

## ALKOHOLIZMUS

( Életmód és kapcsolatcultúra összefüggései )

Minden felgyorsult fejlődésű társadalomban nagy probléma az egyének belső harmóniájának, érzelmi egyensúlyának, egészséges kapcsolatcultúrájának kialakítása. Hazánkban az elmúlt évtizedek gyors és többszöri értékiránytű-változást mutató tendenciái nem kedveztek ezen egyensúlyi folyamat és érzelmi értékrend konfliktusmentes kialakításának.

Vitathatatlanul rohamos társadalmi-gazdasági fejlődésünk mellett félreérthetetlenül szaporodtak népességünk hibás problémamegoldó mechanizmusai, vagy mai szóhasználattal a társadalmi beilleszkedési zavarok (TBZ-k), a szuicidium, az alkoholizmus, a narkomániák, a bűnözés, a fiatalok veszélyeztetettsége aggasztó méreteket öltött. Ezek közül oroszán rész jut az alkoholizmusra -, egyrészt nagyságrendje, másrészt növekvő tendenciája miatt.

Az alkoholizmus elterjedtségét szerte a világon becslési képletekkel számolják, melyekben az egy főre eső alkoholfogyasztást (Ledermann-modell) és a májcirrhosisban meghaltak száma (Jellinek-képlet) szerepel alapadatként. Nálunk az egy főre jutó alkoholfogyasztás abszolút alkoholban mérve 25 év alatt 5 literről 11 liter fölé emelkedett, és ez alatt a májcirrhosisban meghaltak száma ötszörösére nőtt (1960.:855 fő, 1984.:4.599 fő). Saját adataink szerint a

szegedi kórház betegfelvételi területének 250 ezer főnyi lakosságából tíz évvel ezelőtt alkoholos elmezavar (Delirium tremens)miatt évi 155 személyt szállítottak be, míg 1985-ben 569 főt.

Ma az alkoholprobléma által sújtott hazai populációt a lakosság 3-6 százalékra (mintegy 300-600 ezer fő) becsülik, de számítások szerint már egymillió lakos fogyaszt kritikus szint feletti alkohol mennyiséget, és másfél millió azok száma, akiknek ugyan kisebb mértékű az alkoholfogyasztása, de rendszeressége miatt a veszélyeztetett állapotot megközelíti.

Ha túllépünk az alkoholista saját testi, lelki és szociabilitás-károsodásán és figyelembe vesszük, hogy rendszerint többtagú családban él, még szélesebb az a kör, amit az alkoholizmus közvetlenül érint.

A válások 50 százalékában szerepel okként az alkoholisztázás. Az alkoholisták 70 százalékának van nem is egy gyermeke, ezek nagy része kiskorúként néma szenvedője és kiszolgáltatott alanya az évtizedekig tartó szülői alkoholista életmód ártalmainak. Így az alkoholizmus "veszélyeztető" jelzője, "nemzeti bajként" való emlegetése nem költői túlzás, és nem a helyzet túldramatizálása.

Ha tovább folytatjuk a károsodási listát, a fentiekhez hozzáadhatjuk az alkoholista elmaradt munkateljesítményét, társadalmi degradálódását, továbbá azt, hogy az alkoholista karrier előbb-utóbb metszheti a kriminalitás vonalát. Ezt bizonyítja, hogy a jogerősen elítéltek több mint 40 százalékánál a bűncselekmény az alkohollal függött össze. De tudjuk azt is, hogy az alkoholista szervezete az idült alkoholmérgezés következtében megbetegszik, tönkremegy, és be-

avatkozás nélkül betegség, baleset vagy öngyilkosság vet véget a társadalom perifériájára szorult alkoholista egyén életének. Sajnos beletartozunk azon nemzetek sorába, akikre érvényes az Egészségügyi Világszervezet 1980-as megfogalmazása, miszerint a legtöbb társadalom legégetőbb társadalmi-egészségügyi gondja ma az alkoholizmus.

Az alkoholizmus biztosan sokgyökerű, polymorf évtizedekig tartó, súlyosbodó (progresszív) folyamat. Korai keresztmetszeti minősítése sokszor nehéz, s ez nagyban függ a környezeti tolarenciától is. - Elnéző, megengedő szemléletünk miatt sokan közülük is későn, a visszafordíthatatlanságon túl kerülnek orvoshoz, néha csak a körbonctani elváltozás utal az évtizedekig tartó ivásra.

