

305.107

VIII

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XXI. ÉVFOLYAM
433—480 OLDAL

10

BUDAPEST, 1968. OKTÓBER

2

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

A kóros részegség elmeorvosi vonatkozásai	433
<i>Pisztora Ferenc dr.</i> : „A pszichiatriai kórformákat meghatározó geographiai, climatológiai, biológiai, szociológiai, ethno-pszichológiai és kulturális tényezők Algériában”	456
<i>Deák György dr., Gorács István dr., Paraicz Ervin dr., Tóth Szabolcs dr.</i> : A Myodil-ventriculographiák diagnosztikus jelentősége	472
Beszámolók	479

INHALT

Psychiatrische Beziehungen in pathologischen Alkoholismus	433
<i>F. Pistora</i> : Der bestimmende Einfluss geographischer, klimatischer, biologischer, soziologischer und kultureller Faktoren auf die psychiatrischen Krankheitsbilder in Algerien.	456
<i>Gy. Deák, I. Gorács, E. Paraicz u. Sz. Tóth</i> : Die diagnostische Bedeutung der Myodil-Ventriculographie	472
<i>Referat</i>	479

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest VI., Révai u. 16. Telefon: 116—600
Felelős kiadó: Tóth László igazgató

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (KHI. Budapest V., József nádor tér 1. sz.) közvetlenül, vagy csekkbefizetési lapon (csekk-számlaszám: egyéni 61 209 közületi 61 066), valamint átutalással a KHI. MNB. 8. sz. egy számlájára.

Előfizetési díj: egész évre: 144,— Ft.

Megjelenik havonta

Egyes példányok beszerezhetők a Budapest V., Bajcsy-Zsilinszky út 76. sz. alatti hírlapboltban.
Példányonkénti eladási ár: 12,— Ft

Index: 25 392

A kóros részegség elmeorvosi vonatkozásai

Az Igazságügyi Orvosok Társasága Elmeorvosi Sectiójának 1967. november 25-én tartott ülésén elhangzott referátumok és hozzászólások.

Referensek:	Dr. Angyal Lajos egyetemi tanár Dr. Halász Sándor a Legfelsőbb Bíróság tanácselnöke
Hozzászólók:	Dr. Huszár Ilona egyetemi adjunktus Dr. Kardos György főorvos Dr. Marton György főorvos Dr. Mária Béla igazgató főorvos Dr. Piróth Endre főorvos Dr. Pollner György főorvos Dr. Szilárd János egyetemi adjunktus Dr. Szobor Albert főorvos Dr. Vargha Miklós egyetemi docens

*

Dr. Angyal Lajos: A kóros részegség elmeorvosi vonatkozásai. (Referátum.)

Alkoholhatás alatt elkövetett bűncselekményekben a beszámíthatóság megállapítása a törvényszéki elmeszakértő számára gyakran igen komoly problémát jelent s ezért nem meglepő, hogy az Igazságügyi Orvosok Társaságának Elmeorvosi Sectiója legelső konferenciája tárgyául éppen a kóros részegséget választotta. Ezt a témaválasztást kellőképpen indokolja

1. az alkoholhatás alatt elkövetett bűncselekményeknek feltűnően nagy száma;
2. az a bizonytalanság, amely a különböző részegségi állapotok szakértői véleményezésében gyakran feltalálható, valamint a
3. Legfelsőbb Bíróságnak a 3466. sz. jogesettel kapcsolatban hozott döntése a kóros részegség fennállásának kérdésében.

Alábbiakban idézem a vonatkozó paragrafusokat a *Magyar Népköztársaság Büntető Törvénykönyvéből* (1961. évi V. Törvény):

Az elmebetegség, a gyengeelméjűség és a tudatzavar.

21. §. (1). Nem büntethető, aki a cselekményt olyan elmebeteg állapotban, gyengeelméjűségben, vagy tudatzavarban követte el, amely őt képtelenné tette cselekménye társadalomra veszélyes következményeinek felismerésére, vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék.

(2) Ha az elkövetőt elmebetegsége, gyengeelméjűsége, vagy tudatzavara csupán korlátozta a cselekmény társadalomra veszélyes következményeinek felismerésében, vagy abban, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék, büntetését korlátlanul enyhíteni lehet.

Az ittas, vagy bódult állapotban elkövetett büntettért való felelősség 22. §.

A 21. §. rendelkezései nem alkalmazhatók annak javára, aki a cselekményt önhibájából eredő ittas, vagy bódult állapotban követte el.

Minthogy a kóros részeségnek, mint heveny elmezavarnak elbírálása a 21. §. alapján történik, a szakértő részére sarkalatos kérdés annak a megállapítása, hogy a bűncselekményt a vádlott egyszerű, vagy pathológiás részeség állapotában követte-e el. De mindjárt itt adódik az első nehézség: vajon lehet-e a részeségi állapotokat egyszerűen szokványos és pathológiás részeségekre felosztani? Az elmeorvos jól tudja, hogy a pathopszichológiai tényálladékokat csak nagyon ritkán lehet ilyen egyszerű és merev formákra redukálni. Nem lehetséges ez a részeségi állapotokra sem és magam már 1941-ben az V. Büntetőjogi Továbbképző Tanfolyamon tartott referátumomban (1) rámutattam arra, hogy az egyszerű részeségnek *átmeneti alakjai* is vannak a kóros részeség felé, amikor a cselekmény motívumai között az ösztön-impulsusok és az indulatok a bekövetkező reactio meghatározásában a logikai motívumokkal és a megfontolással szemben aránytalanul nagy, esetleg döntő szerepet játszanak; hangoztattam, hogy ezekben az esetekben a cselekményre való visszaemlékezés is többé-kevésbé zavart, és a beszámíthatóság csökkenésének mérve mindig külön mérlegelendő. Ilyen átmeneti formák felvételének a szükségessége az ETT—IB-nak munkája során is több ízben felmerült és *Szobor* főorvos elnevezésükre az *atypusos részeség* terminust javasolta. Tekintettel arra, hogy büntető-törvénykönyvünk az egyszerű v. szokványos és a pathológiás részeség mellett más részeségi formát nem ismer, magam célszerűnek tartottam az *abortív pathológiás részeség* elnevezést, mert úgy véltem, hogy ennek bevezetése a törvényszéki elmeszakértői gyakorlatba ezzel a névvel a fennálló jogszabályok megváltoztatása nélkül is lehetséges.

Az előrebocsátottak után indokolt, hogy szemügyre vegyük a részeség, vagyis a heveny alkoholmérgezés különböző klinikai megjelenési formáit, ezeket *elfogadható természettudományos elv szerint osztályozzuk* és tünettanukat részletesen megbeszéljük különös súlyt helyezve az egyes tünetek mögött feltehető strukturalis és dinamikus változásokra.

Meggendorfer-rel (14) teljes mértékben egyet kell értenünk abban, hogy amikor a részeséget általában nem nevezük elmezavarnak, ez csupán hallgatólagos megállapodásból történik tekintettel azokra a főként jogi következményekre, amelyek az elmezavar megállapításából származnak. Valójában a részeség az agyvelő heveny mérgezésének egyik fajtája és tüneteit tekintve egysorba állítandó a legsúlyosabb heveny elmezavarokkal (14). A heveny alkoholmérgezés legismertebb alakja az *egyszerű részeség*. Az irodalom ettől mindig elkülönítette az *abnormális részeségi állapotokat* és kezdettől fogva arra törekedett, hogy ezeket a különböző klinikai szindrómákkal jellemzett heveny képeket objektív kritériumok alapján osztályozza. A tisztán phaenomenológiai leírás erre nem elégséges, azonban kiindulhatunk valamelyik, az összes formákban kivétel nélkül feltalálható, közös psychopathológiai tünetből, a tudat zavarából. *Binder* (3) ezt a tünetet fogadta el a különböző heveny részeségi állapotok osztályozásának alapjául és eszerint megkülönböztetett *fátyolos* („benommen”), *delirosus* és *ködös* (dämmerig) részeségeket. A *fátyolos tudati állapot* mindig organikusan feltételezett, alapját a megtámadott psychés működések gyengülése képezi. Az előrehaladó fátyolozottságban az élményi összefüggés végig megmarad, nem alakul ki desorientatio és nem lépnek fel qualitative új élményelemek. — A *delirosus tudatzavar* szintén organikusan feltételezett. Ez lényegében azonos a *Jaspers* f. „szétesett tudat”-tal: nincs integratio, a functionalis egészek széthullanak, az élmények disszociálódnak. Erre az állapotra jellemzők az érzékesalódások és a fel-felvillanó, majd újból szét-hulló kóros vonatkoztatások, a környezet felfogása töredékes, mozaikszerű, az élményi jelleg villódzóan változó; elaborált, egész cselekmény kivitele nem lehetséges, de a rendezetlen élménytöredékek erős affectus-tartalmuk követ-

keztében suicid kísérletekhez, ritkábban agressiókhoz vezethetnek. — *A ködös állapot* mind exogen okból organikusan, mind psychogen úton előállhat, lényeges jegye a psychés funkciók hirtelen átkapcsolása következtében létrejövő tudatszűkület. Jellemzi az álomszerű élményi mód. Az összefüggések viszonylag jól megtartottak, de a valóságból csupán egyes részletek felfogása lehetséges és ezek is összefolynak az álomszerű képek fantasztikus világával.

Bár a heveny részegség az alkohol pharmacologiai hatása következtében áll elő, ennek klinikai megjelenési formája az elfogyasztott alkoholmennyiség mellett az ivó személyében feltalálható számos tényezőtől is függ. Ezek egyszerű veleszületett és szerzett alkati (7), tehát többé-kevésbé állandó jellegű *hajlamosító*, másrészt aktuális, tehát időleges somatikus és psychés *kondicionáló tényezők*. Az elmondottak figyelembevételével a Binder f. felosztás helyett célszerű két abnormis részegségi forma felvétele (9, 18): az elsöre jellemző, hogy benne a részegség egyes tünetei aránytalanul felfokozottan jelennek meg, ezek tehát az egyszerű részegségtől *csak quantitative* különböznek, — míg a másodiknak a klinikai képében *qualitative más* psychés zavarok lépnek fel. R. Wyss fentiek mellett még a vitalis izgalom lefolyását és intenzitását is figyelembe véve a heveny részegségi állapotokat a következőképpen osztályozza:

A) *Egyszerű v. szokványos részegség.*

B) *Abnormis részegségek.*

a) Ha az eltérés a szokványos részegségtől csak *quantitativ*, úgy *komplicált részegségről*,

b) ha az eltérés *qualitativ*, úgy *kóros részegségi állapotokról* beszél. Utóbbinak két alakját különíti el, ezek

1. *a ködös*, és

2. *a delirosus kóros részegség.*

Amint látjuk, a kóros részegségek különböző alakjaiban tehát a tudatzavar valamilyen formája mindig jelen van.

Egyszerű részegség.

Az egyszerű részegség az egészséges szervezetnek alkoholhatásra bekövetkező szokványos reakciója (15), amelynek fellépésében az elfogyasztott alkoholmennyiség, az ivó személy alkata és az aktuális kondicionáló tényezők egyaránt szerepet játszanak. Stádiumai

a) az excitációs vagy izgalmi szakasz, amelyet a vitalis izgalmi tünetek fokozódó emelkedése jellemez;

b) a depressiós vagy gátlásos szakasz, amelynek jellegzetességét a hangulati depressio és az agykérgi működések kezdődő gátlási tünetei adják meg;

c) az elmélyülő tudatzavar, mely általában terminalis alvással végződik, igen súlyos mérgezés esetében azonban

d) comatosus állapotba megy át hypothermiával és az agytörzs vitalis centrumainak bénulásával, amely egyes esetekben halálos kimenetelű.

Mint hogy az egyszerű részegség testi és lelki tünetei orvosok és jogászok előtt egyaránt jól ismertek, tárgyalásuk itt felesleges, azonban semmi sem mutatja tisztábban, hogy a *heveny alkoholmérgezés, a részegség alapjában véve a heveny intoxicációs elmezavar egyik súlyos alakja, mint az a tény, hogy excitációs és depressiv stádiumának a mániától és a paralysistól való elkülönítés nemegyszer okozott nehézséget, különösen a múltban, amikor a paralysis expansiv és depressiv alakja még gyakori kórkép volt. Az előrehaladott részegségnek elsősorban a paralysissal van sok közös tünete* (14): a kritikátlanság, a bamba euphoria, a felfokozott beszéd- és tevékenységi késztetés, a kezdődő bénulásos jelek, a dysarthria és a pupilla-zavarok összességükben ma is igen

komoly diagnosztikus problémát jelentenének, ha a kép gyors lefolyása és a lehellet alkoholszaga a valódi állapot felismeréséhez nem segítenének hozzá, bár utóbbi expansiv paralysisben és maniában szintén gyakran előfordul.

Hangsúlyozandó, hogy egyszerű részszégségben az élményösszefüggés, a tájékozódás és egy bizonyos képesség az *akarattalagos önkormányzásra és tartásra* többé-kevésbé végig megtartott (18). Bár az esetek nagy többségében a visszaemlékezés messzemenően sértetlennek tűnik, pontos vizsgálatok segítségével mégis kb. minden harmadik esetben summaris emlékezést, egyes személyeken emlékezőshézagokat (3), sőt kivételesen teljes amnesziát is sikerült megállapítani (4, 10). Általánosságban azt mondhatjuk, hogy *egyszerű részszégségben az emlékezés zavara a tudatzavar mélységével arányos*. Nem vitás, hogy a személyiségnek éber állapotban compenzált abnormis alkati készségei alkoholhatásra a kérgi gátlás alól felszabadulva bűncselekményre vagy öngyilkosságra irányuló cselekedeteket is mobilizálhatnak, mégis az ismertetett tünetek alapján megállapíthatjuk, hogy *az egyszerű részszégség nem vezet a személyiségnek olyan messzemenő zavarához, amely lehetővé tenné valamely, a személyiségtől teljesen idegen, súlyos bűncselekmény elkövetését* (3, 6). Egyes esetekben előfordulhat, hogy valaki olyan vállalkozáshoz, amely különben belső ellenállásba ütközik, bátorságot iszik, ebben az esetben azonban a cselekmény már nem én-idegen, hanem előre kitervelt. — A tárgyaltakból következik, hogy az egyszerű részszégség forensikus jelentősége viszonylag csekély.

A komplikált részszégség.

Nyirő (15) a heveny alkoholmérgezés alapján fellépő elmebántalmakat két csoportra osztja, a tipusos és a atypusos részszégségre és utóbbi megjelölésére synonymaként használja a pathológiás és a komplikált részszégség elnevezést. Mint már fentebb kifejtettem, ez a beosztás sem a klinikai tünettannak, sem a törvényszéki elmeorvosi követelményeknek nem felel meg. Ennek nem nagy a jelentősége azokban az országokban, amelyekben a jogi helyzet lehetőséget ad arra, hogy a szakértő a szokványos részszégségnek kórismézett állapotban elkövetett bizonyos bűncselekményekre vonatkozóan is a tettes beszámíthatóságának hiányát vagy csökkenését állapítsa meg. *Luxenburger* (NSZK) hangsúlyozza, hogy a praenarcotikus alkoholintoxicatio elmeszakértői véleményezése sokszor igen nehéz feladat, mivel az *egyes testi és lelki működések kikapcsolódásának sorrendje* nagymértékben az egyén alkatától és a hajlamosító tényezőktől függ. Úgy találja, hogy a fellépő tudatzavar és a kérgi gátlás alól való felszabadulás jelenségei psychiatriailag többnyire nem értékelhetők határozottan, az azonban biztosan véleményezhető, hogy az illető hanyagul alkoholos állapotba helyezte magát és a tettetést ebben az esetben csak az utóbbiért büntetik. De a klinikai tüneteknek megfelelő beosztás kidolgozása igen fontos hazánkban, ahol a kóros részszégségben elkövetett bűncselekményért a tettes nem büntethető [21. §. (1)], de ha a kóros részszégség a maga klasszikus formájában nem állapítható meg, úgy a tettetést a törvény teljes szigorával büntetik. Konkrét esetek tüneti elemzése kapcsán azonban biztosan megállapíthatjuk, hogy a heveny részszégségi állapotnak nem is csekély hányadában a psychopathologiai tünetek sem az egyszerű, sem a pathológiás részszégségnek nem felelnek meg. Az egyszerű részszégséggel ellentétben ezt a *Wyss* által *komplikált részszégségnek* nevezett állapotot jellemzi, hogy *a vitalis izgalom és a tudatzavar igen gyorsan és nagyobb intenzitásban áll be, vagyis a különböző testi és lelki működések kikapcsolódásának sorrendje a szokványos részszégségtől eltérő: az éber állapotban működő logikai kontroll által összetartott különböző személyiségtényezőknek tehát dysproportionált elgátlástalanodása következik be, az alaphangulat ingerült, a harag-affectus irradiatiója megkönnyített és az élmény-complexumok egyes lehasadt fragmentumai*

önmagukban cselekményekbe csapnak át. Komplikált részegségben a sexualis ösztön mellett gyakran a már korábban is fennálló féltékenység vezet a leg súlyosabb erőszakos cselekedetekhez. Bár az élményi összefüggés és a tájékozódás nagy vonásokban megtartott, és az egyén magatartása nem olyan „vak és valóság-vonatkozástól mentes...”, cselekvése nem viseli magán az irreális, fantasztikus, álomszerű, vagy szétesett jegyet, mint a kóros részegségben” (3), mégis az ismertettek alapján nem vitatható, hogy a különböző személyiség-tulajdonságok dysproportionált izgalmai és gátlásos tünetei következtében — az egyszerű részegséggel ellentétben — a belső és külső tartás messzemenően sérül és ezáltal olyan cselekedetek fordulhatnak elő, amelyek a személyiségtől többé-kevésbé idegenek. Nem kétséges, hogy ennek a reakciós formának az alapját individuális dyspositio képezi. Több szerző (3, 16) szerint a komplikált részegség szerkezetét tekintve a narcosishoz közeledik. — Wyss a komplikált részegségi eseteknek mintegy $\frac{1}{3}$ -ban múltó paranoid tévelyötletek felbukkanását is említi, ezek azonban sohasem vezetnek a situatio teljes félreismeréséhez. Lényegesen ritkábban affectillusiók és hallucinatiók is előfordulnak. Emlékezhészagok vagy teljes amnesia az eseteknek mintegy 10%-ban mutatható ki, az emlékezőszavarnak egy másik, enyhébb formája, a summaris emlékezés azonban kb. 70%-ban előfordul (3). *Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy komplikált részegségben nem lépnek fel olyan qualitative új psychopathologiai tünetek, mint a pathologiás részegségben, figyelembe véve azonban az elmondottakat a beszámítható képességet a komplikált részegségben elkövetett bűncselekményekre is feltétlenül csökkentenek kell tartanunk. A fent már kifejtett indok alapján ennek az állapotnak a megjelölésére az abortív kóros részegség elnevezés alkalmazását célszerűnek tartom.*

A kóros részegség

A kóros, vagy pathologiás részegség a heveny alkoholmérgezésnek qualitative új psychopathologiai tünetekkel jellemzett, jól körülírt klinikai formája. Alakjai az epileptoid, a ködös (tenebrosus) és a delirans részegség. Nyirő (15) negyedik alakként ide sorolja még a dyspsomaniát is, megjegyzi azonban, hogy ezek mellett bőven vannak abortív formák is. Ezek a képek lényegileg a Bonhoeffer f. acut exogen reakciós típusokhoz tartoznak és a legkülönbözőbb heveny mérgezésekre egyaránt felléphetnek. Ellentétben az egyszerű részegséggel, amely kisebb-nagyobb mennyiségű szeszestital fogyasztása után kivétel nélkül mindenkinél bekövetkezik, a kóros részegség keletkezésében a személyi hajlamoság igen nagy szerepet játszik. A disponáló momentumok lehetnek veleszületettek és szerettek, vagyis tartósak és accidentalisak, azaz átmenetiek. A tartós hajlamosító tényezők közé tartozik a neuropathiás alkat minden fajtája, így: az epilepsia, hysteria, psychopathia, oligophrenia, továbbá az agysérülés utáni állapot és minden encephalopathiás agyi károsodás, köztük az idült alkoholizmus is. Átmeneti hajlamosító tényezőként szerepelhet minden olyan behatás, amely a testi vagy lelki ellenállóképességet időlegesen gyengíti, mint pl. túlerőltetés, éjszakai őrködés, nagy hőség vagy nagy hideg, indulati izgalmak, sexualis izgalom stb.

Már Bleuler hangsúlyozta, hogy a kóros részegségre való dispositio nem azonos az alkohol-intoleranciával, és pedig áll ez úgy a *quantitativ*, mint a *qualitativ intolerantiára*. *Quantitativ intolerantiáról* beszélünk akkor, ha valakinél nagyon csekély alkoholmennyiség, pl. 1 pohár bor elfogyasztása egyszerű részegséget idéz elő. *Qualitativ intolerantia* esetében az elfogyasztott kisebb vagy nagyobb alkoholmennyiség hatására nem a szokványos ittasság egymást váltó stádiumai, hanem minőségileg más, új, a szokványos részegségre nem jellemző psychopathologiai tünetek lépnek fel. Hoff az alkohol-intolerantiát a véragy-

gát károsodására vezeti vissza. Érdemes megemlíteni, hogy úgy, alkoholintolerantiát, mint kóros részszégre való hajlamot egyes gyógyszerek is előidézhetnek, így pl. INH, pyrazolon, barbiturat, húgysav- és salicylsav-származékok, valamint az igen gyakran használt sulfonamidok (12). *A qualitativ intolerantia a kóros részszégtől tehát elválaszthatatlan, sőt azzal gyakorlatilag azonos, azonban az intolerantiának egyik formája sem állandó tulajdonság, az illető egyént nem jellemzi tartósan és kísérletileg sem mutatható ki.* Különösen áll ez a qualitativ intolerantiára, amely a veleszületett és szerzett disponáló tényezők mellett úgyszólván kivétel nélkül bizonyos előre kiszámíthatatlan, accidentalis conditionáló factorok közreműködését is igényli. Nyomatékosan kell tehát hangsúlyoznunk, hogy egyrészt a *quantitativ intolerantia nem jár szükség-szerűen kóros ittassággal, másrészt pedig olyan egyének, akik alkalomszerűen kóros részszégre hajlanak, az alkoholt számos más alkalommal igen jól tolerálhatják.* Ennek a sajátosságának a forensikus jelentőségére később még visszatérünk. Fentiek alapján érthető, hogy az alkohol-intolerantiát a kóros részszég ismérveitől legújában *Wyss* is határozottan elkülöníti. Bár kétségtelen, hogy „megfelelő hajlam esetében néha már egészen csekély, az egészségeseket alig részegítő alkoholmennyiség elegendő a kóros részszég kiváltására” (4, 14, 15), mégis feltétlenül tudnunk kell, hogy a csekély mennyiségű alkoholfogyasztás a kóros részszégek nem alapfeltétele, hanem ez az egyszerű vagy a komplikált részszégi állapotokra is ráakódhatik. *Aschaffenburg* szerint a kóros részszég epileptoid formája *valójában az epilepsiához* sorolandó és — tekintettel a kóros részszégi állapot rohamszerű lefolyására — újában *Wyss* is hajlik erre az álláspontra. Bizonyos mértékig alátámasztani látszanak ezt a nézetet *Hoff* (11), nemkülönben *Greenberg és mtsai* (8) EEG vizsgálatai is. *Hoff* olyan egyéneken, akiknél kóros részszég fordult elő, alkoholterhelésre az EEG felvételen 75%-ban talált dysrhythmiát, sőt egyes esetekben paroxysmalis dysrhythmiát. *Greenberg és mtsai* pedig a pathológiás részszég tenebrosus formájában eseteik 60%-ban számoltak be abnormis EEG görbékről, azonban paroxysmalis dysrhythmia nélkül. Ezekre a vizsgálatokra mindenképpen érdemes felfigyelnünk, a közölt eredmények azonban még további megerősítésre várnak.

A kóros mámor epileptoid alakja, írja *Nyirő*, a leggyakoribb az atypusos részszégek között. Jellemző rá az egészen hirtelen kirobbanás, a beszűkült tudati állapot és a megokolatlan düh-affectus: a beteg minden ok nélkül neki-megy annak, akit maga előtt talál, vadul támad, esetleg gyilkol is. — *Schipkovensky* (17) hangsúlyozza, hogy az ilyen személy — szemben a közönséges ittással — úgy hat, mint egy teljesen megváltozott ember, mert személyiségének a magva egy processus-szerű zárlat alatt áll. A kóros mámor epileptoid alakjában elkövetett deliktumok közül első helyen áll a gyilkosság és a testi sértések, majd ezeket sorrendben követik a különböző sexualis bűncselekmények, mint a perversiók, homosexuális kísérletek, gyermekrontás, kéjgyilkosság stb. Az epileptoid kóros részszég általában rövid ideig, csupán néhány percig tart, kivételesen azonban 1—2 órára is elhúzódhat és rendszerint mélynarcotikus alvással végződik, amelyet emlékezőzavar követ. — *A ködös formára* jellemző a belső, realitás-idegen tendenciák dominantiaja. A valóság töredékes felfogása dacára a situációban való tájékozódás álomszerűen meghamisított. A cselekvéseknek egyszerű, automatyszerű lefolyása lehetséges marad. A vitális izgalom fokozódásával parallel a korábban valamelyest még irányított complex-tendenciák mellett *teljesen irányítatlan, tiszta ösztönizgalmak törnek át,* amelyek mint vak támadó, védekező vagy menekülő magatartás jelennek meg és a *legsúlyosabb erőszakos cselekedetekhez, öncsonkításokhoz és suicidiumhoz vezethetnek.* Éppen ezek a cselekedetek *typusosak a kóros részszégeknek úgy az*

epileptoid, mint a ködös alakjára és teszik lehetővé ezeknek az elhatárolását a komplikált részszégtől. — A ködös részszég *alaphangulata a szorongás*, ez formálja a gyakran előforduló téveseszméket az üldöztetettségi irányába, és ez hoz létre tömeges affectillúziókat (10). Nem ritkán valódi hallucinációk is kimutathatók, mindenekelőtt rémületet keltő, fantasztikus visiók. A ködös részszég percektől órákig tarthat és rendszerint mély, narcotikus terminalis alváshoz megy át. A roham alatt gyakran észlelhető pupilla-merevség. A visszaemlékezés az esetek többségében szigetszerű és az eseteknek cca. $\frac{1}{3}$ -ban teljes *amnesia* áll fenn. Egyes esetekben előfordul, hogy az *amnesia* csak utólag áll be, miután a beteg egy, a Rausch-ban elkövetett bűncselekményt bevallott. Ennek a sajátos, de több esetben megbízhatóan észlelt jelenségnek a magyarázatát a ködös részszégnél az álom-mechanismussal való rokonságában találhatjuk meg, ahol szintén gyakori, hogy közvetlenül ébredés után az álom egyes részeire még visszaemléksünk, pár perccel később azonban ezt teljesen elfelejtjük. Zavartalan visszaemlékezés a ködös részszégben sohasem fordul elő.

