

A characteropathiák pszichiatriai megítélése a katonai szolgálat szempontjából

I.

A pszichiatría számos vitatott problémája közül talán a kóros személyiség-szerkezet kérdése az, ahol legkevésbé sikerült közös alapelveket, diagnosztikai szempontokat kialakítani és különböző szerzők, különböző iskolák más és más meghatározásokat és felosztásokat alkalmaznak.

A kóros személyiség szerkezet kérdésével először *Prichard* foglalkozott a XIX. század közepén, a kérdés lényegének az erkölcsi csökkentéértékűséget tartotta, bevezette a „moral insanity” és „moral imbecillity” fogalmát. A morális hiányosságból adódó személyiségzavart kora szemléletének megfelelően örökletes eredetűnek tartotta.

A múlt század végén *Koch* majd *Kraepelin* foglalkoztak a személyiségzavarokkal, *Koch* használta először a *psychopathia* kifejezést. *Kraepelin*nel együtt kísérelték meg körvonalazni a kórkép lényegét. Ők a psychopatiát „szellemileg elfajult” egyénnek tartották, akinek kóros reakciós készsége eleve, örökletesen adott, determinált és a társadalmi hatások nem befolyásolják.

Az e korban a kérdéssel foglalkozó szerzők (*Pinel*, *Esquirel*, *Morel*, *Lombroso*, *Kraft-Ebing* és mások) egyértelműen úgy foglalnak állást, hogy a kóros személyiség szerkezet öröklött adottság, mely egész életen át elkíséri a beteget, megváltoztathatatlan.

Fejlődést jelentett *Birnbaum* szemlélete, aki felfogásában az örökletes és veleszületett adottságok mellett szerepet juttat a szülés utáni és gyermek-kori hatásoknak a kóros személyiség-kép kialakulásában. Megkísérli bevezetni a *sociopathia* elnevezést utalva arra, hogy a kórkép lényeges vonása a társadalmi adaptáció nehezítettsége.

Az ún. mélylélektani, psychoanalitikus iskolák — szemléletüknek megfelelően — ugyancsak megalkották nézeteiket a kóros személyiség szerkezetéről. Ezekben a nézetekben sexualis elfojtásokkal, kisgyermekkori psychotraumákkal, elfojtott hatalomvágygal, átöröklésből származó élet- illetve halál-ösztön feltörésével, vagy konstitucionálisan adott kóros ösztönszerkezettel magyarázták a kóros reakciókat. Ezek a nézetek számunkra elfogadhatatlannak, mert — erősen vitatható és nagyrészt megcáfolt elvi alapjaikon kívül — teljesen figyelmen kívül hagyják a társadalmi hatásokat, másrészt a fenti kóros adottságokat minden emberben feltételezik, nem is igyekeznek határt szabni a kóros és egészséges személyiség között.

A pszichiatriai közvélemény általában *Kurt Schneider* meghatározását és felosztását fogadja el, aki szerint a „psychopatha olyan egyén, akinek kóros személyisége miatt ő maga és szűkebb vagy tágabb környezete szenved”, („an ihrer Abnormität leiden unter deren Abnormität die Gesellschaft leidet”. 1960.)

Schneider a teljességre való törekvés igénye nélkül — maga is vallotta, hogy nincs két egyforma psychopatha — a vezető psychopatológiai tünetek alapján megkísérelt egy felosztást készíteni. Ebben tíz kategóriát különít el, ezek a következők:

Hyperthimiás — depressziós — kishitű — fanatikus — érvényesülni vágyó — hypothiás — explosív — közönyös — akaratgyenge — és astheniás típust.

Schneider felosztását közlik és fogadják el a legújabb keletű pszichiatriai tankönyvek is, így H. H. Wieck (Lehrbuch der Psychiatrie. 1967.) vagy Th. Spoersi (Kompendium der Psychiatrie. 1966.)

Henderson és Gillespie három nagy kategóriát különböztetnek meg:

- a) praedomináns agresszív-antiszociális,
- b) praedomináns inadequat-passív vagy bűnözésre hajló, illetve beteges psychoneurotikus,
- c) praedomináns kreatív (zseniális).

Felosztásuk értéke véleményünk szerint a reakciós módokból való kiindulás, a társadalmi szempont hangsúlyozása.

A magyar szakirodalomban a legújabb meghatározás Nyirőtől származik, aki 1961-ben megjelent pszichiatriai tankönyvében a psychopathát dysharmoniásan fejlett személyiségnek határozza meg, akinél a személyiség egyes összetevői között nem alakul ki a megfelelő összhang, ezért az ilyen személyek nehezebben illeszkednek be a társadalomba és a társadalom is másként ítéli meg őket, mint az átlagembereket.

Nyiró szerint tehát a psychopatia részben a lelki szerkezet dysharmoniája, részben a kóros reakciós készség adottságából tevődik össze.

Felosztása szerint a kóros személyiség szerkezetet a következő csoportosításban tárgyaljuk;

- a) ösztönzavarokkal jellemzett psychopatiák (hormopathák),
- b) affectív psychopathiák (thymopathák),
- c) az akarat éle zavaaraival jellemzett psychopathiák és
- d) a jellem-psychopathiák (Characteropathák).

Ez utóbbi csoportba a szerző csak a sensitív, a kényszeres és a pseudológizáló-hysteriás típust sorolja.

II.

E vázlatos történeti végigpillantás után szeretnénk rátérni saját elképzelésünk felvázolására. Amint az előbbi áttekintésből kitűnik, a kóros személyiség szerkezet definíciója a felfogásbeli különbözőségekből adódóan szinte minden szerzőnél más, azonban ha elemezzük ezeket az elképzeléseket két lényeges momentumot ragadhatunk ki; *mindig kóros, abnormis, az átlagostól eltérő személyiség-alakulásról van szó* és ehhez a kóros személyiség szerkezethez kisebb-nagyobb mértékben *aszociális vagy antiszociális megnyilvánulások* társulnak. Döntő megnyilvánulás tehát a *társadalmi adaptatív zavar*.

A kóros személyiség szerkezet problémája a polgári életben csak manifest pathológiás állapot esetén, antiszociális megnyilvánulások során jelentkezik, részben mint betegség, részben mint törvénybe ütköző cselekmény. Katonai viszonyok között ezen túlmenően, mint alkalmassági kérdés tevődik fel — és ez jelenti a legnagyobb nehézséget.

