

Dr. Nagy Ervin orvos őrnagy

A neurózis gondozása csapatnál

A gondozás a gyógyító-megelőző ellátás legfontosabb munkamódszere. Töb-
bet jelent a pusztá gyógyításnál és minőségileg különbözik a szakorvosi ellátás-
tól is. Magába foglalja munkánk legfontosabb célját, orvosi szemléletünk egé-
szét meghatározó megelőző tevékenységünket; jelenti a szó szoros értelmében
vett gyógyítást, valamint a gyógyulás és a munkába állítás közötti, esetleg még
rendkívül bonyolult feladatot igénylő rehabilitációt egyaránt. A gondozó munka
ennek a hármas követelménynek eleget téve felelhet csak meg céljának.

Egy populáció gondozása csak megfelelő társadalmi szervezettséggel és az
egészségügyi ellátás igen magas fokán valósítható meg. Katonai körülményeink
között ezek a feltételek mind a szervezettséget, mind az egészségügyi ellátás
színvonalát illetően adottak, azonban az egészségügyi szolgálat erői és eszközei
a parancsnoki állomány segítsége nélkül nem elégségesek. Most nem csak az
egészségügyi szolgálat munkafeltételei biztosítására, a katonák rendelkezésére való
megjelenésére vagy az egészségügyi szabadságok kiadására célok. A psychiat-
riai panaszokkal jelentkező betegek túlnyomó többsége nem a szó tankönyvi
értelmében vett neurosisban szenved, hanem az interpersonális psychopatholó-
gia körébe tartozó valamilyen psychés érintettséggel jön hozzánk; gondolok a
neurosisokon kívül a személyiségzavarokra, krízis helyzetekre, suicid megnyil-
vánulásokra, alkoholizmusra, exhaustiókra, megoldatlan konfliktusokra stb.
A felsorolt „betegségek” jelentős része nem mérhető hagyományos egészség-
betegség kategóriákkal, azonkívül a parancsnoki állománynak is éppen ezek a
„nem hagyományos betegségek” okozzák a legtöbb gondot, s az egészségügyi
szolgálattól várják el ezek megoldását. Az egészségügyi szolgálat viszont ezeket
nem tudja megoldani, legfeljebb felismeri az okokat, s megoldásokat javasol,
de az intézkedési lehetőség a parancsnokok kezében van. Ez a kettősség azt je-
lenti, hogy mind a csapatorvosra, mind a parancsnoki állományra feladatok há-
rulnak a gondozási munka során, érdekeik közösek és felelősségükben is osz-
tozni kénytelenek.

Első hallásra talán furcsán hat a közös érdek, még inkább a felelősség, de
bizonyára nyilvánvaló lesz a dolog, ha egy psychésen dekompenzálódott katona
őrségbe állításáról, suicid kijelentéseiről, netán megvalósított suicid cselekmé-
nyéről, rendkívüli eseményekről beszélünk. Ez a parancsnoki felelősség az, ami
adott esetben komoly segítségünkre lehet a vezető állomány megnyerésében,
s ha az érdekközösséget sikerül velük elfogadtatni és felismertetni, a gondozói
feladatok megoldásában mellénk állíthatja őket.

A másik gond a csapategészségügyi szolgálaton belül van. A nem pszichiater kollégák hajlamosak csak akkor elfogadni a betegséget, ha objektív elváltozást találnak, egy részük elismeri a psychosomatikus és funkcionális kórképek létezését, de egy adaptációs zavart már többnyire csak fegyelmetlenségnek tudnak elképzelni. A szemlélet megváltoztatásához azonban segítségre van szükségünk mind a parancsnoki, mind a csapatorvosi állomány részéről.