A *delirosus forma psychopathológiája* lényegében azonos a delirium tremensével. Az izgalom és az öntudatzavar hirtelen áll be, a széteső tudatban a különböző tudati síkok pillanatszerűen váltják egymást, a belső és külső összefüggések feloldódnak, teljes desorientatio áll be. Az izgalom kényszere alatt már csak cselekvési és gondolkozási fragmentumok villannak fel és a gondolkodás összefüggő irányvonalai már nem ismerhetők fel. Erős mozgási nyugtalanság áll fenn, az alaphangulat szorongó. Jellemző a hallucinációk tömeges jelentkezése; rémítő alakok, kísértetek, fényjelenségek, szagok, de a delirium tremens kis mozgó tárgyai és állatai csak kivételesen szerepelnek. Gyakoriak a téveseszmészerű vonatkoztatási tendenciák és a tévelyötletek, azonban a folyamatosan tartó szétesés miatt ezek nem tudnak kiépülni. A *delirosus Rausch* is narcotikus terminalis alvással végződik és az emlékezés csaknem mindig szigetszerű. Szemben az epileptoid és ködös alakokkal ennek a formának a forensikus jelentősége csekély, mert csak kivételesen fordulnak elő benne egészcselekmények. Erőszakos cselekedetek ebben az állapotban inkább véletlenek, suicid kísérletek azonban a szorongás következtében előfordulhatnak.

A fentebb említett kóros részszégektől a *dypsomania* lényegileg különbözik. A kép hosszmeteszete: dysphoriás prodroma, tudatszűkület, ellenállhatatlan ivási kényszer, napokig tartó extrém fokú ivás, terminalis alvás. A *dypsomania* periódicitása és a prodromalis dysphoria miatt egyes szerzők a maniás-depressziós elmebajhoz sorolják, mások a borult tudatállapot miatt *epi-aequivalensnek* tekintik. Az egyébként normalis erkölcsi érzékű egyén *dypsomania* rohama alatt az ital megszerzése végett bűncselekményt is elkövethet és ilyenkor az intellektuális tevékenység, a megtervezés nyomai gyakran még felismerhetők, — a roham tetőpontján azonban érzékcsalódások, téveseszmék, motoros izgalom, intenzív affectusok és impulsív cselekedetek jelentkezhetnek és ezek a tünetek az egyidejű tudatborulással már a kóros részszég tenebrosus formáját valószínűsítik meg.

T. Értekezlet!

Fentiekben vázoltam a heveny alkoholmérgezés, a részszég különböző, tehát *egyszerű, komplikált és kóros megjelenési formáit*. Az elmondottak alapján nem vitás, hogy a kórforma pontos meghatározása számos esetben komoly problémát jelent a szakértő számára, mivel az egyes formák korántsem tekinthetők egymástól élesen elhatárolottnak és közöttük számos érintkező pont, átmenet létezik. Különösen nagy a szakértő felelőssége a kóros részszég diagnosztikájának felállításakor, minthogy ez involválja a beszámíthatatlanságot, tehát a bűntelenséget abban az esetben, ha a tettes korábban pathológiás részszégben

még nem követett el bűncselekményt. A kérdés nagy fontosságára való tekintettel a *Legfelsőbb Bíróság a 3466. sz. jogesettel* kapcsolatban döntést hozott és kimondta, hogy: „Kóros részzeiséget teljes bizonyossággal csak akkor lehet megállapítani, ha:

a) kimutatható, hogy a veleszületett vagy szerzett károsodás az alkohol-tűrőképesség minőségi hiányára (qualitativ intolerantia) vezetett;

b) feltűnő kis mennyiségű alkoholfogyasztás előzte meg a részzeiséget;

c) tudatzavar (tudatborulás, vagy tudatszűkülés) jelentkezik, ami a részzeig személlyel az érintkezés felvételét megakadályozza, vagy erősen megnehezíti;

d) érzékcsalódások (hallucinatiók) jelentkeznak;

e) heves, rendszerint megokolatlan és túlméretezett indulatkitörések (affectusok) fordulnak elő;

f) teljes, vagy csaknem teljes — a részzeiséget megelőző időre is vonatkozó, — emlékezőszavar (amnesia) mutatható ki. Ritkán fordul elő ugyan, hogy valamennyi felsorolt elem tipikusan jelen legyen, ha azonban több elem hiányzik, akkor már komoly aggályokat kelt a kóros részzeiség diagnosaísa”.

Mivel ennek a döntésnek egyik feladata nyilvánvalóan az, hogy a szakértői ténykedés számára is útmutatóul szolgáljon, nem hallgathatom el, hogy ez elmeorvosi szempontból aggályos. Aggályos azért, mert a *kóros részzeiség egyes*, az állapot elbírálása szempontjából *alapvető elemeit nélkülözi*, de aggályos azért is, mert a felsorolt *pathologiás elemeket jelentőségük szerint nem értékei* és ezáltal közójük mintegy egyenlőségjelet tesz. Vegyük sorba ezeket a kifogásokat:

a) Kétségtelen, hogy veleszületett vagy szerzett károsodások az alkohol-tűrőképességet befolyásolják. Alkohol-intolerantiáról általában azonban akkor beszélünk, ha valaki már nagyon csekély alkoholemennyiség elfogyasztására (pl. I pohár bor) egyszerű részzeiséggel reagál. Az alkohol-intolerantia nem jár szükségszerűen kóros ittassággal, másrészt pedig olyan egyének, akik alkalmoszerűen kóros ittasságra hajlanak, az alkoholt gyakran igen jól tolerálják. Tehát úgy a quantitativ, mint a qualitativ intolerantia csupán egy-egy ad hoc kóros részzeiségi állapotra vonatkozik és nem egy személy állandó tulajdonsága.

b) Egyetértünk *Nyirővel* abban, hogy a kóros részzeiség egyik fontos ismérve, hogy aránylag kevés alkohol élvezése után robban ki, bár „ez nem elmaradhatatlan kritériuma” a kóros részzeiségnek és felléphet nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás után, sőt idült alkoholizmusban szenvedőkön is. Ez az álláspont megegyezik a világirodalomban általánosan elfogadott állásponttal, azonban ez semmiképpen sem azonos annak kijelentésével, hogy „feltűnő kis mennyiségű alkoholfogyasztás előzte meg a részzeiséget”. Így nyilatkozik *Meggendorfer* is, aki szerint néha, megfelelő dispositio esetén egészen csekély mennyiségű alkohol elegendő a kóros részzeiség kiváltásához, de ezzel ellentétben a kóros részzeiségre hajló egyének gyakran egészen ellenállóképesek és alkoholtoleransok is lehetnek.

c, d, e) Tudatzavar a kóros részzeiség mindenféle alakjában kétségtelenül fennáll, természetesen ennek úgy a formája (borulás, szűkület), mint az intenzitása különböző. — Mély tudatborulás esetében a hallucinatiók fellépeése gyakori, kimutatásuk azonban legtöbbször nagy nehézségbe ütközik, vagy egyáltalában nem lehetséges. A heves, rendszerint megokolatlan és túlméretezett indulatkitörések, affectusok előfordulása ugyancsak jellemző, a hangsúly azonban itt az egyszerű részzeiségben is előforduló hasonló jelenségekkel szemben elsősorban a *megokolatlanságra* helyezendő.

f) Emlékezőszavar egyrészt az egyszerű részzeiségben is elég gyakori, másrészt a kóros részzeiségben sem szükségszerűen olyan fokú és kiterjedésű, mint

ahogyan azt a döntés leszögezi. Az emlékezőszavar különböző formáinak az egyes részegségi alakokban való %-os előfordulására vonatkozó adatokat már említettem.

A lényeg tehát az, hogy a közönséges részegség is kóros állapot, mely a tudat, az indulat és az emlékezés különböző fokú zavarait okozhatja és ezen tünetek együtteséből a kóros részegséget még nem lehet megállapítani. Igen világosan mutat rá Nyirő arra, hogy e tekintetben lényegesek az előzmények: vajon az *elkövetett cselekmény milyen összefüggésben áll a tettes egyéniségével, életének előző eseményeivel*. Kétségtelenül a kóros részegség leglényegesebb *pathológiás jegye az előzménnyel össze nem függő, teljesen motiválatlan, a személyiséggel ellentétes, én-idegen cselekmény*. — De további, a döntésben nem említett lényeges jegyei a kóros részegségnek a *cselekmény brutalis kivitele, a terminalis alvás* és a kóros részegségben elkövetett *bűncselekménnyel szemben fennálló érzelmi vacuum*. — Végül felemlítendő még az *ataziás mozgászavar hiánya*, aminek az oka nyilvánvalóan abban található meg, hogy pathológiás részegség esetében az egyes *testi és lelki működések kikapcsolódásának sorrendje* úgy változik meg, hogy a tudatborulás, az affectiv izgalom és esetleg a hallucinációk fellépte megelőzi a koordinációs zavarok fellépését. Az nem vitás, hogy az összes felsorolt elem típusos előfordulása ritka, azonban az alkoholfogyasztás kapcsán hirtelen beáll *tudatborulás, a tájékozatlanság, a vad affectiv izgalom, a megokolatlan és a személyiségtől teljesen idegen, explosio-szerű, brutalis kivitelezésű cselekvéssor, a terminalis alvás, végül a cselekvésre nézve fennálló emlékezőszavar és érzelmi vacuum* azok a leglényegesebb kóros elemek, amelyek a kóros részegség diagnosisát biztosítják.

Befejezésül röviden még egyszer visszatérek a komplikált részegség kérdésére. Amint láttuk, az egyszerű részegség nem vezet a személyiségnek olyan messzemenő zavarához, amelynek következtében valaki olyan súlyos bűncselekményt legyen képes elkövetni, amely tőle egyébként idegen: ha bűncselekményt követ el, ennek a gyökerei az egyén abnormis alkati adottságai-ban és készségeiben adva vannak. — Ezzel szemben a *komplikált részegségben az izgalom túlzott mértéke, a tudatzavar, az ingerült alaphangulat, az affectus irradiatioja, a sexualis ösztönök gátlástalanodása és végül egyes élmény-fragmentumoknak cselekvésbe való átcsapása az egyén belső és külső tartását súlyosan károsítva a személyiségtől többé-kevésbé idegen cselekedethez vezethet*. Kompletálják a képet az emlékezés zavarai. Bár az élményi összefüggés és a tájékozódás nagy vonásaiban megtartott, mégis a *beszámíthatóképességet ebben az állapotban feltétlenül kisebb vagy nagyobb mértékben csökkentnek tartjuk*. Úgy vélem, hogy amennyiben az értekezlet a kóros részegség pathológiás elemeinek kérdésében, — megisméltendő kóros részegségben a büntethetőség kérdésében és végül a komplikált részegség problémájában egységes álláspontot tud kidolgozni, ez úgy az elmeszakértői tevékenység, mint az igazságszolgáltatás szervei részére hasznos segítséget nyújthatna.

A kóros részegséggel kapcsolatosan még egy kérdést kell felvelek. Nem vitás, hogy a *kóros részegség egy peracutan fellépő, igen súlyos elmezavar, amely a beszámíthatósághoz szükséges felismerést, mérlegelést, megfontolást kizárva, a tettet teljesen képtelenné teszi cselekménye társadalomra veszélyes következményeinek felismerésére*. Erre az állápontra helyezkedik a bírói joggyakorlatunk is akkor, amikor a pathológiás részegségi állapotra a 21. §-t alkalmazva a tettet nem tekinti büntethetőnek. Nyirő véleménye szerint azonban aki egyszer pathológiás részegségen átesett és abban bűncselekményt követett el, annak tudnia kell, hogy másodízben, ha cselekményét beszámíthatatlannak tartják is, cselekményéért bűnhődnie kell azért, mert kóros állapotát tudatosan idézte elő. Ezt az elvet alkalmazza bírói gyakorlatunk is. Véleményem szerint elme-

orvosi szempontból ez az álláspont elfogadhatatlan, a joggyakorlat pedig jog-sértő. *Ha egy állapot első ízben megvalósítja a beszámíthatatlanság kritériumait, ugyanez az állapot másodízben is azonosan véleményezendő.* Először is a tettes nem a kóros állapotát idézte elő tudatosan: a tettes csupán ivott, esetleg csak egészen csekély mennyiségű szeszestalt, amely nála normális körülmények között az esetek többségében semmiféle hatással nem járt, vagy ha nagyobb mennyiséget ivott, úgy egyszerű részegséget okoz. A kóros állapotot tehát a tettes nem tudatosan idézte elő, hanem ennek megvalósulásához a fennálló és önmagukban nem hatékony veleszületett alkati tényezők mellett az accidentális tényezőknek sajátos összetalálkozása volt szükséges. Ezt a konstellációt a tettes természetesen előzetesen nem láthatta, és a kóros állapot előidézése semmiképpen nem volt a tudatos szándéka. Emellett ismeretes, hogy a pathológiás részegségekre való hajlam egyik gyakori tényezője a cerebropathia valamelyik formája, pl. oligophrenia, epilepsia, agykárosodás stb. — Milyen jögon várhatjuk el egy ilyen, az intellektuális, akarati, vagy ösztönéletben sértetlennek nem tekinthető egyéntől azt, hogy egy figyelmeztetés után soha többé szeszestaltalhoz ne nyúljon ugyanakkor, amidőn ezt szokványos alkoholisták tömegeinél a legkülönbözőbb gyógykezelési eljárásokkal, nevelő és büntető eszközök alkalmazásával sem sikerült elérnünk? — Véleményem szerint ezekben az esetekben csak a részegségért való büntetés helyénvaló, de ennek letöltése után az illető egyénnel szemben — nagyfokú társadalmi veszélyességére való tekintettel — a társadalom védelmét biztosító megfelelő rendszabályok alkalmazandók, amelyeket a bíróság ítéletében mellékbüntetésként szabna ki. Lehetne ez pl. büntettes alkoholisták részére felállított, zárt jellegű munkatherapiás intézménybe való tartós beutalás, ahonnan az elbocsátás csak megfelelő szakvélemény alapján bírói döntéssel történhet.

Összefoglalás

A részegségi állapotok felosztása egyszerű és pathológiás részegségekre sem klinikai, sem forensikus szempontból nem elégséges. Az egyszerű részegségnek a kóros részegség felé átmenetet képező alakjait *Wyss* komplikált részegségnek nevezi, szerző az abortív kóros részegség elnevezést javasolja. — *Az egyszerű részegség* nem vezet a személyiségnek olyan messzemenő zavarához, amely lehetővé tenné a személyiségtől teljesen idegen, súlyos bűncselekmény elkövetését, az ittas állapotban levő személy tehát elkövetett bűncselekményéért felelős. — A komplikált részegségben vagy *abortív kóros részegségben* a különböző testi és lelki működések kikapcsolódásának sorrendje a szokványos részegségtől eltérő, a személyiségtényezők dysproportionált elgátlástalanodása az egyén belső és külső tartását súlyosan károsítja és mindez a személyiségtől többé-kevésbé idegen indulati vagy ösztöneselekményekhez vezethet. Szerző a beszámíthatóságot ebben az állapotban kisebb vagy nagyobb mértékben csökkentenek tartja. — *A kóros részegség* egy peracutan fellépő, igen súlyos elmezavar, amely a beszámíthatósághoz szükséges felismerést, mérlegelést és megfontolást megakadályozva a tettest teljesen képtelenné teszi cselekménye társadalomra veszélyes következményeinek felismerésére és beszámíthatóságát kizárja. Szerző ismerteti a kóros részegség klinikai formáit és értékeli azok tüneteit; véleménye szerint a kóros részegség leglényegesebb pathológiás jegye a tudatzavar és az előzménnyel össze nem függő, teljesen motiválatlan, a személyiséggel ellentétes, én-idegen cselekmény. A kóros részegségi állapot szerző szerint megvalósítja a Büntető Törvénykönyv 21. §. (1)-ben előírt kritériumokat és az elmeszakértői vélemény szempontjából közömbös, hogy ez az állapot korábban már előfordult-e, vagy sem. Olyan egyénnel szemben, akik kóros részegségben ismételten bűncselekményt követnek el, szerző a részeg-

ségért való büntetést tartja helyénvalónak, de ennek letöltése után a társadalom védelmét biztosító rendszabályok (pl. zárt jellegű munkatherapiás intézet) szükséges, amelyeket a bíróság ítéletében mellékbüntetésként szabna ki.

IRODALOM. 1. *Angyal L.*: A beszámíthatóság kérdése a kábítószerrel élvezetével kapcsolatban. Az V. Büntetőjogi Továbbképző Tanfolyamon tartott előadás. Magyar Rendőr VIII. (1941). 12., 13., 14., és 15. sz. — 2. *Aschaffenburg, G.*: Hb. der Psychiatrie. Spez. Teil. Abt. 3. Leipzig: Deuticke (1912). — 3. *Binder, H.*: Über alkoholische Rauschzustände. Schweiz. Arch. Neur. Psychiat. 35. 209 (1935); tov. u.o. 36. 17 (1935). — 4. *Bleuler, E.*: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin. Springer (1949). — 5. *Bonhoeffer, K.*: Die exogenen Reaktionstypen. Arch. f. Psychiatrie u. Neurol. 58. 58 (1917). — 6. *Cramer, A.*: Über die forensische Bedeutung des normalen und pathologischen Rausches. Mtschr. Psychiat. 13. 36 (1903). — 7. *Fleming, R.*: A psychiatric concept of acute alcoholic intoxication. Amer. J. Psychiat. 82. 89 (1935). — 8. *Greenblatt, M., Levin, S. és di Cori, F.*: The EEG associated with chronic alcoholism. Arch. Neurol. Psychiat. 52. 290 (1944). — 9. *Heilbronner, H.*: Über pathologische Rauschzustände. Münch. Med. Wschr. 48. 962 és u.o. 1013. (1901). — 10. *Kutner, R.*: Zur Diagnostik des pathologischen Rausches. Dtsch. Med. Wschr. 30. 1507 (1904). — 11. *Hoff, H.*: Der akute und chronische Alkoholismus. Med. Klin. 49. 1425 és u.o. 1461 (1954). — 12. *Lickint, F.*: Auslösung abnormer Alkoholreaktionen durch Medikamente. Vortrag. Sommerkurs zum wissenschaftl. Studium des Alkoholismus. Genf. 1958. — 13. *Luxenburger, K.*: Gerichtspsychiatrische Beurteilung akuter Alkoholintoxikationen. Zbl. Neurol. 155. 251 (1960). Jahresversamml. Bayerischer Nervenärzte am 29/30. 5. 1959. — 14. *Meggen-dorfer, F.*: Intoxikationspsychosen. Hb. d. Psychiatrie. v. O. Bumke. Bd. 7. Berlin: Springer (1928). — 15. *Nyírő Gy.*: Psychiátria. Medicina: Budapest. (1962). — 16. *Pohlisch, K.*: Soziale und persönliche Bedingungen des chronischen alkoholismus. Leipzig: Georg Thieme. (1963). — 17. *Schipkowensky, N.*: Zur Klinik des pathologischen Rausches. Zbl. Neurol. 159. 21 (1961). Psychiatrisch-neurologische Gesellschaft in der Deutschen Demokratischen Republik, 1959. Dresden. — 18. *Wyss, R.*: Psychiatrie der Gegenwart. Berlin: Springer. B. II. 265. (1960).

Л. Ан д ь я л: *Психиатрические отношения патологического опьянения.*

Разделение состояний опьянения на простое и на патологическое опьянения недостаточно ни с клинической, ни с судебно-медицинской точек зрения. Представляющие переход от простого к патологическому опьянению формы Висс называют сложным опьянением; автор рекомендует название: абортивное патологическое опьянение. Простое опьянение не приводит к столь далеко идущему нарушению личности, которое сделало бы возможным совершение совершенно чуждого этой личности тяжелого преступления. Таким образом лицо, находящееся в состоянии опьянения ответственное за совершенное им преступление. При сложном опьянении или абортивном патологическом опьянении очередность выключения различных физических и психических функций отличается от таковой при обыкновенном опьянении. Непропорциональное развитие беззастенчивости факторов личности тяжело поражает внутреннее и наружное поведение лица и все это может привести к более или менее чуждым его личности аффективным или инстинктивным поступкам. Автор считает в этом состоянии вменяемость в большей или меньшей мере пониженной. Патологическое опьянение является наступающим сверхостро тяжелым психическим расстройством, которое, препятствуя требующемуся для вменяемости рассуждению и оценке, делает виновника совершенно неспособным к распознаванию последствий его опасного для общества поступка и исключает вменяемость. Автор излагает клинические формы патологического опьянения и расценивает его симптомы. По его мнению наиболее существенным патологическим признаком патологического опьянения является помрачение сознания, несвязанный с предыдущими событиями, совершенно немотивированный чуждый личности поступок. Состояние патологического опьянения по мнению автора соответствует критериям, приведенным в статье 21-ой (1) Уголовного кодекса и с точки зрения психиатрической экспертизы безразлично имело ли место такое состояние уже раньше или нет. В отношении таких лиц, которые в состоянии патологического опьянения неоднократно совершают преступления, автор считает правильным вынесение наказания за пьянство, но после его отбывания требуются мероприятия, обеспечивающие защиту общества (например, помещение в институт трудовой терапии закрытого характера), что может быть установлено судом в качестве дополнительного наказания.

L. Angyal: *Die psychiatrischen Beziehungen des krankhaften Rausches.*

Die Einteilung der Trunkenheitszustände in einfachen und pathologischen Rausch befriedigt weder vom klinischen noch vom forensischen Gesichtspunkt aus. Die Über-

gangsformen von der einfachen zur krankhaften Trunkenheit nennt WYSS komplizierten Rausch; Verf. schlägt die Bezeichnung „abortiver krankhafter Rausch“ vor. — Die *einfache Trunkenheit* führt nicht zu einer so weitgehenden Persönlichkeitsstörung, dass der Persönlichkeit vollkommen fremde schwere Strafhandlungen begangen würden; für die in der Trunkenheit ausgeübte Straftat besteht somit die Verantwortlichkeit. — In der komplizierten oder *abortiven krankhaften Trunkenheit* lockern sich die körperlichen und psychischen Funktionen in anderer Reihenfolge als im gewöhnlichen Rausch; eine disproportionierte Enthemmung der Persönlichkeitskomponenten schädigt die innere und aussere Haltung des Individuums. Dies kann zu mehr oder weniger persönlichkeitsfremden Affekt- und Instinkthandlungen führen. Nach Verf. ist die Zurechnungsfähigkeit in diesem Zustand in geringerem oder stärkerem Maße herabgesetzt. — Die *krankhafte Trunkenheit* ist eine perakut auftretende, sehr schwere Geistesstörung, welche die zur Zurechnungsfähigkeit notwendigen Einsicht und Abwägen verhindert und den Täter unfähig macht, die für die Gesellschaft gefährlichen Folgen seiner Tat einzusehen, und somit die Zurechnungsfähigkeit ausschliesst. — Es werden die klinischen Formen des krankhaften Rausches besprochen und seine Symptome bewertet. Das wichtigste Kennzeichen ist die Bewusstseinsstörung mit persönlichkeitsfremden Handlungen, die mangels von Zusammenhang mit dem Vorangegangenen vollkommen unmotiviert sind. Der krankhafte Rausch erfüllt nach Verf. die im ungarischen Strafgesetzbuch (§ 21./1) niedergelegten Kriterien. Es ist vom Standpunkt des Gutachters gleichgültig, ob ähnliche Zustände auch früher aufgetreten sind oder nicht. — Für Individuen, die wiederholt Strafhandlungen in krankhaftem Rausch ausführen, hält Verf. Bestrafung wegen der Trunkenheit für angebracht; nach Abbüssen der Strafe sind Vorkehrungen zwecks Schutz der Gesellschaft nötig (z. B. Arbeitstherapie in einer geschlossenen Anstalt), die das Gerichtsurteil als Nebenstrafe ausspricht.

Dr. Halász Sándor: Néhány gondolat a kóros részegség büntetőjogi megítélésével kapcsolatban. (Referátum)

A pathológiás részegség büntetőjogi megítélését illetően a Legfelsőbb Bíróság XXVIII. számú büntető elvi döntéséből kell kiindulni. A továbbiakban levont következtetések miatt előljáróban indokoltnak tartom, hogy utaljak arra: a pathológiás részegség előfordulási száma — tudomásom és tapasztalatom szerint — judikaturánkban csekély. Ezért kétségtelen, hogy a témába vágó kis számú ügyből, amelyek a Btk. hatálybeléptét, illetve a Legfelsőbb Bíróság XXVIII. sz. büntető elvi döntésének meghozatalát követően a bíróságokat foglalkoztatták sem lehetne *megnyugató módon* általánosítható következtetéseket levonni; még kevésbé azokból az ügyekből, amelyekkel a továbbiakban foglalkozom. Úgy vélem azonban, hogy bizonyos *gondolatok* felvetésére mérhető a helyzet, és erre kiváló alkalmat nyújt az a megtisztelő feladat, hogy *dr. Angyal Lajos* professzor előadása mellett, a kérdés büntetőjogi vonatkozásaihoz hozzászólhatok. A példaképpen felhozott jogesetek ezért csak az elmondandók illusztrálására szolgálnak.

Úgy látom, hogy az előfordulási esetek alapján, a pathológiás részegség bírói gyakorlatából két probléma felvetése indokolt: a pathológiás részegség szűkebb értelemben vett anyagi büntetőjogi megítélése, és a szakértői megállapítás meggyőző volta, illetve a bírósági gyakorlatban ezzel kapcsolatban jelentkező nehézségek.

a) A pathológiás részegség szűkebb értelemben vett anyagi jogi megítélésével kapcsolatban a Legfelsőbb Bíróság XXVIII. sz. büntető elvi döntése, az indokolásban a következő iránymutatást adja:

„Az ún. pathológiás (kóros) ittasság különböző formái — olvasható az indokolásban — az elméműködés olyan időleges jellegű tudatborulással járó zavarai, amelyek minőségileg különböznek a közönséges ittasságtól, és lényegileg elmebetegségnek tekinthetők. Ilyen állapot esetén tehát nem a Btk. 22. §-a, hanem a 21. §-a érvényesül.”

