

Dr. Magyar István orvos alezredes, az orvostudományok kandidátusa

## A psychopathia és suicidium megítélése a katonai szolgálatban

A psychopathia és a suicidium együttes tárgyalásának szükségességét sok éves tapasztalat teszi indokoltá. A suicidium kísérletét elkövetők nagy többsége a cselekmény után pszichiátriai osztályra kerül, majd jelentős részük felülvizsgálat útján leszerel. E tény számos konfliktust eredményez és sokak szerint elősegíti az ún. „látszat suicidiumok” számának szaporodását. Pszichiátriai nézőpontunk ettől a szemlélettől lényegesen eltérő. A részletes vizsgálat, a személyiség és életvezetés, életút elemzése az esetek mögött gyakran pathológiás háttérrel — elsősorban psychopathiás személyiségstruktúrát — derít fel és a felülvizsgálatot ill. a leszerelést ez indokolja. A suicid magatartás csupán egy tünet és felhívja a figyelmet a háttérben álló psychopathiára.

A psychopathia, psychopathiás reactiok, a suicid magatartások bonyolult és a pszichiatria sokat vitatott problémái. A szociológia, szociálpszichológia devians magatartás címszó alatt foglalja össze e rendellenes viselkedésmódokat (1), azonban autó-, ill. heteroaggresszív, gyakran antiszociális jellegük miatt a háttérben álló psychopathológiai tényezők következtében, továbbá e magatartásoknak, reakcióknak az ún. „reactiv psychosissal” azonos vagy egyenértékű volta miatt a pszichiatria hatáskörébe tartoznak. Katonai körülmények között a katonai pszichiatria feladata az ilyen pathológiás állapotok preventiója, therapiás befolyásolása és minden egyes esetben a katonai alkalmasság elbírálása, (4, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14.)

A kérdés vizsgálata megköveteli egyrészt a psychopathia fogalom lényegének körvonalazását, másrészt a suicidium probléma főbb vonásainak ismertetését.

A *psychopathia* (9, 10, 12) lényegében sok faktorból összetevődő személyiségstruktúra dysharmóniája. A psychopathia elnevezés nem szerencsés és a köztudatban értékítéletet jelent. Ezzel szemben a pszichiátria a személyiségzavarok sokrétű problémakörét foglalja össze e megjelölés alatt.

Általános jellemzői:

— a *kiegyensúlyozatlanság* (érzelmi, akarati, ösztön, jellem egyensúlyának megbomlása, dysharmóniája);

— az *alkalmazkodás zavara* (fokozott elzárkózás, autizmus; összeférhetlenség; kontaktus kötésének nehezítettsége; tartásnélküliség; fokozott gá-



toltság vagy ellenkezőleg gátlástalanság; aszociális, ill. antiszociális viselkedésmód, gyakran kifejezett szembenállás a társadalommal, romboló, destruktív megnyilvánulások stb.);

— a normáltól eltérő, *kóros reakciós készség* az élet átlagos és megszokott ingereire.

A *psychopathiát* önmagában *nem tartjuk kóros állapotnak*, véleményünk szerint a normál reakciós típusok szélsőséges variánsa, azonban az ilyen személyiség *talaján gyorsabban jelentkezhetnek* a legkülönbébb psychopathológiai jelenségek, rövidebb hosszabb ideig tartó átmeneti, máskor elhúzódó *psychoticus* állapotok. A psychopáthiás személyiség („*potentialis psychopathia*”) talaján manifesztálódhatnak („*manifest psychopathia*”) kór-állapotok (10.)

A *katonai alkalmasság* tekintetében a psychopathiás adottság nem jelent *korlátozást*, azonban a *manifest* állapotok minden esetben *kérdésessé teszik* az alkalmasságot. Hadseregünkben — és a legtöbb hadseregben hasonlóképpen — egyrészt nincs megfelelő előszűrés, de másrészt nincs olyan módszer, mely a psychopathiás személyiség esetleges pathológiás manifesztálódást előre jelezné. Ennek következtében a psychopathiás személyek minősítésekor utószűrést végzünk és a bevonulás után a beválástól függően mondunk véleményt az alkalmasságról. *A psychopathia manifesztálódása kóros magatartásokban tükröződik és gyakran e kóros magatartásforma a suicidium kísérlete.*

A *suicidium* kérdés körüli vita két ellenpólus köré tömörül:

Az egyik vélemény szerint a halálos kimenetelű suicidium és az eredménytelen kísérlet pathomechanizmus és psychopathológiai háttér tekintetében elkülöníthető; a másik ellenpólus egy *syndromának* tekinti a suicidiumot a *Ringel* féle (16,17) praesuicidalis *syndromától* az eredményes kísérletig.

