ad.”

G. I. 34 éves férfi beteg

Apja jómódú parasztcsaládból származik. Még legénykorában elitta, elkártызta házát, földjét. „Nem is ház volt, amit örökölt, hanem kastély, legalábbis a környéken így emlegették.” Talán még gyermekkorában is maradt valami vagyonuk, de nem nagyon emlékszik rá. Anyja árvalány, menhelyi gyerek. Apjához nagyon jó volt, elsősorban róla gondoskodott. Apja nem dolgozott, ivott, de anyja csak azzal törődött, hogy neki legyen mit enni, inni. A gyerekek éheztek, száraz vagy penészes kenyeret ettek. Pontosan nem lehet eligazodni a szaván. Másik variáció, hogy mindkét szülője beteg volt (apja tbc-s, anyja szív- és tüdőasztmás), ezért ment nekik olyan rosszul, amiatt éheztek. Anyját nagyon szerette. Ő volt az anya kedvence, de mint legidősebbnek, már 7 éves korától dolgoznia kellett. Apja elszedte kis keresetét is és elitta. Később, 7—11 éves korában a nyári szünetben cselédeskedett. Őt elemiit végzett, utána napszámba járt. Őt testvér közül kettő korán meghalt. Egy húga férjnél van, öccse nős. Egyik sem beteg. 1944 előtt műbútorasztalossgot tanult, de 1945 után abbahagyta a munkát, visszakерült szüleihez. Anyja 1949-ben meghalt. Ez nagyon súlyo-

san érintette. Azóta nincs otthona. Apja később kétszer is megnősült, a mostohák nem szívesen látták a lakásban. Húga a családi házból kisemmizte, most is haragban vannak az ivás miatt. Apja 82 éves, mostohája 75, náluk lakik, de hatósági úton ki akarják tenni a lakásból. Mostohája valószínűleg saját unokáját akarja odavenni.

1949 óta él Pesten. Itt megismerkedett egy lánnyal, évekig menyasszonya volt, együtt éltek. Amikor a lány megtudta, hogy tüdőbeteg, elhagyta. Ez a szebbik változat. A másik szerint a lánynak közben is volt valakije, akihez később férjhez ment. A betegség valószínűleg csak ürügyül szolgált, hogy otthagyhassa. Megnősült, felesége süketnéma. 1957-ben vele is szakított, azóta iszik fokozottan. Szerelmi csalódása nagyon megviselte. Jelenleg is szerelmes az egyik nővérbe, öngyilkossági gondolatokkal foglalkozik. A reménytelen és irreális szerelem növeli inszufficiencia-érzését. Nem reméli, hogy az életben valaha is találni fog valakit, aki szeretni tudná.

Bár 7 éves kora óta dolgozik, mégsem tud 10 éves munkaviszonyt felmutatni, így csak 300 Ft rokkantsági nyugdíjat kap. Munkakönyvét elvesztette, nem tudja a vállalatok nevét, ahol dolgozott. 1954-ben nem volt lakása, szabadban aludt, üzemi pufajkáját ellopták, ill. nem tudott vele elszámolni, ezért 9 hónap börtönre ítélték. Ebből 6 hónapot leült. Szerinte itt kezdődött tbc-je, mert „megfázott”. A tbc 1957-ben kezdődött, közelebbi konfliktussal nem tudja betegségét összefüggésbe hozni. Valószínű, hogy menyasszonya hűtlensége előbb történt, mint betegsége felfedezése, s ez járult hozzá betegségé kiváltásához.

Erősen rövidlátó, kicsi, vézna, „kripli”, külsejéből árad a szerencsétlenség és a kisebbségi érzés. Igen depressziós, beszéde zavaros, ellentmondó, kronológiailag dezorientált. Irreális ábrándvilágban él, s abból alig mozdítható ki. Rorschachja súlyos szexuális zavarokat mutat. Bizonytalansága, depressziója, emberidegensége, kapcsolatkészségének teljes hiánya magyarázzák elfordulását a világtól, irreális kötődéseit. Gyámoltalan, szinte életképtelen gondozás nélkül.

Az első beszélgetésünk óta depressziója oldódott, jobb kedvű, beszédes, környezetét azzal foglalkoztatja, hogy kérdegeti, helyesen viselkedik-e vagy nem, orvosát megkéri, hogy tanítsa meg a nőkkel bánni.

Beszédén látszik az erőfeszítés a rendezettségre, próbál kapaszkodni a valóságba. Minden mondata előtt percekig gondolkodik, sztereotipen így kezdi: „ja igen...” Elmondja összefüggően a mondatot, majd: „Tetszik érteni? Helyesen mondtam?” Néha azt

is megkérdi, hogy helyesen mondta-e, hogy tetszik érteni vagy az sértés. Kb. így: „Ja igen. Azt hittem, nemi betegségem van. Tetszik érteni? Helyesen mondtam?” — „Miért gondolta, hogy nemi betegségem van?” — Szünet. „Ja igen, meg azt is gondoltam, hogy a hasamba valami keményedés nő és ez is a nemi betegséghez tartozik. Tetszik érteni?” stb.

Így elszigetelt mondatokon keresztül a következő képhez jutunk. Mindaz, amit először mesélt, „hamuka volt”. Abból a nőből csak annyi igaz, hogy 1949-ben közösült vele. Aztán véletlenül találkoztak egy SZTK-rendelésen, a nő éppen a nőgyógyászatról jött ki. Azt gondolta, azért, mert nemi beteg. Azóta saját magáról is azt hiszi, hogy nemi beteg. A legkülönbözőbb tüneteket érzi; minden testi megnyilvánulást a betegséggel összefüggőnek gondol. Nemi szervén a bőrt fel lehet húzni, ezért gyakran mossa, mert azt hiszi, ettől gyógyul. Hónalja izzad, szájának rossz szaga van, ezek is a nemi betegség tünetei. Nemi életet azóta nem él, nem mer. Miután próbáltuk meggyőzni, hogy mindez nem betegség, úgy tesz, mintha elhinné. Majd megkérdezzük, merne-e már nővel lenni, ezután ismét kijelenti, hogy nem, mert az elkapná tőle a betegségét.

Saját maga szokta kielégíteni magát. Gyermekkori emlékei: a szülőkkel egy szobában alszik, közösülésükre felébred, ő is szeretne ebben az izgalomban részt venni. Anyja gyakran úgy ült, hogy látszott nemi szerve. Ő mindig úgy helyezkedett vele szemben, hogy láthassa. Húgával egyszer próbálkozott, húga aludt, ő megpróbált melléfeküdni, de az elkergette. Lehet, hogy húga azóta haragszik rá. Mostanában sem áll vele szóba. Mostohaanyjával egyszer részeg állapotban kikezdett, az asszony hajlandónak mutatkozott vele coitálni. Apja ugyanakkor ott aludt a szobában. Második mostoháját is próbálta megkörnyékezni, de az „értésére adta, hogy tisztességes asszony” (ez a mama kb. 75 éves). Ezután történt, hogy ki akarták tenni a lakásból, rendőrségi végzés is van, hogy kilakoltatják, de még mindig ott lakik.

Mindezt olyan naivitással és természetességgel mondja el, mintha csak az volna a probléma, hogy helyesen fejezte-e ki magát. Lehet, hogy olyat csinált, ami „nem illik”, most már érti, ezután jobban vigyáz. Lehetséges, hogy mindaz, amit elmondott, csak fantázia. Nem is túl fontos, hogy igaz-e. Láthatóan megkönnyebült, örült, hogy beszélhet ezekről a dolgokról. Arra, hogy mindez mikor történt, nem lehet rákérdezni. A megkönnyebbülés egyelőre azt jelenti, hogy fokozott szexuális izgalomban él.

Az előbbi esetben az anya talán csak a szokottnál zárkózottabb gyermek számára a személyiség kialakulásához szükséges szeretetet nem nyújtotta. Az utóbbi esetben azután már világosan megmu-

atkozik, hogy az anya—gyermek kapcsolat incesztuózus jelleget ölt, minthogy az anya maga is erősen negligálja a társadalom kialakulásában a generációk közti határvonalak világos megvonását és így a személyiség identitásának kialakulásában nélkülözhetetlen incesztuózus tilalmakat. Ez azután a nőtestvér, majd a mostohaanya viszonylatában tovább romlik, és végül a személyiség egész szerkezete, fogalomrendszere teljesen bizonytalanná válik. Különösen a szexualitás területén teljesen áttekinthetetlen káosz keletkezett. A modern társadalom morál-rendszeréről a legminimálisabb ismeretekkel sem rendelkezik. Hipochondriás képzetei és manifeszt krónikus betegségei bizonyos mértékig előnyösek számára, amennyiben racionális alapot szolgáltatnak ahhoz, hogy minden akciótól — amelyre nincs megfelelően elkészülve — bizonyos jogosultsággal tartózkodjék.

Az ödipális kötöttség megoldásához a gyermeknek fel kell adnia az anya és a női szexus azonosítását és azonosulnia kell megegyező nemű szülőjével, tehát fiúgyermek esetében az apával. Ez három akadályba ütközhet:

1. Lehetséges, hogy a gyenge személyiség nem képes az anyáról leválni, erős függőségben marad vele és az erősödő szexuális ösztön az anyához köti.

2. Igen megerősítheti ezt az anya bizonytalan, zavaros, sokszor ellentmondó, részben egyenesen csábító viselkedése. Az ellentmondó viselkedést az anya részéről az előző két példánkban világosan megállapíthattuk.

3. Komoly akadályt jelenthet a fázis megoldásában, pontosabban az apával való azonosításban az apa durva, féktelen agresszivitása, mely ezt lehetetlenné teszi.

Saját személyiségvizsgálataink összefoglaló ismertetésekor az *apa szerepét elemezve* már több idevágó anamnézist, ill. részletet közöltünk.

Gyakran megállapíthattuk, hogy az alkoholista apa intoxikált állapotban vagy józanul is, családjával szemben végtelenen támadó. Ilyen esetben az azonosítást maga a szülő akadályozza meg. Vizsgálataink szerint sokszor az a megoldási kísérlet áll elő, hogy a gyermek az agresszív apával teljes mértékben azonosít, és annak valamennyi szokását változatlan formában magáévá teszi. Ezt a jelenséget az alkoholista betegnél az extrém agresszió viszonylatában gyakran megfigyelhetjük, és így az alkoholizálással kapcsolatos agressziókat ebbe a csoportba sorolhatjuk.

Tapasztalatunk szerint ez az azonosulás a problémát nem oldja meg. Az agresszív szülővel szembeni ellenagressziók, elfojtott formában, a személyiségben az azonosítás mellett és mögött megma-

radhatnak. Ebből a személyiségben rendszerint igen súlyos szorongások keletkeznek. Saját vizsgálataink folyamán ilyen esetekkel rendszeresen találkoztunk. Az azonosítás tehát nem teljes megoldás, hanem sok vonatkozásban patológikus, de erre még visszatérünk. Már most megállapíthatjuk azonban, hogy elsősorban súlyos szorongások alakulnak ki. Az irodalom áttekintésekor láttuk, hogy JELLINEK és követői az alkoholista személyiség döntő sérülésének eredetét a szocializálódási folyamatban, az emberi kapcsolatok sérültségében látják. Az interperszonális kapcsolatokat a szociálpszichológusok általában a megelőző személyiségfejlődéstől függetlenül vizsgálják, s ez a jelenségek bonyolultságát tekintve előnyös leegyszerűsítést jelenthet. Világos azonban, hogy a szocializálódás az azonos nemű szülővel történő azonosítással kezdődik és további azonosításokon keresztül halad. GOTTSCHALDT (1954) érdekes megfigyelése szerint a gyermekek bizonyos korig egyáltalán nem kifogásolják, ha apjuk foglalkozását bírálják, majd hirtelen élesen szembeszállnak az ilyen irányú gúnyolódással (körülbelül abban az időszakban, amikor saját testi megjelenésüknek görbe tükörrel való torzítása is erős ellenhatást vált ki bennük). A családi beilleszkedés, a tanulás és az egymás után következő szerepvállalások folyamatában az azonosulás továbbterjed a rokonság irányába. Ebben a hálózatban a védelem ténye és élménye, a követendő személyek, az egyenjogúság és az alárendeltség formái tisztázódnak. A civilizációk korai fejlődésfokán ez a beilleszkedés az egyedek létének bázisát alkotja. De ezeknek a kapcsolatoknak változatlanul nagy jelentőségük van a mai ember számára is és sérülésük — mint látni fogjuk — az alkoholizmus szindromatikájának fontos tényezője.

A jelenséggel kapcsolatban ismeretes, hogy kialakult társadalmi tradíciók, létformák történeti, gazdasági okokból bekövetkező megszűnése mindig kritikus helyzeteket teremt, amelyben az alkoholizmus is könnyen tért hódít.

Az alkoholisták személyiségfejlődésének sérülését, annak eredetét a különböző szerzők az ontogenezis minden fázisában és minden fázis bármely tényezőjében láthatják. Sőt, a különböző elméletek figyelembevételét azt mutatja, hogy sokan az eredetet a személyiség legkülönbözőbb társadalmi viszonylataiban keresik, és így az eredet felnőttkorra és a felnőtt egyed társadalmi viszonylataira is tehető. A sajtószerű momentum mindebben az, hogy a különböző analitikus szerzők megállapításai gondos klinikai megfigyeléseken, nemritkán tárgyilagos vizsgálatokon alapulnak. Kétségtelennek látszik, hogy a bonyolult jelenségkörben értékes megállapításokkal szolgálnak.

A pszichoanalitikus szerzők legtöbb olyan megállapítása, amely az alkoholista személyiségnek a gyermekkorban elszenvedett sérüléseire vonatkozik, helyesnek látszik. Elfogadható az is, hogy az ilyen sérülések a továbbfejlődést erősen zavarják, a személyiséget az elért fokon rögzítik (fixálják), sőt esetleg regressziót, visszafejlődést idéznek elő. A sérülések közelebbi vizsgálatakor azonban ki kell egészítenünk a pszichoanalízis trauma-elméletét, amely szerint a fixáció és a regresszió oka a sérülés által kiváltott erős érzelmi feszültség. A sérülés természetesen sértődöttséghez vezet, és ennek nyilván szerepe van a személyiség későbbi viselkedésében. Lényegesebb momentum azonban ennél az, hogy ha valamely külső körülmény erőszakosan befolyásolja az egyed életét, fejlődésére ez alapfontosságú tapasztalatot jelent, amelyből a valóság természetére nézve súlyos tapasztalati következtetéseket von le. Extrém példánkban a gyermekgyilkos anyja életben hagyott gyermekétől nem várhatjuk, hogy az az anyai szeretet elvének tiszteletben tartása mellett saját élethelyzetét jelentéktelen, következtetésre alkalmatlan kivételnek tekintse. Felfogásunk szerint tehát az adott élethelyzet veszélyessége nemcsak érzelmi kihatással jár, hanem döntően befolyásolja az egyed valóságképét és ennek alapján egész aktivitását. A trauma egyrészt érzelmi, másrészt kognitív kihatású, alapfontosságú tanulás bázisa, amely a normálistól, azaz az ideálisabb élethelyzetben kialakulótól felépítésében erősen eltér. Más élethelyzettel kialakított tranzakció ugyanis más eredményhez vezet.

Saját anamnesztikus személyiségvizsgálataink során nem pszichoanalitikus módszerekkel dolgoztunk. Az élet- és betegség történet tanulmányozásakor azonban a korai személyiségfejlődés zavarait meghatározó jelentőségűnek találtuk. A részletesen vizsgált személyiségkárosító tényezők gyakorisága, az apa és az anyja szerepe az alkoholistává vált egyén korai személyiségfejlődésében jól összeegyeztethető az analitikusok fixációs és regressziós elméletével. Még inkább áll ez alkoholista betegeink Rorschach-vizsgálatának eredményeire. Igaz, hogy itt már azokat a jegyeket tanulmányoztuk különös gonddal, melyek az oralitásra, az analízis és uretrális primer folyamatokra, a szexualitás zavaraira utaltak.

Vizsgálataink alapján nagy jelentőséget tulajdonítottunk a személyiségkárosító tényezők halmozódásának és váratlanságának. Az előbbi jelenség is rámutat arra, hogy a korai traumák és kihatásaik tekintetében igen nagy eltérések lehetségesek, és a traumatizáltság sajátos, összetett formáival találkozhatunk, mint azt sok kazuisztikai jellegű példán érzékeltettük.

A váratlan veszteségek ugyancsak komoly szerepet játszanak a sokszoros traumatizáltság tünetegyüttesében. A korai traumák és

halmazódásuk mellett ez eredményezi az alkoholista személyiség feltűnően rossz frusztráció-tűrését, a szorongások, a feszültségek elviselésének képtelenségét. Az ilyen személyiség ugyancsak képtelen szükségletei kielégítését — felnőttre jellemzően — elhalasztani, csak a pillanatnak él. Fokozott, erőltetett örömkeresés, adott esetben az eksztázis keresése jellemzi. A korai traumák következményeit növelik és mélyítik a felnőttkori frusztrációk, az életvezetés, a pálya- és párválasztás, a társadalmi beilleszkedés sikertelenségei és kifejezett, ugyancsak halmazódó kudarcai. Az alkoholista beteg többnyire tudatában van személyisége befejezetlen voltának, hiányosságainak, életvezetésbeli sikertelenségeinek, ezért súlyos önértékelési problémái vannak, amelyek depresszióig, önsorsrontásig, önpusztító tendenciák érvényesüléséig, öngyilkosságig fokozódhatnak.

Egyes szerzők (ROSENFELD, 1960) a narkomán, ezen belül az alkoholista személyiséget a mániás-depressziós személyiségképpel rokonítják. Gyenge énjük nem képes a depresszió elviselésére és ezért mániás mechanizmusokat használnak. Minthogy énjük még ehhez sem elég erős, ezeket a mániás felhangoltságokat is átmenetileg, kábítószerek vagy alkohol segítségével — mesterségesen tudják csak elérni.

A pszichoanalitikus szerzők elgondolásait Rorschach-vizsgálataink bizonyos vonatkozásában — mint láttuk a mániás-depressziós körre utaló jegyek értelmezésénél — alátámasztják, akárcsak az alkoholista betegek viselkedésének huzamosabb megfigyelése. Ugyanez elmondható az alkoholisták, különösen más krónikus, szomatikus betegségben (tbc) szenvedő alkoholisták önpusztító tendenciáiról.

Az elmondottakból kiviláglik az irodalmi adatokra és saját személyiségvizsgálatainkra támaszkodó felfogásunk, mely szerint az alkoholista személyiségfejlődés nem egyik vagy másik pontján sérült, hanem úgyszólván minden vonatkozásban. Ezért is beszélünk az alkoholista személyiség *multiplex traumatizáltságának szindrómájáról. E tünetegyüttes legfőbb pontjai:*

1. Az alkoholista, még jó intellektuális képességek esetén is, általában éretlen (infantil) személyiség. Személyiségfejlődése a súlyos korai traumák miatt megrekedt, bizonyos területeken fixációt vagy korábbi személyiségnívóra való regressziót mutat.

2. Az alkoholistákra jellemző az oralitás, melyhez szinte élősködő (parazita) jellegű függőség (dependencia) kapcsolódik. A parazita jelleg adott esetben „vampirizmusig” fokozódhat.

3. Az infantil személyiségben a szexuális szerveződés is primitív fokon rögzül. A szexuális éretlenség különböző latens és manifeszt

formákban mutatkozik meg, amelyek közt kiemelkedő jelentőségű a homoszexuális ösztendencia.

4. A szülőkapcsolatok tekintetében megállapítható az apa-kép zavara, az apa-ideál hiánya. Ez következhet az apa elvesztéséből, a szülők válásából, az otthontól távoli nevelkedésből és kiemelkedő gyakorisággal az apa alkoholizmusából, az identifikáció zavarából. Az apai nevelés hiányossága, konfliktuózus volta meghatározó jelentőségű a beteg egész magatartásában és viselkedésében és általában szocializálódottságában.

5. Ugyancsak nem adekvát az anyakapcsolat, az anya insuficienciája vagy domináns, a családon belül nem nőies szerepe az ödipális kötöttség megoldhatatlansága miatt.

6. A személyiségkárosító tényezők halmozódása és sajátos kombinálódása szintén jellemző.

7. A váratlan veszteségek rossz frusztráció-tűrést, a szükségletek elhalasztásának képtelenségét okozzák.

8. A személyiségfejlődés zavarai, az életvezetésbeli kudarcok következtében súlyos önértékelési problémák jelentkeznek.

9. Mániás-depressziós, időnként paranoid mechanizmusokat alkalmaznak.

10. Destrukciós, önsorsrontó, önpusztító tendenciák érvényesülnek személyiségükben.

AZ „ELVISELHETETLENSÉG” SZINDRÓMÁJA

Előzőleg az alkoholista személyiség ontogenetikus és interperszonális történéseit, ill. viszonylatait próbáltuk elemezni abból indulva ki, hogy a személyiség — bár környezetétől elszakíthatatlan — viszonylagos autonómiával rendelkezik. Elemzésünkben a személyiség sokszoros traumatizáltságának képe rajzolódott ki. Már az ilyen nézőpontú elemzések — pl. a személyiségfejlődés zavarainak — vizsgálata is minduntalan átlépi a magunk szabta határokat, és a személyiség másik aspektusára, a személyiség és a környezet, elsősorban a családi és társadalmi környezet viszonylataira utal. Emellett azonban kiemelkedő szerzők is erősen hangsúlyozzák, hogy az alkoholista személyiség elváltozásainak lényegét az interperszonális viszonylatok területén kell keresnünk. Elsősorban JELLINEK elmélete érdemel figyelmet ebben a vonatkozásban. JELLINEK szerint az emberek együttélése a családban, a társadalomban még normális egyén számára is megterhelést jelent. A társadalmi együttélés szabályai ugyanis sokfélék és szigorúak, amelyeket az egyén a társadalmasodás nyújtotta pozitívumokért (pl. a társadalmi mun-

kamegosztás előnyeiért) vállal. A társas együttélés fokozottabb nehézséget jelent a gyenge, sokszorososan traumatizált személyiség számára. Az ebből adódó nehézségeket a primitív társadalmak úgy próbálják elhárítani, hogy ünnepeket állapítanak meg, amelyeken közös korlátaik érvényét átmenetileg megszüntetik. A korlátok alóli felszabadulás érzését, a közösségben való eksztatikus feloldódást ilyenkor erjesztett italok segítségével is igyekeznek megkönnyíteni. Az ilyen primitív társadalmakban egyéni narkománia még nincs, ez csak jóval később alakul ki, amikor a társadalmi szabályok fokozódó bonyolultsága sok egyéni problémát is teremt. A rómaiaknál a szaturnáliák idején a legkülönbözőbb szabályok érvénytelenekké váltak. A mai napig fennmaradt az európai keresztény társadalmakban a karnevál, a farsang, bizonyos népi hagyományok (pl. nálunk a busójárás) szokása, amely nyilvánvalóan egy átmeneti, szabadosabb periódus és a szigorú szabályokon épülő hétköznapok váltakozását jelenti. A mélylélektani irányzat vizsgálta ezeket az ősi ünnepeket és megállapította, hogy azok a szexuális viselkedés szabályainak legalapvetőbb formáira is kiterjednek, pl. a primitív társadalmakban is rendkívül szigorú incesztusz-szabályokra és törvényekre. Minthogy megszegésük a szabályok beidegzettségét felfüggeszti és a megszegéssel járó érzelmek intenzitása már nagy komplikációkat okoz, érthető, hogy az ilyen ünnepek erős alkoholos vagy más izgatószer által okozott mámorban folynak, amely ezeknek az élményeknek a kivételességét, a személy tudatos magjától való elszakadását mutatja és okozza. Az alkoholizmus tehát a társadalmi szabályrendszer elviselhetőségének megkönnyítésére kialakított ősrégi eljárásnak, módszernek egyéni, extrém eltúlzásaként is felfogható (JELLINEK, 1952). Személyiségvizsgálataink során láttuk, hogy az alkoholisták erősen konfliktusos viselkedést mutatnak különböző élethelyzetben és valóságviszonylataikban egyaránt. Az analitikus beállítottságú szerzők általában a korai életfázisokban fellépő problémákat, az újabb társaslélektani irányzat hívei a társas kapcsolatok dimenziójában kialakuló konfliktusokat tartják döntőnek (ANDORKA—CSEH-SZOMBATHY, 1970; BUDA, 1969). Felfogásunk szerint ezek a jelenségek szorosan összetartoznak, és az alkoholizmus sajátos szerkezetét ez az összetartozás teszi érthetővé. A normális felnőttben már sok minden automatizálódott és problémamentessé vált, ami az emberi ontogenezis, sőt a kultúrtörténet fázisaiban súlyos konfliktusokat okozott. Az ilyen konfliktusok különleges esetekben, tehát gyengébb személyiség szerkezetű egyedeknél vagy nehezebb külső feltételek között feleledhetnek és a normális lefolyás átalakításához vezethetnek. Ebben az összefüggésben nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy

a kábítószeres és az alkohol élvezetének, használatának ősrégi társadalmi vonatkozásai vannak, amelyek az egyes egyedek abnormis kábítószer-élvezetével, alkoholizmusával kétségkívül kapcsolatba hozhatók. Nehéz olyan megfogható összefüggést felmutatni, amely az alkoholizmus szerkezetébe bepillantást enged. Vissza kell térnünk személyiségtani vizsgálataink végső konklúziójához, amely szerint a személyiség legmagasabb szintjén a személyiség—környezet viszonylatában realizálódik. Ennek a viszonylatnak szerkezete közelebbről is meghatározható. Lényegét az adekvátság elve fejezi ki, amely szerint a környezet variabilitása az egyes dimenziókban nem nagyobb, mint amennyi a normális szervezet számára elviselhető.

A pszichológiai irodalom ennek az általános tételnek egyes momentumait tárgyalta olyan szemszögből kiindulva, hogy az egyed—környezet megfelelést a legjobb teljesítmény és a legnagyobb megelégedettség feltételének tekintették (PERVIN, 1968). Azt is megállapították, hogy az elégedetlenség, a „discomfort” az egyedet aktivitásra készíti (SZUVOVA, 1966). A két megállapítást úgy egyeztetethetjük össze, hogy az illeszkedést dinamikus, állandóan újratereztendő egyensúlynak tekintjük, amelyben a statikus egyensúly elkerülése és egyben keresése egyaránt jelen van. Ugyanez nem érvényes a deviáns, többek között az alkoholista személyiségre. Itt a személyiség és a környezet relációjában a *diszparitás*, végső kifejlődésében az *elviselhetetlenség* tűnik fontos magyarázó elvnek.

A diszparitás akkor lép fel, amikor az egyed—környezet kapcsolata annyira szétvált, hogy a helyreállítási törekvés lehetetlenné válik, és helyére sajátos, abnormis kapcsolatformák lépnek. „A discomfort” állandósul és különleges megoldásokhoz vezet.

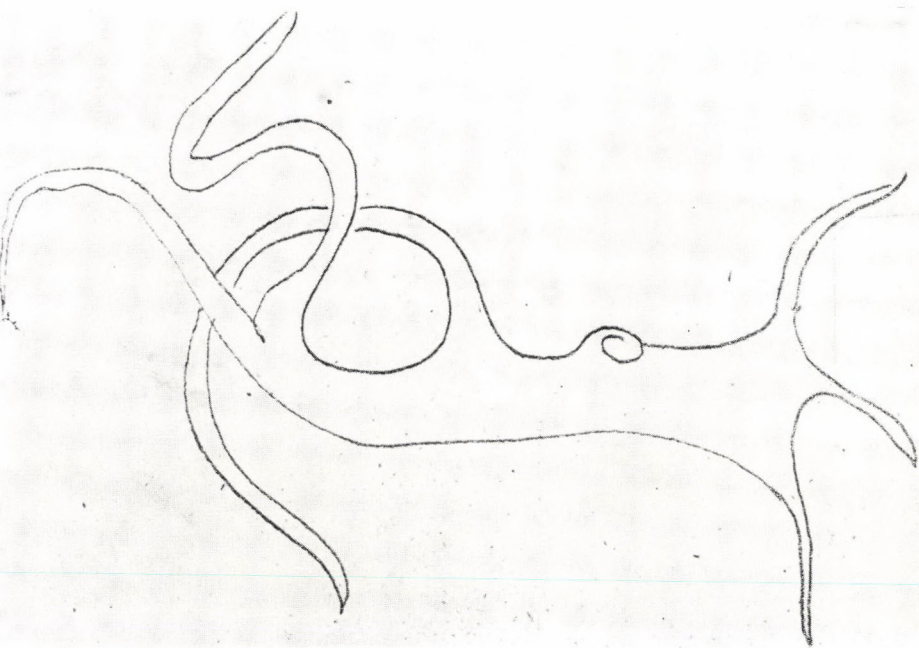
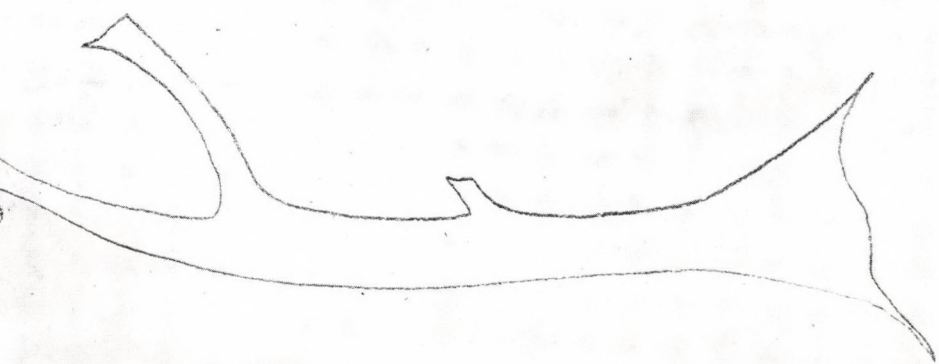
Ahogy a második fejezetben kifejtettük, a személyiség mint művelrendszer szabályos működések integrációja és e működésekkel járó érzelmek hálózata. A „discomfort” tehát sajátos operációkból és sajátos emóciókból áll. Az utóbbiakat azzal jellemezhetjük, hogy a diszparitás ilyen fokához az elviselhetetlenség élménye járul. A lét feladatai megoldhatatlanok és ez az élmény elviselhetetlen.

A személyiség és a valóság (környezet) viszonylatában többféle diszparitás, ill. diszkrepancia alakulhat ki, éspedig:

- a) időbeli;
- b) fizikai, alkati;
- c) egyéb viszonylatokban.

a) Az időbeli diszparitás

Időbeli diszparitásról akkor beszélünk, ha a személyiséggel kapcsolatos kulcsfontosságú események az átlagosnál gyorsabb vagy

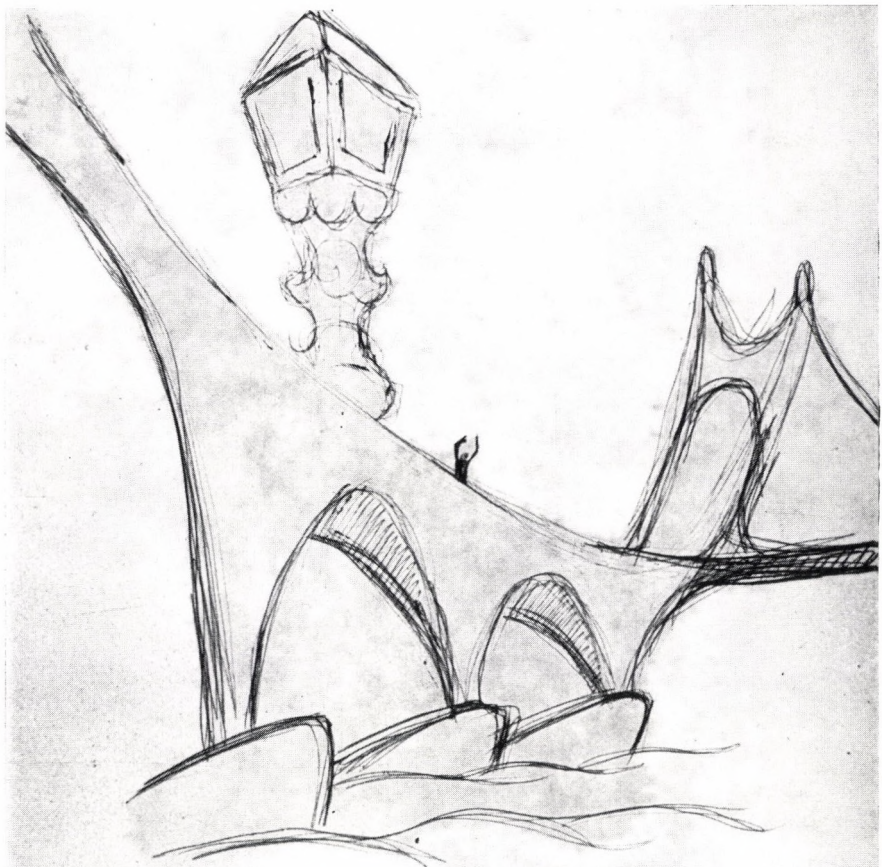


Cs. L. 34 éves beteg farajzai. Alkoholista betegünk farajzán a fa a jövőt szimbolizáló jobb oldal felé fordul, ágát ebbe az irányba nyújtja. Az ágak azonban amputáltak. Másik farajzán a fa ágai már nem mutatnak kibontakozási kísérletet, öncélú, bizarr befelé fordulást fejeznek ki



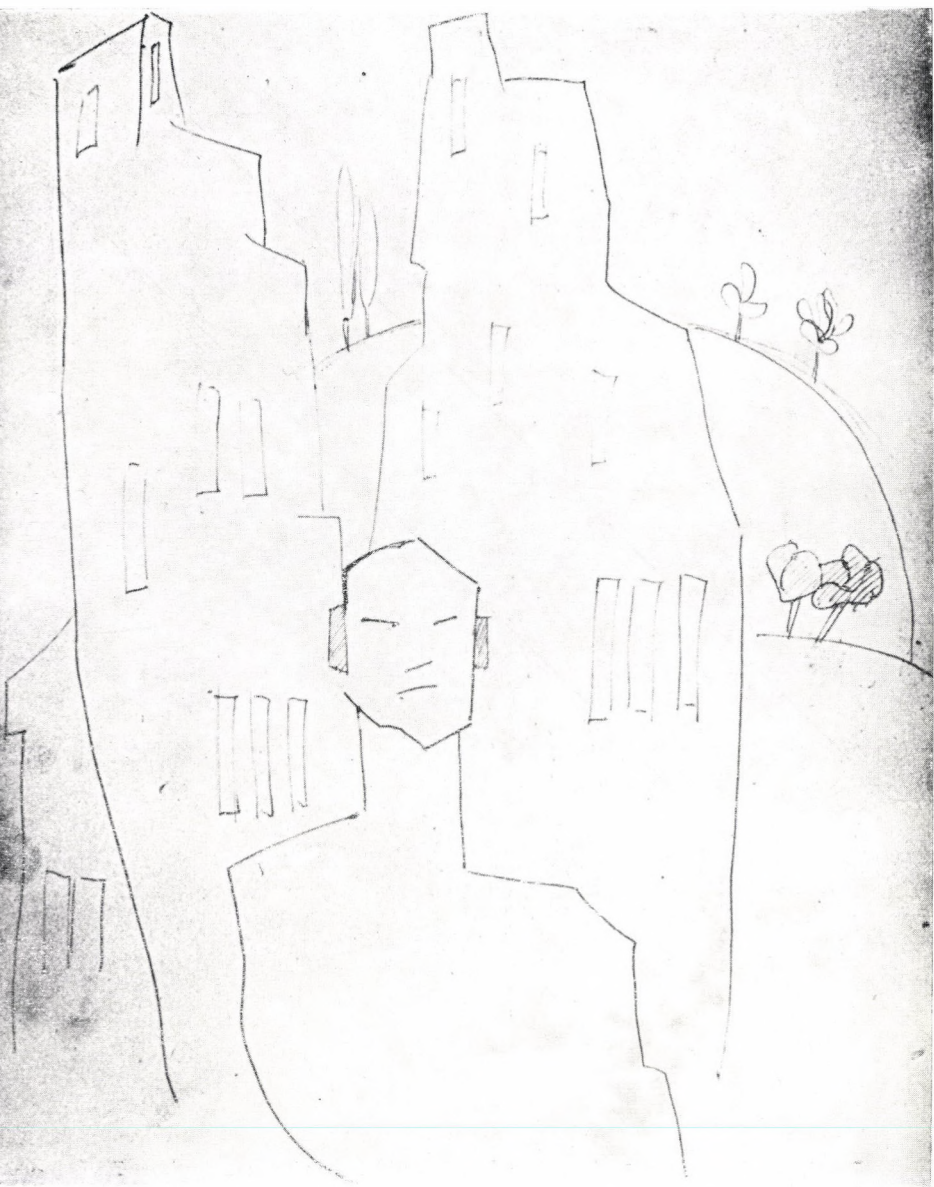
CS. L. 34 éves rajza.

A görnyedt emberalak ugyancsak a környezettől való elfordulást, depressziót
érzékeltet



Requiem
L

P. E. 49 éves beteg rajza: „Requiem”



P. E. 49 éves beteg rajza. A rajz hátlapjára ezt írta: „Egykor úgyis leszakadnak a falak. Legyek addigra süket, hogy a robajt ne halljam. Nem hallani a sikolyokat . . .”



R
E
M
I
N
Y
T
E
L
E
N
S
E
G

P. E. 49 éves beteg rajza: „Reménytelenség”

általában kevésbé előkészített, előre nem jelzett módon történnek. Ennek *egyik formájával, a váratlan veszteséggel* már foglalkoztunk. A váratlan veszteséget az időbeli diszparitás szempontjából úgy foghatjuk fel, mint a környezet történéseinek megszaladását, amelynek következtében lehetetlenné válik a személyiség beavatkozása. Ha az ilyen történések ismétlődnek, a személyiség helytelen következtetést von le a valóságtörténés tényleges menetére nézve. Erre a következtetési módra infantilizmusuk miatt egyesek amúgy is hajlamosak. Az ilyen általánosítás létrejöttét még az is elősegíti, ha a váratlan veszteség a személyiség legfontosabb valóságviszonylataira vonatkozik, pl. a legfőbb támaszt jelentő szülő halálára.

E jelenséget közelebbről elemezhetjük a szemlehungyásos jelenségből kiindulva, amelyet már ismertettünk. Az, hogy a gyermek a valóságot szemlehungyással el tudja tüntetni, mindenhatósági érzést kelt benne. Váratlan veszteség esetén a valóság nyitott szem mellett tűnik el, és így feltehetően tehetetlenségi tapasztalathoz, tehetetlenségi élményhez vezethet.

Az időbeli diszparitás kialakulásának másik módja az, amikor a személyiség szabad tevékenységét a szülők kisgyermekkorban mereven korlátozzák. Bizonyos kényszerpályák minden személyiségben kialakulnak, de minden személyiségnek szabadságra is szüksége van. Ezért a gyermek és környezete között, majd az egyén és környezete között mindig bizonyos mérvű konfliktus keletkezik, s az erőviszonyoknak megfelelően alakul ki az egyensúly. Erős akaratú, normális gyermek szerető és elnéző szüleit testvérekként kezeli. Túlságosan uralkodni vágyó anya gyermekéből gyakran automatát igyekszik kialakítani, akit az ő akarata mozgat, és akinek önálló, az anyától független akarata nincs vagy csak bizonyos vonatkozásokban érvényesülhet.

Egyik betegünk a foglalkozások során előadta, hogy szülei a játszásra kiszabott időt mereven betartották és a késéseket keményen büntették. Saját spontán aktivitása és a szülők követelményei között gyorsan konfliktus alakult ki. Léte sajátos vonása volt, hogy a spontán, azaz önkifejtést jelentő és hordozó aktivitás kialakulása bizonyos időmennyiséget igényelt, amelyet a szülők nem biztosítottak. A spontán, élvezetes, fontos cselekvés — természeténél fogva — a kiszabott korlátok megszegését jelentette, és konfliktusos élménysorozatot váltott ki: az önkifejtés élvezetébe a korlátok megszegésének tudata és a büntetések keveredtek. Egyik emlékezetes élményét így mesélte el: A faluba idegen fagyaltos érkezett kétkerekű kocsiával. A kisfiú azonnal hozzá csatlakozott, végigkísérte a falun, és nem hagyta el akkor sem, amikor a fagyaltos a falu végén nekiindult, hogy a szomszéd községet látogassa meg.

A kiszabott idő azonban már lejárt, és a kisfiú ebben a tudatban haladt az idegen mellett, a kezében tartott vesszővel a fagyaltoskocsi kerekét érintette: a mozdulat szinte az idő fékezésének, megállításának vágyát szimbolizálta.

Az időbeli diszparitás kialakulásának *harmadik módja*, ha maga *a környezet*, amelyben a személyiség él, valamilyen oknál fogva rendszeresen *lassúbb történéseket tartalmaz*, mint a civilizáció átlag környezete. Ha a személyiség ezt a tempót introjiciálja, később, az eredeti lassúbb menetű környezetből kikerülve a normális életviszonyok között nehezen tud boldogulni. Ilyen jellegű feszültségekkel nemritkán találkozunk az iparosítás és az urbanizáció folyamatában falusi, tanyai környezetből a nagyvárosi élet forgatagába kerülő egyéneknél. Erre a problémára később még kitérünk.

Az ilyen lelassult életvitel az egyéni sors folyamán is kialakulhat.

P. T.-né, 40 éves betegünk szülei egyetlen gyermeke volt. Apja súlyos tuberkulózisban szenvedett, leszálalékolták. Otthon minimális aktivitást folytatott. A tulajdonképpeni családfenntartó az anya volt, aki ennek megfelelően egész nap nem tartózkodott otthon. A kisgyermek életét a beteg, lassú élettempójú apával töltötte.

A felvidéki származású apa egyetlen nőtestvérével áttelepült Magyarországra. A gyermektelen nőtestvér vidéken élt férjével. Fivérét gyakran látogatta, minthogy a két testvér között kisgyermekkorban szoros érzelmi kapcsolat alakult ki. E látogatások alkalmával rendszeresen kisgyermekkorai emlékeiket elevenítették fel, különösen egy forrás, egy patak mentén folytatott varázslatos játékaikat. A két testvér számára ezek az emlékfelidézések jelentették a valódi életet: minden más dolog jelentősége eltörpült emellett. Az emlékezősekbe és e szűk körbe a kisgyermeket fokozatosan bevonták. A nyarakat a gyermek a nagynénivel töltötte, aki hosszasan eljátszott vele, és ilyenkor a háztartási munkákról, az ebéd készítéséről stb. is megfeledeztek. Mindez a férj, azaz a nagybácsi részéről természetesen rosszállást váltott ki. A férj szemrehányásokat tett feleségének, hogy csak fivérével és irreális dolgokkal törődik, tulajdonképpeni feladatait elhanyagolja. Mindez a feleség ellenállását csak fokozta. A hármaskör egyre beljebb merült az emlékek és az irrealitások világába, amit a nagynéni úgy öntött szavakba, hogy legjobb lenne, ha a kisgyermek egyáltalán nem nőne fel, örökre gyermek maradhatna.

A gyermek anyja ugyan felmérte a helyzetet, de hazatérve a háztartással és a napi teendőkkel kellett foglalkoznia. Megkísérelte, hogy a gyermeket bevonja ebbe a tevékenységbe, de a vele szemben álló testvérpár színes irrealitásai mellett ez csak sűrű köte-

lesség maradt, minden vonzóerő nélkül. A világ érdekességi vonatkozásában tehát kettészakadt: a hétköznap az érdektelent, az unalmasat és a megvetettet jelentette, míg az álomvilág minden érdeklődést magának foglalt le. Nőbetegünk írását saját alkoholizmusáról később (l. 191. o.) közöljük.

Ez a mechanizmus gyakori az alkoholizmusban.

Mínthogy az álomvilág érdekességével a realitás nem versenyezhet, az álmok színessége erősen irreális, mesterséges marad. A lemerülés nem teremt belső értéket, az elképzelt, neurotikus jellegű, külsőséges csillogásról van szó. Olyan erős túlbecsülés alakul ki, amelyet mesterségesen kell fenntartani. Az önmeghatározottság, a személyiség körülhatároltságának hiánya a jellemző, amelyből az öntúlbecsülés és az önleértékelés ADLER által leírt kettőssége bontakozik ki. Ez a kettősség az extrém alakot az alkoholista kínzó önkritikájában éri el, amelyből az alkoholista projekciós mechanizmusok és azok realizálási kísérletei útján igyekeznek szabadulni.

b) Diszparitás testi, alkati vonatkozásban

Ilyen diszparitások viszonylatok között a *fizikai gyengeség* jelentős szerepet játszik. Ez a gyengeség a személy testméreteivel is összefügghet. Megfigyeléseink során azt tapasztaltuk, hogy az igen kis termetűek kezelése az osztályon gyakran nehéz feladatot jelent. Ezek minden kapcsolatformát támadásnak fognak fel, és ellentmondással reagálnak. A nekik járó szolgáltatásokat makacsul és erőszakosan követelik, az ápolók részéről minden késést személyes támadásnak és rosszindulatnak fognak fel, amint ezt JACKSON (1956) vizsgálatai is kimutatták.

Úgy látszik, hogy a jelenség a kicsinyiség kettős természetéből adódik. A kicsiny méret fizikai vonatkozásokban hátrányt jelent. A kicsiny embernek kevés kilátása van a nagy termetű ellenféllel szemben folytatott testi küzdelemben. Ezt a hátrányt az egyén más vonatkozásban kompenzálhatja. Napóleon kiváló hadvezérré vált, és így elkerülhette azt, hogy ellenfeleivel egyéni küzdelem folyamán birkózzon meg. Primitívebb személyiségek azonban az ilyen kompenzálást képtelenek elfogadni. Ismeretes, hogy apró termetű emberek verekedést kezdeményeznek a kocsmában olyan ellenfelekkel, akikkel szemben semmi esélyük sincs. A sűrűn elszendvedett vereség azután csak fokozza elkeseredettségüket. Ezekben az esetekben a személyiség gyengesége és makacs kitartása egyaránt szerepet játszik. Az apró termetű ember átéli viszonylagos tehetetlenségét, de azt nem fogadja el, hanem kemény küzdelmet folytat a győzelem kivívásáért, állandó támadó-védekező beállí-

tottságot alakít ki, amelyben a személyiség képtelen valamilyen egyensúlyi helyzetet teremteni környezetével. Bizonyos mértékig előnyt jelent, ha a személyiség az összefüggéseket valamennyire felismeri. Javít pl. a kilátásokon, ha az ilyen ember megtanulja a fogásokat, amelyeknek segítségével a verekedésben a gyakorlatlan ellenfelekkel szemben előnyt szerez. Idővel az alkoholizálás fokozódásával a küzdelem egyre súlyosabb formákat ölt. Az alkoholista személyiség állandó összeütközésbe kerül a hatóságokkal. A kórházakat és az orvosi személyzetet is egyaránt rendőrhatóságnak tekinti. Egyik betegünk pl. a Rorschach-vizsgálatot kihallgatási jegyzőkönyvnek tartotta. A vizsgálat végén határozott hangon felvette a kérdést: Alá kell írni? Későbbiek során a helyzet tovább romlik, és az egyén most már mintegy félálomban folytatja küzdelmét a valósággal. Támadó akciói egyre nagyobb hatalmak ellen irányulnak, és a beteg már nincs tudatában cselekvéseinek, ugyanazokat a viselkedési formákat részeg állapotban többször megismétli, de arról, hogy tulajdonképpen mit tett, csak utólag, mások közléseiből értesül.

c) A diszparitás-fogalom egyéb megnyilvánulásai, ill. formái

A diszparitási viszonyban a személyiség a valósággal szemben tehetetlen. Ha visszatérünk az általános rész ontogenezist tárgyaló fejezetre, az látjuk, hogy a csecsemő valóságviszonylata is diszparitációs, de éppen ellenkező értelemben. A csecsemő alapbeállítottságát FERENCZI és mások szerint a mindenhatósági élmény jellemzi. A mindenhatósági élménynek konkrét tapasztalati bázist ad a már többször említett szemleahunyásos jelenség.

A váratlan veszteség viszont éppen ellenkező értelmű, amikor a valóság nyitott szem mellett „alszik ki”, semmisül meg. Ezzel az élménnyel szemben mintegy ellentétes „semmithatósági”, tehetetlenségi élményhez vezet. Ha ez a veszteség azután centrális jelentőségű személyre vonatkozik, akkor az egyénben általános tehetetlenségi érzés keletkezik. Ilyen jellegű diszkrepancia-élmény kísérheti a súlyos testi nyomorékságot, a végtagok, különösen a karok elvesztésével járó rokkantságot, az önellátásra való képtelenséget, a többi embert elriasztó, visszataszító külsőt. A tehetetlenségnek, a kiszolgáltatottságnak sajátos formáját találjuk az iskolázott emberek között élő analfabétáknál. Nem tartjuk véletlennek az alkoholista betegeknel az ilyen jellegű problémák feltűnő gyakoriságát.

Más, kifejezetten szociálpszichológiai vonatkozású diszkrepancia jelenségeket észlelhetünk a perifer, peremembereknél, a falusi, szűk,

összetartóbb közösségekből kiszakadt, városokba sodródott emberek között. Az ősi, kultikus vallási befolyások csökkenése, elhalása a modern társadalomban, az iparosodás, az urbanizáció folyamata, a nagy társadalmi átalakulással kapcsolatos deklasszálódás stb. mind olyan tényezők, amelyek a társadalmi viszonylatokban diszparitást, egyensúlyvesztést, az egyén izolálódását, elsvárosodását okozhatja. Ilyen jellegű problémákkal alkoholistáknak betegségeinket vizsgálva sűrűn találkozunk. Feltűnő e tényező nagy szerepe a gazdaságilag fejlett fogyasztói társadalmakban és ugyancsak nem véletlen az alkoholizmus rohamos progressziója a jóléti társadalmakban.

Szembetűnő, hogy a szakirodalom mellett a modern amerikai szépirodalom milyen érzékenyen tükrözi ezt a problematikát. *O'Neill, Steinbeck, Tennessee Williams, Kerouac, Styron* műveiben lépten-nyomon találkozunk alkoholistákkal. Az, hogy az írókat sokat foglalkoztatja ez a „menekülési” kísérlet, hogy gyakran látunk maguk körül alkoholistát, sokszor ábrázolják az elviselhetetlen szituációban élő embert, önmagában is jelzi a társadalom betegségét. Az irodalomban sokszor szerepelnek alkoholistá figurák, mert az írók eleve alkalmasnak tartják őket arra, hogy műveikben fő szerepet játsszanak, és gyakran éppen bennük találják meg a világ, a társadalom konfliktusainak, jellemző válsághelyzeteinek hordozóit.

Összefoglalva és összefogva a sokszoros traumatizáltság és az elviselhetetlenség szindrómáját, jól látható a kettő összetartozása. A társadalmi együttélés szabályainak fontos elemei a családi életre, a gyermeknevelésre vonatkoznak, tehát a csecsemőkori ontogenetikus életfázisokat is befolyásolják. E két szempontból történő vizsgálódás arra a közös következtetésre vezetett, hogy az alkoholisták személyiség nemcsak az ontogenetikus fejlődés egyes fázisaiban, hanem valamennyi lehetséges élethelyzetben traumatizálódott személy. A trauma nem egy specifikus élethelyzetben, nem egy specifikus valóságviszonylatban alakul ki, hanem magában az élethelyzetben, a valóságviszonylatban. A traumatizáló tényező maga a létezés, amely az alkoholisták személyiség számára elviselhetetlen. STRECKER (1959) meghatározása az alkoholistára vonatkozóan tulajdonképpen ezt a megállapítást tartalmazza, bár inkább az alkoholisták személyiség intuitív megítélésén, mint viselkedésük genezisének részletes kutatásán alapszik. Az alaptény eszerint a valóság *elviselhetetlenségének* gondolata, élménye, amelyből kiindultunk.

FÜGGŐSÉG ÉS FÜGGETLENSÉG. A FÜGGŐSÉG VISZONYLAT

A magas kultúrákban élő ember személyiségszerkezete sokkal összetettebb, mint a primitív, a munkamegosztás elemi formáit kialakító törzsek embereié. A családi nevelésben az azonosítások sorozata alakul ki, amelyek szerencsés esetben az apát, a tanítókat, majd a vezetők hierarchiáját rendezetten és összhangban magukban foglalják. Mint FREUD, LEWIN és mások kimutatták, az azonosítások az apa és általában a szülők védelmét élvező gyermekben akadálymentesen alakulnak ki; az eredetileg feltétlen védelmet élvező csecsemő képes szüleivel azonosítani. Ennek megfelelően a kultúremler személyiségébe a szülők és a közvetlen rokonság, a szülők testvérei, a nagyszülők is beletartoznak az azonosítások alapján. Mint ismeretes, a törzsi szervezetben ezek a rokoni kapcsolatok feltétlenül kötelezőek, és ez a hosszú fejlődés mai fokán már az emberi személyiség állagához tartozik. A személyiség magába olvasztja a követendő személyeket, a követést, az egyenjogúság formáit, a védelem élményét.

A rosszul előkészített szocializálódás menetében két egymással összefüggő veszély keletkezik. Láttuk, hogy a szocializálódásban az egyén sokat nyer, de áldozatokra is kényszerül. Ennek megfelelően *olyan extrém formák lehetségesek, hogy a gyenge személyiség teljesen feladja függetlenségét, túlságosan függővé válik, ugyanakkor megkísérelheti a szocializálódás lehető legteljesebb visszautasítását.* Ez a két polárisan ellentétes forma ugyancsak az alapvető hibának két megjelenési formája, tehát szerkezetileg összetartoznak.

W. és J. McCORD (1960) könyvének egyik legfontosabb végkövetkeztetése, hogy az alkoholista alapvetően *függő* természet. Ugyanakkor úgy vélik, hogy az alkoholisták orális jellege nem igazolható. Ezek ellentmondó állítások, amelyek valószínűleg abból származnak, hogy a szerzők nem veszik eléggé figyelembe a függőség és az oralitás funkcionális kapcsolatát. A túlzott függetlenségi törekvések, a férfiasság hangsúlyozása szerintük másodlagos, kompenzatorikus jelenségek. Alaposabb vizsgálattal kimutatták, hogy a kompenzációnak kétoldalú szerepe van. A túlzott függőséget a függetlenségi törekvések, a túlzott függetlenséget a függőségi tendenciák kompenzálják.

Ha az alkoholista függőségét vizsgáljuk, mindenképp azt találjuk, hogy annak mértéke messze meghaladja azt a fokot, amelyet az irodalom az alkoholista személyek függőségi tendenciáival kapcsolatban leír. Egyes szerzők ugyan rámutatnak arra, hogy az alkoholista a feleségével, családjával kapcsolatban szinte para-

zitikusan viselkedik. Rorschach-vizsgálataink azonban bebizonyították, hogy a parazitizmus az alkoholizmus szindrómájának csaknem kötelező velejárója. A betegek rendszerint parazita rovarokat, élősdieket vélnek felfedezni a táblákon. Ezen túlmenően a táblák foltjaiban, kisebb fonalszerű alakjaiban nagyon gyakran csápokat látnak. Ez azt bizonyítja, hogy az alkoholisták öntudatlan rendszerben a parazitikus tendenciák többé-kevésbé kifejezett formában jelen vannak. E feltevés összhangban áll a szakirodalom általánosan elfogadott megállapításával, miszerint az alkoholisták első problémái az orálitással kapcsolatosak. Mint ismeretes, egyes biológusok a magzatot mint az anya endoparazitáját határozzák meg, és ennek megfelelően a csecsemőt bizonyos mértékig ektoparazitának tekintik. A csecsemő mint elnyelő rendszer, az anyától függ.

Ezek a viszonylatok olyan esetekben, amikor a fejlődést akadályozó körülmények különösen erőteljesen hatnak, egészen extrém formákat ölthetnek. A Rorschach-vizsgálatokban ilyenkor a parazitikus függőség vampirisztikus formában jelentkezik. A kedvezőtlen körülményeket az alkoholizmus esetében nem a rossz bánásmód és az elutasítás, hanem az ellentmondó viselkedés, a túlságos elfogadás és a heves agresszió ellentéte jelenti. Közöljük *B. E.* betegünk anamnéziséét, akinek *Rorschach-tesztje* ezeket a viszonylatokat végletes formában mutatja.

B. E. 43 éves férfi Rorschach-jegyzőkönyve

I. (31)

Ez a kép mi lehet?

1. Ez a kép lehet az, a nőnek egy mellkasa, a felső hozzátartozó kellékekkel, mellbimbókkal. Ez mondjuk a medencecsont (zw) Persze anatómiai téren értem.

Dzw FHD Anat. oral.

2. Lehet egy nevető arc a két szemüveggel (középrész zw-vel).

Dzw F+ álarc pers. intenc.

3. Lehet úgy is érteni az egészet, hogy pl. a denevér szárnya, amit úgy neveznek, hogy *vérszopó*. Itt van neki a szívó-

	berendezése, ez pedig két <i>karom</i> , amibe be <i>lekapaszkodik</i> . Ezek pedig a szárnyai neki. Úgy nevezik, hogy vampír.			(T)	oral. vampír kapasz- kodó részl.
II. (36)	Hm, ez furcsa kissé. Torzítás az egész... hm (forgatja). Ez torzítás nagyon az egész. Ebből nem tudok semmi okosat.	G	F+	vampír	
	4. Alul lehet látni egy szívó-kaberendezést.	Dd	F+	sex.	Pers. torz. szívóka
	5. Egy vulvával. Vulvának lehet nevezni ezt a hüvelyt.	D	FFb+		oral.
	6. Magyarán mondva majdnem egy méhlepényhez hasonló az egész, a fehér folt. Mást nem látok rajta.	Dzw	F+	sex.	
III. (39)	Ez kérem?				
	7. Lehet egy csontrendszer a gáttal együtt, a kialakuló két forgócsonttal együtt (B) és ez pedig lehet a vízhólyag (med).	D	F-	Anat.	Urether
IV. (41)	8. Ez egy kiterített bőr kérem a csigolyákkal... csigolyákkal.	G komb.	F+	T	V
V. (43)	9. Hát egy egyszerű denevér. Ez szabályos denevér.	G	F+	T	V
	10. Lehet úgy nevezni, hogy vampír is.	G	F+	vampír	oral.
VI. (44)	Érdekes ezek a képek (forgatja).				
	11. Ez úgy néz ki, mint a hátgerinc, a benne húzódnó csigolyákkal.	D	F+	Anat.	



Lapok H. O. 29 éves beteg noteszából

A tömör alak csak igen bizonytalanul jelzett széken ül. Vele szemben a semmiben megjelenő kéz két lapot mutat, amelyek között hazardjátékosként választhat. A megfigyelések szerint a hazardjáték az alkoholizmus egyik alternatívája. Ez úgy értelmezhető, hogy a szerencsejátékos a valóságot önmagával lényegében ellenséges környezetnek tekinti, amely részére csak minimális eshetőséget biztosít a nyeresre. A diszparitásnak egy másik megfogalmazásáról van tehát szó, amelyben olyan, a normális alkalmazkodási formáktól eltérő stratégiák válnak aktuálissá, mint a csalás vagy az erőszak





P. E. 49 éves beteg rajzai

Hátlapon levő magvarázó írása szerint a fekete madarak először mint fenyegető, külső erők jelennek meg. Azonban hamarosan kiderül, hogy a szöveg írója ezekkel a madarakkal azonosítja magát, és most már ő az, aki feleségét, a halott anya helyettesét támadja. Ha a szöveget kissé közelebről vizsgáljuk, akkor az átalakulás menete is kiderül. Először azt olvassuk, hogy az anya szánkón húzza maga után kisfiát. A fiú tehát nem a saját lábán megy, hanem az anya viszi, mint a jární nem tudó csecsemőt, és ez az élmény a fiúban felnőtt korában is visszatér, tehát középponti fontosságú. A vitetés a függőség extrém élményét fejezi ki. Így érthetővé válik a szöveg kezdetén a szemrehányás: az anya már akkor is a korai halált szimbolizáló fekete madarakat nézegeti. Az anya meghal és nem váltja be ígéretét, mely szerint fiát mindig ölben fogja hordozni. Helyettese nem az igazi, és arra sem egészen jó, hogy rajta keresztül a halott anyán bosszút állhasson.

Ez a túlzott követelés nyilván az eredeti családi helyzetből keletkezett, amelyben az apa semmi felelősséget nem vállalt családjáért, és így az anyára megoldhatatlan feladatok hárultak

A fekete kegyetlenej és.

kegyetlenedés.

Már anyám is ezrel a fekete
madarat rejtette, mi'rod
félen, mi'rod cseremök, gyáron
kuszatott.

Mi'rod a teli, havas földel
fötött látom ödet, gyite elpeu
kafam alatt az allori gyárolt.

Hová lehet menetülai igazol?

Anyám már nem lehet meg.

Még jó, hogy a fekete sárga ölébe
hajthatom a fejemel. O az
anyám fagyatása.

Én a madár csőrrel a
vállaim rajol.



	12. A vége úgy néz ki, mint a fartő, amin ül az ember.	D	F—	Anat.	anal.
	13. Felül mintha keresztcsontok volnának, kulcsontok (kiálló).	D	F±	Anat.	
VII. (46)	Hát kérem, hm (nevet), hát kérem,				
	14. ennek a torzított mása a női hüvely, a két levő medencecsonttal és a lefutó spermákkal (C) jobboldalt és baloldalt a szeméremajakkal (vil. hd).	D	FHd+	sex.	pers. torzítás
VIII. (48)	Hát kérem, hm, érdekes, mennyiben hasonlít a kettő.				hasonló
	15. Itt megvan a két szeméremajak, a vulvával, illetve a hüvellyel. Szóval ez egy vaginának a berendezése. (E) Egy vaginának a komplett berendezése a szeméremajakkal.	D	F—	sex.	pers.
	16. Itt pedig fönt a hátgerinc, azokkal a nyirokér-nyúlványokkal. Úgy nevezik <i>fartő</i> .	D	F—	Anat.	anal.
IX. (50)	Hát kérem, hm...				
	17. Itt a végbélgyűrű, itt a gát, itt pedig a medencecsont a vulvákkal (Cmod).	D	F—	sex.	anal.
X. (51)	18. Hát itt van a gerincoszlop, gerincoszlopnak a fartő (A).	D	F—	Anat.	
	19. És mondjuk a két mandulának a helye (A alatt zw).	Dzw	F—	Anat.	oral.
	20. Itt pedig az üres hím-				

vesszőnek a helye (A
alatt zw).

Dzw F— sex.

53

Szabad asszociáció V.

Vámpír, denevér, itt a két lába, amin kapaszkodik, a szívóberendezése, itt a két szárnya, ez egy vámpír. (Mi jut a vámpírról eszébe?) Olvastam róla, láttam, hogy néz ki az alakja. (Még mi?) Vámpír, amikor az anyának az emlőjére rászállnak és szívja a vért. Persze Dél-Amerikában fordulnak elő. Veszélyesek. Az anyák méhére rászállnak és szívják a vért. (Látott már ilyet?) Filmen láttam. Ellepik, mint a rajok.

I.

Ez kérem, lehet egy torzított nevetés, a két szemüreggel. De ugyanakkor a nőnek a medencecsontja kérem, és hogy mondjam, a csípőn felül a bimbókkal, amit már említettem (ismétli). Bimbókkal, illetve az emlőkkel. Más semmi (előbb még más is volt). Említettem, egy torzított nevetés is lehet. Más nincs ebben. Itt a csípő. Illetve derék.

A FÜGGETLENSÉG VISZONYLAT

A parazitizmus-vampirizmus a függőség extrém formáira jellemző. BILZnek (1959) az alkohol-hallucinosisokról írt kitűnő monográfiájából ismeretes, hogy az alkohol-hallucinosisok viszont a függetlenség egészen végletes formáit mutatják. Az egyed hallucinációiban nemcsak a társadalommal kerül szembe, hanem saját legközelebbi hozzátartozóival is, akik az őt fenyegető hallucinált tömeghez csatlakoznak. BILZ leírását és analizisét saját vizsgálataink mindenben megerősítették. Ezek szerint a hallucinosisok a vampirizmusban kifejeződő abszolút függőség ellentétét, az abszolút függetlenséget fejezik ki.

Ez a szembeállítás annál is inkább helytálló, minthogy alaposabb vizsgálatok kiderítették, hogy a delirium tremensben a vampirisztikus tendenciák felfokozottságát találjuk.

Megfigyeléseink szerint ezek a vampirisztikus tartalmak a delirium tremens magját alkotják. Az alkoholizmus két leggyakoribb pszichiátriai szövődménye, a delirium tremens és az alkohol-hallucinosis tehát az alkoholizmus két nagy komponensét, a függőséget és függetlenséget vetítik elénk olyan végletes formákban, hogy az a normális emberi lét lehetőségét is megszünteti és pszichotikus állapothoz vezet.

A két szövődmény az alkoholista személyiség szerkezet ismert és újabban erősen elterjedt elméletének, a függőség—függetlenség konfliktusának érvényességét támasztja alá. Egyúttal azt is igazolja, hogy az alkoholizmussal kapcsolatos pszichés jelenségek sokkal végletesebbek, mint ezt az irodalom leírásai sejtteni engedik.

Az előzőekben foglaltak a tényállást egyetlen extrém ellentétre egyszerűsítik le: a delírium a teljes függőséget, az alkohol-hallucinosis a teljes függetlenséget fejezi ki. A konkrét esetek a két véglet igen sokrétű és bonyolult kombinációit mutatják.

A következőkben ismertetjük *B. L. 49 éves férfi beteg* utólagos írásos beszámolóját paranoid vonásokat mutató alkoholos pszichotikus állapotáról.

„Részletes leírás az 1968. december 13-án gyógykezelés közben bekövetkezett elmezavar, emlékezetemben megmaradt gondolatmenet és cselekedetéről . . .”

Kb. 3 heti gyógykezelés után az emberek, illetve a betegtársak már nem úgy beszéltek velem, mint kezdetben. Gyanús célzásokat tettek egy-két témát illetően, köztük a politikai kérdésekre. Először csak mosolyogtam és a magam igazát tartva megnyugodtam. Később a kinti életben hallott, technikai vállalatok módszereket a gondolatomba és a betegtársaim áskálódásával egyeztetve az a gondolatom támadt, hogy szervezett erővel állok szemben. Ehhez hozzájárult még a családi probléma bennem dúló egy-két kirívó esete is. Keresni kezdtem a kiváltó okot és az erős hitem meg-ingott. Minden oldalról az ellenségemet véltem felfedezni, gondolván így akarnak ártalmatlanná tenni. De akárhogy gondolkoztam, nem tudtam az életem számvetésében olyan hibát találni, ami okot adott volna a félelemre. Már a gőzvezetékben zörgő, cirkuláló víz is idegesített és úgy gondoltam azt is szándékosan az én idegesítemre csinálják. Aludni nem tudtam, csak gondolkoztam és csodálatosan akkor is az emberek gyógyításán törtem a fejem. Ki is alakult bennem egy gyógyszer nélküli gyógyítási módszer, amit közölni is akartam Főorvos úrral. Én szentnek tartottam az elgondolásom helyességét, de utána, amikor a betegtársak gúnyos megjegyzéseket tettek s tervemet illetően, eltört bennem minden, és akkor rohantam a Főorvos úr után rendőrségi fenyegetésekkel, hogy gyógyszercsempészes folyik az osztályról. Utána hivatott a pszichológus doktornő és elbeszélgettünk és én rövid idő alatt sok mindent megmondtam neki a valóságos énemről, amit azelőtt titokban tartottam a Feleségem védelméért. Utána bekövetkezett a teljes krízis, amikor már senkinek sem hittem. Minden oldalról csak a gúnyos megjegyzések röpködtek felém, de már nem is válaszoltam rájuk. Közben a Feleségem a Sógorommal együtt meglá-

toogatott, de a bennem dúló vad dac miatt csak hitetlenül fogadtam, sőt Őt is a gyilkos ellenségnek tartottam. Kb. 3—4 citromot, mivel kék foltokat fedeztem fel rajtuk — megkostolás után a szemétládába dobtam. A konyhai ételekből semmit sem fogyasztottam el, mert azt is mérgezőnek találtam. Lementem a Közértbe és vettem kolbászt, kiflit és almát. Még vizet sem ittam, csak Kiss Jani bácsitól fogadtam el egy pohár vizet és cigarettát, mondván, hogy neked hiszek, mert te igazi kommunista vagy. Emlékszem, mikor az Erzsike nővér az infúziót adta és énekeltem. Utána vízió látomásaim jöttek: hol a feleségem hangját hallottam, utána a Sógoromé, majd a nővérem Férje hangját, akit már később láttam és egy csodálatosan tiszta szobában voltunk ketten. Majd meggyulladt az ágy környéke amit igyekeztem eloltani. Mikor az megvolt utána olyan hangot hallottam hogy: majd leöntöm kénsavval — természetesen káromkodások közepette. Akkor követeltem az üvegbúrát a megvédésekre. Azután elsötétült előttem minden. Irtózatossá váltak a fájdalmaim és hörgő lemondással teljesen letörtem, és vártam a halált, azzal a gondolattal, hogy nincs senki, aki segítsen rajtam. Átvillant az agyamon, hogy most majd megtudom, hogy mi az igazság, van-e túlvilág vagy nincsen. Rövid csend után eszembe villant, hogy én hittem mindig, hogy nincs túlvilág és felütöttem a fejemet, hogy nem és mégsem halok meg, én hiszek az emberek jószágában és fognak segíteni rajtam. Erélyesen kezdtem rendelkezni. Megkértem Kiss bácsit, hogy telefonáljon Főorvos úrnak, hogy jöjjön azonnal ide, mert Ő nem lehet rossz ember és van még sok jó ember és nem hagynak ártatlanul elpusztulni. Sajnos azt mondták rossz a telefon és nem tudják hívni és engem úgyis elvisznek. Akkor összepakoltam az irataimat, pénzemem és vártam az elvitelt. De mikor jöttek értem, belekapaszzkodtam az ágyba és úgy szedték le az ujjaimat. Visszatérve a halálból való ébredésre erélyes beszédet mondtam, amelyben elátkoztam ezt a rothadt világot, papírt nem illető szavakkal, és utána csendben hozzátettem, hogy higgyék el elvtársak az élet szép és minden lehetőség meg van a boldogulásra csak dolgozni kell, de mindenkinek és ki kell irtani a gazemberséget és hiszem, hogy mindenki boldog lesz. A mentőkocsiban már vergődtem, de az egyik mentős ököllel oldalba vágott, amit még a hárshegyi kórházban is éreztem. Az ottani kezeléssel kapcsolatban: Csodálatos dolgokon mentem keresztül: hangszórókon tudatták a közönséggel, hogy milyen érdemeim vannak, amit nem tudott a nép. Ünnepeltek, majd úgy döntött az országos bizottság, hogy szobrot emelnek a tiszteletemre és Kossuth-díjat kapok, de rögtön utána jött a Szovjetunióból a hír, hogy érdemeim elismeréséül Lenin békedíjjal tüntettek ki. Persze a gyógykezelés után, amikor

már visszanyertem a rendes észjárásomat, rögtön tudtam, hogy pszichológiai gyógykezelésen estem át, de újból örültem az életnek, és azóta is töretlen az akaratom, és nincs és nem is lesz szükségem elvonó gyógyszerekre, mert eddig sem a tilalom tartott vissza az ivástól, hanem a tudomány iránti hitem, és amíg ezt a hitet széles körben bele nem nevelik az emberek gondolatvilágába, inkább elpusztulnak az emberek, de az iszákosságról nem mondanak le. Ezt nem csak én mondom, ez az orvosi tudománynak is nagy problémája.”