A Be. 226. §. (1) bek. c) pontja alapján a bíróságok felmentik azt a vádlottat, aki büntethetőséget kizáró okból nem büntethető. A Btk. 21. §-ának rendelkez-

zése értelmében pedig nem büntethető, aki a cselekményt olyan elmebetegségben, elmeegyensúlyban vagy tudatzavarban követte el, amely őt képtelenné tette cselekménye társadalomra veszélyes következményeinek a felismerésére vagy arra, hogy e felismerésnek megfelelően cselekedjék.

Amennyiben tehát a bíróság a pathológiás részszegség fennforgását megállapítja, a Legfelsőbb Bíróság XXVIII. sz. büntető elvi döntésében foglaltaknak is megfelelően: a vádlottat a büntett alól fel kell mentenie.

Ilyen kivételt nem tűrően érvényesül vajon ez a tétel a bírói gyakorlatban?

A következő jogesetre utalhatok:

a vádbeli napon a honvéd vádlott, miután a laktanyából kiszökött, délelőtt 11 és 13 óra között 6 korsó sört fogyasztott, 5 óra tájban pedig a kintinban 1 del pálinkát. 6 órakor, amikor őrhelyén felállították, keresztülmászott a kerítésen, s azon az úton mint a délelőtt folyamán, újból elment ugyanabba az italtöltőbe, s ott újból 1 del pálinkát ivott. Az italtöltőből távozva, őrhelyével ellentétes irányban, a lőszerraktárba ment, és ott a pihenő-szoba ajtaját kinyitva, arra a szakaszvetőre, akivel a koradélutáni órákban összeszólalkozott, két lövést adott le.

Ezután a vádlott a riasztott ügyeletes alegységgel, az őt igazoltató tisztekkel, végül a megfélemezésére kirendelt egységgel tűzharcba bocsátkozott, amelynek során több személyt megsebesített. Tényállás az is, hogy a vádlott az esetet megelőzően már két ízben kóros részszegség állapotban, büntetendő cselekményeket hajtott végre, valamint, hogy enyhe fokban gyengeelméjű, diszharmonikusan fejlett személyiség.

A szakértők véleménye szerint a vádlott — a tényállásban részletezett magatartásokat figyelembe véve — 13 óráig typosos, míg azt követően, a további 1 del pálinka hatására a kóros részszegség állapotában volt. Ez az állapota csak a cselekményeket követő másnapon, a kórházban oldódott fel.

A szakértői vélemény idevonatkozó kifejezett kérdésre azzal kapcsolatban, hogy a kóros részszegség a vádlott előéletében máskor is előfordult, azt az álláspontot fejtette ki, hogy tekintettel arra, hogy a vádlottat a kóros részszegség mibenlétére nem figyelmeztették, debilis személyiségét tekintve nem várható el, hogy levonhatta volna azt a következtetést, mely szerint az alkoholfogyasztástól minden tekintetben óvakodnia kell.

A Legfelsőbb Bíróság a vádlott bűnösségét megállapította.

Indokolása szerint: a kóros részszegséget is elő lehet idézni oly módon, hogy az a részszegség felróható, és ezért az ilyen állapotban büntettet elkövető személy büntetőjogi felelősséggel tartozik. Nem közömbös ugyanis, hogy az elkövető egyszer vagy pedig már többször került kóros részszegségből eredő tudatzavarba, és az sem, hogy ilyen esetekben milyen magatartást tanúsított. Szembe került-e ilyenkor a társadalmi együttélés szabályaival, ha igen, milyen fokban, s e tényből kitisztult állapotában tudomást szerzett-e vagy sem. A büntetőjogi felelősség vizsgálatának szempontjából az sem közömbös, hogy a kóros részszegség eredményeként fellépő tudatzavar milyen mennyiségű alkohol elfogyasztásával jött létre. Ha ugyanis az elkövető rendszeresen, mennyiségi szempontból is abnormális ittas állapotba került, és nála a minőségileg abnormis ittaság tünetei csupán ilyen alkalmakkor jelentkeznek, vagyis mértékletes alkoholfogyasztás esetében a kóros részszegség nem lép fel, és ennek tudatában fogyaszt szervezetének tűrőképességét egyébként is meghaladó mennyiségű alkoholt; a kóros részszegség diagnosizálásának pusztán megállapítása számára büntetlenséget nem eredményezhet.

b) A másik ügy azokról a nehézségekről ad képet, amelyekkel a bíróságnak a kóros részszegség meg- vagy meg nem állapításával kapcsolatban meg kell küzdenie.

A vádlott — aki a tényállás szerint baráti társaságban gyakran italozik, de leittasodni soha nem szokott — délután 5 és 8 óra között meg nem állapítható mennyiségű szeszt fogyasztott. Az eljárás során nem sikerült megállapítani, hogy a vádlott este 8 és 9 óra között hol járt, tény azonban, hogy úgy 9 óra körül, ittas állapotban az egyik körüti ház udvarába ment, és egy általa teljesen ismeretlen személy lakásába akart bemenni. A házmesterné kérdésére a vádlott azt felelte, hogy addig nem hagyja el az udvart, amíg minden nőnek el nem vágja a gégéjét. Meg is ragadta a házfelügyelőnőt, rázni kezdte és csak a lakók segítségével sikerült a vádlottat az udvarról eltávolítani. Eltávolítását követően elővette zsebkését és azzal a bezárt kaput szurkálta. A vádlott ezután a szomszédos ház elé ment, ahol a házmester a kapuban, távozó vejével és leányával beszélgetett. A házmester megszólította a házba igyekvő vádlottat, mire az kijelentette, hogy addig nem megy be a házba, amíg a házfelügyelőtől búcsúzkodó asszony nyakát el nem vágja. Amikor felszólították, hogy a kését tegye el, a vádlott az asszony felé szúrta. A szúrás az asszonyt azért nem érte, mivel férje a szúrás pillanatában a vádlott felé rúgott. Ekkor a vádlott közvetlen közléről nagy erővel a sérett — a férj — mellkasába szúrta. A szúrás után futva menekült, kikerülte a ház előtt felállított építőállványokat, és egy sötét mellékutcába futott. Menekülés közben fogták el a szolgálatot teljesítő rendőrök. Amikor a rendőrkapitányságon előállították, a vádlott már nagyon ittas volt; átmenet nélkül elhagyta magát.

Az ügyben meghallgatott orvosszakértők, minthogy a vádlottnál elmebetegség nem állott fenn, a pathológiás részszegség pedig — álláspontjuk szerint — kizárható volt; beszámíthatóságot kizáró tényezőt nem állapítottak meg.

Az ETT szerint: *nem lehet éles határt vonni* a kóros részszegség állapotában fel lépő kóros indulat alapján felmerülő, a beszámíthatóságot korlátozó tényezők tekintetében.

Utalt a felülvélemény arra, hogy a vádlott teljesen motiválatlan, a helyzet fel nem ismerésére utaló tétováva magatartása és a tudat világosságának az ingadozása már akkor mutatkozott, amikor a tényállás szerint az első ház udvarába bement. Az események későbbi folyamán egyre inkább az indulatos jelek kerültek előtérbe, amelyek döntően meghatározták az egyébként értelmet, logikát illetően teljesen motiválatlan cselekvést. Az ingadozó tudatzavarban a környezet magatartása a vádlotton egyfelől a szituáció illuzionisztikus meghamisítását, másfelől túlméretezett indulati állapotot robbantott ki. A vádlott tehát — a cselekmény elkövetése idején — *a klasszikus pathológiás részszegséggel egyenértékű* kóros indulati állapotban volt, amely képtelenné tette őt cselekménye társadalomra veszélyességének felismerésére és a felismerésnek megfelelő magatartásra.

A Legfelsőbb Bíróság az ügyben a következőképpen indokolt: a közönséges részszegség is kóros állapot, amely különböző fokú tudatzavart okozhat. Az ilyen állapotban levők sem viselkednek egyformán: így vannak, akik a történetekre visszaemlékeznek, illetve homályosan emlékeznek, avagy az emlékezés teljesen hiányzik náluk. Ezért nem lehet a közönséges részszegség és a pathológiás részszegség között éles határt vonni. Minthogy az adott esetben a vádlott magatartásában olyan elemek, *amelyek egyértelműen a kóros részszegség mellett szólnának fel nem ismerhetők* és sem a vádlott, sem családtagjai nem szenvedtek olyan megbetegedésben, illetve a vádlottat nem érte olyan károsodás, amelynek alapján a kóros részszegségre lehetne következtetni, a Legfelsőbb Bíróság nem tudott, *kizárólag az elkövetés körülményeire* alapított szakvéleménnyel egyező álláspontra helyezkedni.

A felhozott példák alapján úgy tűnik, hogy a Legfelsőbb Bíróság XXVIII. sz. büntető elvi döntésének az indokolásában a kóros részszegség problematikájával

kapcsolatos iránymutatás a *gyakorlatban finomul*: nem alkalmazható a 21. § abban az esetben sem, ha az elkövető az általános élettapasztalat, adott esetben saját tapasztalata alapján *számolhatott a kóros részegség* beálltának a lehetőségével.

A másik gondolat: a *kóros részegség bírói megállapításának a mellőzésénél* talán szerepet játszik az is, hogy a törvényi szabályozásból folyó büntetőjogi felelősség elvi megalapozottsága *nem eléggé következetes*.

Azt jelenti-e mindez, hogy a kóros részegség megítélésében a bírói gyakorlat ellentétbe kerülhet az orvostudomány megállapításával?

Erről megítélésem szerint nem lehet beszélni.

Annak a körülménynek a megítélése, hogy valamely állapot a szervezetben okozott károsodás következtében — ideiglenes vagy végleges, rövid vagy tartós károsodásról legyen szó egyaránt — elmebetegség-e vagy sem: *orvosi kérdés*, amelynek a megítélésében a jogász alá kell hogy vesse magát a szakértő véleményének.

A jog azonban bizonyos helyzethez meghatározott büntetőjogi következményeket fűzhet, és ez vonatkozhatik az elmebetegség mikénti jogi megítélésére is. Az a kérdés tehát, hogy a fennforgó tényleges állapothoz — az elmebetegséghez — a büntetőjog *milyen* következtetést fűz, természetesen jogkérdés, amelyben való állásfoglalás a mindenkori jogi szabályozásnak megfelelően: a bíró feladata.

A Btk. 22. §-a kizáró rendelkezést tartalmaz: kizárja a 21. § alkalmazásának a lehetőségét. E kizáró rendelkezés folytán a megvalósult cselekmény az elkövetőnek felróható. A 22. § azonban nem csupán a 21. § alkalmazhatóságát zárja ki, hanem azt ahhoz a feltételhez köti, hogy az elkövető lerészegedése önhibájából következzen be. Önhiba nélküli lerészegedésből származó tudatzavar tehát ugyanúgy korlátozza vagy kizárja a beszámíthatóságot, mint *bármely* más okból keletkezett tudatzavar. Ebből pedig az következik, hogy a Btk. 22. §-ának kivételes rendelkezése a bűnösséget nem a megvalósult cselekményhez, hanem a feltétel megvalósításához fűzi.

A Legfelsőbb Bíróság XXVIII. sz. büntető elvi döntésének az iránymutatása alapján a minősítés alapját képező büntett *alanyi oldala nem vizsgálható*. Azt jelenti ez, hogy alanyi bűnösség *nélkül, objektív felelősség* alapján kell ily esetekben megállapítani az elkövető *bűnösségét*?

Nem! Nem ezt jelenti!

Az elvi döntés is hangsúlyozza, hogy *nem a tárgyi felelősség* megállapításáról van szó a 22. § alkalmazása során, hiszen ez szembeállana a szocialista büntetőjog alapvető elvével, s így az ezen az elveken nyugvó Btk. szabályozásával is, amely az objektív felelősséget még a praeterintentionalis cselekmények vonatkozásában is kizárja.

Dehát akkor milyen alanyi felelősségről van szó?

A minősítés alapját képező büntettnek nincsen alanyi oldala, az a magatartás tehát, amelyhez az alanyi oldal kapcsolódik *nem azonos a minősítés alapját* képező büntett elkövetési tevékenységével. Mihez kapcsolódhat tehát?

A lerészegedéshez.

Ennek a felismerésnek megfelelően adja a Legfelsőbb Bíróság XXVIII. sz. büntető elvi döntése azt az iránymutatást, hogy a bűnösség mikénti megítélését illetően az önhibából eredő lerészegedés körülményeit kell vizsgálni.

Részeg állapotban — az ismert körülmények miatt — az elkövető olyan cselekményeket is végrehajthat, amilyenek megvalósítására józan állapotában sor sem kerülhetne. Az ittas állapot tehát az a társadalomra veszélyt rejtő helyzet, amelynek létrehozóját — nem minden esetben, mert az ilyen szabályozás meg-

haladná azt a védelmi feladatot, amelyet a társadalom a büntetőtörvénnyel szemben támaszt — meghatározott körülmények között a törvény büntetéssel fenyeget. Ez a körülmény — a tetten alapuló bűnösségi elv következetes alkalmazásával —: ha az elkövető ittas állapotában megvalósít valamely büntetési tényállást. *E büntetési tényállás megvalósulása a büntetendőség, a lerészegedés pedig a büntethetőség alapja.* A bírónak tehát a 22. § alkalmazásánál azt kell vizsgálnia, hogy a lerészegedés mennyiben róható fel az elkövetőnek, a törvény szóhasználatával: mennyire vezethető vissza önhibájára. *E keretben kell vizsgálnia és megállapítania az alanyi bűnösséget, s ebből folyóan, e keretben kell a szakértőnek nyilatkoznia azokról a körülményekről, amelyek a beszámítási képességre kihatnak.*

A Btk. szabályozásából folyóan — amelynek elvi bírálata nem képezi a felszólalás tárgyát — az alanyi oldal hiányában megvalósult cselekmény tehát a minősítésnek képezi az alapját: *általa* határozza meg a törvény az alkalmazandó törvényi büntetést.

Minthogy pedig a Legfelsőbb Bíróság hivatkozott eseti döntése azzal az elkövetővel szemben állapította meg a büntetőjogi felelősséget, aki önhibájából került abba a helyzetbe, amelyben a büntettet elkövette, vagyis aki a társadalomra veszélyes helyzetet megteremtő tevékenységéért a büntetőjog *általános elveinek* megfelelően felelősséggel tartozik, nincs ellentét az ítéleti megoldás és a Legfelsőbb Bíróság XXVIII. sz. büntető elvi döntésének a megoldása, amint-hogy nincs ellentét az eset jogi és orvosi megítélése között sem, mert csupán az történt, hogy valamely szervezeti károsodáshoz, amelyet az orvostudomány elmebetegségnek minősít, e körülményhez a jogszabály *más* következményt fűz, mint *a más elbírálási körülmények* között keletkezett elmebetegséghez.

Hozzászólások:

Dr. Huszár Ilona

1. Az elmeszakértői gyakorlat azt mutatja, hogy a részegségi állapotok egy nagy része megnyugtató módon sem a közönséges, sem az ún. pathológiás részegség kategóriába nem sorolható. Ezen átmeneti állapotok felvételének és megfelelő értékelésének fontosságát tagadni nem lehet, ezért szükségesnek látszik a fenti kívánalomnak megfelelő egységes gyakorlat kialakítása! Az így létrejövő három kategóriát milyen elnevezéssel illetjük — ami a megelőzőkben vita tárgyát képezte — lényegtelen és csak konvenció kérdése!

2. Az ún. pathológiás részegség egyes összetevőit nem lehet azonos mércével mérni. A referátumban részletesen elemzett tünettanból igen lényeges a *bűncselekmény inadaequat és motiválatlan voltát* külön kiemelni, mely a pathológiás részegségi állapotban elkövetett cselekmények legjellemzőbb és differential-diagnosticaileg leginkább értékelhető tünete.

Dr. Kardos György

A kóros részegség az orvostudomány és a jogtudomány, illetve a büntető jog közti megegyezésen, kompromisszumon alapuló fogalom, hiszen nyilvánvaló, hogy „normál” vagy „physiologiás” részegség nincsen; minden „Rausch”-kóros állapot, akár CO, LSD stb., akár alkoholmérgezés okozza. S ezért (mint minden kompromisszum esetén) alapvetően fontos, hogy a „megegyező felek” minden vitát kizáró pontossággal, világosan fogalmazzák meg azt, hogy mit jelentsen az adott kompromisszum-kategória. *A kóros részegségben nem az a kóros, hogy az a szokványostól eltérő részegség, hanem az, hogy nem részegség, hanem psychosis, t. i. jelentéktelen alkoholfogyasztás, azaz jelentéktelen véralkoholszint által kiváltott,*

tehát különös, az adott esetre vagy az adott személyre jellemző és valamiképpen megindokolható *alkohol-intolerancián alapuló, más szóval a tettes önhibáján kívül létrejött pszichotikus epizód* (ami a cselekmény alanyi oldalát törli!). A szakértő dolga az, hogy a pszichotikus epizód mibenlétét és a dispositio (t.i. az alkohol-intolerancia) fennállását és létrejöttét véleményezze. A bűnüldöző szervek pedig gondoskodjanak arról, hogy a cselekményt követő fél-egy órán belül a véralkoholszintet meghatározzák. A kóros részegség fogalmának „abortív”, valamint quantitativ intolerancián alapuló „abnormis-komplikált” és qualitativ intolerancián alapuló „abnormis-pathológiás” részegséggé történő kibővítése, „felhígítása” lehetetlenné tenné a vitatott fogalom gyakorlati értékének, jelentőségének a megőrzését. Hiszen az abortív és a komplikált „Rausch”-ok mögött többnyire olyan körlelektani jelenségek húzódnak meg, melyek a „nem részegség, hanem jelentéktelen véralkoholszint által kiváltott psychosis” fogalmi körén kívülesnek. A quantitativ (sőt, részben a qualitativ) intolerancia pedig az esetek nagyobbik részében idült alkoholizmuson alapul, tehát az „abnormis-komplikált” részegségnek a tulajdonképpeni kóros részegséggel történő összevegyítése kiterjesztené az önhibán alapuló eseteket az önhibán kívüli esetekre is. Befezésül aláhúzta a véralkoholszintnek a kellő időben történő meghatározása fontosságát, s rámutatott a dipsomaniához szövődő kóros részegségek sajátos elbírálásának a szükségességére, akár psychosis maniacodepressívához, akár epilepsiához szövődne is ez a syndroma (NB! az alkoholisták „abbahagyni-nem-tudáson” alapuló, pseudodipsomaniás, napokra prolongált részegsége a fentiekhez hasonlóan elkülönítendő a neuropsychiatriai körpekhez szövődő, valódi dipsomaniától!).

Marton György dr.:

A szegedi Klinikán 15 év óta folytatott, az idült alkoholizmussal kapcsolatos vizsgálatok alapján az a tapasztalatunk, hogy a pathológiás részegségi esetek száma lényegesen nagyobb annál, mint ami a büntető eljárásokból ismert, mert a pathológiás részegségnek nem abszolút kritériuma a bűncselekmény. Idült alkoholistáknál és alkalmi ivóknál egyaránt előfordul és létrejöttében jelentős szerepe van olyan egyéb exogen tényezőknek, mint megfeszített munka következtében létrejött túlfáradás, átmeneti hiányos táplálkozás, és az ezt követő, esetleg jelentéktelen vagy akár nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás. Ilyeneket tapasztaltunk árvízvédelmi munkáknál, olajbányászoknál, vagy megerőltető gyakorlaton részt vett katonáknál.

Dr. Mária Béla:

Dr. Juhász professzor elnöki bevezetőjében említette, hogy az Igazságügyi Orvosok Társasága pszichiatriai sectiójának első ankétját a „*kóros részegség*” problémájának szentelte. Ez nem volt véletlen. A mindennapi szakértői és ETT gyakorlatban sűrűn merül fel a kóros részegség problémája. Éppen ezért, amikor a sectio vezetősége a tagság egy részét felszólította, hogy jelölje meg, melyek azok a témák, melyeket a sectionak elsősorban meg kell tárgyalni, másokkal együtt magam is elsősorban a kóros részegség problémakörének megtárgyalását javasoltam. A kóros részegséggel kapcsolatban ellentét van a jogi és orvosi felfogás között, amennyiben orvosi szempontból az ún. „*normális részegség*” is elmekóros állapot. A társadalom védelme érdekében azonban az orvosok lemondanak ennek hangsúlyozásáról és a jogászokkal, illetve a jogalkotással egyezően a közönséges részegséget jogi szempontból nem tekintik betegségnek és semmiféle korlátozó tényezőt nem ismernek el ezzel kapcsolatban. A másik ellentét abban nyilvánul meg, hogy az ún. kóros részegséget viszont jogilag elmekóros állapotnak tekintik — ami helyes is —, a probléma csak az, hogy a

gyakorlatban nem mindig lehet mereven elválasztani a közönséges részzeget a kóros részzegetől. Ugyanakkor a Btk. nem ismer átmeneti formákat, melyeket az élet naponta produkál. *A jog a minden, vagy semmi álláspontjára helyezkedik*, ami ellentmond a mindennapi gyakorlatnak. Kétségtelenül léteznek átmeneti formák, melyeket az orvos sem az egyik, sem a másik kategóriába nem tud besorolni. Az utóbbi időben az ETT IB-jének az volt a véleménye, hogy ezeket az átmeneti formákat „*atypusos*” részzegetnek jelölte meg és kisebb vagy nagyobb mértékű korlátozást véleményezett ezekben az esetekben.

Nagyon szerencsésnek találom Angyal professzor klasszikus szépségű előadásában javasolt kifejezést, az atypusos részzeget helyett a „*Komplikált részzeget*”-et. Ez inkább megfelel az orvosi gondolkodásnak. Félő azonban, hogy a jogászok által már-már elfogadott atypusos részzeget kifejezése mellett egy új fogalom elfogadtatása zavarokat okozhat és éppen ezért azt javaslom, hogy az ilyen átmeneti eseteknél — legalábbis egy ideig — mindkét elnevezést használjuk ilyen formában” „*Komplikált (atypusos) részzeget*”.

Dr. Piróth Endre:

A kóros részzeget epileptoid, delirosus, tenebrosus és dypsomaniás tünetcsoportosításban rögzített kórformái mereveknek látszanak és a véleményezések során gyakran kell áthidaló megoldásokat keresni. A megadott keretek symptomatológiája gyakran összefolyó lehet, a tünetek quantitative és qualitative is esetenként módosulhatnak, akár az alkohol toleranciáról, akár az emlékezőszavarokból vagy bármely más, egyéb tünetekről legyen is szó. A szakértői véleménynek ezek szerint, nem minden esetben lehet alkalmazkodni a fenti keretformák szigorú betartásához, de éppen úgy a kóros részzeget teljes bizonyossággal való megállapítására törekvés célját szolgáló Büntetőjogi Döntvénytár felsorolt pontjainak tünettöbbségben értékelendő dominanciájához sem.

A szakértőnek a szakvélemény alakításakor tájékozódnia kell az anamnesis minden elérhető adatáról, a vizsgálatok teljességére és a bűncselekmény igen pontos részletismereteinek beszerzésére kell törekednie, és ezek alapján kell megállapításra jutnia abban a kérdésben, hogy a vizsgált kóros részzegetben, vagyis kóros elmeállapotban szenvedett-e, továbbá figyelembe kell vennie a minden esetre vonatkozó és a pathomechanismus alakulásában jelentkező, egyéni sajátosságokat és ezek alapján kell megalkotni véleményét. Ebben a kérdésben a végső állásfoglalás nem lehet kizárólagosan „igen” vagy „nem”, hanem korlátozottságot jelentő átmeneti psychés működési zavarokat is fel kell tárni és ezek felismerését, megállapítását, ebből eredő következtetéseket minden esetben a szakértőre kell bízni.

Dr. Pollner György:

Hozzászólásában örömet fejezi ki, hogy Angyal nagy szakmai tekintélyének teljes súlyával szembehelyezkedik azzal a hazai gyakorlattal, amely a részzeget két formára: typusos és atypusos részzegetre osztja. Az elmeszakértő a tárgyalótermek gyakorlatában nem tudja megvédeni álláspontját, ha nagyon kitágítja a kóros ittasság fogalmát. A Btk. 21. §-a csak azokra az állapotokra alkalmazható, melyek már nem az ittasság, hanem a psychosis körébe tartoznak. Ezért az atypusos ittasság helyett nagy jelentősége van a pathológiás részzeget olyan meghatározásának, amely alatt az elmezavarral egyenértékű ritka kórképeket értjük. Ebben az esetben nincs szükség kompromisszumra az orvostudomány és a büntetőjog között. Azokat a komplikált részzegeti formákat, amelyek más elmebetegséghez szövődnek (schizophrenia, epilepsia, oligophrenia stb.) teljesen leválasztaná az ittasság fogalmi köréből, mert ezekben az esetekben már nem az itálnak van döntő szerepe, hanem az alapbetegségnek, s ez a lényeges a beszámítási képesség megítélésében.

Dr. Szilárd János:

Ha az alkohol hatására elkövetett bűncselekmények körülményeit teljes és bonyolult összefüggésükben vizsgáljuk, fel kell tennünk olyan kérdéseket is, melyek e cselekmények elkövetőinek személyiségösszetevőin túlmenőleg tágabb értelemben szintén hozzájárulnak ahhoz, hogy e cselekmények száma nem kevés. Ilyen kérdés az, hogy büntetik-e hazánkban az alkoholfogyasztást? Nem, sőt el kell ismernünk, hogy számos esetben társadalmi körülmények „kényszerítik” alkoholfogyasztásra az egyént. Azt hiszem, nem lehet tagadólag válaszolni arra a kérdésre, hogy vannak-e ilyen társadalmi körülmények és gyakoriak-e ezek.

Igazságügyi elmeorvosi szempontból az elmebetegség, a gyengeelméjűség, ill. a tudatzavart állapot jelenthet olyan körülményeket, melyeket a bíróságot mentesítő tényezőként figyelembe vehetnek. Pedig orvosi szempontból nézve minden egyénről alkotott véleménybe odakívánkozik a cselekmény körüli situáció — az elkövető személyisége, intellektuális színvonala, feltűnő karaktertulajdonságai stb. Ha mindezeket figyelembe venném, kevesebb esetben válaszolnánk igen vagy nemmel. Ismeretes például, hogy e tényezőknek szerepe lehet abban, hogy az alkoholfogyasztás ösztönanomáliákat provokál.