Ha egyenlőszárú háromszögnek ábrázolnánk az alkoholizmust, akkor ennek egyik pólusán az egyén, a személyiség áll, a másikon a társadalom, a környezet és a harmadikon maga az alkohol, élettani és lelki hatásaival. Rendszerint e három faktor eredőjeként, de bármelyik pólus meghibásodási túlsúlyából levezethető a folyamat. A végeredmény ugyanaz, legfeljebb az elméleti alátámasztásban a biológia, a pszichológia vagy a társadalomtudomány munkamódszerei lennének túlsúlyban.

Maga az alkohol önmagában nem oka, legfeljebb nélkülözhetetlen eszköze az alkoholizmusnak. Használata feltehetően az emberiség történelmével, de legalább is a gabonatermesztéssel biztosan egyidős. Már az i.e. II. évezredben II. Ramses fáraó törvényt hozott a részegség büntetésére, valamint megalapította a Józansági Ligát, feltehetően nem ok nélkül. Az ókori sírkamrafeliratoktól a Biblián át - magyar vonatkozásban Anonymus krónikáiban - találunk utalást arra, hogy őseink életében már szerepet játszott az alkoholfogyasztás,

de a vele való visszaélés is. Mint köztudott, a második világháború óta - főleg az európai kultúrájú országokban - egyre súlyosabb problémát jelent az alkoholizmus, és ezt a tendenciát nálunk érdemben még nem sikerült megállítani. Néhány országnak kedvező eredményében (pl. Franciaország, a skandináv államok) az alkoholizmus elleni összefogott küzdelemnek tulajdonítanak szerepet.

A mai napig tart a vita, hogy a modern kor emberének szorongása, elidegenedése, individualizálódása miatt nyúl-nak-e egyre többen lelki energiapótlásként mesterséges szerekhez (alkohol, narkotikum), vagy az alkoholizmus vonatkozásában csak arról lenne szó, hogy a liberalizmus, a korlátlan kínálatú alkohol könnyű hozzáférhetősége a felelős az alkoholizmus elterjedéséért. Az utóbbi években szaporodik azok tábora, akik az alkoholfogyasztást korlátozó intézkedések eredményességét hirdetik, az alkoholizmus továbbterjedésének megakadályozását ettől várják.

Az alkohol élvezeti szerként való kultúrált használata majdnem minden korban és társadalomban elfogadott és legitimizált volt, legfeljebb egyes vallási ( mohamedánok) vagy szűkebb csoportok normái közt szerepelt a fogyasztás abszolút tilalma. Az alkohol élettani hatásaiból következik, hogy enyhe pszichoaktív szer, átmenetileg kissé emeli a hangulatot, mérsékeli a szorongást, csökkenti a szubjektív fáradtságérzést. Újabb kutatások szerint (Cowen 1983.) szelektív felejtést hoz létre a kellemetlen élményekre érzelmileg anélkül, hogy a kognatív (értelmi) funkciókat sértené. Ezen pszichoaktív átmeneti kellemes hatásai miatt maradt az emberiség kísérője és kísértője is. Sokan azzal magyarázzák társadalmi szerepét, hogy a gátlás-oldás, önbizalom-növelés következtében megolajozza az emberi kapcsolat-teremtést, megkönnyíti a társalgást.

Használatát a kor szabadságeszméje alapján a személyes szabad választás tárgyaként szemlélik, és ennek alapján vitatják többen betegség-jellegét is.

Az alkoholfogyasztás drasztikus regulációjára az USA-ban is történt nagy kísérlet, amikor 1919-1931 között bevezették a teljes prohibíciót, azaz a teljes alkoholtilalmat. Az eredmény kétes értékű volt, mert bár valamelyest csökkent az alkoholfogyasztás, de az alkohol előállítása, forgalmazása az alvilágba szorult, és nyomában fellebbült a bűnözés. Úgy tűnik, hogy önmagában csak tilalomfákkal nem lehet az ivási szokásokat, az ivási erkölcsöt megváltoztatni. Mint több európai ország példája bizonyítja, lehet értelme részleges tér - és időbeli - korlátozásnak, árpolitikai rendelkezésnek, de csak ha egyéb emberi, szemléleti és társadalmi együttélést szabályozó normák tudatos átforgalmazásával kapcsolódik össze, és az alkoholizmus elleni küzdelem széles skálájának összehangolt bővítésével.