*Stengel* (18,19) első munkáiban a határozott elkülönülés híve volt és úgy vélte, hogy *öngyilkosság esetében egyértelmű az élet kioltására törekvés*, míg az *eredménytelen kísérletnél* elsősorban a *demonstráció a lényeges* mozzanat. Későbbi munkáiban ezt az éles különválasztást már kevésbé hangoztatta és arra a következtetésre jutott, hogy a két magatartásforma között annyi az eltérés, hogy eredményes suicidium esetében csak a *halálra törekvés* szándéka irányítja a cselekvést, míg a kísérletnél *e mellett egyéb mozzanatok* (társadalmi, szociális stb.) is felmerülnek, erősítve-enyhítve az előbbi cselekvést irányító hatását.

Mások (7): totális, indirekt és részleges suicidiumról beszélnek a kimeneteltől függően.

*Brickenstein* (3,4) szerint:

- eredményes suicidiumok;
- biztosan halálra törekvés melletti életbenmaradás;
- bizonytalan szándék;
- előkészület ill. a szándék bejelentése azok a mozzanatok melyek szerint lehet elkülöníteni egymástól a különféle suicid magatartásokat.

További bontási lehetőségek (20):

- egyértelműen fennálló halálos szándék;
- menekülés megoldhatatlannak tűnő helyzetből;



— nincs halálos szándék, de a halálos kimenetel lehetősége ellen nem védekeznek, azt nem bánja;

— demonstratív cselekmény halálos szándék nélkül.

A WHO Európai Regionális Iroda Konferenciáján (21) ismét inkább a Stengel féle meghatározás került előtérbe és felmerült a suicidium és a suicid kísérlet megjelölésbeli elkülönítésének szükségessége is. Javasolták a *suicidium* és *parasuicidium* elnevezés bevezetését, de ugyanakkor elismerték, hogy ez a megnevezésbeli elkülönítés nem szerencsés és a parasuicidium meghatározás pejoratív jellegű. Ezen elképzeléssel ellentétben jelentős személyiségek (a finn *Achté*, francia *Sourbier*, a nyugatnémet *Klaus Thomas* és mások) hangoztatták, hogy minden suicidium és suicid kísérlet hátterében valamely psychopathológiai kórállapot áll és így ezek a személyek pszichiátriai kezelésre szorulnak. Ugyanezen a konferencián *Kreitman* és *Katsching* kifejtették, hogy adataik szerint a *suicid kísérletek száma világszerte nő és ezek legtöbbje fiatal*.

A szaporodás egyik oka a suicid magatartások ismétlődése. *Kreitman* szerint a *suicid kísérletek ismétlődése jelzi az elkövetők e csoportjának veszélyeztetettségét*. *Katsching* azt is leszögezte, hogy a *veszélyeztetettebbek* csoportja — ahol több az eredményes suicidium az ismétlődések során — azok közül kerül ki akiknél a suicid magatartást megelőzően *gyakrabban fordulnak elő „devians” magatartások*, akik *chronicus beilleszkedési nehézséggel* küzdenek és akiknél a *suicid kísérlet relatíve független volt nagyobb konfliktusoktól*. Véleményünk szerint ezek az adatok psychopathológiai nézetet valló pszichiáterek véleményét támogatják, de egybevéggé azzal a gondolatunkkal is, hogy a suicid magatartást nem lehet izoláltan vizsgálni, de helytelen lenne csupán az interpersonális kapcsolatokban keresni a magyarázatát. Az intrapsichés állapot döntő jelentőségű, a komplex vizsgálat hozhat eredményt.

Magunk részéről a „*suicid syndroma*” *Cohen-i* (6, 9, 10, 12) szemlélete felé hajlunk:

1. suicid cselekményt ötször gyakrabban követnek el olyan személyek, akik egyszer már suicidáltak;
2. a halálra törekvés szándéka sok esetben tisztázhatatlan eredménytelen kísérlet esetén;
3. az elkövető pharmacológiai, anatómiai és élettani ismeretei rendszerint elégtelenek ahhoz, hogy biztosan tisztázható legyen a halálra törekvés;
4. véletlen, vagy orvosi beavatkozás egyre több esetben a halálra törekvés ellenére a kísérletet eredménytelenné teszi;
5. számos esetben egy-két eredménytelen kísérletet eredményes öngyilkosság követ;
6. az életbenmaradottak vizsgálata a cselekmény után félrevezető lehet disszimulatio miatt.