A tapasztalatok szerint a kóros személyiségű egyének nagy százaléka jól beilleszkedik a katonai körülmények közé, sőt gyakran a fegyelmezett életforma hatására magatartásuk rendeződik, akaratú készségük, önfegyelmük

erősödik. A kisebbik rész esetében azonban nem jön létre megfelelő adaptálódás és szinte a szolgálati idővel párhuzamosan szaporodnak a kóros magatartásreakciók. Ez utóbbi csoportnál a demilitarizálás mind katonai, mind egészségügyi szempontból feltétlenül szükséges. Ezek a személyek képtelenek elegendő tenni a követelményeknek, környezetükre demoralizáló hatást gyakorolnak, hátráltatják egységük előmenetelét, mintegy fertőző gócot alkotnak. Annak ellenére, hogy kóros adottságaik gyakran önmagukban nem jelentenek betegséget, a kóros reagálási mód mindinkább állandó tulajdonságukká válik és egyre súlyosabb tüneteket produkálnak.

Urbikow statisztikája szerint a kóros személyiségreakciók leginkább a 20. és 30. életév között jelentkeznek, és mivel a hadseregben ez a korosztály van képviselve, érthető a viszonylag magas előfordulási arány.

A katonai pszichiatriának igen fontos kérdése a kóros személyiség szerkezet és a kóros magatartásreakciók problémája, és ez szabja meg gyakorlati tevékenységünket a kérdéssel kapcsolatban. Kóros személyiségük miatt minősítésre kerülő eseteink száma az évek során állandó növekedést mutat; tíz évvel ezelőtt az összes ideg-elmé betegek 3,6%-át adták, míg 1966-os statisztikánk szerint kerek 8%-ot tettek ki. Ez a növekedés tükrözi a kérdésben vallott koncepcióknak gyakorlati okok hatására való alakulását.

Nézetünk szerint a kóros személyiség szerkezetnél abnormis lelkialkatról van szó, szélső variánsról, az egyes személyiségösszetevők közötti aránytalan fejlődésről, és ez az abnormis lelkialkat alapul szolgálhat kóros magatartásreakciókhoz, szélsőséges esetben psychotikus reakciókhoz is. Saját gyakorlatunkban bevezettük a „potentialis” és „manifest” psychopathia fogalmát, ezzel igyekeztünk szétválasztani a kóros reagálási készség adottságát magától a manifest betegségtől. A kórkép ilyen formában való felfogásának jelentősége van mind az alkalmassági minősítés, mind az esetleges büntetőjogi-beszámíthatósági megítélést tekintve.

Ami magának a kórképnek — amennyiben egyáltalán jogos a kórkép elnevezés — fogalmát, illetve megnevezését illeti, saját használatunkra a „characteropathia” fogalmát alkalmazzuk. Amint a bevezető részben láttuk a „characteropathia” fogalom egyes szerzőknél mint a psychopathia szinonimája szerepel, más szerzőknél a psychopathia kategória egyik alfaját jelölik ezzel a kifejezéssel.

Saját használatunkban a „characteropathia” fogalmát — Nyíróvel ellentétben — a psychopathia kibővített fogalmának tekintjük, azon megfontolás alapján, hogy a kóros személyiség szerkezetnél az összzemélyiség, a „character” bármely összetevőjében — értelmi, érzelmi-akarati vagy ösztönéletében — mutatkozik kóros jelenség, az minden esetben az egész személyiség érintettségét vonja maga után. A characteropathia fogalom — úgy gondoljuk — kifejezi azt a véleményünket is, hogy a kóros személyiség szerkezet önmagában nem jelent sem betegséget, sem értékítéletet és mindaddig, amíg nem jelentkezik pathológiás magatartásmód az egyén egészségesként kezelendő.

Általában a különböző pszichológiai irányzatok a character fogalmát különböző értelmezésben használják, kisebb részben a teljes személyiség fogalmát értik alatta, nagyobb részben a személyiségnek legmagasabb összetevőit (morális érzék, kritikai érzék, stb.) foglalják össze a fogalomban. Ennek megfelelően a character fogalmát magyarul vagy személyiség, vagy jellem szóval fejezhetjük ki. Saját értelmezésünknek — úgy véljük — mindkét foga-

lom megfelel, hiszen a kóros személyiségszerkezet esetében mindig megtalálhatjuk az egész személyiségnek és a személyiség magasabb összetevőinek zavarát. Korábban vázolt munkahipotézisünkben tehát a „*characteropathia*” megfelel mind a potenciális, mind a manifest *psychopathia* fogalmának, mindkettő kritériumait kielégíti.

Még egy szempont szól a *characteropathia* fogalmának alkalmazása mellett. Ez a kifejezés véleményünk szerint mint *diagnosis* jobban megfelelne a kötelező tapintatosság követelményeinek is, hiszen a *psychopathia* kifejezés már meglehetősen közismert, méghozzá bizonyos dehonesztáló, csökkentértékűséget éreztető kicsengéssel.

A katonai pszichiatria követelményeinek megfelelően saját gyakorlatunkban a gyakorlati célokra legjobban bevált, nem túl árnyalt, lehetőleg élesen körülhatárolt kategóriákkal kell dolgoznunk.

Mint már említettük katonai pszichiatriai vonatkozásban a kóros személyiségszerkezet nemcsak *elmeógyógyászati* és *törvényszéki szakértői* kérdés, hanem *alkalmassági probléma* is. A három szempont azonban az esetek nagy részében összefonódik, együtt jelentkezik. A három nézőpont együttjárása sok látszólagos ellentmondást okoz, az esetek és fogalmak pontos elemzésével azonban ezek a látszólagos ellentmondások könnyen feloldhatók.

Elsőként az *alkalmasság* szempontjával foglalkozunk. A haditechnika állandó és gyorsütemű fejlődése, a korszerű hadviselés tudományának elsajátítása fokozott igényeket támaszt a katonákkal szemben és ez a fokozott igénybevétel fokozott idegrendszeri megterhelést is jelent. A fejlődés ezen szakaszában a katonai alkalmasság kritériumai is változnak, fokozatosan nőnek a követelmények. A katonai alkalmasságot döntően az egészségi állapot határozza meg, az elmeállapot vonatkozásában azonban számos egyéb tényezőt is tekintetbe kell venni. A modern hadviselésre jellemző a hadműveletek nagymérvű dinamikája, a helyzetek és azok megítélésének gyors változása, a tömegpusztító fegyverek katasztrófális hatásai, mindezek olyan tényezők, amelyek döntő mértékben követelik meg a hadsereg egészének és egyedeinek magas fokú idegrendszeri stabilitását, psychés állóképességét. Ezen követelményeknek megfelelően az egészségügyi alkalmassági utasítás (H—2 utasítás.) rendkívül szigorú ebben a vonatkozásban és csak teljesen ép idegrendszerű egyéneket tart katonai szolgálatra alkalmasnak. A kóros személyiségszerkezettel kapcsolatosan két pont intézkedik; a súlyos fokú és tartósan decompensált forma véglegesen alkalmatlan, míg az enyhébb fokú, kezelésre jól rendeződő változat békében alkalmatlannak minősül, háború esetén azonban szakszolgálatra (segédszolgálatra) alkalmas.