A beszámolóból világosan kiderül, hogy:

a) A beteg mindenkit, saját feleségét és sógorát is halálos ellenségének tart.

b) Egy megjegyzése azonban arra utal, hogy ezt saját extrém elszakadási tendenciájától indítatva teszi: „... a Feleségem a Sógorommal együtt meglátogatott, de a bennem dúló vad dac miatt csak hitetlenül fogadtam, sőt Őt is a gyilkos ellenségnek tartottam...”

c) Ugyanakkor a beteg extrém kollektív tendenciákat, embermegváltási érzéseket mutat, majd teljes szembenállást („... erélyes beszédet mondtam, amelyben elátkoztam ezt a rothadt világot...”), utána tökéletes befogadás, beilleszkedés következik („hangszórókon tudatták a közönséggel, hogy milyen érdemeim vannak, amit nem tudott a nép. Ünnepeltek...”).

K. K. 50 éves férfi betegünk rövid anamnézisést és egy deliriózus álmának leírását ismertetjük.

Nagyon bőbeszédű, hangos. Beszélgetésünk delíriumos állapotban zajlik le. Eléggé zavart, furcsa álmai vannak, alvás közben bevizel. „Lenyugvása” után is erősen kveruláns, társait irritálja, akik rosszul tűrik. Bőbeszédűség és nagy fabulációs készség jellemzi, adatai emiatt bizonytalanok.

Apai részről nagyanyja olasz, nagyapja szerb származású. A nagyszülők korán meghaltak, apja katonaaárva, katonaiskolában nevelkedett. Korán önálló, pincér, majd főpincér volt. Még nősülése előtt sorsjegyén főnyereményt nyert, önállósította magát, szállodát nyitott. Apja részint Pesten élt, majd nősülése után Zágrábban. A házasságkötés 40 éves kor körül, anyja 20 évvel fiatalabb, pedagógus.

Gyermekkorában Délvidéken éltek. Belgrádban nevelkedett. Sok nyelvet tanult: német nevelő, szerb-horvát iskola, az orosz még gyermekkorában elsajátította, franciául az iskolában tanult. Állandóan hangoztatja, hogy öt nyelven beszél, ebből csak annyi az

igazság, hogy idegenes akcentussal beszél magyarul és a többi nyelvet már elfelejtette. Nyelvtudását ma már nem tudná hasznosítani.

Gyermekkorában jó módban éltek, a szállodatulajdonos apa mindig jókedvű, vidám, társaságkedvelő. Naponta 10—15 fröccsöt is megivott, de soha nem részegedett le, legfeljebb hangos, bőbeszédű, vígkedélyű. Az első világháború után kezdett tönkremenni, fokozatosan lecsúszott, csődbe került. A magyarokat is görbe szemmel nézték Délvidéken, rosszul spekulált stb. Ezután az apa megváltozott: indulatosabb, hirtelenebb, idegesebb is. Anyjáról ellágyulva beszél, értékelhető adatot nem lehet róla megtudni. Úgy tűnik, inkább az apa volt az úr, ő parancsolt a házban.

Emlékezetes verések gyermekkorában: összesen kétszer verte el az apja, először 10 éves kora körül. Egyszer öccsével játszottak. Egyik reggel az az ötletük támadt, hogy felveszi apja kabátját és megijeszti, amikor belép az ajtón. Apja zsebében metszőkés lapult, jó élesre fenne. Kivette, majd elbújta az ajtó mögé. Úgy látszik, apja hallott valami neszt, ő is arra készült, hogy megijeszti a gyereket. Hirtelen nyitotta rá az ajtót, rákiáltott és erre ő „ijedtében” belevágta a kést apja kezébe, úgy, hogy csontig hatolt. „Amit utána kaptam, életemben nem felejttem el.” A lovaglópalcáját törte el rajta. A második verést 18 éves korában kapta, mert elvesztette a gyűrűt, amit érettségire kapott, s azt hitték, eladta. A veréseket ma is igazságosnak, megérdemeltnek érzi.

Gyermekkorban nagyon csintalan volt, az iskolában „Rózsa Sándornak” nevezték. Különben jó tanuló, jó eredménnyel érettségizett. Utána kereskedelmi akadémiát végzett.

Az elmondottakból nem derül ki, mi a nagyizálás, ill. hol kezdődhetett a lecsúszás. Öccséből főorvos lett. Ő 1939-ig élt Délvidéken, ezután felkerült Pestre. Biztosító társaságnál dolgozott. A háború idején nősült, utána hadifogság. Legfájóbb emlékét nem tudja elmondani. Anyja és kislánya, aki abban az időben született, a háború alatt elpusztult. Háború után a közellátási jegyközpontban dolgozott. Az ötvenes években a földalattinál keszonos. Itt jól keresett, de utána már nem tudott hivatalnoki állásba visszakerülni, egyre lejjebb csúszott. Jelenleg segédmunkás 1200 Ft fizetéssel.

Állítólag keszonos korában kezdett mértéktelenül inni. Lényegében mindig ivott. Otthon mindennapos volt a bor, korán kezdte a mulatozást, a szállodai, vendéglői környezet is csábította erre. Nem lehet tudni, fokozódó ivása miatt csúszott-e le, vagy fordítva: a lecsúszást követte az egyre mértéktelenebb ivás, de az előbbi valószínű. Házassága az ivás miatt bomlott fel, feleségétől nyolc éve különváltan él, de ugyanabban a lakásban. Házasságát rossz-

nak tartja, szexuálisan soha nem értették meg egymást — de ez is inkább önmaga mentegése.

Deliriumos álmát maga írja le:

„Az álom íródott az Orsz. Korányi Tbc Szanatórium »L« pavilonjában 1964. szept. 30.-án 3h 30'-kor.

Szín józanul feküdtem le tegnap 22h 30—40 vagy 45-kor a Déryné TV előadása után. Az álom a következő volt: Hosszú ideig mint beteg egy kórházban kezeltek. Családommal jó viszonyban voltam. Elkövetkezett a távozás pillanata, értem jöttek. Sokkal a betegek között jóbaráti egyetértésben éltünk. A kórterem akkora volt, mint egy hangár. Az ágy sorok sorba rakva, mint a katonaságnál, csak egész egymás mellett, úgy hogy nem lehetett köztük beférni. Jól éreztem magam, de Feleségem, ki *szintén* értem jött az idősebb fiammal, az mintha figyelmeztetett volna, hogy ne igyak szeszes italt. Elindultam hazafelé; hogy hogyan, arra már pontosan nem emlékszem. Az utcák és házak ismerősök voltak, úgy mint a járókelők. Menet betértünk egy helységbe és Feleségem tiltakozása ellenére mégis megittam egy pohár sört, azt hangoztatva, hogy »az úgysem árthat meg« nekem. Útközben mindig kellemetlenebbül kezdtem magam érezni, de végül megérkeztem a lakóház udvarába. Hatalmas több emeletű épület volt, az ismerős asszonyok keresztbe X kendőkkel épp szőnyeget poroltak. A lift nem ment, vártam és Feleségem és Fiam elmentek a házmesternét keresni, ismerős szerelők dolgoztak szanaszét. Nagyon sokáig vártam, és akkor kezdődött a förtelmes álom. Az egész testemben kezdtem rosszul érezni magamat és mindenkinek szoltam, hogy nagyon rosszul érzem magam. Most már a bőröndjeimmel egyedül álltam és úgy éreztem magamat, mintha egy felfújható léggömb lennék, melyet valami kezd felfújni. Senki sem ismert meg. A kórházból távozásakor az ágyra a következő páciens várt. A Fiam és Feleségem visszatért és elmentek mellettem és nem ismertek fel. A beszédképességemet is elvesztettem, csak szemeimet tudtam mozgatni és bár a kórházban nagyon jó énekes voltam és sokat és mindig teli hangon énekeltem, most egy szó se, csak erőltetés, makogás és a kezekkel való mutogatás maradt. Akkor rátekintettem saját kézfejemre és az is olyan dagadt volt mint a futballabda, de avval nem éreztem hogy ember teste, és mikor rányomtam másik kezemmel, belenyomódott és csak lassan engedett vissza. Bár mentő hozott hazafelé, sehogy sem akart visszakerülni, azt mondták, hogy rossz a telefon is. Végül rádobáltak valamire és elindultam. Az egyik bőröndöm nagy fonott rossz szíjjal leesett az úttestre, visszatették, egy telefonérme is legurult és egy 100 forintos. A Feleségem, és fiam meg más emberek is jöttek utánam és valaki az én telefon-

érmémmel újból elment telefonálni. Mindenki közömbösen és ismeretlenül nézett rám, a Mentők is megjöttek, pedig legjobb barátságban pár perccel előbb búcsúztak. Belém nyomtak egy injekciót és némán néztek rám, nekem csak hangtalanul mozgott a szám és csak a jobb kezemmel tudtam mutogatni, hogy én Én vagyok és nincs semmi bajom, miért nem ismernek meg? Miért nem tudok beszélni? Csak a Fiam és most már a Feleségem is felismert. A kórházban is rövid idő alatt egy kivételével mind kicserélődtek. Egy régi betegre ismertem rá, de Ő sem akart megismerni. Hasrafekve ruhástól helyeztek az ágyra és habár régi ágyam üres volt, hiába néztem magam körül, szemeimet körbe forgatva mutogattam szemeimmel és kezeimmel, csak hang nem jött ki a torkomból. Néma voltam, egész néma. Én, aki olyan sokat és nagyokat szerettem énekelni, jó kemény teli hanggal. Lesújtó, förtelmes volt az érzés. Akkor valahonnan valami nagy és nehéz tárgy zuhant rám a magasból, de nagyon nehéz volt. Azt nagyon nehezen leemelték rólam, ott feküdtem elterülve, mint egy béka. Csak egy valakit ismertem meg.

Most már a többiek is kezdtek megismerni, fel, felkiáltva: hiszen ez K mann! Lefekhettem régi ágyamra, de hang még akkor sem hagyta el a számát, én mindenkit hallottam és jobb kezemmel mutogattam, de beszélni nem tudtam. Förtelmes volt, őrjítő.

4h 45'

P. S. Megint énekeltem erős hangon, régi tenoromon, telitorokból.”

Esetünkben a közösség—egyed szétválás a hallucinosisokból ismert formáknál sokkal végletesebb alakot mutat. A beteg nemcsak szembenáll a többiekkel, akiket ellenségeinek tekint, hanem ezen messze túlmenően a közösség számára nemlétezővé válik. Párhuzamosan ezzel ő maga is derealizálódik (felfújttá üres hólyaggá, labdává válik, megnémul), ugyanakkor a közösség számára is elidegenedik („ . . . egy régi betegre ismertem rá, de ő sem akart megismerni . . .”) A kiválással tehát az egyed és a közösség kölcsönösen megszüntetik egymást. Hozzá kell tennünk, hogy a beteg normálisabb állapotában is nehezen elviselhető, kveruláns, be nem illeszkedő egyéniség.

A DISZPARITÁSBÓL SZÁRMAZÓ INADEKVÁTSÁG KIALAKULÁSA

Az előzőekben áttekintettük az egyed—környezet diszparitás különböző formáit és a diszparitás következményeit a személyiség-szerkezetben. Ezek végső fokon ellentétekből felépülő különböző változatok. Talán a kialakulásukhoz vezető diszparitások is hason-

lóan ellentétes szerkezettel rendelkeznek. Ez a szerkezet lehet a közös elem, amely a diszparitás különböző formáiban esetleg megtalálható.

A kérdés eldöntéséhez közelebbről meg kellett vizsgálnunk az alkoholizmus kialakulásához vezető élettörténeteket. Ez ugyan időigényes és bonyolult feladatnak bizonyult, de több hasonló eset alapján sikerült olyan megállapításokat tennünk, amelyek az alkoholisták egy-egy csoportjára általánosíthatók. A következőkben azt az élettörténet-mintát tárgyaljuk, amelyet eleinte teljesen kivételes és egyedi alaknak tekintettünk, de amely a diszparitás különböző formáinak közös tényezőjét tartalmazza.

A vizsgált esetek között találkoztunk a sokszoros traumatizáltság egyik sajátos változatával, ahol a traumatizálás összetett formájával álltunk szemben. Ennek a vizsgálatára alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy a traumák között igen nagy eltérések mutatkozhatnak, és a különböző fokú és típusú traumák hatása is igen eltérő lehet.

Ebben a csoportban az alkoholista egyik szülője kiemelkedő, megbízható, a szülői kötelességeket jól teljesítő egyéniség, a másik viszont extrém egoista, csak önmagával törődő, a gyermeket elhanyagoló vagy éppen vele szemben is követelőző. Ilyen esetben a gyermek léte a támaszt jelentő szülőtől nagymértékben függ, mert annak nemcsak a családon kívüli erővel szemben kell megvédenie a gyermeket, hanem a családon belül a másik szülő által teremtett súlyos problémákat is meg kell oldania. Ily módon a szülők között olyan antagonizmus áll fenn, amely W. és J. McCORD (1960) szerint gyakran alkoholizmushoz vezet. Tapasztalatunk szerint azonban még egy tényező szerepet játszhat a súlyos esetekben. Ha ilyen körülmények között a megbízható szülő váratlanul meghal, a gyermekből gyakran alkoholista lesz akkor is, ha egyébként a családban nincs alkoholista.

A csoport elemzése különböző következtetéseket tesz lehetővé az alkoholizmus kialakulását és szerepét illetően. Ilyen esetekben a diszparitás a két szülő ellentétes viselkedésében éles formát ölt. Ehhez járul a váratlan veszteség, amelynek a diszparitás-teremtő hatását már vizsgáltuk. Ezekben az esetekben tehát a diszparitás összetett formájáról van szó.

Ebben a konstellációban a két szülő egész viselkedése alapvető és kibékíthetetlen ellentétességet mutat. Az anya, akinek a gyermek számára eleinte a legfőbb támaszt kellene jelentenie, ebben a helyzetben atipikusan viselkedik. Az apa viszont kettős szerepet játszik. Ezzel a két szülő szerepének szimmetrikus elrendezettsége, amely a normál család tengelyét alkotja és a normális élethelyzet

alapját jelenti a gyermek számára, teljesen megbomlik, és helyére a leírt aszimmetrikus alak kerül. Ez az aszimmetria a gyermek életének minden későbbi szakaszát kedvezőtlenül befolyásolja és hajlamosít arra, hogy a személyiségben sokszoros sérültség alakuljon ki. A konstelláció megfigyelésünk szerint különböző formákban előfordul, és egész életen át tartó, nehezen befolyásolható és ugyanakkor a vizsgáló számára nehezen érthetően alkoholizmushoz vezet. Olyan egyénekről is lehet szó, akik megfelelő, sőt átlagon felüli képességekkel rendelkeznek, sőt átlagon felüli szakmai képzést nyerne, munkájukat siker koronázza, bizonyos mértékig emberi és társadalmi kapcsolatokat is tudnak teremteni, de sokszor érthetetlen módon rendszeresen alkoholizálnak.

A konstelláció esetenként módosulhat. Előfordul, hogy a gyermek számára támaszt jelentő apa váratlan halála gyermekeivel folytatott játék közben, tehát jelenlétükben történik. Más esetben az anya jelentette a támaszt, míg az apa foglalkozása következtében családjától rendszeresen távol volt, és otthon tartózkodása alatt is csak kevés érdeklődést mutatott családja iránt. Ez a sorsminta — bármennyire kivételesnek tűnik — nyilvánvalóan igen sok esetben realizálódik. Energikus, esetleg riválist nem tűrő egyén sokszor gyenge, támaszra szoruló házastársat választ, egoista egyén pedig természet-szerűleg önfeláldozásra hajlamos partnert keres.

A gyermek szemléletében az ilyen konstelláció ellentmondónak tűnik. Nagyrészt ez az ellentmondásosság teszi a leírt sorsmintát betegség-okozóvá. A diszparitás azáltal alakul ki, hogy a valóság önellentmondónak bizonyul, és ez a gyermek számára gyakorlatilag megoldhatatlan helyzetet teremt. Az ilyen alapvető megoldhatatlanság a diszparitás végletes formája, és a kialakuló személyiség-szerkezetet nagymértékben gyengíti.

Ezeket a megfontolásokat vizsgálataink szerint széles körben általánosíthatjuk. Azt állítjuk, hogy az alkoholizmus alapja rendszerint olyan élettörténet, amelyben a kialakuló személyiség főbb tapasztalatai ellentmondó valóságot tárnak fel. Ez az a momentum, amely látszólag egészen eltérőnek mutakozó eseteket, sorsmintákat egybeköt. Egyik legfontosabb típus pl. az, amikor az ellentmondás egyik szülővel kapcsolatban lép fel. A gyakorlatban ugyanaz a szülő különböző időpontokban és helyzetekben támadó és védő szerepet is játszhat. Az ellentmondás tehát egy személyen belül is lehetséges. Ez magyarázná azokat az eseteket, amikor a végletesen agresszív apa gyermeke akkor is alkoholistává válik, amikor az apa maga nem tekinthető annak. Ehhez hasonló esetben az anya egyik gyermekét lényegében megöli, a másikat évekig szoptatja. Az ellentmondó tapasztalat a gyermek világképében, valóságfogalmában

alapvetően bizonytalanságot teremt. A normális személy a valóság különböző elemeire nézve alapvető egyértelműséget tételez fel. Ennek érvényét a kapcsolatok vizsgálata útján felfedezhető dialektika csak gazdagítja, de nem szünteti meg.

A dialektika extrém hívei — mint maga HEGEL is — néhol szembeállítják az azonosság elve alapján felépülő logikát a dialektikus szemlélettel, alaposabb vizsgálat után azonban az azonosság elvét mégis mint a dialektikán belül érvényes formulát tárgyalják. A józan ész, a gyakorlati élet területén ez az összetartozás jellemzi a világszemléletet. A dolgok normális szemléletben egyértelműek, és ha valahol ellentmondás merül fel, akkor a személyiségben a FESTINGER (1957) által „kognitív disszonanciának” nevezett zavaró hatású élmény keletkezik, amelytől a személyiség menekülni igyekszik.

A fontos személyek ellentmondó viselkedése is ellentmondó érzelmekhez, ambivalenciához vezet. Minimális mértékben a normális egyedekre is hat, náluk azonban a pozitív kapcsolat dominanciája ezt az ellentmondást háttérbe szorítja. Az ambivalencia tehát a normális egyén interperszonális viszonyait inkább színezi, mint zavarja. Abnormis esetekben — és ez a neurózisokra is érvényes — az ambivalencia felerősödik és komoly bizonytalanságot eredményez. Ennek végletes formáját tapasztaljuk az alkoholizmusban.

AZ ALKOHOL JELENTŐSÉGE AZ ALKOHOLISTÁK SZÁMÁRA

Az alkoholizmus problémájának talán legfontosabb kérdése az, hogy mi a szerepe az alkoholnak az alkoholista személyiségében. Pontosabban azt kell megállapítanunk, hogyan segít az alkohol az elviselhetetlen helyzetben. Az irodalomban ismertetett kutatások az alkohol szerepét több oldalról tanulmányozzák.

Első helyen említjük azokat a vizsgálatokat, amelyek arra mutatnak rá, hogy *alkohol hatására a vizsgálati személyek megoldhatónak vélik olyan feladatokat, amelyeket alkoholhatás nélkül megoldhatatlannak tartanak.* Ez a jelenség alapfontosságú azoknál, akikre érvényes a meghatározásunk, hogy a személy és a valóság kapcsolatára az inadekvátság élménye a jellemző.

Az ilyen alkoholhatás kétféle módon jöhet létre.

a) Az alkohol hatása befolyásolhatja a külső valóság objektív észlelését. Egy kísérlet során alkohol hatására az autóvezető elképzelhetőnek tartotta, hogy autóbusszal átmenjen egy olyan keskeny úton, amelyen ez nem lehetséges. ELKIN és KOZINA (1966) pedig azt

mutatták ki, hogy alkohol hatására az időbecslés, azaz az időhöz való viszony alakul át.

b) Feltehető, hogy az alkoholisták — legalábbis részben — gátoltak, meglevő képességeiket a gyakorlatban nehezen fejtik ki, gátlásaikat az alkohol kisebb-nagyobb mértékben feloldja, esetleg nagyrészt vagy teljesen gátlástalanná, vakmerővé teszi őket. JANET is ezt a nézetet vallja, szerinte koartált egyének számára az alkohol győgszernek tekinthető.

Második helyen tárgyaljuk azt a megállapítást, amely szerint az *alkoholrészegség sajátos eksztatikus állapot*, melyben az egyed viszonylata megváltozik a valósághoz.

Ez az állapot ugyancsak többféleképpen fogható fel.

a) Amennyiben az egyed gátlásainak megszűnésében nyilvánul meg, úgy tulajdonképpen az első helyen tárgyalt hatásmechanizmussal azonos. A gátlások feloldása eksztatikus állapothoz vezethet, de valószínű, hogy ebben jelentős fokozati különbségek vannak. Egyes gátlások feloldása az egyed józanabb, adekvátabb viselkedését eredményezheti, amelyhez nem szükségszerűen járul eksztatikus állapot.

b) Ugyanennek a kérdéscsoportnak egy másik aspektusa a melankolikus depresszió és a mániás felhangoltság problematikájához vezet. A melankólia FREUD megállapítása szerint a feldolgozatlan gyász, amely olyan esetben lép fel, amikor az elvesztett tárgyat az egyed önmagával azonosítja (STRACKE, 1921). A depresszió jellegzetes vonása a beszűkülés, a koartáltság, amit a Rorschach-teszt jól mutat. A gátoltság feloldása azonban nem a normális állapot helyreállításához, hanem a mániás felhangoltságához vezet, amelyben az egyén a valóság objektív korlátait negligálja. A szerzők egy része az alkoholrészegséget úgy fogja fel, mint egy depressziós alapszemélyiségnek az alkohol hatása alatt kialakult mániás állapotát, amelynek lezajlása után a depresszió inkább fokozódik, mint csökken.

c) JELLINEK elmélete szerint a részegségnek történetileg kialakult szociálpszichológiai jelentése van. A társadalom követelményeinek a betartását az ünnepek beiktatása azáltal teszi lehetővé, hogy átmenetileg érvénytelenítik ezeket, és az egyéneknél gondtalan, eksztatikus állapotot hoznak létre. Az ilyen állapot lényegében primitív szerkezetű. Az eksztázis ebben a formában regresszív jellegű.

Harmadik tényezőként említjük azt a megállapításunkat, mely szerint az alkohol a *projekciós mechanizmus működését fokozza*. Mint láttuk, az introjekció a mással történő azonosítást, a projekció a saját tényezőknél a másokra vetítését jelenti. Az alkohol lehe-

tővé teszi, hogy az egyed saját ösztöneit, tendenciáját a külvilágra vetítse, és így átmenetileg megszabaduljon tőlük. A gátlások megszüntetésével az alkohol képes elfogadtatni a saját ösztönöket, és így megszünteti a feszültséget, amely az elutasításból származik. A projekció azáltal szünteti meg a feszültséget, hogy a saját ösztönöket kivetíti.

Ez a projekció lehet a saját tudatos tulajdonságok kivetítése, HOLMES (1968) szerint a „hasonlósági projekció”. A személyiség könnyebben viseli el erősen elutasított tulajdonságát, ha feltételezi, hogy mások is ugyanazzal a tulajdonsággal rendelkeznek. Az alkoholista szerint a kezelőorvos és az alkoholizmust bíráló személy mind iszik, kritikájuk tehát álszent.

Az alkoholista projekció másik formája a saját tendenciák leszakítása és külső jelenséggé való átalakítása. Az önvádak úgy jelennek meg, mint kívülálló hallás útján felfogott hangok. Ezt a jelenséget FEDERN (1952) az én-határok beszűkülésével értelmezi, de nyilván a hallucinációk ama fajtájáról van szó, amely a szkizofréniában gyakori, és a saját elutasított ösztönrezdülések kivetítéséből keletkezik; tehát olyan jelenség, amelyben a szkízis és a projekció együttesen szerepel.

Az alkohol a mondottak szerint gátlásoldó. Ebből az következik, hogy hatása lehet pozitív vagy negatív. A gátlások az egyén számára pozitív célkitűzéseket szolgálhatnak, de a személyiség szempontjából károsak is lehetnek. A családi helyzetben kialakult súlyos perverszió és az agresszió-formák pl. meggátolódnak. Feloldásuk a társadalom szempontjából nyilvánvalóan káros, az egyén szempontjából kétértelmű. Egyrészt elérheti a számára fontos ösztönformák megvalósítását, amely az egyed számára felszabadulást jelent, ugyanakkor a személyiség ily módon társadalmilag veszélyeztetett helyzetbe kerül, és ez az ő számára is káros.

Emellett egyes tendenciák esetében a gátlások nehezen szüntethetők meg. Az alkohol gátlásoldó hatása pl. a már tárgyalt vampirisztikus tendenciákat felerősíti, ezáltal a személyiségben egyre növekvő feszültséget hoz létre. Ez az eredeti, a gátlások által elfojtott feszültséghez képest súlyosabb. A delirium tremensben az ilyen vampirisztikus tendenciák felerősödése a jellemző. A pszichikus folyamat azonban azért sem válik egyértelműbbé, mivel maga a tendencia kettős irányú, a személy ugyanazon ösztönkielégülés területén egyrészt aktív, másrészt passzív szerepet játszik.

Ugyanígy azokat a függetlenségi törekvéseket, amelyeknek az érvényesülését a gyermekkorban kialakult szülőkapcsolatok, családi és rokonsági kapcsolatok akadályozzák, az alkohol gátlásoldó hatása felerősítheti. Az egyén ekkor minden élő személlyel szembeke-
kerül.

Mindezek ellenére világos, hogy a konvenciók és a törvények ellenére is a meglévő hajlamok kielégülésre törnek. Sőt arra is képesek, hogy kialakult gátlásokat alkoholizálás útján lépésről lépésre bontsanak le.

Az extrém személyiség szerkezet sajátos, normálistól eltérő szükségletei — mint a vampirizmus, incesztuózus tendenciák — a mai társadalom követelményeivel összeegyeztethetetlenek. A személyiségben tehát feszültség keletkezik, és ez olyan nehezen elviselhető helyzetet teremt, amelynek reális megoldása az inadekvátság-élmény alapján lehetetlen, tehát irreális megoldás-kísérletekhez vezet. Ide sorolhatjuk az alkoholizmust is.

Ha ez a feltevés helytálló, valószínűnek kell tartanunk, hogy amennyiben a személyiség lehetőséget talál szükségletei kielégítésére, az alkoholizálás szükségtelenné válik számára.

Ez a feltevés érvényesnek látszik annak ellenére, hogy esetenként a helyzet változó lehet. Az előzőkben közölt (K. S. 155. o.) önéletírás szerint a manifeszt homoszexuális élmények párhuzamosan alkoholizálással jártak. De itt a jelenség láthatóan összetett, mert a homoszexuális vágyak mellett még a kockázatvállalás is nagy szerepet játszhatott. Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a végső mozgatóerő a háttérben meghúzódó, nehezen felfedezhető tényező volt, amely nem vált teljesen kielégíthetővé.

Talán nem érdektelen maguknak az alkoholistáknak a véleménye az alkohol hatásáról, saját alkoholizmusukról. *Ady Endre* írja „A magyar Pimodán”-ban: „A művész, aki egy kicsit zseni és magyar, természetesen ezer métermázsával súlyosabb teherként cipeli lelkén az átkot . . . Kíváncsiságból megkíséreltem egyszer, hogy van-e erőm nyolc—tíz hónapig egy csöpp alkohol nélkül élni. Volt: gyönyörűen bírtam, de szenzibilitásom, ami a legelőkelőbb művésztulajdonság . . . , az örületig kezdett fokozódni. A szürke, porszínű magyar élet még szürkébbé és átkosabbá borult előttem és a halál veszedelmesen nekem indult. Gyávább voltam és még ma is jobban szeretem az életet egy-két negyedóraig valaminek látni, mintsem elengedjem magam a mámor turistakötele nélkül a meredélyen.”

Itt az érzékenység áll szemben az elviselhetetlen unalommal. Az adott valóság értéktelen és csak hallucinogén anyag segítségével lehet elfogadni. Nemcsak az én gyenge, hanem a valóság is részben a korábbi élmények, részben a gyenge én projekciója következtében. Az alkohol egyaránt alkalmas az én és a külvilág kapcsolatának erősítésére: univerzális gyógyszer.

Ez az alaptétele *Vörösmarty* „Bordal”-ának is, amelyben a bort ajánlja minden elképzelhető frusztrációra. A dal refrénje azonban bevallja, hogy ez az alapvető bajon nem segít: minden mulandó,

a végső pusztulás elkerülhetetlen. Az alapvető motívum: a depresszió fogalmazódik meg a pesszimizmusban. A szintézisképtelenség tehetetlenség-élményhez, depresszióhoz vezet. „Kíváncsiak vagytok rá, milyen érzés alkoholistának lenni...?” — kérdezi Claire, *Edward Albee* „Kényes egyensúly” című darabjának alkoholista szereplője. S a jellemzést is ő maga adja: „Képzeld azt, hogy nagyon beteg vagy... úgy érzed, hogy belülről mindened megzöldült és bűdös lett, és összekavarodott, és fáj a szemed, és alig élsz... Érzed, hogy bensődben mindent megevett az a bűdös, zöld penész és azzal gyűlölöd... önmagadat és mindenkit. Gyűlölsz, pedig istenem, szeretetre vágyol, jaj sze-re-tet-re...” *Csehov* alkoholista hősei, pl. a „Ványa bácsi” című drámában Asztrov doktor is kiemelkedik környezetéből: érzékenyebb, sebezhetőbb, mint a körülötte élők, vagy legalábbis könnyebben hajlik arra, hogy a kiáltalanság érzését önpusztító módon csillapítsa, oldja fel. „Be kell vallanom, lassanként útszéli leszek — mondja Asztrov. — Látod, részeg is vagyok.

Ilyen állapotban mindig pimasz és vakmerő vagyok, a végletekig. Ilyenkor minden gyerekjáték! Nekivágok a legnehezebb műtéteknek is, és remekül meg is csinálom; ilyenkor nem érzem különcként magam, és azt hiszem, hogy óriási hasznot hajtok az emberiségnek... Óriásit! Ilyenkor saját filozófiai rendszerem van és te komám, mind csak olyan kis bogarak vagytok a szememben...”

Csehov felismeri, hogy az öntúlértékelés az alkoholistában mások leértékelésével korrelál, és ez nyilván megfordítva is érvényes. Mánias felhangoltságában azonban saját teljesítményének túlértékelését valóságnak tekinti.

A filozofikusabb hajlamú szakemberek hasonló következtetésekhez jutottak. **KELLER** is az 1969-es budapesti kongresszuson Jellinek-émlékelőadásában kifejtette, hogy azok könnyíteneek szenvedéseiken alkohol segítségével, akik a valósággal a követelményeknek megfelelően képtelenek megbirkózni. Ehhez a megszokás után akkor is ragaszkodnak, amikor már felismerték ártalmasságát. Az ilyen egyéniség a normálishoz képest redukált, amit a normalitás különböző dimenzióiban egyaránt ki lehet mutatni. Jól látható pl., hogy az alkoholista személyiség időbeli kiterjedése lényegesen csekélyebb a normálisnál.

P. T.-né, 40 éves, egyetemet végzett alkoholista nőbetegünk írása:
„Alkohol, Alkohol, legszívesebben csupa nagybetűvel írnám. Nem tudom, hogy miért tudok érted hazudni és csalni és most már lopni is. Innám, innám, de úgy érzem, hogy még magammal szemben sem vagyok őszinte. Jól esik stikában meginnom téged. Tudom,

hogy baj lesz belőle és mégis kell. Ha már megcsináltad nálam a bajt, akkor haragszom Rád, de tudom, hogy újra fogom kezdeni. Régen kezdődött és hiába minden, nem tudok lemondani Rólad. Ha megiszlak, akkor szépnek és jónak érzem Magam. Segíted felejtetni a hétköznapiakat, pedig él bennem a rettegés és félek tőled. Megfogadom, hogy lemondok Rólad és talán akkor sem gondolom komolyan, csak szeretném, ha a zivatar elmúlna a fejem fölől. Pár hónapig kibírom Nélküled, de aztán már nem megy tovább és akkor már megint minden mindegy.

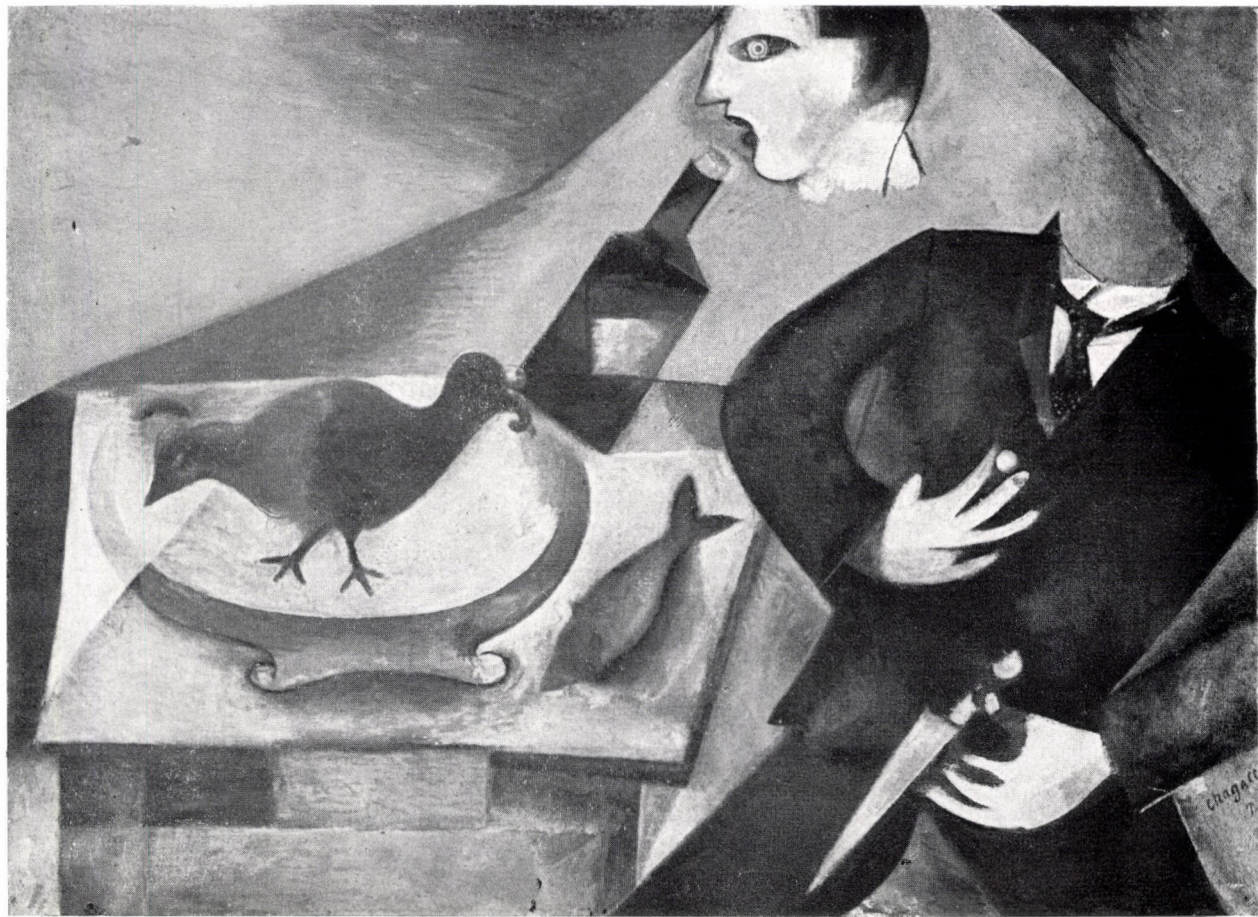
Nehéz leírni azt, ami olyankor bennem van.

Hogy szeretném, ha ihatnék és közben boldog is lehetnék, de tudom, hogy a kettő nem megy. És én mégis az italt választom, pedig olyan jó volna boldognak lenni. Az emberek szemébe bátran nézni. Most sem tudok szembenézni a tényekkel, megint mellé beszélek és igyekszem szépíteni a dolgokat. Felelőtlen vagyok és a legnagyobb baj, hogy ezt nem érzem, úgy gondolom, hogy miért ne lehetne mindez az enyém. A lelkem mélyén mindenkire haragszom, aki azt akarja, hogy ne igyak. Nem tudom, hogy nem írtam-e ezt megint hazudva, de most úgy érzem, hogy talán nem. Az íváshoz hozzá tartozik a családom is: mindent megtettek, amit tehettek és én mégis becsapom őket, és amikor számon kérik tőlem, akkor úgy csinállok, mint aki mindent megbánt, pedig érzem, hogy folytatni fogom, de azt csak magamnak merem bevallani. Talán akarok is megváltozni, de nem az igazi akarat az, ami bennem van. Kell az ital és szégyenlem Magam és mégis kell. Hiába a gyógyszeres kezelés, hiába a jóság, kihasználom mindazt, amit lehet és mindenkit, akit lehet. Követlenség és mégis kötöttség kell nekem. Kell hogy valakihez tartozzam, aki szeret, de amellett mégis élhessem az én magam életét. Vagy ne legyen senkim és egyedül lehessek. A legnagyobb baj talán az, hogy nem szeretek dolgozni, na nem úgy, hogy soha, de csak akkor, amikor olyan a hangulatom. Szeretnék nagyon beteg lenni, hogy mindenki engem ápoljon, sajnáljanak, hogy milyen kár, hogy beteg és nemsokára meg fog halni. Ezzel szemben olyan egészséges vagyok, mint a makk. Ez a sok ital sem tudott tönkre tenni.

Nem tudom, hogy mit is írok még, mert csak azt tudom újból és újból leírni, hogy ha nem iszom, akkor egy olyan érzésem van, mintha az életemből kiloptak volna valamit. Tudok meakulpázni, de csak azért, hogy egy idő múlva mindent kezdjek előlről. Az az érzésem, hogy minden hazugság, amit csinállok. Az alkohol pedig azt csinálja bennem, hogy így szép és jó. De ismerősök előtt szégyenlem, hogy iszom, a családom előtt is és az orvosomhoz sem vagyok őszinte. Mégis kell az ital. Nem tudom leírni az érzést, ami akkor



Az alkoholista képzőművészeti ábrázolások között kiemelkedik *M. Chagall* két festménye: „Az ivó” és „A katona iszik”. A részegség két fokozatát fejezi ki a két kép: a katonának a sapkája, az ivónak már a feje válik el a testétől, központi kontroll elvesztésének szimbólumaként. Ugyanakkor a személy a valóságtól is eltávolodik. Ezt az arc kubisztikus felhasogatottságával is érzékelteti. A katona hazagondol, egyik kezével a falon lévő képre mutat, amely falusi házat ábrázol. Az asztalon pedig őt magát látjuk — a részeg víziójaként —, amint egy parasztasszonnyal táncol. A két apró alakocska olyan, mintha a részeg katona mikropsziaszerűen megjelenő fantáziaképét mutatná (*Részeg katona 1912–13; 109 × 94 cm. S. R. Guggenheim alapítvány. New York*)



A másik képen a részegség mélyebbé válik, és az elszakadás a valóságtól nagyobb mértékű. A szexus már csak szimbólumok formájában, mint madár és hal van jelen. A hal mint szexus-szimbólum a frigiditást és talán a halált is kifejezi. Ennek megfelelően a részeg kezében nagy, éles kést tart, saját szexusa felé irányítva, ami a kasztrációs szándékot szimbolizálhatja. Ezt az asszociációt erősíti az is, hogy a részeg másik kezében ruhájának egy gombját tartja, mintha azt akarná levágni. Így a saját szexus mintegy értéktelen gombbá válik. Ugyanakkor azonban a kés a saját szexus helyét foglalja el. Amennyiben a kés az agresszió kifejezése, annak irányulása is inkább önagresszióra mutat. Ezt a jobb kar védekező, elhárító mozdulata is sejteti. Ugyanakkor a penis feleselése a késsel szadisztikus tendenciák kifejezése is lehet. A dekapitáltság, amit még az agykoponya lemaradása a képről is fokoz, az arc szögletes, mikátlan merevsége a maga bizarrságával a személyiség tragikus állapotát is érzékelteti. A nyitott száj hangsúlyozottsága, az üveg az alkoholizmusban olyan fontos orális elemeket juttatja kifejezésre. A piros madár — két hal szimbólum és szín ellentétessége a szexuális szféra súlyos zavarát, ugyanakkor a vörös madár kétfejűsége a delíriumos víziókat juttatja eszünkbe. *Chagall* alkoholiista ábrázolása — sok más részeg ábrázolással (pl. *Kerl Hofer*) szemben — nem tartalmaz humoros, kedélyeskedő, cinikusan elnéző elemeket, sokkal inkább az alkoholizmus betegség jellegét, az embert fenyegető és tragikus jelentőségét emeli ki. (*Der Trinker*, 1911/1912 85 × 115 cm; *Hans Neumann gyűjteménye*, Caracas).

van bennem, ha iszom, de ezt nem is lehet talán leírni. Most már mindig a félelem az ami talán leginkább bennem van, félek a következményektől, és mégis csinálom. Érzem, hogy nem írok teljesen igazat, de nem tudom, hogy hol is van az igazság. Csak azt tudom, hogy élni szeretnék boldogan és inni szeretnék. Hiányzik nagyon az alkohol és ezért mindenre képes vagyok. Nehéz ezt az érzést megmagyarázni és talán nem is lehet elhinni, hogy én úgy szeretek inni, hogy azt ne vegyék rajtam észre, és nem is annyira társaságban, hanem inkább egyedül. Akkor úgy érzem, hogy megint kijátszottam mindenkit és én boldog vagyok. Hazugság volt minden tettem, és csak az italért hazudtam. Hazudok a férjemnek, az orvosomnak és még saját magamnak is. Most is talán azért írom ezt, hogy megint kikeveredjek valami bajból. Néha olyan tisztán látom saját magamat és mégis olyan másnak.

Alkohol, Te mámorító és félelmetes valami, vigyázok rád és félek tőled. Érzem, hogy Te leszel a végzetem és gyenge vagyok, hogy ellened tegyek. Érzem, hogy egyszer be kell fejeznem az egészet, de akkor sem tudok most változtatni rajta. Én úgy érzem, hogy csak saját magamat szeretem, de magamat sem jól. Vége, nem tudok mit írni, szeretem az Alkoholt, és nem tudok lemondani róla.”

G. M.-né 40 éves beteg az alábbiakban számol be írásban alkoholizmusa kezdetéről:

„Ha jól visszagondolok, a túlzott italfogyasztás nálam talán a külszolgálatos beosztással kezdődött. Szüleim házában főleg a téli hónapokban mindig az asztalon állt a kancsó bor. Soha mi nők nem fogyasztottunk többet napi 1—2 pohárnál. Télen reggelire mindig volt borostea. Az 50-es években kezdtem a külszolgálatot. Pontosan meghatározva az 1951. évben.

Amint kiindultunk a tanácstól a következő községben már kéretlenül is a vendéglő előtt állt meg a gépkocsivezető. Általában négyen szoktunk megkapni egy gépkocsit. Az összetétel nem kimondottan a pénzügyesekből, hanem különböző osztályokból tevődött össze. Szó sem lehetett olyanról, hogy bárki is a kocsiiban maradjon. Főleg a férfi kollégák csak nem hagytak ott egy nőt. Eleinte egy stampedli édes, majd kettő, később már 1/2 deci, majd még később már az erős is elment. Munkavégeztével ismét csak fogyasztottunk szeszt főleg. A osztályvezető vagy miniszteri kiküldött is volt a kocsiiban. A fejesen volt a sor a fizetésbe. Ezek a külszolgálatok eleinte nagyon hangulatosak voltak, de később már mindegyre terhesebbek. Az államosítás és a kulákklikvidáció idején minden mozgatható ember az adókampányra volt állítva. Este 8, 9, 10-kor is látogattuk a községi tanácsokat. Legtöbb esetben a tanács-

elnök addig szóba sem állt velünk, míg elő nem vette a saját termékéből készült pálinkát. 3—4 községi Tanácsot kellett ahhoz meglátogatni, hogy az ember teljesen kikészüljön. Nem is beszélve arról, hogy napokon keresztül egy falat kenyeret nem tudtunk szerezni az egész megyében, de pálinka az volt. Teljesen őszintén nem volt ritkaság az, hogy egy ember vagy íróasztal helyett kettőt láttam. Aztán jött a hányás, a rosszullet, a gyomorfájás, de mi másnap újra kezdtük az egészszet. Arra is volt példa, hogy útközben meg kellett állítani a gépkocsit, mert nekem háyni kellett. Olyankor jöttek a gúnyolódások, gyöngye legénynek neveztek, de ez volt. Azt hiszem akkor még nem voltam alkoholista, mert volt annyi erőm, hogy P. M. személyzeti főosztály vezetőjének őszintén elmondjak mindent.”

Majd mikor férje excessusai, botrányai, költekezése ismét nehéz helyzetbe sodorja:

„... Minden megtakarított pénzünk elment, valóságban szegénységben éltünk. Voltak ritkán józan napok, amikor sírt, magába fordult, kérte segítségemet és valóban úgy nézett ki minden, hogy most minden jóra fordul. Erősebbek voltak a barátok. Nem érdekelt akkor már semmi, kimerültem, megcsömöröltem az életet, alig vártam, hogy a munkaidőnek vége legyen, ittam én is, zug ivó lett belőlem. Kocsmába nem mentem, de a palackozott bort hazavittem. Igyekeztünk egymást becsapni. 1—2 pohár után már soha nem láttam olyan vészesnek az életet. Főztem, végeztem a házi munkákat, időközben nyelegettem a teli pohárból, de a hiányzót azonnal utána is töltöttem. Nagyon megnyugtató érzés volt, hogy az akkori gondjaimat, ahogy az alkohol szívódott fel a szervezetembe, fokozatosan ki tudtam kapcsolni és valósággal bele tudtam magam élni egy gyerekkori csínytevésbe, egy régi udvarlásnak az egész lefolyásába, szóval mindenre gondoltam ami kellemes benyomást hagyott az életemben, csak az akkori nyomorult helyzetem gondjait raktam el mindig későbbre. Ha ittam ez sikerült. Már egész jóban voltam magammal, már mindig minden gondot a következő napokra halasztottam.”

B. D.-né 38 éves nőbeteg, adminisztrátor. Súlyos kétoldali phthisisben halt meg intézetünkben. Tőle származik az „Elítélten” c. obzse. Amikor még absztinencia-követelésünket sósborszesz ivásával ki tudta játszani, akkor írta, sok egyéb között, ezt a versét:

T a l á l g a t á s (Dianásan)

Esett az eső a hegyen
fent
egyszer augusztusban.



B. D-né 38 éves beteg alkotása: „Elítélten”

Az égből
napfényes kékből
csillogva
csillogó fényfüggönyt alkotva
hullott a földre le
s a föld
mohón beitta.
Jó volna
ha annyi időre
míg az az eső lehullt a földre
úgy
mint e két elem
úgy lennél
velem.
Félelmeink ránkszáradt meredt máza
talán
levállna
bohócvicc sem lenne többé szavunk
és jó lenne
az is
ha hallgatunk.
Tollaim fázva
megrázva arcomon
 tussal
 rúzzsal
nem ülnék többé
egyedül
Melletted.
Kerek kőfállal nem kerítene körül
a magány
talán
úgy lenne jó
hogy
egy tómondatban
melyet
a pont lezár:
Te
lennél az alany
Én
az állítmány.

AZ ALKOHOLMÁMOR, AZ EKSZTÁZIS-KERESÉS ÉS AZ „ELVISELHETETLENSÉG” SZINDRÓMÁJA

Az eksztatikus állapotok lényege JELLINEK megfogalmazása szerint a társadalmi kényszerek átmeneti megszüntetésében áll. A közelebbi vizsgálatok azonban kimutatták, hogy az ilyen állapotoknak van bizonyos mérvű személyiségerősítő, problémamegoldó képességet növelő hatása is. Az emberi pszichikum teherbíró képessége, működésének intenzitása egyénileg változó, de egy egyénen belül megfelelő eljárásokkal fokozható. Különösen az ekstázisnak van olyan hatása, hogy a gondolkodás, általában a pszichés működések területén felmerülő ellentmondásokat képes egységbe rendezni. SHANDS készülő könyvében bebizonyítja, hogy az emberi értelem a jelenségeket dialektikusan, ellentétes pólusok között elhelyezve ragadja meg, és így a megismerés mindig antitetikus, ami az élmények vetületében mint konfliktus jelenik meg. Ez végső fokon a központi idegrendszer szerkezetéből is következik, mert a parasymphaticus-trophotrop rendszer mindig analitikusan jár el; azaz megkülönböztet, ami az ellentétek bevezetésével történik. Ellentmondás alakul ki, amelyet azután a sympathicus-ergotrop működésnek kell nagy feszültségek előállításával túlhaladnia. A dialektikus gondolkodás ezt a mozgást gondolkodása középpontjába állítja. A religiózus jellegű vagy általában tisztán pszichikus gyakorlatok (religiózus háttér nélkül is) hasonló eljárásokat alkalmaznak olyan meggondolással, hogy az ellentmondások feloldása ekstztatikus állapotot követel, ami türelmes gyakorlással bizonyos mértékig megtanulható. SHANDS feltevése szerint az ilyen állapot keresése szükségszerű és pozitív hatású, amennyiben az értelem korlátait tágítani képes.

Az eksttázis egyes formáit az emberiség régóta ismeri és rendszeresen gyakorolja. A módszer a legkülönbözőbb ókori vallásokkal kapcsolatosan, néha azokkal ellentétben eretnekségek formájában, néha mint az uralkodó vallás megengedett változata szerepel.

Az alkohol által teremtett mámor nem azonosítható az ilyen szintetizáló hatású ekstztatikus formákkal. Az alkoholmámor a szintézisnek csak a látszatát hozza létre, amely automatikusan eltűnik, amint az alkoholhatás megszűnik. Az alkoholmámorban inkább narcisztikus módon a külvilágra projiciált, hallucinációs jellegű képek sorozatáról van szó. A személy belső vágyait vetíti ki, saját ellentmondásait szünteti meg átmenetileg, de mindezek a mámor elszállása után fokozott élességgel bukkannak elő.

Az alkoholmámor tehát lényegében a mániás felhangoltsághoz áll legközelebb. Ezeket az állításokat a legújabb vizsgálatok is

igazolják, amelyek szerint cirkuláris kórképeknél, depressziósoknál az alkoholizálás nem a depressziós fázissal, hanem inkább a felhangoltsági állapotokkal kapcsolatos (FREED, 1969).

Bizonyos hasonlóság azonban a mámor és az eksztázis között mindig fennáll; ez abból is kitűnik, hogy az eksztatikus technikák hívei az eksztázist gyakran alkoholmámorhoz hasonlítják (FELICE, 1936).

Az alapvető különbség a mámor és az eksztázis között úgy fogalmazható meg, hogy az eksztatikus állapotok erősen kihatnak a hétköznapi munkateljesítményre, általában az egész szociális beállítottságra, míg az alkoholmámor éppen ellenkezőleg a munkateljesítmény helyére lép. Megfigyeléseink szerint az alkoholizmus általában a hétköznapi elviselhetetlenségének élményével jár, és végül olyan kísérletekhez vezet, amelyekben az alkoholista állandósult mámoros állapotával létét egyetlen, korlátlan ideig tartó ünneppé akarja átváltoztatni, meg akarja szüntetni a hétköznapiakat. Ezt a tendenciát P. T.-né (191. o.) közölt önvallomása világosan bizonyítja. A megoldást azonban a beteg maga sem tartja reálisnak, felismeri alapvetően látszat jellegét.

AZ ALKOHOLFOGYASZTÁS NÉHÁNY TÁRSASLÉLEKTANI VONATKOZÁSA

A jelenségek kölcsönhatását az alábbiakban megkíséreljük összefoglalni. Láttuk, hogy a gyenge énnel rendelkező személyiség kialakult társadalmakban nem jut el a társaknak a személyiségébe történő beépítéséhez, a többiekkel s a közösséggel történő azonosuláshoz. Ezért olyan kiutat keres, amelyben a közösségi élet súlyos terheinek vállalása átmenetileg legalább megszűnik. Ilyen kiút az ünnepnap, különösen olyan ünnepnap, amelynek JELLINEK értelmében vett Saturnalia jellege van.

Azonban a részegséggel és az eksztázissal kapcsolatos ünnepeknek még egy történetileg korábbi jelentése is van, amelyet a primitív társadalmak vizsgálatakor alapítottunk meg. Az ember a társadalom kialakulása előtt magányos vadászként élt, tehát erősen individuális személyisége alakult ki. A társadalmasodás egyik feladata ennek az extrém individualitásnak a leküzdése volt, amelyet a primitív társadalmak eksztatikus kollektív ünnepek rendezésével értek el. Ebben az állapotban az egyedek egyénisége teljesen feloldódott. Az eksztatikus részegséget szentnek tartott alkoholos ital-

lal valószínűtlennek, fogyasztását azonban más alkalmakkor tiltották.

Az alkoholista társas ivásnak tehát kettős motivációja van: a társadalomhoz való csatlakozásnak és a társadalom kötelékei alóli felszabadulásnak ellentmondó kísérlete. Láttuk, hogy az alkoholista az extrém függetlenségi törekvésnek és az extrém személyiség elvesztésnek ellentmondó képletét igyekszik valamilyen számára elfogadható szintézisbe foglalni.

Az alkoholista közösségek vizsgálata is a társas kapcsolatok ellentmondásosságára, diszparitására vet fényt. Az alkoholisták általában csak lazán szervezett csoportot tudnak létrehozni. Az alkoholista közösség erősen átmeneti jellegű, és nem rendelkezik objektív célokkal. Az Egyesült Államokban ROONEY (1961) csavargónak öltözve állapította meg, hogyan keletkezik egy ilyen ivó közösség. RUBINGTON (1968) hasonló jelenségről számol be. Megfigyeléseiket — éppen mert hazai viszonylatban hasonló közlések nem állnak rendelkezésünkre — érdemes részletesebben ismertetnünk. A Kelet-parton, *Maple Cityben*, részben az alkoholista otthon tagjainak előzetes közlései alapján tárták fel a kialakult ivási módokat. Itt a „bottle gang” az utcai ivás egyik formája. Az utcán összetalálkozik két ember, összeadják kis pénzüket, elküldenek valakit egy üveg olcsó, erős borért. Általában a város közepén levő parkban találkoznak a régi ismerősök vagy azok, akiknek közös ismerőseik vannak. Kicserélik információikat és közben megállapítják, hogy mindketten inni szeretnének. Rendszerint kettőjüknek sincs elég pénze borra, és így további társakat keresnek. A vezető kiválaszt valakit, aki nem túl rosszul öltözött, nem részeges, megbízható. Az ivást a vezető kezdi, az üveg megvásárlója a második, miután az üveg körbe járt, cigarettáznak és beszélgetnek, vigyázva, hogy a rendőr vagy kívülálló ne zavarhassa az együttest. A beszélgetés nem vonatkozik saját bajaikra, csak másokéra. Az outsiderset mind negatívan ítélik meg. Bírálják pl. az alkoholista otthon régi és jelenlegi tagjait, a vezetőséget. Szerintük ezek nem igazi részegesek, inkább „psychos rather than alkies”, vagyis inkább lelki problémás emberek, mint igazi alkoholisták. Mind bókólnak a vezetőnek, hogy milyen gyorsan összeszedte (promoted) a pénzt az italra, megdicsérik a bevásárlót (runner), hogy milyen gyorsan hozta az üveget, és megállapítják, hogy ez a mostani társaság jobb, mint a korábbiak. Gyakran hallani a „maga rendes gyerek” kifejezést. Valamennyien biztosítják a többieket, hogy ha legközelebb velük hozatnak, rájuk is lehet számítani. A következő körben is mindenki kettőt iszik, és ez addig megy, amíg az üveg ki nem ürül. A vezető eldobja az üres üveget, a tagok közlik terveiket és elmennek. Mint

látható, egy csomó hallgatólagos szabály van, kezdve a köszönés módjától, folytatva a társalgás formájáig. Fontos a kölcsönösség. Ugyanúgy fel kell ajánlani a meghívást, mint amilyen nyugodtan el lehet fogadni. A gangbe jutásnál a pénzt fel kell mutatni. Bizalmat előlegeznek annak, akit italért küldtek, tehát nyugodtan várnak rá. A fogyasztásnál hagyják, hogy a vezető bontsa ki az üveget, mindenki nyugodtan kivárja, míg sorra kerül. Nem szabad feltűnően mohón inni. A gangen belül a vezetőt kell követni beszédben és viselkedésben. Mindenkit dicsérnek, kivéve azt, aki megszegte a gang-szabályokat. A búcsúzásnál is habozás nélkül kell távozni. Mindezeknek a fokozatoknak megvan a maguk fontossága. Az üdvözlés megerősíti a már meglévő kapcsolatokat, és lehetőséget biztosít újakra is. Felvételt jelenthet egy csoportba, azaz könnyíthet a kiközösítésen. A beszélgetésből kitűnik, hogy megfelelő ivótárs-e az illető, és kaphat-e szerepet a csoportban. A beszerzés technikája a csoportot mintegy láthatatlanná teszi. A beszerzőre való várakozás pedig egy ivásközpontos drámát teremt. A fogyasztás kielégíti az alkoholista és az ivótárs szükségletét, megszünteti a feszültséget, amely a várakozással kialakult. A személy identitást nyer a csoportban, amellyel szolidáris: valamennyien megfelelő emberek és megfelelő ivópартnerek. A szét-szóródás formája azt mutatja, hogy a tágabb közösségi rendet is betartják. A kevés pénzü alkoholista számára az ilyen bottle gang megfelelő. Az ivás a kocsmában kb. négyszer annyiba kerül, ha az abszolút alkoholmennyiséget vesszük alapul.

A csoportba tartozás bizonyos minimális szociális viselkedésre való képességet követel, és az is előfordul, hogy egyeseket, akiknek a társasága megfelelő, pénz nélkül is bevesznek. Idővel azután az ilyen emberek egzisztenciája teljesen a szokások szerint alakul. A gangnek megvannak a maga szabályai és erkölcei, amelyekkel a személy helyettesítheti és pótolhatja nyilvánvaló képtelenségét a társadalomba való beilleszkedésre.

Ez a szokás kialakult szabályai, egyszerűsége következtében megfelel az otthon nélküli „Skid Row” alkoholista életformájának. Ennek ellenére az otthonbeli informátorok szerint valamennyi fázisban előfordul, hogy egyesek megsértik a szabályokat. A gangnek vannak szankciói, de alkalmazásuk bizonytalan. Felszólíthatják a vétkezt, hogy ne folytassa azt, amit csinál. Ez történhet közvetlenül vagy közvetve. Az is lehetséges, hogy kizárják a mostani társaságból, vagy nem veszik be a későbbiekbe. A csoport otthagyja a szabályokat megsértő egyént vagy legközelebb nem fogadja be. A „szabálysértések” listája a következő: „hellót mondani” valakinek, akit valójában nem ismer. A vétek megtárgyalásánál régi

érdemekre hivatkozni. Saját üvegből italt följánlani, amikor abban már majdnem semmi nincs. Kevesebb pénzzel belépni, mint amennyiye tényleg van.

Először csak gúnynevet kap az illető. Aki pl. aktív elvonási tünetet szimulál, hogy ingyen bevegyék, az „színész”, aki kevesebbet fizet be, mint amennyiye van, „holt-out artist”, visszatartó művész. Tehát a kizárás a véletlentől függ, az elnevezés valószínűleg szankció. A bevásárló megszökhet a pénzzel, de persze nem lehet tudni, nem a rendőrség tartóztatta-e le, és gúnynevet kap. Ennek ellenére nem biztos, hogy legközelebb kizárják a csoportból. Aki többet iszik, mint amennyi jut rá, különösen ha ezáltal a rendőrség figyelmét felhívja a csoportra, azt valószínűleg a későbbi gangek kizárják. A beszélgetésnél vigyázni kell a tárgyra, nem szabad vitatkozni vagy érdektelen kérdésekben a szakértőt játszani. Ennek ellenére rendszerint ez is csak gúnynévhez vezet. Valószínűbb a kizárása azoknak, akik a csoporton belül verekszenek, és ezeket azután kerülnek is, amellett, hogy egy csomó gúnynevet akasztanak rájuk. A szétszóródáskor verekedés, koldulás, esetleg erőszakos pénzrablási kísérlet is előfordulhat. Ezeket is erősen kerülik. A leglényegesebb eltérés a Nyugati-part szokásaival szemben mindezekben a gangekben az, hogy a Keleti-parton nehezebb összehozni a csoportokat, mert az ivók száma jóval kisebb. Ennek eredménye, hogy a csoportok vezetői és tagjai sokat beszélnek a csoport szabályairól, szidják a megszegőket és fenyegetőznek a szankciókkal. Ők maguk azonban nem tartják be ezeket a szabályokat és másokkal szemben sem alkalmaznak szankciókat. Ennek megfelelően a szabálysértés és a szankció egymástól függetlenné válik.

Ezeknek a gangeknek jellemző vonása, hogy a csoport tulajdonképpeni összetartó ereje elsősorban az alkohol. Amint az elfogy, a csoport felbomlik. Míg a normális társadalom a gátlásokra, a tartós állapotokra, az ivó társadalom — hasonlóan az ősi társadalmakhoz — átmeneti, eksztatikus állapotokra épül. Az ősi társadalmakban ezeknek az állapotoknak azonban meghatározott célkitűzéseik voltak, pl. a vadászat vagy ütközet. Az alkoholista gang egyetlen célja az alkoholos állapotban lehetséges összetartás. Ez azonban — mint a tények bizonyítják — ma már nem működés-képes mechanizmus, a gang kölcsönös elragadtatása már hamis és a tulajdonképpeni célok erősen egoisztikusak. Mindez más társadalmak tagoltságára, az uralkodó és elnyomott rétegek megkülönböztetésére emlékeztet. Ez a teljesen primitív és tökéletlen kollektívizálás is csak az alkohol valóságviszonylatot meghamisító hatása alatt lehetséges.

AZ ALKOHOLIZMUS PSZICHIÁTRIAI SZÖVŐDMÉNYEI
(DELÍRIUM, HALLUCINOSIS) ÉS AZ ALKOHOLISTA
SZEMÉLYISÉGGÉP

Az alkoholizmus pszichiátriai szövődményei, elsősorban a delírium, az alkoholos hallucinosis tünetei, sokkal szorosabb kapcsolatban állnak az alkoholista személyiséggel, mint ahogyan azt általában feltételezik. Szerintünk a két ismert szövődmény, a delírium tremens és az alkoholpszichózis az extrém függés és az extrém függetlenség megvalósulásai. Mint ilyenek, az elviselhetetlenségnek is extrém formáit mutatják. Mindkét állapot olyan, hogy a személy számára végletes feszültséget jelent, ugyanakkor az ilyen pszichotikus állapotok megfigyelése, a szavak, a viselkedés értelmezése sok adattal igazolja az alkoholista személyiségről alkotott képünket.

Egy 37 éves segédmunkás, ismételten hallucináló beteg, hadaró, sokszor alig érthető beszédét próbáltuk rögzíteni az alábbiakban, pár nappal a hallucináció lezajlása után:

Félelmi reakcióinak lényege, hogy egész familiáját bántani akarják. Jól emlékszik minden gondolatára. Mintha bátyja sógorát bevitték volna katonának. — Háború lesz. Elmenne a magyar gyerekek helyett megdögleni. De hol van már az ember ahhoz. Bírná azt a marha hajszát. Frontra vinnék őket . . . Katonaságnál csak kérhetett vagy jelenthetett. Be akarta tartani a fegyelmet. A feljebbvalók — idegesség . . . A vállalatoknál is. Dolgozott, mint az állat . . .

Nem bírok tanulni már. Az ideg mindig másként dolgozik. Elvittek volna hadbírószámhoz. Tudtam volna, hogyan van, mégis azt mondtam, nem tudom. — Az első esetre is (ti. hallucinózisos állapotára) emlékszem. Ugyancsak ezek. Hangokat hallottam, agyam képzelte fel. Sógorom és a bratyó (bátyja) hangja volt. Menjek ki, menjek le. Hogy miért, azt nem tudom. Csak öcsémmel (Ferkó) nem tudok megegyezni. Az ember szeretné elmondani a sorsát, de 24 óra is kevés lenne. Az volna jó. Meg ha találkoznék a Tóttal (szakaszparancsnoka volt) és szemem köphetném. Mert nem volt az ember. Most százados. Könnyű agyonhajtani a legénységet. Húsvét másnapján hat katona nem tudott felkelni. Pedig most is becsülöm a többi feljebbvalót, pedig azok is fenytettek. Nem volt a sorból kipofázás.

(Négy éve nem volt nővel.) Az idegesség. Saját magam csinálom (onanizál). Ha nálam becsületesebb ember van, akkor kevés maradna a föld hátán. Nem tudnék kihasználni senkit.

Most már ügyis késő. Nem tanultam szakmát. Nem félttem a nehéz munkától. Dolgoztam.

Ki a barátja? — Leginkább el vagyok vakulva, elvadulva. Azelőtt becsültek. De az emberiség $\frac{1}{2}$ -a csibész, csavargó. Tudja fene, magába zárkózik az ember. Aki velem nem jön ki, senkivel nem jön ki.

Meg az a baj, ha az ember melózik, egyik sem akarja elismerni a másikat, ha többet csinált. De most már oda a nyers erő. Pedig még mindig dolgozom. Pedig csibész volt a vállalatvezetőség is, még ha nyakamra teszik is a kötelet, akkor is megmondanám. — Meg az emberiség. Talpnyalók. De én nem nyalom senki talpát. Visszamehetnék akárhová és szemem köpném. Ott van az ember, ahol a part szakad, mikor a víz mossa.

— Mit szeretne? — Szerezni egy élettársat. A munka még menne. Annyi cementet kirakni, az már almavári. Annak kéne csinálni, aki a normát kiszabja a proosztóra. Ősém azt mondta, vagy neked kell megdöglölni, vagy nekem. Azt hiszi, ő az atyaisten, pedig szar senki.

Mikor apja meghalt, 14 éves volt. Ivott. Lóval kocsi alá ment, de bolond volt, mert megszólította a lovát és ránehezedett a teher. Megszakadt. Hányta literszám a vért. Nem volt OTI-ja. Jó melós volt. A családdal — nénjeivel — rosszul bánt, a „gyerekek” (fiúk)-kal jól. Kilencen voltak. Három óraker reggel ment vele dolgozni. Szolgált, amikor első iskolás volt (tanyás béresek voltak). Lengyel Tóni jutott eszébe (hajdani gazdája), amikor a múltkor ittas volt.

Ha bemegyek a csehóba, nem tudok előre tolnakodni, akárhogy is akarok inni. Beállok a sorba, mint katonáéknál . . .

A beteg, tanyasi környezetből városba került fiatalember egy-két kérdéssel irányított, de lényegében spontánul áramló közlései a maguk szaggatottságában, kuszáltságában szinte sűrítve tartalmazzák mindazt, amit az alkoholista személyiségről fentebb kiemeltünk. A sokszoros traumatizáltság, az apa korai és váratlan pusztulása, az apa alkoholizmusa, az apa kitüntető szeretete a 9 testvér közül (hajnalban öt vitte dolgozni), a nehéz gyermekmunka, a szexualitásban infantilis fixáció. Diszparitás közösségi vonatkozásban, átmeneti siker a fizikai munkában, de a továbbképzés hiánya, betegség és nem utolsósorban az alkoholizmus miatt szembekerülés a főnökkel. A katonasággal szembeni ambivalenciája jellemző, a magas fokú organizáció, a fegyelmezettségével vonzó, támaszt jelentő, de ugyanakkor hatalmi elidegenedettsége, fegyelmezési módja nyomasztó. Súlyos önértékelési problémák, nemegyszer túlértékelés és másokkal szembeni agresszió. Legjellemzőbb azonban viszonya a nagy családdal, testvéreivel, sógorával. Hallucinosisának tartalmái

jellegzetesek és teljesen alátámasztják BILZ (1959) alkohol-hallucinosisról írt monográfiájának adatait. Részletesen analizált eseteknek tanulságai — hasonlóan a saját betegeinken tapasztaltakhoz, akiknél sikerült delíriumok vagy hallucinosisok pszichotikus jellegű tartalmait, ha olykor csak töredékesen is, explorálnunk — jellegzetes közös vonásokat mutatnak. Úgy véljük tehát, hogy tapasztalataink bizonyos fokig általánosíthatók.

Az alkoholista beteg, különösen az egyszerűbb társadalmak, vidéki közösségek embere, a közösség szabályait nagymértékben introjiciálja. Elsősorban az apával azonosít, de az apa és az anya rokonságával is, akik számára mind jelentős személyek voltak gyermekkorban, és akik mind a fennálló erkölcsi rendet képviselik (HOFSTÄTTER, 1959). Azonosít emellett az egész közösséggel, a névtelen és az egyed által személyesen nem ismert emberekkel. Ezek a szülőkhöz hasonlóan a fennálló rendben élnek, annak szabályait követik, és a törvények betartásához ragaszkodnak. Az alkoholista sérti ezeket a szabályokat. A deviáns viselkedés lényege — mint az előzőekben kifejtettük — az, hogy az alkoholista az ünnepeknek más értelmet ad, mint a többiek.

Az alkoholista beteg hallucinosisa kifejezi a konfliktust a közösséggel, amelynek magját saját apja és saját idősebb rokonai, főként a férfiak képezik. A hallucináció tehát úgy alakul, hogy pl. az alkoholista ablaka előtt éjszaka morajlást hall, és kinézve nagy tömeget talál ott, akik között felismeri saját rokonait. Ezek nyilván miatta gyűltek ott egybe, az ő viselkedését kifogásolják. A hallucinosis kritikus eleme abban rejlik, hogy az alkoholista egyedül áll szemben a közösséggel, amelyhez saját rokonai — akiknek normális esetben az ő pártját kellene fogniuk — ellenségekként csatlakoznak. Ekkor erősen kritikus helyzet alakul ki, amennyiben az alkoholista — extrém függetlenségre törve — megkísérli, hogy egyedül szálljon szembe az egész tömeggel, de erre a döntésre csak nehezen határozza el magát.

Ez a megfigyelés kiegészíti JELLINEK, ill. FELICE elméletét. Ha az alkoholista a közösség törvényeit túlságosan merevnek érzi, merevebbnek, mint amilyeneknek a normálisan beilleszkedett egyedek vélik, akkor érthető, hogy lazításukra törekszik. De maga az a tény, hogy ehhez mesterséges eszközökre van szüksége, mutatja, hogy a szabályok elvetése nem könnyű számára. A szabályok nem üres papirostörvények, hanem a saját hozzátartozói által, a saját közössége minden tagja által megélt, betartott és megkövetelt törvények. A megszegés nem elvont aktus, hanem aktív szembenállás saját rokonaival, akiknek védelmét élvezzi, és akiket most ellenségekké tesz. A hallucinosisban a beteg ezt úgy élheti át, hogy az

ő számkivetése igazságtalan, de ez mélyebbre tekintve nyilván nem így van, itt csak az ő támadására reagál a közösség ellentámadással. A hallucinatorikus történések súlypontja, hogy a beteg meri vállalni a szembenállást a tömeggel, egyedül mer maradni a világban. Ilyen pontra érve a beteg a szó régebbi értelmében, általában öné és közveszélyessé válik, viselkedése egészen zavart lesz és ápolásra szorul.

