

Csorba Antal dr. orvosezredes—Magyar István dr. orvosalezredes

A pszichiatriai betegellátás jelentősége a korszerű háborúban

A pszichiatriai ellátás iránti igény világszerte állandóan növekedőben van. Az ún. endogén elmebetegségek nem mutatnak számbeli emelkedést; elsősorban a psychoneurosisok, kóros személyiségreakciók gyakorisága emelkedő tendenciájú. Az utóbbiak egy része a polgári életben inkább törvényszékre, mint orvoshoz, illetve kórházba kerül. A hadseregben ezzel a csoporttal is elsősorban az eü. szolgálat foglalkozik; ezenkívül természetesen itt is érződik a felsorolt kategóriák fokozatos emelkedésének hatása s növelik a feladatokat még a gyógyító munkán kívül a megelőzés terén is növekedő követelmények. Érthető, hogy a katonai pszichiatría a békeszolgálat viszonyai között is növekvő jelentőségre tesz szert s fejlesztést igényel.

A tömegpusztító fegyverek felbukkanása a történelem színpadán feleltette a kérdést, milyen psychés következményekkel járhat egy thermonukleáris háború. Kézenfekvő volt azzal számolni, hogy a következmények felszámolásában a pszichiatriai ellátás biztosításának igen fontos szerep juthat. A katonai pszichiatría iránti újabb keletű, fokozottabb érdeklődés jele az ilyen témájú közlemények szaporodása is a katonarvosi szakirodalomban. Éles határvonalat kell azonban húzni a békeszolgálatra vonatkozó, statisztikailag megalapozott cikkek és a modern háború pszichiatriai lehetőségei és ebből adódó feladatokat mérlegelő közlések között. Bennünket jelenleg ez az utóbbi érdekelne, csakhogy sajnos, ez az anyag nagyon bizonytalan talajra épült. A szerzők saját fantáziájuk alapján és bizonyos analógiákból kísérelnek meg előre következtetni, ám itt az a buktató, hogy a thermonukleáris karasztrófának nincsen — szerencsére — analógiája az emberiség történelmében. Ezért nehéz elkerülni ezen a területen az ismétléseket s újat produkálni. Ez a veszélye a mi közleményünknek is: az eddig nálunk megjelent ilyen témájú közleményekhez képest különösebb előrehaladásról nem számolhatunk be. Igyekezni fogunk csak a lényegesre szorítkozni s dolgozatunk indokául azt hoznánk fel, hogy messze nincs és nem is lesz elegendő pszichiáter egy országban sem a háborús psychés esetek ellátására s csak a súlyosak ellátásában tudnak szakorok közreműködni (a hadsereg és front kórházalap területén). Ebből következik, hogy minden ht. és tartalékos katonarvosnak a minimummal ezen a téren is tisztában kell lennie, orvosi segélyt kell tudni nyújtani. Erről szól ez a rövid ismertetés.

Milyen összetételű pszichiatriai beteganyaggal kell számolnunk a korszerű háború körülményei között? „Pszichiatriai morbiditas struktúrája” — címszót használják előszeretettel.

Nyilván adódní fognak:

1. a békeszolgálatból jól ismert kategóriák;
2. az előző háborúkban megismert kategóriák;
3. tömegpusztító fegyverek hatására fellépő kategóriák;

itt két csoportot lehet elkülöníteni:

- a) individualis katasztrófareactiók;
- b) kollektív katasztrófareactiók, pánik.

ad 1. Ide tartoznak a psychoneurosisok, vagyis a neurasthenia, hysteriás, neurosisok, szorongásos és kényszeres neurosisok, psychastheniás állapotok egyfelől, másrészt a psychopathiás reactiók szélesebb skálája s a psychosisok (schizophrenia, maniform és depressiv epizódok, circularis psychosisok).

ad 2. Itt az előbbi képek sajátos színezéssel szerepelnek: a harctéri kimerültség a harctéri neurosis, monosymptomás fixatiós neurosisok (mutismus, dysarthria stb.), emotionalis, szorongásos reactiók, emotionalis shock, reactiv stupor, psychomotoros izgalmi állapotok. Itt fontos csoport a post-traumás neurosis (szovjet nomenklatúra szerint „kontuziós” csoport, ahol részben reversibilis agyi organos károsodás a syndroma alapja).

