

Dr. Magyar István orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa

Psychiátriai gondozás alapelvei és lehetőségei katonai körülmények között

Szerző a pszichiátriai gondozás katonai körülmények közötti alkalmazását ismerteti. A gondozás hármas feladata: a prevencio, a gyógyítás és a rehabilitáció, melyet az aktív és passzív gondozás dinamikus egységében valósítható meg. Szervezettségét tekintve irányítja a szakintézetben létesítendő pszichiátriai rendelést (gondozó intézet), mely az alapellátással és az alakulatok nevelő-kiképző és politikai tiszteivel közösen és integrált egységben képes feladatait teljesíteni. Alapjait a helyes kiválogatás, jól meghatározott alkalmassági vizsgálat és a beválás biztosítása képezi. A gondozás körébe azok a pszichiátriai problémák tartoznak, amelyek a mindennapi életben a legtöbb gondot okozzák (pl. személyiségzavar, neurosis, suicidium, abusosok stb.). A gondozás a hadsereg mentalhygiénés helyzetének biztosítása mellett komoly sikerélményt ad az abban résztvevők számára.

A gondozás általában és így a neuro-pszichiátriában is hármas feladattal rendelkezik, ezek a *prevencio*, a *gyógyítás* és a *rehabilitáció*. Formailag lehet aktív, ill. passzív gondozás, azonban az említett hármas feladat megvalósításához e két forma egyidejű és állandó megvalósulása szükséges. Az *aktív gondozás* az egészséges populációra terjed ki, közöttük kell megkeresni és felkutatni a potenciális betegeket. Ez a forma lényegében a prevencio lehetőségeit biztosítja. A *passzív gondozás* alatt a gyógyító és rehabilitációs munkákat kell érteni.

Katonai körülmények között a gondozási munka az alapellátás szintjén, tehát az egységek keretein belül indul meg, itt történik, ill. itt van lehetőség a potenciális betegek felkutatására, de ugyanitt történik a gyógyítás és rehabilitáció is kórházi vagy szakintézeti kezelést követően. Psychiátriai vonalon a szakintézet és alapellátás egysége nélkül a gondozás elképzelhetetlen.

A korszerű betegellátásban ma már elkülönült a pszichiatria a neurológiától és katonai körülmények között döntően a pszichiátriai gondozás kialakítása a sürgető probléma. A pszichiátriai és neurológiai körképek megoszlása 7:1 (Magyar, 1978) és e szám önmagában igazolja e megállapítást. A pszichiátriai gondozás alapja egyrészt az egységes ellátási elvek és azonos szemlélet kialakítása, másrészt a betegeknek azonos körben való ellátásának biztosítása, vagyis azon helyzet megteremtése, hogy a beteg az alapellátástól kezdve a szakintézeti ellátásig egyazon körben mozoghasson. Ehhez ad alapot a katonaegészségügyben 1980. jan. Főszakorvosi összevonáson elhangzott előadás.

kialakuló integráció teremti meg. Ebben az integrációban a csapatorvos és a szakintézet kölcsönhatásban végzi munkáját és e rendszerben kell kiépíteni a megfelelő munkacsoportokat, biztosítani az egységes terápiás lehetőségeket (somatoterapia, pszichoterapia, szocioterapia), és biztosítani a rehabilitációt (a francia területi ellátás modellje, vagy az angol „community psychiatry” típusában, Bennett).

A gondozói munka egyes részfeladatait az alábbiak szerint tagolhatjuk:

1. A prevenció kiterjed a személyiségzavarok, a konfliktuózus, nehezen adaptáló egyének felderítésére, a konfliktushelyzetek és krízis szituációk tisztázására, a különböző abususok megelőzésére. Ide kell sorolnunk a csoportba bekerült betegek kiemelését és ugyanígy az egyes egyéneknek a lehető legmegfelelőbb beosztás megkeresését is. Ezt a munkát az alapellátás orvosai és egészségügyi dolgozói végzik. Munkájuk eredményességéhez azonban meg kell nyerni a kiképzők, nevelők, politikai munkások és a parancsnok támogatását és segítségét.