Csak a csapat tagozatban oldható meg a pszichiatriai szempontból érintett, veszélyeztetett, de magától orvoshoz nem forduló állomány felkutatása. Fokozott figyelmet kell szentelnünk a hivatásos állománynak. Sok-sok éve végeznek idegileg és fizikailag egyaránt nagyon igénybe vevő munkát, szervezetük elhasználódott; főleg az idősebbek egy része idők folyamán végzettségénél magasabb beosztásra került, s ennek csak ereje végső megfeszítésével tud eleget tenni, — és nem elhanyagolható szempont, hogy némelyikük psychés panaszával szégyelth orvoshoz fordulni, illetve nem tartja betegségeknek, ezért nem is jut ez a lehetőség eszébe. A fáradtság, feszültségek, hangulatzavar, szorongás oldására esetleg italhoz folyamodnak, s a felületes szemlélő a beteg helyett csak egy italozó ember fegyelmi problémáját fogja látni. Nem szabad *Bleuler* tanítását elfelejteni: Az alkalmi részek nagy része krízis szituációban van, és bánatában iszik! Előfordul, hogy a 45—50 éves tiszt bizonytalan panaszokkal küzd és általános kivizsgálást kér, a parancsnoka ezzel egyidőben nyugállományba helyezését támogatná, s a kivizsgálás során megindul a MUCSŐ-höz a „százalékgyűjtés”, pedig az esetek egy részében csak arról van szó, hogy az illető nem érzi jól magát a beosztásában, insufficientia érzése van, emiatt neurotizálódik, parancsnokai észreveszik a teljesítmény csökkenést és senki nem tudja hogyan segíthetne a betegen, ezért ha a lehetőségek jogilag engedik, inkább hozzájárulnak leszereléséhez.

Annak illusztrálására, hogy egy psychés probléma milyen betegséget tud produkálni, s a psychotherápiás beavatkozás milyen eredményt hozhat, ismertetek egy esetet osztályunk anyagából. 28. éves ht tiszt. Polgári kórház belgyógyászati osztályáról vettük át. Kórházi felvételére az szolgáltatót okot, hogy 17 tbl. Valerianát vett be, mert azt gondolta, hogy rá nem hatnak a gyógyszerek. Suicid szándékot negált. Exploratóriór elmondta, 4—5 éve jött rá, hogy gondolatvilága eltér attól, amit normálisnak neveznek. Úgy érzi, anélkül tud mások gondolatairól tájékozódni, hogy azt kimondanák. Sokszor az az érzése, hogy nem tudja a valóságot elválasztani a képzelettől. Hirtelen gondolatok után üresség támad a fejében. Ha egyedül van a szobában, akkor is úgy érzi, hogy még valaki van bent; csak a páncélszekrényét érezte biztonságosnak. Bizonytalansága miatt otthon is minden ajtót bezárt. Éjszaka újra álmolta a nappal megélt dolgokat, máskor az éjszakai álmai nappal valóra váltak pl. álmában kapott a főnökétől egy utasítást, a pár nap múlva ez a valóságban is megismétlődött. Máskor az az érzése támadt, hogy sérthetetlen, ha elhatározná, hogy kiugrik az ablakon, akkor sem lenne semmi baja. Állítólag ilyen meggondolásból bevett 10 tbl. Seduxent is, s nem történt semmi, ezért utólag kételkedett benne, hogy valóban bevette-e a gyógyszert. Megváltozottának érzi a külsejét. Egyenruhában esetlenebbnek érzi a mozgását. Olyanok is köszönnek neki az utcán, akiket nem ismer, ez olyan mint a telepathia. Exploratio közben is közölte, hogy éppen olyan üres lett a feje, mint szokott lenni. Néha nagyon egyszerűnek érzi a környezetét, ilyenkor előre tudja mit mond a beszélgető partnere. Az is felmerült benne, hogy nyugodtan magára süthetné a pisztolyát, semmi baja nem esne.