A klinikai gyakorlatban véglegesen alkalmatlannak bizonyuló súlyos fokú *characteropathia* ritkán adódik, hiszen a minősítéseknél messzemenően figyelembe vesszük, hogy beteganyagunk 18—22 év közötti fiatalokból kerül ki, akiknek személyiségfejlődése még távolról sem befejezett és kóros személyiségadottságaik az egyéni fejlődés során jelentős mértékben változhatnak, rendeződhetnek.

Meg kívánjuk itt említeni, hogy nagyfokú differenciál-diagnosztikai gyakorlatot, tapintatot, *humánus szemléletet igényel ez az elbírálás*, hiszen a minősítés során az előbbi elvek figyelembevételével el kell kerülnünk, hogy a jelentős számban adódó *persistáló infantilis vagy pubertás reakciókat*, eset-

leg reálisan akceptálható súlyos környezeti szituációkból eredő alkalmi reakciókat ne bélyegezzük véglegesen kóros személyiség szerkezetnek, mert ebből a minősített egyének számára hátrányos, elmarasztaló jellegű következmények származhatnak.

A másik alapvető fogalom, amellyel az eseteink között nagyszámban előforduló törvényszéki eljárások, bűncselekmények kapcsán találkozunk, a *beszámíthatóság* kérdése. Ez voltaképpen kettős fogalom; jogi és elmeorvosi szempontból nem teljesen azonosak. Mivel törvényeink elmebetegséget, gyenge elméjűséget vagy tudatzavart szabnak meg korlátozó tényezőül, ezért eseteinkben a kóros személyiség szerkezetű egyéneknél azok az esetek jelentenek beszámíthatósági problémát, amelyeknél a kóros személyiség talaján elmezavar fokát elérő kóros magatartásreakciók jelentkeznek.

A két fogalom, az alkalmasság és a beszámíthatóság — mint láttuk — nem fedik egymást és konkrét esetekben ez látszólagos ellentmondásokat idéz elő, visszatetszést, igazságtalanság látszatát ébreszti a kívülállókban. A kóros személyiség szerkezetű egyének általában — egyes típusok kivételével — ellenszenvet váltanak ki környezetükből, legtöbbjük sorozatos fenytések mellett folytatja katonai pályafutását, a közösségbe magatartásuk miatt nem illeszkednek be, a követelményeknek nem tesznek eleget — végül szakvizsgálatra kerülve leszerelnek. Ez a felületes kép könnyen ébreszt kedvezőtlen érzéseket a többi becsületesen helytálló katonában.

Ezzel kapcsolatban megfelelő felvilágosító munkával kell megértetni az egészségesekkel, hogy a katonai szolgálat nem büntetés, és a kóros személyiség szerkezetű egyének leszerelése sokkal inkább szomorú következmény, mint előny.

Ugyanakkor azonban szélesebbkörű, társadalmi vonatkozású intézkedések lennének szükségesek, melyek előnyként, társadalmi megbecsülésként deklarálnák a helytállással letöltött katonai szolgálatot, és kézzelfogható előnyöket (továbbtanulás, munkahelyi előmenetel, lakáshelyzet stb.) biztosítanának a katonaviselt fiatalok számára.

III.

A következő bekezdésben a katonai szempontból igen jelentős ún. *rendkívüli események* szempontjából szeretnénk tárgyalni a kóros személyiség szerkezet kérdését.

Ezen a téren gyakran erős ellenállás jelentkezik a parancsnoki állomány részéről ezen események katonai pszichiatriai megítélésével kapcsolatban, ui. ezen cselekmények elkövetői jelentős arányban kóros személyiség szerkezetű egyének.

A rendkívüli esemény fogalmát rendeletek határozzák meg, általában a magatartást előíró normák, szabályzatok, olyan fokú megsértését jelentik, melyek a szokásos módon (parancsnoki hatáskörben) nem bírálhatók el.

Számos olyan rendkívüli eseménynek minősülő cselekmény adódik a katonai szolgálat során, amely speciálisan katonai jellegű és a tettesek vonatkozásában szoros kapcsolatban áll témánkkal. Elsősorban a *suicid kísérletek* kérdéséről kell itt beszélnünk.

Az öngyilkosság illetve annak kísérlete a polgári életben nem jelent bűncselekményt, nem von eljárást maga után, az öngyilkossági kísérletet ellátó kórházi osztályok (mérgezési, sebészi stb.) azonban általában ideggyógyász-szal konzultálnak ilyen esetben, mert a suicid kísérlet minden esetben kóros elmeállapotban történik, és esetleges ideggyógyászati kezelést, observatiót tesz szükségessé.

A katonai viszonyok között azonban a suicidium minden esetben rendkívüli eseményt jelent az egység számára, csaknem minden esetben felmerül az öncsonkítás, illetve a szándékos egészségrontás gyanúja kibúvási céllal, az esetek nagy részében ügyészségi nyomozás történik az ügyben. Az eljárás során általában elmeszakértői véleményezésre kerül sor, itt merül fel a fentebb már vázlatosan említett beszámíthatóság kérdése.

A suicidium psychopathológiai megítélése éppen a kóros személyiségszerkezet vonatkozásában nagyjelentőségű. Álláspontunk szerint az öngyilkossági kísérlet minden esetben kóros elmeállapotban történik, úgy véljük, hogy egészséges psychés állapotban levő ember még a legkritikusabb szituációban sem képes arra, hogy a hatalmas ellenerőt képviselő életösztönt leküzdje, ehhez feltétlenül *átmenetileg* kialakult pathológiás psychés állapotra van szükség.

A témával foglalkozó szakirodalomban számos szerző említi az ún. „Bilanz-selbstmord” esetét, ezen esetekben a szerzők szerint a környezeti tényezők rendkívül súlyos felbomlása olyan helyzetet teremt az egyén számára, hogy ennek kiegyensúlyozására csupán az önmegemmisítés ad lehetőséget. Különösen a német szakirodalomban gyakran idézik jellegzetes példaként a halálraítélt Göring öngyilkosságát, más esetekben gyógyíthatatlan betegségben szenvedő, például tumoros betegek öngyilkossági cselekményeit.

