

# IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XXI. ÉVFOLYAM  
337—384 OLDAL



BUDAPEST, 1968. AUGUSZTUS



# IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

MAGYAR IDEG- ÉS ELMEORVOSOK TÁRSASÁGÁNAK,  
MAGYAR IDEGSEBÉSZEK TÁRSASÁGÁNAK  
ÉS A MAGYAR ELEKTROENCEPHALOGRAPHIAI TÁRSASÁG KÖZLÖNYE

Főszerkesztő: Környey István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztő bizottsági titkárok: Orosz Éva és Pollner György

Szerkesztő bizottság: Angyal Lajos, Csorba Antal, Horányi Béla, Huszák István,  
Lehoczky Tibor, Mária Béla, Miskolczy Dezső, Szinetár Ernő, Tariska István, Zoltán  
László

Kéziratokat, leveleket kérjük dr. Juhász Pál, Budapest VIII. Balassa u. 6. címre küldeni

## TARTALOM

<i>Szinetár Ernő</i> : A psychotherápia néhány jelentősebb interpersonális dimenziójáról	337
<i>Lipcey Attila</i> : Enzymológiai vizsgálatok dystrophia muscularis progressivában szenvedő családban	349
<i>Irányi Jenőné dr. és Tarnóczy Mária dr.</i> : A compressió ideggyökérsyndroma EMG jeleinek értékelése	353
<i>Tóth Sz., Orosz É., Juhász J.</i> : Halidor és Papaverin hatása az agyi elektromos tevékenységre és a keringésre, külön-külön alkalmazva az arteria carotis communisba és vertebralisba	361
<i>Horváth Endre dr. és Bálint Árpád</i> : Tapasztalataink idült elmebetegek részére „védett munkahelyek” létesítésének kísérleteivel	370
<i>Vidovszky Tamás</i> : Scutamil-C tablettá fájdalomcsillapító és spasmolyticus hatásának vizsgálata idegsebészeti betegeken	379
A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága tagnévsora	382

## I N H A L T

<i>E. Szinetár</i> : Über einige bedeutende interpersonale Dimensionen der Psychotherapie	337
<i>A. Lipcey</i> : Enzymologische Untersuchungen in einer Familie mit progressiver Muskeldystrophie	349
<i>J. Irányi u. M. Tarnóczy</i> : Wertung der EMG-Zeichen bei Wurzelkompression	353
<i>Sz. Tóth, E. Orosz u. J. Juhász</i> : Wirkung von Halidor und Papaverin auf die elektrische Tätigkeit des Gehirns und den Kreislauf bei Injektion in die Art. carotis comm. und bei Injektion in die Art. vertebralis	361
<i>E. Horváth u. A. Bálint</i> : Erfahrungen mit „geschützten“ Arbeitsplätzen für chronische Geistesranke	370
Nahmenskatalog des Vereins der Ungarischen Nervenärzten und Psychiater	379

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest VI., Révai u. 16. Telefon: 116—660

Felelős kiadó: Tóth László igazgató

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (KHL Budapest V., József nádor tér 1. sz.) közvetlenül, vagy csekkbefizetési lapon (csekk-számlaszám: egyéni 61 299 közületi 61 066), valamint átutalással a KHL. MNB. 8. sz. egyzámlájára.

Előfizetési díj: egész évre: 144,— Ft.

Megjelenik havonta

Egyes példányok beszerezhetőek a Budapest V., Bajcsy-Zsilinszky út 76. sz. alatti hírlapboltban.

Példányonkénti eladási ár: 12,— Ft

**Index: 25 392**



József Attila kórház (igazgató-főorvos dr. Szinetár Ernő) közleménye

## A psychotherápia néhány jelentősebb interpersonális dimenziójáról

SZINETÁR ERNŐ dr.

Nem *valamennyi* psychotherápiás módszer alkalmazása kapcsán történő interakciókra vonatkozó tapasztalatokat, hanem csak az ún. dinamikus, feltáró jellegű és néhány freudí szempontot és módszert is magába foglaló és kizárólag csak a neurozisek kapcsán alkalmazott psychotherápiás interakciók egyik-másikát ismertetem.

A szóbanforgó „dinamikus és feltáró” jellegű psychotherápiás módszer néhány főbb vonását említem, melyek a módszer jellegzetességeit adják, tehát tulajdonképpen olyan interakciókat szorgalmazznak, melyek a módszer alkalmazásából erednek. Ennek a módszernek már a szituatív strukturáltsága is tulajdonképpen arteficiált: és lényegében csak bipersonális kapcsolatra épül.

A beteg, laza fekvő helyzetben kommunikál, minden megkötés nélkül szabadon asszociál az egész therápia folyamán minden kikötés, megszorítás, önfegyelmzés, konvenciók nélkül, amennyiben ez éppen lehetséges. Kezdetben ez a közlésmód általában igen nehezen és bonyolult psychés körülmények között keletkezik, annál is inkább, mert a folyamatos közléseknek a beteg éppen pillanatról pillanatra felöltő gondolatait, emlékeit, szándékait és ezeket kísérő vagy ezektől látszólag vagy tényleg függetlenül jelentkező érzelmeit kell kifejeznie. E közlések közben a therapeuta a beteg mögött helyezkedik el, legtöbbször úgy, hogy a beteg ne tarthassa őt permanens vizuális kontroll alatt. Ezáltal az orvos esetleges non verbalis, azonban kommunikációra alkalmas gesztusai, mimikája nem közvetlenül észlelhető a beteg által — bár ugyanakkor az orvos hangján, a hanghordozásán, hangsúlyán, fogalmazási módján, szórendjén át mégis eljutnak a közlések, sőt a közlések minősítései is a beteghez, de ezeket az orvos fentebb vázolt helyzetében tudatosabban tarthatja kontroll alatt, mint amennyire visibilis helyzetben arcjátékát, tekintetét stb. tudná kontroll alatt tartani. Tehát az orvos ilyen elhelyezkedése több relaxációt enged meg a therapeutának is, mintha permanens vizuális kontroll alatt kellene figyelnie saját közléseinek minősítéseire, ilyenek a homlokráncolás, a meglepődés vagy éppen a közömbösség arcjátéka stb. Ez a quasi invisibilis helyzet egyben több és intenzívebb projekciót mobilizál a betegből. Valósággal eleven „*projectiv test*” lehetőségét nyújtja. Tehát a szituáció lényegében olyan, hogy a kommunikáció *verbalis* szintje dominál mindkét szereplőben és mindkét szereplő therapeuta és paciense felé is. A verbalis interakciók uralják a közléseket a non verbalis kommunikációk fölött. — Viszont nem egyszer igen „beszédes” lehet a kölcsönös, tartósabb hallgatás, a „véletlen” fészkelődés, a hűmögés stb. A tapasztalt therapeuták tudják, hogy a hallgatással történő meta-kommunikáció igen erőteljes hatású lehet és nem csak tagadást fejez ki, hanem esetleg kérdést, kétségbevonást, büntetést, öntudatlan agressziót, kétoldali to-



lerancia próbát, esetleg egyszerűen a prekonsciens fantáziavilágba való szándéktalan elmerülést, „révedezést” fejez ki. Ezeknek az „elrévedéseknek” utólagos feltárása igen hasznos therápiás vagy diagnosztikus anyagot világíthat meg a betegről. Az is lehet, hogy az orvos kapja rajta magát ilyen elrévedező pillanatain és ha ilyenkor visszakutat elrévedezése alatt lezajlott gondolataira és érzelmeire, akkor önnönmagáról is tehet az orvos olyan megállapításokat, amelyek önismerete szempontjából sajátmaga részére is hasznosak. Még az is lehet, hogy felismeri a sajátmagában lezajlott olyan attitűd-részletet, vagy érzelmi állásfoglalást, amelynek szerepe lehetett a beteg tartós hallgatásának előidézésében. Mintegy a két szereplő-fél öntudatlan converzációja bonyolódik le a kölcsönös hallgatásban. Pl.: az orvos előbb várakozik, esetleg később megharagszik (?) a „nem kooperáló” betegre és maga is elmerül egy olyan fantáziába, amely emlékezteti arra, hogy azelőtt régebben egyik páciense börtönbe került, vagy más valami baj érte, majd ebből a révedezésből felriadva és visszapillantva konstatálhatja *saját* büntető, haragos attitűdjét a *jelenlegi* beteggel szemben. Akkor nyilván át fogja gondolni saját agressziójának és intoleranciájának okait, majd egyben megkísérli feloldani, saját hallgatása megszüntetésével; a beteg hallgatását is. De ha a beteg továbbra is sértődött, még azt is megteszi, hogy közli páciensével, hogy előbb egy pillanatig valóban haragudott rá hosszú hallgatása miatt és ezzel a confessioval ismét megindulhat a kölcsönös *benignus verbalis* kooperáció folyamata.

*Tehát az interpersonális dimenziók első leglényegesebb tartalma a verbalizáció dominanciája a non verbalisokkal szemben.* Jellemzi e dimenziót általában a cselekvő közlések erősen korlátozott szintje, a füle támaszkodó megfigyelés, a fogalmazásra támaszkodó közlés és a kölcsönös kontroll vizuális jellegének erős korlátozottsága, a nem cselekvő, az alig cselekvő beszélgetés, amelyben a főbeszélő, sőt csaknem kizárólagos beszélő: a páciens — és csak néha ún. „szükség esetén” szerepelnek a therapeuta közlései. Tehát az ilyen módon strukturált psychotherápiás szituáció már önmagában is megszab egy dimenziót: az optikusan csökkentett kontroll alatt történő, akusztikus dominanciájú, viszonylag egyoldalú beszélgetésben szereplő „szavak” — a „szó” dimenzióit.

Ennek a sajátos erősen egyoldalú „beszélgetésnek” nyelvi sajátosságairól külön előadásban kellene ismertetést adni.

Jelenleg csak arra hívom fel a figyelmet, hogy az orvos szavai, nem utasítás jellegűek és nem is parancsolóak, mint mondjuk a hipnózisban és nem is kívánnak szomatikus effektusokat elérni, mint pl. a relaxációs módszerek, hanem inkább csak olyan orvosi megnyilatkozások, amelyek a beteg folyamatos szabad asszociációit engedik mindinkább szabadabbá válni. Valamint olyan interpretációk, magyarázatok, amelyek a beteg pillanatnyi hangulata és általános értelmi és érzelmi differenciáltsága szintjének megfelelően, a betegben újabb és mélyebb emocionális átélési élményt gerjeszhetnek fel. Ennek a sajátos „beszélgetésnek” ilyen „permissiv liberális” jellege is megszabja speciális szavak használatának jogosságát, általában a szavak interaktív dimenzióit. (A családon belüli, „a baráti körben” használt argo-k is.) Ezek esetleg viharos psychoszomatikus jelenségekkel együtt lépnek fel, mint a zokogás, nevetőgörcs, libabőr, fejfájás, szorongás, viscerális szenzációk, esetleg ún. antikonvencionális viscerális mozgásviharok, mint pl. ruktusok, gyomor-bél-korgás, vizelés, székelési inger, vomitus etc., melyek az esetleg intenzívebb verbalis közlések helyett szerepelnek.

A beteg szabadabb közlései, emóciós dimenziói minden időfaktort magukba foglalhatnak, multat, jelent, jövőt és minden térbeli mozgást is.

És mit mutatnak az orvos emóciális dimenziói a therápia folyamán? Ugyanígy rendkívül változatosak lehetnek, ha az orvos mint egész személyiség vesz részt, de ez a részvétel beszűkül és kell is hogy beszűküljön olyan határok



közé, melyeken belül még empatiásan felfoghatja a beteg közlésének cognitív és emocionalis tartalmát. Sőt azokat az orvos magában szelektálni tudja, csoportosítani, szortírozni, kategorizálni képes, majd „szükség esetén” megfelelő stílusban interpretálni tudja a beteg számára, úgy, hogy az interpretáció hatásos is legyen. Mindenesetre olyan legyen az interpretáció, hogy élményszintű emóciókat mobilizáljon. Azaz ne csupán meghallott és tudomásul vett közlés legyen a beteg számára, hanem olyan, melynek enyhén *felszólító* jellege van. Ez a *mozgósító* jellege, terápiás irányba terelje a beteg valamely pathológiás, inadaequat, egyszóval kórosnak megítélt viszonyulását.

Már az eddigiekben is észlelhető, hogy az orvos és a beteg viszonya a szituációt tekintve és a közlések tekintetében is *aszimmetriás* jellegű. A beteg quasi mindent közöl: múltját, jelenét, jövőbeni szándékait, családjához, barátaihoz, munkatársaihoz, sőt az orvosos viszonyuló érzelmeinek tartalmát is, ön maga által is kórosnak tartott anticonvencionális, non szocialis, sőt anti-szocialis intencióit, attitűdjeit, érzelmeit is, ha lehet szinte kötetlenül és ha lehet élményszinten. *Az orvos ugyanazt nem teszi!* Ennek a psychotherápiás módszernek az alkalmazása folyamán az orvos nem közöl magáról, *saját személyéről úgyszólván semmit* és az orvos személyiségéről a beteg csupán a *metakommunikatív közlések* kapcsán és a szűkreszabott személyes találkozások kapcsán, vagy egyéb információk útján szerez *indirekt* értesüléseket, vagy éppen csak benyomásokat. *Így tulajdonképpen az interpersonalis relatio nem kölcsönös és szimmetrikus magatartásában, hanem kifejezetten aszimmetrikus, egyoldalú jelleggel definiálódik.* Persze a beteg is interpretálja orvosát, hiszen észlelései vannak az orvos külleméről, mozgásbeli sajátosságairól, gesztusairól ex situatione! psychotherápiás szituációban, — főleg pedig hangjáról, hangsúlyáról, hanghordozásáról, mondatfűzéseiről, metakommunikatív közölt érzelmeiről. A beteg ilyen interpretációi is természetesen szabad, permissiv közlések, melyek belelátatnak az indulatáttételes helyzet pozitív vagy negatív vonásaiba, a beteg ambivalenciáiba, de az is lehet, hogy ezek a közlések az indulatáttételes emóciók intenzív elhárítását fejezik ki a beteg részéről. Szem előtt tartandó, hogy a páciens interpretációi, *valóban* szólhatnak az orvos *valódi* személyéről is, nemcsak az indulatáttételes átfestéssel, projekciókkal percipiált személyének szólnak. Ha ezt az orvos nem veszi észre, nem látja be, hanem különböző jellegű agresszióknak vagy éppen érzelemáttételnek minősíti és ezt ilyenek is viszont-interpretálja a beteg számára és nem veszi észre, hogy a betegnek nemcsak áttételes jellegű, hanem valódi, realis észrevételeket tartalmazó közlései is vannak az ő személyét és tulajdonságait illetően akkor ebben az esetben az interpersonalis reláció komoly torzulást szenved a további psychotherápiás folyamat kárára.

Kihangsúlyozandónak tartom, hogy a psychotherápia sorsa az orvos személyisége által is determinált.

A továbbiak számára le kell szögezmem azt a közhelynek tűnő ismeretet, hogy abstract psychotherapeuta nem létezik, ahogyan nem létezik abstract beteg vagy író sem. Csak egyedi, konkrét sebész, író, psychotherapeuta és konkrét beteg létezik. Így tulajdonképpen a psychotherápiás helyzet sem valami abstract szituáció, hanem két konkrét egyedi személyiség találkozása, amit konkrét interakciók jellemeznek.

Tehát fontos szabály, hogy ha lehet, inkább tartsuk szemelőtt a *konkrét önmagunkat, konkrét és szituatív keletkezett érzelmeinket és állásfoglalásainkat, mint az általában merevedésre hajló módszertani szabályokat.* Így akkor a thérapia folyamán dominál az a helyes terápiás magatartás, amelyben önmagunk konkrét személyiségvonásait a terápiás célhoz viszonyítva kézbentartjuk és adaptáljuk a módszer alapszabályaihoz. Ugyanakkor — és ezt hangsúlyozni kívánom — a munkamódszerben rejlik konzerválódó és dogmára hajlamos tendenciá-



kat is hozzáidomítjuk, adaptáljuk saját személyiségünk néhány főbb jellemvonásához, tovább adaptáljuk a konkrét páciens sajátos, személyi tulajdonságaihoz, symptomáihoz, társadalmi helyzetéhez, szemantikai, kognitív és érzelmi differenciáltsága fokához és az éppen aktuálisan domináló, konkrét psychotherápiás szituációhoz. Le kell szögezni, hogy a merev orvos-személyiség és a merev therápiás módszer, a merev therápiás attitűdök, általában az abstract szabályokban mozgó módszerek merev alkalmazása; legalább annyira akadályozója a therápiás effektusnak, sőt még a therápia folyamatos folytatásának is, mint amennyire akadálya lehet a beteg ún. „ellenállása” vagy akár a betegnek ún. általános „szabálybetartó”, megmerevedett magatartása.

A therápiás szituációban szereplő orvos-beteg konkrét személyiségének jellemi sajátosságai engedélyezik, sőt kötelezővé teszik a módszer liberális alkalmazását, a therápiás stylus, interpretációk, manőverek, a therápiás módszer aktuálisan alkalmazkodó jellegét és ugyanakkor természetesen semmiképpen sem adhatók fel a módszer általános és elvileg is meghatározott szabályai. A psychotherápiás módszer conceptuális szabályainak általános szemelőtt tartása és ugyanakkor a konkrét therápiás szituációban való rugalmas alkalmazása tulajdonképpen a psychotherápiás kooperáció egyik alapja és egyben a két személy és a módszer eredményes therápiás együttesének tartománya is.

Ennek a kooperatív tartománynak békés kialakulását és fejlődését zavarhatják a psychotherápiába eleve behozott különböző *premissák*, — leginkább téves nézetek, téves hiedelmek, pozitív vagy negatív előítéletek.

A páciens eleve elvárja, hogy ha ő átadja magát passzívan a leendő kezelésnek, akkor viszont a therapeuta majd megoldja *helyette* a problémáit. Elvárja, hogy a therapeuta az életben járatosabb, rugalmasabb, tapasztaltabb és könnyedebb legyen mint ő maga. Elvárja, hogy jobban ismerje az életet s őt magát a páciens is, mint amennyire a páciens maga. Elvárja, hogy az orvos legyen mágus, omnipotens, gyengéd, figyelmes és ugyanakkor erélyes és biztos, lágy és keménykötésű, toleráns és autoriter, odaadó és ugyanakkor szuggesztív, s egyáltalán esinon, ápoló és kellemesen konzervatív modoru etc. Már eleve az a premissa él benne, hogy *ilyen* a jó orvos és különösen ilyen csodálatos jellem a jó pszichiater és a betegnek nincs is más dolga, mint engedelmesen szótfogadni és ebben még az az elvárás is benne szunnyad, hogy a beteg szinte majd munka nélkül, erőfeszítések nélkül megváltoztatja karakterét, jelleme átalakul, ifjúkori önmagáról alkotott ideálja erőfeszítés nélkül megvalósul és környezete és a benne szereplő személyek az ő igénye szerint „megjavulnak” stb. Minden ironia nélkül leszögezhetjük, hogy a páciens elvárásai a psychotherápiát és a therapeutát az infantilis mesevilág tartományába képzelik bele.

És vajon melyek az orvos premissái?

Először is azt gondolja, és ezt feltétlenül el is hiszi, hogy ő egészségesebb és fejlettebb személyiség, mint a páciense, ami persze lehetséges, sőt valószínű. Azt is gondolja, hogy ő jobban ismeri az embereket és az életet, mint páciensei — ami viszont egyáltalán nem biztos. A szakmai több-tudás ugyanis nem hozza magával feltétlenül a több élettapasztalatot, vagy a több emberismeretet. Azt is gondolja az orvos, hogy jobban tudja, hogy miként kell megoldani a legkülönbözőbb élet-konfliktusokat és azt is gondolja, hogy képzettségénél esetleg műveltségénél fogva, továbbá adott orvosi statusa következtében alkalmas is arra, hogy módszere birtokában bármely neurotikus pácienset, — ha már erre egyszer vállalkozott — meg is tudja gyógyítani. Továbbá az a feltevése is mozgatja, hogy ha nagy figyelmet szentel páciensének és meghallgatja, sőt megérti annak lelkében lezajló folyamatokat és azokat a psychotherápiás módszer nyelvezetében meg is tudja fogalmazni, hogy akkor quasi már meg is gyógyította a betegét. Holott ez a megértés és megfogalmazási folyamat állandó kísérője



ugyan a psychotherápiás munkának, de a gyógyításnak csupán előfeltétele. Ha az orvos és páciense a fent említett premissasorral fog hozzá a terápiás együtt-léthez és emellett inszistál is, akkor elképzelhető, hogy mi minden tragikomikusnak nevezhető helyzet állhat elő a gyógyulás folyamata helyébe.

A beteg infantilis elvárásai és az orvosnak a technikára és statusára épített önbizalma, már a terapia elején feszültséget okoz a két vállalkozó között, amely addig tart, amíg mindkét fél, elsősorban az orvos interpretátor munkája révén fel nem oldja a kettős helyzetet teremtő alaptalan hiedelmet és akkor a beteg is feladja passzív elvárásait. Ugyanakkor az orvos feladja azt az attitűdjét, hogy ő majd mindent jobban tud a terapia folyamán, mint betege és feladja, hogy a gyógyuláshoz a status ereje és a technika alkalmazása elegendő. Ha ezt a téves hiedelmet felismerik és kellő módon megbeszéljük, akkor új tartalmú contractus jön létre, melynek lényege az, hogy kölcsönösen tesznek erőfeszítéseket a gyógyulás érdekében. A gyógyulás kettőjük munkájának, erőfeszítésének gyümölcse lesz.

De ha a psychotherápia folyamán el is jut az orvos és betege ehhez a dimenzióhoz, továbbra is jelentkezhet interpersonális feszültség, mert a terápiás situációban más a beteg feladata és helyzete és más az orvos helyzete és feladata szubjektíve is, objektíve is. Ugyanis mindenképpen elengedhetetlen, hogy a beteg őszinte és nyílt legyen, kooperáló, bátor és kritikus és mindenképpen éppen olyan legyen, mint amilyen. De mind ez az „ilyenség” döntően verbálisan, azaz cselekvés nélkül, azaz csak a szóbeli közlések cselekvésén át manifestálódjék. Viszont az orvos nem lehet őszinte „bármikor” és „bármilyen” kérdésben a beteg „bármelyik” helyzetében sem saját személyére, sem saját érzelmeire, saját ügyeire, saját életére nézve, sem a saját, sem a beteg kívánsága szerint, hanem csak a beteg dolgaiban és ügyeiben, attitűdjeiben és érzelmi megítélésében lehet „őszinte” és akkor is csak akkor és annyiban lehet „őszinte”, amennyiben és amikor a beteg teherbíróképesége még, vagy már megengedi és egyben az interpretációs szükséglet azt megköveteli, — tehát kizárólag az aktuális terápiás cél érdekében lehet őszinte. Ez a taktikus, őszinteségbeli szintkülönbség által fokozott feszültség, habár csökkenő tendenciával, de végig kíséri az egész psychotherápiás folyamatot és csak a páciens gyógyulásával oldódik, bár maradványokat akkor is hagy hátra. Az orvos legtöbbször, még a beteg gyógyulása után sem lehet „igazán őszinte” sem a beteg, sem a saját személyét illetően. Csak zavart okozna még utólag is.

Egy másik lényeges viszony-tartomány orvos-betege között az, hogy a beteg természetesen joggal kér és vár segítséget és előre is és a terapia folyamán is hálaérzettel kötelezi le magát, de ezzel együtt kevesebbnek és adósnak érzi magát az orvossal szemben.

Az orvos időt és energiát ad. Az a kiegyensúlyozatlan érzelmi anyagcsere, hogy az orvos nyújt, a beteg hálás — ugyancsak feszültséget mozgósíthat a psychotherápiás folyamatban.

A páciensek ezt a feszültséget általában ajándékokkal, vagy honoráriummal, vagy éppen engedelmességgel, kötelességszerű és nem pedig belátásos engedelmességgel igyekeznek csökkenteni.

Ebből kifolyólag itt újabb feszültség indulhat meg, amelyet az orvosnak szem előtt kell tartania a terapia során. Ugyanis, ha a beteg ajándékot vagy honoráriumot adott az orvosnak, akkor paradox módon inkább marad kooperáción kívül és a kooperáció helyett ismét csak orvosi aktivitást, tanácsot, sőt ügyintézészt igényel. Pénzéért inkább kliensnek érzi magát, mint pacienseknek. S ha ilyenkor a beteg nem kap mindjárt az elvárt módon megfelelő eligazítást vagy hatékony tanácsot, akkor igazságtalan, jogtalan helyzetbe kerülnek érzi magát. Hiszen adott, vagy adni készül s nem kapta azt amit elvárt, kívánt.



Ez a kooperáción kívüli kapcsolatjelleg egyenlő a betegség fennmaradásával, az interpersonális relatio romlásával, a therápia jövőjének kilátástalanságával.

Ha viszont a beteg inkább csak jóságot és szófogadó engedelmességet adott, ami egyébként ugyanolyan értékű lehet a beteg szemében, mintha ajándékot vagy pénzt adott volna, akkor többnyire tényleges átélés, tényleges akceptálás nélkül csupán jóságból, hálából és engedelmségből igyekeznek eleget tenni a therápiás szabályoknak. Tehát, ha pl. hálából elfogad olyan magyarázatot, amivel egyébként nem ért egyet, vagy az orvos valamely megjegyzéséből tanácsot olvas ki és azt szorgalmasan igyekszik cselekvésbe átvinni, de erre a cselekvésre még többnyire nem teljesen érett és így az balul üt ki, majd ezt a „bal szerencsét” sem akarja közölni a jó doktorbácsiival, hogy az, ne bánkódjon amiatt, hogy jósága, munkája így kárbeveszett — akkor lényegében a beteg hamis útra lépett, hiszen lényeges viszonyulásokat elhallgat és maszkíroz egy olyan kapcsolatot, amely a maszk mögött egészen más jellegű. — A beteg tévúton jár és ilyenkor a kapcsolat tényleges tartalma nem a kooperatív engedelmesség, hanem a színlelés és a csalódottság. Ha az orvos ezt idejekorán nem ismeri fel és nem tárja fel, akkor ez a hamis kooperáció megmarad és a mind bonyolultabbá váló helyzet és a mind hamisabbá váló interpersonális relatió, kóros interakciókhoz vezet és a therápia csődbe jut.

