

62/5
Szolgálati használatra!

HONVÉDORVOS

MELLÉKLET A

XIV. ÉVF. 1. SZÁMÁHOZ

1

1962 JANUÁR—MÁRCIUS

TARTALOMJEGYZÉK

<i>Diner Ottó</i> dr. o. ezds.: Katonák békeidőben történt sérüléseinek körülményei és következményei — — — — —	3
<i>Magyar István</i> dr. o. őrgy.— <i>Ozsváth Károly</i> dr. o. őrgy.— <i>Kémenczy Iván—Kisszékelyi Ödön</i> dr. o. őrgy.: Elmekórtani vonatkozású rendkívüli események vizsgálata a hadseregben — — — — —	9
<i>Ozsváth Károly</i> dr. o. őrgy.— <i>Kémenczy Iván</i> : Az értelmi fogyatékoság katonai orvosi megítélése — — — — —	17

Katonák békeidőben történt sérüléseinek körülményei és következményei*

Írta: **Diner Ottó** dr. orvosezredes

Mint a klinikai orvostudomány minden ága, a traumatológia sem korlátozódhatik a sérülés megállapítására és kezelésére. Feladata a trauma okának felderítése, elhárítása, tehát a baleset megelőzése is. Meg kell találni az okozati összefüggést az elszenvedett baleset és az azt előidéző külső körülmény, illetve a trauma és a sérült belső állapota között. Szovjet tapasztalatok azt bizonyítják, ha a baleset okait részletesen elemezzük, az esetek túlnyomó többségében megtaláljuk az okozati összefüggést. Tehát a balesetnek, a szerencsétlenségnek nagyon is reális oka van és ennek kiiktatásával a baleset megelőzhető. Ezt az összefüggést a trauma körülményeinek és feltételeinek rendszeres tanulmányozásával kell kideríteni. Minden egyes esetről pontos kimutatás szükséges, ez nem felesleges bürokrácia, hanem a balesetelhárítás egyetlen járható útja.

Egészségügyi szolgálatunk mindeddig nem foglalkozott szervezeten a balesetelhárítással. A statisztikai kimutatáson szerepelnek pl. a törések és ficamok, de az nem, hogy mi okozta. Szerepel közlekedési baleset, de nem tűnik ki annak következménye. Balesetelhárításra az ilyen statisztika nem használható. Elterjedt még mindig az a felfogás, hogy a balesetelhárítás nem orvosi, hanem technikai, fegyelmi feladat. Jogos a kérdés, vajon kire tartozik a szolgálatképeség, a munkaképesség megőrzése, az időelőtti elhalálozás elhárítása? A válasz egyértelmű, az eü. szolgálatra. Természetesen a balesetelhárítás nemcsak eü. kérdés. Rengeteg technikai vonatkozása is van. Az sem vitás, hogy a balesetek száma az egység fegyelmi helyzetének hű képét adja. De utóbbi tényezők semmiben sem csökkentik felelősségünket a balesetek elhárításában.

Évenként több száz sérült kerül felvételre osztályunkra. A mindennapos tapasztalatból ismerjük a sérülések leggyakoribb okait és megjelenési formáit. Azonban ilyen irányú statisztikát eddig nem vezettünk és így nem tudjuk pontosan, számszerűen, hogy a különböző okok és következményeik milyen arányban fordulnak elő, és így természetesen a megelőzés vonalán sem tettünk eddig sokat.

Tisztában vagyunk azzal, hogy beteganyagunk elemzése nem ad pontos képet a Néphadseregben előforduló összes balesetekről. A sérültek többsége ambuláns ellátásban részesült. Nagyszámú sérültet látnak el a polgári eü.

* Az V. Honvédorvosi Tudományos Értekezleten (1961. okt. 26—28.) elhangzott előadás.

intézetek. Több honvédkórházunk van. Ezenkívül egyes speciális sérülések, elsősorban a súlyos koponyasérültek, a megfelelő osztályokra kerülnek. Mégis úgy gondoljuk, hogy nem hiábavaló munka, ha saját beteganyagunkról részletes statisztikát készítünk. Ezért 1959. jan. 1-től kezdődően válogatás nélkül, a felvételre kerülés sorrendjében, 1000 katona kórlapját tanulmányoztuk át, és az adatok alapján egységes szempontok szerint, egyéni statisztikai lapokat készítettünk. Ezek feldolgozásával részletesen elemezhettük a sérülések okait és körülményeit, a sérülés jellegét és localisatióját és még sok más szempontot. A statisztikai lap úgy van megszerkesztve, hogy az a megfelelő szavak aláhúzásával igen rövid időn belül kitalálható. Vezetése tehát, amely a sérült felvételével megkezdődik, nem jelent túl nagy megterhelést.

A sérülteket öt csoportba osztottuk:

1. csoport: Azok, akiknek sérülése a katonai foglalkozások sajátosságaival függ össze. Ez a csoport tulajdonképpen a polgári élet üzemi-foglalkozási baleseteinek felel meg.

2. csoport: Sérülései a szervezett és nem szervezett sport közben léptek fel.

3. csoportba a közlekedéssel kapcsolatos;

4. csoportba a mindennapi élet tevékenységével összefüggő balesetek kerültek, és végül az

5. csoportba azokat a sérülteket soroltuk, ahol szándékosság, erőszak, vagy durva gondatlanság volt a sérülés oka.

Az első csoportba, melyet *kiképzési* csoportnak neveztünk, kerültek a fegyver-balesetek, melyek leggyakrabban őrszolgálatban és lövészetben fordulnak elő. Ide soroltuk a terepen foglalkozás közben elszenvedett sérüléseket is. Pl. a taktikai, az alaki foglalkozás, rohampálya stb. sérültjeit.

Ebben a csoportban 278 fő volt, tehát az összes sérültek 27,8 százaléka. *Lőfegyver*, robbanás következtében 66 fő sérült. A *traumák* túlnyomó többsége *elések* következtében lépett fel, az esetek több mint 50 százalékában. Sajnos, még mindig 13 ún. *gyűrűsérülést* észleltünk. Utóbbi úgy jön létre, hogy amikor a harcos leugrik a gépkocsiról, gyűrűje beakad a gépkocsi oldalába és ennek következménye az ujj, leggyakrabban a bal IV-es lenyúzása. Osztályunk már 7 évvel ezelőtt felhívta a figyelmet erre a könnyen megelőzhető sérülési formára. *Égés* ebben a csoportban 16 esetben fordult elő, elsősorban robbanás következtében. 57 esetben *súlyosabb tárgy*, utászoknál gyakran a hossztartó esett a harcosok kezére. Mik voltak a leggyakoribb sérülések? Törés 71, rándulás 56 (térd, boka), tompautés 36, ezek közül nem ritka a mellkas, illetve a has súlyos traumája. Lőtt sérülés 66, agyrázkódás 13 esetben fordult elő. A sérülések leggyakoribb lokalizációja az alsóvégtag. (Az eseteknek több, mint 50 százalékában.) A kiképzési csoportban a kórházban töltött átlagos ápolási idő 12,5 nap.

Ha a fegyversérüléseknél a megelőzés lehetőségeit nézzük, azt látjuk, hogy az ok rendszerint nem véletlen, nem az a körülmény, hogy a harcosoknál töltött fegyver van, hanem a lövészeti és az őrszolgálati és általában a szolgálati szabályzat előírásainak megszegése. A katonák játszanak a fegyverrel, ijesztgetésre használják. Az őrparancsnok, a lövészet vezetője elhanyagolja az ellenőrzést. Gyakran a katonák nincsenek kellően kioktatva.

A legnagyobb számban előforduló elesésnek elsősorban a nem megfelelő — túl nagy — csizma az oka. Az a benyomásunk, hogy azoknál az egységeknél, ahol a bokaszíjat már rendszeresítették, ritkábbak a rándulások. Ilyenkor ugyanis az ugráshoz földetérő harcosnak a lába nem mozog szabadon a csizmában, az ugrás biztonságosabb. A gyűrű-sérülés könnyen felszámolható.

a gépkocsira való felszállás előtt „Kezeket fel” gyűrűellenőrzés: „Gyűrűt le”. Ez az egyszerű rendszabály megelőzné a legtöbbször csonkítással járó sérülést. A hossztartó okozta gyakori traumákat a helyszínen kellene tanulmányozni.

Sportsérülés az előbbi csoporttal csaknem azonos számban fordult elő, 293 főnél. Saját anyagunkban a szovjet szerzőktől eltérően, nem választottuk külön a szervezett sportfoglalkozásokon fellépő sérüléseket azoktól, amelyek a foglalkozáson kívül, szabad időben történtek. Erre kórlapjaink nem adtak módot. A jövőben úgy kell a kórlapot vezetni, hogy a kétféle körülmény között létrejött sérülés világosan elkülöníthető legyen. Ugyanis ha a szervezett sportfoglalkozás alatt is lényeges számú sérülést találunk, ez a „Testnevelési Szabályzat” előírásainak megszegésére utal. Ugyanakkor mindent el kell követni, hogy a szabad időben végzett sportnál is betartsák a fenti szabályzat utasítását. Itt szeretnék rámutatni arra, hogy a „Csapat orvosok működési utasítása” című szabályzatban a sportfoglalkozás orvosi ellenőrzéséről nem esik szó.

A sérülés az esetek több, mint $\frac{1}{3}$ -ában *labdarúgás* közben történt. 73 esetben *szertorna* (korlát, nyújtó, ló) szerepelt a sérülés okául. Ez a szám valószínűleg nagyobb, sok kórlapban egyszerűen csak „torna” van megadva. Ezeket nem számoltuk a szertornához. A sportsérülésekre a rándulások nagy száma jellemző, saját anyagunkban 50%-ban. Jelentős számban fordulnak elő azonban törések is, az összsérültek 32%-a.