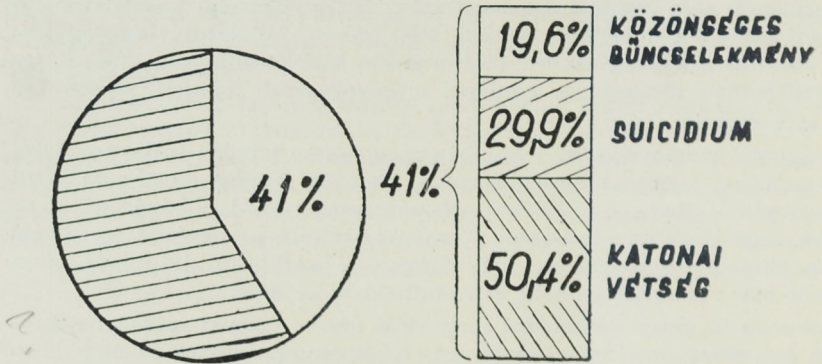
Véleményünk szerint ezen esetekben — az esetben is, ha az illető személy korábban soha nem mutatott characteropathiás vonásokat — mindenképpen hevenyen kialakult kóros lelkiállatról van szó, „heveny psychopathizálás” nevet adhatnánk ezeknek az eseteknek.

A következő rendkívüli eseménycsoport az ún. *katonai vétségek* csoportja. Ebbe a kategóriába azokat a rendkívüli eseményeket soroljuk, ahol a cselekmény jellege szervesen összefügg a katonai szolgálattal, a polgári életben nem fordulhatnak elő. (Pl. szökés, parancsmegtágadás, őrszolgálati vétség, stb.)

A kóros személyiségszerkezetű személyek a katonai vétségek elkövetői között is magas arányban szerepelnek. Míg a suicidium vonatkozásában a hisztériás típusú characteropathiák dominálnak, a katonai vétségek vonatkozásában már nagy számban találunk indulati-affectív és alkoholisták személyeket is.

Harmadik típusú rendkívüli eseménycsoportot az ún. *közönséges bűncselekmények* alkotják, melyek mind a katonai mind a polgári életben egyforma gyakorisággal jelentkezhetnek (szexuális bűncselekmények, lopás, emberölés stb.)

Több éves statisztikánk áttekintését mutatja 3. sz. ábránk. Az ábrából kiténik, hogy a rendkívüli események kerek 41⁰/₀-ra rendelkezik kóros psychopathológiai háttérrel, ennek további megoszlása a következő:



- a) 19,6% közönséges bűncselekmény,
- b) 29,9% suicidium és
- c) 50,4% katonai vétség.

Megjegyezni kívánjuk itt, hogy a suicid kísérletek kétharmada halállal végződött. E magas százalék teszi szükségessé a rendkívüli események pszichés komponenseinek kutatását és egyúttal lehetőséget nyújt a megfelelő preventív intézkedések kidolgozására.

Külön jelentőséggel bír az alkoholos eredetű bűncselekmények viszonylagosan magas számaránya. Statisztikánkban 46 alkoholos háttérű rendkívüli esemény szerepel, ezek döntő többsége szolgálat hanyag ellátását képezi.

A rendkívüli események vonatkozásában a characteropathiás egyének korlátozott mérvű beszámíthatóságát megindokolni igen nehéz. Ezek a személyek — különösen az ún. paranoid vagy hypoparanooid személyek — gyakran szélhámós típusúak, fegyelmeztelenek, izgágák, izgató kijelentéseket tesznek, környezetükbe nem képesek beilleszkedni, ellenszenvet váltanak ki közvetlen környezetükből — és mégis az összes adatok (életvezetésük áttekintése, munkához való viszonyuk, beilleszkedési készségük, érzelmi életük és akarati tevékenységük elemzése, erkölcsi, morális szemléletük, stb.) alapján — korlátozottan minősülnek, sőt egyes esetekben beszámíthatatlanságot állapít meg az elmeszakértő.

Ezekben az esetekben csak a cselekmény pontos elemzése, psychopathológiai analízisa döntheti el az elbírálás mértékét. Ha egy paranoid kóros személyiségű egyén üldöztetési élményei hatására megszökik, vagy vélt üldözőitől félve elbújdosik, a korlátozás nem kétséges; de ha ugyanez a személy pl. társait meglopja, kóros adottságai e közönséges bűncselekmény vonatkozásában korlátozó körülményt nem jelentenek.

IV.

A következő részben diagnosztikai eljárásunkat szeretnénk ismertetni.

A kórisme felállítása — az egyéb orvosi szakmák diagnosztikai gyakorlatánál sokkal hangsúlyozottabban — *több dimenziós* jellegű.

A végleges diagnózist hat adatsoport értékelésének egybevetésével alakítjuk ki.

A hat adatsort a következő:

- a) beteg élményanyaga többszörös exploratio tükrében;
- b) a beteg magatartásának megfigyelési adatai az osztályos tartózkodás során (orvosi, ápolói, betegtársi adatok);
- c) a beteg nevelő és kiképző tisztjeinek adatai, jellemzései;
- d) a csapategészségügyi szolgálat által nyújtott adatok, leírások;
- e) a beteg családjának, hozzátartozóinak a személyiségfejlődéssel kapcsolatban szolgáltatott adatai (ehhez minden esetben ragaszkodunk);
- f) a beteg előző polgári életközösségének (munkahely, előljáró szervek, tanács, rendőrség) bekért adatai.

A fenti adatok gondos mérlegelésével állítjuk fel a kóros személyiség szerkezet diagnózisát.

Megítélésünk szerint a characteropathia önmagában betegséget nem jelent csak kóros magatartásmód fellépése esetén — a fentebb leírt szempontok alapján — kerül sor a kóros személyiség szerkezetű egyének megítélésére.

Mint korábban már írtuk a kóros személyiség szerkezet önmagában nem jelent betegséget, amíg pathológiás magatartásmód nem jelentkezik az egyén egészségesként kezelendő. A kóros személyiség szerkezet megállapítása túlsúlyal csak az elkövetett pathológiás cselekmény megtörténte után, illetve éppen annak mérlegelésével retrospectíve lehetséges.

