

Dr. Magyar István orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa

## A pszichiátria fejlődése a Magyar Néphadseregben, a pszichiátriai működés alakulása a zárt osztálytól az „open door” bevezetéséig

A szerző az MN Egészségügyi Szolgálatának 30 éves pszichiátriai tevékenységéről ad számot.

Maga indította az első pszichiátriai osztályrészleget, majd fejlesztette önálló osztállyá, szervezte a klasszikus zárt osztályból a teljes nyíltsággal, szubintenzív részleggel funkcionáló osztállyá. Közben, a megnövekvő igényeknek megfelelően, az MN KKK-n kívül Pécsen és Kecskeméten is megindult a pszichiátriai tevékenység. E szakma katonai képviselői alakították, fejlesztették a katonai pszichiátriát, és részt vállaltak az egész pszichiátriai forradalom alakításában, az új módszerek bevezetésében és terjesztésében (pszichofarmakológia, szociál-pszichiátria, katonai kriminál-pszichiátria stb.). Soraikból kerültek ki a szakma vezetői (dr. Csanda Endre, az azóta elhunyt dr. Juhász Pál professzorok) és ma is két aktív katonapszichiáter (dr. Magyar István egyet. tanár és dr. Ozsváth Károly c. professzor, ezredesek) oktattja a pszichiátriát.

A szakma, jelentőségének, specialitásának következményeként, az Egészségügyi Szolgálat javaslatára a szerző személyében önálló főszakorvos kinevezésével alapszakmaként nyert elismerést.

Három évtized történelmi távlatban nem nagy idő, de nagy idő a magunk életében és különösen nagy idő a pszichiátria fejlődésében. 30 évvel ezelőtt zárt intézetekben, börtönjellegű cellákban, gyakran szalmán, kényszerzubbonyban és rácsos ágyban feküdtek a betegek; az aktív terápiák között az ES (elektrosokk) és inzulin szerepel és ezeken kívül a bróm-Sevenal, morphiúm-scopolamin, az ópium és a paraldehyd állott rendelkezésre. A beteganyag 40—50%-át a lueszes elmebántalmak, a paralízis progressziva képezték. A pszichiátriai intézetekben szobákban és folyosókon egymásra zsúfoltan feküdtek a krónikus, defekt és — mondjuk ki nyugodtan — a pszichiátriai intézmények műtermékeiként „keletkezett” elmebetegek, a napistenek, napléonok, krisztusok, szűzmáriák, mikszátok és más történelmi, irodalmi, vallási nagy-

ságok. 30 év nem nagy idő, azonban felgyorsult ritmusú korunkban e 30 év óriási távlatokat nyitott.

Csak néhány adat:

*Magoun-Morizzi* felfedezte az agytörzs reticularis formációjának szerepét, az ún. aktivációs szisztémát;

*Gellhorn* e systema és a tudatos működés alapját írta le;

a *Papez* kör — a limbicus rendszer — tartalommal telt meg, és anatómiai-fiziológiai magyarázatot kapott az érzelmi élet, a magatartás-jelenségek sok megfoghatatlan mozzanata — ebben magyar kutatók is jelentős szerepet kaptak, gondolok itt *Grastyán* és munkatársainak kutatására —, és megindult a személyiség-kutatás kézzel fogható közelítése;

a genetikai vizsgálatok több elmekérkép — pl. Down kór, Turner szindróma, Kline-Felter, stb. — megjelenésére adtak magyarázatot;

Az agyi anyagcsere folyamatok felismerése — bár e felismerések ma még gyakran inkább a kóoszt fokozzák, mint a ködöt oszlatják — egyes elmebetegségek patomechanizmusához adnak magyarázatot, így pl. a dopamin és MAO rendszer szerepe a skizofréniákban, a pszichózis maniaco-depressívában.

További előrelépést jelentett a transmitter rendszer jelentőségének felismerése az elmebetegségek kialakulásában. Mindezek indították, illetve lendítik tovább a pszichofarmakológiai kutatást és egyre céltudatosabbá teszik a betegségek biológiai megközelítését. Három évtized alatt eljutottunk arra a pontra, ahol már a szelektív hatású készítményekre koncentrálnak a gyógyszerkutatás, sőt a szelektivitáson belül a topológiai és szelektív hatékonyságú drogot keresi. Példa erre — ugyancsak magyar eredmény — a humex, a szelektív MB inhibitor, *Knoll József* kutatásainak eredménye.