Véleményünk szerint a „*suicid syndroma*” különféle ok, ill. betegség hatására alakul ki és jelentkezik enyhébb-drasztikusabb suicid magatartás alakjában. A *döntő kérdés* minden esetben a psychopathológiai háttér tisztázása, mert e nélkül sem preventio, sem therapia, sem alkalmassági minősítés nem képzelhető el. Minél súlyosabb a psychopathológiai háttér, annál veszélyeztetettebb az egyén és annál valószínűbb az előbb-utóbb bekö-



vetkező eredményes suicidium. *Jessler* (7) katonai anyagában az eredményes suicidiumok háttérében az esetek kétharmadában psychosis, illetve neurosis és egyharmadában kóros személyiségreakció volt felderíthető. Az eredménytelen kísérletek eseteiben négyötöd részben psychopathia és mindössze az esetek egyötödében volt psychosis, neurosis fellelhető. Vizsgálták a katonai alkalmazkodás és produktivitás kérdését és azt találták, hogy az eredményes suicidiumot elkövetők négyötöde jó, illetve megfelelő minősítést kapott és ezzel ellentétben az eredménytelen kísérletet tevők közel kétharmada elégtelen, vagy átlagon alulinak minősített volt. Ezek az adatok is igazolják a bevezetőben ismertetett tapasztalati adatunkat a psychopathia és a suicidium összefüggéséről.

Jelen munkánkban ötéves beteganyagunk katamnesticus felméréseinek eredményeiről számolunk be a psychopathia és suicidium összefüggésének megvilágítására.

*Beteganyag és módszer.* 1965—1970 közötti években pszichiátriai minősítéssel leszerelt olyan személyeket vizsgáltunk meg 1971—1972-ben, akiknél az öngyilkossági kísérlet szerepelt, mint kiemelkedő kóros magatartásmód. Vizsgálatainkat kérdőív segítségével végeztük és minden esetben alapos pszichiátriai vizsgálatot végeztünk a területileg illetékes Ideggondozó Intézetben. Kiegészítésképpen Brenngelmann, Beck, és Zung tesztekkel töltöttük ki a személyiség, hangulati ill. a suicid veszélyeztetettség tisztázása érdekében. Az eredményeket gépi úton dolgoztuk fel. Célunk az volt, hogy a leszerelt katonák leszerelés utáni életútját, beilleszkedését, személyiségük alakulását, reakcióit, esetleges betegségeiket, újabb suicid kísérleteiket nyomon kövessük, és a kapott eredményekből következtethessünk korábbi eljárásunk helyes, vagy helytelen voltaira; Kiindulási koncepciónk igazolására, illetve esetleges cáfolatára kerestünk adatokat, további ténykedésünkhöz kívántunk új és objektívebb alapokat teremteni.

### *Eredmények:*

Az említett időszakban neuro-pszichiátriai okokból leszereltek 17,7%-ánál végeztünk katamnesticus vizsgálatot. A jelen beszámolóban a suicidium és psychopáthia szempontjait emeljük ki egy-egy jellemző adat bemutatásával anélkül, hogy részleteznénk akár a szociológiai, akár a psychopathológiai adatokat.

Három fő kérdést kívánunk megvilágítani:

1. *A suicid magatartás alakulása a leszerelés után.*
2. *Beilleszkedés a munkakörben.*
3. *A psychopathológiai kép változása a leszerelés után.*

Adatainkban egységesen kezeltük az öt év anyagát, de úgy véljük, hogy ez a valóságot torzítja és optimisztikusabb képet ad a valós képhez viszonyítva, ugyanis anyagunk egy része 5—7 éves katamnesise mellett egy másik része (az 1969—1970-ben leszereltek) mindössze 1—2 éves katamnesissel rendelkezik. Ennek ellenére anyagunkat demonstratívnek véljük és alkalmasnak arra, hogy következtetéseket vonjunk le.

Érdekesen alakult a *suicid kísérletek száma* (l. 1. tábl.). Anyagunk 25,1%-a már bevonulását megelőzően is tanúsított suicid magatartást — 5,7% több esetben is. — A leszerelést követően a *felmérés idején a vizsgáltak 42,4%-a több ízben követett el suicidiumot, és 0,84% suicidium következtében meghalt.* Ez a szám önmagában jelentéktelennek tűnik, de átszámítva a szokásos statisztikai adatokra (1 év és 10 000 lakosra) kitűnik, hogy ez a szám az átlag ötszöröse. Ez az adat is igazolja a bevezetőben han-



goztatottakat, mely szerint a suicid magatartású személyek veszélyeztetettsége ötszöröse az átlagnak. (16<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ról nem sikerült adatot nyerni, részben börtönben voltak, részben külföldre távoztak, néhányuk meghalt. Az elhaltak között szerepel balesetes is, ahol az esetleges indirekt suicidium lehetősége sem zárható ki.)

