honvédorvos

A Magyar Néphadsereg katonaorvostudományi folyóirata
XXXIII. ÉVFOLYAM, 1981. ÁPRILIS—JÚNIUS

TARTALOMJEGYZÉK

83 *Dr. Magyar István o. ezds.:* A psychiatria néhány aktuális kérdése.

85 *Dr. Magyar István o. ezds.:* A beilleszkedés zavara a katonai szolgálatban.

99 *Dr. Ozsváth Károly o. ezds.:* A neurózis „elméletei".

109 *Dr. Kóczán György:* A neurotikusok szocioterápiája.

119 *Dr. Pörczi József o. őrgy.:* A neurózis gyógyítási lehetőségei csapatnál. — Gyógyszeres therápia.

129 *Dr. Nagy Ervin o. őrgy.:* A neurózis gondozása csapatnál.

137 *Dr. Bernát Iván ny. o. ezds.:* Az anaemiás betegek vizsgálatának gyakorlati kérdései II.

151 Külföldi katonaorvosi folyóiratok közleményei.

СОДЕРЖАНИЕ

83 Мадьар И., полковник м/с: Актуальные вопросы психиатрии

85 Мадьар И., полковник м/с: Расстройства адаптации к условиям военной службы

99 Ожват К., полковник м/с: «Теории» о неврозах

109 Коцан Дь.: Социотерапия невротиков

119 Перци Й., майор м/с: Возможности лечения неврозов на уровне войсковой медицинской службы. Лекарственная терапия.

129 Надь Э., майор м/с: Диспансеризация невротиков на уровне войсковой медицинской службы

137 Бернат И., полковник м/с в отст.: Практические вопросы исследования больных с анемией — II.

151 Обзор военно-медицинских журналов.

Dr. Magyar István orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa

A psychiatria néhány aktuális kérdése

Az 1981. február 17—19 között megtartott főszakorvosi összevonás keretében, a második napon a psychiatria kiemelt, a legtöbb problémát jelentő kérdéseit tűztük napirendre. Az elhangzott előadásokat foglalja magába a Honvédorvos jelen száma.

A psychiatriai tevékenység közel három évtizeddel ezelőtt indult meg a Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatában, amikor az MNKK-ban az Idegosztályon — részlegként — megnyílt az első elmeosztály. A kezdetben „klasszikus" zárt keretek között működő osztály fokozatosan tért át a nyílt működésre, és ma már — közel egy évtizede „open door" rendszerben funkcionál, és ugyancsak majdnem 10 éve teljesen külön vált — a kor követelményeinek megfelelően — a neurológiától, és önálló osztályként illeszkedik a kórház többi osztálya közé. Időközben Pécsett, majd Kecskeméten alakítottunk ki elme-részlegeket, ezek még ma is a neurológiával közös osztályként tevékenykednek.

A psychiatria forradalmi változás korát éli, a legkülönfélébb elméletek látnak napvilágot, a szigorúan biológiai állásponttól a szociális meghatározottságon keresztül egészen a psychiatria tagadásáig. A vita, a forrongás alapja bonyolult. Egyrészt a psychiatriai betegségek pathológiai háttere bizonytalan, másrészt az egyes korállapotok szerves kapcsolata a környezeti tényezőkkel gyakran igen szorosnak, ok-okozati összefüggésnek tűnik. Az egészségesek krízishelyzetei és a psychiatriai betegségek tüneti képe sokszor fedik egymást. A különféle társadalmi helyzetekben, kultúrákban másként kerül megítélésre ugyanaz a jelenség. A személyiség formálásában a miliőhatás jelentősége kiemelkedő. A társadalom tudatában összemosódik a pathológiás a normálissal, és magatartászavar esetén (deviancia) nem differenciálunk kellően a beteg és nem beteg között. A társadalom sokat és olyan problémák megoldását várja a psychiatriától, melyek egy részében a psychiatria nem kompetens, másrészt csak résztvevője lehet egy team-nek, és mai helyzetében nincs is felkészülve a megoldásra.

Ebben a komplex helyzetben — és a katonai egészségügy szervezetében — keresnünk kell a megoldás lehetőségeit. Psychiaterek, pszichológusok kevesen vagyunk, tevékenységünket jól csak az alapellátás orvosainak közreműködésével, sőt a katonai vezetés, politikai, szociológiai, igazságügyi munkások közreműködésével tudjuk biztosítani. Ehhez viszont szükséges a legfontosabb problémák tisztázása.

Csak a legfontosabbak:

— psychiatriai betegség exponálása;
— a psychiatriai betegségről alkotott kép, a betegség-modell megváltozása;
— a gyógyító tevékenység eltérései a klasszikus orvos-modell tevékenységtől;
— az orvos—beteg kapcsolat megváltozása;
— a beteg és környezetének viszonya stb.

Véleményem szerint a biológiai és szociál-psychiatria dinamikus kapcsolatát kell kialakítani, és ebben a szemléletben kell a psychiatria helyét megtalálni a társadalomban és a gyógyító tevékenységben. Mind a biológiai, mind a szociálpsychiatria interdiszciplináris tudomány, az egyik a viselkedés biológiai alapjait, a másik a szocializáció jelentőségét kutatja egy-egy betegség kialakulásában; egyik a másik nélkül nem juthat megoldásra, de mindkét álláspont a beteg ember gyógyítását tűzi ki célul. A biológiai gyógyító módszer és a szociopszichotherapia megfelelő és adaequat alkalmazása nélkül a psychiatriai működés elégtelen. Maga *Freud*, a pszichotherapia egyik nagy egyénisége mondta 1914-ben, hogy lesz idő, amikor kémiai módszerekkel lehet gyógyítani a psychiatriai betegségeket. A kutatások modern eredményei (pl. a dopamin elmélet, a neuro-transmitter rendszer felismerése, a serotonin-noradrenalin változásának jelentősége az élettani változásokban mint alvás-ébrenlét, a nagy reguláló rendszerek — reticularis rendszer, limbicus rendszer, nigro-strialis, meso-limbicus, tubero-infundibularis rendszerek — működéséhez kötött magatartásváltozások stb.) mind egy-egy újabb bizonyítéka a biológiai meghatározottságnak. Ugyanakkor — és ez nemcsak a psychiatriai betegségek vonatkozásában érvényes — a makro- és mikrokörnyezet állásfoglalásának jelentősége és befolyása sem kérdőjelezhető meg az egyén magatartásváltozásainak kialakulásában. A magatartás nem csupán biológiai probléma, a tanulás, szokások, kondicionálás közös produktuma.

Bármelyik szemlélet (biológiai—szociálpsychiatriai) mindenhatóságának a másik kárára való elfogadása a legsúlyosabb katasztrófát jelentené a psychiatria tudományos haladása és az értelmes kezelés szempontjából. Olyan ez, mintha valakinek levágják egyik lábát és utána azt várják tőle, ne sántítson (*van Praag* 1978.). Az eredményességhez az orvosi, psychiatriai szemlélet megváltozásán kívül azonban a társadalom hozzáállásának változása is elengedhetetlen. A beteg akkor is beteg, ha ez az állapot „csak" a magatartászavarban tükröződik, és akkor az adaequat tennivaló a gyógyítás, illetve a megelőzés. Ehhez a szemléletváltáshoz, a szükséges tennivalók megvalósításához (diagnosztika, gyógyítás, gondozás) kívánunk adatokat szolgáltatni, előadásaink közzétételével.

Мадьяр И., полковник м/с:

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

Dr. István Magyar Obst. d. Med. Dienstes:

EINIGE AKTUELLE FRAGEN DER PSYCHIATRIE.

Dr. Magyar István orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa

A beilleszkedés zavara a katonai szolgálatban

(személyiségzavar, suicidium)

I.

A magatartászavarok értelmezése.

A magatartászavarok megítélésének kérdése minden társadalomban és azokon belül a kisebb-nagyobb közösségekben eltérő, másként ítéli meg a közösség spontán véleményalkotása, másként a jogász, a szociológus, a psychiater. Mindegyik vélemény keresi a magatartászavarok okait, és törekszik az ilyen személyeknek az adott közösségben, társadalmi struktúrában való elhelyezésére. A magatartászavarok hovatartozását illetően az utóbbi években mind több probléma, nézetkülönbség merült fel, elsősorban a szociológia és a szociológiai szemléletű szaktudományok (szociálpszichológia, szociálpsychiatria), illetve a psychiatria között.

A magatartászavaroknak általában — sőt a szociálpsychiatriai irányzat extrém képviselői, még az elmebetegségeknek is — tagadják betegség mivoltát, fikcióknak minősítik a psychiatriát, és a magatartászavarokat egyértelműen szociológiai problémának, közösségi-környezeti produktumnak tekintik, nem keresnek mögötte betegséget, sőt tagadják azok betegség jellegét. Nézeteik logikus következtetése, hogy a magatartászavarok kérdését kiemelik a kórlélektan és elmegyógyászat területéről, vizsgálatukban, elemzésükben és a gyakorlati tevékenységben is más tudományoknak juttatnak döntő szerepet a psychiatriával szemben. A psychiatria tagadása nem megoldás, sőt a betegek számára káros, a társadalomra veszélyes.

Véleményem szerint a magatartászavarok helyes és adaequat megítélésében csak a konstruktív koncepción alapuló személyiségelemzés vihet előbbre; ebben a koncepcióban mind az örökletes személyiségadottságokat, mind a környezet okozta személyiségalakulást tekintetbe kell venni, és vizsgálni kell mindazon tényezőket, melyek a rendellenes magatartás kialakulásában szerepet játszhatnak.

A magatartászavarok helyes megítélése komplex team-munkát igényel, melyben psychiaterek, pszichológusok, szociológusok, jogászok, genetikusok, biológusok a maguk szakmai lehetőségeikkel egyaránt szerepet kapnak, egyedül egyik szakma sem képes a probléma feldolgozására. A szociológus a statisztikai adataival kutatja azokat az elveket, rendszereket, melyek a magatartászavarokat eredményezik. A jogász a maga módszereivel (ítélet, büntetések) nevel, és

a prevenciót szolgálja. A genetikus, biológus vizsgálja azokat a mechanizmusokat, adottságokat, melyek szerepet játszhatnak a magatartászavar kialakulásában; a pszichológus a személyiségalakulás vizsgálatával keresi a probléma okait és a megoldás lehetőségeit. A psychiater helyzete a legproblematikusabb. Hozzá fordul az egyén, és tőle várja a segítséget a társadalom is. A psychiatria olyan feladatokkal kerül szembe, melyek megoldására nincs felkészülve, nem is tartozik feladatai körébe (alkoholizmus, geriatria, suicidum, kriminál-prevenció, szellemileg elmaradottak és még sok más kérdés megoldása). A team-munka adná meg annak lehetőségét, hogy az okok többoldalú kutatása után a megfelelő megoldáshoz juthassunk. Vannak magatartászavarok, melyek a normál személyiségreakciók csoportjába sorolhatók és ezekkel a társadalom, a társadalmi szervek, esetenkint az igazságügyi szervek foglalkoznak. A pathológiás hátterű, psychopathológiai indíttatású magatartászavar viszont betegségnek minősül (ha nem is a betegség klasszikus meghatározása és modellje szerint), és ez az a csoport, mely az elmeorvosok beavatkozását igényeli.

A magatartászavarok jelentősége a II. világháború idején és utána domborodott ki, majd számuk jelentősen megszaporodott (*Blair*, 1974).

Elsősorban katonaorvosok és kriminál-psychiaterek foglalkoztak a kérdéssel, mivel elsősorban e két területen jelentkezett és jelentkezik imperatív jelleggel a kérdés megoldásának szükségessége. Kétségtelen tény, hogy a magatartászavar az egész társadalom problémája, azonban az említett két területen — az alkalmasság és a beszámíthatóság megítélése miatt — jelentősége kiemelendő.

Mit jelent a magatartászavar fogalma? E tekintetben a legszélsőségesebb megállapítások láttak és látnak jelenleg is napvilágot. Egyes elméletek — mint később látni fogjuk — a különböző talajon kialakult különböző viselkedésformákat egyetlen meghatározásban, a *devianciában* foglalják össze. Lényegében és általánosságban a *magatartászavar az adott közösségben uralkodó normák által megszabott és behatárolt magatartástól való eltérést jelenti.* A *norma* tulajdonképpen mindazon előírások, szabályok, szokások összessége, amelyek az egyén számára determináló jelleggel megszabják, hogy adott helyzetben hogyan kell viselkednie. Ez a normarendszer teszi lehetővé a társadalom működését, ez szab határt az egyes ember, de az emberek összessége magatartásának is.

A norma pontos megfogalmazása nem könnyű feladat. Az emberek mindig törekedtek valamilyen egységes, általános, mind az egyén, mint a közösség érdekeinek maximálisan megfelelő úgynevezett *ideál-norma* kialakítására, azonban a különböző társadalmak eltérő és egyenlőtlen fejlődése miatt ezt csak többé-kevésbé közelíteni lehet. A különböző társadalmakban és kultúrákban a jogrend, az erkölcsi szabályok, a szokások és hagyományok szabják meg a normákat. A különbözőségek következtében számos ellentmondás figyelhető meg az egyes kultúrkörök norma-rendszerei között, ami az egyiknél megfelel a norma megszabta követelményeknek, a másiknál norma sértésnek számíthat. Nálunk — és általában az európai eredetű kultúrákban és közösségekben — a téveseszmék és hallucinációk elmebetegség tüneteit jelentik, egyes primitív néptörzseknél azonban a normális állapot velejárói lehetnek, mint pl. az afrikai mohave és takala törzseknél. A zuruknál az extatikus révület a szokványos, normális magatartás körébe sorolható. Vannak népek, ahol nem jelentenek a normától eltérő viselkedést a homoszexualitás vagy egyes kényszeres jelenségek. A sziciliai büntetőjog enyhébben ítéli meg a vérbosszúból eredő emberölést, mert a közösség hagyományos normarendszere jogosnak értékeli az ilyen cselekményt. Hasonló a helyzet egyes latin-amerikai országokban a szerelmi hűtlenség megtorlásaként elkövetett emberölés tekintetében. Közismert a válás kér-

désének eltérő megítélése a különböző európai országokban. Az öngyilkosság az európai normarendszer szerint egyértelműen rendellenes magatartásforma, ugyanakkor a hagyományos japán vallási és szokásrendszerben bizonyos körülmények között szokásos, sőt kötelező cselekvés.

A szociológia az utóbbi évszázadban a normáktól eltérő viselkedésmódokat a *deviáns magatartás* fogalmába gyűjtötte össze. Mivel — mint láttuk — a norma fogalom más és más rendszereket foglal magába, így a deviancia fogalma sem egységes, hanem mindig az adott közösség normáinak megszegését jelenti, sőt még azonos társadalmon belül is adódnak különbségek a makrokultúra és a szubkultúrák normarendszerei, így a devianciák között is. A szociológia tudománya általában — és minden társadalmi formációban — deviáns magatartásként értékeli *az alkoholizmust, a bűnözést, az öngyilkosságot és az elmebetegségeket,* ilyen módon az egymástól teljesen különböző és eltérő hátterű, egyes esetekben kóros, más esetekben nem kóros lélektani talajon kialakuló magatartászavarok egy gyűjtőfogalomba kerülnek. A deviancia elmélet eltekint attól, hogy a magatartászavarok mögött rejlő, kimutatható vagy rejtett biológiai okokat vizsgálja. Nem vitatható, hogy a deviancia elmélet ilyen nézőpontjának megválasztása, a kategóriák kijelölése jogos, és megfelel a szociológia mint társadalomtudomány kialakult módszereinek és szemléletének. Ugyanakkor a szemlélet gyakorlati konzekvenciái orvosi-elmegyógyászati szempontból ellentmondásosak, egyes szélsőséges nézetei pedig elfogadhatatlanok.

A szociológia sok változáson ment át *Durkheim* anómia elmélete óta (a szabályozatlanság állapota), más tudományokkal való összeolvadásából speciális területei alakultak ki (szociálpszichológia, szocálpsychiatria, szociálpathológia). *Durkheim* az öngyilkosság összehasonlító társadalmi statisztikai vizsgálatai alapján a szociológia hatáskörét minden magatartászavar vizsgálatára kiterjesztette. A század első évtizedeiben kialakult szociálpathológia a normaszegő viselkedési módokat pathologikus jelenségként tartja számon. *Gillin* szociálpszichológiai felfogása szerint a deviáns viselkedésnél mindig fellelhető a személyiség valamilyen zavara. A személyiség zavara megítélése szerint a szocializációs folyamat zavarából ered, melynek során az egyén adott lehetőségei, képességei alapján személyiségébe építi a környezeti-társadalmi hatásokat. Ha a környezeti tényezők valamilyen okból nem megfelelőek, kóros személyiség-struktúra alakul ki, ennek megnyilvánulása a deviáns magatartás.

Az egyik legújabb deviancia-értelmezés az úgynevezett minősítési elmélet (labelling) szerint (*Becker, Schot* és mások) a társadalom megfogalmazása és vélekedése a döntő, a közösség különböző okokból normától eltérőnek ítél meg egy viselkedésformát, „rásüti a deviáns bélyeget". A minősítésben pedig közösségi, társadalmi erőviszonyok jutnak kifejezésre — következésképpen a deviáns viselkedés kialakulásában kizárólag közösségi-környezeti tényezők játszanak szerepet, minden belső biológiai októl függetlenül. Ez a minősítés azután megszabja a személyiség további sorsát és életútját *(Erikson),* a társadalom perifériájára, más hasonlóan „deviánsnak minősítettek csoportjába, szubkultúrájába kerül", „deviáns karriert fut be, devianciája fokozódik és állandósul" (*Andorka, Buda, Cseh-Szombathy).*

A deviancia az anómia velejárója. *Merton* szerint az anómia, a társadalmilag elfogadott célok és a megvalósításhoz megengedett eszközök közötti ellentmondás hozhatja létre a deviáns viselkedést, mely a cél és/vagy eszköz elfogadása, illetve elutasítása szerint lehet:

1. táblázat

	cél	eszköz
konformis viselkedés	+	+
újítás (bűnözés)	+	−
ritualizmus (lélektelen konformizmus)	−	+
Visszahúzódás (alkoholizmus, suicidium, elmebetegség stb.)	−	−
lázadás	±	±

A konformis viselkedés a beilleszkedő, normatív magatartás; az újítás, ritualizmus, visszahúzódás a három nagy negatív deviáns kategória, a lázadás a pozitív deviancia, mely eltérően a másik háromtól, a társadalom számára hasznos, a haladást segíti elő. Ebből a szempontból *Merton* külön értékelést adott és a devianciát két nagy csoportra osztotta: non-konformis (pozitív) és aberráns (negatív), és ezzel — bár értékítélettel kapcsolta össze eredeti elméletét — külön tudta választani a hasznosat a károstól.

2. táblázat

non-konformis (pozitív)	aberráns (negatív)
kifejezi a normától való eltérését	nem alkot véleményt
nyíltan támadja a normát	elfogadja érvényét, de megsérti
változtatást akar	kerüli a sértésért járó szankciókat
erkölcsi alapokon áll	nincs erkölcsi meggondolása
önzetlen	önző

A magatartászavarok megítélésében az elméletek korántsem egységesek és kielégítőek, a kórlélektani megközelítéstől a tisztán társadalmi megközelítésig terjednek.

Jelen munkában nem kívánom a magatartászavarok valamely új elméletét kialakítani, és nem tagadom a szociológiai meggondolások jogosultságát sem. A magatartászavarok sokféleségéből azokat a problémákat elemzem, és azokkal a beilleszkedési zavarokkal foglalkozom, ahol véleményem szerint a magatartászavar kórlélektani háttere egyértelmű, és ahol az elmegyógyászati elbírálás, kezelés és irányítás elengedhetetlen a gyakorlati megoldás szempontjából. Úgy vélem, hogy a deviancia elmélet egységesítő, a különböző okokat egybemosó törekvése helyett konstruktívabb, differenciáltabb megközelítés szükséges, ahol nemcsak fenomenológiai megítélés, de a psychopathológiai elemzés is helyet kap. A klasszikus kórlélektani gondolkodás és a szociológiai elemzés szintézisére van szükség ahhoz, hogy ezekben a nehéz és az egész társadalmat érintő kérdésekben megnyugtatóbb megoldásokhoz jussunk. (l. *Magyar:* „Az alkalmatlan katona." 1978.)

A psychopathológiai koncepció a háttér kutatás, a magatartászavar okainak elemzése során elengedhetetlen, csak ilyen módon lehet és kell elkülöníteni a beteget a deviánstól. A szociálpsychiatriai és szociálpszichológiai meggondolások hasonlóan építhetők be, különösen a rehabilitáció gyakorlati munkájába. A minősítési elmélet — mint láttuk — nem alaptalanul állítja, hogy a deviáns magatartás kialakulásában jelentős szerepet játszik a közösség ítéletalkotása és ebből eredő averziója. Szükséges lenne ennek a folyamatnak az ellenkező előjelű tudatos felhasználása a reszocializálódás elősegítésében, oda kellene hatni, hogy elmarasztaló minősítés ne alakuljon ki, meg kellene tanítani a társadalmat a minősítés mellőzésére.

Az elmondottak alapján *megkísérelem a magatartászavarok óvatos felosztását nem pathológiás és pathológiás hátterű magatartászavarra, a felosztásban a határvonalat a psychopathológiai személyiség-elemzés adja meg.* Abban az esetben, amikor a magatartászavar a személyiség tudatos választásának következménye és ez a *magatartászavar beilleszthető a személy átlagosan mutatott személyiségképébe,* akkor a magatartászavar, a deviáns viselkedés következményeiért *kétségtelenül megállapítható az egyén felelőssége.* Ilyen pl. a tudatos választás a mértékletes élet és az alkoholizmus között, vagy a bűnválasztás a társadalmi követelményeknek megfelelő életmód választása helyett. Ellenkező esetben, amikor *a magatartászavar idegen az alapszemélyiségtől, elüt vagy ellentétes az életvezetésnek az egyénre jellemző megszokott vonásaitól, a kóros léleki háttér vizsgálata feltétlenül szükséges.*

II.

A személyiségzavar és suicidium.

A psychopathológiai talajon kifejlődő magatartászavarok szerteágazóak és gyakran alig különíthetők el az úgynevezett normál psychés működéssel magyarázható jelenségektől. A súlyos mentális betegségek eseteiben (endogen elmebetegségek, tudatzavarok stb.) a nehézség kisebb. Neurotikus állapotok elbírálása már sok problémát okoz részben a társadalom előítéletei, de szakmai előítéletek következtében is. A legtöbb gondot a kóros személyiségzavar, a psychopathia és a suicidiumok megítélése okozza, és a jelen előadásban e két magatartásrendellenesség értelmezésével és értékelésével kívánok foglalkozni. A személyiség szerkezetének összetevőit számos pszichológiai és psychiatriai irányzat és szerző igyekezett meghatározni, szemléletüknek, elméleti meggondolásaiknak megfelelően más és más arányokat és jelentőséget juttatva az egyes személyiségrészeknek. Egyes irányzatok az ösztönök dominanciáját hirdetik, mások a személyiséget csak üres formának tekintik, melyet tartalommal a környezeti hatások töltenek meg.

Munkámban az *Eysenck* féle, *Delay—Pichot* által is javasolt személyiségfelosztást alkalmazom. Eszerint a személyiség a *kognitív* (értelmi-intellektuális), a *konatív* (akarati), az *affectív* (érzelmi-indulati-hangulati) működéseknek, továbbá a szervezet *biológiai statusának,* illetve az *egyén és a környezet kölcsönhatásának* eredménye. E személyiség elmélet alapján a személyiségzavarokat az egyes összetevők károsodása, illetve egyenlőtlen fejlődése és ezek egymást befolyásoló hatása okozza.

A psychiatria terminológiájában a személyiségzavarok legnagyobb csoportját a psychopathia gyűjtőfogalom foglalja össze. Ez a fogalom a psychiatria so-

kat vitatott problémája, az elmúlt évszázad során különböző szerzők igyekeztek a fogalmat pontosítani, szűkíteni, illetve bővíteni, végleges és egyértelmű állásfoglalás azonban még napjainkban nem alakult ki.

Saját gyakorlatomban a diagnosztikai kényszer miatt mintegy konvencióként használom a psychopathia megnevezést, bár tisztában vagyok a fogalom elméleti tisztázatlanságával és azzal is, hogy a megnevezést sok közösségi és társadalmi negatív értékítélet terheli, orvosi megállapításként történő deklarálása kedvezőtlenül befolyásolja az érintett személy további sorsát, társadalmi beilleszkedését.

A személyiségzavar, amint erről már szóltam, a psychopathiának nevezett kép mellett, illetve azon túl számos ok eredménye lehet. A mentális betegségek (neurosis, endogen elmebetegségek), a toxikus ártalmak (alkohol, kábítószer stb.) okozta személyiségzavartól az organikus bántalmakhoz társuló személyiségzavarig (pl. tumor, epilepsia, trauma, encephalitis, endocrin betegségek stb.) széles a skála; a diagnosztika finomításán túlmenően a tennivalók szempontjából is szükséges a beilleszkedési zavar megelőzése, és megoldása érdekében a differenciált psychiatriai, pszichológiai elemzés minden esetben. El kell érni, hogy a személyiségzavarok differenciálásával elkülöníthessük a beteget és a nem beteget, annak megfelelően dönthessünk a kezelés vagy adminisztratív intézkedés szükségességéről. *(3. táblázat.)*

A legtöbb gondot a psychopathia okozza. *Dietrich* két kategóriát különít el: a) Psychopathische Versager (önfeladó, kudarc-élményes, csalódás, Birnbaumi akaratgyenge), b) Psychopathische Verbrecher (szociopathia, gonosztevő).

Joan Mc Cord lényeges vonásokat az aszocialitásban, kontrollálatlan impulzivitásban, állhatatlanságban, agresszivitásban, lelkiismeretlenségben és az empathia hiányában jelöli meg. *Craft* e tulajdonságok mellett jelentősnek véli az emocionális éretlenséget, labilitást, az előrelátás hiányát, a szexuális tévelygést és kóros kötődést. *Clerkley* hasonlóan 14 pontjában utal e jellegzetességekre.

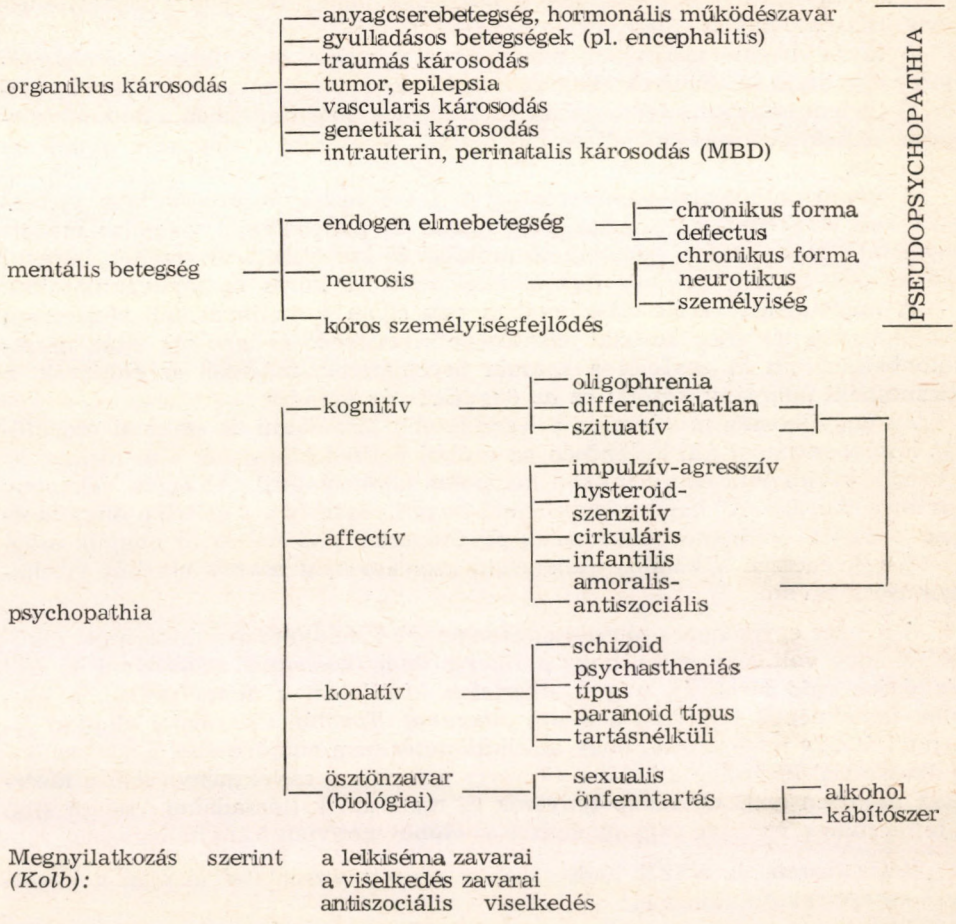
Az irodalmi összegezésekből úgy tűnik, hogy valóban létezik *egy nem átlagos* („uncommon"), *de jellegzetes egyéntípus,* ezekkel a jellemzőkkel:

1. a lelkiismeret, valamint annak a készségnek állandó hiánya, hogy valaki mások iránt szeretetet, részvétet érezzen; bűntudattól, vagy lelkiismeretfurdalástól mentes;
2. korai gyermekkortól állandó tendenciát mutat arra, hogy impulzív, antiszociális módon viselkedjék az elkerülhetetlen következmények számbavevése nélkül;
3. a tapasztalásból szerzett ismeretek hiánya, ami miatt büntetéssel sem riasztható el;
4. minden egyéb elmekórformától mentes.

A psychopathiás személyiségzavar jellemző *klinikai* tünetei a fentebb 4 pontban felsoroltak kombinálásából adódnak, éppen ezért rendkívül változatosak. A psychopathák *intelligenciája* az IQ parabola széles skáláján mozog, de abban megegyeznek, hogy cselekményüket és annak impulzív kivitelezési módját normálisan megindokolni képtelenek. *Érzelmi* reakcióik állhatatlanok és kiszámíthatatlanok, minden kimutatható ok nélkül váltanak át felhangoltságból depresszióba, békés nyugalomból vad haragba. *Jellemileg* hedonisták, minden gyönyörszükséglet azonnali kielégítésére törekszenek, tekintet nélkül azok következményeire, mert náluk a cél szentesíti az eszközöket. Kora gyermekkoruktól fogva vonakodnak alkalmazkodni a társadalomban fennálló morális és etikai követelményekhez. Végtelenül egoisták, céljaikat bármely tisztességtelen, becstelen úton, akár kegyetlen brutalitással is hajlamosak elérni. A kedvességet

3. táblázat

A személyiségzavarok psychopathológiai felosztása



Megnyilatkozás szerint *(Kolb)*: a lelkiséma zavarai
a viselkedés zavarai
antiszociális viselkedés

hálátlansággal, a bizalmat becsapással viszonozzák. Nem ismerik a „tisztesség" szó jelentését, viselkedésükért szégyent, bűntudatot nem mutatnak, saját szüleikkel és családjukkal szemben sem. A munkában állhatatlanok, néha nomád módra élnek. *Nemi* fejlődésük retardált vagy abnormális, mindenféle perverzióra hajlamosak. Házasságuk átmeneti epizód és rendszerint zátonyra fut. Krónikus hazudozók, konfabulálók, sima nyelven barátkoznak meg áldozatukkal csak azért, hogy utóbb becsaphassák. *Bűncselekményeik* listája hosszú, ezen főleg lopás, csalás, sikkasztás, nemi és erőszakos bűncselekmények szerepelnek. Egy társadalomban sem ismernek fegyelmet, az engedetlenség forrásai, ezért is igyekeznek kiszűrni őket a hadseregből. A jellegzetes tünetek természetesen esetenként mennyiségileg és minőségileg is változók; a psychopatha nem követ el naponta bűncselekményt, arculata időnként egészen megnyerő. A tünetek a gyermekkor után erősödnek, a serdülő és korai felnőtt korban törnek elő, ekkor vannak a csúcsponton, majd spontán csökkennek, úgyhogy a 40-es életévek-

re általában a psychopatha erőszakossága, bűnözéshajlama módosul, később maga is törekszik szocializálódni. Csak kevés psychopatha ismeri azonban el, hogy ő abnormális személyiség, még kevesebben tartják magukat elmebetegnek, ezért minden büntetést igazságtalannak minősítenek, miért is rájuk a büntetésnek nincs elrettentő hatása (*Blair*, 1974).

A kóros magatartászavarok psychotikus epizódok, öngyilkossági cselekmények vagy bűncselekmények (általában speciális katonai bűncselekmények, szökés, függelemsértés stb.) formájában jelentkeznek, más esetekben a katonai környezet észleli a szokásostól eltérő magatartás jeleit még a súlyosabb manifesztáció előtt.

A psychopathológiai elemzés során a legteljesebb multifaktoriális vizsgálatra kell törekedni, a részletes psychiatriai és pszichológiai vizsgálat mellett figyelembe kell venni a szóbajöhető öröklési és környezeti tényezőket, követni kell az életvezetést, különös figyelemmel az előző kóros megnyilvánulásokra.

A magatartászavarok vizsgálatában egy olyan formájával kell részletesen foglalkoznom, melynek katonai jelentősége kiemelkedő és igen sok vitát, nézetkülönbséget vált ki egyfelől a katonai psychiaterek, másfelől az elöljárók, a parancsnoki állomány között: ez *az öngyilkosság kérdése.*

Az öngyilkosság problémája a legszélesebb társadalmi és szakmai érdeklődés középpontjában áll, különösen az utóbbi évtizedekben, sok vita tárgya, és a kérdés körüli vita egyre inkább két pólus köré tömörül. Az egyik vélemény szerint a „befejezett" halálos kimenetelű öngyilkosság és a sikertelen öngyilkossági „kísérlet" pathomechanizmus és psychopathológiai háttér az öngyilkossági szándéktól egészen a halálos kimenetelű cselekményig azonos psychés mechanizmusról van szó.

A kérdés egyik neves mutatója, *Stengel*, első munkáiban a határozott elkülönítés híve volt, úgy vélte, hogy a *sikeres öngyilkosságnál egyértelmű az élet kioltására való törekvés*, míg a *sikertelen kísérletnél a demonstráció*, a külvilág figyelmének felhívása a *döntő mozzanat*. További vizsgálatai alapján álláspontját úgy módosította, hogy az elkülönülés nem ennyire éles, a sikeres öngyilkosságnál *kizárólag* a halálra törekvés irányítja a cselekményt, míg a kísérletek esetében *emellett* egyéb tényezők és motívumok (társadalmi, családi stb.) is felmerülnek, erősítve vagy gyengítve az előbbi motívum irányító hatását.

Brickeinstein az NSZK hadseregében végzett vizsgálatai alapján a következő kategóriákat különíti el:

— eredményes öngyilkosság,

— biztosan halálra törekvés melletti életbenmaradás,

— bizonytalan szándék,

— előkészület, illetve a szándék bejelentése azok a mozzanatok, melyek alapján el lehet különíteni a különféle suicid magatartásokat.