ad 3. Itt a két csoport közül az elsőbe sorolják a súlyos psychés és/vagy diffus somaticus behatásra (pl. léglökés okozta diffus barotrauma) fellépő gátlásos vagy izgalmi állapotokat, primitív, explosív és rövidzárlatos, valamint bonyolultabb személyiségreactiókat; a másik a pánikreactiók csoportja. A rövid 15—30 perces vagy valamivel hosszabb védőgátlásos állapotot előreláthatólag physiológiásnak kell tekinteni, a protrahált képek és a mentális confus-reactiók fognak ellátási problémát jelenteni.

Timofejev négy csoportra tagolja a várható pszichiatriai beteganyagot:

1. psychosisok;
2. spasmodicus syndromák (görcsös jelenségek, dadogás, convulsiók);
3. határesetek (neurosisok, reaktiv állapotok, emotionalis schock);
4. cerebriális traumás: „kontuziós” kategória, amely alatt ő zárt koponyatraumát szenvedettek psychés tünetcsoportjait érti.

Két csoportról érdemes külön szólni. Az explosiós traumához csatlakozó felsőbb idegrendszeri működési zavarok keletkezésében reversibilis, agyrázkódásnak megfelelő ártalom szövődik psychogen mechanizmusokkal. A nukleáris csapás távolabbi körzetében a könnyebb sérültek s a látható sérülések nélküli barotraumatizáltak nyilván az előző világháborúkból jól ismert képet fogják mutatni: a védőgátlás oldódása során körülírt gátlásos syndromák maradnak vissza, mint adynamia, astasia-abasia, funkcionális paresisek, érzésvavarok, leggyakrabban mutismus és dadogás. Ez a kategória már a második világháborúban 2.5—3.5-szeresére nőtt az első világháborúhoz viszonyítva és egy nukleáris háborúban az opticus, acusticus és a testfelszín egyéb receptoraira ható léglökéses hatás együttese folytán nyilván még magasabb koeficienssel kell szorozni. A második világháborúban a szovjet hadseregben az összes eü. veszteség 2.5—7⁰/₀-át tették ki (*Zavalisin*). *Plesso* szerint, aki az egyik aktív front főpsychiatere volt, 1.5—4⁰/₀ között változott s jelentősen növekedett a háború elejétől a befejezéséig.

A másik az ún. emotionalis reakciók, shock-állapotok kérdése. Vannak, akik a túlélők között ezt a reaktív állapotot vélik dominánsnak. Szerintük a japán atomkatasztrófa alkalmával észlelt psychés reakciók nem mérvadóak, mert itt a lakosság nem tudta, mit élt át. Az előzetes stress és a későbbi következményektől való veszélyeztetettség érzése súlyosbíthatja a psychés reakciókat, s nagyobb számú jelentkezővel kell számolni. Mások, mint pl. *Timofejev*, szerint nincs kellő logikai indok az emotionalis reakciók túlsúlyának feltételezésére, változatlanul a „kontúziós” csoportban látja a fő kategóriát. Ez az ő osztályozása szerinti négy pszichiatriai kategória összességének 70%-át tette ki a második világháborúban. Az emotionalis reaktív állapotok a második helyen szerepeltek 15%-os értékkel. Ő is hangsúlyozta a pánikreakciók kiterjedtebb jelentkezésének a valószínűségét.