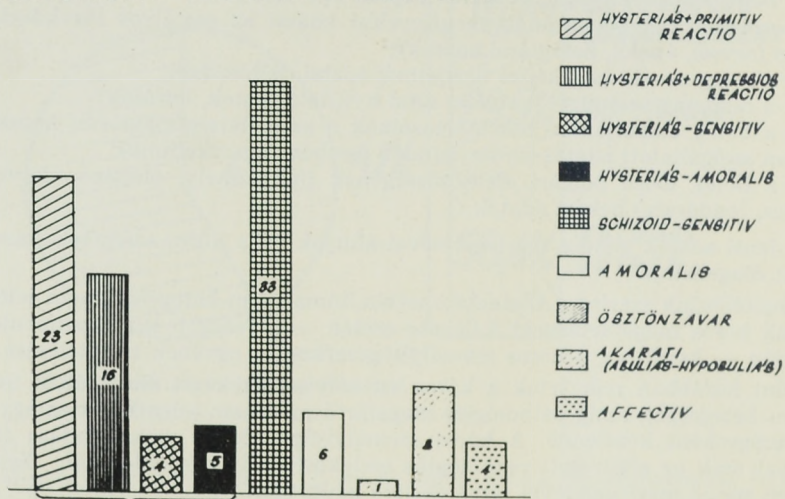
Fenti megfontolás teszi kétségessé — véleményünk szerint — eredményes előszűrés bevezetését a kóros személyiség szerkezet vonatkozásában, hiszen ennek alkalmazásával csak a már polgári életben „manifestté” vált csoport lenne kiemelhető, a korábban fellépett és kellően dokumentált magatartásbeli zavarok alapján.

Az ún. „potenciális” kategóriába tartozó characteropathiák előzetes kvalifikálása, szubjektív panaszaik, intrapsichés dysharmoniájuk figyelembe vételével, esetleges psychopathológiai test-módszerek alkalmazásával nem lenne helyes, hiszen ezek tekintélyes része adaptálódik, képes helytállni, sőt a katonai életforma hatására önfegyelmző készségük erősödik, a magasfokban szervezett katonai életforma pozitív hatást gyakorol rájuk.

Azokban a hadseregekben, ahol a characteropathiás személyek sorozási kiemelését bevezették — nyilván gyakorlati tapasztalataik alapján — az általunk „potenciálisnak” nevezett kóros személyiségű egyéneknél nem foglalnak állást az azonnali kvalifikáció mellett, hanem közbeni megoldásokkal kísérletnek. Így a francia hadseregben ezeket a személyeket három hónapos próbaszolgálatra hívják be, ezalatt fokozott ellenőrzés és megfigyelés alatt állnak, és csak a próbaszolgálat letelte után nyernek végleges minősítést. Az Egyesült Államok hadseregében a hadosztály-szintig előrevitt pszichiai ellátás próbálja csoport-psychotherapiás és egyéb módszerekkel az adaptáció elősegítését.

Saját eljárásunk során a kóros személyiség szerkezet, characteropathia diagnózist nem feltétlenül tekintjük kvalifikációs kötelezettségnek, ebben a tekintetben a manifest tünetek száma, minősége, súlyossági foka a mérvadó. Ha az értelmi, akarati és érzelmi élet síkján egyaránt dominánsak a kóros személyiség szerkezetre utaló jegyek, nem nehéz a döntés. A kóros tünetek elemzése alapján szinte kivétel nélkül, minden esetben megtaláltuk eseteinknél a magasabb szintű morális-kritikai érzék hiányos tevékenységét, valamint az érzelmi élet pozitív vagy negatív irányú eltolódását.

DIAGNÓZIS SZERINTI MEGOSZLÁS



3. ábra

Feldolgozott eseteinknél alaposan elemeztük — a korszerű szociál-psychiát-ria törekvéseinek megfelelően — az egyes esetek szociológiai faktorait is (l. 1. sz. ábra.)

1. ábra

Szociológiai tényezők megoszlása

Összlétszám:	— — — — —	100 fő
Nős:	— — — — —	16 fő
Érettségizett:	— — — — —	19 fő
Ipariskolát végzett:	— — — — —	54 fő
8 ált.-t vagy ennél kevesebbet:	—	27 fő
Szülők szociális helyzete:		
Jó vagy megfelelő:	— — — — —	51 főnél
Nem kielégítő:	— — — — —	49 főnél
Szülők anyagi helyzete:		
Jó vagy megfelelő:	— — — — —	49 főnél
Nem kielégítő:	— — — — —	51 főnél
Kedvezőtlen nevelkedési körülmények:		
(Szülők korai halála, mostoha- vagy nevelőszülők, intézeti nevelés, nagy- szülők nevelése, rokonok nevelése, állami gondozás):	— — — — —	65 főnél
Szülők alkoholizmusa:	— — — — —	18 főnél
Szülők között bűnöző:	— — — — —	4 főnél
Szülők között öngyilkos:	— — — — —	7 főnél
Szülők között elme-idegbeteg:	— —	15 főnél

<i>Polgári életben bűnözés, eljárás:</i>	—	25 főnél
<i>Csavargás:</i>	— — — — —	27 főnél
<i>Gyakori munkahely változtatás:</i>	—	50 főnél
<i>Alkoholizmus:</i>	— — — — —	9 főnél
<i>Polgári életben suicid kísérlet vagy veszély:</i>	— — — — —	42 főnél
<i>Galeri-tag:</i>	— — — — —	7 fő
<i>Polgári életben idegkezelés:</i>	— —	18 főnél
<i>Koponyatrauma:</i>	— — — — —	12 főnél

A táblázaton részletezett és kóros személyiség szerkezetű eseteinknél halmozott mértékben előforduló kedvezőtlen anyagi, szociális és neveltetési körülmények, a szülők között nagyszámban előforduló alkoholizmus, öngyilkosság, bűnözés, elmebetegség egyrészt igazolja azt a nézetet, hogy a kóros személyiségfejlődésben milyen jelentős szerepe van a mostoha gyermekkori körülményeknek, másrészt alátámasztja azt a nézetünket, hogy a katonai szolgálat nem „okozza” a kóros magatartásreakciót, csak esetenként — magasfokú adaptációs követelményeivel — provokatív tényezőként szerepel az általunk potenciálisnak nevezett kategória kóros reakcióinak kiváltásában.

A bevonulástól a manifestálódási eltelt időtényezőket ábrázoló táblázat (2. sz. ábra.) azt mutatja, hogy a kóros magatartásbeli anomáliák zömükben az első szolgálati év folyamán felszínre kerülnek, nagyrésztük a szolgálati idő első három hónapja alatt, a második szolgálati évre csak jóval kisebb kontingens esik.