Ilyenkor merül fel a közismert panasz, hogy orvos és beteg „mindent elkövetett”, de a psychotherápia nála „nem vált be”. S innen már csak egy lépés és az a megállapítás következik, hogy „a psychotherápia általában nem komoly és nem hatásos gyógy mód”. Ez a nézet nem egyszer, magát komoly psichiaternek tartó szakember szájából is elhangzik, persze ex katedra.

Ebben a fentebb említett maszkírozott interpersonális relációban keletkező feszültség egyelőre inkább felületes jellegű és néhány hiedelemből, tévhitből, téves általános társadalmi nézetből és hibás egyedi indítékből fakad. Ha azonban már a therápia kezdetén nem kerül felfedezésre és lebontásra, akkor továbbra is táplálkozik a társadalomban élő, hasonló nézetekből és így nem bontódik le, hanem mint a tévhitke általában, újra és újra feltámad és elmélyül. Így válik igen fontos interpersonális feszültségtartományá a bipersonális therápián belül is, a kölcsönösen és hallgatólagosan elfogadott és le nem bontott kettős premissa és pedig főleg a páciens többnyire mágikus és infantilis elvárásai és az orvos omnipotens megfelelni akarása következtében. Félrecsúszott szerepvállalások ezek. Kölcsönös mellébeszélés keletkezik és nem psychotherápia. Ha azonban ezt a hibás kapcsolatot sikerült felismerni és felfedni és ezután valódi psychotherápiás megállapodásra jutni, az már magába véve is a psychotherápia egyik fontos mozzanata. Nem az engedelmesség, nem a lekenyerezés és hamis, passzív elvárás, hanem valódi kooperáció mutatkozik meg és a beteg nagyjából elfogadja az aszimmetrikus közlési köteletségét, azt hogy a psychotherápiás folyamat nem kétoldalúan egyenlő méretű manőversorozat, mert a betegre nézve nem, hanem csak az orvosra nézve lehet a közléseknek szelektív, céltudatos jellege.

A neurozis jellege és a fentebb közölt sajátosan strukturált szituáció együttesen hozza a másik legjelentősebb psychotherápiás interpersonális dimenziót; az ún. „indulatáttételes helyzetet”, érzelmi állapotot, azt a sajátos érzelmi töltésű magatartásort, melynek dimenziói a beteg egész személyiségét mozgósíthatják, sőt az aktualizált és a therápia kapcsán keletkezett ún. „transzferencia neurozis” symptomáit is kitermelik és melynek az orvos felé irányuló pozitív és negatív oldalait a beteg a „szóközléseken túl” cselekvőleg is demonstrálni kíván. Ezeket a symptomákat lényegében regresszív jellegű, jórészt kora gyermekorból származó áttételes érzelmek és szándékok realizálási törekvései jellemzik s ezeknek manifesztációit és genesisét az orvosnak kellő időben fel



kell ismernie, sőt kézben kell tartania, miközben arra is figyelnie kell, hogy a beteg ilyen jellegű érzelmi manifesztációi, intenciói órá magára is, saját személyére is hathatnak és őt, az orvost magát is mozgosíthatják a beteg felé irányuló ultrapozitív, de ami gyakoribb! ultranegatív, agresszív elhárító, elutasító, esetleg hostilis magatartásra. Ez az ún. pozitív vagy negatív előjelű érzelemáttétel (Übertragung és Gegenübertragung) ez az érzellemmel töltött magatartássor az, amelynek kézbe tartása elengedhetetlen feltétele a további egyenletes terápiás munkának és egyben a psychotherápiás interpersonális tartománynak lényeges dinamizmusa is.

A páciens mélyebb és intimebb emóciói, élményei, emlékei, szándékai, fantáziái, kívánságai, intimebb relációi kerülnek elő a jelenbe projiciálva és a múltból fakadva. Ezzel egyidejűleg a fenti sajátos emóciók fékentartó vagy elhárító erői is megjelennek; verbális és subverbális magatartásban. Olyan fékek és lehárító erők, melyeket a szocializáció folyamán tanult, szerzett meg a páciens és melyekkel általában habituálisan operál. Ilyenkor az empáthián túl — amely a megértés érzelmi szintje az orvosban — az orvos saját tapasztalatai, érzelmei és fantáziái is mozgásba lendülhetnek. És ha az orvos ezeket saját terápiás tanulmányi múltja alapján nem eléggé ismeri és nem eléggé tartja saját hatalmában, saját kezében, akkor nem therapeuta oldalát, hanem mondjuk személyiségének privát oldalát is bedobja a thérapia folyamatába és ismét létrejön egy új, nehezen megoldható feszültség — az orvos-beteg relációban. — Ez esetben ugyanis lecsökkenhet egy psychotherápiás arany szabály ereje, az ti., hogy a psychotherápiának bizonyos aszkézisben kell lezajlania. Tehát az orvos sem elégítheti ki a terápiás munka folyamán a hiúságát, becsvágyát, különböző kívánságait, szeretetigényét, sikeréhségét, vagy éppen kudarcfélelme kompenzálásait etc. etc., hanem ezeket és sok más szükségletét sakkban tartva, mint egy reális distanciában marad a betegől. De ugyanakkor a beteg sem használhatja fel — a psychotherápiás „permissiv légkört” arra, hogy az orvos felé forduló különböző kívánságait kielégítse, hanem azokat ha nem is sakkban tartva, de nem is megvalósítva verbálisálja és ezáltal azok tartalmát terápiás anyagként az orvosnak feltárja. Tehát ebben az interpersonális tartományban is, a két részt vevő ember ismét csak aszimmetrikusan fejezheti ki önmagát. Ilyenkor a túlfűtött atmoszféra ellenére is az aszkézis és a distanciá legyen a szituáció domináns jellege, ami nem engedi az orvos-beteg relációt baráti, testvéri, szülői, szerelmi, rivalizáló vagy ellenséges tartalmú relációvá alakulni „de facto”! hanem az ilyen jellegű indítékok csak a beteg verbális és minimálisan subverbális közléseiben jussanak szóhoz.

Fontos szem előtt tartani, hogy ebben az érzelmek által fokozottabban dinamizált helyzetben, nemcsak ún. áttételes érzelmek, igények kerülhetnek közlésre a beteg részéről, hanem olyan érzelmek és indítékok, igények és elvárások, vélemények és azok elhárításai is, melyeket az orvos tényleges, konkrét személyisége, az orvos észlelhető tulajdonságai váltanak ki. Tehát ezt a kapcsolatot ilyenkor nemcsak áttételes viszony, tehát a múltból áthozott emóciók dinamizálják, hanem a két konkrét jelenlévő és kooperáló „felölt” személyiségek által kiváltott kölcsönös pozitív vagy negatív ún. reális jellegű érzelmek is. Természetesen ezekkel az érzelmekkel is kölcsönösen és aszimmetriás jelleggel meg kell birkózni. Tehát a beteg közli azok tartalmát, az orvos pedig önmagával intézi el ugyanazokat. Ez az interpersonális tartomány, ami alapjában véve már azzal is mélyebb és tágabb, mert kifejezetten intim — tehát általában egyben gátolt, fékezett személyiség részekből származik, igen nagy feladatot ró úgy az orvosra, mint a páciensre, holott ez a dimenzió újra és újra felbukkan, tulajdonképpen végigkíséri a terápiás folyamatot és egyike a legfontosabb interaktív dimenzióknak az egész kezelés folyamán.



Erőteljesen dinamizált és mindkét szereplő személyt erősen igénybe vevő tartomány az, amelynek jellemzője az ún. *resistencia*, az ellenállás (a Wiederstand). Ez tulajdonképpen paradox jelenség, amely a gyógyulást kereső beteg érzelmei és értelmi ellenállásának ötvözete: a betegség manőver jellegének feltárása és elismerése ellen. Ellenállás a belső, tényleges mozgató motivációk felismerése, elismerése, bevallása ellen (ilyenek: narcisztikus vonások, ösztönaberrációk, szégyenletes törekvések, a társadalom által elítélt deviáns intenciók, sőt deviáns szokások), ellenállás: az esetleg terhes, de mégis előnyös betegszerep feladásával szemben. Lehet sértődött ellenállás az orvos sajátos személyisége, szokásai, külseje, megjelenése, modora stb. ellen. De nem utolsósorban ellenállás az elfelejtett, anullált vagy elfojtásra került élménytartalmak tudatbajutása ellen, vagy ellenállás azért, hogy elkerülje a szégyent, szégyenkezést, amit intim életének részletes feltárása hozna magával. *A gyógyulási szándék tehát nem egyértelmű, hanem ellenállással kevert.* Az utóbbi pedig emocionálisan mozgathatja az orvost is hasonló ellenállásra, ami megjelenhet: ironiában, túlzott passivitásban, (vagy éppen erőltetett kedvességben) burkolt vagy nyílt agresszióban és ezek felismerés és kézbe tartás nélkül, a terápia csődjét okozhatják. Egyébként már maga az *áttételes* érzelmek leplezése csupán, amikor is az ellenállás esetleg elhallgatásban, hallgatásban, elmaradásban, dacreakcióban és új symptomák keletkezésében, a régiék felújításában is jelentkezhet.

Itt ki kell térnünk röviden egy jól ismert neurotikus manifesztációra, amely a pszichoterápia interpersonális dimenzióit át és átszövi. Ez az ún. regressiv tendencia. A már amúgy is viszonylagos regressióban szenvedő neurotikus beteg — (infantilizmusokra gondoljunk most elsősorban) a pszichoterápia folyamán éppen az aszimmetriás szituáció és bizonyos fajta dependencia miatt, de az áttételes érzelmi helyzetből keletkezően is, különböző régi, már alábbhagyott, elfeledett, gyermeki érzelmi pozíciókat, magatartás módokat, módszereket ébreszt újjá, melyek újabb symptomákat mobilizálnak és részben anyagot szolgáltatnak a terápia számára, de ugyanakkor ellenállást is jelentenek a gyógyulással szemben. Ilyenkor részben, az amúgy is csökkenő realitásérzék további csökkenése miatt, infantilisán vagy általában torzultan értékelik önmagukat, érzelmeiket, kívánságaikat és az orvos felé fordulásuk is több kritikálanságot tartalmaz; sértődékenység, dacreakciók, non verbalis acting out-ok lépnek fel, magatartás disszonanciákat, esetleg epizodiális konverziókat okozhatnak in situ! (hányás, székelési inger, sexuális vagy homoszexuális testi szenzációk, migrén és különböző fájdalmak, paraesthesiák). Ezek ugyancsak mobilizálhatnak az orvosban is, adaequat magatartásmódokat amikor tehát az orvos nem inadaequat aszimmetriában marad, hanem adaequat, szimmetriás érzelmi pozíciókat foglal el és így válaszol a beteg symptomáira. Pl. a beteg öngyilkossági fenyegetéseire megijed, vagy a segítő, mentőorvos szerepét vállalja, vagy pánikba esik, esetleg megharagszik és büntet, holott ezeket a regressiókat is felismerésük után és valódi mivoltukból differenciálva feltárni, interpretálni, vagy paradox technikával: de kezelni kell!

A beteg a rendszeres közléseivel, visszatérő módon ismerteti környezetét, a benne szereplő személyeket orvosával és így vagy úgy jellemzi őket és közli hozzájuk való ilyen vagy olyan viszonyát, hozzájuk való igényeit, elvárásait, csalódásait etc. Természetesen miután ez az úgyszólván egyetlen közlőcsatorna, úgynevezett „zajos csatorna” tehát tele van torzított, zavaró elemekkel, ahogy mondani szoktuk: „elfogult” a beteg környezetével szemben és mégis a terapeutának ezen a csatornán át kell megismernie, sőt átrendeznie páciense kapcsolatzavarait, úgy hogy új, egészségesebb adaptációs viselkedési módokat



alakítson ki és úgy hogy a beteg a feszültségek jobb elviselését tanulja meg. Eközben a beteg szociális személyiségének mozgató központja, az ún. Én-je kell megerősödjön és teherbíróbbá váljon. Mindez a páciens-orvos közötti relációk rendszeres rendezésén át kell megtörténjen. Ez a relatiorendező folyamat az, amely a két személy különböző psychés dimenzióit az egész therápia folyamán mozgásban tartja.

Mindezek mellett még egy sajátos dimenziónak szinte állandóan növekedő, persze változásokkal tarkított mozgása is mutatkozik és ez: a páciens identifikációs és desidentifikációs tendenciáinak harca a régi önmaga és újabb személyiségvonásainak manifesztációi között. A páciens ezen mozgalmait az orvos erősíti vagy gyengíti, empathiája, belátása és ismeretei alapján, az elgondolt gyógyulási irányvonal szerint. Az orvosnak vezetnie kell a beteg identifikációs és ellenidentifikációs mozgalmait, és pedig Én-erősítő, önállósuló, gyógyuló irányba: *a személyiség identitásának a megerősítése felé.*

Az orvosnak többek között különösen vigyáznia kell a korkülönbségből és sexuális különbségből fakadó, esetleg egészségtelen identifikációkra — ezeket rendszeresen és a szükséglet szerint, fel kell tárnia, hogy ne éppen az orvos korából és sexuális hovatartozásából fakadó tulajdonságai vezessék a beteg identifikációit. Inkább az orvos egyéb, az Én-ideált megvalósítható, többnyire projiciált, vagy tényleges tulajdonságai alkossák az identificatio gerincét. Ez a hatalmas dimenziójú folyamat erősen *intrapersonálisan* zajlik le és nehezen felismerhető, de felismerhető, ha az orvos szem előtt tartja és a beteg is jól végzi a ventilláló, confessionáló, önfeltáró közléseit.

Térjünk át a psychotherápiás folyamat egy igen figyelemreméltó interpersonális dimenziójára, és pedig arra, amit nem csupán a psychotherápiás szituáció aszimmetriája és egyéb már vázolt jellegzetességei hoznak létre, hanem azon túl, úgy a páciensnek, mint az orvosnak egyaránt a therápiás szituáción kívüli személyi és tárgyi relatiói visznek bele a therápiás szituációba és ezen belül az orvos és beteg kapcsolatába. Ez persze magától értetődőnek tűnik fel, ha arra gondolunk, hogy a psychotherápia nem légtüres térben zajlik le, hiszen úgy az orvos, mint betege, több szűkebb és egy-két tágabb társadalmi térben éli le életét. Így a psychotherápia nem csupán két ember ügye, hanem a társadalmi környezet összes hatóságának tüzeiben, a két ember sokféle környezetében élő személyek és intézmények befolyási övezetében zajlik le. Orvos és betege többnyire azonos makroszociális, de persze különböző mikroszociális környezetben él és azok hatása, befolyása, sajátosságai, érték és normarendszere, életmódja, műveltségi szintje, erkölcsi álláspontja stb. így vagy úgy pl. elfogadólag vagy tagadólag vagy éppen ambivalenciával terhelten, szerepet játszik orvos és beteg érzelmeiben, attitűdjeiben, hanghordozásában, szófűzésében, szokáncsében, gesztusaiban, preferenciáiban, előítéletében, talán még öltözködésében is. Ezzel is magyarázható, hogy az identificatio és desidentificatio folyamata ingadozást mutat a therápia folyamán. Ennek a dimenzióknak lényege az, hogy a psychotherápiás folyamat eseményei *ex-situ* irradiálnak, továbbá ezek *in-situ* visszajelentésre kerülnek. Az *ex-situ* lezajló interakciónak a psychotherápiás szituációban való bekerülése és az azokból származó visszajelentések a környezet felé. Tehát tulajdonképpen a szituációk interakciói.

Természetes az, hogy a therapeuta a beteg közlései kapcsán találkozik a beteg múltjával, múltjában élt személyekkel, az azonosulások és desidentifikációk személyeivel, azzal, ami a páciensbe belőlük incorporálódott, esetleg azzal, amivel szemben a páciens még ma is küzd. Azokkal a komplexumokkal, amelyekkel az említett áttételes neurozisban, eltolás útján, regressiv eszközökkel is kifejeződve találkozik az orvos. Ezeket a személyeket és tulajdonságaikat, szerepüket a beteg életében a beteg közléseiből, csupán az ő szubjektív közlései alap-



ján ismerjük meg és értékeljük így vagy úgy. Az orvos ebben a vonatkozásban is rá van utalva a beteg megelevenítő képességére, szubjektív megítéléseire, állásfoglalásaira, ugyanakkor, egyben saját képzelőerejére és esetleg képalakító képességére is.

Ezért is nagy meglepetés néha az orvosnak találkozni a terápia folyamán csupán közlésekből ismert személlyel, mert akkor tapasztalhatja, hogy saját elképzelése nagyon távol esett a valódi személytől, nemcsak tulajdonságai, de még külleme szempontjából is és ha ilyenkor utána néz önmagában, akkor valahol megtalálja a saját múltjában vagy jelenében azt a személyt, aki bele-rajzolódott, belekopírozódott abba a személybe, akit a beteg csupán szavakban ismertetett. Tehát tulajdonképpen a környezeti személyek értékelése kérdésében is aszimmetriás relatio van orvos és betege között. Az orvos számára egy kissé mindig imaginárius személyként szerepelnek a beteg közléseiben szereplő személyek és az orvosban csupán sűrítés, átrajzolódás útján született „elméleti” ismeret áll rendelkezésére a beteg környezeti személyeiről. Így a terápia folyamán a betegben konkrét személyek az orvosban elvont személyek mérlegelése történik. Az orvos kissé „árnyékszerű”, „képletszerű környezettel” találkozik a beteg közlései során. Holott a beteg talán éppen az aktuálisan konkrét környezet, konkrét személyeivel való interakcióinak kapcsán betegedett meg és ugyancsak ebben a konkrét környezeti konglomeratumban és a bennük szereplő és hatásukat kifejtő személyek közepette kell majd meggyógyulnia is. És itt lép fel az egyik legfontosabb terápiás dimenzió ismeretének szükségessége.

Ebben a dimenzióban nemcsak a páciens esetleg már rég elhalt, vagy távollevő szüleivel és azok, a betegben élő szellemével — hatásával — (nézetek, szokások, eltanult sztereotípiák) kell megbirkózni a terapeutának, hanem a jelenben konkrétan szereplő, viszont a psychotherápiás szituáción személy szerint kívülálló csoportok és személyek különböző irányú, esetleg káros hatásaival is meg kell birkózni a betegnek és orvosnak egyaránt a psychotherápiás reinkarnáció folyamán.

A páciens igen sok kapcsolathoz tartozhat. (Réteg, osztály, család, vallás, munkahely, szórakozás csoportjaihoz és hangadóikhoz, véleményformáló személyeihez) és mindezekhez különböző erejű és különböző előjelű emóciók köthetnek vagy taszíthatják és ezek a relációk a terápia folyamán még jelentékenyen változhatnak is. Mégis ezek a csoportok és személyek ex-situ is megszabhatják, sőt formálhatják is, pl.: az indulatáttételes érzelmek erejét, jellegét, megnyilvánulásait. Biztatást kaphat a beteg ún. ellenállása, sőt tápot kaphat a bizalmatlansága, hitetlensége, a terápia kilátástalanságára, haszontalanságára nézve, a terapeuta személyének túlbecsülésére vagy alábecsülésére. A hatások sok irányúak és állandóak és esetleg nem is feltétlenül direkt közlésekben mutatkoznak meg és így külön figyelmet érdemelnek az orvos részéről. Fel kell ismernie az orvosnak, a beteg közléseiben szereplő azon motivációkat, amelyekben környezeti személyek különböző tartalmú hatásai reprezentálódnak, amikor is a beteg nem specifikusan saját érzelmeit közli és éli át a terápia folyamán, hanem inkább csak a környezete által indukáltakat hoz be a terápiás szituációba és ezekkel az „als-ob jellegű” átélésekkel, esetleg a nem egészséges érzelmi pozíciókat erősíti meg, vagy kívánja megerősíteni orvosával. Ez az attitűd különösen káros lehet, ha a beteg *intim szféráira* vonatkozik, amelyeknek zavarait egyébként is alig van alkalma vagy mersze másokkal is közölni. Vagy ha mégis megbeszéli azokat, legtöbbször éppen a hangadó, károsat sugalmazó személlyel beszéli meg, aki viszont a terápiás szituáción kívülállva sugalmaz és ezáltal a beteget az „als-ob” attitűdre készíti. Ilyen érzelmi ketősségben is, az orvosnak kell tudni felbontani a páciens nézeteit elemeire és



megtalálni a nézet sugalmazóját és azt konfrontálni a beteg saját, tényleges tapasztalataival és a beteg által feltáratni igazi, saját nézetét és kívánságait, majd segíteni abban, hogy a kérdésben egyensúlyt találjon. Gyakori, hogy az egyensúly megtalálását nem elveik, hanem a beteg és környezete személyeiben lappangó lehetőségek szabják meg. A psychotherápiás szituációban tehát nemcsak a beteg személye van csupán jelen, hanem az ő számára fontos és hatékony személyek hatása is, ilyen vagy olyan asszociációkban. Lehet, hogy a beteg a mamájáról beszél és mégis, hogy úgy mondjuk „a mama beszél belőle”. Lehet, hogy a mamának ilyen vagy olyan nézeteivel, szokásaival, valamikor azonosult, incorporálta akit akkor szeretett és aki akkor másmilyen volt, mint amilyenek a páciens ma konstatálja. Nehéz kiválasztani ilyenkor, hogy melyik és honnan származó érzésnek lehet szerepe az adott beteg állandóan robbanékony lelki szerkezetével.

Különböző csoportok és személyekkel való identifikációból és töredékes identifikációkból, vagy epizodiális desidentifikációkból, esetleg identifikációs törzökből vagy éppen csupán látszat identifikatio vagy desidentifikációból származó relációk, interakciók és azok in-situ közlései állandóan szerepelnek, belezácsolódnak a terápiás folyamatba. Viszont az orvos interpretációi épp úgy, mint egész valós magatartása, valamint az orvosra vonatkozó szituatív projekciók, „túlkerülnek”, „kikerülnek” a terápiás szituációból, különböző significans személyekhez és azokban ilyen vagy olyan választ vagy ellenakciót váltanak ki és ezek visszakerülnek a terápiás szituációba.

Az orvosnak és betegnek a terápia folyamán ezekkel a „*viszonylat-circulációkkal*” is meg kell birkóznia és azt is szem előtt kell tartani, hogy ezeket az úgyszólván állandóan circuláló és oscilláló relációkat is *kizárólag a jelenlevő konkrét páciens személyiségén át, döntően pedig az orvos-beteg* interpersonális kapcsolatának *interpretatív kézbentartásával kell kezelni*. Sőt, *csakis így lehet kezelni*. A páciens személyisége, a „mediator” az orvos és a páciens környezete között és csak ennek a „mediatornak” a *terápiája az egyetlen lehetséges járható út*. Ez az egyetlen tényleges kezelési feladat, hogyha a dinamikus jellegű psychotherápiát eredményesen akarjuk alkalmazni. Ezért feltétlenül tudnunk kell, hogy ahogyan terapeuta a környezeti körülményeken nem tud változtatni (lakás, munkahely, iskola stb.) ugyanígy a különböző környezetben szereplő és hatékony, a páciensre befolyással bíró személyek nézetein, tulajdonságain, szokásain, érzelmein, attitűdjein, magatartásán sem tud változtatni: még ha alkalma nyílik is egyik-másikával erről vagy arról, a betegre nézve egészségtelen befolyásról tárgyalni.

Tehát a terapeutának csak egy lehetősége van s ettől nem szabad egy percre sem eltekintenie, sem a beteg és környezete által elcsábíttatnia magát, és pedig ez az; hogy az aktuálisan a kezelésében „a kezében levő páciens” személyiségében szereplő tényezőkkel és csak a beteg személyisége különböző megnyilvánulásaival foglalkozzék! és *döntően csak az aktuálisan jelenlevő konkrét és kézbentartott páciens alkalmazkodásának, válaszmódjainak, igényeinek, új identifikációinak megformálásával segítse a beteg és környezete viszonyának erőszakmentes, kooperatív rendezését*. Tehát a psychotherápiás szituáción kívül álló személyekkel való interakciók rendezése is *csak és kizárólag a psychotherápiás szituáción belül fellépő interakciók kézbentartása és kezelése útján rendezhetők*.

Bármilyen legyen is a neurotikus beteg környezetének és a significans személyeknek hatása a betegre, *a kezelendő mindig maga a jelenlevő konkrét páciens marad és az a szituatív reláció tartalom, amit az orvos képvisel* többnyire projectív és valós személyisége által is a beteg számára.

Mellékesen megjegyzendő, hogy sokat beszélnek ún. jó orvos-beteg kapcsa-



latról. De kérdés, mikor nevezhetjük jónak e kapcsolatot? Ha a beteg elvárásait, melyek többnyire irreálisak, teljesítjük? vagy teljesíteni igyekszünk?, vagy ha csak barátságosan beszélgetünk és nem bántjuk a tünetek hátterét?, vagy mindent megengedünk a betegnek?, ha nem lépjük át a konvenciókat?, vagy ha a beteg ajánlataira és manővereire adequat módon és nem psychotherapeuta módján reagálunk; vagy ha ügyes-bajos dolgaiban jószolgálatú tanáccsal látjuk el? Ha akarateréjére hivatkozunk, ha önfegyelemre szólítjuk föl? Ha a szenvedni kívánó beteggel keményen bánunk, ha az agresszív beteg querulanciájának szelíden odaadjuk magunkat? Vagy akkor jó az orvos-beteg kapcsolat, ha beteg és orvosa nyájasak egymáshoz? Természetesen nem ezek a feltételei a jó orvos kapcsolatnak psychotherapiás szituációban.

Nem a kölcsönös nyájas biztatás a kapcsolat jó alapja. A jó orvos-beteg kapcsolat nem a beteg személyét szolgálja, hanem csak a beteg gyógyulásának útját egyengeti. Nem a kölcsönös lekenyerezés jellemzi. Persze, nem is a teljesíthetetlen kívánságok és ígéretek jellemzik, hanem az őszinte, nyílt és mégis aszimmetriás módszeres és rugalmas, de mindenképpen kooperatív *munka* jellemzi.

Ennek az aszimmetriás munkaviszonynak nincs szimmetrikus lehetősége, mert sem a beteg nem tudja közlései tartalmát konkrét helyzetek, személyek, konkrét bemutatásával ellensúlyozni, sem az orvos nem tudja a szubjektív közlésekből és sajátmaga alakította képekből összeállított elképzeléseit a számtalan konkrétal egybevetni és leellenőrizni.

A psychotherapeuta tulajdonképpen „in presente” konkrét érzelmek felől, „in absente” pedig absztrakt személyekről kell véleményt formáljon.