Az első vizsgálat alapján a vizsgálóban schizophreniás processus lehetősége merült fel. A további beszélgetésekből még kiderült, hogy anyja hangulatilag labilis, lehangoltságra hajló személyiség, „különös megérzései vannak”; nővére labilis alkat, de inkább cirkuláris jelleggel. A beteget gyermekkorában szigorú pedantériával nevelték, ha valami nem volt rendben, szorongott. A birtokában levő tárgyak biztonságérzettel és örömmel töltötték el. 17 éves kora körül kezdett filozófiával, pszichológiával és határterületeikkel foglalkozni, ezzel együtt merült fel benne a lét és nem

lét, valamint az élet értelme problémája. A Szovjetunióban végzett katonai főiskolát. Családon belüli problémája, hogy felesége szovjet állampolgár, két gyermekük van és az asszony nem tudott nálunk megfelelően elhelyezkedni. Szolgálati beosztásában nem érezte jól magát, fő panaszja, hogy nem olyan munkakörben foglalkoztatják, ami végzettségének megfelel; ő mérnök és mégis parancsnoki feladatokkal kell foglalkoznia; értelmetlennek tartotta, hogy olyan parancsokat adjon a katonáknak, amelyek értelméről maga sincs meggyőződve; nem bír kiabálni velük, mint társai, emiatt úgy érzi, hogy a tiszték közül is kilóg. Insufficientia érzései miatt két alkalommal is lezserelési kérvényt adott be — még megbetegedése előtt —, de nem fogadták el.

Observatóija alatt panaszai ellenére sem keltett bennünk psychotikus benyomást, az explorált adatok élményhátterét nem éreztük meggyőzőnek. Ellene szólt a sok reactiváló tényező is. Psychológiai vizsgálat során psychopathiás személyiségadottságai kerültek előtérbe, kétségtelen neurotikus decompensációval. MUCSŐ előtt 40%-ot kapott az előbbi kórisme alapján. FÜV döntése: „alkalmas, csak tanult szakmájának megfelelő beosztásban foglalkoztatható” volt.

2 hónap elteltével ismét fel kellett vennünk a kórházba, gyakorlatilag az első felvételtől előadott panaszai miatt. Psychotikus jellegű panaszai ellenére most sem éreztük psychosisban szenvedő betegnek. Ekkor kaptunk parancsnokától egy részletes jellemzést (a korábbi bentfekvéskor is kaptunk, ezt azonban alacsonyabb szintű parancsnoka írta, s nem tartalmazott számunkra minden fontos adatot), ebben leírták, hogy a beteg az általa katathymiásan elmondottakkal ellentétben katonai híradó-parancsnoki szakon végzett, s ilyen beosztásban is foglalkoztatják. Tevékenységével összességében meg voltak elégedve, 1978-tól 3 alkalommal kapott jutalmat, 1 alkalommal dicséretet, múlt év szeptember 29-re felterjesztették a Haza szolgálatáért érdemrend bronz fokozatára, ezt a felterjesztést lezserelési kérvénye miatt vonták vissza.

Az új adatok birtokában hosszabb exploratív psychotherapiás beszélgetés során confrontáltattuk korábbi életvezetésbeli panaszaival. Némi ellenállás után elismerte, hogy a helyzet eltér az általunk eddig ismerttől, alapvető problémája ugyan a katonai beosztásával van, de nem történt vele semmi jogtalanság. Az eset átbeszélése után megindult nála egy stabilnak tűnő kompenzálódási folyamat, korábbi psychotikus jellegű panaszai megszűntek, jelenleg is szolgál.

Tanulásként összefoglalhatjuk; kétségtelenül psychopathiás személyiségadottságú beteg katonai és magánéletbeli nehézségek hatására dekompenzálódott, s psychotikus jellegű panaszok miatt került sor kórházi felvételére. A nem kielégítő heteroanamnesztikus adatok miatt kezelése az első menetben nem hozta meg a kívánt eredményt, MUCSŐ elé is kellett állítanunk. Második kezelése során a teljes helyzet ismeretében lehetővé vált eredményes psychotherapiás jellegű confrontatio után a teljesnek látszó katonai rehabilitálása. A beteg parancsnoka, csapatorvosa és a magunk számára leszűrhető tanulság, hogy együttes munkánk nem volt maradéktalan, mert ha hamarabb tudjuk létrehozni egymással a megfelelő munkakapcsolatot, akkor egy betegségfolyamatot több héttel lerövidíthettünk volna.