2. A gyógyítás és rehabilitáció vonatkozásában elsősorban azokat a problémákat kell előnyben részesíteni, amelyek leggyakrabban jelentkeznek, és legkifejezettebben akadályozzák a kiképzést. Ezek közé sorolhatók a neurosisok, a személyiségzavarok, a suicidium probléma, az alkoholizmus, és egyéb abususok (toxicomania). A neurológiai kórképek közül a mozgásszervi betegségek, koponyatraumák utókövetkezményei, a ritkán előforduló eszméletvesztéses kórképek gondozása jöhet számításba. A gondozás ezen fázisában az alapellátás orvosai és a szakintézet orvosainak integrált működése az elengedhetetlen feltétel. A betegek kiválogatása után azok vizsgálata, gyógykezelések beállítása és irányítása szakorvosi feladat, a gyógyítás és rehabilitáció mindennapi ténykedéseit viszont csak az alapellátás képes megvalósítani.

Működési vázlat és szervezettség:

A legfontosabb követelmény — mint erre már utaltunk — az *alapellátás és a szakintézet szerves kapcsolatának kialakítása és integrált működésének megvalósítása*. Biztosítani kell az orvosok speciális pszichiatriai és pszichoterapiás képzését. Időszakos konzultációkkal kell irányítani a mindennapi munkát. Az alapellátásban az orvosok és kiképzők közös feladata a rájuk bízott csoport tagjainak mielőbbi megismerése.

A szakintézetben a rendszeres és szervezett gondozói munka beindítása a legfontosabb követelmény. Az intézetek keretein belül létre kell hozni a pszichiatriai rendelőt, ahol pszichiáter vezetésével pszichológusok és gondozónők közösen végzik a diagnosztikai és terápiás feladatokat. Rájuk keresztül történik a gyógyító és rehabilitációs munka irányítása. A gondozó intézet, ill. a pszichiatriai rendelő utalhatja a beteget kórházba vagy küldi vissza az alakulathoz, ő indikálhatja be a szükséges terápiát, melyet egyrészt irányít, másrészt időszakosan és a szükségesnek megfelelően maga is végez. Ennek megvalósításához a rendelőben résztvevő orvosok, pszichológusok és gondozók magas fokú szakmai kiképzését kell biztosítani (somatoterapia, pszichoterapia, szocioterapia). Indokoltnak látszik intézetenként egy kis létszámú ún. funkcionális részleg kialakítását, ahol a legsúlyosabb esetek intenzív kezelése biztosítható.

A pszichiatriai betegellátás az *utóbbi évtizedek* kutatásai alapján, az egyes

betegségek jobb megismerése, az intrapsichés és interpersonális psychopathológia elkülönülése, a pszichiatriai betegségek „rangsorolása” következtében (vagyis az a tény, hogy ma egyre inkább a helyükre kerülnek a pszichiatriai kórállapotok a korábbi torzult nézetekkel szemben) létrejött az *intra- és extramurális ellátás*. Az *intramurális* (intézeti elhelyezés) kezelés sok esetben (elsősorban az intrapsichés kórképek akut eseteiben) szükséges, de számos más pszichiatriai betegségnél (a legtöbb interpersonális kórkép esetében) káros lehet, hospitalizálást eredményezhet, a betegség idültté válhat, az egyén elszakad a mindennapi körülményeitől, a kiképzés környezetétől, izolálódik, ezáltal betegsége rögzülhet, romlik a rehabilitáció esélye, újabb adaptációs problémák jelentkeznek és kórházi körülmények között a gondozás feltételei sem adóttak. A modern és helyes szemlélet eredménye az *extramurális* (falon, azaz kórházon kívüli) kezelés. Ez a pszichiatriai szakrendelésen, gondozó intézetben, katonai körülmények között a katonakórház szakrendelésén és a csapatgyengélkedőn szervezhető meg. Ez esetben a beteg kórházba fektetés nélkül kapja meg a betegségének megfelelő, sokszor igen összetett ellátást (somatoterápia, pszichoterápia, szocioterápia). Az *extramurális és intramurális kezelés dinamikus kapcsolatban működik* — melyre már utaltunk a bevezetésben — és végzi a terápiás beavatkozás, a gondozást és a rehabilitációt. E két formát igénylő betegek aránya 10:1 az extramurális javára. E dinamikus egységben való ellátás biztosíthatja a gyorsabb rehabilitációt, az egészség teljesebb helyreállítását és katonai körülmények között a harckészséget.