Talán éppen ebből az ellentmondásból is született meg a family-therapy és a Gruppentherapie szükséglete. Talán éppen azért, hogy ez az absztrakt szektor valamennyire lecsökkenjen, pedig ezekben sem lehet a páciens valamennyi hatékony csoportját és significáns személyét konkrét és egymástól is különböző helyzetekben megismerni és kezelni.

Ezt az aszimmetriát csak az orvos tapasztalata, ismerete és intuíciója hidalhatja át.

Tehát látjuk, hogy a psychotherapiás szituáció nem mágikus helyzet, amelyben az orvos olyan doctus, aki betegében kizárólag csak a páciens látja, hanem olyan therapeuta, aki ugyanakkor azt is tudja, hogy a páciense önálló életet él, bonyolult, valós társadalmi életet él, sok valós kapcsolattal rendelkező, valamilyen társadalmi statust és sokoldalú szerepeket betöltő *nem páciens* is: egy olyan egész személyiség, akinek sérthetetlen, egyedi mivoltát az orvosnak végső fokon tiszteletben kell tartania.

IRODALOM. T. Leary: Interpersonal diagnosis of Personality 1957. New York. — L. S. Kubie: Psychoanalyse ohne Geheimnis 1956. Rowohlt. — H. S. Sullivan: Conceptions of modern Psychiatry 1947. Washington. — J. Haley: Strategies of Psychotherapy 1963. New York. — K. Menninger: Theory of the Psychoanalytic Technique 1962. New York.

Э. Синетар: О некоторых существенных интерперсональных измерениях психотерапии.

E. Szinetár: Über einige bedeutende interpersonale Dimensionen der Psychotherapie.



## Enzymologiai vizsgálatok dystrophia muscularis progressivában szenvedő családban

LIPCSEY ATTILA dr.

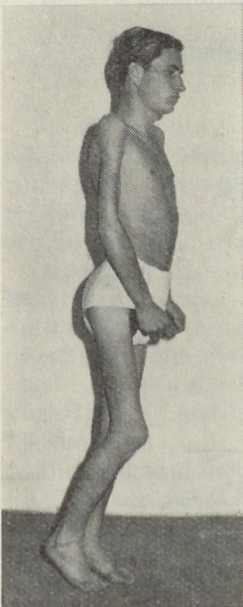
A myogen eredetű izomsorvadással járó betegségek diagnózisában, az elektro-myographias és izombiopsias vizsgálatok mellett, az utóbbi években egyre nagyobb szerepet kapnak az enzym meghatározások (1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12.). Különösen két enzym: a serum kreatin-foszfokináz és az aldoláz aktivitása emelkedik. Ez utóbbi két enzym aktivitás növekedését myogen folyamatoknál magunk is tapasztaltuk (12., 13.). Neurogen eredetű izomsorvadásoknál az enzymaktivitás érték normalis, illetve csak egészen kis mértékben emelkedett, ezért korai szakaszban mód nyílik a kétféle genesisű izomsorvadás elkülönítésére. Jelenlegi tudásunk szerint, az emelkedett enzymaktivitás érték dystrophia musculorum progressivában a betegség lényegéhez tartozó kísérőjelenség: az enzymek a megbetegedett izmokból származnak. Pontos megfigyelések és megalapozott kísérleti adatok amellet szólnak (l. alább), hogy dystrophia-soknál az izomzatban permeabilitás változás következik be, a fokozott átteresztőképesség következtében számos — az izomanyagcsere szempontjából jelentős anyag, így a most említett enzymek is — kijutnak a szerumba (16., 17., 18.). Az emelkedett enzymaktivitás már a betegség klinikai manifestálódása előtt az ún. praeklinikus szakban is észlelhető, sőt az aktivitás emelkedés éppen a betegség kezdeti szakaszában a legmagasabb (14., 15., 19.).

Jelen közleményünkben egy klinikánkon fekvő dystrophia musculorum progressivában szenvedő beteg és négy családtagjánál végzett enzymaktivitás mérésről szeretnénk beszámolni.

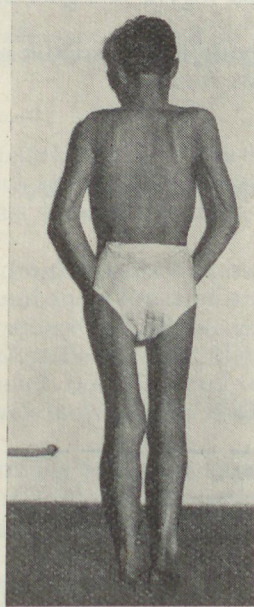
A beteg szülei klinikailag egészségesek, a felmenők, illetve az oldalági rokonok között sehol sem fordul elő tudomásunk szerint izommegbetegedés.

A probandus jelenleg 20 éves: két testvére van, egy 18 éves leány és egy 11 éves fiú.

A probandus 8 éve beteg. Megbetegedését 12 éves korban vette észre, pontosan nem tudja megmondani, hogy a felső, vagy az alsó végtagövben indult-e meg a folyamat. Neurologiai statusából a következőket emelnénk ki: az Achilles-reflexek kivételével a sajátreflexek nem válthatók ki. Kifejezett proximalistypusú paresis és atrophia észlelhető; a distalis végtagizmok, valamint az arc és nyakizomzat teriméje és ereje megtartott. Egyes izmokban minimalis, a triceps surae-ban kifejezett contractura képző-

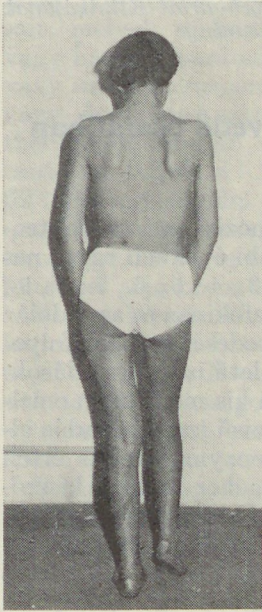


1. kép

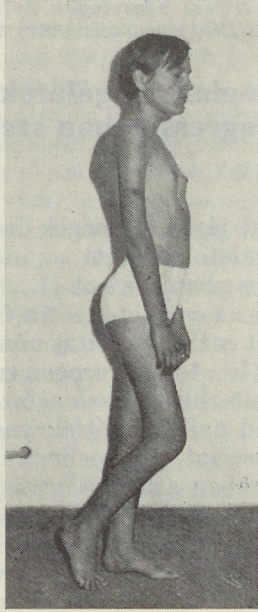


2. kép





3. kép



4. kép

dés. Mindkét oldalon scapula alata, fokozott lumbalis lordosis (1. és 2. kép).

A leánytestvérnél a neurológiai statusban a bátyjénál mérsékeltebb elváltozások észlelhetők: a sajátreflexek renyhén bár, de kiválthatók, az izomzat atrophíája nem olyan kifejezett, mint a bátyjáé, contractura képződés nincsen, az izomerőben sem tapasztalható olyan fokú kiesés, mint a testvérnél. A leánytestvér megbetegedése is 12 éves korban kezdődött (3. és 4. kép).

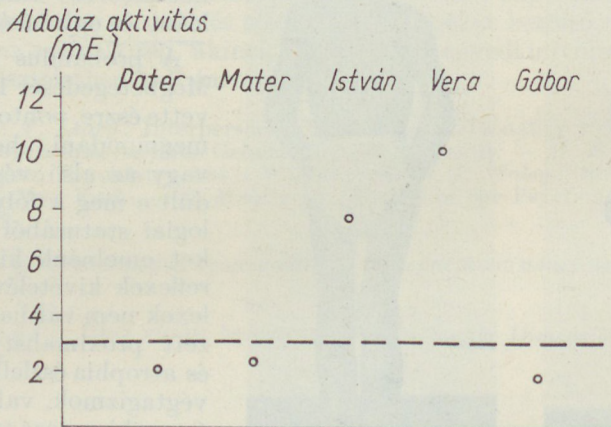
Agyidegek és érzőkörszéről egyik testvérnél sem tapasztalható eltérés.

Az elektromyographias vizsgálatok mindkét testvérnél az izomsorvadás myogen jellegére utalnak. A probandusnál 1964-ben klinikánkon biopsia tör-

tént a bal deltoideus izomból. Szövetteni dg: dystrophia musculorum progressiva.

A betegeket az ún. végtagövi csoportba (20) sorolhatjuk. Emellett szólnának a következők:

1. Az átlagos betegség kezdet a 12 éves életkorra esik.
2. A mindkét nembeli előfordulás.
3. A folyamat lassú előrehaladása (egyik betegnél 6, másiknál 8 éve tart a folyamat.)
4. A végtagövekben csaknem egyidejűleg kezdődik a megbetegedés.



1. ábra. Az ordinátán az aktivitást tüntettük fel milliegységben (m. E.) 1 ml sz serumra vonatkozóan. (Incubatiós idő: 10 perc). A normal érték felső határát (1,5 m. E.) szaggatott vonal jelzi



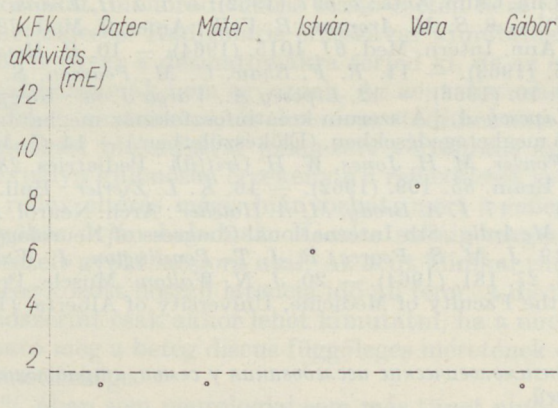
A harmadik testvér egészséges. Neurologiai statusa negatív. 11 éves. A beteg életkora különös jelentőségű lehet, ugyanis mindkét idősebb testvérnél ebben a korban még semmiféle elváltozást sem tapasztaltak: teljesen egészségesek voltak látszólag. A két szülő és a három gyermek számontartják, hogy két testvérnél a 12 éves korban alakult ki a betegség és valamennyien félnek. A szülők már egyetlen egészséges gyermeküket látják a legkisebb testvérben; a két beteg az állandó progressiót észlelve sajátmagán nagyon aggódik a legkisebb testvérért.

A család enzimologiai vizsgálatával a következő kérdésekre szeretünk volna választ nyerni:

1. Kimutatható-e a szülők valamelyikénél magasabb aktivitás? Ismeretes ugyanis, hogy az átvivők egy részében magasabb aktivitás mérhető.

2. Magas-e az aktivitás a két betegnél?

3. Végül arra a nagyon fontos kérdésre szeretünk volna választ kapni, hogy milyen a harmadik, a legkisebb gyermek serum enzimaktivitása, mert — mint



2. ábra. Az ordinátán az aktivitást tüntettük fel milliegségben (m. E.) 1 ml szérumra vonatkozóan. (Incubációs idő: 20 perc.) A normal érték felső határát (3,0 m. E.) szaggatott vonal jelzi.

az előzőekben hangsúlyoztuk — a kísérletes adatok és klinikai megfigyelések szerint éppen a praeklinikus szakban a legmagasabb az aktivitás: ha meg fog betegedni, magas aktivitást kellene kapnunk, ha nem, akkor az enzimaktivitás értéke normális lesz.

A betegéknél és családtagjainkál a 4 legmagasabb aktivitást mutató enzimet határoztuk meg a szerumban: a kreatinfoszfokinázt, az aldolázt és a 2 transzaminázt (glutaminsav-oxálecetsav, illetve glutaminsav-piroszőlősav transzaminázt). A meghatározásokat Boehringer, illetve Fermognost testekkel (az aldolázt és kreatinfoszfokinázt Boehringerrel, a 2 transzaminázt Fermognosttal) végeztük. Az eredmények leolvasására Spektromom 201-es spektrofotometert használtunk.

Mindkét szülőnél normális értékeket kaptunk; a két betegnél magas aktivitást. (A betegség előrehaladottabb állapotának megfelelően az idősebb fiútestvérnél az aktivitás valamivel alacsonyabb volt.) A legkisebb testvérnél mindnégy enzim aktivitása normális volt (1., 2. ábra). Az ábrákon csak az aldolázt és kreatinfoszfokinázt mutatjuk be, lényegileg hasonló, csak kevésbé kifejezett aktivitás növekedést mutatott a 2. transzamináz.



## Összefoglalás

Szerző egy ún. végtagövi csoportba sorolható dystrophia musculorum progressivában szenvedő betegnél, ennek két testvérénél és a szülőknél végzett enzimaktivitás méréseket a szerumban. (Kreatin-foszfokináz, aldoláz, glutaminsav-oxálecetsav-, glutaminsav-piroszólósav-transzamináz). A szülőknél normális aktivitást, a két betegnél — betegségüknek megfelelően — magasabb aktivitást mért. A legkisebb jelenleg még egészséges 11 éves fiútestvérénél az aktivitások normalis értékűek voltak. Ez utóbbi eredményekből — az irodalmi adatok alapján — talán az a következtetés vonható le, hogy ez a testvér nem is fog megbetegedni dystrophia musculorum progressivában.

IRODALOM. 1. J. A. Sibley, A. L. Lehninger : J. nat. Cancer. Inst. 9. 303. (1949). — 2. S. Ebashi, Y. Toyokura, H. Momoi, H. Sugita : J. Biochem. 46. 103. (1959). — 3. J. C. Dreyfus, G. Schapira, J. Demos : Rev. Franc. Etudes Clin. Biol. 5. 384. (1960). cit. J. Demos et al. in Progress in muscle research. Skeletal muscle. Revue Canadienne de Biologie 21. 596. (1962). — 4. R. A. Thompson, P. J. Vignos : Arch. Intern. Med. 103. 551. (1959). — 5. W. M. Fowler, C. M. Pearson : Arch. Phys. Med. 45. 125. (1964). — 6. B. P. Hughes : Clin. Chim. Acta : 7. 597. (1962). — 7. J. H. Evans, R. W. R. Baker : Brain. 80. 557. (1957). — 8. S. M. Aronson, B. Volk : Amer. J. Med. 22. 414. (1957). — 9. J. W. Hess et al. : Ann. Intern. Med. 61. 1015. (1964). — 10. H. Heyck, G. Laudahn : Klin. Wschr. 41. 905. (1963). — 11. R. F. Shaw, C. M. Pearson, S. R. Chowdhury : Enzym. Biol. Clin. 6. 10. (1966). — 12. Lipcsey A., Varga J.-né : Ideggyógy. Szemle 7. 329. (1967). — 13. Lipcsey A. : A szerum kreatinfoszfokináz meghatározás jelentősége izomsorvadással járó megbetegedésekben. (Előkészületben.) — 14. C. M. Pearson, S. R. Chowdhury, W. M. Fowler, M. H. Jones, W. H. Griffith : Pediatrics, 28. 962. (1961). — 15. C. M. Pearson : Brain. 85. 109. (1962). — 16. K. L. Zierler : Bull. Johns Hopkins Hosp. 102. 17. (1958). — 17. I. A. Brody, M. A. Hatcher : Arch. Neurol. 16. 89. (1967). — 18. K. J. Zilkha, B. McArdle : 8th International Congress of Neurology TOM. II. 103. (1965). Vienna. — 19. J. M. S. Pearce, R. J. T. Pennington, J. Walton : J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 27. 181. (1964). — 20. J. N. Walton : Muscle. Proceedings of the Symposium held at the Faculty of Medicine, University of Alberta. (1962). Pergamon Press.

A. Липчеи : Энзимологические исследования у семьи, страдающей прогрессивной мышечной дистрофией.

Автор проводил измерения ферментативной активности в сыворотке больного, страдающего прогрессивной мышечной дистрофией, у двух его братьев и у родителей. (Он проводил определение креатин-фосфокиназы, альдолазы, трансаминазы глутаминовой-щавелевоуксусной кислот и трансаминазы глутаминовой-пировиноградной кислот.) У родителей была обнаружена нормальная активность, у двух больных — в соответствии с их болезнью — наблюдалась более высокая активность. У младшего, еще здорового брата, 11-летнего мальчика, величины активности были нормальные. На основании литературных данных из полученных результатов можно сделать вывод, что этот брат и не заболит прогрессивной мышечной дистрофией.

A. Lipcsey : Enzymologische Untersuchungen in einer Familie mit progressiver Muskeldystrophie.

In einer Familie wurden folgende Enzymaktivitäten im Serum untersucht: Kreatin-Phosphokinase, Aldolase, Glutaminsäure-Oxalessigsäure- und Glutaminsäure-Benztraubensäure-Transaminase. Bei den Eltern waren die Werte normal, bei zwei Kindern, deren Krankheitsbild dem Extremitätengürteltyp entspricht, erhöht. Beim jüngsten, z. Zt. 11jährigen, gesunden Sohn waren die Aktivitätswerte normal. Auf Grund der Literaturangaben erscheint die Folgerung erlaubt, dass dieser Junge von der progressiven Muskeldystrophie frei bleiben wird.



## A compressió idegyökér-syndroma EMG jeleinek értékelése

IRÁNYI JENŐNÉ dr. és TARNÓCZY MÁRIA dr.

A gerincvelői idegyökerek compressió károsodását leggyakrabban a porckorong prolapsusa, ritkábban arachnopathia, daganat vagy trauma okozza. A biztos diagnózis felállításáa és a gyökérlesio localizálásáa, a neurologiai és a kiegészítő vizsgálatok segítségével történik. Utóbbiakhoz tartozik a röntgen- és a liquorvizsgálat, a ritkábban végzett myelographiás és discographiás vizsgálat.

A neurologiai vizsgálat után még több kérdés válasz nélkül marad. Az acut laesio nagy fájdalmat okoz, de ha a prolabált discus szétzúzza a gyökeret, a megfelelő terület megelőző fájdalom nélkül analgetikus és anaesthesiás lehet. A motoros kiesés utal a laesio helyére, de mivel egy izom rendszerint 2—3 gyökérből is kap rostokat, monoradicularis laesio esetén nem jön létre klinikailag észrevehető functiokiesés. Radicularis érzészavar kimutatásához fontos az algesia vizsgálata. A zavar a dermatomákra terjed ki, de az egyes szerzők által megadott dermatomasémák nem egyeznek. Az acut discushernia okozta érzészavarokat nem lehet félreismerni, de chronicus stádiumban a gerinc rendellenes tartásával és mozgási blokádjával jellemzett vertebralis syndroma már nem áll fenn. A reflexpálya különösen érzékeny s a reflexkiesés gyakran megelőzi az érzészavart. A reflex eltérés mégis hiányozhat, mert a reflexpályák nem egy, hanem több gyökér útján haladnak. Kiesése sokáig megmarad s a féloldali reflexhiány átvészelt gyöki laesiora utal. Az acut klinikai tünetek és a radiológiai jelek fellépése között hosszú latencia idő áll fenn. A discust direkt röntgen vizsgálattal rendszerint csak akkor lehet kimutatni, ha a nucleus elmeszesedik. Ritkán állapítható meg a beteg discus függőleges méretének csökkenése és körvonalának egyenetlensége.

Az esetek 30%-ában sem neurologiai sem más tünet nincs, amely magassági diagnózist tesz lehetővé (*Krayenbühl* [1]). A myelographia nem teljesen veszélytelen eljárás. Ritkán kerül alkalmazásra a discographia. A kontrasztanyagot magába a discusba kell injiciálni, tehát előfeltétele a pontos neurologiai magassági diagnózis.

Ennyi nehézség mellett nagy jelentőségű minden további vizsgáló módszer, amely segítséget nyújt a gyökér-laesio tisztázásához. *Golset* [2] már 1948-ban végzett idegyökér syndroma eseteiben elektromyographiás vizsgálatokat, de máig is kevés szerző foglalkozott a kérdéssel. Az amerikai irodalomban *Shea*, *Wood* és *Werden* [3], *v. Hagen* [4] és *Marinacci* [5], az európai irodalomban *Kaesser* [6] és *Drechsler* [7] munkái alapvetőek. Az irodalom egybehangzóan állapította meg, hogy az alsó motoros neuron károsodásának az EMG-n látható objectív jelei alkalmasak a gyökér syndroma diagnózisának megerősítésére. Nem teljesen egyezik a szerzők felfogása abban a kérdésben, hogy milyen EMG jelek használhatók fel a gyakorlatban a gyökér compressio megállapításához. A neurogen laesiora utaló változások jeleit eltérően ítélik meg.

Közleményünkben az eltérő megállapításokra és a gyökér syndroma gyakorlati EMG vizsgálatára vonatkozó megfigyeléseinket ismertetjük.

### Vizsgálataink

Az EMG segítségével a motoros egység működésekor létrejött actió potenciálokat regisztráljuk. A vizsgálat útján megállapítható a peripheriás ideg terü-



letén fellépő functio-zavar, annak foka és localisatioja. A gyökérlesio vizsgálatahoz a Steinbrecher [8] ajánlotta útmutató izmokról vezetünk el actiós potenciálokat attól függően, hogy a feltételezett laesio melyik segmentumnak felel meg. A felhasznált útmutató izmokat és a hozzájuk tartozó segmentumot az 1. táblázaton tüntettük fel (1. táblázat).

1. táblázat

Az EMG elvezetés a különböző radicularis laesio gyanúja esetén

Csoport	Útmutató izom	Segmentum
1.	m. deltoideus	C 5—6
	m. biceps brachii	C 5—6
2.	m. triceps brachii	C 6—7
3.	m. extensor digit. comm.	C 7—8
4.	m. adductor pollicis	C 8—Th 1
5.	m. quadriceps femoris	L 3—4
6.	m. tibialis ant.	L 4
7.	m. fibularis longus	L 4—5
8.	m. gastrocnemius	L 5—S 1

A vizsgálathoz koncentrikus tüelektrodát alkalmaztunk. Az elektrodát mm-enként toltuk mélyebbre az izomba, így az izomban a szegényes és körülírt denervatiós potenciálokat is sikerült elérni. Az adatok ellenőrzése végett a károsodott oldali végtagon kívül a contralateralis izmokban is elvégeztük a vizsgálatokat.

84 beteg elektromyogrammját elemeztük. 34 beteg lumbalis discopathiához, 2 beteg cervicalis laminectomia és 48 beteg lumbalis laminectomia utáni állapothoz társuló radicularis tünetek miatt állott kezelésünk alatt. Életkoruk 28 és 56 év között változott, 40 nő és 44 férfi volt. A laminectomizált betegek közül 28 néhány hónappal, 22 beteg egy, illetve két héttel a műtét után került vizsgálatra.

### Eredményeink

Vizsgálati eredményeinket a könnyebb áttekintés végett táblázatokon tüntettük fel.

Mint a 2. táblázatból kitűnik, 57 betegben állott fenn biztos vagy kérdéses paresis. Kérdésesnek minősült a motoros kiesés, ha a fájdalmas mozgáskorlátozottság miatt nem volt kétséget kizáróan objectiválható. A paresis kimutatására vizsgáltuk a hüvelyk adductioját, csukló extensioját, könyökben a hajlítást, feszítést, és a vállmozgásokat. Alsó végtagon a lábujjak és boka plantár-, illetve dorsalflexioját, a térd feszítését és a glutealis izomzat mozgásait figyel-

2. táblázat

Az észlelt EMG eltérések a klinikai tünetek szerinti csoportokban

Klinikai tünet	A betegek száma	EMG jelek		EMG eltérés	
		fibrillatio	polyphasia reductio	összesen	%-ban
1. Motoros kiesés .....	57	20	32	52	91
2. Érzés és reflex eltérés .....	12	2	4	6	50
3. Neurologiai tünet nélkül .....	15	1	5	6	40
Összesen ...	84	23	41	64	



tük meg. EMG vizsgálattal 52 betegen, tehát 91%-ukon volt neurogen laesio kimutatható.

12 betegen paresis nélkül érzés- és reflexzavar állott fenn. Az electromyogrammon 6 esetben (50%-ban) volt neurogen laesio megállapítható.

15 betegen vertebralis syndroma és radicularis jellegű fájdalom szerepelt, de neurological kiesési tünetet nem észleltünk. Az EMG 6 esetben (40%) utalt neurogen laesiora.

Vizsgáltuk elkülönítve is az EMG változásokat a discopathiás és laminectomizált betegek csoportjában. Az eredményt a 3. és 4. táblázaton tüntettük fel (3. és 4. táblázat).

3. táblázat

*Az EMG jelek megoszlása a discopathiás betegeken*

Klinikai tünetek	Esetek száma	EMG jel nélkül	EMG jelek		Kóros EMG esetek száma
			fibrillatio	polyphasia reductio	
1. Motoros kiesés .....	21	2	8	11	19
2. Érzés és reflexeltérés .....	6	3	1	2	3
3. Neurologiai tünet nélkül .....	7	3	1	3	4
Összesen ...	34	8	10	16	26

4. táblázat

*Az EMG jelek megoszlása a laminectomizált betegeken*

Klinikai tünetek	Esetek száma	EMG jel nélkül	EMG jelek		Kóros EMG esetek száma
			fibrillatio	polyphasia reductio	
1. Motoros kiesés .....	36	3	12	21	33
2. Érzés és reflexeltérés .....	6	3	1	2	3
3. Neurologiai tünet nélkül .....	8	6	0	2	2
Összesen .	50	12	13	25	38

Összehasonlítva a 3. és 4. táblázat adatait megállapítható volt, hogy a discopathiás és laminectomizált betegeken észlelt EMG jelek között számottevő eltérés nem állott fenn.

### Megbeszélés

1. A szerzők nagy része a következő EMG jeleket minősíti neurogen laesiora jellemzőnek a gyakorlat számára:

a) ún. denervatio potenciálok, spontán fibrillatio, fasciculatio és a monophasis positiv denervatio potenciálok.

b) Az actios potenciálok számának csökkenése (reductio, vagy rarefatio)

c) az actios potenciálok tartamának megnyúlása és végül

d) a polyphasias potenciálok 20%-ot meghaladó növekedése (*Buchthal* [9], *Steinbrecher* [8], *Jebsen* [10], *Mager* [11]).

Eltérő az egyes szerzők felfogása abban a kérdésben, hogy milyen EMG jelek használhatók fel a gyakorlatban a gyökér compressio megállapításához. Egy részük a spinalis gyökér-syndromában ritkán észlelt denervatio potenciálokat és ezért a diagnózist az ún. polyphasias potenciálok alapján állapította meg (*Marguth* és *mtsai* [12], *Kalkayev* [13], *Kugelberg—Petersen* [14]. Ezzel ellen-



tétben *Kaeser* [6], valamint *Marinacci* [5] a fibrillatios, vagyis a denervatio potenciálokat megbízható jelnek találta s a gyakorlat számára azokat tekintti mérvadónak. Mások a gyökérvárosodásra jellemzőnek tekintik a potenciálok amplitúdójának és tartamának növekedését is (*Steinbrecher* [9], *Mayer* [11]).