A hivatásos állomány gondozását illetően annyival könnyebb a csapatorvos dolga, hogy személyes jó ismerőseiről van szó, akiknek egészségügyi történéseit évek óta figyelemmel kíséri, számtalanszor találkozik velük nem rendelői körülmények között is, ismeri a családjukat, beszél róluk az előjáróikkal, s egy jól körülhatárolt, számontartható csoportról van szó. Közülük a psychiatriai szempontból fokozott figyelmet igénylők kiemelése viszonylag könnyű feladat.

Nehezebb a dolog a sorállomány vonatkozásában. Az állomány változik, nagy a létszám, nincs velük személyes kapcsolat, nem megfelelőek a heteroanamnesztikus adatok, — a parancsnokok a psychés problémák mögött gyakran csak fegyelmi kérdést látnak —, s a betegek mellett jelentkező, kedvezményekre vágyó ügyeskedők is nehezítik az orvos helyzetét. Néhány dolog azonban segítségünkre lehet. Bevonuláskor történik az egészségügyi könyvek kitöltése, itt az anamnézis rész kiegészítése néhány adattal a későbbiekben hasznos iránytű lehet. Pl.: volt-e ideg- vagy elmebeteg, öngyilkos, büntetett személy, potator a családban, ugyanezek előfordultak-e a beteggel, volt-e koponyasérülése, eszméletvesztése, agrázkódása, 5-nél több munkahelye, félbehagyott szakma-

tanulás, fegyelmi ügyei, önkényes kilépés munkahelyről. Ezeket a kérdéseket egy ügyesebb egészségügyi katona is felteheti, s az adatok alapján már felmerül, hogy kivel lehet baj a továbbiakban. Fontos, ha a fogság fenytésben részesülők vizsgálata nem formális, érdemes a fenytés okát és körülményeit a betegtől pontosan megkérdezni. A rövid exploratio során is felmerülhet későbbi pszichiatriai foglalkozás szükségessége, a fenytett katona is gyógyszerre szorulhat, esetleg elejét vehetjük későbbi expozív reakcióknak. Váratlan fegyelm-sértések mögött krízis-szituáció, vagy akár pszichiatriai betegség húzódnak meg! A közelmúltban volt egy esetünk, amikor majd egy éves kiemelkedően jó katonai szolgálat után a beteg viszonylag banális psychotraumatát követően a parancsnok által fegyelmzetlenségnek megítélt kihágásokat követett el, fenytették, s szokásos deviáns karrier után került sor osztályos felvételére, majd psychoticus epizód miatt kellett leszerelnünk.

Ez persze egészen szélsőséges eset volt. A csapatorvosi gyakorlatban előforduló pszichiatriai esetek, mint említettem, rendszerint nem psychosisok, hanem a betegség az interpersonalis psychopathológia körébe sorolandó. A veszélyeztetett populatio megoszlását jéghegy-szerűen kell elképzelni, orvoshoz csak az érintettek töredéke kerül; katonai körülmények között azonban a korlátozott lehetőségek miatt a jéghegy csúcsa jobban kiáll a vízből. Fokozottan várható krízis helyzet előfordulása kiegyensúlyozatlan személyiségeknél, akiknek csökkent az adaptív készsége; elsősorban ezeknél várható alkohelizálás, drog-abusus, suicidium. Hangsúlyozni kell azonban, hogy a krízis helyzet nem szűkíthető le betegekre vagy betegségecsoportokra, hanem — elsősorban a teendőket illetően — az átlagember hétköznapi problémájával állunk szemben. Az állapot idő- és helyfüggő, körülhatárolt körülményekre vonatkozik, s a krízis ténye a környezet számára utánérezhetetlen, esetleg nem is nyilvánvaló. Kizárólag a beteg szubjektív megélése a döntő; aki segítség híján a legképtelenebb menekülési reakciókat produkálhatja, katonai nyelven szólva bekövetkeznek a rendkívüli események; szökések, primitív suicid megnyilvánulások, heteroagressziók, parancsmegtagadások. Ilyen esetben a körülményeket ismerő orvos rendkívül sokat tehet további dekompenzáció megakadályozására, illetve a konfliktusok megoldásában.