A torpedó-háború, továbbá a gáz bevetése Ypres-nél pánikjelenséget okozott, régebbi történelmi példákról nem beszélve. Ugyanakkor érdekes, hogy a súlyos légítámadások a II. világháborúban sokkal kevésbé okoztak orvosi ellátást igénylő tömeges reaktív psychés jelenségeket, mint várható lett volna. Münchenben 71 légítámadás után hospitalizáltak 0,25 százaléka mutatott csak pszichiatriai következményeket. Újabban három, nem régen lezajlott tömegkatasztrófa: az 1962-i barcelónai árvíz, a limai pánik és a skopjei földrengés jellegzetességeit vizsgálták. A barcelónai árvíz idején a pszichiatriai rendelések forgalma kb. 30 napon át 50 százalékkal megnőtt, főleg neuro-vegetatív tüneteket regisztráltak s túlnyomóan olyanokon, akik azelőtt sem voltak stabilak. Itt sem alakult ki pánik, amiben a szolidaritás, segítség és az előzetes bizonytalansági periódus hiánya játszhatott szerepet. A Jung-féle „attention expectante” túlzott jelentősége ellen szólnak azonban a fent említett légítámadások, ahol nyilván adott volt a feszült várakozás s mégsem volt pánik — világos ebből is, hogy milyen nehéz analógiák elemzéséből a jövőre következtetéseket levonni.

Limában 1964-ben 50 000 néző előtt az argentin és a hazai perui futbalcsapat játszott a tokiói olimpián való részvételért. A vendégek vezettek 1:0-ra, amikor az utolsó percekben az egyik perui játékos kiegyenlített, de az uruguayi bíró nem akarta megadni a gólt. Ekkor tömegverekedés kezdődött, ami önmagában Dél-Amerikában futballmeccsen nem lett volna még szokatlannak tekinthető. A rendőrség könnygáz-gránátokat használt, amikor valahonnan sortűz hallatszott, figyelmeztetésül a levegőbe lőttek. Ez volt az a momentum, ami a tömegnél menekülési láncreaktiót indított el, ezrevél futottak a kijáratok felé, amelyek zárva voltak — mint a színházi tűzesetekből ismeretes. Féktelen felreakció következett, kitérés után a tömeg rombolva gyújtogatva vonult végig a városon. A végeredmény 400 halott és 800 sebesült volt.

A skopjei földrengésről a „Honvédorvosban” is olvashattunk ismertetéseket. Itt a lakosságnak kb. 75 százaléka az első órákban dermedtségben, emotionalis stuporban volt, nem mozdultak el otthonuk romjai mellől, mintegy visszautasították tudatzavarukban az elviselhetetlen realitás tényét. Az apathia, indifferencia dominált. Később a posttraumás neurosisokhoz hasonló tüneteket észleltek, többnyire olyanoknál, akiket már azelőtt is kezeltek. Indokolatlan, fejvesztett tömegmozgás nem mutatkozott.

Egyéb diagnosztikai fejtegetésbe itt nem bocsátkozunk, utalunk a nemrég megjelent „Tábori Belgyógyászat” megfelelő fejezetére. Néhány megállapítást szükségesnek tartanánk még a pánikjelenségekről ismertetni, mert bár ezek ellátása elsősorban nem orvosi feladat, mégis a fontosabb tényekkel nekünk is tisztában kell lennünk.

A pánik első, ún. izgalmi fázisa 1—2 órán át tart s dominál a rendezetlenség, értelmetlen, konfuzus magatartás, mintegy dekortikált működések figyelhetők meg, motoros nyugtalanság, mozgásvihar, zárlatos cselekmények s előfordulhat agresszió, kriminalitás. Az egyéni magatartás részéről két vélet lehetséges: teljes elhagyatottság érzése vagy ellenkezőleg, a centrális

helyzet illúziója, amikor azt hiszik, hogy ők állnak a katasztrófa középpontjában.

A második reaktív gátlásos fázis 1—2 napig tarthat el, jellemzik a katasztrófaélmény elfojtása, inaktivitás, apathia, stupor, esetleg suicid készletek.

A harmadik már pozitív fázis, az organisatio első jeleit mutatja. Jellemző a szorongás, a katasztrófa ismétlődésétől való félelem, még hiányos önkontroll, fokozott szuggesztibilitás s vezetőt már elfogad a tömeg, vagy keres valakit, aki után megy. Itt a kriminalitás még contagiosus hatású lehet. Ha előbb nem sikerült, itt rendszerint át lehet venni az irányítást s leszerelni a veszélyes megnyilvánulásokat.