A sérülések leggyakoribb lokalizációja az *alsó végtag*, az esetek 80%-ában. A sérülések oka azonos a polgári sportsérülésekkel. Szovjet szerzők mutatnak rá, hogy azoknál az alakulatoknál, ahol a sportfoglalkozás utasításait betartják, a sportsérülések száma lényegesen alacsonyabb, mint egyéb csapatoknál.

A moszkvai mentők adatai szerint a sérülések okai: 1. hibás sporteszközök; 2. nem megfelelő talaj; 3. rossz szervezés, pl. „biztosító” hiánya. Nagy számban, 40%-a szerepelnek az ún. egyéni tényezők. Ezek 1. hiányos tréning; 2. fáradtság, betegség; 3. fegyelmezetlenség (elővigyázatlanság, szabálytalanság, durvaság). Mindezekből adódott a megelőzés módja.

Felteszem a kérdést: helyes-e, hogy sok egységnél a szertornát csizmában végzik? Természetes, hogy a harcos a rohampályán csizmában van, hiszen éppen az a cél, hogy megtanuljon ügyesen mozogni csizmában a terepen és akadályokon. Azonban nyújtón, a korláton, vagy a lovon végzett gyakorlatoknál az általános erőnlét emelése a cél. A csizma zavar és sok balesetet okoz. Tehát kívánatos lenne, hogy a szertornát tornacipőben végezzék.

Sportsérülések átlagos ápolási ideje 8 nap.

Közlekedési baleseteknél szerepük van a tanuló vezetőknek. Annak, hogy a katonai foglalkozások sajátossága gyakran megköveteli, hogy a gépkocsivezető nehéz terepen, rossz látási viszonyok között, gyorsan végezze feladatát. Ennek azonban nem szabad a biztonság rovására mennie. Az alkohol hatása mint kiváltó ok, viszonylag ritkán szerepel, elsősorban motorkerékpárosoknál, eltávozásokor. Nem szabad elmulasztani az előírt műszaki ellenőrzést, figyelembe kell venni a gépkocsivezető fáradtságát. Világos, hogy az orvos felvilágosító-ellenőrző munkájának itt is nagy szerepe van.

Sérültjeink közül 165 közlekedési baleset volt, tehát az esetek 16,5%-a. Számuk kisebb, mint a kiképzési és sportsérülések száma, azonban a baleset következményei általában súlyosabbak. Gyakori a többszöri sérülés. Törést 77 esetben észleltünk, ez 47%-nak felel meg. (Kiképzés: 26%, sport: 32% törés.) Magas az agyrázkódások száma is. 34 esetben fordult elő arányosítva tehát kb. 4-szer annyi, mint a kiképzésnél és 7-szer annyi, mint sportnál. A sérülés

lokalizációjánál meg kell említeni a gyakori fejsérüléseket (48). Átlagos ápolási idejük 13,3 nap.

A *mindennapi* élet sérüléseinek nevezzük azokat a traumákat, melyek a sérült foglalkozásától, jelen esetben a kiképzéstől függetlenül jönnek létre és nem sport- vagy közlekedési balesetek. Az ilyen típusú sérülések a polgári életben általában az összes sérülések $\frac{2}{3}$ -ában fordulnak elő. A mi anyagunkban 210 sérült tartozott ehhez a csoporthoz, tehát sérültjeink 21%-a. Ennek oka az érthető módon viszonylag magasabb számú foglalkozási és sportsérülés. A sérülések leggyakoribb oka az elesés, 50%-ban fordult elő. Leggyakoribb következménye: 78 törés, ez 37%-nak felel meg és 6,5% agyrázkódás. A sérülés leggyakoribb lokalizációja az alsó végtag, 119 főnél, tehát újból több, mint 50%.

Az ok csak minden eset pontos elemzésével tisztázható. Tekintetben kell venni a pszichológiai tényezőket: 1. a veszély nem ismerése; 2. könnyelműség; 3. nem tudatos, hibás ténykedés („Fehlleistung”). Nagy jelentősége van a környezeti hatásnak is. Ilyenek az egyéni gondok, a családi élet, a harcos viszonya parancsnokához, bajtársaihoz. Fontosnak tartom rámutatni arra, hogy a parancsnokok egy része az ilyen típusú sérüléseket „nem szolgálati”-nak minősíti. (Pl. laktanyában lépcsőn elesett, vagy reggeli mosdás közben elcsúszott.) Hangsúlyozni kell, hogy a katonaidő egész tartama alatt, az iparhoz hasonlóan, mindazon sérüléseket, melyek a szolgálati idő alatt (tehát eltávozás vagy szabadság kivételével) a sérült akarától függetlenül jönnek létre, szolgálatinak kell tekinteni. Átlagos ápolási idő 9,9 nap volt.

Az *Egyéb* címszó alatti csoportban, mint már a fentiekben említettem, szándékosság, illetve durva gondatlanság a kiváltó ok. 54 sérültünk tartozik ebbe a csoportba. *Verekedés, öngyilkosság, benzin* gondatlan használata volt legtöbbször a baleset oka. Az ápolási idő ennél a csoportnál a legmagasabb: 20 nap.

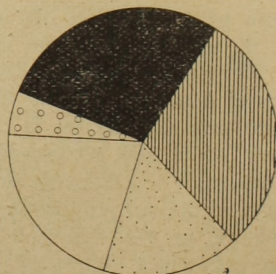
Nyilvánvaló, hogy az ebbe a csoportba tartozó sérültek száma a csapat fegyelmi helyzetét tükrözi. Ebből adódik a megelőzés módja is. A parancsnok, a politikai apparátus és az orvos szoros együttműködése szükséges ahhoz a nevelőmunkához, mellyel az ilyen esetek száma csökkenthető.

A kördiagrammok a csoportok megoszlását, a leggyakoribb okot, következményt és a lokalizációt mutatják. (L. ábrákat.)

Feltűnő, hogy mint sérülést kiváltó ok, leggyakrabban az *elesés, elcsúszás* szerepel: 220 esetben. Ide sorolhatjuk a 112 labdarúgási és 78 torna-sérülés

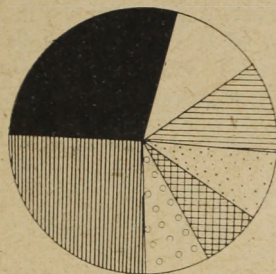
A SÉRÜLÉSEK CSOPORTMEGOSZLÁSA

KIKÉPZÉS	28%	■
SPORT	29%	▨
KÖZLEKEDÉS	17%	◻
MINDENNAPI	21%	□
EGYÉB	5%	◉
	<u>100%</u>	



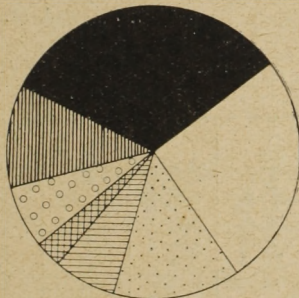
A SÉRÜLÉSEK LEGGYAKORIBB OKAI

ESÉS	28%	■
RÁESETT VALAMI	11%	□
LABDARÚGÁS	11%	▨
SZERTORNA	7%	▩
GK MKP BORULÁS	8%	▧
LOVÁS, DOBBANÁS	8%	▤
EGYÉB	27%	▦
	100%	



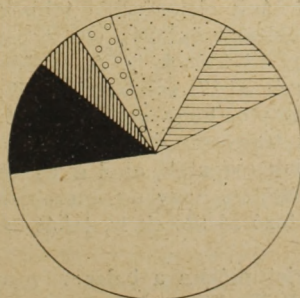
A SÉRÜLÉSEK LEGGYAKORIBB KÖVETKEZMÉNYEI

TÖDÉS	32%	■
RÁNDULÁS	26%	□
ZÚZÓDÁS	14%	▩
LŐTT SEB	7%	▨
ÉGÉS	3%	▧
AGYRAZKODÁS	8%	▤
EGYÉB	10%	▦
	100%	



A SÉRÜLÉSEK LOKALIZÁCIÓJA

FEJ	13%	■
GERINC-MEDENCE	5%	▦
TÖRZS	6%	▤
FELSŐVÉG TAG	13%	▩
KÉZ-ÚJJAK	9%	▨
ALSÓVÉG TAG	54%	□
	100%	



nagy részét is Az esés leggyakoribb következménye az alsóvégtag rándulása, 263 esetben, illetve törés 162 esetben. Ha ezeket a számokat a szovjet statisztikákkal hasonlítjuk össze, azt látjuk, hogy ott a rándulások 11, nálunk 26⁰/₀-ban; a törések 14, nálunk 33⁰/₀-ban és végül az alsó végtag sérülései 34, nálunk 54⁰/₀-ban fordulnak elő. Úgy vélem, hogy ezen adatok alapján indokolt lenne tanulmányozni, hogy harcosaink csizmája mennyiben okolható az ilyen nagy számban előforduló végtagsérülésekért.

HOL TÖRTÉNT A TRAUMA?