A preventio esetleg kiegészíthető az alakulat egészét átfogó szűréssel is. Létezik önkítöltős neurosis-teszt, amit bevonuláskor az újoncokkal kitöltetve hasznos adatokat nyerhetünk az állomány veszélyeztetettségéről.

A gondozási munka leghagyományosabb része a gyógyítás. Egyik orvosi szakma művelője sincs annyira ráutalva a csapatorvosok és a parancsnoki állomány segítségére, mint a psychiater. A beteget előttünk — esetleg rendszeresen — észlelő kollégák rengeteg apróságot tudnak a betegről, amelyek ismerete nélkül nagyon nehezen boldogulunk. Fontos tudnunk, hogyan kezdődött a betegsége, kapott-e már gyógyszert, s mennyi ideig, volt-e hatása, gyakran járt-e a gyengélkedőre, ha rosszulétei voltak, hogyan zajlottak le, esetleg a gyengélkedőre lekísérő társai azt hogyan mondták el, vannak-e problémái stb. Kiemelkedő jelentőségű számunkra a parancsnoki jellemzés is, s tudjuk, hogy ezek elkészítésében mekkora szerepet vállalnak a csapatorvos kollégák, — tanácsadásal, szempontok megadásával, szorgalmazással. A jó szemű parancsnok rengeteg dolgot észrevehet a betegnél, változott-e a hangulata, magatartása, a többiekkel való viszonya, kiképzési eredménye, fél-e bizonyos feladatoktól, pl. őrségtől, valóban nem tud valamilyen kiképzés követelményeinek eleget tenni, milyenek a képességei a tanulásban, bírja-e a fizikai terhelést, van-e családi problémája, ami miatt beteg; milyen az anyagi helyzete; ha nő, milyen a viszonya a felesé-

gével, anyósával, s még sorolhatnám tovább. Arra is kíváncsiak vagyunk, mit gondol az orvos és a parancsnok, alkalmas-e az illető beteg egyáltalán katonának.

A betegek egy részét ambuláns vizsgálat után a gyengélkedőn kezeljük, s viszonylag hosszabb időt töltenek itt. Tudott dolog, hogy az antidepresszánsok kb. 2 hét alatt hatnak, nem egyszerre szűnik meg a szorongás, az alvászavar, javul meg a hangulat, jön vissza az aktivitás. Közben a gyógyszeradagolást is változtatnunk kell, ezért a beteg kontrollra küldésekor az eltelt néhány nap észleléseiről a lehető legrészletesebb leírásra van szükségünk: milyen komplikált feladat egy enuresis csapatnál való gyógyítása, amikor 2 hónapig kell a beteget observálni a kiképzésen való részvétel mellett.

Gyakran előfordul, hogy szociális jellegű problémákkal keres fel bennünket a beteg. Ilyen esetben a szakrendelés vagy a kórház nem sokat tehet, annál többet a csapatorvos. Elintézheti pl. hogy a katonát parancsnoka hazaengedje, ne legyen kiteve társai részéről különféle szekatúráknak, ne osszák be őrségbe, ha ki van fáradva, foglalkoztassák másik beosztásba, kapjon segélyt stb.