Ha egy közösség irratlan normáiba beletartozik a mértéktele ivászat, amely "szociálisan öröklődik" (örömrre, bánatra, magányoldásra, egyéni vagy kollektív vélt problémamegoldásra az ivás az eszköz), ha az összes kapcsolatteremtő mechanizmusban szinte elvárásként jelenik meg az ital bírása, akkor lassan az számít deviánsnak, aki ezt a hamis értékrendet nem követi. Ilyen hibásan elsajátított iváskultúra mellett elképzelhető, hogy lényeges egyéni lelki sebzettség nélkül is elsajátíthat valaki ivó életmódot és eljuthat az alkoholizmus fokára. Bizonyítékul számtalan kórtörténeti példát lehetne felsorakoztatni. Ezek kiindulópontja, hogy az igénytelenebb személyiség, alacsonyabb szociokulturális normákkal bekerül egy munkahelyi, munkásszállói vagy egyéb közösségbe. Itt az egyenrangúsítás, a csoportba való befogadás feltétele a rendszeres, nagy mennyiségű közös szeszfogyasztás. Ekkor az egyén

igyekszik is ennek megfelelően viselkedni, mert más alternatívája nincs. A kórházi elvonókúrán átesettek sokszor fogalmazzák meg szomorú helyzetüket, hogy eredeti munkahelyükre azért nem térhetnek vissza, mert ott rég elveszett a nemivás szabadsága, és ez kiközösítésüket vonná maga után. Iváskultúránk torzult tradícióira és a környezet tolarendiájára példa az a tanyai, delirium tremensen átesett beteg, akinél még a felesége is vitatta férje kórképének alkoholos eredetét, de az elvonókúra szükségességét is azzal, hogy "nem iszik a férje sokat, csak annyit, mint minden rendes, dolgos ember, mint a szomszéd" (holott a napi bevallott alkoholfogyasztása 4 liter bor volt).

A kórházba került alkoholbetegek interjúi alapján úgy tűnik, hogy az urbanizációval is szaporodtak azok a közösségek, ahol a rendszeres és mértéktelen iváaszt nem számít devianciának. Tragikus módon e csoportokban a megvetés csak a kórházi elvonókúrán átesettek osztályrésze, ami tovább nehezíti a nálunk egyébként sem könnyű rehabilitációt.

Arra a kérdésre, hogy "mi az alkoholizmus?" a tökéletes, minden igényt kielégítő magyarázat még várat magára. Legrövidebben úgy lehetne összefoglalni, hogy alkoholizmus alatt értenek minden olyan ivást, amely az egyénre és a társadalomra káros. A döntően szociológiai jellegű meghatározás fogalmába beletartoznak azok a nagyivók is, akik még nem valódi alkoholfüggők, de a részegségük alatt ugyanolyan társadalom-képtelen magatartást tanúsítanak, mint az alkoholisták. Az alkoholizmus orvosi definíciója az alkoholfüggőség fogalmához kötött abstinencia-képtelenséget tartja döntőnek. A WHO meghatározása szerint ez kényszerű késztetést jelent az alkohol folyamatos vagy periódikus újrafogyasztására azért, hogy annak pszichés hatásai létrejőjenek, hogy megszűnjön a hiányérzetéből fakadó diszkomfort-érzés.

Az alkoholizmus lényegét úgy lehetne összefoglalni, hogy az alábbi kedvezőtlen tényezők találkozása következik be:

A sérülékenyebb (ESENŐBB) személyiség (akinek létrejöttében éppúgy szerepet játszhat a gyermekkori személyiségfejlődést károsító biológiai, pszichés és szociális tényezők összessége, mint a felnőttkor állandó vagy aktuális terhei, feszültségei is),  
A HIBÁS FOGYASZTÁS-KULTÚRÁJÚ KÖZÖSSÉGBEN -  
KORÁN MEGTANULJA - elsajátítja -  
a KÖNNYEN HOZZÁFÉRHETŐ korlátlan kínálatú ALKOHOL MÉRTEKTELEN HASZNÁLATÁT, aminek veszélye, hogy kialakul a HOZZÁSZOKÁS, mely átmehet FÜGGŐSÉGBE (depedenciába)  
abstinencia-képtelenséget vonva maga után, specifikus anyagcsere-változásokat, következményes testi-lelki és szociabilitás károsodásokat okozva.