Miért nem képesek egyesek elfogadni azt, amit szüleik, rokonaik és az egész közösség egyértelműen képviselnek?

Az egyik feltevés szerint olyan emberekről van szó, akikkel szemben túlságosan merev követelményeket támasztottak gyermekkorukban. Ez két oldalról valószínűsíti a leírt lázadást: az ilyen túlzott szabályok valóban elviselhetetlenek. A szülőkkal az egyén kénytelen azonosítani, a lázadás tehát olyan, mintha saját személyiségének egy része lázadna személyiségének egy másik része ellen. Ez a hallucináció az előbbi betegünkről közölt megfigyeléseinkben is világos. Az egyedben a szabályok képviselői megelevenednek, szembefordulnak vele, testet öltenek és konkrétan támadják.

Ugyanezzel a kérdéskomplexussal foglalkozik BERNE: „Games People Play” c. könyvében. Szerinte az alkoholista érdeklődésének középpontjában legközelebbi rokonságával kialakult ellenséges viszonya áll. Az egyén képtelen elviselni rokonságának bírálását, de ugyanakkor mindent elkövet, hogy ezt a kritikát ébren tartsa és indokolttá tegye.

BERNE megállapításait az alkohol-hallucinosisok vizsgálata nagyban alátámasztja. Az ilyen viselkedés azonban paradox természetű, magyarázatot követelő ellentmondásokat tartalmaz.

Miért ellensége az alkoholista legszorosabb rokonságának, mit követtek el ellene, ami kiváltotta ellenszenvét irántuk? És ha ez az ellenszenv kialakult, miért fontos mégis a helyzet fenntartása az alkoholista számára? Miért nem szakít rokonságával, ha azok vele szemben ellenségesen viselkedtek? Olyan viselkedésformákról lehet csak szó, amelyek egy része ellenszenvet kelt, ugyanakkor a személy kötöttségét nemcsak fenntartják, hanem növelik is.

Maga az egész jelenség, az alkoholista és a szülők, a rokonok kapcsolata a személyiség és a kollektivitás határmezsgyéjén helyezkedik el. A család a társadalom nukleusza, különösen ha a rokonságot is figyelembe vesszük, mert akkor a törzsi szervezet nivójáig jutunk vissza. Ugyanakkor a személyiség a szülők és a testvérek introjekcióiból, a velük való azonosításokból, a velük fenntartott viszonylatokból épül tovább a testszerkezet és a primitív pszichikus funkciók nivóján túl. A problematika a jelenség kulcsjellege következtében centrális és széles körre kiterjedő.

A mondták azt bizonyítják, hogy az alkoholizmus pszichiátriai szövődményei, komplikációi szoros kapcsolatban állnak magával az alkoholizmussal. A delíriumban csúcsosodó vampirisztikus tényező az alkoholista és a szülő között a normálisnál aránytalanul szorosabb kapcsolatra utal. A hallucinosisban az egész rokonsági viszonylatrendszer teljes elutasításának kísérletével találkozunk. Ez a két tényező határozza meg nagymértékben az alkoholista személyiség szerkezetét, mint ezt már a függőség—függetlenség viszonylatában részletesen tárgyaltuk.

Az alkoholizmus ebből a szemszögből nézve úgy tűnik, mint a normál személyiséghez hozzátartozó gátlásrendszer és kapcsolatrendszer lebontásának eszköze. Az ivás arra szolgál, hogy a személyiségben megjelenő extrém tendenciák, a vampirizmus és a szűkebb és tágabb körtől való elidegenedés keresztültörhessék a tilalmakat, amelyek a kedvezőtlen élethelyzet ellenére az alkoholistában a társadalom, a nevelés hatására mégis felépülnek. A jelentős személyek nyilván inadekvát módon viselkednek, de egyes rokonok, tanítók, kortársak, barátok mégis pozitív példát mutatnak, és hatásuk valamilyen mértékben alakítja az alkoholista személyiséget is. A személyiségen belül így ellentmondás keletkezik, amelytől kétféleképpen lehet szabadulni. Vagy a pozitív elveket képviselő egyedekhez csatlakozik az alkoholista és megszünteti az alkoholizálást, vagy megkísérli ezeknek a hatásoknak a teljes leépítését az extrém állapotok kialakításával, amelyekben abnormis szerkezete teljes mértékben érvényesül. Ezek az állapotok mégsem vezetnek egységes életformához és a közösséggel való szembefordulás a személyiség olyan abnormis formáját mutatja, amelyet még a súlyosan sérült, intellektuális működésében legyengült személyiség sem tud teljes mértékben elfogadni. A delírium és a hallucinosis egyaránt extrém ellentmondásos állapotok, amelyekben a személyiség a rákényszerülő tartalmakat sem elfogadni, sem elutasítani nem képes. A kognitív disszonancia FESTINGER értelmében, tehát az alkohol ellenére inkább növekszik, mint csökken. Feltehető, hogy ez az alkoholizmushoz valamiképpen ugyancsak hozzátartozik. Végső fokon az alkoholista nemcsak a közösséggel, hanem önmagával is oppozícióba kerül. Mint W. és J. McCORD megállapították, az alkoholizmus alapja a szülők ambivalens viselkedése vagy a szülők antagonizmusa. Ez a feltevés általánosítható. Az alkoholizmus alapja a valóság önellentmondásának tapasztalata, amelynek következtében a személyiség elé állított feladatok megoldhatatlannak tűnnek. Az egyedben így elviselhetetlen tehetetlenségi élmény alakul ki. A valóság aránytalanul erősebb, mint a sok-

szorosan traumatizált személy, amely benne él. A kettő közötti viszony diszparitásos, az egyén számára elviselhetetlen.

Az ilyen személyben a társas viselkedés alapját képező, poláris ellentétet alkotó, de a normális személyiségben szintetizált függőség és függetlenség mint tendenciák kettéválnak. A különböző újabb szerzők ebből annyit ismertek fel, hogy az alkoholista erősen függő személyiség; a függetlenségi törekvést mint utólagos elleplezést szolgáló mellékhatást következményes jelenségeként fogták fel. A valóságban az alaptény a két tendencia egyidejű kettéválása. A kettéválás az egyed tehetetlenségét fokozza, minthogy sem az abszolút függőség, sem az abszolút függetlenség nem valósíthatók meg a társadalomban. Az alkoholista mégis ezeket tartja megoldásnak. Az állandó alkoholizálás leépíti a gátlásokat, amelyek a két tendencia megvalósulásának útjában állnak. A súlyos alkoholisták esetében egyeseknél az extrém (vampirisztikus) függőség a delirium tremensben, másoknál a teljes szembenállást jelentő függetlenség az alkohol-hallucinososisban jut kifejezésre.

Az alkohol ilyen hatása rejtett és öntudatlan. Manifeszt felszíni hatása, a mámor, éppen ellenkezőleg eksztatikus jellegűnek mutatja magát, amely az ellentétes tendenciák szintézisének eszköze az emberben. Valójában azonban az alkoholmámor csak látszatszintézist hoz létre, pl. oly módon, hogy a nehézséget kisebbnek mutatja, vagy az egyed képességeit nagyobbnak tünteti fel, mint amilyen a valóságban. De mindig káros, mert eltereli a beteg figyelmét a reális megoldások kereséséről.

V. AZ ALKOHOLISTA BETEG KAPCSOLATA ORVOSÁVAL ÉS AZ ORVOSI MUNKATÁRSAKKAL

Az alkoholista betegek személyiségvizsgálatát, ill. főbb személyiségvonásait tárgyaló fejezetben ismertettünk néhány anamnézist, anamnézis-töredéket. Az így nyert explorációk, még inkább a betegek szóbeli és írásos önvallomásai, az ezekből közölt dokumentumok fényt vetnek némileg az orvos—beteg kapcsolat mélységére, intenzitására is.

Az orvos—beteg kapcsolat milyenségét a krónikus betegek gyógykezelésében — legyen akár szomatikus, akár pszichikus túlsúlyú betegségről szó — igen fontosnak és lényegesnek véljük. Ezért, mielőtt az alkoholista betegek gyógykezelését tárgyaló fejezetre áttérnénk, célszerűnek tartjuk érinteni az orvos—beteg kapcsolat kérdését általában, és különösen az alkoholista beteg kapcsolatát orvosával és az orvosi munkatársakkal (pszichológus, gyógypedagógus, ápoló személyzet stb.).

AZ ORVOS—BETEG KAPCSOLATRÓL ÁLTALÁBAN

Az orvosi hivatás eredete, fejlődése is mutatja, hogy az orvos megkülönböztetett helyet foglal el az emberek és különösen a betegek szemében. Az orvos saját személyén túl mintegy képviselője az egész orvostársadalomnak is és — természetesen különböző szinten — hordozója annak a tudáskincsnek, amit az emberiség az orvoslás terén évezredek során felhalmozott. Mindez az emberek tudatában nem fogalmazódik meg ilyen élesen, de megvan és hat: különböző feltételezésekkel és elvárásokkal veszik körül az orvos személyét. Ilyen elvárások vannak az orvos intelligenciáját, magasabb tudását, emberismeretét és nem utolsósorban viselkedését illetően. A beteg bizalma a mesterségbeli jártasságon kívül nem kis részben függ attól is, hogy az orvos ezeknek az elvárásoknak mennyiben tud megfelelni. Ez a bizalom még a szomatikus betegségek gyógykezeléséhez is szükséges, de különös a jelentősége a nehéz élethelyzetben levő, pszichikus bajokkal küzdő beteg esetében. A bizalom hiánya a felmerülő kooperációs nehézségeken túlmenően számos feszültség forrása. Ezek egy része bizonyos rutinnal

intuitív úton is megoldható. Az orvosi munka mind erősebb specializálódása, technizálódása, az ezt kísérő jelenségek, pl. az orvos—beteg kapcsolatban a személyes jelleg háttérbe szorulása, elidegenedése azonban szükségessé teszi az orvos és a beteg interperszonális kapcsolatának tudatos elemzését és alakítását. Az orvos és a beteg kapcsolatának hiányosságai felszínesen, apró fogásokkal, aránylag olcsó eszközökkel is befolyásolhatók — többnyire átmenetileg. A tartós kapcsolatban azonban az adottságokon kívül felszínre kerülnek a tudatos erőfeszítéssel kimunkált valós értékek. Az orvos—beteg kapcsolat fejlesztésében a megbízható út az orvos önismeretén, a visszajelentések, a kudarcok számbavételén, önkritikus elemzésén alapul, a gyógyító tevékenységet vállaló személyiség integráltságának, sokoldalúságának, adekvátságának, terhelhetőségének tudatos fejlesztése. Ez orvosra, ápolószemélyzetre egyaránt vonatkozik. Természetesen az orvos—beteg kapcsolat kimunkálása a különböző orvosi szakterületeken nem egyformán lehetséges, s jelentősége sem azonos.

Előfordulnak olyan esetek, amikor a betegség csak igen felszínes elváltozásokból áll, és a beteg számára is csak érzelmi, mondhatnánk szimbolikus jelentősége van. Ilyenkor inkább csak tünetről, mint kimutatható elváltozásokról van szó. E tünetek valódi okai lehetnek olyan érzelmi szükségletek, amelyeket a beteg — BÁLINT M. (1961) kifejezésével élve — az orvosnak „ajánl” mint kapcsolatfelvételi módot. Ez többnyire csak alkalom arra, hogy a beteg valódi, lényegében pszichikus problémájával az orvoshoz fordulhasson. Más a helyzet a súlyos, krónikus, megfelelő beavatkozás nélkül esetleg halálos kimenetelű betegség esetén. Ilyenkor már más intenzitású orvos—beteg kapcsolatra van szükség, ugyanakkor az ilyen krónikus, szomatikus betegség kezelése szinte spontán is előmozdítja a kapcsolat fejlődését. Magunk is tapasztaltuk sok súlyos tbc-ben szenvedő alkoholista betegünkénél, hogy a szomatikus betegség kezelésével járó állandó interakció könnyebbséget jelent pszichikus vezetésükben, alkoholizmusuk kezelésében és egyáltalán az orvos—beteg kapcsolat elmélyítésében. A szomatikus betegség ezekben az esetekben a pszichoterápiás paradoxon szerepét töltheti be. Kiegészíti ezt a megállapítást az a tapasztalatunk, hogy a tbc-ből gyógyult alkoholistáknál a pszichoterápiás kapcsolat mellett gyakrabban kellett más, a beteg számára egzisztenciális jelentőségű problémák megoldásában operatív lépéseket tennünk, többek közt a beteggel való kapcsolatunk intenzívebbé tétele, ill. kooperációjának biztosítása céljából. Ez önmagában is mutatja, hogy az orvos—beteg kapcsolat nem redukálódhat a „steril” pszichoterápiás kapcsolatra, bármennyire is fontos eleme ez interper-

szonális viszonyunknak a beteggel. Lehet, hogy neurotikus betegek esetén a pszichoterápiás kapcsolatban az érzelemátvitelen (Übertragung) vagy más ismert technikán alapuló eljárás elegendő tartalmat ad az orvos—beteg viszonyának; súlyos élethelyzetben levő, létében megtámadott betegnél azonban cselekvő mellállás is szükséges. Ez a probléma átvezet a vállalás kérdéséhez. Az orvos vállalási készsége — megítélésünk szerint — az orvosi kvalitás egyik fontos mércéje. A beteg vállalása olyan elhatározást tételez fel, hogy a beteget mind állapota, mind pedig prognózisa szempontjából jobb helyzetbe kívánjuk hozni. A nehéz esetek vállalása, pl. a szomatikus betegségek aktív műtéti kezelése fokozottabb és többértű diagnosztikai tevékenységet kíván éppen a nagyobb kockázat miatt. Lényegében ugyanez a helyzet a pszichikus, pl. kooperációs szempontból súlyos problémát jelentő betegekkel. A pszichés tényezők vagy nehézségek akkor is hatnak, ha nem ismerjük őket. Ha viszont intenzívebb pszichodiagnosztikai ténykedéssel a beteg pszichikus problémáit, azok eredetét, összefüggéseit alaposabban megismerjük, jobban tudunk számolni velük, mintegy könnyebben fölébük kerekedhetünk. Akár szomatikus, akár pszichikus vonatkozásban a nehéz esetek vállalása pozitíven hat az egész osztály légkörére, az orvos—beteg kapcsolatra, mert a betegek a nehéz esetekben elért sikert pozitíven értékelik, a szakmai aktivitáson túl a vállalásban kifejezese jutó emberi magatartást is megérik.

Ezzel eljutottunk a betegvállalás egyik döntő kérdéséhez, az *orvosi kompetencia problémájához*, amely nagymértékben függ az orvos betegség-konceptiójától. Ha valamely szomatikus betegséget egy szerv megbetegedéseként tekint valaki, akkor látszólag sokkal egyszerűbb feladatot vállal, mint ha a betegséget az egész szervezet vagy még tágabban véve a beteg ember, az egész személyiség vonatkozásában szemléli. Amennyiben a betegségben a szervezetnek a belső és a környezettel alkotott egyensúly-zavarát, megbomlását látjuk, a gyógyulás ennek a megbomlott egyensúlynak a helyreállítását jelenti. Ha tehát a külvilág tényezőinek, a családi, szociális, gazdasági stb. tényezők kóros megváltozásának jelentőséget tulajdonítunk a megbetegedésben, a krónikussá válásban stb., akkor az egyensúly helyreállításához, a gyógyuláshoz szükség van a károsító hatások kiküszöbölésére. Minthogy pedig az orvos nem várja a gyógyulást, hanem cselekvően előmozdítja azt, vagyis gyógyít, nemcsak számba kellene vennünk a beteg családi, szociális, gazdasági stb. helyzetét, hanem megváltoztatásukra, normalizálásukra aktívan kellene törekednünk legalább azon a területen, ahol a károsító hatás a legkirívóbb. A gyógyítás ilyen felfogása természetesen kitágítja az orvos illetékességének határait és még jobban

kiszélesíti, fokozza az orvos tevékenységét. Ugyanakkor az ilyesfajta orvosi ténykedés a szűk, csak a szomatikus betegségekre figyelő orvosi szemlélet számára szokatlan. A milió-problémák rendezésében az individuális medicina síkján álló orvos nem érzi kompetensnek magát. Pedig az olyan multifaktoriális gondozást igénylő krónikus betegségek, mint amilyen az alkoholizmus is, csak ilyen szemlélettel és hozzáállással kezelhetők eredményesen. BÁLINT M. (1961) az ilyen jellegű orvosi munkának külön nevet is ad, midőn az orvos „apostoli” tevékenységéről beszél. Ezzel mint törekvéssel a magunk részéről teljesen egyetértünk, de talán nem szükséges ezt az orvosi gyakorlatban szokatlan kifejezést meghonosítanunk. Véleményünk szerint — ha a fenti szemléletbeli álláspontot elfogadjuk — elég az orvos „orvosi” tevékenységéről beszélnünk.

Az orvos—beteg kapcsolat néhány fontos tényezőjét kiemelve a problémát a maga bonyolultságában távolról sem fejtettük még ki. Érthető, hogy a kérdéssel mind több szerző foglalkozik. Az *analitikus beállítottságú kutatók* közül a már többször említett és nálunk is jól ismert BÁLINT M. (1961, 1965), valamint BÁLINT M. és mtsai (1966) idevonatkozó publikációin, ill. könyvein túl igen figyelemre méltó az ugyancsak magyar származású SZASZ és mtsai (1956) felfogása. Orvostörténeti bázison az orvos—beteg viszony három alapmodelljét különítik el. Egyiptomban az orvos inkább mágus volt és az aktivitás—passzivitás érvényesült az orvos—beteg kapcsolatban. A görögök az irányítás—kooperáció (quidance—cooperation) modellt alkalmazzák. A legfejlettebbnek a harmadik, a kölcsönös participáció modelljét tartják. E modelleken belül vizsgálják az orvos és külön a beteg szerepét. A *pszichoanalitikusok* az orvos—beteg viszonyt meghatározó Übertragung és Gegenübertragung kifejezésben (KEMPER, 1954; SZINETÁR, 1968) mindig is alapvető családi (pl. szülő—gyermek) viszony reprodukcióját látták. Szász is az említett három modelljének prototípusát a szülő—csecsemő, a szülő—serdülő, felnőtt—felnőtt viszonyban keresi. Az analitikusok eme szemlélete mutatja, hogy az orvos—beteg viszonyt az interperszonális kapcsolat sajátos, személyes jellegű, intenzív érzelmi töltésű, a beteget éppen ezért erősen motiváló formájának tekintik. Ugyanebből következik ennek az indulatáttételes kapcsolatnak esetleges negatívuma is. A beteg az általa onnipotensnek képzelt orvostól passzívan várja minden problémája megoldását. Mint SZINETÁR (1968) kifejti, a beteg elvárásai a jó orvost az infantilis mesevilág tartományába képzelik. Ugyanakkor az orvos—beteg kapcsolatnak ez a formája erősen aszimmetrikus jellegű (BRÄUTIGAM, 1960), és nem is igen nyílik lehetőség arra, hogy megváltoztassák, vagy pl. operatív szocioterápia irányába kiegészítsék. Az analitikus orvos—

beteg szituációnak ezek az ellentmondásai szinte megteremtették a különböző csoportterápiák, a terápiás közösségek igényét és szükségességét. Az orvos—beteg kapcsolat módszeres vizsgálata a modern szociálpszichológiai kutatásnak nagy és hálás területe. A szociológus BLOOM (1963) „The Doctor and his Patient” c. könyvében az orvosi szociológia minden fontosabb tételét és megállapítását be tudja mutatni az orvos—beteg kapcsolat elemzése során. A szociálpszichológián belül az interakcionista irányzat, még szűkebben a *szimbolikus interakcionizmus* foglalkozik ezzel a problémakörrel. A szociálpszichológia e modern irányzata az emberi viselkedésben az interakciók szerepét vizsgálja, ezek szimbolikus jelentőségével együtt. Itt nemcsak az aktuális, a szituációból adódó interakciókról van szó, hanem a személyiségfejlődés során ható, az identifikációs mechanizmusokat, a szocializáció folyamatát alakító interakciókról is (MEAD, 1934), amelyek az adott társadalom egész jelentésrendszerét közvetítik. Az interakcionista szociálpszichológia bázisán felépült szerepelmélet (GROSS és mtsai, 1958; ROCHEBLAVE-SPENLÉ, 1962; NEWCOMB és mtsai, 1965; PARSONS, 1951) az emberi viselkedést sokkal kevésbé biológiai, mint inkább szociális meghatározottságúnak tartja. A szerepfogalom — mint BUDA több helyen (1965, 1969) rámutat — éppen a színpadi szerep analógiája miatt sok félreértésre adott okot és inkább a megjátszással, az őszintétlen viselkedéssel keltett képzettársítást, holott a fogalom nem erre, hanem a színpadi szerep előírtságára utal. A mindennapi énazonos emberi viselkedés a színpadi szerephez hasonlóan meghatározott, és szociálisan kialakult, előírt viselkedési normák szerint zajlik le. Miután az orvos—beteg viszonyt a szerepelmélet szempontjából akarjuk megközelíteni, ezt a gyakran jelentkező félreértést tisztáznunk kellett. Ugyancsak figyelembe kell vennünk, hogy a szerepek meghatározottsága nem egyforma, mert vannak szerepek, ill. szerepviszonylatok, amelyek minden más szerepviszonylaton át markánsabban kifejezésre jutnak. HARTLEY és HARTLEY (1955) ezeket „pervazív” szerepeknek nevezte. Ilyen pervazív szerep a nemmel, az életkorral, a családdal kapcsolatos szerep. Szinte e biológiaiilag determinált szerepekhez hasonlóan pervazív jellegű az orvos-szerep is. Ez kapcsolódik a társadalmi munkamegosztásban elfoglalt helyéhez, státusához (LINTON, 1945), amelynek kultúranropológiai szemszögére már utaltunk. Ilyen értelemben az orvos-szerep az orvos státusához tartozó viselkedésnorma összességét fejezi ki, annak mintegy dinamikus arculata. Kialakulása, eltanulása longitudinális jellegű empirikus vizsgálatok szerint többnyire a gyermekkorig nyúlik vissza (MERTON és mtsai, 1957), és az identifikációs mechanizmusok játszanak benne szerepet, mint

ez már a pályaválasztás motivációinak elemzéséből is kiderül. Mint sok más szerepnek, az orvos-szerepnek is van megfelelő szerep-párja, amellyel szemben a szerep leginkább érvényesül. Ez a *komplementer* szerep a beteg-szerep, mely fogalom PARSONSTÓL (1951) származik. Az orvos—beteg komplementer szerepében lezajló interakciók a mártárgyalt elvárások, kommunikatív viselkedés-szabályozások és visszajelentések szerint folynak le. Bár az orvos-szerep alapvetően a beteg-szereppel való relációban érvényesül, ezzel távolról sem merül ki az orvos-szerep sok más, igen összetett viszonylata, MERTON kifejezésével élve, szerepkészlete („role-set”), hiszen pl. egy egészségügyi intézet bonyolult organizációjában az orvos-szerep más és más a kollégák, az ápolószemélyzet, a főnökség, a beosztottak stb. viszonylatában.

A beteg-szerep leírását — PARSONS felfogását figyelembe véve — intézetünkben tartott egyik előadásában BUDA (1966) igen kifejezően és tömören foglalta össze. Minthogy az előadás nem jelent meg, idézzük: „A beteg-szerep, mint minden szerep, jogok és kötelességek rendszere. Egész általánosan nézve, a beteg-szerep két fontos jogból és két fontos kötelességből áll. A beteg ember mentesül szociálisan rá rótt feladatai alól. Szerepfunkcióit felfüggesztheti, az interperszonális környezet ezt számára koncedálja, sőt erre bátorítja. Ez az egyik jog. A másik jog az, hogy a beteg ember nem számít felelősnek állapotáért, szemben néhány más szerepfelfüggesztéses állapottal (pl. bizonyos bűnözéssel kapcsolatos esetekkel stb.). Betegségéről nem tehet. Kötelessége viszont egyrészt mindent elkövetni, hogy beteg-szerepe megszűnjön és normális szerepeit (főleg munkájával kapcsolatos szerepét, ön- és családfenntartó szerepét) felvehesse, másrészt pedig köteles szakértői segítséget kérni, orvoshoz fordulni, a gyógyulás gyorsaságának és teljességének biztosítására.

Különböző szociológiai vizsgálatokkal igazolni lehet, hogy a beteg-szerep jogainak biztosítását a modern társadalom és a kultúra messzemenően elvégezte. A köztudatban mélyen gyökerezik a beteg segítségének elve, az orvosban külön jól képzett professzionális réteg áll rendelkezésre, amelyet egyénileg éveken és évtizedeken, testületileg pedig generációkon át arra kondicionáltak, hogy feltétel nélkül reagáljon minden segítségkérésre, gyógyítsa meg a biztosan menthetetlen beteget is, gyógyítsa a sebesült ellenséget is, vagy ha kell, a kivégzés előtt álló bűnözőt is. A hatalmas egészségügyi apparátus és az azzal kapcsolatos széles néprétegek a személyiségek kognitív rendszerében rögzítették a beteg-szerep lehetőségét és határait. Nehéz helyzetek persze nemcsak, sőt leggyakrabban nem biológiai zavarokból, betegségekben erednek. A személyiség fő nehéz-

ségei az interperszonális, a szociális világban vannak. E nehézségek a legkülönbözőbb energiamobilizálási és adaptációs kísérleteket és formákat termelik ki a személyiségből, bőven igénybe véve a vegetatívumot és az érzelmi-indulati szférát is. Különböző diszfunkciók jöhetnek létre, amelyek egy ideig különösebb figyelmet nem kapnak. A nehézségek erősödése, ill a tartalékok és megoldási lehetőségek kimerülése szerepfeladásokat tehet szükségessé, elkerülhetlenné válhat a beteg-szerep igénybevétele valódi betegség fennforgása nélkül is. A beteg-szerep igénybevétele olyan módon történik, hogy a személyiség tudatában kialakítja a betegségérzést, majd orvoshoz — vagyis olyan személyhez, aki e szerepben legitimizálni, intézményesíteni tudja — megy, ott betegérzését kommunikálja, azt szimptomák kommunikálásával (vagy kommunikatív jellegű bemutatásával) indokolni próbálja, s ezután, sokszor ki nem mondva, de az orvos — beteg találkozás metakommunikatív légköréből következően, követeli a beteg-szerep jogait, előnyeit.”

A beteg-szerep keresése, a betegségbe menekülés tehát jól levezethető GOODE (1960) „role strain” elméletéből, mert a beteg egyéb alapvető, a személyiség egzisztenciáját érintő szerepvállalásoknak nem tudván eleget tenni, mintegy redukálódik a beteg-szerepre. Ez a betegség-koncepció összhangban áll az analitikusok regresszió-elméletével vagy saját Rorschach-vizsgálatainkkal a krónikus és malignus betegségekben megmutatkozó testvázlat-zavarokat, a testvázlatba való visszavonulást illetően (MEZEI—LEVENDEL, 1971). A beteg-szerep számos speciális vonatkozásával foglalkozott SZÁSZ (1962), SÜSSER és WATSON (1962), valamint mások, rámutatva pl. azokra a terhekre, melyet az egészségügyi hálózat a beteg-szerep elfogadásával magára vállal. Éppen ezért HALEY (1963) arra figyelmeztet, hogy az orvos ne hagyja a pszichoterápiás szituációt a beteg szerepére támaszkodva, a beteg tünetei által irányítani. A jó orvos—beteg kapcsolat arra is irányul, hogy a beteg-szerep előnyeit, célszerűségét fokozottabban visszaszorítsa, akár jól átgondolt ellenmanőverek, ún. „terápiás paradoxonok” segítségével. Az orvos—beteg viszony szociálpszichológiai szemléletű vizsgálata — mint az említett néhány utalás is mutatja — igen termékeny, gondolatébresztő, és segítheti az orvos tudatosságát. Ugyanakkor igen érdemes a nagy tapasztalatú klinikusok ilyen irányú tudásanyagát, közléseit is — éppen a szociálpszichológia fogalmait figyelembe véve és felhasználva — tanulmányozni, és ebben a hazai irodalom is sok értékes lehetőséget nyújt (GEGESI KISS, 1961; MAGYAR, 1969/b; HORÁNYI, 1959; HÁRDI, 1966, 1968; PERTORINI, 1965; GOTTSEGEN, 1960; BÖSZÖRMÉNYI és MOUSSONG-KOVÁCS, 1967; KATONA, 1965).

AZ ALKOHOLISTA BETEGGEL VALÓ KAPCSOLAT SPECIÁLIS PROBLÉMÁI

Az orvos—beteg viszonyára elmondottak érvényesek az alkoholisták és az orvos kapcsolatára is azzal a megszorítással, hogy az alkoholizmust, az azzal kapcsolatos deviáns viselkedési megnyilvánulásokat nemcsak pro forma, az újabban tért hódító „modern” szemléletnek mintegy engedve, hanem ténylegesen betegségnek fogadjuk el. Ez a szemlélet még azokban az országokban sem uralkodó, amelyekben főleg JELLINEK munkássága nyomán az alkoholizmus betegség-konceptióját az egészségügyi kormányzatok hamarabb magukévá tették. MENDELSON (1964) az orvosok személyi tulajdonságai és orvosi tapasztalatai, ill. az alkoholisták gyógykezelésével szembeni álláspontjaik közötti viszonyt vizsgálta. Megállapította, hogy az orvosok nagy része még nem tekinti az alkoholizmust betegségnek. Vizsgálatai szerint a magánpraxist folytató orvosok kevésbé vállalják az alkoholisták betegek gyógykezelését, mint a kórházban vagy a poliklinikán dolgozók. Kérdőíves vizsgálatai azt bizonyították, hogy minél nagyobb egy orvos tekintélye, annál „szokványosabb”, felszínesebb, elutasítóbb módon viszonyul az alkoholistákhoz. Az alkoholisták elutasítása az orvosok részéről nálunk is, még ma is, nyílt formában, az alkoholisták beteg becsmérlésében („részeg disznó”, „naplopó” stb.) jut kifejezésre. Máskor nem ilyen nyílt az elutasítás; az orvos utal az alkoholizmus gyógyíthatatlanságára, az alkoholisták gyógykezelésének kilátástalanságára vagy legalábbis a sok sikertelenséget és a ráfordított idő hiábavalóságát hozza fel. A más krónikus betegség miatt intézetben ápolott alkoholisták eltávolításának gyakori indoka, hogy a betegközösség érdeke előbbre való az egyén érdekénél. Mindezen nézetek mögött — mint SIMKÓ (1967) az alkoholisták elvonókúra utáni munkaképesség-elbírálását vizsgálva megállapítja — a társadalomnak és az orvosoknak az alkoholistákkal szemben megnyilvánuló, gyakran ellenséges beállítódása, elutasítása húzódik meg. BLANE (1968) Iowa államban végzett felmérése szerint a népesség 14%-a tekinti csak az alkoholisták embert betegnek. Az orvosok, a „social worker”-ek sem bíznak gyógyíthatóságukban. Gyakran a jó megjelenésű, jól szituált egyének alkoholizmusát nem diagnosztizálják. Ha ilyenek valamilyen más betegség miatt kórházba kerülnek, az alkoholizmust figyelmen kívül hagyják. A vizsgálatokból az is kiderült, hogy az orvosok szemében gyakran a züllött alak és az alkoholisták azonos. Bár tudják, hogy vannak magas állású, előkelő alkoholisták, úgy állítják be, hogy azok ivása még nem alkoholizmus. Így az a paradox helyzet alakul ki, hogy

az alkoholelleses intézetekbe éppen csak azok nem kerülnek be, akiken még könnyebben lehetne segíteni. Tehát még az alkoholizmus diagnosztizálásában is társadalmi előítéletek érvényesülnek. Gyakori elutasítási forma az orvosi kompetenciára való hivatkozás is. Az alkoholizmus személyiségi és szociális „háttér”-problémáinak vizsgálatában és főleg befolyásolásában — eltekintve a tényleges időhiánytól — sok orvos nem érzi magát illetékesnek, nem is tartja az ilyen természetű tevékenységet orvosi feladatnak. Bár vitathatatlan, hogy ehhez munkatársi segítség szükséges, a tapasztalat mégis azt mutatja, hogy e tevékenységet a komplex terápián belül az orvos tudja csak integrálni, s ez átvezet ahhoz a vitatott problémához, hogy ki kezelje az alkoholistákat. A külföldi alkoholizmus epidemiológiai adatait figyelembe véve, nálunk is az a helyzet, hogy kevés az alkoholológiában jártas szakember. A michigani ideg-elmorvosok társaságában rendezett nyilvános vitán KRYSTAL (1963) kifejtette, hogy e bonyolult betegséget nem lehet „hátra veregető” jóindulattal kezelni; alapos tudással és felkészültséggel bíró orvosokat tart csak erre alkalmasnak. Ezzel szemben MOORE (1963) úgy véli, hogy a különböző anti-alkoholista gyógymódok és pszichoterápiás módszerek gyógyeredményei nem mutatnak lényeges különbséget. Szerinte orvos, pap, social worker, sőt gyógyult alkoholista is kezelhet elvileg alkoholistát. Mi magunk azt az álláspontot képviseljük — és ezt a hazai gyakorlat is tükrözi —, hogy az alkoholista beteg gyógykezelése orvosi feladat, ami nem zárja ki, sőt nélkülözhetetlenné teszi pszichológusok, gyógypedagógusok, gondozó- és ápolónők, ezenkívül társadalmi aktivisták bevonását a gyógyító munkába. Mint KULLSIEWICZ (1962), BLOCK (1959) és sokan mások rámutatnak, szükséges az orvosok anti-alkoholista iskolázottságának fokozása szervezett kiképzés és továbbképzés formájában. Két éve folyó nővér-csoportterápiás kísérletünkkel igen pozitív tapasztalatot szerezünk ezen a területen is.

A fentiek alapján le kell szögeznünk, hogy az alkoholista beteg gyógykezelésének és vezetésének alapja: betegként való elfogadása és vállalása. Ez nem jelenti azt, hogy figyelmen kívül hagyhatjuk azokat a józan és megalapozott aggályokat, mely az alkoholisták beteg-szerepével kapcsolatban felmerülnek. Vajon a betegnek kijáró kímélet és elfogadás nem tartósítja-e az alkoholista betegséget, nem nyit-e még inkább szabad utat az alkoholizáláshoz, hiszen az csak betegségének tünete? Ez a kérdés szükségessé teszi annak tisztázását, hogy az alkoholista betegként való elfogadása egyáltalán nem jelentheti az alkoholfogyasztás vagy az azzal járó viselkedésbeli devianciák tartós elfogadását. Ez a beteg magára

hagyásának, elutasításának egy másik, liberális magatartással álcázott formája lenne. Évek óta küzdünk e félreértéssel. Nemegetszer, amikor tbc-gyógyintézetekben túrik a betegek alkoholizálását, rendbontását, munkakerülését, társadalmi parazitizmus felé tolódását, mely jelenségek szakterületünkön mindennapiak, ilyen irányú „elveink”-re történik hivatkozás. Mint említettük, a betegszerep jogokkal és kötelességekkel jár. Jogosnak tartjuk a sokszorosan traumatizált, az „elviselhetetlenség” szindrómáját kimerítő alkoholista betegként való elfogadását, hiszen a társadalom nem is tud más intézményesített lehetőséget nyújtani helyzetének javítására, ugyanakkor fokozottabban szem előtt kell tartanunk a beteg-szereppel járó fontos kötelességét, hogy ti. mindent el kell követnie gyógyulása, a beteg-szerep mielőbbi megszűnése érdekében. Természetesen éppen ez a nehéz a depresszív, önpusztító betegekkel kapcsolatban, hogy elérjük a kooperáció oly fokát, amikor alkalmassá válnak a beteg-szerepből adódó kötelezettség vállalására. Ezt csak fokozatosan tudjuk elérni, de absztinencia-követelésünknek első perctől érvényt kívánunk szerezni az említett elv és a mindennapi gyakorlat tapasztalatai miatt: alkoholizáló beteg nemcsak az orvost, de saját beteg voltát sem fogadja el, és nem képes kooperatív készségét fejleszteni. Bár mindent meg kell tennünk, hogy a beteg absztinencia-követelésünket ne ellene irányuló agresszióként fogja fel (ROSENFELD, 1960), ezen a téren, minden nehézséget vállalva is szilárdan ki kell tartanunk.

Ezzel el is érkeztünk az alkoholista beteg vezetésének módszerbeli kérdéseihez. Mindenekelőtt le kell szögeznünk, hogy egységes módszer erre nincs és nem is lehet sem nemzetközi méretben, sem egy országon vagy intézeten belül. Saját módszereinket retrospektíve értékelve, állandó változtatásukat, párhuzamos többféleségüket kell kiemelnünk. Első időben, amikor alkoholista betegeink személyiségvizsgálatának eredményei befolyásoltak bennünket, akkor a személyiségfejlődésükben sokszorosán sérült, csődhelyzetben levő, emberi méltóságukban megalázott emberek elfogadása, betegként való vállalása dominálta kapcsolatunkat alkoholista betegeinkkel. Permisszív magatartásunkkal sok eredményt könyvelhettünk el, pl. megszűnt osztályunkon a szökés, az önkényes távozás, áttérhettünk a „nyitott ajtó” rendszerre. E betegekkel szemben követelményünk elsősorban az absztinencia betartására vonatkozott, amit Antaethyl segítségével, de inkább „kedvünkért” fogadtak el. Az „anyáskodó” gyengédség, elfogadás, elnézés sok nehézséget is okozott. Személyiségvizsgálataink nemcsak a személyiség sokszoros traumatizáltságát mutatták, hanem az esetek zömében az apa-imago súlyos sérülését, az apai nevelés

hiányosságait. Ezért betegvezetésünkben az elfogadás, a vállalás, a megértés mellett fokozatosan a következetességet, a követelmények felállítását, az apai szigort is igyekeztünk megvalósítani. Az orvos—beteg kapcsolatnak ez a modellje, a szülő (apa) — serdülő gyermek viszonyt utánzó „irányítás—kooperáció” modell tapasztalatunk szerint lényegesen jobbnak bizonyult. Ezzel a szemléleti, vezetési módszerrel a jelentkező kooperációs problémákon úrrá tudtunk lenni, a betegeknek jobban imponált a következetesség, az orvos—beteg kapcsolatban az orvos tekintélyét elfogadták. Kitűzött célunkat, az alkoholisták tuberkulózisának meggyógyítását és az ehhez szükséges 6—8 hónapos kooperációt ezzel a módszerrel el is értük. E pozitívumok mellett ennek a vezetési módszernek a hátrányai is megmutatkoztak. Betegeink korai és késői szanációs eredményei tbc szempontból nemzetközileg is kiemelkedőek voltak, lényegében ugyanazt a gyógyeredményt tudtuk elérni, mint nem alkoholista betegeinken. Nem mondhattuk el ugyanezt az alkoholizmusukról. Bár voltak és vannak tartós eredményeink, különösen a nehéz, nagy kitartást igénylő, műtétilag megoldott, tehát katharsisos élményekkel járó gyógykezelések eseteiben, betegeink többségénél az intézetben elért absztinencia nem bizonyult tartósnak. Otthoni környezetükben vagy éppen otthontalanságukba visszakerülve újra inni kezdtek. Ez indokolja, hogy céljaink szempontjából jól bevált és eredményt hozó vezetési módszereinket kritikusan vizsgáljuk. Az alkoholista személyiség főbb vonásai között kiemelkedőnek tartottuk az infantilis függőség megnyilvánulását. Vezetési módszerünkkel (szülő—gyermek viszonyt utánzó kapcsolatunkkal) ezt a felfokozott függőségi igényt kielégítve kooperációt értünk el, de ugyanakkor a szituációval szemben dependenciát alakítottunk ki. Hasonló jelenségekről BLANE (1968) is beszámol. A beteg távozásakor a kapcsolat megszakadván (betegeink utógondozása megoldhatatlan!), alkoholproblémák jelentkeztek, a többségnél enyhébben, egy részüknél változatlanul, kis részüknél fokozottabban. Az alkoholizmus terén elért javulást sem írhatjuk egyértelműen betegvezetési módszereink javára, a tbc-s betegség gyógyulása, az ezzel járó sok reaktív hatás kiküszöbölése kedvezően hatott eredményeinkre. Ugyanakkor figyelembe kell vennünk KRYPŠIN-EXNER (1967, 1969) álláspontját, aki az alkoholisták fázisos restitúcióját tárgyalva kifejti, hogy az absztinencia még nem jelent gyógyulást, hiszen megmarad a személyiség károsodottsága, a szociális miliő diszkrepanciája, mely absztinencia elérése esetében is sokáig hat. Kialakult betegvezetési módszerünk kritikus megközelítése a továbbfejlődés igényét is magában foglalja. Lényegében úgy kellene a beteg kooperációját megnyernünk, hogy ne fokozzuk

infantilis függőségi relációját és dependencia-hajlamát. Más szóval: *az orvos—beteg kapcsolatban a felnőtt—felnőtt viszonylat modelljét kell követnünk.* Ez nem könnyű sem szemléletileg, sem gyakorlatilag. Az alkoholista beteg egyéni életsorsának megismerése — mint láttuk a közölt kazuisztikákból is — nemcsak betegként való elfogadásukra, hanem az esetettekhez vonzódó orvosokban gyakran meglevő tolsztojánus hajlamok kiélésére ösztönöz. De vajon ebben a humánus, érzelmekkel átítatott viszonylatban nem húzódik-e meg szépített formában az alkoholista ember lenézése, nem egyenrangú emberként való kezelése? Az alkoholistákkal szemben megnyilvánuló társadalmi előítéletek szokásos formái után, melyek általában ellenségesek és elutasítóak, nem egy másfajta előítélettel állunk-e szemben, amikor az ígéretei, fogadkozásai ellenére ismételten elbukó, a megértést félremagyarázó, a „jóakaróval” szemben agressziót mutató alkoholista betegben a megváltó hajlamok objektumát látjuk? Képesek vagyunk vagy leszünk-e az alkoholistában az emberi értékeket nemcsak általában, hanem egyedileg és konkrétan is megtalálni? A felnőtt—felnőtt — ha úgy tetszik — baráti viszonyt a kölcsönös megbecsülés lehet csak valós alapja. A konformista társadalom általában nehezebben tudja integrálni a kivételes egyéneket. Régen az ilyen emberből varázsló lehetett vagy udvari bolond, ma művész vagy alkoholista. Az elviselhetetlen politikai és társadalmi viszonylatokat felismerő, annak nyomásától szenvedő, társadalmilag aktív emberek forradalmárok lettek, mozgalmat szerveztek a hatalom megdöntésére, életüket kockáztatva, feláldozva hőssé váltak. Korunkban az eszmei, gazdasági tényezőkkel önmagukat felerősítő hatalmakkal, azok elnyomásával szemben mind gyakrabban válik reménytelenné az egyén lázadása. Forradalmár hős nem lehet, legfeljebb önégető. Az alkoholisták az adott társadalmi rétegeken belül nem átlag polgárok, nem konformisták. Személyiségük sérülése, frusztráció-tűrésük csökkenése miatt jobban érzékelik, hamarabb válik számukra elviselhetelenné a modern társadalom számos elidegenedett viszonylata, az emberek izolálódása, érzelmi elsvárosodása, szeretetlensége, az elmagányosodás stb. A többi emberhez hasonlóan — míg ki nem égnék — keresik boldogságukat, de ezt már csak a mámor pótlásával tudják elérni. Egész magatartásuk, deviáns viselkedésük, életsorsuk tiltakozás a sivár emberi viszonylatok ellen. Öntudatlan, ideológia nélküli és reménytelen tiltakozás ez. Az alkoholista személyiségvonásainak vizsgálatában nem volt nehéz felismerni az önpusztító tendenciákat. Vannak kivételes egyének — pl. a nagy művészek —, akik ugyancsak személyiségük nem mindennapi volta miatt érzékenyebben reagálnak koruk,

társadalmuk feszültségeire. Tehetségük folytán ezt alkotó módon, önmagukat megvalósítva kifejezésre is tudják juttatni. Velük ellentétben akadnak olyanok, akiknek nincs erre tehetségük. Képesek vagyunk-e az embereknek akár sérültségükből következő érzékenységét, alkoholizmusban, önpusztításban megnyilvánuló jeladását a minden embert fenyegető bajokról érzékelni? Ha igen, akkor az alkoholisták a maguk elesettségében, sokszor gyalázatokban, alkoholba fulladó „kiutat kereső” attitűdjükkel, életük reménytelenségével nyújtanak valami olyat, amire az átlagember nem képes. Az alkoholisták ilyen szemlélete a szánalom érzését olyanfajta megértéssé nemesítheti, mely bázist ad az orvos—beteg relációjában is a felnőtt emberek viszonylatának megvalósítására. Konkrét pszichoterápiás kísérleteinkben már ebből kell kiindulnunk.

Betegvezetési stílusunkat elemezve világossá vált, hogy egymás után, ill. egymás mellett megvalósítottuk az M. SHERIF és E. SHERIF (1948) által a kiscsoportok vezetésével kapcsolatos kísérleteik során megkülönböztetett vezetési stílusokat. A fenti szerzők formális kiscsoportokban is felismerték az autoriter, a demokratikus és a „laissez faire” vezetési stílusokat. Magunk részéről az alkoholista betegek vezetésében — mint láttuk — leghamarabb a „laissez faire” stílussal szakítottunk. Sok hasznát vettük az autoriter vezetési stílusnak, de éppen hátrányai és az említett okok miatt fokozatosan a demokratikus vezetési stílust kívánjuk megvalósítani, mert ennek segítségével a személyiség fejlődése, a személyiségbeli hiányosságok korrekciója, a felnötté válás leginkább biztosított. Ennek szervezeti formáit — mint a következő fejezetekben látni fogjuk — a csoportterápián át a kiscsoportok formálásában, terápiás közösség kialakításában véljük megtalálni. A fiataalkori bűnözés irodalmát (SZABÓ A., 1961; HUSZÁR, 1964), a hulgán csoportok kohéziós erőit megfigyelve és az alkoholisták spontán csoportosulását tanulmányozva ismertük fel a MERTON (1957) által leírt „reference group” vagy a csoport-konszenzus (NEWCOMB, 1959) nagy jelentőségét. Alkoholistáknál is megfigyelhető egy-egy társasághoz, kis csoporthoz való érzelmi ragaszkodás. Ennek a csoportnak a normáit, értékeit nemcsak elfogadják, hanem önmagukat is ehhez viszonyítják. Ezeknek a „viszonyítási csoportok”-nak a normái deviáns viselkedési módok iránt nemcsak permisszívek, hanem értéket jelentők is lehetnek (SALISBURY, 1958). Nem elég az ilyen csoportok lebontása, mert reference group-hoz való tartozás a személyiséget meg is támaszthatja. Úgy gondoljuk, hogy a kiscsoportok interakciónak behatóbb tanulmányozása és megértése új távlatokat nyithat a csoportthatás pozitív irányú alkalmazásában az alkoholista beteg személyiségfejlődésének előmozdítására.

VI. AZ ALKOHOLISTA BETEG GYÓGYKEZELÉSE

Az alkoholizmus kóroktanának áttekintéséből kitűnt, hogy nozológiaiag nehezen meghatározható multifaktoriális, sok vonatkozásban még tisztázatlan betegségről van szó. Ebből is következik, hogy az alkoholizmus befolyásolására irányuló, gyógyító törekvések nem lehetnek egysíkúak. Ha elfogadjuk azt a szemléletet, hogy az alkoholizmus az egész személyiségnek, mégpedig társadalmi környezetébe ágyazott személyiségnek a betegsége, akkor csak a pszichoterápiát, a szocioterápiát, tágabb értelemben a társadalmi viszonylatok adekvát megváltoztatását tekinthetjük oki kezelésnek.

Minden egyéb, az alkoholizmus befolyásolását célzó eljárás különböző értékű tüneti kezelésként fogható fel (LUNDQUIST, 1954; JACOBSEN, 1962; H. SOLMS, 1960; W. SOLMS, 1963; GOLDSCHMIDT, 1964; KARDOS, 1967; NEUMAN, 1967; FOX, 1967; HUDOLIN, 1969). Minthogy azonban korlátozottak a lehetőségeink — nem is szólva azokról a viszonylatokról, amelyek az orvos illetékességét meghaladják —, nem becsülhetjük le a rendelkezésünkre álló adjuváns, tüneti gyógyeljárásokat sem.

Az alkoholizmus gyógykezelésének első lépése a betegség deszimptomatizálása, vagyis — bár paradoxnak tűnhet — az alkoholfogyasztás megakadályozása. Az absztinencia biztosítása nélkülözhetetlen, mert az intoxikált beteg alkalmatlan a szomatikus és pszichikus kivizsgálásra, a pszichoterápiára, az élethelyzetének rendezésére irányuló erőfeszítésekre. Ezért elsőként az absztinenciát elősegítő, azt biztosító averziós gyógykezeléssel foglalkozunk.

A következő lépés az absztinencia okozta szomatikus és pszichikus tünetek enyhítése, az alkoholos szövödmények (pl. neuritis, delírium) kezelése, a táplálkozási, anyagcsere-zavarok normalizálása stb. Mindez szükségessé teszi az alkoholizmus klinikumában használatos pszichofarmakonok, antideliráns szerek, relaxáló eljárások rövid összefoglalását.

Harmadik fokozata az alkoholista beteg kezelésének a pszichodiagnosztikai bázisra épített pszichoterápia, amely lehet egyéni és csoportos.

Végül a beteg élethelyzetének rendezését egyéni, családi, társadalmi vonatkozású reedukációját, rehabilitációját célzó törekvések ismertetését tűztük ki feladatunkul.

AZ ABSZTINENCIÁT BIZTOSÍTÓ ELJÁRÁSOK

Az absztinencia kényszerű formája megvalósítható zárt intézetben vagy akár börtönviszonylatban is. Terápiás effektus azonban csak akkor remélhető, ha a beteg környezetéből kiemelve, megfelelő munka- és pszichoterápiás kezelésben részesül. Az ilyen jellegű alkoholelvonó intézetek próbatípusa az „Ellikon Trinkerheilstätte”, amelyet még 1889-ben FOREL szervezett Svájcban.

Az absztinencia más módon való megvalósítását célozzák az averziós eljárások. Ennek két formája terjedt el:

1. A reflexkondicionáló kezelések. Apomorfinnal vagy emetinnel kiváltott undor, hányinger, amely hányásra építi a szesz italokkal szembeni averziót. 2. A „kémiai internálást” (JACOBSEN) megvalósító, prolongáltan alkalmazandó, az alkoholfogyasztást alkoholintolerancia miatt akadályozó gyógyszerek adása. Szovjet szerzők (SZLUCSEVSZKIJ és FRIKEN, 1933; GALANT, 1936) kidolgozták a reflexkondicionáló kezelést apomorfinnal. Először KŐ ISTVÁN (1936) alkalmazta e szerzők nyomán Magyarországon ezt az eljárást, amely Nyugaton csak a negyvenes években terjedt el két formában.

a) Az amerikai módszer (VOEGTLIN, 1947; MÜLLER és MARTHALER, 1949) emetinnel dolgozik. A kezelést önként vállaló alkoholistákon, szanatóriumi környezetben, intenzív pszichoterápia mellett végzik és az ún. konszolidációs utókezelést ambulánsan egy évig biztosítják. A hosszú és komplexen végzett kezelések eredményei nagy beteganyag katamnesztikus vizsgálata szerint (O'HOLLEREN és LEMERE, 1948) igen jók.

b) Az angol módszer (FELDMANN, 1959) sokkal rövidebb és drasztikusabb. Apomorfinnal dolgoznak és a beteget, aki korlátlanul ihat, a permanens undor állapotában tartják napokig, szelőlötetlen szobában, hányadékával összezárvá, míg az italos üveg pusztta meglátása hányingert okoz. A halmazott apomorfín-kezelést inkább a kényszerelvonásra kötelezetteknel alkalmazzák (MESTRALLET és LANG, 1960; TUREK, 1960; SZTRELCSUK, 1963; DE MORSIER és FELDMANN, 1949).

Az apomorfinos reflexkondicionáló módszer alkalmazására nagyobb számú betegen hazánkban az ötvenes években került sor GARTNER és munkatársai (1955) tevékenysége nyomán. Az általuk

kidolgozott, ill. továbbfejlesztett (GARTNER, 1963) módszer megfelelő formában ambulánsan is végezhető (BÁLINT I., 1963). Alkohollevonó rendeléseinken ez a módszer terjedt el. Ennek lényege, hogy 1%-os apomorphinum hydrochloricum inj.-ből 0,3–0,5 ml subcutan adva a hamarosan jelentkező nausea idején a beteggel kedvenc italát szolgáltadjuk, kóstoltatjuk egyidejű pszichés ráhatás kíséretében. Az ilyen itatásokat kívánatos társasan, lehetőleg kocsmai miliót teremtve végezni. Egyesek naponta kétszer is, átlagban azonban kétnaponként végzik elvonó osztályokon a kezelést. Magunk, akik többnyire tbc-s betegeken végezzük az elvonó kezelést, csak kivételesen alkalmazzuk az apomorfin-kezelést, mert a beteget megviseli. Nagyobb adag apomorfint nem célszerű adni, mert a beteg elalszik. Ezt csak heveny intoxicatio esetén alkalmazzuk, hogy a beteget kihánytassuk és elaltassuk. Az emetines módszer — eltekintve attól, hogy ORTHMAYR kísérletezett vele a negyvenes években — nem terjedt el a Voegtlin-iskola nyomán, noha előnyeire felhívták a figyelmet. Nincs narkotikus hatás, nem centrális hányást okoz, hanem a gyomornyálkahártyát elhúzódoan ingerli, per os adható és végül a tudat éber állapotát nem befolyásolva maga a reflexkondicionálás is zavartalanabban történhet. Utóbbi években KARDOS kombinált averziós eljárást dolgozott ki, amelyet mi is átvettünk, és szükség szerint alkalmazunk. Ennek lényege, hogy három emeticumot kap egyszerre a beteg. Reggel per os egy kalium stibiotartaratot, emetint, ephedrint, coffeint és chinint tartalmazó pilulát (recept: Kalii stibiotart. *g* 1,0; Emetin HCl. *g* 2,0, Ephedrin HCl. *g* 4,0, Coffeini pur. *g* 6,0, Chinini sulf. *g* 15,0, M. f. pil. ut. f. N ° C), majd $\frac{1}{2}$ – $\frac{3}{4}$ óra múlva 0,2–0,4 ml apomorfint adunk. Az injekció után tetszés szerinti tömény italt, majd az első hányás után egyidejűleg az egyik kezében sört, a másikban bort kell tartania, amit ízlelnie, szagolnia kell még hányás közben is. Mindez csoportszituációban történik, naponta összesen 10–15 alkalommal itatják a beteget, ezután Antaethyl-kezelést állít be KARDOS. Módszere ambuláns, elvonó rendeléseken is sikeresen alkalmazható (BÁLINT I., 1970).

Az absztinencia biztosítása szempontjából a kivihetőséget, a hatásosságot, az elterjedtséget tekintve valamennyi reflexkondicionáló eljárásnál jelentősebb a diszulfiram-metódus. A tetraetiltiuram diszulfid (Antabus, TTD, Refusal, Disulfiram, Esperal, Stopetil, Abstinyl, Anticol, a magyar Antaethyl) alkoholintoleranciát okozó hatását HALD és JACOBSEN 1948-ban fedezték fel az eredetileg feregűzőnek készült szer klinikai kipróbálása során. BION (1961) szerint elsőnek WILLIAMS alkalmazta 1937-ben az USA-ban, de az amerikai orvosegyesület toxikus hatása miatt elvetette. Az Ant-

aethyl a máj acetaldehiddehidrogenáz aktivitását gátolja. Az enzim aktív helyein a difoszopiridinnukleotid (DPN) kötődését kompetitíve antagonizálja. Az alkohol lebontásában kulcsfontosságú enzim bénulása következtében a lebontási folyamat acetaldehid-szinten megreked, acetaldehidemia keletkezik (az acetaldehid-szint 5—10-szerese az Antaethyl nélküli kontrollesoporthoz viszonyítva), amely az egész alkohol-Antaethyl reakció (AAR) lényege. Az Antaethyl napi 0,5—1 g adagos (1—2 tablettá) prolongált szedése sem okoz általában panaszt a betegnek mindaddig, amíg alkoholt nem fogyaszt. Aránylag kis mennyiségű alkohol ($\frac{1}{2}$ dl tömény ital, 2—3 dl bor, 4—5 dl sör) elfogyasztása után 10—15 perccel a beteg arca kipirul, szeme kidülled, conjunctivája belövelltté válik, tachycardia, néha szívartéri szorító érzés, tachypnoe, dyspnoe jelentkezik, esetleg acrocyanosis-szal. A beteg vérnyomása átmeneti emelkedés után többnyire esik, szédülés, émelygés, hányinger, ritkán hányás jelentkezik. Több kutató (MARKHAM és HOFF, 1953; SZABÓ és BOBORY, 1961) reverzibilis EKG-elváltozást is észlelt az AAR során (T ellapul, ST szakasz depressziója stb.). Feltehetően a szívartéri panaszokban coronaria spasmus, szívizom-ischemia is szerepet játszik. Ezért coronaria-betegség, angina pectoris és természetesen cardialis decompensatio esetén kontraindikált.

Mint említettük, az AAR-ban legnagyobb szerepe az acetaldehidemiának van. DERWORT (1959) spektrofotometrikus módszerrel (BURBERIDGE és mtsai, 1950) vizsgálta az acetaldehid-szint alakulását normális egyéneknél, krónikus alkoholista, deliráló betegen és AAR során. Míg normálisan az acetaldehid-szint 100 gamma % körül van, krónikus alkoholistáknál 2—3-szoros értéket (átlag 251 gamma %) állapítottak meg, ami a rendszeres alkoholfogyasztáshoz való alkalmazkodással magyarázható. Deliriumban, amikor az enzimműködés messzemenően zavart, magas az acetaldehid-szint (átlag 1179 gamma%). Antaethyl szedése mellett alkoholfogyasztás nélkül is emelkedik az acetaldehid-szint. Egyidejű alkoholfogyasztás esetén — mint említettük már — tízszeresére vagy még magasabbra is nő. E világosnak látszó összefüggések ellenére sem tekinthető az AAR folyamata minden tekintetben feltártnak. A reakciót kifejezett sympathicomimeticus vegetatív izgalom kíséri, melyet DERWORT szimpatikus receptorokra való közvetlen hatással magyaráz. Allergiás mechanizmusokra utal, hogy a reakció antihisztaminokkal kivédhető (MARTENSEN-LARSEN, 1948). Túl heves reakció esetén ezért Suprastint, Pipolpent, esetleg kristályos ACTH-t szoktunk adni a reakció fékezésére, ill. leállítására. Ugyancsak jó ellenszer az i.v. adott vaskészítmény (Ferronascin) vagy ascorbinsav. Kollapszusos állapotok esetén coffein, Tetracor,

Ephedrin, Sympathomim stb. alkalmazható. Tapasztalatunk szerint azonban az AAR pszichésen is szuggesztív ráhatással (ilyen helyzetben fokozottan szuggesztibilis a beteg) tetszés szerinti irányban befolyásolható. Az AAR általában gyötrelmes a beteg számára, félelmi reakcióval jár. Éppen erre építjük a későbbiekben alkoholtilalmunkat. A reakció lezajlása után a betegek többnyire elfáradnak, kimerülten elalszanak. Az itatásokat éppen betegeink többsége miatt óvatosabban, ritkábban, több kímélettel végezzük. Sok száz itatás kapcsán számottevő szövődmény nem alakult ki. Gyakoribb probléma, hogy az AAR-t gyengesége miatt pszichésen, nikotinsav, esetleg apomorfin adásával kell „megsegítenünk”. A megjósolt rosszullét elmaradása nem egy beteget arra bátorít, hogy az Antaethylre ráigyon, ami súlyos fokú alkoholisták-nál nagy alkoholéhség esetén különben is előfordul.

Az Antaethyl, amely vízben nem oldódik, lassan szívódik fel, lassan ürül ki (kb. 20% távozik el a széklettel) és a szövetekben valószínűleg kumulálódik. Ezért napi egy, sőt fél tablettá ellenőrzött szedésével biztosítható hosszú időn át az alkoholtolerancia. Intézetben, az ápolószemélyzet megfelelő tapasztalata és figyelme esetén szedése könnyebben megvalósítható, bár ott is nemritkán megkísérlik kijátszani bevételét (kiköpés, nyelv alá rejtés formájában, vagy foghíjas beteg fogsorába ékelheti, egyik-másik beteg, miközben a tablettá lenyeléséhez vizet iszik, próbálja visszaköpní a csészébe, bevétel után kimegy kihányni garatjának ingerlésével stb.). Az ilyen próbálkozások felfedezése fontos, mert a beteg alkoholéhségét és az elvonó kezelésben az együttműködés elégtelenségét mutatja. A verbális ráhatás mellett fokozottabb ellenőrzés szükséges (az amúgy is mindig kívánatos szájba adáson kívül összetörjük a tablettát, esetleg porrá törve ostyában adjuk be). Az itatás gyakorisága tekintetében egyéni elbírálás szükséges. Az elvonó osztályokon a betegforgalomtól függően kétnaponta, esetleg naponta végzik a próbaitatást. Mi ritkábban alkalmazzuk. Nem is hisszük, hogy gyakoribb itatással kiépülne az averziós feltételes reflex diszulfiram-módszerrel. Lehetőleg azonban 1—2 próbaívást még aktív, nem nagy cavernás betegnél is végzünk, éppen a félelmi reakció felkeltése céljából (LEVENDEL, 1963). Haemoptoet vagy más komplikációt soha nem észleltünk. Általában az orvosi közvélemény túlértékeli az Antaethyl-kúra veszélyét, s ez akadályozza kiterjedtebb alkalmazását. Ha a beteg szomatikus, cardialis állapota nem kielégítő, megelégszünk, ha betegtársa itatását nézi végig. Az a tapasztalatunk, hogy ez az érdeklődés spontán is jelentkezik az Antaethylt szedő betegeknél és nem is hatás nélkül. Általában ha a beteggel megfelelő a kapcsolatunk, az itatást nem

tekinti ellene irányuló agresszióknak, nemegyszer a zaklatottabb lelkiállapotban levő, fokozottabban támaszt kereső beteg ilyenkor kötődik szorosabban a vele szeretetteljesen foglalkozó orvoshoz, ápolószemélyezethez. Nagy halálfélelemmel küzdő betegekre is a heves reakció katartikusan hat, és sok büntudatos elem levezetésére nyújt lehetőséget. A mechanikusan, lelketlenül végzett itatások nélkülözik az ilyen jellegű pozitív hatásokat. A stress-helyzetben levő betegnél az együttérző, ugyanakkor szuggesztív felvilágosítás az alkoholfogyasztás káráiról sokkal hatásosabb, mint ugyanazon, csak racionális-intellektuális síkra irányuló közlés konvencionális körülmények között. Az elmondottak nemcsak az itatási próbákra, hanem bizonyos értelemben az egész Antaethyl-kezelésre is vonatkoznak (HÁRDI, 1965). A pszichoterápia nélküli averziós kezelés a beteg kooperációs elégtelensége miatt többnyire sikertelen. A pusztán kényszerítés pedig csak felkelti a beteg ellenállását a gyógyszeredzéssel szemben, vagy kijátssza, nyíltan megtagadja. Ez érthető, mert az Antaethyl nem szünteti meg az ivásra készítő pszichikus okokat, sőt mint mások is (BION, 1961; SMILCE, 1963) rámutatnak, a pszichoterápia nélküli averziós kezelésnek pszichés szempontból veszélyei vannak. Mindazon „megoldási” kísérletek ugyanis, amit az alkohol jelent a beteg számára, elesnek. Az alkoholba menekülés lehetőségének az elvesztése fokozhatja a beteg szorongását, félelmeit, depresszióját. Irodalomból, de saját tapasztalatunkból is hivatkozhatunk olyan esetekre, amikor ez szuicídium-kísérlethez (pl. nagy adag Antaethylre való ráívás) vagy éppen önként vállalt Antaethyl-kúra mellett — aránylag hosszú absztinencia után — altatószer-öngyilkossághoz vezetett. Az Antaethyl-kúrával társított pszichoterápiás befolyásolás szükségességét jól mutatja a kényszerelvonó kezelés (BÁLINT I., 1965) és az Antaethyl mellékhatások vagy az ún. Antaethyl toxikus tünetek. Az Antaethylt szedő betegek egy része (kb. 10—15%-a) különböző mellékhatásokról (étvágytalanság, fáradékonyosság, testi gyengeség, aluszékonyság, báyadtság, fejfájás, szédülés, emlékezetzavar, apátia, libidó-csökkenés, potencia-zavarok, máskor gastrointestinalis tünetek, rossz, fémes, bűdös szájíz stb.) számol be. E tünetek általában nem súlyosak és nem jelentenek akadályt a kezelés folytatásában. Mint-hogy ezek Antaethyl placebo esetén is gyakran jelentkeznek, nagyobb részük alkoholelvonási tünetnek tulajdonítható. A tünetek egy része azonban kétségtelenül objektív, az Antaethyl toxikus hatásának tulajdonítható. Ugyanis ha nem alkoholistáknak adjuk az Antaethylt, akkor is ilyen tüneteket tapasztalunk. Az Antaethyl-kúrát folytatva, a placebo tablettá a tünetet megszünteti, s ugyancsak objektíválja a beteg panaszát. Megfigyelésünk szerint hosszú

kúra esetén nőknél ritkábban jelentkeznek mellékhatások, mint férfiaknál. Mindezeket a körülményeket figyelembe véve tapasztaljuk, hogy az Antaethyl mellékhatásainak a jelentkezése megnyírányre függvénye a beteg kooperációs készségének, az averziós kúrához való viszonyának, sőt betegársai ilyen irányú beállítódásának és az osztályon kialakult gyógyító légkörnek (LEVENDEL, 1969). Mindez nem homályosíthatja el azt a tényt, hogy az Antaethyl-kezelésnek vannak veszélyei és szövődményei. Az irodalom közöl adatot halálos kimenetelű AAR-ról és sok közlemény foglalkozik az ún. Antaethyl-pszichózis fellépésével a kúra folyamán (KARDOS Gy., 1962). Ilyen esetünk nekünk is volt, gyakorisága azonban nem több, mint a Cycloserin-pszichózisnak, amely osztályunkon ugyancsak előfordult. MARTENSEN-LARSEN (1948), SOLMS (1951), VARGHA és mtsai (1954), KARDOS Gy. (1961) közléseit és saját gyakorlatunkat figyelembe véve kontraindikálnak tartjuk az Antaethyl-kezelést cardialis decompensatio, angina pectoris, coronaria-betegség, súlyos myocardialis laesio, cor pulmonale chron., terhesség esetén, igen gondosan mérlegelendő hypertonia, vascularis megbetegedések, agyi (pl. posttraumás) károsodások, májbetegségek (pl. cirrhosis), chron. nephritis, diabetes, nagyfokú restriktív vagy obstruktív légzészavar, asthma bronchiale, hyperthyreosis, epilepsia, tetania, a haemopoeticus rendszer betegségei, alkoholos szövődményekre (hallucinosis, delírium, kóros részegség) utaló anamnézis esetén. Nem szabad Antaethyl-kezelést végezni a beteg tudta és beleegyezése nélkül; a beteg hozzátartozói nemegyszer kísérletet tesznek erre (ételébe, italába csempézik a gyógyszert).

Külön probléma a beteg ambuláns utókezelése Antaethyllel (ANGYAL és mtsai, 1952; KARDOS Gy. 1970). Itt már nemcsak a beteg együttműködése, de a családtagok, elsősorban a házastárs segítőkészsége is fontos. Ellenőrzés nélkül Antaethylt szedni, a hatást illetően az esetek többségében úgyis csak illúzió. Ilyen szempontból nagy jelentősége lenne a depot-készítménynek vagy implantációnak. Az „Esperal implant” nevű francia készítménnyel kezdeti tapasztalataink vannak, amelyek biztatók.

Az alkoholintoleranciát okozó szerek közül leghatékonyabbak és legelterjedtebbek a diszulfiram-készítmények. Előfordulnak esetek, amikor a betegnek a diszulfiram melléktüneteket okoz vagy valami miatt (kísérő betegség, delírium-veszély) enyhébb hatású averziós szerre van szüksége. Ezek közül legjelentősebb a calcium carbamid citrát, mely Dipsan (Lederle), Temposil, Citamid (szovjet készítmény) néven kerül forgalomba. ARMSTRONG és KERR (1956), majd FERGUSON (1956) számoltak be e szerről, kimutatva az alkohollal

szembeni túlérzékenyítő hatást, ugyanakkor mellékhatást nem észleltek. A Dipsan vízben oldódik, gyorsan felszívódik, hamarabb kifejlődik tehát az alkoholintolerancia. Minthogy azonban nem kumulálódik, kevésbé tartós a hatása. Tapasztalataink szerint 50—100 mg (1—2 tabletta) bevétele után 12 órával már rá tudnak inni a betegek. A Dipsan-alkoholreakció ugyancsak az alkoholbontás zavarán, az acetaldehid-szint emelkedésén alapul. Lényegesen enyhébb az AAR-nál. Az arc, a nyak, a hát, a mell bőre kipirul, néha a conjunctivák is belövelltek, 15—20 perc múlva, a reakció csúcspontján dyspnoe, tachycardia, szorongás, esetleg cyanosis is jelentkezik. A vérnyomás, főleg a diastoles nyomás csökken, és ilyenkor gyakran főfájás is fellép. Az egész reakció azonban távolról sem olyan ijesztő a beteg számára, mint az AAR. Több szerző (SMITH és mtsai, 1957; SZEGAL és AVERBACH, 1964; LADER, 1966), aki kipróbálta a calcium carbamidet, az absztinencia fenntartására alkalmas, orvos és beteg számára kevesebb „discomfort”-tal járó szernek tartja. Hazánkban először osztályunkon került kipróbálásra a szer 1963-ban. Tapasztalatainkról beszámoltunk (VÁRADY és LITTAUER, 1965). Sajnos, a szer hazai gyártására tett javaslataink mindeddig nem jártak eredménnyel. Még enyhébb hatású a japán szerzők által ajánlott cyanamid, amely — úgy hírlik — beállítja a szeszfogyasztás mértékét egy elég magas küszöbértékre (pl. 1—1 1/2 dl égetett szesz, 1 1/2 liter sör, 6—7 dl bor). Efölött az alkohol már rosszulletet (enyhe vasomotorzavar, hányás) okozhat. A kísérleti anyagként kapott hazai cyanamid-készítmény (Parfenil) sem tablettában, sem solutióban adva tapasztalataink szerint semmilyen reakciót nem okozott alkoholfogyasztás esetén, igaz, hogy mi a fenti italmenyiségeket „próbatításra” nem alkalmaztuk. Hasonló a helyzet a carbo animalisszal mint elvonó szerrel. Már az első világháborúban észrevették, hogy diarrhea esetén, ha a katonák kopláláson és carbo animalis medicatio szedésén kívül konyakot is fogyasztottak, arcuk kipirult, szapora szívverés, kellemetlen szívűtáji panaszok, esetleg collapsus lépett fel. LICKINT (1953) és W. SOLMS (1960) kísérletezett először ezeknek a tapasztalatoknak alapján állati szénnel, de kis adagokban adták. Amerikai tapasztalatok alapján DESPOTOVIČ és munkatársai (1964) még ambuláns anyagban is sikerrel alkalmazták a szénterápiát. Hat napig nagy (6—9 g), majd az első próbatítás után kisebb (3—6 g) napi adagban adták az állati szenet, majd napi 1 g-os fenntartó adagot állítottak be. CHAMPEAU (1965) feltételezve, hogy hypertóniás (15%-os) magnéziumszulfát i. v. beadása eredménnyel jár, alkoholelvonásra alkalmazta ambuláns körülmények közt. SZEGAL és AVERBACH (id. LUKOMSKIJ, 1963) 10—25 ml

nátrium-tioszulfát i.v. adása után 10—15 perccel elfogyasztott alkoholra averziót keltő tüneteket (kipirulás, tachycardia, izzadás, remegés, hányinger, hányás, enyhe collapsus) észlelt. Számos más terápiás gyógyszer kapcsán tapasztalták melléktünetként a gyógyszer alkoholtoleranciát csökkentő hatását, pl. az antituberkulotikumok közül az INH vonatkozásában MÁNDI (1957), az INH és Cycloserin alkalmazásakor KARDOS és VÁRADY (1967). A trichomonas-ellenes metroindazol (Klion, Flagyl) alkoholtoleranciát csökkentő hatására TAYLOR hívta fel a figyelmet. BÁN és munkatársai (1966) utóvizsgálatai szerint az AAR-hoz hasonló rosszulétek keletkeztek; $2 \times 0,25$ g-os tablettát adtak 15 napig, majd három próbaivást végeztek ötnapos intervallumokkal, míg az alkohollal szemben az averzió kialakult. Saját próbálkozásaink (nem végeztük prolongáltan a Klion adását) nem tűntek biztatónak, hasonlóan SZEGAL és munkatársai (1966) tapasztalataihoz. KARDOS (l. MÉTNEKI, 1970) temperancia-szerként hat hónapon át napi két tablettát szedését javasolja vérképellenőrzés mellett. MONTALE és munkatársai (1965) bizonyos furán-származékok (Furaltadon, Furazolidon) adásakor észleltek hasonló tüneteket alkoholfogyasztás esetén. BOCZÁN (1966) Pipolphen adása melletti alkoholintoleranciáról számol be, a gyógyszernek szerepet tulajdonít az alkoholelvonásban. Saját tapasztalataink ezt nem erősítik meg.