23 betegen mutatkoztak az electromyogrammon a gerincvelői gyökér súlyosabb károsodását jelző spontán denervatio potenciálok.

41 esetben denervatio potenciálok nélkül, reductio és megnövekedett számú polyphasiás potenciál utalt a neurogen laesiora. Az utóbbi csoportban 32 betegen motoros kiesés, tehát klinikailag jelentős idegkárosodás tünete állott fenn. Az ennek ellenére kedvezőbb prognózisra utaló EMG képet következőkkel magyaráztuk: *a*) a compressio következtében csak részleges denervatio vagy functionalis block alakult ki, *b*) a súlyosabb klinikai kép javulása során az EMG-n is a regeneratio jelei léptek fel.

A denervatio jelek nélkül észlelt reductiót és polyphasiát neurogen laesio EMG jeleként értékelve, a paresissal járó klinikai esetek 91%-ában voltak kimutathatók kóros electromyogrammok. Az érzés- és reflexeltéréssel járó eseteknek 50%-át kísérte kóros EMG jel. Ezenkívül EMG eltérést láttunk azon betegeknél 40%-ában is, akiken vertebralis syndroma állott fenn, de neurologiai tünet nem volt megállapítható.

A motoros kieséssel járó esetekben tehát EMG vizsgálat segítségével a gyökérsyndroma diagnózisa megerősíthető volt. Érzés- és reflexzavarral járó, valamint a neurologiai tünet nélküli esetekben pedig a vizsgálat alkalmas volt a részben vagy teljesen latens gyökérvárosodás kimutatására.

2. Az EMG vizsgálat segítséget nyújt a műtéti indicatio felállításában. A vizsgálat alapján időben végzett sebészi revizio, súlyos izomatrophia és irreversibilis functiovesztés kifejlődését akadályozhatja meg. Több betegünk kezelése során kérdésessé vált, hogy nem szükséges-e a sebészi decompressio elvégzése. A döntést az EMG vizsgálat is elősegítette. Röviden ismertetjük egyik esetünket, amelyben a később elvégzett laminectomia az EMG vizsgálati eredménnyel alátámasztott diagnózist igazolta:

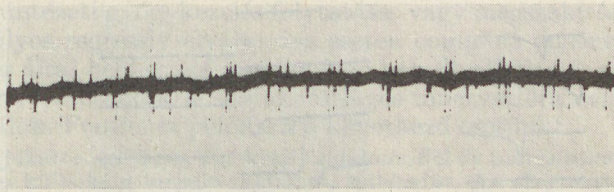
T. B-né 30 éves óvónő. 1965 eleje óta időszakos enyhébb, 1967 nyara óta heves derékfájdalom, amely a jobb alsó végtagon a lábszár és lábfej külső oldalán, az ujjakig terjedt. Mindkét alsó végtagban zsibbadás lépett fel, a bokamozgások gyengültek. Érzéstelenné vált a végbél és nemiszervek környéke, székelési és vizeleti zavar jelentkezett. A lumbosacralis csigolya röntgen felvétel értékelhető eltérést nem mutatott. A lumbalis liquorban fehérje 120 mg%, Pándy++ volt. Neurologiai status: mko. az Achilles reflex kiesett. Mko. a boka plantar- és dorsalflexios ereje gyengült. Mko. hypaesthesia az L 5 és S 1—3 dermatomákban. Az EMG a m. fibularis longusban és a m. gastrocnemiusban denervatio potenciálokat és maximalis innervator rossz regeneratio készségre utaló csekély számú, alacsony amplitúdójú potenciálokat mutatott (1/a és 1/b ábra).

Az elvégzett laminectomia alkalmával az L 4—L 5 csigolya között a feltételezett medialis, a cauda equinát comprimáló discushernia verifikálható volt.

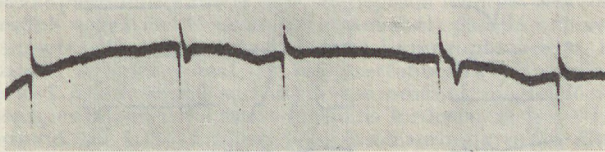
Egyik discusherniára gyanús esetünkben a klinikai kép, az EMG és myelographiás lelet egybevetése alapján mondottunk le a műtéti beavatkozásról.

T. L. 45 éves segédmunkáson 1966 őszén jelentkezett először a deréktájról a jobb alsó végtagban a külbokáig sugárzó fájdalom. Konzervatív kezelés mellett a tünetek hülámzó intenzitással állottak fenn, majd 1967 nyarán ismét súlyosabbá váltak. Neurologiai statusából: B. o. Achilles reflex renyhébb mint a jobb oldalon. Hypaesthesia j. o. az L 5 és S 1 dermatomában. A j. boka dorsalflexiója kifejezetten, plantarflexiója enyhébb fokban gyengült. Kétirányú lumbosacralis röntgen felvételen a praesacralis rés beszűkülése, a lumbalis lordosis kiegyenesedése, a L 2 és L 3 csigolyák között csontos felrakódás volt megállapítható. Lumbalis liquor negatív volt. Myelographia: Az L 4—5 centralis discusherniatio és annak az L 5—S 1 magasságban a duraszövet feszítő hatása feltételezhető. Az EMG-n a m. tibialis anteriorban és a m. gastrocnemiusban fibrillatio potenciálok, nagy amplitúdójú széles potenciálok, maximalis innervatio-

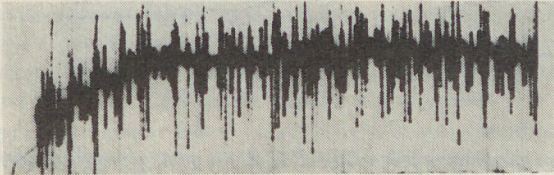




1/a ábra. Medialis discus hernia L 4—5; cauda laesio. A m. gastrocnemiusban nyugalomban fasciculatio potenciálok 800 mikroV-ig (20 msec/mm, 30 mikroV/mm)



1/b ábra. Maximalis innervatióra a fibrillatio potenciálok mellett alacsony feszültségű egyes potenciálok 60 mikroV feszültségig (20 msec/mm, 30 mikroV/mm)



2. ábra. Intermittáló centralis discushernia L 4—5. M. tibialis ant.-ban 1100 mikroV-ig, nagy amplitúdójú, széles potenciál volt aktiválható, átlag tartam 30%-al megnövekedett (1 msec/mm, 30 mikroV/mm)

kor enyhébbfokú denervációra utalóan a potenciáloknak relatív kisebb mértékű reductioja volt észlelhető (2. ábra).

A klinikai kép és a vizsgálati leletek együttes értékelése alapján intermittáló, — a S I gyökér irritációját okozó — centralis L 4—5 discushernia diagnózisát állítottuk fel. A továbbiakban konzervatív kezeléssel kielégítő javulást sikerült elérni, a műtét elkerülhető volt.

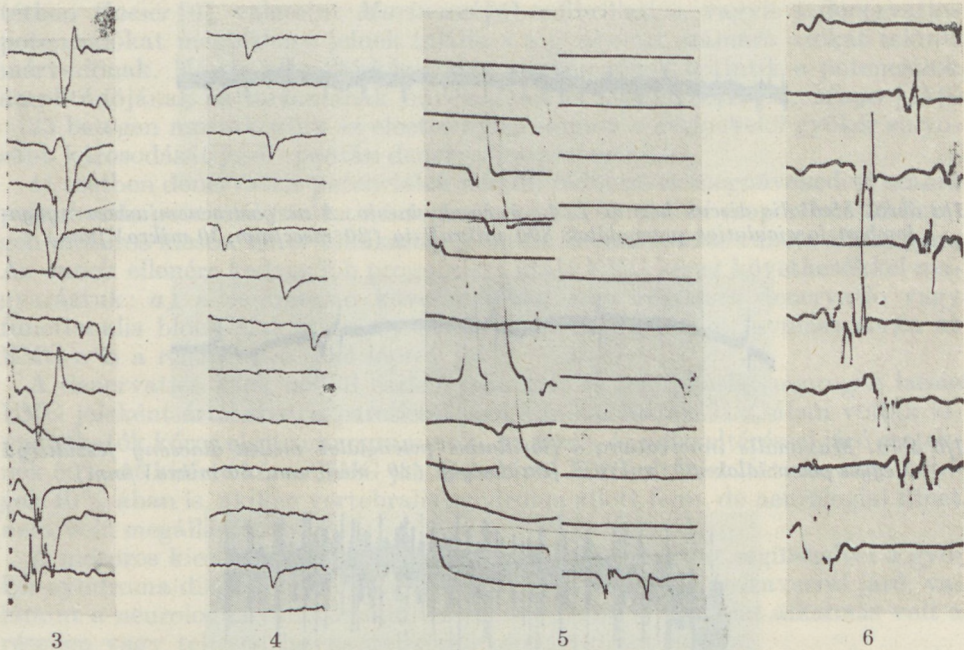
Hasonló volt a következő esetünk.

H. J.-né 30 éves tisztviselő. 1965 dec.-ben deréktájáról a bal alsó végtag külső oldalára sugárzó fájdalom lépett fel. Neurologiai statusából (1966 márc.) B. o. Achilles r. nem váltható ki. Hypaesthesia b. o. az L 5 és S I dermatomában. A bal boka plantarflexioja kifejezettebben, dorsalflexioja kisebb fokban gyengült. A lábszár legnagyobb körfogata b. o. 3 cm-rel kisebb lett. Kétirányú lumbosacralis röntgen felvétel: a lumbalis lordosis és lumbosacralis szöglet nagymértékben kiegyenesített. Az S I csigolya átmeneti jellegű, rajta, valamint az alsó sacralis csigolyákon spina bifida. Lumbalis liquor negatív volt. Dg: baloldali paramedian L 5—S I discushernia. — EMG-n a m. fibularis longusban és a m. gastrocnemiusban jó regenerációs tendenciára engedett következtetni: a) a spontán denervációs potenciálok fellépte, b), hogy maximalis innervációkor — bár csökkent számban — motoros egység potenciál aktiválható volt (3. ábra).

A feltételezett jó prognózist a körlefolylás igazolta. A konzervatív kezelés eredményes és a műtét elkerülhető volt.

3. Az idegyökér compressiója esetleg a motoros erő gyengülésével jár abban az esetben is, ha az idegrost aktuális Waller féle degeneratioja nem következett be. A functionalis block állapota EMG útján felismerhető. Csökken az aktiválható potenciálok száma és ehhez a változáshoz nem csatlakoznak denervációs potenciálok, a fellépésükhöz szükséges két hét után sem. Ilyen károsodásra következtettünk 16 discopathiás betegünkön, akiknek az EMG-jén denervációs potenciál nem volt látható.





3. ábra. Paramedian porckorongsérv L5—S1. A m. gastrocnemiusban maximalis innervációra rareficatio (20 msec/mm, 30 mikroV/mm)

4. ábra. L 2—4 csigolya magasságában dermoid cysta részleges eltávolítása után 3 hónappal a m. gastrocnemiusban, nyugalomban pozitív monophasisos denervációs potenciálok. Maximalis innervációkor motoros egység potenciál nem activálható (1 msec/mm, 30 mikroV/mm)

5. ábra. St. p. laminectomia L 5; cauda laesio. EMG vizsgálat 3 hónappal a műtét után. M. gastrocnemiusban maximalis innervációkor b. o. extrem nagy amplitúdójú potenciálok 1200 mikroVig, j. o. alacsony amplitúdójú reinnervációs potenciálok 40 mikroV-ig („nascent units”). (1 msec/mm, 30 mikroV/mm)

6. ábra. St. p. laminectomia L 5. EMG 3 hónappal a műtét után. M. gastrocnemius: maximalis akarlatlagos innervációra közel 100%-ban polyphasias potenciál, valamint reductio észlelhető 1 msec/mm, 30 mikroV/mm)

4. Ötven beteget hónapokkal a laminectomia után is fennálló, vagy 1—2 évvel később visszatérő gyökér-syndroma tünetei miatt kezeltünk. Elsősorban azt a kérdést kellett megválaszolni, nem igényel-e a folyamat sebészi beavatkozást. Az EMG tisztázta a neurogen károsodás fokát, ezenkívül támpontot adott a functionalis tünetek megítéléséhez és megfelelő konzervatív kezelés beállításához.

Neuritis lezajlása vagy sebészi beavatkozás — így neurolysis és decompressió — után EMG-vel jól lehet követni az axonok regenerációjának haladását és kiterjedését.

Jasper [15] EMG vizsgálatok segítségével megállapította, hogy az axon regenerációja felső végtagon napi 2,5 mm-t, alsó végtagon napi 1,5 mm-t halad előre. A spontán denervációs potenciálok számának csökkenése jelzi, hogy egyes axonok elérték az izomrostokat. Ezt a jelet azonban kellő kritikával kell megítélni, mert hasonlót látunk az izom pusztulásakor, vagyis az izomrostoknak kötőszövetrel való pótlása esetén is.

Cauda laesio, arachnitis spinális vagy monosegmentalis laesio nagyobb funkci kieséssel járó esetében, amikor is javulás csak több hónap után várható, segítséget ad az EMG a complex gyógykezelés beállításában és annak eldönté-



sében, hogy az intézeti gyógykezelés folytatása, vagy megszakítása szükséges-e. A gyökerek súlyos regressív elváltozása esetén komplett denervációt észlelhetünk. A gyökér által beidegzett minden izomban fibrillációs és egyéb denervációs potenciálok vezethetők le. Az akaratlagos innervációra nem jelentkeznek actiós potenciálok. Fentieket példázza a következő esetünk:

K. Z. 25 éves lakatos. 1965 óta deréktáji fájdalom. Fél év múlva mindkét alsó végtag hajlító oldalán a külbokáig terjedő fájdalom, zsibbadás. Az alsó végtagok izomereje, főleg a b. boka mozgásai gyengültek. Székelési, vizeleti és potencia zavar. 1967 aug.-ban végzett röntgen felvételen: L 2—4 block csigolya és spina bifida. L 2—4 laminectomia során a cauda rostok között elhelyezkedő dermoid cystát találtak, melyet a környezettel való szoros összekapaszkodása miatt csak részlegesen lehetett eltávolítani. Vizsgálatát 2 hónappal később végeztük. Neurologiai statusából: patella reflexek kp élénkek = Mko. Achilles r. kiesett. Mk. alsó végtag izomzat hypotrophiás b. o. kifejezettebben. B. o. a térd feszítése, a boka dorsal- és kifejezettebben a plantarflexioja gyengült. Hypaesthesia b. o. az L 5 és az összes sacralis dermatomának megfelelően. Kétir. lumbosacralis csigolyaröntgen felvétel: fokozott lumbalis lordosis, az L 4—L 5 közti rés bizonytalanul követhető, az L 2—4 hátsó ívén laminectomia utáni állapot. Lumbalis liquor: negatív. EMG-on a m. gastrocnemiusban teljes denervatio jelei (4. ábra).

Mint hogy a műtéti decompressio nem lehetett teljes, a motoros rostok teljes vezetés-megszakítására utaló EMG változással számolni lehetett.

6. Gyökér-laesio esetén az EMG regenerációs jelei megelőzhetik a klinikai javulás tüneteit. Ilyen jelek a spike potenciálok, az ún. „nascent unit”-k, a reinnervációs és a nagy amplitúdójú, széles potenciálok. A regeneratio megindulása olvasható le az 5. ábrán látható elektromyogrammon.

G. F. 53 éves gyári munkáson két év alatt fokozatosan, fájdalom nélkül alakult ki petyhüdt paraparesis. Discushernia gyanúja miatt 1967 okt.-ben L 5 laminectomiát végeztek. Az L 4—5 spatiumban a porekorong mérsékelt prolapsusát és kifejezett spondylosis elváltozásokat állapítottak meg. A csontos kiemelkedéseket eltávolították. Műtét után a bokamozgások gyengésege, különösen a b. o. gyakorlatilag teljes bénulásig fokozódott. A beteget 3 hónap múlva vizsgáltuk. Neurologiai status: Achilles reflex mko. kiesett. Hypaesthesia mko. az L 5 és az összes sacralis dermatomában. B. o. bokamozgás még nagy mértékben gyengült erővel történt, j. o. boka plantar- és dorsalflexio is gyenge volt. EMG: a gyökér laesio regenerációjára utaló jelek (5. ábra).

Ismertetett esetünkben az EMG-on látható extrem nagy amplitúdójú potenciálok, valamint az alacsony amplitúdójú reinnervációs potenciálok a gyökér-laesio regenerációjának jelei voltak. A motoros functio értékelhető javulása azonban az adaequat rehabilitációs therapia ellenére csak mintegy 4 hét után indult meg.

Hasonló, súlyos bénulással járó esetben a rehabilitációs intézeti kezelés tartamára vagy a beteg-felvételére vonatkozólag lehet döntést hozni az EMG vizsgálat segítségével.

A reinnervációs potenciálokból néhány hét vagy hónap alatt alakul ki a normál EMG képe. A laminectomizált betegek felén a regeneratio haladására utalt a denervációs potenciálok csökkenése, illetve hiánya és a jó regenerációs kilátásokat jelző, sűrű polyphasias potenciálok megjelenése. A folyamatot példázza a következő esetünk.

O. A.-né 30 éves smks. Először 1966 febr.-ban volt a betegnek fájdalma, mely a j. comb hajlító oldalán a lábszár és a lábfej külső oldalán a lábujjakig terjedt le. 4 hónappal később a j. o. bokamozgás gyengült. Az L 5 csigolya magasságában végzett laminectomia alkalmával a sebész incarcerált discusherniát állapított meg. A beteget 3 hónappal a műtét után vizsgáltuk. Neurologiai status: J. o. az Achilles reflex nem váltható ki. Hypaesthesia j. o. az L 5 és S 1 dermatomában. A j. boka plantarflexios ereje kifejezetten, dorsalflexios ereje enyhébb fokban csökkent. A j. lábszárizomzat hypotrophiás. Kétirányú lumbosacralis röntgen felvétel: enyhe j.-ra convex scoliosis. Az L 4—5 közötti rés mérsékelten beszűkült. Az L 5 csigolya két oldalán laminectomia utáni állapot. Az EMG jó prognosist jelző neurogen laesiora utalt (6. ábra).

A konzervatív kezelés hatására hamarosan jelentkező javulás a kedvező kórlehetőséget igazolta.



Több tényezőtől függ, hogy az EMG görbén mennyi ideig láthatók a reinnervációs potenciálok. Az idegtörzs és az izomzat jó vérellátása, továbbá az adaequat rehabilitációs eljárások alkalmazása esetén a regeneratio optimalis feltételek mellett folyik. A peripheriás motoneuron súlyosabb sérülése után mégis ritkán következik be teljes reinnervatio. Az axonok egy része rendszerint elpusztul. A regenerálódó axonok részben elérik a peripheriát és kapcsolatba lépnek az izomrostokkal. Az aetiós potenciálok tartama gyakran az izomfunctio helyreállása után is megnyúlt marad.

### Összefoglalás

A szerzők a spinalis idegyökér syndroma EMG jeleire vonatkozó megfigyeléseiket ismertették.

Az EMG vizsgálat gyakorlati jelentőségét a következőkben látják: 1. a paresissel járó esetekben alkalmas a diagnózis megerősítésére és támpontot nyújt a prognosis felállításához. 2. A discopathia neurológiai tünet nélküli, csak radicularis fájdalommal jellemzett eseteiben lehetővé válik a latens gyökérvárosodás kimutatása. 3. Segítséget nyújt a műtéti javallathoz. 4. Visszatérő discus syndroma esetében lehetővé teszi a reversibilis functionalis block felismerését. 5. Gyökér decompressio után az EMG segítségével ellenőrizhető az axonok regenerációja. 6. Súlyos functiokiesés esetében segít a rehabilitációs terv felállításában.

IRODALOM 1. *Krayenbühl, H.*: Schweiz. Med. Wschr. 90, 423 (1960). — 2. *Golset, J. G.*: Calif. Med. 73, 355 (1950). — 3. *Shea, P. A.*—*W. W. Woods*—*D. H. Werden*: Arch. Neurol. (Chic.) 64, 93 (1950). — 4. *v. Hagen, K. O.*: Bull. Los Angeles Neurol. Soc. 20, 131 (1955). — 5. *Marinacci, A. A.*: Bull. Los Angeles Neurol. Soc. 30, 47 (1965). — 6. *Kaesser, H. E.*: Dtsch. Z. Nervenheilk., 187, 285 (1965). — 7. *Drechsler, B.*: Elektromyographie Volk. u. Gesundh. Berlin (1964). — 8. *Steinbrecher, W.*: Elektromyographie, G. Thieme, Stuttgart (1965). — 9. *Buchthal, F.*: Verh. der Dtsch. Gesellsch. f. inn. Med. 71. Kongr. (1965). — 10. *Jebsen, R. H.*: Northwest Medicine 65, 108 (1965) — 11. *Mayer, K.*: Medizinische 18, 865 (1967). — 12. *Marguth, F.*—*H. Orbach*—*K. Vetter*: Nervenarzt 26, 137 (1955). — 13. *Kalkayer, M. Z.*: Z. Nevropat. Psychiat. 63, 14 (1963). — 14. *Kugelberg, E.*—*J. Peterson*: J. Neurosurg., 7, 270, (1955). — 15. *Jasper, H. H.*: Roy. Soc. Canada 40, 81 (1946).

Й. Иранъи, М. Тарноци: Оценка электромиографических симптомов синдрома сдавления нервных корешков.

Авторы излагают свои наблюдения относительно электромиографических признаков синдрома спинальных нервных корешков. Практическое значение проведения электромиографического исследования авторы видят в следующем: 1. в сопровождающихся парезом случаях оно пригодно для подтверждения диагноза и предоставляет ориентировку для установления прогноза. 2. В не сопровождающихся неврологических симптомами случаях дископатии характеризующихся только радикулярными болями, возможно выявление скрытого поражения корешков. 3. ЭМГ оказывает помощь для постановки показаний к проведению операции. 5. После корешковой декомпрессии при помощи ЭМГ модно контролировать регенерацию аксонов. 6. В случае тяжелого выпадения функции электромиографическое исследование оказывает помощь в разработке плана реабилитации.

J. Irányi u. M. Tarnóczy: Wertung der EMG-Zeichen bei Wurzelkompression.

Die praktische Bedeutung der elektromyographischen Untersuchung besteht im Folgenden: 1. Sie ist geeignet die Diagnose in Fällen mit Paresen zu bestätigen und gibt prognostischen Anhalt. 2. In Fällen von Diskopathie nur mit radikulären Schmerzen ohne objektive Krankheitszeichen bringt sie den Nachweis latenter Wurzelschädigung. 3. Sie hilft bei der Anzeigestellung der Operation. 4. Bei remittierendem Diskussyndrom ermöglicht sie das Erkennen eines reversiblen funktionellen Blockes. 5. Nach Decompression der Wurzel lässt sie die Axonregeneration verfolgen. 6. Bei schwerem Funktionsausfall leistet sie Hilfe in der Aufstellung des Rehabilitationsplanes.



## **Halidor és Papaverin hatása az agyi elektromos tevékenységre és a keringésre, külön-külön alkalmazva az arteria carotis communisba és vertebralisba**

TÓTH SZABOLCS, OROSZ ÉVA, JUHÁSZ JÁNOS

Előző vizsgálatainkban megfigyeltük (Tóth Sz., Orosz É., Juhász J., Simon L., 1967), hogy az intracarotidealisan adott Papaverin az agyi elektromos működést depressimálja, lassítja elsősorban a beadással azonos oldalon. A depressio a legkifejezettebb az azonos oldali basalis ganglionokban és thalamusban. Az arteria vertebralisba adott Papaverin az aktivitást csak kisfokban depressimálja, míg a basalis ganglionokban és a thalamusban inkább élénkíti. A párhuzamosan adott Tetracor és Papaverin esetében a Papaverin (elsősorban a carotison keresztül adva) a Tetracor okozta izgalom elektromos jeleit lényegesen csökkenti. A vérnyomásesés és az elektromos tünetek között biztos párhuzamot vonni nem lehetett. Ilyen előzmények után vizsgáltuk a Halidor hatását azonos kísérleti körülmények között, összehasonlítva azt a Papaverin hatásával.

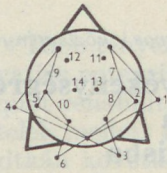
*Módszer:* Tíz db. 2500—3000 g-os macskát vizsgáltunk. A kísérleteket intraperitonealis nembutal narcosisban végeztük. Kipreparáltuk a bal oldali carotis communist és lumenébe vékony polyaethylen katéterhez csatlakozó finom tűt vezettünk be úgy, hogy az az arteria carotidisban a keringést lényegesen ne akadályozza. Feltártuk az arteria subclaviát bal oldalt. Lumenébe polyaethylen katétert vezettünk az arteria vertebralis beszájadátságig, majd a subclavia peripheriás részét lekötöttük. Ezekre a katétereken át adtunk be 0,006—0,013—0,025 Halidort és 0,0025—0,005—0,01 Papaverint felváltva a carotisba és vertebralisba. A gyógyszerek hatását figyeltük az agyi elektromos működésre, vérnyomásra, EKG-ra és a légzésre. Az agyi elektromos működést a koponyacsontba rögzített 6(+1 referentia) elektrodról és mk. o. thalamusba (nucleus ventrolateralis) és pallidumba célzókészülékkel bevezetett mélyelektrodáról vezettük le és 16-csatornás ECEM elektroencephalograph-al regisztráltuk. Véres vérnyomásmérést (arteria femoralis) és regisztrálást végeztünk ELEMA polygraph-al. Regisztráltuk az EKG-t és közvetve a légzésfrequentit. Kísérlet végén az állatot leöltük és a formalinban fixált agyon a mélyelektrodák helyét meghatároztuk.

*Eredmények:* Eredményeink mind egyirányba mutattak. Halidor carotison keresztül adva kisebb- és nagyobb adagoknál egyaránt a beadás után azonnal, vagy nem változtatta meg az elektroencephalogramot, vagy elsősorban nagyobb adagoknál enyhe hullámdepressiót okozott és az alapaktivitáshoz elszórtan theta, néha delta-hullámok keveredtek. 10—20 másodperctől kezdve a beadás után a hullámok amplitúdója növekszik, meredek hullámok jelentkeznek, majd kifejezetten tüske-szerű hullámok. Ekkor a lassú hullámok már eltűntek, vagy erősen megritkultak. A vérnyomás a beadás pillanatában esik 10—30 Hgmm-el, majd 1—2 perc alatt gyorsan rendeződik, sőt egyes esetekben a kiinduló értékek fölé emelkedik. A Halidor a systoles és diastoles nyomás közti különbségre, a légzésritmusra és a szívritmusra változóan hat, de hatása mindig kisebb, mint a Papaveriné (Hasonló tapasztalatokról számolt be Vidovszky is.) Az altatott állat kisfokban nyugtalanává válik, mozog.