A fentiek alapján az alkoholistá veszélyeztetett lehet.

a/ Biológiai szempontból, mivel az alkohol általános sejtmeleg, minden szervet megbetegíthet, tönkretethet.

b/ Károsodik pszichoszociális értelemben, mivel nem tud megfelelni először a családban, majd a munkahelyén, és végül a társadalomban ráháruló elvárásoknak. Ez egyrészt az alkohol okozta objektív agyi anyagcsere-zavarokból, másrészt abból a pszichorektív állapotból következik, mely az ivásközpontú életből és a naponta újratermelt konfliktusaiból ered. Értékrendje torzul, mindenek elé és fölé kerül az alkohol megszerzésére, fogyasztására irányuló készletelés, mely maga mögé utasítja azokat a célokat, melyekért eddig élt. Így egyéni adottságoktól függően - az alkoholistá sokszor még a kimutatható szervi elváltozások megjelenése előtt eljuthat addig, hogy a társadalommal együttélni már nem tud,

de a társadalom sem vele. (Pl. a Szeged-Nagyfára kerülő kötelező beutaltak testileg még munkaképesek, de a magatartás-sérültségük olyan előrehaladott fokú, hogy kényszerintézkedéssel kellett megszakítani az alkoholizusból eredő, környezetüket sértő magatartásukat.)

Ugyanakkor ismert az alkoholizmus sokarcú ártalmi között az a változat is, amikor a vezető tünet a testi károsodás (a máj, a hasnyálmirigy vagy a szervi idegrendszer megbetegedései) anélkül, hogy előtte ki lehetne mutatni lényeges magatartás-torzulást.

Az alkohol károsító mennyiségére vonatkozóan (a jelentős egyéni tolerancián túl) az irodalmi adatok is eltérőek. Régebben a veszélyeztető mennyiséget napi 150 ml-ben jelölték meg (abszolút alkoholra átszámítva). Újabb kutatások szerint (Pequinot, Thaler) nőknél már napi 20, férfiaknál napi 60 ml alkohol (azaz 2-6 dl bornak megfelelő mennyiség) az a határ, mely fölött a rendszeres, éveken át tartó fogyasztás a vizsgálatok szerint visszafordíthatatlan testi, lelki, illetve szociabilitás-károsodást okoz. - Tényként tapasztalták, hogy a nők sérülékenysége háromszor nagyobb a férfiakénál, melynek pontos oki magyarázatát adni nem tudjuk. Bár az alkoholizmus döntően a férfiak betegsége (az alkoholisták 88 százaléka férfi), de a női alkoholizmus lassú emelkedése ismeretes, melyet sokan a női emancipációval hoznak összefüggésbe.

Az alkoholizmusról szocialista fejlődésünk alatt kezdetben szemléleti okokból, később talán álszeméremből alig beszéltünk. Így az alkoholelleses küzdelmünk, osztálytársadalmi tenniakarásunk elég alacsony hőfokú volt. A megoldás terhet tévesen az egészségügyre rakták, nevezetesen az amúgy is hátrányos helyzetű pszichiatriára. Ez ugyanolyan képtelenség,



mint egy pusztító árvíz elleni védekezést a mentőcsónakos heroizmusára hárítani. Maradva a hasonlatnál, minden gondolkodó lény tudhatja, hogy a pusztító árvíz megelőzhető gátépítéssel, folyamszabályozással, és akkor még a folyó "hasznáról" sem kell lemondani. A preventív stratégia tudatosulása az alkoholizmus vonatkozásában hazánkban sokat késett, a félelmetes társadalmi károk felismerése után az 1980-as évek elejére esett. Ekkor alakult meg kormány szintű irányítással az Alkoholelleanes Állami Bizottság. Feladata a rég esedékes ösztársadalmi feladat újrafelosztásának megtervezése, irányítása és végrehajtása, az alkoholizmus elleni összehangolt küzdelemben. Ebben a bölcsőtől a sírig tartó prevencióban elsőrangú szerepet kell kapnia az egészséges testi-lelki életmód kialakításáért, elsajátításáért folyó kitartó, álmilag koordinált tevékenység-sorozatnak, azaz a primer prevenciónak.

Az alkoholizmust könnyebb lenne megelőzni, mint meggyógyítani, mert hiszen ez igen nehéz, hosszú, küzdelmes folyamat. Nemcsak azért, mert nincs az alkoholizmus gyógyításának a hagyományos orvosi értelemben vett oki csodagyógyszere ma még. Ám a társadalomban hosszú éveken vagy évtizedeken át rögzült hibás életmódbeli, döntően pszichoszociális indíttatású folyamatok ugyanilyen módozatok segítségével együtt gyógyulhatnak vagy bukhatnak el. A legjobb prognózisnak tartott kórházi kezelésen átesett beteg (ugyan védett környezetben) biológiailag talpra áll, majd némi pszichés indulási tökével is rendelkezik. Mégis élete legvédtelenebb, legkiszolgáltatottabb helyzetében indul vissza a társadalomba: jószándékkal, teljes abstinenciát fogadva megy vissza oda, ahol a folyamat kialakult. Ha kilépve a kórház-kapun nem talál megfelelő közösséget, támogató emberi kapcsolatokat abstinens életviteléhez, csak a visszaesés felé taszítódik. Jó lenne családgondozásunk, közösségkultúránk védő-

