

Dr. Csorba Antal orvosezredes

A katonai alkalmasság időszerű kérdései a neuropsychiatria területén

A szerző a katonai alkalmasság tágabb és szűkebb értelmezésére kitérve négy fejezetben foglalkozik a neuropsychiatriai alkalmasság megállapításának kérdésével. Az első részben a pszichiatria jól definiált kórformáival és a szervi idegrendszeri betegségekkel foglalkozik. Külön, a második fejezetben tárgyalja a neurosisok és psychopathiák legtöbbet vitatott minősítési problémáit. A két fejezetben kiemelten tárgyalja az egyes kórformák és alkalmassági kategóriák szemléletmódjában bekövetkezett változásokat, valamint a neuropsychiatria diagnosztikai és therápiás haladásából adódó következtetéseket. A harmadik fejezet a teljes, psychophysiológiai vizsgálattal is kiegészített alkalmasságmegállapítás bevezetésének fontosságára, előfeltételeire, perspektivikus elgondolásokra tér ki. A befejező rész felsorolja azokat a lehetőségeket, amelyek ésszerű kihasználásával csapat-orvosaink értékes segítséget nyújthatnának a minősítő munka megbízhatósági színvonalának emeléséhez.

A katonai egészségügyi alkalmasság tágabb értelmezésben azt jelenti, hogy a személy egészséges, vagy nincsen olyan fogyatkozása, amely a katonai szolgálat ellátását akadályozza, illetve amelyet a szolgálat hátrányosan befolyásolhat. Az alkalmasság szűkebb jelentésben is használatos, amikor egy adott fegyvernemen belül, vagy adott katonai feladatkörben megkívánt eü. és élettani-psychológiai adottságok, képességek birtoklását jelenti, melyek a sikeres helytállás előfeltételei. Itt az eü. orvosi vizsgálaton kívül még psychophysiológiai célvizsgálatok, szűrések szükségesek az állomány szelekciójához: „a megfelelő embert a megfelelő helyre”.

A két vizsgálat sorozat eredménye az alkalmasság és a beosztási lehetőségek meghatározása. Utóbbi egyelőre csak bizonyos fő-irányokban végezhető; kétségtelen azonban, hogy a komplett alkalmassági vizsgálat mint optimális forma perspektivikusan a szakerők és eszközök fejlesztésének célkitűzése kell legyen.

Most a tágabb értelmezésű katonai alkalmasság kérdésével foglalkozunk az ideg-elmegyógyászat szakterületén. A jelenlegi ismertetést indokolja,

hogy egyrészt magasabb vezetési szempontok szükségessé tették az eddigi gyakorlat felülvizsgálatát, másrészt a szakma fejlődése ugyancsak időszakos ellenőrzést és magyarázatot igényel. Az új Alkalmassági Utasítás még nem lépett hatályba, azonban erre fel kell készülnünk, másrészt bizonyos elveket a jelenlegi keretek között is már szemléletünkben érvényesíthetünk.

A katonai alkalmassági elbírálás tulajdonképpen prognózis, amelynek helyessége a kórisme helyességének függvénye. A neutropsichiatriai szakterület objektív klinikai symptomák és műszeres vizsgálatok eredményei alapján a szervi kóresetek megállapításában nagyfokú biztonsággal dolgozik s az alkalmassági kritériumok behatárolása nem kevésbé megbízható, mint a többi tárgyi tünettannal dolgozó klinikai szakmák eseteiben. Annál bonyolultabb feladat a psychés functionális magatartásjelekre és subjectív adatokra támaszkodó diagnosisek biztonságos megállapítása s alkalmassági prognosisa.

Az utóbbi területen is számos olyan kórkép ismeretes, amelynek jól definiált tüneti képe annyira jellegzetes, hogy felismerésük biztonsága nem marad el a szervi betegségektől. Elég, ha az ún. endogen elmezavarokra utalok (schizophrenia, mániás-depressiós elmezavar) valamint egyéb psychosisokra, ahol a típusos és nem utánozható összkép nem hagy kétséget a kórisme helyességét illetően s az alkalmassági döntést is egyértelműen meghatározza. A legnehezebb feladat a neurosisok és psychopathiák súlyossági fokának megítélése s ez az a terület, ahol a szakmai döntéseket a laikusok részéről állandó bizalmatlansági légkör veszi körül, nem egyszer feljelentések miatt ismételt vizsgálatokra kényszerülünk.