Azzal a kérdéssel kapcsolatban, hogy a pathológiás részszegség ritka-e, vagy gyakori, lényegesnek tartom, hogy jóformán csupán azokat az eseteket ismerjük, ahol pathológiás részszegség állapotában valamilyen súlyos bűncselekmény történt. Egészen biztos, hogy félreesőbb helyeken, tanyákon stb. vagy egyszerűen azért, mert bűncselekményt sikerült megakadályozni, lefogni az illetőt, nem elhanyagolható számú ilyen epizód lefolyhat anélkül, hogy pszichiater, vagy valamilyen igazságügyi hatóság arról tudomást szerzett volna.

Dr. Szobor Albert:

Jól ismeretes a psychopathológiában, hogy egyes tünetek és tünetcsoportok nem jelentkeznek mindig azonosan markáns intenzitásban és extenzitásban. Különösen érvényes ez a heveny alkoholos intoxicatióban, aminek kialakulásában, zajlásában, oldódásában és a tünetekben is igen széles variatio figyelhető meg. A bűncselekmények igen jelentős számában valamilyen mértékű alkoholos befolyásoltság szerepet játszik, aminek enyhítő, vagy súlyosbító jellegű értékelését általában minden büntetőtörvénykönyv codifikálja. A magyar Btk. — a psychiatria modern felfogásának megfelelően — a psychotikus tünetekkel (tudatborulás, egyéb tudatzavar, érzékesaladások, szorongási és düh-affectusok, súlyos emlékezészavar) zajló pathológiás részszegséget büntethetőséget kizáró oknak tekinti. Pathológiás részszegség esetében az elkövetőnek nem lehetett tudomása az akaratan kívül bekövetkezett psychosis lehetőségéről, a nem várt és nem tipusos reactióról. A tipusosan zajló részszegségben elkövetett bűncselekményt a törvény büntetni rendeli. Nem lehet közömbös tehát, hogy az elkövető tipusos, vagy pathológiás részszegségben cselekedett-e. Igen gyakran előfordul azonban, hogy a még oly gondossággal felderített ügyben sem lehet biztonsággal állást foglalni e kérdésben, egyszerűen azért, mert sem a tipusos részszegség, sem a pathológiás részszegség tünetei nem ismerhetők fel tisztán. Találkozunk olyan tünetekkel, amik pathológiás részszegsége utalnak, de azt mégsem bizonyítják, másrészt olyan körülmények is vannak, amik tipusos alkoholos intoxicatio mellett szólnak. Nyilvánvalóan átmeneti formákról van szó, amiknek orvos-szakértői elbírálása lényegesen nehezebb feladat, mint a bizonyosan pathológiás részszegségé. Nehezebb feladat, de fontosabb is, mert ezeknek az átmeneti formáknak a száma mindenképpen nagyobb, mint a klasszikus tünetekkel és valamennyi tünettől jellemzett pathológiás részszegség előfordulása. Ezen átmeneti formák létezése tehát kétségtelen tény, aminek a felismerése ahhoz veze-

tett bennünket, hogy utóbbi években adott szakvéleményeinkben e formákkal számoltunk, ezeknek sajátosságait kidomborítottuk s mint atypusos részszegési állapotot írtuk le. *Atypusos részszegés* alatt tehát olyan heveny alkoholos intoxicatiót értettünk, amiben a pathologis részszegésnek *egyik-másik tünete* felismerhető, vagy *több tünete* ismerhető fel, de a pathologiás részszegésben megvalósuló intenzitásnál *kevésbé kifejezett formában*. A heveny részszegési állapotok felosztását tehát három kategóriában tartjuk célszerűnek: a tipusos (szokványos) részszegés és a pathologiás részszegés közé átmeneti formák összefoglalására illeszkedik az atypusos részszegés.

Az atypusos részszegés tünetei tehát részben hasonlóak a pathologiás részszegés tüneteivel, azonban több tünet hiányozhat, vagy kevésbé pregnáns formában van jelen. Mindenképpen megkívánjuk azonban az atypusos részszegés diagnosisához is a tudatzavar valamilyen jól kielemezhető és bizonyítható formáját, ami azonban a delirium vagy súlyos tenebrositas szintjét nem éri el. Többnyire kevert tudatzavarról — tudatszűkülésről és enyhébb borulásról — van szó, ami természetesen nem zár ki stereotipként megvalósuló, régi, begyakorlott magatartás-sablonokra támaszkodó cselekvéseket a tudatzavar alatt. A tudatzavarral kapcsolatos az emlékezés általában súlyos (de olykor nem teljes) zavara atypusos részszegésben is. Érzécsalódások többnyire nem alakulnak ki, vagy legalábbis nem bizonyíthatók. Rendkívül lényeges azonban e formában is a cselekmény teljesen, vagy csaknem teljesen motiválatlan jellege, ami az adott élethelyzettel inadaequat és nem magyarázható. Ugyanígy discordans a cselekmény az össz-személyiség és előző életvezetés szempontjából is. A cselekmény tehát személyiségi és situatív relatióban egyaránt inadaequat. A cselekmény ezen jellege a tudatzavarral, az ebből adódó aperceptiós zavarral és kritikai mérlegelés zavarával összefüggésben van. — A pathologiás részszegés egyéb ismérvei (a testi és psychés tünetek sorrendjének megcserélődése, a cselekményt megelőző, vagy kísérő düh-affectusok, a kevés, vagy közepes mennyiségű italfogyasztás, a terminalis alvás, a cselekmény énidegen szemlélete) többé-kevésbé kifejezett formában jelen lehetnek, vagy hiányozhatnak. Ugyancsak segítséget jelenthet az atypusos részszegés diagnosisához az a negatívum, hogy a pathologiás részszegésben általában elkülöníthető formák (epileptoid, tenebrosus, delirans, dipsoman) ilyen tisztán nem ismerhetők fel. — Mind a pathologiás, mind az atypusos részszegés biologiai alapját *qualitative* megváltozott tolerancia-változásban látjuk, ezért ilyen változást előidéző okok után az atypusos részszegésben is kell kutatnunk.

Attól függően, hogy az atypusos részszegés milyen jellegű és milyen intenzitású tünetekben zajlott, lehet eldönteni, hogy *adott esetben* a tipusos, vagy pathologiás részszegéshez állt-e közelebb. Minden esetben gondos *individualis* mérlegelés és elemzés szükséges tehát annak eldöntésére, hogy az atypusos részszegés mennyire volt atypusos. E vonatkozásban — ismét hangsúlyozzuk — a tudatzavar jellege és mélysége, valamint a cselekmény személyiségbe és situatióba történő illeszkedése a döntő.

Az előzőkből következik, hogy az atypusos részszegésben elkövetett cselekmények bírói elbírálása sem lehet azonos a pathologiás részszegésével, tehát nem a Btk. 21. §. (1) vonatkozik ezen állapotokra, hanem a 2. pont, ami a büntethetőség korlátozottságát codifikálja. Hogy a korlátozottság milyen mértékű, a szakvéleményből kideríthető, ami a bírói mérlegelés alapja lehet. — Az atypusos részszegésnek, mint harmadik heveny részszegési állapotnak, átmeneti részszegési formának a felismerése és elfogadása nem komplikálja a bírói eljárást, hiszen tisztább fogalmakkal való munkát tesz lehetővé. Az eddigi *obscurus*, „átmeneti”, kevert formák helyett körülhatárol egy harmadik részszegési formát, ami alkalmas arra, hogy következetesen szemlélve a korlátozott beszámít-

hatóság psycho-biológiai alapja legyen. Az orvostudomány állandóan fejlődő, újat kereső és felismerő, dinamikus disciplina, a büntetőtörvénykönyv a társadalom általános és közös direktíváit gyűjti statikai rendszerbe. A dinamikus pszichiatria új, empirián alapuló, megbízható ismeretanyagának elfogadása alapja lehet a statikai jellegű törvénykönyv hézagai pótlására, kiegészítésére irányuló korszerű törekvésnek.

Dr. Vargha Miklós:

A pathológiás részszégséget nem tartom ritka kórképnek. Valószínű és tapasztalatunk arra mutat, hogy igen sok kóros részszégségnél krimen nem következik be és így igen gyakran csak véletlen vagy esetleg későbbi betegség során az előzményekből lehet az ilyenek előfordulására következtetni. A tankönyvekben le-szögezett — véleményem szerint mereven megítélt — kritériumok nem állnak fenn. E merev dátumszerű adatok abszolút érvényessége helyett sokkal lényege-sebb a személyiség pontos megismerése és a situatio — amelyben a pathológiás részszégség keletkezett — leggondosabb feltárása és elemzése. Alkoholprovoca-tioval végzett EEG vizsgálatok kiegészítésképpen ajánlatosak.

A pathológiás részszégség előfordulásánál, különösképpen a praeventio szem-pontjából megfontolandónak tartanám a kényszer-gyógykezelés elrendelését, nem az ún. szokványos kényszer alkoholelvonó kúra formájában, hanem a sze-mélyiség-torzulások korrekciójára való törekvés és a különböző esetleges patho-lógiás részszégséget kiváltó situatiókhoz való maximalis alkalmazkodásra való nevelés szempontjából és természetesen annak tudatosítása céljából, hogy az illető csak a tökéletesen abstinensek táborába tartozhat.

VÁLASZADÁS

Dr. Halász Sándor:

Az elmondott referátum természete keretet szab a reflexiónak is: ezúttal is csak a pathológiás részszégség jogi vonatkozásait érinthetem.

A referátum fő célkitűzése az volt, hogy — a bírói gyakorlatból szerkezett tapasztalatok alapján — két dologra hívjam fel a figyelmet: arra, hogy a patho-lógiás részszégség bírói megítélésében bizonyos fejlődést vélek felfedezni; másrészt, hogy e megítélés terén az ítékezés igen súlyos nehézséggel küzd.

Arra vonatkozóan, hogy az életben milyen sűrűn jelentkezik a pathológiás részszégség; nincs tapasztalatom: a bírói gyakorlat — a dolog természeténél fogva — csak azokkal az esetekkel foglalkozhat, amelyek a bűnüldöző hatósá-gok tudomására jutottak, amikor tehát — külső megnyilvánulásaiban leg-alább — büntett valósult meg. Készséggel elfogadom tehát azt a tapasztalaton alapuló megállapítást, hogy a pathológiás részszégség előfordulási eseteinek na-gyobb a száma. Ez azonban mit sem változtat azon a felvetett problémán, hogy ez eseteket miként is kell jogilag megítélni?

Az igen értékes felszólalások — úgy gondolom — abban megegyeznek, hogy a pathológiás részszégség megállapítása rendkívül bonyolult, nehéz feladat, és hogy a bűnüldöző szerveknek számos körülményt kell felderíteniök ahhoz, hogy an-nak megléte vagy hiánya kérdésében állást lehessen foglalni. Ez a megállapítás alátámasztja a referátumban felvetett azt a gondolatot, hogy éppen emiatt — a megítélés bonyolultsága miatt — a bírói gyakorlat milyen nehézséggel küzd; többször ellentétes szakértői vélemények születnek egy ügyben, és — talán a releváns körülményeknek nem teljes feltárása miatt is — a vélemények meg-egyző ereje sem száz-százalékos mindig.

Ami pedig a pathológiás részesség szűkebb értelemben vett jogi megítélését illeti: e téren csak az volt a referátum célja, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy az ital hatására keletkezett „abnormis állapot” a törvény a Btk. 22.§-ának a szabályozásával a beszámíthatóságot kizáró vagy korlátozó egyéb eseteiktől alapjaiban eltérő módon szabályozza akkor, amikor e speciálisan keletkezett beszámíthatatlan vagy korlátozottan beszámítható állapotnak *ilyenhatású* jogi megítélését *kizárja*. A referátumnak idevágó gondolata az, hogy olyan jelenségeket véltem felfedezni a bírói gyakorlatban, hogy a Legfelsőbb Bíróság XXVIII. sz. büntető elvi döntésében kifejtettekkel összhangban, az ital-szülte „abnormis állapot” következetesebb megítélését tapasztalhatjuk. Hangsúlyozni kell: azokban az esetekben, amikor az „abnormis állapot” *kizárólag* az ital okozza. Ily módon — megítélésem szerint — fokozottabb jelentősége lesz annak, hogy az elkövető vétkes vagy vétnél-e a lerészegedésben, és erre a kérdésre a szakértői véleménynek is ki kell térnie.

A pathológiás részesség megítélésével kapcsolatos nehézségek — számos fel-szólalásban kifejtett nézetnek megfelelően — szerintem is indokoltá tette, hogy a szekció e kérdéssel foglalkozzék, és az a határozott meggyőződés, hogy az ülésen elhangzott számos értékes gondolat előbbre viszi a felvetett problémák megoldását.

ZÁRSÓ

Dr. Angyal Lajos:

A hozzászólások nagy száma és az élénk vita is igazolja, hogy a kóros részeggel kapcsolatos kérdések tárgyalása mennyire időszerű volt. Az elmeorvosok részéről elhangzott vélemények a referátum főbb megállapításaival csaknem kivétel nélkül egyetértenek. *Szilárd, Vargha, Piróth* és *Marton* egyaránt azon az állásponton vannak, hogy a kóros részesség tankönyvi vagy a Büntetőjogi Döntvénytárban felsorolt kritériumai túl merevek és hangsúlyozzák a cselekmény jellege, a situatív tényezők, az accidentalis hajlamosító ártalmak és a személyiség beható vizsgálatának a jelentőségét. *Mária, Szobor, Pollner* és *Huszár* a referens által javasolt 3 kategóriának: a szokványos, a komplikált vagy atypusos és a pathológiás részességnek az elmeszakértői gyakorlatba való bevezetését a leghatározottabban szükségesnek tartják, de lényegileg ez az álláspontja *Piróth*nak is, amikor hangoztatja, hogy a pathológiás részesség kérdésére a szakértő gyakran nem képes határozott igen vagy nem-mel felelni, hanem fel kell tárnia a korlátozottságot jelentő átmeneti psychés működési zavarokat is. — *Kardos* hozzászólásában a kóros részesség kritériumai között a jelentéktelen véralkohol szintnek döntő, sőt szinte kizárólagos fontosságot tulajdonít és ezzel az álláspontjával a kérdéssel foglalkozó szerzők nagy többségével ellentétbe kerül; ellenzi az abortív vagy komplikált részességi kategoria bevezetését is, de álláspontjának psychopathologiai alátámasztására kísérletet sem tesz. De ugyanakkor úgy a referátumból, mint több hozzászólásból világosan kitűnik, hogy ennek az átmeneti kategóriának a bevezetését az élet, a mindennapi gyakorlat követeli. *Pollner* kitűnően mutat rá a kérdés lényegére amikor kijelenti, hogy az elmeszakértő nem tudja megvédeni álláspontját, ha nagyon kitérít a kóros ittasság fogalmát; a valódi kóros részesség tulajdonképpen ritka kórkép és az átmeneti forma bevezetése egyidejűleg a pathológiás részesség klinikai fogalmának a megvédését is jelenti. — Teljesen egyetért *Szobor* megállapításával amely szerint az atypusos részességnek, mint harmadik heveny részességi formának a felismerése és elfogadása lehetővé teszi, hogy tisztább fogalmakkal dolgozzunk, ennél fogva a bírói eljárást nem komplikálja, hanem egyszerűsíti, mert jogi alapot teremt a Btk. 21. §. (2) pontja alapján a korlátozott beszámíthatóság megállapítására. *Szobor* szerint az atypusos részesség a

szokványos részszégtől a pathológiás részszéghöz hasonlóan szintén *qualitative* különbözik: ezt a meghatározást a *Wyss* f. definícióval szemben helyesnek tartom és elfogadom, hiszen saját meghatározásomban én is a „személyiségtényező dysproportionált elgátlátalanodásáról” írtam, ez pedig vitathatatlanul a magatartás qualitatív változásában jut kifejezésre. — A *dr. Halász Sándor* referátumában felhozott 2 példa szintén azt igazolja, hogy a problémakör tisztázása már nagyon is időszerűvé vált. Helytelen lenne itt az esetek érdemi része felett vitába szállni, egy azonban vita felett áll éspedig az, hogy a fogalmak újabb átértékelése sürgősen szükséges akkor, ha a Legfelsőbb Bíróság és a legfelsőbb igazságügyi orvosi véleményező testület, az ETT-IB véleménye között ilyen éles ellentétek merülnek fel. A *dr. Halász* által ismertetett esetekben a Legfelsőbb Bíróság az ETT-IB kóros részszéget megállapító véleményét nem fogadta el, de magam az ETT-IB gyakorlatából tudok felhozni ezzel ellentétes előjelű eseteket is. Olyan eseteket, amelyekben fellebviteli eljárás során az ügyész vagy a bíróság az alapszakértőknek merev kritériumok figyelembevételével készült, szokványos részszéget megállapító véleményét nem fogadta el, hanem a cselekmény, a körülmények és a személyiség beható elemzésére támaszkodva és az ETT-IB-től annak felülvéleményezését kérve mintegy a pathológiás részszéget merev klinikai fogalmának a kitágítását látta szükségesnek —, de olyan eseteket is, amelyekben a Fellebviteli Bíróság az ETT-IB felülvéleményében megállapított szokványos részszéggel szemben az alapszakértők által véleményezett pathológiás részszéget fogadta el. Az elmondottak alapján nem vitatható, hogy vannak esetek, amelyekben a 2 merev kategória, amely csupán a minden vagy semmi irányban való döntést engedi meg, a bírói gyakorlatban is problémát jelent és nyilvánvaló, hogy az idő megérezt a fogalmak tisztázására. Nem értek egyet *dr. Halász* referátumának azzal a megállapításával, hogy ha a minősítés alapját képező büntettnak nincs alanyi oldala, mert az alanyi oldal kizárólag a lerészegedéshez kapcsolódik, hogyan képezheti mégis a büntettnél a minősítés, gyakorlatilag a büntetéskiszabás mértékének az alapját. Véleményem szerint ez egyenlő a tárgyi felelősség megállapításával, ami pedig szembenáll a szocialista büntetőjog alapvető elveivel. De ettől eltekintve is kétségtelen, hogy vannak esetek, amelyekben valamely különleges cél, motívum vagy szándék aktuális jelenléte egy bizonyos bűncselekmény szükséges, inhaerens elemét képezi. Ha a tettetst bármilyen ok képtelenné teszi arra, hogy ilyen szándékot alakítson ki magában, úgy előfordulhat, hogy nem azt a bűncselekményt követte el, amellyel eredetileg vádolva volt. Természetes és szükségszerű, hogy minden államnak megvan a maga jogi struktúrája, és hogy a bíróságot ténykedésében ez a jogi struktúra köti mindaddig, amíg érvényben van. De a jog a társadalmi struktúra felépítménye és mivel társadalmunk fejlődése állandó mozgásban van, a jogi struktúra sem merevedhet el, hanem mozgásában a társadalmi fejlődés mozgását kell követnie. Végül természetesen fenntartom azt az álláspontomat, amelyhez egyébként *Mária Béla* is a leghatározottabban csatlakozott, hogy elmeorvosilag elfogadhatatlan egy olyan eljárás, amely a kóros részszéget heveny psychosisisnak tekinti ugyan, de csupán első ízben értékeli beszámíthatóságot kizáró állapotként, újabb előfordulása esetében már nem. Teljes mértékben osztom *Mária Béla* álláspontját, amely szerint a kóros részszégre hajlamos személynél már maga az ivásra való késztetés is kóros és más megítélés alá esik, mint a szokványos alkoholistánál.

„A pszichiatriai kórformákat meghatározó geographiai, climatológiai, biológiai, szociológiai, ethno-pszichológiai és kulturális tényezők Algériában”

Dr. PISZTORA FERENC

A pszichiatriának nemcsak történelme, de földrajza is van. A psychopathológiai jelenségek gyakorisága, egyes tünetekben való relatív gazdagsága, illetve szegénysége, kapcsolatuk a kérdéses vidékre jellemző somatikus betegségekkel, magának az abnormalitásnak a mércéje, az emberi közösség viszonyulása az elmebetegekhez, a téves eszmék tartalmai, a neurosisokhoz vezető konfliktusok sajátosságai, a neurotikus munkamódok „stylusa” stb. a különböző földrajzi területekhez kapcsolódó fizikai-biológiai és szocio-kulturális milieu-től függően meglehetősen változatosságot mutatnak. E változatosság leírásával és okainak a keresésével foglalkozik a geographiai, az összehasonlító ethno és a transzkulturális pszichiatria [1].

(1): Jelenlegi kiválóbb képviselői: *M. Mead, J. C. Carothers, H. Aubin* (Fekete és Észak-afrikai, valamint India-i vonatkozásban) stb.

Algéria, a maga számos heterogen struktúrájával kiváló alanyul kínálkozik az ilyesfajta milieu-analysisre. A földkerekségnek bizonyára kevés olyan országa van, mint ez, amelyben úgyszólván minden téren a heterogén elemek folytonos kontrasztjával találkozunk: a geographiai felszín és a klíma vonatkozásában az Atlasz hófödte csúcsai és a Szahara homoksivatagjainak kontrasztjára gondolunk; az életmód terén a helyhezkött, ősi hagyományok szerint élő városlakók és a szabadon vándorló nomádok ellentétére; nyelvi, kulturális és részben anthropologiai vetületben a berberophon és arabophon kettősségre, valamint a berber és a muzulmán jog, szokások stb. különbözőségére; szociológiai síkon a dúsgazdag, volt nagybirtokosok, a „colon”-ok és a nincstelen földmunkások, a „fellahok” társadalmi szembenállására; politikai vonatkozásban gyarmatosító és gyarmatosított, fehér ember és benszülött oppositójára; kulturális téren az Izlám tradicionális, konzervatív világnézetének és a modern technikai civilizációnak és a nyugati típusú, elsősorban francia kultúrának gyökeres különbözőségére; vallási vonatkozásban a mohamedán világ és a keresztény közösség hitének, szokásainak, ünnepeinek eltérő voltára stb.

Jelen összefoglalóban, melyben csak a leggyakoribb és legjellemzőbbnek tűnő összefüggések ismertetésére szorítkozhatom, e sokszínű algériai milieu-nek elsősorban a psychopathológiai tüneteket meghatározó szerepét kívánom elemezni, elsősorban aetiológiai synopsis formájában.

Forrásanyagomat illetően: saját tapasztalataimon kívül, melyeket a Centre Hospitalier et Universitaire d'Alger, más néven az Alger-i Mustapha kórház pszichiatriai osztályain való egyéves működésem során volt alkalmam gyűjteni, kiterjedten támaszkodtam a Constantine-i, a Blida-Joinville-i (Algéria legnagyobb, több ezer ágas központi elmegyógyintézete) stb. intézmények látogatása kapcsán az ott dolgozó, s az észak-afrikai milieu-ben már hosszabb tapasztalatokkal rendelkező kollégák információira is. Továbbá, ilyesfajta összefoglaló készítésénél lehetetlen volt figyelmen kívül hagynom a Professzor *Antoine Porot* által létrehozott ún. „algériai iskola” kiváló képviselőinek (*M. Porot, J. Sutter, Th. Kammerer, Y. Pélicier* stb.) számos idevonatkozó publikációját, továbbá a felszabadult Algéria szószólóinak — elsősorban a forradalmár író és pszichiáter, *Frantz Fanon*nak — a „décoloniser l'histoire, décoloniser la psychi-

atriel” célkitűzés jegyében íródott, s a „kolonialista pszichiatria” megállapításait bíráló kritikai szempontjait sem mellőzhettem.

A környezet számos tényezőjét három alapkategóriára tudjuk redukálni: fizikai, biológiai és szocio-kulturális hatóerőkre.

A *fizikai* hatóerők közé soroljuk mindenekelőtt a geographiai és a climatologiai adottságokat.

Közvetlen, psychopathologiai reakciókat is provokáló *geographiai* hatóerőknek tekinthetők pl. a földrengések, amelyek, mint általában Észak-Afrika partvidékén, úgy Algériában is jól ismert, rettegett jelenségek. Elég legyen csupán az újabbak közül a legsúlyosabbra utalnunk: 1934. szeptember 8-án éjjel Orléansville-t érte földrengés, ami pontosan 20 évvel később, 1954. szept. 8-ának éjszakáján nagy erővel újból megismétlődött. Utóbbi alkalommal az épületek 90%-a károsodott, több ezer személy vesztette az életét, s 60 000 személy maradt hajlék nélkül. A vonatkozó psychés reakciókat *M. Porot* (1955) írta le: főleg álmatlanság, tartós ideg feszültség, éjjeli félelmek, hysteriform crisisek voltak észlelhetők, többségükben férfiaknál; számos 10 és 15 év közötti gyermek vagy egyáltalán nem mert visszamenni a városba, ahonnan kimene-kültek, vagy ha mégis, úgy nagyfokú rettegés vett erőt rajtuk még hosszabb ideig. Feltűnő volt továbbá, hogy a muzulmán populatio a kezdeti ijedtséget követően milyen beletörődéssel és passiv resignatióval konfrontálódott a nagy-mérvű pusztulással és gyásszal.

Climatologiai tényezők alatt a hőmérséklet, a páratartalom, a légnyomás, az insolatio, a légköri csapadék és elektromosság stb. együttesét értjük.

A fővárosban, — amely tengerparti fekvésénél fogva beleesik abba a kb. 200 km-es mélységű északi sávba, ahol az ún. mediterrán klíma uralkodik — különösen a júliusi és augusztusi klíma fárasztó, e hónapokban a relapsusok gyakoribbá váltak, osztályainkon a betegfelvétel kb. 50%-kal megnőtt. A több héten át tartó egyenletes, párás melegben a délelőtti vizitek alkalmával még ágyukban fekvve is izzadni láttuk betegeinket, s a psychomotorosan nyugtalanabbak is átmenetileg mozgásszegénnyé, adynamiássá váltak [2].

(2): Magának Alger-nak, a fővárosnak a téli középhőmérséklete 12, a nyári 25,6 fok. A maximális nyári hőmérséklet árnyékban 35-től 42 fok, a téli napon —1 fok. A páratartalom átlaga azonban nyáron 72%, de a tenger közelsége miatt gyakran 95—100 százalékot is elér, ami már a csekélyebb meleget is nehezen elviselhetővé teszi. — Lent, a Szaharában a levegő igen száraz, s egész nap észlelhetők az Egyenlítő felé fújó passzát-szelek. (E tényezők együttese magyarázza pl. a trachoma gyakoriságát a szaharai területeken.) Ehhez járul még a nagyfokú párolgás és az esőzések ritka volta. A vízhiány — főleg nyaranta — számos nomád szomj-halálát okozza, ha a magukkal hordott kecskebőr tömlőikből kifogy a folyadék, s a közelben nincs éppen vízelőhely. Szaharai utamon saját szememmel láthattam a nyájaikat terelgető beduin gyermekeket, akik az autótút mellé húzódva, sóváran vizet koldultak. A szaharaiak között gyakori továbbá a periodikusan jelentkező akinetikus catatonia.