Áttekintve a különböző averziós eljárásokat, felmerül, vajon milyen gyógyeredmény várható ezektől? A kérdés megválaszolása több okból nehéz. Az averziós kezelés az esetek többségében komplex kezelés (tranquillizáló, pszichoterápiás stb.) keretében történik, és ezért az egyes eljárások értéke nehezen ítélnél meg. További nehézség a gyógyeredmények értékelésében a gyógyulás kritériumainak, a pozitív gyógyeredmény egyes fokozatainak nem kellően tisztázott és főleg nem egységesen elfogadott szempontjai és tényezői. Az ide vonatkozó irodalmat áttekintve megállapíthatjuk, hogy a szerzők többsége az elvonó-kezelés eredményességét a katamnesztikus idő, ill. az absztinencia időtartama alapján ítéli meg. Tartós, két évet meghaladó absztinencia után aránylag ritka a visszaesés, és ez ha nem is gyógyulásnak, de pozitív gyógyeredménynek tekinthető. Megnehezíti a gyógyeredmények összehasonlítását az a körülmény, hogy az elvonó-kezelések igen heterogén beteganyagon és különböző körülmények között (intézeti-ambuláns kezelés; önkéntes és kényszerkezelt betegek) történnek. Az alkoholizmus gyógykezelésének prognózisa, az elérhető gyógyeredmény nagymértékben függ az alkoholos betegségfolyamat fázisától. Nálunk legtöbbször már csak a kontrollvesztéses vagy még inkább a krónikus fázisban kerülnek orvoshoz a betegek. Ez sok tekintetben

érthetővé teszi a gyenge gyógyeredményeket, hiszen a krónikus alkoholizmus már az alkoholos betegségfolyamat késői fázisa, amikor a beteg családi, munkaköri, társadalmi viszonylatai súlyosan, nemegyszer irreverzibilisen sérültek, dezintegrálódtak, nem is szólva a szomatikus károsodásokról.

Az averziós terápia gyógyeredményeit elemző közleményeket tanulmányozva az a benyomásunk keletkezik, hogy e módszerrel önmagában igen ritkán sikerül gyógyulást elérni. Jelentősége inkább abban áll, hogy időt nyerhetünk a beteg pszichoterápiás és szocioterápiás befolyásolására. KARDOS GY. (1965) és HATSCH 580, továbbá neves szerzők összesen 5000 esete alapján az elvonó-kezelések késői gyógyeredményét — az alkalmazott averziós metódustól függetlenül — egyformán szerénynek tartja. Betegeik 45%-a az első évben, 10%-a a második évben visszaesett, 20%-uk 2 és 8 év között absztinens volt; a többi beteget (25%) nem tudták katamnesztikusan értékelni (meghaltak vagy nem tudták felkutatni őket). Gyógyeredményeiket mértéktartással 20%-osnak tekintik. Ez azt jelenti, hogy az absztinencia biztosításával akár konzervatív módon, akár valamely aktív elvonó-módszerrel, minden ötödik betegnek tudjuk a gyógyulás feltételeit megteremteni (KARDOS GY., 1967). Ennél is gyengébb gyógyeredményekről számolnak be pl. SCHAFFER és munkatársai (1962), továbbá KULIK (1965). Utóbbi szerző két év után már csak 16,3%-ot talált absztinensnek. SKALA (1957) 24,4%-os gyógyeredményt ért el az „Apolinarská”-n. Az ápolási időt három hónapra nyújtotta, s igaz, hogy kevesebb betegen, de így 40,7%-os gyógyeredményről számolhatott be 1966-ban. Nálunk is azok érnek el jobb eredményeket, akik az averziós kezelést pszichoterápiával, szocioterápiával, szervezett gondozással kombinálják. Ilyen vonatkozásban értékes és meggyőző adatokat közöl SOÓKY (1967), aki 34%-os két esztendőn túli absztinenciát ért el átlagosan, de a társadalmi gondozásban aktíve vagy passzíve részesülők 60—65%-a volt absztinens. A társadalmi gondozás jelentőségét MÉTNEKI és SZÉKELY (MÉTNEKI, 1962; MÉTNEKI és SZÉKELY, 1966) vizsgálatai is hangsúlyozzák. GOLDSCHMIDT és SÜLE (1967) munkaterápiával és a szabad idő jó megszervezésével egészítették ki averziós kezelésüket. Jelentős különbséget mutatott a „defekt” és „nem defekt” betegek gyógyeredménye. BÁLINT I. (1967) 900 önkéntes és 100 kényszeres ambuláns apomorfinos elvonás eredményéről számol be legalább egyéves katamnesztikus idő után; 32%-os absztinenciát értek el és további 20% szociális ivó lett. A kényszerkezelték esetében sem rosszabb a gyógyeredményük. Ezzel szemben SAMU és munkatársai (1967) a kényszerkezeltéknél gyengébb gyógyeredményt tapasztaltak az önkéntes kezeltékhez viszonyítva.

KARDOS és BALÁZS-PIRI (1970) újabb adatai a kényszerkezeltekről elcsüggesztőek. A 10%-os gyógyeredmény az alkoholizmus spontán gyógyulásával egyenlő. Tehát a kényszerkezelés eszerint eredménytelen. Kisebb ambuláns beteganyagról, de jobb gyógyeredményeket közöl SZABÓ P. (1967) és BALÁZS B. (1967). A Népszégtudományi Kutató Intézet — már említett vizsgálata során — adatokat gyűjtött az ambuláns elvonó-kezelések eredményességéről. Nem tudtak biztos adatokat szerezni a kezelt betegek több mint feléről (a férfiak 56%-áról, a nők 49%-áról). A védőnő családlátogatása alapján a kezelt férfiak 13%-ánál, a nők 16%-ánál tudott absztinenciát megállapítani. A betegek további 7%-a azt állította magáról, hogy absztinens. Tehát a felkutatott férfi betegek 20%-a, a nőknek pedig 23%-a tekinthető absztinensnek. Ezzel szemben a férfiak 24%-a, a nőknek 28%-a kétséget kizáróan ivott. Feltehetően az adatgyűjtés szempontjából el nem érhető betegeknél a gyógyulási arány még rosszabb. Mindez azt bizonyítja, hogy az elvonó-kezelés önmagában nem elégséges, az így elérhető javulás az esetek nagy többségében csak átmeneti.

A PSZICHOFARMAKONOK AZ ALKOHOLISTA BETEG GYÓGYKEZELÉSÉBEN

Az alkoholista betegek személyiségképének ismeretében világossá válik, hogy kényszeres alkoholfogyasztásuk csupán pszichopatológiás tünetek, pszichikus egyensúlyi zavaruk, belső feszültségeik, szorongásaik, kielégítetlenségük oldását, csillapítását célozza. Nyilvánvaló, hogy az averziós terápiával vagy az alkoholelvonás bármely formájával elért absztinencia ezeken a bajokon nem segít. Nemegyszer azt tapasztaljuk, hogy az alkoholelvonás során e problémák még fokozódnak. Bár e pszichikus természetű, neurotikus jellegű tünetek oki kezelése kitartó és hosszú pszichoterápiás jellegű befolyásolást igényel, ennek hatása azonnal nem várható. Sőt, az adekvát pszichoterápiás kezelés alapját képező pszichodiagnosztikus vizsgálatok is igénybe vehetik a betegeket éppen abban az időben, amikor detoxikálásuk után absztinenciára kényszerítjük őket. Logikusnak látszik tehát — különösen ebben az átmeneti időben — alkoholéségük, pszichikus jellegű elvonási tünetek csökkentésére a rendelkezésünkre álló pszichofarmakonok intenzív és kiterjedt indikációjú felhasználása. Éveken át — mert elfogadtuk, hogy aktív tbc-s betegeknél az averziós kezelés kontraindikált — a pszichoterápiás befolyásolás mellett csak a pszichofarmakonok alkalmazására hagyatkoztunk. Megmagyaráztuk a betegnek, hogy ab-

sztinenciájára vonatkozó elhatározásában, ígérete megtartásában akarunk segíteni a gyógyszerekkel. Hasonló jellegű felvilágosításra a betegnek az averziós terápia beállításakor is szüksége van; ily módon egyrészt kevésbé érzi az alkoholtilalmat, ill. a kényszerabsztinenciát ellene irányuló agresszióknak, másrészt jobb kooperációt tesz lehetővé a megfelelő tranquillans, ill. antidepressans megválasztásában. E szerek hatása igen individuális, és a beteggel együttműködve, több pszichofarmakont is kipróbálva, megtalálhatjuk a neki legmegfelelőbbet. A pszichofarmakonokra az alkoholistá betegek kezelésében természetesen nemcsak a kezdeti szakaszban, hanem indikációjukat alátámasztó tünetek jelentkezése esetén mindvégig, az intézeti, ambuláns, ill. az utókezelés során is szükség lehet. A pszichofarmakonok kiterjedt alkalmazásával az alkoholológiai klinikumban a hazai és külföldi szerzők egyaránt egyetértenek (LEVENDEL és mtsai, 1962; KARDOS, Gy. 1967; HÁRDI, 1967; KARDOS Gy. és mtsai, 1969; GOLDSCHMIDT, 1967; GLATT, 1959; JACOBSEN, 1962; SOLMS, 1963; LUNDQUIST, 1961; CHARNOFF és mtsai, 1963). Ugyanakkor tudatában kell lennünk annak, hogy a pszichofarmakonok is döntően tüneti értékű gyógyszerek, amelyek az alkoholizmust előidéző, ill. az azt kísérő személyiségzavarokat nem oldják meg, de az alkoholéhség, az elvonási tünetek csökkentése révén megkönnyítik az averziós kezelést, és jobb feltételeket teremtenek a pszichoterápiás befolyásolás, a spontán pozitív irányú pszichikus folyamatok, a belső rendeződés számára. Nagy előnye a pszichofarmakonoknak — szemben a barbiturátos szedatívumokkal —, hogy nem toxikusak, hosszú ideig hozzászokás nélkül adhatók, tehát újabb, másfajta absztinenciális tüneteket nem okoznak, káros, jelentősebb mellékhatásuk nemigen van.

Az alkoholológiai klinikumban alkalmazható hazai pszichofarmakonok gyakorlatilag három csoportba sorolhatók:

- a) major tranquillansok;
- b) minor tranquillansok;
- c) antidepressansok.

a) Major tranquillansok

E csoport prototípusa a Chlorpromazin (Largactil), mely nálunk 25 mg-os drázsében *Hibernal mite* vagy 100 mg-os *Hibernal forte*, ill. 25 mg-os *Hibernal inj.* formájában kerül forgalomba. A *Hibernal forte*t csak erősen excitáló betegeknek alkalmazzuk, különben 3×1 , esetleg 3×2 tabl. *Hibernal mite*-vel kellő ataraxist tudunk elérni. Még ilyen dozírozásban is tachycardia, hypotonia, somnolentia je-

lentkezik. A somnolentia Pipolphen egyidejű adására fokozódik, ezért i.v. adott Hibernal + Pipolphen injekcióval még nyugtalan beteg gyors elalvását is biztosítani tudjuk. Alkoholos intoxikáció esetén (LÁZÁR, 1961) azonban bizonyos óvatosságra van szükség, mert figyelembe kell vennünk, hogy a Hibernal potenciálja az alkohol hatását, továbbá lassítja az alkohollebontást; emiatt egyesek nem is tartják kívánatosnak a Chlorpromazin kiterjedtebb alkalmazását intoxikált betegeknél (SOEHRING és SCHÜPPEL, 1966). Jó Chlorpromazin-kombináció a Hirepin, mely Pipolphen és Rausedylt is tartalmaz. Ezáltal a Hibernal tachycardizáló hatása csökken, tranquillizáló hatása fokozódik. Hypotoniás betegeknél azonban ne adjunk, mert esik a vérnyomás. Chlorpromazint prolongáltan ne kapjon alkoholisták beteg, mert számolnunk kell hepatotoxikus hatásával, hiszen ismeretes, hogy a drog-hepatosisok egyik típusa éppen a Chlorpromazin-gyógyszereléssel kapcsolatos, és az alkoholisták jelentős részénél már amúgy is kimutatható a májkárosodás.

A Chlorpromazin összes előnyét, annak hátránya nélkül biztosítja az eredeti magyar fenotiazin-készítmény, a *Frenolon*. Az 5 mg-os tablettából 3×1 , 3×2 , szükség esetén még nagyobb dózis is adható. Hosszabb szedésnél ritkán enyhe extrapyramidalis izgalomra utaló parkinsonos tüneteket észleltünk, ez azonban Pipolphenel, esetleg Aparkazinnal kivédhető. A *Frenolon* inj. (5 mg-os bázist tartalmazó 1 ml) i. m. adható. Hatása prompt és fokozott, hátránya, hogy huzamosabban adagolva fájdalmas és más injekcióval együtt nem adható, mert kicsapódik. A *Frenolon*t kiterjedten alkalmazzuk, prolongáltan is. Enyhe melléktünetek (torokszárazság, álmoság, levertség) ritkán jelentkeznek, férfi betegek prolongált vagy intenzívebb *Frenolon*-medicatio esetén néha libidó-csökkenésről panaszkodnak. Depressziós betegeknél — mások és saját tapasztalataink alapján — nem adjuk. Hasonló okokból, hangulati depressziót előidéző vagy fokozó hatása miatt nem adjuk alkoholistáknak a *Rausedylt*, noha tranquillizáló hatása sok tekintetben megfelelő lenne. Motoros nyugtalanság esetén *Haloperidolt* alkalmazunk (1 ml-ben 5 mg-ot tartalmazó inj. vagy ml-ként 2 mg-ot tartalmazó solutio). Napi adagját 5—15 mg között határozzuk meg a beteg állapotától függően. Prolongáltan nem adjuk a néha jelentkező parkinsonos tünetek miatt. A *Melleril* nálunk nem került kiterjedtebb alkalmazásra, noha pl. csehszlovák szerzők (TURČEK és mtsai, 1966) az alkoholisták elvonási tüneteinek megelőzésére, ill. befolyásolására mind az intézeti, mind az ambuláns gyakorlatban alkalmasnak tartják. Előnye a Hibernalhoz szemben, hogy nem toxikus (pl. nincs májkárosító hatása, kevésbé okoz hypotóniát,

somnolentiát), ugyanakkor ataraktikus hatása erősebb. A félelmet, a szorongást jól szünteti, a normál pszichés működéseket nem befolyásolja. A 25 mg-os drazséból 3×1 , 3×2 az adagja.

b) *Minor tranquillansok*

Alkoholista betegeknek csak enyhébb tünetek (elsősorban enyhe, szorongásos tünetek) esetén adjunk, vagy ha már a major tranquillansokkal elért neurolepszist enyhébb formában prolongálni kívánjuk. Erre a célra megfelel a hazai meprobamat-készítmény, az *Andaxin*, mely 0,2 gr-os tablettákban kerül forgalomba. Napi adagja 3×1 , 3×2 tablettá. Elvonó kezelés során KARDOS GY. (1967) igen nagy adagban (3×5 tablettá, majd fokozatosan csökkentve), tehát napi 3000—1200 mg-ot alkalmaz. A meprobamat-terápiával nemritkán jelentkező fáradékonyság, aluszékonyság elkerülhető az eredeti magyar minor tranquillanssal, a *Trioxazinnal*, mely 0,3 g-os tablettákban kerül forgalomba. Napi adagja 3×1 , 3×2 tablettá. Ez hónapokig is adható, melléktünetet, hozzászokást nem okoz. A szellemi tevékenységet, munkaképességet nem rontja, sőt mivel a szorongásokat csökkenti, sokszor javítja is. A magyar Trioxazint külföldön is alkalmazzák alkoholista betegek kezelésében. Igen széles körű alkalmazásra talált az alkoholológiai klinikumban a *Librium* (chlórdiazepoxide); 5, 10 és 25 mg-os drazsében kerül forgalomba. Farmakológiailag a hypnoticumok (barbiturát-csoport) és a minor tranquillansok (Meprobamat) közé sorolható. Szorongás, feszültségi állapotok, izgatottság, agresszivitás, phobiák befolyásolására, ill. leküzdésére adható, anti-konvulzív hatása is van. Alkoholista betegekben szerzett tapasztalatokról számos szerző számol be (LUNDQUIST, 1961; JACOBSEN, 1962; CHARNOFF és mtsai, 1963; MARGET és CRETON, 1963; ALONSO-FERNANDEZ, 1964; SZVINNYIKOV és mtsai, 1966). Mellékhatásai (aluszékonyság, fáradékonyság, készletéhiány, esetleg ataxia, apraxia és főleg a hozzászokás, ill. kihagyása esetén elvonási tünetek fellépte) miatt utóbbi időben háttérbe szorul, és inkább a hozzá hasonló felépítésű benzodiazepin-származék, a diasepam (Valium), kerül alkalmazásra, melyet nálunk *Seduxen* néven hoznak forgalomba 5 mg-os tablettákban. Hátránya éppen alkoholista betegek esetén, hogy egyidejű alkoholfogyasztás egyéni, előre nem látható reakciókhoz vezethet. Adagja $3 \times \frac{1}{2}$ —1 tablettá, alvászavar esetén az esti adag 2—3 tablettára emelhető.

Kisebb jelentőségűnek találtuk gyakorlatunkban az *Amikont* (1 mg-os tbl., napi adag 3×1 , 3×2 tbl.), mely nem is került még forgalomba. Inkább ulcus ventriculiben szenvedő gastritiszes bete-

gek tranquillizálására lenne alkalmas, esetleg más szerekkel kombinálva (Gapona). A *Quietidint* mellékünetei (fényérzékeny dermatitist okozhat) miatt kivonták a forgalomból. Farmakológiai szempontból az altatók és ataracticumok között foglal helyet a *Dalgol* (metilpentinol), mely a svájci Oblivonnak felel meg. A solutio 1 ml-e 0,67 g hatóanyagot tartalmaz, adagja 3×15 —20 cs. kevés vízben. Különösen egyidejűleg obstruktív légzésvizavarokban szenvedő betegek tranquillizálására használják. Hátránya kellemetlen íze és szaga. Egyes esetekben éppen alkoholista betegek, önmaguknak túladagolva, szinte részegségi állapotba kerültek tőle.

c) *Antidepressansok*

Antidepressansokat és psychoenergeticumokat depressziós alkoholista betegek kezelésében alkalmazzuk vagy az elvonókúra során, az absztinenciális szindróma részeként jelentkező átmeneti depressziós állapotokban. Legelőször a *Melipramint* adtuk, mely a Tofranillal egyenértékű hazai imipramin-készítmény (NAGY T., 1963). A gyógyszer 25 mg-os drázsé, ill. 2 ml-es (25 mg hatóanyagot tartalmazó) injekció formájában kerül forgalomba. Gyakran kombinálják a parenteralis (intramuscularis) adagolást a peroralis-szal. Naponta 3 injekcióval kezdjük a kúrát, 7—10 nap után egy-egy injekciót 2 drázséval helyettesítünk, majd a javulástól függően fokozatosan 3×1 drázséra csökkentjük az adagot. Orális kezeléskor előbb fokozatosan emeljük (napi 6—10 drázsé), majd ugyancsak fokozatosan csökkentjük (3×1 drázsé). Az adagokat úgy osztjuk el, hogy az utolsó adagot ne este, hanem délután kapja a beteg. Parenteralis alkalmazáskor az imipramin szedatív hatása fokozottan érvényesül, és tartós altatásszerű hatást fejt ki. Mellékhatásai (szájszárazság, aluszékonyosság, izomgyengeség, szédülés, tachycardia) számolnunk kell, és a Hibernálhoz hasonlóan nem adjuk prolongáltan kimutatható májkárosodás és delírium esetén. Hasonló tapasztalatokról számol be a Tofranil vonatkozásában alkoholelvonó kezelések kapcsán VALCARCEL (1965). A Nosinannak megfelelő magyar levomepromazin-preparátum a *Tisercin*, amely 25 mg-os drázsé és 1 ml-es ampullában (ugyancsak 25 mg hatóanyag) kerül forgalomba. Hatása a Hibernálhoz hasonló, csak antidepresszív effektussal egészül ki. Melipraminnal is érdemes kombinálni. Jobb kis adagokkal (napi $2 \times \frac{1}{2}$ tablettá) kezdeni a kezelést, és fokozatosan, szükség szerint emelni az adagokat, különös tekintettel hypotoniát okozó hatására. A finomabb adagolást megkönnyíti és enyhébb esetek ambuláns kezelését is lehetővé teszi a 2 mg-os *Tisercinetta*. Az imipramin és levomepromazin kémiai és farma-

kológiai értelemben vett kombinációját jelenti a trimeprimin, mely *Sapilent* néven kísérleti anyagként áll rendelkezésünkre. Megítélésünk szerint előnyösen egyesíti a két szer pozitívumait, antidepressans hatása mellett a szorongást is csökkenti, ugyanakkor a hypotensiv mellékhatás kevésbé érvényesül. Napi adagja a kúra kezdetén 100—200 mg/die, fokozatos emelés és csökkentés után a fenntartó adag napi 50—100 mg. A draszté, ill. injekció 25 mg hatóanyagot tartalmaz. A Seduxenhez, de a többi pszichofarmakonokhoz hasonlóan az egyidejű alkoholfogyasztás melléktüneteket okozhat, és ezért ilyen szempontból az alkoholista beteget fokozottabban kell ellenőrizni. Kezdeti tapasztalatokkal rendelkezünk még csupán az amitryptilin (Teperin) nevű, még forgalomba nem hozott antidepressanssal. A pszichoenergizáló szerek közül a legelterjedtebb a Nilamid, mely nálunk *Nuredal* néven, 25 mg-os tablettában kerül forgalomba. Az iproniaziddal (Marsilid) együtt a monoaminoxidáz (MAO), -bénítók csoportjába tartozik, és a kiváló antituberkulotikus szer, az izonikotinsavhidraziddal (INH, Isonicid) rokon vegyület. Pszichoenergizáló, antidepressans hatása mellett fájdalomcsillapító is, ezért az alkoholista betegeknél nem ritka neuritisek, neuralgiák esetén is adjuk. Nem alkalmazható Melipraminnal vagy Sapilenttel kombináltan. Napi adagja 3×1, 3×2 tableta. SCHAFFER és mtsai (1962) alkoholista betegeken kontrollcsoportos vizsgálatot is végzett Nialammal.

A DELIRIUM TREMENS KEZELÉSE, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ ANTIDELIRÁNS SZEREKRE

Mint hogy a delirium tremens patogenezeise és patomechanizmusa nem tisztázott kellően (l. 36. o.), érthető, hogy a gyógykezelésében vallott nézetek sem egységesek és kialakultak. Szomatikus síkon komplex idegrendszeri, biokémiai, ill. anyagcsere-zavarról van szó (LUNDQUIST, 1961; VALLET, 1962; AMICO és MINAZZI, 1963; BENATI, 1968; ALMÁSI és mtsai 1969). Pszichológiai szempontok is felmerülnek a delírium keletkezésében, az alkoholisták élettörténetével összefüggésben. SCHULTE (1963) pl. a lelkiismereti konfliktus elől menekülő, büntudatos, önpusztító tendenciájú beteg elviselhetetlen szorongásainak tulajdonít jelentőséget, és ennek megfelelően gyakran az alkoholista beteg esetében „öngyógyító krízisnek” tartja.

A delirium tremens keletkezésében szerepet játszó vagy legalábbis feltételezett tényezők tükröződnek a terápiás gyakorlatban. Ennek következtében a delirium tremens kezelése sokirányú. Az alkohol okozta krónikus intoxikáció, mely elsősorban a központi idegrend-

szert és azon belül is a diencephalont (BENATI, 1968), valamint a májat támadja meg, nagy szerepet kap a kiváltó tényezőkről vallott elgondolásokban (HELBING, 1962). E feltevést alátámasztja az a tény, hogy más krónikus intoxikációnál, pl. altatószer (barbiturát) narkomániánál is előfordul delirium tremens (FIERZ, 1957), amely azt bizonyítaná, hogy a delirium tremens nem speciálisan alkoholos pszichózis, hanem az idegrendszer általános reakciója az extrém mérgezésre. Az intoxikáció szerepét alátámasztja, hogy a delíriumot gyakran nagy excesszív ivás, dipszomán roham előzi meg. Ellentmond ennek vagy legalábbis bonyolultabb összefüggésre utal a hirtelen absztinencia szerepe a delírium kiváltásában. LUNDQUIST (1963) ezt esetei 12%-ában, BÜHRER (1964) 45%-ban észlelte. GERÉBY (1969) a provokáló faktorokat elemezte, s 147 esetből 11-ben találta a hirtelen absztinenciát kiváltó tényezőnek. Magunk, ha nem is nagy delíriumot, de abortív formákat, praedelirosus állapotokat éppen az elvonó-kezelés, a hosszabb kényszerű absztinencia során észleltünk leggyakrabban. Az absztinencia provokáló szerepe túlértékelt formában tükröződik abban a ma már teljesen elmaradottnak tűnő nézetben, amely a delíriumot alkohol per os vagy esetleg intravénás adásával (LECOQ és FOUQUET, 1935) kívánja befolyásolni. Ez a nézet különösen a sebészek között makacsul tartja magát (LEVENDEL, 1969). Ezért egyetértésben a szerzőkkel, s figyelembe véve, hogy a kialakult delíriumot az alkohol amúgy sem befolyásolja, az a véleményünk, hogy alkoholt terápiás céllal ne adjunk, sőt a próbaitatásoktól is tartózkodjunk fenyegető delírium, praedelirosus állapotok esetén.

Melyek a legfontosabb feladatok delirium tremens esetén?

Első teendőnk tehát a delírium kezelésében az alkoholtilalom biztosítása, szükség esetén (ez ritkán fordul elő) az intoxikált beteg detoxikálása.

A következő, *második lépés* a központi idegrendszeri izgalom, görcskészség megszüntetése, vagy legalábbis csökkentése. GERÉBY (1969) 223 vizsgált betegből 160-nál különböző súlyosságú és gyakoriságú neurológiai tüneteket (tremor, cerebellaris tünetek, liberatiós tünetek, hyporeflexia, pyramis-tünetek, paraesthesia stb.) észlelt. Megszüntetésükre az összes szedatívumokat és az előzőekben ismertetett major tranquillansokat is kipróbálták. A morphin, scopolamin adását a szerzők egyöntetűen kontraindikáltnak tartják, és egyre inkább mellőzik a paraldelidet, a barbiturátokat is (GIACOBINI és SALUM, 1961; BÜHRER, 1964). A major tranquillansok közül legkiterjedtebben a chlorpromazinnal próbálkoztak. Nálunk ORTH-

MAYR és mtsai (1965) számoltak be a Hibernallal szerzett tapasztalatokról. Nyugtató hatását jónak tartották, de a hatásos adagok mellett hypotensio, tachycardia, májkárosítás lépett fel. Ugyancsak hypotensiv hatása miatt nem tudott tért hódítani a Rausedyl. Előnyösebb a Frenolon, esetleg Pipolphennel egyidejűleg és a Haloperidol alkalmazása. Sokan minor tranquillansokat (Librium, Seduxen, Andaxin) adnak nagy adagokban. FIGURELLI (1958) 180 delíriumos beteget kezelése során a promazinnal tudta a mortalitást hatásosan csökkenteni. Egyesek az idegrendszeri tünetekben a magnéziumszint kimutatható csökkenésének is szerepet tulajdonítanak (MENDELSON és mtsai, 1959), ezért különösen epileptiform rohamoknál i. v. magnézium-szulfáttal is próbálkoztak (VALLET, 1962), ennek eredményességét azonban nem tudták igazolni (GIACOBINI és SALUM, 1961). Antidepressansokat általában a nem kedvező tapasztalatok miatt nem adunk delirium tremensben. Valamennyi pszichofarmakon jelentősége csökkent a delirium tremens terápiájában a *Hemineurin* alkalmazása óta, amelyről később kissé részletesebben szólunk. A delíriumos beteg megnyugtatót szolgálja megfelelő elhelyezése, gondos ápolása, etetése, bőséges itatása és a vele való foglalkozás, mert magára hagyva, különösen sötétben, nyugtalansága, pszichotikus jellegű tünetei fokozódnak.

A delirium tremens kezelésében a *harmadik szempont* — tekintve a só- és vízháztartás zavarát (VARGHA és mtsai, 1956; FARAGÓ, 1961) — a kiszáradás (dehydratio) megakadályozása és az elektrolit-egyensúly biztosítása. A dehydratio veszélye lázas állapot, bő verejtékezés, fokozott respiratio esetén áll fenn, különösen ha a beteg comatosus állapota, nagyfokú zavartsága vagy az aspiratio veszélye miatt nem itatható. A testsúlycsökkenés, a szem beesettsége, a bőr turgorának a csökkentése is exicatioóra utal. Laboratóriumi vizsgálatok közül a hematocrit-érték, a szérumfehérjék, az Na, K, Cl meghatározása, a vér pH-vizsgálata (acidosis!) lehet segítségünkre. Ha bőséges itatás nem lehetséges, a rehydratiót i. v. infúzióval végezzük, melynek alapja az izotóniás dextrose és Ringer. Az elektrolitek „célzott korrelációjára” (AMICO és MINAZZI, 1963) ritkán szorulunk. Agy-oedemára utaló, ritkán előforduló tünetek esetén hypertóniás oldat is adható, metabolikus acidosis jelentkezésekor pedig bicarbonatot viszünk be. Pneumoniás szövődményt kísérő respirációs acidosis (hyperkapnia) esetén amúgy is asszisztált lélegeztetésre szorul a beteg (respirátor). Az infúzió idejére rögzítenünk kell a karját, és mindenképpen biztosítjuk őrzését. Ha az i. v. folyadékbevitel nem lehetséges, hypodermoklystist adunk. Itatásra teát, ásványvizet, gyümölcslevet (káliumbhiány esetén narancslevet) adhatunk.

Negyedik szempontunk a táplálkozás és az anyagcsere zavarainak lehetőség szerinti rendezése, különös tekintettel a májkárosodásra, melyről már szóltunk. A deliráló betegek többsége — eltekintve az alkoholizmussal járó krónikus malnutritiótól — a delíriumot megelőzően alig vagy nagyon keveset eszik. Sokan gyomorreseccalt, ill. ulcusos, gastritiszes anamnéziszről számolnak be. A delíriumban a beteg táplálékbevitelére zavart vagy egyáltalán nem lehetséges. Az anorexia és az autophagia további megterhelést jelent az amúgy is erősen károsodott anyagcserének. Az elégtelen kalóriabevittel szemben áll a fokozott kalórialeadás. Elsősorban a szénhidrát anyagcsere-zavara áll előtérben. Erre mutat a tejsav- és piroszőlősav-szint emelkedése a szérumban, és ez összefüggésben áll a B₁-avitaminosis-szal (GÓTH és SIMON, 1948). Ritkán hyperglycaemia, glycosuria mutatható ki. A restnitrogén emelkedése többnyire extrarenalis eredetű és a fokozott, általában az izmokat érintő fehérjelebontással kapcsolatos. Néha a szérumfehérje csökken, de ezt az egyidejű haemoconcentratio többnyire elfedi. A proteinuria sem ritkaság, leggyakrabban cylindruria nélkül. Az anyagcsere zavara kapcsolatos az avitaminosisokkal, különösen a B₁-, B₆-, K-vitamin vonatkozásában. Ez utóbbinak indirekt jele a protrombin-szint csökkenése, mely a máj károsodására is utal, hasonlóan a serumbilirubin emelkedéséhez (subicterus), az urobilinogenuriához és ritkán a bilirubinuriához. Mindezeket figyelembe véve az infúziós kezelés során gondoskodunk cukor, B₁, (200 mg!), B₆-, B₁₂-vitaminok, Ripason, ill. Sirepar beviteléről, bár az utóbbiak értékét nem látjuk igazoltnak. Néha aminosavak bevitelére is rászorulunk, ill. a fehérjepótlást kell megvalósítanunk (Amparon, konzervált vér-transzfúzió). Minthogy a delirium tremens keletkezésében — mint korábban már említettük — az endokrin zavaroknak, elsősorban a mellékvese dysfúciónak, exhaustiónak is szerepet tulajdonítanak, cortison-terápiával is kísérleteztek (THIELE és HOCHMANN, 1961), nálunk ORTHMAYR és mtsai (1965), ill. a steroidnarkózzissal (Viadryl, Presuren). Az előbbieket lényegében nem befolyásolták a gyógyeredményeket. Az utóbbiakkal bár prompt hatás elérhető, tartósabb alkalmazása az anaesthesiologiai kautelák betartása esetén körülményes.

Ötödik szempontunk a delirium tremenses beteg kezelésében a cardialis támogatás biztosítása szükség szerint, és a bakteriális infekciók megelőzése, ill. kezelése. Különösen idősebb, elesett, lázas betegnél, ha vitium vagy myocardialis laesio áll fenn, gondolnunk kell a decompensatio lehetőségére. Ilyenkor Strophantint is adunk az infúzióba. A rosszul táplált, elesett beteg hajlamos az infekcióra, különösen a pneumoniára. E tekintetben az aspiratio veszélyét és

a következményes bronchopneumonia lehetőségét fokozottan figyelembe kell vennünk. Minthogy az rtg-átvilágítás deliráló betegnél nem lehetséges, a portabilis rtg-készülék pedig többnyire nem áll rendelkezésre, láz, fizikális vizsgálatlalt feltárt lelet esetén széles spektrumú antibiotikumot (Tetran B, Chlorocid) adunk, lehetőleg ugyancsak az infúzióba, esetleg Chlorocidot (2×1 g) intramuscularisan. A delirium tremens kezelést nagymértékben leegyszerűsítette, ugyanakkor prognózisát alapvetően megjavította a chlormethiazol (Hemineurin, Distraneurin) felfedezése (CHARONNAT és mtsai, 1953, 1957) és alkalmazása (LABORIT és mtsai, 1957; SALUM, 1963; GESTANGER és mtsai, 1964; SATTES, 1964; GLATT és mtsai, 1965; FRISCH, 1966 stb.). A gyógyszert a B₁-vitamin (aneurin) molekula egyik thiazolgyűrűs feléből állították elő (innen a Hemineurin név), újszerű pszichofarmakonnak („vitamin-tranquillans”) tekinthető (SCHEID és HUHN, 1964). A szer szedatív, antikonvulzív, kisebb mértékben hipnotikus hatású. Nem toxikus, gyorsan felszívódik, per os tablettában, gelatincapsulában (0,5 g), solutióban, i. v. injekcióban, ill. infúzióban adható. Indikációs területe: delirium tremens, praedelirosus állapotok, absztinenciális tünetek, de antikonvulzív hatása miatt status epilepticusban is jó eredménnyel alkalmazható. A szerzők sok száz eset kapcsán, csaknem egyértelműen kiváló antideliráns szernek tartják. Hazánkban elsőnek osztályunkon alkalmaztuk a szert alkoholelvonó részlegünkön, és eredményeinkről 71 kezelés alapján beszámoltunk (LEVENDEL és KOZMA, 1967). Ugyanitt részletesebben ismertettük a gyógyszerrel kapcsolatos irodalmat is. Frappáns hatását megerősíthettük, ugyanakkor melléktüneteket (gastrointestinalis panaszok, tensio-esés, allergiás bőrtünet, bronchialis hypersecretio, vese-laesio, haemolysis), melyekről egyik-másik szerző mint ritka előfordulásról beszámol, mi nem észleltünk. Egyedül depresszív betegeknél kerüljük tartós adását. A gyógyszert — részint, mert korlátozott mértékben áll rendelkezésre — rövid kúrák során adtuk, az említett indikációk esetén. Súlyosabb betegeknél, elsősorban tudatzavarokkal járó delíriumoknál i. v. infúzióval kezdtük el a kezelést (500 ml 0,8%-os oldat, 4 g-ot tartalmaz). Egy-két napig 500 ml-t adtunk, majd a tünetek javulásától függően térünk át a per os kezelésre. A kevésbé súlyos esetekben — a praedelirosus állapotoknál — végig tablettával, ill. capsulával folytattuk a kezelést. Átlagosan hat napig tartó kezelést iktattunk be. Három napig 3×2 , a negyedik-ötödik napon 3×1 , az utolsó napon este 2 tablettát, ill. capsulát adtunk. Hipnotikus hatás megfigyelésünk szerint az i.v. infúzió bevezetése után 60—80/perc cseppszám mellett 10—15 perc után jelentkeznek, és egyenként változóan 6—10 óráig tart. Per os adagolás mellett a hatás

kifejlődése természetesen lassúbb, kb. 3 g, közel egy napi dózis bevétele után jelentkezik. A betegek alvása nem túl mély, inkább szendergő jellegű; könnyen ébreszthetők. A szedatív hatás maximumát, a többnyire jelentkező nagyfokú motoros nyugtalanság, vegetatív tünetek, tremor stb. megszűnését általában a kúra második-harmadik napján észleltük. Közölt eredményeinket azóta nagyobb számú betegen szerzett tapasztalataink is megerősítik. Utóbbi időben prolongáltan (1—2 hónapig) is adjuk a Hemineurint (3×1 capsula) az averziós kezelést kísérő absztinenciális tünetek enyhítésére. Tapasztalataink LEIVONEN és munkatársaihoz (1966) hasonlóan kedvezőek. Kontrollcsoportos vizsgálataink ilyen irányban folyamatban vannak. Kedvező eredményekről számolnak be MASTRANGELO és ROSSELLA (1961), NAAB (1967), ESPIE (1965) a delíriumoknak centrophenoxinnal, ANP 235-tel (*Lucidril*) történő kezelésével kapcsolatban. Hatásmechanizmusa az agysejtek anyagcseréjének biokémiai szabályozása révén érvényesül, a sejtlegzés befolyásolásával. Tudatzavarral járó állapotok (agyi vascularisatio zavaraival kapcsolatos tudatzavar, narcosisból való felébredés megkönnyítése, posttraumás állapotok stb.) mellett az alkoholos delírium kezelésére is ajánlják. I. v. és i. m. injekció (250 mg), ill. 100 és 250 mg drazsében kerül forgalomba. I. v. injekcióval kezdve a kúrát (4—8 ampulla a tudatzavar fokától függően) fokozatosan i. m., ill. per os adagolásra térnek át. A szerrel még csak kezdeti tapasztalataink vannak.

Az elmondottakból is kiderül, hogy az alkoholizmus félelmetes szövődménye, a delirium tremens kezelésében jelentős haladást sikerült elérni, melynek következtében a deliráló betegek magas mortalitása jelentős mértékben csökkent.

AZ ALKOHOLISTA BETEG PSZICHOTERÁPIÁJA

Az előzőkben részletesen foglalkoztunk az alkoholisták averziós kezelésével, a pszichofarmakonok, az antideliráns szerek alkalmazásával. Nagy jelentőséget tulajdonítunk ezeknek a gyógyszereknek az alkoholista beteg gyógykezelésében, de ez nem szoríthatja háttérbe azt a körülményt, hogy minden értékük mellett adjuváns, tüneti jellegűek, és távolról sem teszik nélkülözhetővé a pszichos és szocioterápiát az alkoholista betegek gyógykezelésében. Sőt szükségesnek tartottuk, hogy rámutassunk pl. a pszichoterápia nélkül végzett averziós kezelésekre veszélyeire. Már a mondottakból is kitűnik, első *alapelvünk, hogy az alkoholisták korszerű kezelését komplex, kombinált terápiának tekintjük, melyen belül a gyógyszeres*

tüneti kezelést az oki jellegű pszicho-, szocio-, ill. szituációs terápiával kombináljuk. A *másik alapelvünk, hogy a pszichoterápiás eljárások akkor adekvátak és hatékonyak, ha megfelelő pszichodiagnosztikus bázisra épülnek.* Ez a beteg személyiségének, körülményeinek egyéni és részletes ismeretét tételezi fel. *Harmadik alapelvünk az alkoholista betegek pszichoterápiájában az indikáció gondos mérlegelése és kidolgozása.* A szakmai ismereten túl az indikáció megalapozottsága, tervszerűsége, lehetőségeink reális felmérése dönti el pszichoterápiás vállalkozásaink sikerét. *Lehetőségeink — figyelembe véve a pszichoterápiás eljárások idő- és munkaigényességét — a tapasztalat szerint mindig korlátozottak a beteg szükségleteihez viszonyítva, még ha e munkában orvos munkatársakra, pszichológusokra, az ápolószemélyzet képzett tagjaira is tudunk támaszkodni.* Ezért a pszichodiagnosztikai feltárás után összefoglaló képet próbálunk alkotni a beteg alapvető problémáiról, felmérjük megoldhatóságát, figyelembe véve a beteg életkorát, az alkoholos betegségfolyamat fázisát. Számba vesszük a beteg saját erőit, vagyis hogy családi, társadalmi, munkahelyi körülményei alapján milyen segítő és gátló tényezőket kell szem előtt tartanunk. Csak e tényezők ismeretében tudjuk meghatározni a pszichoterápia célját, perspektíváját és így módon nyílik lehetőség kiválasztani a sokféle pszichoterápiás eljárásból a legalkalmasabbnak látszót. Itt a rentabilitásra és a hatásosságra kell törekednünk, de figyelembe kell vennünk osztálykollektívák felkészültségbeli és munkaráfordítási lehetőségeit is. Az át nem gondolt, tervszerűtlen és nem következetesen keresztülvitt pszichoterápiás indikációk az eljárás értékét elcséyészítik, a betegben ki nem elégíthető elvárásokat keltenek, és megfosztják a pszichoterápiával foglalkozókat a sikerélménytől is. Ezért a problémamegoldás és a segítség vágyának csábítása ellenére az ügy érdekében annyit vállaljunk, amennyinek eleget tudunk tenni. Azt is figyelembe kell vennünk, hogy a sikeres esetek — még ha kevesebbek is — pozitívan hatnak az osztály légkörére és így indirekt a többi betegre.

Mindezek előrebocsátása után tekintsük át az alkoholista betegnél alkalmazható, ill. az általunk alkalmazott pszichoterápiás eljárásokat. Minthogy a személyiség, a szomatikus rendszerrel szoros egységet alkotó pszichikum igen összetett képződmény, érthető, hogy befolyásolása az orvos részéről ugyancsak komplex, sokrétű, nagyszámú tudatos, de sok, gyakran öntudatlan elemet tartalmaz, figyelembe véve az orvos—beteg interperszonális kapcsolatáról elmondottakat. Az is érthető e sokrétűségből, hogy az alkoholista betegek pszichoterápiájának módszerei is különbözők. Azt mondhatnánk, hogy annyi pszichoterápiás módszer van, ahány személyi-

ségtani, pszichológiai elméletet állítottak fel az alkoholizmus okaira vonatkozóan. De még ez sem fejezi ki a valóságot, hiszen egy-egy személyiségtani iskola vagy irányzat is többféle pszichoterápiai módszerrel dolgozik. A pszichoterápiai módszerek elérendő céljukban is különböznek egymástól. Szerényebb cél — és sokszor kénytelenek vagyunk, különösen idősebb és már idült alkoholista betegeknel megelégednünk ezzel — az alkoholos szimptómák, pl. az alkoholéhség, az elvonási tünetek okozta szorongás enyhítése. Ez a pszichofarmakonok, antideliráns szerek alkalmazásával, az osztály légköréből, az ápolószemélyzet foglalkozási módjából, az orvos személyiségéből, viselkedéséből származó relaxáló hatásokkal is elérhető. Az ilyen, akár a szomatikus betegségeket kísérő pszichés tünetek befolyásolása, amely különben minden orvostól elvárható, még nem nevezhető pszichoterápiának, noha annak néhány fontos elemét tartalmazza. Nagyobb igényt tükröz, ha a nem kellő önismerettel, identitással, autonómiával rendelkező alkoholista személyiség magasabb fokú integrációjának elérését, interperszonális kapcsolatainak, szocializáltságának fejlesztését tűzzük ki célul. Aszerint, hogy milyen a betegségfogalmunk az alkoholizmust illetően, ugyancsak másképp mérjük fel a pszichoterápia célját és az ezzel kapcsolatos feladatot. Más tartunk feladatunknak, ha a beteg pszichikus és viselkedésbeli anomáliáit a túlzott alkoholfogyasztás következményeinek tartjuk, vagy az alkoholizmust tekintjük a beteg számára elviselhetetlen élethelyzet, intra- és interperszonális viszonylatok tünetének. Mivel a pszichoterápiában nagy a szemléletbeli és módszerbeli lehetőségek száma, gyakorlatilag is jelentős a szintézisre való törekvés a különböző pszichoterápiás eljárások tekintetében. Korábban ismertettük ennek egyik kísérletét; a személyiséget négy dimenzió: 1. identitás, 2. szociabilitás, 3. autonómia, 4. parasymphicus alapállás szerint vizsgáltuk. Pszichodiagnosztikus tevékenységünkben ennek alapján az egyes dimenziókban kimutatható elmaradások, ill. hiányosságok feltárására törekedtünk. A pszichoterápia célja a feltárt hiányosságok kiküszöbölése. Ez a rendszerezés tehát gyakorlati segítségünkre van célkitűzéseink és módszereink megválasztásában.

a) Az alkoholista beteg egyéni pszichoterápiája

E módszer lényege az alkoholista beteg értelmi, érzelmi befolyásolása a szó és metakommunikációs interakciók útján az orvos részéről. Formája a négy szemközti beszélgetés, mintegy folytatásaként az anamnézis felvételének, a pszichodiagnosztikus célzatú inter-

júnak. Kivételesen — alkoholistáknál ritkán alkalmazott — analitikus jellegű szabad asszociációs vizsgálatok interpretálása is lehet a négy szemközti beszélgetések kiindulása. Mint már említettük, a biopatográfiák felvétele során hamarosan érezhetjük a kapcsolat megszületését. Az alkoholista beteg a maga gyötrelmes élethelyzetében, elesettségében, önértékelési problémáiban, büntudatában a sokszor felszínes hetvenkedés, bizalmatlanság, elutasító magatartás ellenére is izolálódott, magára maradt, támasz nélküli ember. Érthető, hogy nagy jelentőséget tulajdonít az orvos személyének, érdeklődésének, figyelmének. Azt a körülményt, hogy az orvos a betegség keletkezésén és lefolyásán túl egész élettörténete, családi és munkakörülményei iránt részletesen érdeklődik, erre időt és figyelmet fordít, a sokszor „lekezelt” és kinézett beteg személyének másfajta értékeléseként fogja fel, és egymagában is alkalmas a bizalom megszületéséhez. Ez akkor is érvényes, ha a beteg a kapcsolatfelvétellel szemben eleinte elutasító. Akadt olyan betegünk, aki az első beszélgetésre való hívásra azt üzentte vissza, hogy ugyanolyan messze van ő a főorvostól, mint az őtőle; vagy: nem megy, csak ha a főorvos előbb kipucolja a cipőjét.

A betegek előbb-utóbb többnyire nagy megkönnyebbüléssel tárják fel problémáikat, rejtett titkaikat. Sok beteg gyakran a felszíni, számára kevésbé dehonesztáló problémáit igyekszik előtérbe helyezni. Titkaik felfedése — körülményeikből és viselt dolgaikból érthetően — nem egyszerre és egyértelműen történik. JUNG fejti ki egyik tanulmányában, hogy míg egy közösség titka (pl. titkos mozgalmakhoz tartozás) összetartó erőt jelent, addig az egyéni titok a személyiséget izolálja a társadalomtól, és így gátló, kirekesztő hatása van. Ezt az állapotot az alkoholista betegek jelentős része már megszokta, szinte természetesnek tartja, mégis megkönnyebbülést tapasztalunk, ha igazi konfliktusait elmondhatja, ha megértő, együttérző meghallgatásra talál. Az ilyen betegek egy-egy megjegyzését arra vonatkozóan, hogy: „ezt még nem mondta el senkinek”, úgy foghatjuk fel, mint a pszichoterápiás folyamat beindulását. Az anamnézis felvétele és egy vagy több tesztvizsgálat (rutinszerűen Rorschach-teszttel dolgozunk) elvégzése után próbáljuk kialakítani betegünk egyéni személyiségképét a már említett módon, és ugyancsak ekkor igyekszünk meghatározni a pszichoterápia indikációját, szükséges mélységét, előrelátható időtartamát. Figyelembe véve az explorációt végzővel kialakult kapcsolatot, a terápia irányítására alkalmas munkatársak terhelését, arról is döntünk, hogy adott esetben ki legyen a pszichoterapeuta. Általában hosszú, analitikus jellegű pszichoterápiát alkoholistáknál csak kivételes esetben végzünk, azt is inkább az alkoholista személyiség-

kutatás céljából. A pszichoanalitikus iskola első periódusában azt hitték, hogy az alkoholistákat a klasszikus módszerekkel meg lehet gyógyítani (CORIAT, 1917). Később ez az optimizmus megszűnt. Kiderült, hogy a konfliktusos-neurotikus jellegű reaktív ivók kivételével nehéz az alkoholizmust tartósan befolyásolni (KNIGHT, 1938). SIMMEL (1948) intézetében szabályos pszichoanalitikus módszerekkel kezelt alkoholistáknak, ahol az alkoholistákkal szimbolikusan és közvetlenül is mint gyerekekkel bántak. CHAUFETZ és DEMONE (1962) kihasználta az alkoholisták függési igényét, igyekeztek a frusztráció gyakorlatát csökkenteni, konkrét segítséget nyújtva erősítették a betegek önbecsülését, és biztosították a kezelés folytonosságát. SILBER (1959) az orális fixációból, a védelemigényből indult ki, célja az én-funkciók erősítése, az emocionális érettség fokozása volt. Az analitikusok többsége nem ragaszkodik a teljes absztinencia eléréséhez (SHEA, 1954). DANIELS (1933) szerint a beteg az absztinencia követelését úgy foghatja fel, mint a gyermekkori maszturbációs tilalmat és hasonló lázadással válaszolhat. A kezelés kockázatát (öngyilkosság, pszichózis) is fokozhatja a tilalom, mely különben is nehezíti a beteg kapcsolódását a terapeutához és a kezelés abbahagyásához vezet. Szerintük az ivás kontrollja lenne a kívánatos cél, mert az ivást — mely védekezés is — csak akkor lehet leépíteni, ha a beteg már elég erős pszichikus bajaival szemben. A pszichoanalitikus kezelés részleteit illetően utalunk GLOVER és ROSENFELD tanulmányaira, amelyeket az alkoholisták személyiség pszichoanalitikus irodalmának bemutatásakor tárgyaltunk. Ezek a szerzők személyiségelméletük alapján terápiával is foglalkoztak, és eseteiket az idézett tanulmányokban részletesen ismertették. ROSENFELD eljárása némileg eltér a klasszikus módszerektől, mert szerinte az alkoholisták nem képesek elviselni az analitikusnak a klasszikus módszerben előírt passzivitását.

Az esetek ismertetéséből kiderül, hogy az asszociációs módszerrel történő kezelés a legkorábbi személyiségfejlődés minden fázisának felderítésére törekszik. Ilyen méretű és bonyolultságú kutatás természetesen csak megfelelő intelligenciájú egyénnel lehetséges. Csak ebben az esetben várható, hogy az eredetileg teljesen elfelejtett, sőt elfojtott, illetőleg soha a tudatba bele nem került élmények felszínre juthassanak. Az ilyen kutatásnak azonban nagy elméleti jelentősége van akkor is, ha a kezelés tulajdonképpen nem vezet sikerhez. A pszichoanalízis szokásos módszereit (szabad asszociáció, álomfejtés stb.) alkoholistáknál ma már maguk az analitikusok sem tartják indikáltnak (BLUM, 1966), és nem is szívesen foglalkoznak alkoholistákkal. Egyesek kifejezetten kontra-

indikálnak tartják a mélylélektani analízist és a pszichoterápiát alkoholistáknál. Ugyanerre a következtetésre jut SALTER (1961) is a pszichoanalízis hosszadalmas eljárását bírálva, és helyette a „feltehetőes reflexes” terápiát ajánlja, mert a módszert alkoholisták esetében nem tartja alkalmazhatónak. Az alkoholisták pszichoanalitikus kezelésének problémáját amúgy is eldönti a mindennapos gyakorlatban az ilyen jellegű terápia hosszadalmassága. ROZNOW (1959) szerint az alkoholisták ilyen jellegű pszichoterápiája legalább egy évet követel, mert ennyi idő szükséges ahhoz, hogy az orvos és a beteg egymást megfelelően megismerhessék. Azért sem alkalmazzuk a gyakorlatban a hosszadalmas analitikus módszert, mert az egyszerű neurózisokkal szemben alkoholista betegeknel a személyiségfejlődés korai zavarai, a gyermekkori politraumatizáltság következményei annyira nyilvánvalóak, egész életvezetésükből, magából az iszákos életmódból eredő frusztrációk, kudarcok, konfliktusok annyira felszínen vannak, olyan bőséges, operatív beavatkozást igénylő „anyaggal” látják el a pszichoterapeutát, hogy további finomabb részletek és árnyalatok analízise — különösen a személyiségstruktúra lényeges vonásainak ismeretében — nemcsak feleslegesnek, hanem terhesnek tűnik. Ennek ellenére nehezebb esetekben szükségünk van a részletesebb feltárára, ill. a hosszadalmasabb pszichoterápiára, ha a beteg a téves, éppen az alkoholizálással együttjáró problémamegoldási és alkalmazkodási patternjeihez mereven ragaszkodik. Ez gyakran előfordul pl. azoknál a betegeknel, akik apjuknál is az alkoholizálást látták a probléma megoldási módszerének, és ez utóbbi identifikálási mechanizmussal számukra is alkalmazkodási formaként rögzült. Ennek megszüntetésére a betegnek fel kell ismernie alkoholizmusának eredetét és a kóros viselkedési formák korrelációjának szükségességét. Ha azonban a korai történések emlékei, különösen a hozzájuk fűződő érzelmek nagy része az alkoholista személyiségében már elfojtottak és az öntudatlan rendszerbe szorultak, feltáráruk megnehezül és sok időt igényel, mert meg kell ismernünk a tudattalan rendszer és az elfojtás főbb vonásait, ill. motivációit.

Azt is figyelembe kell vennünk alkoholista betegeink egyéni pszichoterápiájánál, hogy a beteg sokszor többszörösen is konfliktusos helyzetben van. Érthető, hogy a beteg a konfliktushoz vezető történésekkel, azok értékelésével szemben aktuálisan is ellentétes, ambivalens álláspontot foglal el. Ezt azonban tudatosan nehezen fogadhatja el, és így a konfliktus léte természetesen az eredményezi, hogy annak egyes elemei nemcsak az öntudatlanságába merülnek, hanem bizonyos ellenállást is mutatnak tartalmuk kiemelésével szemben. Gyakran tapasztaljuk, hogy alkoholisták

apjukkal szemben kifejezetten ellenséges érzelmeket táplálnak, ugyanakkor az öntudatlanban erősen kötődnek ehhez az elutasított, sőt egyenesen gyűlölt apához, aki az esetek jelentős részében szintén alkoholista volt.

A konfliktusos helyzetről, melynek megoldásához segítséget akarunk nyújtani a betegnek, tudnunk kell, hogy a normális élethelyzettől többek között abban is különbözik, hogy a személyiséget még szűkebb határok közé szorítja, önkifejtésének, önmegvalósításának, szabadságvágyának túl kevés lehetőséget ad. A konfliktus sajátos károsító vonása, hogy a helyzetet túl determináltá teszi. Ebből következik feladatunk az alkoholista beteg pszichoterápiája során, hogy ti. a beteget a konfliktus megszabta körből kivonjuk, eltávolítsuk. Maga az intézeti elhelyezés is elősegíti ezt, és az alkohiltalalmunkat is ilyen felfogásban interpretáljuk számára. Nemcsak azért tesszük ezt, hogy ne érezze cselekedetünket ellene irányuló agresszióknak, hanem azért is, mert lerészegedése újabb konfliktusos és megalázó helyzetbe sodorja az intézetben is. Meg kell értetnünk a beteggel, hogy az intézet megpihenést, védelmet nyújthat, kiszabadulást a konfliktusos helyzet, a sokszor szabályos csódhelyzet gyűrűjéből, és módunkban áll gyógyszereinkkel (pszichofarmakonok) segíteni, hogy absztinenciára vonatkozó ígéretét betarthassa. Megmondhatja, ha hiányérzete van, mert próbaitatással, averzió keltésével is segítünk leküzdeni az alkoholéhséget. Az absztinenciát, annak betartását mint tiszteletre méltó erőfeszítést értékeljük, amelynek haszna hamarosan érzékelhető, ha a nyomasztó helyzettől eltávolodik, ha a konfliktus csökken. Ennek a disztancia-nyerésnek azonban nem a passzivitás kialakítása a célja, a ráhagyatkozás másokra, pl. a pszichoterapeutára, hanem azt akarjuk elérni, hogy problémái felett jobb áttekintése legyen és ezzel akcióképességét biztosítsa, vagy legalábbis előmozdítsa. Midőn a beteget fizikailag és pszichikailag eltávolítjuk a traumatizáló helyzettől, a családi, munkahelyi konfliktusoktól, esetleges bírósági eljárásoktól figyelemelterelő vagy éppen a probléma megoldását elősegítő elfoglaltságot (munkaterápia, besegítés az osztályon folyó munkába) biztosítunk számára. Az egyéni pszichoterápiának a lehetőségét — mint látható — betegeinknek nem az alkoholizmusa, hanem társbetegsége, a tuberkulózis biztosítja még akkor is, ha annak jelentősége és gyógykezelése kisebb probléma a beteg szempontjából. Ez a paradox helyzet mindaddig fennáll, míg az alkoholista beteggel foglalkozó gyógyintézetek párhetes átlagos ápolási idővel kényesze-riülnek dolgozni. Még sajátosan kedvező körülményeink között is alkoholista betegeink többségénél — a team terhelhetősége miatt — rövidített egyéni pszichoterápiát, *ún. kis pszichoterápiát* vagyunk

kénytelenek alkalmazni. A „segítő kapcsolat” (ROGERS, 1942), az érzelmi kapcsolódás, a kis terápia céljának tisztázása, annak következetes végigvitele elengedhetetlenül szükséges. A pszichoterápiás kapcsolatnak ilyen esetben is céltudatosnak, tervszerűnek és operatív jellegűnek kell lennie. Ismerni kell a beteg személyiségét, látnunk kell annak nemcsak sérüléseit, gyengeségeit, hanem egészséges, pozitív vonásait is. Ugyancsak ismernünk kell családi és társadalmi miliójét ahhoz, hogy reálisan felmérhessük, mi az, ami elérhető a betegnél, milyen belső és külső segítségre számíthatunk a beteg és környezete részéről.

Ha a beteg pszichoterápiájára csak rövidebb időt számíthatunk, ökonomikus felhasználása még fontosabb. A beteggel való „diffúz” beszélgetések, barátkozások, amelyekből hiányzik az orvosnak a szituáció- és személyiségismereten alapuló határozott terápiás terve — ha nem is teljesen hatástalanok —, mégsem tekinthetők pszichoterápiának. Az ún. kis pszichoterápia szükségességét az alkoholista betegek kezelésével foglalkozó szerzők (BRÄUTIGAM, 1958; DERWORT, 1959; LUNDQUIST, 1961; VUNDELJA, 1961; JACOBSEN, 1962; SOLMS, 1963; LAMMERT, 1965; PASATU és WINTER, 1965; nálunk HÁRDI, 1967; KARDOS Gy., 1967; GOLDSCHMIDT és SÜLE, 1967 stb.) is hangsúlyozzák.

Az egyéni pszichoterápia hatásosságának vizsgálatakor abból a tényből kell kiindulnunk, hogy az orvosnak a lélektan kutatásai alapján — beleértve a pszichoanalízis, a pszichoterápia, a személyiségtan valamennyi iskoláját — az alkoholizmus szerkezetéről csak adatai vannak, de nincsenek átfogó ismeretei. A kezelés egyes esetekben sikerrel járt, de azt már kevésbé tudták megállapítani, min alapult a siker. Még kevésbé lehetett az eljárást más esetekben megismételni. A nagy pszichoterápia ebben a megvilágításban azt jelenti, hogy a kezelést addig folytatjuk, amíg eredményt nem érünk el. A kis pszichoterápia jelentése pedig az, hogy meglévő ismereteink alapján záros határidejű kísérletet teszünk a betegség befolyásolására.

Bizonytalan tehát, hogy milyen eljárások vezethetnek sikerhez. A legújabb adatok szerint (PITTMAN és TATE, 1969) a legrövidebb ideig tartó kezelésnek is van kimutathatóan kedvező hatása, ha azt alaposabban, több vonatkozásban vizsgáljuk. Valamilyen hatást minden kezeléssel elérünk. Ugyanez a tanulmány azt is megállapítja, hogy a hatás tartóssága az utógondozástól függ.

A gyakorlatban folytatott pszichoterápiák során — mint említettük — a terapeuta felhasználja az analitikus ismereteket, a problémákat azonban csak bizonyos mélységig igyekszik feltárni, mivel feltételezi, hogy a tulajdonképpeni feladat így is megold-

ható. Az alkoholisták rutinszerű pszichoterápiáját, ill. annak technikáját alaposan kidolgozta SCOTT (1961). A szerző főleg bejáró betegekkel kapcsolatban szerzett tapasztalatokat. Minthogy a mi saját ambuláns tapasztalatunk csekély, SCOTT *tanulmányát részletesebben ismertetjük.*

A kezdeti fázisban a szerző szerint meg kell állapítani, valóban akar-e a beteg valamit tenni alkoholizmusa gyógyulása érdekében. A kezelés oka általában az, hogy a feleség válással fenyegetőzik, állása veszélyben van, barátok vagy rokonok sürgetik a kezelést. De rászánhatja magát a beteg belső okokból, mint szorongások, kisebbségi érzések, gyenge alkalmazkodás. A külső és belső okok közül a belső lényegesen fontosabbak, mert az alkoholista általában narcisztikus és kevesebbet törődik másokkal, mint saját belső szorongásaival. Ennek ellenére külső nyomásra is szükség van. Ha a feleség pl. válni akar, rávesszük, hogy hat hónap próbaidőre halassza el, és így megvan a szükséges külső nyomás. Első beszélgetés végén vagy a második során feltesszük a kérdést, hajlandó-e vállalni a nehéz feladatot, hogy alkohol segítsége nélkül éljen. Ez a követelmény sok esetben aktivált addig nem őszinte beteget. — Általános tétel, hogy az alkoholista a terapeutát mindenhatónak tartja. Meg kell mondani, hogy a terapeuta csak segítséget nyújthat megmentéséhez, de a fő feladat a betegre hárul.

Kezdetben tehát tisztázni kell a kezelés formáját, mértékét, biztosítanunk kell valamilyen külső nyomást, végül pedig kipuhataljuk a beteg elszántságát. Felvilágosítjuk, hogy a terapeuta nem mindenható, nem lehet kihasználni, de hajlandó segíteni. Bizonyos barátságos aktivitást kell mutatni, és megfelelő időben kérdéseket teszünk fel követelményeinkkel kapcsolatban.

A középső fázisban dől el, hajlandó-e a beteg szembenézni egész eddigi védekezéseivel, önszemléletével az alkohol támasza nélkül. A lényeges az, hogy a problémákat megfelelően feltárjuk. Ezek kiszámíthatatlanul sokfélék, de egyes nagy kérdésekben vannak tipikus alkoholistákra jellemző nehézségek. A házasság kérdése pl. mindig problematikus, még akkor is, ha a beteg csak panaszodik feleségére, de akut konfliktus, válási szándék nincs. Ilyenkor alkalmasnak bizonyul az alábbi kérdés: miért házasodott meg? A legtöbben arra hivatkoznak, hogy szerelmesek voltak. Ha tovább kérdezősködünk, hogy miért is volt szerelmes, akkor kiderül, hogy a házasságot nem érzelmi okból kötötték, a beteg valamilyen mellékes körülmény miatt (pl. el akart menni hazulról) házasodott meg. Tisztázhatjuk ezután, hogy hová vezetett ez az elhamarkodottság, és hogy azóta is és más dolgokban szintén ilyen impulzívan cselekszik-e? A házasság motivációjának a tisztázása után vizsgáljuk

a házasság lefolyását: mikor kezdődtek a bajok, a bajoknak ki és mi volt az oka, mit projiciál a beteg a feleségére és másokra, hogyan és mennyit racionalizál saját motívumaiból? Ha megfelelően járunk el, e módszernek nagy dinamikus hatása van, és felszínre kerülnek a múltból származó problémák, sérülések.

A felismerések alapján visszatérünk az aktuális házassági konfliktusra, és ekkor már rámutathatunk arra, hogy túlságosan a feleségére hárítja a felelősséget a bajokért, és önmaga hibáit takarogatja. (Pl. hogy neki csak egy kis italtra van szüksége.) A beteg ekkor még nem fogadja el álláspontunkat, és ebből hosszabb vita alakulhat ki, melyet kétféleképpen oldhatunk meg. Vagy behívjuk a feleséget — aki mindig más, mint amilyennek a beteg leírta —, vagy megbeszéljük a beteggel, hogy eljárása a terápiában olyan, mint az életben, nincs tisztában saját szükségleteivel és eljárásaival.

Megállapítjuk, milyen a házassága. BULLOCK és MUDD szerint *az alkoholista betegek házasságában a következő fő típusok vannak:*

1. Az alkoholista férj távoltage magától a feleségét, mert saját érzelmi agresszív és az asszonynak is ilyen érzéseket tulajdonít. Ezt terapeuta kell, bár rendszerint nehéz, mert az agresszió miatti szorongások erősek, és a beteg fél feladni megszokott védekezési módjait.

2. A férj lehet narcista, kényelemből vagy szorongásból impotens. A feleség ilyenkor agresszíven igyekszik személyes szükségleteit kielégíteni. Ezeket a problémákat bonyolultságuk ellenére is tisztáznunk kell, hogy a házastársak között normális viszony alakulhasson ki.

3. További változat, hogy a férj narcizmusból nem akar túlságosan feleségére támaszkodni.

4. Az alkoholista sokféleképpen kihasználja feleségét, ezért kell megállapítanunk, hogy a házastárs valójában milyen szerepet játszik, és mi a valódi jelentősége a férj számára.

5. A feleség is lehet domináns.

6. Lehet mazochista, hogy legyőzze saját ellenséges alapbeállítottságát.

7. A házasság lehet infantilis, alig beszélnek egymással, és ha mégis, rögtön veszekedni kezdenek.

Komplikációk származhatnak továbbá abból is, hogy a beteg saját gyermekeivel rivalizál, a feleség korábbi házasságából származó gyermekeivel szemben ellenséges.

A foglalkozás területén is mindig akad probléma. Az alkoholista pl. igen nehezen tudja magát kifejezni, és ez félreértésekhez vezet. Az alkoholistáknak gyakran vannak adósságai, melyeket képtelenek rendezni.

Végül rá kell térnünk a beteg belső problémáira. Mint ismeretes, az alkoholista passzivitása mögött heves agressziók húzódnak meg, és gyakori a függőségi helyzet is. Agresszivitás esetén kimutathatjuk, hogy tulajdonképpen önmagának ellensége, rámutathatunk emocionális értetlenségére is.

A legnehezebb kérdés a beteg teljesítményképtelensége. Tisztáznunk kell, mikor keletkezett ez és melyek a belőle származó öntudatlan nyereségek. Haladást érhetünk el heti feladatok kiadásával: egy hétig jól kell bánnia az asszonnyal, túrnie kell a kritikát, indokolt esetben megfutamodás helyett energikusan kell fellépnie, munkában le kell gyúrnia az indokolatlan dührohamokat. A tapasztalatokról a betegnek be kell számolnia. Ily módon sikereket ér el, és túljut azon, hogy bajaiért gyermekkorát, másokat tegyen felelőssé és belenyugodjon tehetetlenségébe. Még ha az énje egyelőre gyenge is marad, megteremtődik az alap önmaga elfogadására és értékelésére, amely a későbbi haladás előfeltétele.

A *befejező fázisban* előfordulhat, hogy a beteg megérti önmagát, de szorongásai megmaradnak. Ez sikertelenség. *A siker feltételei* a következők:

1. Ha a beteg szabadon tud kommunikálni a terapeutával, családjával és másokkal is.

2. Ha életét ésszerűen osztja be és nem kergeti délibábokat.

3. Ha szabad idejét megfelelően tudja felhasználni, és nemcsak szórakozik.

4. Ha ital nélkül tud alkalmazkodni az életben.

BULLOCK és MUDD megjegyzik még, hogy a beteg a kezelés során néha sokat beszél, de nem konkrét dolgokról, ami teljesítményképtelenségét fejezi ki. Emellett az alkoholisták kitűnően projiciálnak és vigyáznunk kell, nehogy félrevezessenek bennünket.