Áttekinthetőség céljából négy részben tárgyaljuk a kérdést. Először a diagnosztikailag és prognosztikailag egyértelmű, típusos elme — és szervi elváltozásokat tárgyaljuk, külön foglalkozunk a functionális kórformákkal, amelyek a legfőbb gondot jelentik, röviden jellemezzük a szűkebb célzott alkalmasságmegállapítások kérdését s végül a csapatorvos szerepkörére utalunk.

I. A pszichiatría területén a jólismert ún. nagy pszichiatríai kórformák vonatkozásában lényegi változás a régebbi gyakorlathoz képest nincsen. A schizophrenia, paraphrenia, paranoiás-quaerulatoros kóros személyiségfejlődések, praesenilis dementiák egyértelműen „Alkalmatlan” minősítésűek szakaszos, „schub” szerű vagy chronicus progressív lefolyásuk miatt. Az ún. schizophorm psychosisok jó remissióval s az acut paranoid reakciók ht. viszonylatban hosszmetzetben bírálendók el. A minősítés attól függ, hogy ismétlődik-e a kóros állapot, vagy epizód (egyszeri) jelenség volt-e. Egyéni elbírálás alapján korlátozást alkalmazhatunk, melyet később „Alkalmás” minősítésre is változtathatunk. Ugyanis a szellemi színvonalat és képességeket ilyen lezajlott epizódikus psychosisok nem érintik. Ismétlődés esetén természetesen a leszerelés mellett kell állásfoglalnunk. Sorállománynál a schizophorm vagy paranoid reakciókat is „Alkalmatlanra” minősítjük, mert nem lehetséges a hosszmetzeti értékelés s nem vállalhatjuk a recidiva kockázatát, amit a ht. állomány érdekvédelme indokol.

A típusos mániás-depressiós elmezavar elbírálása változatlan, de jelentősen fejlődtek a depressív kórképekre vonatkozó ismereteink és bővültek terápiás lehetőségeink. Az eredményesen kezelhető, nem endogen, hanem reactiv depressiós képek esetében a sorállományban halasztás indokolt s két év tünetmentesség esetén egyéni elbírálással „Alkalmás” vagy korlátozásos

minősítést adhatunk. Tiszteknél korlátozást, szolgálatkönnyítést, esetleg beosztásváltoztatást javasolunk s legalább két évi panaszmentesség után módot kell adni az „Alkalmas” minősítésre is.

Hasonló alapelv szerint kell eljárni az extracerebrális somatikus noxiák által provokált ún. exogen reaktív psychosisoknál, azaz halasztás ill. ht. állományban korlátozás adandó s később véglegesítjük a minősítést.

A kifejezett tüneteket okozó lueses, alcoholos psychosisok, orgános psychosyndromák sorállományban nem tarthatók meg (igen ritkák), ht. állományban kivételt tehetünk a komolyabb károsodást még nem okozó vagy eredményesen kezelhető esetekben. Ebben a csoportban sajnos a traumás Korzakov psychosis és a delirium tremes dominál, ahol megtartás aligha lehetséges.

A típusos pszichiatriai képek keretében említjük meg a gyengeelműség minősítési elvét. A sorállomány e kategóriájában már a sorozás szintjén kiesnek az idióták, imbecillisek, akiknek felismeréséhez nem kell szakismeret. A mérsékelt formák (debilitás mentalis) diagnosisa pszichiatriai-pszichológiai vizsgálatot igényel, s ha bizonyítható, ugyancsak „Alkalmatlan” a minősítés. Egyelőre nem eldöntött kérdés a neveltetési körülményekből adódó ismereti fogyatékoság szellemi igénybevételt, őrszolgálatot kizáró munkakörben való alkalmazhatósága, továbbá a gyógypedagógiát végzett, de szakmát tanult személyek saját szakmájukban történő igénybevétele. Analfabétáknál — ha nem debilisek — halasztás adható az írási-olvasási alapismeretek elsajátítása végett. Az említett még nyitott problémákat az új utasítás fogja egyértelműen szabályozni.