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájának konferenciáján (Luxemburg, 1974) ismét felmerült az öngyilkosság és az öngyilkossági kísérlet megjelölésbeli elkülönítésének kérdése. Javasolták a *suicidium* és *parasuicidium* elnevezés bevezetését, de ugyanakkor elismerték, hogy az elnevezés nem szerencsés és a parasuicidium kifejezésnek pejoratív jellege van, a színlelés, szimulálás hangulatát kelti. A konferencián jelentős szaktekintélyek (a finn *Achté*, a francia *Sourbier*, a német *Klaus Thomas* és mások) hangsúlyozták, hogy minden öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet mögött valamely psychopathológiai kórállapot található és az elkövetők psychiatriai kezelésre szorul-

nak. A konferencián többen ismertették vizsgálati adataikat *(Kreitman, Katsching)*, melyek szerint a suicidiumok száma világszerte nő, és az elkövetők nagyrésze fiatal. A suicidium gyakoribbá válásának egyik oka az öngyilkossági magatartás ismétlődése. *Kreitman* vizsgálatai szerint az elkövetett öngyilkossági kísérlet jelzi az elkövetők csoportjának további veszélyeztetettségét.

Katsching azt is leszögezte, hogy a veszélyeztetettebbek csoportja — ahol több az eredményes suicidium az ismétlődések során — azok közül kerül ki, akiknél a suicid magatartást megelőzően gyakrabban fordulnak elő deviáns magatartások, akik chronikus beilleszkedési nehézséggel küzdenek és akiknél a suicid kísérlet relatíve független volt nagyobb konfliktusoktól. Véleményem szerint ezek az adatok a psychopathológiai nézetet valló psychiaterek véleményét támogatják. Egybevágnak azzal a gondolattal is, hogy a suicid magatartást nem lehet izoláltan vizsgálni, de helytelen lenne csupán az interperszonális kapcsolatokban keresni a magyarázatát. Az intrapsychés állapot döntő jelentőségű, a vizsgálat hozhat eredményt. (*Magyar,* Honvédorvos 1976.)

Az öngyilkosság tekintetében Magyarország már évek óta első helyen áll (a legutóbbi statisztika szerint 47/100 000 a gyakoriság). A kísérletek száma ennek sokszorosa (10—15-szörös) és a fiatal korosztály egyik kóros magatartásformája. Annak tudatában, hogy a statisztikai adatok alig vagy nem mérhetők össze az egyes országok között (egyrészt manipulálják a bejelentést — pl. biztosítási, örökösödési, vallási meggondolásokból, másrészt a kísérletet be sem jelentik stb.) a hazai adatok félelmetesek (minden 26. halálok öngyilkosság).

Az öngyilkosság nem nozológiai egység, de tünet, mely mögött a személyiség valamely zavara állhat. Az öngyilkosság és kísérlet e szemléletben nem is választható szét, mindkettő lényegében a környezet irányítását célzó negatív magatartásforma (deviancia).

Lehet *Shneidman* szerint:

1. egyértelműen szándékos		— meghalás szándéka
		— alkalmas módszer
		— alkalmas cselekmény
		— bizonytalan szándék
2. félig szándékos		— nem kielégítő módszer
3. akaratlan		— hibás cselekvés
4. szándék ellenes		— gyors segítség

Az eredményesség és kísérlet azonban ma (korszerű technika, intenzív ellátás) nem választható el egyértelműen és nem biztos, hogy az életbenmaradott csak kísérletet hajtott végre vagy fordítva. Az öngyilkossági kísérletek folyamatos vizsgálata, a követéses vizsgálat (*Magyar* 1976) arra utalnak, hogy e magatartászavar mögött a pathológiás tényezők lelhetők fel nagy százalékban.

III.

Magatartászavarok a katonai élet körülményei között

A magatartászavarok mindig egy adott közösségen belül az ott érvényes normák betartása, vagy be nem tartása alapján kerülnek megítélésre. Minél szorosabb a közösség, minél magasabban szervezett, annál feszesebb, szigorúbb normák határozzák meg a magatartás formáit.

A hadsereg az adott társadalom jellegzetes nagy közösségéből kialakult, azzal szervesen összefüggő szervezeti forma. Alapvető szabályai és törvényei összefüggnek az egész társadalom alaptörvényeivel, ugyanakkor azonban számos attól eltérő, speciális, öntörvényű vonást is mutatnak. A katonai közösség nagy kohéziós erővel rendelkezik, azonban ennek védőhatásával ellentétben esetenként provokatív, taszító hatású lehet, követelményeivel a kóros személyiségadottságokat kiélezheti. Emiatt még fokozottabban érvényes az az igény, hogy a magatartászavarok között differenciáljunk és megkíséreljük megkülönböztetni a pathológiás eredetű és a normál személyiségadottságokból eredő magatartászavarokat. Ennek a kérdésnek mind az egyén, mint a közösség, a hadsereg egészének vonatkozásában nagy jelentősége van, ezen túlmenően kriminális vonatkozások sem hanyagolhatók el. Olyan magatartásformák, melyek a polgári élet körülményei között nem járnak jogi következményekkel, a katonai élet követelményrendszerében bűncselekménynek számíthatnak. A polgári életben közismert az ún. „vándormadár" típusa, aki munkahelyét indokolatlanul gyakran cserélgeti, ez a magatartásforma — bár deviáns jellegű — a polgári életben sem az egyén számára nem eredményez súlyosabb szankciókat, sem a munkahelyi környezet számára nem jelent demoralizáló hatást. A polgári életben az igazolatlan munkahelyi távollét, az italozásból eredő késés legfeljebb figyelmeztetést, súlyosabb esetben fegyelmi eljárást vált ki. Katonai miliőben a késés, a szolgálati hely elhagyása, az engedély nélküli távollét megengedhetetlen, mert sérti a fegyelmet, nehezíti a kiképzést, és mindezen túl kriminális problémát jelent, katonai bűncselekményt képez. A politikai és katonai kiképzés csak fegyelmezett légkörben végezhető eredményesen, ezért a fegyelem megszegőivel szemben annak jellegétől függően fegyelmi, az esetek jelentős részében pedig kriminális eljárás következik.

A helyes megítélés előfeltétele annak tisztázása, hogy a deviáns viselkedés milyen okok miatt lépett fel. A magatartászavar jelentős részében psychopathológiai tényezők játszanak közre. A szocialista társadalmi rend alapelveiből következik a büntetőeljárások objektív, de ugyanakkor humánus lefolytatása, mely megtorlás helyett a nevelést tekinti fő céljának. Ebben a koncepcióban a személyiség vizsgálata döntő fontosságú feladat, mert a fenti célkitűzés csak ennek közbejöttével valósítható meg.

A deviancia elmélet egy kategóriába sorolja a magatartászavaroknak már ismertetett formáit. A magatartászavarok megítélése azonban a gyakorlatban nem egységes, sem a kriminológiai, sem a katonai alkalmassági elbírálásban a deviáns magatartások kvalifikációja nem azonos. A kriminológiában az elmebetegség, a tudatzavar, a gyengeelméjűség, sőt a súlyos személyiségzavar is büntethetőséget kizáró, vagy korlátozó tényezőt jelent, a katonai alkalmasság tekintetében ugyanezek alkalmatlanságot, vagy alkalmassági korlátozást eredményeznek. Véleményünk szerint a valóban deviáns — tehát nem psychopathológiai megalapozottságú — magatartás ilyen konzekvenciákat nem von maga után egyik szempontból sem. E tekintetben az amorális-antiszociális psychopathia és suicid kísérlet eseteiben kell a legpontosabb elemzést elvégezni.

A beteg egyén számára a gyógyítás jelent megoldást mind a saját, mind a közösség érdekében, a nem beteg részére pedig az adaequat felelősség vállalás, szükség esetén a büntetés elviselése. Elképzelhetetlen, hogy büntetést követeljünk, mert valaki tüdőgyulladásban megbetegszik, és ennek következtében a kiképzésből kimarad, de ugyanígy elképzelhetetlen, hogy egy italozásból eredő vétséget betegség címén mentesítenénk a felelősség alól.

Az elmezavarok—mentális betegségek — személyiségzavarok, hibás tradí-

ciók, rossz beidegzések és társadalmi előítéletek miatt másként élnek a köztudatban, mint a testi betegségek. Ez a másfajta szemlélet a katonaorvosi gyakorlatban jól megfigyelhető. A testi betegség miatt minősített és leszerelt katonát a társadalom befogadja, védő gondoskodással veszi körül, ellentétben a psychiatriai betegségekben (személyiség dysharmonia, vagy elmebetegség következtében fennálló magatartászavar), ahol a társadalom elutasító vagy kizáró álláspontra helyezkedik. Ha elfogadjuk azt a tényt, hogy a magatartászavarok hátterében sok esetben psychopathológiai tényezők állnak, akkor az ilyen esetek viszonylatában gyógyító, segítőkész beállítottság és tevékenység szükséges, ennek egyik részjelensége a minősítés is.

A deviáns magatartások megítélésében kisebb problémát jelent az elmebetegség, annál több a gond a kóros személyiségszerkezet alapján fellépő magatartászavarokkal. Ezek elbírálását nem lehet valamely előre kidolgozott sémával megoldani, vagy egy előírást kidolgozni, hanem minden esetben a komplex vizsgálat és a konstruktív koncepció vezethet eredményre, ahol a szociológiai, psychiatriai, pszichológiai meggondolások nem egymás ellen, de egymást segítve működnek együtt.

Véleményem szerint a deviáns magatartások differenciált vizsgálatának alapjául a személyiség felépítettsége a legmegfelelőbb. A normál személyiség deviáns megnyilvánulásai nem sorolhatók a psychiatriai szempontból kóros magatartások körébe, a psychopathológiai magatartászavarok azonban minden vonatkozásban betegségként minősítendők és kezelendők. A szociológiai szempontok a kezelés és rehabilitáció folyamatában széles területen érvényesíthetők. *Ozsváth, Kóczán, Pörczi, Nagy* előadásaiban, ill. közleményeiben (Honvédorvos 1981) a pathológiás hátterű magatartászavar megoldási lehetőségeit részletezte. Ugyanezen témával foglalkoztam magam korábbi munkáimban (*Magyar:* Honvédorvos 1980), ahol a psychiatriai gondozás szükségességét, fontosságát és megoldási lehetőségeit tárgyaltam. Többször hangoztattam magam és a katona psychiaterek egyaránt, hogy a mentális betegségek, a személyiségzavarból eredő pathológiás magatartásrendellenesség mint betegség, eltér a hagyományos, megszokott betegség modelltől, egyik legmarkánsabb vonása a beilleszkedés zavara, a deviancia; ennek megfelelően másnak kell lennie az orvosi, psychiateri magatartásnak is, mind a megítélés, mind a kezelés vonatkozásában. A csak gyógyszeres therapia itt elégtelen, azt társítani kell psycho-szociotherapiás eljárásokkal. Gyakran a betegség minősítés helyett az egészség-tudat kialakítása, a beteges magatartások helyes értelmezése a fő feladat (pl. neurosis, személyiségzavar, suicid magatartás), és ilyen esetekben az egyén önismerésének elősegítésével lehet korrigálni a kóros magatartásformákat. Természetesen ez nem jelenti a gyógyszeres kezelés anullálását, mert vannak psychés betegségek (pl. schizophrenia, depressio, mania, organikus és psychogen psychosyndromák stb. de még a neurosis egyes formái is), ahol az akut szakban a somatotherapia a döntő tényked és. Általában foglalkozni kell a beteggel egyénileg, csoportmilieőben, konfrontálni kell önmagával, kóros viselkedési formáival, szituációjával. Mindezek komoly problémák, elsajátíttatásuk megoldandó feladataink közé tartozik.

Egyetlen szempont, amire mindig ügyelnünk kell, a manipuláltság veszélye. A szocio-pszichotherapiának — de a somatotherapiának is — célja a helyes emberkép, az emberi magatartásformák kialakítása. A XIX. században, a tudományos pszichológia kezdetén a pszichológia az embert inger és reakció mechanizmusaként, az inger és reakció-folyamatok találkozásánál matematikai pontként fogta fel, amelyet társadalmilag manipulált jutalmak és büntetések irányítanak.

Freud pszichoanalitikai elméletében humanisztikus bölcsességgel közeledett az emberi lét örök rejtélyéhez, és az emberi személyiséget, a psychés tevékenységet elemezte és maradandó értéket alkotott e vonatkozásban (védekező mechanizmusok, álom, korai tapasztalatok, képzelet, félelem intrapszichikus elágazódásai stb.). A XX. században alakult ki a humanisztikus pszichológia új vívmánya — melyet a század legnagyobb szociális vívmányának tartottak és tartanak — a csoporttherapia, melyben a társas effektus szerepe, az önismeret kifejlesztése, a feltárás és tükörkép felmutatása útján alakul a személyiség, küszöbölődik ki a magatartászavar, változik a „betegség" értelmezése. *Koch* (1978) aggálya — és a magamé is —, hogy ebben a folyamatban jelenik meg legkifejezettebben a manipuláltság veszélye. Helytelen irányítás esetén a csoport kegyetlen erőszakkal váltja ki a megoldást, és ennek során az egyén — bár közérzete javul — de értékvesztést szenved és önmaga valamivel kevesebb lesz, mint volt. Itt jelentkezik a csoport kompetenciájának kérdése és fennáll a veszély, hogy az omnipotens orvos helytelen értelmezése során az omnipotens csoport ugyancsak helytelen megjelenése lesz az irányadó. Ezt a dilemmát kell megoldanunk a magatartászavarok korrekciójának megoldandó kérdéskomplexumában. Az emberkép alakítása igen felelősségteljes feladat, és minden sematikusan alkalmazott módszer az ellenkezőjére fordulhat, a megoldás helyett *Huxley* „Szép új világ"-ának borzalmas képzetét vetíti elénk. „Olyan emberképet örökíthetünk át a jövőnek, amilyenek vagyunk, amit magunkról képzelünk. És, ha az eredetinél felszínesebbé és sivárabbá alakul a rólunk alkotott képmás, akkor még sokáig szegenyebb és sivárabb lesz a világ azután is, amikor a kép eredetije már régesrég nem létezik" *(Koch,* 1978).

A magatartászavar, deviancia — beilleszkedés komplex problémakörében — különösen a mi katonai viszonyaink között — a megoldás kutatása az elmélet és a gyakorlat józan kapcsolatában oldható meg.

Végső összegezésben úgy vélem, hogy a katonai szempontok messzemenő figyelembevételével a személyiségelemzés, a psychopathológiai háttér kutatása döntő fontosságú, és a pathológiás esetekben a psychiatriára tartozik az elbírálás, a döntés és a gyógykezelés, de szükséges, hogy ebben a folyamatban a legszélesebb környezet is együttműködjön. A katonai szolgálat nem önként vállalt foglalkozás, hanem állampolgári kötelesség, és ez a tény a minősítőkre is kötelező.

IV.

Következtetés

A magatartászavarok általános áttekintéséből és psychopathológiai elemzéséből néhány konklúziót kell és lehet levonni:

1. A magatartászavarok megítélésében a kizárólagos szociológiai szemlélet elégtelen. A deviáns jelzés önmagában csupán annyit mond, hogy egy bizonyos magatartás eltér a normák szabta viselkedéstől, azonban sem a magatartászavar minőségét, sem a vele kapcsolatos és szükséges teendőket nem jelzi.

2. Egy magatartászavar megítélésében a személyiségvizsgálat, az okok kutatása és a psychopathológiai elemzés nélkülözhetetlen, a finomabb differenciálást csak ily módon lehet megoldani.

A részletes elemzéssel két nagy csoport választható külön:

a) A személyiségadottságból eredő, annak irányába eső — mondhatnánk

tudatos viselkedési anomália, melyet magam az ún. nem pathológiás magatartászavar, deviáns viselkedés kategóriába sorolok.

b) A pathológiás hátterű magatartászavar, amely lehet mentalis betegség, szervi betegség, személyiségzavar következménye.

Az első csoport döntően szociológiai, szociálpszichológiai, a második pedig elsősorban psychiátriai feladat. Megjegyzem, hogy a második csoportba sorolható zavarok eseteiben sem nélkülözhető a szociológiai rehabilitáció, mely a betegség aktív szakának lezajlása után segít az egyén reszocializációjában.

3. Katonai vonatkozásban az alkalmasság megítélésében igen fontos a nem pathológiás hátterű magatartászavar elkülönítése a pathológiástól mind az egyén, mind a katonai közösség szempontjából.

Az egyén részére ez a differenciált megítélés teszi lehetővé az adeaequat elbánást, mely lehet nevelés, fegyelmezés, vagy akár büntetés is (nem pathológiás esetben), más esetekben pedig a psychiátriai ellátást és rehabilitációt (pathológiás esetekben).

A katonai közösség irányítása, a fegyelem fenntartása, a kiképzés folyamatossága, a szolgálati tevékenység hatékonysága nem független az egyének psychés állapotától. A közösség bizonytalanná válik, ha egy-egy személy magatartászavara megbontja az egységes, harmonikus közösségi életet és a rendbontó magatartás nem kap megfelelő értékelést és minősítést. Ebből a szempontból is nagy fontosságú a magatartászavarok differenciált megítélése.

Betegség esetén gyógykezelés, szükség szerinti leszerelés, a nem pathológiás deviáns magatartás esetén pedig nevelés, fegyelmezés vagy büntetés indokolt; mindkét esetben szükséges a közösség megfelelő tájékoztatása, az eljárás magyarázata, a nevelő tevékenységben pedig a közösség bevonása, aktív részvétele.

IRODALOM

1. *Andorka R.*: A deviancia fogalmának meghatározása. In: Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarok köréből. Statisztikai Kiadó, Budapest, 1980. 13—23.
2. *Andorka R., Buda B., Cseh-Szombaty L.*: A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat, Budapest, 1974.
3. *Becker, H. S.* (ed.): The other side: Perspektives on deviance. Free Press, New York, 1964.
4. *Blair, D.*: Medicolegal implications of the terms 'psychopath', 'psychopathic personality' and 'psychopathic disorder'. I—II. Med. Sci. Law. 1975, *15*, 51—61; 110—123.
5. *Brickenstein, R., Wedel, K. W.* (Hrsg.): Symposion 79. Wehrpsychiatrie. Wehr und Wissen, Bonn, 1979.
6. *Brickenstein, R.*: Zur Reduzierung der Häufigkeit von Suiciden und suicidalen Verhaltenswesen bei Soldaten der Bundeswehr. Wehrdienst und Gesundheit, Darmstadt, 1965, *14*, 216—220.
7. *Brickenstein, R.*: Massgebende Faktoren für das Zustandekommen von Selbsttötungen bei Soldaten der Bundeswehr. Nervenarzt, 1965, *36*, 437—441.
8. *Buda B.*: Az öngyilkosság. I—IV. Orv. Hetil. 1971, *112*, 1263—1967; 1691—1695; 1943—1946; 2327—2332.
9. *Buda B.*: Az öngyilkosság fogalmi meghatározása. In: Tanulmányok a társadalmi beilleszkedési zavarok köréből. Statisztikai Kiadó, Budapest, 1980. 53—64.
10. *Csorba A., Magyar I.*: Az öngyilkossági kísérletek orvosi problémái a hadseregben. Honvédorvos, 1971, *23*, 175—180.
11. *Delay, J., Pichot, P.*: Abrégé de psychologie. Masson, Paris, 1962.
12. *Durkheim, E.*: Az öngyilkosság. Közgazd. Jogi K., Budapest, 1967.
13. *Erickson, K. T.*: Notes on the sociology of deviance. In: Becker, H. S. (ed.): The other side: Perspectives on deviance. Free Press, New York, 1964.
14. *Friedman, H. J.*: Military psychiatry. Arch. gen. Psych. 1972, *26*, 118—122.
15. *Kallwass, W.*: Der Psychopath. Springer, Berlin, 1969.

16. *Koch, S.:* A pszichológia és az emberről alkotott kép. Dialogue, 1978, *11*, 24. Ref.: Orv. Hetil. 1981, *121*, 2843.
17. *(Magyar I.):* Psychiatriai problémák a csapatorvos munkájában. In: A csapatorvos diagnosztikai és therápiás útmutatója. MH Eü. Szolg. Főnökség, Budapest, 1977. 261—284.
18. *Magyar I.:* Az alkalmatlan katona. Zrínyi Kiadó, Budapest, 1978.
19. *Magyar I.:* Psychiátriai problémák háborús körülmények között. Honvédorvos, 1980, *32*, 51—56.
20. *Magyar I.:* A psychopathia és suicidium megítélése a katonai szolgálatban. Honvédorvos, 1976, *28*, 107—117.
21. *Magyar I., Egerváry O., Kéménczy I.:* Psychiatric estimation of pathological personality (psychopathy) from the point of view of military service. Rev. Internat. Ser. Santé Armees, 1970, *43*, 761—773.
22. *Magyar I., Sándor L.*: Psychopathie und Unzurechnungsfähigkeit. Mentalna Bolest i Socialna Patologie Medicinskanahlada. Zagreb, 1972.
23. *Merton, R. K.:* Társadalomelmélet és társadalom struktúra. Gondolat, Budapest, 1978.
24. *Ozsváth K.:* Érzelmi feszültségek a katonai szolgálatban. Zrínyi Kiadó, Budapest, 1977.
25. Psychiatrie der Gegenwart. Band II/1—2; Band III. Springer, Berlin, 1972, 1961.
26. *Schneider, K.:* „Der Psychopath" in heutiger Sicht. Fortschr. Neurol. 1958, *26*, 1—6.
27. *Schur, E. M.*: Labelling deviant behavior: Its sociological implications. Harper and Row, New York, 1971.
28. *Stengel, E., Cock, N. G.:* Attempted suicide: Its social significante and effects. Univesity Press, Oxford, 1958.
29. *Stengel, E.:* Suicide and attempted suicide. Nicholls, London, 1964.
30. *Vlan Praag, H. M.:* Az antipszichiátria tudományos alapjai. Acta psychiat. scand. 1978, *58*, 113—141. Ref.: Orv. Hetil. 1979. *120*, 2947.
31. WHO Európai Regionális Kongresszusa: Az öngyilkosság és öngyilkossági kísérletek fiatalok között. Luxemburg, 1974. VIII. 19—23. Ref.: Orv. Hetil. 1974, *115*, 2941.

Dr. Ozsváth Károly orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa

A neurózis „elméletei"

Az elmúlt évtizedekben rohamosan nő a neurózis gyűjtőfogalommal címkézett megbetegedések száma; gyakorlatilag minden harmadik ember potenciálisan neurotikusnak tekinthető. Ezt jelzik a szűrővizsgálatok, az orvos—beteg találkozások extrém magas száma, a nyugtatók és altatók növekvő részesedése a gyógyszerfogyasztásban, az alkoholisták, öngyilkosok és egyéb ön-károsítók gyarapodása. A hivatásos és sorállomány körében sem kedvezőbb a helyzet, mint a polgári életben.

A *neurózisnak* általánosan elfogadott meghatározása nincsen. A formakör azonban jól elhatárolható az *organikus* elmebántalmaktól, mert anatómiai elváltozás — a jelen vizsgálati technikák szintjén nem mutatható ki sem az idegrendszerben, sem a többi szervekben. Nem tekinthető sui generis elmebetegségnek, *pszichózis*nak, mert a személyiség megtartott, a neurotikus a szó mindennapi értelmében normális, ha viselkedése nem is mindig érthető a környezete részére. Az *oligofréniától* elkülöníti az ép intellektus, a pszichopátiától az érzelmi gazdagság és a beilleszkedési képtelenség hiánya.

A fogalom 1776 óta ismert: *Cullen* skót neuropathologus azokra az idegbetegségekre alkalmazta, amelyeknek nincs kórbonctani lelete. Lényegében ma is így kezeljük: az idegrendszerre ható gyógyszereket, vitaminokat, roborálókat adunk, pihenést, kikapcsolódást írunk elő a benne szenvedőknek. A medicina rohamos fejlődése ellenére a neurotikusok száma nem csökken; egyre többen járnak orvostól orvosig, kórházból kórházba, számtalan felesleges vizsgálat, indokolatlan műtét jelzi a beteg kálváriáját, az orvosok joggal tartják *crux medicorum*-nak a krónikus neurotikust. Lehet, hogy a neurózis nem is gyógyítható a hagyományos módszerekkel?

Hazánkban a neurotikusok ellátási helye sem alakult ki. Nem küldik, nem is szívesen megy pszichiáterhez, hiszen nem elmebeteg. A belgyógyász, ideggyógyász megállapítja, hogy szervi betegsége nincs, a beteg kegyes, de semmitmondó kórismét kap: neuropathia, dystonia vegetativa, neurosis vegetativa, cor nervosum, exhaustio etc. És olyan terápiát, tanácsot, mely legfeljebb átmenetileg segít. Tegyük hozzá: a pszichiáterek többsége sem tud mit kezdeni a neurotikussal. Ez a tehetetlenség késztetett bennünket is arra, hogy másfél évtizeddel ezelőtt keresni kezdtük a megoldást. Munkánk lényegét az elmúlt évi főszakorvosi összevonáson ismertettük, a közelmúltban a Honvédorvos közölte neurózis koncepciónk vázlatát. Úgy gondolom, a gyakorló orvosok számára talán jobban elfogadható, ha a klinikai empíria felől közelítjük a témát. Azt ké-

rem, vessék össze a saját élményeikkel, tapasztalatukkal, mert más kézzel fogható bizonyítékkal nem szolgálhatok — mondanivalóm alátámasztására.

K. J., 48 éves alezredes, zászlóaljparancsnok

Az elmúlt években egyre többször jelentkezik orvosi vizsgálatra: szúr a szíve, görcsöl a gyomra, rendkívül fáradékony, mégsem tud aludni. Fáj a feje, néha megszédül, munkahelyén több alkalommal összeesett. Nem tud koncentrálni, türelmetlen, beosztottjaival és családjával szemben ingerült. Ha érzékeny filmet lát, történetet hall, elfutja szemét a könny. Az ismételt kórházi átvizsgálásoknál komoly elváltozást nem találtak. Parancsnoka a megromlott egészségi állapota miatt felülvizsgálat elé akarja állítani.

Az exploráció során megtudjuk tőle, hogy 17 éves korában önként vállalta a hivatásos katonai szolgálatot. Úgy gondolja, hogy minden erejével a hadsereget szolgálta; számos kitüntetése, dicsérete van, minősítése kiváló, harminc év alatt egyetlen fenyítése sem volt. Most már azonban nem bírja: megöregedett, az a gyanúja, hogy kezdődő érelmeszesedése van. Amióta többet betegeskedik, társai megjegyzéseket tesznek rá, kimaradt a jutalmazottak közül, mintha már nem számítanának rá. Amikor legutóbb gyakorlatra készültek, szívpanaszai kiújultak, szolgálatmentességet kapott. Egyik elöljárója azt is kétségbe vonta, hogy beteg, ti. — számára váratlanul — könnyezni kezdett. Keserűen fejtegette, hogy a parancsokat mindig a legjobb tudása alapján hajtotta végre, sokáig nem ismert lehetetlent. De belerokkant, elégette, tönkretette magát a hadseregért; most, hogy már „nem tud hajtani", szabadulni akarnak tőle.

Mindennapi történet: a kezdeti nagy lelkesedés — évtizedek során — letörésbe fullad. A legegyszerűbb magyarázat az lenne, hogy a hivatásos tiszti szolgálat rendkívüli nehézsége „kikészíti" azt, aki mindig a legjobb teljesítményre törekedett. A kiváltó ok is adott: a megfáradt embert önérzetében mélyen megbántották. Nyilván a tapintatlan elöljáró okozta a legújabb depressziós attakját.

Ha tovább beszélgetünk, ahogy mélyül az orvossal szembeni bizalom, újabb és újabb, gyakran banális önérzeti sérelmek kerülnek elő, kérdésre maga is elismeri, hogy egy-egy rossz szó miatt napokig nem aludt, éjszakákon át rágódott, mindezt azonban fegyelmezetten elrejtette, környezete nem is sejtette, milyen belső feszültségekkel küzd. Vajon miért ilyen kényes a sérelmekre? Életrajzából kiderül: egyszerű parasztfiúként kezdte a pályát és egész életében bizonyítani akart. Minden tanfolyamon első volt, mégis rettegett a kudarctól. Ha beosztottja elmulasztott valamit, ő csinálta meg helyette. Ahogy az orvos kérdései nyitották az utat, egyre keserűbb indulatok törtek elő; megnemértő parancsnokok, hálátlan beosztottak, és a hivatástudat mellett ott lappangott a tartós negatív indulat, a szakszóval agresszív érzések. „Kár volt, nem érte meg; feláldozta a magánéletét, felesége elhidegült tőle, gyermekei megmosolyogják —, már-már megmarkolta a szolgálati fegyverét."

Vajon ez a zászlóaljparancsnok sejti-e, hogy mi az igazi baja? Nyilván nem, hiszen ha felismeri a magatartásmódja és a panaszai között az összefüggést, maga is megbírkózott volna a tiszti életút bonyolultságaival.

Z. L. 35 éves őrnagy, vegyvédelmi szaktiszt

Csapatorvosa kéri vizsgálatát, mert rendkívüli esemény bekövetkezésétől tart. Jó megjelenésű, katonás fellépésű tiszt érkezett. Az orvosi beszélgetés közben is jelent, kér; ha az orvos a székben előredől, ő is követi, ha lábát keresztbe rakja, a beteg is ellazul. Ő is panaszait sorolja: szúr a szíve, nem tud aludni. Alig tud írni, annyira reszket a keze. Verejtékezik a legkisebb terhelésre is, alig kap levegőt, noha korábban sportolt is. Amikor a laktanya felé megy, összeszorul a gyomra, hányinger környékezi. Az utóbbi időben rendkívül ingerlékeny, attól tart, hogy valami meggondolatlanságot követ el.

Lelkesen beszél életútjáról, szakmai sikereiről, munkaszeretetéről. Az orvosi megjegyzés: ha minden ilyen jó, miért ilyen zaklatott? Lassan kiderül, hogy korábbi parancsnokával „jól megvolt", de az új ezredes nem érti a dolgát, mégis mindenbe beleszól, és ha óvatosan jelenti, hogy nem egészen jó az elképzelése, parancsnoka ingerülten kiabálni kezd, triviális kifejezésekkel illeti. Egyre feszültebb közöttük a vi-

szony: „Ha megint üvölteni fog vele, megveri, lesz ami lesz, de ezt nem lehet elviselni".

Ismét egyszerű az ok: a parancsnok durva, önérzetet sértő magatartása váltotta ki a szorongásos állapotot; az akadályoztatás — a frusztráció — agresszív indulatokat eredményezett, amit a mi őrnagyunk nem tud megfelelően kezelni. Az orvost — aki egyébként naponta hallja az ilyen szituációkról a beszámolókat — mégis az érdekli jobban, hogy a beteg miért viseli el ilyen nehezen az önérzeti sérelmeket. Nyilvánvaló, hogy tisztelettudó, tekintélytisztelő, ezt az orvossal szemben tanúsított viselkedése szavak nélkül is tükrözi. Parancsnokában, aki rangban, korban, beosztásban felette áll és tiszteletet érdemelne, csalódott. A következő percekben kiderül, hogy valóban tiszteli a tekintélyt, de alig volt olyan parancsnoka, akit igazán tisztelni tudott volna. Talán senki sem felelne meg az általa elképzelt ideális parancsnoknak? Nehezen fogadta el, hogy a rajongás és a lázadás érzései együtt élnek benne a nálánál tekintélyesebb egyénekkel szemben.

Az is tisztázódott, hogy gyermekkorában apja volt a példaképe, szigorúan fogta, nem tűrt ellentmondást, és amikor hibázott, keményen megbüntette. Miután azt is elmondja, hogy kamaszkorában gyakran lázadt az apai szigor ellen, többször és csúnyán összevesztek, ezek miatt viszont gyakran volt lelkiismeret-furdalása. Az orvos már kezdettől sejti, hogy betegének tekintély-konfliktusa van, ez a felnőtt férfi kamaszos érzelmekkel reagál parancsnokával szemben, mint valamikor apjával tette, de a betegnek erről sejtelme sincs. Ő csak azt érzi, hogy a helyzetét nem tudja elviselni, ebbe „csak beleőrülni" lehet, és már attól retteg, hogy indulatai jóvátehetetlen bajba sodorják. Vajon mennyi gyógyszer, vitamin, vagy egészségügyi szabadság oldja meg ezt a mélyre nyúló emberi konfliktust, ha nem jön rá, hogy a parancsnok is ember, neki is lehetnek rossz napjai, és még attól nem dől össze a világ, ha valakire ráordítanak, vagy elküldik valahová. Ehhez azonban több önbizalom, stabilabb önértékelés kell, mint amennyivel a beteg rendelkezik.

P. J. honvéd, nyomdai gépmester

Az újonckiképzés során többször elájult, naponta jár a gyengélkedőre, szívére panaszkodik. A belgyógyászok egészségesnek találják, Az idegszakrendelésen sírva panaszolja, hogy nem bírja a megterhelést, reggel tornázni, futni kell, egész nap kiképzés, este ájulásig felmosatnak vele. Nem hiszik el, hogy beteg, pedig már az iskolában is felmentették testnevelés alól, mert időnként elájult az órán. Nem tud aludni, a laktanyában félrevonul és sírdogál. Nagyon elkeseredett, hetek óta nem látta a szüleit. Anyukája írta is a levélben, nehogy valami szamárságot csináljon.

Most van először távol otthonról. Anyja nagyon szereti, ő is ragaszkodik hozzá, vele szokta dolgait megbeszélni. Apja jó ember, de nagyon szigorú, rendőrtiszt, de alig van otthon, munkája nagyon lefoglalja. Nagyon féltik, nehogy elzülljék. Anyja nem engedte a többi fiúval, ezért és főleg amiatt veszekedtek, mert egyik leány sem volt megfelelő az anyjának, akivel járni kezdett. Ha ilyenkor felizgatta magát, otthon is elájult. Anyja ilyenkor megijedt, abbahagyta a veszekedést. Sok orvoshoz elvitték, mindegyik mást mondott, sokféle gyógyszert szedett. Itt az alakulatnál pedig kigúnyolják, sumáknak nevezik. Nem érti meg senki, nem bírja ki, már a pulzusa is kihagy.

Még be sem fejezte az orvosnő a vizsgálatot, amikor az anya telefonált. Kétségbeesve érdeklődött fia után, majd követelte, hogy vizsgálják ki, vegyék fel kórházba, mert a fia szívbeteg, és gyengék az idegei. Ki fog felelni azért, hogy ez a szegény fiú csinál majd magával valamit. (Később kiderült, hogy az anyának már volt öngyilkossági kísérlete.)