Főleg újonc katonákkal fordul elő, hogy már a kiképzés első napjaiban jelentkeznek a gyengélkedőn, vegetatív rosszullétek, ideges panaszok miatt felvettelt nyernek, s addig ott is maradnak, amíg teljesen hospitalizálódva lehetetlenné nem válik az aleggységhez való visszaküldésük. Háborús tapasztalatra utalok — gondolhatunk a II. világháborúra, vagy akár Vietnamba is — amikor harci körülmények közé csak azok a pszichiatriai betegek voltak gyógyulás után visszaküldhetők, akiket nem szállítottak hátra a hátszágba, hanem az egészségügyi kiürítési szakaszok valamelyik állomásán kezelték őket. Itt a harcoló csoport morális összetartó ereje nem engedte, hogy ezek a betegek kivonják magukat a többiek feladata alól. A pszichiatriában először a katonai sátorkórházak sajátos légköre bizonyította a szociális faktorok hatalmas erejét. Itt egymásra volt utalva a beteg, ápoló, orvos egyaránt; ugyanolyan körülmények között szenvedtek, dolgoztak, közösen vállalták a gyógyítás feladatát. Az orvos—beteg kapcsolat ezen minőségileg új szervezési formáját 1946 óta találó kifejezéssel terápiás közösségnek nevezzük.

A terápiás közösségben a hagyományos tekintély struktúra helyett egy — legjobban „a másik emberhez való odafordulás” kifejezéssel jellemezhető — új viszony-rendszer alakult ki. A megváltozott légkörben a betegek tevékeny részt vállalnak saját gyógyulási folyamatukban, ez lehetővé teszi számukra, hogy jobban megismerjék saját reakcióikat, és lássák azok másokra kifejtett hatását. Ebben a védett környezetben lehetőséget kapnak új magatartásmintáik kialakítására, ugyanakkor az állandó kommunikációk és konfrontációk során meg is győződhetnek patternjeik használhatóságáról.

Egy ilyen minőségileg más miliő létrehozásához nélkülözhetetlen, hogy az egész személyzet magáévá tegye a terápiás közösség elveit, amelyek a következők:

— Az osztályt érintő kérdésekben mindenkinek a véleménye egyenértékű, orvosé, nővéré, betegé egyaránt.

— El kell viselni a zavart, „rendetlen” viselkedést, a megbeszélés jobb, mint a formális fegyelmezés.

— Mindenki szabadon kifejtheti véleményét.

— Mindenkit arra kell biztatni, hogy problémáit mondja el, és magyarázza is meg azokat.

A terápiás közösség fogalma tehát szemléletmódot és arra épülő osztály-szervezést, munkamódszert, kapcsolatrendszert, viszonyulásokat jelent; felhasznál-

nálja a szocio- és psychotherápiás módszereket a somatikus kezelés mellett. Összességében miliő-therápiának is nevezhetjük.

Ez a szemléletmód pszichiatriai betegek kezelésénél nem mellőzhető, s ez nem csak a szakellátásra és a kórházi osztályokra érvényes, hanem az alapellátásra is, vezérelve kell legyen a csapatorvos gondozói tevékenységének is.

Az eddig elmondottakból már kiderült, hogy a *gondozás hármass feladatát* a csapatorvosokkal megosztva látjuk el, az egyes részfeladatok elvégzéséből azonban természetből fogva nem ugyanolyan részt vállalunk. A szakellátást illetően a kórház vállal többet, a megelőzés és a rehabilitatio vonatkozásában a feladatok oroslánrésze az orvosra és a parancsnoki állományra hárul. A rehabilitációs munka részben preventio is, gondoljunk a nem megfelelő rehabilitatio miatt kialakuló forgóajtó-pszichiatría jelenségre, amikor a beteg ki-be jár a kórházba, csak éppen soha nem jön rendbe.

