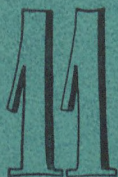


✓ 305.107

# IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XIII. ÉVFOLYAM  
321—352. OLDAL



BUDAPEST, 1960. NOVEMBER

**IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE**  
AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI SZAKSZERVEZET IDEG-, ELME SZAKCSOPORTJÁNAK KOZLÓNYE

Főszerkesztő: Környey István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztőbizottsági titkárok: Orosz Éva és Pollner György

Szerkesztőbizottság: Angyal Lajos, Horányi Béla, Huszák István, Lehoczky Tibor, Mária Béla  
Nyíró Gyula, Rakonitz Jenő, Szinetár Ernő, Tariska István, Zoltán László

Kéziratokat, leveleket kérjük Dr. Juhász Pál, Debrecen, Idegklinika címre küldeni.

TARTALOMJEGYZÉK

|  |     |
|--|-----|
| <i>Iván László dr.</i> : Adatok az arthrolysis syringomyelica-hoz .. .. .  | 321 |
| <i>Haraszi Antal dr.</i> : Endoneuralis kollagenosis orbitalis neurofibromában .. .. .                               | 326 |
| <i>Magyar István dr.</i> és <i>Walsa Róbert dr.</i> : Epilepsiás EEG manifestációk schiziform psychosisoknál .. .. . | 331 |
| <i>Orthmayr Alajos dr.</i> : Beszámoló a Lengyelországi tanulmányutamról .. .. .                                     | 342 |
| <i>Simkó Alfréd dr.</i> : A 10. lindai psychotherapiás hét .. .. .   | 346 |
| Könyvismertetés .. .. .  | 350 |

A szerkesztésért felel: Juhász Pál. Kiadja: a Medicina Egészségügyi Könyvkiadó, Bp., V., Beloiannisz u. 8. A kiadásért felel: A Medicina Egészségügyi Könyvkiadó igazgatója. Telefon: 122-650. Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta Központi Hírlapirodánál (Bp., V., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekk számlaszám: egyéni 61.299; közületi 61.066 vagy átutalás az MNB 47. sz. folyószámlájára. Megjelenik havonként. Előfizetési díj negyed évre 21,— Ft. Egyes szám eladási ára 10,— Ft.

*A Budapesti Orvostudományi Egyetem Pszichiatriai Klinikájának közleménye.*  
Igazgató: Nyírő Gyula dr. egyetemi tanár

## **Adatok az arthrolysis syringomyelica-hoz**

Írta: IVÁN LÁSZLÓ dr.

1824. óta, amikor Ollivier d'Angers az általa fejlődési rendellenességnek vélt betegséget elnevezte, számtalan kitűnő közlemény, monográfia és kézikönyv foglalkozott problematikájával, mind aetiológiai, mind pathophysiológiai és morfológiai vonatkozásban. Mondhatjuk, hogy a betegség közelebbi megismerése, alaposabb megértése, szorosan egybefonódott a klinikumból származó mind több és több értékes casuisticával, esetismertetéssel. Lehetetlen ehelyütt még csak nagyvonalakban is irodalmát ismertetni, — nem is célunk — mindössze emlékeztetni szeretnénk néhány kiváló, a betegséggel foglalkozó kutatóra, mint *Alsen, Benda, Bielschowsky, Elliot, Favill, Gerlach, Hassin, Levaditi, Netsky, Nielsen* és *Wyburn*.

Tekintve, hogy a syringomyelia rendelkezésünkre álló irodalmában, különösen pedig az arthropathiával járó esetközlésekben alább ismertetendő súlyos és ritka formát nem találtunk, esetünk közlését érdemesnek tartjuk, — annál is inkább, minthogy nemcsak neurológiai, hanem általános orvosi szempontból is érdeklődésre tarthat számot.

### *Esetünk ismertetése*

P. I. 39 éves öntödei munkás 1960. jan. 7-én nyert felvételt klinikánk férfi neurologiai osztályára.

*Anamnesisében*: apa és egy huga balkezesek voltak, 12 testvére közül 7, kisgyermekkorban ismeretlen okból halt el. Egyéb vonatkozású családi adat említést nem érdemel. Normális születési viszonyok után kielégítő fejlődés, melyet gyermekkorban csupán nem tisztázott, „oldalnyílallásokkal” jellemzett panaszok zavartak meg. Később, katonai frontszolgálat során szilánk és két ízben légnyomás sérülést szenvedett, egy alkalommal súlyosabb commotióval, rövid ideig tartó következményes bal oldali hallásromlással. Hadifogságban pyogen folyamat miatt jobb kezének középső-ujját amputálták. Ugyancsak ezen időtájt ismét commotiot szenvedett. Betegségei között megemlíthető még 1952-ben lezajlott homloküreggyulladás, mely miatt kórházi ellátásban is részesült. Fél év óta nem dohányzik, megelőzően 15—20/die. Alkoholfogyasztása régebben napi 2—3 dl bor, utóbbi időben semmi. Venereás betegséget negál, élvezeti szerrel nem él.

### *Jelen betegsége előzményei:*

1953-ban bal felsővégtagjában és kisebb mértékben nyakának bal felén zsibbadás és érzéketlenség jelentkezett — ezzel egyidőben az érintett végtag kismérvű gyengeségét és ügyetlenségét vette észre. Tünetei fokozatosan erősödtek, panaszait azonban ismételt ambuláner vizsgálattal a vállizület hüléses, rheumás megbetegedésének tartották. Természetesen ennek megfelelő kezelésben részesítették: histamin iontophoresis, paraffin- és iszappakolások, hévizei gyógyfürdőkezelések, rtg. besugárzások a vállizület területére stb. Állapota éveken át, remissiók nélkül progredialt. Érzéketlensége az említett területeken olyan fokot ért el, hogy munkahelyén ismételten súlyos égési sérüléseket szenvedett, ujját tüvel átszúrta, kezét satupadba szorította a fájdalom legesekélyebb érzése nélkül.

Annak ellenére, hogy a beteg panaszát ismételten elmondotta az orvosi vizsgálatokon, állapotát változatlanul rheumás jellegűnek kórismézték és továbbra is antirheumás kezelést kapott.

Utóbbi hónapokban bal alsóvégtagjában is zsibbadást, valamint részleges érzéketlenséget vett észre. Bal testfelén fájdalmat, hideg-melegérzést nem tudott megkülönböztetni.

1959. december 14-én bal vállizületében hirtelen spontán luxatio keletkezett, amit vizsgálatokon ismételtén provokáltak és reponáltak, érdekes és ritka szokványos vállficam diagnózisát állítva fel. Ennek következtében bal felsővégtagja másnapra hatalmasan megduzzadt és ezért 1959 dec. 15-től dec. 23-ig kórházi sebészeti osztályon állott gyógykezelés alatt. Óriási oedémája kissé mérséklődött ugyan, azonban még klinikai felvételt is kifejezett volt. Sajnálatos módon csak ekkor, betegségének hét éves tartama után, a sebészeti osztályon gondoltak syringomyelia lehetőségére és javasolták klinikai elhelyezését.

#### *Felvételi statusa*

Érdemleges belszervi fizikális eltérések nem észlelhetők. Tensiója 150/85 Hgmm. Pulzusa norm. Bal váll és felkar hatalmas indurált cedemája észlelhető.

#### *Felsővégtagok körfogat-méretei*

|            | Felkar | alkar | csukló |
|------------|--------|-------|--------|
| Jobb ..... | 28 cm  | 27 cm | 18 cm  |
| Bal .....  | 39 cm  | 32 cm | 18 cm  |

A bal vállizület mozgásai korlátozottak. Felsővégtag izomereje csökkent. A luxatio veszélye miatt mozgásokat nem erőltetünk.

#### *Neurologiailag*

Agyidegek épek (nyelés, rágás, hangadás, légzés kifogástalan). Patella és Achilles reflexek baloldalon spasticusan fokozottak, reflexogen zóna kiterjedt, — jobb oldalon mindkettő élénk. Kóros reflex nem váltható ki. Felsővégtagi inreflexek bal oldalon a jelentős oedema miatt pontosan nem itélhetők meg. Hoffmann—Trömmner reflex mindkét oldalt kiváltható. A bal felsővégtagon, a nyak, váll és háttájékra, valamint a törzs mellkasi részére is ráterjedően nagyfokú tactilis hypaesthesia, hő és fájdalom anaesthesia észlelhető. Bal alsóvégtagon distal felé fokozódó érzéscsökkenés, a lábujjakon pedig a hő-fájdalom és mélyérzés hiánya észlelhető.

Taxis, coordinatio eltérés nélkül. Járása ép, azonban bal lábáról papucsát időnként elhagyja, anélkül, hogy ezt észrevenné.

#### *Egyéb leletei*

Süllyedés : 10—30 mm. Vér Wasserman r. neg. Vizelete norm. Májfunctió próbái enyhe pozitivitást mutatnak. Véréképe norm : (VvT 4 320 000, Haemoglobin 84%, Festékinde 0,9, Fvs. 7600).

Lumbalis liquor cerebrospinalis : minden tekintetben norm. (víziszta, szintelen, sejtszám  $\frac{1}{3}$ , fehérje 20 mg%, Pándy.—Takta—Ara r. negatív, Wa I—II. antigennel neg. Benzoe-gyanta r.: 0000555000000).

*Nyaki gerincoszlopról készített rtg. felvételek* : a IV. és V. csigolya testének csőr-szerű perem-nyúlványa észlelhető.

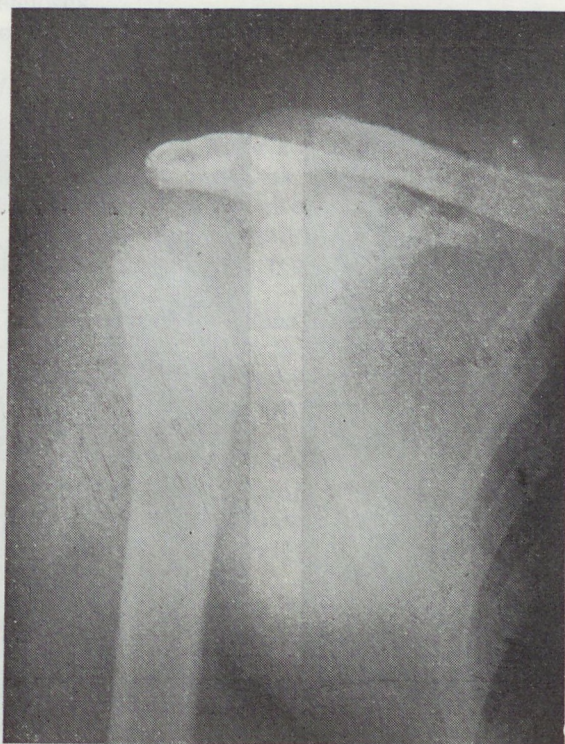
*Lumbalis gerinc rtg.-felvételein* ugyancsak enyhe csőrképződések, egyébként alaki vagy strukturális elváltozás nem mutatható ki.

*Summatív és projiciált rtg.-felvételek a bal vállizületről* : Átnézeti felvételen a humerus fejecse gyakorlatilag eltűnt. A fossa axillarisnak megfelelő helyen meszes felhőszerű árnyék látható. A vállövet alkotó csontok tömörebbek, mérszűsübbek, főleg a humerus proximalis metaphysise és a scapula fossa glenoidalis. Oldalirányú felvételen ezen meszes árnyék a humerus proximalis végének medialis széle mellé vetül, tömörebb, intenzívebb árnyékot ad. Az árnyék az ízületi tokon kívül helyezkedik el. Alaki vagy szerkezeti eltérés nem látható. (l. felvételeket : 1., 2., 3. kép). 1960. jan. 15-én, vizsgálataink során, sebész consiliariussal egyetértésben, bal felsővégtagi oedemájának, valamint arthropathiás folyamatának esetleges sebészi ellátása végett, az I. sz. Sebészeti klinikára helyeztük.

#### *Sebészeti szakvélemény*

A bal felkar kifejezett oedemáját és elváltozását a felszívódott humerus fej, valamint az állandóan luxálható, sublaxálható humerus állás csak részben magyarázza. A vállizületi arthrosis a csontos gyógyulás és a sebgógyulásnak az alapbetegségből folyó kétes kimenetele miatt nem indokolt, felvetődik azonban a cervicalis sympathectomia műtétének lehetősége az esetben, ha a bal felsővégtagon oedema vagy jelentősebb trophias zavar keletkeznék.

Bentfekvése alatt oedemája jelentősen csökkent, azonban alapfolyamata az I. sz. Sebészeti klinikáról történt visszavétele után, mind subjective, az érzészavar határának kiterjedésében, valamint a bal láb ügyetlenebb voltában, kifejezetten progrediált.



1. kép

Kezelésül klinikánkon C4—D4-ig terjedő, valamint lumbalis gerincszakaszra 400—400 r. rtg. besugárzást kapott, mélybesugárzási therapias feltételekkel. Emellett gyógyszeresen E, Bl, Polybé és Glutarec injectiókat, illetve tablettákat kapott.

Távozáskor zsidbadásérzése subjective csökkent, járása, mozgása könnyebb lett, jóllehet az objectiv érzészavar határa változatlan. Bal felsővégtag induralt oedemája megszűnt.

#### Esetünk megbeszélése :

A következő lényeges pontokat emeljük ki :

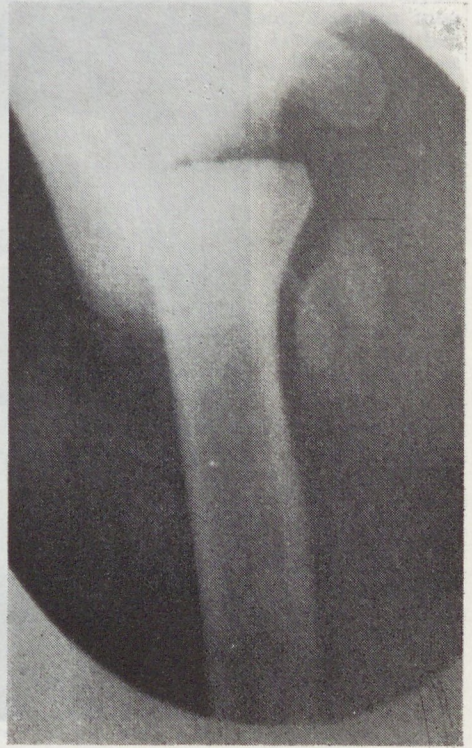
1. A beteg syringomyeliara jellemző tipusos panaszai ellenére a kórképet hét éven át nem ismerték fel. Ennek sajnálatos következményeként történhetett meg, hogy ez a lefolyási idejét tekintve relatíve benignus folyamat megfelelő gyógykezelést nem nyerhetett, hanem a jelen esetben feltehetően nem előnyös antirheumás kezelések (iszapfürdő, súlyfürdő stb.) a betegség progressióját esetleg elősegítették és talán siettették az ismertetett igen súlyos elváltozások kifejlődését.

2. Syringomyelia arthropathiás megjelenési formája jól ismert a szakirodalomból. A sok közül csupán *Andre, Esau, van Bogaert, Dejerine, Harvier, Heilig, Kienböck, Ortiz de Zarate, Schlesinger, Stolper* közleményeit említenénk.

Azonban a rendelkezésünkre álló nagy anyagot áttekintve, esetünkhöz hasonló súlyos, a *felkarcsont fejecsének teljes eltűnésével járó formát* nem találtunk. Esetünk a maga nemében egyedülálló, ezért is emeltük ki közleményünk címében *arthrolysis* megnevezéssel.