A szociál-pszichiátria az egyén és a társadalom kapcsolatrendszerének vizsgálatával és e rendszer megbomlásának a kóros elmeállapotokkal való szoros összefüggésének kimutatásával jutott el az elmebetegségek szociogeneziséhez. Gondolok itt *Hollingshead* — *Redlich* vizsgálataira, melyek a „New Haven report” néven váltak ismeretessé 1958-ban, és bár eleinte következtetéseiket tévútra vitte a statisztikai adatokba vetett hit, végül is eljutottak a helyes következtetéshez, mely a társadalom szerepének jelentőségét hangsúlyozta.

*Nyíró Gyula* a pszichiátriát mindig janus arcúnak minősítette kettős — biológiai és társadalmi — meghatározottsága következtében, és e kettősség jelentőségét hangoztatta a beteg ágyánál is. Az elmúlt 30 évben ismét polgárjogot nyert a pszichológia, amely a személyiség megismerése terén ma már nélkülözhetetlen, és betört a pszichiátria területére a szociológia. Az 1960-as évek elején robbanásszerűen jelentkezett az antipszichiátria, melynek egyes szélsőséges kinövései sok kárt okoztak, de lényegében mégis hozzájárult a régi és elavult gondolkodás megváltoztatásához. Ez még az irodalomban is jelentkezett, pl. Ken Kesey „Száll a kakukk fészkére” — és szerepe volt abban, hogy kinyíltak a „zárt” osztályok ajtajai és kialakult, illetve alakul még ma is a pszichiátriában az a helyes és követendő irányzat, melyben az ún. intramurális (elmeosztályos) és extramurális (mentál higiénia, gondozói) ellátás egysége veszi át a beteg kezelését és irányítását, és tesz kísérletet az elmebeteg társadalmi és orvosi elfogadására és arra, hogy a beteg a társadalomban való megtartása megvalósuljon. Mindezekre visszatekintve az elmúlt 30 év hosszabb volt, mint korábban évszázadok.

A magyar katonai pszichiátria múltja 1923-tól követhető nyomon, részben *Myrdacz* közleményeiből a KuK szervezetében, részben a tisztí orvosi bizonyítvány és beteglelet jegyzőkönyvekből, azonban ez időben nem önálló, a belosztály részle-

eként működött. A harmincas évektől vannak adatok kórházunkban létesült elmeosztály működéséről: *Rasch Rudolf dr., Pethe Ferenc dr., Makkay Endre dr. (Dr. Lakács László.)*

A felszabadulást követően az elmeosztály megszűnt, és csak 1952 végén kezdte meg ismét működését. A Magyar Néphadseregben ez idő óta indult meg a tényleges és érdemi pszichiátriai tevékenység, és ma erről a három évtizedről szeretnénk szót adni magunknak is, azzal, hogy fejlődésünk egyes szakaszait felelevenítve bemutatjuk, mit tettünk és mit akarunk vagy szeretnénk tenni. Honnan indultunk, hol artunk, mi a jövő célunk. Tesszük ezt azért is, mert a pszichiátria irodalma sok esetben hivatkozik a katonai pszichiátriára, mely számos területen hozott olyan újat, mely az egész pszichiátria fejlődésére meghatározó jellegű volt. A mi három évtizedünk új szakaszt jelent a magyar katonai pszichiátriában, és ez az új szakasz egybeesett a pszichiátria harmadik nagy forradalmával, melyet részben a biológiai, részben a szociálpszichiátriai fejlődés határozott meg.

A katonai pszichiáterek mindig küzdöttek a pszichiátria elismeréséért, hisz a II. világháborúban az összveszteség 20%-a pszichiátriai veszteség volt és a katasztrofamedicina előrejelzései szerint egy korszerű fegyverekkel zajló háború esetén a veszteség még tovább növekszik. A II. világháborúban; sőt még azt követően is, a pszichiátriai beteg a szimulánssal volt egyenlő, és ezt a szemléletet még ma sem sikerült teljesen leküzdeni. Ma is nehéz megmagyarázni, ha pl. személyiségzavar esetében a katona a számára veszélyesnek tűnő helyzetből a kiutat a betegségben találja meg, akaratlagos és tudatos pszichés folyamatok zajlása nélkül dekompenzálódik, „válik beteggé”, némelykor öngyilkossági kísérletet követ el, máskor értelmetlen szökést. Erről szól egyebek között *John Huston* filmje a „Legyen világosság”.

Kétségtelen tény, hogy a betegség miatt leszerelésre kerülők kétharmada pszichiátriai beteg, ennek háttere igen sokrétű, összetett, a szociális okok gyakran vezető helyen szerepelnek és a pszichiátria csak a szorító kényszerűség miatt mondja ki az alkalmatlanságot, holott itt az ún. betegség csak következménye egy folyamatnak, melyben szociális, pszichológiai, jogi, genetikai és még számos más tényező játszza a főszerepet.