hálóit az alkoholbetegek segítésére is megfelelően megtanítani. De hiányoznak az állapotuknak megfelelő átmeneti intézményrendszerek is. Munkatherápiás részlegek, védett munkahelyek segíthetnének sokat e törekeny visszafordulási törekvésekben. A sok tragikus sorsú alkoholbeteg láttán (megjegyzendő, hogy hazánkban több százezer ilyen ember él) sokszor megfogalmazódik az a gondolat: ha életmódunk, kapcsolatkultúránk, problémamegoldó lelki mechanizmusaink tudatos ápolására a múltban több gondot fordítottunk volna, talán nem jutottunk volna ide, ahol most tartunk...

A kórházi ágyon egyformán delirál a tanyai tsz-tag vagy az egyetemi tanár a városból, legfeljebb az egyik állatokkal a másik "atomokkal" viaskodik hallucinációiban. Ez nem változtat közös orvosi ellátásmódjukon a katasztrofális, ma is sokszor halállal végződő kórkép kimenetelén. De a delírium tremens életveszélyén túljutva a visszautat, az érdembeni gyógyulás lehetőségét keresve már véget is érhetne a hagyományos orvosi szerep, hiszen a feladat szociálpszichiatriává és ösztársadalmivá szélesülhetne. Ekkor kezdjük el keresni az okokat és az alkoholista-karrier stációit. A közös kórképek mögött rejlő differenciált emberi sorsok "másságát" feltárni nemcsak a gyógyítás, hanem a megelőzhetőség szempontjából is rendkívül fontos lenne.

A fentiekből kiindulva a kórházba felvett alkoholbetegek adataiból próbáltunk megtudni területünk alkohol-megbetegedési jellemzőit. (Tíz év alatt 15 600 fő érte el az általános pszichiátriai osztályt alkohol-probléma miatt.) Ezek a vizsgálatok arra utalnak, hogy területünkön a kórházi felvételre kerülő alkoholbetegek lakosságra (NP) számított megbetegedési aránya a legrosszabb a leghátrányosabb településszerkezetet képviselő tanyán élő lakosoknál. Sajnos a kórképek előrehaladottsága is itt a legkifejezettebb.

Megjegyzendő, hogy a szőlő és gyümölcsstermelő falusi és tanyai emberek életmódja és iváskultúrája erősen különbözik a városiakétól. Hajnaltól késő estig, egyenletes szintű fogyasztásukkal mintegy állandó közepes véralkoholszintet tartanak fenn. Ez az ivástípus leginkább az ún. francia ivástípusra hasonlít. (Mindig isznak, de botránnyosan alig részegednek le, még napi 3-4 liter bor fogyasztása esetén sem.) Így környezetük is jól tolerálja ivásukat. A városi populációra inkább a rövid idő alatt gyorsan elfogyasztott italmennyiség, a hirtelen emelkedő véralkoholszint miatti gyorsabb lerészegedés a jellemző. Emellett a városi környezet toleranciája is kisebb a botránnyos lerészegedéssel szemben. Így hamarabb megkapja a figyelmeztetéseket a túlzott alkoholfogyasztásra. Ez is az egyik oka lehet annak, hogy a városiak 70 százaléka még saját lábán éri el a kórházi osztályt, és csak 30 százalékát "hozzák", míg a tanyaiaknál ez az arány fordított.

Az alkohol miatt felvettek átlagéletkora 41 év, de városiaknál 39, tanyaiaknál 43 év volt.

A rendszeres bevallott ivás időtartama 17 év(!) volt (város: 14 év, falu: 18 év, tanya: 20 év) az első kórházba kerülés előtt. Nőknél ez "csak" 11 év volt. Betegeink saját maguk által bevallott italmennyisége napi 242 ml volt (abszolút alkoholban). Ha ezt az adatot elhisszük (pedig tankönyvi tétel, hogy az alkoholista által bevallott mennyiséget még meg is kell szorozni valamennyivel) és lefordítjuk az életmód és életvitel hatásra, akkor ez azt jelenti, hogy 17 éven át naponta kb. 2,5 liternyi bornak megfelelő mennyiségű toxikus hatást kényszerült elviselni a beteg szervezete, ennek megfelelő sérült viselkedésmódot a környezete, munkája.