A szívpanaszok mögött bizonyára neurotikus személyiség található. Önmagában ez az erős anya—gyermek kapcsolat — katonakorban — valamilyen abnormitást jelez. Anélkül, hogy szóban bármit is mondanának, gyanítható, hogy az anya számára a fiúhoz való erős kötődés valamit pótol, feltehetően számára az anyai magatartás adja az élet örömét, amit mint nő és asszony — talán — nem kap meg. A férj és a feleség kapcsolatának zavara a fiúhoz való túlzott kötődésben nyilvánul meg. A beteg később elmondta, hogy kiskorában azzal gyötörték szülei, hogy melyikük szereti jobban. A fiú nemcsak gyerekes magatartását tartotta meg, de azt is megtanulta, anélkül, hogy tudatában lenne ennek, hogy a nehezen elviselhető helyzetben az ájulás megkíméli a szituáció elviselésétől. Ez a beteg nem szimuláns, hiszen a neurotikus

tüneteket akarattal előidézni, de megszüntetni sem lehet. Magatartásával mégis bizonyos fokig szabályozza a környezetét, mert panaszai és tünetei alapján joggal tart igényt a betegnek járó kíméletre. De csak ennyi a tudatos elem számára a magatartásában. A környezet hamar észreveszi a rosszullét menekülés jellegét, de büntetéssel nem a megszűnés, hanem a rohamok szaporodása érhető el. Mivel a beteg nincs tisztában a rosszullét háttérmechanizmusával, a „Légy erős! Szedd össze magad!" tanácsok nyilván hatástalanok.

K. D. őrvezető, tanító

Öngyilkossági gondolatai miatt küldik vizsgálatra a nős, gyermekes, katonatársainál idősebb őrvezetőt. Arca kétségbeesést tükröz, hangulata nyomott, halk, monoton a beszéde, exploráció közben többször zokog. Katonai szolgálata során problémája nem volt, kiváló katona. Családi helyzetét is kedvezőnek mondja. Egy héttel korábban apja váratlanul meghalt. Azóta nem tud magához térni, üres lett, értelmetlennek látja az életét. Sírva mondja, hogy apja volt a példaképe, ő faragott embert belőle. Valamilyen csodálatos képet rajzolt az apáról. A vizsgáló orvos számára a bánatnak és a gyásznak ez a túlméretezett jellege volt a feltűnő. Az osztályon napokig sírt, saját családjáról alig beszélt. Az exploráció során azonban kiderült, hogy az apjához fűződő viszony nem volt felhőtlen; kamaszkorában fellázadt, mert ruházkodását, hajviseletét kifogásolta, és amikor feleselt, többször megpofozta. Egyszer — kissé alkoholosan — visszaütötte apját, emiatt sokáig bűntudata volt. A bevonulást megelőzően is komoly összetűzésük volt, haraggal vonult be; apja váratlan halála nagyon megrázta.

A veszteség, különösen a szeretett egyén váratlan elvesztése mindenkit megvisel. Kiegyensúlyozott ember azonban néhány hét után már előre néz, megpróbálja az új helyzetnek megfelelően életét átrendezni. A tartósan megmaradó gyász a tapasztalat szerint ennél bonyolultabb. Ebben az őrvezetőben — a szeretet és tisztelet mellett — a düh is jelen volt az apjához fűződő érzelmei között, anélkül, hogy feldolgozta volna. A szeretett egyénnel szemben a dühérzéseinket nehezen viseljük el, bűntudatunk, lelkiismeret-furdalásunk van miatta, ez könnyen fordul öngyűlöletté, és ennek extrém végpontján suicidiummá. Ahhoz, hogy ezt a beteg felismerje, ismételt beszélgetésekre volt szükség; régi tapasztalat, hogy a bennünk levő érzelmek, indulatok szavakba öntve, megfogalmazva veszítenek hevességükből. A sírás mindig enyhülést hoz, akinek nagy bánata van, segítünk a bánata elviselésében, ha segítjük, hogy sírni tudjon.

Sorolhatnám vég nélkül ezeket a történeteket. A történetek igazak. A belőlük levont következtetések szubjektívek. Bizonyára más orvos másfajta következtetésre jutna belőlük. Számomra egyetlen parányi bizonyítékot adtak: ezek a betegek több-kevesebb ellenállás után maguk is belátták, hogy milyen érzelmi feszültségekkel küzdenek, és a belátás arányában halványultak azok a tünetek, panaszok, amelyek miatt orvosi segítséget kértek.

Próbáljuk meg összefoglalni azokat a gondolkodási sémákat, amelyek ezeket a neurotikus egyéneket jellemzik:

1. *Vannak emberek, akik mindig a maximumra törekszenek, mert szeretnének tökéletesek lenni.* Természetesen ez irracionális vágy, nincsenek tökéletes emberek. Mi magunk sem vagyunk azok, de talán általatjuk magunkat az ilyen magasra tett ideállal. Mindnyájunkban él az olyanná lenni vágya, ez a fejlődés egyik hajtóereje. A neurotikus azonban összetéveszti a vágyát a valósággal, mert lassan elhiszi magáról, hogy neki mindig az élen kell járnia, és közben a lelke mélyén retteg, hogy nem sikerül. Ahhoz, hogy önbizonytalanságát valahogyan egyensúlyban tartsa, naponta kell maga és a környezete számára bizonyítania. Hány kiváló parancsnokot ismerünk, aki fekélybetegséggel, magasvérnyomással, érszűkülettel fizet ezért az életmódért, amit magára kényszerít. Az érzelmileg kiegyensúlyozott ember nem az eredményért, hanem a tevékeny-

ségért dolgozik, és bármihez fog, a kudarc lehetőségével is számol, és nem omlik össze, ha mégis bekövetkezik.

2. *Vannak emberek, akik a tökéletes világra vágynak, ahol minden rendben zajlik, a jó mindig a jutalmat, a rossz mindig a büntetést kapja meg.* És ha a környezetünk még sem ilyen tökéletes? Akkor rossz a világ, gonoszak az emberek, és eszébe sem jut az ilyen kesergőnek, hogy nem is a világban, hanem saját illúzióiban csalódott. Olyat vár az emberektől, amire nem képesek, természetesen ő maga sem. Az ilyen emberek abszolút kategóriákban gondolkoznak, ami nyilván nem igaz. Aki más hibájáért szigorú büntetést követel, gyakran nem képes arra, hogy saját hibáját elismerje. Gyakran mondogatjuk, hogy meglazultak az erkölcsök, oda a tisztesség, sok a korrupció. Hiányoljuk a szocialista erkölcs parancsolatait. Vajon akkor is bajban vagyunk, ha a másik ember viselkedését kell megítélnünk? Ugye, milyen magabiztosan tudjuk, hogy más mit tett rosszul!

3. *Vannak emberek, akik szeretnének mindenkinek eleget tenni, hogy mindenki szeresse őket.* Elérhetetlen, irracionális vágy, de aki ezt időben nem ismeri fel, úgy járhat, mint az ókori tanmese hősei, akik addig igyekeztek a járókelők véleményének megfelelni, amíg a hátukra vették a szamarukat. A ma embere neurotikus lesz. Aki nem meri és nem tudja érzelmeit a másik emberrel szemben kulturáltan kifejezni, az kifelé bájos, de belül gyűlölködő. Érett ember tudomásul veszi, hogy nem szerethet mindenkit, és őt sem szeretheti mindenki; igyekszik úgy együttélni a társaival, hogy azt ne érezze önmaga feladásának, mégis szeretetreméltó és önmegvalósító ember maradjon.

4. *Vannak emberek, akiket senki sem ért meg, akik mások áldozatai, kiszolgáltatottak.* Az irracionális gondolkodás ott fogalmazódik meg, hogy mások okozzák a boldogtalanságukat. Az ilyen ember nem veszi észre, hogy az optikája torzít, hogy mások ugyanazokat a körülményeket viszonylag tolerálják. A neurotikusok egyik legtipikusabb magatartásmintája ez: a külső körülményekre vetítik belső rettegéseiket, szorongásaikat, mint a sorkatonák egy része, akik nem a szolgálattól, hanem annak a bennük leképeződő borzalmaitól rettegnek, a belső szorongást, ellenállást kivetítik a környezetbe, és maguk is elhiszik, hogy elviselhetetlen. A reális felnőtt számol a körülményekkel, tudja, hogy mik a feladatai és akkor is elvégzi azokat, ha nem maga találta ki magának. A kiegyensúlyozott egyén azt is megtanulja, hogy a nehéz körülmények között is saját magában keresse a boldogtalansága forrását, és ha ezt felismeri, vagy megváltoztatja a körülményeket, vagy ha nem tudja, igyekszik elviselni, a saját hozzáállását változtatja meg.

5. *Vannak emberek, akik kerülik a nehézségeket, mert úgy gondolják, könnyebb meghátrálni, mint vállalni az erőkifejtést.* Ez is tipikus neurotikus irracionália. Valójában egyszerűbb a vállalás, de a neurotikus nem tudja, vagy későn jön rá, hogy nagyobb árat fizet az elkerüléssel. Gyakori katonai példa: elkövet egy kis hibát, de fél a felelősségrevonástól, és leplezésére már vétkezik, olykor bűnt követ el. A sorkatona késik az eltávozásról; fél a fenyítéstől, és nem megy vissza. Tudja, hogy ebből még nagyobb baj lesz, egyre inkább szorong, bújkál, és — esetleg — ha időben nem találják meg, felakasztja magát. Közeli élmény: a szigorú apa tiltja a leányát a fiúktól, és amikor a baj megtörténik, a leány nem meri bevallani a terhességet, mert retteg az apja haragjától. Ha — és erre nem egy példa van — nem veszik észre a terhességet és megszüli gyermekét, félelmében eltünteti. (A régi orvosszakértői gyakorlat ilyenkor a szülés okozta biológiai tudatzavart tételezi fel, holott pszichológiai, neurotikus mechanizmusról van szó.)

6. *Vannak emberek, akiknek szüksége van valakire, akibe kapaszkodhatnak, akire támaszkodhatnak, aki megvédi őket.* A gyermek teljes mértékben függ a felnőttől, ez szükséges a biztonságérzetéhez. Aki felnőttkorában is megtartja ezt a szükségletét, tulajdonképpen éretlen, dependens személyiség. A neurotikusok zöme dependens, de csak akkor válik beteggé, ha dependencia igénye meghiúsul. A dependencia gyakori formája a szabályokhoz, előírásokhoz való merev ragaszkodás. A dependens egyén rövid távon jó beosztott, mert precíz, aprólékos, de el is bújik a paragrafusok mögé, kisszerű, konformista, Parancsnoki beosztásban egységeket tehet tönkre, mert nem tudja elviselni maga körül az ügyet előbbre vivő kreatív embereket, mert ezek többnyire nehezen férnek be a merev szabályozás kereteibe. Régi tapasztalat, hogy a belül bizonytalan, külső támogatást igénylő emberek milyen erősen vonzódnak a különböző színű — zöld, fehér, fekete — uniformisokhoz. A hatalmas páncélban kicsiny emberke szorong, ami többnyire csak akkor derül ki a környezet számára, amikor olyan problémát kell megoldania, amire nincs minta, előírás. Milyen jól jön ilyenkor az idegkimerültség.

7. *Vannak emberek, akiket a más baja is nagyon megvisel.* A veszteség, a kudarc, a megrázkódtatás mindenki számára komoly próbatétel. A nagy veszteség-reakció azonban nem a veszteség tényleges voltával, hanem az egyénben keletkezett emocionális állapottal függ össze. A feleség súlyos betegen fekszik a kórházban, a férj idegösszeroppanást kap. Vajon a feleségével való együttérzés, vagy a saját várható vesztesége az erősebb emóció benne? A másik bajában való osztozás nem erős oldalunk; az „én ezt nem tudom elviselni", és hasonló mentségek valamiféle elhárításból fakadnak.

Talán elég ennyi azokból az irracionális, egyoldalú túlzásokból, amivel a neurotikusok dolgoznak. Ezek a mindennapi okoskodások — mivel jelentős érzelmi energia felhasználását igénylik — a neurotikus ember önvédelmét szolgálják, de az így gondolkodó ezzel nincs tisztában. Naponta megfigyeljük, hogy a beteg számára ezek a felismerések a meglepetés erejével hatnak. De csak akkor, ha maga jön rá. Ezért értelmetlen minden tanács, ami a neurotikus panaszaival küszködő, önmagát súlyos testi betegnek tartó egyénnek önuralmat, önfegyelmet, türelmet, felelősségvállalást ajánlgat. A neurotikus szenved, és szinte mindenre haljandó, hogy szenvedéseitől megszabaduljon. Ehhez azonban az szükséges, hogy ezekkel az irracionális sablonokkal legyen tisztában, azokat racionális megoldásokkal helyettesítse.

Lényegében arról van szó, hogy egy bizonyos esemény, nevezzük A-nak, ami lehet a másik ember magatartása, valamilyen sérelem, kudarc, veszteség, csalódás, az egyénben reakciót vált ki. Nevezzük C-nek: kétségbeesik, dühöng, sírógörcsöt kap, elájul, reszket, depressziós lesz, szorongásos rohamai lépnek fel. Azaz:

A okozta C-t. Ez azonban így nem igaz, mert az igazi ok nem az A jelenség, hanem az az értékelés, meghatározás, minősítés, átélés, amit az egyén A-val kapcsolatban elvégez. Ez a B jelenség a neurózis esetében ilyen irracionáliákból jön létre, amelyekkel az egyén A-t értelmezi. Más szavakkal: a külső eseményeket nem a maguk tárgyilagosságában, hanem a belső átélés prizmáján át vesszük tudomásul. A neurotikusnak ez a prizmája torzít: nem jól tanulta meg érzelmi problémáinak kezelését, emiatt szenved; ezt azonban nem tudja, és nehezen vehető rá, hogy megrögzült élményfeldolgozó mechanizmusán, magatartásmintáin változtasson.

Mi a közös vonása ezeknek a reakcióknak? Mindegyiket valamilyen élmény váltotta ki, csalódás, sérelem, a védett környezetből való kiszakadás, érzelmi

vagy presztízs veszteség, az önmegvalósítás kudarcáig. Valójában a mindennapi szituációkra adott *túlméretezett* megnyilvánulások. Nem neurózis, ha valakit megvisel az önérzeti sérelem, de azzá válhat, ha évekig rágódik rajta. A szeretett egyén okozta veszteség szomorúságot okoz, de aki depressziós lesz, érzelmileg előtte sem lehetett kiegyensúlyozott. Kézenfekvő a kérdés: miért reagálnak túlméretezetten egyes emberek, azaz miért roppannak össze olyan könnyen?

A beteg, de a közvélemény is hajlamos arra, hogy a túlerőltetést, a monoton munkát, az erőszakos főnököt, az engedetlen beosztottat, az elutasító szülőt, a hálátlan gyereket tekintse az igazi oknak. Ha ez valóban így lenne, ilyen esetekben tömegesen betegednének meg az emberek. (Mindezek ellenére, ahol szaporodnak a neurózisok, egyéb magatartási rendellenességek, ott nemcsak az egyes emberekben kell a hibát keresnünk.)

A neurotikus panaszok és tünetek hátterében feldolgozatlan érzelmi feszültségek, konfliktusok törvényszerűen feltárhatók; ezek a mechanizmusok azonban a beteg tudatos tevékenysége számára alig hozzáférhetők. Lassan száz éve már, hogy erre a rejtett mechanizmusra fény derült. Francia és osztrák pszichiáterek jöttek rá, hogy ezek a rejtett érzelmi feszültségek hipnózisban felszínre hozhatók, és ezzel a tünetek is oldódnak. *Sigmund Freud* osztrák neurófiziológus gyökeresen szakított azokkal a naív elképzelésekkel, hogy teljesen tudatos, racionális megfontolások szerint viselkedő lények vagyunk. Ő és későbbi követői arra a következtetésre jutottak, hogy az emberi viselkedés szigorúan meghatározott, a személyiségben nemcsak tudatos, hanem a tudat számára nehezen hozzáférhető érzelmi-ösztönös erők működnek. A tudattalan lelki működés a XIX. század második felében már ismert jelenség volt, a személyiség viselkedésében és a neurózisok keletkezésében játszott szerepére azonban Freud hívta fel a figyelmet. A személyiség fejlődése az anya és a csecsemő, a gyermek és a szülők kölcsönhatásában alakul. A csecsemő táplálásával és gondozásával megteremti a biztonság-érzés előfeltételeit, a tisztaságra szoktatással az érzelmi-indulati szabályozás elemeit. Freud úgy képzelte, hogy a gyermekben a szexualitás csökevényes formában már jelen van, a fiú az anya szeretetéért az apjával rivalizál, de fél tőle. Ez a görög tragédia analógiájára Oedipus-komplexusnak nevezett fejlődési dinamika nem nyert a pszichoanalízis tanán kívül szélesebb elfogadást, de lényege igaz: minden gyermeknek meg kell vívnia küzdelmét a szülőktől való abszolút függőségből a felnőtt önállóságáig. Az anya és az apa gyermekben kialakult képe segít a női és férfi ideál elsajátításában, saját felnőtt partnerviszonyainak megvalósításában. Ha ez a fejlődés elégtelenül valósul meg, az egyén érzelmileg kiegyensúlyozatlan marad, érzelmeit megfelelően kezelni nem tudja, belső konfliktusainak megoldatlansága szorongást okoz, és a *szorongáselhárító mechanizmusai hozzák létre a neurózist.* Freud elmélete nélkül a modern neurózis értelmezés elképzelhetetlen. *Jarosevszkij* szerint a XX. század legnagyobb hatású egyénisége volt a pszichológia fejlődésében. Freud valamennyi munkáját a huszas évek végén oroszra is lefordították, és nem sokon múlt, hogy nem a marxizmus pszichológiája lett, mert materialista volt, szigorúan determinista és dialektikus. Freud és követői — ahogyan az a nagyívű innovációk történetében nem ritka — az egyes emberekre tett megfigyeléseiket, azóta is használható elemekkel — a társadalom egészére is alkalmazni kezdték, ami joggal váltotta ki a marxista kutatók polémiáját. Ezzel azonban az is velejárt, hogy évtizedeken át a pszichológia és a csoportlélektan fejlődése a marxista tudósok közreműködése nélkül zajlott; nálunk húsz év sem volt elegendő, hogy a pszichológia modern irányzataival szemben meglevő negatív beállítódás oldódjék.

A társadalomtudományok a két világháború között a személyiségfejlődés energetikai vonulatához szociológiai kategóriákat rendeltek, kialakultak a magatartás-repertoárt összefoglaló szerep-fogalmak, a társas együttlét szabályszerűségeit laboratóriumban tanulmányozó kutató-műhelyek. Lényegében arra a tudományos következtetésre jutottak, hogy az emberi magatartás szociálisan meghatározott; a társadalmi determináció a szocializáció folyamatában épül be az egyén személyiségébe, családja és környezete segítségével építi be személyiségébe azokat az értékeket, normákat, együttélési szabályokat, amelyeket elődei és társai felhalmoztak. A kiscsoportok törvényszerűségeit azonban a társadalom egészére is átvitték, ami nyilvánvalóan alkalmatlan a társadalmi-gazdasági folyamatok magyarázatára. Az a sajátos helyzet alakult ki, hogy a felsőfokú szociológiai elmélet birtokában a marxista tudomány alig foglalkozott a társadalom kis egységeivel és az indivíduum fejlődésével, mert a bűnözést, az öngyilkosságot, a mentális betegségeket az antagonista társadalom termékének tekintették. Ennek az a gyakorlati következménye, hogy a felnövő generációk konfliktus-feldolgozó készségének fejlesztésére nem sok súlyt helyeztünk, és ma döbbenten állunk a mentális egészség kedvezőtlen mutatóival szemben.

Vigotszkij szovjet pszichológus szellemes megfogalmazása szerint az emberi faj kialakulása két egymást követő szakaszban ment végbe: az első rendkívül hosszú periódusban — a biológiai evolució során az állatvilágból kiemelkedett az ősember; a második viszonylag rövid szakaszban a társas tevékenység során az ősemberből létrejött a mai kultúrember. Az egyén megismétli a faj fejlődését, de az embergyermek személyiségének fejlődésében a biológiai érés és a szociális tanulás egyidőben és egymással kölcsönhatásban megy végbe. Ez a családban indul meg, az első életévek alapvető jelentőségűek, de nem fejeződik itt be, ahogyan régen a pszichoanalitikusok képzelték, hanem az iskolában és a munkahelyen, lassúbb ütemben az élet végéig tart.

E vázlatos gondolatsorból az is következik, hogy a neurotikus reakciót a közvetlen testi és lelki tünetekből önmagukban megfejteni nem lehet; de az sem elegendő, ha a kiváltó tényező és a betegség formájában megjelenő tünetcsoport közvetlen összefüggését vizsgáljuk. A neurotikus reakció megértéséhez többet kell tudnunk a személyiség fejlődéséről, az életútról, a korábbi élmények feldolgozásmódjáról, az egyén konfliktus-feldolgozó mechanizmusairól, társas kapcsolatairól, munkájához, környezetéhez való viszonyáról.

Nem az ember biológiai és pszichológiai egésze változott meg, nem satnyább, csökevényesebb az utánunk jövő generáció. Inkább példával: mindenki előtt világos, hogy korszerű gépek és technológia nélkül nincs ipari fejlődés; a múltban még elégséges konfliktus-feldolgozó mechanizmusaink az egyre bonyolultabb társadalmi valóságunkban elégtelenek. Ezek a feszültségek ma betegség képében az egészségügyi ellátásban csapódnak le.

Mi a baja tehát valójában a neurotikusnak? Divatos szakkifejezéssel: elégtelen az *interperszonális kompetenciája,* azaz önértékelése bizonytalan, irracionális gondolkodási sémákkal, feldolgozatlan konfliktusokkal próbálja egyensúlyát fenntartani. Neurotikus magatartásmintáit hazulról hozza, fejleszti, érzelmi háztartása könnyen felborul. Olykor banális ok váltja ki az érzelmi csődöt, amiből a beteg csak a következmény tüneteket ismeri fel.

Elmondhatjuk tehát, hogy

— a neurózis betegség, de nem olyan betegség, aminek a beteg képzeli;
— a neurotikusnak nem a szervei betegek, hanem személyisége éretlen;
— a neurotikus gyógyítható, de a hagyományos orvosi modell elégtelen,

— mert a gyógyuláshoz fel kell adnia védekező mechanizmusait, hogy tudatosan vállalja azokat a nehézségeket, amelyek elől nem tudatosan menekül.

Aki segíteni akar a neurotikusnak, előbb meg kell értenie; ha megértette a tünetek mögött zajló emocionális folyamatot, úgy kell viselkednie, hogy a neurotikus magától felismerje, majd fokozatosan megváltoztassa a betegségéért felelős magatartásmintáit. Van, akinek ehhez elég néhány baráti beszélgetés, van, akinek hetekre, hónapokra van szüksége, de olyan is van, aki menthetetlenül megmerevedik neurózisában.

A neurotikus pszichés mechanizmus diagnosztizálásához és terápiájához csak egyetlen műszer áll rendelkezésre: *a segítő szakember személyisége.* Vajon mennyire megbízható e műszerünk?

Ожват К., полковник м/с:

«ТЕОРИИ» О НЕВРОЗАХ

Dr. Károly Ozsváth Obst. d. Med. Dienstes:

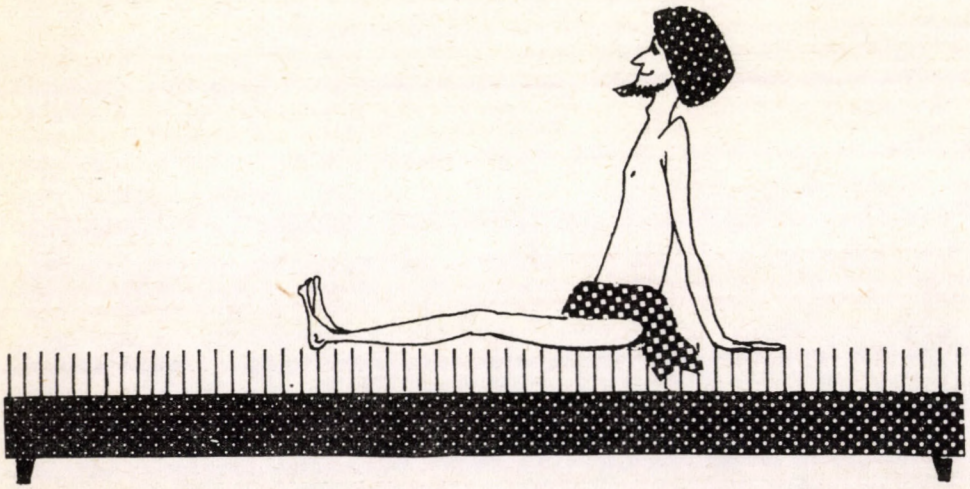
„DIE THEORIEN" DER NEUROSE.

Droperidol+Fentanyl

injekció injekció

KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

Az általános érzéstelenítés egy neurolepticum (Droperidol) és egy analgeticum (Fentanyl) együttes adásával is bekövetkezik.
Neuroleptanalgesiában Droperidol-Fentanyl megfelelő arányú elegyével részben megtartott öntudat mellett teljes fájdalommentesség érhető el.



Dr. Kóczán György

A neurotikusok szocioterápiája

Először a címben szereplő „szocioterápia" szó jelentéséről kell szólnom. E kifejezés annak felismerése kapcsán fogalmazódott meg a medicinában, hogy a betegségek keletkezésében, lefolyásában és a terápia valamint rehabilitáció során óhatatlanul jelen vannak és hatnak társadalmi és szociális tényezők. Az egyén nemcsak szervezete természeti-biológiai törvényeinek alávetetten éli mindennapi életét, hanem mindezen életmegnyilvánulásai kapcsán, ezektől elválaszthatatlanul „szerzője és szereplője is" azon társadalmi törvényeknek és viszonyoknak is, amelyek körülveszik. Ez legközvetlenebbül társas kapcsolataiban, családi, munkahelyi és baráti viszonyaiban jut érvényre, amennyiben a betegség e társas viszonyok újra alakítását, újraszervezését követeli meg az egyéntől. A szocioterápia e társadalmi-társas kapcsolatok tudatos felhasználását jelenti a gyógyítási folyamatban. Ennek érdekében az orvos olyan közösségi viszonyokat teremt a betegek számára, amelyekben lehetőséget biztosít arra, hogy e társas viszonyokat a betegek betegségük kapcsán fenntarthassák, sőt, a megváltozott körülményeknek megfelelő, újabb kapcsolatok kialakításával stabilizálják helyzetüket.

E terápiás elv messze meghaladja a pszichiátria kereteit, a medicina szinte minden területén érvényre jut. A rehabilitáció elengedhetetlen eszköze a csökkentlátásúak, halláskárosodottak, mozgáskorlátozottak körében. E betegek számára szervezett társas összejövetelek, klubfoglalkozások, rehabilitációs munkahelyek vagy átképző tanfolyamok a legszélesebb lehetőséget adják arra, hogy e betegek nemcsak szomatikus elváltozásaik korrekciójára kapjanak módot, hanem társas viszonyaik újraszervezésére is! Olyan krónikus betegségben szenvedők számára is hatásos terápiás forma, a gyógyszeres kezelés mellett, mint például a tuberkulotikusok, aszthmások vagy diabeteszesek. A betegség ez esetben is olyan komplex életmódbeli változásokat követel, amelyek kihatással vannak az egyén munkahelyi és egyéb társas kapcsolataira is.

Paradox módon a pszichiátriában ma már általánosan használt csoportpszichotherápiás eljárások gondolata egy tbc-betegeket gyógyító belgyógyászban vetődött fel először *(Pratt, 1905)*. A századelőn e meglehetősen gyakori és súlyos betegség gyógyításában — a lázcsillapítás, köptetők és egyéb tüneti enyhülést nyújtó gyógyszerek mellett — nagy hangsúlyt kapott az életmódváltoztatás. A hosszú szanatóriumi kezelések alatt a betegeknek szigorú napirend szerint kellett élniök, számos óvó rendszabályt kellett betartaniok. Ezen életformaváltozás elfogadtatására a betegekkel e belgyógyász — a szükségből erényt csinálva — csoportos megbeszéléseket folytatott. Így lerombolta az orvos-

tudomány egyik alappillérét, a diadikus orvos—beteg kapcsolat modelljét. Kiderült azonban, hogy az egy orvos—több beteg alakzatú orvos—beteg viszony az adott esetben hatásosabb volt, mint a korábbi egy orvos—egy beteg kapcsolat. Az elhangzott szavaknak — úgy tűnt — nagyobb súlyuk lett azáltal, hogy többen mondták. A betegek egymás tapasztalatait, tanácsait is elfogadták, az orvos is hitelesebbnek érezte érveléseit azzal, hogy a betegek csoportja együttesen egyetértett vele. Azt is észrevette, hogy e csoportos megbeszélések eredményeképpen csökkent a betegek félelme az izoláltságtól, kevesebb volt a betegségére depresszióval reagáló is.

Hasonló megfontolások alapján alkalmazták a csoportos betegmegbeszéléseket a gyógyszeres kezelést kiegészítő módszerként katonaorvosok is a második világháborúban pszichoszomatikus betegségek gyógyításában.

A pszichiátriában a szocioterápiás eljárások az előbbieken túl is különös hangsúlyt kaptak annak felismerésével, hogy a lelki zavaroknak nem pusztán következménye a személyközi érintkezések zavara, hanem az egyén koragyerekkori, gyerekkori családon belüli kapcsolatainak hibás alakulása oki tényező is ezek kifejlődésében. E gondolat *S. Freud* munkásságában fogalmazódott meg először, és nyert rendszerezett kifejtést. Noha a pszichoanalitikus módszer szigorúan a diadikus orvos—beteg viszonyra épült, a pszichoanalitikus elméletből óhatatlanul következett a csoportos pszichotherápiás módszerek alkalmazhatósága is. *J. L. Moreno* az 1920-as években szerepek spontán megjelenítésére, élethelyzetek, szituációk dramatizálására csoportos foglalkozásokat szervezett azzal a céllal, hogy megkönnyítse egy-egy élethelyzet kapcsán az asszociációk kialakulását, korábbi emlékek felszínre kerülését, amit aztán a terápia nyersanyagként felhasználhatott.

A csoportterápiás módszerek fejlődésének hatalmas lendületet adott az 1930—40-es években Amerikában egyre inkább kibontakozó experimentális szociálpszichológia. *K. Lewin* laboratóriumában először gyerekcsoportok működésének szabályszerűségeit vizsgálták, a vezetők magatartásának hatását a csoportok feladatteljesítésére, valamint a csoport emócionális miliőjének alakulására. A demokratikus, autokratikus, valamint szabadjára engedő vezetési stílus következményeiről publikált adataik nemcsak a pszichológia és a pedagógia számára jelentenek fontos támpontot, hanem a vezetéstudomány a legszélesebb körben alkalmazza is e megfigyelések eredményeit a gyakorlati munkában. Alapvető kutatásokat folytattak a frusztráció hatásmechanizmusának tisztázására is. Ezen vizsgálatok jelentősége is messze meghaladta a laboratóriumi kutatások szintjét. Az emberi közösségek működésének alapmechanizmusait, ezen belül az egyén viselkedését a fizikából ismert jelenség, a mágneses-elektromos erőtér analógiájára konstruált fogalom, a szociális erőtér segítségével írták le és magyarázták.

Az ötvenes években kutatásaikat kiterjesztették a felnőtt közösségek empirikus vizsgálatára is. Ennek eredményeképpen születtek meg azok a fogalmak, módszerek, amelyek segítségével jól leírhatók, magyarázhatók e terápiás csoportokban lezajló folyamatok, jelenségek is. Lehetőség nyílott arra is, hogy e gondolati rendszerben a csoportterápia hatásmechanizmusa is megragadható, értelmezhető legyen.

A 3. sz. Katonai Kórház Ideg-elme osztályán ezen szociálpszichológiai módszerek alkalmazásával vezetjük csoportjainkat neurotikus betegek gyógyítására, rehabilitációjuk elősegítésére. Célunk az, hogy a csoportban zajló spontán magatartások, megnyilvánulások visszajelentésével, értelmezésével a betegek számára a társas kapcsolatok, viszonyok alakulásának, fejlődésének mechanizmu-

sait tudatossá tegyük, és ezáltal hozzásegítsük a betegeket ahhoz, hogy mindennapi életükben képesek legyenek arra, hogy szociális kapcsolataikat — a családban, munkahelyen, baráti közösségekben — szükségleteiknek megfelelően alakítsák. Nagyobb megértéssel és toleranciával fogadják mások feléjük irányuló magatartását és ugyanígy nagyobb hatékonysággal legyenek képesek arra, hogy önmaguk jobb kifejezésével érvényre juttassák érdekeiket, szándékaikat. Felismerjék azt, hogy a saját magatartás és a másik ember magatartása között kölcsönös meghatározottsági viszony áll fenn: azon feszültségek, indulatok, amelyeket adott helyzetben érzünk, azok e helyzet ránk gyakorolt hatásának eredményei, más emberek magatartásának következményei. De ugyanígy mi magunk is kiváltunk hatásokat másokból, és ahogyan mi reagálunk mások viselkedésére, ők is ugyanúgy a mi magatartásunkra adott reakciókkal válaszolnak. A pszichoterápiás munkában ezt egy bumeráng mozgásához szoktuk hasonlítani. Magatartásunkkal mintegy „elhajítjuk a bumerángot", és anélkül, hogy tudnánk róla, az visszatér, és esetleg fejbe csap minket. Ezt nem mások dobták felénk, hanem mi hajítottuk el úgy, hogy az — saját mozgástörvényeit követve — visszatért hozzánk. Kezdeményezői és elszenvedői is voltunk egyszerre annak a kellemetlenségnek, amit a visszacsapó bumeráng nekünk okozott.

Mindez így elmondva, úgy tűnik, közhely. Mindannyian jogosan válaszolhatnánk rá: ki az aki ezt nem tudja? Valóban, így elméletben mindenki számára nyilvánvaló igazság ez. Ám nagyon nehéz helyzetbe kerülnénk akkor, ha ezt egy konkrét szituációban szóban meg kellene fogalmaznunk. Verbalizálnunk kellene azokat a hatásokat, amiket bennünk más emberek keltettek, vagy le kellene írnunk, hogy egy adott magatartásunkkal véleményünk szerint más emberekben milyen hatást váltottunk ki. E kölcsönös meghatározottság folyamatos felismerése, kontrollálása a kommunikációs aktusban szüntelenül jelenlevő folyamat. A kommunikáció nem verbális csatornáin — hanghordozás, hangsúly, hangszín, mimika, gesztusok, testtartás, távolságtartás — szüntelenül, mindkét irányban áramló információk alapján fogalmazódik meg bennünk anélkül, hogy ennek tudatában lennénk. Ennek alapján alakítjuk viszonyunkat másokkal, „érezzük meg" azokat a határokat vagy mélységeket, ahogyan a másik emberhez közelíthetünk vagy éppen távolságot tartunk vele szemben. Így fedezzük fel azt, hogy megértette-e a másik ember azt, amit mondunk neki, úgy értette-e azt, mint gondoltuk és kívántuk, vagy további információk adásával segítenünk kell neki. Elfogadja-e közlésünket, s vele együtt személyünket, vagy fenntartásai vannak irányunkban. A neurotikus beteg lelki feszültségei, indulatai nyomása alatt e finom szabályozó mechanizmusok felismerésére képtelen, vagy éppen e feszültségek hatására csak ezeken — mint fekete szemüvegen — keresztül dekódolja önmaga számára e jelzéseket: egyoldalúan, saját lelkiállapota, érzései szerint értelmezi a világot, az őt körülvevő embereket, a vele kapcsolatban levőket. A hozzá megértő, segítő szándékkal közelítőt agresszornak tekinti, a véleményét alapjában véve elfogadó személyt, ha esetlegesen konstruktív, segítő szándékkal kiegészítéseket tesz, már úgy érzékeli, mint aki véleményét megkérdőjelezi, elveti, semmibe sem veszi. A neurotikus megbetegedés így az interperszonális érintkezés zavarában objektiválódik: a beteg közösségeiben éppen e hibás kommunikációs stratégiája kapcsán sorozatosan frusztrálódik, fokozatosan perifériára szorul, elveszíti kapcsolatait, izolálódik. Fél mindenkitől, de lassan őtőle is félnek. E circulus vitiosus megszakítását célozza a csoportterápia: segítséget nyújt a betegnek abban, hogy felismerje az önmagában jelenlevő érzéseket és a környezetből feléje áramló emóciókat, és e kettő között képes le-

gyen arra, hogy különbséget tegyen. Decentrálásnak nevezzük ezt az — eredetét illetően emócionális — teljesítményt.