Pl. nyugdíj előtt álló tiszt, aki fiatalon kellő alapképzettség nélkül került a hadseregbe, végigjárta a szocialista hadsereg fejlődésének nehéz útját, majd mind inkább insuficienciássá vált a rohamosan fejlődő technika, fiatal beosztottjainak magasabb képzettsége miatt, megindult nála a pszichés dekompenzáció, a neurotikus betegség kialakulása, vagy valamely pszichoszomatikus megbetegedés, mely a hadseregen belül már nem rendezhető, rehabilitációra lehetőség nincs.

Pl. fiatal sorkatona súlyos családi háttér problémákkal. Nem beteg, de körülményei azzá teszik és nincs megoldás, sem biológiai, sem szociálpszichiátriai. Úgy hívjuk ezt a betegséget vulgárisan: „minden összejött” szindróma.

További példa a fiatal tiszt vagy tiszthelyettes, aki elvégzi az iskolát és a gyakorlatban rádőbben, hogy alkalmatlan e pálya követelményeinek megvalósítására, személyiségének elemzése ezt igazolja is. Beteggé válik. — Mi úgy neveztük el ezt a szindrómát: „anyám én nem ilyen lovat akartam”. Pszichiátriai problémák? Én azt hiszem nem, de valakinek meg kell oldani. És ki legyen a végrehajtó? A pszichiáter, hisz a következmény ún. pszichés betegség.

Úgy vélem, hogy az ilyen zavarok eseteiben csak a konstruktív és kollektív megoldás vihet előbbre, mely tekintetbe veszi mind a személyiség örökletes adottságait, mind a környezet alakító hatását. Ez team munkát jelent és ebben a pszichiáterek, pszichológusok, biológusok, szociológusok, jogászok és pedagógusok egyaránt és együttesen szerepet vállalnak, sajátos területüknek megfelelően, és nemcsak a már kialakult probléma megoldásában, de a prevencióban is. A pszichiáter helyzete a legproblematisabb. Hozzá fordul az egyén és tőle várja a megoldást, de tőle vár-

ja a segítséget a társadalom is. A pszichiátria olyan feladatokkal kerül szembe, melyekre nincs felkészülve, és melyek megoldása nem is feladata (gondolok az öngyilkosságra, az alkoholizmusra, a geriátriára, a kriminál-prevencióra és még sok más egyéb problémára).

A pszichiátria világszerte fejlődik, mindenképpen annak reakciójaként, hogy túl sok a társadalom elvárása a legnehezebb problémák megoldásában. Ugyanakkor a szakma elismerése kétes, az elmebetegség társadalmi bélyeg, melyet alig vagy sohasem lehet lemosni. Igaz, hogy a neurózis sokszor már „státusz szimbólummá” lép elő, de az ún. endogén elmebetegségekből gyógyult vagy remisszióba jutott beteget nem fogadja be a társadalom, sőt szankciókkal sújtja, és ebből a kitérés csak igen nagy és áldozatos harcok árán sikerül — ritkán.

A katonai pszichiátria ebben az utolsó három évtizedben alakult hazánkban és alakul ma is. A katona pszichiáterek világszerte számos olyan felismerést tettek és írtak le, melyek később az egész pszichiátria fejlődését meghatározták, hogy csak egyet említek: a terápiás közösség kérdése. A katonai szolgálat egy speciális élethelyzet és önmagában sok olyan problémát hordoz, melyekhez az egyén nem képes alkalmazkodni, és ennek következtében manifesztálódhatnak kóros elmeállapotok, melyek a polgári életben nem vagy csak alig fordulnak elő, illetve rejtve maradnak. Az endogén elmebetegségek indulása katonai körülmények között — éppen a hibás adaptáció miatt — gyorsabban kerül felszínre és olyan finom tünetegyüttesel, mely alig különíthető el a kóros alkalmazkodási reakciótól. A katonai pszichiáterek látják leggyakrabban azt a pszichózis indulást és fejlődést, melyet *Conrad* — szintén katonatorvosi működése idején — írt le a skizofrénia esetében. Nem véletlen, hogy a katona pszichiáterek érdeklődtek és érdeklődnek elsősorban az alkalmassági vizsgálatok iránt, és foglalkoznak — a kriminál-pszichiáterekkel közösen — legtöbbit a személyiségzavarok kérdésével, azok jellegével és értékelhetőségével. Nem kétséges, hogy van egy speciális katonai pszichiátria, mely lényegében a pszichiátria alkalmazása katonai körülmények között, időnkint irányt ad a pszichiátria fejlődésének, máskor — sok meg nem értés miatt — alig tud vele lépést tartani.