Így már nem véletlen az az adat, hogy partnerkapcsolat nélkül él betegeink 50 százaléka, holott ez az adat területünkön (1980. évi népszámláláskor) az NP-ben csak 28 százalék volt.

Arra a kérdésre, hogy ki áll a vizsgált alkoholista személyéhez legközelebb, maradt-e olyan emberi kapcsolata, akire számíthat: 40 százalék már senkit sem tudott megjelölni, tehát izolálódott. A családot mindössze 10 százalék említett érzelmi kötődésékként, holott formálisan családban él 50 százalék. További néhány százalékuk munkatársat vagy barátot jelöl meg legközelebbi kapcsolatuként. Nehéz lenne választani, hogy ez a kapcsolat-sérültség ok vagy következmény. Nagy százalékban az alkoholizmushoz vezető út okaként jelölték meg az izoláltságot, a magányt.

Társadalmi rétegződésükre vonatkozóan a májcirrhózisban meghaltak országos statisztikája szolgál alapul, ami szerint a szövetkezeti parasztságnál nagyobb arányú az érintettség, mint a szellemi foglalkozásúaknál.

Mondhatni, a kedvezőtlen szociokulturális helyzetű rétegeknél, a hátrányosabb településszerkezetűeknél még gyakoribb a kórházi kezelésre szoruló alkoholbetegek amúgy is magas aránya.

A kórházba felvett alkoholbetegeknél a részletes pszichológiai tesztvizsgálatok nem mutattak ki olyan specifikus jellemzőket, amely sorsuk alkoholistává válásában determináló szerepet játszhatott volna.

A vizsgált alkoholisták pszichológiai jellemzői közül kiemelésre kívánkozik önismeretük igen alacsony szintje. Nem ismerik önmagukat. A férfiak 90 százaléka hamisan pozití-

tív énképet írt le magáról azon valóság után, hogy káros és kóros magatartása miatt került kórházi felvételre. Ez arra hívta fel figyelmünket, hogy sok tennivalónk marad az önismeretfejlesztés területén.

Az alkoholfogyasztás előnyeiről-hátrányairól adott válaszok döbbenetesen téves ismereteket takarnak. 93 százalék jelölte meg előnyét az alkoholfogyasztásnak és csak 6 százalék állította, hogy nincs előnye az alkoholfogyasztásnak. Ezen adat viszont az ismeretterjesztésünk fejlődni valóira hívta fel a figyelmet: évszázados téves hiedelmeket kellene végre a helyére tenni (pl. "erőt ad", "a nehéz munka megkívánja", "kell az emésztéshez", "a vérképzéshez" stb.).

Említést érdemel még az alkoholizmus és az anyagi lét viszonya. Újabb kutatások szerint (DEWORT 1959) a mai társadalmak italfogyasztása a "jólét alkoholizmusa": az egy főre eső jövedelmeknek, a szabadidő növekedésének (és igénytelen kitöltöttségének), a magánvagyon gyarapításának értelmetlensége sokszor hatványozza az italra fordított kiadásokat. Tényként kell leszögezni, hogy hazánkban az alkoholizmus emelkedése párhuzamosan haladt az életszínvonal emelkedésével (kivételek az utóbbi három év). - Más irodalmi adatok beszélnek a "nyomor alkoholizmusáról" is, de ez nem zárja ki, sőt kiegészíti az előzőeket. A nyomor inkább az alkoholizmus következményeként jelenik meg. Nálunk az utóbbi években - főleg a városi alkoholistáknál - egy igen felgyorsult életvitel-degradáció figyelhető meg. Ezt egyre teljesítmény-centrikusabbá váló életünk is magyarázhatja. Máskor nincs lakása, állása, emberi közössége az alkoholistának, egyre hamarabb visszaesik, újra kórházba kerül, sokkal gyorsabban, mint azt a szorosan vett testi állapota indokolná.

Az alkoholizmus gyógyítása hosszú, legalább két évre tehető küzdelmes folyamat, melynek gyógyulási esélyét ma 20-25 százalékra becsülik. Irodalmi adatok arra utalnak, hogy jól kiépített utógondozással a 30-50 százalék is elérhető. Minél korábbi fázisban kerül az alkoholbeteg kezelésre, annál jobb a gyógyulási esélye.

Az alkoholista gyógykezelésének alaptételei:

- I. Találkozni kell a betegnek a gyógyító teammal, a gyógyítási lehetőséggel,
- II. a polytoxikózis, az idült mérgezés adott állapotának megfelelő kezelése,
- III. abstinencia beállítás (elvonókúra),
- IV. utógondozás, rehabilitáció.