A *katonai pszichiatriai gondozás előfeltételei: a kiválogatás (1); az alkalmasság (2); a beválás (3).*

ad. 1. A *kiválogatás* kérdésével kapcsolatosan szükséges egy rövid történelmi visszapillantást tennünk. Először 1905-ben Franciaországban jutottak arra a gondolatra, hogy szükséges a behívás előtt a *pszichiatriai* vizsgálat bevezetése. Ezt megelőzően a katonai alkalmasság jellemzői „az erős, a nagy és a katonás” tulajdonságok voltak, de rájöttek arra, hogy emellett szükséges a megfelelő értelmi képesség is. 1913-ban az Amerikai Egyesült Államokban vezették be a *pszichiatriai* alkalmasság vizsgálatát. 1918-ban több országban már sorozó központok alakultak ki, így Franciaországban, Németországban és az USA-ban. Yerkes kidolgozta „Army mental tests” módszert a pszichiatriai-pszichológiai szűrésekhez. Ennek ellenére ez a metodika csak később nyert polgárjogot. Az 1935-ben megtartott katonavédelmi VIII. kongresszus még csak a fizikai alkalmasság fontosságát hangoztatta, annak ellenére, hogy már 1934-ben egy dekrétum született a psychés alkalmatlanság vizsgálatáról. A következő években felgyorsult az ez irányú tevékenység. 1940-ben Angliában és az USA-ban, majd 1942-ben Kanadában is polgárjogot nyert. Franciaországban 1950 novemberében törvényt hoztak a psychés alkalmasság vizsgálatának szükségességéről. „Acélból, hogy biztosítjuk a kontingens személyi állományának racionális felhasználását, ezért fizikai, intellektuális és foglalkozási rátermettségük után alá kell vetni őket a katonai behívásukat megelőző év folyamán fizikai, pszichotechnikai szelekciós próbáknak és vizsgálatoknak” (50—1478 tvr. 8. §). Az ilyen jellegű vizsgálatokat kötelezően írták elő, és időtartamuk nem haladhatta meg a három napot. A II. Világháborút követően ezt — elsősorban a nagyhatalmak hadseregeiben — bevezették, és a szokványos sorozási kiválogatást psychofiziológiai módszerekkel egészítették ki. A módszerek tekintetében elsősorban a teljesítmény tesztek és a személyiségvizsgáló tesztek alkalmazását, és így törekednek arra, hogy a korábbi kiválogatás számos hibáját kiküszöböljék. E kiválogatási módszer, különösen pszichiatriai szempontból, ter-

mészeteren nem lehet tökéletes, és emellett is előfordul, hogy enyhébb rendellenességek nem kerülnek felszínre. Különösen vonatkozik ez a személyiségzavarokra.

Törekednünk kell arra, hogy hazai vonatkozásban a sorozás és kiválogatás egyrészt biztosítsa számunkra az egyértelműen betegeknek a kiemelését, másrészt felhívja a figyelmet a beilleszkedési zavarokra, a potenciális betegekre, kiknek adaptációs nehézségeit a katonai szolgálat alatt a gondozói munkának kell megoldani. Ez a törekvés ma már a megvalósulás stádiumába lépett a sorozó központok kialakításával.