A klíma az élet és munkarendet, s a therapiás lehetőségeket egyaránt befolyásolja [3]. A psychiatriai osztályokon májustól szeptemberig nem végeznek sorozatos inzulin-coma kezeléseket, sem nagyobb ES halmozást, hogy elkerüljék a külső hőmérséklet és e kezelések mellékhatásaiként jelentkező dehydratio cummulálódását.

Részben a klíma közvetett pathogén hatásának tudható be némely toxicomania (pl. az ún. „alcooolisme colonial”) gyakorisága.

A meleg azonban leggyakrabban az alutápláltság, az exhaustio, valamint a sok szülés, bélférgesség, a malária miatt oly gyakori anaemia talaján fejti ki direkt pathogenetikai vagy praedisponáló hatását [4]. Különösen az elmebetegek, akik spontán sokszor egyáltalán nem, vagy legalábbis nem kielégítően táplálkoznak, válnak nyaranta exsiccosis, extrarenalis azotaemia stb. áldozat-

taivá. A hiányos folyadékbevitelhez és az erős izzadáshoz olykor még a fertőző betegségeket kísérő hányás és hasmenés is társul, s ha a szív és a vese nem bírja el a szükséges infúziókat, a beteg gyakran exitál. Főleg Constantine-ban dolgozó kollégák beszámolójából hallottam a nyári dehydrációs syndromák feltűnő gyakoriságáról, — elsősorban paediatricai és psychiatricai beteganyaggal kapcsolatban — amit magyarázni látszik az a körülmény, hogy a nagy, 2000 ágyas Constantine-i kórházba a Szahara északi peremének a lakossága is eljut már.

A *biológiai tényezők* közül elsőként az endemiás és epidemiás járványos betegségekért felelős *kórokozókat* említjük. Ezek hatékonyságát az ország alulfejlettségéből eredő rossz szociális körülmények, továbbá az egészségügyi ellátás hiányosságai nagymértékben elősegítik [5]. Az algériai közegészségügy legégetőbb kérdései ma is: a tbc, a malária (egyes helyeken, mint pl. Orán megyében, ahol sok tó van, a lakosság 90%-a fertőzött!), a syphilis, a trachoma (Szahara), az intestinalis parasitismus különböző formái (Cestodák, bilharziosis stb.), s az időszakos polyomyelitis, diphtheria és pertussis járványok. Gyakoriak a főleg az első három életévben jelentkező abortív encephalitisek, s miután a szülők többnyire csak kifejezetten magas láz esetén gondolnak arra, hogy számos gyermekük valamelyike beteg, az orvosi segítség nélkül átvészelt agyvelőgyulladás számos késői következményével lehet találkozni. (Gyermekekori encephalopathiák, oligophreniák, epilepsiák stb.)

Melyek a fertőző betegségek psychiatricai vetületei?

H. és B. *Aubin* (1955), de főleg M. *Porot* (1950) írták le a főleg pleuralis vagy pleuro-pulmonalis localisatiójú, kevésbé aktív, chronikus tbc-hez csatlakozó, s Észak-Afrikában igen gyakori psychés képet, amelyet intenzív somatikus és psychés asthenia jellemez. A psychasthenia atypusos, depressív színezetű szorongás, kényszerek, s hypochondria keverékéből áll. Ez a habitualis testi és lelki elesettség, párosulva a keleti fatalismussal, a betegeket sokszor önelhagyásra, a minden gondtól való mentesülésre, a „minden mindegy” filozófiájára készíti [6].

(3): Alger-ban általában délelőtt 9—12-ig, s délután 3—6 óráig dolgoznak az emberek, a déli órákat — főleg nyáron — alvással töltik. Ezt az élettanilag compenzáló hatását pihenést, melyet ősi gyakorlati tapasztalatok alakítottak ki, indokoltá teszi a meleg miatt megnövekedett anyagcsere, továbbá a fokozott folyadékfelvétel következtében a keringésre és a szív működésre rótt megterhelés.

(4): Mentalpathologiai vonatkozásban — Fekete-Afrika-i tapasztalatait egybefoglalva —, J. C. *Carothers* (1954) szintén a klíma, az infectióktól legyengült szervezet és az alultápláltság együttes pathogenetikai hatását hangsúlyozza.

(5): 1954-es statisztika szerint kb. 2 millió dolgozó volt munka nélkül. Éhségtől hajtva, a lakosság az ország belseje felől tízezrével vándorolt az északi nagyobb városok és kikötők felé. Csupán Alger, a főváros kültelki lakossága 1954 és 1959 között megduplázódott. Számos család csupán a kis gyermek cipőtisztítók, az ún. „cireur”-ök csekély keresetéből élt, akik a felszabadulás előtt egy nép szenvedésének és megalázottságának pathetikus symbolumai voltak. A nagyobb városok körül nyomornegyedek, „bidonville”-ek keletkeztek, melyekben egy személyre sokszor csak két négyzetméternyi lakótér jutott. 1954-ben a városlakó muzulmán családok 82%-a csak egy lakóhelyiséggel bírt, arra átlagban 4 személyt számítva; a vidékiek 99%-a élt egy helyiségben. E zsúfoltságnak azután természetszerűleg jelentős szerepe volt sok fertőző betegség, így első sorban a tbc és a rubeola elterjedésében. — Az egészségügyi ellátást illetően: 1956 végén 9 és 1/2 millió lakosra 1807 orvos jutott, s ezek 70%-a a 8 nagy északi városban működött, amelyek az akkori európai lakosság 63%-át csoportosították. Algéria többi részére, ahol 8 millió muzulmán élt, csak 570 orvos jutott. 1966-ban, Prof. *Colonna* adatai szerint (Caritas-Presse, IV. février 1966) a helyzet még rosszabb lett: 12 millió lakosra jutott 1478 orvos, akik között 400 volt algériai.

(6): 1946-ban Prof. *Lévy-Valensi* a tbc-sek számát Algériában 400 000 körül becsülte, melyeknek csak 1/5 része volt európai!

A malária, a „paludisme” neuro-pszichiatriai vonatkozásaival *Th. Kammerer* (1942) és *J. Sutter* (1944) foglalkoztak részletesen. Megállapításaik szerint a mocsári láz keltette, többnyire rövid epizódok formájában jelentkező psychosik („confusion mentale”-nak megfelelő tudatzavarhoz csatlakozik excitált maniform vagy melancholiára emlékeztető syndroma, utóbbi elhúzódóbb jelleggel) és chronikus astheniás formák gyakoriak Algériában.

Feltűnő gyakoriak a muzulmán, elsősorban női populációnál észlelhető secundaer anaemiák és neuro-anaemiás syndromák, amelyeket psychés zavarok és epilepsiák is kísérnek. *A. Porot* hangsúlyozta, hogy bármilyen eredetűek is e secundaer anaemiák (malária, intestinalis parazitizmus stb.), rendszerint psychasthenia, anxietás, olykor melancholia is társul hozzájuk.

Az algériai pszichiatriának azonban kétségkívül egyik legpregnansabb jellemzője a puerperalis psychosikok nagy számban való előfordulása. 1958—59-ben a 2000 ágyas Blida-Joinville-i intézet összes elmefelvételeinek 12%-át tették ki a puerperalis psychosikok. (E legnagyobb elmekórházban az ágyak valamivel kevesebb, mint a fele női ágy.) 1966—67-ben a Nagy-Alger-ra viszonyított évi betegfelvételben a fővárosi pszichiatriai intézmények statisztikái kb. ugyanezt a százalékot mutatták.

A puerperalis psychosikok legfőbb okai: a nők gyakori szülése (7), a számos korai anyaság, az alultápláltság, a fizikai kimerülés, a szülés körüli sterilitas hiánya, a nőknél gyakori hypochrom anaemia (átlagban 3 millio körüli vörösvérsejtszámmal!) stb. A puerperalis psychosikok többnyire a szülést követő 8. és 15. nap között robbannak ki. Létrejöttükben auto-intoxicatiós folyamatok, infectiók, s psychogen ártalmak külön-külön, vagy egymáshoz társulva változó arányban játszanak szerepet. A phaenomenologiai képben a confuso-oneroid tudatzavarokkal jellemzett syndromák inkább toxico-infectiókra, a hangulati élet depressív jellegű zavarai az alapszemélyiség reactio módjára, vagy psychogen konfliktusokra jellemzőek. (8)

(7): Tudnivaló, hogy Algériában rendkívüli a népszaporulat: 1963-ban a 11 millió lakoshoz viszonyított évi 400 000 szülés Algériát ezen index terén a világ első helyére emelte. E nagyfokú szaporaságot mindenekelőtt a család, a törzs továbbörökítésének a kultusza és kötelessége magyarázza, továbbá a muzulmán vallás abortus tilalma, s az anticoncipienszerek ismeretlensége. Az egyetlen természetes védekezési kísérlet: a muzulmán asszonyok — e tekintetben hasonlóan a spanyol és portugál nőkhez — a szoptatás idejét olykor két évig is megnyújtják, részben azért, hogy egyéb értékes tápszert hiányában csecsemőjüket legalább tejükkel tudják táplálni, másrészt, mert úgy vélik, hogy a lactatio alatt nincs fogamzás.

(8): A psychogen konfliktusok elsősorban a már a házasságkötéskor fellépő problémák prolongációinak tekinthetők. A házasságokat ugyanis majdnem kizárólagosan a szülők kötik, következésképpen a fiatalok egymásnak sokszor csalódást okoznak. Ismert klinikai megfigyelés ebben a környezetben, hogy az első szülést követő, s depressio formájában jelentkező gyermekági psychosis a férj elutasításának symbolumaként értékelhető. Gyakori a szülést követően kialakuló frigiditas is. Nem ritkák a féltékenységi psychosikok sem. Ritkábban az újszülött meggyilkolása is előfordul, mint pl. egy betegünkénél, aki mind a négy szülését követően megfojtotta a magzatát, majd utána depressio alakult ki nála önvádásokkal. A sokgyermekes asszonyok jellemző reactiója, hogy az újszülöttel szemben olykor fellépő ellenséges érzületük irradiál többi gyermekükre is, amit magyarázni látszik az újabb utód révén a gyermekgondozás terén megnövekedett feladatuk és a legyengült állapotuk miatti tehetetlenség közötti kontrasztélmény.

MM. Assicot, Dequeker, etc. (1961) nagyobb felmérések alapján úgy találták, hogy a leggyakoribb forma a szorongással társult confuso-oneroid tudatzavar, vagy a csak felületesen confus tudati állapot maniform excitatioval. A schizopreniaszerű képek, a mély depressiók, catatoniform stuporok, továbbá az

* Az émelyítően édes sütemények mindenfajta ünnep tartozékai.

infectiosus deliriumok (egyesek a puerperalis psychosist „délire méta-infectieux”-nek tekintik.) szerzők szerint kevésbé gyakoriak. Saját tapasztalataim alapján a relative gyakori puerperalis képek közé sorolnám a „psychose délirante aigue”-t is, vagyis azon acut exogen típusú tudatzavart is, amelynél érzékesalódások is fellépnek, valamint az anxietással is kísért depressiókat, s paranoid reakciókat is. Egyebekben az Észak-Afrikában hosszabb ideje dolgozó kollégák tapasztalatai is megerősíteni látszanak azon régi klinikai megfigyelést, mely szerint a puerperalis psychosison átment, s nem kellően kezelt személyeknél a későbbiekben aránylag gyakran fejlődik ki schizophrénia.

Az alultápláltság Algériában még mindig relative gyakori, főleg gyermekek-nél. E hiány akadályozza a gyermek normális neuro-psychés fejlődését, a felnőttéknél pedig astheniás, subdepressiv, characteropathiás képek kifejlődéséhez vezet (9). A népies szólásmód szerint a bennszülött lakosság főleg napfényből, narancsból és kenyérből (ami ti. olesó!) él. Az émelyítően édes sütemények mindenfajta ünnep tartozékai. Bizonyára e túlzott és egyoldalú szénhidrát-fogyasztás az oka a gyakori diabetesnek az arab lakosság körében. Az 1966 ápr. 1.-én Kuwait-ban tartott V. összarab orvoskongresszus éppén ezért a minden arab országban nagymértékben elterjedt diabetes és allergiás betegségek fokozott tanulmányozására hívta fel a jelenlevők figyelmét.

(9): Az 1949-es afrikai táplálkozástani konferencia a kontinens egészére vonatkozóan megállapította, hogy a lakosság zöme állandóan vagy legalább is időszakosan alultáplált: túl kevés állati fehérjét fogyasztanak, a növényi fehérje felvételük kevésbé változatos, essentialis amino-savakban hiányt szenvednek.

A calcium és jódhiány okozta endemiás golyva Afrikában gyakori (Algériában főleg a hegyes Kábyliában), minden psychiatriai konzekvenciájával (oligsphrenia stb.) együtt (*H. Aubin*, 1955).

A disznósír használatát a muzulmán vallás éppúgy tiltja, mint a disznóhús fogyasztását. Ha egyáltalán módjuk adódik húsevésre, úgy főleg a sovány birka és marhahúst fogyasztják, s a helyileg termő olajbogyó kitűnő növényi olaját használják főzéshez.

Ily módon, részben az alultápláltság, részben a zsírszegény koszt következtében érelmeszesedés, magas vérnyomás, s az ezekkel kapcsolatos szövödmények (apoplexia, thrombosis stb.) úgyszólván alig fordul elő. Ez annál meglepőbb, mivel a közel nyolc évig tartó véres háború a polgári lakosságot is egészen közletről érintette. Ennek ellenére neurogen hypertoniát nem volt alkalmunk észlelni, ellenben a 90—100 Hgmm-es systoles értékekkel gyakran találkoztunk.

A muzulmán lakosság psychiatriai morbiditásában — akár direkt pathogén, akár csak praeformáló vagy praedisponáló jelleggel — nem elhanyagolható szerepet játszanak a különféle *exo-toxinok*, ide sorolva mindenekelőtt az alkoholt és a kábítószereket.

M. Porot (1941) mutatott rá tanulmányában, hogy a munkaerővándorlás, a világháborúk (sok algériai szolgált a francia hadsereg kötelékében különböző európai frontokon!), a közlekedési eszközök fejlődése stb. következtében az alkoholizmus aggasztóan növekszik a muzulmán lakosság körében. Míg a vidéki lakosság jó része — már csak a Korán tilalma miatt is — akceptálja az alkohol-abstinentiát, a városban lakók mind többen és mind mértéktelenebbül isznak (10). *Assicot, Dequeker, etc.* (1961) alkoholizmus kapcsán gyakorlatilag írták le az epilepsiás, excito-motoros, chronikus téveseszmés, s korai senilis involutióhoz vezető szövödményeket, ritkábbnak a klasszikus delirium tremenst. A bennszülött lakosságra jellemző, hogy nála könnyen és gyakran pathologiás részegség fejlődik ki. Több praedisponáló tényezőn kívül magyarázza ezt az együlésben elfogyasztott aethyl nagy mennyisége. A nagy ivók a muzulmánoknál elsősorban kínzó hangulati zavarai, existenciális problémáik

elől menekülve, a részegség euphorizáló hatását keresik, s ezért fizikai és anyagi lehetőségeik szélső határait kimerítve isznak.

(10): A fővárosban 1966—67-ben a heveny vagy chronikus alkoholizmus miatt felvett betegek az összfelvétel 10—25 %-át képezték a különböző pszichiatriai intézményekben. *M. Porot* említi, hogy a statisztikában a nagy ivók százaléka emelkedik ki, vagyis azoké, akik naponta 2 aperitívnél, illetve 1 liter bornál többet fogyasztanak. A bor olesó Algériában, ezért az alkoholisták főleg borivók, egyes vidékeken ánizslikórt isznak. Jelentős az alkohol kriminalisztikai hatása: 1962 előtti statisztika szerint 100 bűnözés miatt internált muzulmán elmebeteg közül 60 bizonyult iszákosnak, s ebből 40 ún. „nagy ivó”-nak.

Algériában a leggyakoribb toxicomania a hasisismus. A „chanvre”, vagyis a kender szárított leveleit szívják kis pipában, cigaretta stb. formájában az ún. „fumeurs dekif”, akik jó része az alvilág tagjaiból verbuválódik, valamint a dokkmunkásokból. A chronikus kif szívók az apathia és a labilis kedélyállapot képét mutatják. *A. Porot* nagyobb tanulmány keretében (1942) írta le az „ivresse cannabique” fázisait, s egyben kiemelte, hogy Algériában gyakoriak a polytoxicomanok, akik alkoholt és heroint is fogyasztanak. Mindez az impulsivitásra amúgy is hajló benszülötteknél sokszor szorongásos raptusokhoz, meneküléshez, esetleg gyilkossághoz is vezet olykor.

A *szociológiai tényezők* közül először a *demographiai adatok* pszichiatriai vonatkozásait tárgyalom. Algériában belső és külső emigrációról beszélhetünk: az országon belül a lakosság dél felől az északi, iparilag jobban fejlett és kikötővárosokkal rendelkező parti sáv felé vándorol munkát keresni. 1962, a független ség éve óta a fővárosból többnyire pánikszerűen menekülő franciák helyére az Alger-val szomszédos Nagy-Kabylia lakossága szivárgott be elsősorban, úgy, hogy az 1966-os népszámlálás szerint kb. 1 millióra felduzzadt metropolis lakosságának legkevesebb 55 %-a kabyl. (11) Másrésztől az algériaiak vándorlása az anyagilag előnyösebben fejlődött civilizációk, így elsősorban Franciaország felé irányul. Ilyen kivándorlás nagyobb hullámban az első világháború alatt, majd a második világháború után (120 000 személy) következett be. 1954 és 1960 között 400 000-en vándoroltak ki (ezek fele kabyl), s keresetükből 1,5 millió Algériában maradt családtagot tápláltak (12). Az emigráció okai: mindenekelőtt a nagy népszaporulat (13), a gyarmatosítás idején földjeik elvesztése, a munkanélküliség stb.

A nyomor hajtotta emigránsok többsége Franciaországban a legnehezebb és legveszélyesebb fizikai munkákat végzi, sokszor rasszista előítéletek közepette,

(11): 1962, az Independencia éve előtt 1 millió fehér ember élt Algériában, jelenleg csak kb. 100 000. A népsűrűség főleg az északi, partmenti területekre koncentrálódik: míg Alger környékén 1 négyzetkilométerre több, mint 500 lakos jut, addig a szaharai területeken csak 10—20.

(12): Jelenleg Franciaországban kb. 600 000 északafrikai él, többségükben algériaiak.

(13): 1911-ben 4 740 000 muzulmán lakosa volt Algériának. Az 1966-os népszámlálás már 12 millióról számolt le. A népszaporodás eddigi ütemét tekintve számítani lehet arra, hogy a benszülött lakosság kb. minden ötven évben megduplázódik. Ez a növekedés nem a halálozás csökkenésének, de a szaporodás gyors ütemének tudható be. (A gyermekhalandóság elég magas: kb. 10 %-os.)

Nem ismervé az anticonceptiót, teljesen a természet ritmusa szerint szaporodnak, vagyis a legtöbb fogamzás tavasszal, a legtöbb szülés januárban történik. Családonként átlagban 6—10 gyermekkel lehet számolni, de nem ritka a 15—20 gyermek sem. Így kevésbé meglepő az a tény, hogy Algéria nemcsak nemzeti függetlenségét, de lakói életkorát tekintve is egészen fiatal ország: több, mint 50 %-a 20 év alatti, a további kb. 30 % is 30 évnél fiatalabb. 1954-es statisztika szerint azonban a lakosságnak csak 5 %-a volt több, mint 60 éves.

gyakori adminisztratív vexaturáknak kitéve, s távol szeretteiktől. Az adaptatio az európai szokásokhoz, koszthoz stb. nehéz a számukra, s a túlnépesedett városok ölen sokszor valóságos izolációban kerülnek. Leginkább Franciaországba

érkezésüket követő 3. és 6. hónap között manifesztálódnak náluk psychés zavarok, mint depressio, szorongás stb., s igen gyakran gyomorfekély (Daumézou, etc. 1958.)

Meglehetősen gyakoriaknak találtuk továbbá a Franciaországból 1962 után hazatelepültek között a vonatkoztatásos, megfigyeltetéses, üldöztetéses paranoid képeket. Ezek kifejlődését jórésben a körülmények magyarázzák: a függetlenségi harc alatt ezek a Franciaországban élő algériaiak a franciák előtt voltak gyanúsak, hazatértük után viszont sokszor honfitársaik előtt, amiért kívül maradtak a nemzet élet-halálharcán.

Ugyancsak sok olyan beteget láttunk, akik külföldön jelentkező betegségüket sikertelenségüket, vagy akár kínzó honvágyukat, s az ezek miatti szükség-szerű hazatérésüket azzal magyarázták, hogy otthonról szőtt boszorkányság, nők által gyakorolt mágia stb. áldozatai lettek.

*Anthropologiai*lag a mediterrán népek — így részben az algériaiak is — az ibero-inzularis (mint pl. a berberek) vagy a semi typushoz (az arabok és a zsidók) tartoznak. A pszichiatría számára azonban a vonatkozó fajták morpho-typologiai indexein túlmenően elsősorban azok szocio-kulturális jellemzői (Böszörményi Z. 1967), másszóval ethnographiai, ethnopsychologiai, kulturális anthropologiai sajátosságai bírnak jelentőséggel.

Az ethnikaiklag a berberek (14) közé sorolandó kabylok — számarányukat és társadalmi befolyásukat illetően — Algériában ma a legfontosabb nemzeti kisebbségnek tekinthetők. A kabylokot hegyi országuk szegénysége, s a nagy népsűrűség — a Djurdjura hegység körül négyzetkilométerenként 100—200 lakos települ — arra kényszeríti, hogy másutt keressenek munkát. Házaló árusok, mezőgazdasági szezonmunkások, s egyre nagyobb tömegekben ipari munkások a városokban vagy Franciaországban. Keresetük javarészt hazaküldik, s ennek elosztásáról a legidősebb férfitag dönt. Általában csak a böjti hónap, a Ramadhan tartamára jönnek haza. Sokszor egy második, francia asszonyt is hoznak magukkal, amiből gyakran családi drámák adódnak. Vándorlásukból kifolyólag a világ felé nyitottak, tájékozottak, bátrak, takarékosak, s többnyire ravasz gyakorlatias észjárásúak. Szülőföldjükön ugyanakkor családi kötelekeikbe zárkoznak, ami izolált házaik s falvaik településformáiban is kifejezésre jut (15). Nők becsületére rendkívül kényesek, azokat leginkább bezárva tartják. Féltékenyek, s mint népi kisebbség, érzékeny természetűek. Bizonyára ez magyarázza, hogy gyakori náluk a politikai, üldöztetéses, féltékenységi téveseszmékkel jellemzett paranoid képek kifejlődése. Olykor szerelemféltésből, féltékenységből, vagy a család jó hírnevének megóvása érdekében leányaikat és asszonyaikat meg is ölik.

A történelem folyamán a berberekkel történt nagymérvű keveredés miatt az ethnikaiklag tiszta arab szigetek viszonylag ritkák, ezért ma inkább csak arabopohonokról (16) beszélünk. Ez azonban nem akadályozza annak, hogy arab részről bizonyos hallgatóságos diszkrimináció érvényesül a mozabitákkal, a négekkel, sőt olykor még a kabylokkal szemben is. Így pl. arab és kabyli házassága „mariage mixte”-nek számít ma is, ami olykor konfliktus-neurosisokat provokál.

A neurosisokhoz, vagy heveny psychosisokhoz vezető psychogén konfliktusok igazi melegágya azonban az arab és berber társadalom családi-törzsi szerkezeti felépítésében, illetve férfi és nő hagyományos relációjában található meg. E társadalomban úgy a fiatal férfi, mint a fiatal nő, sőt, a fiatal házaspár is — önállósága rovására — jóformán teljesen alá van vetve a kötelező erejű törzsi szokásoknak s az öregek akaratanak (17). Mindez, magától értetődően, számos konfliktus forrása.

(14): A berberék, Algéria őslakói, az ország lakosságának kb. 35%-át teszik ki, túlnyomó többségük Kis és Nagy-Kabyliaiban és az Aures hegységben él. Miután számos keveredésen mentek át (arabokkal, négerekkel stb.), manapság anthropologiailag nem tekinthetők homogen fajtának, csupán nyelvük alapján foglalhatók egy csoportba. Megjegyzendő, hogy írásuk ma sincs, a berber csak beszélt nyelv maradt mindvégig. G. H. Bousquet (1961) szerint nemzetalkotó törekvésük a történelem folyamán sohasem volt.

(15): Algériában a legfontosabb és a legjobban szervezett patriarchalis típusú társadalmi sejt a „kharrouba kabyl”, vagyis a családfő köré tömörült, térben is összeszűkülten élő, egymással maximálisan szolidáris rokonok csoportja. Nagy-Kabylia törzsi szervezetben élő zárt falvai a régi olasz városállamokra hasonlítanak. Főleg azelőtt, olykor évekig is harcoltak egymás ellen. A vérbosszú és a vérdíj némely helyen még ma is szokásban van náluk.

(16): H. Sérouya (1962) szerint elsősorban a geographiai milieu, vagyis a sivatag volt az, amely a maga folytonos, váratlan és erőteljes változásaival determinálta az arab lelkét. Ezt szintén a „juxtaposition des contraires” az ellentétek egymásmellettsége, az egyik végtelből a másikba való hirtelen átesés, a változtatások szeretete, bizonyos fajta állhatatlanság stb. jellemzi.

(17): Az algériai család, illetve a tágabb értelemben vett család, a törzs élén — kivéve a touaregeket, akik közel állanak a matriarchatushoz — annak legidősebb férfitagja áll, aki egy személyben házi bíró, a munkák és a jövedelmek elosztója, minden vitás kérdés eldöntője, a házi kultusz papja, leányai szuverén férjhezadója stb. Jelenlétében a familia fiatalabb tagjainak őrizkedniük kell a dohányzástól, evéstől, vagy hangos beszédtől. Halála után legidősebb férfitestvére, vagy fia lép az örökébe.