Az organikus neurológiai kórképek egyik katonai szempontból különösen fontos fejezete az epilepsia. Az előzményi adatok, rohamészlelés, EEG vizsgálat az esetek kb. $\frac{3}{4}$ részében biztonsággal módot ad a diagnosis felállításához. Sorállománynál természetesen „Alkalmatlanok”. Ht. állományban vizsgálunk kell a terápiás befolyásolhatóságot, az ismétlődés gyakoriságát. Amíg erről hosszmetzeti adatokra tehetünk szert, olyan beosztási javaslattal kell élnünk, amely a veszélyeztetést kiküszöböli (pl. irodai munka terépfoglalkozás és 24 h szolgálat alóli felmentéssel). Ha gyakrabban ismétlődnek a rohamok s anticonvulsivumokkal eredményesen nem befolyásolhatók, leszerelés indokolt. Ugyanez vonatkozik a göccs epilepsiákra, melyeknek minden esetben organikus oka van. E „tüneti” epilepsiáknál nem mellőzhető az EEG mellett a contrastos (pneumo-angiographiás) vizsgálatok elvégzése. Az organikus göccs okozta epilepsiák s a gyakori rosszulléttel járó formák a kialakuló személyiségváltozás miatt sem tarthatók meg.

A szervi idegbetegségek két fő szempont szerint kerülnek minősítésre: lezajlott, nem ismétlődő kórképek a maradványtünetek súlyossága szerint, a progressív folyamatok, rendszerbetegségek az észlelt stádium szerint. Utóbbi elv csak ht. vonatkozásban érvényes. A gyulladásszerű, traumás esetek maradványtünetei a psychés vagy somaticus végleges defektus kialakulása után minősítendőek, de az esetek jelentős részében az ideggyógyász már korábban is prognosist tud adni a várható végállapotról. Ht. állományban módunkban van hosszabb megfigyelési idő után nyilatkozni, sorállománynál halasztásos leszerelést vagy végleges minősítést adunk komolyabb károsodások eseteiben. Ht. vonatkozásban igyekszünk a szolgálati érdek figyelembevétele mellett azt az általános orvosi alapelvet érvényesíteni, hogy ameddig a közösségnek kárt nem okozunk, aktív munka — ill. megfelelő

beosztási lehetőséget javasolunk s csak előrehaladott esetben hozunk leszerelési döntést rokkanttá nyilvánítással. Pl. induló sclerosis multiplex vagy izomzati rendszerbetegségek enyhe, a functiót még alig befolyásoló tünetekkel nem jelentenek ht. esetben még leszerelést. Viszont nem tehetünk engedményeket ott, ahol a folyamat a szellemi vagy fizikai teherbírás és nívócsökkenés jeleit mutatja s fokozódása előrelátható (pl. cerebralsclerosis, enkephalopathia hypertonica), mert a beteget insufficientiája folytán érő stressz hatások gyorsítják a folyamatot s katasztrófához vezethetnek, ezenkívül a szolgálat veszélyeztetettsége is fennáll.

Peripheriás idegrendszeri és ideggyöki defektusok elbírálása a prognosztikai szempontokon kívül attól függ, hogy melyik végtag vagy testrész, milyen fokú működészavarával járnak, mennyiben várható therapiás eredmény, ill. mennyiben javított a működésen. Mindezek gyakorlott szakorvos elbírálását igénylik klinikai megfigyelés, gyógykezelési kísérletek, szükség szerint műtét után.

II. Neurosisok, ún. functionális kórképek, psychopathiák elbírálása a katonai alkalmasság kérdésének kritikus területe s külön megbeszélést igényelnek azért is, mert számuk úgy a csapatorvosi gyakorlatban, mint minden klinikai szakmában jelentős, tehát univerzális orvosi problémát jelentenek.

Alapelveként mindenekelőtt azt kell elfogadnunk, hogy nem kórfolyamatról, hanem psychoreactív *állapotokról* van szó, amelyek túlnyomó része *reversibilis* vagy kompenzálható. Ha megállapítást nyert, hogy nem szervi panaszokkal állunk szemben, a beteg megnyugtatása, a kiváltó tényezők elemzése, lehető kiküszöbölése, psychotherápia a feladat, amit — ha kell — huzamos ideig folytatunk, s ha teljes panaszmentességet nem érünk el, legalább a feladatellátás lehetőségéig kompenzálásra kell törekednünk. Ht. álmánynál, ahol exhaustios háttér gyakori, pihentetéssel, könnyítésekkel kell átmenetileg a kezelést kiegészíteni.