A katonai pszichiátria indulása néphadseregünkben *dr. Juhász Pál* professzor nevéhez fűződik. Ő szervezte meg 1949-től kezdődően először a neurológiát, ezen belül hazánkban elsőként az EEG laboratóriumot, a neuropatológiát — melynek akkori vezetője *dr. Csanda Endre* professzor volt —, az idegsebészetet, majd 1952. végén indította be a pszichiátriai osztályt 20 ágygal (a II. épület földszintjén). Ez az osztályrész akkor, abban az időben, korszerűnek tűnt, de szigorúan zárt ajtók és jellegzetes elmeosztályos ablakok felszerelésével működött. Udvarát 4 méter magas fal vette körül, melyre később még egy másfél méter magas befelé hajló drótháló is került a szökések megakadályozására. Volt ún. izoláló cella — teljesen a börtöncella jellegét viselve magán —, volt hálós ágy és kényszerubbony, a betegek bádog edényből ettek, kanállal, előre összevagdalt ételt, és voltak tradicionális ápolók, akik a beteget valamely alacsonyrendű lényként kezelték. Mai szemmel iszonyatos, és mindezek mellett volt szökés, sőt — szomorúan kell emlékezniem — eredményes öngyilkosság is. Innen indultunk.

Elsők között kezdtük meg a modern pszichofarmakológia alkalmazását és kutatását, bevezettük a biológiai pszichiátria alkalmazása mellett a pszichoterápiát, sőt — bár akkor ezt nem neveztük nevén — a terápiás közösséget, melyben együtt élt a beteg, az ápoló és az orvos.

Egy év alatt eltűnt a kényszerubbony, a hálós ágy, és megkezdtük a betegek differenciált kezelését. 1957. után *dr. Csorba Antal* vette át az akkor még közös neuro-pszichiátriai osztály vezetését, bár ekkor már a két osztályrész önállóan műkö-

dött. Bővült a személyi állomány. Ekkor került az osztályra *dr. Ozsváth Károly* és *Kémenczy Iván* győgyepedagógus, utóbbi később elvégezte a pszichológiai tanulmányokat, majd doktorált — és kiváló klinikai pszichológussá vált. Ebben az időben már kinőttük a 20 ágyat, a korszerűtlenség egyre nyomasztóbbá vált. 1960-ban, a felújítás során, megszüntettük a cella jellegű szobákat, beltípusú kórtermekké alakítottuk át a szobákat, beállítottunk — nem hivatalosan — 10 ágyat félig nyitott részleggel. Becsempésztük — rendkívül sok és még szakmán belül is jelentkező — ellenállás ellenére a normál étkezészeteket és — *horribile dictu* — a betegek a saját poharukból ihattak, volt éjjeliszekrény és villanyborotva. Televízió került az osztályra — bezárt dobozban, melyet csak ápoló nyithatott ki — elnéztük, hogy a beteg zsebében cigarettát és gyufa is volt, sőt fokozatosan szaporodott az ún. kijáró betegek száma. P primitív munkaterápiát alakítottunk ki és megindult az „erjedés”.

Minden új bevezetése sok nehézséggel járt. Egyet említenék, a relaxációs ECT kezelést, melyet *mi indítottunk el Giacinto* doktorral, a Balassagyarmati Kórház Pszichiátriai Osztályával egyidőben. Eleinte szinte titokban kellett csinálnunk, mert sokan — szakemberek is — féltek a narkózis veszélyeitől, holott ez — 22 év után sok tapasztalat alapján is mondhatom — gyakorlatilag nulla a régi ECT kezeléshez viszonyítva. E munkában az aneszteziológiai osztály volt nagy segítségünkre és ma is velük közösen végezzük kezeléseinket. Osztályunkon terjesztette e módszert és szervezett tanfolyamokat pszichiáterek és ápolók részére az aneszteziológiai osztály, tanítottuk e technikát. *Giacinto dr. 2—3* elmeosztály és klinika között ingázott reggel 7—9 között és terjesztette „tétvanait” a relaxációs ECT-ről.

A pszichiátriával szembeni elvárások és igények meredeken emelkedtek, és a 20 ágyra tervezett, de 50 körüli beteget ellátó osztály ezt kielégíteni nem tudta. 1962-ben — ennek is 20 éve már — megnyílt Pécsen a Honvéd Kórházban az Ideg-Elmeosztály *dr. Ozsváth Károly* vezetésével, majd 1967-ben Kecskeméten nyitottunk meg 20 ágyas elmeosztályt *dr. Sándor László* irányításával. Mindinkább sürgető szükséglet hatására 1972-ben megalakult a pszichofiziológiai laboratórium, mely elsősorban alkalmassági feladatokat kapott, azonban első perctől kezdve részt vett a pszichodiagnosztikában, majd a pszichoterápiában. Vezetője, *dr. Szántó Ferencné*, fokozatosan törekedett a klinikai igények és elvárások megvalósítására. Pszichológusaink tevékenysége minőségileg és mennyiségileg is emelte a pszichiátriai tevékenység hatékonyságát. Az „erjedés” hatására, hosszas küzdelem után, 1973-ban *ténylegesen is külön vált az MN KKK-ban a Pszichiátria és Neurologia, kialakult a pszichiátria önálló arculata, mely véleményem szerint a katonai neuropszichiátriában mindig meghatározó volt és lesz is a jövőben, hisz a betegek megoszlása — évek óta egyértelműen — 7:1 a pszichiátriai betegek javára.*