FOGLALKOZÁS ALATT		FOGLALKOZÁSON KIVUL	
SZERVEZETT SPORT	TAKTIKAI FOGL	GAZD MUNKA	NEM SZERV SPORT
	ALAKI FOGL	ÉPÍTKEZÉSI --	SZABAD IDŐ
	LOVÉSZET		CSAPATON KIVUL
	HARC TECHN ŐRSEG		
17,5%	15%	28%	39,5%

1. sz. táblázat

A TRAUMA OKA

ELŐIDŐS MEG- SZEGESE	NEM KELLŐ KIKÉPZÉS A TECHNIKÁBAN	FÁRADTSÁG	NEM VIELEGÍTŐ ELLENŐRZÉS	TALAJ, BIZTOSÍTÓ	ELŐVIGYÁZATLAN	VÉLETLEN
-------------------------	--	-----------	-----------------------------	------------------	----------------	----------

LEGGYAKORIBB OK A VIGYÁZATLANSÁG!

„VÉLETLEN”-NEK AKKOR NEVEZZUK, HA NEM LEHETETT KIDERITENI AZ ELHÁRJITHATÓ OKOT, PL. BOX VAGY LABDARÚGÁS /SZABÁLYOS LEFOLVÁS ESETÉN/ EJTŐERNYŐS /GYAKORLOTT KATONA, JÓ ELŐKÉSZÍTÉS/

2. sz. táblázat

Statisztikánk elemzéséből többek között kiderül, hogy például a lövések túlnyomó többsége önlövés, elsősorban a kéz és láb sérülései. Nagy jelentősége van a szolgálati időnek is. Az elsőévesek között gyakoribbak a sérülések. Pl. lött sérülésnél 33:17, szertornánál 52:14, kiképzésnél 147:62 az arány.

Kimutatható, hogy egyes csapatoknál feltűnően nagy a sérülések száma. A csapatok túlnyomó többségénél 10-nél kevesebb sérültet találtunk, ugyanakkor vannak csapatok, ahol a sérülések száma eléri a 60-at. Érdekes és nyilván nem véletlen, hogy ugyanezeknél a csapatoknál fordulnak elő az „egyéb” rovatba tartozó sérülések is, tehát öngyilkosság, gyűrűsérülés, verekedés, gondatlanság.

A Szovjetunióban a baleset megelőzése céljából vezetett statisztikában szigorúan elkülönítik a foglalkozás alatti és foglalkozáson kívüli baleseteket. (Lásd 1. sz. táblázat.) A 2. sz. táblázat a baleset okát vizsgálja. A szerző meg-

állapítja, hogy a leggyakoribb ok az elővigyázatlanág. *Gorinyevszkaja* igen figyelemreméltóan jellemzi a sérült ún. „elővigyázatlanágát”, ő ezt a harcos nem kielégítő ismeretének, nem megfelelő tréningjének, a balesetmegelőzési szabályok terén mutatkozó tájékozatlanságnak tartja.

Nagy figyelmet kell fordítani az *ugyanazon ok* következtében fellépő traumákra. Pl. hosszantartó, benzín, gyűrűsérülés, rohampálya, labdarúgás, szer-torna, gépkocsi borulás stb.

Céлом az volt, hogy felhívjam a figyelmet katonák baleseteinek jelentőségére. A már említett adatokat a következőkkel egészítem ki:

Egy sérült átlagos ápolási ideje 11 nap	11 000 nap
Ezt a viszonylag alacsony ápolási időt úgy érvük el, hogy a katonák nagy része szolgálatmentességi javaslatot kap, kb.	10 000 nap
400 alkalommal javasoltunk 28 nap eü. szabadságot	11 200 nap
Összesen tehát	32 200 nap
kiesés a szolgálatból	
356 esetben minősítéssel felülvizsgálat elé állítottuk a sérülteket.	
Ezek közül	
háb. hátsországi szolg.-ra alkalmas	254 fő
(Ez ideiglenes minősítés, a régi „jan”-nak felel meg)	
szakszolgálatra alkalmas	78 fő
alkalmatlan minősítéssel	14 főt
javasoltunk. 7 sérült meghalt.	

Kiegészítésül még két adat: Minden 1000 egészséges katonára 205 baleset esik évente. Az összes szolgálatképtelenek 10⁰/₀-a sérült. Mindez világosan mutatja a balesetek és így természetesen a balesetelhárítás honvédelmi és népgazdasági jelentőségét.

A balesetek megelőzésében az eü. szolgálatnak kiemelkedő feladata van. Eredményes megelőző munka megfelelő dokumentáció nélkül elképzelhetetlen.

Elmekórtani vonatkozású rendkívüli események vizsgálata a hadseregben*

Írta: **Magyar István** dr. orvosőrnagy, **Ozsváth Károly** dr. orvosőrnagy,
Kémenczy Iván gyp. tanár, **Kisszékelyi Ödön** dr. orvosőrnagy

Az egyre fejlődő katonai egészségügy keretein belül a katonai pszichiatria mind jelentősebb helyet foglal el. Jelentőségét a legújabb psychopathologiai felfedezések mellett sajátos katonai-lélektani problémák adják meg. A technika gyorsütemű fejlődése, a korszerű fegyverek és a korszerű hadviselés tudományának elsajátítása fokozott igényeket támaszt a katonákkal szemben és e fokozott igények nagyobb megterhelést jelentenek az idegrendszer számára is. Jelen körülmények között a katonai pszichiatria nem elégedhet meg a klinikai munkával, területe kiszélesedett a polgári pszichiatriai munkától teljesen eltérő

* Előadás az V. Honvédorvosi Tudományos Értekezleten (1961. okt. 28.)

feladatok előtérbeállításával. A helyes kiválogatást célzó sorozás-bevonulás előtti pszichológiai vizsgálatok, a katonák növekvő psycho-higiénés ellenőrzése, a hadviselés lélektani problémái, az egyes kóros elmeállapotok elbírálása és gyógykezelése mind olyan feladatok, melyek egységes elveket követelnek meg és ezeket az elveket összhangba kell hozni a korszerű kiképzés követelményeivel és a psychopathológia modern koncepcióival.

A katonai pszichiatria egyik jelentős feladata azoknak a psychés mechanizmusoknak feltárása, melyek bizonyos — néha szembetűnően kóros, máskor látszólag normális — cselekmények háttérében állanak. A gyakorlat vonatta le velünk azt a következtetést, hogy korántsem egyszerű egy-egy cselekmény psychopathológiai vonatkozásainak — a lélektan területén járatlanok számára való feltárása, elfogadhatóvá tétele. A katona-pszichiater nem elégedhet meg a kóros lelkiállapot létrejöttének megállapításával, hanem arra kell törekednie, hogy a kiváltó okok feltárásával a megelőzés lehetőségeit is propagálja. A parancsnoki kar gyarapodó lélektani ismeretei ezt lehetővé és szükségessé is teszik.

Tanulmányunkban klinikai és igazságügyi elmeszakértői eseteink között szereplő rendkívüli események mögött rejlő és azokat kiváltó pathológiás mechanizmusokkal kívánunk foglalkozni. A kérdés tárgyalásakor nem támaszkodhatunk tradíciókra, csupán az általános körlelektan katonarvosi alkalmazása során általánosított tapasztalataink állnak rendelkezésünkre.

A *rendkívüli esemény* fogalmát rendeletek határolják körül. Pszichiatriai szempontból tehát azokról a cselekményekről van szó, amelynek elkövetése során a katona konfliktusba kerül a magatartását előíró, szabályzatokban rögzített normákkal, és olyan súlyosan megsérti állampolgári kötelességeit, olyan következményeket idéz elő, hogy ezek a szokásos módon nem bírálhatók el. A rendkívüli esemény az egyén és a katonai közösség szempontjából különösen jelentős, és a vele való foglalkozás a katonai igazságszolgáltatás keretein túlmenően a prevenció szempontjából a legfontosabb. Tárgyalásunk során pszichiatriai elemzésünk céljára három nagy csoportba osztottuk a rendkívüli eseményeket: suicidium, katonai vétség, közönséges bűncselekmény.

Az utóbbi néhány év rendkívüli eseményei közül 41⁰/₀ban kóros lelki működés található a háttérben. Ezeknek fele (50,4⁰/₀) katonai vétség, másik fele az öngyilkossági kísérletek (29,9⁰/₀) és a közönséges bűncselekmények (19,6⁰/₀) között oszlik meg. A katonák elkövette suicidiumok kb. kétharmadrészt letális kimenetelűek voltak.

Az igazságügyi elmeakortanból és a psychopathológiából jól ismert az a tény, hogy a bűnözők nagyrészt nem ép személyiségű egyének, hanem többé-kevésbé kórosan fejlett psychével rendelkeznek. Hasonló a helyzet azoknál a katonáknál is, akik rendkívüli eseményt idéznek elő. A pathológiás személyiség szerkezet azonban egyidejűleg minden esetben nem jelenthet mentességet sem a katonai szolgálat, sem a büntethetőség szempontjából.

A rendkívüli események létrejöttében szereplő *kóros lelki működések* megközelítését két úton kíséreltük meg. Egyrészt 426 pszichiatriai kórlapot dolgoztunk fel, másrészt 199 katonai bírósági esetet tekintettünk át kórisme és az elkövetett rendkívüli esemény vonatkozásában.

1. 426 pszichiatriai osztályos betegünk közül 208-nál, azaz eseteink 49⁰/₀-nál szerepelt valamilyen rendkívüli esemény.

Első helyen a *suicidium* kísérlete, illetve szándéka szerepel (50⁰/₀), ezt követi a *katonai vétségek* csoportja (38⁰/₀), majd a *közönséges bűncselekmények* (12⁰/₀).