A neurosis csoportban 3 kórforma szerepel: neurasthenia, hysteria, psychasthenia. A psychogen neurastheniás képek nem igényelnek minősítés-változtatást, hanem gyógykezelést. A hysteria lehet reactív tünetcsoport s lehet hysteriás személyiség szerkezetből adódó kóros magatartás. A csapatorvos eszközeivel a hysteriás képek nem rendezhetők, szakkezelést igényelnek s bár az acut syndromák jól befolyásolhatók, sajnos a hysteriás személyiség talaján fellépő reakciók ismétlődésével kell számolni. Minősítési probléma csak akkor merül fel, ha súlyos, testi tünetekben (bénulások, járászavar, beszédzavar) megnyilvánuló tüneti kép, vagy ködös állapotok (Ganser syndroma) alakulnak ki s vagy nem sikerül intenzív és tartós kórházi kezeléssel rendezni, vagy recidivák miatt válik használhatatlanná a beteg. A hysteriás személy nem tudatos, az adott szituációból való „menekülesi” késztetése környezetének is feltűnik, amelyhez járul még a személyiségképre jellemző egocentricus beszűkülés. Ezek érthetően ellenszenvet váltanak ki s a csapatnál ezért a hysteriás reakciókat céltudatos akaratlagos kibúvásnak ítélik. A célképzet, mint kiváltó tényező, fennáll, de a következményes, akaratlagosan már nem előidézhető, ill. tartósan fenntartható syndroma (pl. remegés, contractura akaratlagosan is produkálható, de nem napokon, heteken keresztül) kóros jelenség, amely kezelést igényel s resistens vagy ismételten decompensálódó formáknál — lehetőleg halasztásos — leszerelésre kényszer-

rülünk. Ezek az esetek főként a sorállományból adódnak, ht. állományban ritkán fordulnak elő, más a hátterük és kezelésük is eredményesebb.

Közismerten a legmakacsabb, legnehezebben befolyásolható a kényszeres — phobiás psychasthenia csoport. Szerencsére ez a legkevésbé gyakori a neurosisok között. Itt a legújabb ún. „magatartás-therápiás” irányzatok ígérnek eredményt, de még nem eldöntött kérdés, hogy ez az igen hosszadalmas, időigényes psychotherápiás forma eredménnyel lesz-e alkalmazható. Kipróbálása ht. állományúaknál megkísérlendő. Igen valószínű, hogy a kényszeres kórképek személyiséghez kötött különleges syndromák, ami érthetővé teszi therápiás resistentiájukat (polgári gyakorlatban súlyos esetekben még leukotomiás indikáció is szerepel). A nem befolyásolható psychastheniás állapotok sorállománynál leszerelést tesznek szükségessé, ht. állomány-nál akár évekig tartó ambulans psychotherápiás kezelést is vállalunk esetleges könnyítésekkel vagy bizonyos munkakörre történő korlátozással; csak a feladatellátást bénító kifejezett formáknál teszünk leszerelésre javaslatot.

A neurosisok fixált, évtizeden vagy egész életen át fennálló működési zavarai közül a neuroticus beszédhibákat kell külön említeni, melyeknek régi keletű s az érthetőséget zavaró formái katonai szolgálatra nem alkalmasak. Ha nem állandó, hanem periodikus, halasztás lehetséges kezelési javaslattal. (logopédiára való irányítás). Sorozáskor be kell vonultatni egy másik fixált vegetatív neuroticus működészavart: az enuresis nocturnát. Itt az esetek egy részében kezeléssel eredmény érhető el — ezért az enuresis észlelésekor szakrendelés therápiás javaslatát kell végrehajtani. Ennek során az esetek vagy rendeződnek vagy sanatiois terv szerint kórházi berendelésre idegosztályi felvételt nyernek, ahol újabb kezelési kísérlet következik. Ha ez sem hatékony, leszerelési javaslattal élünk. Ezzel a több lépcsős módszerrel ebben a kategóriában az esetek bizonyos hányadát sikerül a szolgál-tatban megtartani.