ad. 2. „Az elmeállapot szerint alkalmas az a hadköteles, aki lelkiileg eléggé érett, és érzelmileg kielégítő képességű ahhoz, hogy mint katona a kiképzés céljait elérje, és ezen kívül olyan fokban képes az alkalmazkodásra, hogy a katonai szolgálat sajátos lelki-fizikai megterheléseinek feldolgozására alkalmas anélkül, hogy ezáltal tartós egészségügyi károsodást szenvedne. Ha fennáll a remény, hogy ez az állapot — esetleges utóérési folyamat következtében — belátható időn belül megváltozik, akkor alkalmatlansága csak átmeneti.” (Brickeinstein 1975.) A katonai alkalmasság pszichiatriai előrejelzésével kapcsolatosan a vélemények nem egyértelműek. Egyesek szerint (pl. Fischer NDK); alig képzelhető el olyan szűrővizsgálati módszer, amely a potenciális betegeket megbízhatóan szűrné ki, de erre nem is kell törekedni. Sokkal fontosabb az ún. *reáldiagnosztikai módszer*, amely azt jelenti, hogy azokban az esetekben, amikor a sorozási kiválogatás nem képes felfedni bizonyos szellemi fogyatkozásokat, akkor a sorkötelest be kell vonultatni, és a gyakorlati beválás alapján kell utólag dönteni alkalmasságáról. *Ez a módszer érvényesül a hazai gyakorlatban is, ez az ún. utószűrési módszer.* Ennek következtében gyakran előfordul, hogy a sorozáson alkalmasnak minősített egyén rövidebb-hosszabb katonai szolgálat után alkalmatlanná válik a szolgálatra, és emiatt relatíve megnő a bevonulás után pszichiatriai okokból leszerelték aránya. *A jelenleg érvényben levő alkalmassági utasítás korszerű elveken alapul, és lényegében a reáldiagnosztikára épül.* Az alkalmatlanság, az ideiglenes alkalmatlanság és a korlátozott alkalmasság dinamikusan alkalmazkodik a gyakorlati élethez, és a gondozás alapjait is szolgálja.

A katonai alkalmasság pszichiatriai vonatkozásában két nagy csoportot különíthetünk el.

1. Az egyértelmű és elfogadott alkalmatlanság.
2. A vitatott, problematikus alkalmatlanság.

Az első csoportba tartoznak az endogen elmebetegségek, a súlyosabb gyengeelméjűség, a súlyos agyi károsodás következtében kialakult elmállapotok. Ide sorolhatók az átmeneti és ismétlődő elmezavarok, a psychoorganicus szindrómák. Ilyen betegségek fennállása esetén a végleges vagy időszakos alkalmatlanságot senki nem vitatja, és e tekintetben az egészségügyi szolgálat és a katonai vezetés között az összhang probléma mentes. A vitatott alkalmatlanság csoportjába tartozik a pszichiatriai megbetegedések nagyobb százaléka, elsősorban a személyiségzavarok, a neurotikus problémák és az enyhébb gyengeelméjűség. E problémakörök tekintetében a *pszichiatriai* és nem orvosi gondolkodás gyakran ütközik. A társadalom megítélése ezen kategóriák vonatkozásában gyakran pejoratív, elítélő. Sok esetben a magatartászavarok jelentkezésekor rosszindulatú akarathányt véleményez a környezet, anélkül, hogy azt az összetett *problémát*, melyet a társadalom és az egyén közötti kapcsolat jelent, alapjaiban elemeznék. Ez az a kategória, amely nagyobb részt gondozási feladat és kisebb

részben adminisztratív tennivalókat von maga után. Célszerűnek látszik, hogy e tekintetben már a kiválogatás, ill. a sorozás alkalmával jelzéseket kapjunk, és feltétlenül szükséges, hogy a beilleszkedés időszakában napvilágra kerüljenek mindazok az egyének, akiknél a későbbiekben kóros reakciók kialakulása várható. Mindezekből látható, hogy a kiválogatás és az alkalmasság két olyan tevékenykedése a katonasági szolgálatnak, amely szorosan összefügg elsősorban az aktív gondozással, de összefügg a gyógyítás és a rehabilitáció feladataival is.