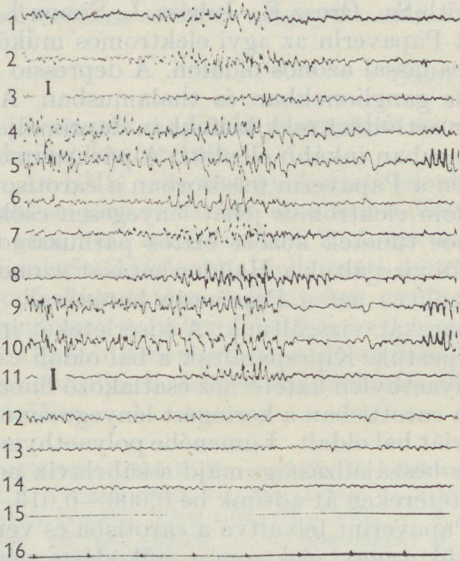
Az arteria vertebralison adva a Halidor okozta tünetek hasonlóak, csak kevésbé kifejezettek és az EEG-jelek mindkét oldalon egyformán jelentkeznek, míg a carotison át történő beadás után főleg a beadás oldalán.

Papaverin után a bevezetőben már leírt EEG-változásokat láttuk mindig amplitúdo depressióval, lassulással és a gyors hullámok csökkenésével, vagy el-

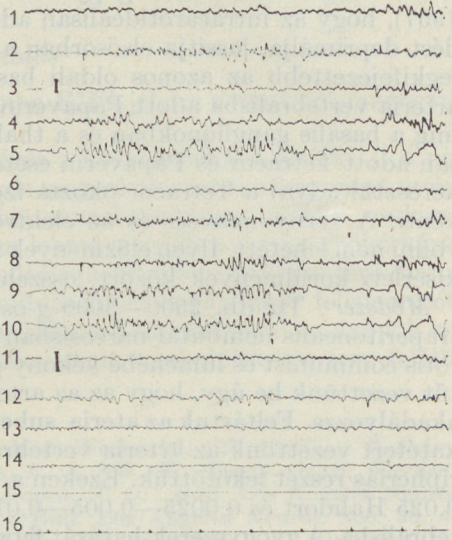




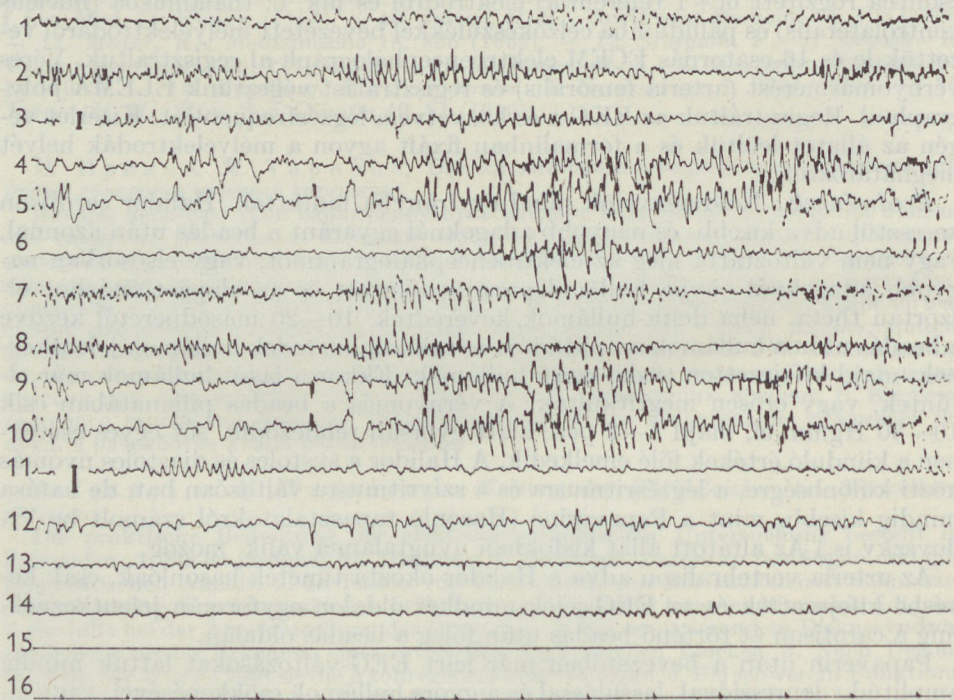
11, 12 PALLIDUM  
13, 14 THALAMUS



a.



b.

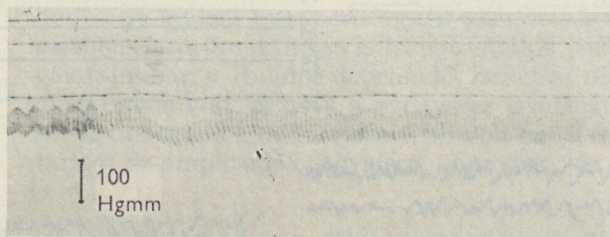
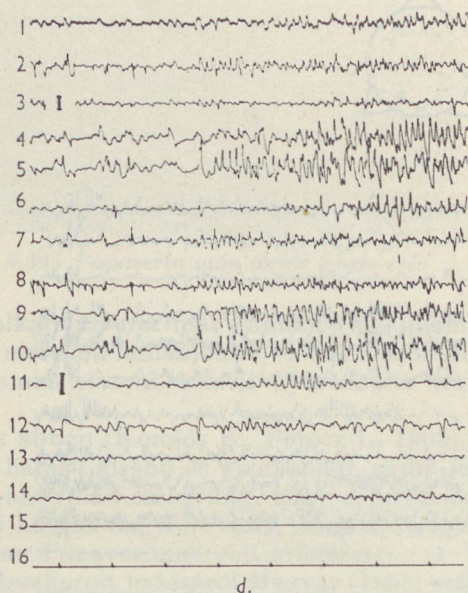


c.

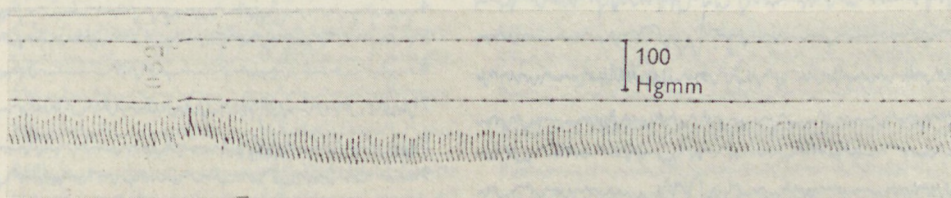


1. ábra. EEG aktivitás 0,0062 Halidor b. o.-i carotis communisba történt beadása előtt és után. a) beadás előtt, b) közvetlenül a beadás után, c) 100 sec-al a beadás után, d) 220 sec-al a beadás után. Közvetlenül a beadás után az elektromos aktivitás kisfokú depressiója és lassulása, majd gyorsan fellépő amplitúdónövekedés, gyors hullámok megszaporodása és tüske-potenciálok jelentkezése

Az összes EEG görbén két hitelesítés látható (50 mikroV). A felső a corticalis elvezetésekre, az alsó a mély elvezetésekre vonatkozik.



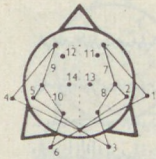
2. ábra. Bal carotis communisba adott 0,0062 Halidor után hirtelen, gyorsan rendeződő vérnyomásesés



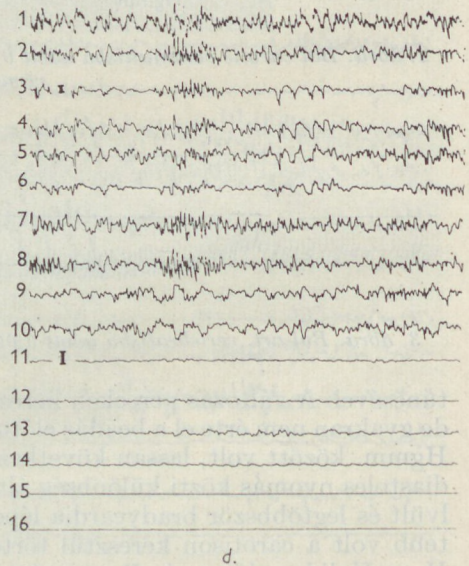
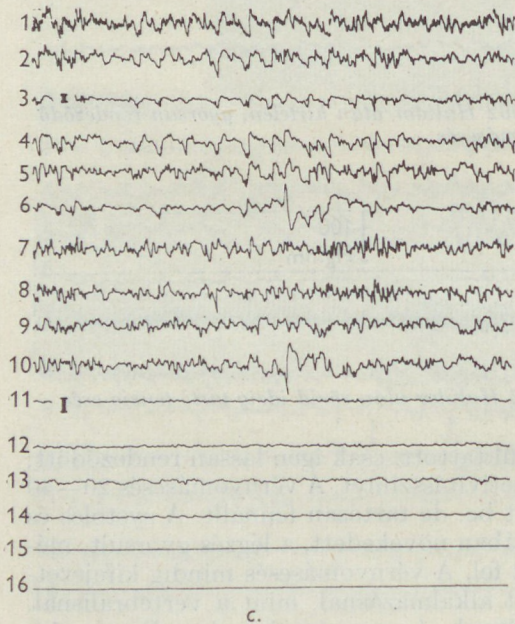
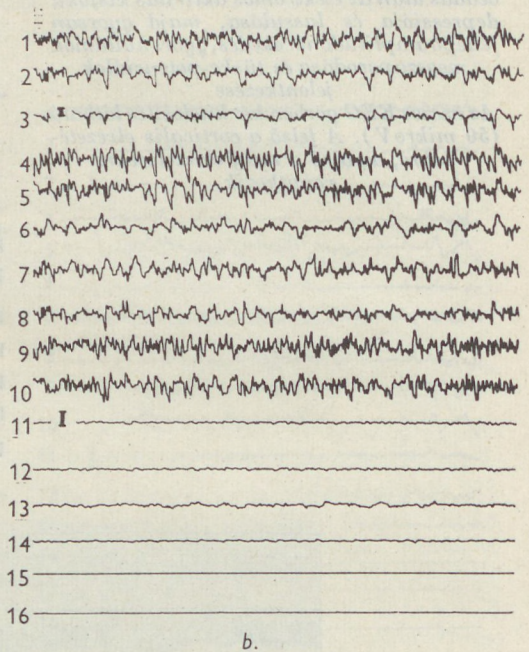
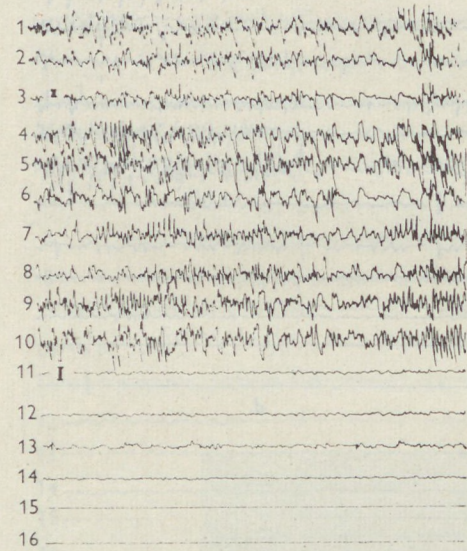
3. ábra. Bal art. vertebralisba adott 0,0062 Halidor után rövid ideig tartó tensio-esés

tűnésével. A változás perceként keresztül tartott, csak igen lassan rendeződött, de gyakran nem érte el a beadás előtti aktivitásszintet. A vérnyomásesés 20—40 Hgmm. között volt, lassan következett be, de tartósan fennállt. A systoles és diastoles nyomás közti különbség általában növekedett, a légzés gyorsult, mélyült és legtöbbször bradycardia lépett fel. A vérnyomásesés mindig kifejezettebb volt a carotison keresztül történt alkalmazásnál, mint a vertebralisnál. Ha a Halidor előtt már Papaverint adtunk, és megvártuk, míg a Papaverinhatás lezajlik, akkor is módosult Halidor-hatást kaptunk. Az EEG-hullámok amplitúdói kevésbé növekedtek, és kevesebb meredek- és tüskehullám jelentkezett. A vérnyomásesés nagyobb és elhúzódóbb volt, mint előzetes Papaverin



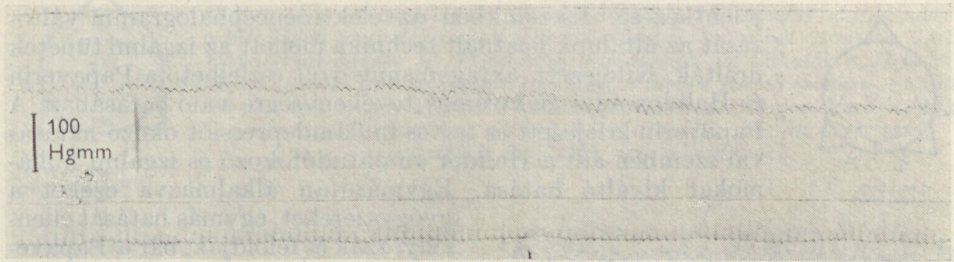


11, 12 PALLIDUM  
13, 14 THALAMUS



4. ábra. Agyi elektromos aktivitás b. o.-i carotis communisba adott 0,005 Papaverin előtt és után. a) beadás előtt, b) közvetlenül a beadás után, c) 30 sec-al később, d) 100 sec-al később. Kifejezett, elsősorban b. o. jelentkező lassulás és depressio



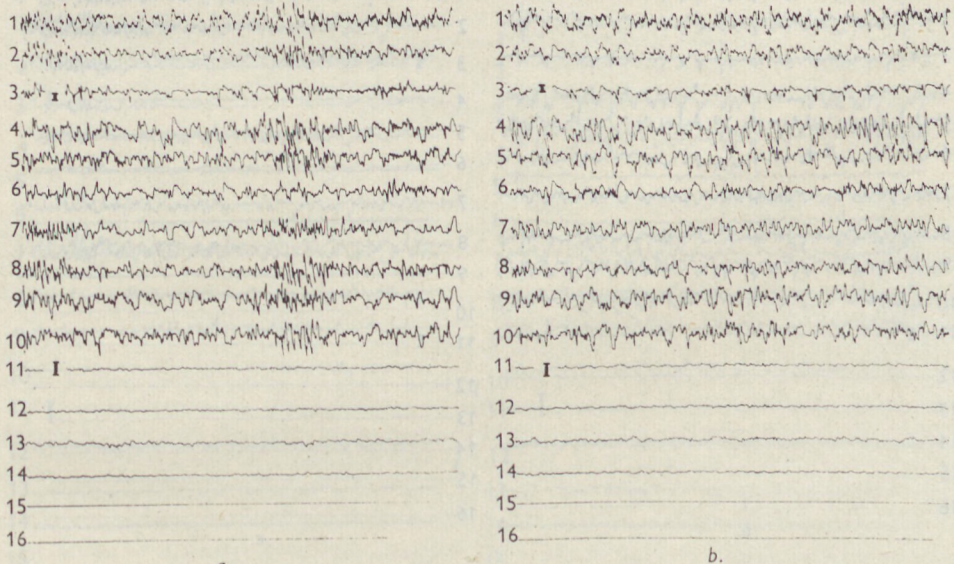
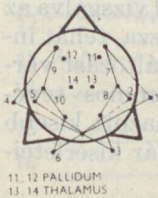


5. ábra. B. o-i carotis communisba adott 0,005 Papaverin után tartós tensio-esés

nélkül. Ha viszont a Papaverin előtt alkalmaztunk már Halidort, a hullám-depressio kisebb volt, a Halidor-okozta meredek hullámok és tüskék ritkultak, vagy eltűntek, az elektroencephalogramm viszont sokkal gyorsabban tért vissza a beadás előtti szinthez.

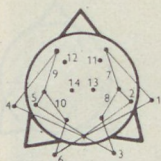
*Megbeszélés:* A kutatók megegyeznek abban (Kömlös E., Petőcz L. 1963), hogy a Halidor vérnyomást csökkentő hatása kisebb és gyorsabban zajlik le, mint a Papaveriné. Ettől eltérést csak annyiban észleltünk, hogy a carotisba adott gyógyszer vérnyomást csökkentő hatása nagyobb volt, mint a vertebralisba adotté. Ez a különbség elsősorban Papaverinnél volt kifejezett.

A Halidor elektroencephalogrammra gyakorolt hatásáról Magyar (1965) számolt be. Szerinte az elektroencephalogrammon lassulás észlelhető a gyógyszer intraperitonealis alkalmazása után, egy-egy esetben elszórtan diffusan görcspotenciálok jelentkeznek. Vizsgálatainkban a Halidor deprimaló, lassulást okozó hatása nagyon enyhe volt, és csak a gyógyszer beadását követő 10—20 sec-ig tartott. Sokkal kifejezettebb volt ennél és hosszabb ideig tartott az amplitúdók növelése, meredek- és tüskeshullámok

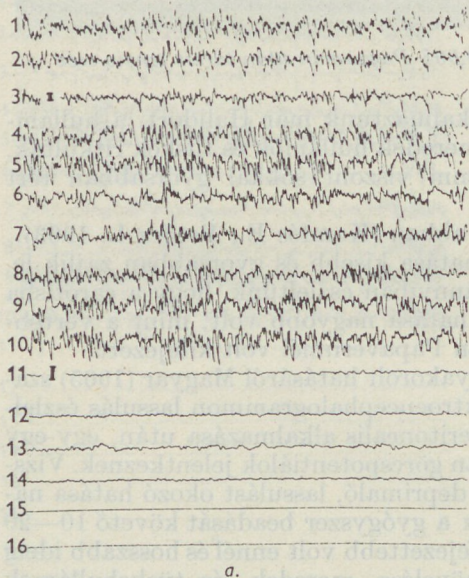


6. ábra. Az agyi elektromos aktivitás b. o.-i vertebralisba adott 0,005 Papaverin előtt előtt és után. a) beadás előtt, b) beadás után. A görbén enyhe lassulás látható a Papaverin beadás után, a barbiturát-orsók eltűnnek

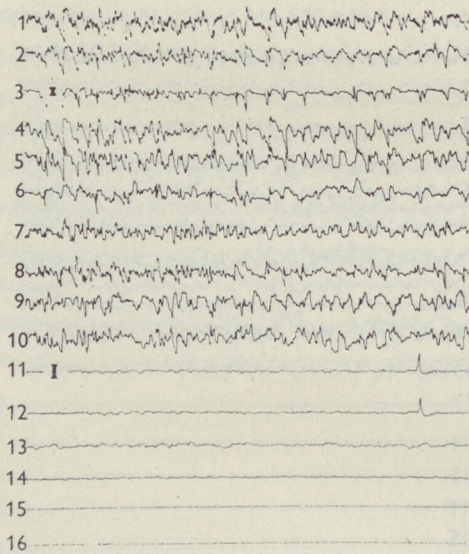




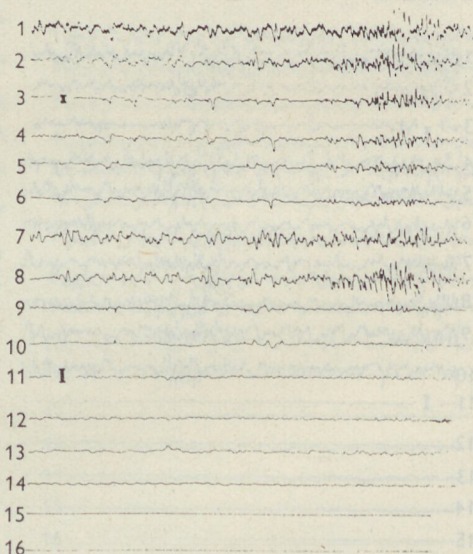
11, 12 PALLIDUM  
13, 14 THALAMUS



a.



b.



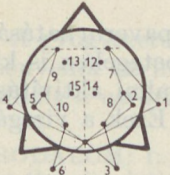
c.

7. ábra. Agyi elektromos tevékenység b. o.-i carotis communisba adott 0,01 Papaverin után. a) beadás előtt, b) beadás után azonnal, c) 70 sec-al a beadás után  
Beadás után előbb kifejezett lassulás, majd depressio. A változás igen kifejezett a beadás oldalán, főleg a sor-elvezetéseken

jelentkezése. Eseteinkben az elektroencephalogramm változását az általunk használt technika mellett az izgalmi tünetek uralták. Kifejezett antagonizmus volt észlelhető a Papaverin és Halidor agyi elektromos tevékenységre való hatásában. A Papaverin kifejezett és tartós hullámdepressiót okozó hatásával szemben állt a Halidor amplitudófokozó és izgalmi hullámokat kiváltó hatása.

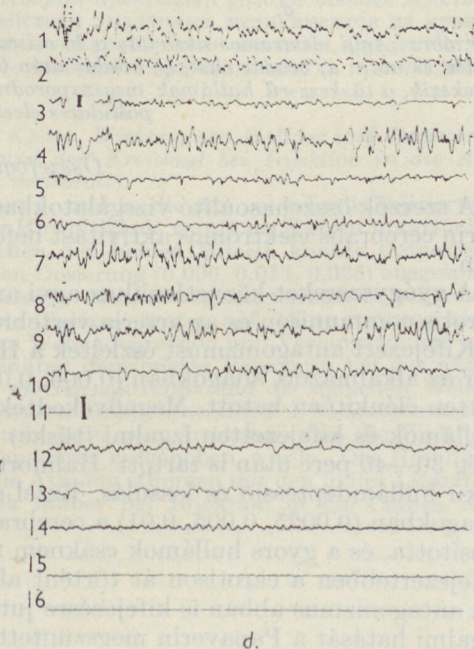
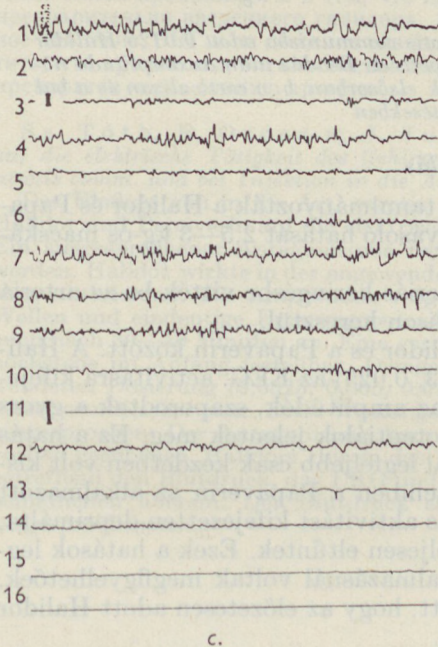
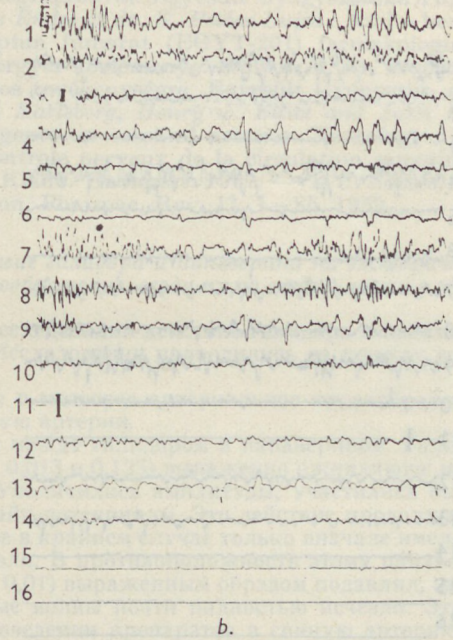
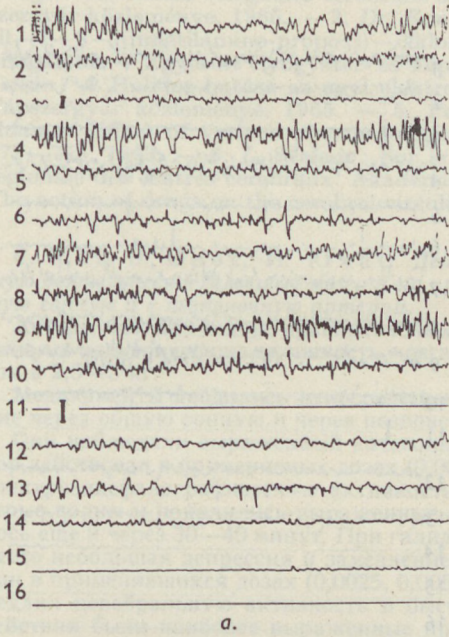
Egymásután alkalmazva ezeket a gyógyszereket, egymás hatását ellensúlyozzák és feloldják, bár a Papaverin-hatás a dominansabb. Ezekkel a vizsgálatokkal egyben újabb bizonyítékot kaptunk arra, hogy a Papaverin-hatás nem lehet pusztán tensioeséshez kötött, hiszen a Halidor a tensioesés mellett pontosan az ellenkező hatást váltja ki, megelőzi a tensioesést az EEG változás, és még akkor is fennáll, amikor a tensio rendeződik. A Papaverin EEG-re gyakorolt hatását azért tartjuk nagyon érdekesnek, mert az irodalomból közismert, hogy minden módon adva, különböző metodikákkal vizsgálva az agyi vérátáramlást fokozza, tehát inkább ellenkező irányú változást várhatnánk az agyi elektromos tevékenységben. I. v alkalmazott kisebb Papaverin adagok Molnár kísérletei-



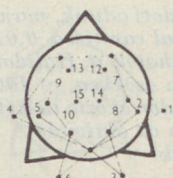


12: 13 PALLIDUM  
14: 15 THALAMUS

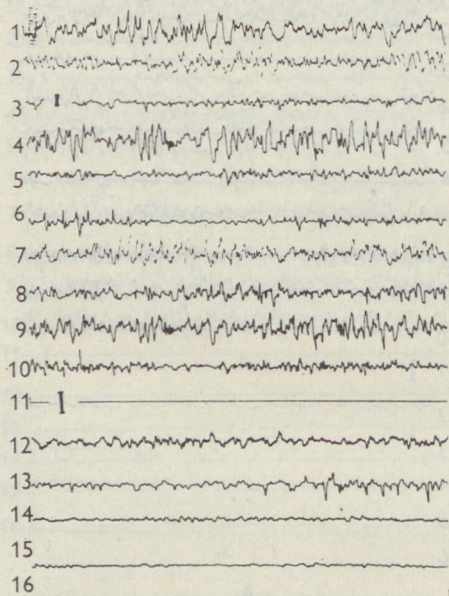
8. ábra. A b. o.-i carotis communisba előbb 0,0125 Halidort adunk, majd a kifejlődött agyi elektromos változás csúcspontján a bal carotisba 0,01 Papaverint adunk. a) Papaverin beadás előtt jól láthatók a Halidor okozta tüskék. b) beadás után lassulás, a tüskék száma csökken, c) 100 sec-al a beadás után kifejezett hullám-depressio, a Halidor okozta tüskék száma tovább csökken, d) 500 sec-al a beadás után az aktivitás rendeződik, de tüskék nem jelentkeznek



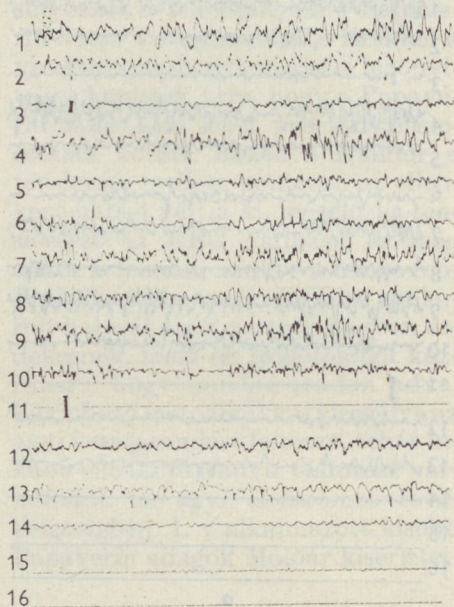




12. 13 PALLIDUM  
14. 15 THALAMUS



a.



b.