2. kép



3. kép

Éppen az ízfejecs ilyenmértvű felszívódása felhívja a figyelmünket, hogy esetünkben nem primaer arthrogen folyamatról, hanem a betegségből származó trophias zavarról van szó. Ilyen elváltozásokon alapuló trophias arthropathiak egyébként nem kizárólagosan syringomyeliában jelentkezhetnek, hanem mindazon folyamatokban, amelyekben a gerincvelő vagy magasabb szintű rendszerek trophicus működéseket ellátó és fenntartó reflexköreiben, szerveződéseiben, ezek kapcsolataiban károsodás történik. Ilyen folyamatok, ill. betegségek a következők: congenitalis syphilis, haematomyelia, hydromyelia, arteria spinalis ant. thrombozisa, tabes dorsalis, lepra, psoriasis, sclerodermia, alkaptonuria, ritkábban az amyotrophias lateralsclerosis.

A trophias zavarok keletkezésének eredetével és mechanizmusával kapcsolatosan már *Magendie (1824)*, *Samuel (1860)*, *Meissner (1867)*, *Charcot (1875)* bizonyos specialis trophicus rendszer károsodását hangoztatták, — ezt újabban *Lewis és Holmes* támogatják.

Ezzel szemben a specialis trophicus rendszer létezését tagadta *Brown—Séquard (1849)*, *Schiff (1867)* és *Gowers (1899)*. *Schiff* és *Lewis* az autonóm idegrendszer zavarából származó vérellátási zavarokkal hozták szoros összefüggésbe a trophias tüneteket. Ezen szemlélet szerint a peripherias idegek ún. „C” rostjai centripetalisan a gerincvelőbe lépve részben a substantia gelati-

nosaban, részben pedig a Lissauer kötegben le- vagy felszállva és a szürkeállomány nucleus intermed.-in átkapcsolódva különböző gerincevelői szinteket érhetnek el. Ezen vasodilatator vagy „C” rostok centralis controlljáért a kamrakörüli területekből leszálló és a gerincevelő szürkeállományában átkapcsolódó rostok felelősek.

*Nielsen* a thalamicus zavarokat kifejezetten a spinothalamicus rostok károsodásához köti.

*Wyburn—Mason* szerint a spinothalamicus pálya átmetszése vagy a posteroventralis thalamus-mag lateralis régiójának destructiója nem okoz trophias zavarokat. Véleménye, hogy a gerincevelő centralis laesiói következtében jelentkező trophicus elváltozások a peripherias idegek trophicus rostjainak activálásában bekövetkezett alteratio eredményei, melyek működése physiologiailag a gerincevelő centralis szürkeállományának szervezett controllja alatt áll. A trophias functio primaer regulatiójának helyét Ő sem jelöli meg közelebről.

Az ízfejec ilyenmértvű felszívódása másrészt annál is inkább figyelmet érdemel, mivel a syringomyelia amúgy is ritka arthropathiáit inkább a csontok méasztartalmának megfogyatkozása, spontán fracturák, ízületi végek torzulása, porcdestructiók, „Charcot-ízület”, arthrosis jellemzi (*Berkin, Cornill, Döring, Mantonazi, Sarrouy, Seibert, Stucke*).

3. A spontán vállízületi luxatio esetünkben az ízfejec felszívódása következtében másodlagosan alakult ki. A fájdalomérzés hiánya, az ismételt repositiók (subluxatio és luxatio), a trophicus zavarok mellett feltehetően komoly szerepet játszottak a hatalmas felsővégtagi oedema keletkezésében és fenntartásában.

4. Esetünk alapján az a kérdés is felmerül, hogy a syringomyeliával kapcsolatban elismert és ismert dispositio talaján betegünk ismételt traumái, melyek commotio medullae spinalist is okozhattak, nem szerepeltek-e provokatív tényezőkként a betegség kialakulásában. A kérdésre biztos választ nem adhatunk, azonban a benignus lefolyású kórképben ezt a lehetőséget is figyelembe kell venni.

### Összefoglalás

Ritka és súlyos arthrolisis syringomyelica esetünk közlésével részben a syringomyelia irodalmához, részben a felmerülő gyakorlati diagnosztikai és elméleti problémákhoz kívántunk adatot szolgáltatni.

### Irodalom

*Andre, J. M.* : Acta Neurol. Psychiat. Belg. 49, 860—891, 1949. — *Berkin, C. R.* and *H. S. Suchsmith* : Brit. Med. J. 4663, 1178, 1950. — *Bielschowsky, M.* : J. Physiol. Neurol. 22, 225, 1917. — *van Bogaert, L.* : Zschr. ges. Neurol. Psychiat. 149, 66, 1934. — *van Bogaert, L.* : Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 100, 625, 1941. — *Bruns, E.* : Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 22, 599, 1903. — *Cornill, D., I. Lucien et H. Francfort* : Presse Med. 36, 243—245, 1928. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 50, 173, 1928. — *Czerny, L.* und *J. Hejnesman* : Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 54, 497, 1930. — *Darn, R.* und *A. Zwan* : Psychiat. Bl. 44, 225—246, 1940. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 99, 303, 1941. — *Döring, G.* : Dtsch. Med. Wschr. 754—756, 1949. — *Elliot, B., G. Landis* and *D. F. Hogan* : J. Nerv. Diss. 70, 129—140, 1929. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 54, 841, 1930. — *Esau, W.* : Zschr. Chir. 205, 316—320, 1927. ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 50, 417, 1928. — *Froment, J.* et *P. Exaltier* : Bull. Mem. Paris. 43, 1859—1866, 1927. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 47, 1327, 1927. — *Gerlach, W.* : Dtsch. Z. Nervenheilk. 5, 275, 1894. — *Gowers, W. R.* : Brit. Med. J. 1267, 1906. — *Harvier, P., Le Melettier* et *R. Claisse* : Paris. Med. 1, 109—112, 1942. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 103, 511, 1943. — *Henneberg, R.* und *M. Koch* : Mschr. Psychiat. Neurol. 54, 117, 1923. — *Kino, F.* : Zschr. ges. Neurol. Psychiat. 107, 1—15, 1927. — *Kulezycski, J.* : Neur. Neurochir. Psychiat. Polska. 8, 359—364, 1958. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 148, 227, 1958. — *Lemke, R.* : Neurologie und Psychiatrie. Barth, Leipzig, 1956. 74. — *Levaditi, C., P.*

*Lepine et R. Schoen* : Bull. Acad. Med. Paris. 101, 669—680, 1929. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 54, 496, 1930. — *Lewis, T.* : Clin. Sci. 2, 373, 1935. — *Lhermitte, J. et V. Bernanes* : Revue Neurol. 72, 471—474, 1940. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 99, 553, 1941. — *Martinez—Rovira, J. L.* : Rev. Clin. Espan. 1, 504—508, 1940. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 99, 695, 1941. — *Netsky, M. G.* : Arch. Neurol. 70, 741—777, 1953. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 129, 271, 1954. — *Nielsen, J. M.* : Bull. Los Angeles Neurol. Soc. 22, 151—158, 1957. ref.: Excerpt. Med. 144, 1959. jan. — *Ortiz de Zarate, J. C.* : Acta Neurophysiol. 3, 1—9, 1957. — *Roland, P., R. P. Mackay and J. Favill* : Chicago Arch. Neurol. Psychiat. 33, 72—93, 1957. — *Sarrouy, R. et A. Hosetta* : J. Radiol. 30, 472, 1949. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 112, 203, 1951. — *Seibert, E. und T. M. Diker* : Fritsch. Rtgenschr. 78, 44—49, 1953. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 126, 188, 1954. — *Stolper, P.* : Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 21, 1032, 1902. — *Stucke, K.* : Hefte Unfallheilk. 47, 200—202, 1954. ref.: Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 129, 373, 1954. — *Tannenbergh, J.* : Zschr. ges. Neurol. Psychiat. 92, 119, 1924. — *Du Toit, F.* : Brain 54, 421, 1931. — *Wechsler, I. S.* : A Textbook of Clinical Neurology. 8th. ed. Saunders, Philadelphia and London. 1958. p. 128—133. — *Wyburn—Mason, R.* : Trophic Nerves. Kimpton, London. 1950. p.: 132, 135, 166, 186—189, 194—196, 203, 216—217, 225, 246, 289, 294, 333, 384, 421, 432, 437, 656, 930, 931, 952—953.

Л. Иван : Данные к сирингомиелическому артролизу.

Dr. Ladislaus Iván : Beiträge zur syringomyelischen Arthrolisis.

Bericht über einen seltenen und schweren Fall von Arthrolisis syringomyelica mit Bemerkungen zur Diagnostik und zu einzelnen theoretischen Problemen.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Kóronctani Intézetének (Igazgató : Dr. Endes Pongrác egyetemi tanár) közleménye

## Endoneuralis kollagenosis orbitalis neurofibromában

Írta : HARASZTI ANTAL dr.

Az idegrostok endoneuralis kötőszövetének burjánzása hagymalevél átmetrszetre emlékeztető képet hozhat létre. Ez az idegrostok körüli concentricus rostsklerosis az idegrostok pseudohypertrophiáját okozza. Innen származik a hypertrophiás neuritis (hn) elnevezés. *Krücke, Bruns* szerint más folyamatokban, egyéb neuritisekben, neurofibromában (nf) és idegsérülések esetén is előfordul.

Esetünkben orbitalis nf-ban észleltük az elváltozást.

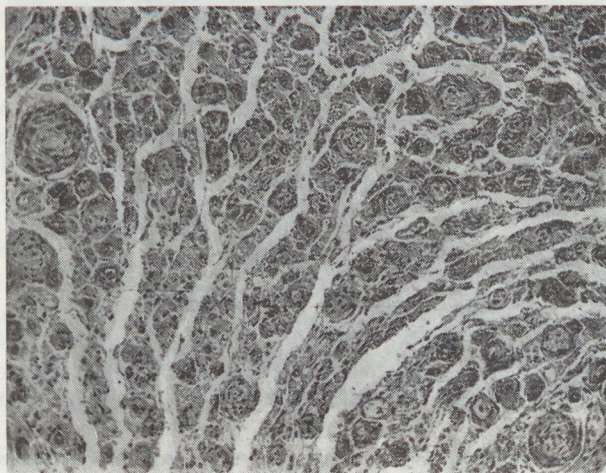
Sz. Á. 24 éves férfi. Gyermekkorá óta bal felső szemhéja duzzadt. 1954 februárban a Pécsi Idegklinikán a bal homloktájról félbabnyi daganatot távolítottak el. A daganat szövétileg neurofibromának bizonyult. (A szöveti képen concentricus rostsklerosis nem volt látható.) 1954 júniusában a Budapesti Honvéd Kórház szemészeti osztályára került felvételre. Status : a bal felső szemhéj duzzadt, belső szélén az orbitaszél alatt tömött ujjbegynyi resistentia. Felfelé nézéskor keresztezett kettős képek. Ideggyógyászati lelet : a bal homlokon érzészavar, majdnem teljes anaesthesia. Érző-, mozgatókör ép, élénk reflexek. A klinikai dg. : tumor orbitae. 1955-ben orbitotomia. Műtétkor a nervus supraorbitalison gyöngyfűzerszerű megvastagodásokat találtak. A periorbita felmetszése után  $3 \times 1,5$  cm. nagyságú cystosus daganatot távolítottak el, mely az orbita mélyén folytatódni látszott. A szöveti képen hossz- és harántirányban metszett, kötőszövettel övezett idegnyalábok. Dg. : neurofibroma.

1957 októberében a Debreceni Orvostudományi Egyetem Szemészeti klinikáján került felvételre tumor recidiva miatt. Status : Látóélesség mindkét oldalon duzzadt. A bal szemrés tág, a bulbus előre és lefelé tolódott. Felső szemhéj enyhén duzzadt. Bal szemöldökével párhuzamosan orbitotomiás műtéti heg. Kötőhártyák enyhén belőveltek. A papilla hyperaemiás, kissé fátyolozott. Mérhető prominentia nincs. Az artériák kp. teltek, a vénák tágabbak, mint jobb oldalon. Az exoptalmus foka Hertel szerint mérve : j. o. 8,5 mm, b. o. 26 mm. Tumor recidiva miatt a külső orbitaszél mentén orbitotomiát és tumor kihámózást végeztek (operatio sec. Krönlein.). Az eltávolított tumormassza kitöltött egy kémcsövet, tömött, barnásvörös.

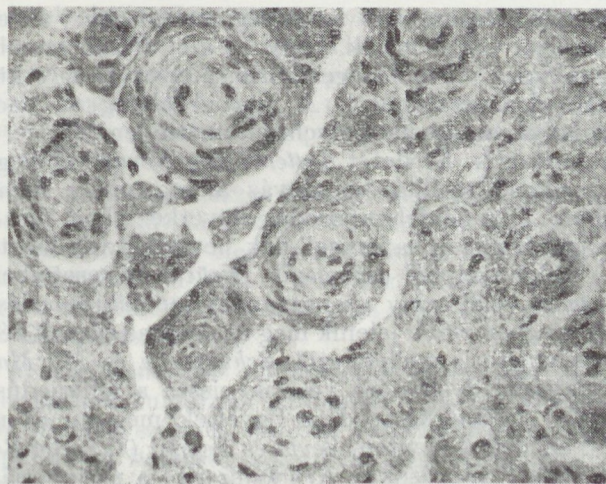


1960 április 20-án végzett neurológiai vizsgálat organiceus eltérést nem mutatott. A szemészeti controll szerint az 1957-ben végzett műtét óta az exophthalmus foka (Hertel szerint mérve) a bal szemén 3 mm-t nőtt. A beteg subjektíve panaszmentes.

Kórszövettan: (4191/1957 ksz.). A vizsgált részek alapvázát harántesíkkolt izomszövet, zsírszövet és rostos kötőszövet alkotja, utóbbiban valószínűleg a műtéti traumával összefüggő friss vérzések láthatók. A kötőszövet tág véregekben gazdag és számos megvastagodott idegnyaláb hossz- és harántmetszetét mutatja. Az egyes



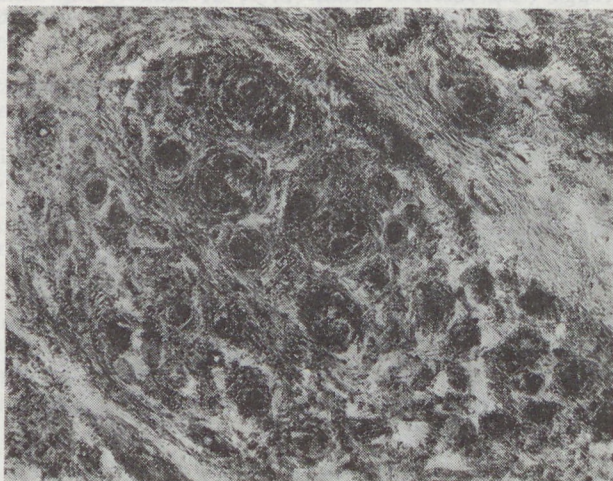
1. ábra. Számos hagymaátmetszetre emlékeztető concentricusan rétegzett képlet a tumorban. Van Gieson, 175 x



2. ábra. Ugyanaz nagyobb nagyítással. A Schwann-sejtek, ill. fibroblastok burjánzása kifejezett. Van Gieson. 585 x

idegek átmetszetén a Schwann-sejtek erősen felszaporodtak, ill. nem különíthető el biztosan, hogy milyen mértékben vesznek részt a burjánzásban a Schwann-sejteken kívül a perineurális fibroblastok. Számos idegrostnyaláb endoneurális kötőszövege felszaporodott, a kollagenrostok concentricusan rétegzettek, hagymaátmetszetre

emlékeztető képet alkotnak (1. és 2. kép). Ezüstimpregnációval a kötőszövetes gyűrű belsejében reticulinhálózat mutatható ki. Van Gieson festéssel a sárgán festődő neurolemmát pirosra festődő kollagengyűrű övezi, melynek rostjai helyenként hyalinosan degeneráltak. A „hagymaátmetszet” közepén gyakran tengelyfonal átmetszet ismer-



3. ábra. Idegrostátmetszetek, körülöttük felszaporodott metachromasiásan festődő mucinosis anyaggal. Feulgen-féle borkósavas thionin. 120 x

hető fel. Toluidinkékkel az endoneuriumban sok helyen piros metachromasiát adó, nyákos, vizenyős, laza szerkezetű anyag felszaporodása látszik (3. kép). A velőhüvelyekben discontinuált velőszétesés. Az endoneurium mellett a perineurális kötőszövet is felszaporodott.