A neurosisok közismerten tartósabb fennállás után különböző szervek működészavarát idézhetik elő („corticovisceralis”, „psychosomaticus” jelenségek). A gastritis (később ulcus) syndroma, colitis nervosa, extrasystoliák, tachycardiák, pseudoanginás panaszok, „Schreck-Basedov”, hypertoniák egyes formái, hypotoniás-syncopés collapsusok alapja a neurosis (konfliktusok, szorongás, az érzelmi-indulatú élet zavarai) hatása a magasabb vegetatív szabályozó központokra. Ezeket az ún. „szerv-neurosisokat” a megfelelő szerv szakorvosai látják s az organicus háttér kizárása után megnyugtatósal, sedatióval, az általános orvosi gyakorlat „kis psychotherápiájával” kezelik. A neurosis fenntartó környezeti faktorok lehető kiküszöbölése fontos. E vegetatív, hosszú időn át fennálló zavarok organicus anatómiai elváltozásokba mehetnek át pl. a gastritis nervosa ulcus betegség stb. ezért is logikus, hogy a szervneurosisokat a szerv specialistái tartsák kézben. Közléseik psychotherápiás „súlya” is hatásosabb, mintha ideggyógyász hangoztatja a panaszok functionalitását. Egyes — a katonai alkalmasság szempontjából fontos — vegetatív működési zavarok elbírálását az ideggyógyász a belgyógyással vagy az érintett másik szakma képviselőjével közösen végezze. Példaként említjük a neuroticus vérnyomásregulációs zavarok collapsusos-syncopés formáit. Ez lehet a kiképzés elején az edzettség hiányának következménye, de lehet pluricausalis, neuroticus és constitutionális (astheniás magas, sovány hypotoniás alkat) faktorok találkozásából adódó jelen-ség s bizonyos esetekben a hajlam nem befolyásolható, permanens készen-

lét áll fenn s syncopék, tensioesések belgyógyászati és ideggyógyászati (EEG) műszeres vizsgálattal is bizonyíthatók. Itt az eszméletvesztéses roszszullét ismétlődései veszélyeztetőek, akár az epilepsiánál s nem befolyásolható formáknál halasztásos leszerelés válik szükségessé.

Általános elv, hogy a psychoneurosis ht. viszonylatban therápiás probléma s krónikus esetekben könnyítésekkel, kevésbé terhes beosztási javaslattal törekszünk a szolgálatban való megtartásra.

Szólnunk kell még a neuropsychiatriában használatos „pseudoneurasthenia” fogalom jelentéséről. Itt arról van szó, hogy a neurosis nem exhaustios vagy psychogen, conflictusos eredetű functionális jelenség, hanem a központi idegrendszer organicus károsodásának kezdeti stádiuma. Jellegzetességei az ún. Windscheidt triász: főfájás, szédülés, kifejezett feledékenység, továbbá emotionális incontinentia (a mindennapi élet hatásaival arányban nem álló érzékenyülés, sírás) valamint a szellemi teljesítőképesség hanyatlása. Ez az idegrendszer nem specifikus tünetcsoportja, amely számos szervi betegségnél: paralysis progressiva, cerebralsclerosis, hypertoniá enkephalopathia, postenkephalitis defekt állapot, induló kérgi atrophiák stb. kezdeti stádiumában észlelhető, tehát nem functionális jelenségről van szó, s ha az alapbetegség progresszív, s később dementiához vezet. Hysteriform képek is előfordulhatnak organicus talajon. Elbírálásuk egyéni és viszonylagos: figyelembe kell venni az alapbetegség egyéb jeleit, a feladat ellátás hanyatlásának fokát, a kritikai készség színvonalát, az alapbetegség prognosist, egyéb hajlamosító betegségek társulását (pl. vasculáris folyamat + diabetes) s külső tényezőket is: situatív hajlamosító tényezők, beosztás, annak nehézségi foka stb.

A neurosis csoportról még tudni kell, hogy sorállománynál sorozási, behívási szinten általában legfeljebb korlátozó körülmény lehet. Bevonulás után az ambuláns és kórházi kezelések eredményessége, a működési zavarok súlyossága és befolyásolhatósága döntik el az alkalmassági állásfoglalást.

Ugyanezt az alapelvet kell hangsúlyoznunk a psychopathiák tekintélyes csoportjára vonatkozóan is. A psychopathiára tartós vagy ismétlődő magatartászavarok, abnormis cselekmények jellemzőek, melyek mögött hajlam és környezeti ártalmak személyiségtorzító hatása szerepelnek a háttérben. A manifeszt psychopathia, vagyis tartós, gyakran ismétlődő abnormis magatartás megbízhatóan dokumentált esetei rossz prognosissal a sorozás szintjén is szakvizsgálattal megállapíthatók és eliminálhatók, de ez az esetek kis hányada. A nagy többség ún. latens, kompenzált eset, ahol prognosist adni a katonai közösségbe való beilleszkedésre megbízhatóan nem lehet — ezért bevonultatandók. A kérdés ezután dől el. Ha az abnormis személyiség szerkezet dekompenzálódik, kóros reakciókban nyilvánul meg s a beilleszkedés sikertelen, a nevelés hatástalan — e tények birtokában lehetséges alkalmassági állásfoglalás. A psychopathák egy része képes a katonai szolgálat követelményeinek eleget tenni, tehát itt létszámot nyertünk a fenti eljárással, viszont a bevonulás után leszereltek száma természetesen magasabb, mint volna, ha minden gyanús vagy a polgári élemben mérsékeltebb magatartás-anomáliákat mutató eseteket preventíve sorozáskor kizárnánk. Ezt azért kell hangsúlyozni, mert általában sokallják az ezzel a diagnosissal leszereltek arányát s nem mérlegelik, hogy szigorú szűréssel ugyan jobb leszerelési