Ebben az időben indult meg a Pszichiátriai osztály átépítése, és kísérletet tettünk egy új, korszerű osztály kialakítására. Az építkezés során lebontottuk a falakat — észrevétlenül —, és mire felépült az új osztály, mely lényegében egy toldaléképület felépítését jelentette, már senki nem emlékezett a korábbi időkre. Az ajtók végérvényesen kinyíltak, a betegek bekapcsolódtak a kórház betegeinek közösségébe és mind kevésbé volt feltűnő és zavaró, ha egy — talán kissé kuszált gondolkodású beteg — megjelent a büfében és együtt kávézott más osztály betegeivel. Legfeljebb az volt számbavehető — de egyre kevesebb izgalmat jelentő — esemény, ha egy-egy betegünk megjelent a parancsnokságon, követelte az „igazát” és esetleg közben néhány fekvőtámaszt csinált. Kevesebb lett a szökés, az öngyilkossági kísérlet.

Nagy utat tettünk meg, melynek során előjáróinkat és magunkat is át kellett nevelni. A régi szakdolgozó gárda számára rendkívüli feladat volt az új feldolgozása,

a terápiás közösség alakítgatása, mely még ma sem tökéletes, de egyre inkább megszokottá válik, és ez jó. Nincs zártság, nincs rács, de van szubintenzív részleg, ahol a heveny zavartságok, akut pszichotikus betegek állandó felügyelete biztosított, a sürgősségi ellátás feltételei adottak — vagy lesznek néhány műszer beszerzése után —, és ha ez az ellátás nem is azonos az egészségügyben általános ún. intenzív ellátással, pszichiátriai szempontból annak felel meg — más tartalommal. És ez nagy eredmény: a betegek nem félnek az osztálytól, nem érzik magukat megbélyegzetteknek, társadalmon kívülinek, sőt olyan betegünk is van, aki — ha érzi betegségének fellángolását — önként jön és kéri pl. ECT kezelést.

Kezdeti lépéseket tettünk a pszichotikusok pszichoterápiája felé, azzal a cézzal, hogy lehetőség szerint munkaképesen engedhessük ki a katonai idejük alatt megbetegedetteket. A betegforgalom ugrásszerűen nőtt minden kórházunk pszichiátriai osztályán, a kezdetihez képest három-négyszeresére, ez az MN KKK Pszichiátriai osztályán jelenlegi évi mintegy 1000 felvételt jelent. A rendelőintézetekben hasonló a helyzet, (az MN KKK-ban évi 15 ezer körüli forgalom) és ennek kb. 70%-a pszichiátriai probléma. Bár 1981-ben az MN KKK-ban megindult a második rendelés, pszichológussal és a megfelelő asszisztenciával, alig képesek a megnövekedett feladatok ellátására. A pszichiátria — illetve a neuro-pszichiátria — önálló és alapszakmaként való elismerését jelenti a *hadsereg szintű főszakorvosi státusz létesítése 1982-ben*.

Terápiás ténykedésünket illetően az eklektikus szemlélet az irányadó. Magamat mindig a biológiai pszichiáterek sorába soroltam, nem tagadva a szociálpszichiátria létjogosultságát. Hangoztattam mindig — *Pinel* tételét elfogadva —, hogy az embert kell kezelni, nem a beteg szervet önmagában, és ez vonatkozik minden szakmára egyaránt és nem csak a pszichiáterre. Nem tudom megmondani, hogy a biológiai egyensúly megbomlásában mennyi szerepe lehet a genetikus adottságnak és mennyi a környezethatás jelentősége. Magam a biológiának adok és adtam elsőbbséget mindig, de ez a pszichoterápiát nem nyomhatja el. Az orvos, már megjelenésével is pszichoterápiát alkalmaz, jól vagy rosszul, a pszichiáter felelőssége e tekintetben a legsúlyosabb. És itt kezdődik a pszichiátria nagy gondja. A pszichoterápiás beavatkozást ki kell terjeszteni a beteg környezetére, de az egész társadalomra is, mert csak így képzelhető el a pszichiátriai beteg reszocializációja.