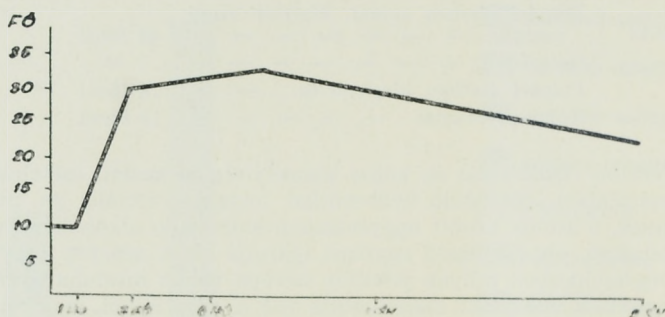
Eddigi gyakorlatunk helyessége mellett szól az a szubjektív adat, — erről statisztikát nem készítettünk — hogy leszerelt kóros személyiség szerkezetű betegeink közül sokkal találkoznak később polgári elmeosztályokon vagy bűncselekmények kapcsán polgári bíróságokon.

A minősítés kérdésével kapcsolatban szeretnénk megemlíteni, hogy más betegségkategóriáktól eltérően eseteinkben lényegesen nagyobb az elbírálás különbözősége háborús- és békeviszonyok viszonylatában. Itt azt az elvet tartjuk helyesnek, amely figyelembe veszi, hogy *a közösséget fenyegető súlyos veszély olyan psychés tartalékerőket mobilizál, amelyek képesek aránylag súlyos psychoneurotikus és kóros személyiségzavarok elfojtására, a vitális veszély idejére történő compensálására.* Ezért — mint korábban említettük — a legsúlyosabb esetek kivételével a kóros személyiség szerkezetű egyéneket túlnyomó többségükben csak béke idejére minősítjük véglegesen alkalmatlannak.

Korábban két alkalommal készítettünk nagyobb statisztikai kimutatást, egyízben a rendkívüli események szempontjából, másik alkalommal kóros személyiség szerkezetű személyeknél előforduló vétségek és rendkívüli események, valamint a tüneti kép elemzése céljából. Első statisztikai felmérésünk alkalmával 426 *klinikai esetet* dolgoztunk fel, ezek közül 208 *esetben szerepelt rendkívüli esemény.*

A rendkívüli események között legmagasabb számmal az *öngyilkossági kísérlet vagy erre irányuló szándék* hangoztatása szerepelt, ez tette ki a rendkívüli események 50,5⁰/₀-át. Második helyen a *katonai vétségek* csoportja szerepelt, ez 37,9⁰/₀-ot tesz ki. *Közönséges bűncselekmények* az esetek 11,6⁰/₀-ában fordultak elő.

BEVONULÁSTÓL A VIZSGÁLATRA KERÜLÉSIG ELTELT IDŐ



2. ábra

Ha témánk — a kóros személyiség szerkezet — szempontjából vizsgáljuk ezt a feldolgozást, megállapítható, hogy a kóros személyiség szerkezetű egyének magas számarányban vannak képviselve a cselekmények elkövetői között.

Statisztikánkban külön kategóriaként emeltük ki a *hisztériás típusú characteropathiákat*, ezek közül a klinikai beteganyagban 45 személy van képviselve, mint különféle rendkívüli események tettese, többnyire suicid kísérletek elkövetői. Ők adják az esetek 21,5%-át.

Az egyéb típusú kóros személyiség szerkezetű egyének ugyancsak 45 fővel vannak képviselve a rendkívüli események elkövetői között, amely szintén 21,5%-nak felel meg.

A kóros személyiség szerkezetű személyek közé sorolhatjuk a statisztikában „alkoholos kép” gyűjtőfogalom alatt szereplő csoportot, ezek egy része idült alkoholista, más részük heveny súlyos alkoholhatásban követte el cselekményét. Álláspontunk jogosságát indokolja az, hogy csaknem teljes egészében sorállományú katonákról van szó, azaz 20—22 év közötti fiatalemberekről, ilyen fiatal korra kialakult és ilyen súlyos következményekkel járó alkoholizmus véleményünk szerint feltétlenül kóros személyiség adottságok mellett szól. Ezt a véleményünket a klinikai vizsgálatok kivétel nélkül minden esetben megerősítették, mert a fiatal korban észlelt súlyos alkoholistáknál — korábbi diagnosztikai eljárásunknak megfelelően — egyéb pathológiás személyiség vonásokat vagy megnyilvánulásokat is észleltünk. Az alkoholos képek feldolgozott anyagunk 22%-át tették ki.

A teljesség kedvéért közöljük, hogy a 208 rendkívüli eseményt elkövetett és klinikai észlelésre, elmeosztályos kezelésre került beteg kivétel nélkül mind leszerelésre került. Az imént részletezett kóros személyiség szerkezetű egyének kivételével a fennmaradó hányadot más, feltétlenül minősítést igénylő pszichiatriai esetek (elmebetegek, gyengeelműek, epilepsziások, stb.) adták.

Másik statisztikai feldolgozás során 300 törvényszéki szakértői esetet elemeztünk az elkövetett cselekmények és azok psychopathológiai háttere szempontjából.

A törvényszéki anyagban legnagyobb számmal a katonai vétségek csoportja szerepelt (52%), utána következnek a közönséges bűncselekmények (32%), legkevesebb az öngyilkosságok száma (16%).

Jellemző adat, hogy az elmeszakértői vizsgálatok során mindössze 40 esetben *nem* volt kimutatható kóros elmeműködés a cselekmény háttérében. Ez az adat természetesen nem képvisel abszolút értéket, hiszen csak azokról az esetekről van szó, amelyeknél az ügyészség vagy bíróság látott szükségesnek elmeszakértői vizsgálatot, tehát már a nem szakemberek előtt is felmerült valamely kóros elmeállapot fennállásának lehetősége. Természetesen valójában, a törvényszéki esetek összesített statisztikájában a negatív esetek száma lényegesen nagyobb. Munkánk szempontjából azonban elsősorban azokat az eseteket kívánjuk kiemelni, ahol a rendkívüli esemény háttérében kóros lelki mechanizmus áll.

A törvényszéki esetek között — hasonlóan a klinikai csoporthoz — legmagasabb számmal a kóros személyiség szerkezetű egyének, valamint az ugyancsak ide sorolt alkoholos állapotok szerepelnek.

Az előbbi felosztáshoz hasonlóan ismertetve statisztikánkat a *hysteriás characteropathiák* 28 főt (9,4%) képviselnek. Az egyéb kóros személyiség szerkezetű egyének (sensitív, indulati, stb.) 54 főt tesznek ki, amely kerekén 18%-ot jelent. Alkoholos kép — a fenti megfontolásnak megfelelően — 21 esetben fordult elő, ami 7,4%. A törvényszéki csoportban szerepelt még 9 fő esetében (3%) paranoid reakció, ezt a kórképet ugyancsak a characteropathiák közé soroltuk, tekintve, hogy a pszichiatriai szakirodalom egybehangzó véleménye szerint is minden esetben kóros személyiség talaján jön létre.