Az egyes kórformák közül a különböző, elsősorban hysterban psychopathia emelkedik ki a rendkívüli események elkövetésében. Itt elsősorban a suicidiumszándék és kísérlet dominál, míg az alkoholistáknál a különböző katonai vétségek és közönséges bűncselekmények, főleg garázdaság áll az előtérben. Az ún. endogen elmebetegségek és organikus psychosisok suicidiummal, katonai vétségekkel járnak gyakrabban együtt (schizophreniánál a katonai vétség a gyakoribb); még egyenletesebb az eloszlás oligophrenia esetében, ahol a közönséges bűntettek is megszorodnak.

TÖRVÉNYSZÉKI BETEGYAG MEGOSZLÁSA

KÖRISME	ÖSSZ LÉTSZÁM	SUICIDIUM					KATONAI VÉTSÉG					KÖZÖNSÉGES BŰNCSELEK.		MINŐSÍTÉS													
		MÉREG	FEGVÉRE	ÖNÁRÁZTÁS	ÖNBERZÉS	LEJÁRÁS	UDORON TEBE	BZÁNGÓK	BÚJTÓGATÁS	BZÓVÉS	POK MEGTAGADÁS	FUGG BÉRTÉS	BÉLO VALÓ VIRSZ	ÖRÖZ VÉTSÉG	ELVIT LÓDÁS	BZÓLÓ HANYAG ÉLL	BEX	GARÁZDASÁG	GONDATLANSÁG	TESZT BÉRTÉS	BALESET OK	GYILKOSSÁG	LÓDÁS	Ø	Q	T	
SCHISOPHRENIA, SCH - FORM REACTIO	7	1		1				2	1						1						1					7	
PARANOID REACTIO	9							4	2	2									1							4	5
EGYÉB ENDOGEN	6			1	1			2		1	1																6
OLIGOPHRENIA	28			6				2	8	6		1										1	3	1	18	9	
EPILEPSIA ÉS EGYÉB ÖRÖZ TRAUMA	5							1	1													3	1	2		2	
HYSTERICUS PSYCHOPATHIA	24	1	2	1		1	2	5		2	2	2		1							1	2		7	12		
EGYÉB PSYCHOPATHIA	33	1	2	2			2	6	7	4	2					5						3	12	12	4		
ALKOHOLOS KÉP	46							2	5	8	4	1			3	2	8	4	1	1	4	3	11	22	13		
REACTIV ÁLLAPOT	17						5	1	1	1		8							2			1	11	4	2		
NEGATIV	24			3	2		1		3	2	1	8			6							3	24				
ÖSSZESEN	199			32	16 %			112	56 %						55	28 %											

2. sz. táblázat

2-199 katonai bírósági esetünk megoszlásában első helyen a katonai vétség mutatkozik (56%), ezután a közönséges bűncselekmények következnek (28%), és mindössze 16%-ban fordult elő suicidium a vizsgált 199 esetben. (2. sz. táblázat: Törvényszéki beteganyag megoszlása) 24 negatív és 17 reaktív állapot kivételével a többi esetben kóros személyiség-alakulás, akut és idült alkoholizmus, vagy psychosis volt megállapítható. 67 esetben nem állt fenn a büntethetőséget befolyásoló körülmény, 84 esetben részlegesen, 48 esetben teljes mértékben képtelen volt a vizsgált vádlott cselekménye társadalmi veszélyességének felismerésére — kóros lelki működése következtében. A teljes beszámíthatatlanság az elmebetegek, kóros ittasságban szenvedők és súlyos gyengeelméjük eseteiben állott fenn.

A feldolgozott klinikai és igazságügyi elmeszakértői anyagban szereplő személyeket az utóbbi években személyesen észleltük és e gyakorlati munka során érlelődtek meg következtetéseink. 601 psychiatriai kórképünk megoszlását a 3. sz. táblázat szemlélteti.

A feldolgozott esetek kórforma szerinti megoszlása:

(3. sz táblázat)

Formakör	kórkép	esetek száma
„Endogen” psychosisok	schizophrénia	70
	sch.-form reakció	18
	ciklophrenia	89
Psychopathia	hysteriás psychopathia	107
	sensitiv } indulati } egyéb } psychopathia	92
		192
Organicus psychosyndroma	epilepsia	36
	traumás } szem. alkoholos } változás	166
	egyéb org.	202
Oligophrénia		94
Psychogen (reaktív) elmezavar		17
Összesen		601

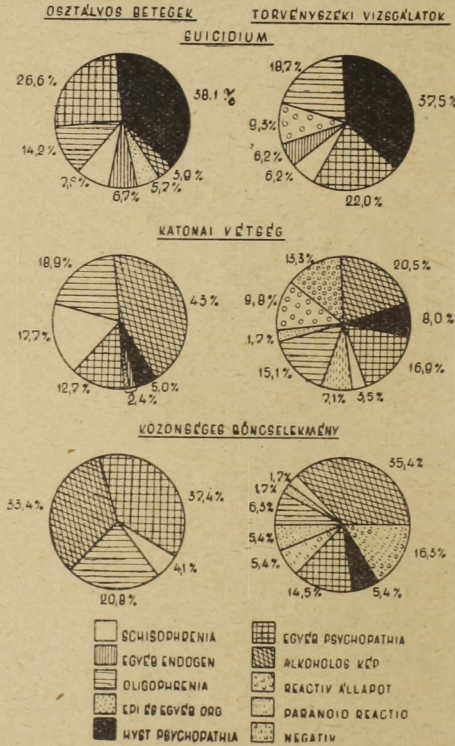
Táblázatunk a katonapsichiaterok általános tapasztalatával egyezően a psychopathia, az alkoholizmus, a schizophrénia és az oligophrénia *katonai* jelentőségét hangsúlyozza. Ez a katonai pszichiatriai beteganyag egyik sajátossága, — felsorolt eseteink elmeosztályi, illetve hadbírósi anyagban psychoticus állapotuk miatt szerepelnek, hiszen a schizophrénia kivételével a polgári életben lényegesen ritkábban kerülnek zártosztályra, illetve bíróság elé a felsorolt kórképek.

A rendkívüli események és az egyes kórképek összefüggése 2. sz. ábránkon jól szemlélhető.

A hadbírósi esetek között szereplő 24 negatív eset kivételével a vizsgált személyek mindegyikénél a kialakult pathológiás elmeműködés, illetve kóros személyiségkép állott a rendkívüli események háttérében. Psychosisoknál a betegség megzavarta funkciók reakciójaként, kórtünetként jelentkezett, rendszert elemi erővel suicidium, szökés, vagy egyéb katonai vétség formájában és beilleszthető volt a betegség klinikai képebe. Ezek az esetek kivétel nélkül gyógykezelést igényeltek, cselekményeik tekintetében pedig magatartásuk teljes korlátozottságát kellett megállapítani. A gyengeelméjűeknél elsősorban fejletlen kritikai, erkölcsi fogyatékoság, a hiányos magasabb szellemi működés tehető felelőssé az abnormis viselkedési módért. Psychopatha egyéneknél a kóros személyiségstruktúra, alkoholos állapotban az intoxicatio teremtette meg a lehetőséget a rendkívüli eseményt előidéző kóros lelki történések számára.

Ez utóbbi esetekben, az egyébként normálisan reagáló egyénnél, valamilyen külső inger megbontja — a többnyire mindig labilis — psychés egyensúlyi helyzetet és a normális reakciók helyett pathológiás jelenségek kerülnek előtérbe. Ezekben az esetekben az elbírálás során — a korlátozottság megítélésében a cselekmény, az akut kóros állapot megállapítása mellett, mindig tekintetbe kell

RENDKIVÜLI ESEMÉNYEK ÉS KÖRKÉPEK
MEGOSZLÁSA



2. sz. ábra: Rendkívüli események és körképek megoszlása

venni az össz-személyiséget, a kiváltó tényezők súlyosságát, a kóros reakciót fékző psychés funkciók jelentkezését, a reakció súlyosságát és jelentkezésének gyakoriságát, a somaticus és psychés pathoplásticos faktorokat (pl. exhaustio, beállítottság.)

A psychoticus állapot létrejöttében sohasem egyetlen tényező szerepel. Önmagában sem a beteg személyisége, sem a kedvezőtlen külső körülmények, sem a provokatív tényezők nem vizsgálhatók, hanem minden esetben számos faktor és előzmény bonyolult kölcsönhatása érvényesül. Ez természetesen elsősorban a psychopathia és oligophrenia eseteiben domborodik ki a legélesebben, de tapasztalataink szerint az endogen psychosisok esetében sem hanyagolhatók el az általában jelentéktelennek tartott psychogen komponensek.

E téren gyakoriak az egyoldalú túlzások. A hozzátartozók és maguk a betegek többnyire a katonai szolgálatot okolják. Ez nyilvánvalóan helytelen, de ugyanígy káros következményekkel jár az egyes parancsnokok részéről sokat hangoztatott „szolgálat alól való fondorlatos kibúvás” vádja is. A kiváltó okok között *elsődlegesen* a leszerelési cél a legritkábban szerepel, a nyilvánvaló szimuláns nemcsak a mi, de a többi szakorvos beteganyagában is kivétel! Például a suicidiumokat kirobbantó okok között többségben anyagi, szociális, szerelmi problémák, önértéket éjtett sérelmek, igazságtalannak érzett elbánás szerepelnek — kivéve a psychoticusok, epilepsiás tenebrosítások, pathológiás részegségek szenvedői elkövette bizarr öngyilkosságokat. Az öngyilkos — tettének elkövetésekor beszűkült, borult tudati állapotban cselekszik, még akkor is, ha a bevett gyógyszer a cél elérésére elégtelen. Nem véletlen, hogy a kiegyensúlyozatlan érzelmi életű, fejletlen értelmű egyének jutnak el legtöbbször ebbe a stádiumba. Mind az öngyilkosok, mind a sorozatosan fegyvelmezatlenségeket, katonai vétségeket elkövetők előzményi adataiban fellelhetők a beilleszkedési nehézségek, melyek nem egyik napról a másikra alakulnak ki, csak valamilyen akut konfliktus hatására válnak esetleg éppen rendkívüli esemény elkövetésével feltűnővé. Egészséges embert igazságtalan megkülönböztetések, jogos, vagy jogosnak vélt sérelmek épp úgy dekompenzálhatnak, mint enyhébb behatások a psychopathát, esetleg schizophreniát manifesztálhatnak a veszélyeztetett egyénnél.