A csoportterápiára való előkészítés — ambuláns vagy osztályos kivizsgálás után — annak elfogadtatását jelenti, hogy a panaszok hátterében lelki zavarok állnak. Sokszor ez nagyon nehéz folyamat. A betegek egy része ugyanis a negatív laboratóriumi és műszeres vizsgálatok eredményeit — és ebben sokszor orvosi magatartás is felfedezhető — mint kudarcot dolgozzák fel. „Nem találták meg a betegség okát", „csak ideges tünet", „akarni kell, és akkor elmúlik" stb. Ezen előítéletek feldolgozása után a lélektani gyógymódok elfogadtatására kerül sor. A pszichoterápia — szemben más gyógyszeres kezelésekkel — az orvos és beteg szoros együttműködését jelenti. Kölcsönös aktivitást követel meg mindkét fél részéről. Nem elég, hogy az orvos az aktív fél, aki tanácsokat, gyógyszereket ad, amelyek passzív elfogadásával a beteg gyógyul. A pszichiáter csak abból a nyersanyagból dolgozhat, amit a beteg a terápiába hoz: eseményeket, érzéseket, vágyakat, törekvéseket, mindenképpen önmagát. Ez nagy ellenállásokon keresztül történik: a terápia ugyanis tükör a beteg számára, amelyben önmagát látja, és sokszor kellemetlen a tükörbe belenézni. Feltétlenül szükséges a beteggel annak elfogadtatása is, hogy kívánjon változtatni jelenlegi állapotán, életfelfogásán, életelvein. Ismerje fel alkalmazkodásának diszfunkcionális jellegét, fogadja el azt, hogy ha változtat önmagán, magatartásán, környezete vele szembeni viszonyulása is megváltozik.

A csoportterápiás ülés két terapeuta vezetésével zajlik. A betegek körben ülnek, és a kör két pólusán foglalnak helyet — lehetőleg egymással szemben — a terapeuták. A körbenülés alakzata biztosítja a betegek között a kommunikációs teret. Azt szimbolizálja, hogy nincs a kör pontjai között kitüntetett, mindenki azonos helyzetben van. Egyformán láthat mindenki mindenkit, arc, testtartás, mimika, gesztusok mindenki számára egyformán megfigyelhetők. Nem lehet „elbújni a körben", jelen lenni fizikailag, csak a „katalógus számára", de elbújni, valaki „háta mögé", kínos helyzetekben „észrevétlenné" válni. Önmagában már e helyzet is feszültségek forrása lehet: meg kell mutatni önmagát a betegnek, láttatni, hallatni kell magát.

A csoportvezetők a beszélgetést úgy indítják, hogy nem fogalmaznak meg konkrét témát, nem adnak semmiféle útmutatást arra, hogy miről kell beszélgetni. Azt hangsúlyozzák, hogy mindenki egyenlő jogokkal vesz részt a csoportban. A cél az, hogy a csoporttagok szabadon, kötetlenül mondják el érzéseiket, véleményeiket a felvetődő témákkal, egy-egy csoporttárs aktuális magatartásával kapcsolatban. Mindenekelőtt saját érzéseikre figyeljenek, arra, hogy megérezzék és meg tudják fogalmazni azt, hogy mások magatartása, megnyilatkozásai milyen hatást keltettek bennük és arra, hogy felfedezzék azt is, hogy saját viselkedésükkel milyen hatást váltottak ki másokban. Ezen érzések, gondolatok megfogalmazásával mintegy „tükröt" tartanak egymásnak, és így visszajelentést adnak és kapnak mások és önmaguk magatartásáról. E visszajelentések azonban nemcsak gondolati, racionális síkon jelentkező, pusztán ismeretként funkcionáló információk, vélemények, hanem az emócionális szférát is mozgósító közlések, amelyek mögött ott állnak a csoportos együttlét feszültségei, az indulat- és viszontindulat-áttétel bonyolult jelenségei, amelyek e közléseket aláhúzzák, hangsúlyozzák, minősítik. Így a tanulás a csoportban az egész személyiséget involváló, az emocionális és kognitív szférát egyaránt átfogó, megmozgató folyamat. Hatásai ezáltal maradandóak, mindaz, amit tanultak, az élményszinten is rögzül és az egyén minden társas viszonyrendszerében érvényre jut, hat.

A terapeuták tehát nem adnak meg konkrét „napirendi pontokat", amiket

meg kell vitatni. Nem tűznek ki témát, nem „vetnek fel egy konkrét problémát", amihez „csatlakozni lehet"; egyetérteni vagy ellentmondani. Ezzel átadják a kezdeményezés jogát a csoportnak, minden résztvevőnek egyedül kell eldöntenie, hogy szól-e vagy sem. Illetőleg, ha megszólal, mit kell vagy lehet mondania. E döntés felelősségét és azt, hogy nincsenek készen kapott kapaszkodók, sablonok, „végszavak", a csoport bizonytalanságként éli meg. E bizonytalanság feloldására a csoport tagjai korábbi magatartásmintái, tapasztalatai alapján tesznek kísérletet. Reprodukálják a mindennapi életben kialakított magatartásmintáikat.

Egy hadnagy betegünk felállva engedélyt kért a bemutatkozásra. Egy másik betegünk jegyzetfüzettel az ölében, írásra, jegyzetelésre készen érkezett a foglalkozásra, mint valamifajta szemináriumra. Olyan nyelvi formulák is megfogalmazódtak, amelyekkel a mindennapi életben, egyéb szervezeti megmozdulásokon szoktunk általában találkozni: „míg az elvtársak gondolkodnak, szabadjon nekem néhány gondolatot elmondanom...".

A bizonytalan helyzet megoldására betegeink tehát nem e szituációból származó információk alapján tettek kísérletet, hanem korábbi tapasztalataik, gyakorlatuk mechanikus átvételével próbálták oldani a feszültséget. Ennek ellentmondásai, disszonanciája nyilvánvalóvá vált a csoportban: miből gondolta azt, hogy itt az a szokás vagy előírás, hogy fel kell állni és jelenteni? Utalt valaki erre, kérte ezt valaki stb. kérdések kapcsán világossá vált betegünk számára az, hogy magatartását nem a helyzet, az adott emberek együttesében megérezhető légkör motiválta, hanem sablonok, szokások, merevség. A mindennapi életben az ilyen helyzetek alapvetően éppen a főszereplő számára maradnak rejtettek: csak azt érzi, hogy mosolyt váltott ki magatartása a jelenlévőkben. A hivatalos formulák felidézése kapcsán megmerevedett az egyébként oldott, kötetlen légkör. A főszereplő, miközben elfogadást várt, a közösség elutasította, a várt befogadás helyett perifériára került.

A bizonytalan helyzet megoldására való képtelenség fogalmazódik meg a csoportterápiás folyamat kezdeti fázisában igen gyakran tapasztalható jelenségvilágban, amikoron is a csoportot vezető terapeuta indítását a hallgatás követi. A csendben kifejezésre jutó tanácstalanság, bizonytalanság egyre mélyül, és ezzel párhuzamosan egyre nő a csoporttagokban a feszültség érzése is. Ideges rágyújtások, kipirulás, székek tologatása, — mintegy „helykeresés" —, köhögés, verítékezés, kéz- és lábrázás figyelhetők meg. E jelenség feldolgozása kapcsán gyakran beszámolnak a csoport tagjai arról, hogy betegségük tüneteit is érzik: vegetatív reakciókat, szívdobogást, szívszúrást, fejfájást. Itt lehetősége nyílik a terapeutának arra, hogy ezen élmények kapcsán rámutasson, hogy az emócionális feszültségek hogyan vezetnek szomatikus jellegű panaszok megjelenéséhez.

A hallgatás megindoklásában a betegek mindennapi életük számos nehézségét ismerik fel: a kezdeményező készség hiányát, a megszólalás felelősségének nem vállalását, kisebbrendűségi és egyéb inszufficiencia érzéseket: hátha kinevetnek, butaságokat fogok mondani, mit fognak szólni ahhoz, amit mondok stb. Megfogalmazódik az e jelenség hátterében álló indulati, emócionális szinten jelentkező viszonyulás is; a vezető adjon valamilyen támpontot, témát, kezdjen el valamit, tűzzön ki napirendet E viszonyulást a csoportvezető tekintélye hívja elő: ő az, aki vezet, irányít, támpontot ad. A csoport tagjai függőségigényüket a vezetőre vetítik ki, tőle várnak megoldást. A dependencia jelenségével állunk szemben. Ez annak ellenére is előtör a csoportban, hogy induláskor, a terápia előkészítő fázisában hangsúlyozzuk a betegeknek azt, hogy a csoportban minden résztvevő, beleértve a vezetőt is azonos funkcióban van jelen. Együttes munkával, egymást kölcsönösen segítve, támogatva kell a problémákat megoldani. Ez azonban a betegek számára csak racionális síkon elfogadott közlés. Magatartásukban, emócióik szintjén azonban reprodukálják személyiségfejlődésük során kialakult konfliktusukat, a tekintélyről, szülőről való leválásuk ellentmondásait. az e jelenség hátterében álló indulati, emócionális szinten jelentkező viszonyulás is: Az a tekintélyviszony, amit a csoport reprodukált — és ennek analógja a mindennapi életben a munkahelyi vezető, a parancsnok, a tanár, az orvos, de lehet a férj is vagy a feleség —, előhívója volt annak a tekintélyhez való kötődési modellnek, mely alapvetően a gyermeki magatartásra a jellemző; hogy a tekintélyszemély a mindenható, a mindent tudó, a segítő, az útmutató, aki, ha bajban vagyunk, nehézségeink

vannak az életben, majd megoldja ezeket a problémákat. E betegek a segélykérés kifejezésével — ez lehet szóbeli megfogalmazás is, de ezzel teljesen egyenrangú ennek szimbolikus, nem tudatosuló közlése is: hallgatás, kéztördelés, betegség-tünetek —, átadják a cselekvés jogát a tekintélyszemélynek. A leginkább dependens betegek e csoport ezen fázisában mintegy látens vezetőként is funkcionálhatnak: hangsúlyozzák a vezető szakmai érdemeit, nagy tapasztalatát, magának a csoportterápiának a jelentőségét. Kifejezik megelégedettségüket, hogy végre — hosszú Kálváriát járás után itt majd megoldást találnak. Tekintélyüket a csoportban úgy érik el, hogy kifejezésre juttatják a dependens személyek meg nem fogalmazott, önmaguk számára is még rejtett emócionális szükségleteiket, és ezzel mintegy azonosulást hívnak elő betegtársaikból, egyetértést váltanak ki.

A csoportvezető azonban nem fogadja el e felkínált szerepet: nem veszi át a mindenható, mindentudó, tanácsokat, konfliktusokat megoldó személy szerepét, nem elégíti ki ezen elvárásokat. Ezzel fokozza a csoportban a feszültséget, a még rejtett emócionális szükségletek kielégítetlenek maradnak. E frusztrációra a csoport a mindennapi életben, betegségében fixálódott, regressziós, énvédő mechanizmusaival reagál: hangsúlyozódnak a betegségtünetek. Volt betegünk, aki az ülések kapcsán többször engedélyt kért arra, hogy kimenjen gyógyszert bevenni. Az agresszív megnyilvánulások gyakorisága is nő: a csoporttagok egymást bírálják, kritizálják, minden apróságba, megfogalmazási pontatlanságba belekötnek.

A feszültség odáig is elviheti a csoportot, hogy egy-egy tagja bűnbakká válik: a csoport minden megnyilvánulását elutasítja, megkérdőjelezi. Panaszaiért, tüneteiért kizárólagosan őt teszi felelőssé, tehetetlenséggel, gyávasággal stb vádolja, mivel az adott személy nem merte megmondani főnökének a saját igazát, vagy nem képes „megnevelni" az italozó, ki-ki maradó férjet stb. Ugyancsak az indulatok eltolási módja az, hogy a beszélgetés fonalát kiviszik a csoportból, szidni kezdik a hadsereget, főnököt, az oktatási intézményeket vagy tanácsot, amiért nem szorgalmazza a lakásépítést. Elvont teoretizálássá is fajulhat a csoportos beszélgetés (ezt a feszültségfeldolgozó módot racionalizálásnak nevezzük): például megvitathatók a gyermeknevelés problémái, minden személyes mozzanat, élmény, tapasztalat megjelenítése nélkül. E magatartások visszajelentése, a problémák megoldása szempontjából inadekvát jellegének bemutatása e fázisban a csoportvezetők feladata. Annak bemutatása, tudatosítása, hogy a csoportban, az itt és most szituációjában felvetődő nehézségek, feszültségek megoldásában hogyan jutott tévútra a csoport, hogyan kerültek elő olyan magatartássablonok, amelyek végül is nem vezetnek konstruktív megoldásokhoz.

E konfrontációk, értelmezések kapcsán a vezetők azonban továbbra sem adnak megoldási módokat. A csoport tagjai saját élményük, saját magatartásuk alapján élik meg korábbi, tudatossá nem vált magatartásmintáik inszufficiens jellegét, kudarcaikat. A csoportban azonban továbbra is ott lebeg a kérdés: hogyan tovább? Ha ez nem jó, akkor mit tegyünk? Ez a feszültség most már a vezetői munkával szembeni lázadásban fog kifejeződni. Van-e értelme a terápiának, vezet-e ez valahova, jó-e ez egyáltalán. A korábbi fázisban, amit a dependencia szakaszának neveztünk, mindenható tekintélyként fogadta el a csoport e vezetőket, most viszont éppen ellenkezője történik: lázad a vezetők ellen. Itt is a mindennapi élet konfliktusfeldolgozó stratégiái jutnak érvényre: a korábban maximálisan tisztelt és imádott vezető, parancsnok, tanár vagy akár abszolút hibátlan férj vagy feleség piedesztálra emelt képe a porba hullik. A kiábrándultság, kudarc képe, hangulata uralja a csoportot. Elégedetlenség, tehetetlenség cseng ki a hozzászólásokból, beszélgetésből.

E magatartás visszajelentésekor, ezen indulatok eredetének világossá tételére fogalmazza meg a vezető a csoportterápia alaphelyzetét: a bizonytalanságot, a vezetői munka sajátosságait és a csoporttagok magatartásának dinamikáját, ennek alapkonfliktusát, a tekintélyhez való tisztázatlan, ellentmondásos viszonyt: az abszolút elfogadást, majd a kamaszos lázadást. Ennek ellentmondásait, feszültségeit, zsákutcáit, kudarcait a csoport saját magatartásában megélte. Itt és most a csoportban is, de ugyanígy az élet mindennapi élet alaphelyzeteiben is, munkahelyén is, családjában is. Megoldásként újra fogalmazza az együttműködés, a kreatív együttdolgozás elvét. A csoporttagok számára most

már ez nem pusztán gondolati konstruktum. Felismerik, hogy az együttműködés nem egyszerűen egymás mellett dolgozás előre kijelölt szerepek alapján. E fázisban az én közösségben való feloldódásának folyamatát figyelhetjük meg. A csoport tagjai észre veszik egymás megjelenésén, mimikáján, a megszólalásban azokat a rejtett üzeneteket, hogy valaki bajban van, hangulata nyomott vagy éppen vidámnak, kiegyensúlyozottnak látszik. Nyilván sikerült neki valami. A beszélgetés mindig az adott helyzetből indul ki, az itt és most felvetődő érzések megfogalmazásával, személyes, énközeli reakciók értelmezésével. A mindennapi élet stereotíp viszonyulásmódjai, begyakorolt, sablonos magatartása helyett a „magánember" arca mutatkozik a csoportban, családi konfliktusaival, kapcsolatteremtési nehézségekkel, kisebbrendűségi érzésekkel, szorongásokkal stb. A hozzászólások, asszociációk sorozatát az itt és most helyzet emócionális rezdülései szabják meg.

Katonatiszt betegünk előadja, hogy harminc éves katonai pályafutása kapcsán megtanulta a rendet: igazolvány a bal zsebben, fésű a jobb oldalon. Magatartása is ugyanezt a jól szabályozottságot tükrözi: rövid, tömör mondatokban beszél. Élesen, vagy csak feketén, vagy csak fehéren minősíti környezetét. Nőbetegünk, aki többszöri öngyilkossági kísérletek után került a csoportba, a katonatiszt megnyilatkozása után érzéseit megfogalmazva arra a következtetésre jut, hogy az ő édesapja is ugyanilyen kemény, szigorú katona. Felismeri, hogy milyen ellenszenvet vált ki benne ez a hideg, racionális magatartás. Ilyen helyzetekben ő tehetetlen, „összehúzza magát és elmegy". E nőbeteg panaszai között is szerepelnek ájulásos rosszullétek. Egy alkalommal a csoportban is összeesett.

Az együttműködés biztos jele, ha a betegek egy-egy megnyilatkozás kapcsán észreveszik a kommunikáció azon apró zavar jeleit is, amelyek a mondandó racionális tartalma és annak érzelmi háttere közötti ellentmondást, feszültséget jelzik. Felismerik például, hogy az egyik beteg bemutatkozása kapcsán apró részletességgel, majd egy óra hosszat ecsetelte azt, hogy milyen pontosan, tökéletesen végezte éjt nappallá téve munkáját, túlhangsúlyozva szorgalmát, odaadását, önfeláldozását, s ezen hosszú monológja kapcsán egyszer sem említi családját, feleségét, gyermekeit. Egy közbekérdezésre — mit szól ehhez a felesége — néhány bizonytalan mondatkezdés után — hát „nem tudom" — közhelyvirágokból köt csokrot: milyen megértőnek kell lenni a katona feleségnek. A beteg ugyan a terápia során elzárkózott attól, hogy feleségével kapcsolatban továbblépjen e nyilvánvaló látszatigazságokon. A csoportban azonban megfogalmazódott, hogy a panaszok eredete nyilvánvalóan nem a munkahely, a hosszú időn keresztül végzett túlmunka.

Az önmagunkra és másokra való adekvát odafigyelés jut érvényre annak megfogalmazása kapcsán is, amikor egy-egy új beteg belépésekor a csoport felismeri és feldolgozza a belépés nehézségeit, a neurotikus beteg kapcsolatteremtésbeli zavarait. A követelményeknek való maximális megfelelés nem tudatos, rejtett szükséglete az, amikor a beteg túlmagyarázza helyzetét. Nem veszi észre azt, hogy hogyan kívánnak mások is egy-egy udvarias közbeszólással szót kérni. Nem reagál azokra a gesztusokra, mimikára sem, amivel kifejezésre juttatják a csoport tagjai, hogy oda nem illő, felesleges, a csoportot nem érdeklő részletességgel elemez egy epizódot. E túlzott, de tudatossá egyáltalán nem váló központba kerülési vágy ellenkezője a félelem, bizonytalanság, amellyel a szereplés, központba kerülés elől menekül egy-egy beteg. Aktivizálása, a beszélgetésbe való bevonása éppúgy tapintatot, a másik ember magatartásának irányításában megszerzett készséget, jártasságot követel, mint az előzőekben említett betegtípus „lelövése", leállítása úgy, hogy az senkiben se keltsen negatív érzéseket.

Az egymáshoz kapcsolódás e szintjén a csoport olyan asszociációk terét is adhatja, amelyben a betegek egy-egy látszólag felnőtt korban manifesztálódó tünetcsoport hátterében felismerik a gyermekkori, koragyermekkori élmények késői hatását.

Katonatiszt betegünk munkahelyi nehézségeiről panaszkodott. Arról, hogy túlságosan bízik az emberekben, s ezért sokszor pórul jár. Nem tud kemény lenni, egy-egy paranccsal lezárni a vitás dolgokat, hosszú ideig tépelődik gondjain. Szereti ugyan hivatását, de a kemény, ellentmondást nem tűrő katonatiszt magatartásával nem tud egyetérteni, nem tudja önmaga számára elfogadni. A pályaválasztási motivációk elemzése közben az egyik betegtárs váratlanul feltett egy kérdést: milyen volt édesapja? A beteg erre elmondta, hogy nagyon kemény, fegyelmezett, ellentmondást nem tűrő ember volt, akitől még tisztiiskolás korában is kapott egy pofont, mivel édesanyjának tiszteletlenül visszaszólt.

Kritikus fázis a csoportból való eltávozás szakasza. A megértő, elfogadó, segítő légkörű közösségből való kiválás komoly előkészítő munkát követel. A betegek először gondolatban „játsszák le" a csoportból való kilépést. A terápia eredményeit, következményeit latolgatják. Olyan eseményekről számolnak be, amikor otthon vagy a munkahelyen egy-egy konfliktus megoldásában „talpon" maradtak, vagy éppen megváltozott magatartásukról pozitív visszajelentést kaptak. E jelzések után a terápeuták a terápia alapelveiből következően, kerülve a direkt utasítások, tanácsok megfogalmazást — megerősítik a beteget elhatározásában, aki végül is egyéni döntéssel oldja meg a leválást, a csoportból való kimaradást.

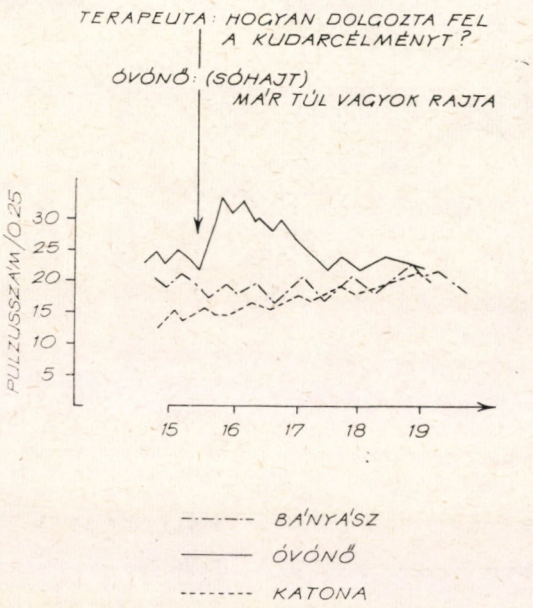
Mik a támpontjaink e döntés elfogadása kapcsán abban, hogy „gyógyultnak" tekintjük betegünket? Hiteles, mindenki számára egyformán objektív mércénk természetesen nincs. Vezérelvünk az, hogy gyógyultnak fogadjuk el a neurotikus személyt, ha ő nem tekinti magát a hagyományos értelemben betegnek, akinek az életében a talponmaradáshoz, folyamatosan, mintegy mankóra, orvosi ellátásra van szüksége. Saját képességei, önnön mércéje és a vele szemben támasztott követelményekkel összhangban vállalja és ellátja a rá háruló feladatokat, kötelezettségeket családjában is és munkahelyén is.

Személyiségében, reakcióiban pedig a pusztán önmagára beszűkült percepciója helyett felismerjük azt, hogy önmagát és környezetét, saját magatartását és családtagjai valamint munkatársai viselkedését szinkronban, összhangban látja. A világ, ami érzései, gondolatai forrását, nyersanyagát adja, az nem pusztán önnön maga, szerveinek működése, félelmei, szorongásai, hanem önmaga és az őt körülvevő világ egysége, az e világgal való kapcsolatai. Annak felismerése, hogy kölcsönhatásban áll a családja, barátai és munkatársai alkotta mikrokozmosszal. Hat másokra, miközben őrá is hatnak, feladatokat teljesít, és önmaga is feladatokat szab ki mások számára, azaz: alkalmazkodik másokhoz, és felismeri, hogy mások is alkalmazkodnak hozzá.

Nagyobb érzékenységgel és hozzáértéssel képes arra, hogy alakítsa, formálja önmagát, azáltal, hogy nemcsak a saját, hanem mások helyzetét is átgondolja. Képes arra, hogy önmagát különböző helyzetekbe beleképzelve, alternatívákat fogalmazzon meg. Adekvátan felismerje a vele kapcsolatba kerülő emberek közléseiben kifejezésre jutó „rejtett" üzeneteket, mint például érzelmi viszonyulást, megelőlegezett, vagy elvárt választ, kívánságot, a kommunikáció ún. *promotív*, ösztönző, segítő mozzanatait. Felismeri önmaga és mások megnyilatkozásaiban az érzelmi és kognitív szféra ellentmondásait — azaz saját és mások magatartása inkongruens mozzanatait. Továbbá felismeri az egyes lelki folyamatok összefüggéseit, az ok-okozati viszonyokat élmények és indulatok között.

Képes arra, hogy saját és mások lelki megnyilvánulásait folyamatukban, dinamikájában lássa. Ráérezzen olyan előzményekre egy-egy reakció kapcsán, amelyek mindeddig önmaga számára is rejtettek voltak, és ezek tudatossá tételével újraszervezze, alakítsa magatartását. Röviden, a gyógyulás fokának megítélésében az vezeti a terapeutát, hogy mennyiben nőtt a beteg önismerete és ennek alapján mennyiben képes saját magatartását szabályozni.

E tanulási folyamat alakításában a terapeuták legfontosabb eszköze az az érzékenység, empátia, amely bennük gyakorlatuk és a terápiák szupervíziója kapcsán adott visszajelentések nyomán kialakult. Számos reakció, jelenség azonban rejtett marad a vezetők számára. Az emocionális reakciók folyamatos kontrolljára éppen ezért megkíséreltük az emocionális állapotváltozás egy mutatójának, a szívfrekvenciának folyamatos rögzítését a terápia kapcsán.



Az ábrán egy ülés alatt három betegnél folyamatosan elvezetett szívfrekvencia alakulását mutatjuk be negyed perces rögzítések adatai alapján. Egy nőbetegünk például arról beszél, hogy egy korábbi kapcsolata kudarcát már feldolgozta. Szíve viszont „megugrott". Az emócionális állapotváltozás e vegetatív mutatójának visszajelentésével — a vizsgálatoknak még ugyan nagyon a kezdetén állunk — feltételezésünk szerint fokozni tudjuk majd a hatékonyságot. Tervezzük további vegetatív mutatók, mint például galvanikus bőrreflex visszajelentését is, és azt is, hogy a mimikáról, gesztusokról képmagnós visszajelentést is adjunk. A pszichoterápia ezen instrumentális — eszközökkel kibővített — formái, úgy tűnik intenzívebbé tehetik a terápia lényegét adó reedukációs, reszocializációs folyamatot.

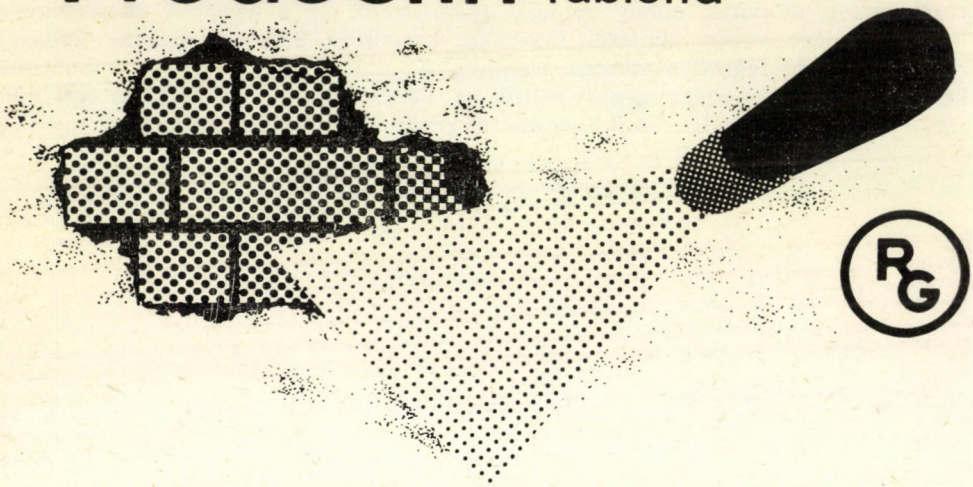
Коцан Д.:

СОЦИОТЕРАПИЯ НЕВРОТИКОВ

Dr. György Kóczán:

SOZIOTHERAPIE DER NEUROTIKER.

Prodectin® tabletta



ÖSSZETÉTEL

Tablettánként 250 mg pyridinolcarbamatot tartalmaz.

JAVALLATOK

Arteriosclerosis, illetve mindazon obliterativ verőérbetegségekben, amelyek az érlumen szűkülésével, elzáródásával vagy érfalkárosodással járhatnak együtt.
Cerebrovascularis keringészavarok.
Obliterativ szemészeti angiopathiák.
A Prodectin-kezelés eredményesen alkalmazható obliterativ coronaria-megbetegedésekben is, illetve infarctus utáni kezelésre.

ELLENJAVALLAT

Nem ismeretes.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS

Kúraszerű. A kezdő adag naponta 3 × 1 tabletta, majd a kezelés napi 3 × 2 tablettával folytatható a tüneti kép javulásáig. A fenntartó adag napi 3 × 1 tabletta. A Prodectin-kezelés több hónapon át folytatható, kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATÁS

Kivételesen gastrointestinalis panaszokat, palpitatiót, tachycardiát okozhat. E tünetek az adag csökkentésével megszűnnek.
A Prodectin esetlegesen előforduló kóros metabolizmusa következtében — igen ritkán — hepatotoxicus metabolitok képződhetnek, amelyek heveny májkárosodást okoznak.

FIGYELMEZTETÉS

Kúraszerű alkalmazása esetén 4—6 hetenként javasolt a beteg hepatologiai vizsgálata, amely a fizikális ellenőrzés mellett kiterjed a se.-bilirubin, SGOT, SGPT értékek ellenőrzésére is.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

Dr. Pörczi József orvos őrnagy

A neurózis gyógyítási lehetőségei csapatnál — Gyógyszeres therápia

E dolgozatban azt kívánom elemezni, hogy az általános orvosi gyakorlat — jelen helyzetben a csapatorvosi munka — a lelki gyógyítási eljárások mely szintjén képzelhető el. Megkísérlem azt tisztázni, hogy a lelki gyógykezelések vonatkozásában az általános orvosi gyakorlat és a csapatorvosi munka azonosítható-e. A katonaorvosi gyakorlatnak vannak-e olyan sajátosságai, melyhez az orvos-beteg kapcsolatot befolyásolják.

Az orvos—beteg kapcsolatnak három szintje van:

1. Az *udvarias, korrekt,* betegében az embert is tisztelő orvosi magatartás. Ez olyan orvosi magatartást jelent — az egészségügyi szolgáltatásért jelentkező beteg emberrel szemben —, mely benne az elfogadottság, biztonság érzéséhez vezet. Ez minden sikeres orvos—beteg találkozás elemi feltétele. Tudjuk azt, hogy a megbetegedett emberben mindig bizonytalanság érzés, különböző kérdőjelek vannak, akár megfogalmazza azokat, akár nem. A bizalom légkörének megteremtésével, megfogalmazott vagy ki nem mondott kérdéseire adott betegségmagyarázattal segíthetünk a betegen. Magatartásunknak olyannak kell lennie, hogy a beteg érezze azt, hogy most *csak vele* foglalkozunk, őrá figyelünk, fontosnak tartjuk, amit mond, próbáljuk megfejteni betegségét és megérteni helyzetét. A vizsgálat során azonban nemcsak arra kell figyelmet fordítani, hogy én megértettem-e a beteget, hanem tisztáznunk kell azt, hogy ő megértett-e engem.

Egy szokatlan hasonlat talán segít megérteni az orvos-beteg találkozás ezen típusát. Egy étteremben nemcsak az elfogyasztott ételek minőségétől függ az, hogy milyen érzésekkel távozunk onnan. Fontos a felszolgáló megjelenése, hangszíne, beszédtempója, arckifejezése; az, hogy képes-e úgy viselkedni, amelyből érezzük, hogy fontosak vagyunk számára, azt akarja-e, hogy jól érezzük magunkat. A jó pincér elébe megy vendégének, ajánlatával tisztázza annak vágyait, elképzeléseit és egyben saját lehetőségeit is közli.

2. Az udvarias-korrekt orvos—beteg kapcsolatnál mélyebb, érzelmileg gazdagabb szintet jelent az az orvosi magatartás, melynél tudatosan vállalunk egy viselkedést, vagyis a *beteg pszichológiai vezetését.* Ezen típusú orvosi viselkedés megértéséhez tisztázni kell a *beteggé válás* lényegesebb elemeit. A betegségek jelentős része nemcsak biológiai zavar, hanem egyben pszichológiai egyensúlyvesztés. Biológiai biztonságérzésünk elveszítése mint kellemetlen élmény

személyiségünkben is zavart, félelmeket kelt. Nemcsak a fizikális állapotváltozással kapcsolatos panaszokat, hanem ezen bizonytalanságot és félelemérzéseket is hozza magával a beteg, amikor a rendelésen megjelenik. Miután az ún. hivatalos *beteggé minősítés* megtörtént, újabb félelmek keletkeznek a betegben: milyen kellemetlen vizsgálatok várnak még rá, nem kell-e operálni, tudnak-e egyáltalán segíteni rajta, visszatérhet-e családjához, munkaköréhez? A beteg ember félelmekkel, szorongásokkal teli kérdései ezek.

A *beteggé válás* pszichológiai folyamatát bizonyos mértékben a *betegség természete* is meghatározza. Ebből a szempontból három típusú megbetegedés figyelhető meg:

a) Az *ún. banális betegség* jellemzője az, hogy az egyén tevékenységét csak rövid időre, átmenetileg függeszti fel, a beteg tudja, illetve az orvossal való találkozás során megtudja, hogy biztosan és rövid időn belül gyógyul. Azt mondhatjuk, hogy ezeknél a betegségeknél az egyén csak beteg szervét viszi az orvoshoz, személyiségét távol tartja a kapcsolattól.

b) *Súlyos, életet veszélyeztető akut betegségeknél, baleseteknél* az orvos—beteg kapcsolat alapja az azonnali segítségnyújtás. A beteg az életét hozza az orvoshoz, teljesen átadja önmagát, tehetetlen kisgyermekként viselkedik.

c) *Az idült betegségekben* az egyén beteg szervét és ugyanakkor családját, szociális státuszát, körülményeit is hozza orvosának. Ezek a betegek nincsenek olyan kiszolgáltatott helyzetben, mint az akut, súlyos betegek, akaratuk és szándékuk jobban érvényesül az orvos—beteg kapcsolatban. A perspektíva bizonytalansága miatt a betegség élményének feldolgoztatása komoly munkát követel a kezelőorvostól.