1. táblázat

Suicid kísérletek százalékos megoszlásában

Kísérletek száma	Bevonulás előtt	Szolg. alatt	Felmérés idején
1	19,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	72,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	57,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
2	3,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	2,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	17,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
több	1,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	—	8,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
ismeretlen	—	—	16,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Összesen:	25,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	74,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	100,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

2. táblázat

Suicidium főbb okainak százalékos megoszlása

Családi konfliktus	19,2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Szolgálati konfliktus	16,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Szerelmi konfliktus	12,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Betegség	10,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Felelősségtől való félelem	5,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Izolálódás	4,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Alkohol	2,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Anyagi probléma	1,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Nem tisztázható ok	27,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Az *okok* között (2. táblázat) a családi és szolgálati problémák állanak az első helyen, de meglehetősen sok esetben szerelmi konfliktus, betegség eredményezett suicid magatartást.

A *suicidium módzatai* között — az általános statisztikáknak megfelelően — *magasan vezet a gyógyszeres kísérletek száma*, ez az esetek több mint felében megtalálható és a vágás, lőfegyver és akasztás közel azonos számban fordult elő (3. táblázat).

A következő ábrák és táblázatok néhány szociológiai tényezőt dokumentálnak. Az *iskolai végzettség* szerinti megoszlásban az esetek közel há-

3. táblázat

Suicidium módzatainak százalékos megoszlása

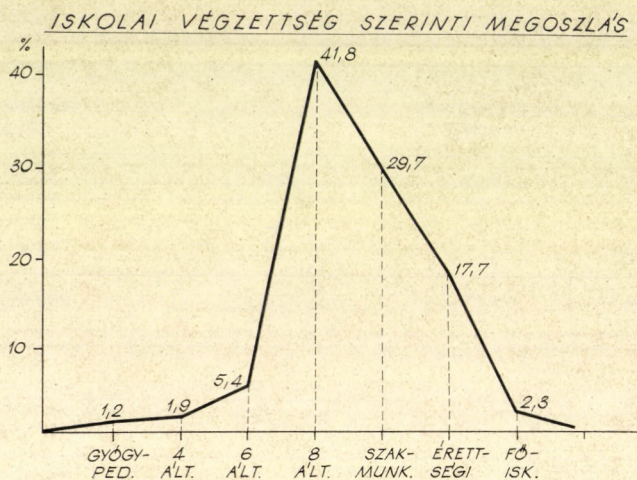
Gyógyszeres	54,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Vágás	13,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Lőfegyver	12,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Önakestés	11,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Leugrás	5,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Világítógáz	1,1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Áramütés	0,8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>



romnegyed részét a 8 általános osztályt végzettek, ill. a szakmunkások teszik ki (1. ábra). A hadseregben fennálló arányok figyelembe vételével a magasabb végzettségűek suicid aránya hátrányosabb.

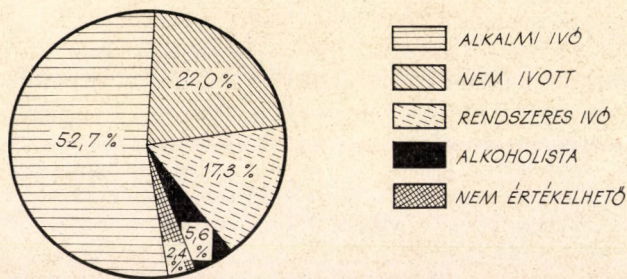
Alkoholizáló életmódot élő mindössze 5,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> volt, az összes esetek fele csupán alkalmi ivónak jelezte magát (2. ábra).

1. ábra.



2. ábra.

ALKOHOLFOGYASZTÁS MEGOSZLÁSA



Egyezően Yessler tapasztalataival a vizsgáltak mindössze 2,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a volt jó, vagy élenjáró katona. A leszerelést követően a vizsgált személyek szakképzése alig változott, 3,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-nak sikerült szakképzését megszereznie. Jellemző a külön kiemeljük a 4. táblázat adatait, mely a munkahelyváltást demonstrálja. Az adaptációs készség hiányossága, a beilleszkedési nehézség a psychopathiás életvezetés szinte törvényszerű velejárója. A leszerelést követően mindenki változtatott legalább egy ízben munkahelyet és 3 vagy több ízben az esetek 44,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-a és közöttük 10 vagy többször 7,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (4. táblázat). A psychopathiás nyugtalanság, kiegyensúlyozatlanság, tartásnélküliség, adaptációs probléma élénk igazolása az eredmény.