A katonai szolgálat — mint környezeti tényező — a maga kötött és magasfokú alkalmazkodást igénylő sajátos életviszonyaival az abnormis lelkiállapotok, rendkívüli események létrejöttében esetenként változó mértékben a sok között nem egy, hanem egyik legfontosabb tényező. Jelentőségét nem elsősorban a katonai személyisége, hanem a katonai környezet összehatása szabja meg. Minél sablonosabb, minél inkább eltér a szabályzatokban előírt módszerek alkalmazásától, annál inkább kap kóroki szerepet!

A katonai kollektíva nevelő ereje egyes emberek, tisztések, tiszttek, tiszt-helyettesek nap-nap utáni egymásra hatásában jut érvényre. Ez a hatalmas erő azonban visszájára fordulhat, ha az együttélés légkörét egy-egy rajparancsnok durva magatartása, a katonatársak otromba tréfái, vagy egyes tiszttek kellően meg nem indokolt fenytései mérgezik. Nem tömegjelenségről van szó, de amikor a rendkívüli események psychopathológiai hátterét kutatjuk, csak *valamennyi* számbavehető tényező kölcsönhatását hangsúlyozhatjuk. Esetenként hol az egyik, hol a másik áll az előtérben, de ha csupán ezeket ragadjuk ki, torz képet kapunk.

A katonapsychiater szemszögéből — az abnormis lelkiállapotok létrejöttének megelőzésében a sokrétű feladat néhány részletét a következőkben foglaljuk össze:

1. A katonai szolgálatra való alkalmasság psychés vonatkozásait az eddiginél sokkal nagyobb figyelemben kell részesítenünk. A bevonulás előtti, definitív psychés defectusok kiszűrése összeíró-sorozóorvosi feladat. Ez elsősorban az oligophrennek, defect schizophrennek, epilepsiások felfedésében áll. A remissióban lévő schizophrennek elhallgatják betegségüket, az oligophrennek egy része hiányos iskolai végzettségét, vagy gyógypedagógiai tanulmányait. Tájékoztató „kis” anamnesis felvétele ma már elengedhetetlen az alkalmassági orvosi vizsgálatokon! Az értelmifogyatékosok bevonulás előtti szakvizsgálatra való kiemelését szolgáló psychológiai szűrővizsgálati kísérleteinkről az V. Honvédorvosi Tudományos értekezleten számoltunk be. (*Ozsváth, Kémenczy.*)

A tisztés-iskolára való kiválasztásnál a katonás magatartás mellett — a pa-

rancsnoki-nevelő készségek kialakítására alkalmasabbnak látszó egyéneket kell előnybe részesíteni. Fokozott mértékben áll ez a tiszthelyettesi és tisztii iskolai felvételnél. A katonalélektan öntevékeny kutatóinak munkáját intézményessé kellene tenni — az iskolák pedagógiai—lélektani tanszékein.

2. Az általános, pedagógiai és katonai lélektani ismeretek tanulmányozása, a gyakrabban elkövetett nevelési hibák elemzése hadseregmeretekben előtérbe került. E munkában a katonaoorvosok számára is számos lehetőség adódik. Cél-szerűnek látszik HM-szinten katonalélektani bizottság létrehozása — a külön-külön tevékenykedő lélekbúvárok munkájának összehangolására és támogatá-sára, tapasztalatcseréjére.

3. A csapatorvosok és alegységparancsnokok gyakoribb „kis pszichiatriai” megbeszélései elősegítik a psychopathák felfedését, dekompenzációjuk megelő-zését. A psychopatha egyén katonai szempontból nem csökkentértékű, meggyő-ződésünk szerint az esetek többségében nem a psychopathia formája és súlyos-sága, hanem a psychopatha egyénnel szemben alkalmazott nevelési rendszabá-lyok célszerűsége, énközelisége determinálja elsősorban a „katonává válás” mi-lyenségét. Míg az elmebetegség lehetőségénél a sürgős kórházi beutalás, a psychopathia esetében a csapatnál (KISZ-szervezetben való) egyéni nevelés a legfontosabb.

Nem lehet eléggé hangoztatni az alkoholizálás veszélyeit. Az idejében alkal-mazott elvonó-kúra kellő parancsnoki támogatás mellett — tartós eredményű lehet. Ehhez azonban az „ivás-virtus” társadalmi méretű enyhítése is szükséges.

A gyakorlat bebizonyította, hogy a kóros személyiség-vonásokkal rendel-kező egyének jelentős része helyes irányítás és nevelés mellett beilleszkedik a katonaelet körülményei közé és feladatát maradéktalanul ellátja. Anyagunk át-tanulmányozása is megerősítette azt a meggyőződésünket, hogy a parancsno-kok, pártpolitikai munkások és a csapatorvosi szolgálat közös feladata ez — és a feladat ellátásához a lélektani ismeretek elengedhetetlenek. A kiképzés során a rendszeres és következetes nevelés, a szigorú, de igazságos bánásmód, hang-nem, az állandó erkölcsi-politikai ráhatás, az arra rászorulókkal való időszakos egyéni foglalkozások, a katonák psychés adottságainak megismerése mind olyan tény, melyek a rendkívüli események prevencióját szolgálják. Emellett a pre-venció másik fontos része a helyesen alkalmazott rendszabályok ellenére is de-kompenzálódó egyének kiemelése, illetve a szakorvos bevonása a további teen-dők érdekében.

Összefoglalás:

A szerzők a katonapszichiater szemszögéből kísérelték meg a rendkívüli események jelentős része mögött kimutatható lelki mechanizmusok elemzését. Gyakorlati klinikai és igazságügyi elmeszakértői munkájuk tapasztalatai alap-ján a prevenció lehetőségeit taglalják. Hangsúlyozzák, hogy az abnormis lelki reakciók létrejöttében a katonai személyisége, a katonai közösség személyiségre érvényesülő hatásai, különféle kiváltó tényezők bonyolult kölcsönhatása szere-pel, és csak széleskörű parancsnoki, politikai és orvosi együttműködéssel, a lé-lektani ismeretek egyénenkénti alkalmazásával várható a prevenció sikere.

Az értelmifogyatékoság katonarovosi megítélése

Írta: **Ozsváth Károly** dr. orvosőrnagy és **Kémenczy Iván** gyp. tanár

I.

A habitudomány és a haditechnika hatalmas iramú fejlődése a kiképzési követelmények fokozódását vonja maga után. Ez mind a parancsnoki kar, mind a kiképzésre bevonuló sorállomány számára megnövekedett szellemi igénybevételt jelent. A neuropszichiatriai gyakorlatban ez a tény számos kérdést vet fel, alkalmassági, mentalhygiénés és nem utolsósorban psychopathológiai vonatkozásban.

Hazánkban a kulturális forradalom eredményeképpen a jelenlegi sorványok általános műveltsége az általános iskola nyolc osztályának elvégzésével megszerzhető ismeretek mennyiségével és ezek felhasználási készségével jellemezhető. Elméletileg tehát ez lehet az az alapszint, mely a sorvány szellemi teljesítőkéességét, kiképzésbeni helytállását döntően meghatározza.

A kiképzési feladatok növekedése — az általános műveltségi színvonal emelkedése ellenére — a pszichiatriai gyakorlatban az értelmi fogyatékosok gyakoribb előfordulásával jár együtt. Természetesen nem a gyengeelméjük abszolút számának emelkedéséről van szó, hanem arról, hogy jelen viszonyaink között az értelmileg fejletlen egyén jobban szembetűnik a magasabb képzettségűek között, mint korábban a szociális körülményeik következtében hiányosan iskolázottak tömegében. Másrészt a fokozott szellemi igénybevétel még a közelmúlthoz képest is gyorsabban vezet kimerüléssel állapotokhoz, abnormis lelki reakcióhoz azoknál az enyhén fogyatékos értelmű egyéneknél, akikhez hasonlók öt-tíz évvel ezelőtt különösebb nehézség nélkül letöltötték a tényleges idejüket.

1961-ben tízezen felüli 20—22 éves férfilakos vizsgálata során azt tapasztaltuk, hogy egyharmaduk nem végezte el az általános iskola nyolc osztályát. Ezzel a következő sorványoknál is számolnunk kell, mert az elmúlt tanévben a VIII. általános osztályt 28% nem végezte el a tankötelesek közül. Az értelmifogyatékosok, bár csekély hányadát képezik, szintén e kategóriában találhatók, különösen az általános iskola alsó tagozatában megrekedtek között. Az átlagosan várható műveltségi szint — egyik leghatározottabb mutatója — az iskolai végzettség.

II.