A három típusú betegségnél a beteg pszichológiai vezetése eltérő hangsúlyt kap:

ad a) Az orvos racionális szinten marad, a betegség természetéről, lefolyásáról felvilágosítást ad a betegnek.

ad b) A therápia mélyebb, érzelmi elemeket is magában foglal. Az orvos támogatást, gondoskodást, biztonság-érzést nyújt a regresszióban lévő egyénnek.

ad c) Az orvos—beteg kapcsolat pszichotherápiás jellegű kapcsolattá bővül.

A beteg pszichológiai vezetése a következőket jelenti:

A beteg félelem-, bizonytalanság érzéseivel az orvos tisztában van, még akkor is, ha nem közvetlen „kéztördelő szorongás" formájában jelentkezik. Az indulatos, elhárító vagy nemtörődöm-kizáró magatartás hátterében hasonló félelemérzések állnak.

Továbbá ezt az alaphelyzetet az orvos tisztázni képes, mégpedig olyan formában, hogy a félelmek oldása mellett egyben a jövőre vonatkozóan is biztatást, támaszt nyújt. Az esetleges fájdalmakra, kellemetlenségekre a beteget felkészíti, a gyógyító eljárás egyes elemeit elfogadtatja.

Hogy lehetséges mindez? Csak úgy, ha az orvos túllép az udvarias-korrekt, de egyben bizonyos távolságot tartó, hivatalos formákat tartalmazó magatartás keretein és együttérző-azonosuló, humánus viselkedést alakít ki. Ennek a magatartásnak *tradicionális modellje az ún. háziorvos,* aki nemcsak szakértő, hade egyben bizonyos távolságot tartó, hivatalos formákat tartalmazó magatartás mindennapi élet feszültségei is „kibeszélhetők vele".

Az előző hasonlat ezen a szinten már nem alkalmazható, de biztos, hogy Önök mindnyájan átéltek már — akár egy műtétre beutalandó betegnél, akár egy vénás injekciós kúránál —, hasonló folyamatot. Az elemzés létjogosultsága a folyamat tudatossá tételében van.

Hogyan szerezzük meg az *orvossá válás folyamatában* a beteg pszichológiai

vezetésének képességét? Sajnos az orvosképzés jelenlegi formájában többnyire automatikusan, vagylagosan. Pedig ez korántsem olyan ismeret, mely automatikusan kialakul. A mindennapos klinikai gyakorlat során ez a tudás úgy sajátítható el, hogy *„mintegy ellessük"* egy-egy nagyon jól felkészült, emberileg kiegyensúlyozott, humánus orvos kollégánk magatartását. Hangsúlyozni kell azonban azt, hogy csak az az egyén képes az elsajátításnak, tanulásnak ezen módjára, akiben akarat, szándék — pontosabb kifejezéssel élve — *érzékenység* van erre. Konkrétan azt értem ezen, olyan egyén, aki nemcsak azt figyeli, hogy kollégája mily mesteri módon képes a vénába találni, hanem milyen verbális és nem verbális eszközökkel oldja fel a beteg aktuális félelmét a beavatkozástól.

Miért kell hangsúlyoznunk, hogy a tanuláshoz feltétel az, hogy az illető egyén „érzékenyítve" legyen, az orvos—beteg találkozás többnyire nem centrális mozzanataira? Azért, mert hajlamosak vagyunk az orvosi eljárások megtanulása során azoknak csupán manuális, technikai részére koncentrálni, és tanítóink is elsődlegesen ezekre hívják fel figyelmünket. Ily módon a betegek pszichológiai vezetésének különböző elemei rejtve maradnak.

3. Az orvos—beteg kapcsolat harmadik szintje a szűkebb értelemben vett *pszichotherápiás tevékenység.* Ennek részletezésétől e dolgozat kereteiben eltekintünk, csak a következőket jegyezzük meg:

A szakismeretekkel rendelkező orvos a pszichotherápia során olyan mélységű interperszonális kapcsolatot teremt betegével, mely érzelmi téren a szülő—gyermek viszonyhoz hasonlítható, és ebből a kapcsolatból fejlődik később egy szimmetrikusabb, baráti, mindkét fél részéről aktivitást igénylő kapcsolat.

Hogy konkrétabbá tegyük elemzésünket, hallgassunk meg egy magnetofon felvételt az orvos—beteg találkozásról. A felvétel az elmúlt évek során készült. Egy kórházi dolgozó hozzátartozója keresett fel, akit korábban már kezeltem.

Tudnunk kell, hogy a négyszemközti helyzet minden történését nem lehet ily módon visszaadni. A verbális rész felidézése nem jelenti, hogy sikerült az orvos—beteg találkozás minden mozzanatát reprodukálni, mivel az egy igen komplex kommunikáció. Emellett a magnetofon felvétel nem rejtett mikrofonnal történt, a verbális rész bizonyos mértékig megváltozott, a beteg kissé „megkeményedett", nem lehetett tökéletesen reprodukálni azt az érzelmi közelséget, bizalmatlanságot, amely az első, mikrofon nélküli beszélgetés során létrejött.

Magnetofonfelvétel, beszélgetés egy depressziós beteggel:

Orvos: Azt kérem magától, próbálja meg elmondani, mi volt az, ami magát pszichiáterhez hozta? Mi ez az állapot? Hogy tudná elmondani azt, ami most olyan sok kínt okoz magának?

Beteg: Nem is tudom hol kezdjem? Ott kezdem, az első házasságom 13 évig volt és elváltunk 13 év után. 6 évig éltem egyedül és újra férjhezmentem. És nem tudom az első házasságom azért ment-e tönkre, mert a férjem alkoholista volt és azért váltunk el. Másodszor sem sikerült úgy, ahogyan elképzeltem, mert szüleim, édesanyám nem is akarták egyáltalán, hogy férjhez menjek. Egy ideig éltünk a szüleimnél és nem volt jó, és elmentünk külön. Nem tudom azt, hogy most miről is beszéljek?

Orvos: Mit vett észre magán, mi volt az ami egyre inkább megnehezítette az életét?

Beteg: Hát amikor férjhezmentem, a második sem, úgy éreztem, hogy teljesen tönkrementem idegileg.

Orvos: Mit érzett?

Beteg: Hát, már édesanyám nagyon ellenezte, hogy nincs semmi bajod, miért kellett neked ez a férjhezmenés, mindenfélét ő megcsinált helyettem, én elmentem dol-

gozni. Az ottani munkámat el tudtam végezni, és mikor hát a férjem azt mondta, hogy nem mehetek dolgozni. Otthon a sok probléma, mindenféle rám szakadt és azt már nem tudtam elvégezni.

Orvos: Mit érzett akkor?

Beteg: Nagy feszültséget.

Orvos: Igen, ezekről beszéljen egy kicsit!

Beteg: Az a feszültség, az állandó idegállapot és mindenféle idegesített. Semmi nem volt jó, bárki, bármit csinált nekem az semmi semmi nem tetszett.

Orvos: Régi tevékenységét hogy tudta folytatni?

Beteg: Hogy tetszik kérdezni?

Orvos: Az otthoni dolgokat.

Beteg: Az otthoni munkát? Nem tudtam elvégezni, akkor egy idő múlva egy kicsit jobban bírtam. Eleinte még a főzést sem tudtam, úgy hogy nagyon-nagyon nehezen esett. Én nem tudtam, hogy nincs meg bennem, hogy most ezt is meg kell csinálni, meg azt is. Nem tudom ezeket a dolgokat pontosítani. És az is annyira zavar, annyira idegesít, ez a félelemérzés van bennem állandóan, halálfélelem, attól tartok és olyanokat is elképzelek, öngyilkosságra gondolok. Nagyon félek, a halálfélelem van bennem. És sokszor elgondolom, hogy meg kell csinálnom.

Orvos: Nem is tud másra gondolni?

Beteg: Hát nem érdekel semmi, semmi nem érdekel. Nem tudom magam lekötni, pedig régebben kézimunkáztam. Elkezdem, talán 10 percig csinálom és már le is teszem. Nem tudok örülni semminek.

Orvos: Hogy érzi a saját helyét a világban?

Beteg: Hát olyannak érzem, hogy kár nekem lenni, nem vagyok olyan ember. Nem is tudom kifejezni magamat.

Orvos: Hogy maga nem olyan ember, mint a másik?

Beteg: Nem.

Orvos: Miért nem?

Beteg: Szellemileg is úgy gondolom, hogy én nem olyan vagyok. Mindent elfelejtek.

Orvos: Nagyon nehéz lehet így magának.

Beteg: Nagyon, nagyon. A fiamat is nagyon szerettem, és még annak se tudok örülni. Hazajön (sír...) úgy mondja, mi van veled anyu? És azzal se nagyon törődök (sír...) És mindig otthon mondják, hogy nem igaz, hogyha valamivel foglalkoznál, hogy nem kötnéd le magad, a figyelmedet. De nem tudok semmit, nem tudok (sír...)

Orvos: Férje mit mond az egész problémáról?

Beteg: Csak hallgat és nem szól és mindig azt mondja, hogy én nem is vagyok beteg, csak hisztizek (sír...)

Orvos: Maga hogy érzi, hová tudná sorolni ezt a betegséget?

Beteg: Oda, hogy soha nem gyógyulok meg. Mindig csak arra gondolok és ez nem olyan betegség, mint más.

Orvos: Miben különbözik?

Beteg: (sír...) Abban különbözik, hogy akit megműtenek az vagy meggyógyul, vagy meghal, de én csak állandóan abban az állapotban vagyok, és senki nem hiszi el, hogy beteg vagyok (sír...)

Orvos: Senki nem érti meg magát, úgy érzi?

Beteg: Igen.

Orvos: Tud erről a betegségről valakivel beszélni? Érdekli valakit is, hogy maga miben szenved?

Beteg: Nem érdekel az senkit. Egyik este is egyedül voltam otthon és rosszul lettem, ez a feszültség, ez az idegállapot. Akkor is egyedül voltam, a szomszédnak szóltam, itt lakik egy öreg néni, nem is nagyon tud menni. Azt mondta: „hogy ha a férje nem tud hazajönni, azt nem érdekli, hát akkor engem miért, és át sem jött". (sír...)

Különösebb lélektani vagy kórlélektani előképzettség nélkül is fontos megállapításokat tehetünk a betegről:

Nagyon szomorú, rossz kedélyállapotú asszony hangját hallottuk. Szorongásokról, sőt halálfélelem érzésekről számolt be. Kényszeresen visszatérő öngyilkossági késztetései vannak. Úgy érzi, hogy életében semminek sem tud örülni,

nem látja értelmét annak, hogy éljen. Lelkiismeretfurdalással — szaknyelven szólva — bűntudattal éli meg azt, hogy még fiának sem tud örülni. Sötét a perspektíva, talán nem is e világra való.

Ezen a sötét szemüvegen keresztül visszamenőleg is elemzi életét: talán valahol nem jól csinálta? Talán rosszul irányította kapcsolatait? Talán ő az oka hogy első párkapcsolata csődbe ment és a jelenlegi sem áll fix talajon?

Tehát a szavak között ott bújkál az az érzés, hogy „mindez az én hibám, az én magatartásom az oka mindennek". Hosszú idő óta munkát sem mer vállalni, pedig korábban szeretett dolgozni és munkahelyén szerették. Jelenleg még az otthoni tevékenység is problémát jelent számára.

Ha tovább nyomozunk, akkor felszínre kerülhetnek az egyéb depressziós tünetek is: alvászavar, étvágytalanság, libidócsökkenés.

Mit tettem most? Szinte pontról-pontra megpróbáltam *leírni* — a beteg által közölt adatokból — a különböző tüneteket. Sorra vettem a hangulat, az érzelmi élet, a gondolkodás sajátosságait. Ezt követően szakmai ismereteim és tapasztalataim alapján ítéletet alkotok. A vizsgálati megállapításaim és a depresszióról szóló ismereteim megegyezőek, így az asszonyt depressziósnak minősítem. A tünettani leírás a következő:

hypothymia = hangulati nyomottság,
anxietas = szorongás,
pesszimisztikus gondolatok, szuicid késztetések,
tudatának — gondolkodásának monoideisztikus beszűkülése problémái köré.

Megfigyelhették azt is, hogy a beszélgetés első részében meglehetősen passzív magatartást tanúsítottam. Arra törekedtem csak, hogy minél több tünetet tárjak fel — a hagyományos orvosi vizsgálati módszer alapján —, minél teljesebb és pontosabb tünettani leírását kapjam a betegségnek. Ez a módszere az ún. *leíró, deskriptív pszichiátriának* is, mely a betegségeket *nozológiai kategóriákba* sorolja.

Orvosi tanulmányaink során ezt a szemléleti rendszert sajátítottuk el és így nyilván szinte már automatikusan is hajlunk arra, hogy ezen minta szerint végezzük munkánkat. A módszer azonban magába foglal olyan elemeket, melyekre figyelnünk kell. Ha egy általános orvos rendelésén jelenik meg egy hasonló depressziós beteg, akkor mi történik? Az orvos nyilván azokra az ismeretekre gondol, amelyeket tanulmányai során elsajátított:

— a magyar lakosság öngyilkossági rátája igen magas,
— a depressziós betegek gyakran követnek el szuicidiumot,
— a depresszió különböző típusú lehet, más és más kezelést igényelnek egyes fajtái.

Ezen gondolatok után nem csodálkozhatunk, ha a lélektanban járatlan általános orvos bizonytalannak, alkalmatlannak érzi magát a beteg ellátására és a vizsgálat első fázisában már megszületik a „nem vállalhatom a beteg gyógykezelését" érzése.

Ez az *elhárítás* sokszor nem is tudatos szinten jelentkezik, hanem „csak" félelmet, bizonytalanságot érez munkájával kapcsolatban. Ilyenkor az orvosi tevékenység irányító elve szükségszerűen az lesz, hogy csak minél előbb szakorvoshoz, vagy intézményhez irányítsa a beteget. Így bármennyire jól képzett, jó szándékú az orvos, képtelen lesz a betegre *„ráhangolódni"*. Szükségszerűen elhárítja a beteg közeledését és ezzel esetleg elszalasztja a beteg számára egyetlen — sokszor utolsó — segítségnyújtási lehetőséget. Ezen gondolatok képezik hátterét azon véleményemnek, hogy az általános orvosi gyakorlat, a csapatorvosi munka, talán a legfontosabb része a medicinának. Az általános orvos él legköze-

lebb a beteghez, hasonló szociális térben mozognak, ő rendelkezik a legtöbb információval azokról az eseményekről, amelyek a lelki zavarok hátterét adják.

Próbáljunk egy másfajta megközelítésben foglalkozni a beteggel, talán megoldhatjuk az előző problémát. *Hangsúlyozom, hogy nem egy szemléletmódot akarok kicserélni Önökben, hanem az orvos—beteg kapcsolat hagyományos modelljét szeretném kiegészíteni.*

A következőket idézem fel:

A magnetofon beszélgetés utolsó részében azt mondtam a betegnek: „Bizony nagyon nehéz lehet így, ezekkel a terhekkel élnie, megpróbálok Önön segíteni."

A magnetofon felvétel elkészítése előtt pedig a következőket mondtam: „Kedves Asszonyom, az Ön története olyan tanulságos, olyan mély érzéseket kelt bennem, hogy szeretném elmondani azoknak az orvostanhallgatóknak is, akiket a lelki betegekkel való foglalkozásra tanítok. Manapság nem értjük meg mi orvosok eléggé betegeink lelkiállapotát. Úgy érzem, hogy az Ön őszinte kitárulkozása olyan benyomást tesz másokra is, hogy elősegíti oktatói munkámat. Lehetetlen, hogy ilyen nagy emberi szenvedés ne indítson meg akár nem orvos embereket is."

Harmadik dolog a következő volt: amikor a beteg távozni készült, vállára tettem a kezemet és azt mondtam: „Nagyon erős volt eddig is, hogy ezeket a szörnyű batyukat, terheket elbírta. Én segítek megszabadulni a batyuitól, csak próbáljon meg még egy kicsit kitartani."

Ha ezen három therápiás intervenció *közös elemét* keressük, akkor kiindulásunk a következő:

Elmondtam a saját érzéseimet azzal kapcsolatban, amit a beteg velem közölt. Tehát a kommunikáció alapvetően más lett: az orvos nem érzelem nélküli, tudományos kérdéseket tett fel a betegnek, hogy még alaposabb adathalmaza legyen, hanem az orvos—beteg kapcsolat kibővült a *kommunikáció kétoldalúvá vált.* Az orvos nemcsak a szakmai ismeretei szerint kérdező és megállapító *szak*emberként, hanem saját érzéseit megfogalmazó embertársként, barátként, jó szomszédként is viselkedett.

Vigyük tovább a gondolatmenetünket! Tehát a kommunikáció kibővült. Hogyan? Ha érezzük, hogy betegünk nagyon szenved, nagy bajban van, akkor óhatatlanul eszünkbe jut saját életünknek egy-egy nehéz periódusa, amikor jól esett csupán egy segítő szó, vagy mosoly. Így teremtődik meg bennünk az *azonosulás érzése,* melynek kifejezésére sokfajta eszközünk van, és a kommunikáció tartalmából következően több lehetőség adódik. Pl. szidhatom a férjet, szidhatom a körülményeket, ezek az azonosulási formák a mindennapi gondolkodás sémái. Az orvosnak lehetőség szerint az ún. belső körben kell maradnia, vagyis a beteg és a közte levő érzelmi-gondolati szférában kell kifejeznie az azonosulást. Egy krízishelyzetben levő betegnél az azonosulás oly mérvű kell legyen, hogy az orvos még az öngyilkossági késztetést is megérti, természetes, hogy tevékenységével igyekszik megakadályozni. Gondoljanak arra, hogy mily gyakran reagálunk egy öngyilkossági gondolatokkal küzdő, vagy már ilyen cselekményen túllevő embertársunkra úgy: „hogy tehetett ilyent, hogy tervezhet ilyent? Csak semmi félelem, fel a fejjel." Erre mondhatjuk azt, hogy „ellenazonosulás".

Az azonosulás mellett fontos, hogy ezt úgy tettem, hogy egyben *erősítettem* is a beteget. Nemcsak vele érzek, nemcsak segítek, hanem én, a szakember úgy látom, hogy átlagon felüli erők vannak a személyiségben, amit esetleg eddig észre sem vett. Komoly toleranciával rendelkezik, hisz kevesen lettek volna ké-

pesek ilyen terheket cipelni. Tehát azonosultam a beteggel és egyben erősítettem is.

Ezek a *dinamikus, betegre centrált orvosi szemléletmód* fontos elemei. Hogy egy hasonlattal éljek, talán azt lehetne mondani, hogy az ítélőbírói-minősítő szerepben tevékenykedő, rezzenésmentes arcú orvos lelép a pulpitusról, megfogja páciense kezét és együtt járják a gyógyulási folyamat keresztútjait. A kialakított érzelmi kommunikációs híd döntő lehet a gyógyítási folyamatban, esetleg a páciens számára az egyetlen és utolsó lehetőség a világhoz, az élethez.

Hogy még világosabbá tegyem a kérdést: Egy ilyen kritikus orvos—beteg kapcsolatban nemcsak spontán keletkező emberi érzéseink állítanak a beteg mellé, hanem tudatos magatartásunk is. Esetünknél maradva: felháborodhatok a mindennapi életben azon, hogy egy szegény asszonyt mennyire kikészít durva, agresszív férje. Az azonosulási folyamatban megjelenő indulatokat azonban rendeznünk kell önmagunkban:

Lehet, hogy az a férj nem is olyan gonosz, csak mindkét részről hibás magatartásminták sorozata áll a konfliktus mögött.

Tudom azonban azt, hogy a beteg ezt nem látja és ő valóban úgy érzi, hogy az egész világ vele szemben hamis, rossz, vár egy megértő reakciót.

Akut helyzetben tehát a beteg érzései szerint kell viselkednem és csak a therápia későbbi szakaszában nyílik módom a konfliktus keletkezésének elemzésére.

Az eddig elmondottakból valószínűleg következik, hogy miért elemeztem részletesen az orvos—beteg kapcsolatok különböző szintjeit, miért beszéltem részletesen a betegre centrált szemléletmódról.

1. A lelki gyógyítás nem lehet csak a pszichiátria feladata, mert egyrészt nem is volna képes ezt vállalni, másrészt pedig elvileg sem elfogadható álláspont az, hogy aki beteg, azzal foglalkozzék az orvos, aki neurotikus, vagy depressziós, azzal pedig a pszichológus vagy pszichiáter.

2. A betegségek az esetek döntő részében a személyiséget is érintik és így természetes, hogy a lelki zavarok az alapellátás vagy az orvosi gyakorlat más területein nagy számban előfordulnak.

3. Reméljük, hogy a lelki gyógyítás az orvostudomány fejlődésével része lesz az általános orvosi gyakorlatnak és a szakorvosok — a speciális szakismereteket igénylő feladatok mellett — támogatják az általános orvost.

4. Az orvosi gyakorlatban azt nehéz meghatározni, hogy melyik betegnél milyen szinten kommunikáljunk, a betegség természete pontosan hogy befolyásolja az egyént. Ezt mindig egyénenként kell elbírálni, döntő a helyes *szemléletmód.*

Vizsgáljuk meg röviden, hogy az általános orvosi gyakorlat és a csapatorvosi munka mennyiben azonosak, mennyiben különbözőek és az előbb elmondottak a katonaorvosi hivatásban is elfogadhatók-e?

A katonaorvosi pályán dolgozók ún. *hivatási konfliktusát* képezheti — nem kellően tisztázott elvek esetén — a *kettős identitás.* Ez lényegében azt jelenti, hogy egy személy egyszerre két élethivatás normáját kell hogy teljesítse: egyrészt az orvosi pálya, másrészt pedig a katonai pálya szereprendszere szerint kell éljen. Kétségtelen az, hogy önmagából eredően a két normarendszer nem azonos. Olyan helyzetek is elképzelhetők, amelyekben az ütközés igen éles.

A téma szempontjából jelentős, hogy ez a kettős identitás mennyiben érinti az orvos—beteg kapcsolatot. Konkrét példánál maradva elképzelhető-e hogy egy orvos őrnagy vagy egy főhadnagy azonosuljon sorkatona betegével, oly módon, hogy az hiteles legyen és így therápiás erővel bírjon?

1. A probléma ott kezdődik, hogy az orvos tisztázta-e magában azt, hogy mikor milyen szerepet várnak tőle. Ha ez megtörtént, képes minden esetben az adequat helyzethez illő viselkedésre.

2. Képes-e ezt az önmagában tisztázott kettős szerepszükségletet elöljáróival — akik rendszerint más szakmai képzettségűek —, elfogadtatni?

3. Konkrét esetekben, ahol a két szerepből eredően feloldhatatlannak látszó ütközések állnak fenn, hogyan foglal állást, milyen szerep szerint viselkedik?

ad 1. A betegre centrált orvosi szemlélet hirdetése mellett a következő módon lehet meghatározni, hogy mikor milyen szerep szerint viselkedjünk: a katonaorvos feladata az, hogy munkaterületén a rábízott emberek harckészültségét megőrizze. A harckészültség fogalma jelen esetben helyettesíthető az egészség fogalmával, természetesen testi-lelki egészség értendő rajta. Tehát, ha a zubbony helyett felveszem a fehér köpenyt, akkor a fehér köpeny normái szerint viselkedem, mert ez a vállalásom, de tudom — és ezt a betegemnek is tudnia kell —, hogy a tágabb szociális térben mindketten a katonai társadalmi csoportban létezünk. A probléma — mely óhatatlanul begyűrűzik az orvos—beteg kapcsolatba is — a következő esetekben jelentkezik:

a) Ha kizárólag orvosként akarok viselkedni és a betegem felé ezt kifejezésre juttatom azzal, hogy elhatárolom magam az egyenruhától. Ilyenkor azt az embert megsértem, aki rendszerint teljes mértékben azonosul hivatásával, azt pedig félrevezetem, akivel bizalmaskodó, az elvárt normáknak nem megfelelő magatartást tanúsítok, aki katonai identitásában egyébként is problémákkal küzd.

b) Ha kizárólag katonaként akarok viselkedni, akkor azt az egyént vezetem félre, aki teljes mértékben azonosul hivatásával, aki pedig hivatásával kapcsolatban problémákkal küzd, azzal nem tudok kapcsolatot teremteni.

Tehát ahhoz, hogy az orvos—beteg kapcsolat therápiás értékű legyen, feltétlenül szükséges, hogy az orvos saját identitását tisztázza és ennek megfelelően az adott orvos—beteg kapcsolatban kongruens magatartást tudjon tanúsítani.

ad 2. Tapasztalatom szerint a katonai elöljárókkal akkor adódnak nézeteltérések, ha az orvos magatartásával nem tudja bizonyítani, hogy orvosi tevékenysége — melyet a katonaorvosi pályával való teljes azonosulással végez — az egység érdekét szolgálja. Valahogy úgy lehet ezt megfogalmazni, hogy a szakács azért ölt szakács ruhát — ami nem katonás —, hogy minél higiénikusabb, jobb legyen az étel, a szerelő azért lesz olajos, piszkos — ami alakiatlan — mert precízen el akarja végezni a rábízott feladatot. Mindkettő tevékenységének az a hitele, hogy a gulyás jó ízű legyen, illetve a motor ne fulladjon le. Egy idős parancsnok barátom mondta nekem a következőt: „Tudod, nekem nem az kell, hogy a doktorom megfelelő szögben szalutáljon, hanem az, hogy tisztjeim, meg a katonáim biztonságban érezzék magukat, számítani tudjunk az *orvosunkra.*"

Úgy gondolom, hogy — az előző szempontok betartása esetén — a hivatásos orvos tisztet elfogadják az elöljárók és nem keletkeznek szerep különbözőségből eredő konfliktusok.

ad 3. Békeidőben is előfordulhatnak olyan konfliktusok, melyeknél az orvos szerep és a katonatiszti szerep más, ellentétes magatartást kíván az illető egyéntől. Pl. orvosi vizsgálat során kiderül, akár hivatásos, akár sorállományú egyénről, hogy alkoholos állapotban a katonai normatívákkal összeegyeztethetetlen magatartást tanúsított. A tiszti szerep azt követeli, hogy fegyelmi eljárás induljon. Az orvosi szerep pedig azt, hogy az alkoholizmust, mint tünetet meg-

fejtsük és az egyént gyógykezeljük. Súlyosabb társadalmi normasértő magatartásokat kivéve, orvosi hivatásunk normái szerint járunk el. Tevékenységünk során azt azonban szem előtt kell tartanunk, hogy az orvos—beteg kapcsolat az egyén belső problémáira megoldást jelenthet, de nem mentesít a külső normasértés felelőssége alól. Világosan kell látnunk azt is, hogy nyilván más lesz az orvos-tiszt magatartása pl. ha ügyeletes tiszti szolgálatot lát el.

Megpróbáltam körülhatárolni azt a területet, ahol a csapatorvosnak lelki segítségnyújtást kell adnia. Az eset ismertetésével, egy orvos—beteg találkozás bemutatásával az orvosi szemléletmód kibővítését szándékoztam elérni.

A gyógyszeres therápiáról kétféle szélsőséges nézet figyelhető meg:

1. A biológiai betegségek mintájára, szinte kizárólag gyógyszerekkel segítünk a lelki betegeken.

2. Szélsőséges pszichológiai szemlélet, mely szerint a lelki betegségek eredetüknek megfelelően csak lelki gyógymódot igényelnek.

Osztályunkon — az ún. kis-pszichiátria területén azt az álláspontot alakítottuk ki, hogy a pszichotherápia elengedhetetlen a gyógyításban, de gyakorta nélkülözhetetlen a gyógyszeres kiegészítő kezelés.

A csapatorvosi munkában elsősorban csak a kis pszichiátriai tevékenység — neurózisok, depressziók, pszichoszomatikus betegségek gyógyítása — jelentős, mert az elmebetegségek szakorvosi ellátást igényelnek.

Legfontosabb a szorongásoldók alkalmazása, melyek az orvosi szóval együtt adva komoly therápiás értékkel bírnak.

Melyek a legfontosabb elvek a gyógyszerek alkalmazásával kapcsolatban:

1. Az ún. minor tranquillansok közül a Seduxen, Elenium, Trioxazin, Andaxin, Dalgol adása javasolt, annak a figyelembevételével, hogy tartós gyógyszerszedés esetén megszokás veszélye áll fenn.

2. A maior tranquillansok közül extrém nyugtalan állapotban a Haloperidol-Pipolphen, vagy a Tisercin-Pipolphen kombináció vált be a leginkább.

3. Alvászavarok esetén Eunoctin, Noxyron kedvező hatású, barbiturát származékoktól lehetőség szerint tartózkodjunk.

4. Hangulatjavítókat célszerű szakorvosi konzultáció után adni, mivel a depressziók egyes típusainál váratlan hatásokkal kell számolnunk. A thymolepticumokat leggyakrabban tranquillansokkal együtt adjuk.

Перци Й., майор м/с:

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЗОВ НА УРОВНЕ ВОЙСКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ.

Dr. József Pörczi Maj. d. Med. Dienstes:

BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER NEUROSE BEI DER TRUPPE — MEDIKAMENTÖSE THERAPIE.

Mycosolon®

kenőcs



ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2% miconazolumot és 0,25% mazipredon.-t tartalmaz.

JAVALLATOK

Dermatophyták vagy más által kiváltott, kifejezett gyulladással, illetve irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekcémák, intertrigo, interdigitalis és különféle eredetű mycosisok.

ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárányhimlő.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1-2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet.
Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig.
Fülinfekció esetén: naponta kétszer vezessünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-csíkot a teljes gyógyulásig.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

Dr. Nagy Ervin orvos őrnagy

A neurózis gondozása csapatnál

A gondozás a gyógyító-megelőző ellátás legfontosabb munkamódszere. Többet jelent a puszta gyógyításnál és minőségileg különbözik a szakorvosi ellátástól is. Magába foglalja munkánk legfontosabb célját, orvosi szemléletünk egészét meghatározó megelőző tevékenységünket; jelenti a szó szoros értelmében vett gyógyítást, valamint a gyógyulás és a munkába állítás közötti, esetleg még rendkívül bonyolult feladatot igénylő rehabilitatiót egyaránt. A gondozó munka ennek a hármas követelménynek eleget téve felelhet csak meg céljának.

Egy populáció gondozása csak megfelelő társadalmi szervezettséggel és az egészségügyi ellátás igen magas fokán valósítható meg. Katonai körülményeink között ezek a feltételek mind a szervezettséget, mind az egészségügyi ellátás színvonalát illetően adottak, azonban az egészségügyi szolgálat erői és eszközei a parancsnoki állomány segítsége nélkül nem elégségesek. Most nem csak az egészségügyi szolgálat munkafeltételei biztosítására, a katonák rendelésen való megjelenésére vagy az egészségügyi szabadságok kiadására célzok. A psychiatriai panaszokkal jelentkező betegek túlnyomó többsége nem a szó tankönyvi értelmében vett neurosisban szenved, hanem az interpersonalis psychopathológia körébe tartozó valamilyen psychés érintettséggel jön hozzánk; gondolok a neurosisokon kívül a személyiségzavarokra, krízis helyzetekre, suicid megnyilvánulásokra, alkoholizmusra, exhaustiókra, megoldatlan konfliktusokra stb. A felsorolt „betegségek" jelentős része nem mérhető hagyományos egészségbetegség kategóriákkal, azonkívül a parancsnoki állománynak is éppen ezek a „nem hagyományos betegségek" okozzák a legtöbb gondot, s az egészségügyi szolgálattól várják el ezek megoldását. Az egészségügyi szolgálat viszont ezeket nem tudja megoldani, legfeljebb felismeri az okokat, s megoldásokat javasol, de az intézkedési lehetőség a parancsnokok kezében van. Ez a kettősség azt jelenti, hogy mind a csapatorvosra, mind a parancsnoki állományra feladatok hárulnak a gondozási munka során, érdekeik közösek és felelősségükben is osztozni kénytelenek.

Első hallásra talán furcsán hat a közös érdek, még inkább a felelősség, de bizonyára nyilvánvaló lesz a dolog, ha egy psychésen dekompenzálódott katona őrségbe állításáról, suicid kijelentéseiről, netán megvalósított suicid cselekményéről, rendkívüli eseményekről beszélünk. Ez a parancsnoki felelősség az, ami adott esetben komoly segítségünkre lehet a vezető állomány megnyerésében, s ha az érdekközösséget sikerül velük elfogadtatni és felismertetni, a gondozói feladatok megoldásában mellénk állíthatja őket.

A másik gond a csapategészségügyi szolgálaton belül van. A nem psychiater kollégák hajlamosak csak akkor elfogadni a betegséget, ha objektív elváltozást találnak, egy részük elismeri a psychosomatikus és funkcionális kórképek létezését, de egy adaptatiós zavart már többnyire csak fegyelmezetlenségnek tudnak elképzelni. A szemlélet megváltoztatásához azonban segítségre van szükségünk mind a parancsnoki, mind a csapatorvosi állomány részéről.

Csak a csapat tagozatban oldható meg a psychiatriai szempontból érintett, veszélyeztetett, de magától orvoshoz nem forduló állomány felkutatása. Fokozott figyelmet kell szentelnünk a hivatásos állománynak. Sok-sok éve végeznek idegileg és fizikailag egyaránt nagyon igénybe vevő munkát, szervezetük elhasználódott; főleg az idősebbek egy része idők folyamán végzettségénél magasabb beosztásba került, s ennek csak ereje végső megfeszítésével tud eleget tenni, — és nem elhanyagolható szempont, hogy némelyikük psychés panaszával szégyell orvoshoz fordulni, illetve nem tartja betegségnek, ezért nem is jut ez a lehetőség eszébe. A fáradtság, feszültségek, hangulatzavar, szorongás oldására esetleg italhoz folyamodnak, s a felületes szemlélő a beteg helyett csak egy italozó ember fegyelmi problémáját fogja látni. Nem szabad *Bleuler* tanítását elfelejteni: Az alkalmi részegek nagy része krízis szituációban van, és bánatában iszik! Előfordul, hogy a 45—50 éves tiszt bizonytalan panaszokkal küzd és általános kivizsgálást kér, a parancsnoka ezzel egyidőben nyugállományba helyezését támogatná, s a kivizsgálás során megindul a MUCSÖ-höz a „százalékgyűjtés", pedig az esetek egy részében csak arról van szó, hogy az illető nem érzi jól magát a beosztásában, insufficientia érzése van, emiatt neurotizálódik, parancsnokai észreveszik a teljesítmény csökkenést és senki nem tudja hogyan segíthetne a betegen, ezért ha a lehetőségek jogilag engedik, inkább hozzájárulnak leszereléséhez.