Gyakori gondunk, hogy amikor a kórházi kezelés nem leszereléssel, hanem alakulathoz bocsátással, eü. szabadság engedélyezésével, különféle könnyítések javaslatával végződik, akkor a beteg a nem megfelelő rehabilitatio miatt tovább dekompenzálódik. Vannak parancsnokok, akik számára a betegség mércéje a leszerelés, s miután a katonát szolgálatképesen kapta vissza, bizonyítottnak véli, hogy nem is volt beteg, tehát az az előzmény, ami miatt pszichiatriai osztályra került — suicid kísérlet, szökés, rendbontás stb. — nem hagyható megtorlás nélkül, s az általunk tervezett katonai rehabilitatio helyett kitolások, fenytések vagy éppen ügyészségi eljárás és elítélés következnek. Ha egy alakulatnál ilyen helyzet alakul ki, akkor a beteget nem tudjuk visszaküldeni szolgálni, hiszen a neurotikus betegséglőny a várható gyógyulás hátrányával szemben olyan nagyfokú lesz, hogy a beteg vagy nem lesz hajlandó meggyógyulni, vagy később egy valódi suicidiumba menekül. Ilyenkor a beteg érdekében érdemes — jó értelemben véve — visszaélni az orvos tiszti tekintélyével is, s meggyőzni a magasabb és beosztott parancsnoki állományt az elnézőbb bánásmód szükségességéről. Ezzel az egyéni, alkalmi segítséggel megfordíthatjuk azt a *circulus vitiosus*-t, amibe a katona egyébként óhatatlanul belesodródna. Ez annál is nehezebb, mert pl. suicidium esetén a parancsnoknak előzőleg a beteg egy sor kellemetlenséget okozott a rendkívüli esemény jelentési kötelezettségével, s emiatt a parancsnokok többsége nehezen hajlik az elnézésre. Van persze ellenpélda is, psychopathiás adottságokkal küzdő beteg suicid cselekménye után osztályon kompenzálódott, a reaktíváló tényezőket sikerült megszüntetni, s psychotherápiás támogatással eredményesen szolgált tovább.

A rehabilitatióknak tehát van egy orvosi és egy parancsnoki része, s katonai körülmények között egyik a másik nélkül elképzelhetetlen. A neurotikus betegek kezelésében, majd rehabilitációjukban minden gyógyszerelés, kórházi kezelés, beosztásváltás, kedvezmények adása stb. mellett legnagyobb jelentősége a psychotherápiának van. A psychotherápiás munka olyan gerince a „kis-pszichiatriai” kezelésnek, amelyre a többi kezelés ráépül, de nélküle eredménytelen. Csapatgyengélkedőn is van mód az egyéni és csoporttherápiás módszerek alkalmazására.

Néhány szót arról, mit nyújt a Magyar Néphadsereg Központi Kórház. — A rutin kezelések kapcsán a betegek racionális-emocionális psychotherápiában, illetve exploratív therápiában részesülnek. Fegyvertárunkba tartozik a Rogers-féle krízis intervenció. Psychofiziológiai laboratóriumunkban a diagnosztikai munka mellett egyéni feltáró therápiák folynak, s folyamatban van — egyelőre a ht. állomány és családtagjai számára — kiscsoport therápia szervezése. Alkalmazzuk az autogén tréninget. A középkáder állomány részére részben

önismereti, részben továbbképzési céllal személyzeti szabad interakciós kiscsoportokat vezetünk. Rendszeresen találkozunk csoportos foglalkozások keretében utókezelésre bejáró korábbi alkoholista betegeinkkel, s más időpontban ugyanilyen szervezésben tartjuk a kapcsolatot psychosis maniacó-depresszívában szenvedő, lithiumot szedő és ellenőrzésre bejáró betegeinkkel. Legutóbbi eredményünk pszichotikusok számára szervezett rehabilitációs kiscsoportunk beindítása.