A szerzők az alkoholisták kezelésekor nagyjából azokat a problémákat igyekeznek tisztázni, amelyek anamnézis-vázlatunkban mint kitűzött kérdések szerepelnek. Leglényegesebbnek azt tartjuk, hogy rutinszerűvé tehető kérdésekkel megállapított egyes tényekből valóban szerves képet tudjunk kialakítani magunknak az alkoholista élettörténetének és személyiségének a szerkezetéről. Enélkül ugyanis a megállapítások — bár önmagukban igazak lehetnek — nem vezetnek gyógyuláshoz. Ezzel magyarázható a szerzőknek az az egyébként érthetetlen megállapítása, hogy az alkoholista ugyan megérti önmagát, de ennek ellenére tovább iszik vagy szorong. Nyilvánvalóan a probléma leglényegesebb eleme feltáratlan maradt a kezelés során.

Az előzőekben ismertetett eljárásban is elsősorban emocionális tényezőkről (szorongásról, ellenséges beállítottságról) van szó.

Mint kifejtettük, a személyiség érzelmekkel járó tapasztalatok útján alakul ki, tehát élményeken alapszik. A pszichoanalitikus szemlélet szerint a személyiség kialakulásában elsősorban az érzelmek játszanak szerepet, és a személyiség megváltoztatása is az érzelmek felhasználásával történhetik. FREUD szerint a pszichoterápiában minden eredmény előfeltétele a beteg és az orvos közötti érzelmi kapcsolat kialakulása. Felfogásunk szerint az élményeknek a személyiség valóság szemléletére gyakorolt hatása, a kognitív jellegű tapasztalat már a korai gyermekkorban is jelen van. Az élmény nemcsak az érzelmi háztartásra, hanem elsősorban a valóságképre gyakorol hatást, és a személyiség viselkedése is elsősorban a személyiség valóság szemléletétől függ. Ez a valóság szemlélet, de különösen annak végső alapfeltevései, csaknem minden emberben öntudatlanok maradnak. Ez az öntudatlanság a szemlélet alkalmazásának szinte megváltoztathatatlan következetességéhez vezet és megnehezíti azt, hogy a későbbi ellentmondó tapasztalatot, a téves kiindulópontokat az alkoholisták megfelelően helyesbítsék. Nézetünk szerint *a pszichoterápiás kezelés fő célja ezeknek a súlyos élményt jelentő tapasztalatokból levont, öntudatlanná vált valóság szemléleti axiómáknak a tisztázása.* Így érhetjük el azt, hogy a beteg valóban felismeri, milyen élmények és tapasztalatok vezették valóságfelfogásához, világszemléletéhez. E módszer helyességét a mélyebben gondolkodó pszichoanalitikusok is belátják, és ilyen értelemben foglalkoznak a személyiség élettörténetével és világszemléletének kialakulásával.

Ilyen összefüggésben szemlélve, a terápia során felmerülő kérdések is mélyebb megvilágítást nyerhetnek. FOX említett tanulmánya szerint pl. az alkoholisták pszichoterápiájában tudnunk kell, hogy az alkohol az alkoholista számára sok mindent jelent. Azt azonban, hogy mi a legfontosabb az alkoholban az alkoholista számára, csak akkor tudjuk meg, ha megállapítjuk a beteg tulajdonképpeni elhelyezkedését a környező valóságban. Ekkor derülnek ki azok az alapvető problémák, amelyek megoldását az alkoholnak kell elősegítenie. Ha ezeket a problémákat megoldjuk — pl. azáltal, hogy a beteg feldolgozza élményeit, a beteg számára az ital feleslegessé válik — már nem függ az alkoholtól.

Ha viszont a problémákat nem sikerül megoldanunk, akkor nem marad más hátra, mint hogy az alkoholt más, kevésbé ártalmas tényezővel helyettesítsük. Ez világosan kiderül, ha az ilyen eseteket közelebbről megvizsgáljuk. Az A. A. tagjairól pl. megállapítható, hogy személyiség szerkezetük alapvetően nem változott, az egyesület azonban lehetővé teszi számukra, hogy egyensúlyukat fenn tartsák. Más esetekben a kezelő pszichoterapeutával vagy más,

jelentős személyekkel fenntartott kapcsolat az, ami az alkoholt részben vagy egészben helyettesíti (l. RYAN 1969-i budapesti kongresszusi előadását). A helyettesítéshez némelykor több személy szükséges. Az utógondozás szükségessége az esetek többségében világosan bizonyítja, hogy az ilyen helyettesítés mindaddig nélkülözhetetlen, amíg az alkoholista személyiségszerkezete nem rendeződik. Ez csak úgy érhető el, hogy az alkoholista világnép és személyiségszerkezet kialakulását egész menetében felfedjük.

Az egyéni pszichoterápiával kapcsolatos tapasztalataink akkor bizonyultak kielégítőeknek, ha a pszichés befolyásolást a konfliktusos élethelyzet, a patogén milió operatív megváltoztatásával kombinálni tudtuk. Az ezen a téren elért kézzelfogható eredményeink érthető módon kedvezően hatottak a pszichoterápiás folyamatra is.

A következőkben *két sikeres, egyéni pszichoterápiás esetünket ismertetjük*, amelyek az alkoholista személyiségre vonatkozó felismeréseinket is gazdagították.

U. T. 26 éves anyagmozgató beteget intézetünk egyik férfiosztályán helyezték el. Beutalásakor a gyár személyzeti osztálya azzal a kéréssel fordult az osztály főorvosához, hogy a beteg kezelésére különös gondot fordítsanak, mivel egyike a gyár legjobb anyagmozgatóinak. Az osztályon kiderült, hogy a beteg krónikus alkoholista, és nem hajlandó az intézeti szabályokat betartani. Az osztály főorvosa ezért felkért minket a beteggel való foglalkozásra.

A konfliktusosan kezdődő foglalkozásból rövidesen kiderült, hogy a beteg apja a szülőfalu egyetlen szektása volt, és mint ilyen, sok vonatkozásban tekintélynek számított. Két hold földdel rendelkezett, népes családját oly módon tartotta el, hogy kora hajnalban napszámba ment dolgozni. Felesége rövid betegség után váratlanul meghalt. A faluban egyetlen özvegyasszony élt, akit kiszemelt az apa magának, aki azonban kijelentette, hogy ő már nem hajlandó kisgyermekkel bajlódni. Az apa erre a gyermekeket pásztorkodásra és hasonló munkára idegenekhez adta, és így a beteg már kiskorában elkerült hazulról, hogy maga keresse meg a kenyerét.

A beteg apja eljárását úgy értelmezte, hogy képtelen volt a szexuális életet nélkülözni, és ennek áldozta fel családját. Világos, hogy eljárásával elvesztette tekintélyét gyermekei előtt. Életének ilyen rendezését valóban nehezen lehetett összeegyeztetni a szektásoknak etikailag nagyigényű viselkedési mintáival, és ez a gyermekben kibékíthetetlen ellentmondást ébresztett. Ebből krónikus alkoholizmus alakult ki, amellyel szembenállt a nagy munkateljesítmény.

E megállapítások után a beteggel egyetlen probléma megvita-

tására szorítkoztunk: helyes-e felfogása az apa második házasságáról? Feltettük a kérdést, mit tehetett volna más egyebet ilyen helyzetben, amikor hajnalonként olyan korán kellett munkába mennie, hogy az állatok etetéséről sem gondoskodhatott. Milyen megoldást tudott volna a beteg maga kieszelni? Ebben a megvilágításban az derült ki, hogy az apa eljárása teljesen szükségszerű volt, más választása nem lehetett. A megbeszélések kb. 15 órát vettek igénybe. A beteg viselkedésében erős és váratlan fordulat állt be, ami az osztályon nagy derültséget és meglepetést keltő eseményben manifesztálódott. Az osztályon kezelt alkoholisták két ellenséges csoportja közötti feszült viszony egy napon általános verekedéssé fajult, amikor mindenki úgy vélte, a dolog a nagy erejű beteg beavatkozásával aggasztó fordulatot vesz. Betegünk ehelyett határozottan kívül maradt a viszályon, sőt élesen elítélte ezt a viselkedést a kórházban. Ettől kezdve kezelése folyamán kb. 8 hónapig mintaszerűen viselkedett és teljes gyógyulást ért el.

Megjegyezzük, hogy a megbeszélések folyamán alkoholizálásáról közvetlenül nem esett szó, kivéve a kezdeti konfliktust, amelynek során a Rorschach-jegyzőkönyvet felvevő munkatársnővel közölte, hogy alkoholizmusával ne foglalkozzanak. A munkatársnő határozottan kijelentette, hogy neki erről nincs tudomása és nem is tartozik feladatai közé. A beszélgetések során csak annyit jegyeztünk meg, hogy ilyen megállapítások az orvosi titoktartás körébe tartoznak. Ettől kezdve a beszélgetések a leírt témakörben mozogtak. A kezelés befejezésekor a beteg eljött, hogy elbúcsúzzon és köszönetet mondjon a foglalkozásért. Ez alkalommal megjegyezte, hogy kiírása előtt még lakást kell keresnie. Úgy emlékeztünk, hogy hosszabb ideje ugyanazon a helyen albérleti szobában lakott, és megkérdeztük, miért van szükség új lakásra. Csak annyit válaszolt, hogy a régi helyén mindenki iszákos, és ilyen emberek között ő maga is elzüllene. Ez a megjegyzése megfelel JELLINEK és mások megfigyelésének, miszerint az alkoholizálással szakítani kívánó egyed rendszerint új környezetet keres.

Ez az eset az eddig ismertetetteknel lényegesen egyszerűbb szerkezetű. A beteg hosszú ideig megfelelő családi gondozásban részesült, és sérülése egyetlen körülhatárolt területre esett. Így a probléma lényegében egyetlen momentum feltárásával megoldódott, ami kivételes jelenség. Az előzőkben tárgyalt esettípus, amelybe a két szülő ellentétes viselkedése és a támaszt nyújtó halála a döntő, bizonyos mértékig ugyancsak egyértelmű és ennek megfelelően megoldható alakot mutat.

B. I. színész, 36 éves. A beteg elvonókúrára jelentkezett a kórház pszichiátriai osztályán, azaz a zárt osztályon. A kúra az intézeti

szabályok szerint egy-két hónapig tarthat. A beteg alkoholizmusa súlyos fokú volt, társadalmilag lezüllött, foglalkozását nem űzte, anyagilag is nyomorúságos körülmények között élt. Az volt az elképzelése, hogy a kórházban szerez magának állást a prospektúrán mint hullaszállító munkás. Alkoholizmusa miatt nem számíthatott arra, hogy bármilyen intézet rendszeres munkára alkalmazza. Mindennek bizonyos fokig tudatában volt, és azzal, hogy elvonókúrára jelentkezett, mintegy utolsó kísérletet akart tenni. Arra kérte az osztályon dolgozó pszichológust, foglalkozzon vele.

Első beszélgetés alkalmával szükségszerűen rá kellett mutatnunk arra, hogy a rendelkezésre álló idő rövidege miatt neki is mindent meg kell tennie a kúra sikere érdekében, azaz a lehető legnagyobb nyíltságra van szükség; emellett azzal is számolnia kell, hogy a kérdések tárgyalása gyors ütemet kíván. Mindezek alapján az első beszélgetés során azokról az eseményekről igyekezett beszámolni, melyek megítélése szerint életét erősen befolyásolták. A meglehetősen rendszertelenül előadott eseményekben közös vonásnak látszott, hogy azok mind a beteg valamilyen csalódásával álltak kapcsolatban. A beteg felismerte, hogy a csalódások valóban nagy szerepet játszottak életében. Éppen ezért időnyereség céljából írásba foglalta ezeket. Három legfontosabb esetet jegyzett fel. Ezek közül az első alapvető csalódást gyermekkorában szüleihez való kapcsolata okozta. Mikor beiratták az első elemibe, a tanító egy számára ismeretlen nevű gyereket keresett névsorolvasáskor, ilyen néven kiállított felvételi igazolványt adott át neki. Így tudta meg, hogy törvénytelen származású, és nincs joga nevelőapja nevét használni. A második csalódása házasságával kapcsolatos: felesége elhagyta és külföldre távozott. A harmadik csalódás a társadalom részéről érte; azt hitte, hogy az új rendszer jobban méltányolja érdemeit és ehelyett közömbösséget tapasztalt.

Csalódásai így módon gyermekkori családi helyzetére, házasságára és társadalmi kapcsolataira vonatkoztak. Ezek a fontos viszonylatok az emberi lét fogalmát kimerítik, és előadása szerint ezért minden emberi vonatkozásban csalódottnak érzi magát.

A következő, harmadik beszélgetés során a beteg gyermekkori családi helyzetét adta elő részletesebben. Elmondta, hogy anyját az idők folyamán egyre fokozottabb mértékben utálta meg amiatt, hogy a valóságban sohasem volt hajlandó megfelelően alkalmazkodni. Állandóan hamis jeleneteket produkált, „szcenázott”, és soha nem tudott őszintén viselkedni. Betegünk korán észrevette, hogy ezek a jelenetek — pl. a megjátszott rosszulletek — nem őszinték és később az is feltűnt neki, hogy anyja gyakran érdekből cselekszik, hogy viselkedését zsarolásra használhassa fel.

Az anya eredetileg varrónő volt és a beteg gyermekkorában lakásán nagyobb ruhaszalont vezetett. A vevők a sikeres és tehetős varrónőt barátnőnek tekintették. Elbeszélése során állandóan anyja iránti averziójáról, ellenszenvéről beszélt, de nyilvánvaló volt, hogy saját magatartása erősen hasonlít anyja magatartásához. Kifogásolta ugyan, hogy anyja a valóságot hamis színészi jelenetekkel helyettesíti, de ő maga is hasonlóan járt el. Egész alkoholizmusa is azt mutatja, hogy a valóságos élet helyett nagymértékben az alkohalmámorba menekül, és úgy viselkedik az életben, mintha egy darab írója és rendezője lenne. Itt a beteg azonnal hozzátette: és egyben ő maga a darab színésze is.

A kritikus beállítottság mögött tehát fel lehetett fedezni azt, hogy sok vonatkozásban anyjától függ, sőt néha vakon követi. Anyja varrónői mesterségével kapcsolatban pl. kiderült, hogy az embereket teljesen ruházatuk alapján ítéli meg, számára „a ruha teszi az embert”, és ezért a fizikai munkásokat erősen lenézi öltözködésük miatt, társadalmilag alacsonyrendűeknek tartja őket. Ettől az elítéllettől is csak alkohalmámorban tud megszabadulni.

A következő alkalommal az elutasítás és mögötte az erős kötöttség megállapítása további lényeges adatokkal egészült ki. Apja, a sok nyelvet beszélő hotelportás, a fiúval nagyobb, iskolás korban kapcsolatot keresett. Jól megértették egymást, és abban is megegyeztek, hogy az anya viselkedése tűrhetetlen. Eltervezték, hogy az apa magához veszi fiát, és ezért megfelelő lakást is keresett. Azért, hogy elkerüljék a jeleneteket, elhatározásukat titokban tartották, de mindent, még a költözés időpontját is részletesen eltervezték. Az elköltözés előtti napon az apa munkába menetel előtt meglátogatta fiát, majd elindult. Útközben erős rosszullét fogta el, idegen lakásba kellett becsengetnie, ahol szívroham következtében meghalt. A fiú észrevette, hogy odahozták apja télikabátját, de eltitkolták előtte halálát, apja hollétéről csak kitérő válaszokat adtak. A következő éjjel már intenzív, lidérenyomásos álmai voltak, amelyek később rendszeressé váltak. Az ilyen álmokból vagy felébredt, vagy nevelőapja keltette fel.

Az események sajátos időzítettsége azt a benyomást keltette, hogy betegünk pszichikumában valamilyen sajátos hatást kellett kiváltania. Ezért elsősorban az apa halála után jelentkező álmokról kezdtünk érdeklődni. Fokozatosan kiderült, hogy az álmok valamilyen módon mindig halottakkal kapcsolatosak, az álmokban a halottak nyugtalanítóan viselkednek, aktívan tevékenykednek. Olyan gondolatkörbe jutottunk tehát, amely az alkoholos delíriumokból ismert. A delíriumos hallucinációk gyakran mozgó, üldöző halottakkal kapcsolatosak. Az a feltevésünk alakult ki, hogy a fiút átmeneti,

nagy várakozással és feszültséggel telített helyzetében súlyos csapás érte, amelyet képtelen volt megfelelően feldolgozni. Pontosabban: nem tudott belenyugodni abba, hogy apjával együtt kigondolt tervük megvalósítása, amely egész életproblémáját megoldotta volna, az apa halála következtében lehetetlenné vált, szilárd támaszként viselkedő apját átmenet nélkül végleg elvesztette, és most már teljesen ki volt szolgáltatva anyjának.

A helyzet rendezéseként az az álmegoldás alakult ki, hogy fantáziájában halott apját egyidejűleg halottnak is és élőnek is fantáziálta, és továbbra is tőle várta a segítséget.

A továbbiakban igyekeztünk kiegészítő emlékekhez és asszociációkhoz jutni. Ezek sorra felbukkantak, és egyre világosabbá vált, hogy hallucinációs jellegű álmai milyen tartalmúak. Azért akart az elvonókúra után a kórház prospektúráján állást kapni, mert a halottak hosszabb ideje erősen vonzották, bár az álmok maguk ugyanakkor lidércnyomásosak és nyomasztóak maradtak. Ezt az ellentmondást úgy értelmeztük, hogy a halottak mögött is apját keresi, de ez áthághatatlan akadályokba ütközik, és az élők számára elérhetetlen, idegen, sőt veszedelmes területre vezet. Az önérdek makacsul követelte az apától, váltsa be ígését, de ugyanakkor tudta, hogy apja halott. Az öntudatlan erők primitív világában ezek a viszonylatok újfajta, a normális, kulturált, felnőtt társadalomban lehetetlen pszichikus formákat hoznak létre. Elsősorban vampirisztikus jellegű képzetek alakulhattak ki: a halott maga szolgáljon valamilyen formában az élőnek létalapként, egészen primitív formában táplálékként. Mindezt annak idején a beteg sajátos élethelyzetének, személyiségfejlődésének következményeként fogtuk fel, és nem gondoltunk arra, hogy ezek a pszichikus képletek az alkoholizmusra is jellemzőek.

Tisztában voltunk azonban azzal, hogy a vampirizmus ismert pszichikus szindróma, amely a primitív népeknél elterjedt elképzelés, sőt, a mai városi ember öntudatlan fantáziavilágában, különböző félművészi feldolgozásokban — mint a film, a ponyvairodalom változatai — is megtalálható. Most már a vampirizmus, a dalszöveg gondolatából kiindulva kerestük az emlékeket és az asszociációkat betegünk esetében. Kiderült, hogy a beteg egyik nyomasztó élménye, emléke az, hogy sebesült bajtársa elvérzett mellette annak ellenére, hogy ő maga is igyekezett ezt megakadályozni. Az orvos később ugyan megállapította, hogy sebesülése olyan súlyos volt, hogy nem lehetett volna megmenteni, ő mégis nyomasztó felelősséget érzett, és ez az emlék erősen nyugtalanította. Itt tehát ismét egy külső és véletlennek tekinthető esemény játszott szerepet a belső pszichikus tendenciák felerősítésében és rögzítésében. A külső

esemény a pszichikus hajlammak mintegy objektív alapot ad. Továbbá az, amit közös néven valóságnak nevezünk, esetről esetre sokféle tény, eseményt, jelenséget foglalhat magában, amelynek előfordulása valamilyen, előzőleg hipotetikus elképzelést megerősít vagy megsemmisít. Betegünk vampirisztikus fantáziáinak kialakulásában és megerősödésében (az előbbieken ismertetett) az események is szerepet játszottak.

A fenti értelmezés a beteg számára elfogadhatónak tűnt elsősorban azért, mert a halottakkal való foglalkozás ez idő tájt érdeklődésének előterében állott, anélkül, hogy delíriumos állapotról beszélhettünk volna. Ez az érdeklődés számára is problematikus volt és feszültséget teremtett. A sajátos tartalmak, amelyek az eddigi megfigyelések szerint a delírium jellemvonásai közé sorolhatók, itt a tudat felszínéig jutottak el és mintegy gyakorlati problémákká alakultak. Ugyanez az eljárás olyanoknál, akiknél ezek a tartalmak csak delíriumban jutnak a tudatig, hatástalan maradt volna, hiszen ezekről a komponensekről nem képesek ilyen kimerítő információkat adni.

Ezen a ponton a terápiát befejeztük. A beteg megnyugodva távozott. Hat héttel később spontán felkeresett bennünket és beszámolt a történekről. Egy vidéket járó kultúrsoportba lépett be állandó alkalmazottként. Az alkoholtól teljesen távol tartotta magát, noha a csoporttagok a szokásnak megfelelően sok alkoholt fogyasztanak. Látogatásának célja azonban nem annyira az volt, hogy beszámoljon élete alakulásáról, hanem hogy felolvassa nekünk azt a kis kroit, vidám jelenetet, amelyet a színjátszó csoport számára írt, és amelyet sikerültnek tartott. A kis darab lényege, hogy egy pesti család a gazdag amerikai nagybácsitól valamilyen finom, porszerű anyaggal töltött, lezárt dobozt kap. Hosszas találgatás után úgy döntenek, hogy valamilyen igen értékes vitaminról lehet szó, amelyet ételbe keverve elfogyasztanak. Ekkor érkezik az értesítés Amerikából, hogy a nagybácsi meghalt, elhamvasztották és a hamvakat elküldték a családnak. A felolvasás befejezése után a beteg tetszést várt. Azt a megjegyzést tettük, hogy a darab szerint mégsem volt hajlandó elfogadni azt, amit pedig szavakban elismert. Célzásunkat azonnal elérte, megdöbben a felismerésre, és ezt mormogta maga elé: „konzervet csináltam belőle”.

b) Alkoholista betegek csoportpszichoterápiája

Az egyéni pszichoterápia kiterjedtebb alkalmazásának akadályaként említettük az „időfaktor” jelentőségét. A gyakorlati szempont-

ton túlmenően érdeklődésünket a csoportterápia iránt az alkoholisták betegek szociálpszichológiai értelmű dezintegrálódása, személyiségük izolálódása keltette fel. BAAN (1968) a IV. Nemzetközi Csoportpszichoterápiás Kongresszuson a WHO képviselőjében a csoportterápia mentálhigiénés jelentőségét hangsúlyozta. Rámutatott arra, hogy a modern társadalom az iparosodás és az urbanizáció folyamatával felbontja a hagyományos interperszonális kapcsolatokat, s ez is szerepet játszik a deviáns viselkedési formák, pl. az alkoholizmus terjedésében. Szociálpszichológiai szempontból jobban elképzelhető a beteg reszocializálása, izolálódásának megszüntetése, mint ha csak az egyéni pszichoterápiára támaszkodunk. Az alkoholisták betegek infantilis függőségi igényét is figyelembe véve, elgondolkoztató az a sajátos pszichoterápiás kapcsolat, amely az alkoholisták beteget orvosához, a terapeutához fűzi. Sok vonatkozásban előnyösebbnek látszana a bilaterális viszonylatokkal szemben a multilaterális relációk kiépítése, amelyre a csoport a maga dinamikája révén jobban lehetőséget nyújt. A modern pszichiátriában — hasonló megfontolásokból — mind nagyobb tért hódít az M. C. JONES (1968) által propagált terápiás közösség eszméje, amelynek célja, hogy a beteget — passzivitás helyett — aktív részesévé tegye az intézmény életének, és így saját gyógyításának is. Ez az elgondolás alapvető változást, nagyfokú demokratizmust tételez fel a beteg, az orvos és az ápolószemélyzet viszonyában. A terápiás közösségnek és az azt kiegészítő közösségi terápiának (community therapy; GLATT, 1963) megítélésünk szerint éppen az alkoholisták beteg gyógykezelésében van nagy jövője. Az alkoholországunkon kialakult gyógyító légkör, az „open door” rendszer megvalósításában a „terápiás közösség” kezdeti elemeinek tulajdonítunk jelentőséget, és megvalósítását — elsősorban a személyi feltételek megteremtésével — tűztük ki célul. Közel két éve, az arra alkalmasnak látszó ápolónők részére rendszeres csoportterápiás üléseket (heti 2 óra) szerveztünk kiképzési céllal. A csoportterápiás módszer kiterjedtebb alkalmazása ebben a fejlődési vonalban fontos láncszem. A csoportterápia legfőbb eleme, a csoport hatása az egyénre, az emberiség kultúrtörténetében a vallásos rituálék, az ókori pedagógiai módszerek stb. formájában messze időkre nyúlnak vissza. A mai értelemben vett csoportpszichoterápia azonban csak századunkban fejlődött ki, és a második világháború után vált elterjedt pszichoterápiás módszerré. PRATT (1906) éppen tbc-s betegek gyógykezelése során kezdeményezte ezt a módszert, és jó eredményei révén a szervezett csoportos beszélgetéseket nemcsak a tüdőszanatóriumokban, hanem más krónikus betegségekkel foglalkozó gyógyító tevékenységek során is alkalmazták, első-

sorban a pszichiátriában. A csoportterápia történetét és módszerét számos szerző (KLAPMAN, 1946; DREIKURS és CORSINI, 1954; MASSERMANN, 1955; FOULKES és ANTHONY, 1957; SLAVSON, 1959; STOKVIS, 1960; BERNE, 1961, 1966; WHITAKER és LIEBERMANN, 1964, nálunk HIDAS, 1963; BÖSZÖRMÉNYI, 1956, 1965; ADORJÁNI és GÁLFI, 1963, 1965) ismerteti. Annak ellenére, hogy már DREIKURS és CORSINI szerint a csoportterápia — szemben az egyéni pszichoterápiával — alkalmasabb a tudományos vizsgálódásra, az irodalom áttekintése arról győz meg bennünket, hogy a csoportpszichoterápiás folyamat elméletileg, éppen bonyolultsága miatt, nem kellően tisztázott még. Éppen ezért jelentős az a kezdeményezés, melynek alapján a csoportpszichoterápiás folyamatot a modern interperszonális kommunikációs elmélet szempontjai szerint vizsgálják (HIDAS és BUDA, 1967, 1968; FÜREDI és SZAKÁCS, 1969). A csoportterápiás elméletek bonyolultsága, kiforratlansága ellenére is a klinikai gyakorlat pozitív tapasztalatai alapján a módszer gyorsan terjed és ennek megfelelően nő a kérdés irodalma is. *A csoportpszichoterápia lényege, hogy a betegek kisebb-nagyobb csoportja rendszeresen és szervezeten, a pszichoterapeuta, esetleg a koterapeuta közreműködésével pszichoterápiás célzatú megbeszéléseken vesz részt.* Maga a csoport létrejötté, összetétele, formája, stabilitása, a csoporttagok és a terapeuta viszonya, az utóbbi irányító módszere, a csoporttapasztalatok dokumentálása, feldolgozása stb. igen nagy variációt mutat. Mindezek függenek a beteganyagtól, az intézet jellegétől, a szokásos ápolási idő tartamától, a terapeuta által követett irányzattól, a terapeuta személyiségétől, felfogásától, temperamentumától és így tovább. Csak a gyakorlatilag jelentősnek látszó kérdéseket érintjük. A csoporttagok kiválasztása történhet spontán, pl. szimpátia alapján (*psychogroup*) vagy adott feltételektől (közös pavilon, kórterem, munkahely stb.) függően (*sociogroup*). A csoportban való részvétel többnyire önkéntes, de lehet — éppen alkoholistáknál — kötelező is (KJØLSTAD 1965, 1970). Legtöbbször azonban az önként jelentkezőkből is bizonyos szempontok szerint válogat a terapeuta, pl. ún. támogató betegeket választ, vagy nem vesz be leépült betegeket, vagy olyan egyéneket, akik miatt a csoport intellektuális, viselkedési stb. szintje túl heterogén lenne. Vannak csak férfiakból vagy csak nőkből álló csoportok, de lehet vegyes nemű is. A csoportok zártak vagy nyíltak. Az előbbiben nem változnak a csoporttagok, legfeljebb lemaradozhatnak, az utóbbiban a kilépő tagok helyére újak kerülnek. Ez legtöbbször nem a terapeuta szándékától függ, hanem a betegek intézeti ápolási idejének tartamától. Általában a csoportok lehető legnagyobb stabilitására törekszenek, és ezért félig nyílt

csoportok a leggyakoribbak. A csoportlétszám is változó, 5-től 30-ig terjedhet. Legideálisabb a 8—10 tagú csoport. A terapeuta szerepe a csoportban igen fontos (ADORJÁNI és GÁLFI, 1963), tevékenysége sokrétű és szorosan összefügg a követett módszerrel, nemkevésbé a terapeuta személyiségével. Mint minden organizációban, a csoportban is lehet a vezető autoriter, laissez faire elvű vagy demokratikus. Az irányítást illetően aktív, permisszív vagy passzív módszerek fordulhatnak elő, de ez adott szituációban változhat is. Az aktív terapeuta többnyire direktív módszert követ, a beszélgetés témáját megadja, irányítja a megnyilvánulásokat, akár verbálisak, akár metakommunikatívek, még az acting out-ot is értelmezi, interpretálja. A csoport feszültség szintjét aktívan szabályozza, fokozza vagy enyhíti. Nem törekszik feltétlenül intrapszichés változásokra, gyakran megelégszik konkrét, jobb alkalmazkodást elősegítő viszonyulások kialakításával. Ez éppen alkoholisták csoportjánál elég gyakori. Ilyen esetekben a terapeuta nagy súlyt fektet az intellektuális behatásra (CLANCY, 1962), az alkoholizmus definíciójának, az absztinencia szükségességének stb. megértetésére. Az ilyen dialektikus jellegű csoportok hatása — éppen a pszichodinámiai hatások hiányában — kétséssé válhat. Ennek pedig még az elvonókúrákkal kapcsolatos csoportokban is nagy jelentősége van (SOLMS, 1960). A nondirektív módszert követő terapeuta inkább passzív magatartást tanúsít a beszélgetés beindítása, irányítása tekintetében, és háttérbe vonulásával csoportcentrikus szituáció megteremtésére törekszik. Passzívan tűri a csoporttagok hosszú hallgatását mint a csoporton belüli feszültség kifejezését. A hozzá intézett direkt kérdéseket áthárítja. E módszer veszélye, hogy a beszélgetés szétfolyóvá válik, vagy társalgási időtöltést szolgáló csevegéssé alakul át. Egyes csoportokban — különösen ha a terapeuta orvos, ill. szomatikus betegségekkel foglalkozó szakorvos — a pszichológus koterapeutaként vesz részt a csoport munkájában.

Általában vitatott kérdés az is, vajon ki vezethet csoportot? Ez a kialakult vélemény szerint nem is a diploma jellegétől (orvos, pszichológus) függ, hanem a csoportterápiás jártasságtól. Ezért megkívánják, hogy a csoportvezető tanulási céllal — ha lehet, egyéni analízis után — egy-két évig csoportterápiában (kiképző csoportban) is vegyen részt. Ehhez az elvhez az utóbbi években mind nagyobb teret hódító, a BERNE nevéhez fűződő tranzakcionalista csoportterápiás mozgalom is ragaszkodik, de megfelelő, a társaság keretében egy évig tartó kiképzés után nemcsak orvosok, pszichológusok, hanem pedagógusok, szociális munkatársak is vezethetnek csoportot. Nálunk HIDAS és BUDA szerveztek legelőször kiképző csoportot. Osztályunk orvoskollektívája is egy éven át tartó cso-

portüléseken ennek keretében tett szert csoportterápiás tapasztalatra.

Az alkoholista betegek csoportterápiájával az említetteken kívül még számos szerző foglalkozik (WALTON, 1961; GLATT, 1963; LEWIN, 1963; MISSIK, 1966; BATTEGAY, 1965, 1966; HUNSICKER és mtsai, 1967; DONADIO, 1968; LANGEN, 1968; nálunk KARDOS Gy., 1965; GÁLFI és mtsai, 1966; HIDAS és mtsai, 1969; BALÁZS-PIRI és HEGEDŰS, 1968). Osztályunk alkoholista betegeinek csoportterápiás tapasztalatairól KOZMA és MEZEI (1968) számolt be.

c) Alkoholista betegek kezelésében alkalmazható egyéb pszichoterápiás eljárások

Az egyéni és csoportos pszichoterápia mellett az alkoholista betegek gyógykezelésében és különösen elvonó kezelésében különböző, más pszichoterápiás eljárásokat is alkalmazunk. Ezek közül legjelentősebbek a különböző szuggesztív, hipnotikus és relaxáló jellegű eljárások. Az alkoholista betegek szuggesztív és hipnotikus kezelésével számos külföldi szerző foglalkozott, egyesek hazai viszonylatban is (KUN, KARDOS Gy.) szereztek ilyen irányú tapasztalatot. Személyiségvonásaik ismeretében elmondhatjuk, hogy az alkoholista betegek emocionálisan labilisak, külső ingerek által befolyásolhatók, s környezetük hatásainak fokozottabban kiszolgáltatottak. Logikus törekvés, hogy ez a fokozott befolyásolhatóság, ez a szuggesztibilitás ne csak negatív tendenciájú ráhatásokban, hanem gyógyító törekvésekben is kifejezésre jusson. A jó, érzelmi relációk szempontjából is megalapozott orvos—beteg viszony során az orvos akarva, nem akarva sok, a beteg számára tulajdonképpen én-idegen tudattartalmakat visz át, amelyek ezután tudataként, saját intenciója és cselekedeteinek motivációjaként jelentkezhetnek. Alkoholista betegeink felvilágosítása, absztinenciára szorítása, a beteget pszichésen is megterhelő averziós kezelés kivitelezése során igen sok és intenzív szuggesztív befolyásolást kell igénybe vennünk (éber szuggesztió). Tapasztalhatjuk, hogy ha csupán intellektuális síkon maradunk, racionálisan szemlélve a legésszerűbb, a legelfogadhatóbb logikus nézetek, instrukciók stb. is hiábavalóknak, a beteg számára elveszetteknek bizonyulnak. Az apa-imago súlyos sérülésével kapcsolatos zavarok a felettes én rendszerben, a társadalmilag elfogadott normák, a morális tartalmak ebből levezethető hiányosságainak lehetőség szerinti korrekciója az orvos gyógyító tevékenységének nevelői munkával való permanens kiegészítését kívánja. Ez a pedagógiai, helyesebben gyógypedagógiai tevékenység hatékonyabban és főleg

gyorsabban végezhető, ha a ráhatás nemcsak értelmes, hanem szuggesztív is. Ugyancsak fokozottabban rászorulunk a szuggesztív módszerekre, ha a beteg értelmi szintje csökkent, ha a szokásos eljárások (pl. Antaethyl-kezelés) valamilyen okból kontraindikáltak. A beteg szuggesztív befolyásolását úgy is fokozhatjuk, ha tudatnívóját pszichofarmakonokkal vagy éppen valamelyik hipnózist kiváltó technikával csökkentjük. Ez utóbbi módszer alkalmasnak látszik arra, hogy az alkoholista betegnek, az akaratgyenge egyénnek akaraterőt, önbizalmat szuggerráljunk, ugyanakkor más vagy éppen új ideált és viselkedési normákat építsünk be személyiségébe a szükségesnek látszó tilalmak mellett. Annak ellenére, hogy az elmondottak logikus terápiás elvnek tűnnek, és a hipnózis technikája aránylag könnyen elsajátítható, mégsem vált tömeges eljárássá. Ennek oka — saját ilyen irányú tapasztalatainkat is figyelembe véve — éppen az alkoholista beteg másik jellegzetesnek talált személyiségvonása, az alkoholista beteg sajátos és fokozott függőségi igénye. Ez éppen a hipnózis-kezelések következtében a terapeuta irányában fokozódhat és túlzott dependencia kialakulásához vezethet. Mivel az eljárás előnyös, érdemes e csapdát elkerülni a Soóky és munkatársai (1967) által kidolgozott és közölt *hipnopédiás csoportterápiás módszer* alkalmazásával. Itt a monoton szóinger nem közvetlenül az orvos részéről, hanem magnetofon-szalagról lejátssza, hangszórók közvetítésével, tehát személytelenebb formában jut a beteghez. A technika egyszerű: tisztálkodás, reggeli után 2 tablettát Noxyront kapnak a betegek, és elsötétített, csendes, lehetőleg kis kórtermekben lefeksznek. Fél óra múlva a hangszóró 75 szótagú, kb. félperces „programot” közvetít permanensen és monoton hangon ismételve. Ennek szövege így hangzik: „Az alkoholizmus tökéletesen gyógyítható betegség. Tudom, hogy én alkoholista voltam, de minden erőmmel gyógyulni akarok. Nem iszom többé pálinkát, bort, likőrt és sört sem. Aki nem iszik szeszes italt, egészséges és erkölcsileg is több.” Mint látható, a program az alkoholizmus betegség jellegét, gyógyíthatóságát, a teljes absztinenciát, az ezzel járó erkölcsi nyereséget sugalmazza. Hetenként hat napon át, délelőtti és délutáni órákban ismételve, hat hétig végzik a kezelést. Eredményeik hosszabb katamnesztikus idő után is jók, a csak gyógyszeres (averziós) kezelésekhöz viszonyítva értékes szanációs többletet jelentenek. A módszer a szerzők szerint lényegileg az ablációs hipnózis és a hipnopédiás módszerek között álló, mindkettőt magában foglaló terápiás kísérletnek tekintendő, amely a személyiség felettes instanciájának a megerősítésére irányul, az ivás elleni kényszer-gondolatok beépítésével.

A relaxációs eljárások tulajdonképpen distanciálást szolgáló módszerekként is felfoghatók. Legismertebb és legelterjedtebb Közép-Európában a SCHULTZ (1950) által kidolgozott progresszív relaxációs módszer, az „autogen training”, röviden a schultzolás. Ez tulajdonképpen a távol-keleti jóga-technikának egyik európai viszonylatra adaptált, filozófiai-vallási elemektől elválasztott, a fiziológiai elemeket kiemelő formája. Az eljárás lényege, hogy a beteg meghatározott előírások alapján gyakorolja a különböző autoszugesztión alapuló, egyik vagy másik végtagról fokozatosan a test egészére kiterjedő relaxációt. Vegetatív tünetek, alvászavarok, neurogén dyspnoes panaszok esetén jó eredményeket értünk el ezzel az eljárással. Hátránya, hogy inkább csak intelligens, együttműködő, gyógyulni akaró, kitartó betegek esetén számíthatunk a sok időt, gyakorlatot igénylő, öngyógyító jellegű eljárás sikerére. Sajnos, ezek a feltételek — éppen alkoholisták betegeik esetén — gyakran hiányoznak.

AZ ALKOHOLISTA BETEG SZOCIOTERÁPIÁJA

Az alkoholizmus okaival foglalkozó irodalom, továbbá az alkoholisták betegek személyiségének tanulmányozása mind világosabbá teszi számunkra a pszichikus zavarokon túl a szociológiai jellegű tényezők nagy fontosságát az alkoholizmus keletkezésében, fennmaradásában, progressziójában. A pszichológiai és szociológiai tényezők szoros kölcsönhatásban állnak egymással, s ahogy pl. a korai személyiségfejlődés zavarainak vizsgálatakor láttuk, nem is választhatók szét. Az alkoholizmus szociálpszichológiai hátterének elemzése, epidemiológiai vizsgálata az alapvető társadalmi változások és viszonylatok kóroktani szerepére hívja fel a figyelmet. Az industrializáció szerepe pl. az urbanizáció folyamatában, amikor az ősi közösségből, annak kontrolljából kiszakadó, izolálódó személyiség fokozottan ki van téve az alkoholizmus veszélyének — egyéb copathogen tényezők összejárásása esetén — ismeretes. Az alkoholizmus terjedésének vizsgálatakor nem szemlélhetjük leegyszerűsített módon az egyén vagy a társadalom anyagi, gazdasági, életszínvonalbeli helyzetének és az alkoholizmusnak a kapcsolatát. A tapasztalat azt bizonyítja, hogy az alkoholizmus az általános életszínvonal emelkedésével nem csökken, hanem növekszik, mint ezt az ún. jóléti, fogyasztói társadalmak példája mutatja. Itt ennél bonyolultabb társadalmi, kulturális, társaslélektani összefüggésről van szó, amely nem változtat azon a felismerésen, hogy az alkoholizmus terjedése egyben a társadalom betegsége, a társadalmi viszonylatok, az emberi kapcsolatok

elégtelen, kóros voltát igazolja, még a szocializmust építő társadalmakon belül is. Sokszor tapasztaljuk, hogy az alkoholizmus társadalmi háttérének felismerése fékezően hat az orvosi tevékenységre, az alkoholizmus elleni küzdelemben való aktivitásra. Az átfogó társadalmi problémák előtérbe helyezése ugyanis felmentést ad, hiszen sem az orvosnak, sem az alkoholizmussal foglalkozó más szakembernek nincs sok lehetősége a társadalmi viszonylatok alakítására, korrekciójára. A cselekvés lehetőségének korlátozottsága azonban nem mentesíthet bennünket az alól, amit megtehetünk (HAASZ és mtsai, 1970). Az alkoholizmus problémájával foglalkozó orvos, pszichológus, szociálpolitikus kutathatja az alkoholizmus mélyebb, társadalmi okait, összefüggéseit és tapasztalatairól korrekt, a tényeket reálisan tükröző jelzést adhat. E jelzések hatékonysága miatt — tapasztalatunk szerint — tartózkodni kell a problémakörön belül minden dramatizálástól, amire — különösen a kérdéssel frissen szembekerülők — érthetően hajlamosak. Erre azért nincs szükség, mert az alkoholizmus családi, társadalmi vonatkozásaiban a maga teljes realizmusában is elég drámai és tragikus. Ezen a területen a meggyőződés szilárdsága, a kitartás előbbre vivő, mint kétségbeesésünk és tehetetlenségünk demonstrálása. A szocioterápia szükségességének elismerése egyben az operatív cselekvés szükségességét is jelenti olyan területen, ahol az orvos kompetenciája, cselekvésének hatékonysága is vitatható. Találkoztunk olyan nézettel is, hogy az orvos ilyen irányú „apostoli tevékenysége” (BÁLINT M., 1961), hasonlóan a jótékonyági egyesületek kétértelmű tevékenységéhez, csak a valódi bajok elkendőzését, a látszatmegoldás révén a végleges megoldás elodázását segíti elő. Bár ez az érvelés igen elgondolkodtató, a gyakorlatban mi az alkoholista beteg egyénnel állunk szemben, és gyógyítására vállalkozva — ha nem is tudjuk ezt átfogó értelemben és radikálisan keresztülvinni — meg kell tennünk azt, ami módunkban áll, hogy élethelyzetén javítsunk, mert enélkül egyéb terápiás tevékenységünk válik kérdésessé, esetleg hiábavalónak bizonyul. Az elmondottakból következik, hogy alkoholista betegeink szocioterápiájának lehetőségei korlátozottak, csak nagy idő- és energiaráfordítással tágíthatók. Úgy is mondhatjuk, hogy jelenlegi gyakorlatunkban a kis pszichoterápia analógiájára csak „kis” szocioterápiára van lehetőségünk.

A „kis” szocioterápia alapja és hatékonyságának záloga a feltáró, diagnosztikus munka. Minthogy nem tudunk minden betegről részletes és ellenőrzött szociografikus felmérést végezni, a beteg élethelyzetének, alkoholizmusa szempontjából is meghatározó és lényegesebb problémáira kell szorítkoznunk. Ehhez viszont a hazai

és a kisebb környezeti viszonylatok (települési, gazdasági, társadalmi, kulturális, ill. szubkulturális stb.), egyszóval a mindennapi élet ismeretére, az abban való jártasságra van szükség. Minthogy rendszeres környezettanulmányozásra — legalábbis egyelőre — nincs lehetőségünk, a betegről, esetleg a hozzátartozóktól nyerhető információkra vagyunk utalva. Ha alapvetően nem is vagyunk bizalmatlanok, az ilyen — akaratlanul is sok szubjektív torzítástól terhelt — információkat bizonyos fenntartással kell fogadnunk és az összefüggések, különösen az ellentmondásos adatok logikus elemzését is el kell sajátítanunk. A valóság ismerete mellett a beteg személyiségének ismerete, viselkedésének elemző vizsgálata segít. Az anamnesztikus személyiségvizsgálatra, az alkoholista beteg már ismertetett biopográfiajára jelentős mértékben tudunk támaszkodni. Ha abból indulunk ki, hogy a személyiségfejlődésben károsodott egyén frusztráció-tűrése gyenge, és ebből adódik számára az elviselhetetlenség, amely alkoholizáláshoz vezet, akkor a feladat az adott esetben is világosabbá válik: adekvát pszichés befolyással kell erősítenünk a személyiséget és csökkentenünk a konfliktuózus élethelyzet okozta nyomást a betegre. Tehát a személyiség gyenge pontjainak megismerése mellett a legbonyolultabb élethelyzetben is szükségünk van a legsúlyosabb és lehetőleg még reverzibilis tényezők, hatások felismerésére. Ha kellő érzékkel rátapintunk e sarkalatos pontokra, s a továbbiakban erre koncentrálnunk a fő tényező további részleteinek feltárásában és operatív megváltoztatásában, akkor hatásosabban segítjük elő a beteg szocioterápiáját, mintha általában és diffúze „segítünk” a betegnek. Az alkoholista betegnél is konfliktuózus, szituációs problémák a házassági, családi viszonylatokban, a munkahelyi, foglalkozási és hivatásbeli területen, a társadalomba való beilleszkedés, a lakásviszonyok terén mutatkoznak (KARDOS Gy. és TÓTH, 1970). Külön nehézséget jelent az otthontalan emberek („homeless men”) problémája (PITTMAN, 1964), az aszociális, vagabund, morál debil, kriminális egyének szocioterápiás befolyásolása.

a) A házassági, családi konfliktus, ill. szituáció rendezése

A szocioterápia nem könnyű, de aránylag hálás területe, főleg mert a konfliktus szereplői, a beteg és házastársa elérhetők és tanácsadással is befolyásolhatók, különösen ha a tanácsadás a helyzet alapos ismeretén alapul. Irodalmi adatokból (88. o.), saját vizsgálatainkból (122. o.) láthattuk, hogy az alkoholisták többsége ($\frac{4}{5}$ -e) házasságon kívüli, elvált, vagy (a vizsgáltak közel fele)

rossz házasságban él. Ez az alkoholista beteg egész személyiségfejlődéséből következik, életvezetéséből, a párválasztás módjából, az éretlen (infantilis), retardált személyiség szexuális téren mutatókozó bajaiból és nehézségeiből. E kérdéscsoportot már korábban részletesen ismertettük. Külön probléma az alkoholista feleség személyisége, amit — éppen jelentősége miatt — sokan tanulmányoztak (GAERTNER, 1939; PRICE, 1945; NAVRATIL, 1947; DUCHENE, 1949; LECOQ és FOUQUET, 1955; BLEURER, 1955; DENKER és mtsai, 1964; GOLDSCHMIDT, 1970). Az alkoholista beteg felesége általában neurotikus, amely egyéni személyiségzavaraiból, de az adott konfliktussal teli szituációból következhet. WHALEN (1953) és PERRIN (1961) szerint ezek az asszonyok eleve alkoholista férjet választanak maguknak. E feltevést megerősíteni látszik az a tapasztalatunk, hogy az alkoholista férj elvesztése után vagy válás esetén ismét alkoholista férjet választanak. Több alkalommal kiderült, hogy apjuk is alkoholista volt, akihez érzelmileg — nemegyszer a domináns anyával szemben — kötődtek, de ezzel mégis identifikálva. Egyes szerzők (pl. FUTTERMANN, 1953; BAILEY, 1961) azt vallják, hogy a feleség éppen dominancia-igénye miatt aktívan elősegíti férje ivását, mert ezáltal tőle függő, kiszolgáltatott helyzetbe kerül. Mások (pl. GAERTNER, 1939) mazochistáknak és frigideknek tartják az alkoholista feleségeket. Nehéz azonban az ilyen általánosításokat elfogadni, hiszen könnyen összecserélődnek az okok és az okozatok.

Saját tapasztalataink szerint *az alkoholisták házasságában az alábbi problémák fordulnak elő a leggyakrabban:*

Életkor szerint is idősebb feleség. Ez nemegyszer az alkoholista beteg túlzott anyakötődése, megoldatlan ödipális kapcsolatának következménye. Mindennapi a domináns feleség, amely a nő karakteréből, de élethelyzetéből is következik, mert rá marad a család gondja, a megélhetés biztosítása, a gyermekek ellátása. Nem ritka az erélytelen, tartás nélküli, szenvedő, sokszor tényleg mazochista benyomást keltő feleség. Teljesen egyezik tapasztalataink más, e kérdéssel foglalkozó szerzőkével az alkoholista beteg rossz házaseletét illetően szexuális vonatkozásban. Ennek oka az alkoholista beteg szexualitásának már tárgyalt éretlensége, elmaradottsága, a latens homoszexuális tendenciák, a csökkent potencia, esetleg korai impotencia, amely már a fokozott alkoholfogyasztás következménye is lehet. Az infantilis önzés a szexualitásban, az altruizmus hiánya, a partnerrel való nemtörődömség vezethet az amúgy is neurotikus feleség teljes frigiditásához. Ez viszont állandó disszenszus, féltékenységi jelenetek, becsmérlések, tettlegességek forrása. Mindehhez járul a szexuális élet primitívsége, kulturálat-

lansága, többek között a kedvezőtlen lakáskörülmények miatt (gyermekkel egy szobában, egy ágyban alszanak, több család, nagyszülők egy szobában laknak). Többnyire megoldatlan a terhességi prevenció is. Ennek korszerű formáit (intrauterin hurok, pesszárium, perorális fogamzásgátlók) nem ismerik. Az elterjedt védekezési mód a coitus interruptus, amely a maga neurotizáló, különösen a nő szexuális kielégülését frusztráló hatásán túl, nem is megbízható, hátha még a közösülés alkoholos befolyásoltság alatt történik. A sok művi abortus, a nem kellően védett, kímélt terhességek gynaekológiai értelemben is károsodáshoz vezetnek. Gyakori az ilyen elhanyagolt, frigid asszonyoknál az adnexitis, az endometritis, a rendszertelen vérzések, a fájdalmas coitus. Az is előfordul, hogy a férj — főleg alkoholos állapotban — a ciklust nem respekálja. Az alkoholista feleség sorsa valóban nem irigylésre méltó. Túrásuk nemegyszer agresszióba, gyűlöletbe csap át, férjük pusztulását kívánják. Bizalmas kapcsolatba kerülve ilyen feleségekkel, gyakran verbalizálják kívánságukat: csináljuk úgy — sokat tudó orvosok foglalkoznak férjével —, hogy ne kerüljön többé haza. Az ilyen extrém eseteken kívül mindennapos, hogy a súlyosan neurotizált házastárs életvitelében és kapcsolatuk kialakításában inadekvát, neurotikus módon viselkedik, és lehetőleg mindig a rosszabb alternatívát választja, ha egyáltalán van választása. Tovább komplikálja a családi szituációt az öreg szülők (após, anyós) jelenléte és beavatkozása. Az amúgy is sok vonatkozásban ambivalens érzelmi viszonylatokat csak még jobban rontják az alkoholista beteg nagyszámú, ismert viselkedési formái. Az is gyakori, hogy az anyós menyé viselkedését, szeretetlenségét okolja fia alkoholizmusáért. A családi légkör megromlásában fontos szerepet játszik a gyermekekhez való viszony. Az apa viselkedése, felelőtlensége, tékozlása, az ebből származó súlyos szemrehányások érthetően lejárattják az apát. Az elégtelenség érzését kerülendő, elfordul gyermekeitől, nem foglalkozik velük, érzelmileg elidegenedik. Az anya túlkompenzáló szeretete, kényeztetése ilyenkor csak újabb disszenzus forrása. Mindez a gyermekek előtt zajlik le, és érthetőek azok a súlyos ártalmak, amelyeket az alkoholista szülők gyermekei elszenvednek (LANTOSYNÉ DABAS E., 1958; GYÖRGY, 1967; MAJLÁTH, 1960; SZÉKELY, 1963; BÓNA). Ugyanakkor a családi botrány légköre arra készíti őket, hogy kifelé akár állandó hazudozással takargassák a helyzetet, ami egyrészt a gyermek őszintétlenségéhez, másrészt a szülő lebecsüléséhez, lekicsinyléséhez vezet (PARNITZKE és PRÜSSING, 1966).

Az alkoholista beteg családjának anyagi védelmét az 1966. évi 27. sz. tvr. 9. §-a lehetővé teszi, ez azonban csak ügyészi indítvány

alapján, bírói úton eszközölhető. Ilyenkor a fizetésnek megítélt részét a munkahely a családnak küldi el. Az ügyészhez a bejelentést az egészségügyi szervek is megtehetik.

b) Munkahelyi, foglalkozás- és hivatásproblémák rendezése

Amikor az alkoholista beteg gyógykezelésre az orvoshoz kerül, az esetek többségében már munkahelyi problémái is vannak. Láttuk a hazai szociografikus jellegű felmérésekből (18. o.), hogy nem az átlag lakossághoz viszonyított alacsonyabb iskolázottság az eredendő probléma, nem is a társadalmi rétegződés szempontjából kimutatható különbségek (több a fizikai, kevesebb a szellemi foglalkozású). Sokkal inkább azok a személyiségi, életvezetésbeli nehézségek, melyek az ivásba menekülést előkészítik, okozzák a hivatásbeli, foglalkozási problémákat, ill. a már alkoholizálás okozta viselkedési abnormitások következtében manifesztálódnak a munkahelyi zavarok és rendellenességek. Saját betegeink részletes anamnesztikus vizsgálata az esetek 25%-ában feltárta az életpályában, a karrierben, a társadalmi pozícióban bekövetkezett törést, pedig betegeink 70%-a munkás, ill. paraszt származású, ebből 62% fizikai munkás, tehát eleve kevesebb lehetőség nyílt arra, hogy a „karrier” megszakadjon. Közismerten gyakoriak az alkoholista betegek munkahelyi problémái (késések, igazolatlan távolmaradások, táppénzcsalások, vándorlás más és más munkahelyre, önkéntes kilépés stb.). Nem általánosítható a munkahelyi lógás, a dologkerülés és a normacsalás az alkoholistáknál. Sőt gyakori, hogy éppen azért nézik el alkoholizálásukat, mert különben jó munkakerők, sőt munkaszeretőknak tekinthetők. Ugyanakkor minden felmérés (VUKOVICH, 1961; KŐHEGYI és BÉDI, 1962, 1963) az alkoholizmussal kapcsolatosan a munkamorál lazítását bizonyítja, melyet nehéz eltúlozni, mert az alkoholizmus ilyen szerepe az esetek jelentős részében fedve marad. Jól mutatják ezt pl. a rövid táppénzes állományt regisztráló adatok aránya a fizetést követő napokon és a hónap többi napján. SMITHERS (1964) kutatásai azonban arra utalnak, hogy az alkoholizmus elleni tervszerű, kitartó tevékenységgel eredmény érhető el a munkahelyeken. Az USA-ban 36 millió munkanap-veszteséget okoz az alkoholizmus. Egyes vállalatoknál, ahol azelőtt az alkoholisták 95%-át többszöri figyelmeztetés után elbocsátották, újabban szakszerű gondozással meg tudták tartani őket és csak 8 %-nak kellett felmondani. Ugyanitt a távolmaradások 70%-kal csökkentek.

A szocioterápiát végző orvos számára a munkahelyi problémák

zöme aránylag könnyebben intézhető, felszíni, mondhatnánk tüneti jelentőségű. A munkafegyelem terén elkövetett mulasztások miatt gyakran fegyelmi eljárás folyt vagy folyik a beteg ellen, különböző retorziókat alkalmazott már a munkahely (fizetésemelésből való kizárás, alacsonyabb vagy rosszabb beosztás, végső esetben felmondás). Minthogy a büntetést az esetek többségében már ismételt figyelmeztetések előzték meg, érthető a szkepszis a munkahely részéről az újabb fogadkozásokat illetően. E problémák rendezése érdekében akkor teszünk legtöbbet, ha sikerül tartós absztinenciát – akár ellenőrzött Antaethyl-szedés révén biztosítani. Tulajdonképpen csak ez esetben van jogunk arra, hogy a munkahelytől az averziós kezelésben együttműködő beteg számára újabb türelmi időt kérjünk. Az üzemi szervek, a munkahelyi vezetők kételkedését az ismételt csalódások miatt meg kell értenünk, és el kell magyaráznunk a különbséget a pusztá fogadkozás és az Antaethyllel alátámasztott absztinencia között. Nemegyszer sikerült a munkahelyi vezetőt (pl. művezetőt, brigádvezetőt stb.) rábeszelnünk arra, hogy maga adja be beosztottjának az Antaethylt. Előfordult olyan részlegvezető is, aki csak Antaethyl bevétele esetén engedte meg a munkába lépést. Általában igen sok függ az alkoholista beteg munkahelyi rehabilitációja tekintetében az üzemi orvostól, a szakszervezeti bizottságoktól, esetleg az egyes nagyüzemekben működő alkoholelleses bizottságoktól (FARAGÓ, 1959; CSUHÁN, 1962a, b, 1970; MÉTNEKI, 1962; BÉRCES, 1970). Sajnos, e probléma megoldása még nem elég szakszerű, inkább az üzemorvosok és a munkavezetők „jóérzésétől” és az alkoholizmussal kapcsolatos egyéni állásfoglalásuktól függ. Az 1966. évi 27. sz. és ezen alapuló 6/1966. Eü.M. rendelet végrehajtása e tekintetben is segítséget nyújthatna, mert a 32/1966. Eü.M. sz. Utasítás (Eü. Közlöny 16. évf. 11. sz.) kötelezővé teszi az üzemorvosoknak, hogy a szakszervezettel és a Vöröskereszt szervezeteivel együttműködve gondozza az alkoholistákat.

Az alkoholista beteggel foglalkozó orvos erőfeszítése, munkájának eredményessége tapasztalatunk szerint nem marad hatás nélkül az üzemi vezetőkre. Az intézeti orvosnak gyakran meg kell keresnie a munkahelyet az alkoholos excesszusokkal kapcsolatos igazolatlan mulasztások esetén, ha emiatt a kezelésre került beteg táppénzjogosultsága problematikussá válik. Amennyiben a beteg láthatóan nemcsak taktikázásból, hanem tényleges gyógyulási szándékból veti alá magát az elvonó kezelésnek, közbelépünk. Általában arra törekedünk, hogy a beteg eredeti munkakörébe kerüljön vissza. Különösen fontos ez a nagyobb üzemekben dolgozó munkásoknál. Ilyen helyeken a beteg társadalmi ellenőrzése

fokozottabb és színvonalasabb. A tbc-s alkoholisták esetében tapasztalható az a tendencia, hogy a munkahelyi rehabilitáció nehézségeinek megkerülése céljából tbc-jük miatt inkább leszázalékolják a beteget. A gyakorlatban tapasztaltuk, hogy az így beállott élethelyzet kedvezőtlen alkoholizmusuk szempontjából, és szabályos társadalmi parazitizmus kialakulásához vezethet. Ugyancsak küzdünk az ellen, hogy az alkoholista beteg az üzemből, a szervezett munkakörülményekből kikerüljön és alkalmi munkát vállaljon, mert ez további társadalmi dezintegrációjához vezet. Hasonlóan káros, ha a szakmunkás vagy betanított munkás segédmunkássá, anyagmozgatóvá csúszik le. Az ilyen irányú munkahelyi változás többnyire már az iszákosság következménye, és a lecsúszással ez csak fokozódik. A gyakorlatban az ilyen egyéni formákban jelentkező munkahelyi problémák szocioterápiás befolyásolása is egyéni, és nem intézhető kiszakítottan a többi befolyásoló tényezőtől. Ezért tervünk kidolgozásakor figyelembe kell vennünk az alkoholista egyén egészségi, erőnléti állapotát, az alkoholos betegségfolyamat fázisát, a családi, lakásügyi stb. vonatkozásokat és az alkoholizmus kezelésében elért eredményeinket prognosztikai szempontból is. A kellő körütekintés ezekben a vonatkozásokban előmozdítja a „kis szocioterápia” sikerét. Bonyolultabb a helyzet, ha az alkoholizmus létrejöttében a már rosszul sikerült pályaválasztási, foglalkozási, hivatásbeli problémák szerepet játszottak, mert korrekciós lehetőségük felnőtt korban, különösen az alkoholista életvezetés okozta károsodásokkal szövődve már nehéz, körülményes és többnyire nem is lehetséges. Az ilyen jellegű problémáknak általában két típusa fordult elő gyakorlatunkban: 1. Amikor a képességen aluli pálya, máskor pedig az átlagosnál magasabb pozíció vagy munkakör fokozza a feszültséget. Bizonyos munkakörökben dolgozók jobban ki vannak téve az alkoholfogyasztás csábításának (pincér, zenész, italszakma, bizonyos idegenforgalmi munkakörök). Ilyenkor a munkakör változtatása, esetleg átképzés révén is szükséges. 2. A hivatással kapcsolatos életforma (pl. művészpálya), a kialakult ivási szokások mozdíthatják elő az alkoholizmus létrejöttét. Ilyen esetekben teljesen egyénileg, az egyén alkotóképességének szempontjait is figyelembe véve gyakorolhatunk csak befolyást.

Végül is arra a következtetésre juthatunk, hogy a hivatásbeli, munkaviszonylati nehézségek jelentkezésekor egyénileg, az adott eset gondos elemzése alapján, a körülmények alapos ismeretében tehetünk csak kísérletet a problémák rendezésére.

c) Lakóhelyi és lakásproblémák

Azok közül a speciális szociokulturális tényezők közül, amelyek az alkoholizmus fenntartásában szerepelnek, jelentősek a tágabb értelemben vett lakóhelyi (települési) és a szűkebb értelemben vett lakásviszonyok. A szerzők, akik az alkoholizmus elterjedtségét lakóhely szerint vizsgálják, kimutatják, hogy a nagyvárosokban, különösen annak bizonyos körzeteiben több az alkoholista, mint vidéken (KEYSERLINGK, 1959; FOUQUET, 1963; SUCHMAN, 1963; FREEMAN és mtsai, 1963; DIETRICH és HERLE, 1963). Lényegében hasonló a helyzet nálunk is, bár KARDOS Gy. és VARGHA (1967) dinamikus vizsgálatai szerint e tekintetben is kiegyenlítődés van Budapest és a vidék között. Az ivási szokások, a környezet ilyen jellegű befolyásolása nem egyszerűsíthető le hazai vonatkozásban sem a város és a falu különbségeire. Vidékenként (szőlő-, gyümölcs-termelés stb. eloszlása) nagyok a különbségek, mint ahogy pl. Budapesten is az egyes körzetekben, a régebbi szegregációt tükröző településeken. Mindezek kimerítő elemzése messze vezetne. A részletek és a helyi jellegzetességek ismerete elsősorban a körzetben tevékenykedő orvosok számára hasznosítható. Egyénileg, de a helyi települési körülményeket is figyelembe véve kell betegünk helyzetét, környezeti viszonyait elemeznünk. Gyakran tapasztaljuk falusi, alkoholista betegeinknél, hogy — otthoni lakás- és munkakörülményeik összekuszálódása után — a városba menekülés útját választják. Igaz, hogy a városokban az ilyen helyzetben levő egyén is könnyebben talál munkalehetőséget, de a „munkarehabilitáció” ilyen megoldásával éppen az alkoholizmus szempontjából nem jók a tapasztalataink. Az otthoni kapcsolataiból kiszakadó, a városba, többnyire nem megfelelő lakásviszonyok közé (munkásszállás, ágyra járás) kerülő beteg alkoholos prognózisa nem jó. Sajnos, vidéki viszonylatban a kevésbé változatos munkalehetőségek mellett az alkoholizmussal kapcsolatos szemléleti elmaradottság is nehezíti az alkoholisták ott-tartását. A szűkebb értelemben vett lakásviszonyok rendezése sok problémát okoz, és erőfeszítéseink e téren a leggyakrabban kudarcra ítélték. Ennek oka az általánosan nehéz lakáshelyzet, különösen a városokban. Alkoholista betegeknél a saját erőből való lakásépítés (szövetkezeti lakás) eleve nem jöhet szóba, az állami lakások kiutalásakor legfeljebb rossz szociális helyzetükkel, a gyermekek számával érvelhetünk, de sem a munkahelyi, sem a társadalmi érdemek nem támasztják alá az ilyen igényt. Ahogy az alkoholista beteg családi élete felbomlik, megindul a lejtőn az otthontalanság felé. Elhagyva a családot, többnyire albérlő, majd ágyrajáró lesz. Ez anyagi helyzetének

súlyos romlásával jár, mert a tartásdíj levonása után amúgy is kevesebbet kap, s ebből az összegből többet kell áldoznia a lakáslehetőségért, mivel az albérlés és az ágyra járás drágább, mint a nagyobb lakás bére. Ilyen körülmények között rohamosan gyorsul a társadalmi és a gazdasági leépülés, amelyet fokozódó alkoholizálás kísér, végül is az esetek jelentős részében a betegség vagy a törvénysértés segíti az alkoholistát a társadalmi gondoskodáshoz, kórház vagy börtön formájában. PITTMAN (1964) az amerikai „Skid Row” lakókról, ezekről a remény nélküli és hajléktalan emberekről állapítja meg, hogy az alkoholista törvénysértők zöme belőlük kerül ki. SMITHERS (1964) szerint az alkoholisták 7%-a otthontalan, lezüllött. Bár nálunk az ilyen otthontalan alkoholisták lakóhely szerinti szegregációja kevésbé éles, külvárosainkban, a vasúti várókban, nyáron természeti körülmények között megtalálhatók. Közülük nagy számban kerülnek ki a visszaeső törvénysértők. Számukra a börtönajtó — mint PITTMAN mondja — „forgóajtót” jelent. Ezeknek az aszociálissá vált alkoholista betegeknek a szocioterápiája, reszocializálása a legnehezebb feladatok közé tartozik. Nemcsak az objektív nehézségek (pl. lakástalanság) miatt, hanem mert ezek az emberek elvesztették az önérzetüknek, az emberi méltóságuknak azt a fokát, amelyen a segítő beavatkozás megtámaszkodhatna. Emberileg többnyire feladták magukat, és ez további viselkedésüket is meghatározza (ROSEMAN, 1955). Ilyen extrém esetekben nyilvánvaló, hogy nemcsak az orvos, de még az egész egészségügyi organizáció is elégtelen a probléma megoldásához, ehhez szélesebb társadalmi összefogás szükséges. Az orvos feladata azonban itt sem szűnik meg; az egészségügyi ellátásukon túlmenően felkutathatja és figyelemmel kísérheti azokat a lehetőségeket — esetleg csak reményt —, amelyek a többi embert is megáldozó csődhelyzetből kivezetheti az alkoholistákat.

VII. AZ ALKOHOLISTA BETEG SZEMÉLYISÉGÉRŐL NYERT ISMERETEINK HASZNOSÍTÁSA AZ ALKOHOLIZMUS ELLENI KÜZDELEMBEN

Az előző fejezetekből, az ismertetett epidemiológiai adatokból egyértelműen kiviláglik, hogy az alkoholizmus súlyos, nagy tömegeket érintő és veszélyeztető népbetegség. Amennyiben az alkoholizmus betegség-konceptióját nemcsak szavakban, hanem ténylegesen elfogadjuk, elterjedtsége kétségtelenné teszi népbetegség jellegét. Ebből viszont logikusan következik, hogy az alkoholizmus elleni küzdelem sokrétű társadalmi vonatkozását is figyelembe véve, népbetegség elleni küzdelemről van szó. Ezért a speciális vonatkozásokat szem előtt tartva, az alkoholizmus elleni küzdelem szervezésében a kezdeti fokon jól értékesíthetők azok az egészségügyi-szervezési tapasztalatok, amelyek más népbetegségek elleni küzdelemből leszármazhatnak. Arra is utaltunk bevezetőnkben, hogy a hazai alkoholizmus elleni küzdelem egészségügyi szervezés szempontjából kezdetleges, hatékonysága gyenge és fejlődésének üteme sem kielégítő (ROSTÁS, 1970). Ez a helyzet arra indít bennünket, hogy tanulmányozzuk és felhasználjuk a külföldi tapasztalatokat. Ugyanakkor számba kell vennünk a jelentős különbségeket a társadalmi struktúrában és az irányításban azokkal az országokkal szemben, ahol előbb hódított tért az alkoholizmus betegség-konceptiója. Elsősorban az USA-ra, a skandináv országokra, a fejlettebb nyugat-európai országokra gondolunk. Az ezekben az országokban folyó alkoholizmus elleni küzdelem módszereit, eredményeit, nehézségeit ismertető irodalmat tanulmányozva arra a felismerésre juthatunk, hogy a mi társadalmi, egészségügyi szervezettségünk mellett az alkoholizmus korszerű szemléletét tükröző elveket hatékonyabban lehetne érvényesíteni. Másként megfogalmazva, azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a szocialista egészségügy az alkoholizmus elleni küzdelemben nagy és kihasználatlan lehetőségekkel rendelkezik (SUJBERT, 1962; BÁLINT I., 1962b; SIMON I.-né, 1970; A. TONGUE, 1970; LEVENDEL, 1971a, b). A tuberkulózis elleni küzdelmünk fejlődése bizonyítja, hogy a szocialista egészségügy tapasztalatainak és lehetőségeinek a felhasználása — a korszerű szakmai ismeretekkel ötvözve — átütő sikereket érhet el, és sok évtizedes elmaradást hozhat be. Sajnos, az alkoholizmus elleni küzdelem a szocialista egészségügynek nem

erős oldala. Ennek okait érdemes volna tanulmányozni. Bizonyára kiderülne, hogy a pszichológiai, szociológiai kutatással szemben elfogult, ma már túlhaladott nézetek e területen is kárt okoztak. Ugyancsak károsnak bizonyult az a szemlélet, amely az alkoholizmust szimplifikáló módon a kapitalista társadalmi viszonyok velejárójának tekintette, és a társadalmi átalakulástól az alkoholizmus problémájának spontán javulását, ill. megoldását várta.

Ha a szocialista egészségügy az alkoholizmus elleni küzdelemben pillanatnyilag még nem is rendelkezik olyan kimunkált modellel, amelynek tapasztalatait közvetlenül hasznosíthatnánk, mégis számos részletkérdésben az intenzív és szervezett tapasztalatcsere hasznosnak bizonyul.

A népbetegségek elleni szervezett küzdelemben a következő területeken szükséges egyidejűleg átgondolt, tervszerű tevékenységet kifejtteni a problémával foglalkozó szakhálózatnak:

1. megelőzés és felvilágosítás;
2. felkutatás;
3. nyilvántartásba, ill. gondozásba vétel, gondozói csoportosítás;
4. gyógykezelés (ambuláns, intézeti);
5. utógondozás;
6. rehabilitáció, reszocializáció, reedukáció;
7. tudományos kutatás;
8. a szakhálózat fejlesztése, káderképzés, továbbképzés.

A fenti problémákat a következőkben a hazai helyzet figyelembevételével, külföldi tapasztalatok felhasználásával, az alkoholista betegek személyiségéről szerzett ismereteinkre támaszkodva érintjük.