Vizsgált törvényszéki anyagunk vonatkozásában tehát szintén magas arányszámban, összesen 37,4%-ban jelentkeznek kóros személyiség szerkezetű egyének. Ugyanakkor ebben a csoportban egyéb elmekóros személyek száma volt viszonylagosan magas (különösen a gyengeelméjűeké) és ebből a kategóriából is 185 személy minősült katonai szolgálatra véglegesen vagy béke viszonylatban alkalmatlannak (61,7%).

A fent ismertetett két statisztikai feldolgozás — úgy véljük — igen meggyőzően mutatja a kóros személyiség szerkezet nagy jelentőségét a rendkívüli események vonatkozásában.

Hasonlóképpen demonstrálja a két statisztika a kóros személyiség szerkezet *kriminogén* jelentőségét is. Távolról sem kívánjuk azonosítani magunkat egyes pszichiatriai iskolák szélsőséges álláspontjaival, melyek szerint a bűnözés biológiai faktorok következménye — a kóros személyiség szerkezet szerepe a bűncselekmények kialakulásában azonban semmiképpen nem elhanyagolható tényező.

A kóros személyiség szerkezet jelentőségének vizsgálata során egy másik statisztikát készítettünk, mely 100 osztályos betegünk adatait elemzi. Ezen csoport statisztikáit mutatják azok a táblázatok, melyekre korábban már utaltunk (1. sz. táblázat; diagnostikai megoszlás, 3. sz. táblázat; szociológiai tényezők és 4. sz. táblázat; időtényezők) = 2 7

Itt szeretnénk visszatérni a korábban már említett ellentmondásra, mely a kóros személyiség szerkezetű egyének megítélésében gyakran jelentkezik. Az előbbi törvényszéki statisztikánkban szereplő characteropatha személyek közül csaknem mind katonai minősítést, alkalmassági felülvizsgálatot igényelt, ugyanakkor azonban a beszámíthatóság vonatkozásában korlátozás csak az esetek egy részében volt megállapítható, csakis olyan esetekben, ahol a vizsgálat alapján kétségtelenül kiderült, hogy a bűncselekmény a kóros személyiség szerkezetű egyén patológiás állapotának megnyilvánulása volt.

Itt ismét felmerül a környezet kedvezőtlen — a dolgok egyoldalú megítéléséből eredő — hozzáállása. Példaként megemlítenénk egy esetet, melynek során egy fegyelmetlennek ismert, többször fenytett katona eltávozásról nem vonult be időben, hanem otthonában suicidiumot kísérelt meg gyógyszer bevitelével. Az osztályos vizsgálat kedvezőtlen, objektíve is igazolt családi helyzetet, kiegyensúlyozatlan, depressiora hajló személyiséget konstátált nála valamint a rossz családi helyzet és a késés miatti felelősségrevonástól való félelem következtében hevenyen kialakult depressziót, melyben öngyilkossági kísérletét elkövette. A vizsgálat eredménye katonai alkalmassági szempontból minősítés és leszerelés volt.

Ha a fenti cselekményt csak és kizárólag a katonai magatartás szemszögéből ítélnénk meg, akkor helytelennek találnánk a döntést — és gyakran így ítélik csupán meg a környezet részéről — hiszen egy fegyelmetlen, renitens katonát újabb rendkívüli eseményt okozó cselekménye után felelősségrevonás helyett leszereltek.

Ugyancsak helytelenül járnánk el akkor is, ha a történeteket csak a kialakult kóros állapot és az alapját képező kóros személyiség szempontjából vizsgálánk, hiszen az illető az osztályos kezelés hatására rendeződött, leszerelése után polgári munkakörét képes volt folytatni, talán még a katonai szolgálatot is el tudta volna látni a továbbiakban.

Az esetnél egy alapvetően kóros személyiségalkatú egyénről van szó, akinek kedvezőtlen családi körülményei miatt idegrendszeri egyensúlya labilissá vált, hajlamos volt letörésekre, öngyilkossági gondolatok gyakran foglalkoztatták, kiegyensúlyozatlansága miatt a katonai környezetbe sem tudott megfelelően beilleszkedni végül, egy alkalommal szembekerülve még akkor is reálisan fennálló családi problémáival, heveny depressziós állapotban, decompensálódva suicid kísérletet követett el. Kétségtelenül ez az öngyilkossági kísérlet nem volt súlyos fokú, a megítélés szempontjából azonban ez a tény többnyire jelentéktelen, fő tényező a szándékot kiváltó psychés állapot.

Ezzel az esettel kapcsolatban is felmerült a katonai környezet részéről a „szolgálat alóli fondorlatos kibúvás” gyanúja. Az ilyen állásfoglalást feltétlenül helytelennek és károsnak kell tartanunk. Kétségtelenül vannak olyan személyek, akik ily módon igyekeznek megszabadulni a katonai szolgálatától, a pontos elemzés azonban az esetek döntő többségében más, kóros jellegű indítékokra derít fényt. Különös mértékben vonatkozik ez az öngyilkossági kísérletekre, amelyek szinte minden esetben kóros jelenségek.

Eddigi katonai pszichiátriai gyakorlatunk alapján le kell szögeznünk, hogy tudatos színlelés, szimuláció igen ritka kivételnek számít nemcsak saját anyagunkban, de az egyéb orvosi szakmák területén is.

Másik helytelen megnyilvánulás, melyet nem egy esetben észlelhetünk a kóros személyiségszerkezetű egyének hozzátartozói részéről, hogy a katonai szolgálat a maga erős terheléseivel előidézte, okozta a beteg állapotát. Mint korábban már leszögeztük, a katonai szolgálat egyetlen esetben sem okozza a kóros lelkiállapotot vagy elmezavart, hanem a maga kötött, magasfokú alkalmazkodást kívánó formájával, követelményeivel kiválthatja a nehezen beilleszkedő kóros személyiségű egyének decompensatióját.

Befejezésül szeretnénk összefoglalni azokat az elképzeléseket, amelyek véleményünk szerint a characteropathiák megítélésében és elbírálásában felhasználhatók lehetnek.

A decompensált, súlyos magatartásreakciókat produkáló vagy elmezavar állapotába kerülő characteropathák ellátása *elsődlegesen szakorvosi, pszichiátriai feladat*. Az ilyen eseteket feltétlenül hospitalizáljuk, megfelelő szakellátásban részesítjük, majd a pontos kórismezés megtörténte után minősítésükre kerül sor. Therápiás módszereinkkel részletesebben foglalkozni nem kívánunk, hiszen azok megegyeznek a nem katonai pszichiátriai kezelési eljárásokkal, gyógyszeres és egyéb beavatkozásokkal.