Annak illusztrálására, hogy egy psychés probléma milyen betegséget tud produkálni, s a psychotherápiás beavatkozás milyen eredményt hozhat, ismertetek egy esetet osztályunk anyagából. *28. éves ht tiszt.* Polgári kórház belgyógyászati osztályáról vettük át. Kórházi felvételére az szolgáltatott okot, hogy 17 tbl. Valerianát vett be, mert azt gondolta, hogy rá nem hatnak a gyógyszerek. Suicid szándékot negált. Exploratiókor elmondta, 4—5 éve jött rá, hogy gondolatvilága eltér attól, amit normálisnak neveznek. Úgy érzi, anélkül tud mások gondolatairól tájékozódni, hogy azt kimondanák. Sokszor az az érzése, hogy nem tudja a valóságot elválasztani a képzelettől. Hirtelen gondolatok után üresség támad a fejében. Ha egyedül van a szobában, akkor is úgy érzi, hogy még valaki van bent; csak a páncélszekrényét érezte biztonságosnak. Bizonytalansága miatt otthon is minden ajtót bezárt. Éjszaka újra álmodta a nappal megélt dolgokat, máskor az éjszakai álmai nappal valóra váltak pl. álmában kapott a főnökétől egy utasítást, a pár nap múlva ez a valóságban is megismétlődött. Máskor az az érzése támadt, hogy sérthetetlen, ha elhatározná, hogy kiugrik az ablakon, akkor sem lenne semmi baja. Állítólag ilyen meggondolásból bevett 10 tbl. Seduxent is, s nem történt semmi, ezért utólag kételkedett benne, hogy valóban bevette-e a gyógyszert. Megváltozottnak érzi a külsejét. Egyenruhában esetlenebbnek érzi a mozgását. Olyanok is köszönnek neki az utcán, akiket nem ismer, ez olyan mint a telepathia. Exploratio közben is közölte, hogy éppen olyan üres lett a feje, mint szokott lenni. Néha nagyon egyszerűnek érzi a környezetét, ilyenkor előre tudja mit mond a beszélgető partnere. Az is felmerült benne, hogy nyugodtan magára süthetné a pisztolyát, semmi baja nem esne.

Az első vizsgálat alapján a vizsgálóban schizophreniás processus lehetősége merült fel. A további beszélgetésekből még kiderült, hogy anyja hangulatilag labilis, lehangoltságra hajló személyiség, „különös megérzései vannak"; nővére labilis alkat, de inkább cirkuláris jelleggel. A beteget gyermekkorában szigorú pedantériával nevelték, ha valami nem volt rendben, szorongott. A birtokában levő tárgyak biztonságérzettel és örömmel töltötték el. 17 éves kora körül kezdett filozófiával, psychológiával és határterületeikkel foglalkozni, ezzel együtt merült fel benne a lét és nem

lét, valamint az élet értelme problémája. A Szovjetunióban végzett katonai főiskolát. Családon belüli problémája, hogy felesége szovjet állampolgár, két gyermekük van és az asszony nem tudott nálunk megfelelően elhelyezkedni. Szolgálati beosztásában nem érezte jól magát, fő panasza, hogy nem olyan munkakörben foglalkoztatják, ami végzettségének megfelel; ő mérnök és mégis parancsnoki feladatokkal kell foglalkoznia; értelmetlennek tartotta, hogy olyan parancsokat adjon a katonáknak, amelyek értelméről maga sincs meggyőződve; nem bír kiabálni velük, mint társai, emiatt úgy érzi, hogy a tisztek közül is kilóg. Insufficientia érzései miatt két alkalommal is leszerelési kérvényt adott be — még megbetegedése előtt —, de nem fogadták el.

Observatiója alatt panaszai ellenére sem keltett bennünk psychotikus benyomást, az explorált adatok élményhátterét nem éreztük meggyőzőnek. Ellene szólt a sok reactiváló tényező is. Psychológiai vizsgálat során psychopathiás személyiségadottságai kerültek előtérbe, kétségtelen neurotikus decompensatióval. MUCSÖ előtt 40%-ot kapott az előbbi kórisme alapján. FÜV döntése: „alkalmas, csak tanult szakmájának megfelelő beosztásban foglalkoztatható" volt.

2 hónap elteltével ismét fel kellett vennünk a kórházba, gyakorlatilag az első felvételkor előadott panaszai miatt. Psychotikus jellegű panaszai ellenére most sem éreztük psychosisban szenvedő betegnek. Ekkor kaptunk parancsnokától egy részletes jellemzést (a korábbi bentfekvéskor is kaptunk, ezt azonban alacsonyabb szintű parancsnoka írta, s nem tartalmazott számunkra minden fontos adatot), ebben leírták, hogy a beteg az általa katathymiásan elmondottakkal ellentétben katonai híradó-parancsnoki szakon végzett, s ilyen beosztásban is foglalkoztatják. Tevékenységével összességében meg voltak elégedve, 1978-tól 3 alkalommal kapott jutalmat, 1 alkalommal dicséretet, múlt év szeptember 29-re felterjesztették a Haza szolgálatáért érdemrend bronz fokozatára, ezt a felterjesztést leszerelési kérvénye miatt vonták vissza.

Az új adatok birtokában hosszabb exploratív psychotherápiás beszélgetés során confrontáltattuk korábbi életvezetésbeli panaszaival. Némi ellenállás után elismerte, hogy a helyzet eltér az általunk eddig ismerttől, alapvető problémája ugyan a katonai beosztásával van, de nem történt vele semmi jogtalanság. Az eset átbeszélése után megindult nála egy stabilnak tűnő kompenzálódási folyamat, korábbi psychotikus jellegű panaszai megszűntek, jelenleg is szolgál.

Tanúságként összefoglalhatjuk; kétségtelenül psychopathiás személyiségadottságú beteg katonai és magánéletbeli nehézségek hatására dekompenzálódott, s psychotikus jellegű panaszok miatt került sor kórházi felvételére. A nem kielégítő heteroanamnesztikus adatok miatt kezelése az első menetben nem hozta meg a kívánt eredményt, MUCSÖ elé is kellett állítanunk. Második kezelése során a teljes helyzet ismeretében lehetővé vált eredményes psychotherápiás jellegű confrontatio után a teljesnek látszó katonai rehabilitálása. A beteg parancsnoka, csapatorvosa és a magunk számára leszűrhető tanulság, hogy együttes munkánk nem volt maradéktalan, mert ha hamarabb tudjuk létrehozni egymással a megfelelő munkakapcsolatot, akkor egy betegségfolyamatot több héttel lerövidíthettünk volna.

A hivatásos állomány gondozását illetően annyival könnyebb a csapatorvos dolga, hogy személyes jó ismerőseiről van szó, akiknek egészségügyi történéseit évek óta figyelemmel kíséri, számtalanszor találkozik velük nem rendelői körülmények között is, ismeri a családjukat, beszél róluk az elöljáróikkal, s egy jól körülhatárolt, számontartható csoportról van szó. Közülük a psychiatriai szempontból fokozott figyelmet igénylők kiemelése viszonylag könnyű feladat.

Nehezebb a dolog a sorállomány vonatkozásában. Az állomány változik, nagy a létszám, nincs velük személyes kapcsolat, nem megfelelőek a heteroanamnesztikus adatok, — a parancsnokok a psychés problémák mögött gyakran csak fegyelmi kérdést látnak —, s a betegek mellett jelentkező, kedvezményekre vágyó ügyeskedők is nehezítik az orvos helyzetét. Néhány dolog azonban segítségünkre lehet. Bevonuláskor történik az egészségügyi könyvek kitöltése, itt az anamnézis rész kiegészítése néhány adattal a későbbiekben hasznos iránytű lehet. Pl.: volt-e ideg- vagy elmebeteg, öngyilkos, büntetett személy, potator a családban, ugyanezek előfordultak-e a beteggel, volt-e koponyasérülése, eszméletvesztése, agyrázkódása, 5-nél több munkahelye, félbehagyott szakma-

tanulás, fegyelmi ügyei, önkényes kilépés munkahelyről. Ezeket a kérdéseket egy ügyesebb egészségügyi katona is felteheti, s az adatok alapján már felmerül, hogy kivel lehet baj a továbbiakban. Fontos, ha a fogság fenyítésben részesülők vizsgálata nem formális, érdemes a fenyítés okát és körülményeit a betegtől pontosan megkérdezni. A rövid exploratio során is felmerülhet későbbi psychiatriai foglalkozás szükségessége, a fenyített katona is gyógyszerre szorulhat, esetleg elejét vehetjük későbbi explozív reakcióknak. Váratlan fegyelemsértések mögött krízis-szituáció, vagy akár psychiatriai betegség húzódhat meg! A közelmúltban volt egy esetünk, amikor majd egy éves kiemelkedően jó katonai szolgálat után a beteg viszonylag banális psychotraumát követően a parancsnok által fegyelmezetlenségnek megítélt kihágásokat követett el, fenyítették, s szokásos deviáns karrier után került sor osztályos felvételére, majd psychoticus epizód miatt kellett leszerelnünk.

Ez persze egészen szélsőséges eset volt. A csapatorvosi gyakorlatban előforduló psychiatriai esetek, mint említettem, rendszerint nem psychosisok, hanem a betegség az interpersonalis psychopathológia körébe sorolandó. A veszélyeztetett populatio megoszlását jéghegy-szerűen kell elképzelni, orvoshoz csak az érintettek töredéke kerül; katonai körülmények között azonban a korlátozott lehetőségek miatt a jéghegy csúcsa jobban kiáll a vízből. Fokozottan várható krízis helyzet előfordulása kiegyensúlyozatlan személyiségeknél, akiknek csökkent az adaptív készsége; elsősorban ezeknél várható alkoholizálás, drog-abusus, suicidium. Hangsúlyozni kell azonban, hogy a krízis helyzet nem szűkíthető le betegekre vagy betegségcsoportokra, hanem — elsősorban a teendőket illetően — az átlagember hétköznapi problémájával állunk szemben. Az állapot idő- és helyfüggő, körülhatárolt körülményekre vonatkozik, s a krízis ténye a környezet számára utánérezhetetlen, esetleg nem is nyilvánvaló. Kizárólag a beteg szubjektív megélése a döntő; aki segítség híján a legképtelenebb menekülési reakciókat produkálhatja, katonai nyelven szólva bekövetkeznek a rendkívüli események; szökések, primitív suicid megnyilvánulások, heteroagressziók, parancsmegtagadások. Ilyen esetben a körülményeket ismerő orvos rendkívül sokat tehet további dekompenzáció megakadályozására, illetve a konfliktusok megoldásában.

A preventio esetleg kiegészíthető az alakulat egészét átfogó szűréssel is. Létezik önkitöltős neurosis-teszt, amit bevonuláskor az újoncokkal kitöltetve hasznos adatokat nyerhetünk az állomány veszélyeztetettségéről.

A gondozási munka leghagyományosabb része a gyógyítás. Egyik orvosi szakma művelője sincs annyira ráutalva a csapatorvosok és a parancsnoki állomány segítségére, mint a psychiater. A beteget előttünk — esetleg rendszeresen — észlelő kollégák rengeteg apróságot tudnak a betegről, amelyek ismerete nélkül nagyon nehezen boldogulunk. Fontos tudnunk, hogyan kezdődött a betegsége, kapott-e már gyógyszert, s mennyi ideig, volt-e hatása, gyakran járt-e a gyengélkedőre, ha rosszullétei voltak, hogyan zajlottak le, esetleg a gyengélkedőre lekísérő társai azt hogyan mondták el, vannak-e problémái stb. Kiemelkedő jelentőségű számunkra a parancsnoki jellemzés is, s tudjuk, hogy ezek elkészítésében mekkora szerepet vállalnak a csapatorvos kollégák, — tanácsadással, szempontok megadásával, szorgalmazással. A jó szemű paraancsnok rengeteg dolgot észrevehet a betegnél, változott-e a hangulata, magatartása, a többiekkel való viszonya, kiképzési eredménye, fél-e bizonyos feladatoktól, pl. őrségtől, valóban nem tud valamilyen kiképzés követelményeinek eleget tenni, milyenek a képességei a tanulásban, bírja-e a fizikai terhelést, van-e családi problémája, ami miatt beteg; milyen az anyagi helyzete; ha nős, milyen a viszonya a felesé-

gével, anyósával, s még sorolhatnám tovább. Arra is kíváncsiak vagyunk, mit gondol az orvos és a parancsnok, alkalmas-e az illető beteg egyáltalán katonának.

A betegek egy részét ambuláns vizsgálat után a gyengélkedőn kezeljük, s viszonylag hosszabb időt töltenek itt. Tudott dolog, hogy az antidepresszánsok kb. 2 hét alatt hatnak, nem egyszerre szűnik meg a szorongás, az alvászavar, javul meg a hangulat, jön vissza az aktivitás. Közben a gyógyszeradagolást is változtatnunk kell, ezért a beteg kontrollra küldésekor az eltelt néhány nap észleléseiről a lehető legrészletesebb leírásra van szükségünk: milyen komplikált feladat egy enuresis csapatnál való gyógyítása, amikor 2 hónapig kell a beteget obszerválni a kiképzésen való részvétel mellett.

Gyakran előfordul, hogy szociális jellegű problémákkal keres fel bennünket a beteg. Ilyen esetben a szakrendelés vagy a kórház nem sokat tehet, annál többet a csapatorvos. Elintézheti pl. hogy a katonát parancsnoka hazaengedje, ne legyen kitéve társai részéről különféle szekatúráknak, ne osszák be őrségbe, ha ki van fáradva, foglalkoztassák másik beosztásba, kapjon segélyt stb.

Főleg újonc katonákkal fordul elő, hogy már a kiképzés első napjaiban jelentkeznek a gyengélkedőn, vegetatív rosszullétek, ideges panaszok miatt felvételt nyernek, s addig ott is maradnak, amíg teljesen hospitalizálódva lehetetlenné nem válik az alegységhez való visszaküldésük. Háborús tapasztalatra utalok — gondolhatunk a II. világháborúra, vagy akár Vietnamra is — amikor harci körülmények közé csak azok a psychiatriai betegek voltak gyógyulás után visszaküldhetők, akiket nem szállítottak hátra a hátországba, hanem az egészségügyi kiürítési szakaszok valamelyik állomásán kezelték őket. Itt a harcoló csoport morális összetartó ereje nem engedte, hogy ezek a betegek kivonják magukat a többiek feladata alól. A psychiatriában először a katonai sátorkórházak sajátos légköre bizonyította a szociális faktorok hatalmas erejét. Itt egymásra volt utalva a beteg, ápoló, orvos egyaránt; ugyanolyan körülmények között szenvedtek, dolgoztak, közösen vállalták a gyógyítás feladatát. Az orvos—beteg kapcsolat ezen minőségileg új szervezési formáját 1946 óta találó kifejezéssel therápiás közösségnek nevezzük.

A therápiás közösségben a hagyományos tekintély struktúra helyett egy — legjobban „a másik emberhez való odafordulás" kifejezéssel jellemezhető — új viszony-rendszer alakult ki. A megváltozott légkörben a betegek tevékeny részt vállalnak saját gyógyulási folyamatukban, ez lehetővé teszi számukra, hogy jobban megismerjék saját reakcióikat, és lássák azok másokra kifejtett hatását. Ebben a védett környezetben lehetőséget kapnak új magatartásmintáik kialakítására, ugyanakkor az állandó kommunikációk és konfrontációk során meg is győződhetnek patternjeik használhatóságáról.

Egy ilyen minőségileg más miliő létrehozásához nélkülözhetetlen, hogy az egész személyzet magáévá tegye a therápiás közösség elveit, amelyek a következők:

— Az osztályt érintő kérdésekben mindenkinek a véleménye egyenértékű, orvosé, nővéré, betegé egyaránt.

— El kell viselni a zavart, „rendetlen" viselkedést, a megbeszélés jobb, mint a formális fegyelmezés.

— Mindenki szabadon kifejtheti véleményét.

— Mindenkit arra kell biztatni, hogy problémáit mondja el, és magyarázza is meg azokat.

A therápiás közösség fogalma tehát szemléletmódot és arra épülő osztályszervezést, munkamódszert, kapcsolatrendszert, viszonyulásokat jelent; felhasz-

nálja a szocio- és psychotherápiás módszereket a somatikus kezelés mellett. Összességében miliő-therápiának is nevezhetjük.

Ez a szemléletmód psychiatriai betegek kezelésénél nem mellőzhető, s ez nem csak a szakellátásra és a kórházi osztályokra érvényes, hanem az alapellátásra is, vezérelve kell legyen a csapatorvos gondozói tevékenységének is.

Az eddig elmondottakból már kiderült, hogy a *gondozás hármas feladatát* a csapatorvosokkal megosztva látjuk el, az egyes részfeladatok elvégzéséből azonban természettől fogva nem ugyanolyan részt vállalunk. A szakellátást illetően a kórház vállal többet, a megelőzés és a rehabilitatio vonatkozásában a feladatok oroszlánrésze az orvosra és a parancsnoki állományra hárul. A rehabilitatiós munka részben preventio is, gondoljunk a nem megfelelő rehabilitatio miatt kialakuló forgóajtó-psychiatria jelenségre, amikor a beteg ki-be jár a kórházba, csak éppen soha nem jön rendbe.

Gyakori gondunk, hogy amikor a kórházi kezelés nem leszereléssel, hanem alakulathoz bocsátással, eü. szabadság engedélyezésével, különféle könnyítések javaslatával végződik, akkor a beteg a nem megfelelő rehabilitatio miatt tovább dekompenzálódik. Vannak parancsnokok, akik számára a betegség mércéje a leszerelés, s miután a katonát szolgálatképesen kapta vissza, bizonyítottnak véli, hogy nem is volt beteg, tehát az az előzmény, ami miatt psychiatriai osztályra került — suicid kísérlet, szökés, rendbontás stb. — nem hagyható megtorlás nélkül, s az általunk tervezett katonai rehabilitatio helyett kitolások, fenyítések vagy éppen ügyészségi eljárás és elítélés következnek. Ha egy alakulatnál ilyen helyzet alakul ki, akkor a beteget nem tudjuk visszaküldeni szolgálni, hiszen a neurotikus betegségelőny a várható gyógyulás hátrányával szemben olyan nagyfokú lesz, hogy a beteg vagy nem lesz hajlandó meggyógyulni, vagy később egy valódi suicidiumba menekül. Ilyenkor a beteg érdekében érdemes — jó értelemben véve — visszaélni az orvos tiszti tekintélyével is, s meggyőzni a magasabb és beosztott parancsnoki állományt az elnézőbb bánásmód szükségességéről. Ezzel az egyéni, alkalmi segítséggel megfordíthatjuk azt a circulus vitiosust, amibe a katona egyébként óhatatlanul belesodródna. Ez annál is nehezebb, mert pl. suicidium esetén a parancsnoknak előzőleg a beteg egy sor kellemetlenséget okozott a rendkívüli esemény jelentési kötelezettségével, s emiatt a parancsnokok többsége nehezen hajlik az elnézésre. Van persze ellenpélda is, psychopathiás adottságokkal küzdő beteg suicid cselekménye után osztályon kompenzálódott, a reaktiváló tényezőket sikerült megszüntetni, s psychotherápiás támogatással eredményesen szolgált tovább.

A rehabilitatiónak tehát van egy orvosi és egy parancsnoki része, s katonai körülmények között egyik a másik nélkül elképzelhetetlen. A neurotikus betegek kezelésében, majd rehabilitatiójukban minden gyógyszerelés, kórházi kezelés, beosztásváltozás, kedvezmények adása stb. mellett legnagyobb jelentősége a psychotherápiának van. A psychotherápiás munka olyan gerince a „kis-psychiatriai" kezelésnek, amelyre a többi kezelés ráépül, de nélküle eredménytelen. Csapatgyengélkedőn is van mód az egyéni és csoportherápiás módszerek alkalmazására.

Néhány szót arról, mit nyújt a Magyar Néphadsereg Központi Kórház. — A rutin kezelések kapcsán a betegek racionális-emocionális psychotherápiában, illetve exploratív therápiában részesülnek. Fegyvertárunkba tartozik a Rogers-féle krízis intervenció. Psychofiziológiai laboratóriumunkban a diagnosztikai munka mellett egyéni feltáró therápiák folynak, s folyamatban van — egyelőre a ht. állomány és családtagjai számára — kiscsoport therápia szervezése. Alkalmazzuk az autogén tréninget. A középkáder állomány részére részben

önismereti, részben továbbképzési céllal személyzeti szabad interakciós kiscsoportokat vezetünk. Rendszeresen találkozunk csoportos foglalkozások keretében utókezelésre bejáró korábbi alkoholista betegeinkkel, s más időpontban ugyanilyen szervezésben tartjuk a kapcsolatot psychosis maniaco-depresszívában szenvedő, lithiumot szedő és ellenőrzésre bejáró betegeinkkel. Legutóbbi eredményünk psychotikusok számára szervezett rehabilitatiós kiscsoportunk beindítása.

Másfél éves múltra tekinthet vissza az osztályos betegek részére tartott vegyes csoportfoglalkozás sorozatunk. Azt tapasztaltuk, hogy a kezdeti idegenkedés után a betegek szívesen vettek részt a foglalkozásokon. Naponta tartottunk össszejövetelt azonos időben és helyen. A részvétel önkéntes volt. A csoport nyílt rendszerben működött, az új betegek bekapcsolódtak folyamatosan, a régiek kibocsátás után kimaradtak. A foglalkozásokon az orvosok, illetve psychológusok mellett a középkáder állomány is képviseltette magát. A beteglétszám a forgalomtól függően változott 15—25 fő között. Szakmai értelemben véve nem tekintettük sem kis-, sem nagycsoportnak, az aktuális dinamikai történésektől függött, hogy melyik sajátosság került előtérbe. 2—3 therapeuta felváltva vezette, ez kontrollként szolgált számunkra. Az ülésekre a dinamika hullámzása volt a legjellemzőbb. Kezdeti szervezetlenség és tanácstalanság után nagycsoport témák jöttek elő; főleg az osztály rendjével, kedvezményekkel, az ápoló személyzet magatartásával kapcsolatos kifogásokat mondtak el. Ezek jogossága esetén megtettük a kellő lépéseket, adott esetekben az intézkedésről utólag tájékoztattuk a betegeket. A nagycsoport témák megbeszélése után a csoport egyre szervezettebb, intimebb lett, s személyes témák előkerülésével kiscsoport jelleget öltött. Célunk a Maxwell Jones-i értelemben vett therápiás közösség megvalósítása volt — korábban erről már szóltam —, de be kell vallani, hogy ez nem sikerült maradéktalanul. Az ápoló személyzet egy része idegenkedve figyelte munkánkat, s volt aki csak annyit értett meg belőle, hogy a beteg panaszkodott rá. Mentségükre szóljon, hogy idősebb ápolóinknak már eddig meg kellett érniök, hogy az elmebeteg a teljes jogfosztottságtól, bezártságtól eljutott odáig, hogy nem olvassák el leveleit, késsel-villával ehet, gyufa van nála; sőt, nincs bezárva az ajtó sem előtte. Eljutottunk egy teljesen más küllemű, szervezettségű, más funkciójú osztályhoz, „ideg-zárt"-ból psychiatria lettünk. Ehhez a változás sorozathoz nem mindnyájan tudtak alkalmazkodni, ez a személyzeten belül átmenetileg komoly ellentétek forrása volt. Ennek felszámolására szerveztük kicsit megkésve ápolóink számára szabad interakciós önismereti csoportunkat, egyre nagyobb sikerrel.

Az irodalom nem ajánlja psychopaták csoportba vonását, de mi ettől — mivel beteganyagunk jelentős részét képezik —, nem tekinthettünk el. Nos ezek a fiúk többnyire betegként is megállják helyüket. Egyik nagyszerű pillanatunk volt, amikor egyikük hányatott sorsát panaszolta el a többieknek, s egy hasonló társ közölte vele, hogy — az a bajod neked, hogy nem szeretsz dolgozni! — amit persze az illető meglepve hallott, tiltakozott is ellene, de később a csoport hatására, érveiket elfogadva hajlandó volt elismerni.

A csoportmunka idején kevesebb volt a suicid fenyegetődzés, értelmetlen psychopathiás opponálás, dacreakció, jobb lett az osztály légköre. Idővel mi is hozzászoktunk, hogy a témák forgatókönyvszerűen visszatérnek, s más-más betegekkel vesszük sorra ugyanazokat a gondokat a katonai szolgálatról, családról, neveltetésről, életvezetési buktatókról.

Az általunk felkínált lehetőségekből választva a legtöbb csapatgyengélkedőn megvalósítható a gondozási munka psychotherápiás egyéni vagy csoport-

foglalkozásokkal való kiegészítése. Hosszú távon rendkívül gyümölcsöző az alakulat legtöbb gondot okozó, beilleszkedési nehézségekkel küzdő néhány katonájával való foglalkozás, későbbi — esetleg komoly következményekkel járó — eseményeknek vehetjük így elejét. A szükséges psychotherápiás előképzettség megszerzéséhez bármely kórházunk psychiatriai osztálya segítséget nyújt.

Надь Э., майор м/с:

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НЕВРОТИКОВ НА УРОВНЕ ВОЙСКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Dr. Ervin Nagy Maj. d. Med. Dienstes:

NEUROSEFÜRSORGE BEI DER TRUPPE.

Dr. Bernát Iván ny. orvosezredes, az orvostudományok doktora

Az anaemiás betegek vizsgálatának gyakorlati kérdései II.

A szerző a vérszegénység diagnosztikáját ismerteti. Részletesen tárgyalja a kórelőzmény felvételének és a fizikális vizsgálatnak a sajátosságait vérszegénység esetén, foglalkozik a tájékoztató vérvizsgálat jelentőségével, s ezen belül különösen a festett vérkenet vizsgálatának fontosságára hívja fel a figyelmet.

A vérszegénység diagnosztikája

Ha a beteg vérszegénységre gyanús, mindenekelőtt három kérdés vár megválaszolásra:

(1) valóban anaemiáról van-e szó? (lásd: A vérszegénység definiciója); amennyiben igen, úgy

(2) mi az anaemia típusa? (lásd: Morphologiai osztályozás); és végül

(3) mi az anaemia oka?

Ez utóbbi kérdésről az alábbiakban lesz szó.

A kórelőzmény felvétele

A beteg kórelőzményét nagy körültekintéssel kell felvenni. A gondos kikérdezésnek klinikai jelentőségét az adja meg, hogy ennek révén sokszor közelebb juthatunk *a vérszegénységet előidéző betegség* felismeréséhez.

A kórelőzmény felvételére már azért is különös gondot kell fordítanunk, mert tapasztalat szerint a betegek egy része nem minden panaszát tartja érdemesnek arra, hogy orvosának beszámoljon róla. Egyesek úgy vélik, hogy azok nem is valamely betegség következményei, hanem az egészséges ember életének szükségszerű velejárói és ezért nem beszélnek róla. Vannak, akik azt hiszik, hogy gyakori fejfájásuk, fokozott ingerlékenységük „alkati sajátosság" vagy „idegesítő életkörülményeik következménye". Azért fáradtak és álmosak, mert „sokat dolgoznak és keveset alszanak". Ajkuk azért száraz, repedezett, mert „kifújta a szél", szájzúgi berepedésük azért van, mert „elrontották a gyomrukat", vagy „ittak valaki után".

Az önként előadott panaszok meghallgatása után a „haematológiai" jellegű problémákon kívül ki kell térni más szervrendszerek működészavarára utaló

esetleges szubjektív és objektív tünetek megbeszélésére, a régebben lezajlott megbetegedésekre, sérülésekre és esetleges műtéti beavatkozásokra, továbbá a foglalkozás, a hivatás körülményeire, a ház körüli tevékenységre, az életmódra, a sajátos szokásokra és a szabad idő eltöltésének módjára is. Fontos része a kórelőzmény felvételének a családban esetleg előfordult betegségek (vérzékenység? sárgaság? vérszegénység? stb.) tisztázása.

Különös figyelmet kell fordítani a következőkre:

(1) *életkor, nem;*

(2) *a panaszok kialakulásának üteme* (gyors, lassú). A rövid időn (egy-két napon vagy héten) belül kialakuló vérszegénység felvetheti a verseny vérzés, a haemolysis vagy az akut fehérvérűség gyanúját;

(3) *észlelt-e a beteg vérzést?* (vérhányás, vérköpés, orrvérzés, menorrhagia, metrorrhagia, véres széklet, véres vizelet stb.)

(a) A vérzés az anaemiák kialakulásának a leggyakoribb oka. Ebből a szempontból a *méhvérzés* és a *gyomor- bélvérzés* a legjelentősebb.

(b) A menstruációs vérzés nagyságát a nők nagyobb része nem tudja reálisan megítélni. Mindig kérdezzük meg a vizsgált személytől, hogy megítélése szerint a havivérzése gyenge, közepes vagy erős-e és azt is, hogy hány napig szokott tartani.

A nők átlagos menstruációs vérvesztesége 40—50 ml körül van, sokan azonban ennél jóval több (60—120, vagy még több ml) vért veszítenek. Elméleti számítások szerint — amit egyébként a gyakorlat is teljes mértékben igazol — a rendszeres 60—80 ml-nél nagyobb menstruációs vérveszteségeket a szervezet már nemigen képes kompenzálni. Ezért a menstruációs vérveszteség „normális" felső határát 60—80 ml-re teszik

(5. táblázat)

A gyomor-bélvérzések okai

Nyelőcső	*Epeutak*
Varix	Cholelithiasis
Hiatus hernia	Neoplasma
Gyomor	Pancreas aberrans
Varix	Aneurysma ruptura
Fekély	Intrahepatikus vérzés
Carcinoma	
Gastritis	*Vastagbél*
Leiomyoma	Colitis ulcerosa
Vékonybél	Amoebiasis
Fekély	Bélférgesség
Pancreas aberrans	Carcinoma
Meckel diverticulum	Teleangiectasia
Teleangiectasia	Diverticulum
Polypus	*Rectum*
Carcinoma (ampulla Vateri)	Aranyér
Enteritis regionalis	Fekély
Helminthiasis	Carcinoma
Vascularis occlusio	
Intussusceptio	
Volvulus	
Leiomyoma	

Forrás: Fairbanks, V. F. és Beutler, E., 1977. (4)

és ennél nagyobb vérzést már menorrhagiának tartanak (mert kóros következményekkel jár).

(c) A gyomor-bél vérzések nagyobb része hosszan tartó, viszonylag kis vérzés, amely nemegyszer a beteg előtt is rejtve marad. Gondoljunk arra, hogy már napi 6—8 ml vér elvesztése — amennyiben a vérzés elég hosszú időn át fennállott — elég lehet ahhoz, hogy vérszegénységet idézzen elő!

Mindig érdeklődjünk gyomor—bél panaszok után, mert az emésztőrendszer vérzéssel járó betegségei gyakran okoznak vérszegénységet, és olykor már a kórelőzmény pontos felvétele is helyes irányba terelheti gondolatainkat a rejtélyes anaemia okát illetően (pl. fekélybetegség, neoplasma, hiatus hernia, salicylatok rendszeres szedése, aranyér stb.)

(4) *emésztőrendszeri panaszok* (étvágytalanság, testsúlycsökkenés, nyelészavar, nyelvégés, hasi fájdalom, eflböfögés, hasmenés, székrekedés, hasi műtét?)

(a) Nyelvégés, időszakos hasmenés vagy más emésztési panasz elég gyakran fordul elő megaloblastos és vashiányos vérszegénységben.

(b) Sárgaság esetén mindig gondolni kell — egyebek között — haemolytikus betegség lehetőségére is.

(5) *Urogenitális szervek* (menstruációs zavarok, terhességek száma és az egyes terhességek közt eltelt idő, abortusok, koraszülés, halva szülés, nykturia, vérvizelés stb.)

(a) Menstruációs zavarok (hypo- és amenorrhoea, menorrhoea) elég gyakran fordulnak elő vashiánybetegségben.

(b) A terhesség a hyposiderosis kialakulásának egyik oka lehet. A hiányállapot kifejlődésének valószínűségét fokozza a többszörös szülés és még inkább az, ha a terhességek sűrűn követték egymást.

Vashiányos anyák terhessége háromszor gyakrabban végződik koraszüléssel és hatszor gyakrabban halott magzat szülésével, mint az egészséges anyák terhessége (Göltner, 1975.) (5).

(c) Veseelégtelenségben gyakran fejlődik ki vérszegénység. Olyan normochrom és normocytás anaemiában, amelynek aetiologiája nem tisztázott, gondolni kell vesebetegségre (legtöbbször idült pyelonephritisre) is, mint a vérszegénység esetleges okára.

(d) Ne feledkezzünk meg róla, hogy proteinuria előfordulhat — egyebek között — monoclonalis gammopathiában is.

(6) *Idegrendszer* (paraesthesia, nehezebb járás, a kéz ügyetlensége, fejfájás, szédülés, stb.)

A gerincvelő subacut kombinált degeneratiója, perifériás neuritis és (ritkán) psychés zavarok alakulhatnak ki B_{12}-vitaminhiány-betegségben. Korai és jellegzetes tünet lehet a vibrációs érzés megszűnése, a helyzet- és mozgásérzés zavara, az ataxia és a Romberg-tünet jelentkezése. Az érzészavarok rendesen kétoldaliak, szimmetrikusak. A paresisek egyaránt lehetnek centrális és perifériás típusúak.

(7) *Vérzékenység* (vérzés több helyről, elhúzódó vérzés kis beavatkozás — pl. foghúzás — után),

Érdemes esetleges régebbi petechiák, ecchymosisok, suffusiók után is érdeklődni.

(8) *Csontok, ízületek.* Csontfájdalom előfordul pl. myeloma multiplexben, heveny fehérvérűségben, malignus lymphomákban, myelosclerosisban. Ízületi fájdalom lehetséges ugyancsak heveny leukaemiában, továbbá haemolytikus betegségekben és lupus erythematodes disseminatusban.

(9) *Gyógyszerszedés, vegyszerekkel való foglalkozás, alkoholfogyasztás*

(a) Csontvelő károsító gyógyszerek és vegyszerek aplastikus anaemiát okozhatnak. Ilyenek a cytostaticumok, az antibakteriális, az antirheumás, az antiepilepsiás, az antidiabetikus készítmények, a láz- és fájdalomcsillapítók, valamint a sedativumok. A vegyszerek közül pl. a benzol (bőr- és festékipar, fényképezés, litográfia, a vegyipar más területei) és a különféle oldószerek (a háztartásban, a kozmetikában stb.). Minthogy ezeknek a kémiai anyagoknak a károsító hatása nemcsak az expozició után röviddel, hanem később — esetleg hetek vagy hónapok múlva — is érvényesülhet, a beteget visszamenőleg legalább 1/2—1 éves, esetleg még hosszabb időtartamra vonatkozólag is ki kell kérdezni.

(b) Csontvelőkárosító hatású az ionizáló sugárzás. Bizonyos dosis elnyelése után aplastikus anaemiát okoz (röntgenológusok, röntgen-asszisztensek, sugárzó izotópokkal foglalkozók, atomreaktorban, atomerőműben dolgozók).