9. ábra. Agyi elektromos aktivitás a b. o-i carotis communisba adott 0,0125 Halidor előtt és után. a) beadás előtt, b) beadás után 6 perccel. Beadás után az amplitudo növekszik, a tüskeszerű hullámok megszorodnak elsősorban b. o corticalisan és a bal pallidaris elvezetésekben

### Összefoglalás

A szerzők összehasonlító vizsgálatokban tanulmányozták a Halidor és Papaverin cerebralis elektromos aktivitást befolyásoló hatását 2,5—3 kg-os macskákon.

A gyógyszereket közvetlenül az agyi arteriás keringésbe vitték be az arteria carotis communison és az arteria vertebralison keresztül.

Kifejezett antagonizmust észleltek a Halidor és a Papaverin között. A Halidor az alkalmazott adagokban (0,006, 0,013, 0,025) az EEG. aktivitásra kifejezetten élénkítően hatott. Megnövekedtek az amplitúdók, szaporodtak a gyors hullámok és kifejezetten izgalmi (tüske) potenciálok jelentek meg. Ez a hatás még 30—40 perc után is tartott. Halidornál legfeljebb csak kezdetben volt kisfokú hullámdepressio és lassulás. Ezzel szemben a Papaverin az alkalmazott adagokban (0,0025, 0,005, 0,01) a cerebralis aktivitást kifejezetten deprimálta, lassította, és a gyors hullámok csaknem teljesen eltűntek. Ezek a hatások legkifejezettebben a carotison át történt alkalmazásnál voltak megfigyelhetőek. Az antagonizmus abban is kifejezésre jutott, hogy az előzetesen adott Halidor izgalmi hatását a Papaverin megszüntette.



A gyógyszerek vérnyomásra, EKG-ra és légzésre gyakorolt hatásában eredményeink az irodalommal egyeznek. Megjegyzésre méltó, hogy a vérnyomás mindig a carotison át történt alkalmazásnál esett a legkifejezettebben.

IRODALOM: 1. *Tóth Sz., Orosz E., Juhász J., Simon L.*: The effect of drugs influencing the circulation on the electrical activity of the cortex, thalamus and basal ganglia. *Excerpta Med.*, No. 139. 193. 1967. — 2. *Dr. Vidovszky Tamás*: A Halidor i. v. injectio értágító hatásának vizsgálata cerebriális angiographiával. Egyesült Gyógyszer- és Tápszergyár közleménye. 1965. — 3. *Dr. Komlós Endre és dr. E. Petőcz Lujza*: Az 1—benzil—1—3—(dimetilamino-propoxi)—cikloheptan fumarat (EGYT-201) farmakológiai vizsgálata. — Egyesült Gyógyszer- és Tápszergyár közleménye. 1963. — 4. *Dr. Magyar István*: A Halidor hatása az agyi elektromos tevékenységre. Egyesült Gyógyszer- és Tápszergyár közleménye. 1965. — 5. *Paul Karlsberg, Henry w. Elliot and John E. Adams*: Effect of various pharmacologic agents on cerebral arteries. *Neurology* 13. 772—778. 1963. — 6. *L. Molnár*: Sur le controle nerveux de la circulation sanguine regionale des centres cerebraux. Akadémiai Kiadó. Budapest. 1967. — 7. *L. Sokoloff*: The action of drugs on the cerebral circulation. *Pharmac. Rev.* 11. 1—85. 1959.

С. Тот, Э. Орос, Й. Юхас: Действие галидора и папаверина на электрическую деятельность головного мозга и на кровообращение, вводя их по отдельности в общую сонную и в позвоночную артерии.

Авторы изучали в ходе сравнительных исследований действие галидора и папаверина на электрическую активность мозга. Исследования проводились на кошках весом в 2,5—3 кг.

Медикаменты вводились непосредственно в мозговое артериальное кровообращение через общую сонную и через позвоночную артерии.

Они наблюдали выраженный антагонизм между галидором и папаверином. Галидор действовал в применяемых дозах (0,006, 0,013 и 0,125) выраженно оживляюще на электроэнцефалографическую активность. Увеличились амплитуды, участились быстрые волны и появились выраженные спайк-потенциалы. Это действие продолжалось еще и через 30—40 минут. При галидоре в крайнем случае только вначале имели место небольшая депрессия и замедление волн. В противоположность этому папаверин в применявшихся дозах (0,0025, 0,005 и 0,01) выраженным образом подавлял, замедлял церебральную активность и быстрые волны почти полностью исчезли. Эти действия были наиболее выраженные при введении препаратов в сонную артерию. Антагонизм проявлялся и в том, что папаверин прекращал возбуждающее действие предварительно введенного галидора. Действия указанных медикаментов на кровяное давление, ЭКГ и на дыхание совпадали с литературными данными. Следует отметить, что кровяное давление уменьшалось наиболее выраженно всегда при введении препаратов через сонную артерию.

Sz. Tóth, E. Orosz u. J. Juhász: Wirkung von Halidor und Papaverin auf die elektrische Tätigkeit des Gehirns und den Kreislauf bei Injektion in die Art. carotis comm. und bei Injektion in die Art. vertebralis.

Der Einfluss von in die Art. carotis comm. und in die Art. vertebralis injiziertem Halidor und Papaverin auf die elektrische Hirntätigkeit wurde an Katzen untersucht. Ein ausgesprochener Antagonismus zwischen den beiden Mitteln konnte festgestellt werden. Halidor wirkte in der angewendeten Dosierung (0,006, 0,013, 0,025) ausgesprochen aktivierend. Die Amplituden vergrößerten sich, es vermehrten sich die schnellen Wellen und eindeutige Erregungspotentiale (Spitzen) traten auf. Diese Wirkung hielt auch nach 30—40 Minuten an. Eine geringe Wellendepression und Verlangsamung war höchstens im Anfang feststellbar. Demgegenüber deprimierte Papaverin bei der angewendeten Dosierung (0,0025, 0,005, 0,01) die Hirnaktivität und die schnellen Wellen verschwanden fast ganz. Diese Wirkungen waren bei intracarotidealer Gabe am meisten ausgesprochen. Der Antagonismus kam auch darin zum Ausdruck, dass die Wirkung vorher gegebenen Halidors durch das Papaverin aufgehoben wurde. Die Resultate betreffend den Blutdruck, das EKG und die Atmung stimmen mit den in der Literatur befindlichen überein. Der Blutdruck sank immer bei Injektion in die Carotis am ausgesprochensten.



## Tapasztalataink idült elmebetegek részére „védett munkahelyek” létesítésének kísérleteivel

HORVÁTH ENDRE dr. és BÁLINT ÁRPÁD betegfoglalkoztató pedagógus

Az intézet elmebetegek orvosi és szociális rehabilitációját tartja feladatának: a betegek munkaképességét teljesen vagy részben helyreállítva elhelyezni őket eredeti illetve csökkent munkaképességgel is ellátható munkakörbe [7]. A társadalmi rehabilitáció azonban a lehetőségek hiányában még megoldatlan, pedig nélküle csak félmunkát tudunk végezni [3]. Munkánk nehézségeit súlyosbítja még az intézet ismétlődő „bedugulása” is, melyben a főszerepet a „kegyeleti betegek” felszaporodásán [2] kívül a szociális rehabilitáció megoldatlansága játssza. A 130 ágyas intézet betegeinek 36—45%-a keresőképes, kik közül 17—26% megfelelő körülmények között önállóan meg tudná keresni a megélhetéséhez szükséges pénzösszeget, 19% pedig ugyanehhez fokozott irányítást igényelne [6]. Munkába helyezésüket hozzátartozóik gondoskodásának hiánya, a társadalom előítéletei és a munkahelyek merev elzárkózása, vagy betegek alkalmazkodását túlzottan igénybevevő követelményei teszik lényegében lehetetlenné. Főleg az egyre nagyobb számú fiatal rokkant-nyugdíjas elhelyezése kilátástalan a nekik való nyugdíjas- és csökkent munkaidejű állások közismert hiánya miatt.

Ebből a reménytelen helyzetből való kimozdulásra tettünk kísérletet, amikor 1964 augusztusában 10 férfibetegünket munkába állítottuk a Devecseri Állami Gazdaság területén azzal a kilátással, hogy a próbaidő sikeres letöltése után a Gazdaság munkaviszonyukat véglegesíti.

Az önként és kedvvel vállalkozó betegek életkora 31—59 év között változott. Nyolc schizophrenia, kétfő imbecillitas miatt szorult tartós intézeti kezelésre és 3—12 év óta tartózkodtak már megszokás nélkül intézetben. M. F. 5—6 éve még párosával „vágta falhoz” az ápolókat, ha nyugtalanná vált. B. S. imbecillis homoszexuális, dadog, és tbc. pulmonum miatt 1960-ban egy tüdőlebenyét extirpálták. D. L. pl. 1930 óta kórházban volt és legutóbb közel 10 évet töltött katonai stuporban. A lengyel J. L. 1940 óta nem folytatott senkivel eszmecserét. Mindannyiukat hospitalizációs defekt tünetek: a schizophreniák autizmus, különböző fokú apathia, jól dissimulált doxasmák és az oligophreniákkal együtt perspektívatlanság jellemezte. Érzékesalódás senkinél sem volt észrevehető. Személyi igazolványa legtöbbjüknek nem volt: kórházi igazolvással láttuk el őket. Kellő ruházattal csak néhány, téli ruhával egyikük sem rendelkezett. A meginduláshoz szükséges holmikát részben csekély zsebpénzükből, részben a munkaterápiás jutalomból szereztük be. Munkakönyv hiányában alkalmazásuk a Mt. V. 21 § értelmében történt. Egyik majorban lévő szállásukról naponta autóval jutottak el változó munkahelyükre. Feladatuk góppal ásott árok kézi egyengetése, mélyítése, kézi segédmunkák végzése volt. Brigádot alkotva együtt dolgoztak. Összkeresetüket a munkavezetők által megfigyelt munkavégzés arányában osztották fel közöttük. A fizetést ki-ki saját maga vette fel, és szabadon gazdálkodott vele. Az üzemi konyhán étkeztek, munkaszüneti napokon azonban önállóan hideg élelemre kényszerültek.

Az Építőcsoport minden tagja szeretettel fogadta őket, és amit emberségben nyújtani lehet, azt mind megkapták tőlük. Egy pillanatra sem éreztek velük, hogy nem teljes értékű dolgozók. Előlegezett új munkaruhájuk értékét betegeink részletekben törlesztették le. A vezetőség látva, hogy munkájukban aprólékos irányításra szorulnak és a számukra szokatlan mennyiségű és ütemű munkát lassan végzik, munkacsapatvezetőként egy régebbi dolgozót osztott be közéjük — vállalva az ezzel járó többletkiadást. Később egyre jobban belejötték a munkába, és keresetük minden szépítő vagy jótékony korrekció nélkül is 900—1000 Ft volt. Jólnevelt magatartásuk és összetartásuk a többi dolgozónak az elismerését vívta ki.

Heti látogatások formájában ellenőriztük állapotukat 70—100 km távolságból. Míg keresethez nem jutottak, gyógyszerrel is az intézetből láttuk el, majd előzetes megbe-



szelés után — működőképes Megyei Ideggondozó hiányában — a körzeti orvoshoz utaltuk őket. A gyógyszerek (Hibernál, Frenolon, Hirepin, Pipolphen) beadását P. G. megbízásunkra kifogástalanul végezte. A karácsonyi ünnepeket és szabadságukat, mint vendégek megszokott baráti körükben és otthonukban: az intézetben töltötték. Büszkén számoltak be társaiknak élményeikről.

A jól induló próbálkozást apró és előre nem látott nehézségek kezdték hamarosan elgáncsolni: néhányan nem tudtak pengével borotválkozni és az 5 km-re lakó borbélyhoz kényszerültek; évek alatt hozzászokva a meleg zuhanyhoz, nehezen tudtak a mezőgazdasági munkásszállás „tábori” körülményeivel megbékélni, és a mosdótálban-fürdés helyett tisztálkodásukat elhanyagolták, melyre betegségüknél fogva amúgy is hajlamosak voltak. Fehérneműik mosatására sem fordítottak elég gondot, noha megvolt a mosatási lehetőség. Keresetüket nem tudták helyesen beosztani: kevésnek találva az üzemi konyha jó és bőséges adagjait, ételmet, mosatás helyett pedig új fehérneműt vettek. Az őszi esők és a tél beálltával nagyon hiányzott a megfelelő lábbeli és téli ruha.

A próbaidő leteltével két betegünket alacsony munkateljesítménye miatt — akarattuk ellenére — vissza kellett hoznunk. P. G. megsértődve a véglegesítés elhúzódsága miatt, K. T. pedig ittasan, véglegesen elhagyta munkahelyét. A nagy távolságból ellenőrzésükre egyre ritkábban volt módunk. A körzeti orvostól 10—15 km-re távol csak nagyon körülményesen tudták beszerezni gyógyszerüket, és szedését elhanyagolták. Ennek tulajdonítható, hogy M. L.-nél a 4. hónapban érzékesalodások léptek fel, F. I. pedig az 5. hónap végére munkahelyét elhagyta és visszakerült intézetünkbe. B. S.-t novemberben alapos meghülés miatt 3 hétig fekvőbetegként kezeltük. Ezenkívül más munkatársak részéről visszaélések kezdődtek el: tréfából túlzottan megterheltek talicskájukat, a női munkatársak szexuális igényeik kielégítéséért nagy összeget kívántak tőlük vagy, kihasználva együgyű jószívűségüket némelyiktől párszáz forintot kértek kölcsön „éhező gyermekeik táplálására”. Így aztán helyzetük súlyosbodásának megelőzésére az Állami Gazdaság vezetőjével egyetértésben 1965 februárjában a még ott tartózkodó betegeket is visszahoztuk, és jogosultságuk lejártáig táppénzben részesültek.

A teljesség kedvéért meg kell említenünk, hogy B. S. áprilisban saját kívánságára elhagyta az intézetet és állami gazdaságban helyezkedett el. Mindmáig dolgozik, és szabadságát „ithon” tölti.

Tehát arról bizonyosodtunk meg, hogy a betegek állásba helyezése „védett körülmények között” mind betegünk, mind a társadalom számára hasznos: kellő szervezethez tartós sikerre is lehetne számítani. Ennek érdekében elsősorban állandó gondozásuk és ellenőrzésük a legfontosabb feladat, és ebben nem nélkülözhetjük a Megyei Ideggondozó segítségét.

A következőkben a Megyei Főorvos támogatásával, az építőipar nagy segédmunkaigényének ismeretében az É. M. Vas megyei Építőipari Vállalathoz fordultunk azzal a kéréssel, hogy tegyen lehetővé újabb kísérletet.

Így 1965 augusztusában indítottunk útnak 11 főből álló brigádot. Felszerelésük hasonló módon történt, mint előző évben. Tőlünk 60 km távolságban előkészítő munkák: talajmunka, betonozás, anyagkirakás stb. vártak betegünkre. Elhelyezésüket a vállalat a faluban biztosította, emeletes ágyakkal. A bérbeadóknak fizetett a takarításért. Ebédet és vacsorát számukra a szomszéd faluból hozták. Szabad szombaton és ünnepen az ebédet azonban csak ott tudták megvenni. A falu termelőszövetkezete szolgáltatta ezeken a napokon a napi étkezés legnagyobb részét kivevő tejet, hitelt nyújtva számukra azzal a feltétellel, hogy az intézet garanciát vállal a fizetésre. Munkaruhát a vállalat előlegezett. Két heti gyógyszerüket biztosítottuk. Az intézetben megszokott brigádmódszert megtartva brigádvezetőt jelöltünk ki közülük, akire a gyógyszerek kiosztását, a többiek egybefogását bíztuk. Egyúttal bejelentettük kísérletünket az elköborlások bonyodalmának megelőzésére a körzeti rendőrsnek. Betegünkekkel megbeszéltük, hogy munkahelyüket hozzájárulásunk nélkül nem változtathatják meg. A helyi kocsmáros figyelmét is felhívtuk, hogy szeszes itallal ne szolgálja ki őket. A vállalat külön gondolt arra, hogy megértő munkavezetőt jelöljön ki, akinek elmagyarázva a bánásmód egyszerűségét, sikerült többé-kevésbé legyőznünk félelmét és idegenkedését.

Munkakönyvük megszerzése sok akadályba ütközött. Két hónap telt el a munka megkezdésétől, mire többségük kézhez kapta. Keresetüket addig nem is vehették fel, és saját zsebükből kellett kölcsönözniük támogatnunk őket. Később a betegpénztárban tartottuk pénzüket, biztosítva a heti zsebpénzt. A gyógyszerrel az Ideggondozó írta fel, és a gondozónő juttatta el hozzájuk. Tisztálkodási nehézségekkel küzdötték: csak az udvaron mosakodhattak és meleg vizet munkáért kaptak a háziaktól. Élelmezésük eleinte rossz volt: sem a minőség, sem a mennyiség nem volt kielégítő, sőt megtörtént, hogy romlott ételt kaptak, vagy hogy az ételmezést szállító szekér útközben felborult és ezért



ebéd nélkül maradtak. Állandóan éhesek voltak, a bevásárlásra tehát egyre többet költöttek. Mosni nem tudtak, mosatási lehetőségük nem volt. Kulturális igényüket a kocsmában levő TV-készülék elégítette ki. Korán lefeküdtek, az ajándékol kapott könyveket és folyóiratokat elvértve nézegették csak meg. Hetenként egyszer közösen mentek moziba.

Az első hetekben a hypomaniás N. K. botrányosan összekülönbözött a munkavezetővel, és visszahoztuk. Majd T. F.-ről derült ki, hogy imbecillitása mellett gyenge is erre a munkára, és a többiek nem hajlandók „neki keresni”. (Jelenleg sclerosis multiplex miatt munkaképtelen.) Így 8 főre apadt a brigád, de munkavezetőjük szerint egy jó közepes építőipari brigád teljesítményét nyújtó munkacapat vált belőle! N. L. schizophreniája ellenére és a hallucinatorikus schizopren V. Gy. például olyan jól dolgozott, hogy egy másik brigád bevette őket tagjai közé, és így teljesen rehabilitáltaknak tekintettük őket.

A 6 főre apadt brigádod egy most már tőlünk 70 km-re fekvő nagyközségbe szállították át. Itt az Intapuztai Betegfoglalkoztató Intézet is munkába állított egy brigádod, látogatásaikkal segítve betegeink gondozásában. Elhelyezésük némileg módosult. Egy félig kész kaszárnyaépület egyik nagytermében rendezték be a munkásszállást: az ablakon kályhacsövet dugtak ki, hogy fűteni lehessen. Az üzemi étkezdében jutottak háromszori étkezéshez munkanapokon, bőségesen és jobban. A melegvíz állandóan biztosítva volt. Fűteni és takarítani önmaguknak kellett. Téli vattaruhát kaptak, és pénzükhöz meleg alsóneműt vásároltunk. Közben a brigádvezető H. D. schizophreniás üldözöttes doxasmák miatt az intézetbe került vissza. Az állategészségügyi zárlat, a tél és a nagy távolság miatt látogatásunk ritkult. A Megyei Ideggondozó egyetlen, vonaton és kerékpáron közlekedő gondozónője egyéb gondozási feladatai és előrehaladó graviditása miatt nem vállalhatta a további rendszeres kijáráásokat. A gyógyszerek felírása így elmaradt. Pótlásuk a helyi két gyógyszerárban amúgy sem volt könnyű: nem tartottak Hibernál forté-t — az egyikben nem is hallottak róla (!). Munkabérüket betegeink kapták kézhez. December elején az új brigádvezető D. L. régi ulcus cruris kiújulása miatt egy hetet töltött ágyban anélkül, hogy betegállományba vették volna, majd a vállalalt megszűntette munkaviszonyát. A karácsonyi és újévi ünnepeket a 4 beteg ismét intézetünkben töltötte, és az egyre mostohább körülmények ellenére is folytatta a munkát. Ekkor már nem egy brigádod alkottak, a nehéz és rosszul fizető munkát végeztették velük, a munkavezető nem rögzített minden teljesítményt és munkájuk megszervezésével egyre kevesebbet törődött — csökkent a keresetük. Életkörülményeik is romlottak: a szél több napon át szobájukba visszaszorította a füstöt annyira, hogy egyik társukat füstmérgezéses tünetekkel szállították kórházba. Januárban rossz helyzetük miatt méltatlanokdini kezdtek, és munkavezetőjük az intapuztai brigáddal együtt visszairányította őket az intézetbe. Közben a másik munkahelyen visszamaradt két társuk is jelentkezett: N. L. pénzt elpazarolva lopott és botrányosan viselkedett, V. Gy. pedig később egyik alföldi állami gazdaságban keresett magának másik állást.

### Megbeszélés

Két próbálkozásunk meggyőzött arról, hogy hosszú ideje ápolt idült betegeink nagy része nemcsak intézetben, hanem vállalatok keretében is értékes termelő munkát tud végezni, és ez feleslegessé teszi intézetben tartásukat. Csökkent munkaképességük zavartalan és gazdaságos kifejtésének biztosítására, és a gyors visszaesés megelőzésére azonban feltétlenül *védett körülményeket* kell teremtenünk.

Betegeink használhatóságát nagymértékben korlátozza a figyelem éberségének hiánya, az indítékszegénység, a külső történések iránti közöny, a mindenkori helyzetüket illető kritika és találatkonyság hiánya, a lassú psychés reakciókészség [1], gépiesség, önállótlanság. Ennélfogva munkájuk és környezetük változó követelményeihez nehezen alkalmazkodnak. Mindez betegségük rovására írható. Ennek ellenére jól összetartó csoportot is képesek alkotni.\* Psychés állapotuk miatt fokozottan ki vannak téve lelkiismeretlen *munkatár-*

\* Ebben az irányban nem végeztünk ugyan megfigyelést, de *Szegedi*-vel szemben [10] feltűnő volt betegeink összetartása pl. étkezések alkalmával, egymás helytelen viselkedéséről árulkodó beszámolójuk, egymás tisztálkodásra noszogatása, bajtársaiságuk alkalmoszerű olyan megnyilvánulása, mint pénzt elvesztő betegtársuk támogatása pénzzel és cigarettával, és visszatérésük után közös élményeik emlegetése.



sak *kizsákmányolásának*, éretlen tréfáinak, lekezelésének, ugyanakkor viszont indokolatlan félelmének és megnemértésének [5, 11].

Figyelemzavaruk és praemorbide is egyszerű szellemi képességeik nagy nehézséget jelentettek a *munkavédelmi oktatásban*: az eredménytelen előadás egy-egy munkaszünetben, a sikertelen visszakérdezések csak növelték egyes munkavezetők idegenkedését és a balesettől való túlzott félelmét. (A balesetek megelőzése érdekében természetesen kívánságunk volt, hogy betegeinket sem magas- sem mélyépítési munkákra ne vegyék igénybe.)

Célszerűnek látszik *egészséges brigádvezető* állandó irányítása még azoknál is, akiket az intézetben kiváló dolgozóként „önálló munkára képes” minősítéssel látunk el [6]. A brigádvezető feladata: a munkatempó irányítása, az egyes részletmunkák sorrendjének meghatározása, a munka megszervezése, a minőség ellenőrzése és a hibák kijavíttatása, illetve megelőzése, a balesetveszély elhárítása, gondviselés a munkaeszközökre és munkaruhákra stb. Tapasztalható ugyanis, hogy betegeink nem fordítanak kellő gondot a részletekre: pl. az árok egyenletes mélységére, pontosan kijelölt határaitra, és gyakran elmélázva esetleg nem haladnak kielégítően előre munkájukkal.

Nagyon fontosnak tartjuk a *munkaterület* helyes megválasztását. A *mezőgazdaság*, amint azt *Gálfi*-val szemben [5] tapasztaljuk, az állandó betegfoglalkoztatás céljaira idényjellegénél fogva alkalmatlan. Kedvezőbbek a lehetőségek az *építőiparban*, vagy a mezőgazdasági üzemek *építő csoportjaiban*. Itt a 8 órás munkaidő megfelelőbb, teljesítménybérben dolgoznak, és alkalmuk van mindenkor állapotuknak megfelelő munkaritmus kialakítására. Sajnálatosan az építőipari segédmunka zömét is a nehéz testi munka: földmunka, kézi anyagmozgatás alkotja, és így bőven ad lehetőséget a labilis anyagcseréjű schizophrének [12] testi kondíciójának leromlásához, mely esetleg újabb schub kirobbanását hozza magával. Ugyanakkor itt is gond a fagyszünetek áthidalása. Nagy építkezéseknél azonban a téli időszakban is lehetne kereseti alkalmat biztosítani a védett brigádok részére a belső munkálatok elvégeztetésével.