Az *értelmifogyatékoság* kifejezést gyűjtőfogalomként használjuk azon diszharmóniás személyiségű egyének jelölésére, akiknél az egész személyiség fejletlensége mellett a gondolkodás, az értelmi tevékenység silánysága a vezető tünet. E csoport legsúlyosabbika, az idiotia, továbbá az imbecillitas — katonarovosi szempontból nem jelentős. A debilitas, infantilismus, korlátoltság egymásbafonódó fokozatai éles határ nélkül mennek át a normális felé. A katonarovosi qualificatio szempontjából a fogyatékoság alapját tévő noxa — ha egyáltalán tisztázható — sokkal kevésbé lényeges, mint a retardáció foka. Sőt, éppen a szembetűnő testi és lelki tüneteket nem produkáló kórképek felfedése a fontos, mert az ilyen egyének a polgári életben kereső foglalkozást űznek és jól begyakorolt, egyszerű dinamikus sztereotípiáikkal — megszokott környezetükbe fel-tűnés nélkül beilleszkednek. Az értelmi fogyatékosok elhatárolására irányuló különböző törekvéseket vázlatosan táblázatban foglaltuk össze. 1. sz. táblázat.)

I. sz. táblázat: Táblázat az értelmi fogyatékosok elhatárolására

	Oktathatóság	Szociális teljesítmény	Psychés teljesítmény	Psychometria	
				Int. kor	IQ.
Debilis	Általános iskola alsó tagozata, ritkább felső tagozat alacsonyabb osztályai Gyógypedagógiai iskola felső tagozata (IV.-VIII.)	Önmaga eltartására képes (egyszerű munkakörben) segédmunkás, esetleg betanított munkás, földműves, alkalmi munkás) Önálló életvitelre csak támogatással képes	Fejletlen II. jelzőrendszer a produktív intelligencia gyengesége (absztrakci., generalizáció, analízis, szintézis) Morális, szociális, etikai érzelmek fogyatékosak Értelemvezérelt magatartás	16-12 év	int. kor életkor . 100 60-80
Imbecillis	Általános iskola I. osztályában nem állja meg a helyét Gyógypedagógia előkészítő, átmeneti osztályai, esetleg I.-III. osztálya	Önmagát eltartani nem képes, kíséretre háza körüli munkát irányítás mellett elvégez Önálló életvitelre támogatással sem képes Durva veszélyektől óvakodni tud	Fogyatékos II. jelzőrendszer, az I. jelzőrendszer működészavara Produktív intelligencia hiánya, szenzorális érzelmek és ösztönös megnyilvánulások dominanciája Csak egyszerű dinamikus sztereotípiák kialakítására képes	12-4 év	40-60
Idióta	Nem oktatható (esetleg nevelőintézet kísérleti osztályai)	Önkiszolgálásra is képtelen, ápolásra szoruló Durva veszélyektől sem tudja megóvni magát	Nincs II. jelzőrendszer, fogyatékos I. jelzőrendszer Hiányzik a szellemi tevékenység, csak vegetatív történések vannak	4-0 év	0-40

A morbiditási arányok — az egyértelmű elhatárolhatóság nehézségei, a hátaresetek nagy száma miatt — csak becslésekkel közelíthetők meg, többnyire nagyobb csoportok adatai alapján. *Melly* közlése szerint *Prinzing* és *Szél* adatait felhasználva példaként az értelmifogyatékosok 100 000 lakosra számított előfordulását mutatjuk be:

2. sz. táblázat

Ország	1851	1868	1871	1880	1890	1910	1920
Anglia			315	325	408	449	
Ausztria				206	217		
Dánia	316			298	302	362	344
Magyaró.		126	126	121	158	200	133
Svédország				251	333		446

Ziehen szerint Németországban 1913-ban 0,21%, *Lenz* szerint 1936-ban a lakosság 0,25%-a idióta, 0,50%-a imbecillis, 2—3%-a debilis. A Rüdín Intézet 1948-ban a német lakosság 0,2—2,0%-át tartotta gyengeelméjűnek.

Darányi a II. világháború előtt több ezer magyar iskolásgyermek között 1,7—1,9% gyengeelméjűt talált. 1956—60 években iskolaorvosi vizsgálatok során félmillió óvodás között 0,19%, egymillió általános iskolás között 0,51% a mentálisan retardáltak aránya. (Org. idegbetegyek nélkül.)

Hazai sorozóorvosi statisztikák szerint a katonai szolgálatra behívásra nem került gyengeelméjűek aránya a következő volt:

1954 : 0,45%

1955 : 0,57%

1958 : 0,65%

1959 : 0,59%

1960 : 0,55%

E néhány kiragadott adat is bizonyítja, hogy meglehetősen széles határok között adják meg az egyes szerzők az oligophrenia előfordulásának becsült értékeit. Személyes vizsgálataink szerint az alföldi tanyavilágban 1000 sorkötelesre 20—30 (!) debilis esik, míg a budapesti ipari kerületekben alig néhány ezrelék az olyanfokban értelmifogyatékosok aránya, akik a katonai követelményeknek nem tudnak megfelelni. (Az egyéni vizsgálatoknál — a sorköteleseket az értelmifogyatékoság miatt leszerelt katonákhoz viszonyítottuk.) A sorozási statisztikák viszonylag csekély ingadozása az adatok realitása mellett szól. Ha viszont azt vesszük figyelembe, hogy pl. a tényleges (kiképzésre bevonult) állományból csak a hadsereg kötelékéből 1958-ban 0,29%-ot, 1959-ben 0,26%-ot, 1960-ban 0,25%-ot szereltek le debilitás kórismével, továbbá azt, hogy a legalacsonyabb iskolai végzettségűek nem kerültek behívásra, — egy-egy sorványban 1% feletti értékre becsülhetjük alsóhatárként az értelmifogyatékosok arányát.

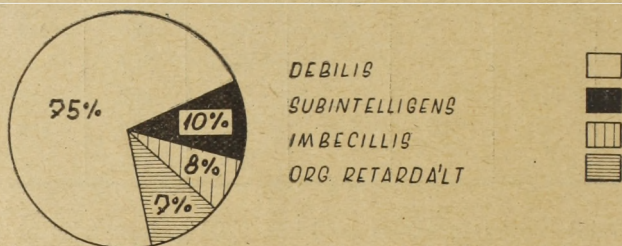
III.

Az elmúlt néhány évben az értelmifogyatékoság miatt felülvizsgálat elé állított katonák jelentős részét személyesen vizsgáltuk. (1. sz. ábra.)

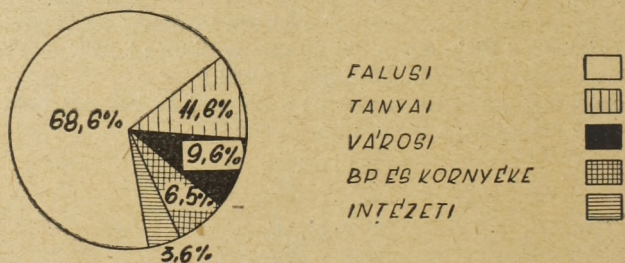
A debilisek 75%-os előfordulása az enyhébb kórformák jelentőségére utal. A „subintelligens” kategóriába azokat az egyéneket soroltuk, akiknél az értelmi

retardáció kimutatható volt, de a debilitás minősítendő fokát nem érte el, pl. primitív személyiség, psychés infantilismus, a kiképzésben azonban tartósan insufficienssek voltak. Az „organicusan retardált” eseteknél a fogyatékoság exogen noxiával való összefüggése klinikailag (PEG., EEG., esetleg neurológiai tünetek) kimutatható volt.

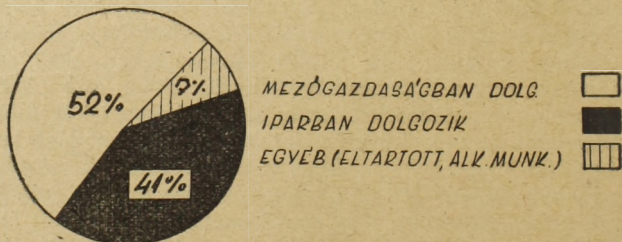
DIAGNÓZIS SZERINTI MEGOSZLÁSA.



GYERMEKKORI KÖRNYEZET SZERINTI MEGOSZLÁS.



MUNKATERÜLET SZERINTI MEGOSZLÁS.



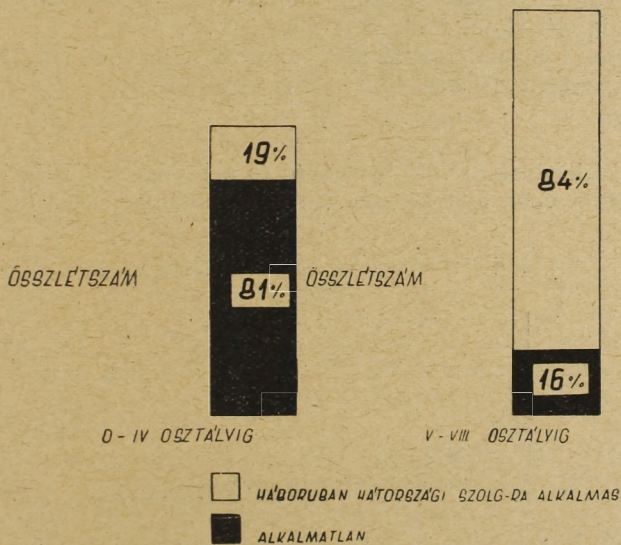
1. sz. ábra. Értelmifogyatékos beteganyagunk megoszlása kórisme, gyermekkori környezet és foglalkozás szerint.