(18): A Maghreb-en Északafrika muzulmán országait értjük, vagyis Algériát, Marokkót, Tunéziát és Lybiát. Marokkó konzervatívabb (király uralkodik, az egyházi és világi törvénykezés teljesen összefonódott, pl. Ramadhan alatt a nyilvános bőjtszegőt a rendőrség viszi el, az iskolákban kötelező a rituális ima végzése, stb.), Tunézia liberálisabb Algériánál. (Tunéziában a női emancipációs törekvések erősebbek, a női értelmiség nagyobb szabadsággal bír, a kétnembeli fiatalok szabadabban közlekedhetnek egymáshoz, a mágiában hívő népi mentalitás, s a varázslók, „marabout”-ok elleni harc kifejezettebb stb.)

Az egész Maghreb-ben (18) a férfi és női társadalom elkülönült. Már a nomád pásztor kunyhójában is függöny választja el a nemeket egymástól, s a városokban még a legegyszerűbb lakásokban is a női lakosztály szeparált. (Ph. Marçais, 1957.) Lakodalmak, összejövetelek alkalmával nők és férfiak teljesen külön szórakoznak. Az asszonyok születésüktől kezdve halálukig gyakorlatilag másodrendű állampolgárok, lényeges feladatuk a nemzetség továbbvitele, a törzs szaporítása. Az apa korán adja őket férjhez, átlagban 12—18 éves koruk között. (Újabbban a törvény tiltja a 15 éven aluli leányok férjhezadását, de erre, főleg délen, nem sokat adnak.) A fiatalasszony legtöbbször anyósa felügyelete alá kerül, s be kell olvadnia férje családjába. Az asszonyok zöme vidéken — de sokszor még a fővárosban is — teljesen elzárva, s lefátyolozva él, egyedüli útjuk a házon kívül a „bain maur”, a fürdő látogatására korlátozódik, rendszerint férjük kíséretében.

Az asszonyok teljesen a férfi tulajdonai. Az Izlám kodifikálta a régi arab szokást, mely szerint a férj egyetlen szó nélkül elküldheti az asszonyt a háztól a leányait megkérdezésük nélkül férjhez adhatja, s az ágyasain kívül még négy felesége lehet. (A polygamia ma már azonban csak főleg délen, a gazdagabb emberek köreiből dívik.)

Fenti adottságokat figyelembe véve könnyen érthető, hogy az asszonyi életben számos konfliktus-helyzet adódhat, amelyek azután heveny vagy elhúzódó, tünetileg rendkívül változatos reakciókat provokálnak. Kiemelendő, hogy a konfliktusok a benszültött lakosságnál gyakorta reaktív, heveny psychosisok formájában manifesztálódnak. (Így pl. az ún. „nuptiális”, vagyis menyegzői psychosisok keretében psychogen mániás, emotionalis stuporos, stb. képeket egyaránt láthattunk.)

A férfiakkal szemben fennálló kizárólagos birtoklási, mintegy valóságos kisajátítási igényéből magyarázható a náluk kifejlődő fél-

tékenységi paranoiák gyakorisága. A nőknél is gyakori „*accès de jalousie*”-t ismét más okok segítik elő. Főleg vidéken, ahol az asszonyok leginkább be vannak zárva, a férfiaknak viszont a külvilágban számos olyan útjuk van, melyekről nem tartoznak beszámolni, az asszonyoknak erre vonatkozó egymásközi pletykálkodása a féltékenység elindítója. Esetleg az idős férj új, fiatalabb asszonyt hoz a házhoz, aki kezdetben rendszerint privilegizált helyzetet foglal el, ami a másik feleséget sérti. A nagyobb városokban kapcsolatba kerülve az európaiak monogámiájával, az arab nők ezt a maguk részére is kívánatosnak tartanák, s ez, a tényleges szokásoktól eltérő tapasztalat vezet azután féltékenység kibontakozásához.

Felmerül a kérdés továbbá, hogy az egyes ethnikai csoportok pszichológiai és szociológiai karakterisztikumain túlmenően lehet-e az északafrikai benszülöttnél, az ún. „*Indigene Nord-Africain*”-nél általánosságban érvényes, meghatározó jellegű lélektani sajátosságokat kimutatni?

Tapasztalataim szerint igen. (Más kérdés, hogy e phaenomenológiai karakterisztikumokat a diencephalis túlműködés, illetve corticalis hypofunctio (A. Porot 1935., A. Porot és J. Sutter 1939), vagy a kolonializmusnak tudjuk-e be, társadalmi elnyomásának rovására írjuk? (Kiemeléssel szólva, a benszülött kollektív praemorbid személyiségének sajátosságai a következőkben körvonalazhatók: dominálón intuitív, mindig félelmek vagy vágyak által vezérelt, nem fogalmi és racionális, de elsősorban gyakorlati orientációjú gondolkozásmód; hiszékenység és erős fogékonyság a mágikus mentalitás irányában; a memória nagy fejlettsége, mellyel sokszor pótolják az írás és olvasás hiányát; az affectív-erotív skálán indifferencia, hypobulia, a tétlen szemlélődés szerepeltetése, fatalizmus; máskor hangoskodó euphoria, sokszor pánikig fokozódó szorongás, vak harag, impulsivitas stb. A fantázia és a kifejező mozgások nagy gazdagsága, amely sokszor a téveseszmék intellektuális kidolgozottságát hivatott pótolni; a magatartás terén szeszélyesség, revindicatio, theatralitás, a kritika rosszul tűrése stb. (19)

(19): H. Aubin (1955): „A benszülött általában üldöztetési, megszállottsági vagy hypochondriás képekkel reagál, továbbá apathiával, visszahúzóddással, mint a gyermek, szorongásos vagy dühös raptusokkal, mindenesetre azonban kevésbé méltatlansági vagy önvádlatos téveseszmékkel.”

Mindebből kifolyólag, gyakorinak találtuk a szorongás psychosomatikus tünetekbe való conversióját, vagy fenyegető tartalmú hallucinációkba való prociálását. A hypochondriák közül — főleg nőknél — gyakoriaknak bizonyultak a neurastheniás-sensohypochondriás képek (ez utóbbi a főleg csak félelmekkel jellemzett ideohypochondriával szemben a „testközelibb” formát képviseli, valószínűleg ezért gyakoribb a primitív lakosságnál), s a coenaesthesiák amelyeket sokszor színes metaphorák képében adtak elő — ezekkel sokszor a zoopathia gyanúját keltve (pl.: „Oroszlán karmolja állandóan a vállamat stb”) —, vagy boszorkányság, rontás általi befolyásoltság eredményének könyveltek el. Az osztályokon aránylag kevésnek tűnt a systemás téveseszmékkel bíró paranoiás vagy paraphren beteg, akiket a távolabbi vidékeken nem is tartanak gyakran elmebetegnek, de mint gyógyítók, boszorkánymesterek stb. működnek.

Melyek végezetül az algériai *mentalitás* összetevői és sajátosságai (20), amelyek a mentalpathológiában is tükröződnek? — Öt ilyen karakterisztikumot tudtunk találni:

(20): A mentalitas — eszmék, intellektuális diszpozíciók és hitek, sympathiák és előítéletek együttese —, amely túl az individuális különbségeken és árnyalatokon, mint stabil, általános és intenzíven ható meghatározottság és egyben meghatározó tényező, valamely társadalom minden egyedénél megtalálható. Sajátosan ezt vizsgálva az ún.

„kulturális anthropologia”. G. Bouthoul (1966) definícióját idézve: „A mentalitás a külvilág és mi magunk között a prizma szerepét képviseli, mintegy a priori-ja a megismerésünknek.”

1. Sajátos földrajzi helyzeténél fogva és történelméből eredően Algéria a legkülönbélebb népek (időrendi sorrendben: az őslakó numidák, mai néven berberek, föníciaiak, görögök, rómaiak, vandálok, arabok, törökök, zsidók, máltaiak, spanyolok, olaszok és franciák) keveredésének, a különböző kultúrák (görög-római, berbero-izlamikus és francia, gall) találkozásának, a különböző vallások (mágikus pogány, Mózes, Krisztus és Mohamed tanítása) konfrontációjának a színhelye. A történelem során 3 kontinens (Európa, Afrika és Délnyugat-Ázsia) adott itt randevut egymásnak. Mindebből eredően valóban adva van annak a lehetősége, hogy Algéria a „dialogus földje”, s egy synthesisében originális kultúra megteremtője legyen. (21)

(21): Az emberek tudatának a rétegeztségében, valamint a mindennapi élet tükrében egyaránt múlt és jelen kontrasztját, illetve a legváltozatosabb nüanszokban megmutatózó folyamatos átmenetét lehet felfedezni. Így pl. az Alger-i utcán megtalálhatók a tradícióknak megfelelően teljesen fehérbe öltözött, lepelbe burkolt és lefátyolozott asszonyok, a csak aréfátyolt hordók, s a teljesen modernül öltözők egyaránt. A szaharai mozabita városokban — amelyek a legkonzervatívabb vallási szekta tagjait tömörítik ősrégi falaik között — a legmodernebb gépjárművek és kereskedelmi szállítóeszközök nagy tömege látható.

Ezen ideológiai heterogenitásból eredően nem meglepő tehát, hogy muzulmán betegek téveseszmekörében olykor más vallásokból átvett töredékelemekkel is találkozunk. Továbbá, hogy az egy osztályon, egymás mellett kezelt különböző betegeinknél, vagy ugyanazon betegnél egymás után — sőt akár egyszerre is — a legarchaikusabb és a legmodernebb civilizációból vett téveseszmés tartalmakat találtuk. (Egy betegünk pl. egyidőben érezte magát a környezete által gyakorolt mágia által befolyásolva, s repülő csészéaljakon partraszállott Mars-lakók által üldözve.)

2. Az ősi, mágikus gondolkozásmód (22), amely még az Izlám előtti időkből ered, s részben az Izlám orthodoxiája által üldözött-, ma is rendkívül elterjedt, s igen hatékony egész Ész-Akafrikában, így Algériában is. (23). Az ún. „mentalité indigene”, amely a túlsúlyban levő falusi lakosság profilja, félúton helyezkedik el a fejlett európai és a Blondel, Lévy—Bruhl, stb. szerzők által tanulmányozott „mentalité primitive” között. Bármely szokatlan dolog jelentkezésekor — anélkül, hogy annak természetes és kézenfekvő okait kutatnák —, mindjárt természetfeletti akciót tételeznek fel, amelynek az ember alá van rendelve, s minden erőfeszítése legfeljebb ezen erők kedvező értelmű befolyásolására irányulhat. (A causalitas mágikus felfogásán kívül e mentalitas további jellemzői: a konkrét viszonylatokban való gondolkodás, a szabatosságra és absztrakcióra való képtelenség, a cathymiás gondolkozásmód, a fatalismus, a gazdag képzelőerő stb.) Az okkult erőkkal való számolás tehát, mint lehetőség, a benszüllött tudatának a peremén állandóan jelen van. Amidőn azután valamely, az egyedet existenciájában fenyegető, s ugyanakkor szokatlan, furcsa esemény történik, a mágikus erőkre való hivatkozás határozottan előtérbe kerül. Akár impotentia, akár a hitvestárs érthetetlen elhidegülése stb., de méginkább epilepsiás roham, valódi hallucinációk, psychés automatismusok, coenaesthesiák, test-schéma zavarok stb. váratlan jelentkezését azonnal varázslat, okkult akciók, boszorkányság, természetfeletti hatalmak beavatkozásának rovására írják. A psychosisok regressiv és dyssociativ folyamatainak — amelyek természetszerűleg a betegek előtt érthetetlenek tűnnek — másodlagos magyarázatul szolgál igen gyakran a djinnek általi megszállottság, a démonopathia feltételezése.

(22): *H. Aubin* (1965) definíciója szerint a mágia az a művészet, amelynek segítségével az élőlényekre és a dolgokra hat az ember ismeretlen erők (direkt mágia), vagy szellemek, démonok (indirekt mágia) segítségével. A mágia célja lehet rejtett és jövőndő dolgok megismerése, istenítélet, megrontás, vágyak, mint pl.: szerelem, termékenység, bosszú, stb. elérése.

(23): Az Algéria különböző vidékein meghonosodott legfontosabb ilyen mágikus jelentőségű babonák és hiedelmek a következők: Az állatok — főleg a fekete macska, a kakas, a kígyó stb. kultusza. A djinnek, vagyis az emberfeletti ártó szellemek félelme, akiknek a létét maga Mohammed, a Próféta is akceptálta, ez ősrégi tanítást átvéve a praeizlamikus vallásokból. A néphit szerint számos betegségnek, a női terméketlenségnek, s legfélelmetesebb képviselőik által maguknak az elmebetegségeknek is ők az okozói. A coprophagiát pl. külön djinn, a „Si Djatto”, a „nem természetes megkönnyebülés ördöge” okozza; a melancholikusok, a szorongók „Sidi Agoun”, a süketnéma ördög csapása alatt szenvednek, stb. Magam is számos ilyen „démonok által megszállott” beteget láthattam. — Igen jelentős továbbá a prófétáknál alacsonyabb kategóriájú, de szent embereknek, a marabout-oknak, sirhelyeiknek vagy élő leszármazottaiknak a tisztelete. Mindezek a pestist, terméketlenséget, boszorkányságot stb. elhárító, valamint gyógyító erejű áldásnak, a „barakának” a hordozói. A „tolba”-ák és az „iqqach”-ok a Korán, az írások titkos értelmének ismerői és transcendentális erők felhasználói. Főleg gyógyítással foglalkoznak. Rajtuk kívül vannak a „boszorkányok”, akiknek több fajtája is ismeretes, főleg cigányokból és négekből rekrutálódnak, s elsősorban jövőndomással, fekete mágiával, s ördögűzéssel foglalkoznak. Mindezen személyek a modern gyógyítási tevékenység komoly konkurrenciáját jelentik ma is, mint-hogy a betegek jórésze vagy kizárólagosan csak hozzájuk fordul, vagy a nagyobb biztonság kedvéért velük is kezelteti magát, sokszor még a nagyvárosokban is. *P. Bourdieu* (1963) találó megállapítás szerint: „Az Észak-afrikai Izlám a különböző vallási szintek (pl. animista devotio, naturalista kultusz, agrár ritusok, maraboutizmus, hiteles muzulmán vallásgyakorlat, dogma és misztikus ezoterizmus, stb.) hierarchizált együtteseként jelentkezik. Ezek a szintek azután a különféle egyedeknél más és más variációban és fontossággal integrálódnak.”

Úgy heveny, mint chronikus psychosisokban — *S. Taieb* (1939) megállapításával változatlan egyezésben — feltűnően gyakran találtam a befolyásoltatásos téveseszmék vagy túlértékelések jelentkezését. E jelenséget ma is az algériai mentalpathologia egyik fő karakterisztikumaként lehet értékelni. Ismerve azonban a babonás mentalitás nagymérvű elterjedtségét, a boszorkányság általi befolyásoltatásos tartalmakat sokszor csupán e hiedelmekből eredő túlértékelésekként könyvelhetjük el, pathológiás jelleg nélkül (A hallucinációk diagnosztikai értéke — a lakosság gazdag fantáziavilágának tükrében szintén nagy fenntartással mérlegelendő.) Az algériai mebetegék nagy részénél észlelhető primitív mentalitáshoz, hiszékenységhez, suggestibilitáshoz gyakran debilitas is társul, ami méginkább elősegíti e befolyásoltatásos tartalmak megtapadását és egyben magyarázza gyenge systematisációjukat. A befolyásoltság érzése — főleg, ha az életet, nemzőképességet látszik fenyegetni, vagy, ha a feleség hűtlenségének gyanúját veti fel — a bensülötteknél gyakran az ösztönélet zavaraihoz, s pathológiás lereagáláshoz vezet. (pl. elkóborlás, gyújtogatás, gyilkosság, túlzott erotizmus, táplálkozásbeli negativizmus, coprophagia stb.) Megjegyzendő, hogy hypochondriákhoz és feltékenységi téveseszmékhez is gyakran társulnak boszorkányság általi befolyásoltság másodlagos interpretációi.

3. Jóllehet a nagyvárosok fiatalsága manapság kevésbé látogatja a mecseteket, ugyanakkor a hitetlenek és ateisták száma igen csekély. Az Izlám változatlanul megmaradt az algériai mentalitás egyik fő formálójának (24). Az Izlám ma Algériában lényegében államvallás: az állami és vallási ünnepek egybefonódnak, a Ramadhán idején megváltozik a munkarend (d. e. 9-től du. 3-ig), az üzletek csak estefelé nyitnak ki, az emberek napnyugtáig böjtölnek (az egyhónapos böjt utolsó tíz napja különösen nervózussá teszi őket!), a betegek rendszerint még a kórházakban is csak estefelé veszik be a napi gyógyszeradagjukat, mégpedig egyszerre stb. A mindennapi élet gesztusai, a vallási tilalmak (a szesz-

italok és a disznóhús kizárása stb.) az évente Mekkába induló zarándoklatok, a hívek által napkeltétől napnyugtáig végzendő napi ötszöri ima, a koráni jogszokások stb. nemcsak a vallási és a kulturális, de a privát, a közösségi és a professzionális életet is az Izlám atmoszférájába ágyazzák.

(24): A modern szociológiai vizsgálatok fényében az Izlám nem annyira meghatározza, mint inkább kodifikálja a hagyományos algériai életfelfogást. (P. Bourdieu, 1963). Így pl. a sokat emlegetett „keleti fatalizmus”, vagyis a lét véletlen játékaival szembeni rezignáció és az isteni akaratra való hagyatkozás pusztán vallási formában történő racionalizálása és igazolása volna egy alapvetőbb és általánosabb élménynek: nevezetesen a természetnek és a természeti törvények állandóságának való alávetettség élményének, ami bármely, agrikultúrával foglalkozó és az ipari forradalmat még nem ismerő társadalom tagjainak közös sajátossága. — Az Izlám ma Észak-Afrikában — hasonlóan a többi arab államban vitt szerepéhez — elsősorban a nemzeti érzés, a nemzeti egység abroncsa. Temperálva a muzulmán társadalom szociológiai ellentéteit, elősegíti az amúgy is erős családi és törzsi összetartozási érzés kifejlődését, s ezáltal automatikusan előmozdítja a nemzeti egységet is. Kötelező erejét a társadalom törzsi strukturáltságán keresztül fejti ki: az egyén nem tudja kivonni magát a rokonság, a tágabb értelemben vett nagyobb családnak a tradíciók betartására rendkívül éber ellenőrzése elől. A muzulmán ezért nem tud áttérni más vallásra, európai férfi muzulmán nőt azért nem vehet el — ha csak előzetesen nem konvertál az Izlámra — mivel a gyermekeknek apjuk vallását kell követniük stb.

Nyilvánvaló ebből, hogy elsősorban az Izlám vallási eszmevilága fog tükröződni az elmebetegek téveseszméiben is: megalomniás jellegű doxasmáikban leggyakrabban arról számolnak be, hogy pl. Allah csodálatos úton juttatta őket Mekkába, a Ramadhan 27. napjának, a „Leilat-El-Quadr”, az emberi sors kinyilvánulásának éjszakáján az ég megnyílt a számukra, szentek, angyalok, sőt Mohamed, a Próféta látogatását fogadták, ismét máskor ők maguk vindikálnak maguknak prófétai küldetést, genealogiai doxasmáik során Marokkó királyának, Mohammed vagy valamely híres marabout leszármazottjának tartják magukat stb. Az Izlámnak továbbá számos, a testi tisztaságra vonatkozó rituális előírása van, amelyek betartásától függ az ima érvényessége. Ezenkívül az ima közbeni testtartások is gondosan szabályozva vannak. Ez a hangsúlyozott formalizmus — megfelelő személyiség-diszpozíciók talaján — azután sokaknál aggályossághoz, kényszer-neurosis kifejlődéséhez vezet. Ezek a betegek észleléseim szerint főleg testi tisztálkodásukkal voltak elfoglalva, vagy azon töprengtek, hogy nem mulasztottak-e el ilyen vagy olyan előírást imájuk végzése közben stb.

4. Az algériai mentalitás alapvető fontosságú további meghatározója a 130 évig tartó kolonizáció alatt az *európai civilizációval és kultúrával való szakadatlan konfrontáció*. A franciák Algériában nem szeparálódtak el a benszülöttektől, mint az angolok gyarmataikon: egy templomba, egy iskolába, egy egyetemre, egy kávéházba stb. jártak a muzulmánokkal (25). — 1962, a függetlenség elnyerése után a „décoloniser l'histoire” célkitűzése jegyében, a kolonializmus kulturális korlátozásainak ellenhatásaképpen megkezdődött a közigazgatás és az oktatás nyelvének az arabizálása. Az államapparátusban és a hivatalokban alkalmazott számos idősebb és fiatalabb nemzeti káder azonban nem tudott arabul írni és olvasni (ui. csak beszélték e nyelvet a köznyelv szintjén), s a kötelező és gyors elsajátítás terhe alatt sokaknál neurotikus reakciók felléptét láttuk (26).

(25): A jelenlegi Algéria szócsövei (El Hachemi Tidjani). Les composants de notre personnalité.” — Humanisme Musulman, aout, 1965) másként értékelik a kolonializmus célkitűzéseit: „A függetlenség előtt a hódítók agresszivitása sokkal jelentősebb volt politikai, kulturális, adminisztratív téren, mint pl. a gazdasági szektorban. Mértéktelenül áldoztak arra, hogy nyelvünket a saját nyelvükkel, történelmünket az ő történelmükkel, lakosságunkat az ő telepeseikkel, vallásunkat az ő vallásukkal helyettesítsék. Mindezzel az Izlámot, az arab nyelvet, a maghrebiánus egységet, az arab világ egysé-

gét kívánták megsemmisíteni, vagyis mindazt, ami a mi személyiségünk eredetiségét alkotja.”

(26): 1954-ben a 6 évesnél idősebb lakosság 91,2%-a analfabéta volt. 6,8% tudott olvasni franciául, 3,7% arabul. 1962 óta a helyzet e téren fokozatosan javuló tendenciát mutat, azonban az Alger-i főpostán ma is ott látható az „*écirvain public agrée*” felírású karszalagot viselő írrok az analfabéták rendelkezésére.

Másrészről az értelmiség és a nagyvárosi fiatalság — szívében az arabo-izlami kultúra hagyományok iránti tisztelettel és szeretettel, de fejében már az európai kultúra sugallta modern gondolatokkal — két kultúrkör mintegy kereszt-tüzébe kerülve, gyakran neurotikussá válik.

5. Végezetül a *hét évig tartó szabadságharcot* emlitem, mint olyan tényezőt, amely letörölhetetlen nyomokat hagyott az algériai nép lelkületén (27).

(27): A hétéves algériai háború halottainak a számát a hivatalos statisztikák 1,5 millióra teszik, a sebesülteket kb. ½ millióra. Az akkor 10 milliós országból tehát a lakosság 20%-a, azaz minden ötödik ember volt érintve, s a halottak számát tekintve a lakosság praktike meg lett tizedelve. Ezekhez a számarányokhoz társul még a legváltozatosabb tortúrákon („agymosás”, elektromos árammal való vallatás stb.) átment lakosok tömege. — A háború, főleg utolsó harmadában, mindkét részről páratlan kegyetlenséggel folyt. Az 1967-ben bemutatott első algériai film, a „*La nuit a peur du soleil*” megmagyarázandó ezt, idézi egy FLN terrorista naplóját: „Csak meghalni van szabadságom ebben az országban, egyéb nem... ezért romokat és hullákat fogok magam mögött hagyni!” — A másik oldalon a „*pieds noirs*”-ok terrorszervezete, az OAS működött, abból a feltételezésből kiindulva, hogy az arabok suggestibilisek, megfélemlíthetők, s így a számukra oly fontos, gazdagságot és egyedüli életteret jelentő föld végül is megtartható lesz a részükre. Mindennek eredményeképpen csak Alger-ban átlagban napi 5—20 robbantás, merénylet stb. történt, de volt éjszaka, hogy 117 is.

A háború alatt számos gyermek a szüleitől való hirtelen elszakadás (halál, elhurcolás), vagy azok tartós távolléte (szomszédos országokba menekülés, vagy a hegyekben felkelőként való bújdosás) miatt érzelmi shockot, valamint emotio-hiányt szenvedett. Jóformán minden családnak volt gyászja, ami az elhúzódo reactiv depressziók megszaporodásában tükröződött.

Az autentikusnak elismert, vagyis valóban a háború okozta psychiatriai tünetek között *M. Porot* (1956 és 1957) a psycho-allergizálódás tényét emeli ki, amivel magam is számos esetben találkoztam. Itt lényegében arról van szó, hogy heveny psychotraumán keresztülment (főleg fiatal muzulmánok esetében, akik masszív terrorisatio hatására lehetetlen választás, elfogadhatatlan kötelezettség stb. elé kerültek), előzőleg teljesen egészséges egyéneknél a közvetlen tünetek ugyan aránylag hamar elmúltak, de később, exhaustio, vagy aránylag banális konfliktusok hatására a régi emlékek ismét felelevenednek, s újból heves szorongás, alvászavar, hypersensitivitas, és agresszió jelentkezik, mint tartós, a kezelésekkal szemben refractaer reactio.

A szabadságharc során a rendkívüli körülmények hatására (Az algériai háború mindenirányú szörnyű következményét a forradalmár és psychiater *Fr. Fanon* 1966. változa nagyszabású tanulmányában.) sokszor megbomlottak az algériai család hagyományos belső relációi: a nők férjük távollétében sokszor családfenntartók lettek, számosan közülük részt vettek a maquis-ban, s így önállóságuk megnövekedett. Ez később a tradicionális felfogású férjek és apák számára nemegyszer problémát okozott, s konfliktushoz vezetett.

Összefoglalóan értékelve a milieu-factorok pathogen szerepét hatásformáik és hatékonyságuk szemszögéből, algériai viszonylatban a következőket állapíthatom meg:

a) A klíma, az alimentatio, az infectiók, az exo-toxinok, valamint az exhaustio együttes, direkt pathogen, vagy praeformáló és provokáló hatása jelentősebbnek tűnik az átlagos európai, civilizált környezetben észlelt ilyen irányú hatásuknál (28). Bizonyára az exogén ártalmak e fokozott hangsúlyya és hatékonysága magarázza az exogen reactiós típusú psychosisok túlnyomó gyakori-

ságát az endogen psychosisokhoz képest (29). Gyakran exogen — akár somatikus, akár psychés — okok váltanak ki endogen processusokat, fázisokat, s azokat akár el is fedhetik. Sokszor csupán a reakciók inadaequat jellege, dysproportionált mérete vagy tartama alapján — esetleg csak catamnestikus elemzéssel — tudtuk a kérdéses kórfolyamat endogenitását kimutatni.