A diagnosis felállításakor két lehetőség merült fel: az egyik, hogy a megszokottól eltérő nf-val, a másik, hogy hn-szel állunk szemben.

A hn-ben gyakori a mucoid degeneratio, melyet *Krücke* különített el az idegek Waller-féle degenerációjától. A mucoid anyag az endoneuriumban található, cresylbolyával, Unna polychrom methylenkékjével is metachromasiásan pirosra festődik. Eredetét *Letterer* úgy képzei el, hogy az idegben embryonalisan meglévő nyálkás-kocsonyás anyag, mely nem marad meg ebben a formában, folyadékfelszaporodás következtében újra megjelenhet, ezért a folyamatot „Schleimphanerose”-nak nevezi. Az is lehetséges, hogy a mucoid anyag a velőhüvelyből származik. *Krücke* ui. eseteiben erős velőlebomlást észlelt és a velőhüvely maradványai metachromasiásan festődtek. *Krücke* szerint az idegben előbb jelenik meg az oedema és csak később a mucoid anyag, ami nyákphanerosis mellett szól. *Schürmann* és *MacMahon* malignus nephrosklerosis kapcsán dyshoriára vezetik vissza a fehérjedús folyadék kilépését az erekből. Ilyen érkárosodást figyeltek meg hn és neuralis izom-atrophia esetén is az idegek mentén, *Reubi* és *Feyrter* (8) pedig *Recklinghausen* kór esetén írt le érfalváltozásokat. *Krücke* szerint a peripheriás idegek megbetegedésekor — a folyamat kezdetén — dyshoria, ill. az érfal-permeabilitás fokozódása következtében az ideg oedemás, majd serosus átívódása jön létre. Felvetették azt is, hogy a hízósejtek termelnék a mucoid anyagot. Ez ellen szól, hogy a hízósejtek és a károsodás szomszédságában előforduló nyákreactiót adó szemcsés sejtek, „mucoide Körnchenzellen” közt hiányzanak az átmeneti alakok. Nem ismert az sem, hogy a mucoid-szemcsés sejtek a Schwann, vagy a mesodermalis sejtekből erednek-e.

A hn-re jellemző a concentricusan rétegzett rostsklerosis az ún. Zwiebel-schalenbildung, amely neurofibromatosisban is előfordulhat. *Bailey* és *Herrmann* neurofibromában előforduló rostsklerosisban H. E. festéssel két részt különít el: egy külső, sűrűbb gyűrűt, mely eosinnal erősen festődik és egy belső, proliferációs réteget semisyncytialis protoplasmával, melyet az eosin halványan fest. A belső gyűrű csaknem reticulínmentes, a külsőben sok a reticulínrost és az endoneuriumba folytatódik. Ezen örvényszerű képletekben néha tengelyfonal is előfordul. *Souques* és *Bertrand* a Schwann-sejtek e concentricus burjánzását lamellaris hypertrophiás schwannitisnek; *Nageotte*, *Masson*, *Bielschowsky*, *Cornil* pedig hypertrophiás schwannosisnak nevezi. *Bruns* a Krücke-féle mucoid degeneratio fontosságát hangsúlyozza, amely az idegekben közönséges gyulladásokban is megtalálható (pl. polyradiculitisban). *Krücke* az endoneurális kollagenosis pathogenesisében a serosus gyulladásnak tulajdonít döntő szerepet. Szerinte a serosus gyulladás későbbi szervülése endoneurális kollagenrost felpaporodása révén vezet az ún. Zwiebel-schalenbildunghoz, melyet *Boveri*, *Bielschowsky*, *Marie* és *Bertrand*, *Roussy* és *Cornil* is leírt.

Az elváltozás előfordulhat neurofibroma kapcsán is, és így az ún. hagymalevelek képződésének problémája szorosan összefügg a nf-k eredetének kérdésével. A neurofibromát *Recklinghausen* az endoneuriumból, *Verocay* a Schwann-sejtekből, *Antoni*, *Sántha*, *Lecl—Óssy* a lemmoblastokból származtatják. A daganatot *Masson* schwannomának, *Stout* neurilemmomának, *Penfield* perineurális fibroblastomának nevezte el. *Bailey* és *Herrmann* szerint a daganat eredete vitás marad, mivel mind a Schwann-sejtek, mind a fibroblastok képesek rostot termelni és így nem különíthetők el egymástól.

*Plenk* szerint a neurolemma az endoneuriumnak belső ezüstözhető rostokból álló rétege. *Masson* szerint viszont a *Plenk—Laidlaw* hüvely argyrophil hálózat a Schwann membranon belül. Ha tehát a *Plenk—Laidlaw* hüvelyt a Schwann hüvely részének tekintjük, akkor a hagymalevélképződést a Schwann-sejtekre kell visszavezetni, ha viszont *Plenk* nézetét fogadjuk el, hogy t. i. ez a hüvely az endoneurium belső rétege, akkor az argyrophil rostok keletkezése ugyanúgy megy végbe, mint a reticulín rostok képződése. *Röhlich* és *Weiss* a patkány nervus ischiadicus perineuriumának belső felszínén vékony membránt ún. perilemmat írtak le.

*Feyrter* (9) a problémát azzal kíséri meg áthidalni, hogy bevezeti a „neurogen szövet” fogalmát, melyet a neurofibrillum képzési potencia jellemez. *Willis* szerint mellőzni kell az éles elkülönítést az ideghüvely ektodermális és mesenchymális alkotóelemei közt: a sejtek jellegét nem a csiralemezben, hanem az idegben elfoglalt helyük határozza meg. Úgy véljük, hogy ez látszik a leghelyesebb álláspontra.

A hn és neurofibromatosis elkülönítése nehézséget okozhat. Sokan az utóbbit nem is tartják tumornak (*Büngeler*). A két folyamatot *Lambers* és *Ortiz de Zarate* állítják szembe. Hn-ben valószínűleg primaer az idegrostok systemás atrophiája. A betegség a periferia felől terjed a centrum felé, minden idegrost egyformán károsodik. A folyamat csaknem kizárólag az endoneuriumra, szorítkozik és az idegrostok körüli concentricus rostsklerosis az idegrostok pseudohypertrophiájához vezet. Elsődleges valószínűleg a discontinuált velőszétesés, mellyel együtt jár az éridegek károsodása is. A serosus beívódást az endo- és perineurium kötőszövetének burjánzása követi.

Esetünkben az elváltozást elsődlegesen daganatos jellegűnek tartjuk. Ezt támasztják alá az előzetes tumoreltávolítások a nervus supraorbitalisról, melyek nf-nak bizonyultak. Szövetileg a concentricusan rétegzett képletek

gócós volta is né mellett bizonyít, minthogy hn-ben a folyamat diffus. Az egyes idegrostnyalábokban metachromasiás anyag és concentricus rostsclerosis egymás mellett fordult elő, ez amellett szól, hogy a sclerosis másodlagos és a serosus gyulladás következménye.

### Összefoglalás

1. A hypertrophiás neuritis szöveti képét mutató orbitalis neurofibromát ismertettünk.

2. Esetünkben neurofibroma mellett szólt, hogy ugyanazon régióból előzetesen is történt neurofibroma eltávolítás, hogy a hagyományokra emlékeztető képek csak egyes idegrostokra lokalizálódtak és a perineurium kötőszövege is felszaporodott, továbbá, hogy a klinikai vizsgálat más idegeken nem talált elváltozást.

3. Krücke felfogásához csatlakozunk, mely szerint a concentricus rostsclerosis másodlagos jelenségnek fogható fel és serosus átívódás következménye. Emellett szól, hogy a két folyamat egymás mellett is megfigyelhető volt.

4. A concentricus rostsclerosis nem specificus hypertrophiás neuritisre, hanem neurofibromában is előfordul.

A kórtörténet szives átengedéséért a Szemklinika igazgatójának, dr. Kettesy Aladár egyetemi tanár úrnak tartozom köszönettel.

### Irodalom

1. *Antoni N. R. E.*: id. *Bruns*. — 2. *Bailey P.* és *Herrmann J. D.*: *Amer. J. Path.* 14, 1. 1938. — 3. *Bielschowsky J.*: *J. Psychol. u. Neur.* 29, 182. 1923. — 4. *Boveri P.*: id. *Bailey* és *Herrmann*. — 5. *Bruns G.*: *Beitr. pathol. Anat.* 111, 407. 1951. — 6. *Büngeler W.*: *Z. f. Krebsf.* 58, 72. 1951. — 7. *Cornil L.*: id. *Bruns*. — 8. *Feyrter F.*: *Virchows Arch.* 317, 221. 1949. — 9. *Feyrter F.*: id. *Büngeler*. — 10. *Krücke W.*: *Virchows Arch.* 304, 442. 1939. — 11. *Krücke W.*: *Virchows Arch.* 308. 1. 1942. — 12. *Krücke W.*: in *Lubarsch O., Henke F. és Rössle R.*: *Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.* 13/V/1. — 13. *Lambers K.* és *Örtíz de Zarate J. C.*: *Dtsch. Z. f. Nervenheilk.* 169, 289. 1952. — 14. *Leel—Óssy L.*: *Ideggyógy. Szemle* 11, 89. 1958. — 15. *Letterer E.*: id. *Krücke*. — 16. *Marie P.* és *Bertrand I.*: id. *Bailey* és *Herrmann*. — 17. *Masson P.*: *Amer. J. Path.* 8, 367. 1932. — 18. *Nagoette J.*: id. *Bailey* és *Herrmann*. — 19. *Penfield W.*: id. *Willis*. — 20. *Plenk H.*: *Z. mikrosk. Anat. Forsch.* 36, 191. 1934. — 21. *Reubi J.*: *Schweiz. Z. Path. u. Bakt.* 7, 168. 1944. — 22. *Recklinghausen*: id. *Verocay*. — 23. *Roussy G.* és *Cornil L.*: id. *Bailey* és *Herrmann*. — 24. *Röhlich P.* és *Weiss M.*: *Acta morph. hung.* 5, 335. 1955. — 25. *Sántha K.*: *Z. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 154, 763. 1936. — 26. *Souques A.* és *Bertrand I.*: *Ann. de méd.* 9, 305. 1921. — 27. *Schürmann P.* és *MacMahon H. E.*: *Virchows Arch.* 291, 47. 1933. — 28. *Stout A. P.*: *Amer. J. Cancer* 24, 751. 1935. — 29. *Unna*: id. *Krücke*. — 30. *Verocay J.*: *Beitr. pathol. Anat.* 48, 1. 1910. — 31. *Willis R. A.*: *Pathology of tumours.* Mosby. St. Louis. 1953.

A. Хар асти: Эндоневральный коллагеноз при орбитальной нейрофиброме.

Dr. Anton Haraszti: *Endoneurale Collagenose in einem orbitalen Neurofibrom.*

1. Beschreibung des histologischen Bildes hypertrophischer Neuritis in einem orbitalen Neurofibrom.

2. Für Neurofibrom spricht es in diesem Fall, dass aus gleicher Region bereits früher ein Neurofibrom entfernt wurde, ferner, dass die Zwiebelschalenbilder auf einzelne Nervenfasern beschränkt sind, und auch das perineurale Bindegewebe vermehrt ist, schliesslich, dass klinisch an andern Nerven keine Veränderungen zu finden waren.

3. Verf. schliesst sich *Krücke* an, der die konzentrische Fasernsklerose als sekundäre Folge einer serösen Durchtränkung auffasst. In diesem Sinne spricht, dass die beiden Prozesse auch nebeneinander gefunden wurden.

4. Die konzentrische Fasernsklerose ist nicht spezifisch für die hypertrophische Neuritis, sondern kommt auch beim Neurofibrom vor.

## Epilepsiás EEG manifestációk schizoforn psychosisoknál\*

(Epilepsia — schizophrénia)

Írta: MAGYAR ISTVÁN dr. és WALSA RÓBERT dr.

Az epilepsia és psychosis coincidentiája régóta vitatott, de mindezideig meg nem oldott probléma. Ismert tény, hogy epilepsiás betegeknel postparoxysmalisan, interparoxysmalisan rohamaequivalensként, egyes esetekben attól függetlenül is psychosis alakulhat ki. E psychosis klinikai formái lehetnek ködös állapotok, psychomotoros nyugtalanság, különféle delirosus-hallucinatoros állapotok, maniform-, depressív- vagy hysteriás-reactiók, hallucinatoros-paranoid, kataton reactiók. Más esetekben előfordulhat, hogy epilepsiás betegnél schizophrén typosú psychosis lép fel és viszont. *Jackson* 1888-ban, messze megelőzve az EEG aerát, a „dreamy states” jelenségét uncinatus rohamként ismertette. Ugyancsak jóval az EEG jelenségek ismerete előtt a paroxysmalis jellegzetességeket mutató psychoticus állapotokat az epilepsiák családjába sorolták. Ezeket a paroxysmalis állapotokat *Gibbs, Gibbs és Lennox* (8) 1937-ben psychomotor epilepsia néven írták le, majd minthogy a kóros elektromos tünetek és a stimulációs kísérletek tanúsága alapján bizonyítottnak látszott, hogy a jelenségek a temporo-limbicus systemából származnak (31), a kórképet temporalis epilepsiának nevezték el. E leírások megjelenése óta számos közlemény foglalkozik a különféle psychosisok és az epilepsia kapcsolatával, részben párhuzamos klinikai és EEG megfigyelések alapján, részben a sebészeti beavatkozások során nyert eredményekre támaszkodva. Nálunk legutóbb *Pertorini* és *Juhász* (32) számoltak be atypusos epilepsiás psychosisokról. A temporalis lebeny stimulációja során észlelt psychés jelenségeket *Hullay* (15) ismertette 1956-ban.

Jelen beszámolómban klinikai beteganyagunk alapján az epilepsia és schizoforn typosú psychosis kapcsolatának egyes kérdéseivel kívánunk foglalkozni. E két klinikai kórforma látszólagos antagonismusát emelte ki *Meduna* és alkotta meg convulsiv therápiájának elméletét. Az EEG birtokában a két kórkép kapcsolata elsősorban a temporalis epilepsiánál jelentkezik. *Gibbs* (10) 1958-ban úgy vélekedik, hogy minden olyan esetben, ahol schizophrén typosú psychosisnál epilepsiára jellemző EEG elváltozás van, a kórképet epilepsiának kell minősíteni. Nagy anyagon azt észlelte, hogy a schizophrénias betegek EEG képe „normalisabb” volt, mint az átlag populatioé. Hangsúlyozza azt az elképzelését, hogy ilyen esetekben az EEG kép normalisalódása egyidejű psychoticus állapot mellett azt a functionalis antagonismust domborítja ki, mely a psychomotor epilepsia és a schizoforn psychosis pathológiai bázisa közti szoros kapcsolatra utal. *Landolt* (21—23) és *Christian* (4) hasonlóképpen egy ún. „forcierte Normalisierung”-ot tételez fel az említett psychoticus állapot folyamán. *Monroe* (28), *Rodin, De Jong, Waggoner, Bagchi* (35) megkülönböztet ún. „symptomás” és „idiopathiás schizophrén reactio”-t. Míg az előbbi szerves kapcsolatban állna a temporo-limbicus rendszer pathológiás elváltozásával (kóros EEG jelenségek kíséretében), addig az utóbbi lenne a „valódi schizophrénia”, melyhez negatív EEG kép társul. *Boudin* és munkatársai (3) arra következtetnek, hogy az epilepsiások psychés zavarai nem egyebek, mint postparoxysmalis állapot manifestációi, ill. prolongált epilepsiás

\* Előadás: 1960. IV. 28-án. (Pavlov Ideg-elve Szakcsoport).

krízis. Szerintük acut epilepsiás psychosisról van szó és nem epilepsiás betegek acut psychosisáról. Az idézett szerzők ugyanakkor, amikor a kóros EEG jelek alapján különítik el az epilepsiát a schizopreniától, elismerik azt is, hogy vannak schizopreniák — a kataton formák — melyeknél találhatók pathológiás elektromos eltérések. Hill (14), Schwab (36), Kennard (17) és mások a katonaián túlmenően egyéb schizopreniák eseteiben is jelentős százalékban írnak le abnormalis EEG tevékenységet. A különféle provokatív eljárással végzett kísérletek leírói: Lefman és Perlo (24), Heath (12), Gastaut (7/a), Bickford és mtsa (1/a), Kershman (18), Jus (16), Petersen és mtsa (33) szintén beszámolnak pathológiás elektromos jelenségekről schizopreniák esetében. Hasonló észleléseit ismertette egyikünk 1957-ben és 1960-ban acut schizopreniák eseteiben végzett Tetracor terheléses kísérletei alapján (*Magyar* 26, 27).