Az értelmifogyatékoság elvi kritériumaként — az önálló életvezetésre való képtelenséget (Nyíró) tartottuk szem előtt, mely az egyes vizsgálatok tapasztalata szerint a mindennapi katonaelet követelményeivel szembeni elégtelen értelmi alkalmazkodó készségben nyilvánult meg. Az értelmifogyatékoság fokát meghatározni hivatott pszichiatriai vizsgálat lényegében az életben elért eredmények, szociális helyzet, életvezetés, katonai beilleszkedés tényeit feltáró

exploráción alapul. A katonai szolgálat erre vonatkozó adatait a parancsnoki vélemény objektívalja számunkra. A klinikai munka során kialakuló gyakorlat fokozatosan „intelligenciavizsgálat” különült el. Ennek során az előbbieket mellett a fogalomkincs és a gondolkodás minőségét reprezentáló általánosító, elemző, szintetizáló, elvonatkoztató műveletek (Rubinstein) milyenségét értékeltük.

Beteganyagunk 84%-a mezőgazdasági területen nőtt fel, bár jelentős részük az iparban helyezkedett el a későbbiek során. A városban felerősültek viszonylagos csekély előfordulása a személyiségfejlődés és a környezeti hatások szoros összefüggését mutatja. Meggyőződésünk, hogy debilis beteganyagunk értelmi fejlődésbeni visszamaradását eleve nem idegrendszerünk alacsony színvonalú

MINŐSÍTÉS ÉS ISKOLAI VÉGZETTSÉG ÖSSZEFÜGGÉSE



2. sz. ábra. Az iskolai végzettség és a minősítés összefüggése

biológiai strukturáltsága, hanem ingerszegény életkörülményeik determinálták, — és ez másodlagosan befolyásolta a psychés funkciók alapját tevő szubsztancia fejlődését. Ilyen megfontolások alapján nem tartjuk indokoltnak a „mentális” és „szituatív” debilitas éles különválasztását. A kifejlődött egyénnél — saját betegünk vizsgálatánál többnyire nem sikerült megnyugtató módon tisztáznunk, hogy a gondolkodás és a magatartás dinamikus sztereotípiái miért rekedtek meg alacsonyabb szinten és miért nem képes az ilyen egyén a szokatlan új körülményekhez való alkalmazkodás előfeltételeként bonyolultabb psychés struktúra kialakítására. A gyengeelméjűség familiáris előfordulását számos szerző hangsúlyozza, saját tapasztalataink is ilyen irányúak, de az öröklés és a kisgyermek-kori környezet hatása itt sem választható szét. Azaz az oligophren szülők gyermeke az oligophren környezet bélyegét fogja magán viselni. Természetesen nem azt akarjuk ezzel állítani, hogy az oligophrenia környezeti ártalom, de hangsúly-

lyozni szeretnénk, hogy az értelmifogyatékoság enyhe formáinál a biológiai faktorok mellett — lényegesebb a társadalmi tényező.

Ha az életben elért teljesítményt vizsgáljuk, általánosságban a szakmunkássá-válás lehetőségének és igényének hiánya jellemző. Néhány betegünk ugyan megszerezte a szakmunkás képesítést, de egyik sem dolgozott ilyen munkakörben. Az iparban elhelyezkedők segéd munkások, zömmel egyhangú, mechanikus munkát végeznek. A közlekedésben pályamunkások, a bányában csillések, sok közöttük az alkalmi, elsősorban szállító és rakodómunkás. A mezőgazdaságban — különösen az utóbbi években megindult foglalkozási differenciálódás tükrében „gyalogmunkások”, kocsisok, állatgondozók, pásztorok. Imbecillis betegeink falun a házkörüli munkában felhasználhatók voltak, városban az „eltartottak” csekély kategóriáját képezték.

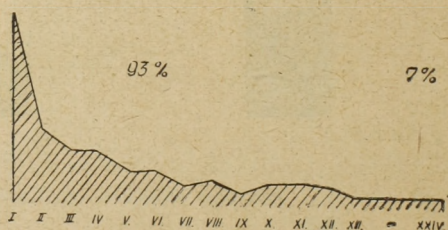
Iskolai végzettség szerint betegeink az általános iskola különböző osztályai-ban rekedtek meg, leggyakrabban a IV.. V. osztályban. Az iskolai végzettség és a fogyatékoság súlyosságát jellemző minősítési fok összefüggése az alsó és a felső tagozatig elérteknél fordított arányú. (2. sz. ábra.)

A debilisek túlnyomórészt az alsó tagozatban rekednek meg. Ezt a tapasztalatunkat több ezer sorköteles vizsgálata is megerősítette.

IV.

A katonai kiképzésre való bevonulás és a gyengeelméjűség kórisméjének felállítása között eltelt időt hónapokban 3. sz. ábránkon szemléltetjük.

A BEVONULÁS UTÁN, A FELISMERÉSIG ELTELT IDŐ.



3. sz. ábra: A bevonulástól a felismerésig eltelt idő

Az első hónapban felismertek magas aránya a gyorsított felülvizsgálat idejére esik. Az első fél év végéig 75⁰/₀, az első év végéig 93⁰/₀ szerelt le. A II. éves katonák között elenyésző a debilis. A 7⁰/₀ részben fegyelmző egységből visszakerült, részben elmeszakértői vizsgálat során felismert értelmifogyatékos.

A gyengeelméjűség viszonylag elhúzódó felismerése az eddig elmondottak alapján bizonyos fokig magyarázható, mert az enyhébb esetek kórismézéséhez gyakorlat szükséges. Másrészt nem gondolnak rá a csapatorvosok. Az elmúlt néhány évben a gyengeelméjűség miatt leszerelt katonák csak 35⁰/₀-ban érkeztek az alapbetegsége utaló kórismével a gyengélkedőről. Az utolsó évben azonban már lényeges a javulás, 50⁰/₀ felett van ez az arány. A csapategészségügyi szolgálat számára jelentős segítséget nyújt az alegységparancsnokokkal való szorosabb kapcsolat, hiszen a debilis egyén panaszai csak ritkán mutatnak közvetlenül a szellemi fogyatékoságra, még leginkább a „gyenge emlékezés” hangoztatása utal a feledékenység szubjektív élményével jelentkező felfogás-

gyengeségre. Elsősorban a neuroticus panaszok, nem objektíválható szív-, derék-, láb-, fejfájások, gyakori összeesések mögött kell ilyen irányban kutatnunk és az alegységparancsnokkal „konzultálnunk”. A jószemű parancsnok hamar felfigyel a gyengeképeségű katonára, aki az első napok lelkesedése után egyre nehezebben birkózik meg az egyszerű feladatokkal is. Az ilyenkor megejtett orvosi vizsgálat gyakran elejét veheti annak, hogy az ügyetlen mozgású, lassú, együgyű viselkedésű katona a többiek nem ritkán goromba tréfáinak középpontjába kerüljön, vagy mint „lógós” váljék ismertté a kollektíva előtt. Az aggravalás gyanúja esetén — mindig gondolnunk kell a debilitás lehetőségére.

A klinikai képek az alapbetegség, az oligophrenia vonatkozásában tünettanilag meglehetősen egyhangúak. Somatikusan osztályos betegeink között is kevés eltérést találtunk. 17%-nál észleltünk szembetűnő koponyafejlődési anomáliát, elsősorban turrikephalia, hydro- és mikrocephalia formájában. 15%-ban találtunk többé-kevésbé kifejezett status dysplasticust, dysproportionális habitust, somaticus infantilismust. Külön megemlékezünk 1% Klinefelter-szindrómás betegünkről, és — a Down (mongolismus) — esetek hiányáról.

Lényegesebbnek tartjuk az értelmifogyatékos katonák szociális magatartásának ismertetését. Véleményünk szerint ebben rejlik az oligophren sorkötelesek behívásának meggátlására irányuló törekvések egyik jelentősége.

1. Betegeink 25%-a heveny psychoticus állapotba került alakulatánál. A psychoticus oligophren különösen veszélyes brutális agresszivitása miatt. Hihetetlen erő kifejtésre képesek, és a megfélemezésükre irányuló kísérletek többnyire fokozzák a reakció hevességét.

Elsősorban *primitív reakciókról* van szó, melyek többnyire banális ok hatására robbannak ki — a fokozott igénybevétel következtében már labilissá vált psychés talajon. Egyik betegünk pl. burgonyatisztítás közben késsel hasbaszúrta társát, mert orra alá fújta a cigarettafüstöt. A szándékos emberölés kísérlete miatt bíróság elé került katonánál — az elmeszakértő imbecillitás miatt beszámíthatatlanságot állapított meg. Az oligophrennek különösen hajlamosak az agresszív indulatreakciókra.

Ugyancsak primitív reakciók sorába tartoznak az affectív szűk tudati állapotban elkövetett öngyilkossági kísérletek is. Ezekre is a brutalitás jellemző, főleg önakasztás, ablakon való kiugrás formájában. (A pszichiater természetesen az eredménytelen suicidiumokkal találkozik. Ezek — a rendelkezésünkre álló adatok szerint a katonák elkövette suicidiumok egyharmadát teszik ki.)

A primitív reakciók perctől órákig tartó tudatborulás után lezajlanak. Tartósabb psychoticus állapotot jelent a *psychogen köd* (tenebrositas). Az oligophrennek a hysteriás mechanizmusok számára ugyancsak kedvező talajt jelentenek. A hazulról kapott kedvezőtlen tartalmú levél hatására borult tudattal gyalog indul több száz kilométerre levő faluja felé, — vagy pl. ha késve érkezik vissza szabadságról, vagy az újabb megpróbáltatásoktól retteg, a félelem „sugallata” a laktanyakörüli erdőbe hajtja. Amikor feltisztulva rádöbben, hogy mit követett el, most már reális szorongása készíti a további bujkálásra, míg valahol rá nem találnek.