MEGELŐZÉS ÉS FELVILÁGOSÍTÁS

A szocialista népegészségügy egyik legfőbb erőssége a gyógyítás összekapcsolása a prevencióval gyógyító-megelőző tevékenység formájában. A megelőzés célja az egészséges ember egészségének megőrzése aktív, folyamatos és rendszeres egészségügyi felügyelet révén, élet- és munkakörülményeinek vizsgálatával és szükség szerinti befolyásolásukkal. Nagy jelentőségű lenne az alkoholizmus elleni küzdelemben, ha ezt az elvet a gyakorlatban lakóterületeken és üzemekben az egyének vonatkozásában keresztül tudnánk vinni. JEAN (1970) az alkoholizmus megelőzésének és kezelésének koordinációját ismertetve a megelőzést a visszaesés megakadályozására is kiterjeszti. Azt állítja, hogy minden kezelés célja a visszaesés megakadályozása, tehát az alkoholizmus vonatkozásában egyik

jellegzetesség a megelőzés és a kezelés azonossága. Az alkoholizmus megelőzésén nálunk ma még az állami ellenőrzés körébe tartozó, a népesség egészét érintő intézkedéseket értik. Ilyenek az alkoholos italok termelését, forgalmazását, propagandáját korlátozó intézkedések. Ismeretes, hogy az alkoholtilalom (prohibíció) mint törekvés az alkoholizmus megszüntetésére, kudarcot szenvedett. Ma már az alkoholizmus ellen küzdő szervezetek sem az alkoholtilalmat, hanem a mértékletességet, vagyis a társadalmilag elfogadott normák szerinti szeszfogyasztást propagálják. Pl. FRASER (1967) elfogadja, hogy az emberek inni fognak. Szerinte azzal kell foglalkoznunk, hogy az ivásuk milyen mérvű legyen, s a nevelés és a kezelés között nem szabad különbséget tenni. Úgy véli, ki kell alakítani a megfelelő ivási normákat. Mindezek ellenére sem vitatható az alkoholdermelés és -fogyasztás összefüggése az alkoholizmussal (KARDOS GY, 1967; VAN ERP, 1970; MÉTNEKI, 1970). E tekintetben — mint a számszerű adatokból kiderül — a helyzet meglehetősen nyugtalanító, és az alkoholdermelés és -forgalmazás tervezett emelkedésével csak rosszabbodás várható (BONTA, 1971). A szűk értelemben vett népgazdasági érdekek és a népegészségügyi érdekek konfliktusa ismeretes, többen élesen bírálták. A kétértelműség, az ellentmondás az elvek és a gyakorlat között (küzdünk az alkoholizmus ellen és évről évre fokozzuk az alkoholos italok termelését és forgalmazását), az alkoholfogyasztás okozta, közvetlenül látható károk (munkaügyi, termelési, ipari, közlekedési balesetek, kriminalitás, egészségügyi stb., amelyeket BOÓR 1967-ben évi 2—2,5 milliárd Ft-ra becsül) mellett morálisan is rontják a szocialista kormányzat hitelét. Ugyanakkor figyelembe kell vennünk, hogy az alkoholfogyasztást korlátozó adminisztratív (tiltó) vagy gazdasági (árpolitikai) intézkedések népszerűtlenek, és így politikai kérdéssé, ill. a tömegkapcsolatok kérdésévé válnak. További nehézséget okoz és más fogyasztási javak fokozott termelését teszi szükségessé az alkoholfogyasztásra költött összegek átcsoportosítása, amely nem is mindig szubjektív szándékoktól függő közgazdasági kérdés. Vitathatatlan a megelőzést szolgáló állami intézkedések anyagi hátránya (7 milliárd Ft-ra becsülhető az állami szeszmonopóliumból származó jövedelem) és a kérdés bonyolultsága. Mindez azonban nem a probléma elhallgatását, megkerülését, hanem szakszerű és ésszerű, de mindenképpen a nép valódi érdekeit szem előtt tartó helyzetelemzést és intézkedést kíván (BÁTAI, 1967; BOÓR, 1968). A megelőzést szolgáló állami intézkedések lehetnek az alkoholos italok árusítását korlátozó rendeletek (fiatalkorúak, ittas egyének kiszolgálásának tilalma) ellenőrzése, betartása vagy a nyilvános alkoholorúsítás időbeli korlátozása (nyitvatartási idő pl. a

gyárak közelében levő italboltok esetén), az italok palackozott formában való árusítása, a zugfőzés, zugárusítás megakadályozása stb. (BACSÓ, 1970). Ezek az intézkedések a lakosság többségének helyesléssel találkozónak (MÉTNEKI és SZÉKELY, 1966). Az alkoholfogyasztás visszaszorítását szolgálhatná az alkoholmentes üdítő italok, gyümölcslevek termelésének jelentős fokozása, az ilyen italok minőségének, választékának javítása. A magyarországi gyümölcstermesztés bősége és minősége nemzetközi vonatkozásban is kiemelkedő, a lehetőségekről nem is szólva. Az ország másfél millió tonnára becsülhető gyümölcs hozamával máris tárolási, feldolgozási, értékesítési problémával küzd, ugyanakkor az évi egy főre jutó gyümölcslé-fogyasztás 1964-ben az USA-ban 25 l, Svájcban 24 l, az NSZK-ban 7 l, Magyarországon 0,4 l. Érthető módon kritikusan tárják fel a helyzet ellentmondásait és problémáit a kérdéssel foglalkozó szerzők (SIMON I.-né, 1965; NAGY Gy., 1963; 1966, 1968; BÁTAI, 1967), akik ugyanakkor konstruktív javaslatokat tesznek. Bár pillanatnyilag az ipar és a kereskedelem a meglévő igényeket sem tudja kielégíteni a szeszmentes üdítő italok tekintetében, ezen a téren is feladat vár az egészségnevelésre. Nálunk az alkoholmentes üdítő italok fogyasztása még nem elég megszokott, nem is népszerű. Fiatalkorúaknál is (ahol ez különösen fontos lenne) az alkoholfogyasztás a felnőtttség jele, ugyanakkor a gyümölcslevek, a szörpök fogyasztásának nincs ilyen nyimbusza. Bár e tekintetben, amióta változatosabb üdítő italok kerülnek forgalomba, fejlődés mutatkozik. A hazai ivási szokások tanulmányozása és elemzése bizonyára jobban megmutatja azokat a lehetőségeket, ahol az alkoholmentes italok fogyasztását növelni lehetne. A tejfogyasztás fokozása is jelentős lehet. A kanadai Vöröskereszt pl. nagy propagandát fejt ki a tej mellett: „Minden étkezésnél igyunk tejet” — hirdeti. Ugyancsak nagy szerepet játszhat a megelőzésben a tudományos szempontból korszerű, racionális néptáplálkozás. TARJÁN (1962) és WILLIAMS (1965) az alkoholizmus létrejöttében a helytelen táplálkozást oki tényezőnek tartja. A megelőzést szolgáló tevékenységre társadalmunkban még sok más lehetőség van. Az a körülmény, hogy a dolgozók 90%-a munkahelyi közösségekben (ipari üzem, bánya, állami gazdaság, termelőszövetkezet) dolgozik (BÉRCES, 1964), éppen úgy lehetőségeket biztosít, mint ahogy az állami és társadalmi szervek együttműködéséből adódó előnyökre a hazai viszonyokat jól ismerő É. TONGUE (1968) hívja fel a figyelmet. Az egészségügyi felvilágosítás az alkoholizmus megelőzésének fontos része; jelentősége és hatásossága — ahogy az alkoholizmus elleni küzdelem szervezettsége fejlődik — minden valószínűség szerint később fokozódik. Hiba volna azonban az

egészségügyi felvilágosítás szerepét csak a megelőzésben látni. Az alkoholizmus elleni küzdelem minden területén, legyen az a felkutatás, a gyógykezelés, a rehabilitáció stb., az egészségügyi felvilágosítás nélkülözhetetlen. Más betegségek gyógykezelése, megelőzése tekintetében is többé-kevésbé érezték az orvosok a felvilágosító munka szükségességét, és ha kevesen is, legalább egy-egy ismeretterjesztő előadás erejéig bekapcsolódtak e munkába. A népbetegségek és azon belül az alkoholizmus elleni küzdelem olyan terület, ahol az egészségügyi felvilágosításnak szerves részévé kell válnia még a „csak” gyógykezeléssel foglalkozó orvos munkájának. A lakosság egészségügyi felvilágosításának ilyen szemlélete már több, mint egészségügyi ismeretek pusztá közlése, ezért helyesebb egészségnevelésről beszélni. Nem véletlen, hogy a gyógyító-megelőző orvoslásból az egészségnevelés önálló tudományként vált ki és indult az utolsó két évtizedben rohamos fejlődésnek. Létjogosultságát az adja, hogy interdiszciplináris, származtatott tudomány, amely az orvostudomány, a szociológia, a pszichológia, a pedagógia, a kommunikációtan stb. eredményeit, módszereit hasznosítja és mintegy integrálja is. Az egészségnevelés — érthetően — legfőbb tevékenységi területének a népbetegségek elleni küzdelmet tekinti. Nem véletlen az sem, hogy hazai vonatkozásban MÉTNEKI (1961, 1962, 1967), MÉTNEKI és ZALÁNYI (1963), MÉTNEKI és SZÉKELY (1966), valamint munkatársai az egészségnevelés terén végzett munkásságukon belül nagy figyelmet szenteltek az alkoholizmus problémájának és a hazai alkoholizmus elleni küzdelemben aktívan bekapcsolódtak. Az egészségügyi felvilágosítás és az egészségnevelés jelentőségét mi sem tükrözi jobban, mint hogy az ilyen jellegű előadások nagy teret kapnak az ICAA által szervezett kongresszusokon és szemináriumokon. Ezeket nemzetközileg is ismert szakemberek foglalkoznak a problémakörrel (Frankfurt a/M.-ben 1964-ben KRAUWEL, BURGESS, GERBER, VOIPIO, SUNDET, MÉTNEKI; Prágában 1966-ban RAINAUT, WHITNEY, MECIR, VOIPIO, FAZIER; Budapesten 1969-ben FLECK, MÉTNEKI, WHITNEY, LINDER). Előadásaikból megállapítható, hogy a felvilágosító munka oly sokrétű, mint maga az alkoholizmus problémája. Módszerei az adott lehetőségeken belül (előadások, tanácsadás, iskolai nevelés, tömegkommunikációs eszközök, sajtó, rádió, televízió, egyházi egyesületi, tömegszervezeti tevékenység stb.) kialakultak. A kérdéssel foglalkozók a problémát különböző szinten közelítik meg. Megítélésünk szerint azok jutnak legtovább, akik az alkoholizmussal kapcsolatos pszichológiai, szociálpszichológiai ismereteiket is érvényesíteni akarják felvilágosító tevékenységükben (pl. VOIPIO) és az alkoholizmus és a társadalmi tudat (MÉTNEKI és SZÉKELY, 1967),

a társadalmi normák (KARDOS Gy., 1967) összefüggéseit is vizsgálják. Az is kiderül azonban, hogy az egészségnevelés — származtatott tudomány lévén — nem juthat tovább, mint az alkoholizmus okainak, patogenezisének a kutatása. Az egészségügyi felvilágosítás hatékonysága függvénye az alkoholizmus kutatásában elért eredményeknek. Ugyanakkor az ismert tények — pl. az alkoholfogyasztás káiról szóló megállapítások folyamatos ismétlése — helyett az egészségnevelésnek követnie kell az alkoholizmus terén szerzett ismereteket, és a modern kommunikációs és szociálpszichológiai elveket és módszereket (PATAKI F., 1964; ILLYÉS GYULÁNÉ és mtsai, 1968) felhasználva, alakítania kell az egyén és társadalom nézeteit az alkoholproblémáról (VERES, 1959). Véleményünk szerint az alkoholista személyiségről szerzett ismeretek átvihetők és hasznosíthatók az egészségnevelésben, módszereinek ki-munkálásában.

A FELKUTATÁS

A népbetegségek elleni szervezett küzdelem egyik legfontosabb, gyógyító-megelőző egészségügyi szolgálatra jellemző módszere a felkutatás. Ez azt jelenti, hogy a szakmai hálózat nem várja be, míg a beteg elhanyagolt állapotban, többnyire már a manifeszt betegségi tünetek következtében passzívra kerül felfedezésre, hanem a betegség kezdeti formáját igyekszik aktíve felkutatni. A tuberkulózis elleni küzdelem szemléletesen bizonyítja a felfedezés passzív és aktív módja közti különbséget. A tbc-hálózatot is évekig lefoglalta, tevékenységének hatékonyságát bénította az a körülmény, hogy a betegek panaszaikkal jelentkezve, sokszor már súlyosan elhanyagolt vagy éppen gyógyíthatatlan állapotban kerültek kezelésre. A hálózat gyógyító kapacitását lekötötték, az intézeti ágyakat lefoglalták az újra és újra visszatérő krónikus, gyógyíthatatlan betegek. Ennek a krónikus betegállománynak a kialakulásában nagy szerepet játszott a késői felfedezés. A tuberkulózis leküzdésében elért sikereket még a szakemberek is hajlamosak kizárólag az antituberkulotikumok felfedezésének tulajdonítani. Pedig a friss esetekben tapasztalt csaknem 100%-os gyógyeredmény elérésében a felkutató munkának, a betegség korai felfedezésének legalább akkora szerepe van. Ezt bizonyítja, hogy az elhanyagolt, főleg krónikussá vált tbc-s betegeknel — az összes antituberkulotikus gyógyszereink latbavetésével is — csak mintegy 30%-os szanációs eredményt tudtunk elérni. A hazai tbc elleni küzdelem nagy erőssége a felkutató munkának nemzetközi vonatkozásban is élvonalbeli megszervezése, melynek során évenként az összlakosság szűrő-

sét biztosítjuk. Bár ennek kiépítése az egészségügyi kormányzattól nem kis anyagi áldozatot követelt, költségei sokszorosán megtérültek az ápolás hatékonyságában. Az alkoholizmus elleni küzdelem mai szakasza sokban emlékeztet a tuberkulózis elleni küzdelem két-három évtized előtti helyzetére. Még abban is van hasonlóság, hogy a tbc gyógyíthatósága a szakemberek körében is vitatott volt, és a közvélemény az egész tbc elleni küzdelem hatékonyságát szintén pesszimistán ítélte meg, még az antituberkulotikumok felfedezése után is jó ideig. Az egész szakma a sok elhanyagoltan felfedezett, infaust, újra és újra visszajáró betegeivel desperáló volt. Jelenleg az alkoholizmus elleni küzdelemben az a helyzet, hogy a szakhálózat kapacitását a krónikus alkoholisták és sokszor a legsúlyosabb, már defektuálódott esetek foglalják le. Lényegében az alkohológus szakorvos elé már csak a súlyos tüneteket mutató, családi, társadalmi vonatkozásban inadekvát viselkedésű, nemegyszer teljesen dezintegrálódott betegek kerülnek. Ezek a betegek az alkoholizmus elleni mai terápiás lehetőségeink mellett legfeljebb csak átmenetileg és tünetileg befolyásolhatók és nem sok sikerélményt nyújtanak a gyógyulásukkal foglalkozóknak. Ennél is nagyobb baj, hogy az eleve kudarcra ítélt terápiás kísérletek csak fokozzák a pesszimizmust az alkoholizmus befolyásolhatósága tekintetében, és fékezik az erőfeszítéseket az anyagi ráfordítást kívánó progresszív törekvéseket illetően. A kiutat ebből a nehéz, sok improduktív munkával járó helyzetből csak az aktív felkutató munka megszervezése biztosíthatja. Ez paradox módon hat, hiszen a szakhálózat kapacitása még az ismert, súlyos alkoholistákat sem tudja ellátni, akkor miért növeljük a lappangó inapercept betegek felkutatásával az amúgy is nagy és nem kellően ellátott betegállományt?

Ugyanez a probléma a tbc elleni küzdelemben is jelentkezett. Nagy ágyhiánnyal küzdött még a hálózat, mikor elkezdtük a felkutató munka megszervezését, s ezáltal nem kis mértékben fokozva a feszültségeket. Mégis a probléma megoldásának ez a módja bizonyult hatásosnak, mert a frissen felfedezett esetek eredményes gyógykezelése erősen lecsökkentette a krónikus állomány utánpótlását. Minden nehézséget, látszólagos ellentmondást figyelembe véve, az alkoholizmus elleni küzdelem jelenlegi szakaszában az aktív felkutató munka megszervezését alapvetően fontosnak tartjuk, mert csak így biztosíthatjuk a korai diagnózist, az idejében történő kezelést és a terápiás törekvések sikerét. Perspektíva és látható eredmények nélkül sem a szakhálózat erőfeszítésére, sem a kormányzati szervek hatékony dotációjára tartósan nem számíthatunk. Ezért fontos, hogy mielőbb szakítsunk azzal a nézettel,

hogy a közvetlen egészségügyi feladat a testi és lelki tünetek megjelenése, tehát a már kialakult alkoholizmus esetén válik szükségessé.

Az alkoholizmus felkutatásának, a korai diagnózis felállításának a nehézségei nagyok, de elvileg nem megoldhatatlanok. A felkutató munka valamely népbetegség esetén annál hatékonyabb, minél egyszerűbb diagnosztikai jeleket találunk, és ezek a betegség etiológiájával lehetőleg specifikus kapcsolatban állnak. Az alkoholizmus kóroktanával foglalkozó fejezetben (22. o.) már idéztük ZENOVICS (1967) megállapítását: „Az alkoholizmus patogenezise rendkívül bonyolult; etiológiai tényező azonban csak egy van, az alkohol.” Logikus tehát, hogy *az alkoholizmus felkutatásában az egyének iváshoz való viszonyából indulunk ki.* Maga az ivás a mi körülményeink között nem kórjelző jelentőségű. Olyan ez, mintha a tbc felkutatásában a lakosság mintegy 90%-os átfertőzöttsége idején tuberkulinszűrővel akartuk volna az aktív eseteket kiemelni. Így szükíteni kell a felkutatás alapjait képező kritériumokat. Eleve figyelmen kívül hagyhatjuk az absztinenseket és a hazai ivási szokások viszonylatában szociális (mértékletes) ivókat. A probléma azoknál kezdődik, akik az ivási szokásoktól eltérően isznak, ill. az excesszív ivóknál. Másként kell megítélnünk a felkutatás szempontjából az időnként, alkalmanként és a gyakran, rendszeresen, sőt szokászerűen excesszív ivókat. Ez utóbbiak — ha még nem is alkoholisták — előbb-utóbb azzá válhatnak. A felkutató munkában az excesszív ivók mellett a másik csomópont — mint láttuk (32. o.) — a „compulsiv need” (vágy a hiányállapot megszüntetésére), a harmadik az ivás kontrollálatlansága: a kontroll felfüggesztése, ill. a kontrollvesztés. Ezek a tünetek az alkoholos betegségfolyamat fázisait jelzik, de lehetőséget nyújtanak a felkutató munkában a még aránylag korai diagnózisra.

Figyelembe véve az egyén és a társadalom tudatát az alkoholproblémával kapcsolatban, *még sok elavult, káros nézettel kell számolnunk éppen az alkoholizmus korai fázisában jelentkező tünetek tekintetében.* Eleinte a probléma elbogatellizálása, humoros megközelítése, elkendőzése a jellemző, majd az alkoholprobléma súlyosbodásakor a morális elítélés, az elutasítás, a kiközösítés. Ilyen körülmények között az excesszív ivók felkutatása is nehézségbe ütközik. Az ideális az lenne, ha az egészségnevelés révén ismertté válnának az alkoholos betegségfolyamat kezdeti fázisára jellemző tünetek, ha a veszélyeztetett egyének motiváltak lennének arra, hogy problémájukkal idejében a szakhálózathoz forduljanak. Ennek természetesen az az előfeltétele, hogy az alkoholgondozókat olyan szakmai szintre emeljük és kapacitásukat úgy növeljük, hogy a pana-

szukkal jelentkezők szakszerű szűrését el tudják végezni az egyéni tanácsadás, ill. vizsgálat során. Osztályunkon részletesen tanulmányoztuk az alkoholista betegségtudat problémáját (NEMES, 1967; SÜLE F. és SÜLE F.-né, 1967). Már a vizsgálatokból kiderült, hogy az alkoholisták előtt — éppen úgy, mint az alkoholellesenes propagandában — a végső stádium, a lezülles lebeg. Érthető, hogy az alkoholista ez ellen a kép ellen hamis ideológiával, betegségbelátása rovására védekezik. Véleményünk szerint az alkoholista betegségtudatnak ez a torzulása általában párhuzamosan halad az alkoholos betegségfolyamat progressziójával, éppúgy, mint viselkedésbeli rendellenességeik. A betegségtudat és az ezzel szoros kapcsolatban álló kooperatív készség befolyásolása ígéretesebb feladatnak látszik a még nem inveterált, nem krónikus esetekben. Ez is a felkutató munka szükségességét, megszervezését sürgeti. Az alkoholista személyiség ismeretében — figyelembe véve súlyos, sokszor elviselhetetlennek tűnő élethelyzetüket, a személyiség sokszoros traumatizáltságát, az infantilis orális fixációból származó függőségi igényt, a támaszkeresést, a törődés igénylését — egyáltalán nem látjuk irreális célkitűzésnek, hogy a nyomasztó problémákat alkoholizálással megoldani kívánó, ekkor még inkább neurotikus jellegű betegség fázisában lévő egyén motivált legyen az orvos felkeresésében. Az alkoholizmus felkutatását végző egység hozzátartozna (a szűrő-állomások és a tbc-gondozók mintájára) az alkohol- vagy ideg-gondozóhoz, esetleg egy általánosabb, mentálhigiéniai problémákkal foglalkozó gondozói hálózathoz, de legalábbis azzal kooperálna. Ha ez a tanácsadó, eligazító „szűrőállomás” társadalmi háttérkapcsolatokkal rendelkezne és megfelelő szemlélettel dolgozna, segítőkészsége és segíteni tudása a hozzá fordulók előtt, majd szélesebb nyilvánosság előtt ismertté válna, s ekkor a problémát nem az igények hiánya, hanem túlságosan nagy száma okozná.

Mindaddig, amíg a feltételek hiányában a felkutatásnak ezt a módját átfogóbban nem lehet kiterjeszteni, a Franciaországban alkalmazott megoldást ajánljuk az excesszív ivók bejelentésére (LEREBOULLET, 1967). Ott elsősorban a házastárs, a család, a közvetlen környezetben élők számára adott ez a lehetőség. Ismerve azonban az ilyen bejelentésekből származó konfliktusokat, valamint az érintettektől eredő információk nemegyszer célzatos túlzásait, jobb, ha a bejelentés kívülálló személytől vagy szervtől érkezik. Az excesszív ivók bejelentése a szakhálózatnak a mi körülményeink között jól megszervezhető. A bejelentésre kötelezhetőek falusi viszonylatban a körorvosok és a védőnők, akik ismerik a lakosságot, vagy legalábbis módjukban áll ilyen irányú adatokat megszerezni. Városi viszonylatban a körzeti orvosok, a gondozónők, az üzem-

orvosok azok, akik az excesszív ivás formáját is el tudják bírálni. Lehetőség nyílik arra is, hogy a szakorvosi hálózat, a szakrendelések, sőt a fekvőbeteg intézetben működő orvosok az alkoholizmusban szenvedő vagy ilyen szempontból veszélyeztetett betegek felhívják a szakhálózat figyelmét. Különösen fontos lenne ez a bal-eseti, mérgezési (öngyilkos) osztályokon dolgozó orvosok részéről. Bejelentésre kötelezhetőek a mentők, a detoxikáló állomások, a rendőrség azon szervei, amelyek az excesszív ivókkal kapcsolatba kerülnek (életvédelmi osztály, fiatalkorú és gyermekvédelmi osztály, közlekedésrendészeti, ill. igazgatásrendészeti osztály pl. alkoholos befolyásolttság alatt elkövetett szabálysértések, garázdaság stb. esetekben; POLLNER, 1970). Értékes adatok birtokába juthatnak az alkoholizmus jelentkezését illetően az igazságügyi szervek (RÁTZ, 1965) (ügyészség, fiatalkorúakkal, válóperes ügyekkel stb. foglalkozó bíróságok, gyámhatóságok). Megfelelő előkészítés után lehetséges az üzemi szervezeteknek (szakszervezet, munkaügyi osztályok, társadalmi bíróságok és tömegszervezetek — Vöröskereszt, Nótanács, KISZ) a bevonása. Az alkoholizmus felkutatását célzó bejelentési rendszernek azonban alapvető elve, hogy az nem lehet retorzió, nem is irányulhat a beteg ellen, hanem a beteg és a megelőzés érdekében kell történnie. Ennek következtében különösen ott, ahol nem az egészségügyi, az állami szervek részéről történik a bejelentés, nagyfokú körültekintésnek, a szervezet kiszélesítésében a fokozottság elvének kell érvényesülnie. Ugyancsak előfeltétel itt is, hogy az alkoholizmust betegségnek tekintsük, különben az amúgy is sérült emberek további traumatizálásához vezethetnek a „feljelentés”-ek. Az egészségügyi felvilágosítás és az egészségnevelés permanens feladatai ezeknek a nehéz problémáknak a megoldásában nyilvánvaló.

NYILVÁNTARTÁSBA, ILL. GONDOZÁSBA VÉTEL, GONDOZÓI CSOPORTOSÍTÁS

A felkutató munka célja, hogy felhívja a figyelmet az inapercept betegekre, ill. a betegség korai fázisában levő egyénekre. Akár az önkéntesen jelentkezőket, akár a bejelentett egyéneket tekintjük, a laikusoktól nyert adatok alapján nem szabad az alkoholizmus diagnózisát kimondanunk. A nyilvántartásba vétel előfeltétele a szakszerű, lehetőleg korai diagnózis biztosítása. Erre lehetőséget ad az auto- és heteroanamnézis felvétele és feldolgozása (l. a III. fejezetben elmondottakat), a neurológiai-pszichiátriai szakorvosi vizsgálat és tesz-t-vizsgálatok (pl. Rorschach). Csak ezen vizsgálati módszerek eredménye alapján dönthetünk arról, vajon a betegség

fennáll-e, s ezután történik a nyilvántartásba vétel. A népbetegség elleni küzdelemben a gondozás megszervezéséhez a nyilvántartásba vétel nélkülözhetetlen. A nyilvántartás csak akkor éri el célját, ha az élő, dinamikus, a betegségfolyamatban bekövetkező változásokat figyelemmel tudja kísérni. Tehát a diagnózis kimondását követő lépés a betegségfolyamat fázisának a megállapítása. Ez további vizsgálatot, obszervációt igényel, amelyre a gondozói csoportosítás külön kategóriát tart fenn. Az alkoholizmus klasszifikációja még nem egységes nálunk. A JELLINEK-féle osztályozásnál megfelelőbbnek tartjuk a LLOPIS-PARET és munkatársai (1963) által javasolt „háromdimenziós klasszifikációs rendszert”, amelyet már röviden ismertettünk (l. 34. o.). A gondozói csoportosításban bizonyos módosítással a tbc terén bevált csoportosítás alkalmazható.

Ennek figyelembevételével a következő gondozói csoportosítást javasoljuk:

I. Gyógykezelési csoport. Ide soroljuk az alkoholizmus különböző fázisába tartozó betegeket, akik intenzív gondozásra, gyógykezelésre szorulnak. E betegek két alcsoportra oszthatók:

I/a) A nem idült alkoholisták (az alkoholos betegségfolyamat különböző, de korábbi fázisai).

I/b) Idült (krónikus) alkoholisták és alkoholos szövődményekkel járó esetek.

II. Utókezelési csoport. Ide tartoznak azok a betegek, akiknél a gyógykezelés (averziós, pszichoterápiás stb.) során sikerült korai gyógyeredményt elérni, de az eredmény stabilizálása, a további javulás érdekében intenzív utókezelésre, gondozásra, rehabilitációra stb. szorulnak. Itt is két alcsoportot különböztetünk meg:

II/a) Jelenlegi feltételek mellett jó prognózisú betegek.

II/b) Prognózisuk kétes, a recidíva veszélye fennáll.

III. Ellenőrzési csoport. Ezek a betegek az I. és II. gondozási csoportból, tehát kezelés és utókezelés után kerülnek az ellenőrzési csoportba. Itt a két alcsoport között éles különbség van:

III/a) Akiknél a gyógyeredmény tartósan bizonyult, kezelésre már nem szorulnak, csak reszocializációs és ellenőrző tevékenységre.

III/b) A gyógykezelésre és utókezelésre nem reagáló (terápiarezisztens), többnyire már idegrendszeri, májkárosodást stb. mutató esetek, ahol az aktív elvonó kezelés, pszichoterápia már nem keresztülvihető vagy céltalan. Feltehetően életük végéig gondozásra, esetleg izolálásra szorulnak.

IV. Kivizsgálási, megfigyelési csoport. Azok az esetek tartoznak ide, amelyeknél az alkoholizmus fennállása kimondható, de a minősítés csak további vizsgálat vagy megfigyelés után végezhető el.

Csak a csoportosítás bevezetése után, a gyakorlati tapasztalatok figyelembevételével lehetne kidolgozni a továbbsorolás kritériumait. Ugyancsak rögzíteni kellene a gyógyulás ismérveit.

Ezt a csoportosítást magunk is vitathatónak tartjuk, de azt gondoljuk, hogy végleges véleményt csak alkalmazása után mondhatunk. A csoportosítás módosítására a lehetőség megvan.

A jelenlegi helyzetben viszont, amikor a legkülönbözőbb fázisú, prognózisú, speciális orvosi beavatkozást igénylő alkoholisták egy kategóriába kerülnek, a tervszerű és adekvát gondozás még csak el sem képzelhető.

A GYÓGYKEZELÉS SZERVEZÉSI PROBLÉMÁI

A gondozási munkában a preventív jellegű tevékenység mellett fontos helyet foglal el a gyógyító munka. Ezt még a testi tünetekkel járó krónikus betegségek gondozásában sem nélkülözhetjük. Még nagyobb a jelentősége a gondozóban végezhető gyógykezelésnek az alkoholizmus esetén. Az alkoholizmus gyógykezelésének elveit és módszereit a VI. fejezetben ismertettük. Itt inkább a gyógykezeléssel kapcsolatos aktuális szervezési problémákra térünk ki, mint pl. a gyógykezelés formái (intézeti, ambuláns, fél ambuláns), a gyógyintézeti kezelés rentabilitása, a kényszerkezelés problémája stb.

A hazai pszichiátriai betegellátás és ezen belül az alkoholizmus gyógykezelése a kelletnél jobban rögzült az intézeti (fekvő beteg) ellátáshoz. Ennek egyik oka lehet, hogy eddig az egészségügy főleg a súlyos, gyakran már pszichiátriai (delírium, hallucinosis) vagy szomatikus szövődményeket mutató esetek ellátását tekintette feladatának (ORTHMAYR, 1970).

Az intézeti kezelés a krónikus betegségek gyógykezelésének a lehetőségek szempontjából kétségtelenül a legtöbbet biztosító, ugyanakkor legköltségesebb módja. Éppen ezért az intézeti kezelés indikációjánál, magánál az intézeti kezelés tartalmi kidolgozásánál a rentabilitás elvét szinte vezető elvként kell szem előtt tartanunk. Az intézeti kezelésnek az ambuláns kezeléssel szemben akkor van értelme, ha az nyilvánvaló előnyökkel jár, amit nemcsak a szakember, de a beteg is érzel. Az intézeti kezelés üresjáratái csak a rendelkezésünkre álló anyagi erők elpazarlását és a gyógyító törekvések diszkreditálását, a szakhálózat demoralizálását eredményezhetik. Eleve helytelennek tartjuk az alkoholista betegek gyógykezelésével foglalkozó osztályokat alkoholelvonó osztályok-

nak nevezni. Az alkoholfogyasztás az alkoholizmusnak, ennek a multifaktoriális, krónikus betegségnek a tünete. Az alkohol-absztinenciát biztosító eljárások — pl. az averziós kezelés — bármennyire is jelentősek, az alkoholizmus komplex gyógykezelésében csak tüneti gyógymódok, amelyek távolról sem határozzák meg, ill. merítik ki az alkoholológiai osztály munkáját. Az alkoholizmus oki terápiáját (személyiségdiagnosztikai bázisra épülő adekvát pszichoterápia és szocioterápia) többnyire csak az averziós, tranquillizáló, antideliráns stb. kezelés nyomán, azzal párhuzamosan tudjuk folytatni. Ezek azonban csak a célhoz vezető eszközök, amelyeket nem szabad összetévesztenünk a célokkal.

Az alkoholizmus komplex terápiája a jelenlegi gyakorlatban azért redukálódott az elvonó kezelésre, mert az alkoholista betegek nagy száma és jelenleg az alkoholisták rendelkezésére álló ágyak száma között igen nagy a diszkrepancia. Ebből következik a kb. 20 napos ápolási idő és az ún. „forgóajtó”, amely még az amúgy is gyenge szanációs eredmények értékét ugyancsak rontja. Egyik betegünk — aki a számára felajánlott averziós kezelést elhárítani igyekezett — igen önérzetesen hangoztatta, hogy ő már hét sikeres elvonó kezelésen esett át. Magunk 15 éven át két krónikus betegség, az alkoholizmus és a tbc együttes gyógykezelésével szereztünk tapasztalatokat. Sok száz beteg kezelése bizonyította, hogy hamarabb meggyógyítottuk kavernás tuberkulózisukat, mint alkoholizmusukat. Átlagos ápolási időnk hat hónap volt. Éppen ezért ahogy nem hihető el, hogy valaki 20 napos intézeti ápolással meggyógyíthat krónikus tbc-s beteget, még kevésbé valószínű, hogy az alkoholizmus 20 nap alatt gyógyítható. Az alkoholosztályok már ismertetett gyenge szankciós eredményei elsősorban e körülményekben, másodsorban az intézetbe utalt betegek nem megfelelő kiválasztásában, harmadsorban az utókezelés hiányában lelik magyarázatukat. Mikor e problémákat feszegetjük, távolról sem az igen nehéz körülmények között, csaknem perspektíva nélkül dolgozó intézeti szakemberek munkáját vagy akár az intézeti gyógykezelés módszerét bíráljuk. Bármennyire értékeljük azonban az intézeti kezelés előnyeit, még a fertőző tbc esetén is látnunk kellett, hogy nem az intézeti kezelés a krónikus betegek gyógykezelésének alapvető formája. Ez fokozottabban áll más krónikus betegségekre (pl. a diabetes, hypertonia, ulcus stb.), így az alkoholizmusra is. Szakítanunk kell — már csak a jelenlegi, biztosan elégtelen intézeti kapacitást is figyelembe véve — a kórházcentrikus szemlélettel. Ennek csökevénye pl., hogy az Antaethyl-kezelést csak intézetben tartják megvalósíthatónak. Intézeti lehetőségeinket csak akkor használhatjuk ki rentábilisan, ha az egy-egy meghatározott időszakban

beleépül az alkoholista beteg évekig tartó gondozásába. Ebből következik, hogy a gondozás, az ambuláns kezelés szervezetileg és lehetőleg területileg is egységet alkosson az intézeti részleggel (kórház—gondozói) egység.

Mai ágyhelyzetünk mellett — figyelembe véve az alkoholisták nagy számát — alkoholológiai osztályaink munkájának súlypontját a feltáró, komplex diagnosztikai munkára kell helyezni, hogy a beteget szomatikus (neurológiai, gasztroenterológiai, hepatológiai stb.), pszichiátriai, pszichológiai, szociálpszichológiai panaszainak a feltárásával alkalmassá tegyünk az adekvát, színvonalas gondozásra. A kivizsgálás, a feltárás alapján elsősorban prognosztikailag kell elbírálni a beteget a várható gyógyeredmény szempontjából. A már defektuálódott, a jelenlegi eszközeinkkel megoldhatatlan betegek esetén céltalan a tartósabb kórházi kezelés. Újabb beutalások csak alkoholos szövődmény (delírium, hallucinosis stb.) fellépésekor válik indokolttá. Nem indikált azonban a kórházi beutalás az ilyen betegeknél újabb excesszusok előfordulása esetén, még ha azok botrányos viselkedéssel is társulnak. Ilyen alkalommal ugyanis nagy a nyomás a környezet részéről, nem is annyira a gyógykezelés, mint inkább a betegről való megszabadulás érdekében. Nehéz dolog, de jelenlegi ágyhelyzetünket tekintve e törekvésnek ellent kell állni már a gondozóban, a beutalási javaslat mérlegelésekor. Analóg helyzet állt elő a tbc gyógykezelésének hazai történetében. Akkor 100 000 fertőző betegünk volt és nem egészen 10 000 ágygal rendelkezünk a tbc-s betegek számára, amikor a társadalmi veszélyességre hivatkozva ágyainkat elsősorban a fertőző betegek izolálására kívánták igénybe venni. Bár ettől az igénytől mereven sohasem lehetett elzárkózni, mégsem engedtünk ennek a különben is irreális szemléletnek, hanem ágyainkat elsősorban a friss és megoldható esetek számára biztosítottuk. Ugyancsak nem kell tartósan hospitalizálni azokat az alkoholista betegeket, akikben a kivizsgálás során már megvan vagy felkelthető a kooperáció gyógykezelésüket illetően, és az a gondozóban, esetleg az alkoholizálástól legérintettebb családtagok (házastárs, szülő stb.) bevonásával biztosítható. Ilyenkor a diagnosztikai feltárás anyagának az átadása a gondozó részére, az averziós kezelés beállítása lehet az alkoholológiai osztály fő feladata. Hosszabb intézeti ápolásra azok az alkoholista, még produktív korban lévő betegek szorulnak, akiknél van remény a megoldásra, a beteg reszocializálására, de ez már ambuláns feltételek mellett — úgy tűnik — nem biztosítható. Ha csak ezt a néhány intézeti indikációt ragadjuk ki, látjuk, hogy az alkoholológiai osztályokon igen intenzív munka szükséges. A fejlesztésre kapott dotációt akkor használjuk fel a legracionálisabban, ha a meglevő,

szakmai fejlődési lehetőségeket mutató osztályainkat erősítjük meg a munka intenzívebbé és hatásosabbá tétele szempontjából. Az alkoholosztályok műszeres igénye kicsi, annál nagyobb a szakember-igény, különösen a szakképzett orvosi munkatársak (pszichológusok, gyógypedagógusok, szociális munkások, ápolók) vonatkozásában. Ha e téren takarékoskodunk, lényegében ágykihasználásunkat rontjuk, ami jóval költségesebb.

Az alkoholizmus hosszan tartó, de eredményes gyógykezelésére az intézeti kezelés jelenlegi formája — még jelentős fejlesztés esetén is — elégtelen. Éppen ezért szükség van az átmeneti intézmények, a fél ambuláns kezelési módok kialakítására, melyeket nálunk ORTHMAYR (1969a) igen helyesen szorgalmazott, figyelembe véve a külföldi tapasztalatokat is komplex ideggondozók és átmeneti intézmények elvi és gyakorlati szervezési kérdéseiről. Egyelőre — az egészségügyi dotációs lehetőségeket is szem előtt tartva — elsőrendű feladatnak az alkoholorészleggel rendelkező gondozói hálózat kiépítése látszik, kerületi és járási szintig, majd az átmeneti intézmények megvalósítása. Így mód nyílna előbb az I/a és a kapacitástól, valamint az egyéni prognosztikai megítéléstől függően az I/b gondozási csoportbeli betegek (l. 283. o.) tömeges kezelésére ambuláns és fél ambuláns módszerekkel. Különben az ilyen átmeneti jellegű „nappali szanatórium” rendszerét kb. 10 éve sikerrel alkalmazzuk a nem súlyos tbc-s esetek gyógykezelésében, még alkoholistá tbc-s betegeknél is. Ilyen esetekben is biztosítjuk az Ant-aethyl szedését annak ellenére, hogy „nappalosnak” az alkoholizmus szempontjából nem elhanyagolt, ezért kooperatívabb betegeket teszünk. A nappalos szanatóriumi módszer az „open door treatment” előnyeit még inkább kidomborítja. Az ambuláns és a fél ambuláns kezelés összehasonlíthatatlanul olcsóbb, mint az intézeti ápolás, eltekintve a kórházi ágyfejlesztés nagy költségeitől. Az alkoholizmus gyógykezelése — ha kitarunk a komplex kezelés elve mellett, és nem szűkítjük le az averziós és gyógyszeres kezelésre, hanem az egyéni és a csoportterápia, a szocioterápia lehetőségét is biztosítani kívánjuk — igen munkaigényes. Ezt a munkát csak sokoldalú szakképzettséggel rendelkező teamre támaszkodva tudja az orvos végezni. Ilyen irányban a gondozói hálózat kifejlesztésével egyetemben alapvető szemléleti változásra is szükség van (BÁLINT I., 1969). Különben csak az ambuláns és fél ambuláns kezelési módok diszkreditálását segítjük elő.

Bár jelenlegi körülményeink között az ambuláns és fél ambuláns gyógykezelési lehetőségek fejlesztése látszik rentábilisabbnak, az alkoholizmus intézeti kezelésének különböző formáira is — a mostaninál szélesebb alapokon — szükség van. Az intézeti kezeléssel

kapcsolatban számos elintézetlen probléma merül fel. Ilyenek az alkoholos ágyak elhelyezése, az alkoholosztályok jellege (zárt, nyílt osztályok), kapcsolata a gondozói hálózattal, a munkaterápiás részekkel, ill. intézetekkel.

A fekvőintézeti ágyfejlesztésnél figyelembe kell venni a létesítés és fenntartás költségességét. Ezért a tervszerűség és a rentabilitás elvét itt különösen hangsúlyoznunk kell. Jelenleg az intézeti kezelésre szoruló alkoholista betegek zöme pszichiátriai osztályokra, esetleg külön alkoholrészlegükre kerül. Az alkoholisták elmebetegek közötti ápolása számos további nehézség forrása, és sem külföldön (GLATT, 1963; MISSIK, 1966), sem nálunk nem vált be általában, bár RÉCSEY (1969) kedvező tapasztalatokról számol be.

A külön alkoholrészleggel kapcsolatban rögtön felmerült annak zárt vagy nyílt osztály jellege. Ez függ a beteganyag összetételétől, az osztály tárgyi és személyi ellátottságától, a követett terápiás elvektől és szemlélettől. Az „open door” rendszer kétségtelenül fejlettebb, jobb eredményt ígérő, de munka- és személyzetigényesebb. Zárt osztályra vagy lezárható részlegre a detoxikálás idején, a pszichiátriai alkoholos szövődmények, delírium, hallucinosis, súlyos elvonási tünetek, nagyfokban leépült és kényszerkezelt betegek esetén mindenképpen szükség van. Nem kísérletezhetünk nyílt ajtóval, ha nincs megfelelő számú szakképzett személyzet biztosítva, ill. az osztály megfelelő légköre nem alakult ki.

A fekvőintézeti részleg kapcsolatait tekintve legfontosabb a gondozói hálózattal való együttműködés biztosítása, a területi elv szem előtti tartása. Amennyiben az alkoholosztály nem kórházon belül van, más szakproblémák ellátására fontos a kórházi háttér biztosítása is. Az alkoholosztályok létesítése szempontjából előnyös, hogy nem igényelnek költséges felszerelést, meglevő, adaptált fekvőintézetekben berendezhetők és fenntartási költségeik munkaterápiás lehetőség megszervezésével csökkenthetők. Mindezeket figyelembe véve, a következő években tervszerűen leadásra kerülő tbc ágyak egy részének ilyen jellegű felhasználását meg kell vizsgálni.

Az alkoholintézet sajátos és biztató perspektívájú formája a munkaterápiás alkoholelvonó osztály, amilyen nálunk 1966-ban létesült Pomázon (Dolina). A 180 ágyas Munkaterápiás Intézetben 100 ágyon alkoholista betegek elvonó, pszicho-, szocio- és munkaterápiája folyik (RÉCSEY, 1969). Itt már az átlagos ápolási idő közel három hónap, amely lehetőséget nyújt jobb szanációs eredmények elérésére. A probléma itt is az, hogy mivel az ilyen jellegű ágyaknak szűkében vagyunk, sok a már előrehaladott folyamatú beteg. Ha kellő számú ilyen jellegű ágy áll rendelkezésünkre, akkor a defekt esetek megoldása, ill. munkaterápiás intézetek keretében

történő elhelyezésük képzelhető el. Nagyszámú az olyan krónikus alkoholisták, akik maguk is igénylik ezt a miliőt, mert a társadalomban életképtelen, viszont ilyen védett, kontrollált környezetben egyensúlyban tartható, sőt produktív munkára is képesek.

Mindazon országokban, ahol a tbc és az alkoholizmus elterjedt, a két betegség együttes előfordulása is igen gyakori. BRETTON és mtsai (1964) szerint Franciaországban a 35 évnél idősebb tbc-s férfiak fele alkoholisták. Ezért különösen a fertőző betegek intézeti kezelése világszerte problémát jelent, és speciális osztályok létesítésével kívánják megoldani (BENOIT, 1961; MERKEL, 1957; LEVENDEL, 1965, 1966a, b, c, 1968, 1970a, b; LEVENDEL és mtsai, 1963, 1964, 1966; BRETTON és mtsai, 1964; SÁRADY, 1966; BÖSZÖRMÉNYI és LEVENDEL, 1966; VALCHÁR, 1967; LE COZ, 1968; KRYSPIN-EXNER, 1970; LEVENDEL, 1971a).

Még egy probléma van, amelyről röviden szólnunk kell: a *kényszerkezelés* kérdése. Az alkoholbetegség egyik gyakori tünete a betegségbelátás hiánya. Szükségesnek látszott az alkoholizmus gyógykezelésében időnként nélkülözhetetlen kényszerítés jogi alapjainak biztosítása és módjainak törvényes rendezése. A NET 27/1966. tvr. és az Eü. M. 6/1966. sz. rendelete e tekintetben előrevívó lépést jelentett, mely a szakemberek tetszésével találkozott annál is inkább, mert a rendelet megalkotásánál véleményüket kikérték. Négy évvel a rendelet megjelenése után a kényszerelvonó kezelés jelen formáiról és „kilátásairól” szólva KARDOS GY. és BALÁZS-PIRI (1970) igen kedvezőtlen tapasztalatokról számol be. A kényszerkezeltek várható eredményeit tapasztalataik és számszerű adataik alapján 10%-ra becsülik. Ez egyenlő az alkoholisták spontán gyógyulási arányával, tehát a kényszerkezeltek intézeti gyógykezelése eredménytelen. Ugyancsak sok problémát jelez BÁLINT I. (1970) is az „alkoholrendelet” értelmezésével és végrehajtásával kapcsolatban. A KARDOS és BALÁZS-PIRI által ismertetett csődhelyzet azért is veszélyes, mert fékezheti az alkoholizmus betegség-konceptiójának térhódítását, amelyet nálunk amúgy is elkésve ismertek el. 1968-ban 100 bírósági ítélettel kényszerelvonó kezelésre kötelezett alkoholistának alig egyhatoda volt valódi alkoholista. Az utóbbi években erősen csökkent a bírósági ítélettel elvonókúrára kötelezettek száma, és arányosan nőtt az egészségügyi szakigazgatási határozattal kezelésre kötelezettek száma. Ez azt jelenti, hogy évről évre növekszik azoknak a száma, akik bűnvádi eljárás helyett egészségügyi szakigazgatási határozattal kerülnek elvonókúrára. E beutaltak is kisebb-nagyobb büncselekményeket követtek el, de cselekményeik nem vezettek büntető eljáráshoz, ehelyett kényszerelvonó kezelésre utasították őket. Elképzelhető e bete-

gek (?) hozzáállása az egész „gyógykezeléshez”. Ennek sikertelensége csak fokozza a család, a környezet teljes tehetetlenségérzését. A deviáns viselkedésű (az esetek egy részében nem is alkoholista) egyén prognózisát is rontja az a tapasztalat, hogy vele szemben az ilyen jellegű „megtorlás” úgymint hatástalan. A kényszerkezelték számának, ill. arányának növekedése egyre kevésbé teszi lehetővé a kezelésüket kérő, orvosi beavatkozással még befolyásolható alkoholista beteg felvételét.

A büntetett és a kényszerkezelt alkoholisták gyógykezelésének sikertelenségei további károkat okoznak azáltal is, hogy diszkreditálják az egész gyógykezelést, fokozzák az amúgy is meglévő, az alkoholizmus elleni küzdelmet bénító szkepszist, igazolva az alkoholizmus gyógyíthatatlanságát. Frusztrálja a nehéz feladatokat vállaló orvosokat, ápolószemélyzetet, megfosztva őket a sikerélménytől. Az alkoholizmus betegség-konceptióját követve elvileg és gyakorlatilag is nehéz a határokat megvonni az alkoholizmus és más deviáns viselkedési módok (kriminalitás, öngyilkosság stb.) között, különösen ha a társadalmi anomia fogalmát MERTON értelmezésében elfogadtuk. A tapasztalat az, hogy a különböző deviáns viselkedési formák között elég gyakori az átfedés (az alkoholizmus pl. gyakran együtt jár kriminalitással, öngyilkossággal). Ennek ellenére bizonyos differenciálás lehetséges, mert pl. az alkoholizmusra a visszavonulási, menekülési anomia, az önpusztító tendencia a jellemzőbb, hasonlóan az öngyilkossághoz (frakcionált öngyilkosság). A kriminális személy támadó a társadalom normáival szemben. Itt döntően agresszív jellegű az anomia, ill. a deviancia. A kriminalitás is társulhat alkoholizálással, illetőleg alkoholizmussal, de különbség mutatkozik a súlyos alkoholista aszociális magatartása és a bűnöző antiszociális magatartása között. Lehet, hogy ez a disztinkció erőltetett és vitatható. Az is valószínű, hogy a társadalom a maga védekező módszerein és eszközein a különböző devianciákkal szemben változtatni fog, és mind humánusabb, a devianciákkal szemben mindinkább értő, mintsem megtorló eszközöket vesz majd igénybe (CSIBA, 1970; PITTMAN, 1970). Ez döntően a társadalom fejlettségének kérdése. Alkoholizmus elleni küzdelmünk jelen helyzetben, amikor az alkoholizmus betegség-konceptiójának az elfogadtatása is problematikus, hibát követnénk el, ha teret engednénk maximalista tendenciáknak. A visszavonulási anomióval jellemzett, önpusztító devianciák (öngyilkosság, alkoholizmus) betegségként való elfogadása nemcsak elvileg látszik könnyebbnek, hanem gyakorlatilag is, mert a befolyásolásukhoz szükséges eszközök és módszerek az egészségügyi apparátuson belül részint ismeretesek, részint adottak, ill. megfelelő dotáció esetén

biztosíthatók. Ezzel szemben a támadó devianciák, a kriminalitás tekintetében még ma nélkülözhetetlen kényszerítés, ill. szabadságkorlátozás eszközeivel az egészségügy nem is rendelkezik, az orvosi mentalitástól, az egészségügyi intézmények egész légkörétől idegen is. Erőltetésük csak balul üthet ki, mint ahogy a KARDOS Gy. által ismertetett helyzet is bizonyítja. Az alkoholizmus betegség-konceptiója nem lehet menlevél a bűncselekmények elkövetői számára, ezt törvényeink sem teszik lehetővé, hiszen az alkoholos befolyásoltságot sem ismeri el joggyakorlatunk enyhítő körülménynek. Más probléma, hogy az alkoholos betegségfolyamat olyan organikus pszichoszindrómához vezethet — esetleg dementiához —, ahol felmerül a beszámíthatóság kérdése. Ilyen esetek azonban semmiképpen sem valók az alkoholelvonó osztályra, hiszen az elvonó kezelés már nem jön szóba. A büntettes alkoholistát a felelősségre vonástól éppen úgy nem védheti meg betegsége, mint ahogy a tbc-s beteget sem. Ez nem jelenti a büntettes beteg orvosi ellátásának a megtagadását. A tbc-s betegek — tapasztalatunk szerint — a börtönkórház tüdőosztályán korszerű gyógykezelésben részesülnek, ahol a gyógyeredmények nem rosszabbak. Sőt, sok olyan tbc-s beteg van, aki éppen rossz kooperációja miatt a szanatóriumokból mindig gyógyulatlanul távozott és a börtönkórházban gyógyult meg. Nincs elvi akadálya, hogy a büntettes alkoholista a börtönviszonyok között is korszerű antialkoholista kezelésben részesüljön. De nehézséget jelent a büntettes alkoholisták nagy száma. Ez az igazságügyi tárca dotációs problémája.

Igazat kell adnunk azoknak, akik azt hangoztatják, hogy ezt a terhet az egészségügy nem vállalhatja. Ennek további erőltetése csak kárára lenne az alkoholizmus betegség-konceptiója elterjedésének, az egész alkoholizmus elleni küzdelmünknek.

AZ UTÓGONDOZÁS

Az intézeti és ambuláns alkoholelvonó kezelések gyenge eredményeit többnyire az utógondozás hiánya vagy elégtelensége okozza. ANGYAL és munkatársai már 1952-ben hangsúlyozták, hogy az elvonókúrák sikere az utókezelésen, gondozáson áll vagy bukik. Saját munkánkban — noha nekünk nagy előnyünk a hosszabb intézeti ápolás lehetősége — leggyengébb pontunk az utógondozás elégtelensége, nemegyszer szervezési okokból, a teljes hiánya. Ha az aktív kezelés után — történjék akár intézetben, akár ambulánsan — nem tudjuk biztosítani az utókezelést (fenntartó, stabilizáló kezelés), szinte előkészítjük a visszaesést, amely az esetek nagy

többségében be is következnek. Ebben az újabb irodalom teljességgel egyetért (BÁLINT I., 1961a, 1969). Ez egyenesen következik az alkoholisták betegek ismertetett főbb személyiségvonásaiból és a milió-hatásokból. A sokszorosan traumatizált, fokozottan dependens személyiség az aktív kezelés során intenzívebb törődés részese, különösen ha egyéni vagy csoportterápiában vesz részt, vagy az osztály légköre megfelelő. A beteg védettebb környezetben, függőségi igényét érzelmileg és nem alkohol segítségével elégíti ki, és így rendezettebb, nagyobb egyensúlyt biztosító helyzetbe kerül. Sokszor tapasztaltuk, hogy jól együttműködő, hónapokig absztinens beteg az elbocsátás időpontjának konkretizálása után „visszaesik”, mintegy prolongálni akarja intézeti tartózkodását. Ez még gyakoribb, ha a beteg jövője nem látszik rendezettnek. Az intézetből távozó beteg, megfelelő utógondozás hiányában magára maradva, válságos helyzetbe — nemegyszer éppen patogén —, régi miliójébe kerül vissza. Valóban az a meglepő, ha a beteg egyensúlyi állapotát megőrizve absztinens marad. Ennek a problémának a megoldásában csak az utógondozás megszervezése segíthet. Előfeltétele a gondozói hálózat kiépítése, a területi elv biztosítása, az intézet és a gondozó szemléleti egysége. Ez utóbbi leginkább akkor ideális, ha a gondozó és a fekvőintézet ugyanaz a szakember direkt, de legalább indirekt irányítása alatt áll. Nem véletlen, hogy hazai viszonylatban is azoknak a gyógyeredményei jobbak, akik ilyen értelemben biztosítják az utógondozást (Soóky, 1967; Soóky és Zahorán, 1961, 1962). Hasonló a kérdéssel foglalkozó külföldi szerzők álláspontja (Turček, 1965; Rotter, 1965 stb.).

REHABILITÁCIÓ, RESZOCIALIZÁCIÓ, REEDUKÁCIÓ

A rehabilitációs törekvések sokirányúak, szűkebben és tágabban értelmezhetők. Ha az alkoholisták beteg munkaképessége csökkent vagy korábbi munkakörére alkalmatlanná vált, a munkarehabilitáció keretén belül kell gondoskodnunk munkaképességének lehetőség szerinti visszaállításáról, új munkahely biztosításáról, átképzéséről stb. Ha a beteg családi, társadalmi beilleszkedése alkoholizmusa miatt problematikussá vált, az eredményes gyógykezelés után reszocializálása a feladatunk. Ha a beilleszkedési nehézségek mélyebb, személyiségfejlődési okai állnak előtérben, a beteg reedukációja szükséges. Annak ellenére, hogy az ilyen jellegű rehabilitációs törekvések szükségessége általában az utógondozás során merül fel, nemegyszer már ambuláns körülmények közt, logikailag, de gyakorlatilag is hamarosan nyilvánvalóvá válik,

hogy a beteg rehabilitációjával minél előbb, lehetőleg még az intézeti ápolás során foglalkozni kell (GÁLFI, 1970). Nem lehet ugyanis eredményes rehabilitációs munkáról addig szó, amíg az ilyen törekvések általános síkon mozognak. Adekvát rehabilitációs munka a személyiség és a milió konkrét ismeretét, részletes egyéni pszichodiagnosztikát, a családi, munkaköri, gazdasági, társadalmi helyzet felmérését, az ezeken belül felmerülő főbb problémák diagnosztizálását tételezi fel. Erre jelenlegi körülményeink között általában az intézeti ápolás során nagyobb lehetőség nyílik. Természetes és magától értetődő lenne, ha az itt nyert információkat — hasonlóan a személyiségvizsgálatok egész anyagához — az utókezelést végző vagy a megtervezett rehabilitációs törekvéseket operatív irányító ambuláns rendelések megkapnák. Ezzel el lehetne kerülni a diagnosztikus munka megismétlését és a munka megszakadásával járó törést a betegvezetés egységességében. Sajnos, ettől a munkastílustól és -módszertől szemléleti és szervezési okok miatt általában még messze vagyunk. Pedig az alkoholista beteg pszichoterápiájában mind nagyobb szerepet kap a csoportterápia, sőt a terápiás közösségek módszere, ezért még fontosabbnak látszik a csoportdinamika hatására a megzavart interperszonális kapcsolatok korrekciójában elért eredmények biztosítása és továbbfejlesztése az utógondozásban és a rehabilitációs törekvésekben. Az alkoholista betegek rehabilitációja az alkoholizmusról tartott kongresszusok, a közlemények állandóan napirenden tartott témája. ROTTER (1967) külön monográfiában foglalkozik az alkoholbetegek rehabilitációjával. Ennek ellenére a konkrét előrehaladás ezen a téren sem kielégítő. Az alkoholizmus gyógykezelésében mutatkozó gyenge gyógyeredményeken kívül ez elsősorban annak tulajdonítható, hogy a különben tiszteletre méltó rehabilitációs törekvések nem eléggé megalapozottak diagnosztikai szempontból és a gyógyítás, az utógondozás, a rehabilitáció egysége szervezetileg nem biztosított. Szervezési szempontból jelentős szerepet játszik az alkoholista betegek rehabilitációjában a klubmozgalom és az Alcoholics Anonymous (A. A.).

Az alkoholista beteg mindazon személyiségvonásai, amelyek a csoportos pszichoterápia vagy a terápiás közösségek jogosultságát hangsúlyozzák — elsősorban megzavart interperszonális kapcsolataira, fokozatos korrekciójukra gondolunk —, az intézeti gyógykezelés, sőt az ambuláns utókezelés során sem változhatnak meg annyira, hogy az ilyen irányú törekvések a továbbiakban feleslegessé válnának. Miután a gyógykezelés folyamán az alkoholista régi környezetéből, társaságából, annak egész légköréből többkevesebb sikerrel kikerült, nem volna kívánatos a kezelés befejezése után ugyanoda visszajuttatni. Zavaró, sőt kifejezetten káros

interperszonális kapcsolatainak szálait elszakítva, nem hagyhatjuk a beteget fokozott izoláltságban, hiszen gyógykezelésének befejezése után még betegtársaival való rendszeres kapcsolata is megszűnik. Arra kell törekednünk, hogy ebben a helyzetben fokozott kapcsolatteremtési igénye gyógyító munkánk céljainak megfelelő legyen, és a megindult személyiségalakító folyamatok pozitív irányban — mintegy autoterápia formájában — tovább fejlődjenek. Ezek a törekvések hozták létre világszerte a *gyógyult alkoholisták klubmozgalmát*. A klub speciális, volt alkoholistákból álló csoport, amelynek célja az elért eredmények megszilárdítása, sőt a csoportdinamika számos pozitív tényezőjének felhasználásával a további személyiségkorrekció, a további gyógyulás biztosítása. A klub ebben mintegy autoterápiás csoport működik, és ha orvos vagy a gyógyító team más tagja részt is vesz a klub munkájában, összejöveteleiben, igyekszik passzív maradni. Szerepe inkább a kapcsolat biztosítása a klub és a gyógyítást végző közösség (alkoholelvonó osztály, szakrendelés, gondozó) között. A klubban maguk a gyógyult alkoholisták igyekeznek patronálás útján a visszaeséseket megakadályozni, a visszaesőket ismét kezelésre irányítani, családi, munkahelyi problémáikban, a rehabilitációban segítséget nyújtani. Emellett a klubok összejövetelei lehetőséget nyújtanak az alkoholizmussal kapcsolatos egészségügyi felvilágosításra, egészségnevelésre, továbbá a kocsmai szórakozásnál színvonalasabb, kulturáltabb szabad idő felhasználásra. A klub összejövetelei, a szinte kötelező megjelenés bizonyos ellenőrzést is jelent. A távolmaradókat — ha annak indoka nem megnyugtató — az „órszolgálat” fel is keresi. A klub összejöveteleire bevonhatják a családtagokat is, vagy azok részére külön összejöveteleket rendeznek. A klub autonóm, maga választotta vezetősége (elnök, titkár, pénztáros) van. Szervezete országonként, helyi körülmények szerint nagy változatosságot mutat. Ilyen szempontból az alkoholkongresszusok, a szemináriumok, az antialkoholista lapok bőséges anyagot nyújtanak. Hazánkban 1959-ben ZAHORÁN MÁTYÁS kezdeményezésére, SOÓKY ANDRÁS szakmai támogatásával indult meg a klubmozgalom Békés megyében, még az Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság megalakulása előtt (SOÓKY és ZAHORÁN, 1962). Példája nyomán és tapasztalatai felhasználásával szerveződtek a budapesti, miskolci, debreceni, kiskvárdai stb. alkoholklubok. E klubok a tiszteletre méltó szándék és erőfeszítések ellenére sem váltak alkoholizmus elleni küzdelmünk, az alkoholista betegek gondozásának olyan jelentős tényezőjévé, mint amennyire elvileg hivatottak lennének. Ennek oka részint az alkoholizmus elleni küzdelmünk szervezeti gyengeségében, részint a klubok autonóm (nem felülről, ill. kívülről irányított) aktivitásá-

nak elégtelenségében keresendő. A klubmozgalom aktivistáinak erejét többnyire a tárgyi feltételek (klubhelyiség, anyagi alapok) biztosítása meríti ki. Ugyancsak hiányzik még a klubok tevékenységének, hatásának orvosszociológiai elemzése, számbavétele és a tapasztalatok felhasználása a további munkában (NYÁRÁDI, 1970; BOCZÁN, 1970).

A klubmozgalommal kapcsolatos az A. A. („Alcoholics Anonymous”). Ez a szervezet az USA-ban 1935-ben alakult abból a célból, hogy összefogja azokat a volt alkoholistákat, akik végleg megakarnak gyógyulni. Egymás segítségével és támogatásával küzdenek visszaesésük ellen. A szervezet tagjai névtelenek (anonimek), amely ugyancsak a csoport fontosságát hangsúlyozza az egyéni segítséggel szemben. Maga az A. A. tájékoztatójában az alábbiakban *ismerteti szervezetük célját, jellegét.*

„A Névtelen Alkoholisták Társasága férfiakból és nőkből áll, akik összegyűjtik saját tapasztalataikat, energiájukat, és abban reménykednek, hogy sikerül megoldaniuk közös problémájukat, és akik segítséget nyújtanak másoknak, hogy megszabaduljanak alkoholizmusuktól.

A társaságba lépés egyetlen feltétele az alkoholfogyasztásról való lemondás vágya. A társaság tagjainak sem tagdíjat, sem hozzájárulást nem kell fizetniük. Abból tartjuk fenn magunkat, amit önkéntesen felajánlanak. Az A. A. nem tartozik semmiféle szektához, valláshoz, politikai párthoz, szervezethez vagy intézményhez. Nem kívánja magát semmiféle irányba lekötöztetni, nem kíván támogatni semmiféle irányzatot és nem száll senkivel szembe. Egyetlen célunk az, hogy józanok és mértékletesek maradjunk, és hogy segítsünk az alkoholistáknak, hogy ők is elérhessék ezt a mértékletességet.”

A társaságnak nincs szigorú szabályzata. Kis csoportokban dolgoznak, és ezek a csoportok évenként egyszer találkoznak. A csoport tagjai 12 pontból álló szabályzatot fogadnak el. Legfontosabb ezek közül, hogy a csoport mindegyik tagjának be kell ismernie betegségét. Mindegyik tag köteles mindenekelőtt 24 órán keresztül absztinensnek lenni. Ez a minimális követelmény. A hosszabb absztinencia — tudják — olyan akaraterőt igényel, amivel még a gyógyulni vágyó alkoholista egyelőre nem rendelkezik. „Az alkoholista mindig alkoholista lesz” elvet elfogadva hangsúlyozzák, hogy számukra nincs visszatérés a „normális” iváshoz. Egyetlen lehetőség az ivás teljes abbahagyása, mert nem az ötödik, tizedik pohár részegíti meg az alkoholistát, hanem az első. Az első pohár a baj oka, ez indítja meg a láncreakciót, a „körhintát”. El kell ismerniük tehát, hogy nincs hatalmuk az alkohol felett. Bármennyire is

előítélettel fogadják az „idült alkoholista” kifejezést — a lezüllt-séggel társítva a fogalmat —, létjogosultságát nem vonhatják kétségbe. Meg kell küzdeniök az alkohol nélküli élet kellemetlenségével és unalmával, azzal a félelemmel, hogy az A. A.-ban társaik unalmasak, ostobák vagy ami még rosszabb, prédikátorok lesznek. Bár az A. A. kiadványait, propagandafüzeteit laikus módon írták, elveik, nézeteik az alkoholizmussal járó szenvedések által érlelt realitásokat tükrözik. Sikereik főleg ennek és a csoporthatásnak köszönhetőek. Szervezetük szinte az egész világot behálózta. A helyi telefonkönyvek első címszavát, az A. A.-t hívta, az alkoholista legelésestebb helyzetében is segítséget kaphat. Írásban is bárki New Yorkban székelő központjukhoz fordulhat, ha a legközelebbi anonim csoporttal kapcsolatot kíván teremteni. A hasonló jellegű francia szervezetről, a Croix d'or társaság tevékenységéről CHAMPEAU számolt be részletesen az 1969-es budapesti konferencián, különös tekintettel az alkoholisták társadalmi rehabilitációjára. Az A. A. hatékonyságát sokan (pl. BERNE) nem tartják kielégítőnek. Mint-hogy számosan kapcsolódnak a mozgalomba, érthető, hogy jelentős az olyan gyógyult alkoholisták száma, akik az A. A. segítségét hangsúlyozzák. Az a felfogás, hogy egyedül ez a tartós gyógyulás útja — túlzó. Egyesek szerint az A. A.-tagok gyógyulása csak lát-szólagos, mert sokan úgy függnek az A. A.-tól, mint régebben az alkoholtól. A kétféle függés közti gyakorlati különbség azonban nyilvánvaló. BERNE (1964), aki az ötszemélyes társasjáték elméletet az alkoholista személyiség interperszonális kapcsolataiban is érvényesülni látja, az A. A.-on belüli kapcsolatok értelmezésére is kiterjeszti felfogását.

Az A. A. zárt közösségeivel szemben — amelyek nem adnak lehetőséget a volt alkoholistáknak a mindennapi életbe való átmenethez — sokan megfelelőbbnek tartják a nyitott csoportokat. Ezek kulturális vagy más téren jobban kapcsolódhatnak nem alkoholista csoportokhoz. Ez a volt alkoholista személyiségének társadalmi adaptálását megkönnyítheti. Ilyen szempontokat egyes hazai csoportokban (Ózd, Békéscsaba) is érvényesítenek.

A SZAKHÁLÓZAT FEJLESZTÉSE. TUDOMÁNYOS KUTATÁS. KÁDERKÉPZÉS, TOVÁBBKÉPZÉS

Többször hangoztattuk, hogy az alkoholizmus elleni küzdelmünk szervezeti kiépítése későn indult meg és általában gyenge. Nehezíti a fejlődést, hogy ma sem eldöntött, ki a kérdés gazdája, az alkoholizmus elleni küzdelem szakmai irányítója. Szemléletileg pozitív

tényező, hogy a Magyar Vöröskereszt Alkoholizmus Elleni Országos Bizottsága nagy társadalmi háttérrel biztosít e munkának, és az érdekelt tárcák, intézmények munkáját koordinálja. Erre a továbbiakban is feltétlen szükség van. Amennyiben azonban elfogadjuk az alkoholizmus betegség-koncepcióját, népbetegség jellegét, a szakmai irányítás és a szakmai munka elsősorban az egészségügyre tartozik. Egészségügyi hálózatunk azonban megfelelő dotáció hiányában nem képes ennek a hatalmas, bonyolult feladatnak a terheit egymaga vállalni. Eddig is történtek helyi kezdeményezések, többek között elszigetelt vállalkozások az alkoholizmussal foglalkozó egészségügyi szakegységek (alkoholelvonó osztályok, ambulanciák, gondozók, munkaterápiás intézet) létrehozására. Az egységes terv szerinti fejlesztés azonban gyorsabb, hatékonyabb és gazdaságosabb lenne. Ehhez nélkülözhetetlennek látszik — más szakmai organizációk mintájára — az országos alkoholológiai intézet létrehozása, amely gazdája, irányítója lenne az alkoholizmus elleni küzdelem szakkérdéseinek. Egy ilyen országos intézetnek kellene foglalkoznia a patogenezis, a patológia, a diagnosztika, a gyógyszeres kezelés, a klinikai farmakológia, a személyiségkutatás, a pszichoterápia, a munkaterápia, a szociológiai és a szociálpszichológiai kutatás, a rehabilitáció, a gondozás, a szervezés, a statisztika, a módszertan stb. kérdéseivel. Arról lehetne vitatkozni, hogy van-e lehetőség e problémákat általánosabb, országos mentálhigiéniai intézet keretébe utalni. Elvileg indokoltnak látszana, de a szükséges anyagi ráfordításokat a kiszélesítés annyira megnövelné, hogy az egész országos intézet létrehozását elodázná és az alkoholizmussal kapcsolatos, amúgy is súlyos helyzet továbbromlását okozhatná. A kisebb igény itt előbbre vivőnek látszik. A tervezést mindenképpen perspektívikusan, a tágabb igények és szükségletek figyelembevételével lehet végezni. Az országos intézet létrehozása keretet biztosítana a felsorolt irányokban végzendő tudományos és kutatómunkának. Tevékenységünk során nem elég csupán a külföldön kidolgozott kutatási eredményekre támaszkodnunk, mert a mi feltételeink, adottságaink mások, és sok tekintetben jobbak is, csak kihasználatlanok. Azt is hangsúlyoztuk, hogy az alkoholizmus elleni küzdelemünk szakmai káderbázisa szűk. Minthogy a kérdéssel foglalkozó speciális szakma (alkohológia) nálunk még nem kialakult, nem nagyszámú, emberbaráti érzésektől vezetett orvos, elsősorban pszichiáter vállalja e súlyos egészségügyi probléma terheit. Ez azonban egy ilyen elterjedt népbetegség elleni küzdelemben elégtelen. Külföldön is vitatott kérdés, hogy ki kezelje az alkoholistákat (KRYSTAL és MOORE, 1963). Minthogy a krónikus alkoholizmust a tankönyvek is többnyire a pszichopátiák sorában tárgyal-

ják, az alkoholizmus orvosi vonatkozásai az elmeügyhöz kerültek, ill. erre a szakágra erőltették. A kis létszámú pszichiátriai szakma az anyagi juttatás, a fejlesztés szempontjából mindig — és sajnos még most is — mostohagyerek. A nagyszámú elmebeteg és a rossz intézeti feltételek miatt az elmeügy saját megoldatlan problémáival küzd, és egymaga nem képes az alkoholizmus elleni küzdelem orvosi feladatait vállalni. Ezenkívül a pszichiáterek egy része — mint FINK (1961) is rámutat — vonakodik alkoholista betegekkel foglalkozni, mert idő- és munkaigényes, nehéz és a gyogyeredmények tekintetében hálátlan feladatnak tűnik. Gyakorlatilag és elvileg egyaránt helytelen és ésszerűtlen az egész alkoholproblémát csak pszichiáterekre hárítani. Az alkoholizmus olyan betegség, melynek nemcsak neurológiai, pszichiátriai vonatkozásai vannak. Az alkoholizmus problémáival találkozik a belgyógyász, a tüdőgyógyász, a venerológus, a mentőorvos, a rendőr, az igazságügyi orvos és főleg a körzeti és üzemi orvos. Jól tudjuk, hogy a körzeti és üzemorvosi rendelőkben mennyi az alkoholizmussal összefüggő probléma, betegállomány, még ha fedő diagnózissal is kerülnek bejegyzésre. Az általános egészségügyi, gyógyító-megelőző hálózat intenzívebb bekapcsolása nélkül lényeges fejlődés az alkoholizmus elleni küzdelemben nehezen képzelhető el (ARATÓ, 1957; IVÁNYI, 1957; SZIRTES, 1958). Ehhez az intenzívebb bekapcsolódáshoz a szervezeti problémák fokozatos megoldása mellett bizonyos ismeretek elsajátítása továbbképzés formájában feltétlenül szükséges, mint arra lengyel vonatkozásban KULISIEWICZ (1962) is rámutat. Ezt az ügyet egyelőre — míg alkoholintézet nem létesül — az Orvostovábbképző Intézet vehetné pártfogásába. Az alkoholológiai jártasság, szakképzettség orvos számára nem túl időigényes feladat. Az Orvostovábbképző Intézet bevonásával meg kellene vizsgálni az alkoholológiai szakképesítés, esetleg szakvizsga ügyét. Sok általános, üzemi, higiénikus, adminisztratív munkakörben dolgozó orvosban meglehet a motiváció az ilyen szakképesítés megszerzésére, főleg ha ezáltal másodállások betöltésére nyílik lehetőség. Különösen arra a törekvő orvosrétegre gondolunk, amely beosztásánál fogva csak fizetésből él, „mellékkereseti” lehetőségekkel nem rendelkezik, és így életszínvonala ennek megfelelően alacsonyabb. Anyagilag is motiválni kellene az orvosi munkatársak érdeklődését az alkoholológia iránt. Az orvosproblémán túlmenően intenzíven jelentkezik a nem orvos, de az alkoholizmussal magasabb szinten foglalkozni tudó káderek hiánya. Elsősorban a klinikai pszichológusok, gyógypedagógusok, szociálhigiénéiával foglalkozók hiányára gondolunk. A pszichológusképzés sok éven át tartó mesterséges háttérbe szorítása ezen a téren is megbosszulja magát.