Fentiek alapján felvetődik az a kérdés, van-e lehetőség a helyes kórisme felállítására acut schizofom psychosis klinikai képének és epilepsiára jellemző EEG tevékenységnek egyidejű fennállása esetén — elsősorban a megfelelő therápia beállítása érdekében; másrészt melyek azok az esetek, ahol az epilepsia és a schizofom psychosis közös pathológiai alapon fejlődik ki.

#### *Klinikai adatok értékelése*

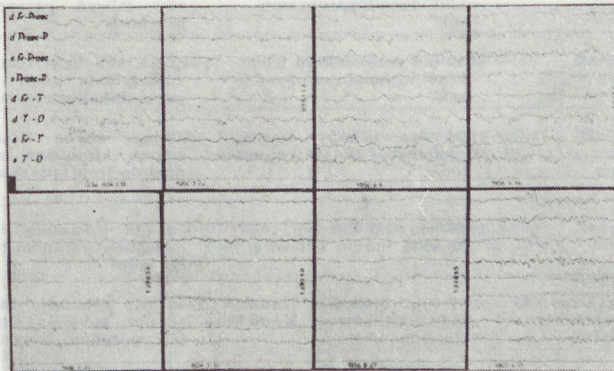
Beteganyagunkban 16 esetet találtunk, akiknél az anamnesticus adatok, a klinikai kép és az EEG észlelés alapján mind a schizofom psychosis, mind az epilepsia fennállott. (L. 1. sz. táblázat). A 16 beteg közül négyet (7., 8., 15., 16. eset) a schizopreniák csoportjába soroltunk a részletes analysis után, 12 betegnél epilepsiát diagnosztizáltunk, 1 betegnél pedig (4. sz. eset) epilepsiát és schizopreniát. Ez utóbbi betegnél traumás eredetű epilepsia állott fenn, részben psycho-motoros paroxysmusokkal, részben jobbra adversív Jackson-rohamokkal. Az EEG b. o. fronto-temporalis kóros (görcs-) potentialokat mutatott. Első epilepsiás megnyilvánulása után 6 évvel, rohamtól függetlenül, paranoid-hallucinatoros jellegű schizopren psychosis robbant ki, mely typosus betegséglefolyást mutatott.

A schizofom psychosis klinikai képe az esetek túlnyomó többségében (12 eset) paranoid-hallucinatoros kép volt, a 6. és 14. sz. betegnél heboid, a 11. sz. -nál kóborlásal társult schizofom zavartság, a 12. sz. betegnél tudatbeszűkülés, gondolathallucinatio formájában jelentkezett a psychosis. A 6. és 14. sz. betegek kivételével minden esetünkben a psychosis idején súlyos és állandó szorongást tapasztaltunk. 5 esetben (2., 3., 4., 11., 14. sz. eset) a psychosis interparoxysmalisan jelentkezett és első jelentkezésétől kezdve typosus schizofom processus alakjában zajlott le. Az egyes psychoticus állapotok indulása minden esetben független volt epilepsiás paroxysmustól, viszont a psychosis tartama alatt több esetben jelentkezett epilepsiás roham. 4 betegnél (1., 5., 12., 13. sz. eset) a psychoticus állapot postparoxysmalisan lépett fel és néhány napos, ill. 1—2 hónapos időtartamú volt. Ezek közül egynél a psychosis alatt több ízben jelentkezett paroxysmus, sőt status epilepticus is, egy esetben viszont a lezajlott psychomotoros paroxysmust alig egy-két nappal élte túl a kialakult schizofom psychosis. 3 esetünkben (6., 9., 10. sz. eset) az epilepsiás roham és a psychoticus állapot kapcsolata bizonytalan volt. 4 — schizopreniák csoportba sorolt — betegünknel részben az anamnesisben szereplő, részben a klinikai képet színező bizonytalan paroxysmalis jelenségek vetették fel az epilepsia lehetőségét, azonban a klinikai kép lefolyása, a szokásos aktív therapiás beavatkozások eredményessége és az összkép gondos elemzése alapján az utóbbit kizártuk. Betegeinknél organicus neurologiai tünetet nem találtunk. A PEG a 4, schizopreniák csoportba sorolt esetben lényegileg negatív volt, az epilepsiás kategóriában 6 betegnél hydrocephalus, 4 betegnél asymmetria volt észlelhető, 2 betegnél nem történt PEG (más intézettől került osztályunkra átmenetileg).

A therapiás effectus nem egyértelmű. 3 betegnél (1., 2., 10. sz. eset) a katamnesticus adatok hiánya miatt, a 11. sz. betegnél a gyógyszerelés önkényes elhagyása következtében nincs adatunk. A fennmaradó 8 beteg közül 5 esetben (3., 5., 9., 12., 13. sz. eset) függetlenül a kialakult psychosis jellegétől és tartalmától az anticonvulsiv kezelés pozitív eredményt mutatott mind klinikai, mind az EEG jelenségek tekintetében, azonban a 3. és 5. sz. eseténél a rendszeres kezelés ellenére a schizofom psychosis időszakosan jelentkezett. A 6. és 14. sz. eseténél a javulás a kialakult és tartós psychoticus állapot fokozatos rendeződésében, a paroxysmusok számának ritkulásában nyilvánult meg. A 4. sz. eseténél az anticonvulsiv kezelés lényegében eredménytelennek bizonyult,

psychoticus állapota nem javult. A psychosis súlyossága és elhúzódó volta miatt végzett tartós Largactil kúra, majd mko. praefrontalis leukotomia hatásossága is csupán átmenetinek bizonyult.

Beteganyagunkat három csoportba osztottuk (L. 1. sz. táblázat). Az első csoport 6 betegénél az epilepsia kóriméje mellett döntöttünk. Ezeknél az epilepsiás manifestatio hosszú idővel megelőzte a psychoticus jelenségeket, az EEG felvételeken epilepsiára jellemző eltérések mutatkoztak (egy esetben spontán, öt esetben Evipan narcosisban temporalisan focalis görcstevékenység alakult ki). A 4. sz. esetben a temporalis epilepsia mellett önálló kórképnek fogtuk fel a schizophren psychosist a korábbiakban ismertetett adatok alapján. A második csoportba 2 beteget soroltunk, akiknél a klinikai kép, a betegség lefolyása tipusosan a schizophreniák jellegzetességeit mutatta. Az EEG felvételeken focalis jel nem volt, részben diffus dysrhythmia, részben paroxysmalis dysrhythmia, theta-delta tevékenység jelentkezett és ezek a paroxysmalis elváltozások a 8. sz. esetben az insulin-therapia hatására, a 7. sz. esetben a tünetek spontán javulásával párhuzamosan rendeződtek. A harmadik csoportba 8 beteget soroltunk, közülük 6 betegnél epilepsiát, 2 betegnél (15., 16. sz. eset) schizophreniát diagnosztizáltunk. Ebben a 8 esetben az anamnesis, a klinikai kép és az EEG jelenségek együtt tették lehetővé a helyes kórimézést. A 8 betegből mindössze kettőnél (10., 14. sz. eset) volt az anamnesis epilepsiára jellemző, azonban ennek kapcsolata a psychosis kialakulásával teljesen bizonytalan volt. A többinél a psychosis indulása egyidejűséget, ill. majdnem elválaszthatatlan közelséget mutatott a nem meggyőző paroxysmusok jelentkezésével. E tekintetben különösen jellemző volt a 13. sz. beteg. A kórkép bizonytalan neurastheniform tünetekkel indult, majd egy hónap múlva robbanásszerűen psychoticus paroxysmusok jelentek meg. Osztályunkra permanens kataton nyugtalanság és paranoid-hallucinatoros psychosis tüneteivel került felvételre. Folyamatos psychoticus állapotában időnként jellegzetes psychomotoros paroxysmusok jelentek



1/a ábra. 13. sz. beteg. Ó. Sz. 21 éves fji. A schizoform psychosis klinikai jelenségeivel egyidejű, heteken át fennálló EEG kép, melyen a synchron delta tevékenység dominál. A lassú tevékenység a kezelés során, a psychés állapot rendeződésével lassan megszűnt, előbb mérsékelten szabálytalan, meglassult alaprhythmus, majd szegényes elektromos aktivitás váltotta fel. Jelenleg (1960. 4. 11.) szakaszos dysrhythmia az éber-nyugalmi tevékenységben utal a klinikai rohamokra

tek. Egyidejűleg az EEG részben diffus, részben b. o. temporalis kóros tevékenységet regisztrált. Későbbiek során — a nyugtalanság fékezésére beindított Largactil therapia kezdetén — jobbra adversív rohamokkal status epilepticus alakult ki. A Largactillal kombinált anticonvulsiv kezelésre a psychosis a paroxysmusokkal párhuzamosan rendeződött, közben az EEG az elektromos tevékenység javulását mutatta. A katamnesticus adatok véglegesen igazolták e betegnél az epilepsiára vonatkozó feltevésünket. Jelenleg a betegnél, 4 évvel az említett állapot után definitív, epilepsiára jellemző paroxysmalis dysrhythmia van az EEG képen, klinikailag időszakosan egy-egy generalisált epilepsiás roham — főleg a therapia önkényes megszakítását követően (1a—b ábra).

A harmadik csoport 8 betegénél (9—16. sz. estek) — egy kivételtől eltekintve az EEG focalis jelenséget nem mutatott, a pathológiás eltérések diffuse jelentek meg, hasonlóan az akut schizophreniáknál észlelt EEG eltérésekhez (26, 27). Epilepsia mel-

| Szám | Név,<br>életkor   | Anamnesticus<br>adatok                     | Klinikai jelenségek   |   |
|------|-------------------|--|---|---|
|      |                   |  | Epileptikus tünetek   | Psychés tünetek   |
| 1.   | Sz. K.<br>37 é.   | Koponya-<br>trauma                         | 1951-ben GM typ. epi. rohamokkal induló kórkép  | 1955 óta hallucinatoros paranoid psychosis postparoxysmalisan.  |
| 2.   | B. I.<br>36 é.    | Koponya-<br>trauma                         | 1940-ben GM-Pm typ. epi. rohamokkal induló betegség   | 1957 óta paranoid-religiosus psychosis interparoxysmalisan  |
| 3.   | P. L.<br>29 é.    | Ø  | 1946-ban Pm. rohamokkal induló kép  | 1952 óta interparoxysmalisan, sch. typ. paranoid-religiosus psychosis indul.                                    |
| 4.   | B. S.<br>48 é.    | Koponya-<br>trauma                         | 1942-ben GM-Pm typ. epi. rohamok jelentkeztek   | 1948 óta tipusos paranoid-hallucinatoros schizophren psychosis indul a rohamoktól függetlenül                   |
| 5.   | B. Gy.<br>32 é.   | Koponyatrauma,<br>családban epi.           | 1936-ban GM rohamokkal induló betegség  | 1942 óta postparoxysmalisan 10—14 napos hallucinatoros-paranoid psychosis                                       |
| 6.   | Pi. J.<br>18 é.   | Encephalitis.                              | 1945-ben PM typ. epi. rohamok jelentkeznek  | 1945 óta, rohammal bizonytalan kapcsolatú heboid schiziform psychosis indul                                     |
| 7.   | G. B.<br>26 é.    | Ø  | 1957-ben eszméletvesztés nélküli „pseudoparoxysmusok”   | 1956 óta lassan alakuló, majd process jellegű paranoid-hallucinatoros psychosis                                 |
| 8.   | H. F.<br>22 é.    | Ø  | 1940 óta periódicusan jelentkező „pseudoparoxysmusok”   | 1940 óta periódicus izgalmi állapotok, megváltozottság, majd 1952-ben manifest paranoidhallucinatoros psychosis |
| 9.   | M. F.<br>30 é.    | Ø  | 1958 óta néhány esetben „pillanatos tudatkikapcsolódás”   | 1959-ben enyhe ittas állapot után acutan kirobbant izgatottság, paranoid-oneiroid psychosis                     |
| 10.  | K. J.<br>38 é.    | Ø  | 1945-ben GM-Pm typ. rohamokkal induló betegség  | 1954 óta rohammal bizonytalan kapcsolatban paranoid-religiosus psychosis indul                                  |
| 11.  | Pa. J.<br>48 é.   | Koponyatrauma<br>Encephalitis.<br>1951-ben | 1957-ben második trauma után GM status. Később Pm rohamok   | 1958 óta rohamtól függetlenül zavart állapot, kóborlás, elhúzódo tenebrosítás; paranoid jelenségek.             |
| 12.  | P. M.<br>32 é.    | Ø  | 1940 óta tudatbeszűküléssel járó hallucinatoros szorongásos psychoticus állapotok megváltozottság élménnyel, „gondolat hallucinációval”. A psych. állapotok minden alkalommal paroxysmusban jelentkeztek  |   |
| 13.  | Ó. Sz.<br>22 é.   | Ø  | 1956-ban magatartásváltozás, hysteroidnak minősített rosszulletekkel. 1 hó múlva kifejezett psychoticus jelenségek paroxysmalisan: zavartság, hallucinatio, doxasmák. Beszállításkor paranoid-kataton kevert schiziform psychosis, egyidejűleg statusszerűen psychomotor rohamok, majd GM status (j. advers.) |   |
| 14.  | K. I.<br>13 é.    | Encephalitis                               | 1946-ban G. M. rohamokkal induló betegség   | 1956-ban jelentkezik a psychosis heboid, hallucinatoros jelekkel, megaloman doxasmákkal, agressivitással        |
| 15.  | T. P. B.<br>20 é. | Ø  | 1958-ban magatartásváltozással egyidejűen „pseudoparoxysticus” jellegű tenebrosus állapotok, egyidejűleg stuporos, majd kifejezett paranoid-szorongásos schizophren psychosis   |   |
| 16.  | B. M.<br>33 é.    | Ø  | 1959-ben induló paranoid-hallucinatoros, szorongásos psychosis, religiosus doxasmákkal. A psychoticus állapotban „pseudoparoxysmalis” nyugtalanság tenebrosítással, súlyos szorongással   |   |