Viszonylag gyakran találkozunk a *pseudodementia* jellegzetes képével. A térben, időben desorientált beteg „Lacikának” nevezi magát, az orvostisztet „bácsinak” szólítja és mindennek az ellenkezőjét teszi, mint amit mondanak neki. Majdnem típusos az elemi számtani hibák jelentkezése, ha megkérdezzük tőle, mennyi 2x2? — A válasz 3 vagy 5. A beteg viselkedése a szimuláns benyomását teszi gyakran orvos számára is, holott sajátos, alacsonyabb szinten

zajló psychés mechanizmus ez. Az állapot oldódása után — a beteg többnyire nem emlékszik erre az időszakra.

Oligophrenia talaján kialakult súlyos psychosisok, depressio., stupor, amentia és schizoprenia syndromájával jelentkeztek. Ezekben az esetekben csak az elmegyógyászatban használatos „nagy therápia” eszközei hatásosak.

Psychoticus oligophren beteganyagunk megoszlása a következő volt:

primitív reakció	48 ⁰ / ₀	
tenebrositas	22 ⁰ / ₀	
pseudodementia	16 ⁰ / ₀	
psychosis	14 ⁰ / ₀	
		(stuporos 5 ⁰ / ₀)
		depressiós 3 ⁰ / ₀)
		amentiform 3 ⁰ / ₀)
		sch. form 3 ⁰ / ₀)

2. Eseteink 50%-ában az alapbetegség mellett egyéb psychés rendelleneságet észleltünk. (A %-os arány az összesethez viszonyított, egy betegnél több rendellenesség is előfordult.)

ideggyengeség, veg. dystonia jeleivel	50 ⁰ / ₀
EEG. neg. eszméletvesztéses rohamok	25 ⁰ / ₀
ágybavizelés	18 ⁰ / ₀
EEG. poz. eszméletvesztéses rohamok	17 ⁰ / ₀
ideges beszédzavar (dadogás, selypítés, dysphonia)	14 ⁰ / ₀
idült alkoholizmus (20 évesek)	6 ⁰ / ₀
lopás („kleptománia”)	4 ⁰ / ₀
homosexualitás, egyéb aberratio	2 ⁰ / ₀
hy-s bénulások	2 ⁰ / ₀
pseudologia phantastica	1 ⁰ / ₀

Ez a statisztika részben megmagyarázza a felismerés nehézségét. A vegetatív panaszok, eszméletvesztéses rosszulletek a bevonulás után nem sokkal jelentkeztek, és a psychés exhaustio előrehaladásával fokozódtak. A súlyosabb fokú lelki decompensatio jelzői az ismétlődő primitív reakciók, psychoticus állapotok kirobbanása.

3. Az oligophreniás személyiség a katonai vétségek, rendkívüli események elkövetői között sem ritka. *Magyar, Kisszékelyi* és szerzők a rendkívüli események psychopathológiai vonatkozásait elemző tanulmányukban a gyengeelméjűek részesedését a következőkben találták. (3. sz. táblázat.)

Az utóbbi néhány évben *Magyar* közlése szerint az igazságügyi elmeszakértői vizsgálatra került sorkatonák között 14% gyengeelméjű volt.

E néhány adat önmagában is indokolja az értelmifogyatékosok kiszűrésének szükségességét.

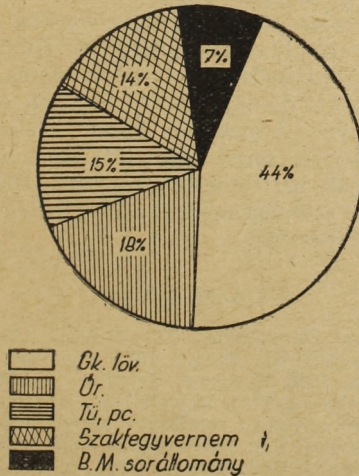
4. Az értelmifogyatékosok enyhébb esetei a polgári életben, a maguk egyszerű munkakörében a társadalom hasznos tagjai, a katonai kiképzésben azonban alig, vagy egyáltalán nem használhatók. Rajukat, szakaszukat gátolják a kiképzési előrehaladásban és jelenlétük akkor sem kívánatos, ha nem robban ki a psychoticus állapot, a rendkívüli esemény. Annak sem látszik értelme, hogy a harcos állomány terhére az ilyen egyének fűtő, takarító, állandó htp. munkás nem szervezetszerű beosztásban vészelik át a kiképzési időszakot. Tapasztalataink szerint a gépkocsizó lövész és óralakulatok küldték be a legtöbb értelmifogyatékos katonát felülvizsgálatra. A fegyvernem szerinti megoszlásukat a 4. sz. ábra mutatja.

3. sz. táblázat

A gyengeelméjűek előfordulása katonai vétségek és rendkívüli események elkövetői között

A rendkívüli esemény jellege	Osztályon észlelték között	Elmeszakértői esetek között
<i>Suicidium-kísérlet</i>	14,2 ⁰ / ₀	18,7 ⁰ / ₀
<i>Katonai vétség</i> (őrszolgálati, pcs. megtagadás, függelemsértés, szökés stb.)	18,9 ⁰ / ₀	15,1 ⁰ / ₀
<i>közönséges bűncselekmény</i> (lopás, garázdaság, szemérem elleni, testi sértés, gondatlanságból okozott esemény stb.)	20,8 ⁰ / ₀	6,3 ⁰ / ₀

FEGYVERNEM SZERINTI MEGOSZLÁS.



4. sz. ábra: Az értelmifogyatékos katonák fn-i megoszlása

Bár adataink a fegyvernemek egymáshoz viszonyított reális arányát nem tükrözik, bizonyos fokú következtetést így is levonhatunk belőle. Felmerül az a kérdés is, hogy az enyhe fokban retardált értelmű egyének alkalmasak-e állandó őrszolgálatra? Véleményünk szerint — adataink is ezt bizonyítják — ez meggondolandó. (A BM sorállományból csak a zártosztályi elhelyezést igénylő esetek szerepelnek ebben a statisztikában.)

A kiképzési feladatok növekedésével tapasztalataink szerint a bevonuló sorványok szellemi teljesítőképességének emelkedése általánosságban lépést tart. Az is tény azonban, hogy a kötelező általános iskolai végzettséggel nem rendelkezők között jelentős hányad nem képes úgy elsajátítani a katonai ismereteket, hogy még évek múlva is kiképzettnek lehessen tekinteni. A katonarorvosi Alkalmassági Utasítás csak a mérsékelt és kifejezett debilisek leszerelését teszi lehetővé, a H—2. A. 1/a. és 1/b. pontok alapján. Az enyhe fokú debilisek jelenleg „Alkalmos” osztályzatot kapnak.

Az értelmifogyatékos sorkötelesek bevonulás előtti egyénenkénti szakvizsgálatra való kiemelését célzó eljárásunkról az V. Honvédorvosi Tudományos Értekezleten számoltunk be. Eddig végzett kísérleti vizsgálataink azt mutatják, hogy a szűrésen kiemelték között a debilisek mellett jelentős számú ún. primitív személyiség, korlátozott értelmű egyén van, akiknek korlátozás nélküli alkalmassága biztosan kétségbevonható, ugyanakkor ném érnek el olyan fokot, hogy behívásra ne kerüljenek.

Véleményünk szerint az értelmifogyatékosok bevonultatásának meggátolásával és a köztük és a normális értelmi tevékenységű sorkötelesek közötti határeseteket jelentő korlátozott egyének megfelelő helyre való beosztásával — a kiképzési eredmények lényegesen javíthatók lennének.

Összefoglalás:

A szerzők az elmúlt öt év során végzett klinikai pszichiatriai és pszichológiai tömegvizsgálataik alapján az értelmifogyatékoság és értelmi korlátoltság katonai és katonarorvosi vonatkozásait tárgyalják. Külföldi és hazai morbiditási, hazai sorozási és felülvizsgálati statisztikai adatok, saját vizsgálati eredményeik felhasználásával 1% feletti értékre becsülik egy-egy sorványban az értelmifogyatékosok arányát. A debilitás katonai jelentőségét beteganyaguk bevonulás előtti és a kiképzés során tanúsított magatartásának psychopathológiai elemzésével mutatják be. Hangsúlyozzák az értelmifogyatékosok bevonulás előtti kiszűrésének szükségességét, a határesetek elbírálásánál adódó minősítési és kiképzési kérdéseket.

IRODALOM:

- Bleuler E.*: Lehrbuch der Psychiatrie. IX. Berlin, 1955. Springer. *Bumke O.*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. VII. Berlin, 1948. Springer. *Jaspers K.*: Allgemeine Psychopathologie. V. Berlin, 1948. Springer. *Kristóf—Silló*: Népbetegségek alakulása fiatal férfi lakosságunknál. Bpest, 1955. Művelt Nép. *Magyar—Ozsváth—Kémenczy—Kisszékelyi*: Elmekórtani vonatkozású rendkívüli események vizsgálata a hadseregben, (Előadás az V. Honvédorvosi Tud. Értekezleten, 1961. Bpest.) *Melly*: Demographia. (Kézirat) *Nyíró Gy.*: Psychiatria. 1961. Bpest. Medicina. *Ozsváth—Kémenczy*: Tömegmérésekben alkalmazható pszichológiai szűrővizsgálati módszer. (Honvédorvos, 1961. 4. szám.) *Ozsváth*: A katonai kiképzés néhány pszichológiai kérdése. (Honvédelem, 1962. 1. szám.) *Rubinstein*: Gondolkodáslélektani vizsgálatok. Bpest. 1960. (Gondolat)