A káderproblémák enyhítésére törekedve nem hagyhatjuk figyelmen kívül az általános védőnői és szakvédőnői hálózat fokozatos bekapcsolását az alkoholizmus elleni küzdelemben. E tekintetben nem elsősorban új státuszok létesítésével, hanem a meglévő státuszokat betöltő középkáderek megfelelő kiválogatásával, alkoholológiai irányú továbbképzésével, anyagi és erkölcsi motiválásával tudnánk gyorsabban és rentábilisabban előrehaladni. A nálunk is már sok tekintetben időszerű szociális munkások (social worker) képzése szempontjából is előnyösnek látszana, ha abba elsősorban már szociálpolitikai, egészségügyi vonalon dolgozó, ilyen irányú gyakorlattal rendelkező érdeklődőket vonnának be, esetleg munka melletti és így lényegesen olcsóbb oktatási formában. Fontolóra kellene venni, hogy az alkoholológiai hálózatban nemcsak orvosok, hanem más egyetemi végzettséggel rendelkező szakemberek is vezető álláshoz juthassanak, ha az alkoholológiai szakképesítést megszerzik.

Az alkoholizmus elleni küzdelem problémáival a társadalmi szervek (Vöröskereszt, szakszervezetek), rendőri, igazságügyi, a sajtó- és propagandaszervek mind többet foglalkoznak, mert egyre nyilvánvalóbbá válik az alkoholizmus társadalmi és népegészségügyi veszélyessége. Jól tudjuk, sokrétű és bonyolult problémáról van szó, ahol a partikuláris érdekek, helyesebben a vélt érdekek ütköznek össze, és ellentmondásos jelenségekhez, intézkedésekhez vezetnek. Egyre több sürgetést hallhatunk az alkoholizmussal foglalkozó szervek és személyek részéről az intézkedések egyértelműségének és koordináltságának biztosítása érdekében. Az alkoholizmus követelményei súlyosan nehezednek az egészségügyre. Ahhoz, hogy az orvosegészségügyi szervek fokozottabb aktivitást fejthessenek ki e területen, az objektív feltételek biztosításán kívül szemléletbeli változásokra is szükség van. Könyvünkkel ezt a célt is szolgálni kívánjuk.

IRODALOM

- ABEL, H., 1957, Über die Doppelsinnigkeit der Urwörter. Id. FREUD, S., 1910, The Antiethical Meaning of Primal Words. Standard Ed. Vol. II. Hogarth Press, London.
- ABRAHAM, K. L., 1927, The Psychological Relations between Sexuality and Alcoholism. Selected Papers. Institute of Psychoanalysis. Hogarth Press London.
- ÁDÁM GY., 1969, Érzékelés, tudat, emlékezés. Medicina, Budapest.
- ADLER, A., 1941, The individual psychology of the alcoholic patient. *J. Crim. Psychopath.* 3., 74—77.
- ADORJÁNI CS.—GÁLFI B., 1963, A therapeuta szerepe a csoportpszichoterápiában. *Pszichológiai Tanulmányok V.* Akadémiai Kiadó, Budapest. 643—656.
- ADORJÁNI CS.—GÁLFI B., 1965, A pszichotikusok csoportpszichoterápiája. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- ALBAHARY, C.—AUFFRET, M.—GLAND, J. L., 1968, Syndrome de Zieve, hyperlipidémie alcoolique et anémie hémolytique. *Presse Méd.* 76., 371—375.
- ALBOT, G.—HERMAN, J.—FAYE, C. M.—CHARDARD, S., 1957, Pathogenesis of alcoholic hepatitis. *Amer. J. Gastroent.* 27., 53—69.
- ALCOHOLICS ANONYMOUS, 1955, The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism. New and rev. ed. Alcoholics Anonymous Publishing, New York.
- ALEXANDER, F., 1958, A contribution to the theory of play. *Psychoanal. Quart.* 27., 175—193.
- ALEXANDER, F., 1963, Alcohol and Behavioral Disorder; Alcoholism. In: Lucia, P. (ed.) *Alcohol and Civilization.* McGraw-Hill, New York, 130—141.
- ALLARDT, E., 1967, Drinking Norms and Drinking Habits. In: *Drinking and Drinkers.* Finnish Foundation for Alcoholic Studies, Helsinki. 49—56.
- ALLEGEN, L. G.—SALUM, I., 1962, Clinical biochemical in delirium tremens. *Quart. J. Stud. Alc.* 23., 40—51.
- ALMÁSI K.—BLAHA E.—ORTHMAYR A., 1969, A delirium tremens kezeléséről. *Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről.* Budapest, 159—164.
- ALONSO-FERNANDEZ, F., 1964, Die gezielten Indikationen und psychodynamische Wirkung des Chlordiazepoxyd — LIBRIUM — als anti-alkoholisches Psychopharmakon. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 93., 150—164.
- ALLPORT, G. W., 1943, The ego in contemporary psychology. *Psychol. Rev.* 50., 451—478.
- ALLPORT, G. W., 1960, *Personality.* Holt & Co., New York.
- ALLSOP, J.—TURNER, B., 1966, Cerebellar degeneration associated with chronic alcoholism. *J. Neurol. Sci.* 3., 238—258.

- AMICO, G.—MINAZZI, M., 1963, Importanze della regolazione omeostatica nella mortalità per delirium tremens. Riv. sper. freniat. 87., 233.
- ANDORKA R.—CSEH-SZOMBATHY L.—VUKOVICH Gy., 1968, Alkoholizmus. KSH Népegésztudományi Kutató Intézet Közleményei. 24., Budapest. 168.
- ANDORKA R.—CSEH-SZOMBATHY L., 1970, A társadalmi környezet és az egyéni tényezők hatása az alkoholizmus kialakulásában. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 147—148.
- ANGYAL L.—SZOBOR A., 1970, Kóros részegség, abortív kóros részegség. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 195—198.
- ANGYAL L.—VAJDA Á.—NYÁRY P.—RENCSÓK S.—NYÁRY J., 1952, Intézetben kívüli alkoholelvonókúra Antaethyllel. Orv. Hetil. 93., 861—867.
- ARATÓ E., 1957, Az alkoholizmusról. Népeü. 38., 230—233.
- ARENTSEN, K.—SINDRUP, E., 1964, Electroencephalographic investigations of alcoholics. Electroenceph. clin. Neurophysiol. 17., 209—211.
- ARMSTRONG, J. D.—KERR, H. T., 1956, New drug for alcoholism treatment: II. New protective drug in treatment of alcoholism. Canad. M.A.J. 74., 795—797.
- ARMSTRONG, R. G.—WERTHEIMER, M., 1959, Personality structure in alcoholism. Psychol. Newsletter 10., 341—349.
- ASHBY, W. R., 1954, Design for a Brain. Wiley, New York.
- BAAN, P., 1968, Előadás a IV. Nemzetközi Csoportpszichoterápiás Kongresszuson. Wien, szept. 16—21. Id.: HIDAS Gy.—FÜREDI J.—BUDA B., 1969.
- BACHER, F.—CHANOIT, P.—ROUGNETTE, I.—VERDEAUX, G. és I., 1960, Epilepsie et alcoolisme. Études statistiques comparatives de critères E.E.G. Rev. Neurol. 103., 228—235.
- BACON, S. D., 1958, Alcoholics do not drink. Ann. Amer. Acad. Pol. Sci. 315., 55—64.
- BACON, S. D., 1959, Alcoholism, a definition and a note on the background of current research. Amer. J. Orthopsych. 29., 513—518.
- BACON, S. D., 1962, I. PITTMAN—SNYDER.
- BACON, S. D., 1969, The social impact of alcohol. Quart. J. Stud. Alc. 30., 249.
- BACSÓ J., 1970, Az alkoholizmus elleni küzdelem jogi eszközei. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 180—183.
- BAILEY, M. B., 1961, Alcoholism and marriage. Quart. J. Stud. Alc. 22., 81—97.
- BALÁZS B., 1967, Ambuláns kezeléskor Antaethyl tablettá és apomorphin együttes alkalmazása terén szerzett tapasztalataink. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalompolitikai problémái. Budapest. 55—57.
- BALÁZS-PIRI T.—HEGEDŰS A., 1968, Színjátzó terápia mint a csoportterápia sajátos válfaja alkoholisták komplex gyógykezelésében. Magy. Pszichol. Szle 25., 123—132.
- BALES, R. F., 1944, The Fixation Factor in Alcoholic Addiction. I. PITTMAN—SNYDER.
- BÁLINT I., 1961/a, Az alkoholista gondozás jelen problémái. A neuropsychiatria aktuális kérdései. Budapest, 457.
- BÁLINT I., 1961/b, Alkoholos befolyásoltság figyelemre gyakorolt hatásának kísérletes vizsgálata. Egészségtud. 5., 80—85.
- BÁLINT I., 1962/a, Ambuláns kezelések jelentősége az alkoholizmus terápiájában. Eü.felvil. 3., 40—43.

- BÁLINT I., 1962/b, Az alkoholizmus elleni küzdelem módszerei. Eü.M. Felv. Közp., Budapest.
- BÁLINT I., 1963, Ambuláns apomorphin kezelés eredményei katamnesztikus vizsgálatok tükrében. *Orv.Hetil.* 104., 120—123.
- BÁLINT I., 1965, Néhány tapasztalat az alkoholisták kényszerelvonó kezelésével kapcsolatban. *Ref.Szle* 5., 15—16.
- BÁLINT I., 1967, Katamnesztikus vizsgálatok ambulanter kezelt alkoholistáknál (1959—1964). Az alkoholizmus orvostudományi és társadalmpolitikai problémái. Budapest, 47—53.
- BÁLINT I., 1969, Alkoholista betegek szakgondozásának strukturális problémái. *Ref.Szle* 21—22., 18—20.
- BÁLINT I., 1970, Az alkoholista betegek gondozása Budapesten. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 163—166.
- BÁLINT M., 1961, Az orvos, a betege és a betegség. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- BÁLINT M., 1965, Az orvos gyógyító szerepének fejlődésmentete. *Orv. Hetil.* 106., 1345—1350.
- BÁLINT, M.—BÁLINT, E.—GOSLING, R.—HILDEBRAND, P., 1966, A Study of Doctors. Tavistock, London. 146.
- BALLIF, L.—MOSCOVICI, M.—GANU, T.—VOICU, T., 1961, Relatiile dintre manifestarile clinice din alcoolismul cronic si imagines pneumoencefalografica. *Neurol. Psych. Neurochir.* 5., 481—487.
- BÁN, T. A.—LEHMAN, H. E.—ROY, P., 1966, Rapport préliminaire sur l'effect thérapeutique du Flagyl dans l'alcoolisme. *Un.med.Can.* 95., 147—149.
- BÁTAI T., 1967, Magyarország gyümölcstermelése és annak problémái. *Ref.Szle* 14., 10—11.
- BÁTAI T., 1968, Szeszkesital fogyasztás alakulása és az alkoholizmus elleni küzdelem. *Ref.Szle* 13., 6—8.
- BATCHELOR, I. R. C., 1954, Psychopathic states and attempted suicide. *Brit. med. J.* 1., 1342—1347.
- BECKER, H. S., 1963, Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance. The Free Press of Glencoe, New York.
- BECKER, H. S., 1964, The Other Side, Perspectives in Deviance. The Free Press of Glencoe, New York.
- BECHTYEREV, W., 1913, Objektive Psychologie oder Psychoreflexologie. Teubner, Leipzig.
- BÉKÉSI, G., 1967, Sensory Inhibitor. Princeton Univ. Press, Princeton.
- BÉNASSY, M., 1965, Théorie du narcissisme de Federn. *Rev. Franç. de Psychanal.* 29., 533—560.
- BENATI, E., 1968, Effetti terapeutici di uno stimulo emodinamico massimale nel delirium tremens. ICAA 14. Kongresszusa, Milánó.
- BENEDEK, TH., 1949, The psychosomatic implications of the primary unit: mother-child. *Amer. J. Orthopsychiat.* 19., 642—654.
- BENEDEK, TH., 1956, Psychobiological aspects of anothering, *Amer. J. Orthopsychiat.*, 26., 272—278.
- BENEDETTI, G., 1952, Die Alkoholhalluzinosen. G. Thieme, Stuttgart.
- BENEDETTI, G., 1957, Die Bedeutung der Persönlichkeitsanalyse für die endokrinische Forschung. *Z. Psychoter. med. Psychol.* 7., 1—9.
- BENOIT, G., 1961, Le fait alcool en milieu sanatorial. *Rev. Alcool.* 7., 190—203.
- BÉRCES, J., 1964, Az üzemek feladatai az iszákosság megelőzésében. *Ref. Szle* 2., 1—3.

- BÉRCES J., 1970, A szakszervezetek tevékenysége az alkoholizmus elleni küzdelemben, 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 234—235.
- BERGLER, E., 1942, Psychological interrelation between alcoholism and genital sexuality. *J. Crim. Psychopath.* 4., 1—13.
- BERGLER, E., 1946, Personality traits of alcohol addicts. *Quart. J. Stud. Alc.* 7., 356—359.
- BERGLER, E., 1949, Regression orale et masochisme psychique. In „The basic neurosis.” Grune and Stratton, New York.
- BERNE, E., 1961, Transactional Analysis in Psychotherapy. Grove Press, New York.
- BERNE, E., 1964, Games People Play. The Psychology of Human Relationships. Grove Press, New York.
- BERNE, E., 1966, Principles of Group Treatment. Oxford. Univ. Press, New York, London. 379.
- BERTALANFFY, L., von, 1950, The theory of open systems in physics and biology. *Science* 111., 23—29.
- BERTALANFFY, L., von, 1952, Problems of Life. J. Wiley, New York.
- BILLING, O.—SULLIVAN, D. J., 1943, Personality structure and prognosis of alcohol addiction: a Rorschach study. *Quart. J. Stud. Alc.* 3., 554—573.
- BILZ, R., 1959, Trinker. Eine Untersuchung über das Erleben und Verhalten der Alkoholhalluzinanten. F. Enke, Stuttgart.
- BION, R. R., 1961, Le maniement psychothérapique de disulfirame. *Rev. Alcool.* 4., 289.
- (БИРМАН, В. И.) Бирман, В. И. 1951, Опыт клинико-физиологического определения типов высшей. деят. Журн. высш. нервн. деят. 1., 879—888.
- BLANE, H. T., 1968, The Personality of the Alcoholics. Harper und Rew, New York.
- BLEULER, M., 1955, Familiar and Personal Background of Chronic Alcoholics. In: DIETHELM, O., 1955, Etiology of Chronic Alcoholism. Thomas Springfield, 110—166.
- BLOCK, M. A., 1959, Alcoholism and the medical profession. *Amer. J. Publ. Hlth* 49., 1017—1024.
- BLOOM, S. W., 1963, The Doctor and his Patient. A Sociological Interpretation. Russel Sage Foundation, New York, 270.
- BLUM, E. M., 1966, Psychoanalytic views on alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 27., 259—299.
- BOCHNER, F.—HALPERN, F., 1945, The Clinical Application of the Rorschach Test. II. kiad. Grune and Stratton, New York.
- BOCHNIK, H. J.—BURCHARD, J.—DICK, C., 1959, Alkoholmißbrauch bei Frauen. Klinische Erfahrungen zwischen 1936 und 1957. *Nervenarzt* 30., 433—442.
- BOCZÁN J., 1966, Pipolphen alkalmazása alkoholelvonásban. *Gyógyszereink* 16., 494—500.
- BOCZÁN J., 1970, A pszichiáter szerepe az alkoholmentes kluboknál. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 124.
- BOGUE, D. J., 1963, Skid Row in American Cities. Community and Family Study Center. Univ. of Chicago.
- BOHM, E., 1957, Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik. 2. kiad. Hans Huber, Bern. 441.
- BÓNA Gy., A szülők alkoholizmusának hatása gyermekükre. Kézirat.
- BONTA M., 1971, Beszámoló az Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság Egészségügyi és Tudományos Albizottsága 1971. febr. 22-i ülésén.

- Boór K., 1967, Az alkoholizmus elleni küzdelem népgazdasági vonatkozásai. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalmpolitikai problémái. Budapest. 115—124.
- Boór K., 1968, Szeszitalok és szeszmentes italok fogyasztásának alakulása 1968. I. félévében. *Ref.Szle* 20., 15—18.
- BOTTEGAY, R., 1961, Comparative investigations of the genesis of alcoholism and drug addiction. *Bull. on Narcotics* 13., 7—16.
- BOTTEGAY, R., 1965, Gruppenpsychotherapie und modernes psychiatrisches Spital. *Nervenarzt* 37., 160—164.
- BOTTEGAY, R., 1966, Die Gruppe als Ort des Haltes in der Behandlung Süchtiger. *Prax. Psychother.* 1., 31—41.
- BOULDING, K. E., 1969, A rendszermélet mint szemléletmód. „Rendszermélet.” *Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.*
- BÖSZÖRMÉNYI Z., 1956, Csoportterápiás kísérletek schizophrénekkal és alkoholistákkal. *Ideggyógy. Szle* 9., 236—238.
- BÖSZÖRMÉNYI Z., 1965, Csoportpszichoterápiás tapasztalatok pszichotikusoknál. *MTA Pszichológiai Tanulmányok VII. Akadémiai Kiadó, Budapest.* 313—320.
- BÖSZÖRMÉNYI M.—LEVENDEL L., 1966, A beteg hiányos kooperációjának problémája a tbc elleni küzdelem tükrében. *Orv. Hetil.* 107., 1—6.
- BÖSZÖRMÉNYI Z.—MOUSSONG-KOVÁCS E., 1967, *Orvosi pszichológia.* Tankönyvkiadó, Budapest. 402.
- BÖSZÖRMÉNYI Z.—SCHRÁGLI Gy., 1960, Adatok a női alkoholizmus kérdéséhez. *Ideggy. Szle* 13., 289—300.
- BRÄUTIGAM, W., 1958, Psychotherapie bei Süchtigen. *Nervenarzt* 29., 445—451.
- BRÄUTIGAM, W., 1960, Arzt und Patient in der psychotherapeutischen Situation. *Jb. Psychol. Psychother.* 7., 27—38.
- BRETTON, G.—BRETTON, R.—REVOL, H., 1964, Résultats et réflexions sur deux ans de lutte antialcoolique d'un Sanatorium de Clairvoire. *Rev. Tbc.* 28., 1056—1065.
- BRIERLEY, M., 1947, Notes on psychoanalysis and integrative laving. *Int. J. Psychoanal.* 28., Part II., 54—67.
- BRINKMANN, D., 1948, Über ein Grundprinzip der psychologischen Typenlehren. *Schweiz. Z. Psychol.* 7., 191—207.
- BROMBERG, W.—SCHILDER, P., 1933, Psychological considerations in alcoholic hallucinosis, castration and dismembering motives. *Int. J. Psychoanal.* 14., 206—224.
- BRUCH, H., 1969, Hunger and instinct. *J. Nerv. Ment. Dis.* 149., 91—114.
- BUDA B., 1965, A szerep fogalma a szociálpszichológiában. *Magy. Pszichol. Szle* 22., 101—112.
- BUDA B., 1966, Szociológiai kutatások pszichiátriai megbetegedésekkel kapcsolatban. Előadás az Országos Korányi Tbc Intézetben. Budapest, 1966. III. 8.
- BUDA B., 1969, A szociálpszichológia és modern kutatási irányzatai. *Ped. és Pszichol.* 1., 3—96.
- BUDA B., 1969, Homoszexualitás. *Orv. Hetil.* 110., 2137—2149.
- BUDA B., 1970, Az alkoholizmus szociálpszichiátriai vizsgálata. *Alkohológia* 1—2., 15—22.
- BUDA B.—KISS J.—SIMON Gy.—HEGEDŰS I., 1970, Személyiségproblémák és interperszonális feszültségek az alkoholizmus kialakulásában. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 150—151.
- BURBERIDGE, T. N.—HINE, CH. H.—SCHICLE, A. F., 1950, A simple spectro-

- photometric method of the determination of acetaldehyde in blood. *J. Lab. Clin. Med.* 35., 983—987.
- BURGESS, R., 1964, Felvilágosító nevelés az alkoholizmussal kapcsolatban. Tanulmány a Frankfurt a/M.-ben 1964. IX. 6—12-én tartott kongresszusra. (Kézirat.)
- BURTON, G., 1962, Group counseling with alcoholics and their nonalcoholic wives. *Marriage and Family Living* 24., 56—61.
- BUTTON, A. D. D., 1956, The genesis and development of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 17., 671—675.
- BÜHLER, CH., 1957, Zur Typologie des menschlichen Lebenslaufs. *Psychol. Rundsch.* 8., 1—15.
- BÜHLER, CH., 1960, Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem. Verlag Psychol., Göttingen.
- BÜHLER, CH.—LEFEVER, D. W., 1947, A Rorschach study of the psychological characteristics of alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 8., 197—260.
- BÜHRER, O. A., 1964, Über 204 Fälle von Delirium tremens. *Münch. med. Wschr.* 106., 1016—1020.
- CACHIN, M.—NIVET, M., 1961, Les épisodes comateux au cours des cirrhoses alcooliques. *Rev. Alcool.* 3., 177—189.
- CAHALAN, D.—CISIN, I. H.—CROSSLEY, H. M., 1967, A National Surgery of Behavior and Attitudes Related to Alcoholic Beverages. Report No. 3. Social Research Group. The George Washington Univ. 377 o.
- CALDONAZZO, C.—ACORBIS, A., 1963, Confronto fra curva alcoolemia da carico di giovani soggetti con e senza fare etilistiche familiari. *Acta neurol. Napoli* 18., 92—119.
- CANNON, W. B., 1939, *The Wisdom of the Body.* Norton Co., New York.
- CARPENTER, E. S., 1959, Alcohol in the Iroquois dream quest. *Amer. J. Psychiat.* 116., 148—151.
- CARPENTER, J. A.—MOORE, O. K.—SNYDER, CH. R.—LISANSKY, E. S., 1961, Alcohol and higher-order problem solving. *Quart. J. Stud. Alc.* 22., 183—222.
- CARUSO, I., 1947, Zur Psychologie der Morphiumsucht. *Inter. 2. Individualps.* 16., 152—168.
- CASEY, A., 1960, The effect of stress on the consumption of alcohol and reserpine. *Quart. J. Stud. Alc.* 21., 208—216.
- CASIER, H., 1962, Accumulation of alcohol metabolites in the form of total lipids and fatty acids in the organism. *Quart. J. Stud. Alc.* 23., 529—548.
- CHAFETZ, M. E., 1959, Practical and theoretical considerations in the psychotherapy of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 20., 281—291.
- CHAFETZ, M. E., 1961, Alcoholism problems and programs in Czechoslovakia, Poland and the Soviet Union. *New Engl. J. Med.* 265., 68—94.
- CHAFETZ, M. E., 1962, Alcoholism problems and programs in Hungary, Yugoslavia, Rumania and Bulgaria. *New Engl. J. Med.* 266., 1362—1367.
- CHAFETZ, M. E.—DEMONE, H. W., 1962, *Alcoholism and Society.* New York Oxford Univ. Press, 320.
- CHAMPEAU, D. P., 1965, Le sulfate de magnésie hypertonique intravenaeux dans la cure ambulatoire. *Rev. Alcool.* 11., 330—333.
- CHAMPEAU, D., 1969, Az Aranykereszt szerepe az alkoholisták társadalomba való visszavezetésére. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 167—168.

- CHAPLIN, J. P.—KRAWIEC, T. S., 1962, *Systems and Theories of Psychology*. Holt, Rinhart and Winston, New York.
- CHARDIN, de T., 1955, *Le phénomène humain*. Le Seuil, Paris.
- CHARNOFF, S. M.—KISSIN, B.—REED, J. I., 1963, An evaluation of various psychotherapeutic agents in the long term treatment of chronic alcoholism. *Amer. J. Med. Sci.* 246., 172—179.
- CHARONNAT, R.—LECHAT, P.—CHARETON, J., 1953, Recherches biologiques sur la nature du choc thiaminique. *Ann. pharm. franç.* 11., 735—740.
- CHARONNAT, R.—LECHAT, P.—CHARETON, J., 1957, Sur les propriétés pharmacodynamiques d'un dérivé thiazolique. *Thérapie* 12., 68—71.
- CHASSEL, J., 1938, The familiar constellation in the etiology of essential alcoholism. *Psychiatry* 1., 473—503.
- CHESSICK, R. D.—LOOFF, D. H.—PRICE, H. G., 1961, The alcoholienarcotic addict. *Quart. J. Stud. Alc.* 22., 261—268.
- CLANCY, J., 1961, Procrastination, a defense against sobriety. *Quart. J. J. Stud. Alc.* 22., 269—276.
- CLANCY, J., 1962, The use of intellectual processes in group psychotherapy with alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 23., 432—441.
- CLINARD, M. B., 1962, *The Public Drinking House and Society*. PITTMAN-SNYDER id. könyvében.
- CLINARD, M. B. 1964, *Anomie and Deviant Behavior*. The Free Press of Glencoe, New York, 324.
- COIROULT-LABORIT, 1956, *Le delirium tremens*. Masson, Paris.
- CONGER, J. J., 1961, Perception, learning and emotion. The role of alcohol. *Quart. J. Stud. Alc.* 22., 31—39.
- COON, C. S., 1965, Growth and Development of Social Groups. In: „Man and his Future.” Ed. by G. Wolstenholme, Churcill Ltd., London.
- CORIAT, I. H., 1917, Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses. *Psychoanal. Rev.* 4., 209—216.
- COTTON, J. W., 1955, On making predictions from Hull's theory. *Psychol. Rev.* 62., 303—314.
- CSALAY L.—POTONDI A.—CSÁKVÁRI G., 1970, Alkohol hatása kísérletes agyi hypoxiára. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 66—68.
- CSEH-SZOMBATHY L., 1963, Az öngyilkosságok társadalmi jellege. *Demográfia* 2., 186—216.
- CSELKÓ L.—ALPÁR GY., 1954, Az alkoholos befolyásoltóság megállapításának esapatörvosi vonatkozásairól. *Katonaröv. Szle* 6., 869—875.
- CSIBA I., 1970, Az alkoholizmus elleni küzdelem jelentősége a bűnözés megelőzésében. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 186—189.
- CSUHÁN B., 1962/a, Alkoholizmus elleni küzdelem megszervezése Ózdon. *Fü. felvil.* 3., 44—48.
- CSUHÁN B., 1962/b, Néhány szempont az alkoholizmus elleni mozgalmunk továbbviteléhez. *Fü. felvil.* 3., 12—16.
- CSUHÁN B., 1970, A szakszervezetek tevékenysége az alkoholizmus megelőzésére. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 236—237.
- CUSTHAL, B. J., 1965, The Saunders Sutton syndrome: an analysis of delirium tremens. *Quart. J. Stud. Alc.* 26., 423—448.
- DAELE A., 1970, Az alkoholizmus és a mélylélektan. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 89—90.

- DALLOS GY., 1954, Az alkoholos befolyásoltság és mértékének megállapítása. *Katonaorv. Szle. 6.*, 186—190.
- DANIELS, G. E., 1933, Turning points in the analysis of a case of alcoholism. *Psychoanal. Quart. 2.*, 123—130.
- DARWIN, CH., 1872, *Expression of Emotions in Man and Animal*. London.
- DELAY, J.—BOUDIN, G.—BRION, S.—BARBIZET, J., 1958, Étude anatomoclinique de huit encéphalopathies alcooliques. *L'Encéphale 47.*, 99—142.
- DELAY, J.—VERDEAUX, J.—CHANOIT, P., 1957, L'électroencéphalogramme des alcooliques chroniques. *Ann. med. psychol. 2.*, 427—440.
- DENIKER, P.—SAUGY, D.—DE-ROPERT, M., 1964, The alcoholic and his wife. *Compr. Psych. 5.*, 374—383.
- DERWORT, A., 1959, Aktuelle Fragen zur Entstehung und Therapie des Alkoholismus. *Nervenarzt 30.*, 211—220.
- DESPOTOVIČ, A.—VESEL, J.—MILOSAVJEVIČ, B., 1964, Carbo animales u lecenju u alkoholicara. *Alkoholizm. 4.*, 53—58.
- DESPOTOVIČ, A.—SMID, C.—VESEL, J.—RASIC, L. J.—TODOROVIC—VRANJESJEVIC, D., 1966, Az alkoholisták mája. Előadás az ICAA Zágrábi konferenciáján.
- DE VOS, G., 1961, *Manual of Criteria of Scoring Affective Inferences*. (Sokszorosított kézirat.)
- DEWEY, J.—BENTLEY, A. F., 1949, *Knowing and the Known*. Beacon, Boston.
- DIETHELM, O., 1948, Research project on the etiology of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc. 9.*, 72—79.
- DIETRICH, H.—HERLE, H., 1963, Alter, Sozialschicht, Mobilität und Wohnart chronischer Alkoholiker. *Kölner Z. Soziol. 15.*, 277—294.
- DIVNEY, H. P., 1950, A Comparative Study of the Rorschach Records of three Groups of Alcoholics. *Cath. Univ. of America, Washington. D. C.* (Kiadatlan disszertáció.)
- DOCTER, R. F.—PORKINS, R. B., 1961, The effects of ethylalcohol on autonomic and muscular responses of humans. *Quart. J. Stud. Alc. 22.*, 3.
- DOGLIANI, P.—MARCHETTINI, M.—SENINI, G., 1964, „Alcoolisti Cronici” Rilevi psicodiagnostici con il „Farbpyramiden Test” di Pfister-Heiss. *Riv. Spar. Freniatr. 88.*, 504—521.
- DONADIO, G., 1968, *Psicoterapia di gruppo*. ICAA 14. Kongresszusa, Milánó.
- DREIKURS, R.—CORSINI, R., 1954, Twenty years of group psychotherapy, purposes, methods, and mechanisms. *Amer. J. Psychiat. 110.*, 567—575.
- DUCHENE, H., 1949, Les possibilités actuelles du traitement de l'alcoolisme. *Arch. Méd. Soc. (Paris) 5.*, 225—293.
- DURKHEIM, E., 1967, *Az öngyilkosság. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.*
- EIST, H. I.—MANDEL, A., 1968, Family treatment of ongoing incest behavior. *Family Proc. 7.*, 216—232.
- (ELKIN, D. G.—KOZINA, T. M.) 1966, Элкин, Д. Г.—Козина, Т. М., О Влиянии алкогола на отсчет времени. *Вопр. Психол. 147—152.*
- ERIKSON, E. H., 1963, *Childhood and Society*. II. kiad. Norton & Co., New York.
- ERIKSON, E. H., 1968, *Identity, Youth and Crisis*. Faber and Faber, London.
- ERP, TH. VAN, 1970, Az alkoholizmus matematikai modellje. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 145—146.
- ESPIE, M. J., 1965, *Pharmacologie de la Centrophénoxine. Application au delirium tremens*. Monogr. Soc. Med. Hôp. Lyon, 83—99.
- FARAGÓ I., 1959, *Miért szükséges az üzemeknek az alkoholizmus kérdésével foglalkozni? Medicina, Budapest.*

- FARAGÓ I., 1961, Adatok az alkoholisták víz és szénhidrát forgalmához. Ideggyógy. Szle 14., 223—224.
- FARAGÓ I., 1962, Alkohol, koffein, kábítószeres. 2. kiad. Medicina, Budapest. 202.
- FARAGÓ, I.—LIEBERMANN LUCY, P., 1957, Über Erscheinungsbild und Persönlichkeitsart von Suchtkranken mit Erläuterung der hier angewandten Untersuchungsmethoden. Ann. Neuropsychiat. Psychoanal. 4., 120—162.
- FAZIER, Ch., 1966, Előadás az ICAA 12. Konferenciáján. Prága. VI. 13—24.
- FEDERN, P., 1952, Ego Psychology and the Psychoses. Basic Books, New York.
- FELDMANN, H., 1959, The ambulatory treatment of alcoholic addicts. Brit. J. Addict. 55., 121—127.
- FELICE, Ph. de, 1936, Poisons sacrés. Albin Michel, Paris.
- FERENCZI, S., 1912, Lelki problémák. Dick, Budapest.
- FERENCZI, S., 1913, Über die Entwicklung des Wirklichkeitsseines. Bausteine zur Psa. Intern. Psychoanal. Verlag, Leipzig.
- FERGUSON, J. K. W., 1956, New drug for alcoholism treatment. Canad. M.A.J. 74., 793—795.
- FESTINGER, L., 1957, A Theory of Cognitive Dissonance. Row, Peterson, Evanston, 111.
- FEUERLEIN, W., 1967, Klinische-statistische Untersuchungen über die Prognose des Alkoholdelirs. Nervenarzt 38., 206—212.
- FIELD, P. B., 1962, L. PITTMAN—SNYDER.
- FIERZ, H. K., 1957, Delirium Tremens bei Schlafmittelsucht. Schweiz. med. Wschr. 87., 1098—1099.
- FINK, H. K., 1961, The treatment of alcoholics. Acta Psychother. 9., 183—192.
- FITZHUGH, L. G.—FITZHUGH, K. B.—REITAN, R. M., 1960, Adaptive abilities and intellectual functioning in hospitalized alcoholics. Quart. J. Stud. Alc. 21., 414—423.
- FLECK, X. L., 1970, A tömegeszközök szerepe az alkoholizmus elleni küzdelemben Franciaországban. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 225—227.
- FORIZS, L., 1954, A closer look at the alcoholic. New Canad. Med. J. 15., 81—84.
- FORTH, J., 1965, The use and abuse of alcohol and narcotics around the world. Quart. J. Alc. 26., 362.
- FOULDS, G. A., 1960, Attitudes toward self and others of psychopaths. J. Individ. Psychol. 16., 81—83.
- FOULKES, S. H.—ANTHONY, E. J. 1957, Group Psychotherapy: the Psychoanalytic Approach. Penguin Books, Baltimore, Maryland.
- FOUQUET, P., 1951, Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. Evol. Psychiatr. (Paris) 11., 231—262.
- FOUQUET, P., 1963, Aspects socioculturels et économiques de l'étiologie de l'alcoolisme. Ref. ICAA 9. Nemzetközi Szemináriumán. (Lau-sanne.)
- FOX, R., 1962, Group psychotherapy with alcoholics. Int. J. Gr. Psychother. 12., 56—63.
- FOX, R., 1967, A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism. Amer. J. Psychiat. 123., 769—778.
- FRASER, F., 1967, Drinking and mass education. Canad. ment. Hlth 15., 30—32.

- FREDERIKSEN, P.—HED, R., 1958, Clinical studies in chronic alcoholism. III. Cardiac changes in chronic alcoholism. *Acta med. scand.* 162., 203—209.
- FREED, E. X., 1969, Alcoholism and manic-depressive disorders, some perspectives. Prepublication Abstract, *Quart. J. Stud. Alc.* 30., 740—750.
- FREEMAN, E. H.—LEVINE, S.—REEDER, L. G., 1963, *Handbook of Medical Sociology.* Prentice Hall, Inc. N.Y.
- FREUD, A., 1964, *Das Ich und die Abwehrmechanismen.* Kinder Verlag, München.
- FREUD, S., 1912, Contributions to the Psychology of Love. The Most Prevalent Form of Degradation in Erotic Life. IV. köt. In: *Collected Papers.* Hogarth Press, London, 203—216. (1925).
- FREUD, S., 1915, *The Unconscious.* XIV. köt., Standard ed. Hogarth Press, London 1957.
- FREUD, S., 1921, *Massenpsychologie und Ichanalyse.* XVIII. köt. 101. Standard ed. Hogarth Press, London.
- FREUD, S., 1929, *Das Unbehagen in der Kultur.* XIV. köt. Standard ed. 421—506.
- FREUD, S., 1930, *Three Contributions to the Theory of Sex.* 4. kiad. Nervous Mental Diseases Publishing House, Washington.
- FREUD, S., 1933, *New Introductory Lectures on Psychoanalysis.* Morton, New York.
- FRIEDMANN, S. L.—INGALLS, J. W., 1958, A note on the tiltingplane technique for measuring the performance of their alcohol intoxication. *Quart. J. Stud. Alc.* 21., 217—222.
- FRISCH, E. P., 1966, *Chlormethiazole.* Munksgraad, Copenhagen, 233.
- FUTTERMANN, S., 1953, Personality traits in wives of alcoholics. *J. Psychiat. Soc. Wk.* 23., 37—41.
- FÜREDI J.—SZAKÁCS F., 1969, Csoport-pszichoterápia kettős vezetéssel. *Orv. Hetil.* 110., 2695—2701.
- GAERTNER, M. L., 1939, *The Alcoholic Marriage.* Thesis. School of Social Work, New York.
- GALANT, I. S., 1936, Über die Apomorphinbehandlung der Alkoholiker. *Psychiatr. Neurol. Wschr.* 38., 85—89.
- GÁLFI B., 1970, Alkoholisták fokozatos rehabilitálása. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 157—160.
- GÁLFI B.,—KISS T.—VÁMOS G.—SOÓKY A.—SZOLLÁR E., 1966, Idült elmebetegek csoportpszichoterápiája tömegjellegű csoportokban. *Magy. Pszichol. Szle* 23., 409—414.
- (GALPERIN, P. Ja) Галперин П. Я., 1966, Метод „срезов” и метод постепенно формирования в исследовании остского мышления. *Вопр. Психол.* 128—135.
- GARAI, L., 1969, *Személyiségdinamika és társadalmi lét.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 231.
- GARTNER, P., 1963, Kísérletek feltételes reflex tartósítására. *Orv. Hetil.* 104., 978—980.
- GARTNER P.—REUTER C.—RÉCSEY B., 1955, *Alkoholelvonás reflexkondicionálással.* *Orv. Hetil.* 96., 1000—1003.
- GEGESI KISS P., 1961, *A betegség és a gyógyítás.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 249 o.
- GEGESI KISS P.—LIEBERMANN, P., 1965, *Személyiségzavarok a gyermekkorban.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 525.
- GEHLEN, A., 1940, *Der Mensch.* Junker und Dönhaupt, Berlin.

- GERBER, CH., 1964, A tárgyilagos tájékoztatás tényezői az alkoholizmussal kapcsolatban. Tanulmány a Frankfurt a/M.-ben 1963. IX. 6—12-én tartott kongresszusra. (Kézirat.)
- GERÉBY Gy., 1969, Delirium tremens pathogeneticai és tünettani elemzése 223 delirium alapján. Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről. Budapest, 147—157.
- GESELL, A., 1953, L'embryologie du compartement. PUF, Paris.
- GESTANGER, H.—HAAS, I.—WEINKAMER, E., 1964, Erfahrungsbericht über die Anwendung von Distranurin in der Psychiatrie. Wien. klin. Wschr. 76., 639—644.
- GIACOBINI, E.—IZIKOWITZ, S.—WEGMAN, A., 1960, Urinary norepinephrine and epinephrine excretion in delirium tremens. Arch. Gen. Psychiat. 3., 289—294.
- GIACOBINI, E.—SALUM, I., 1961, Treatment of delirium tremens. Acta psychiat. scand. 37., 198—208.
- GIOVE, C., 1964, L'épilepsia alcoolica. Osped. psychiat. 32., 195—270.
- GLATT, M. M., 1959, The use and abuse of tranquillizers in alcoholics. Brit. J. Addict. 55., 111—120.
- GLATT, M. M., 1961, Treatment results in an English mental hospital alcohol unit. Acta psychiat. scand. 37., 143—168.
- GLATT, M. M., 1963, Gruppenbehandlung von Alkoholikern in („offenen“) englischen Spitälern. Psychiat. Neurol. (Basel) 146., 1—15.
- GLATT, M. M.—GEORGE, H. R.—FRISCH, E. P., 1965, Controlled trial of chlormethiazole in treatment of the alcoholic withdrawal phase. Brit. med. J. 2., 401—404.
- GLATT, M. M., 1969, Drug interactions in alcoholism treatment. Lancet 1., 627—629.
- GLICKMAN, L. S.—SCHENKER, V.—GROLNICK, S.—GREEN, A.—SCHENKER, A., 1962, Cerebrospinal fluid cation levels in delirium tremens with special reference to magnesium. J. New Meth. 134., 410—414.
- GLOVER, E., 1925, Notes sur la formation du caractère oral. Int. J. Psychoanal. 6.
- GLOVER, E., 1932, On the etiology of drug addiction. Int. J. Psycho-Anal. 13., 298—328.
- GLOVER, E., 1956, The Etiology of Alcoholism. (The Early Development of Mind). Imago. Publishing Co. Ltd., London.
- (GOFMAN, A. G. 1963, id.: LUKOMSZKI, I. I.) Гофман, А. Г., 1963, цит.: Лукомский, И. И.; Алкоголизм и алкогольные психозы. Москва, Медгиз.
- GOLDBERGER, L., 1960, A Suggested Procedure for Deriving an Over-all Measure of Primary-Process Functioning from Holt's Rorschach Manual. Research Center for Mental Health. New York Univ. (Sokszorosított kézirat.)
- GOLDSCHMIDT D., 1965, Az alkoholisták gyógykezelésének néhány módszertani kérdése. Ref. Szle 3., 11—14.
- GOLDSCHMIDT D., 1970, A családi mikrostruktúra hatása az alkoholbetegségre. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 45—46.
- GOLDSCHMIDT D.—SÜLE F., 1967, Alkoholbetegek gyógykezelése Intapsztán. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalompolitikai problémái. Budapest. 75—82.
- GOODE, W. J., 1960, A theory of role strain. Amer. Sociol. Rev. 25., 483—496.
- GÓTH E.—SIMON T., 1948, Alkoholizmus és B-vitamin hiány. Orv. Lapja 4., 682—683.

- GOTTSCHALDT, K., 1960, Zur Theorie der Persönlichkeit. *Z. Psychol.* 157., 2—22.
- GOTTSEGEN Gy., 1960, Szívbeteg vizsgálatáról és kezeléséről. *Medicina*, Budapest.
- GRAHMANN, H.—NEUMANN, H., 1962, Pneumoencephalographische Untersuchungen an Trinkern. *Arch. Psych. Zschr. Neurol.* 203., 178—184.
- GRASSÉ, P., 1955, L'instinct et le comportement inné. *Bull. Psychol.* 8., 12—13.
- GREEN, J.—MISTILC, S.—SCHIFF, L., 1963, Acute alcoholic hepatitis. *Arch. intern. Med.* 112., 67—68.
- GRIFFITH, R. M., 1961, Rorschach water percepts: a study in conflicting results. *Amer. Psychol.* 16., 307—311.
- GRIFFITH, R. M.—DIMMICK, G. B., 1949, Differentiating Rorschach responses of alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 10., 430—433.
- GROSS, H.—KALTENBÄCK, E., 1962, Psychopharmaka. *Öst. Mh. Fortb. Jg.* 3—4. 6/7. Wien.
- GROSS, I. N.—MASON, W. S.—EACHERN, A. W. Mc., 1958, Explorations in Role Analysis. *Studies of the School Superintendency Rols.* J. Wiley, New York.
- GRUND, G.—SIEMENS, H., 1954, Die Anamnese. *J. Ambrosius Barth*, Leipzig.
- GYÖNGYÖSI J., 1953, A véralkohol kérdés mai állása. *Orv. Hetil.* 94., 539—544.
- GYÖRGY J., 1964, A szülői alkoholizmus hatása a gyermek mentális, illetve személyiségfejlődésére. *Ideggyógy. Szle* 10., 307—316.
- GYÖRGY J., 1965, A nehezen nevelhető gyermek. *Medicina*, Budapest.
- GYÖRGY J., 1967, Az antiszociális személyiség. *Medicina*, Budapest. 215.
- HAASZ, I.—CUK, S.—HAASZ, A., 1970, Alkoholista betegek részére létesített egészségügyi tanácsadó szervezése és munkamódszerei. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 41—42.
- HABERMAN, P. W., 1964, Psychological test score. Changes for wives of alcoholics during periods of drinking and sobriety. *J. clin. Psychol.* 20., 230—232.
- HALBWACHS, M., 1967, Das kollektive Gedächtnis. F. Enke, Stuttgart.
- HALD, J.—JACOBSEN, E., 1948, The formation of acetaldehyde in the organism after ingestion of antabusa and alcohol. *Acta pharmacol.* 4., 305.
- HALEY, J., 1963, *Strategies of Psychotherapy.* Grune and Stratton, New York, 214.
- HALPERN, F., 1946, Studies of compulsive drinkers: psychological test results. *Quart. J. Stud. Alc.* 6., 468—479.
- HAMPTON, P. J., 1951, Representative studies of alcoholism and personality: III. Psychometric studies. *J. soc. Psychol.* 34., 223—233.
- HÁRDI I., 1965, Pszichológiai szempontok az alkoholelvonó munkában. *Ref. Szle* 6., 4—6.
- HÁRDI I., 1966, Ápoláslélektan. *Medicina*, Budapest.
- HÁRDI I., 1967, Az alkoholizmus és háttérének kezelése. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalompolitikai problémái. Budapest. 39—46.
- HÁRDI, I., 1968, *Psychologie am Krankenbett.* Akadémiai Kiadó, Budapest. Volk und Gesundheit Berlin — Urban und Schwarzenberg — Wien — München. 346 o.
- HÁRDI I., 1970, Az alkoholisták öngyilkosságának problémája. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 140—142.

- HARRYS, R. E.—IVES, V. M., 1947, A study of the personality of alcoholics. *Amer. Psychol.* 2., 405—406.
- HARTLEY, E. L.—HARTLEY, R. E., 1955, Die Grundlagen der Sozialpsychol. Rembrand Verlag G. M. B. H., Berlin. 514 o.
- HARTMANN, H., 1925, Kokainismus und Homosexualität, *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 95., 79—94.
- HARTMANN, H., 1956, Notes on the Reality Principle (Essays in Ego Psychology.) Intern. Univ. Press. New York. 241—267.
- HATTINGBERG, H. von, 1939, Das Problem der Sucht. *Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* 93., 711—713.
- HAYMANN, M., 1964, The myth of social drinking. *Amer. J. Psychiat.* 124., 585—594.
- HEBB, D. O., 1949, The Organization of Behavior. Wiley, New York.
- HELLING, H., 1962, Das tödliche Alkoholdelir. *Nervenarzt* 33., 211—226.
- HELLPACH, W., 1949, Klinische Psychologie. Georg Thieme, Stuttgart.
- HENDRICK, I., 1942, Instinct and the ego during infancy. *Psychoanal. Quart.* 11., 33—58.
- HERMANN, I., 1923, Die Randbevorzugung als Primärvorgang. *Int. Z. Psychoanal.* 9., 137—167.
- HERSHENSON, D. B., 1965, Stress-induced use of alcohol by problem drinkers as a function of their sense of identity. *Quart. J. Stud. Alc.* 26., 213—222.
- HEYDT, W. von, 1964, The role of the father in early mental development. *Brit. J. med. Psychol.* 37., 123—131.
- HIDAS Gy., 1963, Neuroitikusok klinikai csoport-pszichoterápiája. *Ideggyógy. Szle* 16., 198—206.
- HIDAS Gy.—BUDA B., 1967, 1968, A csoportpszichoterápiás folyamat vizsgálata az interperszonális kommunikációs elmélet szempontjai szerint. *Magy. Pszichol. Szle* 24., 537—551; 25., 104—122.
- HIDAS Gy.—FÜREDI J.—BUDA S., 1969, Beszámoló a IV. nemzetközi csoportpszichoterápiás kongresszusról. (Bécs, 1968. IX. 16—21.) *Orv. Hetil.* 110., 41—42.
- HIGGINS, J. W., 1953, Psychodynamics in the excessive drinking of alcohol. *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chicago) 69., 713—726.
- HOFF, H.—RINGEL, E., 1964, Aktuelle Probleme der psychosomatischen Medizin. Jolis Verlag, Lenz, München.
- HOFSTÄTTER, P. R., 1959, Einführung in die Sozialpsychologie. Stuttgart. 304 o.
- HOLLOWAY, R. L., 1966, Cranial capacity neural reorganization and hominid evolution. *Amer. Anthropol.* 68., 103—121.
- HOLMES, D. S., 1968, Dimensions of projection. *Psychol. Bull.* 69., 248—268.
- HOLT, R. R., 1962, Manual for the Scoring of Primary Process Manifestations in Rorschach Responses. 9th Draft of an Experimental Procedure. (Sokszorosított kézirat.)
- HORÁNYI B., 1959, Az orvosi pszichológia feladatairól. MTA Pszichológiai Tanulmányok II. Akadémiai Kiadó, Budapest. 327—334.
- HORTON, D., 1962, 1. PITTMAN-SNYDER.
- HUBER, G., 1954, Zur pathologischen Anatomie des Delirium tremens. *Arch. Psychol. Z. Neur.* 192., 356—368.
- HUDOLIN, V., 1967, Alcoholism in Jugoslavia. ICAA 13. Nemzetközi Konferenciája, Zágráb. jún. 12—23.
- HUDOLIN, V., 1969, Aus der Problematik der Behandlung des Alkoholismus. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest. jún. 11.

- HULL, G. L., 1943, *Principles of Behavior*. Appleton-Century-Croft, New York.
- HUN N., 1969, A Zieve-szindrómáról. Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről. Budapest, 21—23.
- HUNSICKER, A. L.—HURD, D. E.—MORSE, D., 1967, Group therapy with alcoholic tuberculous patients. *Amer. Rev. Resp. Dis.* 95., 313—316.
- HUNWITZ, J. I.—LELOS D., 1968, A multilevel interpersonal profile of employed alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 29., 64—76.
- HUSZÁR T., 1964, *Fiatalkorú bűnözők*. Tankönyvkiadó, Budapest. 238 o.
- ILLYÉS Gy.-né—ILLÉS S.—JANKOVICH L.-né—LÁNYI M.-né, 1968, *Gyógy-pedagógiai pszichológia*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 467 o.
- ISBELL, H.—FRASER, H. F.—WINKLER, A.—BELLEVILLE, E. R.—EISEMAN, A. J., 1955, An experimental study of the etiology of „rum fits” and delirium tremens. *Quart. J. Stud. Alc.* 16., 1—33.
- IVÁNYI F., 1957, Az alkoholizmus szerepe a népgazdaságban. *Népeü.* 38., 233—238.
- JACKSON, J. K., 1956, Some Aspects of the Sanatorium Adjustment Difficulties of White Male Skid Alcoholic Tuberculous Patients. In: *Personality Stress and TBC*. Ed. by Sparer, Ph. J. Intern. Univ. Press. Inc. N. Y.
- JACOBSEN, E., 1963, *Der Alkoholismus und seine Behandlung*. Dtsch. med. Wschr. 87., 1633—1638.
- JANET, P., 1910, *Les médications psychologiques*. PUF, Paris.
- JASTEK, J., 1940, Rorschach performance of alcoholic patients. *Delaware med. J.* 12., 120—123.
- JEAN, P., 1970, Az alkoholizmussal kapcsolatos felvilágosító és gyógyító tevékenység összehangolása. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 32—33.
- JELLINEK, E. M., 1952, Phase of alcohol addiction. *Quart. J. Stud. Alc.* 13., 673—684.
- JELLINEK, E. M., 1960, *La Notion d'Alcoolisme-Maladie*. Yale Center of Alcoholic Studies. Station, New Haven.
- JELLINGER, K.—WEINGARTEN, K., 1961, Zur Problematik des Marchiafava Bignami-Syndroms. *Wien. Z. f. Nervenheilk.* 18., 308—320.
- JENSEN, D. K., 1959, A theory of behavior of *Paramecium Aurelia*. *Behavior* 15., 82—122.
- JOLLIFFE, N.—JELLINEK, E. M., 1942, *Cirrhosis of Liver Alc. Addiction and Chronic Alcoholism*. Yale Univ. Press, New Haven. 273—309.
- JONES, H., 1963, *Alcoholic Addiction*. Tavistock, London.
- JONES, M. C., 1968, Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. *J. Cons. Clin. Psychol.* 32., 2—12.
- JONES, S. D. 1957, The structure of emotion: I. Lust and rage. *Psychoanal. Rev.* 44., 289—297.
- JUHÁSZ P., 1967, Az alkoholizmus mint szociálpszichiátriai és egészségpolitikai probléma. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalompolitikai problémái. Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság, Budapest. 7—18.
- JUHÁSZ P.—ZSADÁNYI O., 1963, Az alkoholizmus kérdései egy falu életében. *Ideggyógy. Szle* 16., 262—268.
- JUNG, C. G., 1942, *Psychologische Typen*. Rascher, Zürich.
- KALANT, H., 1962, Some recent psychological biochemical investigations on alcohol and alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 23., 52—93.
- KÁLNAY E.—HEVÉR Ö., 1962, Egyes energiaszolgáltató anyagcsere-folyamatok és a máj működésének vizsgálata alkoholisták tbc-s betegeken. *Tuberk. és Tüdőbetegs.* 15., 332—335.

- KÁLNAY, E.—HEVÉR Ö.—BÉRDY J., 1965, Adatok a tüdőtbcs betegek májkárosodásának kérdéséhez. *Tuberk. és Tüdőbetegs. 19.*, 346—348.
- KARDINGER, A.—SPIEGEL, H., 1947, *War Stress and Neurotic Illness*. Hoeber, New York.
- KARDOS Gy., 1961, Gyógyszeres kezelési kísérletek az idült alkoholizmus gyógyításában. *Orv. Hetil. 102.*, 769—771.
- KARDOS Gy., 1962, Új adatok az idült alkoholizmus és az ún. „elvonási psychosisok” pathogeneziséhez. *Orvosképzés 1.*, 103—119.
- KARDOS Gy., 1965, Társaslélektani kölcsönhatások jelentősége az alkoholisták gyógyszeres kezelésében. *Pszichológiai Tanulmányok VII.* Akadémiai Kiadó, Budapest. 295—302.
- KARDOS, Gy., 1965, Einige Gedanken zum Problem der klinischen Kategorien: abnormes Trinken, symptomatisches Trinken, Alkoholismus. *Alc. J. Alc. and Alcohol. 1.*, 51—58.
- KARDOS Gy., 1967/a, Therápiás irányelvek és módszertani problémák a chronicus alkoholisták gyógykezelése terén. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalompolitikai problémái. Budapest. 31—37.
- KARDOS Gy., 1967/b., Társadalmi normák jelentősége az alkoholizmus terén. *Ref.Szle 14.*, 8—9.
- KARDOS Gy., 1967, Indicatio irányelvek és methodikai dilemmák az „alkoholizmus” gyógykezelésében. *Ideggyógy. Szle 7.*, 300—308.
- KARDOS Gy., 1969, Indicatio és methodikai problémák az alkoholisták gyógykezelésében. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 108—109.
- KARDOS Gy.—BALÁZS-PIRI T., 1970, A kényszerelvonó kezelés jelen formáiról és „kilátásairól” (I) *Alkohológia 1.*, 4—10.
- KARDOS Gy.—HEGEDŰS A.—KIGYÓS É.—TÓTH Á., 1969, „Alkoholizmus” és neurosisok. *Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről.* Budapest. 121—124.
- KARDOS Gy.—MÁRIA B., 1967, Alkoholizmus és endogén psychosisok. *Ideggyógy. Szle 20.*, 117—127.
- KARDOS Gy.—TÓTH Á., 1970, Adatok az alkoholizmus társaslélektani és epidemiológiai kérdéseire. *Ideggyógy. Szle 23.*, 17—26.
- KARDOS Gy.—VARGHA M., 1967, Adatok az alkoholizmus társaslélektani és epidemiológiai kérdéseire. *Orv. Hetil. 108.*, 743—747.
- KARDOS Gy.—VÁRADY T., 1964, A psychotrop és psychotogen antibiotikumokról. *Id. KARDOS Gy., 1967.*
- KARDOS L., 1965, *Általános pszichológia.* Tankönyvkiadó, Budapest.
- KARLAN, S.—HELLER, E., 1946, Chronic alcoholism. *Psychiatric and Rorschach evaluation. J. Clin. Psychopath. 8.*, 291—300.
- KARPMAN, B., 1948, *The Alcoholic Woman.* D. S. Linacre Press, Washington.
- (KASZATKIN, N. I.) Касаткин, Н. И., 1938, Рання условные рефлексии в онтогенезе человека. *Изд. Акад. Мед. Москва.*
- KATAHN, M., 1940, Die Rolle des Wortes in der Schizophrenie und Manie. *Int. Zschr. Psa. Imago, XXV. 2. sz.*
- KATAHN, M.—KOPLIN, J. H., 1968, Paradigm clash. *Psychol. Bull. 69.*, 147—148.
- KATONA L., 1965, *Tüdőbetegek gyógyintézeti kezelése.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
- KELLER, M., 1958, Alcoholism. Nature and extent of the problem. *Ann. Amer. Acad. Pol. Soc. Sci. 315.*, 1—11.
- KELLER, M., 1962, The Definition of Alcoholism and the Estimation of its Prevalence. I. *PITTMAN-SNYDER.*
- KELLER, M., 1970, Nézetek az alkoholizmus természetéről. E. M. Jellinek

- emlékbeszéd. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 12—16.
- KEMPER, W., 1954, Gegenübertragung. *Psyche* 7., 593—626.
- KEPNER, E., 1964, Application of learning theory to the etiology and treatment of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 25., 279—291.
- KESSEL, N.—WALTON, H., 1965, *Alcoholism*. Penguin Books, Harmondsworth, 192.
- KEYSERLINGK, H., von 1959, Der Alkoholismus als soziales Problem. *Orv. Hetil.* 101., 9. 321. (Könyvismertetés.)
- KIELHOLZ, A., 1924, Einige Betrachtungen zur psychoanalytischen Auffassung des Alkoholismus. *Int. Z. Psychoanal.* 10., 115.
- KING, A. R., 1961, The alcohol problem in Israel. *Quart. J. Stud. Alc.* 22., 321—324.
- KISSIN, B.—SCHENKER, V.—SCHENKER, A., 1959, The acute effects of ethylalcohol and chlorpromazine on certain psychological functions in alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 20., 480—492.
- KJØLSTAD, TH., 1965, Gruppentherapie bei Alkoholikern. *Wien. med. Wschr.* 8., 146—158.
- KJØLSTAD, TH., 1970, A pszichiáter szerepe a csoport- és klubterápiában. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 120—121.
- KLAPMAN, J. W., 1946, Pedagogical group psychotherapy. *Dis. Nerv. System* 7., 205—208.
- KLATT, G., 1932, *Psychologie des Alkoholismus*. F. Giese, Halle.
- KLEIN, G. S., 1959, *Psychological Illness*. International Univ. Press. New York.
- KLOPPER, B.—AINSWORTH, M. D.—KLOPPER, W. G.—HOLT, R. R., 1956, *Developments in the Rorschach Technique*. Vol. I. World Book Co., Yonkers-on-Hudson, New York.
- KNIGHT, R. P., 1937, The psychodynamics of chronic alcoholism. *J. nerv. ment. Dis.* 86., 538—548.
- KNIGHT, R. P., 1938, The psychoanalytic treatment in a sanatorium of chronic addiction to alcohol. *J. Amer. med. Ass.* 111., 1143—1148.
- KNOLL, J., 1965, *Gyógyszertan*. Medicina, Budapest. 56—59.
- KOGAN, K. L.—FORDYCE, W. E.—JACKSON, J. K., 1963, Personality disturbance in wives of alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 24., 227—238.
- KOGAN, K. L.—JACKSON, K., 1965, Some concomitants of personal difficulties in wives of alcoholics and non-alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 26., 605—616.
- KOSZTOJANC, H. Sz., 1962, *Az összehasonlító élettan alapjai*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- KOZMA D.—MEZEI Á., 1968, Csoportterápia tbc-s alkoholista betegekkel. *Tuberk. és Tüdőbetegs.* 21., 184—186.
- KÖ, I., 1936, Újabb tapasztalatok apomorphinnal elmebetegeknél és alkoholistáknál. Budapest, *Orv. Újs.* 34., 222—225.
- KŐHEGYI I.—BÉDI Gy., 1962, Az alkoholfogyasztás és a bányai balesetek közötti összefüggés. *Egészségtud.* 6., 333—343.
- KŐHEGYI I.—BÉDI Gy., 1963, Az alkoholfogyasztás és a szénbányászok morbiditása közötti összefüggés. *Egészségtud.* 7., 1—7.
- KÖHLER, W., 1929, *Gestalt Psychology*. Liveright, New York.
- KRAUWEL, H. J., 1964, Id. MÉTNEKI J. a 27. Nemzetközi Alkoholizmus elleni kongresszusról. *Ref.Szle* 5., 4—7. (1965)
- KRECH, D., 1956, *Dynamic Systems Psychological Fields and Hypothetical Constructs*. I. köt. General Systems.

- KRETSCHMER, E., 1951, Körperbau und Charakter. Springer, Berlin.
- KRIS, E., 1951, Some Comments and Observations on Early Autoerotic Activities. In: EISSLER, R. et al.: The Psychoanalytic Study of the Child. 6., 95—116. Intern. Univ. Press, New York.
- KROEBER, A. L., 1948, Anthropology. Harrap, London.
- KRYSPIK-EXNER, K., 1967, Die offene Anstalt für Alkoholkranken in Wien—Kalksburg. Brüder Hollinek, Wien. 168 o.
- KRYSPIK-EXNER, K., 1969, Der phasenhafte Verlauf der Restitution. Brüder Hollinek, Wien. 92—101.
- KRYSPIK-EXNER, K., 1970, Tüdőgyógyintézeti ápoltak alkoholizmusának klinikumáról. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 56.
- KRYSTAL, H.—MOORE, R. A., 1963, Who is qualified to treat the alcoholic? Quart. J. Stud. Alc. 24., 705—720.
- KUHN, D.—MEISER, J.—WAGNER, A., 1967, Über das Zieve Syndrom. Verh. dtsh. Ges. inn. Med. 72., 269—273.
- (KULIK, D. M.) Кулик, Д. М., 1965, Эффективность лечения хронического алкоголизма про катанестическим данным. Ref. Quart. J. Stud. Alc. 26., 348.
- KULISIEWICZ, T. A., 1962, W sprawie szkolenia przeciwalkoholowego lekarzy. Walka z Alkoholizmem. 10., 5—6.
- KUUSI, P., 1957, Alcohol Sales Experiment in Rural Finland—Helsinki. Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- LABORIT, H.—COIRAULT, R.—DAMASIO, R.—GAUJARD, R.—LABORIT, G.—FABRIZY, P.—CHARONNAT, R.—LECHAT, P.—CHARETON, J., 1957, Sur un type nouveau d'anesthésie chirurgicale et sur l'emploi thérapeutique d'un depresseur du cortex cerebral (SCTZ), Presse méd. 65., 1051—1054.
- LADER, M. H., 1966, Alcohol reactions after single and multiple doses of calcium cyanamid. Quart. J. Stud. Alc. 27., 736.
- LAMMERT, H., 1965, Die Behandlung der Alkoholiker im Städtischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Wuhlgarten, Berlin. Psychiat.-neurolog. med. Psychol. 12., 455—458.
- LANGEN, D., 1968, Die Entwicklung zur modern Gruppenpsychotherapie. Münch. med. Wschr. 110., 2341—2347.
- LANTOSYNÉ DABAS ERZSÉBET, 1958, A szülők válásának reakciója a gyermekben. MTA Pszichológiai Tanulmányok I. Akadémiai Kiadó, Budapest. 353—359.
- LÁZÁR I., 1961, Hibernál alkalmazása heveny alkoholmérgezésekben. Gyógyszereink 11., 19.
- LE COZ, J., 1968, Alcoolisme et milieu sanatorial. Rev. Tuberc. 32., 299—312.
- LECOQ, R.—FOUQUET, P., 1955, A propos de l'alcoolisme féminin. Gaz. Hôp. Paris. 127, 477—483.
- LEE, I. C., 1962, Effect of alcohol injections on the blood-brain barrier. Quart. J. Stud. Alc. 23., 4—16.
- LEGRAIN, M., 1889, Hérité et Alcoolisme. Bibl. antropol. 7., 1—425.
- LEIKOLA, A., 1962, Influence of stress on alcohol intoxication in rats. Quart. J. Stud. Alc. 23., 369—375.
- LEIVONEN, P.—STENIJ, P.—THESLEFF, C. J., 1966, Experience with three drugs in ambulatory treatment of alcohol patients. Acta psychiat. scand. 42., Suppl. 192. 177—181.
- LELBACH, W. K., 1966, 1967, Leberschäden bei chronischem Alkoholismus. Acta hepato-splenol. 13., 321—349; 14., 9—39.

- LEONHARD, K., 1959, Zur Psychologie des chronischen Trinkers. Dtsch. med. Wschr. 84., 1474—1478.
- LEONTYEV, A. N., 1964, A pszichikum fejlődésének problémái. Kossuth Könyvkiadó, Budapest.
- LEOPOLD, D.—MÜLLER, E., 1967, Forensische Betrachtungen zur abnormen Alkoholverträglichkeit. Előadás az ICAA XIII. Konferenciáján, Zágráb, VI. 12—23.
- LEREBOULLET, J., 1967, Prévention et traitement de l'alcoolisme en France. Előadás az ICAA XIII. Konferenciáján, Zágráb, VI. 12—23.
- LEVENDEL L., 1963, A tüdőgümőkóros betegek alkoholelvonó kezelésének módszere. Tuberk. és Tüdőbetegs. 15., 342—344.
- LEVENDEL L., 1965, Alkoholizmus és tuberkulózis. Ref. Szle 6., 7—9.
- LEVENDEL L., 1966/a, A hazai alkoholizmus elleni küzdelem néhány orvosi vonatkozásáról. Orv. Hetil. 1417—1421.
- LEVENDEL L., 1966/b, Kooperációs nehézségek a gümőkóros betegek kezelésében. Tbc Szakorvosok Továbbképző Jegyzete. 237—254.
- LEVENDEL L., 1966/c, Results and Problems in the Treatment of Patients Suffering from Alcoholism and Tuberculosis. Selected Papers Presented at the 12th International Institute on the Prevention and Treatment of Alcoholism. Vol. 3., 83—90.
- LEVENDEL, L., 1966/d, Alcuni problemi della terapia dei tiscici polmonari alcoolisti. Giorn. Med. Fisiol. 15., 321—330.
- LEVENDEL L., 1968, Krónikus tüdőgümőkóros betegek gyógykezelésének nehézségei. Doktori értekezés.
- LEVENDEL L., 1969, Az alkoholista és aszociális tbc-s betegek vezetéséről. Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet A/35. sz. methodikai levele, 12.
- LEVENDEL L., 1970/a, A műtéti gyógykezelés kivihetősége és problémái alkoholista betegeken. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 53—55.
- LEVENDEL L., 1970/b, Összefoglaló az alkoholizmus és a tuberkulózis tárgykörben tartott symposionról. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 96—101.
- LEVENDEL, L., 1971/a, Alcoolismo e tubercolosi. Előadás a „Carlo Forlanini” Intézetben. Roma, 1971. máj. 28.; Lotta contro la tbc. 41., 234—241.
- LEVENDEL L., 1971/b, Gondjaink és lehetőségeink az alkoholizmus elleni küzdelemben. Valóság 14., 6. 11—19.
- LEVENDEL L., 1971/c, Az alkoholista betegek kezelésének rentabilitásáról. Alkohológia 2., 54—59.
- LEVENDEL L.—KOZMA D., 1967, Tapasztalatok tuberkulotikus alkoholista betegek elvonásos tüneteinek chlormethiazol (Hemineurin) kezelésével. Orv. Hetil. 108., 887—889.
- LEVENDEL, L.—KOZMA, D.—MEZEI, É., 1968/a, Rezultati i poteškoće u lečenju tuberkuloznik alkoholicara. Saopštenja 33—38.
- (LEVENDEL, L.—KOZMA, D.—MEZEI A.) Лебендел, Л.—Козма, Д.—Мезеи, А. 1968/b, Резултати и трудности при лечение на белодробната туберкулоза у алкохолици. Фтизиатрия. 5., 109—112.
- LEVENDEL L.—LAKATOS M.—VÁRADY T., 1962, Újabb hazai pscopharmacokonok (Frenolon, Melipramin, Hirepin) alkalmazása a tbc klinikumában, különös tekintettel az alkoholista gümőkóros betegek kezelésére. Tuberk. és Tüdőbetegs. 15., 365—367.
- LEVENDEL L.—MEZEI Á., 1959, Tüdőgümőkóros betegek személyiségvizsgálata anamnézissel. Tuberk. 12., 172—175.