Nem kis erőfeszítést igényeltek a betegek munkábaállítását akadályozó *adminisztratív nehézségek*, és megdöbbentő volt betegeink állampolgári helyzetének rendezetlensége. Munkakönyv (a régi elvesztése miatt: új munkakönyv) kiváltásához személyi igazolvány szükséges. Betegeink nagy része azonban nem rendelkezik személyi igazolvánnyal: vagy nem is állítottak ki részükre betegségük miatt, vagy kórházból kórházba kerülve elvesztették. Némelyektől akut schubjuk idején az igazgatótató rendőri szerv vonta be — szabálytalanul. A személyi igazolványnak azonban a bejelentett állandó lakóhely alapfeltétele. Betegeink egy részének ez sincsen: hozzátartozóik nincsenek, egyesek állami gondozásban nőttek fel vagy gyógypedagógiai intézetben, mások régi lakásukat (pl. albérlet) elvesztették és oda nem jelentkezhettek be ismét. Intézeteinkbe vagy pedig munkásszállóba az 1/1959. B. M. sz. rendelet alapján nem lehet állandó lakosként bejelentkezni. Végülis intézeti szolgálati lakásunkba jelentettük be munkára induló betegeinket „eltartott”-ként a Községi Tanács megértésével. A Megyei Rendőrkapitányság segítségével — tudomásunk szerint külön belügyminisztériumi engedély alapján — ideiglenes személyi igazolványhoz jutottak. Mindennek elintézése azonban, ahogy a teljesen váratlan nehézségek menet közben elének bukkantak, hónapokat vett igénybe. A vállalat addig „munkakönyv beszerzése folyamatban” szövegű igazolás alapján foglalkoztatta őket.

A munkábaállók sem kellő személyi felszereléssel, sem nagyobb összegű megtakarított pénzzel nem rendelkeztek. A távozó nincstelen betegek rehabilitációjának elősegítésére szociális keretünk, elhalt vagy távozott betegektől ránk hagyott holmink nincs. Egyetlen megoldásként tehát a betegpénztár ka-



matát voltunk kénytelenek erre a célra felhasználni, majd saját pénzünk­ből kölcsönözni.

A további nehézségeket betegeink *elszállásolása* okozta. Munkásszállóra csak állandó lakhellyel rendelkezőket fogadnak be. Sikertelenül küzdöttünk ennek a rendelkezésnek a merevségével — elismerve közrendészeti indokoltságát — azon az alapon, hogy írásban garantáljuk: ha bármelyik betegnek szükségessé válik a munkásszálló elhagyása vagy „állandó lakhelyére” visszaköltöztetése, visszafogadjuk az intézetbe.

Tapasztaltuk viszont, hogy betegeinknek magasabb az életnívóigénye, mint a munkásszállások átlagos lakóinak [9]. Az állami gazdaságba induló betegek első kérdése a toborzókhoz a zuhany és a fürdés iránt érdeklődés volt. Alap­osabb *tisztálkodási lehetőség* ellenben egyik helyen sem állt rendelkezésre. Kevés fehérneműjüket maguk mosták az arra vállalkozók, főleg azonban a kellő gondoskodás hiánya miatt. Hiányzott az esti *szórakozás*: unalmukban az italboltra szorultak, csavarogtak, vagy szabad idejüket autizmusban szállásukon töltötték.

Nem sok módjuk nyílt az *öszönigényeik* kielégítésére sem. „Nagy *étvágyu­kat*” mindegyik üzemi konyha megcsodálta, és sokat tettek, hogy számukra elsősorban az átlagon felüli mennyiséget biztosítsák. Nagy zökkenő volt a sza­bad-szombati és vasárnapi üzemi étkeztetés hiánya: ezeken a napokon csak a tejboltokra és vendéglőkre szorítkozhattak, amit sokszor elmulasztottak, és hideg étellel (zsíros kenyérral) érték be. Néhányan  *ingyencsügüknek* nem tudtak ellenállni és kilószámra édes süteményeket vagy drága húsárakat vásárol­tak. Erős dohányosok voltak, de mindannyiuknál a napi *cigaretta*fogyasztás átlag 25%-os növekedését figyeltük meg. Egyesek kosztpénzüket is erre köl­tötték. Mások az itala is rákaptak. *Sexuális* igényeik kielégítésére nem volt módjuk: női munkatársaik és a falubeliek tartottak tőlük, közeledésükből tré­fát űztek, vagy bántó molesztálásként fogadták; egyesek magas áron prostitu­áltak volna magukat betegeinknek. Többen a szabad életben érezve magukat hamarosan a legális *családalapítást* kezdték tervezni.

Látogatásainkkor fizikai és psychés állapotukat, a gyógyszerek szedését el­lenőriztük, panaszaikról és kívánásaikról értesültünk, azok irányában hatha­tós intézkedéseket tettünk, egyidőben zsebpenzzel láttuk el őket, és igyekez­tünk munkájukhoz távlatokat mutatni. Ilyenkor fizettük be előre heti ételmeze­sük költségeit is.

A hasonló próbálkozások sikere tapasztalataink szerint a megfelelő szociális- és munkakörülmények biztosításán kívül döntően csak a betegek fokozott, mindenre kiterjedő és *aktív gondozásán* [4, 5] alapulhat. Ebbe beletartozik psychés állapotuk és magatartásuk, testi kondíciójuk ellenőrzése, rosszabbodás vagy betegség gyanújele esetén orvosi vizsgálatuk vagy visszaszállításuk, tel­jesítményük és munkavállalásuk gazdaságosságának és munkateljesítményük elszámolásának ellenőrzése, kizsákmányolásuk megelőzése, elhelyezési viszonyaik figyelemmel kísérése, körletük tisztaságának biztosítása, ruházatuk és felszerelésük gondozása (beszerzés, mosatás, javíttatás, tisztaruha­csere), pénzük kezelése, a gyógyszerek felíratása és beszerzése, a munkaalkalmaktól függő átköltözésekkel kapcsolatos nehézségek megelőzése, személyi igazolványuk (be- és kijelentkezés, meghosszabbítás, csere stb.) és irataik kezelése, munká­jukra és magatartásukra irányuló állandó nevelő ráhatás, szabadidejük elmé­leti megszervezése stb.

A gondozás kulcskérdése a betegek *keresetének* beosztása és pénzük kezelése. A védetségnek okvetlenül ki kell erre is terjednie, de tulajdonjogaik szabadsá­gát nem sértheti. Az a módszer bizonyul legmegfelelőbbnek, ha rájuk bízzuk fizetésük felvételét, majd pár napig hagyva, hogy a teljes összeget örömmel



takargassák, minden alkalommal elszámoltatjuk őket kisebb bevásárlásairól. A heti zsebpénz kiadagolása mellett a nagyobb bevásárlásokat velük együtt végezzük. Maradék pénzüket takarékkönyvbe tettük, és az intézet beteg-pénztárában őriztük, hogy megelőzzük a betét ellopását, elvesztését vagy elfecsérlését. (Arra, hogy idővel ezt is rájuk bízassuk, már nem kerülhetett sor.)

Ez a gondozás azonban csak a betegeket kihelyező intézettől várható el. (Eseteinkben — gondozónó hiánya miatt — nem is sikerült biztosítanunk.) A megyei ideggondozók a fenti feladatok ellátására egyrészt létszámellátottságuk miatt képtelenek, másrészt gondozóik a betegeket személyesen nem ismerik és tevékenységük megközelítően sem kellő hatékonyságú.

Nagyon sok múlik a betegeket alkalmazó *munkahely hozzáállásán*. Hajlamosak eltúlozni a betegekre leselkedő balesetveszélyt, és megtagadni alkalmazásukat a Mt. 86 § (1) alapján, mely tiltja a dolgozó alkalmazását olyan munkakörben, ahol betegsége vagy fogyatékosága fokozott baleseti veszélyt jelenthet. Lehet, hogy betegeink számára elméletileg a balesetnek sokkal nagyobb veszélye áll fenn, mint más dolgozóknál, és munkavédelmi oktatásuk esetleg legyőzhetetlen nehézségekbe ütközik, de gyakorlatilag betegeinken nem tapasztalunk másoktól eltérő balesethajlamot. A rehabilitációs intézeteknek természetesen mindent meg kell tenniük a balesetek megelőzésére és nehezen képezhető betegeiket már az intézetben belül, a munkára való felkészítés időszakában, például kulturális foglalkoztatások keretében ki kell képezniük a munkavédelmi óvórendszabályokra.

A sikeres rehabilitációhoz természetesen nélkülözhetetlen az *irányító és társadalmi szervek* legszélesebbkörű *összefogása* is. Minisztériumunk a 9/1966 sz. utasításban (Eü. K. 4.) a szabadságvesztésből szabadultak utógondozását a tanácsi szociálpolitikai csoportok feladatává teszi. A 7 §-ban pedig így rendelkezik: „... A szabadult személy munkahelyén lehetőleg közvetlen munkatársai közül kell kérni olyan önkéntesen vállalkozó pártfogót a szabadult ellenőrzésére, aki élettapasztalata, tekintélye és feddhetetlen élete alapján erre a munkára alkalmas. A pártfogó személyére nézve a munkahely Szakszervezeti Bizottságától, ha a szabadult személy nő: a szakszervezeti nőfelelőstől kell javaslatot kérni. A pártfogó felkéréséről értesíteni kell a Szakszervezeti Bizottságot is azzal, hogy a pártfogó munkáját támogassák. A községekben a pártfogóval a Tanács V. B. titkára tartja a kapcsolatot.” A 9 §-ban pedig: „... A szociálpolitikai szerv a jelen utasításban előírt feladatok megvalósítása érdekében szorosan működjék együtt a Munkaügyi Szakigazgatási szervvel, és a Rendőrkapitánysággal...” — Nos, hasznos volna ennek a mintájára intézményesen megszervezni az elmebetegek társadalmi rehabilitációját is. A minisztériumok, helyenként a megyei tanácsi és pártszervek, szakszervezeti bizottságok volnának hivatottak, hogy — érvényt szerezve a csökkent munkaképességűek alkalmazását elrendelő és szabályozó rendeleteknek — megteremtsék betegeink munkába helyezésének lehetőségét. Egy-két beteg rehabilitációjáig, egy-egy vállalatnál kísérletezésig ugyan egyéni, helyi kezdeményezésből is el lehet jutni a „szocialista összeköttetések” felhasználásával, de a szélesebbkörű rehabilitációhoz már felsőbb koordinációk szükségesek. A gyógyszerek beszedésében, a betegek tisztálkodásának és állapotának ellenőrzésében, szociális helyzetük rendezésében segíthet az üzem egészségügyi szolgálata, vöröskeresztszervezete, szakszervezeti bizottsága, esetleg egy-egy patronáló tagja által. Szabadidejük megszervezésében az előbbiekkal együtt segíthetnének a szocialista brigádok. A helyi vöröskereszt szervezeteknek nagy szerepük lehet abban is, hogy formálják a munkahely egészséges dolgozóinak betegeinkhez való viszonyulását pl. olyan irányú felvilágosítással, hogy az idegrendszeri megbetegedések nem jelentenek csökkentértékűséget. Ugyanezen a téren nagyon jelentős mun-



kát fejthet ki az üzemi Pártszervezet is. A Munkaügyi Osztály és a Szakszervezeti Bizottság lelkiismeretes tevékenysége nélkül lehetetlen a betegek kizsákmányolásának megelőzése, munkájuk helyes megszervezése és körülményeinek kielégítő rendezése.

Próbálkozásaink során némelyik kollégánk rosszállásával is találkoztunk. Nézetük szerint a *kolóniák* rég lejátszott lemezét kezdtük újra, mely akkor sem bizonyult célravezetőnek. A kolóniák létrehozásában mi magunk nem vehettünk részt, működésükkel foglalkozó közleményeket sajnálatosan nem táltunk. Szóbeli és felszínes értesülések [3, 5] alapján az idő távlatából, továbbá saját nehézségeinkből arra következtetünk, hogy nem az elgondolás, hanem a kivitelezés nem volt megfelelő. A betegeket idénymunkára alkalmazták a nagyüzemi gazdálkodás fejletlensége miatt akkor még sok nehézséggel küzdő állami gazdaságokban. A kórházi elmeosztályok erre alkalmatlan vizsgálo módszerei és túlsúfoltsága miatt a betegek nagy csoportjait munkaalkalmassági szempontok érvényesítése nélkül, valószínűleg emberileg is gyenge személyekre bízta, laza szervezetségben magára hagyva. Hiányzott az a *kórházi intézményre-alapozás*, összefogó szervezetség, állandó ellenőrzés és aktív gondozás, amely a már félévszázados múltra visszatekintő *családi ápolási* telepek egyes helyeken még ma is virágzó működését biztosítja [10].

Szakítanunk kell a szakmánk gyakorlatából ránkragadt túlságosan megértő szemlélettel, amely szerint a *termelő üzemeknek* „nem az a dolguk, hogy betegeket ajnározzanak” [3]. Ez végeredményben a csökkent munkaképességűek rehabilitációjának a legolcsóbb és legtermészetesebb módjáról való lemondás volna, amikor népgazdaságunk számtalan területén nagy kézi munka igényel találkozunk, és nagyobb vállalatunk nemcsak munkaeszközökkel, hanem munkásszállásokkal és szakemberekkel is rendelkeznek. Mindezek kihasználása beruházást nem igényel, a népgazdaság számára is hasznos, de természetesen sok úttörő fáradozást és a felsőbb szervek hathatós koordinációját kívánja meg.

A kisárutermelőknél bevált családi ápolás napjainkban még sok helyen nagyon jó szolgálatot tesz, hasonlóan a magániparosok társadalmi szinten szemlélt jelentőségéhez, noha általánosságban túlhaladott ápolási forma [9]. Korszerűségének időszakában a termelés fokozása érdekében a nagy munkaerő kereslet miatt a magángazdálkodók minden régebbi előítéletük ellenére is szívesen foglalkoztattak elmebetegeket. Napjainkban, amikor a gazdasági élet terén a magánszektor szerepét a szocialista szektor vette át, hasonló gazdasági megfontolásból a haladottabb társadalmi viszonyoknak megfelelő *üzemi rehabilitációt* kell nekünk is alkalmaznunk. Állampolgári és betegeink iránti emberi kötelességünk kívánja, hogy fordítva cselekedjünk, mint eddig: ne a népgazdaság pénzén, költségvetésileg, biztosítsuk megmenekülésünket a nagy nehézségekkel szembekényszerítő szervező munkától, hanem újabb szervezési formák kialakításával és alkalmazásával takarítsuk meg — sőt szaporítsuk — nemzeti jövendelmünk értékes filléreit. Így megszabadulhatunk az „*aranyketrec*” szocializmusban felesleges romantikájától és betegeink „melegágyban tenyészésének” álhumanizmusától is.

Itt mondunk köszönetet elsősorban egyikünk édesapjának, Horváth Károlynak, a Devecseri Állami Gazdaság jelenlegi munkaügyi előadójának, és Farkas György főkönyvelőnek, kik lehetővé tették betegeink első vállalkozását, továbbá az Állami Gazdaság Építő Csoportja vezetőinek önzetlen gondoskodásukért.

Második próbálkozásunk lehetővé tételéért, példamutató együttműködésük eredményéért, dr. Molnár László megyei főorvost és Szigler Jenőt, az É. M. Vas Megyei Építőipari Vállalat igazgatóját illeti a köszönet a Munkaügyi Osztály dolgozóival egyetemben.



## Összefoglalás

A szerzők idült és hospitalizált elmebetegeknek állami építőiparban a betegek részére szervezett segédmunkási munkakörben önálló dolgozóként munkabaállításával nyert tapasztalataikról és szervezési nehézségeikről számolnak be.

Véleményük szerint a hasonló próbálkozások csak a betegfoglalkoztatás hiányosságainak felszámolása és a legnagyobbfokú védettség esetén kecsgetnek sikerrel. A védettség elsősorban a rehabilitációs intézetekre alapult, minden kiterjedő, aktív gondozás biztosításában áll. Védett munkahelyek létesítéséhez, továbbá a betegek munkábaállítását sokszor lehetetlenné tevő adminisztratív akadályok leküzdéséhez a felsőbb szervek koordinációs közreműködése, kielégítő funkcionálásukhoz pedig az irányító és társadalmi szervek legszélesebbkörű összefogása szükséges.

Végül a szerzők próbálkozásait a kolóniákkal és a családi ápolással hasonlítják össze. Nézetük az, hogy a családi ápolás szerepét a védett munkahelyeken folyó üzemi rehabilitációnak, mint a fejlettebb társadalom „családi ápolásának” kell átvennie.

IRODALOM: 1. *Bálint István, Simon Tibor*: A munkaköri alkalmasság orvosi elbírálásának irányelvei, IV. (Ideg- és elmegyógyászat) 1961. Medicina. — 2. *Benedek István*: Ideggyógy. Szemle, 1955. 8. 55—64. — 3. *Benedek István*: Aranyketrec, 1962. Medicina. — 4. Egészségügyi Szervezés (BOTE, jegyzet) 1956. — 5. *Gálfi Béla*: Munkaterápia a pszichiatriai gyakorlatban, 1964. Akadémia. — 6. *Horváth Endre*: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1965. 3. 490—495. — 7. *Juhász Pál*: Az epilepsziás betegek rehabilitációja. (Előadás az OTKI „Epilepszia” tanfolyamán), 1965. — 8. *Orthmayer Alajos*: szóbeli közlés. — 9. *Orthmayer Alajos*: (Megjegyzés Samu István közleményéhez) Ideggyógy. Szemle 1965. 18. 353. — 10. *Szegedi Márton*: Elmebetegek társas kapcsolatainak alakulása a betegfoglalkoztatás során. (Előadás a Magyar Psychol. Tud. Társaság II. tud. nagygyűlésén), 1965. — 11. *Szirtes Gyula*: Ideggyógy. Szemle 1964. 15. 30—32. — 12. *Richter, Derek*: Schizophrenie. 1957. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Э. Хорват, А. Балинт: Опыт попыток создания „защищенных рабочих мест“ для хронических психических больных.

Авторы сообщают о своем опыте с устройством на работу в качестве чернорабочих хронических и госпитализированных душевнобольных в государственной строительной промышленности и об организационных трудностях.

По мнению авторов такие попытки могут увенчаться успехом только в случае устранения недочетов в связи с занятием больных и в случае наибольшей степени защищенности. Защищенность заключается прежде всего в обеспечении распространяющейся на все области жизни активной диспансеризации, основанной в первую очередь на реабилитационные учреждения. Для создания защищенных рабочих мест, далее для преодоления административных препятствий, часто делающих невозможным прием на работу больных, требуется координационное участие вышестоящих органов, а для удовлетворительного функционирования этой системы необходимо широчайшее сотрудничество руководящих и общественных органов.

Наконец авторы сравнивают свои попытки с результатами, достигаемыми в колониях для душевнобольных и в семье. Они считают, что роль ухода в семье должна взять на себя реабилитация на месте работы, как „семейный уход“ более развитого общества.

E. Horváth u. A. Bálint: Erfahrungen mit „geschützten“ Arbeitsplätzen für chronische Geisteskranken.

Für chronische Geisteskranken wurden im staatlichen Baugewerbe Hilfsarbeiterstellen gesichert, in denen sie als selbständige Arbeiter beschäftigt wurden. Solche Versuche versprechen nur im Fall Erfolg, wenn Fehler der Krankenbeschäftigung vermieden werden und höchstgradiger Schutz gewährt wird. Dieser muss in erster Linie in einer sich auf alles erstreckenden, aktiven Betreuung bestehen, die sich auf die Rehabilitationsinstitute gründet. Die Errichtung solcher „geschützten“ Arbeitsplätze und die Überwindung administrativer Hindernisse des Arbeitseintritts der Kranken setzt koordinierende Tätigkeit der höheren Behörden, eine ausreichende Funktionierung der Institution sowie breiteste Zusammenarbeit der offiziellen und gesellschaftlichen Organe voraus. Ein Vergleich dieses Versuches mit der kolonialen und Familienpflege ergibt, dass Betriebsrehabilitation in Arbeitsplätzen die Familienpflege zu ersetzen berufen ist.



## Tájékoztató

A Magyar Igazságügyi Orvosok Társaságának Elmeorvosi Sectiója a következő tanévben ismét meg kívánja rendezni — a múlt évi érdeklődésre és értékes vitákra való tekintettel — havonkénti szokványos nyilvános kerekasztal konferenciáját, változatlanul a hónap utolsó szombatjának délelőttjén, a budapesti klinikák tantermében (VIII., Balassa u. 6.). Szeptemberben a soron levő EEG, októberben az Ideg-Elmeorvosi Nagygyűlés miatt az első ülés; ez év november utolsó szombatjára tervezi.

A kerekasztal konferenciák tervbe vett témái: serdülő korú bűnözések elmeszakértői problémái; idült alkoholizmus és therapiája, diagnosztikai problémákra és a kényszer-kezelésre való tekintettel; ún. kivételes állapotok törvényszéki jelentősége; a szabadságvesztés és rehabilitáció elmeszakértői problémái.

A Sectio vezetősége kéri az érdeklődők szíves javaslatát a kerekasztal konferenciáknak akár a megrendezés kivitelezésére, akár azok témájára vonatkozóan. A javaslatokat a vezetőség kéri Dr. Juhász Pál, Bp. VIII., Balassa u. 6. címre küldeni.

\* \* \*

## Személyi hírek

Dr. Böszörményi Zoltán főorvost a Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum (CLNP) négy évre tanácsosává, az American Psychiatric Association (APA) levelező tagjává választotta.



## A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága tagnévsora:

- Dr. Adorjáni Ferenc, Budapest II., Mártírok útja 34.  
Dr. Algóver Hona, Zalaegerszeg, Külső Kórház  
Dr. Almási Klára, Budapest II., Tulipán u. 17.  
Dr. Ambrózy György, Budapest XI., Budafoki út 17.  
Dr. Angyal Lajos, Budapest II., Szilágyi E. fasor 13—15.  
Dr. Annau Vilma, Budapest VIII., Rákóczi út 55.  
Dr. Antal János, Budapest V., Belgrád rakp. 25.  
Dr. Antony Miklós, Budapest XI., Badacsonyi u. 17.  
Dr. Arató Ottó, Budapest XIII., Katona J. u. 23/a.  
Dr. Aszalós Zoltán, Budapest VII., Tanács krt. 21.  
Dr. Áfra Dénes, Budapest XIV., Emma köz 5.  
Dr. Baesik Katalin, Kecskemét, Jáka u. 8.  
Dr. Balajthy Béla, Szolnok, MÁV Kórház  
Dr. Balla László, Budapest XI., Bartók B. út 124.  
Dr. Ballay Judit, Budapest XII., Schwarzer u. 4.  
Dr. Balló Róbert, Budapest VI., Népköztársaság útja 77. II. em.  
Dr. Baltavári László, Szombathely, Jókai u. 28.  
Dr. Baráczka Balázs, Budapest IX., Hámán Kató u. 12—14.  
Dr. Bauer Henrietta, Budapest XI., Budafoki út 32/E  
Dr. Baumann Piroška, Budapest II., Frankel Leó út 1.  
Dr. Bácskai Józsefné, Szeged, Deák F. u. 22.  
Dr. Bálint István, Budapest II., Guyon R. u. 6.  
Dr. Bálint Sándor, Budapest VI., Paulay E. u. 33.  
Dr. Bekény György, Budapest II., Hermann O. u. 37.  
Dr. Benedek Árpád, Budapest, XI., Vásárhelyi P. u. 8.  
Dr. Benke Bálint, Budapest II., Lotz K. u. 12.  
Dr. Béla Árpád, Budapest XIX., Dobó K. u. 25.  
Dr. Blaha Erzsébet, Budapest XI., Etele u. 15. VII. em. 27.  
Dr. Blázsó Sándor, Ajka, Május 1. tér 11.  
Dr. Boczán János, Gyöngyös, Városi Tan. „Bugát Pál“ Kórház  
Dr. Boda Lívia, Budapest VIII., József krt. 28.  
Dr. Bodó György, Budapest XII., Szilágyi E. fasor 10.  
Dr. Bódog Gyula, Budapest II., Csalogány u. 3/d.  
Dr. Bódor Elvira, Debrecen, Nemes u. 12.  
Dr. Bogdán Ernő, Szeged, Guttenberg u. 30.  
Dr. Boháes Elemér, Balassagyarmat, Rákóczi u. 96.  
Dr. Bonta Mihály, Budapest XI., Villányi út 80/b.  
Dr. Böhm Tivadar, Budapest XII., Csörsz u. 10.  
Dr. Böszörményi Dalma, Budapest XI., Társ u. 7.  
Dr. Böszörményi Zoltán, Budapest II., Mandula u. 36.  
Dr. Bötskey Ottó, Szombathely, Deák u. 76/B  
Dr. Brunecker Györgyi, Budapest, I., Várfok u. 8.  
Dr. Czece Éva, Budapest XI., Ménési u. 11.  
Dr. Csanaky Artúr, Szekszárd, Kórház  
Dr. Csatáry Zoltán, Budapest XIII., Róbert K. krt. 44.  
Dr. Csekey László, Eger, Baktay u. 38.  
Dr. Cselikovies Franciska, Budapest V., Alpári Gy. u. 14.  
Dr. Cserényi István, Budapest XI., Ménési u. 16.  
Dr. Csermely Hubert, Budapest VI., Lenin krt. 110.  
Dr. Csémi Katalin, Gyula, Megyei Kórház  
Dr. Csillag Mária, Budapest II., Szilágyi E. fasor 45/a, II/1.  
Dr. Csizmadia Mariann, Budapest XII., Virányos u. 12.  
Dr. Csorba Antal, Budapest XIII., Róbert K. krt. 44. Közp. Honv. Kórház  
Dr. Dallos Veronika, Budapest V., Steindl u. 7.  
Dr. Danis György, Szeged, Deák F. u. 28—30.  
Dr. Dávid Orsolya, Győr, Bartók B. u. 17.  
Dr. Deák György, Budapest VI., Eötvös u. 19.  
Dr. Derzsi Sárolta, Budapest IV., Bán Tibor u. 31.  
Dr. Dénes István, Budapest XIII., Keszkenő u. 37.  
Dr. Dénes László, Kecskemét, Széchenyi krt. 26.  
Dr. Dibó Teofil, Budapest XIV., Hungária krt. 43—49.  
Dr. Dobi Sándor, Gyula, Megyei Kórház  
Dr. Dobranovics Ilona, Szeged, Korányi rkp.  
Dr. Domán Gyula, Budapest II., Lövőház u. 24.