Munkahelyi változtatások a leszerelés után százalékos megoszlásban

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	több
22,1	32	18,1	9,4	4,1	1,6	1,1	1,1	1,9	4,4	3,2

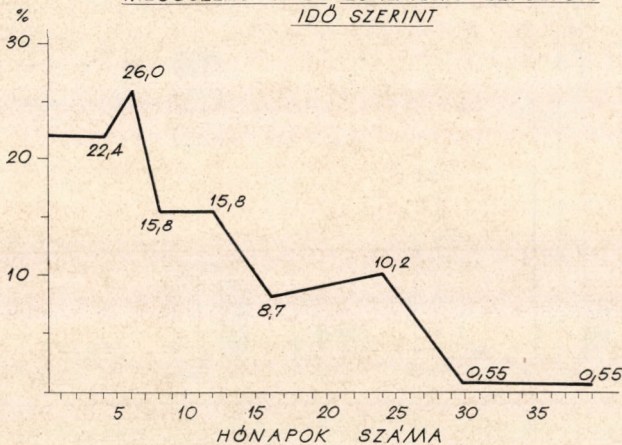
44,9%

A 3. ábrán a *katonai szolgálatban eltöltött időt* mutatjuk be. Korábbi munkáinkban (6, 9, 10.) többször kiemeltük, hogy a psychopáthia talaján jelentkező kóros magatartásreakciók, psychoticus állapotok a katonai szolgálat első időszakában jelentkeznek tömegesen és ez is jellemző adata a psychopáthiának.

Eseteink 63,1%-a *katonai ideje első 5–8 hónapjában került kórházba suicid magatartás miatt* és a szolgálatban eltöltött idő múltával csökkent számuk. Egyetlen kiugrás a két év eltelte után mutatkozik, azonban ez csak látszólagos, mivel ebbe a csoportba került sok, a katonaidő alatt fegyelmező zászlóaljban letöltendő büntetésre ítélt katona (3. ábra).

3. ábra.

## MEGOSZLÁS A SZOLGÁLATBAN ELTÖLTÖTT IDŐ SZERINT



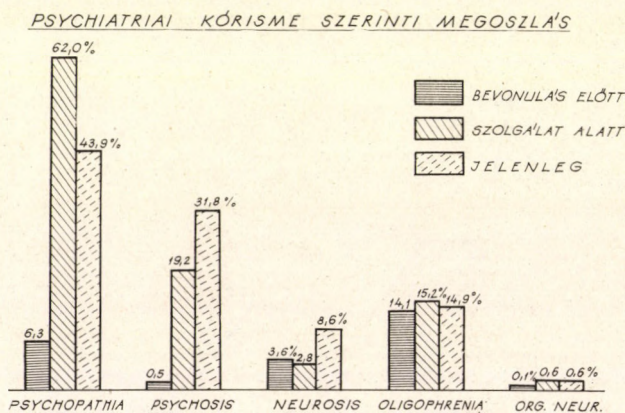
Az utolsó ábra és táblázatok foglalják össze a *psychopathológiai adatok változását*, ill. a felmérés idején kapott test eredményeket. *Bevonulás előtt az esetek 6,3%-ánál volt klinikailag diagnosztizált psychopáthia.* Ezek az egyének már a polgári életben magatartás rendellenesség manifesztációi miatt kezelésbe kerültek. A szolgálat idején 62,1%-nál állapítottunk meg psychopathiát és a *felméréskor 43,9%* ugyanezen kórismét kapott az Idegrendező Intézetben. Itt egy ellentmondás jelentkezik, azonban az ábra elemzése azonnal tisztázza e látszólagos ellentmondást, t. i. *12,7%-al emelkedett a psychosisok száma a leszerelés idejéhez viszonyítva!* E jelenséget nem tartjuk diagnosztikai tévedésnek. Gyakori eset, hogy az első és esetleg enyhe schizopreniás szubot a beteg távozásakor, ill. felülvizsgálat elé állításakor nem jelezzük, csak a személyiségzavart, ezzel igyekszünk e fiatal



betegek beilleszkedését megkönnyíteni. Sajnálatos tény, hogy súlyos előítélet él az emberekben a psychoticus betegekkel szemben és ha ilyen diagnózissal kerülnek leszerelésre, ez nagymértékben gátolja beilleszkedésüket. Sok betegnél a leszerelést követően depressziós psychosis bontakozott ki és a felmérés idején az Ideggondozó Intézetekben már ezen psychosis diagnózisával állottak gondozás alatt, 5,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-kal szaporodott meg a neuroticus betegek száma a felméréskor a leszereléshez viszonyítva. Úgy véljük, hogy ennyi „tévedés” nem jelent nagy hibaszázalékot, különös tekintettel arra, hogy fiatal, 18—23 éves beteganyagról van szó, ahol a személyiség érése még késleltetett is lehet. Terminológiai problémák miatt az éretlen, infantilis személyiség is a psychopathia kategóriába esik és valószínű, hogy ezek az egyének bizonyos idő után rendeződnek, kiegyensúlyozatlan személyiségstruktúrájuk stabilizálódik, és azután ugyanúgy, mint a nem psychopathiások, neuroticus reakciókkal reagálhatnak számukra nehéz helyzetre, konfliktus szituációra. Az oligophrenia csoportban alig van eltérés a bevonulás előtti, leszerelés és felmérés idejében történt vizsgálatok eredményei között.