- LEVENDEL L.—MEZEI Á., 1965, Személyiség és tuberkulózis. Akadémiai Kiadó, Budapest. 290 o.
- LEVENDEL L.—MEZEI Á.—LEHEL M.-né, 1959, A személyiségfejlődést károsító tényezők előfordulása a felnőttkori tüdőgümőkórban. *Órv. Hetil.* 100., 400—403.
- LEVENDEL L.—MEZEI Á.—NEMES L., 1966, Alkoholista tbc-s betegek személyiségéről. *Tuberk. és Tüdőbetegs.* 19., 70—73.
- LEVENDEL, L.—MEZEI, Á.—NEMES, L.—MEZEI-ERDÉLY, É., 1967, Some data concerning the personality structure of alcoholic patients. *Brit. J. Vddict.* 62., 317—330.
- LEVENDEL, L.—MEZEI, Á.—NEMES, L.—VÁRADY, T., 1964, Über die Persönlichkeit der Alkoholiker und ihre Führung in der Tuberkulose-Heilanstalt. *Beitr. klin. Tuberk.* 128., 131—145.
- LEVENDEL L.—UNGÁR I.—KOZMA D.—SZARVAS I., 1968, Alkoholista tüdőgümőkóros betegek műtéti gyógykezelése. *Tuberk. és Tüdőbetegs.* 21., 356—360.
- LEVENDEL, L.—UNGÁR, I.—KOZMA, D.—SZARVAS, I., 1969, Über die chirurgische Therapie der Lungentuberkulose bei Alkoholikern. *Beitr. klin. Tbk.* 139., 60—69.
- LEVENDEL L.—VÁRADY I.—BEDE L.—KÁROLYI A., 1963, 180 alkoholista tbc-s betegünk gyógyeredménye. *Tuberk. és Tüdőbetegs.* 16., 248—251.
- LEVY, M., 1939, Maternal overprotection. *Psychiatry* 2., 99—128.
- LEWIN, B., 1963, Gruppentherapie bei chronischem Alkoholismus. *Z. Psychother. med. Psychol.* 2., 101—107.
- LICKINT, F., 1953, Medikamentöse Therapie des Alkoholismus. Georg Thieme, Leipzig.
- LIEBER, C. S.—RUBIN, E., 1968, Ethanol — a hepatotoxic drug. *Gastroenterology* 54., 642—645.
- LINDER, L., 1970, Hírközlő szervek szerepe az alkoholizmus elleni küzdelemben. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18.
- LINDSAY, R. B., 1968, Physics — To what extent is it deterministic? *Amer. Scient.* 56., 93—111.
- LINTON, R., 1945, *The Cultural Backgrounds of Personality.* Appleton-Century-Crofts, New York. 146.
- LISANSKY, E. S., 1957, Alcoholism in women: social and psychological concomitants. *Quart. J. Stud. Alc.* 18., 588—623.
- LISANSKY, E. S., 1958, The women alcoholic. *Ann. Amer. Acad. polit. soc. Sci.* 315., 73—78.
- LISANSKY, E. S., 1960, The etiology of alcoholism: The role of psychological Predisposition. *Quart. J. Stud. Alc.* 21., 314—343.
- LITTLE, S. C.—McAVOY, M., 1952, Electroencephalographic studies in alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 13., 9—15.
- LLOPIS, B., 1962, Die Eifersuchtsideen der Trinker. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 30., 543—564.
- LLOPIS-PARET, R.—SANTO-DOMINGO-CARRASCO, J., 1963, Conceptos y classification del alcoholismo. *Rev. Alcohol.* 11., 197—209.
- LÓRÁND, S., 1945, A survey of psychoanalytical literature on problems of alcohol: bibliography. *Yearb. Psychoanal.* 1., 359—370.
- LOVALD, K.—NEUWIRTH, G., 1968, Exposed and shielded drinking. *Arch. Gen. Psychiat.* 19., 95—103.
- LUNDQUIST, G., 1954, Alcohol and Alcoholism. WHO Techn. Report Ser. No 94.

- LUNDQUIST, G., 1963, A comparison study of pathogenesis course, and prognosis with delirium tremens. *Acta psychiatr. neurol. Scand.* 36., 443—466.
- LUTTEROTI, A., 1969, Alkohol und Herz. *Münch. med. Wschr.* 111., 129—132.
- DI LUZIO, N. R., 1964, Prevention of the acute ethanol-induced fatty liver by the simultaneous administration of antioxidants. *Life Sci. Oxford* 3., 113—118.
- MACHOVER, K.—WEXLER, R. M., 1948, A case of maniac excitement. *Ror. Res. Exch. J. Project. Techn.* 12., 179—201.
- MADEDDU, A. D.—DONATI, A., 1967, Alcoolismo e sesso. *L'alcool.* 32., 149—155.
- MADLAFOUSEK, J., 1960, Podíl t. zv. pijácke party na vzniku alkoholismu u jednotlivce. *Zápisy z Apolináre* 10., 150—154.
- MAGYAR I., 1969/a, Kozmikus sértődés. 2. bőv. kiadás. *Medicina*, Budapest.
- MAGYAR I., 1969/b, Az alkohol hatása a májra. *Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről*. Budapest, 13—190.
- MAGYAR I., 1970, Alkoholizmus és májbetegség. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 51—52.
- MAJLÁTH Gy., 1960, A gyermekkori kriminalitásról. *Magy. Pszichol. Szle* 7., 402—406.
- MALAMUD, N.—SKILLICORN, S., 1956, Relationship between the Wernicke and Korsakoff syndrome. *A.M.A. Arch. Neurol. Psychiat. Chicago.* 76., 585—596.
- MÁNDI L., 1957, A tüdőgümőkór gyógyszeres kezelése. *The Szakorvostovábbképző jegyzet. Kézirat.* 106—130.
- MARCONI, J. T., 1959, The concept of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alcohol.* 20., 216—235.
- MARGET, P.—CRETON, M., 1963, Le chlórdiazéproxide et le traitement de l'alcoolisme. *Ann. Méd. Psychol.* 121., 92—96.
- MARKHAM, J. D.—HOFF, E. G., 1953, Toxic manifestations in the antabuse alcohol reaction. *J. Amer. med. Ass.* 152., 1597—1600.
- MARTENSEN-LARSEN, O., 1948, Treatment of alcoholism with a sensitising drug. *Lancet* 2., 1004—1007.
- MARTINI, G. A.—DÖLLE, W., 1965, Krankheitsbilder bei Leberschädigung durch Alkohol. *Dtsch. med. Wschr.* 90., 793—799.
- MASTRANGELO, G.—ROSSELLA, E., 1961, Confusione alcoolica e Lucidril. *Minerva med.* 2., 186—189.
- MASSERMANN, J. H., 1955, *The Practice of Dynamic Psychiatry*. W. B. Saunders.
- MASSERMANN, J. H., 1959, Alcohol and other drugs as prevention of experimental trauma. *Quart. J. Stud. Alc.* 20., 464—466.
- MATUSSEK, P., 1960, Zwang und Sucht. *Top. Probl. Psychother.* 3., 84—95.
- MAYFIELD, D. G.—COLEMAN, L. L., 1968, Alcohol use and affective disorder. *Dis. nerv. Syst.* 467—474.
- MCCALL, G. J.—SIMMONDS, J. L., 1966, *Identities and Interactions*. The Free Press, New York.
- MCCORD, W.—MCCORD, J., 1960, *Origins of Alcoholism*. Tavistock Publications. London.
- MCCORD, W.—MCCORD, J.—GUDEMAN, J., 1959, Some current theories of alcoholism. A longitudinal evolution. *Quart. J. Stud. Alc.* 20., 727—749.
- MEAD, G. H., 1934, *Mind, Self and Society. From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Univ. of Chicago Press, Chicago, 401 o.

- MEAD, G. H., 1938, *The Philosophy of the Act*. Univ. of Chicago Press, Chicago.
- MEAD, E.—MEAD, F., 1965, *Man Among Men*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 21.
- MEAD, M., 1930, An ethnologist's footnote to „Totem and Tabbo”. *Psychoanal. Rev.* 17., 297—304.
- MECIR, J., 1966, Előadás az ICAA 12. Nemzetközi Konferenciáján Prága, jún. 13—24.
- MEERLO, J. A., 1952, Artificial ecstasy: a study of the psychosomatic aspect of drug addiction. *J. nerv. ment. Dis.* 115., 246—266.
- MENDELSON, I. H., 1964, Physicians attitudes toward alcoholic patient. *Arch. Gen. Psychiat.* 11., 392—399.
- MENDELSON, J. et al., 1957, A study of addiction to nonethyl alcohols and other poisonous compounds. *Quart. J. Stud. Alc.* 18., 561—580.
- MENDELSON, J.—WEXLER, D.—KUBZANSKY, PH.—LEIDERMAN, H.—SOLOMON, PH., 1959, Serum magnesium in delirium tremens and alcoholic hallucinosis. *J. nerv. ment. Dis.* 128., 352—357.
- MENDELSON, J. H.—LA DOU, J., 1964, Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc. Suppl.* 2., 14—39.
- MENNINGER, K. A., 1938, *Man against Himself*. Harcourt, Brace, New York.
- MÉREI F., 1947, A Rorschach-táblák felszólító jellege. *Magy. Pszichol. Szle* 16., 115.
- MÉREI F., 1968, A különleges reakciók a Rorschach-próbában. MTA Pszichológiai Tanulmányok XI. Akadémiai Kiadó, Budapest. 677—700.
- MÉREI F., 1970, Az alkoholizmus pszichodiagnosztikájához. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 84—85.
- MÉREI F.—BINÉT Á., 1970, *Gyermekelektan*. Gondolat, Budapest.
- MERKEL, K. L., 1957, Alkoholismus bei Lungentuberkulösen. *Beitr. klin. Tuberk.* 116., 653—676.
- MERTON, R. K., 1957, *Social Theory and Social Structure*. The Free Press, Glencoe, III., 645. o.
- MERTON, R. K., 1957, *The Role Set*. *Brit. J. Social.* 8., 106—120.
- MERTON, R. K.—NISBEL, R. A., 1961, *Contemporary Social Problems*. Harcourt, New York. 754.
- MERTON, R.—READER, R. G.—KENDALL, P. L., 1957, *The Student Physician*. Harvard Univ. Press, Cambridge Mass. 360 o.
- MESTRALLET, A.—LANG, A., 1960, Indications, techniques et résultats du traitement par l'apomorphine de l'alcoolisme psychiatrique. *Zbl. Neurol.* 155., 323—324.
- MÉTNEKI J., 1961, A társadalmi tevékenység szerepe az alkoholelvonó kúrákkal kapcsolatban. *Orv. Hetil.* 102., 776—778.
- MÉTNEKI J., 1962, Vizsgálatok az alkoholizmus elleni küzdelem propagandája elemeinek meghatározására. *Népeü.* 43., 309—312.
- MÉTNEKI J., 1964, Előadás a 27. Nemzetközi Alkoholizmus Elleni Kongresszuson. Frankfurt a/M. 1964. IX. 6—12.
- MÉTNEKI J., 1967, Az egészségi magatartás formálása. *Évkönyv. Eü.M. Egészségügyi Felvilágosító Központja*, Budapest. 46—62.
- MÉTNEKI J., 1970, A lakosság egyes csoportjainak kommunikációs megközelítése az alkohol-kérdésben. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 215—219.

- MÉTNEKI J., (szerk.) 1970, *Alkoholfogyasztás és alkoholizmus.* (Írta: BÁLINT I.—FEJÉR A. Gy.—HÁRDI I.—KARDOS Gy.—MÉTNEKI J.—ORTHMAYR A.) Medicina, Budapest.
- MÉTNEKI J.—SZÉKELY L., 1966, A társadalmi tudat és magatartás alakulása az alkoholisták gyógyításával kapcsolatban. *Évkönyv. Eü.M. Egészségügyi Felvilágosítási Központja, Budapest.* 119—130.
- MÉTNEKI J.—SZÉKELY L., 1967, *Az alkoholizmus és a társadalmi tudat. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalompolitikai problémái.* Budapest. 125—136.
- MÉTNEKI J.—ZALÁNYI S., 1963, *A gyakorló orvos egészségügyi felvilágosítási tevékenysége.* Medicina, Budapest. 170 o.
- MEZEI Á., 1959, Rorschach próba rendszeres továbbfejlesztése. *MTA Pszichológiai Tanulmányok II. Akadémiai Kiadó, Budapest.* 601—612.
- MEZEI Á., 1961, *A diagnosztika elmélete és a személyiségtani diagnosztika.* MTA Pszichológiai Tanulmányok III. Akadémiai Kiadó, Budapest. 739—749.
- MEZEI Á., 1962/a, *Idő és személyiség.* *Magy. Pszichol. Szle 19.,* 371—374.
- MEZEI Á., 1962/b, *Alkoholizmus és az alkoholista személyiség.* *Magy. Pszichol. Szle 4.,* 451—456.
- MEZEI Á., 1964, *A szemlehenyásos jelenség.* *MTA Pszichológiai Tanulmányok VI. Akadémiai Kiadó, Budapest.* 51—61.
- MEZEI Á.—ERDÉLY É., 1963, *A Rorschach próba válaszainak szerkezeté és a személyiség felbomlásával járó kórformák differenciáldiagnosztikája.* *MTA Pszichológiai Tanulmányok V. Akadémiai Kiadó, Budapest.* 683—694.
- MEZEI Á.—ERDÉLY É., 1965, *Újabb személyiségdimenziók a Rorschach-próbában: a testvázlat.* *MTA Pszichológiai Tanulmányok VIII. Akadémiai Kiadó, Budapest.* 609—620.
- MEZEI Á.—ERDÉLY É., 1966, *Az alkoholista személyiségszerkezet megmutatkozása a Rorschach-próbában.* *MTA Pszichológiai Tanulmányok IX. Akadémiai Kiadó, Budapest.* 639—658.
- MEZEI, Á.—LEVENDEL, L., 1968, *Die Persönlichkei des Alkoholikers.* *Med. Klein. 63.,* 489—492.
- MEZEI, A.—LEVENDEL, L., 1971, *Rorschach kenaszho ni joru sinisinszókan no tokusziei ni kanoszoru koszatsu. (Prognostic value of body-image disturbance in chronic illness diagnosed with the Rorschach test.) Sei sin tai i gaku (J. Jap. Psychos. Soc.) 11., 3.* 151—158.
- MILLER, N. E., 1948, *Fear as motivation and fear as reinforcement.* *J. exper. Psychol. 38.,* 89—101.
- MISSIK, T., 1966, *Skupinova liecba alkoholizmu v nemoenici.* *Protivalk. obzor 1.,* 185—187.
- MITTELMAN, B., 1954, *Motility in infants, children and adults.* In: *EISSLER, R. et al. Psychoanal. Stud. Child. Internat. Univ. Press, New York. 9.,* 142—177.
- MITTELMAN, B., 1957, *Motility in the therapy of children and adults.* *Psychoanal. Stud. Child. 12.,* 284—319.
- MONEY, J., 1957, *The Psychological Study of Man.* Ch. Thomas, Springfield.
- MOORE, R. A.—RAMSEUR, F., 1960, *A study of the background of 100 hospitalized veterans with alcoholism.* *Quart. J. Stud. Alc. 21.,* 51—67.
- MONTALE, P.—MARCHESE, S.—TEBOLDI, A., 1965, *La reazione vasomotoria all'alcool in corso di trattamento con Furaltadone; osservazioni cardio-angiologiche.* *Quart. J. Stud. Alc. 26.,* 136—137.
- MORSIER, G. de—FELDMANN, H., 1949, *Le traitement biologique de l'alcoolisme chronique par l'apomorphine.* *Ann. méd. Psych. 107.,* 460—482.

- MULLAHY, P., 1950, A philosophy of personality. *Psychiatry* 13., 417—437.
- MURRAY, H. A., 1946, Explorations of Personality. Harvard Univ. Press, Boston.
- MÜLLER, M.—MARTHALER, F., 1949, Medikamentöse Methoden zur Behandlung des chronischen Alkoholismus. *Nervenarzt* 20., 337—343.
- NAAB, M., 1967, Klinische Beobachtungen bei Anwendung von Centrophenin bei der Alkoholpsychose und ihnen metalkoholischen Erkrankungen. *Med. Welt* 18., 1280—1282.
- NAGY GY., 1963, Az alkoholizmus elleni propaganda lehetőségei. *Eü. Felvil.* 4., 59—61.
- NAGY GY., 1966, Alkoholmentes italok az öt éves tervben. *Ref.Szle* 11., 7—9.
- NAGY GY., 1968, Helyzetjelentés a szeszmentes italok frontjáról. *Ref.Szle* 18—19., 21—22.
- NAGY J., 1970, Alkoholszondás vizsgálatok. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 212—214.
- NAGY T., 1963, A Melipramin (Imipramin) klinikai alkalmazásáról. *Ideggyógy. Szle* 14., 120—126.
- NAGY T., 1969, Az alkoholizmussal kapcsolatos kórállapotok EEG-je. Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről, Budapest. 51—55.
- NATSOULAS, TH. 1970, Concerning introspective „knowledge”. *Psychol. Bull.* 73., 89—111.
- NAVRATIL, L., 1947, Die Rolle der Ehefrau in der Pathogenese der Trunksucht. *Wien. Z. Nervenheilk.* 14., 90.
- NEISSER, V., 1963, The imitation of man by the machine. *Science* 139., 193—197.
- NEMES L., 1967, Alkoholista betegségtudat. *Ref.Szle* 14., 5—7.
- NEMES L., 1968, Különleges reakciók és választások értelmezése a frusztrációs próbában (PFT). *Magy. Pszichol. Szle* 24., 553—563.
- NEMES L.—LEVENDEL L., 1966, Tuberkulotikus alkoholista betegek Rorschach-vizsgálata. MTA Pszichológiai Tanulmányok IX. Akadémiai Kiadó, Budapest. 435—447.
- NEUBERT, R., 1961, Probleme des Alkoholmißbrauchs. *Z. ges. Hyg.* 7., 378—381.
- NEUMAN, H., 1967, Der therapeutische Zugang zum Alkoholkranken. ICAA 13. Nemzetközi Konferencia, Zágráb, jún. 12—23.
- NEWCOMB, TH. M., 1959, Sozialpsychologie. Anton Hain, K. G. Mersenhaim am Glan. 622 o.
- NEWCOMB, TH. M.—TURNER, R. H.—CONVERSE, P. E., 1965, Social Psychology. Holt, Rinehart, Winston, New York, 591 o.
- NORDAHL, T., 1964, Examination of hearing in alcoholics. *Acta Otolaryng.* 188., 362—370.
- NYÁRÁDY É., 1970, A szocio-kulturális tényezők jelentősége a klubterápiában. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 122—123.
- NYIRÓ GY., 1962/a, *Psychiatria*. II. kiad. Medicina, Budapest, 707 o.
- NYIRÓ GY., 1962/b, Az alkoholizmus strukturális szemléletéről. *Népeü.* 43., 304—307.
- O'HOLLEREN, P.—LEMERE, F., 1948, Conditioned-reflex treatment of chronic alcoholism. *New Engl. J. Med.* 239., 331—333.
- ORME, M. E. J.—SYNDER, J. G., 1964, Autogenic training in the treatment of alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 25., 547—550.

- ORTHMAYR A., 1961, Alkoholos eredetű elme-zavarokról. *Orvosképzés* 36., 380—389.
- ORTHMAYR, A., 1969/a, A komplex ideggondozók és átmeneti intézmények elvi és gyakorlati szervezési kérdései. Kézirat.
- ORTHMAYR, A., 1969/b, Az alkoholizmussal kapcsolatos psychosisokról. Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről, Budapest. 41—50.
- ORTHMAYR A., 1970, Az alkoholizmus gyógykezelésének egészségügyi szervezési helyzete Magyarországon. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 24—30.
- ORTHMAYR A.—DALLOS V.—GERÉBY Gy., 1965, Előadás a Pavlov Ideg- és Elmegyógyász Szakcsoportban. Budapest, 1965. febr.
- ORTHMAYR A.—HEGEDŰS I., 1970, Alkoholos pszichózisok pszichodiagnosztikai kérdései. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 91—93.
- OSTOW, M., 1962, *Drugs in Psychoanalysis and Psychotherapy*. Basic Books, New York.
- PARHON, C.—STEFANESCU, C., 1965, Előadás a III. Nemzetközi Symposiumon. Zágráb.
- PARKER, F. B., 1959, A comparison of the sex temperament of alcoholics and moderate drinkers. *Amer. soc. Rev.* 24., 366.
- PARNITZKE, K. H.—PRÜSSING, O., 1966, Kinder alkoholsüchtiger Eltern. *Psychiat. Neurol. med. Psychol.* 18., 1—5.
- PARSONS, T., 1951, Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *Amer. J. Orthopsych.* 21., 452—460.
- PASATU, P.—WINTER, E., 1965, Analyse der Behandlung von Alkoholikern. *Psychiatr. Neurol. med. Psychol.* 12., 458—462.
- PATAKI F., 1964, *Pedagógia és szociológia*. Akadémiai Kiadó, Budapest 214—280.
- PATAKY I.—HERENDY E., 1969, Alkoholhózzászokás vizsgálata állatkísérletekben. Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről. Budapest. 31—39.
- PAVLOV, I. P., 1953, Előadások a nagyagyféltekék működéséről. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- PAVLOV, I. P., 1953, *Válogatott művek*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- PELLEGRINI, H., 1961, Versuch einer Neu-Interpretierung der Ödipussage. *Psyche* 15., 457—485.
- PENTSCHEW, A., 1957, *Intoxikationen*. IV. Aethylalkoholvergiftung. Springer, Berlin.
- PERRIN, P., 1960, Les causes psychiques du comportement alcoolique et de l'alcoolmanie. *Rev. Alcool.* 6., 351.
- PERRIN, P., 1961, Compagnes des buveurs. *Rev. Alcool.* 7., 169—176.
- PERRIN, P., 1962, Ces enfants qui devinrent des alcooliques (W. and J. McCORD könyvéről). *Rev. Alcool.* 8., 177—186.
- PERTORINI R., 1965, Neurosisok a mindennapos orvosi gyakorlatban. *Medicina*, Budapest. 168.
- PERTORINI R.—VELOK Gy., 1960, Elektroencephalográfiás vizsgálatok Antaethyl-kúra alatt fellépett psychosisban. *Ideggyógy. Szle* 13., 15—21.
- PERVIN, L. A., 1968, Performance and satisfaction as a function of individual-environment fit. *Psychol. Bull.* 69., 56—68.
- PETERS, V. H.—NEUMANN, H., 1960, Vitamin B₆-Mangel bei Delirium tremens. *Arch. Psychiat. Nervenr.* 201., 165—177.

- PHILIPS, L.—SMITH, J. G., 1953, Rorschach Interpretation: Advanced technique. Grune and Stratton, New York.
- PIAGET, J., 1948, Psychologie der Intelligenz. Rascher, Zürich.
- PIAGET, J., 1951, Introduction à l'épistémologie génétique. PUF, Paris.
- PIAGET, J., 1955, La construction du réel chez l'enfant. Delachaux et Nestlé, Paris.
- (PIAGET, J.) Пиаже, Ж., 1956, Проблемы генетической психологии. Вопросы Психол. 3., 30—47.
- PIAGET, J.—FRAISSE, P.—REUHLIN, M., 1967, A kísérleti pszichológia módszerei. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- PILBEAM, D. R.—SIMONS, E. L., 1965, Some problems of hominid classification. Amer. Sci. 53., 237—259.
- PITTMAN, D., 1964, Homeless Men. Különlenyomat a Transaction 1. számából.
- PITTMAN, D. J., 1970, Új lépések a nyilvános ittasság büntetéről. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 125.
- PITTMAN, D. J.—SNYDER, CH. R., 1962, Society, Culture and Drinking Patterns. John Wiley and Sons, New York. 616 o.
- PITTMAN, D. J.—TATE, R. L., 1969, A comparison of two treatment programs for alcoholics. Quart. J. Stud. Alc. 30., 888—899.
- PJATNYICKAJA, I. N., 1970, Az alkoholizmus syndromatológiai struktúrája és annak terápiás szempontjai. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 102—104.
- PODOLSKY, E., 1960, The sociopathic alcoholic. Quart. J. Stud. Alc. 21. 292—298.
- POLISCH, K., 1963, Soziale und persönliche Bedingungen des chronischen Alkoholismus. G. Thieme, Leipzig.
- POLLNER GY., 1969, A kóros részegség fogalma és a hazai gyakorlat. Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről. Budapest. 65—71.
- POLLNER GY., 1970, Az egyszerű ittassággal összefüggő igazságügyi elnevelési problémákról. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 199—201.
- POSTEL, J.—COSSA, P., 1956, L'atrophie cérébrale chez les alcooliques chroniques. Étude pneumoencéphalographique. Rev. Neur. 94., 604—606.
- PRATT, J. H., 1906, id. KOZMA és MEZEI, 1968.
- PREDESCU, V., 1965, Előadás a III. Nemzetközi Symposionon. Zágráb.
- PRIEBRAM, K. H., 1963, Reinforcement Revisted: a Structural View. In: M. R. JONES, Nebraska Sympos. on Motivation. Univ. of Nebraska Press, Lincoln.
- PUDRY, M. B.—LEE, J. G., 1962, The effect of restricted food intake, thiamin deficiency and riboflavin deficiency on the voluntary consumption of etanol by the albino rat. Quart. J. Stud. Alc. 23., 549—556.
- RADÓ, S., 1926, Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. Int. Z. Psychoanal. 12., 540.
- RADÓ, S., 1933, Psychoanalysis of pharmacothysmia (drug addiction). Psychoanal. Quart. 2., 1—23.
- RAINAUT, J., 1966, Előadás az ICAA 12. Nemzetközi Konferenciáján. Prága, 1966. jún. 13—24.
- RANDOLPH, T. G., 1965, Food addiction, food allergy, obesity and alcoholism. Referátum a III. Nemzetközi Symposionon, Zágráb.
- RANK, O., 1924, Das Trauma der Geburt. Intern. Psychoanal. Verlag, Wien.

- RAPAPORT, D., 1958, The theory of ego autonomy: a generalization. *Bull. Mening. Clin.* 220., 13—35.
- RÁTZ Gy., 1965, Az alkoholizmus elleni büntetőjogi küzdelem. *Ref.Szle* 6., 1—3.
- RÉCSEY B., 1969, A dolinai munkaterápiás alkohol-elvonó osztály munkájáról. *Ref. Szle* 23—24., 17—20.
- RÉCSEY B., 1970, Három év tapasztalatai alkoholisták hosszantartó, munkaterápiával egybekötött kezeléséről. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 110—112.
- REUCHLIN, M., 1967, I. PIAGET.
- RIBOT, CH., 1914, *La vie inconsciente et les mouvements.* Paris.
- RICHARDS, W., 1957, The psychology of alcoholism. *Med. J. Austr.* 12., 544—546.
- RIGGALL, R., 1923, Homosexuality and alcoholism. *Psychoanal. Rev.* 10., 157—169.
- RITSON, E. R., 1968, Suicide among alcoholics. *Brit. J. med. Psychol.* 41., 235—242.
- ROCHEBLAVE-SPENLÉ, A. M., 1962, *La notion de rôle en psychologie sociale.* PUF, Paris. 434 o.
- ROE, A., 1946, Alcohol and creative work. Part. I. Painters. *Quart. J. Stud. Alc.* 6., 415—467.
- ROGERS, C. R., 1942, *Counseling and Psychotherapy.* Houghton-Mifflin. Boston.
- ROMAN, R. M.—TRICE, H. M., 1968, The sick role; labelling theory and the deviant drinker. *Inter. J. Soc. Psychiat.* 14., 245—251.
- ROMMELSPACHER, F., 1953, Beobachtungen an Suchtkranken: ein Beitrag zur Ausdrucksdiagnostik und Pathogenese der Sucht. *Psyche* 7., 185—196.
- ROONEY, J. F., 1961, Group progresses among Skid Row winos a reevaluation of the undersocialization hypothesis. *Quart. J. Stud. Alc.* 22., 444—460.
- ROOT, L. E., 1970, A család. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 43—44.
- RORSCHACH, H., 1937, *Psychodiagnostik.* 3. kiad. Huber, Bern.
- ROSEMAN, S., 1955, The Skid Row alcoholic and the negative ego image. *Quart. J. Stud. Alc.* 16., 447—473.
- ROSEMAN, S., 1955, Some unresolved problems of Ego-Psychology. *J. Gen. Psychol.* 53., 231—263.
- ROSENFELD, H., 1960, Über Rauschgiftsucht. *Psyche* 14., 481—495.
- ROSENWALD, A. K., 1947, A comparison of the Rorschach and Behn Rorschach tests based on a study of chronic alcoholic subjects. *Amer. Psychol.* 2., 270—271.
- ROSTÁS I., 1970, Az alkoholizmus Magyarországon. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 17—23.
- ROSTÁS I., 1970, Előadás az Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság 1970. II. 7-i ülésén.
- ROTTER, H., 1965, Milieuthérapie und Nachsorge bei Suchtkranken. *Praxis. Psychother.* 5., 229—237.
- ROTTER, H., 1967, *Die Rehabilitation Alkoholkranker. Soziale Hilfe.* Luchterhand, Berlin und Neuwied. 190 o.
- ROTTER H., 1970, A „visszaesés” jelentősége az alkoholbetegek utókezelésében. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 161—162.

- ROZNOW, W. G., 1959, Über die Hypnosetherapie des Alkoholismus. Z. ärzt. Fortbild. 53., 663—665.
- RUBINGTON, E., 1958, The chronic drunkenness offender. Ann. Amer. Acad. Pol. Sci. 315., 65—72.
- RUBINGTON, E., 1968, The Bottle Gang. Quart. J. Stud. Alc. 29., 943—955.
- RUBINSTEIN, S. L., 1964, Az általános pszichológia alapjai. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- RYAN, J. J., 1970, A gyógyult alkoholisták szervezésének a szerepe. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 172—173.
- SALISBURY, H. E., 1958, The Shook up Generation (II. The Gang.) Harper Brothers, New York, 18—38. Id.: Ifjúságszociológia, 1969. (Szerk. HUSZÁR T. és SÜKÖSD M.) Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest. 315—367.
- SALONEN, S.—PANILIUS, M., 1967, Referatum. Quart. J. Stud. Alc. 30., 786. Part B.
- SALTER, A., 1961, Reflex Therapy. Capricorn Books, New York.
- SALUM, I., 1963, The clinical use of Hemineurin. Nor. psychiat. 17., 20—29.
- SALZBERGER, G. G., 1969, Alkoholizmus és eroticus féltékenységi szindróma. Előadás a VI. Nemzetközi Symposiumon. Zágráb, 1969. X. 9—11.
- SAMU I. és mtsai, 1967, Tapasztalatok alkoholisták kényszerelvonókezelésénél. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalompolitikai problémái. Budapest, 67—74.
- SANFORD, N., 1968, Personality patterns of alcohol consumption. J. Cons. clin. Psychol. 92., 13—17.
- SÁRADY K., 1966, Alkoholista gümőkóros betegek gyógykezelése Borsod megyében. Ref. Szle (Alkoholizmus Elleni Országos Bizottság) 12., 5—6.
- SATTES, H., 1964, Die Behandlung des Delirium tremens mit Distraneurin. Med. Klin. 59., 1515—1517.
- SAVICEVIC, M., 1963, Alkoholizmus az iparban. Fő referátum az ICCA IX. Konferenciáján. Lausanne.
- SCHAFFER, J. W.—HANLON, T. E.—WOLF, S.—FOXWELL, N. H.—KURLAND, A. A., 1962, Nialamide in the treatment of alcoholism. J. nerv. ment. Dis. 135., 222—232.
- SCHIED, W.—HUHN, A., 1964, Neuere Wege in der medikamentösen Behandlung des Alkoholdelirs. Fortschr. Neurol. Psychiat. 32., 490—494.
- SCHIED, W.—HUHN, A., 1967, Chronischer Alkoholismus: Alkoholpsychosen. J. F. Lehmanns Verlag, München.
- SCHNEUNERT, G., 1956, Einige Entwicklungstendenzen der neueren psychoanalytischen Ich-Psychologie. Psyche 10., 1—3.
- SCHILDER, P., 1941, The psychogenesis of alcoholism. Quart. J. Stud. Alc. 2., 277—292.
- SCHOTTLÄNDER, F., 1938, Die Mutter—Kind Beziehung. Zbl. Psychother. 10., 371—389.
- SCHRAPPE, O., 1968, Gewöhnung und Süchte. Nervenarzt 39., 337—350.
- SCHRÖDINGER, E., 1948, What is Life? University Press, Cambridge.
- SCHULTE, W., 1963, Das Alkoholdelir in seinem Sinngehalt und lebensgeschichtlichen Zusammenhang. Nervenarzt 34., 193—198.
- SCHULTZ, J. H., 1950, Das autogene Training. G. Thieme, Stuttgart.
- SCHWEIZER, W., 1967, Alcool et coeur. Rev. Alcool. 13., 183—185.
- SCOTT, E. M., 1958, Psychosexuality of the alcoholic. Psychol. Rev. 4., 599—602.
- SCOTT, E. M., 1961, The technique of psychotherapy with alcoholics. Quart. J. Stud. Alc. 22., 69—80.

- SEITELBERGER, F.—BERNER, P., 1955, Über die Marchiafavasche Krankheit. *Virch. Arch.* 326., 257—277.
- SELIGER, R. V.—CRANFORD, V., 1945, The Rorschach analysis in the treatment of alcoholism. *Med. Rec. N. Y.* 158., 32—38.
- SELIGER, R. V.—ROSENBERG, S. J., 1941, Personality of the alcoholic. *Med. Rec. N. Y.* 154., 416—421.
- SHANDS, H. C., 1970, *The War with Words: Structure and Transcendence.* Mouton, Amsterdam (sajtó alatt).
- SHEA, J. E., 1954, Psychoanalytic therapy and alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 15., 569—605.
- SHERIF, M.—SHERIF, E., 1948, *An Outline of Social Psychology.* Harper and Brother, New York. 479.
- SHERRI-CAVAN, 1966, *Liquor Licence an Ethnography of Bar Behavior.* Aldine Publ. Co., Chicago.
- SHIBUTANI, T., 1961, *Society and Personality. An Interactionist Approach to Social Psychology.* Prentice-Hall. Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
- SEGENTHALER, W.—FILIPPINI, L., 1967, Zur Diagnostik des Zieve-Syndroms. *Dtsch. med. Wschr.* 92., 977—978.
- SILBER, A., 1959, Psychotherapy with alcoholics. *J. nerv. ment. Dis.* 129., 477—485.
- SIMKÓ A., 1966, „Közvetett” eszközök a kényszerelvonás gyakorlatában. *Ref. Szle* 10., 14—15.
- SIMKÓ, A., 1967, Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Alkoholikern nach der Entziehungskur. ICAA 13. Nemzetközi Konferenciája, Zágráb.
- SIMKÓ A., 1967, Brémai tapasztalatok az alkoholisták kezelésénél. *Ref. Szle* 16., 5—7.
- SIMKÓ A.—DONÁSZY M.—KISS J. G., 1969, Alkoholista nők ivási karakterisztikumai. Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről. Budapest, 125—129.
- SIMMEL, E., 1948, Alcoholism and addiction. *Psychoanal. Quart.* 17., 6—31.
- SIMON, H. A., 1957, *Models of Man Social and Rational.* 15. fejelet. Wiley, New York.
- SIMON I.-né, 1965, Széljegyzetek a gyümölcslé és üdítőital kérdéséhez. *Ref. Szle* 8., 8—9.
- SIMON I.-né, 1970, Az állami intézkedések végrehajtásának társadalmi módszerei. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 243—246.
- SKALA, J., 1957, *Organisace a metodika boje proti alkoholismu.* Praha.
- SKALA, J., 1966, Előadás az ICAA 12. Nemzetközi Konferenciáján. Prága, jún. 13—24.
- SKINNER, B. F., 1953, *Science and Human Behavior.* Macmillan, New York.
- SLAVSON, S. R., 1959, *The Era of Group Psychotherapy.* 2. Int. Kongr. of Gp. Kurger, Basel. 61—90.
- SLUCHEVSKIJ, I. F.—FRIKEN, A. A., 1933, Apomorphine treatment of chronic alcoholism. *Szovj. vrac. gaz.* 30., 557—561. (Ref.)
- SMART, R. G., 1968, Future time perspectives in alcoholics and social drinkers. *J. abnorm. Psychol.* 73., 81—83.
- SMLCE, J., 1963, Risks and unexpected reactions in disulfiram therapy of alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 24., 489—494.
- SMITH, J. J., 1950, *The endocrine basis and hormonal therapy of alcoholism.* N. Y. State J. Med. 50., 1704.
- SMITH, J. A.—WOLFORD, J. A.—WEBER, R. N.—MCLEAN, D., 1957, Use of citrated calcium Carbimide (Temposil) in treatment of chronic alcoholism. *J.A.M.A.* 165., 2181—2183.

- SMITHERS, R. B., 1964, The problem of alcoholism. Előadás a 27. „Alkohol és Alkoholizmus” Nemzetközi Kongresszuson. Frankfurt a/M. 1964. IX. 23.
- SOEHRING, K.—SCHÜPPEL, R., 1966, Wechselwirkungen zwischen Alkohol und Arzneimitteln. Dtsch. med. Wschr. 91., 1892—1897.
- SOLMS, H., 1951, Synopsis der Zwischenfälle und ihre Verhütung bei der Antabusbehandlung des chronischen Alkoholismus. Schweiz. med. Wschr. 8., 343—348.
- SOLMS, H., 1963, Az idült alkoholizmus gyógykezeléséről. Előadás az ICAA IX. Nemzetközi Konferenciáján. Lausanne.
- SOLMS, W., 1960, Die Behandlung des Alkoholismus. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II. Springer, Berlin. 294
- SOÓKY A., 1967, Az intézeti disulfiram kezelésről a gyulai kórház tapasztalatai alapján. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalompolitikai problémái. Budapest. 63—66. o.
- SOÓKY A.—KARDOS Gy.—SZOLLÁR E.—MÉSZÁROS E.—SZABADOS P., 1967, Hypnopediás csoportterápiás módszer alkoholisták gyógykezelésére. Orv. Hetil. 108., 562—564.
- SOÓKY A.—ZAHORÁN M., 1961, Az első magyarországi alkoholizmus ellenes bizottság munkájáról. Eü. Felvil. 6—7., 55—62.
- SOÓKY A.—ZAHORÁN M., 1962/a, Előadás az ICAA 8. Nemzetközi Konferenciáján. Varsó.
- SOÓKY A.—ZAHORÁN M., 1962/b, A Békés megyei Alkoholizmus Elleni Bizottság eddigi munkája. Eü. Felvil. 3., 16—21.
- SÓS, J., 1969, Az alkoholizmus hatása az anyagcserére. Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről. Budapest. 5—11.
- SPENCE, K. W., 1953, Bevezető előadás a „Kentucky Symposium”-on. 1. Learning theory, Personality theory and Clinical. Res. J. Wiley, London.
- SPIEGEL, L. A., 1959, The self, the sense of self, and perception. Psychoanal. Stud. Child. 14.
- SPITZ, R. A., 1964, Az autoerotizmus problémájához. Psyche 18., 5. Ref. HIDAS, Gy., 1966, Orv. Hetil. 107., 1241.
- SPITZ, R., 1965, The Evolution of Dialogue. In: Drives Affects. Behavior. Ed. by M. Schur. Intern. Univ. Press, New York.
- STEINER, C. M., 1969, The alcoholic game. Quart. J. Stud. Alc. 30., 920—938.
- STENBACK, A.—BLUMENTHAL, M., 1964, Relationship of alcoholism, hypochondria and attempted suicide. Acta psychiat. scand. 40., 133—140.
- STOETZEL, J., 1963, La psychologie sociale. Flammarion., Paris. 316. o.
- STOCKVIS, B., 1960, Grundlage und derzeitige Situation der Gruppenpsychotherapie. Z. Psychother. med. Psychol. 10., 129—140.
- STONE, G. P., 1962, Drinking Styles and Status Arrangements. 1. PITTMAN—SNYDER.
- STORR, A., 1966, The Concept of Cure. In: Psychoanalysis Observed. Ed. by Ch. Rycsoft, Penguin, Harmondsworth.
- STRACKE, A., 1921, Psychoanalyse und Psychiatrie. Intern. Psychoanal. Verlag, Leipzig.
- STRÖM, J., 1965, Acute alcoholic hepatitis. Acta med. Scand. 177., 371—376.
- STRECKER, CH., 1959, zit. WEXBERG, L. E., 1959, Trinkerfürsorge. In: Handbuch der Neurolethre und Psychotherapie. Urban-Schwarzenberg. München—Berlin.
- STRECKER, E. A., 1941, Chronic alcoholism. A psychological survey. Quart. J. Stud. Alc. 2., 12—17.
- SUCHMAN, E. A., 1963, The Addictive Diseases. L. FREEMAN—LEVINE—REEDER.

- SUJBERT, L., 1962, Az alkoholizmus elleni küzdelem lehetőségei. Egészségtud. 6., 4. 344—349.
- SUNDET, O., 1964, id. MÉTNEKI J.: A 27. Nemzetközi alkoholizmus elleni kongresszusról. Ref. Szle 5., 4—7. (1965).
- SUSSER, M. W.—WATSON, W., 1962, *Sociology in Medicine*. Oxford. Univ. Press. London. 337 o.
- SUTHERLAND, E. H.—SCHROEDER, H. G.—TORDELLA, C. L., 1950, Personality traits and the alcoholic: critique of existing studies. *Quart. J. Stud. Alc.* 11., 547—561.
- SÜLE F.—SÜLE F.-né, 1965, Pszichológiai vizsgálatok delirium tremens-es betegekben. Előadás a Pavlov Ideg-Elme Szakcsoport 1965. II. 25-i ülésén.
- SÜLE F.—SÜLE F.-né, 1967, Adatok az alkoholizmus pszichopathológiájához az alkoholisták naplójának értékelése alapján. *Magy. Pszichol. Szle* 24., 94—99.
- SZABADY E., 1970, Az alkoholizmus demográfiai vonatkozásai. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 127—130.
- SZABÓ A., 1961, A fiatalok és a büntetőjog. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- SZABÓ E.—BOBORY J., 1961, Antaethyl kezeléskor alkohol itatásra jelentkező cardiovascularis elváltozások. A neuropsichiátria aktuális kérdései. Budapest. 451—453.
- SZABÓ P., 1967, Kombinált apomorphin-Antaethyl kezelés járóbeteg alkoholistáknál. Az alkoholizmus orvostudományi és társadalompolitikai problémái. Budapest. 59—62.
- SZASZ, TH. S., 1962, *The Myth of Mental Illness*. Sacker and Warburg, London. 337 o.
- SZASZ, TH. S.—KNOPF, W. F.—HOLLENDER, M. H., 1956, The doctor-patient relationship and its historical context. *Amer. J. Psychiat.* 115., 522—528.
- SZECSEN OV, I. M., 1954, Az agy reflexei. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- (SZEGAL, B. M.—AVERBACH, J. K., 1963, id.: LUKOMSZKIJ, I. I.) Сегал, Б. М. — Авербах, И. К., 1963, цит.: Лукомский, И. И., Алкоголизм и алкогольные психозы. Москва, Медгиз.
- SZEGAL, B. M.—AVERBACH, J. K., 1964, Az alkoholisták gyógykezelése a kórházban és ambulancián. Módszertani levél. Moszkva.
- (SZEGAL, B. M.—URAKOV, I. G.—HAVIN, B. I., 1966) Сегал, Б. М. — Ураков, И. Г. — Хавин, Б. И., 1966, Предварительные данные о применении метронидазола при алкоголизме. Клиника и лечение алкогольных заболеваний. Москва, 181—182.
- SZÉKELY L., 1963, Az alkohol hatása a gyermek psychosomatikus állapotára. *Eü. Felv.* 4., 61—62.
- SZÉKELY L., 1965, A kisdózisú gyermekkori alkoholfogyasztás problémája. *Ref. Szle* 5., 11—13.
- SZELÉNYI I.—NEMESÁNSZKY E.—ROMICS I.—KUBINYI K.—RIGÓ J., 1970, Magnézium és a chronicus alkoholizmus. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 69—70.
- SZINETÁR, E., 1968, A psychotherápia néhány jelentősebb interpersonális dimenziójáról. *Ideggyógy.* Szle 8., 337—348.
- SZIRTES Gy., 1958, Az alkoholizmusról. *Népeü.* 39., 96—99.
- (SZTRELCSUK, I. V., 1963, id.: LUKOMSZKIJ, I. I.) Стрелчук, И. В., 1963, цит.: Лукомский, И. И., Алкоголизм и алкогольные психозы. Москва, Медгиз.

- SZUCHOVSKY Gy., 1964, Alkoholos motiváció és befolyásoltság öngyilkosoknál. Népeü 7., 218—222.
- (SZUWOROVA, V. V.) Суворова, В. В. 1966, Изменение активности медленных ритмов в ээг. Вopr. Психол. 2.
- (SZVINNYIKOV, Sz. G.—SZEGAL, B. M.—MISZIONZSNYIK, E. I.—KIPJANYI, R. E.) Свиныков, С. Г.—Сегал, Б. М.—Мисионжник, Е. И.—Кипьяни, Р. Е., 1966, Клиника и лечение алкогольных заболеваний. Москва, Медгиз. 176—178.
- TARISKA I., 1961, Az alkoholizmus egyes neuropath. kérdéseiről. Orvosképzés 36., 390—400.
- TARISKA I., 1967, A corpus callosum centrális degenerációja. Marchiafava-Bignami-féle syndroma. MTA V. Oszt. Közl. 18., 75—99.
- TARISKA I., 1968, Az alkoholizmussal kapcsolatos idegrendszeri bántalmak, különös tekintettel a kisagyvelő localizált sorvadására. Ideggyógy. Szle 21., 166—181.
- TARISKA I., 1969, Az alkoholizmussal kapcsolatos neuropathológiai kórképek gyakorlati szemmel. Tanulmányok az alkoholizmus pszichiátriai következményeiről. Budapest, 57—63.
- TARISKA I., 1970, Az alkoholizmusra vonatkozó kutatások Magyarországon. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 37—40.
- TARJÁN R., 1961, Neurális automaták. Magy. Filoz. Szle 5., 184—204.
- TARJÁN R., 1962, A néptáplálkozás és az alkohol. Népeü. 43., 300—309.
- THALER, H., 1969, Alkohol und Leberschaden. Dtsch. med. Wschr. 94., 1213—1217.
- THIELE, W.—HOCHMANN, H., 1961, Corticoid-Behandlung des Delirium tremens. Nervenarzt 32., 405—408.
- THOMAE, H., 1955, Persönlichkeit. Bouvier & Co., Bonn.
- TINTERA, J. W.—LOWEL, H. W., 1949, Endocrine treatment of alcoholism. Geriatrics 4., 274—280.
- TOLENTINO, I., 1966, Rapporti patodinamici tra alcoolismo e stati depressivi. Előadás a IV. Nemzetközi Symposiumon, Zágráb.
- TONGUE, A., 1970/a, Nemzetközi beszámoló. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 8—11.
- TONGUE, A., 1970/b, Zárszó. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 18-án.
- TONGUE, É., 1968, A Nemzetközi Alkoholizmus Elleni Tanács (ICAA) munkájáról. Ref. Szle 17., 1—3.
- TURČEK, M., 1965/a, Doliecovanie pacienta po ustavnej liečbe. Protialk. obz. 1., 7—8.
- TURČEK, M., 1965/b, Alkoholismus und öffentliche Meinung. Ref. a 3. Nemzetközi Symposiumon, Zágráb.
- TURČEK, M., 1966, Die Volkstradition, ein Faktor in der Epidemiologie des Alkoholismus. Előadás a 4. Nemzetközi Symposiumon, Zágráb.
- TURČEK, M.—STYK, J.—HUDÁKOVA, C., 1966, Použitie Mellerilu-retard u abstinencych prikazov chronických alkoholikov. Protialk. obz. 5., 174—176.
- TUREK, Z., 1960, Treatment of chronic alcoholism with apomorphine. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 156., 157.
- ULLMANN, A. D., 1964, Sociocultural Foundations of Personality. Houghton, Mifflin and Co., Boston.
- UPDEGRAFF, E., 1939, Recent approaches to the study of preschool child. J. Consult. Psychol. 3., 34—36.
- ÜXKÜLL, J. von, 1921, Umwelt und Innenwelt der Tiere. Springer, Berlin.

- VALCARCEL, E. M., 1965, A Tofranil adjuvans gyógyszerként való alkalmazása alkoholelvonó kezelések kapcsán fellépő depresszív tüneti képekben. *Annales medico-psycholog.* 123. (Ref.: Donászy M.)
- VALCHÁR, J., 1967, The treatment of activer tuberculosis in chronic alcoholics and asocial patients. *Rozhl. Tuberk.* 27., 537—539.
- VALLET, R., 1962, Bases de pathogénie biochimique et traitement des délires alcooliques aigus. *L'Encéphale* 51., 361—382.
- VARGA, B.—NAGY, T., 1960, Analysis of alpha-rhythm in the EEG of alcoholics. *Electroenceph. clin. Neurophysiol.* 12., 933.
- VARGHA M.—MARTON Gy.—BÁCSKAY J.-né—IVÁDY Gy., 1954, Vizsgálatok alkoholistáknak tetraaethylthiuraminsulfid kezelésével kapcsolatosan. *Ideggyógy. Szle* 7., 155.
- VARGHA, M.—MARTON, Gy.—BÁCSKAY, M.—IVÁDY, Gy., 1956, Untersuchungen über den Wasserhaushalt bei chron. Alkoholikern. *Arch. Psychiat. Neur.* 195., 235—242.
- VÁRADY T.—LITTAUER A., 1965, Dipsannal nyert tapasztalataink alkoholista tbc-s betegek aversio kezelésében. *Ideggyógy. Szle* 18., 93—95.
- VERES P., 1969, A felvilágosító munka szerepe az alkoholizmus elleni küzdelemben. *Ref. Szle* 21—22., 29—32.
- VIGOTSKIJ, L. Sz., 1967, Gondolkodás és beszéd. Akadémiai Kiadó, Budapest, 406.
- VOEGLIN, W. L., 1947, The conditioned reflex treatment of alcoholism. *Arch. Neurol. Psychiat.* 514—516.
- VOIPO, M., 1964, A józanságra nevelés céljainak és eszközeinek értékelése. Tanulmány a Frankfurt a/M.-ben. 1964. IX. 6—12-én tartott kongresszusra (kézirat).
- VOIPO, M., 1966, Előadás az ICAA 12. Nemzetközi Konferenciáján. Prága. VI. 13—24.
- (VOLOVIK, V. M.) Воловик, В. М., 1967, Влияние питания на прогредиентность алкоголизма. *Журн. Нейропат. психиатрии*, 2., 268—272.
- VUCSKOVICS, S., 1965, Psychogen és sociogen elemek az alkoholizmus pathogenesisében. Előadás az ICAA 3. Nemzetközi Symposionán. Zágráb.
- VUKOVICH Gy., 1961, Az alkoholizmus egyes demográfiai és szoc. jellemzői. Az alkoholistákra vonatkozó felvétel és fogyasztási adatok alapján. *Demográfia* 4., 211—239.
- VUNDELJA, N., 1961, Über die Behandlung des chronischen Alkoholismus. *Med. Welt.* 47., 2474—2477.
- WAHL, C. W., 1956, Some antecedent factors in the family histories of 109 alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 14., 643—654.
- WALL, J. H., 1937, A study of alcoholism in women. *Amer. J. Psychiat.* 93., 943—955.
- WALLACE, A. F. G., 1964, Culture and Personality. Randon House, New York.
- WALSH, P. J. F., 1962, Korzakows psychosis precipitated by convulsive seizures in chronic alcoholics. *J. Ment. Sci.* 108., 560—563.
- WALTON, H., 1961, Group method in hospital organisation and patient as applied in the psychiatric treatment of alcoholism. *Amer. J. Psychiat.* 118., 410—418.
- WARTBURG, J. P. von, 1970, 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest. jún. 10-én.
- WATSON, J. B., 1914, Behavior: an Introduction to Comparative Psychology. New York.
- WATSON, R. E.—PRITZKER, L.—MADISON, P., 1955, Hostility in neurotics and normals. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 50., 36—40.

- WEBER, A., 1937, Delirium tremens und Alkoholhalluzinose im Rorschach-schen Formdeutversuch. *Z. Neurol.* 150., 446—500.
- WEIJL, S., 1927, Zur Psychologie des Alkoholismus. *Int. Z. Psychoanal.* 13., 478.
- WEISS, E., 1951, Der psychosomatische Standpunkt in der Allgemeinpraxis. *Dtsch. med. Wschr.* 76., 565—568.
- WELLS, H. K., 1962, Pavlov és Freud. Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 535 o.
- WEXBERG, L. E., 1959, Trinkerfürsorge. In: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. IV. Urban & Schwarzenberg, München und Berlin.*
- WHALEN, T., 1953, Wives of alcoholics, four types observed in a family service agency. *Quart. J. Stud. Alc.*, 14., 632—641.
- WHITAKER, D. S.—LIEBERMANN, M. A., 1964, Psychotherapy through the Group Process. Atherton Press, New York.
- WHITNEY, E., 1966, Előadás az ICAA 12. Konferenciáján. Prága. VI. 13—24.
- WHITNEY, E., 1969, Creating and maintaining interest in programs on alcoholism. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, jún. 17.
- WIECK, H. H., 1956, Előadás az ICAA 12. Konferenciáján. Prága. VI. 13—24.
- WIECK, H. H., 1961, Zur klinischen Stellung des Durchgangs-Syndroms. *Schweiz. Arch. Psychiat.* 88., 409—419.
- WIESER, S., 1962, Alkoholismus 1940—1959. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 30., 169—228.
- WIESER, S., 1965, Alkoholismus. II. Komplikationen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 33., 349—409.
- WIEST, W. M., 1967, Some recent criticisms. *Psychol. Bull.* 67., 214—225.
- WILLIAMS, R. J., 1965, Broader approach to the prevention of alcoholism. ICAA 12. Nemzetközi Konferencia, Prága. jún. 15.
- WILLIAMS, E. L.—LONG, R., 1964, The clinical problem and management of alcoholism. *Practitioner* 200., 205—214.
- WILSON, I. G.—WILSON, M. E., 1968, Information, Computers and System Design. Orosz ford.
- WITKIN, H. A.—KARP, S. A.—GOODENOUGH, D. R., 1959, Dependence in alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.* 20., 493—504.
- World Health Organisation 1968. Az öngyilkosság és megelőzése, Press Release. WHO/25.
- WYSS, R., 1960, Klinik des Alkoholismus. Springer Verlag, Berlin.
- ZAHORÁN M., 1970, A Békés megyei alkoholizmus elleni mozgalomról. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 169.
- (ZENOVICS, G. V.) Зенович, Г. В., 1967, О нозологической самостоятельности хронического алкоголизма. *Журн. невропат. психиатрии* 2., 239—245.
- ZENOVICS, G. V., 1970, A krónikus alkoholizmus nozológiai meghatározásának és patogenezisének kérdéséhez. 15. Nemzetközi Konferencia az alkoholizmus megelőzésére és gyógykezelésére. Budapest, 1969. jún. 9—18. 57—59.
- ZENTENO, G. A., 1965, Suspension of Control. *Psychiatr. Dept. of Univ. Concepcion, Chile.*
- ZIELINSKY, J., 1967, Előadás az ICAA 13. Nemzetközi Konferenciáján, Zágráb.
- ZIELINSKY, J., 1969, The antialcoholism campaign in Poland. *Quart. J. Stud. Alc.* 30., 173—177.
- ZUCKER, N.—ZÁDOR, J., 1930, Zur Analyse der Meskalin-Wirkung am Normalen. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 127., 15—28.

TÁRGYMUTATÓ

- A. A. (Alcoholics Anonymous) 293, 295—296
 AAR 223—224, 226
 abnormitás 89, 92
 — fogalma 55
 absztinencia 221, 223
 addictio 12, 14, 29, 79
 agykéreg 66
 Alcoholics Anonymous 293, 295—296
 alkalmazkodás 47—48, 55—56, 59, 60—64, 66
 —, aspecifikus 66—67
 — és stress 66
 — magasabb formái 64
 alkohol-Antaethyl reakció 223—224
 alkoholhatás 27—28, 186—187, 206
 alkohol-oxidáció 30
 alkoholista személyiség 78
 — — és hallucinosus vágykielégítés 46—47
 — — és ösbizalom hiánya 50
 — — és tárgykapcsolat 51
 — — konfliktusos alkalmazkodása 47
 — — és a tranzakciók 63
 alkoholisták az irodalomban 173, 190—191
 — klubja 294—295
 — száma 9, 16, 95—96
 alkoholizmus fázisai 32—34, 85
 — fogalma 13
 — meghatározása 13—15
 — kórétettana, állatkísérleti vonatkozásai 23
 alkoholológia 297, 299
 allergia 22
 ambuláns kezelés 226, 248, 284, 286—287
 anális korszak 50, 81, 153
 anamnézis 100—102, 124, 130, 147—148, 164, 181, 243
 anamnesztikus kiáradás 101, 243
 anamnézis-vázlat 103—107
 Andaxin 233
 anómia 95, 290
 Antaethyl 216, 222—226, 262, 285
 antialkoholista mozgalom hagyományai 10
 — — története 10
 antidepressansok 231, 234
 antiszociális egyén 93, 290
 antropológia, emberfogalma 66—67
 —, kulturális 66—68
 —, szociális 98
 anya szerepe 116—117, 162, 185—186
 anyagcsere-zavar 22—23, 29, 220
 apa-kép 162, 185—186, 216—217
 — szerepe 112, 115, 162, 246
 ápolási idő 11, 185, 288
 apomorfin 221—222, 229
 aszociális beteg 93, 290
 átalakítás 1. transzformáció
 autogen training 263
 automata mint személyiségmodell 59
 — személyiségmodell kritikája 59—60
 autonómia 89, 166, 242
 —, személyiségé (belső okok elmélete) 42, 46
 — öröme és mindenhatóság 48—49
 — mint abszolút függetlenségi igény 47
 averziós kezelés 220—229, 240, 262, 285, 287
 azonosítás 53
 — mint a nemi jelleg kialakításának eszköze 53
 barlanglakás és monotonía 69
 belső okok elmélete 42, 46

- betegség-koncepció 9–11, 14–15, 22, 273
 betegszerep 92, 211–213
 biopatográfia 100
 bottle gang 198–199, 200
 brutalitás 81, 114–115, 120, 137, 162
 bűnözés és alkoholizmus 9, 92, 115, 219, 289–291

 compulsiv need 32, 280
 craving for alcohol 33
 családszerkezet 53–54
 — és társadalom 71
 csoportterápia 95, 219, 257–262, 293

 delirium tremens 36–37, 40, 120, 178, 189, 201, 205–206, 220, 235, 284, 286
 — — kezelése 235–240
 deliriosus álom 181, 183
 demencia alcoholica 31
 demográfia 16–18
 dependencia 34, 80, 86, 165, 217, 292
 depressio 80, 82, 146, 165–166, 188, 191
 dimenzió-fogalom általánosítása 74–75
 — -elmélet modellje (egy-, két-, három- és négytengelyes) 74–77
 Dipsan 226–227
 dipszománia 34, 36
 discomfort 167–168
 diszparitás 168–173, 184–186
 dohányzás 32
 dolog és történelem 43–44
 domináns anya 118–119, 166

 EEG 23, 29
 egészségnevelés 277
 ego 56–59
 — funkciói 56–57
 — mint általános szerkezetfogalom 58–59
 — — elzáró működés 56–57
 — — információfeldolgozó szerv 59
 — — integráló szerv 57, 71
 — szerepének növekedése 67
 egyének viszonya az alkoholhoz 13, 280

 egyensúly-elv 60
 — formák 60–61
 EKG-eltérések 28
 eksztázis 90, 99, 165, 188, 196–197, 206
 — -keresés 195–196
 elviselhetetlenség szindróma 12, 166, 173–174, 196, 204, 216
 elvonó kezelés 221–222, 230, 283
 ember aspecifikus alkalmazkodása 66–67
 — és barlanglakás 67,70
 emberfogalom 66–68
 —, homo sapiens 59
 —, — — mint barlanglakó 69
 emberré válás és művészet 70
 endokrin zavar 22
 epidemiológia 16, 20, 214, 273
 epilepsia alcoholica 39
 Esperal implant 226
 etilalkohol 25–26
 excesszív ivó 13, 16, 23–24, 280
 extraverzió (ego–szuperego, szintézis) 72

 felkutatás 274, 278–279, 280–282
 felmérések az alkoholizmus területén 9, 17–19
 felvilágosítás 274–275, 277–278
 fixáció 81
 foglalkozási adatok 19, 121
 függetlenség 174, 178, 202–206
 függőség 15, 80, 174–175, 201, 205–206, 216–217, 281
 — az orális korszakban 49
 — biológiai eredete 49
 — és autonómia ellentéte 55
 Frenolon 241
 frusztráció 80, 84, 86, 120, 122–123
 — -tűrés 82, 166, 217

 gastritis alcoholica 26, 29
 gátlás és irányítás 66
 genitális fázis 52
 gondozás 282, 284, 291–292
 gondozói csoportosítás 283
 gyógyeredmények alkoholizmusban 229, 230
 gyógykezelés 220, 284
 gyógyult alkoholisták klubmozgalma 294

 hallucináció 36–37, 202
 hallucinosis 38, 40, 120, 179, 201–204, 284, 286

- Haloperidol 232
hármás szerkezet 60–61
— — — alapharmája az elemi szer-
vezetekben 61–62
— — —, ego 56, 58
— — — összetevői, id 56, 58
— — —, rendszerelméleti 55, 70
— — —, személyiség 56
— — —, szuperego 58
— — — továbbfejlesztése 47–48, 61,
70–73
háromdimenziós klasszifikációs rend-
szer 34, 283
házassági adatok 18, 122
Hemineurin 237, 239–240
heteroanamnézis 101, 125
Hibernál 231
hipnopédia 262
hipnózis 261
homo sapiens 66, 69
homoszexualitás 51, 81–82, 123,
154–155, 187
ICAA 9, 15
id 56–58
— — — logikája 57
idegrendszeri hatás 27–28, 31, 90
— — — károsodás 31–32
identifikáció 113, 163, 210
identitás 85–86, 154
inadekvátság 184, 187
incesztuózus viszony 89, 119, 134,
158
interakcionizmus 210, 219
intézeti kezelés 286–287
intrauterin korszak 40
introjekció 67–68
— — —, kölcsönös 67–68
— — —, kölcsönös és a „kifejezés” 68
introverzió (ego–id szintézis) 72
iskolai végzettség 18, 121
ívási szokások 16, 96–97
ívó-gang 89
— — — társaságok 97
kábítószer 11–12, 15
karakteropátia 14
károsító tényezők 107, 143
— — — halmozódása 108, 165
— — — váratlansága 110–111, 165
kényszerkezelés 229–230, 288–291
kifejezés 51, 68, 72
kis pszichoterápia 246, 247
— — — szocioterápia 264–265
klasszifikáció 34, 84, 282–283
klubmozgalom 293–296
kommunikáció 68
— — — analóg szerkezetű egyedek kö-
zött 68
— — — és közös lakóhely 68
— — — szerepe a társadalmasodásban
71
kommunikációs szimbólumok I. szim-
bolum
komplementer szerep 211
konfliktus rendezése 265
kontroll felfüggesztése 33
kontrollvesztés 14, 33–35
kóroktan 11, 21–22
korösszetétel 17
Korsakow-betegség 39
körtan 25, 29
környezet 47
— — — átalakítása 47
— — —, specifikus 48, 56
közlekedés és alkoholizmus 9
kriminalitás 77
krónikus alkoholizmus 29, 33
légzőszervi károsodások 32
lélektani elméletek 10, 24, 83
longitudinális vizsgálatok 93, 210
Lucidril 240
magnézium-szint 38
máj-cirrhosis 10, 16, 20, 28, 30–31,
37
májkárosodás 29–31, 37
Marchiafava–Bignami-szindróma
31
maszturbáció 81, 158
mazoehizmus 81, 137
megelőzés 274–275
Melipramin 234
memória 59–60
mértékletesség 13–14
monotónia 69–70
— — — és barlanglakás 69
— — — megszüntetése arteficiális in-
gerekkel 69–70
motiváció mint személyiségajtó erő
(ösztönök, érzelmek) 45, 47
motoros korszak 51
multiplex traumatizáltság 12, 151,
165, 173, 215
munkaterápia 246, 288
művészet 70

- művészet eredete 70
 — szerepe 70
- nappali szanatórium 287
- narcizmus 50—51, 81—82, 154, 158, 249
- neuritis 31
 — retrobulbaris 32
- neuropatológia 23
- normalitás fogalma 7, 78
- Nuredal 235
- „nyitott ajtó” (open door) rendszer 216, 258, 287—288
- okság-elv 43
 —, okság és múlt 45
- ontogenetikuskorszakok 45, 53
- ontogenezis 45, 53, 79, 81
- „open door” rendszer 216, 258, 287—288
- orális korszak 49—50
- oralitás 79—81, 140—141, 151—152, 164—165, 281
- orientáció 62
 — funkciója (ütközés, elkerülés, illeszkedés) 62—63
 — függése a táplálékkereséstől 62
 — nivói (észlelés és előrelátás) 62
- orvos—beteg kapcsolat 100, 102, 207—208, 210, 213—214, 216—219
- orvosi kompetencia 208, 214, 219
 — szociológia 210
- ödipális korszak 52—53
 — kötöttség 82, 133, 162
- öngyilkosság 9, 81, 84, 86—87, 114, 136, 145—146, 290
- örömkeresés elve 46
- ósbizalom 150
- pancreatitis 31
- paranoia alcoholica 39
- parazitizmus 144—145, 165, 215
- patológiás részegség 35—36
- patternek 13
- plethora 29
- polyneuritis 31
- premorbid személyiség 24
- pripro 139
- „problem drinker” 85, 93
- prohibíció 275
- projekció 188—189
- psychosis alcoholica 35, 38—39
- pszichoanalitikus irodalom 79, 81, 83, 151, 164—165, 244—245
- pszichoanalízis 46
 — az ontogenetikuskorszakok alapján 50, 73
 — fixáció fogalma 73
 — regresszió fogalma 73
 — személyiségtani alapelveinek módosítása 47
 — — alapelvei 46
 — típusai (a hármas szerkezet alapján) 73
- pszichofarmakonok 220, 230
- pszichológiai elméletek 24—25, 168—169
- pszichoterápia 99, 220, 225, 230, 240, 242, 285
 —, csoportos 257, 261
 —, egyéni 242, 257
- realitás-kontroll 56
 — -elv 56
- reedukáció 274, 293
- reference group 219
- reflexdeterminizmus 66—67
- reflexműködés mint külső irányítás 42
- rehabilitáció 268—270, 274, 292—293
- relaxációs eljárások 263
- rendszerelmélet 61
 — alkalmazása a személyiségkutatásban 61—62
- részegség 26—27, 33, 35, 98, 188
 —, kóros 35
- reszocializáció 274, 292
- ritualizmus 95
- „role-set” 212
- „role strain” 213
- Rorschach-teszt 77, 130, 135, 137, 141—145, 147—149, 175, 243
 — — irodalma 137—139, 140, 164, 282
- Skid Row 272
- social worker 213—214, 299
- sors-deficit 88
- statisztikai adatszolgáltatás az alkoholizmusról 9, 16—20
- stress 66
- személyiség 44—45
 — bomlásformái 77—78
 — és célfogalom 44—45

személyiség extrém formái 78
 — és hármas szerkezete 56
 —, normális 77
 —, szintetikus, tranzakcionista 41, 44
 — vizsgálata 79, 99
 személyiségfejlődés 84—85, 107, 142, 162—166
 személyiség szerkezet 83—84, 86, 95, 196
 — dimenzió elméleti meghatározása 77—78
 — mint nyitott egyensúlyi rendszer 60, 62
 — dinamikus rendszer 43
 — — műveletrendszer 68
 — valóságviszonylatokkal való meghatározása 65
 szemlelhunyásos jelenség 172
 szerepelmélet 92, 210
 szervezési problémák 273, 284, 296—297
 szervezet 59
 —, emberi 66—67
 — filogenezise 60—61
 — környezeti formái 61, 63
 — mint művelet rendszer 59
 —, szerkezet, funkció és orientációkészség 64—65
 szeszital fogyasztás 19, 20
 szexualitás 83, 88, 123, 140—141, 148—149, 162
 szimbólum, 51
 — és ellentétek azonossága 51
 —, idhez és fantáziához tartozó 72
 —, — — — univerzitása 72
 —, -képzés 68
 —, konvencionális jelek 68, 72
 —, motoros 51
 színpiramis-teszt 86
 szociabilitás 87
 szociális ivó 13
 szociálpszichológiai vonatkozások 92, 211—212
 szociológiai elméletek 25
 — vonatkozások 9, 11, 14, 33, 83, 88, 96, 197—200, 206, 263—264
 szocioterápia 99, 220, 229, 263, 265, 268, 285
 szugesztio 261

szuperalkoholista 86
 szuperego 58

táplálkozás 22, 29, 80, 276
 társasjáték elmélet 99, 213, 296
 tbc és alkoholizmus 289
 terápiás közösség 258, 293
 térfogalom 64
 — keletkezése 64
 — formái 64—65
 testvázlat 64—65
 — keletkezése (és az anya—gyermek kapcsolat) 54
 — mint a tér és időfogalom alapja 64
 — — az alkalmazkodás mechanizmusa 65
 — — dinamikus rendszer 64—65
 típus 73
 — és családszerkezet 57
 — és társadalmi funkció 72, 77
 — mint személyiség (osztály) 73
 típusok és szintjeik 73—76
 Tisercin 234
 toxikománia 15
 tranquillansok 231—233
 transzformáció 74
 —, működésrendszereké 74
 —, műveletrendszereké 61—62
 —, szervelemélet-rendszerekben 74
 Trioxazin 233

utánzaskényszer és kölcsönös introjekció 67—68
 —, négykezűség és motilitás 65
 utógondozás 291
 üdítő italok 276
 ütközésprobléma és megoldása 61

valóság és környezet 48
 vampirizmus 165, 178, 189—190, 205—206
 váratlan veszteségek 110—111, 164, 166, 172
 vérkoncentráció 26
 WHO 9, 11, 14—16, 33

Zieve-szindróma 31
 zsírmáj 30



A kiadásért felelős az Akadémiai Kiadó igazgatója

A szerkesztésért felelős : Török Ildikó

Műszaki szerkesztő : Merkly László

Borító és kötéstervező Bálint Endre munkája

Terjedelem : 21,25 (A/5) ív + 1,75 (A/5) ív melléklet — AK 1508 7274

71.72139 Akadémiai Nyomda, Budapest — Felelős vezető : Bernát György

Az Akadémiai Kiadó
gondozásában jelent meg

Levendel László—Mezei Árpád

SZEMÉLYISÉG
ÉS TUBERKULÓZIS

A szerzők, akik csaknem két évtizede foglalkoznak tbc-s betegek személyiségének vizsgálatával, a tüdőgyógyász mindennapos betegvezetési problémáinak megoldását keresték. Az évek során azonban kiderült, hogy ehhez a beteg személyiségének módszeres megismerése szükséges, mert ez ad alapot a tudatos orvos—beteg kapcsolat és betegvezetés, a gyógyító légkör megteremtéséhez, de az egyéni pszichoterápia is csak megfelelő pszichodiagnosztikán alapulhat. Bár tapasztalataikat tüdőgümőkóros betegeken szerezték, eredményeik, valamint a könyv első részét képező személyiségtani vázlat más krónikus betegek kezelésével foglalkozó klinikusok számára is hasznosíthatók.



AKADÉMIAI KIADÓ
BUDAPEST

Ára: 54,— Ft