E gondolatok vezetnek át a *mentálhigiénias* tevékenységhez, melynek megvalósítása jelen feladatunk. A mentális egészség nem az elmebetegségek hiányát jelenti, sokkal inkább a jó egyéni és társas közérzetet. Ennek megteremtése komplex feladat, melyben az egyén, valamint közvetlen és távolabbi környezete egyaránt szerepet kap. Ez a feladatkör a pszichiátriához tartozik, de önmaga megoldani nem képes. A mentálhigiénias rendszerben az alaptagozatban működő orvosok, szakrendelők, szakosztályok mind feladathoz jutnak és ennek a nagy körnek koordinálója maga a mentálhigiénias rendszer vagy szolgálat.

Katonai körülmények között szoros csoportban élnek együtt sorkatonák, kitépők, parancsnokok és beosztottak, és ebben a szoros kapcsolatban az orvos, a politikus, a nevelő és a parancsnok kapja az első információt valamely zavarról, ő tehet kísérletet ennek megoldására. A szakorvos már a következmény kialakulásakor jut a beteghez, illetve a már megbetegedett emberhez. Az egymástól független ténykedés eredménytelensége nem kétséges. Ebben a rendszerben van szükség a mentálhigiénias szolgálatra, melynek szerepe a problémák megoldása: racionális vagy pszichoterápiás úton. Elképzelésem szerint e mentálhigiénias szolgálat a pszichiátriához csatlakozik, pszichiáter vezetésével, pszichológusok segítségével, az alaptagozat, a szakrendelés és a kórház részvételével oldja meg feladatait.

Éz a rendszer hasonlítható a franciák szektor rendszeréhez vagy az angol (*Benett*) „Community psychiatry” rendszeréhez, de alkalmazható a hazai — és ma már elfogadott, de tartalommal még nem megtöltött — integrált betegellátási rendszerhez. Lényege, hogy a beteg ugyanazon környezetben, ugyanazon ellátási rendszerben kapjon meg minden ellátást. Ennek megvalósításához speciális kiképzési formula alkalmazása szükséges, részben az alaptagozatban — a csapatellátásban — dolgozó orvosok, részben a szakrendelések és szakintézetek orvosai, végül a mentálhigiénés ellátásban résztvevő személyzet részére. Úgy vélem, hogy e kiképzés a polgári életben már meghonosodott és nem is újszerű, ún. pszichoterápiás hétfvégek mintájára történhetne. Alapfeltétel ehhez, hogy szakintézeteink, kórházaink önálló pszichiátriai részleggel rendelkezzenek. Ez ma már kötelező és ez alól nem lehet kibújni. Ebben a rendszerben helyet kap a biológiai terápia, az ES-től a farmakoterápiáig és a pszicho-szocioterápia a maga helyén. E rendszerben elkerülhető, hogy az akut pszichotikus beteg csak pszichoterápiát kapjon, de az is, hogy a neurotikus beteget feleslegesen incisívus szerekkel terheljük, növelve betegségtudatát. Így lehet szintézisbe hozni a pszichiátria végletes álláspontjait, melyek egyik oldalán áll *Szász* az elmebetegségek tagadásával, a másikon *Ey*, aki szerint kórosan csak a kóros tud reagálni. Így válik érthetővé *van Praag* kijelentése, mely szerint az antipszichiátria olyan álláspont, mely azt követeli egy féllábú embertől, hogy részt vegyen a 100 méteres síkfutásban.

A tudományos életben a katonai pszichiátria, megalakulása pillanatától kezdve, rendszeresen részt vállalt. Nem készítettem statisztikát tudományos munkáink számáról és tematikájáról, inkább csak példálózva említenék néhány adatot.