statisztikát tudnánk felmutatni, viszont ez lényeges emberveszteséggel járna, amit a statisztika már nem jelez.

A psychopathák tehát abnormis cselekvések és magatartás észlelése után kerülnek szakorvosi vizsgálatra és megfigyelésre. A psychiatriai — psychoterápiára nem reagáló aszociális vagy antiszociális személyiségek rossz adaptációs prognosissal eltávolítandók a hadseregből, mert további önvesszélyes s a szolgálat ellátását veszélyeztető cselekmények ismétlődésének komoly kockázatát az eü. szolgálat nem vállalhatja.

Ha a magatartásanomáliák háttere psychés, psychosomaticus éretlenség, halasztás indokolt.

Két fixált sexualis zavar, nevezetesen a homosexualitás és az exhibitionismus is psychopathiás adottságok, rögzültek s ha bizonyíthatók, megtartás nyilvánvalóan nem lehetséges.

Komoly probléma az alkohol- és gyógyszerfüggőségi állapot, ahol sorállománynál halasztást és elvonást írunk elő, melyet a polgári életben végeznek el; ht. állományban elvonókurát végzünk s csak visszaeső, tartósan nem rendezhető esetekben kell leszerelési javaslattal élni.

Relatív gyakori eset, amikor a kóros személyiség egyik megnyilvánulása a suicid kísérlet. Itt az orvosi minősítés meghatározó mozzanata nem maga a cselekmény, hanem a mögötte kimutatható psychopathia súlyossági foka, amely további abnormis cselekmények elkövetését jelzi. Ilyen rossz prognosisú esetben a halasztási vagy leszerelési döntés a csapatnál fontos felvilágosító munkát tesz szükségessé: ki kell védeni azt a téves következtetést, hogy a leszerelési javaslat oka az öngyilkossági kísérlet volt. Ez csupán egy tünet s nem a meghatározó tényező az alkalmassági döntés meghozatalában.

III. Itt csak röviden utalhatunk a psychiatriához közel álló célzott, bizonyos feladatkörre való orvosi és psychophysiológiai alkalmasság kérdésére, mely — mint már jeleztük — egyelőre bizonyos kiemelt irányokban folyik ill. van kialakulóban (iskolai, továbbképzési alkalmasság, hajózási alkalmasság, egyes különleges feladatkörök ellátásához szükséges képességek vizsgálata). Elsőként orvosi szűrőcsoport végzi az általános orvosi és egyes szakterületi előfeltételek ill. ezek hiányának megállapítását. Ezt követi vagy párhuzamosan folyik a psychológiai-élettani képességvizsgálat. Feladatként áll előttünk, hogy megfelelő szakemberek kidolgozzák az összes szakfeladatokra való képességek vizsgálatának technikáját, biztosítani kell a vizsgálat lebonyolításához szükséges személyi és anyagi feltételeket, az összeírottak vagy sorozottak szakmai számjelzésekkel való ellátását, melynek alapján a hadseregben belül a bevonultak optimális irányítása válik lehetségessé.

Ennek a munkának előkészítése, az eredménnyel alkalmazható módszerek kidolgozása már folyamatban van az MN. Eü. Szolg. Főnökség különleges intézetében. Igen terjedelmes munkáról és időigényes feladatról van szó, amely kiterjedt tapasztalatgyűjtést kíván, előrejelzési megbízhatóságot követel. Részben külföldön már bevált módszereket kell hazánk viszonyaira standardizálni, részben felvett munkatükrök alapján új methodikákat kell kidolgozni. Ezek birtokában válik lehetségessé, hogy szakkáderek, esetleg erre külön képzett személyek a behívás előtt ennek a feladatnak eleget tudjanak tenni. A gyakorlati kivitel módja, amelynek többféle megvalósítási variációja lehetséges, felsőbb szervek elhatározását és döntését igényli.