- Dr. Dömötör Lajos, Budapest XIV., Amerikai út 57. OITI  
 Dr. Drietomszky Jenő, Budapest I., Várlok u. 8.  
 Dr. Dubovicz Dénes, Budapest XII., Kiss J. altbgy. u. 82.  
 Dr. Egerváry Ottó, Budapest XVIII., Május 1. tér 5.  
 Dr. Faragó András, Budapest II., Radna u. 8.  
 Dr. Faragó István, Budapest XIII., Szt. István krt. 4.  
 Dr. Farkas Gábor, Pécs, Anna u. 38.  
 Dr. Farkasinszky Teréz, Szeged, Jósika u. 2.  
 Dr. Fejér Artúr, Budapest VIII., Pál u. 6.  
 Dr. Fekete János, Budapest II., Vörös Hadsereg útja 102.  
 Dr. Fekete Tamás, Pécs, Rákóczi u. 80.  
 Dr. Fekete Tamásné, Pécs, Rákóczi u. 80.  
 Dr. Fenyvesi Tamás, Budapest VIII., József krt. 34.  
 Dr. Fébő Győző Szilárd, Budapest XX., Maróth u. 49.  
 Dr. Flamm Mária, Budapest XIII., Szt. István park 19.  
 Dr. Flóró Kornélia, Budapest XI., Ulászló u. 39—41.  
 Dr. Foher László, Budapest VI., Benezur u. 3.  
 Dr. Foltányi Marianna, Budapest XI., Bartók B. út 88.  
 Dr. Fornádi Ferenc, Budapest XIII., Pozsonyi út 42.  
 Dr. Fráter Rózsa, Budapest IX., Ráday u. 63.  
 Dr. Frey Zsuzsa, Budapest II., Pasaréti út 109.  
 Dr. Füredi Erzsébet, Budapest VIII., Üllői út 86. Heim P. Kórház  
 Dr. Füredi János, Budapest XIX., Báthory u. 43.  
 Dr. Füzéki Bálint, Budapest V., Veres Pálné u. 30.  
 Dr. Gaál Csaba, Miskolc, Szigligeti u. 3.  
 Dr. Gallai Margit, Budapest XI., Budafoki út 17/c.  
 Dr. Gartner Pál, Budapest V., Kálmán u. 21.  
 Dr. Gáldi Zoltán, Eger, Baktay u. 38.  
 Dr. Gálfi Béla, Budapest VI., November 7. tér 4.  
 Dr. Gátai György, Budapest II., Tölgyfa u. 26.  
 Dr. Geist Gábor, Budapest XIII., Katona J. u. 5.  
 Dr. Geréby György, Budapest XI., Sasadi út 162.  
 Dr. Goldschmidt Dénes, Intapszta, Pszichiatriai Rehabilitációs Intézet  
 Dr. Gombos Katalin, Debrecen, Tanácsköztársaság u. 68.  
 Dr. Guba Ágnes, Miskolc, Szentpéteri kapu O/1.  
 Dr. Guba Sándor, Miskolc III., Kandó K. u. 8.  
 Dr. Görög Erzsébet, Budapest VII., Lenin krt. 23.  
 Dr. György Júlia, Budapest XII., Ordas u. 6.  
 Dr. Gyulai György, Eger, Markhot u. 2.  
 Dr. Haitz Géza, Budapest II., Kapás u. 43.  
 Dr. Halassy Margit, Budapest VI., Népköztársaság útja 2.  
 Dr. Halász Péter, Debrecen, Libakert u. 11.  
 Dr. Haraszti Erzsébet, Budapest XII., Böszörményi út 34/b.  
 Dr. Harrach Andor, Budapest V., Aranykéz u. 7.  
 Dr. Hartal Erzsébet, Budapest XVIII., Selmezbánya u. 17.  
 Dr. Hárdi István, Budapest XIII., Balzac u. 37.  
 Dr. Heiner Lajos, Szeged, Vidra u. 3.  
 Dr. Hermann Imre, Budapest II., Lorántffy Zs. u. 5.  
 Dr. Hidas György, Budapest IX., Közraktár u. 22.  
 Dr. Hilszmaier István, Budapest XIII., Róbert K. krt. 44.  
 Dr. Horányi Béla, Budapest V., Dimitrov tér 2.  
 Dr. Horváth András, Budapest XII., Vércse u. 27.  
 Dr. Horváth Endre, Simaság, Szabadság u. 44.  
 Dr. Horváth Szaboles, Budapest VI., Dalszínház u. 1.  
 Dr. Horánszky Nándor, Budapest XII., Bíró u. 6/c.  
 Dr. Huszák István, Szeged, Teleki u. 14.  
 Dr. Huszák Ilona, Budapest VII., Lenin krt. 38.  
 Dr. Irányi Jenőné, Budapest V., Október 6. u. 21.  
 Dr. Iván László, Budapest XI., Fehérvári út 17.  
 Dr. Joó Béla, Szentes, Arany J. u. 8.  
 Dr. Juhász Pál, Budapest VIII., Balassa u. 6.  
 Dr. Kajtor Ferenc, Debrecen, Nagyerdei krt. 78.  
 Dr. Kardos György, Budapest V., Dorottya u. 3.  
 Dr. Kardos Ilona, Vecsés, Fürst S. u. 37.  
 Dr. Kaposvári István, Miskolc, Petőfi u. 31.  
 Dr. Kappéter István, Debrecen, Andaházi u. 3.



- Dr. Katona József, Szeged, Bérkert u. 43.  
 Dr. Kaufmann Irén, Budapest V., Kálmán u. 24.  
 Dr. Kazacsai Ferenc, Miskolc I., Augusztus 20. u. 12.  
 Dr. Kádár József, Budapest VI., Zichy J. u. 41.  
 Dr. Kárpáti Miklós, Budapest XI., Bogdánffy u. 2. VII. em. 28.  
 Dr. Kelemen Judit, Budapest V., Városház u. 10. IV. em.  
 Dr. Kékesi Ferenc, Pécs, Kulich Gy. u. 14.  
 Dr. Kéri Anna, Budapest XIII., Pannónia u. 60—64.  
 Dr. Kézdi Balázs, Pécs, Rákóczi u. 39.  
 Dr. Kiss Gábor, Budapest VI., Dalszínház u. 8.  
 Dr. Kiss Erzsébet, Szentcsanak, Sima F. u. 44—54.  
 Dr. Kiss János, Miskolc, Bajcsy-Zs. u. 9.  
 Dr. Kiss Mária, Pásztó, Szabadság u. 87.  
 Dr. Kiss Zoltán, Debrecen, Nyomtató u. 14.  
 Dr. Kiszely Katalin, Budapest VIII., Üllői út 14.  
 Dr. Klein Magdolna, Budapest III., Szentendrei út 115.  
 Dr. Kluge Endre, Kaposvár, Bajcsi Zsilinszky u. 35.  
 Dr. Koczás Ottó, Budapest XI., Bártfai u. 23.  
 Dr. Kollerits Irén, Budapest II., Frankel L. út 2—4.  
 Dr. Kómár József, Budapest XI., Hengermalom u. 12.  
 Dr. Komlós Éva, Budapest II., Keleti K. u. 48.  
 Dr. Korona Árpád, Budapest XV. Rpal., Bartók B. u. 14/a.  
 Dr. Koronkai Bertalan, Budapest I., Várfok u. 15/b.  
 Dr. Kosza Ida, Baja, Kórház  
 Dr. Kovács Béla, Szeged, Lenin krt. 7.  
 Dr. Kovács Miklós, Pécs I., Fekete Gyémánt tér 17.  
 Dr. Kovács Ferenc, Budapest IX., Ferenc krt. 39.  
 Dr. Könyves Kolonics László, Eger, Bajcsi-Zsilinszky u. 19.  
 Dr. Környey Edit, Budapest XII., Jagello u. 46.  
 Dr. Környey István, Pécs, Rét u. 2.  
 Dr. Kóri Kálmán, Budapest V., Irányi u. 27.  
 Dr. Kraft Franciska, Budapest II., Bűrök u. 8.  
 Dr. Kun Erzsébet, Komárom, Arany J. u. 7.  
 Dr. Kun Miklós, Budapest II., Veronika u. 2.  
 Dr. Kuncz Elemér, Budapest XIII., Váci út 6.  
 Dr. Laeczay Andrásné, Komló, Alkotmány u. 5.  
 Dr. Lajos Zoltán, Eger, Szabadság tér 9.  
 Dr. Lax Veronika, Budapest, VI., Szív u. 11.  
 Dr. László Mária, Budapest I., Vám u. 2.  
 Dr. Leel-Össy Loránd, Debrecen, Rákóczi u. 35.  
 Dr. Lehoczy Tibor, Budapest VI., Népköztársaság útja 2.  
 Dr. Linczényi Adorján, Budapest XI., Beresényi u. 10.  
 Dr. Lipák János, Debrecen, Bem tér 29.  
 Dr. Lipsey Attila, Budapest XI., Ozorai u. 16.  
 Dr. Liziczai Etelka, Budapest XIV., Nyisztor u. 5.  
 Dr. Lóránd Blanka, Budapest II., Lotz K. u. 7/a.  
 Dr. Lovász Attila, Budapest I., Attila u. 131.  
 Dr. Lőrincz István, Szombathely, Bajcsy-Zsilinszky u. 13. I. em.  
 Dr. Lőrincz Mária, Miskolc, Szentpéteri kapui lakótelep  
 Dr. Lukács Kornél, Budapest II., Széphalom u. 1.  
 Dr. Magyar István, Budapest V., Szemere u. 9.  
 Dr. Majerszky Klára, Budapest II., Vörös Hadsereg útja 116.  
 Dr. Majtényi Katalin, Budapest II., Széphalom u. 1.  
 Dr. Mannhertz Julianna, Csorna, Vörös Hadsereg útja 89.  
 Dr. Marek Péter, Budapest VII., Rákóczi tú 12.  
 Dr. Markovics György, Veszprém, Schönhertz u. 21/a.  
 Dr. Marton György, Budapest II., Káplár u. 11—17. III. 6.  
 Dr. Mária Béla, Budapest, VII., Tanács krt. 31/c.  
 Dr. Márkus Magdolna, Nagykovács, Lenin u. 30.  
 Dr. Mázló Mária, Budapest IX., Ráday u. 30. III. em. 1.  
 Dr. Mátyus Adorján, Budapest VIII., Üllői út 14.  
 Dr. Mechier Ferenc, Debrecen, Tanácsköztársaság u. 58.  
 Dr. Menning Éva, Budapest XII., Beethoven u. 13.  
 Dr. Mezei Béla, Székesfehérvár, Május 1. tér 7.  
 Dr. Mezey Géza András, Budapest IX., Gyáli út 15/a.  
 Dr. Mezőfi László, Kaposvár, Honvéd u. 26.



- Dr. Mérei F. Tibor, Pécs, Rét u. 2.  
 Dr. Mészáros Mária, Budapest I., Fő u. 33.  
 Dr. Mihalik István, Miskolc, Patak u. 10.  
 Dr. Milák Zoltán, Budapest IX., Csarnok tér 3—4. II. 2/a.  
 Dr. Miskey Klára, Budapest II., Völgy u. 28.  
 Dr. Miskolezy Dezső, Budapest XIII., Váci út 64/c.  
 Dr. Miskolezy Orsolya, Budapest V., Károlyi u. 14/b.  
 Dr. Mód László, Székesfehérvár, Marx tér 5.  
 Dr. Molnár László, Pécs, Kandó K. u. 22.  
 Dr. Molnár Sándor, Budapest XI., Egri J. u. 15.  
 Dr. Morcz Mária, Budapest VII., Rottenbiller u. 10.  
 Dr. Mótusz János, Kecskemét, Vajdahunyad u. 10.  
 Dr. Mussong Kovács Erzsébet, Budapest XIV., Cházár A. u. 19.  
 Dr. Nagy A. Tibor, Debrecen, Tanácsköztársaság u. 39.  
 Dr. Nagy Klára, Debrecen, Idegklinika  
 Dr. Nagy Tibor, Budapest II., Branyiszkó u. 5.  
 Dr. Nelhiebel József, Budapest I., Krisztina krt. 73.  
 Dr. Németh Béla, Mosonmagyaróvár, Lenin u. 53.  
 Dr. Németh Jenő, Budapest IX., Ráday u. 63.  
 Dr. Németh Márta, Budapest XI., Mohai u. 2/b.  
 Dr. Nicodemusz József, Budapest XII., Hegyalja út 57.  
 Dr. Nyárády Éva, Budapest XIII., Victor Hugo u. 43.  
 Dr. Oláh Lajos, Budapest V., Beloiannisz u. 13.  
 Dr. Ormos Margit, Budapest XIII., Vág u. 2/B.  
 Dr. Orosz Etelka, Debrecen, Calvin tér 14.  
 Dr. Orthmayr Alajos, Budapest I., Dísz tér 16.  
 Dr. Orzós Róbert, Miskolc, Szentpéteri kapu eü. lt. II. ép. III. lh. II/1.  
 Dr. Otrok Piroska, Budapest VIII., Práter u. 65.  
 Dr. Ozsváth Károly, Pécs, Semmelweis u. 39.  
 Dr. Pandur Ilona, Baja, Bartók B. u. 10.  
 Dr. Paneth Gábor, Budapest V., Akadémia u. 7.  
 Dr. Pannonhegyi Albert, Budapest IX., Köztelek u. 4/A.  
 Dr. Pap Kálmán, Budapest VIII., Leonardo da Vinci u. 41. II. em.  
 Dr. Pap Zoltán, Debrecen, Vörös Hadsereg útja 78.  
 Dr. Papp Zsuzsa, Budapest VII., Bethlen Gábor u. 11.  
 Dr. Pálffy György, Kaposvár, Megyei Kórház  
 Dr. Pásztor Emil, Budapest VIII., Rákóczi út 4. III.—E—5.  
 Dr. Pertorini Rezső, Budapest VII., Dohány u. 57.  
 Dr. Pethő Bertalan, Budapest I., Tárnok u. 3.  
 Dr. Péterfalvi János, Baja, Április 4. tér 6.  
 Dr. Pintér Ágnes, Budapest V., Váci u. 11/B.  
 Dr. Pintér József, Budapest XI., Badaacsonyi u. 23.  
 Dr. Piroth Endre, Győr, Megyei Kórház  
 Dr. Pohl Ödön, Budapest VIII., Balassa u. 6.  
 Dr. Pollner György, Budapest XII., Németvölgyi út 34.  
 Dr. Portörő Ágnes, Budapest III., San Marco u. 79.  
 Dr. Pőrezi József, Pécs, Zsolt u. 3.  
 Dr. Prém Géza, Budapest II., Mártírok útja 61—62.  
 Dr. Radnóty Gábor, Budapest XII., Győri u. 2/b.  
 Dr. Rapaport Sámuel, Budapest V., Szt. István krt. 13.  
 Dr. Rauter Carmen, Sopron, Alsólóvér u. 37.  
 Dr. Rábai Kálmán, Budapest XII., Rác A. u. 42.  
 Dr. Ráih A. Zoltán, Gönygyös, Rákóczi u. 14.  
 Dr. Rege Magda, Szombathely, Megyei Kórház  
 Dr. Récesy Béla, Budapest XIV., Laky A. u. 56—58.  
 Dr. Révész Márta, Budapest II., Nárcisz u. 22/B.  
 Dr. Réz Mária, Eger II., Kórház, Idegosztály  
 Dr. Romsauer Lajos, Budapest XI., Sasadi út 7.  
 Dr. Rónai Éva, Pécs, Dischka Gy. u. 12.  
 Dr. Rónai Tibor, Budapest I., Döbrentei u. 16.  
 Dr. Rusz Sándor, Debrecen, Idegklinika  
 Dr. Ruzicska Andor, Budapest II., Mártírok útja 69.  
 Dr. Saághy Margit, Budapest XIII., Balzac u. 37.  
 Dr. Sai Halász András, Budapest VI., Aradi u. 42.  
 Dr. Sallai Lajos, Budapest XII., Ugoesa u. 8/B.  
 Dr. Samu István, Balassagyarmat, Kórház



Dr. Sándor László, Kecskemét, Beloiannisz tér 1.  
 Dr. Scháb Rezső, Pécs, Rét u. 2.  
 Dr. Sehéda Vilmos, Gyöngyös, Mátyás kir. u. 1.  
 Dr. Schnell János, Budapest V., Veres Pálné u. 30.  
 Dr. Schusztér Gyula, Budapest VI., Bajesi-Zsilinszky út 61.  
 Dr. Schwabik József, Baja, Széchenyi u. 3.  
 Dr. Sik László, Győr, Tanácsköztársaság u. 35.  
 Dr. Siklósi Aladár, Budapest VII., Bajza u. 8.  
 Dr. Simék Zsófia, Budapest XII., Mese u. 8.  
 Dr. Simkó Alfréd, Budapest II., Frankel Leó út 1.  
 Dr. Simkovics Miklós, Budapest II., Buday László u. 7.  
 Dr. Simó Sára, Budapest XII., Böszörményi út 6.  
 Dr. Simon Tibor, Budapest I., Mészáros u. 2.  
 Dr. Simonyi János, Budapest XIII., Kádár u. 4.  
 Dr. Slowik Felícia, Budapest II., Vérhalom u. 2/c.  
 Dr. Somogyi István, Szeged, Hajnóczy u. 25.  
 Dr. Solti Gyöngyi, Budapest IX., Üllői út 121.  
 Dr. Solymosi Margit, Budapest II., Bajvívó u. 1.  
 Dr. Stipula Magda, Budapest XIII., Szt. István park 21/b. V. em. 36.  
 Dr. Süle Ferenc, Budapest I., Szilágyi Dezső tér 3.  
 Dr. Szabadi Elemér, Budapest XI., Budafoki út 20.  
 Dr. Szabados Pál, Budapest II., Vörös Hadsereg útja 116.  
 Dr. Szabó Endre, Balassagyarmat, Rákóczi u. 23.  
 Dr. Szabó Magda, Budapest II., Guyon R. u. 19.  
 Dr. Szabó Pál, Debrecen, Balthazár u. 8.  
 Dr. Szalai Mária, Budapest XIII., Visegrádi u. 14.  
 Dr. Szántó Árpád, Budapest IX., Üllői út 151.  
 Dr. Szántó Dezső, Miskolc III., Győri kapu 112.  
 Dr. Szák János, Budapest XII., Márvány u. 48.  
 Dr. Szász János, Győr, Munkácsy M. u. 1—5.  
 Dr. Szeesődy Imre, Budapest V., Alkotmány u. 16.  
 Dr. Szegedi Maszák Éva, Budapest II., Bimbó u. 3.  
 Dr. Szegedy László, Budapest XI., Kőbölküti út 13.  
 Dr. Szendrői Mária, Budapest XI., Budafoki út 28—30.  
 Dr. Szepesi János, Szekszárd, Bezerédi u. 5.  
 Dr. Sziberok Ferenc, Budapest VIII., József krt. 42.  
 Dr. Szikszay Mária, Budapest II., Pasaréti út 79.  
 Dr. Szilágyi Á. Katalin, Budapest II., Mártírok útja 8.  
 Dr. Szilárd János, Szeged, Kigyó u. 1.  
 Dr. Szinetár Ernő, Budapest XII., Lejtő u. 24.  
 Dr. Szirtes Gyula, Budapest VIII., Guttenberg tér 2.  
 Dr. Szobor Albert, Budapest V., Stollár B. u. 4.  
 Dr. Szombathelyi Győző, Zalaegerszeg, Külső kórház  
 Dr. Szóke Katalin, Budapest V., Haris köz 5.  
 Dr. Szóts Zoltán, Tatabánya II., Jókai u. 79.  
 Dr. Szűcs Rozália, Budapest IX., Bakáts u. 1—3.  
 Dr. Takács László, Budapest XII., Ügyész u. 4.  
 Dr. Takács Piroska, Szentes, Kórház  
 Dr. Tanka Dezső, Szombathely, Március 15. tér 4.  
 Dr. Tariska István, Budapest I., Attila u. 27.  
 Dr. Tarján István, Baja, Batthyány u. 15/b.  
 Dr. Tass Gyula, Miskolc II., Kórház orvosi lakót.  
 Dr. Timár Ilona, Gyöngyös, Kórház  
 Dr. Tokay László, Budapest VI., Bajesi-Zsilinszky út 19.  
 Dr. Tokodi Attila, Budapest XX., Jókai M. u. 75.  
 Dr. Tomcsányi Attila, Budapest XII., Németszőlgyi út 2.  
 Dr. Tomka Imre, Budapest XIV., Kalapács u. 17/B.  
 Dr. Tornaljay Katalin, Miskolc, Szentpéteri kapu Kórház  
 Dr. Tóth László, Budapest V., Vécsey u. 3.  
 Dr. Török Alice, Budapest XI., Irinyi J. u. 39. VII. em.  
 Dr. Török Pál, Miskolc, Szentpéteri kapu lakót.  
 Dr. Tringer László, Budapest VIII., Baross u. 89.  
 Dr. Trunkl Erika, Budapest XIII., Váci út 14.  
 Dr. Tunyogi Csapó Miklós, Zalaegerszeg, Külső Kórház  
 Dr. Vajda Ákos, Budapest V., Vármegye u. 7.  
 Dr. Vajda György, Budapest IX., Hurok u. 5.



Dr. Vajda Lajos, Budapest XI., Stoczek u. 17/a.  
 Dr. Varga Berta, Budapest II., Csatárka u. 52.  
 Dr. Varga Ervin, Budapest VI., Gorkij fasor 8/A.  
 Dr. Varga József, Csongrád, Felszabadulás u. 25.  
 Dr. S. Varga Katalin, Budapest XIV., Lumumba u. 189.  
 Dr. Vargha Miklós, Szeged, Mérei u. 7.  
 Dr. Varvasovszky János, Sopron, Széchenyi tér 13.  
 Dr. Várady Géza, Budapest VI., Dózsa Gy. út 94.  
 Dr. Várhelyi Károly, Budapest XIII., Apáthy u. 2.  
 Dr. Várkonyi Bendegúz, Budapest XIII., Katona J. u. 20.  
 Dr. Veér Rezső, Győr, Eszperantó u. 8.  
 Dr. Veres Éva, Budapest XI., Ozorai u. 13.  
 Dr. Viczián Edit, Budapest V., Bajcsy-Zsilinszky út 18.  
 Dr. Vidovszky Tamás, Budapest VI., Kiss J. u. 4.  
 Dr. Vikár György, Budapest II., Szilágyi E. fasor 45/A. II/I.  
 Dr. Vincze Aladár, Budapest XIII., Sallai I. u. 4.  
 Dr. Virág Mária, Baja, Beloiannis u. 27/b.  
 Dr. Virrasztó Eszter, Budapest XI., Bartók B. út 86.  
 Dr. Vörös Magda, Celldömölk, Sági u. 216.  
 Dr. Walsa Róbert, Budapest II., Pasaréti út 79.  
 Dr. Weiss Mária, Budapest V., Kálmán u. 24.  
 Dr. Zappe Lajos, Budapest XI., Bartók B. út 32.  
 Dr. Zerkowitz András, Budapest V., Akadémia u. 9.  
 Dr. Zoltán László, Budapest XI., Kelenhegyi út 7.  
 Dr. Zsadányi Ottó, Debrecen, Libakert u. 4.  
 Dr. Zsombók György, Budapest XIII., Róbert K. krt. 84.

# NEROBOL tabletta

**ÖSSZETÉTEL:** 1 tabletta 5 mg 17-alfa-methyl-17-beta-hydroxy-androsta-  
-1,4-dien-3-on-t tartalmaz.

**JAVALLATOK:** Súlyos betegségek utáni elhúzódó reconvalescentia. Chronikus betegségek által létrehozott cachexiás állapotok, kimerültség, gyengeség, súlycsökkenés, osteoporosis, destruáló csontelváltozások, elhúzódó callus-képződés, corticosteroid kezeléssel kapcsolatos negatív nitrogénegyensúly.

Társadalombiztosítás terhére szakrendelések rendelhetik. Körzeti, üzemi, stb. orvosok csak szakrendelés (fekvőbeteg-gyógyintézet) 2 hónapnál nem régebb keletű javaslata alapján rendelhetik. Ilyen esetben a vényen a javaslatot adó intézményt, szakrendelést és a javaslat keltét fel kell tüntetni.

**FORGALOMBA KERÜL:** 20 tabletta 41,70 Ft.

**KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.**



# FEDIBARETTA

## TABLETTA

A Fedibaretta anticonvulsiós hatású barbiturát származék. Előnyös tulajdonságai a görcsgátló, hőcsökkentő és nyugtató hatásban mutatkoznak. Káros mellékhatásokat (allergiás jelenségeket) ez ideig, még kúraszerű alkalmazása során sem észleltek.

### ÖSSZETÉTEL:

Tablettánként 100 mg Acid. 5,5-diethyl- 1-phenyl-barbitur. hatóanyagot tartalmaz.

### JAVALLATOK:

Csecsemők és kisgyermekek bizonytalan eredetű lázas görcsös állapotában, illetve olyanoknál, akiknél már lázas görcsroham előfordult, továbbá genuin-, psychomotoros- és symptomás (focalis) epilepsia, status epilepticus, hypermotilitas: szülési traumát követő és hyperthermiára hajlamos, valamint hydro-labil állapotok, neuropathia csecsemők gyakori és heves sírásával összefüggő hyperventillációs görcsök, pavor nocturnus, neurogen fejfájás stb. esetén.

Petit mal rohamok kezelésére csak más gyógyszerrel kombinálva.

### ADAGOLÁS:

Átlagos adagja csecsemőknek és gyermekeknek kúraszerű alkalmazással *naponta* testsúly kg-onként 0,02 g (pl. 20 kg-os átlagsúlyú gyermek adagja naponta 0,4 g). Szükség esetén más antiepilepticumokkal is kombinálható. Az adagolás megszüntetése, vagy más antiepilepticumra való áttérés csak fokozatosan történhet!

### CSOMAGOLÁS:

20 db à 0,1 g tablettá 5,90 Ft  
200 db à 0,1 g tablettá 46,40 Ft

### MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

## CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára  
Budapest IV., Tó utca 1—5.



# RETABOLIL

## OLAJOS INJEKCIÓ

### ÖSSZETÉTEL:

1 amp. (1 ml) 50 mg norandrosztonolon. decanoic.-ot tartalmaz.

### JAVALLATOK:

Minden olyan esetben, ahol erélyes és tartós anabolikus hatás szükséges, vagy az eddig ismert anabolikus készítmények hatástalannak bizonyultak.

### ADAGOLÁS:

I. musc. kell alkalmazni. Az adagolás az indiciótól függően individualis.

**ELLENJAVALLATOK:** Prostata és férfiemiőcarcinoma.

### MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére csak szakrendelések rendelhetik.

### CSOMAGOLÁS:

1 × 1 ml 48,— Ft  
25 × 1 ml 1178,— Ft

### FORGALOMBA HOZZA:

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.**