ad. 3. *A gondozás előfeltétele a már elmondottakon kívül a beválás; az a folyamat, amely alatt a behívott katonák beilleszkednek a speciális katonai környezetbe, leküzdik ellenérzésüket, és tudatosítják magukban, hogy a katonai szolgálat állampolgári kötelesség, és bár időlegesen megszakítja választott életútjukat, azt teljesíteniük kell. Ebben a folyamatban rendkívül bonyolult interakciók jelentkeznek, és ezeket meghatározza maga a katonai szolgálat jellege, a nevelők és kiképzők magatartása, az egyéneknek sajátos személyiség-felépítettsége, és meghatározza egyéni életformájuk (választott munkakör, család, baráti kör stb.). Ezek a meghatározók ronthatják, de segíthetik is az adaptációt. A gondozás vonatkozásában döntő jelentőségű, hogy a nevelők és a kiképzők, az alapellátás orvosai, és a szakintézet szakorvosai összehangoltan végezzék munkájukat. Meg kell ismerniük a rájuk bízott csoport minden egyes tagját, problémáikkal, gondjaikkal együtt, fel kell deríteni egészségügyi-személyiségi adottságaikat, és ki kell alakítaniuk olyan csoportot, amelyben a résztvevők önmagukat irányítva, a nevelők és orvosok segítségével megoldják az adaptáció nehézségeit. Ebben a folyamatban a nehezebb és fontosabb feladat a nevelőkre, kiképzőkre és orvosokra hárul. A katonai csoportélet látszólag egysíkú, egyetlen célától meghatározott életforma, ez azonban csak látszat. A valóságban éppen az egyetlen cél által való meghatározottság következtében sokkal többet kell foglalkozni az egyénnel, az egyének sajátos adottságaival és problémáival, mint a polgári élet bármely lazább csoportjában. A fegyelem, amely a katonai életforma egyik alapja és követelménye, rendkívül sok feszültségnek, konfliktusnak eredője lehet, és e tekintetben az agresszív fegyelmelési eljárás semmiképp sem vezet eredményre. A nevelők, kiképzők és orvosok feladata, hogy a kötelező fegyelmet és az ehhez való egyéni alkalmazkodást a belőle származó számos feszültség és konfliktus ellenére megoldják oly módon, hogy sem ők, sem az egyének ne károsodjanak. A gondozás vonatkozásában e folyamatnak zavarmentes alakítása az egyik legfontosabb feladata. Glass 1961-ben ezt a folyamatot három szakaszra osztotta:*

- a) *a környezet alakítása*
- b) *a preventív beavatkozás*
- c) *a psychosisok katonai rehabilitációja.*

A környezet alakítása katonai körülmények között egyszerűnek tűnő, de valójában bonyolult feladat. Példaképpen nézzük meg egy kis egység, a század csoportszervezettségét. A század, szakasz és rajparancsnok, az ügyeletes szolgálat legalább egy tucat parancsnokot jelent, akik hatalmi helyzetükből kifolyólag a beosztottakat utasításokkal, szigorú parancsokkal irányítják. Tucatnyi parancsnok működésének összehangolása önmagában nehéz probléma és ezt a beosztottak sajátos, egyéni személyiség strukturaltsága még tovább bonyolítja. Az irányítók ellentétes utasításai lehetetlenné teszik az alkalmazkodás kialakítását. A beosztottak hozzájáruló vagy ellenálló magatartása a tömeg, ill. csoportthatásnak megfelelően erősíti vagy gyengíti a helyes és elvárt viselkedés ki-