(c) Fokozott haemolysist okozó gyógyszerek, vegyszerek:

— phenylhydrazin, naphtalin, nitrobenzol, trinitrotoluin, phenacetin, acetanilid, arzén, ólom, sulfonok.

— Ritkán (pl. G—6—PD-hiányos embereken) okoznak haemolytikus anaemiát egyes antimalariás gyógyszerek. Fokozott haemolysist idézhetnek elő különféle fájdalomcsillapítók, lázcsökkentők, nitrofuranok, sulfonamidok stb.

— Immunokémiai mechanizmus útján okozhat haemolysist pl. a penicillin, az INH, a PAS, a chlorpromazin, az L-Dopa vagy a methyldopa.

(d) Alkololfogyasztás (májbetegségek okozta vérszegénység, siderosis).

(10) *Táplálkozás* (csecsemőkori vashiány, időskori folsavhiány).

(11) *A születés körülményei* (koraszülés, ikerszülés, hányadik gyermek volt).

(12) *Előző betegségek* (régebben lezajlott vérszegénység, sárgaság).

(13) *Családi anamnesis* (anaemia, lépeltávolítás, epekőbetegség, visszatérő sárgaság a családban).

— Öröklődő haemolytikus betegségek.

— Anaemia perniciosa (ritkán).

A fizikális vizsgálat

A gondos, mindenre kiterjedő fizikális vizsgálat gyakran teszi lehetővé, hogy a vérszegénységet előidéző betegséget felismerjük, de az sem ritka, hogy az anaemia következményein kívül más érdemleges fizikális eltérést nem találunk.

A vizsgálat során különös figyelmet kell fordítanunk olyan részletekre is (az ajak, a szájzug, a fogíny, a garatnyálkahártya, a köröm, a haj, az összes hozzáférhető nyirokcsomó állapota, a rectum vizsgálata), amelyekre a mindennapos gyakorlatban nem mindig szoktunk kellő gondot fordítani. Az alábbiakban elsősorban ilyenekről lesz szó.

(1) *A bőr*

A sápadtság mint az anaemia jele olykor feltűnő lehet, de a sápadt bőr korántsem állandó jele a vérszegénységnek. Másrészt a sápadtság nem feltétlenül anaemia következménye. A bőr színét nemcsak a vér haemoglobin-koncentrációja, hanem a bőrerek állapota, a bőrön átáramló vér mennyisége, a bőr alatti kötőszövet folyadéktartalma és a bőr pigmentációja is befolyásolja.

Sápadt lehet a vérszegény betegen kívül a nephritises és a myxoedemás beteg is, sőt olyan egészséges ember is, aki keveset tartózkodik szabad levegőn, vagy „alkatilag" halvány bőrű.

Egyébként a körömágy, a szájnyálkahártya, és a conjunctiva halványsága megbízhatóbb jele a vérszegénységnek, mint a bőr sápadtsága.

Ítéljük meg a bőr színén kívül a bőr tapintatát is és vizsgáljuk meg, nem található-e a bőrben vérzés nyoma, vagy annak következményeként pigmentáció.

Petechiák leggyakrabban thrombocytopenia, ritkábban hajszálér fragilitás vagy thrombocytopathia (thrombocytoasthenia) következményei. A thrombocytopenia leggyakoribb okai: gyógyszerek, vegyszerek, kóros immunmechanizmusok, fehérvérűség, aplastikus anaemia, carcinoma csontvelői áttételei, myeloma multiplex, myelosclerosis, malignus lymphoma, hypersplenia és lupus erythematodes disseminatus. A ritkábbak: különféle fertőzések, májbetegségek, a consumptiós coagulopathia és a cryoglobulinaemia.

Suffusiók elsősorban alvadási zavar lehetőségére hívják fel a figyelmünket.

Addison—Biermer kórban — elsősorban az előrehaladott esetekben — a bőr színe halvány szalma- vagy citromsárga árnyalatú lehet.

Myxoedemában a bőr halvány, érdes és száraz.

Vesebetegségben az arcszín feltűnően sápadt szokott lenni.

Vashiányban a halvány bőr vékony vagy érdes tapintású. A zöldes árnyalatú sápadt arcszín (chlorosis) manapság ritkaságnak számít. Az inkább előfordul, hogy a vashiányos beteg orcája rózsapiros színű a bőr vékonysága következtében („blühende Chlorose").

(2) *A kötőhártya*

A vérszegény beteg conjunctívája lehet halvány, lehet sárga és előfordulhatnak rajta vérzések. A halványság hiányozhat is. Ezért a kötőhártya normális színe nem zárja ki az anaemia fennállásának a lehetőségét.

A kötőhártyán a sárgaság könnyebben felismerhető, mint a bőrön. Haemolytikus anaemiára, Addison—Biermer kórra, máj- és epeút-betegségre egyaránt felhívhatja a figyelmet.

Haemolytikus betegségben icterus nem feltétlenül alakul ki, bár a sárgaság legtöbbször mégis kifejlődik. Klinikailag akkor válik felismerhetővé, ha a szérum bilirubin-szinte meghaladja a 40 μmol/l-es értéket. A szérum bilirubin-koncentrációja nemcsak a haemolysis mértékétől függ, hanem a máj működésétől is (attól a képességétől, hogy milyen mértékben tudja a fokozott mennyiségben termelődött bilirubint kiválasztani. Ezért a hyperbilirubinaemia foka nem mindig tükrözi híven a haemolysis mértékét.

(3) *A köröm*

A köröm törékenysége, lap szerinti szétválása, hosszanti vagy harántirányú redők, besüppedések kialakulása jellemző következménye a szöveti vashiánynak. Súlyosabb, illetőleg hosszan tartó esetekben a köröm domborulata lelapulhat (platonychia), vagy a köröm akár homorúvá is válhat (koilonychia, kanálköröm).

A köröm törékenységét sok nő a házimunkára, a mosó- és mosogatószerek hatására, a körömlakkozás vagy -lemosás károsító hatására szokta visszavezetni.

(4) *A nyirokcsomók*

A felületes nyirokcsomók tapinthatókká válhatnak Lympho- és myeloproliferatív betegségekben, valamint carcinomában (nyirokcsomó-áttételek esetén).

Az áll alatti és az inguinalis nyirokcsomók mérsékelt megnagyobbodását óvatosan kell értékelnünk, mert az — egyébként egészséges embereken — ismételt fertőzések következtében is előfordul. A tarkótáji, a kulcscsont feletti és hónalji nyirokcsomók megnagyobbodását ezzel szemben mindig komolyan kell venni.

(5) *A száj, az orr és a garat*

Az ajak — vashiány következményeként — száraz, repedezett lehet (cheilosis), a szájzúgban fájdalmas berepedés keletkezhet.

A nyelv felszíne pirosabbá válhat, később a gyulladásos jelenségek enyhülnek, illetőleg megszűnnek, a nyelv papillái lelapulnak, elsorvadnak, a nyelv síma, fénylő, tükröző felszínűvé válhat (Addison—Biermer kórban és vashiányban).

A kétféle kóros folyamatban a nyelv *morfológiai képe* semmiben sem különbözik egymástól.

A fogíny vérzése elég gyakori mindazokban a betegségekben, amelyek thrombocytopeniával járnak. A gingiva duzzanata kifejlődhet heveny fehérvérűségben (leginkább monocyta leukaemiában).

Teleangiectasiás csomók fordulhatnak elő az ajak, a nyelv és a pofa nyálkahártyájában Osler kórban.

Az orrüreg tág lehet, az orrnyálkahártya sorvadhat, a váladék (pörk) bűzössé válhat a vashiány lokális következményeként (ozaena). Ugyancsak száraz, atrophiás lehet a garat nyálkahártyája is, felszínén pörkök tapadhatnak.

Fekélyek alakulhatnak ki a száj nyálkahártyáján heveny fehérvérűségben, agranulocytosisban és aplastikus anaemia súlyos eseteiben.

(6) *Vérkeringés*

A cardiovascularis rendszer működészavarának jelei kialakulhatnak magának a vérszegénységnek (a myocardium hypoxiájának) a következményeként, de lehet az is, hogy ezek a jelek az anaemiától függetlenül, de egyidejűleg fennálló szív-, illetőleg érrendszeri betegség következményei.

Idősebb anaemiás betegeken, akiknek vérkeringése nem intakt, a vérszegenység jelei kombinálódhatnak a szív, illetőleg az erek betegségének jeleivel.

Gondolnunk kell arra, nogy ilyen kombináció elősegíti a klinikai tünetek jelentkezését. Az addig panaszmentes coronaria-sclerosisos beteg pl. anginás rohamokat kaphat, ha vérszegénnyé válik. Az alsó végtag ereinek elmeszesedése következtében kialakult claudicatio intermittens rövidebb séta után manifesztálódik, ha a beteg anaemiás lett. Ezek a példák arra intenek, hogy idősebb szívbetegeken mindig határozzuk meg a vér haemoglobin-koncentrációját is, mert az esetleges anaemia befolyásolása révén kedvező hatást tudunk gyakorolni a keringési rendszer betegsége okozta panaszokra is.

A vérnyomás mérése és a vizelet vizsgálata természetesen minden esetben elengedhetetlen, ha a beteg vérszegénységre gyanús. Gondoljunk a vesebetegségek okozta anaemiára, vagy a monoclonalis gammopathiára stb.

A hajszálerek működészavarára, ill. az esetleges thrombocytopeniának vagy a vérlemezkék funkciózavarának a lehetőségére hívhatja fel a figyelmünket a Rumpel-Leede tünet pozitivitása vagy a vérzési idő megnyúlása.

Anaemiás betegeken (szívbetegség nélkül is) gyakori tünet a munkadyspnoe, a szívtáji szorító vagy nyomás jellegű fájdalom és a szívdobogás érzése. Enyhe lábszárvizenyő is kialakulhat vérszegény betegen cardialis megbetegedés nélkül. A szív felett olykor halk systolés zörej hallható („apáca zörej"). Az anaemiás szívzörej azáltal jön létre, hogy nő a véráramlás sebessége a szívben. Súlyos vérszegénységben a szív kitágulhat, de hosszabb ideje fennálló vérszegénységben a myocardium hypertrophiája is kifejlődhet. Ha a zörej egyedül a vérszegénység következményeként jött létre, úgy annak az anaemia renanaemiás szívzörej azáltal jön létre, hogy nő a véráramlás sebessége a szívbetegség kellett, hogy okozza.

EKG-eltérések sem ritkák. Jellemző az S—T szakasz süllyedése és a T-hullám lelapulása vagy negatívvá válása.

(7) *Idegrendszer*

Főképpen az idegrendszer hypoxiájának a következménye az u.n. anaemiás tünetcsoport. Ez a syndroma az alábbi tüneteket foglalja magában: fáradékonyság, gyengeség, aluszékonyság, fülzúgás, fejfájás, szédülés, a figyelem összpontosításának nehézsége, szívdobogás-érzés, nehézlégzés és szívtáji fájdalom (utóbbi tünetek a myocardium hypoxiájának a következményei).

Az anaemiás tünetcsoport mindenfajta vérszegénységben kialakulhat (függetlenül az aetiologiától), de vashiánybetegségekben anaemia *nélkül* is kifejlődhet. Ennek az a magyarázata, hogy — bár a vér oxigénszállító kapacitása normális — a szövetekhez érkező *molekuláris* oxigént a sejtek a vastartalmú légzőenzimek aktivitás-csökkenése miatt nem tudják megfelelő mértékben felhasználni.

A gerincvelő subacut kombinált degeneratiójáról, illetőleg psychés zavarokról és perifériás neuritisekről (Addison—Biermer kór) már említést tettünk.

A szemfenék vizsgálata segítségünkre lehet leukaemiában (vérzések, infiltrációk), vérzékenységben (haemorrhagiák) és vesebetegek anaemiájában (retinopathia). Heveny fehérvérűségben a szemfenéki vérzések gyakoriak. Infiltrációk kb. 10%-os gyakorisággal fordulnak elő.

Heveny leukaemiában az agyhártya infiltrációja haematológiai remissió alatt is meglehetősen gyakori (különösen gyermekkorban). A meningealis leukaemia fokozott intracranialis nyomás jeleivel (fejfájás, hányás, papilla-oedema, meningismus stb.) hívja fel magára a figyelmet. Kialakulhatnak különféle

góctünetek. A gerincevlő összenyomása paraplegiát okozhat. A liquor cerebrospinalis fokozott nyomással ürül; fehérje tartalma és sejtszáma nagy. A cytológiai vizsgálat gyakran erősíti meg a meningealis leukaemia diagnosisát.

(8) *Hasi szervek*

A lép megnagyobbodása. A splenomegalia mértéke a vérszegénységgel járó betegségekben igen különböző lehet, és nemcsak az alapbetegségtől, hanem a betegség fennállásának időtartamától is függ.

Szokásos a splenomegaliát *enyhe* vagy *mérsékelt* fokúnak nevezni, ha a lép alsó pólusa éppen elérhető, vagy nincsen távolabb a bal bordaívtől 5 cm-nél. *Jelentős mértékű* a splenomegalia, ha ennél nagyobb, de nem ér túl a köldök magasságán és *rendkívül nagy,* ha ennél is nagyobb mértékű a lép.

Szövődmény nélküli vashiányos anaemiában és aplastikus anaemiában *nem* alakul ki splenomegalia. A közhiedelemmel ellentétben az Addison—Biermer kóros betegek *túlnyomó többségében* (85—90%-ában) sem válik tapinthatóvá a lép! A perniciosás betegek lép nagyobbodása — ha a splenomegalia mégis kifejlődik — mindig enyhe fokú. Nagyobb splenomegalia Addison—Biermer kór *ellen* szól.

Enyhe fokú a lép megnagyobbodás (ha egyáltalán kialakul) a vérszegénységgel járó idült fertőzésben, rheumatoid arthritisben, myeloma multiplexben, systemás lupus erythematodesben és ITP-ben.

Enyhe vagy *közepes fokú* splenomegalia található a lymphoproliferativ betegségekben, idült haemolytikus anaemiákban és polycythaemia verában. A lép nagysága természetesen attól is függ, hogy mióta áll fenn a betegség és hogy részesült-e a beteg gyógykezelésben vagy sem. Az említett megbetegedések korai időszakában a lép alsó pólusa esetleg éppen csak hogy elérhető. A betegség előrehaladtával azután a lép fokozatosan egyre nagyobbá válik.

Rendkívül nagyfokú szokott lenni a splenomegalia myelosclerosisban, idült granulocyta leukaemiában, thalassaemia majorban (gyermekkorban), Gaucher kórban és lép-cysták esetében. (A korai időszakban a lép megnagyobbodása természetesen enyhe vagy mérsékelt fokú is lehet.)

A hepatomegalia. A máj megnagyobbodását előidézheti maga a vérszegénység (ilyenkor a máj széle éppen csak elérhető, tapintata puha), illetőleg az alapbetegség (pl. májcirrhosis vagy rákos áttételek). Utóbbi esetekben a máj éles szélű (cirrhosis) vagy göbös felszínű (carcinoma-metastasisok). Myelo- és lymphoproliferativ betegségekben a máj rendszerint megnagyobbodik. Heveny fehérvérűségben a hepatomegalia általában mérsékelt, idült fehérvérűségben jelentős fokú szokott lenni.

Hasi resistentia alakulhat ki, az epigastriumban (gyomor-carcinoma), a vastagbél lefutása mentén (bélrák), a jobb csípőtányér területén (coecum-carcinoma) vagy a retroperitonealis nyirokcsomók megnagyobbodása következtében (lymphoproliferativ betegségek, rákos áttételek).

Hasi panaszok, vagy véres székelés, ill. metrorrhagia esetén mindig végezzük el a rectalis vizsgálatot, nőkön pedig a nőgyógyászati vizsgálatot is.

(9) *Csont- és ízületi rendszer.*

A csontok ütögetési vagy nyomásérzékenysége (spontán fájdalom nélkül is) előfordul a különböző haematológiai betegségekben. Különösen a sternum és a többi lapos csont érzékenységét érdemes vizsgálni!

Gyakori a csontérzékenység heveny leukaemiában, myelosclerosisban és malignus lymphomákban. Lokalizált ütögetési vagy nyomásérzékenység felhívhatja a figyelmet carcinoma csontvelői áttételeire is.

Izületi fájdalom jelentkezhet lupus erythematodes disseminatusban, rheumatoid arthritisben, heveny leukaemiában és haemolytikus betegségekben (különösen sarlósejtes vérszegénységben).

A tájékoztató vérvizsgálat

A tájékoztató vérvizsgálatot *minden* vérszegénységre gyanús betegen el kell végezni. Az ebbe a körbe tartozó vizsgáló eljárások választ adnak arra, hogy (1) valóban fennáll-e a feltételezett vérszegénység, (2) milyen az anaemia típusa és (bizonyos esetekben) (3) mi az anaemia oka.

A tájékoztató vérvizsgálatnak magában kell foglalnia
(1) a haemoglobin-koncentráció,
(2) a vörösvérsejtszám és
(3) a haematokrit-érték meghatározását,
(4) a festett vérkenet vizsgálatát,
(5) a vérsejtsüllyedési sebesség, valamint
(6) a fehérvérsejt-szám meghatározását.

Nem lehet egyetérteni azzal a széles körben elterjedt gyakorlattal, hogy az (1)—(2)—(3) alatt feltüntetett vizsgáló eljárások helyett csak a haemoglobin-koncentrációt, vagy csak a haematokrin-értéket határozzák meg, mert csak a három vizsgálat *együtt* teszi lehetővé a vérszegénység típusának (hypo-, normo-, ill. hyperchrom; mikrocytás, normocytás és makrocytás anaemia) megbízható megállapítását.

Az említett hat vizsgálaton kívül kívánatos
(7) a reticulocyta-szám és
(8) a thrombocyta-szám meghatározása is.
Az (1)—(2)—(3) alatt említett vizsgálatok eredményéből kiszámítható
(9) a vörösvérsejtek átlagos térfogata (VT, MCV)*,
(10) a vörösvérsejtek átlagos haemoglobin-tartalma (VHT, MCH)* *,
(11) a vörösvérsejtek átlagos haemoglobin-koncentrációja (VHK, MCHC).

A vörösvérsejtek átlagos térfogatának kiszámítása

A VT-át a haematokrit-értékből és a vörösvérsejt-számból úgy számíthatjuk ki, hogy a haematokrit-értéket elosztjuk a vvs-számmal (per liter) és a hányadost megszorozzuk 10^{15}-nel. Az eredményt fl-ben fejezzük ki.

Pl. Haematokrit = 0,45 (l/l)
vörösvérsejt-szám = 5×10^{12}/l

* * MCV: mean cell volume; * * MCH: mean cell haemoglobin; * * * MCHC: mean cell haemoglobin concentration

$$VT = \frac{0{,}45}{5 \times 10^{12}} = 90 \text{ fl}$$

Normál sáv: 77—93 fl

A vörösvérsejtek átlagos haemoglobin-tartalmának kiszámítása

A VHT-t, amely érték azt fejezi ki, hogy egy-egy vörösvérsejtben átlagosan *mennyi* vérfesték van, a vér haemoglobin-koncentrációjából és a vörösvérsejt-számból úgy számítjuk ki, hogy a haemoglobin-koncentrációt (g/dl) elosztjuk a vörösvérsejt-számmal (per liter) és a hányadost megszorozzuk 10^{13}-mal. Az eredményt pg-ban fejezzük ki.

Pl. Haemoglobin = 15 g/dl
vörösvérsejt-szám = 5×10^{12}/l

$$VHT = \frac{15}{5 \times 10^{12}} \times 13 = 30 \text{ pg}$$

Normál sáv: 30—32 pg

A vörösvérsejtek átlagos haemoglobin-koncentrációjának kiszámítása

A VHK-ját a vér haemoglobin-koncentrációjából és a haematokrit-értékből úgy számítjuk ki, hogy a haemoglobin-koncentrációt (g/dl) elosztjuk a haematokrit-értékkel.

Az eredményt g/dl-ben fejezzük ki.

Pl. Haemoglobin = 15 g/dl
haematokrit = 0,45 (l/l)

$$VHK = \frac{15}{0{,}45} = 33{,}3 \text{ g/dl}$$

Normál sáv: 32—34 g/dl

A festett vérkenet vizsgálata

A festett vérkenet vizsgálata a haematológiai diagnosztika alapvető, talán a legtöbb információt nyújtó vizsgáló eljárása.

Jelentőségét sokszor lebecsülik és a benne rejlő lehetőségeket nem használják ki maradéktalanul. Olykor megelégszenek azzal, hogy megállapítsák a különféle fehérvérsejtek százalékos megoszlását, és regisztrálják, hogy nem kerültek-e a keringő vérbe fiatal, illetve kóros sejtek. Ritkábban előfordul, hogy nagyon kifejezett vörösvérsejt- vagy vérlemezke-elváltozásokat dokumentálnak, de ez semmiképpen sem tartozik a megszokott dolgok közé.

A legáltalánosabb szokás, hogy a kenetet a laboratóriumi szakemberek készítik el és vizsgálják meg és a klinikus csak a „leletet" kapja kézhez Ez a gyakorlat már azért is súlyosan kifogásolható, mert a kezelőorvos így önként lemond olyan fontos, *közvetlen* információkról, amelyek a diagnosis felállításához

már olyan időpontban is fontos adatokat szolgálhatnának számára, amelyben a vérkép kantitativ szempontból („abszolút értékek") még normálisnak tekinthető.

A haematológiai diagnosztikának ez a rendkívül fontos vizsgáló eljárása sokszor már egymagában is képes eligazítani a kezelőorvost nemcsak a vérszegénység típusa, hanem az anaemiát előidéző ok tekintetében is.

A festett vérkenet felvilágosítást ad (1) a vörösvérsejtek nagyságáról, alakjáról, és haemoglobin-tartalmáról, valamint a nem teljesen érett vörösvérsejtek (polychromasia, diffúz basophilia, magmaradványok) jelenlétéről, és hozzávetőleges arányukról; (2) a fehérvérsejtek közelítő számáról (normális, kevés, sok), éretlen sejtek (metamyelocyták, myelocyták, promyelocyták, myeloblastok), illetőleg kóros sejtek (hypersegmentált granulocyták, kóros alakok) megjelenéséről; (3) a vérlemezkék hozzávetőleges számáról és alaki vagy nagyságbeli változásairól.

Néhány tanács a vérkenet elkészítéséhez és vizsgálatához

Arra kell törekednünk, hogy a kenet megfelelően vékony legyen: a vörösvérsejtek egymás mellett helyezkedjenek el és ne torlódjanak egymás fölé. Ez úgy érhető el, hogy a „kihúzó" *csiszolt* tárgylemezt (vagy Bürker-védőlemezt) laposan, kis hegyes szögben mozgatjuk és nem dolgozunk nagy vércseppel. Arra is ügyelünk, hogy a vércsepp ne szaladjon szét a tárgylemez széléig, azaz mindkét oldalon maradjon szabad szél.

A vizsgálatot a kenet *középső* harmadában végezzük (mert a kenet eleje többnyire túl vastag, a „farka" pedig rendszerint túl vékony és a vörösvérsejtek deformálódhatnak, ill. lelapulhatnak a kenet túl vékony részében). Az ilyen lelapult sejtekben a valójában hypochrom sejtek nagyobb centrális besüppedése eltűnik vagy megkisebbedik, és a sejtek normochromoknak látszanak.

A vizsgálatot a régebbi gyakorlattal ellentétben ne „meander vonal" mentén végezzük, hanem úgy, hogy a készítményt harántirányban, annak *teljes* szélességében vizsgáljuk át. Így a sejtek egyenlőtlen megoszlásából származó hibát mérsékelhetjük. (A nagyobb sejtek ugyanis a kenet szélei felé sodródnak és ezért a szélek közelében nagyobb arányban találhatók.)

A vérkenet vizsgálatának értékelése

(1) *A vörösvérsejtek nagysága és alakja.* A vérkenet vizsgálata során — a vörösvérsejtek átmérője alapján — megkülönböztetünk *normo-, mikro-* és *makrocytákat.*

Az egészséges emberek vörösvérsejtjeinek átmérője sem tökéletesen egyforma. Az értékek festett készítményben 6,5—7,8 μm között váltakoznak (az átlagérték 7,2 μm szokott lenni). Natív készítményben a vörösvérsejtek átmérője valamivel nagyobb.

Ha a vörösvérsejtek átmérőjében az élettani variáció mértékénél nagyobb különbségek állapíthatók meg, úgy *anisocytosisról* beszélünk. Vagy a kisebb vagy a nagyobb átmérőjű vörösvérsejtek szaporodnak meg, de az is lehet, hogy a kisebb és a nagyobb sejtek aránya egyaránt nő.

A vörösvérsejtek normálisan megközelítőleg (nem pontosan) kör alakúak.

Néhány sejt — enyhe fokban — ovális alakú is lehet. Kóros körülmények között az erythrocyták kisebb-nagyobb hányada (sohasem valamennyi!) lehet

— ovális (B_{12}-vitamin- vagy folsavhiány)
— elliptikus vagy hosszúkás, pálca-, ill. szivaralakú (öröklődő elliptocytosis)
N. B. Az ovalocytosis és az elliptocytosis nem synonim kifejezések!
— sarló alakú (S-haemoglobin betegség)
— gömb alakhoz közelítő (sphaerocytosis)
— tüskés szélű (acanthocytosis)
— körte alakú vagy vízcsepphez hasonló (pl. vesebetegek vérszegénysége, myelosclerosis), vagy
— széteshet fragmentumokra, schizocytákra (haemolytikus anaemiák, égési betegség korai időszaka)

A *poikilocytosis* — gyűjtőfogalom. Azt jelenti, hogy a vörösvérsejtek egy része szabálytalan alakú. A poikilocytosis tehát nem specifikus jel, de a vörösvérsejtek különféle kóros alakjai bizonyos esetekben jellegzetesek lehetnek.

(2) *A vörösvérsejtek festődése.* Az egészséges emberek vörösvérsejtjei a szokásos festési eljárásokkal (May—Grünwald—Giemsa—Romanovsky) narancssárgára festődnek, s ez a szín lazacszínű vagy rózsapiros árnyalattal keveredik. A szín a sejtek közepétől azok közepe felé halványodik (a sejtvastagság csökkenésének megfelelően). Ez a halványabb centrális rész azonban viszonylag kicsiny és *nem nagyobb a sejtátmérő harmadrészénél.* Az ilyen módon festődő sejteket *normochrom* erythrocytáknak nevezzük.

Ha a vörösvérsejtek haemoglobin-koncentrációja a normálisnál kisebb, vagy a sejt vastagsága csökken, úgy a sejtek halványabban festődnek (*hypochrom* erythrocyták), a központi világos terület kiszélesedik, sőt kifejezett esetekben csak a sejt szélei festődnek meg és az erythrocyták gyűrűhöz válnak hasonlókká (anulocytosis). Az ilyen hypochrom sejtek elsősorban vashiányos vérszegénységben fordulnak elő, de hypochromia alakulhat ki — ritkábban és többnyire mérsékeltebb fokban — különféle fertőzésekben, kifejezettebb formában thalassaemiában és partialis hypochromiaként sideroblastos vérszegénységben.

Esetenként a hypochrom vörösvérsejtek sajátos módon festődnek meg: a sejtek centrumában és perifériáján látható intenzívebb festődés és a két zónát halványabb gyűrű választja el egymástól. Az így festődő vörösvérsejteket *céltábla-sejteknek* nevezzük. Ilyen sejtek fordulnak elő thalassaemiában, sarlósejtes anaemiában, vashiányos vérszegénységben, májbetegséget kísérő anaemiában és kivételesen egyéb kóros folyamatokban is.

Ha a sejtek a normálisnál vastagabbak (makrocyták, megalocyták, sphaerocyták), úgy festődésük a többi sejténél intenzívebb. Ezekben a sejtekben a normális vagy hypochrom vörösvérsejtekkel ellentétben a központi halványabb festődés nem látható. Az ilyen módon festődő sejteket *hyperchrom* erythrocytáknak nevezzük.

A fiatalabb vörösvérsejtek (reticulocyták) a bennük lévő ribonukleinsav folytán a többi vörösvérsejttől eltérő (szürkés lilás) színben festődnek meg (polychromasia, diffúz basophilia), vagy bennük finom kék pontok, pettyek láthatók (ólommérgezés, thalassaemia, megaloblastos anaemiák stb.).

A reticulocyták egyébként az érett vörösvérsejteknél valamivel nagyobb sejtek (makrocyták).

Ritkán — ha az erythropoesis különösen élénk, főképpen pedig extreme-

dulláris vérképzés esetén — *magvas vörösvérsejtek* is bekerülhetnek a keringő vérbe.

Az erythropoesis bizonyos zavaraiban (megaloblastos vérképzés, myelosclerosis) előfordul, hogy egyes vörösvérsejtek polychromasiásan (a normálishoz képest lilás árnyalattal) festődnek meg, bár nem reticulocytákról van szó.

Az erythrocyták tartalmazhatnak ún. *Howell—Jolly testecskéket, Cabot-gyűrűt, Pappenheim-testeket* stb. Ezek megaloblastos anaemiában, fehérvérűségben és olykor más kóros folyamatokban is előfordulhatnak.

A Howell—Jolly testecskék magmaradványok. Kis, kerek, sötétpirosra festődő részecskék ezek, amelyek többnyire a sejt széle közelében láthatók és főleg lépeltávolítást követően figyelhetők meg a vértestekben, mert a lép a Howell—Jolly testecskéket kiszűri a keringésből.

A Cabot-gyűrűk ritkán előforduló fonalszerű, gyűrű- vagy nyolcas alakú, ill. gombolyagszerű alakzatok, amelyek általában súlyos megaloblastos vérszegénységben fordulnak elő.

A Pappenheim testeket tartalmazó vörösvérsejtek nem mások, mint siderocyták, és a Pappenheim testek berlini kék reakcióival *siderosomák*nak bizonyulnak. Siderosomák egészen ritkán (0,1—0,3%-ban) a normális vörörsvérsejtekben is előfordulnak. A siderocyták egyébként a haemoglobin-synthesis különféle zavaraiban (sideroblastos anaemiák, ólommérgezés, haemolytikus anaemiák) láthatók nagyobb számban.

A reticulocyta-szám az effektív erythropoesis mértékének mutatója. A vörösvérsejt-képzés effektív fokozódása következik be (a) vérzés, (b) haemolysis vagy (c) specifikus vérképző anyagok (vas, B_{12}-vitamin, folsav) hatására.

A csontvelő-infiltrációval járó betegségekben is nőhet a reticulocyták száma, de ez korántsem állandó lelet.

IRODALOM

1. *Bernát I.:* A vérszegénység. I—II. kötet. Akadémia Kiadó, Budapest, 1974, 1975.
2. *Bernát I.:* A vasanyagcseréről röviden. Medicina, Budapest, 1979.
3. *de Gruchy, G. C.:* Clinical haematology in medical practice. Blackwell, Oxford, 1979.
4. *Fairbanks, V. F., Beutler, E.:* Iron deficiency. In: *Williams, W. J.:* Hematology. 2nd ed. McGraw-Hill, New York, 1977.
5. *Göltner, E.:* Iron requirement and deficiency in menstruating and pregnant women. In: *Kief, H.:* Iron metabolism and its disorders. Excerpta Medica, Amsterdam, 1975.
6. *Wintrobe, M. M., Lee, G. R.:* Clinical hematology. 7th ed. Lea-Febiger, Philadelphia, 1974.

Бернат И., полковник м/с в отст.:

ПРАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С АНЕМИЕЙ — II.

Автор занимается диагностикой малокровия. Подробно рассматривает особенности собрания анамнеза и физикального обследования больных, подчеркивает значение информативного анализа крови и при этом обращет внимание на важность исследования окрашенного мазка крови.

Dr. Iván Bernát Obst. a. D. d. Med. Dienstes:

PRAKTISCHE FRAGEN BEI DER UNTERSUCHUNG DES ANÄMISCHEN PATIENTEN. II.

Es wird die Diagnostik der Anämie beschrieben. Die Besonderheiten des Aufnehmens der Anamnese und der physikalischen Untersuchung bei Blutarmut werden eingehend behandelt, es wird die Bedeutung der orientierenden Blutuntersuchung besprochen und innerhalb dieser auf die Wichtigkeit des gefärbten Blutabstriches aufmerksam gemacht.

Külföldi katonaorvosi folyóiratok közleményei

MÉDECINE ET ARMÉES
(Paris), 1980. 8. 1. sz.

Hugny, D., stb.: A HDL-cholesterin rendszeres adagolása a dyslipidaemia kimutatásában és a szív- és érrendszeri károsodások megelőzésében. 7. p.
Colin, J., stb.: Szisztolés részidők (LVET) és a szívfrekvencia. 23. p.
Colette, J., stb.: Analis pruritus és intestinalis myiasis. 27. p.
Thevenot, H., stb.: Parietalis kiterjedésű pleurális mesothelioma. 33. p.
Aubry, P., stb.: Gyomortáji fájdalmak és a katonai szolgálat. 37. p.
Rousseau, J., stb.: Közlekedési balesetek katonáknál (a 6. körzetben, 1979-ben). Statisztikai tanulmány. 43. p.
Pulik, M., stb.: A vascularis megközelítés új módszere ismételt haemodialysishez, heveny veseelégtelenség esetén. 49. p.
Casanova, G., stb.: Csípőízület-plasztika. 51. p.

MÉDECINE ET ARMÉES
(Paris), 1980. 8. 2. sz.

Journiac, H.: Francia együttműködés Afrikában és Madagaszkárban és a francia hadsereg egészségügyi szolgálata. 97. p.
Beaute, J., stb.: A francia hadsereg egészségügyi szolgálatának tengerentúli feladatai. 102. p.
Beaute, J., stb.: Milyen technikai segítséget nyújt a francia hadsereg egészségügyi szolgálata az afrikai nemzeti hadseregeknek. 101. p.
Chambon, L.: Tengerentúli Pasteur-intézetek és a francia hadsereg egészségügyi szolgálata. 105. p.
Gateff, C.: A vidéki orvos — az egészségügyi szolgálat fontos támasza. 111. p.
Voelckel, J.: A hadsereg Trópusi Egészségügyi Intézete és a tengerentúli szakemberképzés. 115. p.
Nicoli, J. M.: A hadsereg Trópusi Orvostani Kutatóközpontja. 118. p.
Vaillant, C., stb.: Oktatás és együttműködés. 121. p.

MÉDECINE ET ARMÉES
(Paris), 1980. 8. 3. sz.

Anglade, J. P., stb.: A vaginalis prolapsus sebészi kezelése. 175. p.
Le Vot, J., stb.: Az epeutak vizsgálata. Echographia. 185. p.
Artur, Y., stb.: A haemoglobin mint vérpótszer 2000-ben. 193. p.
Debrie, J. C., stb.: A Pierre Robin-szindróma. 201. p.
Debrie, J. C., stb.: Az arc tumorális léziói Recklinghausen-betegségben. 205. p.
Gisserot, D., stb.: A vena cava inferior veleszületett rendellenessége. 211. p.
Garrel, J.: Az amcinonid-neomicin és a betamethason-neomicin kenőcs összehasonlító vizsgálata a dermatológiában. 219. p.
Cristau, P., stb.: Katonáknak járó egészségügyi szabadság. Módosítások és azok magyarázata. 223. p.
Bernard-Catinat, G., stb.: Sürgősségi ellátás a IV. katonai körzetben. Első tapasztalatok. 225. p.