(28): A latin-amerikai pszichiatriai tapasztalatokkal rendelkező Prof. *Wolfgang Kretschmer* (Tübingen)-el folytatott beszélgetésem során (1968) a professzor hasonló tapasztalatairól számolt be. Ő is úgy találta, — s ezt az egész ún. harmadik világra általánosítani lehet — hogy a mi szokásos pszichiatriai nomenclaturánk elsősorban a fejlett európai országok lakossága vonatkozásában érvényes, míg a színes és alulfejlett népek psychopathológiájára a jól rendszerezhető endogen psychosisokkal szemben főleg az exogen aetiológiájú képek gyakorisága jellemző, melyeket a praemorbid személyiség-sajátosságok és a kollektív mentalitás színeznék.

(29): *H. Aubin* (1955) az exotikus-pszichiatriában az összes kórképek $\frac{1}{3}$ -ára becsüli az organikus (puerperalis, infectiókhoz, traumákhoz, exo-toxinokhoz csatlakozó képek) psychosisokat. A Blida—Joinville-i 2000 ágyas központi intézet statisztikái kb. 15 %-ra teszik az endogen psychosisokat, melyeknek 44 %-a schizoprenia. Gyakorinak mondják továbbá a cerebrialis atrophiaikat, főleg nőknél.

b) Az észak-afrikai lakosság archaikus reactio készsége, s az ehhez gyakran társuló encephalopathia és debilitas (30) kedvező talajt biztosít a primitív mágikus mentalitás, s az ebből eredő, megrontás általi befolyásoltatásnak vélt téveseszmék kifejlődése számára. A praemorbid személyiség e négyes adottsága határozza meg pathoplastikusan a pszichiatriai kórformák sajátosságait.

(30): A muzulmán populatio praemorbid személyiségének két gyakori velejárója, nevezetesen a primitív reakciókra való hajlamosság és az encephalopathia magyarázza, hogy akár alkoholra (az aethylre elective vulnerabilisek!), akár fertőzésekre vagy toxicosisokra, vagy akár emotionalis shockra is, tudati vigíltási szintjük igen hamar decompenzálódik, s még nem psychopathiás egyéneknél is confuso-delirans, confusoid, confuso-maniform, confuso-anxiosus vagy tenebrosus képek alakulnak ki.

c) A mikro-szociológiai, struktúra — vagyis az egyéni egzisztencia és a törzsi szervezet oppositioja — kiterjedten psychogen konfliktusnemző hatású (31).

(31): *J. Sutter* (1949): „Úgy gondolom, óvakodni kell a benszülött mentalitást csupán a többé-kevésbé definiált faji vagy climatikai tényezőkre tulajdonítani, amelyeknek a szerepe csak járulékos. E mentalitás sajátosságának igazi gyökerei a psychogenes sajátos feltételeiben keresendők. Ezek: a család patriarchális szervezete, az aszszony szerepének az oedipális fejlődést akadályozó elhalványulása, a szociális organizatio extrem egyszerűsége, a természet erőivel való szoros kontaktus, s az inkább „európaizálódottabbaknál” a kétféle civilizáció ütközéséből eredő konfliktus.”

Összefoglalás

Szerző az 1966—67-es években Algériában való működése során szerzett személyes tapasztalatai, valamint a szakirodalom széles körű felhasználása alapján átfogó aetiológiai synopsis formájában ismerteti a komplex értelemben vett környezet egyes tényezőinek a pszichiatriai kórformák gyakoriságát és milyenségét meghatározó pathogenetikai, pathoplastikus stb. szerepét. A környezet tényezői között tárgyalja a geographiai és climatikai adottságok, s az Algériában leggyakoribb fertőző betegségek (tbc., malária, puerperalis infectiók stb.) pszichiatriai vetületeit, a táplálkozás psychés vonatkozásait a demographiai indexek) népszaporulat, belső és külső emigratio), az anthropologiai jellemzők, az ethno-psychológiai és szociológiai karakterisztikumok, valamint a többgyökerű algériai mentalitás psychopathológiai kihatásait. Összefoglalóan értékelve végül a biológiai és a szocio-kulturális factorok szerepét, megállapítja, hogy Algériában a klíma, az alutápláltság, az infectiók és exotoxicosisok, valamint az exhaustio együttes, direkt pathogen, vagy preformáló és provokáló hatása jelentősebbnek tűnik az európai civilizációban észlelnél. Ez magyarázza az exogen reakciós típusú psychosisok túlnyomó gyakoriságát az endoge-

nekhez képest. Kiemeli továbbá az északafrikai lakosság zömének archaikus reactio készségét, amelyhez gyakran társul encephalopathia, s a kollektív mentalitásban gyökerező mágikus gondolkozásmód. Mindennek eredményeképpen gyakoriak a megrontás, boszorkányság általi befolyásoltatásos téveseszmék. Végezetül rámutat a mikro-szociológiai struktúra — vagyis az egyes egzisztencia és a törzsi szervezet között fennálló ellentét — kiterjedten konfliktusnemtő hatására.

IRODALOM. 1. *M. M. Assicot, Dequeker, Faure, etc.* (Blida): Causes principales de morbidité psychiatrique chez les musulmans algériens. — *L. Hygiène Mentale*, 1961. 262—286. — 2. *H. Aubin—J. Alliez*: Socio-psychiatrie exotique. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 1955, 37730. A 10. 1—8. — 3. *P. Bourdieu*: L'Islam et la société nord-africaine. — *Sociologie de l'Algérie*, Paris. 1963. 95—105. — 4. *G. H. Bousquet*: Les berbères. — Paris, 1961. — 5. *G. Bouthoul*: Les mentalités. — Paris, 1966. — 6. *Böszörményi Z.*: Az összehasonlító társadalmi, kulturális vizsgálatok jelentősége a kórlélektanban. — *MTA Pszichológiai Tanulmányok X. kötet*, 1967. — 7. *P. Bugard*: Écologie des maladies psychosomatiques et des névroses. Psychiatrie et écologie. — L'état de maladie. Convergences génétiques, sociologiques et psychosomatiques. — Paris, 1964. 139—154. — 8. *J. C. Carothers*: Psychologie normale et pathologique de l'Africain. — *Monographie O. M. S. No. 17*. 1954. — 9. *M. E. Dermenghen*: L'Algérie religieuse. — Initiation à l'Algérie. Paris. 1957. 239—263. — 10. *Daumézon, Champion et Mlle Champion, etc.*: Morbidité mentale de l'Indigène Nord-Africain en France. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1958. 11. 1031. — 11. *J. C. Dubois*: Cures climatiques et thermales. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*. 1955. 37850 E 10, 4. — 12. *F. Fanon*: La famille algérienne. — *Sociologie d'une révolution*. — Paris, 1966. 89—113. — 13. *F. Fanon*: Guerre coloniale et troubles mentaux. — Les damnés de la terre. Paris, 1966. 187—224. — 14. *Ph. Marçais*: La vie sociale. — Initiation à l'Algérie. — Paris, 1957. 263—283. — 15. *El-Moudjahid* (journal-quotidien), 2. août 1966: Autour du séminaire national sur l'émigration. — 16. *A. Porot*: Le cannabisme. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1942. No. 24. — 17. *A. Porot, etc.*: Manuel alphabétique de psychiatrie. — Paris, 1965. — 18. *A. Porot et J. Sutter*: L'épilepsie mentale chez l'indigène algérien. Sa fréquence, ses causes et ses aspects. — *L'Algérie Médicale*, mars, 1938. 11. — 19. *A. Porot et J. Sutter*: Le „primitivisme" des Indigènes Nord-Africains. Ses incidences en pathologie mentale. — *Le Sud Médical et Chirurgicale*. Avril, 1939. 226. — 20. *A. Porot et J. Sutter*: Psychoses et psychonévroses réactionnelles. — Manuel alphabétique de Psychiatrie. — Paris, 1965. 476—478. — 21. *M. Porot*: L'alcoolisme et les troubles mentaux chez les musulmans algériens. — *Bulletin Sanitaire de l'Algérie*, No. 522. V. 1941. — 22. *M. Porot*: Les troubles mentaux au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. — Paris, 1950. Monogr. — 23. *M. Porot*: Les retentissements psychopathologiques des événements d'Algérie. Observations. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1956. No. C. 114—120. — 24. *M. Porot*: Les réactions psychiques au tremblement de terre d'Orléansville—Ténes. — Monogr. Paris, 1955. — 25. *J. C. Risler*: L'Islam moderne. — Paris, 1963. — 26. *H. Sérouya*: La pensée arabe. Paris, 1962. — 27. *M. Sorre*: Géographie psychologique. *Traité de psychologie appliquée*. Livre VI. Paris, 1954. — 28. *J. Sutter*: Quelques aspects de la psychogénèse en milieu indigène nord-africain. — *Maroc Médical*, 1949. Avril. — 29. *J. Sutter—A. Menceaux*: Délire interprétatif transitoire d'origine palustre *Congrès Médical Interallié*, Alger, 1944. févr. — 30. *S. Taieb*: Les idées d'influence dans la pathologie mentale de l'Indigène Nord-Africain. — Monogr. Alger, 1939. — 31. *B. Verlet*: Le Sahara. — Paris, 1962. — 32. *M. H. Weiler*: Peuplement et démographie. — *Initiation à l'Algérie*. 1957. 141—197.

Ф. Пистора: Определяющие психиатрические процессы географические, климатологические, биологические, социологические, этнопсихологические и культурные факторы в Алжире.

На основе своего личного опыта в ходе работы в Алжире в 1966—1967 гг. и с широким использованием литературных данных автор излагает в форме этиологического синописа патогенетическую, патопластическую роль некоторых факторов внешней среды в комплексном смысле слова на частоту и на характер психиатрических процессов. Среди факторов внешней среды автор рассматривает географические и климатические условия, а также психиатрические отношения наиболее частых в Алжире инфекционных болезней (туберкулеза, малярии, родовых инфекций), психические отношения питания, демографические показатели, антропологические этнопсихологические и социологические характерные особенности, а также психопатологическое действие имеющего много корней образа мыслей жителей Алжира. Расценивая роль

биологических и социально-культуральных факторов автор констатирует, что в Алжире климат, недостаточное питание, инфекции и экзотоксикозы, а также истощение оказывают более значительное непосредственное патогенное или провоцирующее действие, чем в европейских странах. Этим объясняется частота экзогенных психозов по сравнению с эндогенными. Автор далее подчеркивает архаическую реактивность большинства населения Северной Африки, которая часто сопровождается энцефалопатией и магическим складом мышления, основывающимся на коллективном складе мыслей. В результате всего этого часты бредовые идеи, связанные с развращением, с колдовством и т.д. Наконец, автор указывает на приводящее и конфликтам действие микро-социологической структуры, т.е. противоречия между индивидуальным существованием и племенным бытом.

F. P i s z t o r a : *Der bestimmende Einfluss geographischer, klimatischer, biologischer, soziologischer, ethnopsychologischer und kultureller Faktoren auf die psychiatrischen Krankheitsbilder in Algerien.*

Auf Grund von Erfahrungen seiner Tätigkeit in Algerien 1966—67 und unter Zuhilfenahme der Angaben der Fachliteratur berichtet Verf. über die Bedeutung von Umgebungsfaktoren in der Bestimmung der Häufigkeit und Art psychiatrischer Krankheitsbilder. Es wurden die geographischen und klimatischen Gegebenheiten, die im Lande häufigsten Infektionskrankheiten (Tbc, Malaria, Puerperalinfectionen, etc.), die Ernährungsverhältnisse, die demographischen Indexe (Volksvermehrung, innere und äussere Emigration), die anthropologischen, ethnopsychologischen und soziologischen Charakteristika, sowie die mehrwurzelige algerische Mentalität berücksichtigt.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass die direkte pathogene oder präformierende und provozierende Wirkung einer Summation von Klimafaktoren, Unterernährung, Infektionen und exogener Gifte sowie der Erschöpfung in Algerien von grösserer Bedeutung ist als in der europäischen Zivilisation. Dies erklärt die überwiegende Häufigkeit der Psychosen von exogenem Reaktionstyp. Ferner wird die archaische Reaktionsbereitschaft der durchschnittlichen nordafrikanischen Bevölkerung, die sich oft auch bei den Encephalopathien äussert, und das in der kollektiven Mentalität wurzelnde magische Denken hervorgehoben. Hieraus erklärt sich die Häufigkeit von wahnvorstellungen der Zauberkraft und Hexerei. Schliesslich weist Verf. auf die konfliktzeugende Wirkung der mikrosoziologischen Struktur, d.h. der Gegensätze zwischen individueller Existenz und der Stammesorganisation, hin.

1969-ben megrendezésre kerülő nemzetközi kongresszusok

Augusztus 24—29., Koppenhága, 6. nemzetközi *neuropathologiai kongresszus*, J. A. Moller dr., Univ. Inst. of Pathology, Frederik V. vej 11, Copenhagen.

Szeptember 14—20., San Diego, 7. nemzetközi *elektroencefalographiai és idegéletteni kongresszus*, R. Walter dr., Center for Health Sciences, University of California, Los Angeles, California 90024.

Szeptember 21—27., New York, 4. nemzetközi *idegsebészeti kongresszus*, C. MacCarty dr., 200-1st Street, S. W. Rochester, Minnesota.

Szeptemberben, New York, 9. nemzetközi *neurologiai kongresszus*, Melvin Yahr dr., Neurological Institute, 710 West 168 Str., New York, N. Y. 10032.

Szeptember 26—27., New York, az *Epilepsia ellen küzdő Nemzetközi Liga*, 12. konferenciája, H. Gastaut prof., 87, Bld. Périer 13-Marseille 8^e.

Oslóban: 5. nemzetközi *neurobiologiai konferencia*, prof. J. Jansen, Anatomical Institute, Karl Johansgate 47, Oslo.

A Magyar EEG Társaság hírei

1968. IX. 28-án — a XII. Kongresszust követő — közgyűlés határozatait legközelebbi számunkban közöljük.

A Társaság Vezetősége tárgyalásokat kezdett a gyártó cégekkel az EEG készülékek papírellátásának biztosítására vonatkozóan. Amennyiben beszerzési (külföldi) nehézségek vannak és a szervezés alatt levő akcióban részt kívánnak venni, kérjük a laboratórium-vezetőket, hogy Dr. Juhász Pál Bp., VIII. Balassa u. 6. címre közöljék: 1. a gép típusa, gyártó cége 2. papírszélesség, 3. évenkénti mennyiségére vonatkozó igénye (m-ben). A bejelentés nem jelent megrendelést. A tárgyalások befejeztével a bejelentő laboratóriumokat a tárgyalás eredményéről, a megrendelés lehetőségéről tájékoztatjuk.

A Myodil-ventriculographiák diagnosztikus jelentősége

DEÁK GYÖRGY dr., GORÁ CZ ISTVÁN dr., PARAICZ ERVIN dr.,
TÓTH SZABOLCS dr.,

A cerebralis angiographiák és túlnyomásos, fractionált pneumoencephalographiák elterjedése a ventriculographiák indicatiós területét szűkebbre vonta. A liquorkeringést gátló axialis daganatok kimutatására azonban jelenleg is a ventriculographia a legalkalmasabb kontrasztvizsgálat, különösen intracranialis hypertensio esetén.

A pneumo-ventriculographiák, elsősorban a sziklacsont és sejtrendszerének zavaró árnyékai miatt a kamrarendszer axialis részét nem mindig ábrázolják kielégítően, s ezért már *Dandy* (8, 9) a levegőnél erősebb kontrasztot adó anyagok után kutatott. A Lipiodol felfedezését követő években *Balado* (2), majd *Carillo* (5) már javasolták a Lipiodollal végzett ventriculographiák alkalmazását, de néhány követőtől eltekintve (20, 27) az eljárást 1950-ig a jód-esterek bevezetéséig csak szórványosan alkalmazták. Az első jódester ventriculographiát — Myodillal — *Bull* (3) végezte s azóta a jódventriculographiák száma évről-évre jelentősen növekedett. Az egész kamrarendszer ábrázolására a jódolajakat és jódestereket liquorral összekeverve emulsió alakjában is alkalmazták (21, 23, 28, 29). A vízben oldódó kontrasztanyagok közül régebben Thorotrasttal (31), újabban Conray-60-nal (4, 32) is történtek ventriculographiák. A Thorotrastot főleg radioactiv hatása miatt hagyták el, a Conray-60-at pedig az időnként észlelhető súlyos — általunk is észlelt — szövődmények miatt nem tartjuk kiterjedten alkalmazhatónak a liquortér ábrázolására.

Intézetünkben 1964 óta végzünk jódventriculographiákat, kezdetben Lipiodollal, majd Myodillal. A Myodil ventriculographiák radiológiai elemzésével és gyermekkori alkalmazásával előző közleményeinkben (10, 11) már foglalkoztunk. Jelenleg — 128 Myodil-ventriculographia tapasztalata alapján — szeretnénk tárgyalni a pozitív kontrasztanyag ventriculographiák diagnosztikus jelentőségét.

Myodil-ventriculographia technikája

Úlve frontalis, ritkábban occipitalis, behatolásból, a fej kifejezett anteflectált helyzetében, képerősítő ellenőrzése mellett 1—3 ml Myodilt fecskendezünk az oldalkamra frontalis szarvába. Stereotacticus műtéteknél felnőtteken 4—6 ml Myodilt használunk. A kontrasztanyag a fej fokozatos extensiojakra a foramen Monroin keresztül könnyen lecsurog a III. kamrába s ezért a Myodil közvetlenül a III. kamrába való adását (1, 24, 33) nem tartjuk szükségesnek. Akadálytalan passage esetén a fej további hátrahajtásakor a kontrasztanyag a III. kamrából az aqueductus Sylviiin és a IV. kamrán keresztül a spinalis tér legmélyebb pontjáig süllyed. A Myodilt képerősítővel követjük és liquor-passage zavar esetén azonnal felvételt készítünk. A vizsgálat a pneumoventriculographiával szemben a punctiót kivéve fájdalomtalan s ezért még gyermekkorban is altatás nélkül végezhető, ami nem közömbös a praeeoperatív megterhelés szempontjából.

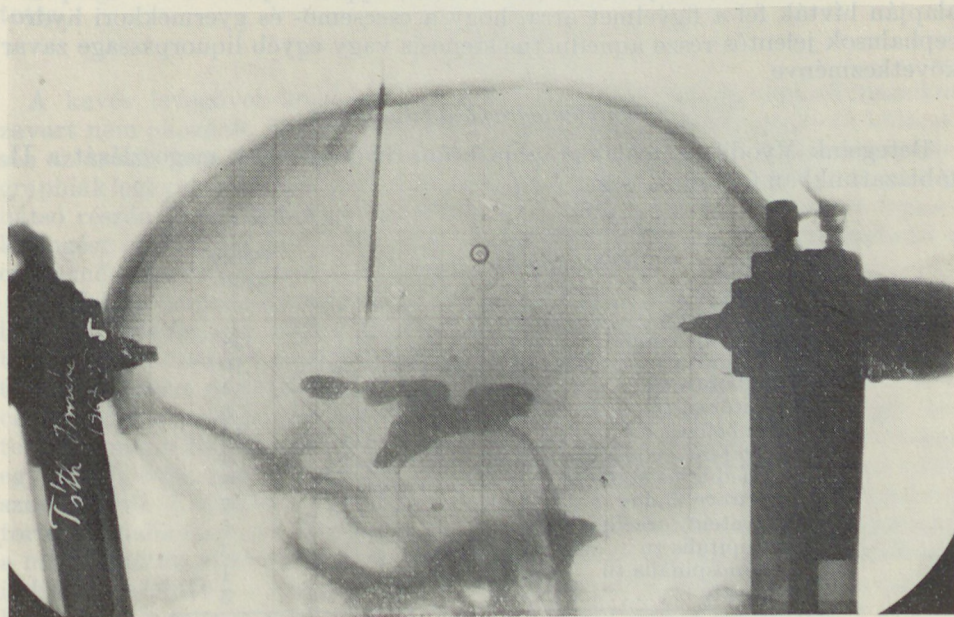
A fent vázolt eljárásnál csak a kamrarendszer axialis részei láthatók jól, míg az oldalkamrák alakja, nagysága pontosan nem ítéhető meg. Az oldalkamrák ábrázolására 4 esetben Myodil-liquor emulsiót alkalmaztunk. Az emulsió jól mutatta az oldalkamrák viszonyait is, de a kontrasztanyag egy része az oldalkamrák belső felszínéhez tapadt és a következő napokban végzett felvételeken

is azonos helyen volt megfigyelhető. A Myodil magában — nem emulsióban alkalmazva — a kamra ependymához nem tapad. Véleményünk szerint az emulsiós jód-ventriculographiáknál észlelhető kifejezettebb izgalmi tünetek (fejfájás, láz, stb.) az ependymához tapadt kontrasztanyag izgató hatásával hozhatók összefüggésbe. Az emulsiós ventriculographiáknál észlelhető reactio kiküszöbölésére az oldalkamrák vizsgálatára 10—20 ml levegő beadását tartjuk indokoltnak, a Myodilon kívül, mely sem izgalmi tüneteket, sem lényeges liquor-dinamikai változást nem okoz.

Myodil-ventriculographia indicatiója

Myodil-ventriculographiákat rutinszerűen csak *stereotacticus műtétek* előtt végzünk a régebben alkalmazott pneumoencephalographiák helyett (1. ábra). A *stereotacticus* műtétek frontális behatolásán keresztül adjuk be a kontrasztanyagot. Az azonnal exponált felvételeken 58 *stereotacticus* Myodil-ventriculographia közül 56-ban pontosan ábrázolódtak a *commissura anterior* és *posterior* összekötő vonal melletti kamrarészletek, melyek — saját tapasztalatunk szerint — pneumoencephalographiával csak kb. 70%-ban határozhatók meg pontosan. További előny, hogy a Myodil-ventriculographia a *stereotacticus* műtét előtt csak néhány percet vesz igénybe, míg a pneumoencephalographia a jelentős liquor-levegőcserét követő liquor-dinamikai változáson kívül általában huzamosabb ideig tart és az esetek többségében az egyébként is rossz vegetatív állapotban levő beteg általános rosszabbodását okozza.

A Myodil-ventriculographiák leggyakoribb javallatát a *stereotacticus* műtéteken kívül a pneumoencephalographiával nem tisztázott intracraniális axialis tumorok jelentik (I. táblázat). A *supratentorialis axialis tumorok* közül a jód-ventriculographiáknak különösen a III. kamra hátsó részén helyet foglaló térszűkítő folyamatok felismerésében van döntő jelentőségük (19). A III. kamra elülső részének daganatai gyakran okoznak teljes *foramen Monroi* blockot és ekkor az oldalkamrába adott Myodil nem vihető át a III. kamrába. A *foramen*



1. ábra. *Stereotacticus* műtét: *normalis* Myodil-ventriculographia

I. Táblázat

Indicatio	Beteg szám
Stereotact. műtét	58
Supratent., axial. tu	15
Infratent. axial. tu	28
Hydrocephalus	21
Egyéb	6
Összesen ...	128

Monroi elzáródására utaló Myodil-ventriculographia esetén ajánlatos a vizsgálatot egyéb kontraszt-eljárással is kiegészíteni, mert a foramen Monroi elzáródása létrejöhet indirect módon, pl. nagy kiterjedésű hemispherialis tumor következtében is (1).

Agytörzsi tumoroknál — amikor a liquorpassage akadályozott — a Myodil jól kirajzolja a dislocalt III. kamrát, aqueductus Sylviit és IV. kamrát. Liquorpassage zavar hiányában az esetek többségében a fractionalt pneumoencephalographia is jól mutatja az agytörzsi tumorok okozta kamraelváltozásokat, sőt a basalis cisternák telődése által a tumor extra- vagy intra-parenchymas volta is felvilágosítást adhat.

A legtöbb szerző (6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 30) *infratentorialis liquorblockot okozó* kórfolyamatok kimutatására ajánlja a jódventriculographiát. Infratentorialis extraparenchymas liquorkeringési zavarral nem járó tumorok gyanújakor — az agytörzsi tumorokhoz hasonlóan — a basalis cisternák ábrázolódása miatt indokoltnak látszik a jódventriculographia előtt fractionalt túlnyomásos pneumoencephalographiát végezni.

Hydrocephalusok eredetének meghatározására főleg az ún. congenitalis formáknál néhány ml levegővel kombinálva a legkíméletesebb és legjobb radiológiai módszer (10, 25). Újabb vizsgálatok (12) éppen a jódventriculographiák alapján hívták fel a figyelmet arra, hogy a csecsemő- és gyermekkori hydrocephalusok jelentős része aqueductus stenosis vagy egyéb liquorpassage zavar következménye.

Ventriculographiás diagnosis

Betegeink Myodil-ventriculographia utáni diagnosisának megoszlását a II. táblázatunkban foglaljuk össze.

II. Táblázat

Diagnosis	Beteg szám
Stereotact. műtét	58
III para- és ventricul. tu	10
Thalamus tu	4
Agytörzsi tu	6
Cerebellaris tu	17
Infratent. extraparench. tu	4
Aqueductus stenosis	8
Hydrocephalus	7
Infratent. arachnitis	5
Occipitalis tu	3
Craniospinalis tu	1
Negatív	5
Összesen	128

5 betegünknek helyezkedett el a daganata a III. kamra hátsó, 4-nek az elülső és 1-nek az alsó részén. A III. kamra elülső részén helyet foglaló tumorok 3 alkalommal teljes foramen Monroi blockot okoztak, míg 2 másik esetben a III. kamrán keresztül a két foramen Monroi összekötő liquorcsatornát kellett feltételezni, mert a kontrasztanyag a fej fordításakor ismételtén átsorgott az egyik oldalkamrából a másikba anélkül, hogy a III. kamrában telődést észleltünk volna. 1 betegünk foramen Monroi blockja nagy kiterjedésű parieto-occipitalis tályog okozta kamradislocatio következtében jött létre.

A Myodil-ventriculographiák 4 thalamus tumoros esetben szintén jól mutatták az elváltozás paraventricularis jellegét.

6 agytörzsi daganat fennállásakor végeztünk Myodil-ventriculographiát. A ventriculographiás felvételeken részleges passage zavar mellett az aqueductus Sylvii és a IV. kamra agytörzsi daganatra jellemző dislocatioját észleltük.