alakulását. *A logikus és humánus, egységes parancsnoki utasítások, az egységes elvárás kialakítása nélkül a megfelelő környezet alakítása elképzelhetetlen.* A szigorú vagy engedékeny vezetők mellett a beosztottak viselkedése dezorganizálódik, a csoportban széthúzás alakul ki, és ebben az adaptáció feltételei nem jöhetnek létre, a vezetők elidegenednek a beosztottaktól, az elvárási szint hiányzik, a csoport szétesik. A környezet alakításának alapfeltétele a vezetők megfelelő pszichológiai, pedagógiai felkészítése; az egységes cél érdekeit szolgáló elvárások rendszereinek kialakítása, és ennek következetes betartása. Az értelmetlen és a személyiséget sértő, felesleges utasítások agressziót váltanak ki a csoportból és az agresszió — circulus vitiosusként — öntörvényei alapján az adaptáció fokozatos megnehezítését eredményezi. Pl. egyik magasabb parancsnok folyamatosan szemet huny a fegyelmeletlenségek jelentkezésekor, majd váratlanul drákói szigorral lép fel ugyanazok ellen, a csoport megzavarodik, értetlenül áll szemben az új helyzettel, majd oppozícióba kerül az előljárókkal. Ellenkezőleg a fegyelmezetlenség azonnali, józan és kritikus elemzése és büntetése megértést, és a csoport összetartását, egységét eredményezi, spontán akadályozza meg az újabb fegyelemsértést. A környezet alakítása dinamikus feladat és mindenkor az adott társadalmi, kulturális helyzethez kell alkalmazkodnia. Lehetetlen a katonai körülmények között megmerevedett, dogmatikus törvényekkel való irányítás és fegyelmezés, de ugyanúgy lehetetlen a kiegyensúlyozatlan és kiszámíthatatlan utasításokkal való nevelés is. *A környezet alakítása a gondozásban résztvevők közös feladata.*

A *preventív beavatkozás* lényegében két irányú: egyik a *csoportba került betegek mielőbbi kiemelése*, a másik a *potenciálisan betegek, ill. problémás személyek felkutatása*. A betegek esetében szükségnek megfelelően a felülvizsgálat vagy — a későbbi adaptáció jöhet számításba. A beteg jelenléte a csoportban mindig veszélyt rejt magában, a csoport felesleges szimpátiáját váltja ki involválva a vezetőkkel szembeni oppozíciót. Kiemelésük — akár leszerelés, akár gyógyítási célzattal — megnyugvást eredményez. Esetenként a „beteg” jelleg nem egyértelmű (pl. személyiségzavar) és ilyenkor a kellő felvilágosítás — orvosi és pedagógiai — elengedhetetlen. A preventív beavatkozás az ún. reáldiagnosztikai — utószűrő eljárás — törvényszerű következménye. Pl. a sorozás alkalmával felmerül a psychopathia fennállása, ez azonban önmagában (potenciális psychopathia) minősítést nem igényel. Az adaptáció folyamatában progresszív manifestálódás alakul ki — ez az egyéni problémák mellett a közösséget is zavaró, a csoportéletet konfliktuózássá tevő jelleggel — az egyén kiemelése (akár a leszerelés következményével, akár a rehabilitáció reményével) szükségessé válik. Ezen eljárás a gondozás, a magyarázat a gondozók feladata.

A *psychosisok katonai körülmények közötti rehabilitációja ma még tisztázatlan kérdés, de nem mellőzhető probléma*. Az utóbbi évek katona-psychiatriai irodalma utal ennek lehetőségére még háborús körülmények között is (H. S. Block). Jelen gyakorlatunkban a *psychogen psychosisok, exogén psychosisok eseteiben tehetünk és teszünk kísérletet a sorállomány esetében*. Hivatásos állomány tagjainál egyes psychoticus állapotok ellenére is lehetséges a továbbszolgálat, amennyiben a rehabilitáció eredményessége biztosítható. Ilyen esetben azonban csak az egységes állásfoglalás adhat biztosítékot, a parancsnok, társak, orvosok közös elhatározása és akarata e tekintetben nélkülözhetetlen. Rendkívül bonyolult és összetett problémáról van szó. A tradíciók leküzdése mellett a szükséges beosztásváltoztatás, a felelősségvállalás, a folyamatos rehabilitációs munka, a családi és környezet terápia, a csoportfoglalkozás mind egy-egy fázisai e tevékenységnek. Az egyén és környezet konfliktusát gyakran

a betegség helytelen értelmezése okozza. Pl. egy lezajlott depressziós vagy izgalmi állapot után a személyiség épen kerül ki a betegségből, de környezete gyanakszik, bizalmatlan, az esetleges átmeneti könnyítésekkel nem ért egyet, fél az egyén magatartásától, esetleges fegyveres beosztásától, de gyakran még attól is, hogy a meggyógyult beteg gépkocsiba üljön. Mindezen problémák — és még számos egyéb — a gondozói működés feladatkörét képezi.