További részleteket illetően utalnánk *Kémenczy* ilyen tárgyú cikkére. A tennivalókról a prophylaxis tárgyalásakor fogunk beszélni.

Rátérve az ellátás problémakörének gyakorlati részére, nézzük meg előbb azt, hogy milyen gyógyszerek és gyógyeljárások alkalmazhatók célszerűen a pszichiatriai betegek ellátására tábori körülmények között. Itt érintőleg végigfutnánk a lehetőségeken.

Gyógyszerek vonatkozásában még emlékszünk rá, hogy régebben a hypnotikumok kis dózisait használtuk a klinikai gyakorlatban nyugtatónak, tiszta sedatívumként csak a valeriana és a bróm állt rendelkezésünkre. Közismerten bővült azóta a fegyvertár az ún. minor tranquillánsokkal, amelyek kérgi effektussal alig rendelkeznek, az agytörzsi aktiváló systema gátlása útján fejtik ki hatásukat. Ilyenek a Meprobamat, nálunk Andaxin, továbbá Benactyzin, Trioxazin, újabban a Seduxen (a Valium-Librium hazai változata). Ilyen célra a Pipolphen is alkalmazható, de itt kezdetben álmosító hatás is jelentkezik a sedatív hatáson kívül. A maior tranquillánsok közül több készítmény tört adagban alkalmas lehet sedatióra (Rausedyl, Frenolon, Tisercin). Intensív sedálás szüksége esetén, psychomotoros nyugtalanságban, psychosisokban többnyire az ún. maior tranquillánsokat használjuk. Ezekre klinikailag az intenzívebb agytörzsi eredetű sedatív hatás jellemző, amit nagyobb dózis esetén még két effektus kísér: centrális vegetatív hatás parasympathicotonia formájában és extrapyramidalis hatásként parkinsonistikus izomtónusváltozás. Ide tartoznak a phenothiazinek és származékaik, a magyar készítmények közül a Hibernál, Hirepin, Thilatazin, Tisercin, Frenolon s a butyrophenonok: Haloperidol. A másik fontos csoport itt a Rauwolfia-készítmények csoportja, amelynek a taglalásába itt nem bocsátkozunk. A psychopharmakonok újabb szektora az antidepressánsok: ide tartoznak a MAO-gátló szerek és az iminodibenzil-származékok, más néven thymoleptikumok. Magyar készítmény az előbbi csoportban a Nuredal, az utóbbiban a Melipramin.

Nem lehet célunk itt gyógyszerhatástani részletekbe bocsátkozni. Nézzük meg, hogy milyen lehetőségek állhatnak rendelkezésünkre. Exhaustióban — ha egyáltalán szükséges gyógyszert adni —, neurosisokban a bróm, bróm-koffein, valeriana-készítményeken kívül adhatunk Trioxazint, Andaxint, Seduxent, Pipolphent per os. Intenzívebb sedatio végett per os adhatunk Hibernált, Hirepint, de célszerűbb —ha nyugtalan a beteg — injekcióban i. m. Pipolphent, vagy Hibernál-Pipolphent együtt adni, súlyosan nyugtalan betegnek a teljes „coctail lytique” $\frac{1}{2}$ adagját i. m. Ha koponyatrauma kizárható, i. m. Evipan-Na $\frac{1}{2}$ —1 g-ja is célravezető. Per os hypnotikumként célszerű Novopant, Noxyront, Dorlotynt alkalmazni. Antidepressán-

sokat, psychostimulátorokat, intensiv maior tranquillans-therápiát csak a szakosított kórházakban célszerű alkalmazni. A szakorvos tudja, hogyan kell ezekkel bánni.

Persze, ilyen skála nem fog a komplektekben rendelkezésre állni. Azt adunk ezekből, ami hozzáférhető lesz s talán az sem kizárt, hogy polgári gyógyszer-tári anyagot is felhasználhatunk, bár a polgári gyógyszerellátás helyzete a korszerű háborúban valószínűleg még súlyosabb lesz, mint a hadseregé.