10 középvonalas és 7 hemisphaerialis cerebellaris tumor minden esetében a Myodil-ventriculographia pontosan mutatta az elváltozás helyét és jellegére is felvilágosítást adott (2. és 3. ábra).

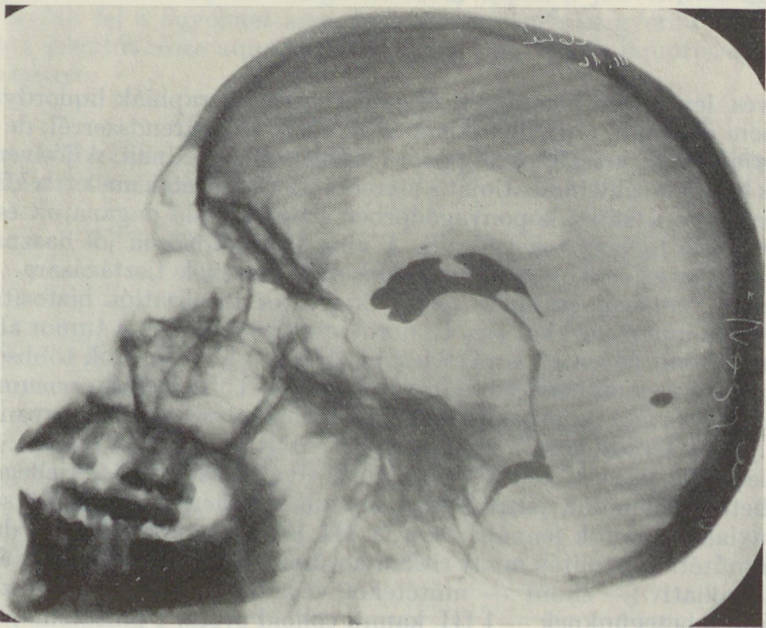
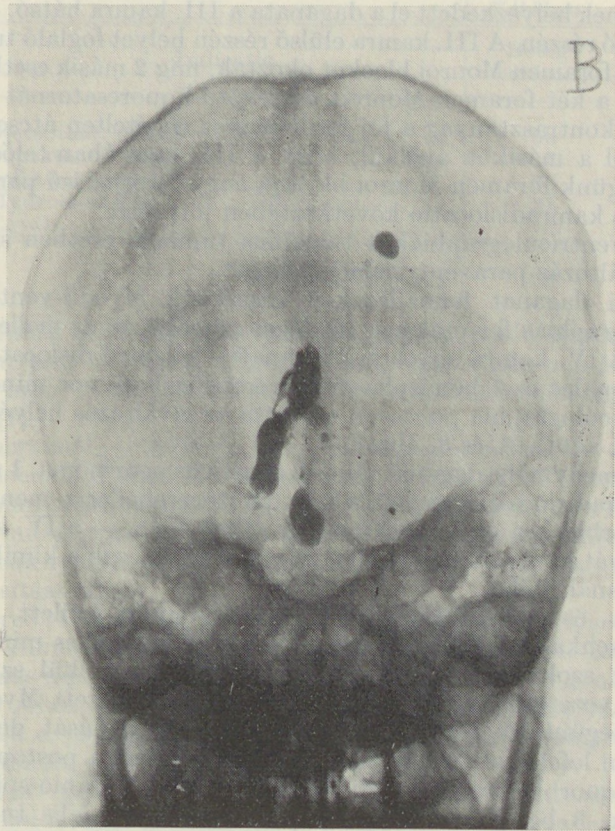
4 extraparenchymalis daganatnál — 3 acusticus neurinoma, 1 meningeoma — jelentős kamradislocatiót észleltünk. 1 pontocerebellaris meningeománál — melynél liquorblockra utaló tünetek nem álltak fenn, — a IV. kamra részleges telődési hiányát az elváltozás minimális volta miatt csak a klinikai kép alapján lehetett kórosnak ítélni.

6 gyermek- és 2 felnőttkori aqueductus stenosis mellett, 2 foramen Magendie és Luschka és 1 basalis impressiót kísérő arachnitis minden esetében a kamratágulat szokatlan nagysága, kamradislocatio nélkül szintén minőségi diagnosishoz vezetett. Infratentorialis műtét után végzett Myodil-ventriculographia 2 betegünknek kizárta a tumor recidiva fennállását, de a műtéti terület alsó részén lefelé convex határú Myodil-stop utalt a postoperatív arachnitis követő liquorblockra. Ezen eljárás segítségével 1 cranio-spinalis tumort is kórisméztünk. 3 betegünk tünetei supratentorialis axialis tumorra utaltak, míg a Myodil-pneumoventriculographia occipitalis tumor jelenlétét bizonyította.

Megbeszélés

A kevés levegővel kombinált Myodil-ventriculographiák liquorodynamikai zavart nem okoznak, fájdalomtalanok és az egész kamrarendszerről, de különösen az axialis kamrarészletekről pontos felvilágosítást adnak. A jódventriculographiák leggyakoribb indicatioját a stereotacticus műtétek mellett a III. kamra hátsó részén és a hátsó koponyagödörben helyetfoglaló daganatok és liquorkeringést gátló folyamatok képezik. A vizsgálat különösen jól használható a csecsemő- és gyermekkori hydrocephalusok eredetének tisztázására.

A Myodil-ventriculographiák nemcsak pontos localisatiót biztosítanak az intracranialis liquorblockkal járó tumorok esetében, hanem a tumor alakjának tapadásának öntvénszerű ábrázolásával (4. ábra) a daganatok többségében a tumor eredetére és minőségére támpontot adnak. Több esetben pneumoventriculographia a tumor konturjának részbeni ábrázolásával cysta gyanúját vetette fel, míg a Myodil körülfolyya a tumort, utalt annak solid voltára. A tumor egyenetlen széle, nagy kiterjedése alapján az elváltozás infiltratív jellege is valószínűsíthető. Különösen jelentősek a Myodil-ventriculographiák a supratentorialis axialis tumorok fennállásakor. A III. kamra és környékének daganatai a magas műtéti mortalitás miatt ritkán kerülnek direkt feltárára és általában indirekt palliatív — shunt — műtéteket végzünk a liquorpassage-zavar áthidalására. 3 betegünknek — 1 III. kamra colloid cysta, 1 pinealoma, 1 epidermoid — a határozott cystára utaló Myodil-ventriculographia (5. ábra) alapján

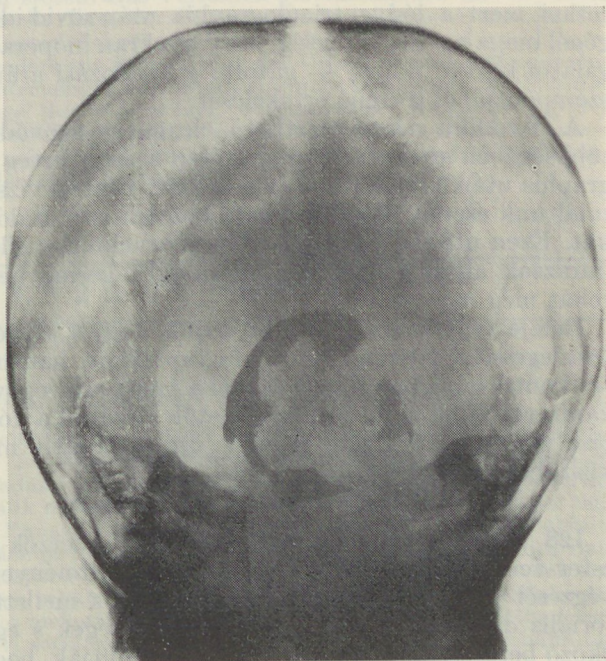


2—3. ábra. Bal cerebellaris, az agytörzset is infiltráló tumor

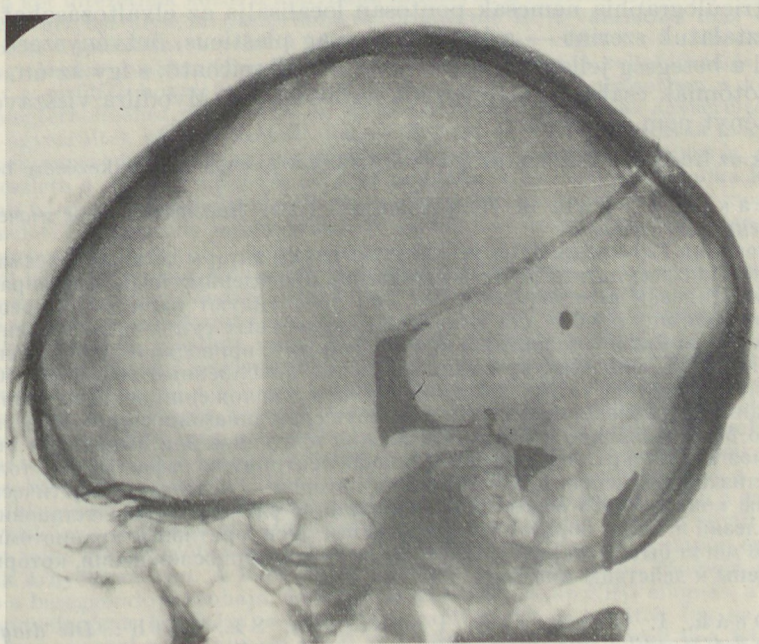
eredményes direkt radicalis műtét mellett döntöttünk, míg régebben a pontos diagnózis hiányában feltehetőleg palliatív műtét történt volna.

A jódeventriculographiák elterjedését gátolják a pozitív kontrasztanyagoknál észlelhető időszakos szövődmények, melyek elsősorban izgalmi, gyulladásszerű (arachnitis) jellegűek. Tapasztalataink szerint is a jódesterek (Pantopaque, Myodil, Ethiodal stb.) a liquor-tér röntgendiagnosztikájában a legkevesebb szövődémmel járó pozitív kontrasztanyagok.

128 Myodil-ventriculographia során acut szövődeményt nem észleltünk. A kamrarendszerbe adott kontrasztanyag szabad liquorkeringés esetén a vizsgálat végén a durazsák alján foglal helyet a cisternalis myelographia végállapotához hasonlóan. Az agykamrákban Myodil csak kóros esetekben — a



4. ábra. A III. kamra hátsó részét és az aqueductus Sylvii-t comprimáló pinealoma



5. ábra. A IV. kamrát kitöltő medulloblastoma

liquorpassage zavaránál — marad vissza, mely a ventriculographiát követő műtétnél eltávolítható. A jódventriculographiák mortalitása több száz esetet tárgyaló statisztikák alapján (14) 1,5—2,0%. Ennek pontos meghatározása lehetetlen, mert a jódventriculographia után rövid idővel elhunyt betegek többségénél maga az alapbetegség, mely gyakran inoperabilis tumor — esetleg a vizsgálatot követő műtét — gátolja a halálozási arányszámnak a vizsgáló eljárás szempontjából történő értékelését.

A Myodilra visszavezethető chronicus szövődményt nem észleltünk. 71, többségében stereotacticus műtéten átesett beteg közül — Myodil-ventriculographia után 3 hónaptól 3 évig végzett kontrol vizsgálatoknál — csak 2 esetben találtunk esetleg Myodil okozta arachnitisre utaló alsó végtag gyöki panaszokat. Ezen utóbbi két beteg Myodil-arachnitisre ellen szólt azonban az, hogy a durazsák alján levő kontrasztanyag a gerinc helyzetváltozását jól követte, tehát még mobilis volt.

Befejezésül hangsúlyozni kívánjuk, hogy a jódventriculographiák nem teszik feleslegessé a pneumoventriculographiákat, hanem kiegészítik azokat. A pozitív kontrasztanyagok erős árnyéka miatt a levegővel bizonytalanul ábrázolódó kamararészletek is jól megfigyelhetők s ezáltal a kórfolyamatok pontos felismerése válik lehetővé és a negatív, ún. exploratív műtétek csaknem teljesen kiküszöbölhetők.

Összefoglalás

128 Myodil-ventriculographia alapján a szerzők részletesen tárgyalják a jód-ester-ventriculographiák diagnosztikus eredményeit. Myodil-ventriculographia végzését javasolják stereotacticus műtétek mellett axialis supra- és infra-tentorialis daganatok, fejlődési rendellenességek s egyéb liquor-keringési zavart okozó betegségek kimutatására. Megállapítják, hogy az eljárás 10—20 ml levegővel kiegészítve az oldalkamrák helyzetéről is pontos felvilágosítást ad. A vizsgálat lényeges liquor-dinamikai zavart nem okoz, fájdalomtalan s ezért különösen alkalmas gyermekkori hydrocephalusok eredetének tisztázására. A Myodil-ventriculographia nemcsak pontosan localisálja az elváltozásokat, hanem — tapasztalatuk szerint — a kontrasztanyag plasticus, öntvényyszerű ábrázolása által a betegség jellege is legtöbbször megállapítható, s így az ún. exploratív craniotómiák csaknem teljesen kiküszöbölhetők. Myodilra visszavezethető szövődményt nem észleltek.

Szerzők az irodalmi adatokat az érdeklődőknek készséggel rendelkezésére boesátják.

Д. Деак, И. Горац, Э. Параиц, С. Тот: *Диагностическое значение миодиловых вентрикулографий.*

На основании 128 миодиловых вентрикулографий авторы детально рассматривают диагностические результаты вентрикулографий, проведенных йодными эфирами. Проведение миодиловой вентрикулографии они рекомендуют наряду с стереотактическими операциями также и для выявления аксиальных супра- и инфратенториальных опухолей, аномалий развития и прочих болезней, приводящих к нарушению циркуляции ликвора. Они констатируют, что метод, дополненный введением 10—20 мл воздуха, предоставляет точные сведения также и о положении боковых желудочков. Исследование не вызывает существенного нарушения динамики спинно-мозговой жидкости, оно безболезненное и поэтому особенно пригодное для выявления этиологии водянки мозга в детском возрасте. Миодиловая вентрикулография дает не только точную локализацию изменения, а — по опыту авторов — благодаря пластическому изображению контрастного вещества в большинстве случаев можно установить и характер болезни и таким образом так называемые эксплоративные краниотомии почти полностью могут быть искоренены. Авторы не наблюдали осложнений, которые могут быть сведены к действию миодила.

Gy. Deák, I. Gorácz, E. Paraietz u. Sz. Tóth: *Die diagnostische Bedeutung der Myodil-Ventriculographie.*

Auf Grund von 128 Myodil-Ventriculographien berichten Verff. ausführlich über die

diagnostischen Ergebnisse der Jodester-Ventriculographien. Myodil-Ventriculographie wird empfohlen ausser bei stereotaktischen Operationen zum Nachweis von supra- und infratentoriellen axialen Geschwülsten, Entwicklungsstörungen und anderen Erkrankungen; die den Liquorkreislauf stören. Das Verfahren gibt zusammen mit Injektion von 10—20 ml Luft auch über die Lage der Seitenkammern genaue Auskunft. Die Untersuchung verursacht keine wesentliche liquordynamische Störung und ist schmerzlos; deshalb eignet sie sich besonders zur Klarstellung der Ursache von Hydrocephalus im Kindesalter. Die Myodil-Ventriculographie lokalisiert nicht nur genau den Prozess, sondern ermöglicht — vermöge der plastischen, abgussartigen Konturierung der Kontrastmasse — sehr oft die Feststellung seiner Natur. Dank diesem Umstand lassen sich explorative Kraniotomien nahezu vollkommen vermeiden. Auf Myodil zurückzuführende Komplikationen wurden nicht beobachtet.

B E S Z Á M O L Ó K

Beszámoló a meidlingi Rehabilitációs Központ megnyitásáról

Korunk rohamos technikai fejlődése és a közúti forgalom motorizálódása következtében a legutóbbi évtizedben fenyegetően megnövekedett az agy-koponyasérültek száma. Az orvostudomány haladása folytán a sérültek nagy részének életét sikerült megmenteni, de a sérült nem válik minden további nélkül munkaképesé, gyakran tartós károsodása következik be. Emiatt világszerte nagy jelentőséget nyert a központi idegrendszeri sérültek rehabilitációja. A kérdés jelentőségét az ausztriai Általános Balesetbiztosító Intézet (AUVA) is felismerte és 1968. június 14-én ünnepélyes keretek között nyitotta meg az agysérültek rehabilitálását végző, harmadik rehabilitációs centrumát. A két első központ a Bécs melletti Stollhof-ban és a Grác melletti Tobelbad-ban már évek óta végzi mozgásszervi sérültek, illetve harántszelvény bénultak rehabilitálását.

A harmadik rehabilitációs intézetet a Bécs XII. kerületében, Meidlingben működő baleseti kórház mellé építették. Érdekes a hely megválasztásának indokolása. Gazdasági szempontból is érdemes volt az intézetet idehelyezni. Az építési költségeket csökkentette az, hogy a két intézetnek közös a konyhája, műhelyei, a telefonközpontja, központi fűtése, sőt röntgen osztálya, laboratóriuma és tornaterme is. A választást más szempont is indokolta. Tapasztalat szerint a kímélő környezetben végzett rehabilitálás után a teljes megterhelés gyakran decompensatiót vált ki. Ezért a rehabilitációs program keretében a sérültet hozzá kell szoktatni a nagyvárosi élet, elsősorban a közlekedés minden megterheléséhez. Az intézet az egész országból veszi fel az agysérülteket. Felmérve az agysérültek várható számát, kapacitását 52 ágyban állapították meg.

Mély benyomást kelt maga az ultramodern és luxus-kivitelezésű épület is, amelynek minden részlete a célszerű működés érdekét szolgálja. Központi előcsarnoka körül csillogalakban három traktus helyezkedik el, ez a beosztás a betegek számára megkönnyíti az orientációt. Horizontális tagolásának elve az, hogy az azonos funkciójú részek ugyanazon a szinten legyenek.

Felülről lefelé haladva a helyiségek beosztása a következő. A második emeleten van a vezető orvos és néhány nővér lakása, 3 nagy kertes terasszal. Ugyanitt van az orvosok szolgálati szobája és az előadóterem. Ily módon a főorvosi és a nővérlakások a betegek-től jól elkülönítettek, emellett innen könnyen és gyorsan elérhetők az első emeleten levő betegszobák. Minden emeleten különböző — vörös, kék, sárga — szín jelzi az egyes tractusokat, megkönnyíti a betegek számára a tájékozódást. Az első emeleten vannak a betegszobák, a járóképes betegek társalgója játékokkal, rádióval és televízióval. Ezen a szinten találjuk még a kezelőhelyiségeket, a nővérek szolgálati szobáját és a teakonyhát. Ennélfogva a betegek kezeléséhez csak nagyon kis távolságra kell szállítani. A betegszobák három ágyasak, minden beteg rádiókapcsolatot létesíthet a nővérszobával. A folyosókat televíziós kamera segítségével tartják szemmel. Ezen a szinten három négyzetes és három kör alakú terasz is van, a beteget ágyával együtt ki lehet a teraszra tolni. Napos időben a körteraszok közül legalább az egyik napon és legalább egy másik árnyékban van. A földszinten található a vezető orvos, főnővér, gazdasági vezető és a beteggondozó szobája, emellett az ambulancia, az EEG állomás, a logopaed és a gyógypedagógus helyisége, a könyvtár, az éttermek és a büffé. Így az intézetbe érkező beteg azonnal a főorvos elé kerül és a földszinten bonyolódik le a felvételi adminisztráció is. Ambulans beteg csak a földszinten járkal. Az alagsorban folyik a munka

és foglalkozási therápia, itt helyezték el a hydrotherapiát a medencefürdővel, a kutatólaboratóriumot, sport-termet, az irattárat, oxygen központot és az intézetet a baleseti kórházzal összekötő folyosót. Ez a folyosó lehetővé teszi a betegszállítást, éjjel-nappal és bármely évszakban. Jól elkülönített traktusban működik a kutató- és fotolaboratórium. Külön szinten helyezték el a klímaközpontot, a szükségáramfejlesztőt és a szellőztető központot. A kondicionáló berendezés a levegőt megszűri, temperálja és nedvességtartalmát szabályozza. Thermostatikus ventilatio biztosítja a helyiségek beállított hőmérsékletét. A speciális helyiségeknek pl. a fürdőmedencének külön szellőztető és fűtő berendezése van.

Az intézet EEG-állomása, elektronystagmographfal és echoencephalographfal is fel van szerelve, pszichologiai állomása a teszt-eljárások elvégzéséhez szükséges minden apparátussal rendelkezik. A szomszédos traumatologiai kórház röntgen osztályán diagnosztikus célra simultán-angiographiás berendezés és koponya-készülék áll rendelkezésre, tomographiával.

Az intenzív kezelésre szoruló beteget a baleseti kórházba helyezik át.

Korszerű az intézet működésének orvosi conceptiója is. Az intézetet elme- és idegszakorvos vezeti. Szükség esetén consiliáriusként minden más szakorvos rendelkezésre áll. A rehabilitációra vonatkozó tapasztalatokat a kutatólaboratórium integrálja. A teljesítmény-kapacitás és a döntő személyiségjellemzők megállapítása után a pszichologusok és beteggondozók megtervezik a beteg szociális, illetve foglalkozási rehabilitációját. A munkatherapiát csak akkor kezdik meg, ha kedvező kilátás van arra, hogy a beteg valamilyen hivatást tölthet be. Gyógytornászok munkája biztosítja a sematikus előkészítést az életbe való újbóli beilleszkedéshez. Agysérültön gyakori az indítékzavar. Az aphasiás zavarokat logopaedek kezelik. Mihelyt a beteg állapota megengedi, kijárhat a városba, hogy hozzászokjon a közlekedéshez. Külön team gondoskodik arról, hogy az orvosi rehabilitáció befejezése után a beteg újból beilleszkedjék az életbe és hogy kibocsátása s munkába állása között ne legyen számottevő szünet.

Az intézet ünnepélyes megnyitóját kétnapos „hétvégi” tudományos ülésekkel ködtötték össze. A gazdag program, az előadások színvonala és a széles körű vita az üléseket kongresszusi nivóra emelte.

Dr. Irányi Jenőné

M e g h í v ó

az *Igazságügyi Orvosok Társaságának Elmeorvosi Sectiója* 1968. november 30-án délelőtt 1/2 10 órai kezdettel az idegklinikák tantermében, Budapest VIII., Balassa u. 6. szám alatt

A fiatalokori bűnözés

témáról konferenciát rendez, melyre Címet tisztelettel meghívja.

Előadók: Dr. H. Szewczyk egyetemi docens, a berlini idegklinikai igazgató helyettese
Dr. Szabó András kandidátus, a Jogtudományi Intézet főmunkatársa

Felkért hozzászólók: Dr. Smetana József rendőr alezredes, a B. M. Gyermekek- és Ifjúságvédelmi Osztályának vezetője,
Dr. Huszár Tibor egyetemi docens, a pedagógiai tudományok kandidátusa,
Dr. György Júlia főorvos, osztályvezető

PERLEPSIN TABLETTA

A PERLEPSIN antiepilepticum. Állatkísérletekben kivédi a tetracor, strychnin és az elektroshock által kiváltott görcsöt. Terápiás adagjaiban mentes a barbiturátokra jellemző általános bódító hatástól.

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 0,5 *ga*-Methyl- α -phenyl-N-morpholinyl-methylen-succinimid. hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Az epilepsziának főleg a petit mal típusú rohamokkal járó formája, valamint azok a kevert típusú (petit mal és grand mal) rohamokkal járó esetei, melyek más antiepilepticumokkal nem, vagy csak kevésbé voltak befolyásolhatók.

Kevert típusú epilepsiában csak más antiepilepticummal együttesen alkalmazható. A grand mal típusú rohamok gyógykezelésére nem alkalmas.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést igényel. Helyesen akkor járunk el, ha a kezdeti adagot fokozatosan növeljük az egyéni optimális adag eléréséig. Az átlagos kezdeti adag felnőtteknek naponta 2—3-szor $\frac{1}{2}$ tablettá. A továbbiakban másodnaponként $\frac{1}{2}$ tablettával többet adagolhatunk, amíg elérjük a napi 3—4-szer 1 tablettá összadagot.

Gyermekek adagja az életkornak és testsúlynak megfelelően arányosan kevesebb.

A felnőttkori terápiás adag maximuma napi 6 tablettá (3 g). A napi háromszori adagolás lehetőleg a főétkezésekkel egyidőben, az esetleges negyedik adag bevétele este lefekvéskor történjék.

MELLÉKHATÁSOK: Ritkán előforduló nemkívánatos mellékhatások (enyhe gyomorpanaszok, szédülés) az adag csökkentésével általában megszüntethetők, illetve megszüntethetők. Ha azonban a melléktünetek az adag csökkentésével sem szűnnek meg, ajánlatos az adagolás megszakítása. Az egyéni túlérzékenység súlyosabb esetében (bőrtünetek, haematuria, agranulocytosis) a további adagolást azonnal beszüntetjük!

Hosszabb gyógykezelés és főleg nagyobb adagok rendelése esetén a vizelet és vérkép rendszeres ellenőrzése feltétlenül szükséges.

CSOMAGOLÁS: 20 db à 0,5 g tablettá, Ara: 45,— Ft
200 db à 0,5 g tablettá, Ara: 434,— Ft

CHINOIN

GYÓGYSZER- ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA,
Budapest IV., Tó utca 1—5.

Rigetamin

sublingvális tablettá

Összetétel: Sublingvális tablettánként 1 mg ergotamin tart.-ot tartalmaz.

Hatás: A Rigetamin tablettában az ergotamin tartarát közismert hatása gyors kifejlődését a sublingvális alkalmazás elősegíti. A Rigetamin kétszer olyan gyorsan hat, mint a gyomor-bél rendszeren át felszívódó készítmények és a migraines rohamot a parenteralis adagolás gyorsaságát megközelítve szünteti meg.

Javallatok: Migraines roham megelőzése és kezelése. Vascularis típusú egyéb fejfájások, migrain-aequivalensek. A Rigetamin tablettá mind therápiás, mind prophylacticus célra használható, továbbá diagnosticus test céljaira is alkalmas.

Adagolás: A roham fenyegető jeleinek kezdetekor 1 tablettát nyelv alá téve oldódni hagyunk. Ez az adag szükség szerint megismételhető, de a napi összmenyiség ne haladja meg a 3 tablettát, az 1 havi összmenyiség pedig általában 12 tablettá lehet.

Ellenjavallatok: Peripheriás keringési zavarok, coronaria megbetegedés, hypertonia, máj- és vesebetegség, graviditás, sepsis, súlyos arteriosclerosis, thrombophlebitis, pruritus.

Csomagolás: 12 tablettá 8,30 Ft.

Megjegyzés: Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

Forgalomba hozza:

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