Másfél éves múltra tekinthet vissza az osztályos betegek részére tartott vegyes csoportfoglalkozás sorozatunk. Azt tapasztaltuk, hogy a kezdeti idegenkedés után a betegek szívesen vettek részt a foglalkozásokon. Naponta tartotunk összejövetelt azonos időben és helyen. A részvétel önkéntes volt. A csoport nyílt rendszerben működött, az új betegek bekapcsolódtak folyamatosan, a régiek kibocsátás után kimaradtak. A foglalkozásokon az orvosok, illetve pszichológusok mellett a középkáder állomány is képviseltette magát. A beteglétszám a forgalomtól függően változott 15—25 fő között. Szakmai értelemben véve nem tekintettük sem kis-, sem nagycsoportnak, az aktuális dinamikai történésektől függött, hogy melyik sajátosság került előtérbe. 2—3 therapeuta felváltva vezette, ez kontrollként szolgált számunkra. Az ülésekre a dinamika hullámzása volt a legjellemzőbb. Kezdeti szervezetlenség és tanácstalanság után nagycsoport témák jöttek elő; főleg az osztály rendjével, kedvezményekkel, az ápoló személyzet magatartásával kapcsolatos kifogásokat mondtak el. Ezek jogossága esetén megtettük a kellő lépéseket, adott esetekben az intézkedésről utólag tájékoztattuk a betegeket. A nagycsoport témák megbeszélése után a csoport egyre szervezettebb, intimebb lett, s személyes témák előkerülésével kiscsoport jelleget öltött. Célunk a Maxwell Jones-i értelemben vett therápiás közösség megvalósítása volt — korábban erről már szoltam —, de be kell vallani, hogy ez nem sikerült maradéktalanul. Az ápoló személyzet egy része idegenkedve figyelte munkánkat, s volt aki csak annyit értett meg belőle, hogy a beteg panaszkodott rá. Mentségükre szóljon, hogy idősebb ápolóinknak már eddig meg kellett érnök, hogy az elmebeteg a teljes jogfosztottságtól, bezártságtól eljutott odáig, hogy nem olvassák el leveleit, késsel-villával ehét, gyufa van nála; sőt, nincs bezárva az ajtó sem előtte. Eljutottunk egy teljesen más külföldi, szervezetségű, más funkciójú osztályhoz, „ideg-zárt”-ból psychiatria lettünk. Ehhez a változás sorozathoz nem mindnyájan tudtak alkalmazkodni, ez a személyzetten belül átmenetileg komoly ellentétek forrása volt. Ennek felszámolására szerveztük kicsit megkésve ápolóink számára szabad interakciós önismereti csoportunkat, egyre nagyobb sikerrel.

Az irodalom nem ajánlja psychopáták csoportba vonását, de mi ettől — mivel beteganyagunk jelentős részét képezik —, nem tekinthettünk el. Nos ezek a fiúk többnyire betegként is megállják helyüket. Egyik egyszerű pillanatunk volt, amikor egyikük hányatott sorsát panasolta el a többieknek, s egy hasonló társ közölte vele, hogy — az a bajod neked, hogy nem szeretsz dolgozni! — amit persze az illető meglepve hallott, tiltakozott is ellene, de később a csoport hatására, érveiket elfogadva hajlandó volt elismerni.

A csoportmunka idején kevesebb volt a suicid fenyegetődzés, értelmetlen psychopathiás opponálás, dacreakció, jobb lett az osztály légköre. Idővel mi is hozzászoktunk, hogy a témák forogatókönyvszerűen visszatérnek, s más-más betegekkel vesszük sorra ugyanazokat a gondokat a katonai szolgálatról, családról, neveltetésről, életvezetési buktatókról.

Az általunk felkínált lehetőségekből választva a legtöbb csapatgyengélkedőn megvalósítható a gondozási munka psychotherápiás egyéni vagy csoport-

foglalkozásokkal való kiegészítése. Hosszú távon rendkívül gyümölcsöző az alakulat legtöbb gondot okozó, beilleszkedési nehézségekkel küzdő néhány katonájával való foglalkozás, későbbi — esetleg komoly következményekkel járó — eseményeknek vehetjük így elejét. A szükséges psychotherápiás előképzettség megszerzéséhez bármely kórházunk psychiatriai osztálya segítséget nyújt.

Надь Э., майор м/с:

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НЕВРОТИКОВ НА УРОВНЕ
ВОЙСКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Dr. Ervin Nagy Maj. d. Med. Dienstes:

NEUROSEFÜRSORGE BEI DER TRUPPE.