Már az ötvenes évek elején magam több esetben adtam számot a katonai pszichiátria jellegzetességeiről, a betegségek előfordulásáról: *részt vettem a pszichofarmakológiai kutatásokban és ma szinte egyetlen készítmény sincs, melynek klinikai vizsgálatában részt ne vállaltunk volna.* 1954-ben megjelent egy tanulmánykötet, melyet *Dr. Juhász Pál* szerkesztett és ebben számos pszichiátriai tanulmány szerepelt. Kezdetől fogva foglalkoztam, később *Dr. Csorba Antal*, majd *Dr. Ozsváth Károly* bekapcsolódásával a speciális katonai pszichiátria problémáival, így az *alkalmasság kérdésével, a személyiségzavarokkal, az öngyilkosság kérdésével, a kriminál-pszichiátria katonai vonatkozásával.* 1962 után két központ alakult ki, az egyik Budapesten, a másik Pécsen. *Budapesten magam, Pécsen Dr. Ozsváth* irányításával intenzív pszichiátriai kutatás indult meg és e kutatásokban — túlmenően a katonai jellegzetességeken — magát a pszichiátriát vizsgáltuk, egyik oldalon a biológiai kérdéseket, másik oldalon a szociálpszichiátriai problémákat. Lépés azonosságban voltunk mindig a kor fejlődésével, s bár gyakran anyagi és technikai okok hátráltattak bennünket, nem maradtunk el a polgári élet pszichiátriai ténykedésétől, de néha még előbbre is jártunk, pl. a relaxációs ECT bevezetése, a terápiás közösség kialakítása, az „open door” rendszer bevezetése, a skizofrénia és epilepszia problematika kérdése (*Dr. Csanda Endrével, Dr. Walsa Róberttel* folytatott kutatásaink). Az említett két központ tevékenységének eredményeképpen *Budapesten magam, Pécsen Dr. Ozsváth Károly* kapott megbízást a pszichiátria oktatására az egyetemen. Két katona pszichiáter oktatta az egyetemistákat a pszichiátria tudományára és oktatja jelenleg is. Tudományos témáink sokrétűek, szerteágazóak a biológiai pszichiátriától a szociálpszichiátriáig. Az elmúlt három évtizedben — nem tudom megmondani a pontos számot — több száz közleményünk, monográfiánk, könyvrészletünk, egyetemi jegyzetünk látott napvilágot. Központi témaként mindig a katonai pszichiátriát választottuk, és ezen keresztül kapcsolódtunk a pszichiátriához általában.

E munkába természetesen bekapcsolódtak munkatársaink, a Kecskeméti Kórházban *Dr. Sándor László* és legújabban az 1. sz. Katonai Kórházban *Dr. Köves Péter* és természetesen *pszichológusaink*.

Szoros kapcsolatba kerültünk a pszichiátria irányításával általában és vezetőként résztveszünk irányító testületekben (Országos Kollégium, szakmai társaságok, ETT).

Kísérletet tettem arra, hogy három évtized munkásságáról beszámoljak. Új társadalom alakulása közben, sok meg nem értés és félremagyarázott problémák között kellett megkeresniünk a helyes utat, kellett dolgoznunk és alkotnunk. Volt idő, amikor közleményeink csak bizonyos „sablon szósszal” leöntve kerülhettek közlésre és volt idő, amikor az anyagi és technikai adottságok akadályoztak az előhaladásban. Ma sem rózsás a helyzetünk, de az a tény, hogy a katonaegészségügyi szolgálat elfogadta szakmánkat önálló és alapszakmaként — önálló főszakorvossal —, két egyetemi tanár működik közöttünk, három kandidátusunk van, sorainkból került ki a budapesti Pszichiátriai Klinika igazgatója, a Pszichiátriai Társaság Elnöke *Dr. Juhász Pál*, akit követtem a Tanszék élén, a Neurológiai Klinika Igazgatója és a Neuro-pszichiátriai Társaság Elnöke *Dr. Csanda Endre* (illetve alelnökei *Dr. Oszváth, Dr. Magyar*), részt veszünk a pszichiátria rendszeres oktatásában és jegyzeteinkből tanulja az ifjú generáció a pszichiátriát, katonai igazságügyi szerveink koncepciómat fogadták el a beszámíthatóság kérdésének megítélésében, — komoly eredmény.

Nem lehetünk önelégültek és elbizakodottak. Sok a gondunk és problémánk. Remélem, a jövőben folyamatosan számolunk be mindenkori tevékenységeinkről, eredményeinkről és visszatérhetünk azokhoz az időkhöz, amikor egy-egy MNOTT ülés meghatározója volt a neuropszichiátriai beszámoló. Ezt abban a tudatban merem remélni, hogy most már önálló szakosztályt képezünk a MNOTT-on belül és a neuro-pszichiátria — és elsősorban a katonai pszichiátria — helyének és szerepének megfelelően alapszakmaként fog működni a Magyar Néphadsereg Egészségügyi Szolgálatában és a tudományos életben egyaránt.

#### IRODALOM

1. *Andorka R.—Buda B.—Cseh-Szombathy L.*: A deliráns viselkedés szociológiája. Bp. 1979.
2. *Beckert H. S.*: Social problems. A modern approach. N. V. 1966.
3. *Bennet F.*: Community psychiatry Brit. J. Psych. 132, 209—220—1978.
4. *Conrad K.*: Die Beginnende Schizophrenie, Georg Thieme Verlag Stuttgart 1958.
5. *Durkheim E.*: A szociológia módszerei, Bp. 1917.
6. *Erikson E. H.*: Childhood and society. NY. 1950.
7. *Gelhorn E.*: cit. Magyar I. Neuropszichiátriai hibernatio. Ideggyógyászati Szemle 2.59. 1956.
8. *Goffman E.*: Stigma notes of the menagement of spoiled identity. Erylewood Cliffs N.J. 1963.
9. *Grastyán E. és m.társai*: cit. Magyar I. Walsa R. Epilepsiás EEG manifestáció schizophorm psychosisoknál. Ideggyógyászati Szemle 13. 331 1960.
10. *Holliphead A. B.—Redlich F. C.*: Social cles and mental illnes. NY. 1958.
11. *Jones M.*: The Social Psychiatry in the Paractice. Middlesex: 1968.
12. *Juhász P.*: A falusi betegek neurosisának kérdései. Ideggyógyászati Szemle 2. 22.44. 1964.