Az alkoholista gyógykezeléshez jutását sok hátráltató körülmény nehezíti:

1. Hiányos betegségbelátásuk, 90 százaléka nem tartja magát alkoholistának, csak a nálánál többet ivókat. Hosszú, sokszor küzdelmes folyamat elfogadtatni vele a gyógyulni akarás motívációját.

2. A stigmatizáció is hátráltató körülmény, amely alatt az értendő, hogy akkor érzi az alkoholistát a megvetés, ha kezelési alkoholizmusát.

3. A kezelési feltételek, az egészségügy tárgyi és személyi feltételei e nagytömegű alkoholbeteg ellátásra jelenleg nem elégségesek.

4. A késői kezelésbe kerülés.

A kezelésbe kerülés ideális időpontját úgy fogalmazzák meg az alkohológusok, hogy ez akkor következzen be, ha az alkoholista eljut addig, hogy önmaga is belátja: "nem mehet így tovább", de önerőből már nem képes a változtatásra. Sajnos nálunk ekkor csak ritkán jut el az alkoholista az egészségügybe.

Az alkoholistának meg kell mondani, el kell fogadtatni vele, hogy segítségre szoruló alkoholbeteg, és elsősorban nem büntetni, hanem sorsát jobbrafordítani szeretnénk. Ki mondja meg neki? A család? A barát? A munkahely? Az orvos? A hatóság? A megfelelő időben mindenkinek morális kötelessége lenne segíteni ebben és vállalni ezt a nem népszerű feladatot.

Az alkoholizmus korai felismerésében, kiszűrésében sokszor hamarabb tudna tenni a család, a munkahely, a közvetlen környezet. Hiszen az alkoholista életmódja, magatartása alapján számukra korábban nyilvánvaló a veszélyeztetettség. Még mielőtt orvosi vizsgálattal is kimutatható szervkárosodások bizonyítanak ezt. Itt még könnyebb lenne megállapítani, de a család hosszú ideig takargatja az állapotot, a környezet, munkahely is álmánusan toleráns. Pedig ebben a kezdeti fázisban néha egyszerű emberi kapcsolat-javulás, jobb egyéni vagy közösségi érzelmi motívációt nyújtó, segítő környezet is képes lehetne az italozó életmód önerőből való megszakítását előidézni. Kezdeti fázis az ún.

"probléma drinker" kategória, ahol problémáik vagy neurózisuk miatt isznak mértéktelenül. Ezek ha segítséget kapnak problémáik megoldására, sokszor képesek életvitelükön az önerő hozzáadásával is változtatni. Chicagói szerzők vizsgálata szerint a nagyvárosok deklasszált negyedében élő alkoholisták 10-20 százaléka "spontán", tehát orvosi segítség nélkül képes volt abbahagyni alkoholizáló életvitelét (pl. olyan motívációval, hogy új házasságot kötött, új munkahelyre került, új vallási közösséghez vagy az anonym alkohol klubhoz csatlakozott stb.). Tehát érzelmi irányultsága javult, egyensúlyibb állapotba jutott. Csak álá húzni szeretnénk azt, hogy az alkoholizáló életmód kezdetén a "gyógyítás" kulcsfigurája nem az orvos vagy az orvosi gyógymód, hanem a segíteni akaró emberi-környezeti tényezők célszerű felhasználása is hozhat eredményt.

Ha az alkoholizmus, az alkoholfüggőség előrehaladot-  
tabb, akkor a következő alkoholkezelési formák jöhetnek  
szóba:

1. ambuláns önkéntes alkoholkezelés, melyet az alkohol,  
illetve ideggondozó intézetek végeznek,
2. kórházi önkéntes elvonókezelés,
3. kórházi kötelező kezelés,
4. munkatherápiás intézeti kezelés,
5. kényszerkezelés, mely a büntettes alkoholisták BV  
intézetében végzett alkoholkezelést jelenti.

Az intézeti (kórházi) kezelések sohasem befejezett  
gyógy módok, hanem csak védett környezetben a racionális  
kezelés indítását jelentik, melyet minden esetben hosszú  
ambuláns utógondozásnak kell követnie. El kell oszlatni  
azt a tévhitet, hogy a kórházi kezelés befejeztével - ez  
átlag hat hétig tart - az alkoholbeteg gyógyultan távozik.  
A gyógyulás legnehezebb szakasza éppen a kórházi kezelés  
befejezte után vár rá! A hosszú ideig tartó utógondozás  
létfeltétele a gyógyulásnak, mivel az alkoholistának az év-  
tizedeken át rögzült hibás életmódját, örömszerzését (az  
ivást) kellett és kell feladnia és ezt valamivel pótolni,  
elszakadt életfonalait (család, munkahely stb.) újrászöni,  
emberpróbáló feladatként.