Psychiatriai ellátásról lévén szó, a következő kérdés, hogy a psychotherapia terén mit nyújthatunk a betegeknek. Már a gyógyszer adása, legalábbis részben, larvált psychotherapia. Legalább olyan fontos, mint a gyógyszer nyújtása a megnyugtató szó, s persze feszítettebb helyzetből való időleges kiemelés, pihenés biztosítása. Ideális volna, ha lehetőség adódnék rövid beszélgetésre. USA-szerzők a második világháború alatt (*Grinker*) és a koreai agresszió időszakában váratlanul gyors gyógyulásról számoltak be azoknál, akik hozzáférhetőek voltak s elmondották traumatizáló élményeiket. Ezt rendszerint erős emotionalis reakció kísérte, ami után megkönnyebbültek s a gátlásos, szorongásos tünetek oldódtak. Makacsabb, vagy elhúzódóbb esetekben enyhe gyógyszeres-hypnotikus hatás előidézésével (*Amytal*, *Evipan* csak somnolentiát előidéző adagjával) s a gátlásos állapot fellazításával lehetett eredményesebbé tenni a megrekedt inertiás affektusoktól való megszabadulást. Szovjet psychiaterek már a második világháborúban alkalmaztak ilyen célból, főleg monosymptomás hysteriform képeknél bódítást chloraethyllel, i. v. alkohollal.

Tehát gyógyszeres verbalis „ultrarövid” psychotherapia jöhet számításba.

Ennek a psychotherapiának fontos része a közösség iránti elkötelezettség morális imperatívusának aktivizálása, ébrentartása, ennek megfelelő légkör kialakítása az eü. intézetekben.

Mik a legfontosabb teendők az egyes kiürítési szakaszokon?

Mint a katonai medicinában mindenütt, itt is az első és talán legfontosabb feladat a gyors tájékozódás, osztályozás. Már a zászlóalj- és eredségélyhely szintjén disztingválni kell pusztán az aspektus alapján, hogy exhaustiós, könnyebb neurotikus állapotnak látszik-e az eset s néhány óras, usque egynapos pihentetés még a csapathadtáp területén előreláthatólag talpraállítja a katonát, vagy súlyosabb nyugtalan, zavart, stuporos képről van-e szó. Tehát legalább egy könnyebb és súlyosabb kategória között kell különbséget tenni. Az előbbi csoportot, ha csak gyors mozgás nem akadályozza, optimális volna a csapathadtáp körzetében tartani. Erre az amerikaiak a második világháború során saját kárukon jöttek rá. Kezdetben, hogy magasabb szintű szakkezelést biztosíthassanak a betegek számára, messze — nemegyszer 100 km-nél is távolabb az arcvonaltól — üritették őket szakosított kórházakba. Ezek közül a visszatérő gyógyultak aránya mindössze 5% volt. Ekkor változtattak az alapelven, előrevitték arcvonalközelbe a psychiatriai ellátás súlypontját. A betegek itt nem szakadtak el térben a harcoló alakulatuktól, megmaradt a bajtársi közösség iránti ragaszkodás, összetartozás érzelmi köldökzsinórja. A betegek 60%-a szolgálatképesen, 30%-a korlátozással került vissza az egységhez.

Ez volna tehát az ideális, ám kérdés, hogy megvalósítható lesz-e a modern háború rendkívül gyors mozgást követelő stratégiája mellett. A hadosztálységi hely szintjénél nem lehet megállni a kiürítéssel, ha a psycho-

traumatizáltak tömeges jelentkezésére kerülne sor, márpedig ez a valószínűbb változat. Azt kell tehát mondanunk, hogy a harci körülményektől függően kell eljárni s azzal kell számolni, hogy még a kevésbé komolynak látszó psychés eseteket is, ha nagy számban jelentkeznek, ki kell üríteni a kórházalpra. Atomcsapások esetén pedig a detektálás, mentesítő eljárások stb. miatt az ellátás időben nyilván elhúzódik s nehéz lesz visszajuttatni valakit, ha az egységétől bármi okból lemarad. Pedig a kezdettől szinte ösztönösen, igen szorosán összekovácsolódó, közvetlen bajtársi közösség az a közeg, amelyben a katona a legnagyobb erkölcsi potenciállal rendelkezik s a megkövetelt maximumot tudja nyújtani. Az elszakadás súlyos érzelmi trauma s másik közösségbe kerülve a katona harckészsége lényegesen csökken. Ezzel is tisztában kell lenni.