A pszichiátriai gondozás katonai körülmények között bonyolult és komplex feladat, minimális szervezés mellett aktív és integrált együttműködést követel az egészségügyi szolgálattól, ill. az egészségügyi szolgálat és a katonai vezetés között. A gondozás területe azok a pszichiátriai problémák, melyek kiemelten jelentkeznek a mindennapi gyakorlatban. Első lépésben a hivatásos állomány tagjait kell bevonni a gondozói tevékenységbe, azonban mielőbb ki kell terjeszteni e működést a sorállományra, a legproblematikusabb betegség-kategóriákban (pl. neurosis, személyiségzavar, suicidium stb.).

A gondozói munka sok erőfeszítést igényel, mind az alapellátás, mind a szakintézet orvosaitól és egészségügyi dolgozóitól. Alapvető feladata a hadsereg mentalhygiénés állapotának biztosítása, és e feladat eredményes teljesítése olyan sikerélményt biztosít számunkra, mely szubjektíve is „megéri” a fáradozást.

IRODALOM : Dr. Magyar: Pszichiátriai problémák háborús körülmények között.

Мадыар И., полковник м/с:

НЕВРО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ВОЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Рассматривая невро-психиатрические проблемы военного времени, автор во-первых занимается возникновением и значением военной психиатрии. Военная психиатрия — специальная область общей психиатрии — возникла в XX веке, она развивалась — и развивается также в наши дни — с учетом опыта мировых и региональных войн. Выявлением и введением ряда новых данных, военные психиатры в значительной мере обогатили и общую психопатологию.

Анализ опыта прошлых войн, катастроф, а также невро-психиатрических проблем мирного времени позволяет прогнозировать невро-психиатрические проблемы современной войны. Автор приходит к заключению, что в случае применения современного оружия следует считаться с увеличением числа психопатологических явлений, в том числе острых примитивных реакций, а также состояний, причислимых к т.н. межличностной психопатологии. Из необходимых мероприятий медицинского обеспечения особое внимание уделяется оказанию первой помощи и специализированному госпитальному лечению, эффективность которого во многом зависит от того, оказано ли оно в районе воюющих войск или же только после эвакуации раненых.

Obst. Dr. med. István Magyar:

NEURO-PSYCHIATRISCHE PROBLEME UNTER KRIEGSBEDINGUNGEN

Der Autor beschäftigt sich während der Beschreibung der neuro-psychiatrischen Probleme, die unter Kriegsbedingungen auftreten, zuerst mit der Entstehung und Bedeutung der speziellen Militärpsychiatrie. Diese spezielle Fachrichtung entstand im XX. Jahrhundert, sie entwickelte sich aufgrund der Erfahrungen der Welt-

kriege, bzw. der regionalen Kriege, und entwickelt sich auch in unseren Tagen noch. Die Militärpsychater brachten auch auf dem Gebiet der allgemeinen Psychopathologie viele neue Erkenntnisse zutage und führten sie ein. Die Vorhersage der neuro-psychiatrischen Probleme der modernen Kriegsführung wird durch die Analyse der neuro-psychiatrischer Probleme der früheren Kriegserfahrungen der Katastrophen und Friedenszeiten ermöglicht. Es wird festgestellt, dass im Falle eines Krieges mit modernen Waffen die Zahl der krankhaften psychopathologischen Erscheinungen ansteigt. Unter diesen kommen zum Teil akut verlaufende primitive Reaktionen vor, zum Teil muss man mit anhaltenden Zuständen auf dem Gebiet der sog. interpersonellen Psychopathologie rechnen. Es wird die Notwendigkeit der ersten Hilfe und der speziellen Krankenhausbehandlung betont und festgestellt, dass der Erfolg der speziellen Krankenhausbehandlung dann ideal ist, wenn sie im Kampfbereich der Truppe erfolgt und der Patient nicht ins Hinterland transportiert wird.