13. Kaplan B.—Read R. B.—Richards W. A.: A Comparison of the Incidence of Hospital and non-hospitalized cases of Psychosis in Two Communities. *Am. Soc. Rev.* 21. 472—471. 1951.
14. Knoll J.: Deprenyl (selegiline) the history of its development and pharmacological action. *Acta Neurol Scand.* 95. 57—80. 1983.
15. Lombroso C.: *L'uomo delinquente*. Torino.
16. Magoun H. W.—Moruazi G.: cit. *Magyar I. Neuropsychiatriai hibernatio. Ideggyógyászati Szemle*, 2. 51. 1956.
17. Merton R.: *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Bp. 1980.
18. Nyírő Gy.: *Psychiatria. Medicina* Bp. 1961.
19. Papez I. W.: eit. *Magyar I. Neuropsychiatriai hibernatio. Ideggyógyászati Szemle* 2. 59. 1956.
20. Szász Th. S.: *The Myth of Mental Illnes*. NY. 1962.
21. Takács L.: *Személyes közlés*.

*Полковник м/с И. Мадьяр:*

#### РАЗВИТИЕ ПСИХИАТРИИ В ВЕНГЕРСКОЙ НАРОДНОЙ АРМИИ, ПУТЬ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ОТ ЗАКРЫТЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ДО «ОТКРЫТЫХ ДВЕРЕЙ»

Автор рассматривает 30-летнюю деятельность по психиатрии медицинской службы БНА.

Первое психиатрическое отделение как часть психоневрологического отделения начинала свою работу в Центральном Военном Госпитале ВНА под руководством автора. Позже оно стало самостоятельным отделением, работающим по классической закрытой системе. В дальнейшем закрытая система была снята и в наши дни отделение функционирует открыто и имеет субинтенсивную часть. В то же время, согласно новым потребностям, психиатрическая деятельность начиналась кроме Центрального Военного Госпиталя ВНА и в Пече и Кечкемете. Военные психиатры создали и совершенствовали военную психиатрию и приняли деятельное участие в революции всей психиатрии, в введении и распространении новых методов лечения (в области психофармакологии, социальной психиатрии, военнокриминальной психиатрии и т. д.). Из них выделились руководители данной специальности (профессоры Е. Чанда, И. Юхас) и два кадровых профессора (И. Мадьяр и К. Ожват).

Назначением главного психиатра ВНА в лице автора — по предложению Медицинской службы и вследствие значения данной специальности — военная психиатрия была признана основной дисциплиной.

*Col. I. Magyar M.D.M.C.:*

#### THE PROGRESS OF PSYCHIATRY IN THE HUNGARIAN PEOPLE'S ARMY. TRENDS IN PSYCHIATRY FROM LOCKED DEPARTMENT TO „OPEN DOOR”

The author reviews 30 years of psychiatry in the Hungarian People's Army Medical Corps.

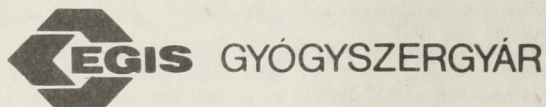
The first psychiatric ward in the Central Military Hospital organized by the author grew up under his leadership into an independent unit. Further on, this classic locked unit was reorganized into an open department and is working now with subintensive unit. In the meantime, according to the increased demands, psychiatric activity have been started—besides the Central Military Hospital—in Pécs and Kecskemét, too. Military psychiatrists have formed and developed military psychiatry and have taken an active part in the revolution of the whole psychiatry, in establishing and spreading new methods (psychopharmacology, social psychiatry, military criminal psychiatry and so on). From among them were chosen the heads of the Hungarian psychiatry (professors E. Csanda and P. Juhász) and two professors being on active military service even now (colonels I. Magyar and K. Ozsváth).

By the appointment of the HPA Chief Psychiatrist in the person of the author as a result of the high significance of this special line and on the proposal of the Medical Corps, this branch of knowledge was classified as fundamental discipline.

## TÁJÉKOZTATÁS

Felhívjuk szíves figyelmüket, hogy az EGYT Gyógyszervegyészeti Gyár emblémája és neve 1985. január 1-től megváltozott.

Új név és embléma:



Propagandaosztály