Mi lesz a teendő a psychotraumatizáltak súlyos csoportjánál? Itt a fő feladat a szállíthatóvátétel és kiürítés. Elsősorban a psychomotoros nyugtalanság, tudatzavar tüneteit mutató eseteket kell erélyesebb sedatív ellátásban részesíteni. Mivel a nagy kereslet miatt eü. katona aligha jut kíséretül, célszerű az ilyen súlyos betegek szállításakor járművenként 1—1 könnyebb beteget közéjük ültetni s felügyeletükkel megbízni.

A kórházalap intézeteiben már nyilván mód lesz neuropsychiatriában jártasabb orvos irányítása mellett foglalkozni ezekkel a betegekkel. A békekörülmények között psychiatriai osztályokon alkalmazásra kerülő ún. aktív gyógymódokra itt sem fog lehetőség nyílni, de ez nem hátrányos, mert az esetek 99⁰/₀-ában nem is lesz rá szükség. Elektroshock- és inzulin-kezelést csak hátszágai intézményekben lesz helyes háború esetén is alkalmazni. Az igen hatékony új tranquillans és neuroleptikus nyugtatószerek birtokában a psychotikus betegek is jó remissióba, vagy legalábbis kiürítésre alkalmas állapotba hozhatók s a hátszágba való irányításuknak nem lesz különösebb eü. akadály. Előfordulhat, hogy tömeges áramlás esetén még a kórházalap intézeteiben is belgyógyászati feladatot ellátó orvosok kényszerülnek a psychiatriai esetekkel foglalkozni. Ez az előbb elmondottak figyelembevételével nem lesz túl nehéz, inkább csak szokatlan feladat.

Az említetteken kívül fontos még a zárt, külsérelmi nyomot nem mutató koponyatraumák eseteit kiemelni a funkcionális kategóriából, nemcsak azért, mert ellátásuk sürgősségi sorrendje is más (ők sürgősebbek), hanem azért is, hogy egy esetleges intrakraniális szövedmény elfedését hypnotikumokkal el lehessen kerülni. Barbiturát- és rokon készítményeket ne adjunk. Ha a beteg nyugtalan magatartása szükségessé teszi, rövidebb hatású, gyorsan kiürülő nyugtatókhoz kell folyamodni, amelyek a neurológiai kép megítélését nem zavarják.

Szólni kell még a megelőzés kérdéséről. Ezen a téren különbségek vannak az egyes hadseregek szervezésében, ami indokolja a helyzet rövid áttekintését. A megelőzés lényege a következő címszavakra bontható: szűrés, nevelés, adaptáció.

Szűrés (szelekció) alatt itt a szellemileg visszamaradottak és a psychésen abnormisok kiemelését kell érteni a sorványból még a katonai szolgálat megkezdése előtt. Több kapitalista hadseregben a debilitás szűrésére kialakult módszer van érvényben. Egy idén megjelent amerikai cikk adatai szerint az USA haditengerészetének állományából pl. 1960-ban 2 főt, 1961-ben 3 főt kellett mindössze ilyen diagnózis alapján leszerelni. Ez az adat akkor szemléletes, ha azt is tudjuk, hogy ugyanezekben az években évente átlagosan