Összegezve megállapítható, hogy a leszereléskor diagnoszkált ill. a felméréskor talált differencia a psychopathia csoportból a psychosis és neurosis csoportba került (4. ábra).

4. ábra.



Személyiség tesztek közül a Brengelmann-f testet, a hangulat mérésére a Beck-f tesztek és a suicid veszélyeztetettség megítélésére a Zung-f testet használtuk. A 5, 6, 7, táblázatokon a tesztek jellemző mutatóit ismertettjük. Brengelmann-f test esetében (5. táblázat) az egyes faktorok egymáshoz való viszonyát mértük a könnyebb összehasonlíthatóság érdekében és azért, mert a hangulati nyomottságot, az autizmus alakulását, kiegyensúlyozatlanság fokozódását az „Extro-intraversio: (Neuroticismus)” (E/N) hányados jellemzően mutatja minden esetben és erre utal az „Extro-intraversio: Rigiditás” hányados (E/R) is. Mindkettő annál pathológiásabb, minél jobban közeledik a nullához és annál határozottabban jelzi a depressív hangulatot és kiegyensúlyozatlanságot. A „Rigiditás/Neuroticismus” hányados (R/N) — bár ez még nem mondható olyan stabilnak, mint az előbbieik — inkább a reakciók merevségét jelzi.



A Brengelmann teszt adatainak százalékos megoszlása

	átlag	0,0—0,5	0,6—0,7	0,8—1,0	1,0
E/N.	0,75	58,0	11,8	7,2	23,0
E/R.	0,78	49,5	15,4	11,2	23,9
R/N.	0,95	28,3	27,2	14,7	29,8

Hasonlóan a Brengelmann-f test eredményeihez a Beck-f test össze-sített pontszámai (6. táblázat) és a Zunk test százalékos megoszlása (7. táblázat) a felméréskori hangulat nyomottságára (— Beck-f test 20 pont vagy a fölött —) ill. jelzetten suicid veszélyeztetettségre enged következtetni (Zung-f test 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub> fölötti).

Beck teszt eredményeinek százalékos megoszlása

0—10	11—15	16—20	21—30	31
42,6	15,9	14,1	20,9	6,5

Zung teszt eredményeinek százalékos megoszlása

40 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	41—60 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	61—70 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	71 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
20,2	55,0	16,4	8,4

### Megbeszélés:

Jelen munkánkban egy ötéves periódusban neuro-pszichiatriai okok miatt olyan leszerelt katonák katamnestikus adatait elemeztük, akiknél a katonai szolgálat idején suicid magatartást észleltünk, majd a háttérben felderített psychopathológiai kép alapján felülvizsgálat elé állítottuk. A három feltett kérdésünkre adataink alapján válaszolunk:

1. Eseteink közül a felmérés idején 57,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> akadt, akik csak egyetlen alkalommal kísérelték meg suicidiumot (a katonai szolgálat idején), a többiek leszerelésük után is hasonló magatartást mutattak mintegy pathológias adottságaik ismétlődő manifesztálódásaként. Többen halálos kimenettelű suicidiumot követek el; néhány esetben a balesetes halál felveti az indirekt suicidium lehetőségét. Ezek az adatok arra utalnak, hogy a *suicid magatartás nem hozható feltétlenül kapcsolatba a katonai szolgálattal, sokkal inkább az elkövetők intrapsichés állapotával*. Erre utal a bevonulás előtti suicid viselkedések száma, a cselekmény okainak elemzése is.

2. *A leszerelés után sem oldódott meg a vizsgált személyek magatartás rendellenessége és az ebből adódó beilleszkedési és adaptációs probléma.*



A munkahely ismételt váltogatása, a továbbképzés elakadása jelzik a személyiség kiegyensúlyozatlanságát, a tartásnélküliséget. Ez az észlelés azonos jellegű, amit a katonaidő és leszerelés ideje közötti összefüggésről mondtunk, t. i. a kóros manifesztációk döntő többsége az első 5—8 hónap alatt jelentkeznek.