Az alkoholizmus gyógyításának hosszú küzdelmes folya-  
matában és változataiban - szakirodalmi adatok tükrében -  
azon csoportok eredményei mutatnak legmesszebbre, ahol a  
kórházi kezelés után a páciensnek sikerül valamilyen öngyó-  
gyító, önsegítő közösséghez csatlakoznia. Ilyen lehet az  
Anonym Alkohol Klub: USA, Nyugat-Európa. Ezek magas normá-  
jú abstinens közösségek, szimmetrikus partnerviszonyokkal,  
akik emellett a másokon segítség magasabbrendű érzését is  
felhasználják közösségkultúrájukban. Igen nagy előrelépést



jelenthetne, ha nálunk is valódi közösségekké izmosodhatnának a számukban örvendetesen szaporodó alkohol-ellenes klubok. Terebélyesedhető szigetei lehetnének nemcsak az alkohol elleni küzdelemnek, hanem mintái az emberi közösségteremtésnek is. Az angolok hagyománya ilyen téren kétségtelenül gazdagabb, bár az ember társas lény mivolta nem kérdőjelezhető meg, legyen az bármilyen nemzetiségű. Az alkoholistáknál ez a közösségkeresés még kifejezettebb igény, hisz alkoholizáló életük nagy része az ivócimborák és a kocsmá kétes értékű közösségében telik el. Ide kívánczik egy - nem alkoholistáknál, hanem a szegedi ipari munkásság körében végzett - szociológiai vizsgálat, ahol időmérleget készítettek (Szentirmai László és munkatársai). A vendéglőben-presszóban töltött idő heti 180 percnak bizonyult.

Közösség- és kapcsolatcultúránk tudatos ápolása és fejlesztése legalább annyira égető probléma lenne, mint a közművelődési program megvalósítása, de még szerencsésebb lenne a kettőt együtt, összehangoltan megoldani. Ebben minden "írástudó" felelősségére szükség van. Mindenkitől azt várjuk el, hogy saját lehetőségeivel, a saját területén küzdjön azért, hogy egészségesebb, értelmesebb életmódot tudjunk meghonosítani, hogy minél kevesebb alkoholista "képződjön".

A prevencio (a megelőzés) lényegét tekintve abból indulhatunk ki, ami a teljes értékű emberi élet alapja:

anyagi és társadalmi biztonság,

testi egészség,

lelki egészség.

Bármelyik faktor sérült vagy elégtelen, boldogtalanság, kisebbrendűségi érzés alakulhat ki. A lelki egészség kialakításának és megőrzésének az a célja, hogy az egyén számára biztosítsa az optimális intellektuális és érzelmi fejlődést,

hogy fenntartsion olyan személyiségszerkeztet, amely alkal-  
massá teszi az embert társadalmi feladatainak maradéktalan  
teljesítésére, miközben önmagával és környezetével egyaránt  
harmóniában, békében él.

Ha elfogadjuk azt, hogy az emberi személyiség társa-  
dalmi termék is, és fejlődésében a társas hatások alapve-  
tőek, akkor ezek tudatos jobbításával bizonyos lelki zava-  
rok (TBZ-k) keletkezését csökkenteni lehet.

Mentálhygiénés kultúránk, a lelki egészségünk karban-  
tartására irányuló tevékenység általában alacsony szintű,  
így nem véletlen, hogy szaporodnak az önszabályozás zava-  
rai, az olyan hibás problémamegoldó mechanizmusok, mint az  
alkoholizmus, narkomániák, szuicidium, stb.

Összefoglalva: közel sem deprimáló, hanem a mai magyar  
valósággal őszintén szembenéző, küzdelemre hívó céllal próbáltuk körvonalazni egyik legnagyobb társadalomegészségügyi gondunk, az alkoholizmus helyzetét. Bizton állítható, nem elhanyagolható tényezője a mennyiségileg fogyó és minőségi-  
leg romló népességi folyamatainknak.

Hinnünk kell abban, hogy a progresszív negatív folya-  
mat megállítható, de ehhez minden művelt emberfő összefo-  
gott, az eddiginél magasabb hőfokú tenniakarására és erőfe-  
szítésére van szükség.