Houdelette, P., stb.: Mediastinoscopia. Diagnosztikus és terápiás meggondolások 400 eset kapcsán. 229. p.
Bahuaud, J., stb.: A hasfal zárása S. Chometowsky eljárása szerint. Indikációk és kontraindikációk. 233.

MÉDECINE ET ARMÉES
(Paris), 1980. *8.* 4. sz.

Goasguen, J., stb.: A periarteritis nodosa idegrendszeri megnyilvánulásai. 255. p.
Archane, M. I., stb.: A nagyerek rendellenes elhelyezkedése pulmonalis stenosis és komplett szív-block kíséretében. 261. p.
Saissy, J. M., stb.: Súlyos tüdőembólia hypoxaemia nélkül. 271. p.
Thabaut, A., stb.: Kötőszöveti és csontbántalmak az arcon. 273. p.
Pitois, M., stb.: A Hodgkin-betegség fül-orr-gégészeti szövődményei. 277. p.
Peu Duvallon, P., stb.: A gonorrhoea gyors kezelése egy új cephalosporinnal (RU 24 756). 281. p.
Aubry, P., stb.: A krónikus alkoholmérgezés klinikai és biológiai kimutatása katonakórházban. 285. p.
Kints, J., stb.: Lumbalis phlebographia. 293. p.

MÉDECINE ET ARMÉES
(Paris), 1980. *8.* 5. sz.

Pons, J., stb.: Kis kaliberű, nagy sebességű lövedékek okozta arcsérülések. 345. p.
Stoltz, J., F., stb.: Cardiovascularis rizikó-faktorok. 353. p.
Barabe, P., stb.: Eberth-bacillus okozta gennyes pleuralis effusio hastífuszban. 363. p.
Girier, L.: Az egészségügyi szolgálat kutatóközpontja (C. R. S. S. A.) 381. p.

MÉDECINE ET ARMÉES
(Paris), 1980. *8.* 6. sz.

Allard, Ph., stb.: A mellkasi sugárterápia iatrogén következményei a tüdőgyógyászatban. 415. p.
Bouday, E., stb.: Veleszületett nyaki fisztula. Két eset ismertetése. 421. p.
Cazenave, J. C,. stb.: A retrosternalis trachea lőtt sérülése. 427. p.
Boraud, J. M., stb.: Purifikatív öncsonkítás. 431. p.
Hardel, P. J., stb.: A theophyllin ismételt alkalmazása az asthma kezelésében felnőtteknél. 433. p.
Bartoli, M., stb.: Meningococcus fertőzések a Németországban állomásozó francia fegyveres erőknél 1978-ban. 439. p.
Ille, H., stb.: A Doppler (ultrahangos sebességmérő) szerepe a perifériás artériák kóros elváltozásainak kimutatásában. 443. p.
Chauchaix, D., stb.: Hisztamin az élelmiszerekben. 455. p.
Nadeau, G., stb.: Ideiglenes kontakt protézis alsóvégtagi amputáció után. 463. p.
Buffat, J. J., stb.: A Bégin Katonakórház aneszteziológiai és intenzív terápiás osztálya. 477. p.
Angiboust, R.: Repülő- és űrorvostani Vizsgáló és Kutatóközpont. 483. p.

MILITARY MEDICINE
(Washington), 1980. *145.* 1. sz.

Abramson, D. J.: A belső aranyeres csomók elasztikus lekötése. 11. p.
Pearn, J. stb.: Gyermekek úszómedencében előforduló fuldoklása és halála. 15. p.
Politis, J. stb.: Eaton—Lambert-syndroma. Esettanulmány. 19. p.
Brady, G. F. stb.: Egészségügyiek önállósága és munkavégzése távoli környezetben. 21. p.
Brown, M. stb.: A Houstoni Veterán Kórház EKG-költsége. 26. p.
Longobardi, P. G.: Egy katonai farmakománia és alkoholizmus elleni kisegítő központ szervezeti fejlődése. 30. p.
Tredici, T. J.: Pilóták glaukóma-szűrése és kezelése. 34. p.
Green, R. jr.: A nephrotomia szövődménye-e a hydronephrosis? Esetismertetés. 39. p.

Bolck, P. L.: Kórházi betegek fogászati ellátásának terve. 42. p.
Kirstein, L.: Katonák pszichiátriai betegsége és ismételt kórházi kezelésének jelentősége. 45. p.
Scher, K. S. stb.: Hasi árnyék és vese-dysplasia. Esetismertetés. 47. p.
Cohen, E. S.: Iatrogen gyógyszer-abuzus egy zárt megfigyelő rendszerben. 49. p.
Mitas, J. A. stb.: Nehezen befolyásolható magas vérnyomás Minoxidillel történő kezelése. Esetismertetés. 54. p.
Johns, R. W. stb.: Streptococcus B feltételezett azonosíthatósága pigment-termelésük alapján. 57. p.

MILITARY MEDICINE
(Washington), 1980. *145*. 2. sz.

Sinnott, R. C. stb.: Perkután transzluminális érplasztika. A Walter Reed Központi Katonai Kórházban végzett első két műtét ismertetése. 91. p.
Olson, J. G. stb.: Az USA haditengerészeti állomásán végzett influenza elleni védőoltás szerológiai vizsgálata. 93. p.
Luqman, W. A. stb.: Rákos betegek hypocalcaemiája. Irodalmi áttekintés. 96. p.
Chipman, M. stb.: Tömegsérültek osztályozása. Különböző háborús sérülések ellátásának elve. 99. p.
Patterson, J. W. stb.: Bőrbetegségek előfordulása tiszti iskolások között. 101. p.
Wind, G. G.: Állandó (Kock) ileostomia: jelenlegi helyzet. 104. p.
Bailey, L. W.: Mentális egészségügyi szolgálat járóbetegek részére a haditengerészetnél: gyakorlati alkalmazhatósága, demográfiai és klinikai jelentősége. 106. p.
Martin, R. D.: Általános kórházak pszichiátriai osztályának katasztrófa-tervezete pszichiátriai betegek ellátására. 111. p.
Carlton, T. G.: Korai krízisintervenció tengeri katasztrófa esetén. 114. p.
Cowan, G. S. M. jr. stb.: Hordozható tábori kórházi egységek (MUST Unit) kisegítő kórházkénti alkalmazása. 117. p.
Chun, P. K. C. stb.: Sarcoidosissal együtt előforduló glomerulonephritis. 121. p.
Bowen, T. E. stb.: A baloldali aortaív és a jobbra leszálló aorta szűkülete. Esetismertetés. 123. p.
Green, R. jr. stb.: Húgycsőszűkület: húgycső-foltplasztikával szerzett tapasztalatok. 126. p.
Melklejohn, G. stb.: HINI-vírus okozta influenzajárvány. 129. p.
Nadalo, L. A. stb.: A sigma volvulusának sikeres hidrosztatikus kezelése egy gyermeknél. Esetismertetés és irodalmi áttekintés. 132. p.

MILITARY MEDICINE
(Washington), 1980. *145*. 3. sz.

Moxley, J. H.: Kezdő katonaorvosok elképzelése a katonaorvostanról. 165. p.
Voth, H. M.: Amerika jövője. 169. p.
Nesbitt, T. E.: Szövetségi Egészségügyi Szolgálat és a szervezett egészségügy. 176. p.
Edwards, C. C.: Az állam és az amerikai közegészségügyi rendszer. 179. p.
Modarelli, R. O. stb.: A medencetájéki nyirokcsomó eltávolítása a prostata adenocarcinomája esetén. 184. p.
Zaloznik, A. A. stb.: Hypokalaemiás myopathia. Serum-enzym vizsgálatok és a mellékvese izotópos vizsgálatával diagnosztizált adrenalis adenoma. Esetismertetés. 186. p.
Ellwood, L. C.: A szülői alkoholizmus hatása a gyermek viselkedésére és fejlődésére. 188. p.
Becker, D. W. jr.: Melanoma-gyakoriság a hadseregben. 193. p.
Hoiberg, A. stb.: Tengerészek daganatos betegsége: gyakoriság és mortalitás. 195. p.
Nadalo, L. A.: A Mallory—Weiss-syndroma röntgenképe. Esetismertetés. 201. p.
Mangelsdorff, A. D. stb.: Az egészségügyi ellátás hozzávetőleges munkaerő és technikai szükséglete a hadseregen belül. 204. p.

REVUE INTERNATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE DE MER ET DE L'AIR
(Liege), 1980. *53.* 1.

Santa Maria Vanini, E.: A szívműködés rendellenességei katonáknál, a különböző földrajzi, éghajlati és magassági viszonyokhoz való alkalmazkodás következtében. 11. p.
Sang Woong, K.: A koreai haemorrhagiás láz megelőzése a koreai hadseregben. 39. p.
Audibert, C. R.: A katonagyógyszerészek szerepe a légierő törvényszéki orvostani gyakorlatában. 47. p.

REVUE INTERNATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE DE MER ET DE L'AIR
(Liege), 1980. *53.* 2.

Delahaye, R. P., stb.: A gerincoszlop röntgenvizsgálata a hajózók orvosi alkalmassági vizsgálatában. 119. p.
Thapmann, H.: A hosszú lejáratú gyógyszerek minőségi ellenőrzése a Német Szövetségi Fegyveres Erők gyakorlatában. 139. p.
D'Ornano, P.: Milyen színeket alkalmazzunk a ma kórházában? 145. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL
(Moszkva), 1980. 1. sz.

Koramov, P. I.: A katona-egészségügyi szolgálat 1979. évi munkájának összegezése és az 1980. évi feladatok. 3. p.
Ibadulin, R. R., stb.: Az orvosegyetemek katonai tanszékein oktatók szakmai képzése. 20. p.
Pal'csikov, P. A. stb.: Tudományos munkaszervezés a szájsebészeti poliklinikán. 23. p.
Szenenko, A. N. stb.: A beteganyag klinikai elemzésének szerepe a csapatorvosok szakképzettségének emelésében. 27. p.
Litkin, M. I. stb.: A nyirokvezeték külső drenálása az akut hasi sebészetben. 30. p.
Oganeszov, Ju. I. stb.: Röntgendiagnosztika halaszthatatlan ellátást igénylő betegeknél. 34. p.
Liszovszkij, V. A. stb.: Korszerű módszerek a fekélybetegség differenciált gyógykezelésében, különös tekintettel a recidivák megelőzésére. 36. p.
Beszkrovnaja, L. A. stb.: Az influenza kimutatására szolgáló diagnosztikus készítmények érzékenysége és specifikussága az indirekt hemagglutinációs reakció szempontjából. 39. p.
Varakszin, V. Sz. stb.: Hogyan történik az egységek vízellátásának folyamatos közegészségügyi ellenőrzése. 42. p.
Lobova, V. I.: A szív- és érrendszer funkcionális állapotának értékelése fiatal felnőtteknél. 46. p.
Novikov, V. I.: A repülőorvos és a repülés. 50. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL
(Moszkva), 1980. 2. sz.

Baraskov, N. A.: A hallgatók felkészítése a csapatorvosi munkára. 19. p.
Szvitel'szkij, A. Sz.: A katonaorvosi fakultás hallgatóinak oktatói, tudományos és kutatómunkája. 23. p.
Laskov, K. V. stb.: Technikai segédeszközök felhasználása az oktatásban. A Kirov Akadémián szerzett tapasztalatok. 25. p.
Kaz'min, A. I. stb.: A sérülések jellege zuhanáskor, az esés magasságától függően. 28. p.
Saposnikov, Ju. G. stb.: A hypovolaemia gyógykezelése a hasűri szervek súlyos sérülése és akut sebészeti megbetegedése esetén. 30. p.
Kapitanenko, A. M. stb.: A gyógykezelés taktikája polyposis gastrica esetén. 33. p.
Gluhov, Ju. D. stb.: Indirekt radioizotóp angiográfia a vesebetegségek diagnosztikájában. 36. p.

Cavkelov, A. G.: Az akupunktúra módszerének fejlődése. 41. p.
Akimov, G. A. stb.: Auricularis akupunktura ágyék-keresztcsonti fájdalom-szindróma esetén. 44. p.
Gorovenko, A. A.: Módszerek a fertőtlenítés hatékonyságának fokozására a csapatoknál. 48. p.
Fedorov, A. I.: A leishmaniasis megelőzése. 51. p.
Mozin, V. A. stb.: A munkaképesség mennyiségi mutatói és azok megválasztásának elvei. 53. p.
Luk'janova, N. F. stb.: A hajózó állomány individuális-pszichológiai sajátosságainak komplex értékelése a ROB-vizsgálatok során. 56. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL
(Moszkva), 1980. 3. sz.

Kulagin, V. K.: A kísérletes vizsgálatok módszertana a katona-orvostudományban. 14. p.
Vlaszenko, V. G. stb.: A munkaképtelenség miatt kieső napok számában mutatkozó különbségek értékelése nomogrammok segítségével. 18. p.
Szultanov, M. Ju.: A rendelőintézeti ellátás a helyőrségi szemész szakorvos munkájában. 22. p.
Zadorozsnij, A. A. stb.: Az anaerob fertőzések korai diagnosztikája és gyógykezelése. 24. p.
Farsatov, M. N. stb.: Katonáknál előforduló politraumák. 27. p.
Fedorov, Ju. P.: A szénhidrát-anyagcsere korrekciója az égésbetegségben alkalmazott parenterális táplálás rendszerében. 31. p.
Olejnik, I. I. stb.: Az allergének konkurrenciája krónikus tüdőbetegségekben. 34. p.
Ohrimenko, N. N. stb.: Az ideggyógyászati megbetegedéseknél előforduló diagnosztikus hibák elemzése. 38. p.
Szokolov E. N. stb.: Az 1977-ben lezajlott helyi influenzajárványok etiológiája. 42. p.
Gembickij, E. V. stb.: A katonai munkafeltételekkel kapcsolatos megbetegedések korai diagnosztikája, pathogenezise és megelőzése (foglalkozási ártalmak a hadseregben). 44. p.
Frolov, N. I. stb.: A repülésirányítók tevékenységének pszichofiziológiai sajátosságai. 49. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL
(Moszkva), 1980. 4. sz.

Melnikov, B. M. stb.: A hallgatók önálló felkészülésének megszervezése. 31. p.
Szadovoj, N. Sz. stb.: Miniatűr gyakorlótér az egészségügyi szervezési foglalkozásokhoz. 33. p.
Szokolovics, G. E. stb.: Oktató-gyakorló komplexum a tábori sebészeti foglalkozásokhoz. 35. p.
Davidov, V. V. stb.: Súlyos mechanikus sérülések esetén fellépő hormonális változások. 38. p.
Sanin, Ju. N. stb.: Intravénás általános érzéstelenítés műtéti beavatkozásoknál. 42. p.
Szenenko, A. N. stb.: A szerzett szívhibák diagnosztikájának tökéletesítése. 44. p.
Dmitriev, V. I.: Az aneurysma dissecans klinikuma és diagnosztikája fiatal és középkorúaknál. 48. p.
Parparov, A. B.: Gyakorlatok a szem akkomodációs funkciójának helyreállítására. 52. p.
Pureszkin, N. P.: A retinalis mikroangiopathiák korai jelei. 56. p.
Romanov, V. L. stb.: Meningococcus fertőzési góc felszámolása. 58. p.
Boldirev, V. V.: A meningococcus okozta agyvelőgyulladás korai diagnosztikája. 60. p.
Lapaev, E. V. stb.: A foglalkozási tényezők hatása a vestibularis reakciókra. 62. p.
Ermolaev, E. A. stb.: A magasfrekvenciás elektromágneses erőtér hatása a szervezetre és e hatások kivédésének elvei. 65. p.
Gozulov, Sz. A.: A megelőzés a repülőorvos munkájában. 69. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL
(Moszkva), 1980. 5. sz.

Ivanov, N. G.: A Nagy Honvédő Háború tapasztalatai a káderképzésben. 21. p.
Lobasztov, O. Sz.: A csapatok egészségügyi biztosítása front támadó hadműveletben, a háború befejező szakaszában. 25. p.
Lobanov, G. P.: Az egészségügyi szolgálat személyi állományának szakegészségügyi képzése a háború idején. 28. p.
Rudnij, N. M.: A Légierők egészségügyi biztosításának tapasztalata a Nagy Honvédő Háborúban. 34. p.
Potemkin, N. T. stb.: A Haditengerészeti Flotta egészségügyi biztosítása a háború éveiben. 38. p.
Liszicin, K. M.: Tábori sebészet a Nagy Honvédő Háború idején és a tábori sebészet fejlődésének perspektívái. 42. p.
Gembickij, E. V.: A belgyógyászati munka tapasztalatai háborús viszonyok között és azok jelentősége a tábori belgyógyászat fejlődésében. 46. p.
Volkov, V. V. stb.: Katonai szemészet a Nagy Honvédő Háború időszakában. 50. p.
Kurpita, P. N.: A közegészségügyi-higiénés biztosítás sajátosságai a fronton és a hátországban. 54. p.
Agafonov, V. I. stb.: A járványvédelmi munka tapasztalatai a háború éveiben és azok jelentősége mai viszonyok között 57. p.
Boriszov, E. N. stb.: A Vörös Hadsereg egészségügyi anyagellátásának megszervezése. 61. p.
Maraszanov, R. A.: 25 éves a Varsói Szerződés. Katonaorvosok a barátság és az együttműködés útján. 74. p.

VOJNOSANITETSKI PREGLED
(Beograd), 1980. *37*. 1.

Piscevic, S.: Hogyan befolyásolták az új fegyverek az egészségügyi veszteség számszerű alakulását és struktúráját a legutóbbi háborúban? 3. p.
Savic, J. stb.: A termikus sérülések hatása a besugárzott állatok általános reaktivitására és mortalitására. 14. p.
Posinkovic, B. stb.: Oszteoszintézist követő csontfertőzések. 22. p.
Jankuloski, A. stb.: Extrafokális szegezés. 26. p.
Vujosevic, K. stb.: A lakosság pszichikus megnyilvánulásai a montenegrói földrengés után. 30. p.
Vukovic, B. stb.: Kórházon belüli hepatitis B fertőzések. 33. p.
Tomasevic, M.: A „border-line" diabetes kifejlődése. 37. p.
Dangubic, V.: Subcutan mellhártya-biopsia. 40. p.
Dozic, V. stb.: Gyilkosság gyanúját keltő akasztásos öngyilkosság. 43. p.
Mikic, D.: A dadogás gyógykezelésében szerzett tapasztalatok katonáknál. 48. p.

VOJNOSANITETSKI PREGLED
(Beograd), 1980. *37*. 2.

Panajatovic, B. stb.: A gyógykezelés lehetőségei a nyakcsigolyák sérülése esetén. 79. p.
Jovanovic, Z. stb.: Enzimek a lőtt sérülések kezelésében. 83. p.
Vukovic, B. stb.: Hepatitis A virus antitest vojvodinai lakosok szérumában. 85. p.
Maksimovic, V.: Lágyéksérv korai kiújulása Bassini-plasztika után. 89. p.
Petrovic, M. stb.: Gastritis varioliformis. 95. p.
Zovic, D.: A dohányfüst káros hatásának higiénés jelentősége a munkahelyek levegőjének ionizációja szempontjából. 98. p.

VOJNOSANITETSKI PREGLED
(Beograd), 1980. *37*. 3. sz.

Debijadji, R. stb.: Hogyan reagál a hajózók cardiovascularis és sympathoadrenalis rendszere a hanghatár átlépésére és a magassági repülésre? 159. p.
Odavic, M.: A növekedési hormon, az ACTH és a cortisol kiválasztása heveny hypoxiás shock esetén. 162. p.

Haralampiev, K. stb.: Aknarobbanás okozta hallásromlás. A megelőzés és a gyógykezelés lehetőségei. 169. p.
Jovanovic, Z. stb.: Nyílt törések rögzítése külső fixációval. 172. p.
Videnovic, Lj. stb.: A helminthiasis laboratóriumi diagnosztikája a székletkenet cellofános vizsgálatával. 177. p.
Petrovic, D. stb.: A fúvós zenekar tagjainak munkafeltételei és egészségi állapota. 180. p.

VOJNOSANITETSKI PREGLED
(Beograd), 1980. 37. 4. sz.

Petrovic, D.: Ultrahang és infrahang a polgári repülőgépek pilótafülkéjében. 239. p.
Ropac, D.: A vér haemoglobin-koncentrációja és a fizikai állóképesség. 245. p.
Dzinic, M. stb.: Posttraumás otorhinogen meningitis. 248. p.
Ciko, M. stb.: A malária aktuális problémái — klinikai és epidemiológiai aspektusok. 252. p.
Susa, M.: Clostridium perfringens fertőzések — diagnosztikus és terápiás problémák rendkívüli viszonyok között. 257. p.
Ljumovic, R. stb.: A rehidrálás javallatai és lehetőségei veszélyeztetett gyermekeknél a rendelőintézet és a kórház előtti szakaszokon. 262. p.
Matunovic, A. stb.: Szív- és érrendszeri zavarok heveny chlorpromazin-mérgezésben. 266. p.
Majkic, N. stb.: A „Radonja" reagens alkalmazásának lehetősége fehérjemeghatározáshoz. 269. p.

VOJNOSANITETSKI PREGLED
(Beograd), 1980. 37. 5. sz.

Gosovic, S. stb.: Lemerülés a nyílt tengeren 100 m mélységben. 1. Kísérleti feltételek, élettani paraméterek. 327. p.
Gosovic, S. stb.: Lemerülés a nyílt tengeren 100 m mélységben. 2. Haematológiai paraméterek és a vizelet. 336. p.
Ilic, A. stb.: Lemerülés a nyílt tengeren 100 m mélységben. 3. Biokémiai paraméterek a vérben. 341. p.
Gosovic, S. stb.: Lemerülés a nyílt tengeren 100 m mélységben. 4. Diuresis, corticosteroidok és catecholaminok ürítése a vizelettel. 347. p.
Agolli, B. stb.: Lemerülés a nyílt tengeren 100 m mélységben. 5. A mikroflóra néhány sajátossága a szaturációs helyiségben. 352. p.
Kovasevic, H. stb.: A rekompressziós kamra mikroklimatikus jellemzői. 359. p.
Risavi, A.: A tengeribetegség. 367. p.
Agolli, B. stb.: Oropharyngeális mikroorganizmusok kvantitatív kultúrája. 371. p.
Alunic, Lj. stb.: A személyzet sugárkárosodása angiográfiás vizsgálatok során. 377. p.
Arsenijevic, S.: A tengervíz és a kagylók bakteriológiai szennyeződése Split körzetében. 380. p.
Petrovic, D. stb.: A zaj és a vibráció vizsgálata a folyami flotta hajóin. 388. p.
Novakovic, T. stb.: Inszekticid lakkok alkalmazása a Haditengerészeti Flotta hajóinak fertőtlenítésére. 392. p.
Gosovic, S. stb.: Pneumopericardiummal szövődött légembolia. 398. p.

VOJNOSANITETSKI PREGLED
(Beograd), 1980. 37. 6.

Kaljalovic, R. stb.: Virusos etiológiájú krónikus májgyulladás — diagnosztikus és terápiás problémák. 429. p.
Papo, I. stb.: Coarctatio aortae — 415 operált beteg adatai alapján. 433. p.
Majkic, N. stb.: A „Radonja" reagens alkalmazása a cholesterin meghatározására. 437. p.
Ledic, S. stb.: Metrizamide — új, nem ionizáló kontrasztanyag. A központi idegrendszeri megbetegedések diagnosztikájában szerzett tapasztalatok, különös tekintettel a myeloradiculographiára. 442. p.
Mitrovic, D. stb.: Az Urbason alkalmazásával szerzett tapasztalataink az akut allergiás állapotok gyógykezelésében. 451. p.

Petrovic, M.: Fibrinogén-értékek a gyulladásos bélrendszeri megbetegedések aktivitásának értékelésében. 454. p.
Djoric, L.: Haemodinamika krónikus veseelégtelenségben. A haemodinamika vizsgálata krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegeknél, módosított Starr-módszer szerint. 458. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 1. sz.

Hartel, W.: Nyílt hasi sérülések. 1. p.
Haag, W.: Hajón végzett műtétek. Lehetőségek és teendők számbavétele. 6. p.
Messerschmidt, O.: A neutron biológiai hatása és katonaorvosi aspektusa. 17. p.
Gärtner, F. stb.: A Bundeswehr katonáinál előforduló dysgnathia és a szolgálati alkalmasság kérdése. 21. p.
Schütte, E.: A szaruhártya megbetegedésének anyagcsere vonatkozása. 25. p.
Souchon, F.: A tengeralattjárók munkaegészségügyi problémái. 29. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 2. sz.

Rebentisch, E.: A Bundeswehr Egészségügyi Szolgálatának aktuális problémái. 33. p.
Luther, G.: A haditengerészet felügyelőjének beszéde a hajóorvosok Wilhelmshavenben megtartott 18. ülésén. 37. p.
Lefevre, K.: Egészségügyi szolgálat hajókon. 40. p.
Prinzhorn, G.: Életmentő beavatkozás és anaesthesia hajókon. 43. p.
Markhoff, I.: Tömeges sérültek osztályozása hajókon. 47. p.
Brünn, H.: Sérültek hajókról történő mentése és kiürítése. 52. p.
Schare, M.: Elhízás kezelése módosított nulldiétával. 57. p.
Adams, H. A.: A német tengerész-lazarettek története. 58. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 3. sz.

Krawiez, W.: Prof. Dr. Rebentisch orvos vezérezredes köszöntése. 65. p.
Schmitt, L.: Az orvosi ténykedés etikája. 66. p.
Altwein, J. E. stb.: A prosztata karcinómájának diagnózisa. A stádiumbeosztás értékelése. 72. p.
Jancik, J. M.: Gyakorlati tanács a clostridiumok okozta hisztotoxikus infekciók elkülönítő kórismézéhez. 79. p.
Dawihl, G.: Denaturációs paraméterek jelentősége a plazmaprotein oldatok előállítása, tárolása és minőségi ellenőrzése során. 84. p.
Boos, G.: A Salmonella előfordulása a nyers kolbászban és a csapatélelmezés kérdése. 91. p.
Kissel, D.: Átlátszó műanyag írásvetítő lapok az egészségügyi oktatásban. 95. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 4. sz.

Anzenberger, J.: A kimerültség csapatorvosi szempontjai. 104. p.
Bässler, K. H.: A kimerültség energetikai kérdése. 109. p.
Fröchlich, W.: A kimerültség pszichológiája. 111. p.
Löllgen, H.: A kimerültség klinikai aspektusa, megelőzése, kezelése. 115. p.
Mittelbach, L.: A kimerültség pszichiátriai vetülete. 118. p.
Linde, H.: Ernst von Bergmann. 124. p.
Kronabel, D.: A porosz katonai gyógyszerészet története a 19. századi háborúk folyamán. 128. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 5. sz.

Weidler, B.: Középsúlyos műtétek utáni parenterális táplálás. 135. p.
Bittscheidt, W.: Izületi kontrakturák lokális érzéstelenítésben végzett gyógytornája. 141. p.

Troschke, J.: A Bundeswehr katonáinak egészségügyi és betegségi állapotát pozitív módon befolyásoló tényezők. 143. p.
Brassel, F.: Haditengerészeti fogorvosi ellátás. 151. p.
Fischer, H.: A haditengerészet egészségügyi anyagi ellátása. 155. p.
Schlitt, R.: Veszélyes sport-e az ejtőernyős ugrás? 158. p.
Mahlberg, F. A.: Terv katasztrófa-veszély esetére. 162. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 6. sz.

Hengst, W.: A struma hormonkezelése. 167. p.
Rimpau, A: Polyvidon-jód oldattal szerzett klinikai tapasztalatok. 172. p.
Brickenstein, R.: A büntethetőség pszichiátriai megítélése és a büntető- és fegyelmi jog kérdése. 175. p.
Troschke, J.: A Bundeswehr katonáinak egészségügyi és betegségi állapotát pozitív módon befolyásoló tényezők. Befejező rész. 183. p.
Bernsmann, J.-F.: A Bundeswehr katonái fogazatának vizsgálata az állcsont orthopaediai és morphologiai elváltozása alapján. 189. p.
Trapmann, H.: Hosszú ideig tárolt gyógyszerek vizsgálata a Bundeswehrben. 192. p.
Heine, M. stb.: Öngyilkossági szándék bizonyítása. 195. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSCCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 7. sz.

Gärtner, F.: Az arckoponya lövési sérülése békében és klinikai-műtéti rehabilitációja. 199. p.
Schick, P.: Lymphocyta-érték változása egésztest besugárzás és tetanusz toxoid immunizáció után. 205. p.
Kuhlwein, A.: Katonák gonosoma-rendellenessége és szolgálati alkalmassága. 210. p.
Stömmer, P.: Rühösség — fontos differenciáldiagnosztikai szempontok. 215. p.
Pöllmann, L.: Az arc emphysemája. 220. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 8. sz.

Bijok, H.: Tetanusz elleni védettség vizsgálata. 229. p.
Hoffmann, K.: Hadgyakorlatok alatti szemsérülések. 233. p.
Bernsmann, J. F.: Az állkapocsízület és a fogsor illeszkedési-záródási zavarai a Bundeswehr katonáinál, különös tekintettel az állcsont orthopaediai és morphologiai állapotára. 238. p.
Burmeister, G.: A fülzsír eltávolítása. 241. p.
Schneider, H.: Kórházi higiéne. 245. p.
Pellnitz, K.: Az alkoholizmus és gyógyszer-abusus diagnózisa és terápiája. 247. p.
Krakamp, B.: Jóindulatú óriássejtes synovialoma — a térdízület lágyrész tumora. 251. p.
Schadewaldt, H.: A tengerészeti egészségügyi szolgálat története. 254. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 9. sz.

Schnierstein, J.: Malignus heretumorok katonaorvosi jelentősége. 261. p.
Hartmann, M.: A heretumorok terápiája a Bundeswehr Hamburgi Kórházában. 5 éves időszak értékelése. 262. p.
Bierbaum, H. G.: CIS-DIAMIN-DICHLORO-PLATIN-nal folytatott kezelés tapasztalatai a Bundeswehr Hamburgi Kórházában. 268. p.
Thoms, J.: A malignus heretumorok lymphographiával és computertomographiával végzett diagnózisának összehasonlító értékelése. 272. p.
Goldmann, A.: Heretumorok és az alpha-foetoprotein, valamint a beta-choriongonadotropin vizsgálata. 274. p.
Brüggemann, V.: A heretumorok terápiájának elve és utógondozása a Bundeswehr Koblenzi Központi Kórházában. 277. p.
Noltenius, H.: Hormonreceptorok és a malignus heretumorok. 281. p.
Fleischner, G.: Spondylolisthesis mint szolgálati ártalom. 285. p.
Adams, H.-A.: Iontophoresis kiváltotta Köbner-jelenség és a psoriasis vulgaris. 286. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 10. sz.

V. Bormann, B.: Volumen-pótlás és anaphylactoid mellékhatás. 291. p.
Gerngross, H.: Hivatásos és sorkatonák pszichés önértékelésének vizsgálata (Zung-test) a Bundeswehr egyik alakulatánál. 295. p.
Dick, H. J.: Csökkent szellemi képesség miatti leszerelések problematikája és a FÜV orvosi szempontjai. 299. p.
Schneider, H.: Typhus abdominalis. 309. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 11. sz.

Scmidt-Voigt, J.: A vérkeringés orthostatikus zavarainak diagnosztikai és terápiás szempontjai. 321. p.
Heeschen, W. stb.: Bizonyos kórokozók gyors kimutatása miniatürizált teszt-rendszer segítségével. 328. p.
Walter, G. H. stb.: Fizikális teljesítő képesség vizsgálata ergométerrel és a kapott értékek összefüggése a test zsírrétegének vastagságával. 366. p.
Wedel, K.-H.: A külső rögzítés katasztrófa-sebészeti jelentősége. 342. p.
Halama, P.: Pszichés terhelhetőség stressz-helyzetben és a dohányzás kérdése. 344. p.

WEHRMEDIZINISCHE MONATSSCHRIFT
(Melsungen), 1980. *24.* 12. sz.

Mayr, A. stb.: Katonaorvostanilag jelentős vírusos zoonózisok. 353. p.
Göbel, U.: Complement-rendszer — felépítése, funkciója és klinikai jelentősége. 359. p.
Börger, U.: Heveny akusztikus trauma kezelésének terápiás eredménye. 365. p.
Dollinger, H. C.: Akut kórképek a gastroenterologiában. 369. p.
Brickenstein, R.: Homoszexualitás és katonai szolgálat. 373. p.
Elsner, S.: Orvos—beteg viszony a katonai pszichiátria területén és a fiatal katona-orvosok. 377. p.
Schweigner, H. stb.: Haemocultura-szűrés lebonyolítása katonai egységeknél. 380. p.

HONVÉDORVOS

SZERKESZTI A SZERKESZTŐ BIZOTTSÁG
Főszerkesztő: Prof. dr. Vámos László orvos vezérőrnagy, az orvostudományok doktora
Szerkesztőségi titkár: Dr. Giacinto Miklós orvos ezredes
Szerkesztő bizottsági tagok:
Dr. Bíró György orvos ezredes, az orvostudományok doktora,
Dr. Manninger Jenő orvos vezérőrnagy, az orvostudományok doktora,
Dr. Bernát Iván ny. orvos ezredes, az orvostudományok doktora,
Dr. Kurucz Tibor gyógyszerész alezredes, a gyógyszerésztudományok kandidátusa,
Dr. Sugár Béla orvos ezredes,
Dr. Benkő György gyógyszerész alezredes,
Dr. Tabák Péter orvos alezredes, az orvostudományok kandidátusa,
Dr. Takáts László ny. orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa.
Szerkesztőség:
Budapest XIII., Róbert Károly körút 44. MN. Központi Kórháza. Telefon: 401-144.
Postacím: 1553 Budapest, Pf. 1.
Kéziratok a szerkesztő bizottság titkárának küldendők (Dr. Giacinto Miklós orvos ezredes) a szerkesztőség címén.
Kiadja a Zrínyi Katonai Könyv- és Lapkiadó, Budapest VIII., Kerepesi út 29/A. Postacím: 1553 Budapest, Pf. 31.
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Budapest V., József nádor tér 1. Telefon: 180-850. Postacím: Posta Központi Hírlap Iroda. Budapest 1900) közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a KHI 215—96162 pénzforgalmi jelzőszámára.
Előfizetési díj: 1 évre 108,— Ft, fél évre 58,— Ft
Lapengedély száma: 9031/1948. T. M.
Megjelenik negyedévenként.
Egyes szám ára: 27,— Ft
Index: 25376 HU ISSN 0133-879. X.
81.2708/2-02 — Zrínyi Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Vágó Sándorné vezérigazgató