IV. Milyen segítséget nyújthat a csapatorvos a felülvizsgálati és minősítési munkában?

A neuropsychiatriai helyes diagnosis és prognosis kialakításában maximalsan törekedni kell minél több heteroanamnesticus adat begyűjtésére. Szülők, hatóságok, munkahely, rendőri szervek, katonai előjárók adatait, előző orvosi dokumentációkat szerzünk be s legtöbbször a legfontosabb adatokat a csapatorvosoktól kapjuk, akik vagy személyesen, vagy szemtanúktól, nevelőktől értékes információkat nyerhetnek s közölhetnek. Egy rosszullét vagy magatartási reakció előzményeinek, lefolyásának ismerete jelentős segítség a helyes állásfoglalás kialakításához. Ht. esetekben a hosszmetzeti, a csapatorvos által legtöbbször jól ismert előzmények, személyiségvonások, helytállási színvonal, alcohol vagy drog dependentia adatait várjuk.

Fontos az előjárók tájékoztatása olyan esetekben, ahol ht. állományúak leszerelését nyugállományba helyezéssel határozzák el. Nem közismert, hogy a Fűv. szervek kizárólag csak az orvosilag bizonyítható s a katonai alkalmasságot nagyfokban akadályozó betegségek fennállása esetén, tartós, ismételt kezelési kísérletek eredménytelensége után hozhatnak orvosi leszerelési javaslatot s ezen az úton a korhatár előtt csak ilyen esetek kerülhetnek nyugállományba. Előfordul, hogy ha az előjáró nincs meglegedve a produkált munka színvonalával, úgy gondolja, hogy a szolgálati nyugállományba helyezést 55 év előtt az eü. szolgálat útján lebonyolíthatja. A csapatorvos a ht. állomány eü. állapotát kielégítően ismeri olyan fokig, hogy meg tudja ítélni, vajon már a régebben megállapított betegség vagy betegségek alapján a rokkantsági fokot elérő munkaképesség csökkenés esélye fennáll-e s adott esetben indokolatlan elvárást az eü. szolgálattal szemben felvilágosítással eleve kivédheti.

További jelentős preventív segítség a ht. állomány gondozása. A rendszeres gondozómunka és tanácsadás kedvezően befolyásolja a ht. állomány kondícióját, megelőzi a többségükben psyches-exhaustios decompensatiokat s a rendelkezésre álló hatáskörben — a szakrendelőintézzettel kooperálva könnyítések, gyógyszerelés, pihentetés, regeneráló üdülés, kórházi kezeltetés, s ha kell, Fűv. útján beosztásváltóztatási javaslatokkal megelőzhető az idő előtti szolgálatból való távozás. A sorállomány területén a szakorvosi javaslatok betartásának, végrehajtásának elősegítése, ellenőrzése fontos szerepet játszik nemcsak a szervi, hanem a functionális kórformák egyensúlyban tartásában.

Végül nagyon lényegesnek tartjuk, s komoly segítséget jelent főként a neuropsychiatriai minősítések eseteiben a csapatorvosok felvilágosító, informatív tevékenysége az előjárók felé. Gyakran ébrednek kételyek és negatív feltételezések minősítéseink adaequat volta tekintetében — kivált a II. pont alatti kórismék eseteiben. Igen dicséretes volna, ha a csapatorvos — amennyiben maga sem látja világosan az eset elemzéséből levont következtetéseket — felkeresné a minősítő osztályt vagy bizottságot, ahol a felmerült ellentmondásokat meg lehet beszélni s a részletes klinikai anyag birtokában magyarázni tudná az álláspont helyességét.

Чорба А., полковник м/с:

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГОДНОСТИ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ В ОБЛАСТИ НЕЙРОПСИХИАТРИИ

Останавливаясь на толковании годности к службе в широком и узком смысле слова, автор в 4 разделах занимается вопросами определения годности в нейропсихиатрии. В первой части изложены точно определенные патологические формы нейропсихиатрии и органические расстройства нервной системы. Во втором разделе рассмотрены оспоренные больше всего проблемы квалификации неврозов и психопатий. В обоих разделах подчеркиваются изменения подхода к различным патологическим формам и категориям годности и выводы, которые могут быть сделаны на основании прогресса диагностики и терапии нейропсихиатрических случаев. Третий раздел обращает внимание на важность, предпосылки и перспективы внедрения в практику полной военно-медицинской экспертизы, дополненной психофизиологическим исследованием. Заключительная часть указывает на возможности, рациональное использование которых позволило бы и для войсковых врачей внести свой вклад в повышение уровня достоверности военно-медицинской экспертизы.