10 000 főt utaltak kórházba a flottából egyéb pszichiatriai okokból s ezek kb. felét leszerelték. A francia, belga, nyugatnémet hadsereg pszichiatriai szelekcióiról is olvashattunk az utóbbi években. Itt általános központi szűrőintézetek munkájának egy része ez, mert a pszichiatriai szűrésen kívül az általános orvosi, fegyvernemi alkalmassági osztályozást is ők végzik. Ezek nagy intézetek, a franciáknál 3 napos vizsgálati idővel jelentős személyi és technikai apparátussal. Az olasz katona-pszichiaterok elmeorvosok diagnosztikai központok felállítását javasolják a sorozási, ill. összeírási általános orvosi szűrőközpontokon kívül. Ezek kisebb, ambulanciaszerű intézmények volnának pszichiáterrel és pszichológussal, akik az előbbi helyekről ide irányítottakat vizsgálnák, megfigyelési lehetőséggel, tehát célszerűnek látszik már meglévő pszichiatriai osztályok mellé szervezni őket bizonyos kisebb ágykontingenssel. Ellátnák ezenkívül az önkéntesek, továbbszolgálók, növénydek stb. psychés szűrővizsgálatait is. Psychotechnikai vizsgálatokkal viszont nem foglalkoznának, ezt az általános központok végeznék. Csaknem azonos céllal és formában állítják fel újabban Csehszlovákiában az ún. psychophysiológiai szűrőállomásokat, amelyek ellátnák a psychopatológiái szűrést is és a fegyvernemi alkalmassági vizsgálatok psychológiai részét.

A gyengeelméjük előzetes kiemelésének kérdése mindezek ellenére még nem általánosan elfogadott álláspont. *Coirault*, az 1958. évi katonai mentalhygiénés kongresszus egyik főreferense azt mondta, hogy vannak még olyan vélemények, amelyek szerint a tényleges szolgálati idő a legjobb „praktikus teszt” a szelekcióhoz. Az ő véleménye szerint a mentaldefekt és psychopatha anyagot inkorporálni a hadseregbe ilyen megfontolás alapján „veszélyes és drága empirizmus”. Ugyanitt kisebb nemzetek képviselői közül a törökök az intelligencia- és a személyiségteszteket nem tekintik abszolút és döntő módszernek a katonai élethez való adaptáció előrejelzésére. Szerintük kis nemzetek korlátozott tartalékerőkkel jobb, ha a feltűnő pszichiatriai zavar nélküli személyeket besorozzák s az aktív katonai szolgálatra bízzák a kérdés eldöntését. Szerintük nem kell, hogy egy hadseregben minden ember ugyanolyan szintű képességekkel és tapasztalatokkal rendelkezék, lényeges azonban a speciális helyekre való szelekció és a fontos, vezető beosztásra alkalmasak kiválogatása. (Vezetőképesség keresése.)

Tehát az első feladat volna a szelekció s ma ennek szükségességét túlnyomó részben elfogadják. Nem kevésbé fontos a mentalhygiénés megelőzés szempontjából a nevelés, a tiszt és tiszthelyettesek nevelő munkája, fegyelmezett cselekvési készség beojtása és az egyén közösségi asszimilációjának elősegítése. A neurotikus, csökkent psychés rezisztenciájú személyek beilleszkedésének sikere jelentős részben a közvetlen előljáró magatartásának a függvénye. Ezeket teljesen elhibázott dolog szimulánsnak nevezni s konfliktushelyzetüket ilyen módon súlyosbítani, inkább ki kell őket vezetni kb. olyan gondolatmenettel, hogy: „Tudjuk, hogy nem akarod te sem kivonni magad a közös kötelesség alól, számolunk azzal, hogy a te helytállásod több nehézséggel jár, mint a többi bajtársadé, de van rá lehetőség, hogy te is lerörd a magadét a haza iránti kötelességből. Ha megpróbálsz helytállni, a sikerrel együtt önbizalmod is nőni fog és akár különb katona is lehetsz, mint a többiek”. A psychésen integrált csoport a legellenállóbb a pánik és demoralizáló külső hatások ellen is.