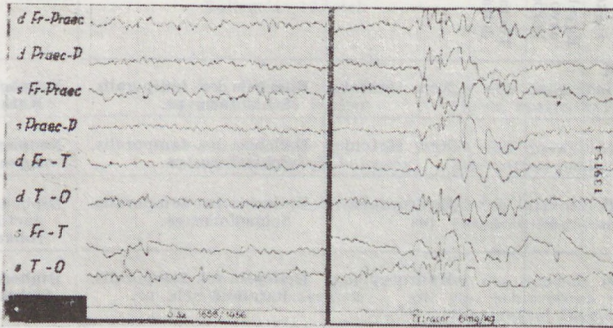
Magyarázat. Az anamnesis fejezetbe kizárólag a súlyos megbetegedés, illetve trauma került. Hereditásos adatok azok bizonytalansága miatt nem szerepelnek. A klinikai jelek alatt csak a legjellemzőbb akut tünetek kerültek felsorolásra. Az EEG jelek: „—”: eltérés nincs; „+”: állandóan jelenlevő kóros



| Alaptev.<br>meglas-<br>sulás | EEG. jelek        |                             |                  |                         |                 |                            | PEG   | Kórisme  | Therapia<br>Effectus |
|------------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------|-----------------|----------------------------|---|--|----------------------|
|                              | Dysrhyth-<br>mia. | Synchr.<br>dilat.<br>túské. | Focalis<br>túské | Egyéb<br>atyp.<br>kóros | Theta-<br>delta |                            |   |  |                      |
| —                            | ++                | —                           | E<br>+           | ++                      | ++              | Nem történt                | Epilepsia ko. temporalis.<br>Schizoform ps.   | Neophedan-Sevenal-Largactil<br>Katamnest. adat : Ø   |                      |
| —                            | —                 | —                           | +                | —                       | +               | Nem történt                | Epilepsia bo. temporalis.<br>Schizoform ps.   | Neophedan-Brom. Cocktail-li-<br>tique. Katamn. adat nincs.   |                      |
| —                            | —                 | —                           | E<br>+           | +                       | +               | Hydrocephalus              | Epilepsia bo. temporalis.<br>Schizoform ps.   | Diphedan-Neophedan Largactil.<br>Psychosis lezajlott, rohamok ritkultak                                |                      |
| —                            | +                 | —                           | E<br>+           | +                       | +               | Hydrocephalus              | Epilepsia bo. temporalis.<br>Paranoid sch. ps.  | Diphedan-Sevenal : min. ef-<br>fectus. Largactil, leukotomia:<br>átmeneti javulás                      |                      |
| +                            | ++                | —                           | E<br>+           | +                       | ++              | Kifejezett<br>asymmetria   | Epilepsia jo. temporalis.<br>Schizoform ps.   | Sacerno-Sevenal : Psychosis<br>rendeződik, rohamok rit-<br>kúlnak, EEG javul                           |                      |
| —                            | ++                | —                           | E<br>+           | +                       | ++              | Kifejezett<br>asymmetria   | Epilepsia jo. temporalis.<br>Schizoform ps.   | Mysoline-Sevenal : rohamrit-<br>kulás, EEG focus alakulás.<br>Psychosis : Largactil th-ra<br>javul     |                      |
| —                            | +                 | —                           | —                | +                       | +               | Ø                          | Paranoid-hallucinatoros<br>schizophren ps.  | Spontán rendeződik. Patho-<br>lógias EEG jelek enyhül-<br>nek  |                      |
| —                            | ++                | T<br>+                      | —                | +                       | ++              | Ø                          | Paranoid-hallucinatoros<br>schizophren ps.  | Insulin th-ra a psychosis<br>rendeződött, parox. EEG<br>jelek megszűntek                               |                      |
| —                            | —                 | T<br>+                      | —                | +                       | —               | Hydrocephalus              | Epilepsia (centrencepha-<br>lis). Schizoform ps.  | Diphedan-Sevenal : EEG ja-<br>vulás. A psychosis spontán<br>megszűnt                                   |                      |
| +                            | —                 | —                           | —                | +                       | ++              | Hydrocephalus              | Epilepsia (centrencepha-<br>lis). Schizoform ps.  | Neophedan. Katamnesticus<br>adat nincs   |                      |
| —                            | +                 | T<br>+                      | —                | +                       | —               | Hydrocephalus              | Epilepsia bo. temporalis.<br>Schizoform ps.   | Neophedan : javult. Gyógy-<br>szer önkényes elhagyása<br>miatt további adat nincs                      |                      |
| +                            | ++                | +                           | —                | —                       | ±               | Mérsékelt<br>hydrocephalus | Epilepsia (bizonytalan<br>bo. temp. indulás) Schi-<br>zoform ps.                                | Diphedan : psychosis rende-<br>ződik, paroxysmus ritkul.<br>EEG javulást mutat                         |                      |
| +                            | +                 | T<br>+                      | +                | —                       | ++              | Mérsékelt<br>asymmetria    | Epilepsia (kezdetben bo.<br>temporalis focalis, ké-<br>sőbb centrencephalis).<br>Schizoform ps. | Largactil, Diphedan Neophe-<br>dan : psychosis rendeződik,<br>rohammentes. Kóros EEG<br>javulást mutat |                      |
| —                            | +                 | —                           | —                | +                       | +               | Asymmetria                 | Epilepsia (centrencepha-<br>lis.) Schizoform ps.  | Largactil, Neophedan : psy-<br>chosis javult, rohammentes,<br>EEG epi jellegzetességet<br>nem ad       |                      |
| +                            | ++                | —                           | —                | +                       | +               | Ø                          | Stuporos-paranoid schi-<br>zophren ps.  | Largactil : teljes remissio.<br>EEG kóros jelek megszűn-<br>tek  |                      |
| —                            | —                 | —                           | —                | +                       | ++              | Minimalis<br>asymmetria    | Paranoid-hallucinatoros<br>schizophren ps.  | Largactil-Insulin-Electro-<br>shock : rendeződik. EEG<br>jelek megszűnnek                              |                      |

elektromos tevékenység; „+” : paroxysmalis kóros tevékenység; „E” : Evipan provocatióra jelentkező pathológiás jel; „T” : Tetracor terhelésre jelentkező pathológiás aktivitás. GM = Grand Mal; PM = Petit Mal; Pm = psychomotor roham; Epi. = Epilepsia; ps. = psychosis.

lett foglaltunk állást két esetben az említett anamnesticus adat alapján, 13. sz. betegünknel pedig magunk észleltünk epilepsiás rohamot. A 11. sz. betegnél az előzményi adatok között szereplő trauma és encephalitis adott lehetőséget az epilepsia feltétele-



1/b ábra. — *Ua. betegnél az acut psychoticus tünetek lezajlása után a nyugalmi felvételen bal temporalis tüske-inversio, Tetracor terhelés során diffúz, szabálytalan tüske-theta-delta kitérés látszik*

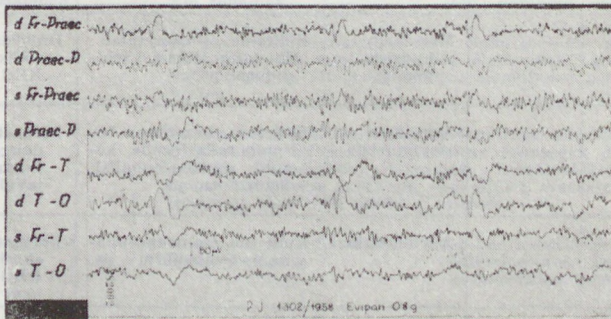
zésére, a 9. és 12. sz. betegnél a psychoticus állapot paroxysmalis jellege, a psychés tünetek gyors és lényegében spontán rendeződése tette lehetővé az epilepsia diagnózisának felállítását. Ezen adatok mellett az EEG diffúz pathológiás elváltozását és a kóros PEG leletet az organicus jelleg kifejezőjeként értékeltük.

#### *Az EEG adatok értékelése :*

Eseteinkről készült EEG felvételek elemzésekor az EEG jelenségek polymorphis-musa és a specificus elváltozások gyakori hiánya arra intettek bennünket, hogy tartózkodóak legyünk a szabályszerűségek leszögezésében és fokozottan törekedjünk a klinikai kép és az EEG jelenségek összefüggéseinek felkutatására.

Ahol bizonyos, általánosan ismert EEG elváltozásokat nem találtunk, a betegről készített összes EEG felvételen az egyes komponensek változását figyelemmel kísérve esetenként alakítottunk ki véleményt.

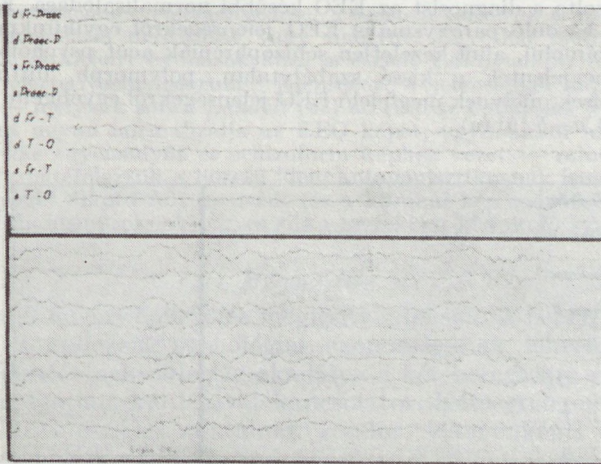
16 betegünknel összesen 82 EEG felvételt készítettünk, több esetben éveken át figyelemmel kísérve az EEG jelenségek változását. (Táblázatunkban csak az acut tüneteket kísérő EEG állapotot tüntettük fel.)



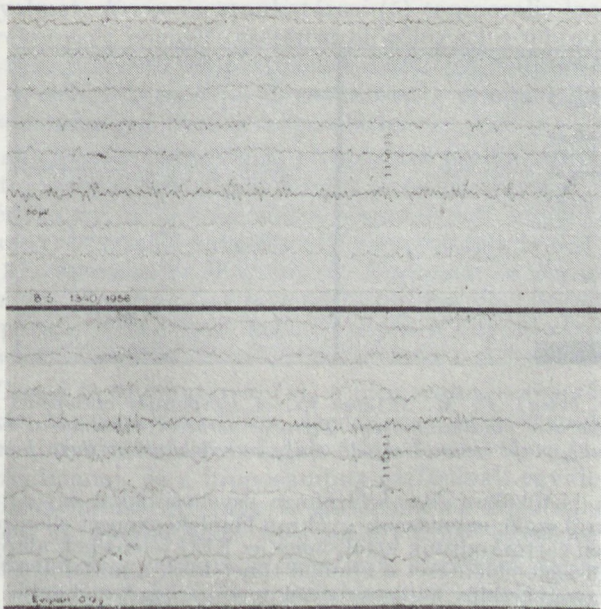
2. ábra. (6. sz. beteg). P. J. 18 éves ffi. — *Evipan narcosisban jobb-temporo-occipitalisan jól felismerhető meredekhullámok*

Egyértelműen epilepsiás psychosist kórisméztünk azokban az esetekben, ahol socialis tüskepotenciálok jelentkeztek spontán vagy terhelésre — eseteinkben kizárólag temporalisan vagy fronto-temporalisan, subcorticalis eredetre utalva — de hajlamosak voltunk ide sorolni a feltűnő irregularitást mutató, főleg focalis polymorph lassú hullámokban gazdag EEG-gel jellemzett eseteket is (2. ábra). Véleményünk

szerint a diffus szabálytalanság, a szabálytalan lassú synchron aktivitás és az ún. „organicus” EEG egyéb jelei is inkább epilepsiás psychosis mellett szólnak, amint ezt *Pertorini* és *Juhász* (32) is hangoztatják, bár *Landolt* (22) és mások kataton schizopreniában is említést tesznek az EEG desorganisatiójáról. Narcosisban készült EEG felvételeken — ha nem mutatnak jellemző görespontentiálokat — egyaránt előfordul-



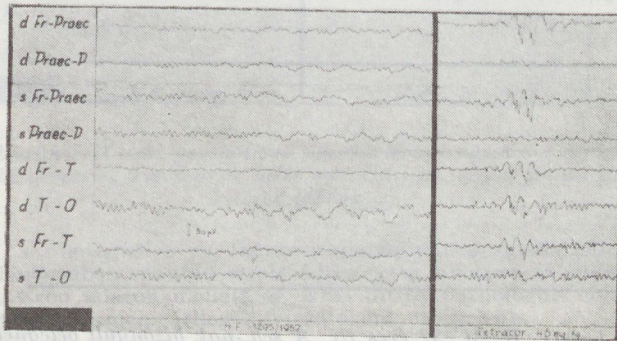
3/a ábra. (16. sz. beteg). B. M. 32 éves ffi. A sch.-nak bizonyított betegnél elszegényedett cerebrális elektromos tevékenység mellett atypikus, szegényes és apró-meredek- és theta-hullám csoportok váltakozásából kialakuló alvási görbe Evipan narcosisban



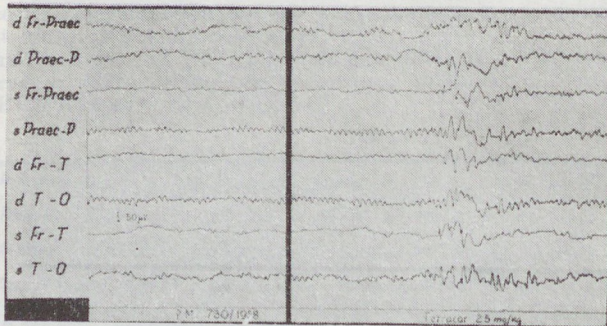
3/b ábra. (4. sz. beteg). B. S. 45 éves ffi. Némileg hasonló tevékenység narcosisban temporalis epilepsiás betegnél acut psychoticus állapotban, de temporalisan (főleg b. o.) jól felismerhető meredekhullám-tüskehullám inverziók. (A felső EEG részletek éber állapotban, az alsók Evipan narcosisban készültek)

hatnak epilepsiás psychosisisban és schizophreniáknál is szabálytalanságok és elszegényedés. Ilyen jellegű elváltozást láttunk 4 betegnél abból a 12-ből, akiknél Evipan narcosis alkalmával végeztünk EEG vizsgálatot (3. a—b ábra).

5 betegünkél találtunk synchron-bilateralis túske-theta-deltahullám burst-öket spontán is, 4 betegnél kis adag Tetracor injeciálás után. Ezek a betegek — egy kivételével — egyebekben durvább nyugalmi elváltozásokat nem mutattak. Egy esetben schizophreniát diagnosztizáltunk a klinikai kép és insulin therapia eredményesége alapján. Igazolta a diagnosist az EEG későbbi normalisalódása. Kis adag Tetracorral kiváltható hasonló paroxysmalis EEG jelenségekről egyikünknek (26, 27) már volt alkalma beszámolni, ahol kezeletlen schizophreniák acut psychoticus állapotban hasonlóképpen megjelentek a kissé szabálytalan, polymorph, diffus spike-theta-deltahullám kitérősek, melynek megfelelő EEG jelenségekről egyébként *Denis Hill* (14) is tesz említést (4 a—b. ábra).



4/a ábra. (8. sz. beteg) H. F. 22 éves ffi. Dg: Schizophren psychosis. Nyugalmi aktivitásban kialakuló diffus delta, Tetracor terhelésben fronto-temporalisan synchron-bilateralis spike-theta burst



4/b ábra. (12. sz. beteg). P. M. 32 éves ffi. A temporalis epilepsiás beteg nyugalmi aktivitásában temporalis oldalkülönbség, Tetracor terhelés alkalmával bal temporalisan induló, majd generalisálódó spike-merevedék-hullám-theta burst

Ezen adatok birtokában és a schizoforn psychosisisokkal egyidejűen mutatkozó EEG elváltozásokról szóló, egymásnak gyakran homlokegyenest ellentmondó irodalmi adatok ismeretében tartózkodtunk attól, hogy az EEG jelenségek alapján ítéljük meg a kórképet és a kórisme eldöntését a klinikai tünetektől, a kórlefolyástól és az esetenként bevezetett gyógykezelés hatásosságától tettük függővé. Utalni kívánunk *Verdeaux*-ra és munkatársaira (41), akik szerint nagy beteganyagban a leginkább normalis képet a schizophreniások EEG-je mutatta, sőt *Gibbs* (10) szerint még az átlagos populatio EEG-jénél is szabályosabb volt, másrésztől pedig *Schwab*-ra (36) és *Kennard*-ra (17) akik schizophren betegek 30—50%-ánál többé-kevésbé durva, diffus, nem typosus EEG elváltozásokat találtak. Hangsúlyozni szeretnénk azonban *Roland Kuhn* (20)

állításának helyességét, aki azt állítja, hogy nem szabad megállni a schizophrénia diagnózisánál ott, ahol EEG elváltozások vannak és Gibbs (9, 10) gyanakvása is helyénvaló azokkal a schizophréniának diagnosztizált psychosisokkal szemben, ahol az EEG kép fokalís görcestevékenységet mutat.