3. A psychopathológiai kép elemzéséből kitűnik, hogy a *suicid magatartás háttérében az esetek nagyobb százalékában a psychopathiás személyiségstruktúra lelhető fel, sok esetben a katonaidőben észlelt psychopathiás manifesztációk és későbbiekben psychosisokban folytatódnak*. Megállapítható az is — ellentétben sok kételkedő megnyilatkozással —, hogy a katonai szolgálat során jelentkező „manifest psychopathiás” állapotok nem a katonaság, a katonai szolgálat velejárói, melyek a leszerelés után megszűnnek, ellenben psychopathiás személyiségstruktúra megnyilatkozásai, vagy psychopathológiai kép megjelenései a katonai szolgálat idején. A felméréskor észlelt személyiség jellemzők, hangulati labilitás erre a feltételezésre engednek következtetni.

Kiindulási feltételünk volt, hogy a tapasztalat alapján indokolt a psychopathia és suicid magatartás együttes tárgyalása. Az ismertetett adatok ebben megerősítettek minket, sőt még finomabb elemzést indokolnak, mivel sok esetben a szolgálat idején csupán magatartászavarnak tűnő kórállapot a későbbiekben psychosisban folytatódik. Gyakran mi magunk is látjuk ezt, de esetenként csak a későbbi betegséglefolyás igazolja a psychosis fennállását. És végül, úgy érezzük és úgy látjuk, e katamnesztikus adatelemzésből, hogy olyan esetekben, ahol a suicid magatartás mögött súlyosabb személyiségzavar, psychopáthia, (vagy psychosis, esetenként enyhe oligophrenia) áll a felülvizsgálat és minősítés nem kerülhető el.

Dr. **I. Magyar**, Oberstltn. des Med. Dienstes, Dr. **I. Kémenczy**, Psycholog:

BEURTEILUNG VON PSYCHOPATHIE UND SUICIDIUM IM  
MILITÄRDIENST

Ма́дьяр И., подполковник м/с, Кеме́нцзи И., психолог:

ПСИХОПАТИЯ И САМОУБИЙСТВО ВО ВРЕМЯ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

IRODALOMJEGYZÉK

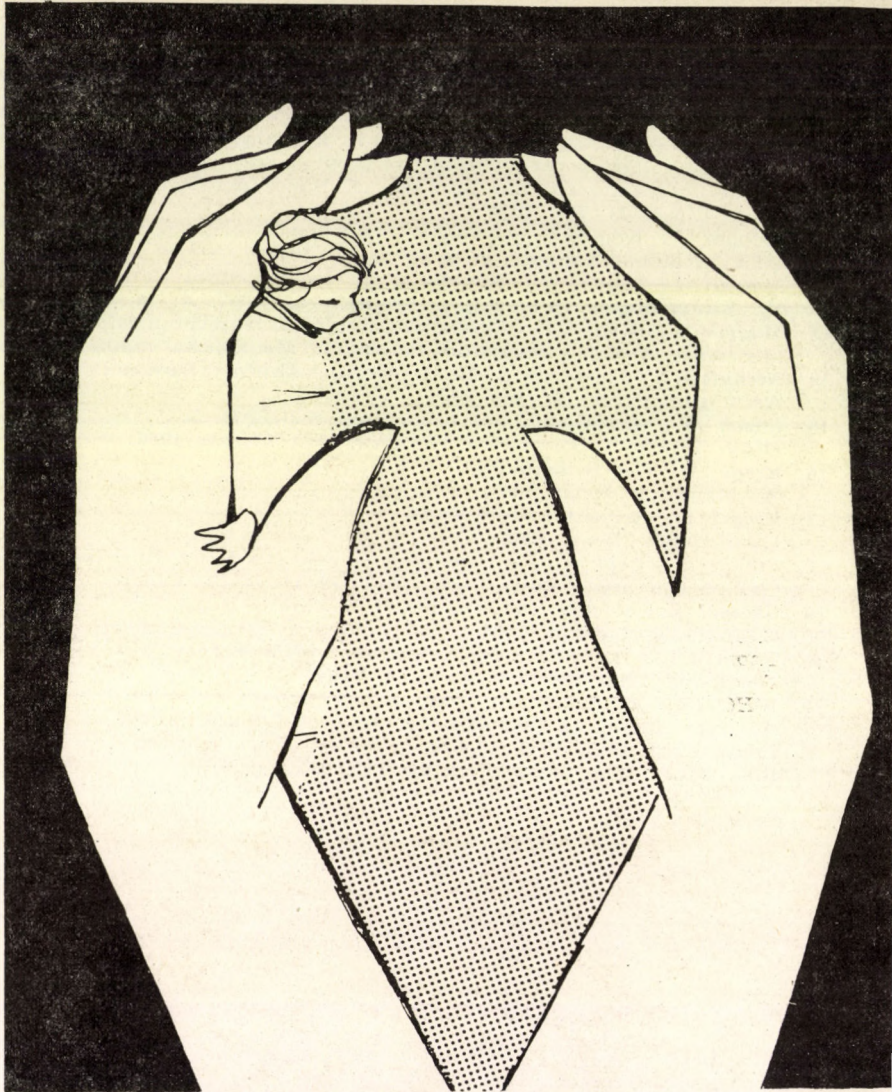
1. *Andorka R.—Buda B.—Cseh Szombathy L.*: A deviáns viselkedés szociológiája. Gondolat. Budapest. 1974.
2. *Buda B.*: Az öngyilkosság. I—IV. Orvosi Hetilap. 112. 1263. 1691. 1943, 2327. 1971.
3. *Brickenstein R.*: Suicidale Verhaltensweisen von Soldaten. Wehrmed. Wsch.9. 176. 1965.
4. *Brickenstein R.*: Zu Häufigkeit von Selbsttötungen in der Bundeswehr. Wehrmed. Wsch. 4. 189. 1966.
5. *Brickenstein R.*: Massengebende Faktoren für das Zustandbekommen von Selbsttötungen bei Soldaten der Bundeswehr. Nervenarzt. 36. 437. 1965.
6. *Csorba A.—Magyar I.*: Az öngyilkossági kísérletek orvosi problémái a hadseregben. Honvéddorvos. 13. 175. 1971.
7. *Jessler P. G.*: Suicide in the Military in Resnik H. L. P. „Suicidal Behavior”. Resnik 241. 1968.