Fontos továbbá a psychés szövödmények preventiója szempontjából az állandó és pontos információ. Balhiedelmek, álhírek, téves alkalmi követ-

keztetések okozta tömegreakciókra sok példát lehet felhozni, állítólag a warlooi vereség is ilyen pszichológiai eseménysorozat következménye volt. A háborús neurosisek és a reaktív psychés állapotok prevenciójának legfontosabb láncszeme szerintünk a legkisebb egységek (raj, szakasz) psychés atmoszférája. Békeidőben is a kitűnő eredményt felmutató kis egységek titka a baráti kapcsolatnál is szorosabb csoportintegráció. Háborúban, amint ezt közülünk az idősebbek maguk is tapasztalhatták, a kis egységekben szinte a családi érzelmi kapcsolatok fokát megközelítő erős érzelmi kötődések érvényesülnek, a szembenézés a halállal összefűzi a csoportot és az önfeláldozásig menő ragaszkodást tanúsítják egymással szemben. Ennek a kohézióknak a kialakításában kezdettől döntő a közvetlen előljárók személyes magatartásának befolyása. Humánus és igazságos bánásmóddal kialakított közösségben lényegesen kisebb az esélye a háborús neurotikus reakciók kialakulásának vagy benignus lefolyású lesz, ha fellépnek.

További előfeltétel a felsőbb vezetésben való bizalom, amely részben a megfelelő rendszeres tájékoztatáson is alapszik. Nálunk a morális alapot ehhez az a tudat szolgáltatja, hogy agresszorral állunk szemben, akire önvédelmi kényszerből kell csapást mérni, az ügy igazságosságát közvetlenül mindenki képes belátni.

A prevencióhoz tartozik még a pánik jelenségeknek és leküzdésüknek az oktatása. Akut pániksituációban az energikus fellépés, izolálás, a tömeg széttagolása különböző irányokba, fogadó központok felé, eü. egységek mobilizálása, szükség esetén zár létesítése a terület periferiáján, a széttagolt kisebb csoportok megnyugtatása rövid tájékoztatások és utasítások által, majd a reorganizáció a legfontosabb feladatok.

I R O D A L O M :

1. Arthur R. J.: Military Medicine. — 131, 354—361 p. 1966. — 2. Barabás V. I.: Pszichológicseszköje vozgjeisztviye oruzsija masszovovo porazsenyija. — Voj. Med. Zsurnal 1965. No. 9, 22—26 p. — 3. Brickenstein R.: Panikprobleme im Rahmen der Landesverteidigung. — Wehrmed. Mschr. 1966. No. 11. — 305—314 p. — 4. Cirrincione A.—Moreno M.: Giornale di Med. Mil. 4, 325—335 p. 1960. — 5. Coirault R.: L'Hygiène Mentale dans l'Armée. Rev. Internat. de Serv. de Santé, 1958, 31, 505—513 p. — 6. Deussen J.: Die Entstehung und Bekämpfung der Panik. Wehrkunde 1963. No. 2. — 7. Girard V. et al.: Le panique. — Rev. Internat. d. Serv. Santé 1966. 39, 583—605 p. — 8. Kémenczy I.: A pánik pszichológiai hatásai. — Polgári Védelem 1964. 10—12 sz. — 9. Krenk S.: Wehr. Med. 4., 1966. Beilage: Katastrophenmedizin 5—8 p. — 10. Magyar I.: A psychés zavarok jelentősége a korszerű háború viszonyai között. — Honvédorvos 1961. 3. sz. — 11. Rehwald G.: Militärpsych. Betrachtungen zur Behandlung der Neurosen in der Sowjetunion. — Z. f. Mil. Med. 6, 236—238 p. 1965. — 12. Schäfer K.: Z. Mil. Med. 8, 366—367, 1967. — 13. Tábori Belgyógyászat H. M. 1967. — VIII. fejezet 254—272 p. — 14. Timofejev N. N.—Ivanov F. T.: Die psychischen Störungen im Kriege. Zschr. für Mil. Med. 7, 405—408 p. 1967. — 15. Tugen O. et al.: Rev. Internat. de Serv. de Santé 31, 498—502 p. 1958.

Чорба, А., полковник м/сл.—Мадьяр, И., подполковник м/сл.:

ЗНАЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ВОЙНЕ

Dr. A. Csorba, Oberst d. Med. D., Dr. I. Magyar, Oberstl. d. Med. D.:

BEDEUTUNG DER PSYCHIATRISCHEN KRANKBETREUUNG IM MODERNEN KRIEG