Eseteinkben a szokásosnál gyakoribb volt (11 eset) az organicus elváltozásokra utaló EEG jelenségek bilaterális kialakulása (esetleg typosos görcestevékenységgel vegyesen) temporalisan, ill. frontalisán. 5 esetben feltűnő volt mko a frontális vidék elektromos tevékenységének elszegényedése. 9 esetben észleltük a szemnyitásra bekövetkező desynchronisatio defectusát vagy hiányát. Egyetlen esetben sem láttunk a Landolt (22,23) által leírt és mások által is észlelt (*Alajouanine* és munkatársai 1, *Christian* 4) „forcierte Normalisierung” jelenségét. A jelenséggel kapcsolatos elméleti megfontolások — melynek során Landolt (22) szerint az epilepsiás jelenséget túlkompenzáló folyamat ugyan normalizálja az EEG képet, ugyanakkor azonban felborítja a psychés aktivitás egyensúlyát és schizofórm képhez vezet — mindez arra indított bennünket, hogy feltételezzük a hosszú ideig antagonisztikusnak ismert schizophrénia és epilepsia lényegét alkotó folyamatnak (és a klinikai kép mögött ható, feltehetően subcorticalis mechanizmusoknak) egyes ritka esetekben kialakuló symbiosisát.

### Megbeszélés

A temporalis lebeny epilepsiás megnyilvánulásainak ismerete óta a schizofórm reactio és epilepsia pathológiai azonosságának lehetősége adva van. A probléma eldöntésének objectív akadályja a két betegségre vonatkozó ismereteink sok tisztázatlan kérdésével kapcsolatos. Kétségtelennek látszik, hogy a klinikai és EEG észlelés adatainak gondos, betegenkénti elemzése adhat egyes esetekben helyes véleményt.

*Bleuler* (2), *Noyes* (29) és mások összefoglaló munkáikban megemlítik az epilepsiás psychoticus állapotok között a schizofórm psychosist. *Smorto* és *Sciorta* (37) statisztikai adatai szerint a két betegség találkozása ritka, saját eseteik között mindössze 0,4%-ban találtak együttes előfordulást. *Steiner* (39) kazuisztikai közleményében ugyancsak a coincidentia ritka előfordulására hívja fel a figyelmet. *Ervin* és munkatársai (5) temporalis localisatiójú kóros elektromos tevékenység jelenléte esetén az előzőleg schizophréniának diagnosztizált eseteket is az epilepsia csoportba sorolták. *Gibbs* (10), *Rodin* (35), *Monroe* (28) és mások a schizofórm típusú psychosist a temporo-limbicus rendszer pathológiás elváltozásaival hozzák kapcsolatba.

A temporalis lebeny pathológiás elváltozása esetén, corticalis és subcorticalis stimulatio okozta jelenségek között jelentős szerepet játszik a hallucinatoros élményzavar, a hallucinatoros álomállapot, melyekért a temporo-limbicus rendszert és annak subcorticalis kapcsolatait teszik felelőssé (*Penfield* és mtsai 31, *Freeman* és *Williams* 6, *Karagulla* és *Robertson* 16/a, *Hullay* 15, *Lechner* 25). *Sperling* és *Creutzfeldt* (38) összefoglaló munkájukban kiemelik a temporalis lebenyhez kötött psychés elváltozásokat, a schizofórm psychosiseket.

*Grastyán*, *Lissák* és munkatársai (11) a hippocampus fiziológiájának tanulmányozása során tapasztalták diffus, aspecificus gátlásos működését és kapcsolatát a diffus activatiós systema izgalomával. Szerintük vagy a diffus activatiós rendszer izgalmának és a hippocampus gátlásának egyidejű jelentkezése (sensoros impulsus hatására), vagy a gátlásnak az izgalomhoz képest való késése szükséges az idegrendszer kiegyensúlyozott, egységes működéséhez. Ez az elképzelés megmagyarázná az izgatásos kísérletek tapasztalatait, másrészt közvetve támogatná *Rodin* és munkatársai (35) feltételezéseit a „symptomás schizophrén reactio”-val kapcsolatban. A temporalis corticalis, subcorticalis stimulatio alkalmával ugyanis csak akkor jelentkezett pathológiás psychés jelenség, ha structurális károsodás állott fenn a temporalis lebenyben, ellenkező esetben pathológiás válasz nem alakult ki.

1. Eseteink száma nem magas, de sem ezek alapján, sem elméleti megfontolások alapján nem osztjuk *Landolt* (23) és *Christian* (4) véleményét az ún. „forcierte Normalisierung” tekintetében. Valószínűnek tartjuk — mint azt *Monroe* (28), *Rodin* (35), *Ervin* (5), *Gastaut* (7) és mások is állítják — hogy a temporolimbicus rendszer patológiás elváltozásainak következtében valószínűleg valamely kórfolyamat manifestációjaként egyidőben vagy egymástól független időpontokban jelentkeznek egyrészt a paroxysmus, másrészt a schiziform psychosis (8 esetünkben észleltük, hogy a psychosist hosszú idővel megelőzte az epilepsiás tünetek jelentkezése, ezek közül 6-nál az EEG jelek temporalis-focalis görcstevékenységet mutattak). E feltételezést támogatja az a tény is, hogy betegeinknél (egy kivételével) a schiziform psychosis — egybehangzóan a stimulációs észlelésekkel — hallucinatoros-paranoid klinikai formát mutatott.

2. Azon eseteinkben, ahol határozott temporalis focust találtunk, vagy az EEG diffus súlyos dysrhythmiát, paroxysmalis aktivitást, spike-wave kitöréseket mutatott jelzett temporalis dominantával — lehetségesnek tartjuk, hogy valamely subcorticalis epilepsiás góc a temporo-limbicus rendszerrel való közvetett vagy közvetlen kapcsolata révén hozza létre klinikai manifestációként a schiziform psychosist. E psychosis a mi eseteinkben is, de az irodalomban közölt esetek jelentős részében is, hallucinatoros-paranoid jellegzetességeket mutat.

3. Az ismertetett klinikai adatok és EEG észlelések alapján az epilepsia és schizophrenia coincidentájának lehetősége nem zárható ki. Egyetértésben azonban *Smorto* és *Sciorta* (37), *Steiner* (38) és mások véleményével — a két kórkép együttes előfordulását ritkának tartjuk. Saját anyagunkban mindössze 1 betegnél (4. sz. eset) fordult elő. Más esetekben a schizophren psychosist „pseudoparoxysmalis” jelenségek tarkítják (8. és 16. sz. eset).

4. Az ismertetett adatok és az acut schizophreniáknál észlelt kóros elektromos jelenségek felhívják a figyelmet arra, hogy az EEG kép önmagában nem elegendő a betegség hovatartozásának megítéléséhez. Ha a kóros potenciálok spontán jelentkeznek, focalisak és az acut schiziform tünetek megszűnte után is fennállanak, minden esetben epilepsiát kell feltételezni. A kórkép pontos diagnosizálásához — mely a therápia beállítását eldönti — az anamnesis, a klinikum és EEG gondos elemzése vezet. A PEG-en látható kóros eltérés inkább a folyamat „organicus” jellegére utal.

### Összefoglalás

Szerzők 16 beteg klinikai és EEG jelenségei alapján tanulmányozzák az epilepsia és schiziform psychosis kapcsolatainak problematikáját. Az összes adatok gondos elemzése után 11 esetben epilepsiát, 4 esetben schizophren psychosist, 1 esetben pedig epilepsia és schizophrenia együttes előfordulását diagnosztizálták. Megállapítják, hogy a két kórforma (a) valószínűleg azonos patológiai alapról fejlődik ki olyan esetekben, ahol subcorticalis (temporo-limbicus, vagy ezzel kapcsolatos) terület structuralis elváltozása áll fenn. (b) Egyes ritka esetekben lehetséges a két kórfolyamat együttes előfordulása. (c) Felhívják a figyelmet a schizophren psychosist gyakran színező, nem epilepsiás „pseudo”-paroxysmusokra. (d) Hangsúlyozzák, hogy végleges véleményt — mely a helyes kórismét és a követendő therapiát is meghatározza — csak esetenként, a jelenségek gondos analyse után lehet nyilvánítani.

### Irodalom

1. *Alajouanine, Th.—Boudin, G.—Castaigne, P.—Lhermitte, F.—Lauras, A.—Masson, M. S.* : Rev. Neurol. 95, 587, 1956. — 1/a *Bickford, R. A.—Daly D.* : EEG

Clin. Neurophysiol. 3, 378, 1951. — 2. *Bleuler, E.*: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer-Verlag, Berlin—Göttingen—Heidelberg. 1955. — 3. *Boudin, G.*—*Lawras, A.*—*Masson, M. S.*: Sem. Hop. 34, 20, 1958. — 4. *Christian, W.*: Ref. Zbl. Neur. Psychiat. 137, 142, 1956. — 5. *Ervin, F.*—*Epstein, A. W.*—*King, H. E.*: Arch. Neur. Psych. 74, 488, 1955. — 6. *Freeman, W.*—*Williams, J. M.*: Arch. Neur. Psych. 70, 630, 1953. — 7. *Gastaut, H.*—és mtsai: Rev. Neurol. 95, 587, 1956. — 7/a *Gastaut, H.*: EEG. Clin. Neurophysiol. 2, 299, 1950. — 8. *Gibbs, F. A.*—*Gibbs, E. L.*—*Lennox, W. A.*: Brain, 60, 377, 1937. — 9. *Gibbs, F. A.*: J. Nerv. Ment. Dis. 113, 522, 1951. — 10. *Gibbs, F. A.*: Proc. Ass. Rev. Neur. Ment. Dis. 36, 278, 1958. — 11. *Grastyán E.*—*Lissák K.*—*Kékesi F.*—*Szabó J.*—*Vereby J.*: Kísérletes Orvostud. 1, 88, 1957. — 12. *Heath, R. G.*: Studies in schizophrenies. Harvard University Press 1954. — 13. *Henry, Ch. E.*—*Knott, J. R.*: Prog. Neurol. Psychiat. 14, 270, 1959. — 14. *Hill, D.*: „Schizophrenia. Somatic aspects”. Összeállítás D. Richter, Pergamon Press. London, 1957. — 15. *Hullay J.*: Idegyógy. Szemle 9, 90, 1956. — 16. *Jus, A.*: Zs. Neuropath. psych. 1, 67, 1957. — 16/a *Karagulla, Sh.*—*Robertson, E. E.*: Brit. Med. J. 4916, 748, 1955. — 17. *Kennard, M. A.*: J. Nerv. Ment. Dis. 124, 103, 1956. — 18. *Kennard, M. A.*: Neurology (Minneapolis) 7, 404, 1957. — 18/a *Kershman, J.*: EEG. Clin. Neurophysiol. 3, 377, 1951. — 19. *Környey, I.*—*Salthre H.*: Acta Psychiat. Neurol. 12, 1, 1937. — 20. *Kuhn, R.*: Cit. Verdeaux és mtsai. — 21. *Landolt, H.*: Schweiz. Arch. Neur. Psych. 76, 314, 1955. — 22. *Landolt, H.*: Rev. Neurol. 95, 597, 1956. — 23. *Landolt, H.*: Schw. Z. Psychol. u. i. Anwend. 16, 1, 1957. — 24. *Lefman, H.*—*Perlo, V. P.*: EEG. Clin. Neurophysiol. 7, 61, 1955. — 25. *Lechner H.*: Wiener Z. Nervenheilk., 15, 15, 183, 1958. — 26. *Magyar I.*: Előadás EEG. I. Tud. Ülés Bpest, 1957. V. 31. — Summatio: EEG. Clin. Neurophysiol. 10, 337, 1958. — 27. *Magyar I.*: Előadás EEG. III. Tud. Ülés. Bpest. 1960. II. 8. — 28. *Monroe, R. R.*: Arch. Gen. Psychiat. 1, 205, 1959. — 29. *Noyes, A. P.*—*Kolb, L. C.*: Modern Clinical Psychiatry W. B. Saunders Co. Philadelphia—London 1958. — 30. *Papez, J. W.*: Arch. Neur. Psych. 38, 725, 1937. — 31. *Penfield, W.*—*Jasper, H.*: Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain—Little Brown and Co. Boston, 1954. — 32. *Pertorini R.*—*Juhász P.*: Idegyógy. Szemle 13, 33, 1960. — 33. *Petersen, M. C.*—*Bickford, R. A.*—*Sem—Jacobsen—Dodge, H. W.*: Spec. Staff. Meet. Mayo Clin. 28, 170, 1953. — 34. *Pottier, C.*—*Himmelforb—Colnt, L.*—*Blanc, J.*: Ann. Méd. -psychol. 115, 530, 1957. — 35. *Rodin, E. A.*—*De Jong, R.*—*Waggoner, R. W.*—*Bagchi, B. K.*: Arch. Neur. Psych. 77, 449, 1956. — 36. *Schwab, R.*: Electroencephalography in Clinical Practice, Saunders, Philadelphia—London, 1951. — 37. *Smorto, G.*—*Sciorta, A.*: Il. Pisani, 69, 25, 1955. — 38. *Sperling, E.*—*Creutzfeldt, O.*: Fortschr. Neur. Psych. 27, 295, 1959. — 39. *Steiner, K.*: Psych. Neurol. u. med. Psych. 12, 141, 1959. — 40. *Tedeschi, G.*: Lav. neuropsichiatri. (Roma) 21, 35, 1957. — 41. *Verdeaux, G.*—*Drossopoulo, J. G.*—*Chanoit, P.*: II. Internat. Psychiatr. Congr. Zürich, 1957. — 42. *Wood, Ch.*: Neurology (Minneapolis) 8, 215, 1958.

И. Мадьяри Р. Вальса: Эпилептические проявления на ЭЭГ при шизоформных психозах.

Dr. Stefan Magyar, Dr. Robert Walsa: *Epileptische EEG Manifestationen bei schizoformen Psychosen.*

Es wird auf Grund klinischer und EEG-Befunde von 16 Kranken die Problematik der Beziehungen zwischen Epilepsie und schizoformer Psychose erörtert. Auf Grund einer Abwägung aller Daten werden 11 Fälle als Epilepsie, 4 als schizophrene Psychose, 1 Fall als gemeinsames Vorkommen von Epilepsie und Schizophrenie gedeutet. 1. Die beiden Krankheitsformen entwickeln sich wahrscheinlich auf gleicher pathologischer Grundlage in Fällen, in welchen Strukturveränderungen des temporolimbischen oder damit in Verbindung stehenden subkortikalen Gebietes vorliegen. 2. Gemeinsames Vorkommen beider Prozesse ist möglich. 3. Es wird auf die nicht epileptischen „Pseudo-Paroxysmen“ aufmerksam gemacht, die schizophrene Psychosen oft färben. 4. Für die endgültige Auffassung des Einzelfalles, die auch die Therapie bestimmt, ist eine sorgfältige Analyse aller Untersuchungsergebnisse unerlässlich.

## Beszámoló Lengyelországi tanulmányutamról

Írta: ORTHMAYR ALAJOS dr.

A Magyar—Lengyel Egészségügyi Egyezmény keretén belül Egészségügyi Minisztériumunk a múlt év őszen két hetes tanulmányútra küldött Lengyelországba. Ez idő alatt alkalmam volt többször megbeszélést folytatni a Lengyel Népköztársaság Egészségügyi Minisztérium neuro-psihiátriai osztályának vezetőjével Dr. Gnat Taddeusszal és munkatársaival. Megtekintettem 3 egyetemi klinikát, központi neuro-psihiátriai kutató intézetüket, 3 nagy 1500—1700 ágyas kórházat, 3 kisebb 80—250 ágyas kórházat, 2 gondozóintézetet és 1 nálunk ismeretlen „józanító” állomást.