8. *Friedmann H. J.*: Military Psychiatry.  
Arch. gen. Psych. 26. 118. 1972.
9. *Magyar I.*: Pszichiatriai problémák a csapatorvos gyakorlatában.  
MNKK. 1974. (Kiadás alatt.)
10. *Magyar I.—Egerváry O.—Kémenczy I.*: Psychiatric Estimation of pathological personality (Psychopathy) from the point of view of Military Service.  
Revue Internationale des Services de Santé des Armées de Terre de Mer et de L'Air. 43. 761. 1970.
11. *Magyar I.*: Korszerű hadviselés neuro-pszichiatriai problémái.  
OTKI. Katonai Tanszék. (Kiadás alatt.) 1974.
12. *Magyar I.—Sándor L.—Kémenczy I.*: Psychopathia és katonai alkalmasság.  
VI. Katonaorvosi Tudományos Tanácskozás. 1967. X. 18—20. Budapest.
13. *Magyar I.—Sándor L.*: Psychopathie und Unzurechnungsfähigkeit.  
Mentalna, Bolest i Socijalna Patologije Medicinska nahlada. Zagreb. 1972.
14. *Nicholson P. T.—Mirin S. M.*: Ineffective Military Personnel.  
Arch. gen. Psych. 30. 398. 1974.
15. *Rasch W.*: Situationen des erweiteren Selbstmords.  
Dtsch. Zeschr. f. die gesamt. Gerichtl. Med. 57. 124. 1966.
16. *Ringel E.*: Der Selbstmord.  
W. Mandrich. Wien. 1953.
17. *Ringel E.*: Selbstmordverhütung.  
Hans Huber. Bern. 1969.
18. *Stengel E.—Cook N. G.*: Attempted Suicide: Its Social Significance and Effects.  
Oxford University Press. New York. 1958.
19. *Stengel E.*: Suicide and attempted Suicide.  
C. Nicholls. London 1964.
20. *Thomas K.*: Handbuch der Selbstmordverhütung.  
Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart. 1964.
21. *WHO Európai Regionális Iroda Kongresszusa*:  
Az öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet fiatalok között.  
Luxemburg. 1974. VIII. 19—23.  
Ref.: Buda Béla. Orvosi Hetilap. 115. 2941. 1974.



# DEPERSOLON



## DEPERSOLON

injekció

1 AMPULLA (1-ml) 30 mg DEPERSOLON HYDROCHLORICUMOT TARTALMAZ. A VIZOLDÉKONY PREDNISOLON SZÁRMAZÉK OLDATBAN IS STABIL, EZÉRT ELSŐSORBAN JAVALLT KÉSZÍTMÉNY OLYAN ACUT KÖRKÉPEKBEN, AHOL A GYORS GLYCOCORTICOID HATÁS ÉLETMENTŐ.

A KÉSZÍTMÉNY INTRAVÉNÁSAN, INTRAMUSCULARISAN ÉS INT-RAARTICULARISAN ALKALMAZHATÓ.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERARUGYÁR  
Budapest