A decompensált characteropathák leszerelését még teljes gyógyulás és rendeződés esetén is feltétlenül szükségesnek tartjuk. Ezekben az esetekben *kettős prevenció*s meggondolás teszi szükségessé a leszerelést. *Az egyik ilyen szempont a beteg szempontja*, a katonai környezetből való kiemelés therápiás effektusként hat, módot nyújt neki arra, hogy kiépült kóros magatartásreakcióit a lényegesen kisebb követelményeket támasztó és sokkal nagyobb variációs lehetőséget nyújtó polgári környezetben rendezni próbálja. Az esetek jelentős részében megfelelő próbálkozások után a characteropathiás egyén képes több-kevesebb sikerrel kielégítő társadalmi adaptációra.

*A másik prevenció*s szempont a *hadsereg érdekét szolgálja*. Korábban utaltunk már rá, hogy a kóros személyiségszerkezetű egyének károsító hatása számáránuknál jóval jelentősebb, szélesebb kihatású. Túlmenően az alakulatok szellemét romboló, demoralizáló, kedvezőtlen hangulatot teremtő hatásukon, effektív veszélylehetőséget is jelentenek, gondolunk itt a kórszerű technika helytelen alkalmazásával, stb. járó veszélyekre.

Utaltunk már arra is, hogy előzetes szűrés a characteropathiák vonatkozásában kellő eredménnyel nem képzelhető el, és említettük külföldi hadseregek áthidaló megoldásait ebben a kérdésben. Saját viszonylatunkban ilyen áthidaló megoldásokat nem alkalmazunk, azonban néhány szempontra szeretnénk felhívni a figyelmet, melyek szerepet kaphatnának a characteropathiás egyének jobb szelekciójában.

Egyik ilyen megelőzési lehetőség lehetne a pszichiátriai szempont fokozottabb érvényesítése a katonai alkalmasság tekintetében. Konkrétan a *sorozási munka* területére gondolunk, ahol feltétlenül szükséges volna a sorköteles személy életútjának, családi, nevelkedési és szociális körülményeinek alaposabb felderítése, valamint a körelőzményében szereplő és esetlegesen ideggyógyászati körjelként értékelhető adatoknak pontosabb tisztázása.

A másik igen lényeges kérdés a *katonákkal foglalkozó kiképző állomány előképzettsége, szemlélete, pedagógiai és pszichológiai készsége, előjárói tevékenységüknek ilyenirányú ismeretekkel való kiegészítése*. E tekintetben örövendetes az a tény, hogy a tisztiiskolai képzés során a tisztjelöltek egyre szélesebb körű és megalapozottabb pedagógiai és lélektani oktatásban részesülnek.

Mint már említettük, a characteropathiás egyén katonai szempontból nem szükségszerűen csökkentértékű és véleményünk szerint a velük szemben tanúsított bánásmód, az alkalmazott nevelési formák célszerű megválasztása, a katonákkal való érzelmi-emberi kapcsolat determinálja az adaptáció

mértékét a kóros és normál személyiségű egyénekénél egyaránt, az előbbieknél azonban lényegesen nagyobb mértékben.

Megítélésünk szerint a csapategészségügyi szolgálatok nagy szerepet vállalhatnának ezen a téren. Úgy gondoljuk, hogy egy-egy kirívó rendkívüli esemény vagy súlyos fegyelemsértés megvitatása megfelelő szempontból történő elemzése és ismertetése sok tekintetben előnyt jelentene.

Hasonlóképpen az egészségügyi szolgálatra várna az a feladat, hogyha együttműködve a parancsnoki állománnyal a kóros személyiség szerkezetű egyének magatartásbeli rendellenességeit már az első jeleknél felfedni igyekeznének, külön foglalkoznának velük, jóindulatúan erősítenék önbizalmukat és akarati készségüket, kétes esetekben pszichiátert is bevonnának, úgy véljük jelentősen javulna a katonai szolgálat alatt manifestálódott karakteropathák előfordulási aránya.

I R O D A L O M

1. *Balassa L.*: Igazságügyi elmekörtan. 1961. 2. *M. Bleuler*: Lehrbuch der Psychiatrie. 1955. 3. *Brickenstein R.*: Über die geistige Tauglichkeit Wehrpflichtiger. Wehrmed. Mschr. 10. 1966. 4. *D. Henderson—R. D. Gillespie*: A Text-Book of Psychiatry. 1958. 5. *E. Kahn*: Die psychopathischen Anlagen, Reaktionem und Entwicklugen. (In Bumkes Handbuch.) 1928. 6. *Magyar I.*: Katonai elmeosztályon előforduló körképekről és a psychiatriai betegellátás fontosabb kérdéseiről. Katonaorvosi Szemle, 1. 1955. 7. *Magyar I.*: A psychés zavarok jelentősége a korszerű háború viszonyai között. Honvédorvos, 13. 1961. 8. *Magyar—Ozsváth—Kémenczy—Kisszékelyi*: Elmekörtani vonatkozású rendkívüli események vizsgálata a hadseregben. Honvédorvos, 9. 1962. 9. *Magyar I.*: A rendkívüli események kóros psychés tényezői. Tanulmányok a katonai nevelés köréből. Zrínyi. 1966. 10. *Magyar—Egerváry—Kémenczy*: Psychopathia és katonai alkalmasság. VI. Katonaorvosi Tud. ülés. 1967. 11. *A. P. Noyes—L. C. Kolb*: Modern clinical Psychiatry. 1958. 12. *Nyirő Gy.*: Psychiatria. 1961. 13. *K. Schneider*: Psychopathische Persönlichkeiten. 1923. 14. *K. Schneider*: Die Psychopathische Persönlichkeiten. 1946. 15. *K. Schneider*: Klinische Psychopathologie. 16. *Spoersi Th.*: Compendium der Psychiatrie. 1967. 17. *Wieck H. H.*: Lehrbuch der Psychiatrie. 1967.

И. Мадьяр, подполковник м/сл.—О. Эгerváry, подполковник м/сл.—И. Кеменци:

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ХАРАКТЕРПАТИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

*Dr. I. Magyar, Oberstl. d. Med. D., Dr. O. Egerváry, Oberstl. d. Med. D.,
I. Kémenczy:*

PSYCHIATRISCHE BEWERTUNG DER CHARAKTEROPATHIEN IN BEZUG AUF DEN MILITÄRDIENST