A rövidség valamint az ismétlések elkerülése céljából nem fogom az egyes intézeteket részletesen ismertetni, hanem inkább áttekintő képet igyekszem nyújtani, melyben főleg a nálunk ismeretlen elveket, szokásokat ismertetem.

A Lengyel Népköztársaság Egészségügyi Minisztériumában az ideg-elme szakmát 2 orvosból, 1 pszichológusból és külön adminisztratív személyzetből álló osztály képviseli. Működésük eredményes, mert 1958-ban 3000, 1959-ben pedig 1600 új elmeágyat állítottak fel részben újonnan épített épületekben, részben volt katonai objektumok, kastélyok átépítésével, s így elérték, hogy elmeágyaik száma ma 30 000, azaz 1000 lakosra 1 jut náluk, nálunk 1000 lakosra 0,65. Ezenkívül a Szociális Minisztériumnak van még 4000 + 1500 ágya oligophrennek ill. chronikus betegek számára. Igazgatási szempontból egyidőben ők is decentralizáltak, de ez szakmánk területén, mint mondták tragédiához vezetett, ezért rugalmasan a helyi viszonyoknak megfelelően rendelkeztek. Nevezetesen azok a vajdaságok, melyekben az elmeágyak száma nem volt elég, vagy épp ellenkezőleg a szükségletnél lényegesen több, közvetlen minisztériumi irányítás alá kerültek, viszont melyekben az elmeágyak száma elegendő volt, decentralizáltak maradtak.

Lengyelországban szakmánk 3 nagy ága teljesen különvált mind az egyetemi oktatásban, mind a kórházi szervezésben. Egyetemeiken a külön neurológiai és külön psihiátriai tanszékek mellett, majdnem mindenütt idegsebészeti tanszék is van.

A wroclavi neurológiai klinikától eltekintve, csak psihiátriai intézményeket látogattam. Lengyelországban általában az elmeagyógyintézetek különállóak, nemcsak a nagyobbak, hanem a kisebbek is. A nálunk szokásos elmeosztály-typust, mely az általános kórház egyik osztályaként működik, nem láttam. Ha a két rendszert összehasonlítom főleg a heveny betegek ellátására a nálunk szokásos, általános kórház keretén belül működő elmeosztályt tartom a megfelelőbbnek.

Az elmeszakorvosi képesítés Lengyelországban két vizsgából áll. A szakorvosjelölt 3 évi gyakorlat után teszi le az első vizsgát, mely rendelőintézeti szakorvosi ténykedésre jogosít, újabb 3 év után a második vizsgát, mely önálló intézeti működésre jogosít, anélkül főorvos nem lehet senki. Minden szakorvosjelölt központi kutató intézetükben köteles eltölteni 3—4 hónapot, hogy megfelelően tájékozódhasson az újabb elméleti és gyakorlati kérdésekben.

Középkáderképzésük régebben nagy elmekórházakban működő külön elmeápolói iskolákban történt, újabban 2½ éves általános ápolói kiképzés után 6 hónapos bentlakásos elmeápolói képzésben részesülnek. A nővértanulók fizetést nem kapnak, hanem tanulmányi eredményüktől függő ösztöndíjban részesülnek. Az igen jól képzett ápolónők mellé szakképzetlen segédápolók vannak beosztva. Az orvosi és középkáder utánpótlás náluk is



problémát jelent, mert a szakmánk iránti érdeklődés ott sem nagy. Varsó és egyéb nagyobb városokban a probléma kisebb, de városoktól távol levő intézetek orvost és szakápolót igen nehezen kapnak.

Lengyelországban a pszichiátria területén úgy a gondozókban, mint a kórházakban rendszeresen dolgoznak pszichológusok, számuk az országban kb. 200. Feladatuk elsősorban a különböző lélektani vizsgálatok végzése, de a családnál, illetve munkahelyen a környezettanulmányokat ők folytatják le és a szocio-ergoterápiát is ők irányítják. Ezeket a pszichológusokat klinikai pszichológusoknak nevezik. Egyetemen nyerik képesítésüket, és oklevélük megszerzése után még fél éves klinikai átképzést kapnak a Krakkó melletti Kobiezin-ban levő nagy, 1500 ágyas elmekórházban. Ebben a kórházban működik ugyanis Dr. Chojnovsky vezetése alatt egy klinikai lélektani laboratórium, melyet a Lengyel Tudományos Akadémia támogat s a klinikai pszichológusok képzése mellett itt dolgozzák ki a különböző külföldi teszteknek a lengyelországi viszonyokhoz való alkalmazását.

Az elmebetegek beutalásának jogi vonatkozásai még nincsenek egységesen szabályozva, adminisztratív okokból, illetve statisztikai feldolgozás érdekében azonban a beküldő orvos köteles minden beszállításkor egy részletes, részben kérdőíves, részben kötetlen megállapítások leírására lehetőséget nyújtó nyomtatványt kitölteni. Elbocsátáskor pedig minden gyógyintézet köteles az egész országban egységesen előírt minta szerint kb. a mi zárójelentésünknek megfelelő értesítést küldeni, a kezelőorvosnak, illetve gondozó intézetnek.

Az alkoholisták kényszerkezelését illetően egy társadalmi bíróság dönt, mely különböző társadalmi szervek képviselőiből, egy jogászból és egy elmeorvosból áll és az illető alkoholista beutalásával a család, illetve a munkahely kérésére foglalkozik. Amennyiben szükségesnek látják az illető kényszerkezelését, javaslatot nyújtanak be az illetékes bírósághoz, mely annak alapján meghozza határozatát, s ekkor a kényszerbeszállítás, illetve a kényszerkezelés megtörténhetik.

Ezzel kapcsolatban mondom el a nálunk ismeretlen „józanító” állomás működését. A belügyminisztérium szovjet mintára a nagyobb városokban fenntart úgynevezett józanító állomásokat, ahova a botrányosan viselkedő, a rendet zavaró részeket beszállítják, ott szakorvos megvizsgálja és a szükség szerint ellátja, fürdő után lefektetik és másnap reggelig ott kell maradnia. Mindezért a beszállított részeket fizetni kötelesek, az alapköltség 140 zlotyi, amiben az orvosi vizsgálat, gyógyszerelés, fehérnemű használat költségei vannak felszámítva. Esetleges külön gyógyszerelés, külön tuszt, többszöri fehérnemű vagy ágynemű váltást külön felszámítják. A kiadások összegét a beszállított alkoholisták fizetéséből levonadják. A beszállítottakat névjegyzékbe veszik, a harmadik beszállítás után a gondozóba irányítják elvonó kezelésre és amennyiben erre önként nem hajlandó, a kényszerelvonást javasolják.

A gdyniai józanító állomást láttam működésben egy vasárnap délután. Az állomás 5 helyiségből áll, személyzete egy szakorvos, egy ápoló és egy tisztviselő. A részt a rendőrség szállítja be, a felvételi helyiségben magnetofonba bemondják a beszállítás indokait és körülményeit és természetesen a beszállított kijelentései, esetleges ordítózásai is a szalagra kerülnek, amit másnap józan állapotukban visszajátszanak nekik. Adatfelvétel után ballonbafújással és színreakcióval bizonyítják az alkohol-fogyasztást, ezután a részt megfürdetik, átöltöztetik, majd orvosi vizsgálat után lefektetik. A váróteremben alkoholelleses propagandaképek és az alkoholfogyasztás által előidézett megrázó helyszíni baleseti felvételek vannak kifüggesztve. Az állomás fenntartásának költségei megtérülnek a behajtott díjakból. A vezetők véleménye

szerint az állomás rendészeti előnye mellett lehetővé teszi esetleges baleseti vagy belgyógyászati kórképek, illetve szövődmények kiszűrését, hogy pl. eszméletlenül fekvő agysérültet, vagy epilepsiást ne tartsanak rendőri közegek egyszerű részeknek.

Két gondozó intézetet láttam. A varsói külön erre a célra tervezett modern épületben van elhelyezve, a felnőtt psychotikusok, epilepsiások, alkoholisták gondozásán, illetve kezelésén kívül ennek az épületnek egy külön szárnyában történik a gyermekpsychiátriai rendelés is. Az intézet igen jól felszerelt, van RTG., EKG., Krogh, EEG. laboratóriuma, emellett még 30 ágygal is rendelkezik a gondozó, hogy elektroshock, valamint kis és nagy insulin kezelést végezhesse. Ezek a betegek általában reggel 7—8-tól, délután 2—3-ig tartózkodnak a fektető részlegen. Az intézetben 15 teljes időben működő orvos, közöttük belgyógyász, EEG-s dolgozik, emellett több állandó konzultáns orvosuk is van. Az orvosok mellett 33 psychológus és megfelelő létszámú ápolónő segít az ellátásban. Az intézet egyik helyisége alkoholistaklub, rádióval, televízióval, társasjátékokkal, könyvekkel van felszerelve és itt, orvos és psychológus felügyelete alatt szórakoznak munka után a kezelés alatt levő, vagy már gyógyult betegek. A gdanski gondozó intézet nincsen ilyen jól felszerelve, de szervezetsége mintaszerű, helyi feladataik korszerű ellátása mellett kijárnak a vajdaság minden járási székhelyére rendszeresen konzultálni, beteget látogatni. A szociális minisztérium felügyelete alá tartozó oligophren- és elme-szociálisotthonok ellenőrzését és az ide történő beutalásokat is ők végzik.

Elmekórházai mint már említettem különálló intézmények, amelyeket láttam, mind pavillonrendszerűek voltak. A betegeket többnyire chronicitásuk szerint csoportosítják, de külön pavillon szokott lenni a somaticus betegek, valamint tbc.-s és fertőző betegek számára is. Egy pavillon többnyire gyermek elmeosztály, a Krakó melletti kobjezsini kórház gyermekosztálya pl. a mi fogalmaink szerint gyönyörűnek mondható. Amellett, hogy különböző munkahelyeiken nagy számban foglalkoztatják betegeiket, központi ergoterapiás műhelyeik is vannak és a pavillonokban is foglalkoztatják ápolóit. Több kórháznak volt testnevelő tanára, kiknek irányításával rendszeresen tornáztak, sportoltak a betegek. Általában kórházukban feltűnő a tisztaság és a csinoságra, otthonosságra való törekvés. Több helyen a látogatók csak cipőjükre húzott posztó papucsokkal léphettek be az épületbe. A betegek felvétele a központi ügyeleten történik és onnan irányítják őket a betegség jellege és az üres ágyak szerint a különböző pavillonokba.

Gyógykezelésük korszerű, a nálunk is ismeretes és szokásos gyógyeljárásokat alkalmazzák ők is, benyomásom szerint, ők az insulin kezelést és a foglalkoztatást alkalmazzák kiterjedtebben, nálunk pedig a neuroleptikus kezelést intenzívebb.

Közvetlen Varsó mellett, Pruskowban van egy 1500 ágyas elmeorvosi intézet, 3 pavillonjuk képezi a teljesen önálló neuro-psychiátriai tudományos intézetet, melynek igazgatója Kuligovsky professzor, ki neurológus, külön psychiátriai vezetője Jus professzor. Az intézetnek jól felszerelt elektrofiziológiai, neurofiziológiai, biochemiai, neuropathológiai és psychológiai laboratóriumaik vannak. A kutató részlegek mellett csak kis betegosztályok működnek. Beteganyagukat tudományos témájuk szerint válogatják ki a kórház anyagából. Az intézetben működik az elmeügyi statisztikai és methodikai osztály, mely az országos elmebeteg statisztika adatait összegyűjti, kulcsszámozza, a részletes feldolgozást a statisztikai hivatal gépi berendezéseivel végzetetik el saját szempontjaik szerint. Emellett különböző szervezési feladatokat is ellátnak pl. mikor egy új elmekórházat kellett megtervezni, a methodikai osztály veze-

tőjét, dr. Jarosiewskyt kiküldték Franciaországba, hogy tanulmányozza a Sivadon által épített és legkorszerűbbnek tartott elme-kórházat. Ott szerzett tapasztalatait igen alapos és elmélyült kórházépítészeti tanulmányban terjesztette a minisztérium elé, mit sokszorosítva ismertettek és bocsátottak megvitatásra. Könyvtáruk, főleg a modern könyveket és folyóiratokat illetően, rendkívül jól felszerelt. Az intézetben igen élénk tudományos tevékenység folyik, és mint Lengyelországban általában, ők is igen jó kapcsolatban vannak a Szovjetunió és a népidemokráciák, de az USA, Franciaország, Anglia szakmai köreivel is, sok ösztöndíjasuk tanul külföldön, úgy keleten, mint nyugaton.

Röviden még a klinikákról: az oktatási rendszerbe betekinteni nem állt módomban. Átépitések, betegségek miatt tulajdonképpen csak a krakkói egyetem pszichiátriai klinikáját volt alkalmam jobban megismerni. Igazgatója Brezicki professzor, klinikáján legszembeötlőbb talán az a rendkívül jó szellem volt, ahogyan a betegeket nemcsak érdekes esetként kezelték, hanem emberként is foglalkoztak velük. A klinika alagsorában egy klubbot rendeztek be, képekkel, virágokkal díszítették, rádió, televízió, újságok, könyvek állnak a betegek rendelkezésére. Teát és kávé is kaphatnak itt, javuló betegek délutánoként, esténként ide járnak le. Vasárnap pedig a betegek által összeállított és előadott műsoros délutánokat szoktak itt tartani, melyen az orvosok is rendszeresen résztvesznek. Egy délutánon én is jelen voltam, verseket, humoros jeleneteket adtak elő, majd egy zeneszám előadása alatt táncolni kezdtek a betegek és megható volt látni a neurolepticumoktól merev betegeket orvosnőkkel, ápolónőkkel táncolni.

Talán éppen ez az emberi kedvesség és közelség az, amit a korszerű szakmai ismeretek és szakmai lelkesedésük mellett a legjellemzőbbnek tartok a lengyel pszichiáterekre.

Ez a kedvesség és szívélyesség ugyan nemcsak a pszichiáterekre, hanem általában is jellemző a lengyelekre, akik velünk magyarokkal rendkívüli módon szívélyesek és kedvesek, történelmünk számos közös élményét nemcsak frázisként emlegetik baráti összekötő kapocsnak, hanem meggyőződésük szerint őszintén annak is érzik.

Így ez az utam nemcsak szakmai téren, főleg kórházkultúra terén nyújtott számomra új ismereteket, hanem megismertem és megszerettem egy rendkívüli vendégszerető, baráti népet, akitől mind a szakma, mind az emberiesség terén igen sokat tanulhatunk.

A. Orthmayr: *Bericht über eine Studienreise in Polen.*

#### NEUROANAESTHESIAI-MUNKACSOPORT

A Fédération Mondiale de Neurologie elnökének, L. van Bogaert-nek kezdeményezésére és jelenlétében 1960. júl. 9-én Anvers-ben megalakult a Neuroanaesthesiai Munkacsoport.

Elhatározták, hogy nem választanak elnököt, hanem 2 titkárt, akik közül az egyik (Prof. G. Vourch, 54, rue Faubourg St. Honoré Paris<sup>6</sup>) Európát, Ázsiát és Afrikát, a másik (Dr. H. R. Terry, Rochester, Minn., U. S. A.) Észak- Dél-Amerikát és Ausztráliát képviseli. Titkár-helyettesnek Dr. A. Soetens-t (Anvers, Institut Bunge) választották meg, aki a Munkacsoport és az FMN közti kapcsolatot is biztosítja.

A munkacsoportnak csatlakozó, levelező és alapító tagjai vannak. Csatlakozó tag lehet mindenki, akit a neuroanaesthesia problémái érdekelnek és ezt az óhaját bejelenti valamelyik titkárnak. Továbbá elhatározták: neuroanaesthesiai könyvtár létesítését az Institut Bunge-ban (Anvers); a részvételt az Európai Anaesthesiologiai Kongresszuson 1962-ben (Bécs); végül nagy vonalakban körvonalazták a Munkacsoport célkitűzését, aminek lényege szoros együttműködés az anaesthesiologiával és valamennyi neurologiai tudománnyal, ami úgy klinikai, mint akadémiai szempontból hasznos és eredményes lehet.