Dr. A. Csorba, Oberst des Med. Dienstes:

DIE ZEITGEMÄSSEN FRAGEN DER MILITÄRISCHEN TAUGLICHKEIT AUF DEM GEBIET DER NEUROPSYCHIATRIE

Eingehend auf die Deutung der militärischen Tauglichkeit im weiteren und engeren Sinne beschäftigt sich Verfasser in vier Abschnitten mit der Frage der Bestimmung einer neuropsychiatrischen Tauglichkeit. Das erste Kapitel erörtert die gut definierten Krankheitsbilder der Psychiatrie und die organischen neurologischen Krankheiten. Im zweiten Abschnitt verhandelt man abgetrennt über die am meisten diskutierten Qualifizierungsprobleme der Neurosen und Psychopathien. In beiden Kapiteln erörtert man betont die Veränderungen, die in der Anschauung über einzelne Krankheitsbilder und Tauglichkeitskategorien entstanden, sowie die Schlußfolgerungen, die sich aus der diagnostischen und therapeutischen Entwicklung der Neuropsychiatrie ergeben. Der dritte Abschnitt verhandelt über die Wichtigkeit der Einführung eines vollkommenen Bestimmungsverfahrens der Tauglichkeit, das mit psychophysiologischen Untersuchungen ergänzt wird, sowie über dessen Vorbedingungen und perspektivischen Konzeptionen. Im Schlußteil werden die Möglichkeiten aufgezählt, die von den Truppenärzten rationell ausgenutzt, zur Erhöhung des Zuverlässigkeitsgrades der Qualifizierungsarbeit wertvolle Hilfe leisten können.

CLINIUM TABLETTA

Összetétel: Tablettánként 60 mg lidoflazinumot tartalmaz.

HATÁS: A Clinium tartós orális adagolása – a coronaria resistentia csökkentésével javítja a collateralis keringést és a myocardium revascularisatióját is elősegíti.

JAVALLATOK: Coronariasclerosis következtében fellépő angina pectoris. Myocardialis infarctus, illetve recidiva profilaxisa.

ELLENJAVALLATOK: A szív ingerképzési és ingerületvezetési zavarai. Myocardialis infarctus acut szakasza. Terhesség.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS: A Clinium optimális therápiás hatásának kialakulásához általában 6 hónapos kezelési időtartam szükséges.

A Clinium átlagos napi adagja 3×1 tablettá, azonban célszerű ehhez az adaghoz fokozatosan eljutni:

- a kezelés első hetében naponta 1 tablettá,
- a második héten naponta 2×1 tablettá,
- a harmadik héttől kezdve naponta 3×1 tablettá a kúra befejezéséig.

MEGJEGYZÉS: A Clinium és szívglycosidok, diureticumok, illetve mellékhatásként ritmuszavart okozó készítmények együttes rendelése csak különösen körültekintő ellenőrzés mellett ajánlatos.

MELLÉKHATÁS: Az ellenjavallatok kizárása és megfelelő adagolás mellett mellékhatások alig alakulnak ki. Ritkán előfordulhat fejfájás, szédülés, fülzúgás, esetleg átmeneti emésztési zavar.

FIGYELMEZTETÉS: Ha az EKG görbén a Q–T szakasz megnyúlása látható, vagy ha kamrai extrasystolék lépnek fel, akkor az adagot csökkenteni kell.

Csomagolás: 50 tablettá 118,- Ft

MEGJEGYZÉS: +

Társadalombiztosítás terhére fekvőbeteg gyógyintézet belgyógyászati osztályának vezetője vagy cardiológiai szaktanácsadással megbízott főorvos kórházi gyógykezelés, illetve kivizsgálás után rendelheti vagy javasolhatja. A javaslat alapján a beteg kezelőorvosa (körzeti, üzemi orvosa) is rendelheti.

A vényen a kórismét, valamint a javaslatot adó fekvőbeteg gyógyintézetet és a javaslat keltét fel kell tüntetni. A vényt 2 példányban (másolattal) kell kiállítani.

Gyártja: Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest, a Janssen céggel történő tudományos együttműködés alapján.