Lehoczky Tibor dr.

## A 10-ik lindau-i psychotherapiás hét

A 10. lindau-i „Psychotherapiewoche” 1960. május 2—7-ig, az ezt követő „Übungswoche” pedig május 9—14-ig folyt le. (Lindau, a romantikus szigetváros eredete a tiberiusi időkre tekinthető vissza, amikor még Lindola, illetve a városi római védőszentje után Lindavia néven emlegették. A Boden-tó északkeleti partja mellett fekvő kicsiny szigetre épült.)

A hagyományos psychotherapiás hét atyja *E. Speer* (Lindau), ki *J. H. Schultz* prof.-ral (Berlin) és *H. Stölze*-val (München) karöltve, mintegy négyszáz résztvevővel rendezte meg az ezévi kongresszust, melyen nem csak referátumok hangzottak el, hanem a psychotherapia egyes területeit szemináriumszerű módszertani tanfolyamokon is összefoglalták. Számos gyakorlati bemutásra is sor került.

A kongresszus kitérőt két fő témája: 1. a psychotherapiás vonatkozású alakítási eljárások („gestalterische Verfahren”) és 2. a csoport-therapia voltak.

Az alakítási, illetve alakképzési therapia nemcsak elveit és módszereit nézve nyújt új lehetőségeket, hanem psychotherapiás szemléletünket is több vonatkozásban változtatja meg. Nehéz volna eldönteni, hogy vajjon tudományosnak nevezhetők-e még egyáltalán ezek a módszerek, avagy talán helyesebb volna inkább therapiás területen alkalmazott művészetről beszélnünk.

A Simon által bevezetett munkatherapia feladata még elsősorban az volt, hogy az elmebetegeket azok psychoticus tartalmaiktól eltérítse, autismusukat áttörje, kezdeményezésüket új iniciatívák és új érdeklődési kör felkeltésével támogatja, sympatheitikus kapcsolatukat javítsa és psychés kompenzáló képességüket fejlessze. C. Schneider foglalkoztatási therapiája már különböző differenciáltságú fokozatokban, az egyéni- és a csoport-therapia elveinek szemelőtt tartása mellett, a teljesítmény esztetikai jelentőségén keresztül törekedett a betegek személyiségének harmonikus felépítésére. A fejlett foglalkoztatási therapia alkotó-tevékenységre ösztönöz. A papiros, a ceruza, a tus, a festék és az ecset, a viasz, a plasztillin, a fa, a fém és megannyi más anyag, de nem kevésbé a hangszerek segítségével a beteg már nem csak unalmát oszlatja el, hanem reménytelenségének és kudarcainak borzalmas képeit is. A foglalkoztatási therapia a játék örömeinél többet: a személyes teljesítmény örömét nyújtja. Ha ez a személyes teljesítmény már nem csupán „foglalkozás valamivel”, hanem mint *G. Clauser* (Freiburg) mondotta előadásában: „spontán kialakítása egy meghatározott valaminek” („spontane Gestaltung von etwas Bestimmtem”), úgy alakítási therapiáról van szó. Az elv tehát: a határozatlannak határozott formában való kifejezése, avagy *R. Heyer* (Nussdorf) szavai szerint: „Gestaltung als eine Integration des Nicht-Rationalen”. E szemszögből nézve elsősorban az alakítás dinamikája az, mely therapiás jelentőséggel bír, a formai differenciáltság és a tartalom már inkább diagnosztikus fontosságú. Az előadók nyomatékkaal figyelmeztettek a produkciók esetleges képzőművészeti értékének — mely a beteg különös tehetségével vagy jártasságával függ össze — figyelmen kívül való hagyására. A nézőpont pszichológiai kell, hogy legyen és nem esztetikai. *Clauser* és *O. Wiltgenstein* (München) rajzolásai és festészeti képalakítási módszerekkel dolgozik. Psychoticus, „psychosomaticus” és általában az abnormis élményfeldolgozásban szenvedő („neuroticus”) betegeiket rajzok és festmények készítésére igyekeznek rábírní. E produkciók az orvos számára diagnosztikus, a beteg részére azonban mindenekelőtt therapiás jelentőséggel bírnak, mivel — előadók szerint — a projektív alkotás a psychés dinamika fokozatos tehermentesítéséhez és az intrapsychés feszültség csökkentéséhez vezethet. Az említett két szerzőn kívül, betegek képanyagát még számosan, így *In der Beck* (Schleswig), *Froboese* (Hamburg), *Kolle* (München), *Rechenberger* (Rheydt), *Wiesenhütter* (Würzburg), *Winkler* (Tübingen) és *Wolter* (Coburg) is kiállították. A régi városháza termeit és a városi színház folyosóit e hatalmas képanyagból összeállított kiállítás töltötte meg.

Bár a szerzők magyarázataikban nem voltak mentesek az orthodox mélylélektan abszurdumaitól, kétségtelen, hogy e képsorozatok demonstrative tükrözték a betegek erőfeszítéseit a formakeresésben. Megfigyelhetjük továbbá a kompozíciók rendeződését a remissio során, és az affektív fekvés alakulásait kísérő változásokat a színek megválasztásában. Az interpretációkat azonban sok tekintetben csak fenntartással fogadjhatjuk el.

A képalakítás diagnosztikus és therapiás jelentőségét *Clauser* a következőkben látja: 1. a spontán alakítás megkönnyíti a szubjektív átélést; 2. a belső világnak a saját alkotásba való kivetítése — éppen az objektíválás által — a belső feszültség oldódásához vezethet („Das Sich-Aussern im eigenen Werk entlastet; das Ausser-Sich-Sein vermindert seelische Spannungen”); 3. a nem kontrollált művészi kifejezés szemlélete a beteg által, továbbá a formaalakítások fejlődése a kezelés folyamán,

rendező és nevelő jelentőségi; 4. az alakított produktumoknak a beteg és az orvos által való közös szemlése a sympathia-érzés könnyebb eléréséhez vezet; 5. az együtt való képszemlézés lehetővé teszi a praeracionális képelménynek a racionális fogalom-síkra való áthelyezését; 6. a folyamatos produktciók a betegség lefolyásának és a pszichoterápia eredményességének is mutatói.

Ehhez az utolsó ponthoz csatlakozott *Enke* (Freiburg) előadása a spontán képsorozatok tudományos kiértékeléséről. Hangsúlyozta a *tematikai képszemlézés* és a *formális képanalízis* különválasztásának szükségességét. Betegeinek spontán képsorozataiban a formális sajátosságok változásait dekurzative jegyzőkönyvezte. Diagramokban ábrázolta a vonalvezetés (szélesség, élesség és feszültség), vonalirány, vonalkötések, képméret és képarányok, térfelosztás, térfelhasználás, térdinamika, formaalakítás, formabiztonság, formaarányok és formaváltozatok karakterisztikumait. Kiterjedt a színválasztás kérdéseire is: milyen egymásutánban és csoportosításban, milyen elosztásban, elhatárolásban és kiemelésben, illetve kontrasztokban, továbbá milyen térviszonyokban és milyen keverési tisztaságban alkalmaz a beteg színeket. Előadó a térkarakterisztikumokat illetően négy fokozatot állított fel: teljes térbeli össze-visszaság, síkbeli-, rétegbeli- és perspektivikus tagoltság. Kiemelte továbbá a kép statikus vagy dinamikus jellegének fontosságát. A képek tartalmát az említett szerzők a mélylélektani regressio-elmélet szerint magyarázták.

A „Gestaltungstherapie” általános jelentősége azonban meghaladja az említett képalakítási módszerek jelentőségét. Így pl. a psychodramatikus terapiás eljárások is lényegében alakítási formákat teremtenek. Ezekben a beteg akár mint „passzív átélő”, akár mint „aktív együttjátszó” saját konflikt-helyzetét tekintti át, éli meg, s ily módon belső feszültségének csökkenéséhez vagy oldódásához jut el. Ez a psychodramatikus formák által válik elérhetővé, melyekben a beteg önmagát realizálja. A psychodramáról mint módszerről a későbbiekben még szó lesz.

A második főtéma a csoport-terápia kérdése volt.

*O. Köhler* prof. (Freiburg) állatpsychologiai előadását, melyben az állati csoportképzés biológiai vonatkozásaival foglalkozott, nagy érdeklődés kísérte. Ez emberi csoportalakulás számára e biológiai fejtegetések aligha mondtak valamit. Különösen érdekesek voltak azonban a méhek tájékozódásával kapcsolatos vizsgálatai. Így ismertette pl. azokat az égtájakhoz viszonyított szignálokat, melyek segítségével a vezér-, illetve a felderítőméh a rajjal a megtalált zsákmány helyét közli.

*E. Lindemann* prof. (Boston) az emberi szociális organizációval, különösen a családon belül szerepet játszó psychodinamikus relációk kérdésével foglalkozott.

*Lindemann* prof., *S. H. Foulkes* (London) és *E. Wiesenhütter* (Würzburg) az emberi személyiség fogalmát fejtegette. Szerintük ez nem azonos az egyén, az individuum fogalmával, melyet gyakran a társadalom (kollektíva) fogalmával állítanak szembe. Alig néhány generációval ezelőtt még nem létezett a munkavállalók névtelen tömege, hanem a családi élet területe és a munkaterület még valamilyen formában érintkeztek egymással. Aki egy meghatározott feladaton dolgozott, illetve annak megoldásában segédkezett, az nem csak az egész feladattal volt tisztában, hanem személyesen is ismerte mindazokat, akikkel egy időben tevékenykedett, tehát nem egy névtelenül tevékenykedő valaki volt, hanem egy, a felelősségben is osztozó, személyes tagja „egy egész”-nek. Ilyenformán képeztek az együtt dolgozók egy csoportot. Előadók — saját társadalmaikat vizsgálva — megállapították, hogy ez az építmény az utolsó generációk idejében azért omlott össze elsősorban, mert a tevékenységben résztvevő egyedek saját céljaikat és érdekeiket kezdték hajszolni. Előadók felvetették továbbá a kérdést, hogy vajjon a csoporthoz kötött élet- és munkaformából a hyperindividualizmus és a ilyenfajta kollektívizmus felé rohanó modern embert — ki mindkét esetben izolálódik — nem fenyegetik-e a megváltozott helyzetből fakadó, fajlagos neurosisok („foglalkozási neurosisok”). Az ember gyökértelessé válásának okai közt különös jelentőséget tulajdonítanak a rohamos nagyipari fejlődésnek, a gyors városodásnak, a ki- és bevándorlásoknak, a túl hirtelen történő szociális felemelkedéseknek és tönkremeneteknek. Mint sajátos jelenséget említették a felelősségvállalástól, azaz — amint ők nevezték — a „személyiség-gé-válás”-tól való félelmet. *Wiesenhütter* kazuistikájában olyan szerkezetű neurosisokról számolt be, melyeknek alapját a saját foglalkozással szembeni érdektelenség, a kötelességvállalással járó alkalmaztatástól való idegenkedés és a valódi célok iránti közöny képezte. A gyökerét-vesztett egyén könnyen visszazuhan saját individualitásához, s az ezt követő védelemkeresése a kollektíva szárnyai alatt már csak látszólagos. Itt a kollektívában rendszerint újból magányossá válik.

*B. Stokvis* (Leiden, Hollandia) szerint a közösség anthropologiai értelemben vett legkisebb csoportja a társaság. Ennek tagjai ismerik egymást, érdeklődésükben és feladataikban közös vonásokat mutatnak, felelősek egymással szemben. A közösségben a primaer csoport a család. Az egyesületek, klubok, munkaközösségek és kollegiatikusok már másodlagos csoportalakulások. „Milyen messze állnak még ezektől is” — mon-

dotta Stokvis — „azok a konszernek, melyekben a munkások nagy része már nem tudja, hogy az általa készített csavar egy autó, egy hűtőszekrény avagy egy harckocsi alkatrésze-e”. *Wiesenhütter* szociál-anthropologiai felfogása szerint az ember mint személyiség embertársaiban látja és azokban valósítja meg önmagát. *R. Battegay* (Basel) a csoport-psychotherápia psychodinamikus vonatkozásainak kérdésével foglalkozva kifejtette, hogy személyiségnek lenni annyi, mint egyúttal „wir”-nek is lenni. A „Wir” többet jelent az „Ich”-ek összegénél. *Heyer* szerint a legősibb csoport a család, mely egy „Urwir”-nek felel meg.

*Foulkes* és *W. Schindler* (London) szerint az állatok számára éppen a merev alkalmazkodás, illetve a szituációba való szilárd besorolódás képessége biztosítja az egészséges létet. Ezzel szemben az embernél ugyanez a fejlődés megrekedéséhez, neurosishoz vezethet, amennyiben képtelen szabadulni merev kapcsolataitól és azoktól az alkalmazási módoktól, melyek első környezetére, a családra vonatkoznak. Az embernek meg kell szereznie a képességet arra, hogy számtalan és előre nem látott gyökérvésztesei dacára is mindig újból képes legyen belenőni a közösségbe. A csoport-therápia lényegében ennek a szociál-anthropologiai feladatnak áll szolgálatában.

A csoport-therápia jelentőségének megvitatásakor *Stokvis* és *Wiesenhütter* nyomtétikkel hívták fel a figyelmet arra a félreértésre, mely szerint a csoport-therápiát valami ökonomiai szükségszerűség, a „sok beteg és kevés therapeuta” elve hozta volna létre. Bár az említett elv nem hagyható teljes mértékben figyelmen kívül, jelentősége meglehetősen alárendelt. Utóbbi előadó mutatott rá a csoportokon belüli összetartás különös jelentőségére a pubertás-korban.

*Slavson*-nak (New York) a kongresszus előtt bemutatott hangosfilmje („Activity Group Therapy”) éppen az ezen körülményből fakadó lehetőségek tervszerű felhasználásával foglalkozott. Részletes betekintést adott egy gyermekpsychiatriai osztályon folyó, foglalkoztatási jellegű csoport-therápia módszereibe.

A psychotherapiás hét programjában többféle csoport-psychotherapiás módszerről hangzottak el előadások és tanfolyamok. Az előadók általában elfogadták *Speer* álláspontját, mely szerint e módszerek javallatát elsősorban a kontaktuszavarok képezik. *Stokvis*, *J. H. Schultz* és *H. Suchanek*—*Fröhlich* (Wien) az ún. psychosomaticus betegségekben szenvedők csoport-therapiájától is láttak kedvező eredményeket. Nevezettek fontosnak tartották, hogy az egyes psychosomaticus kórfarmák (cardio-circulatoros, digesto-respiratoros stb.) a therapiás foglalkozások során külön csoportokba kerüljenek.

Az egyes csoport-psychotherapiás methodusokról a következő rövid összefoglalást adhatom:

*Stokvis* a már említett psycho- és szociodramát mutatta be páratlan elevenséggel. Demonstrációihoz a hallgatóság soraiból kért fel önként jelentkezőket. Néhány frapáns psychodramát hangosfilmjein is láthattunk. Előadó a Moreno-féle psychodramát lényegesen módosította. Hátrányosnak tartja ugyanis, ha a résztvevők egymás konfliktusait felfedik. Ez a „kollektív lelki exhibicionizmus” meglehetősen kétélű és aligha egyeztethető össze az orvos és a beteg Hippokrates óta megkövetelt bizalmas és titoktartó kapcsolatával. *Stokvis* ún. „anonym” psychodramájában lehetővé válik a psychotherápia intim és diszkrét voltának megőrzése; bár a psychodinamikus lefolyások valódiak, a színre vitt élethelyzetek és konfliktusok drámai formája költött. Az ún. leleplező helyzeteket vagy a cselekmény zsákuteába jutását a psychotherapeuta új fordulatok adásával változtatja meg. A szerepek és a szereplők folyton cserélődnek, a psychotherapeuta maga is beléphet szereplőként a drámába. Az így irányított cselekmények valódi motívumai, a szereplők tényleges dinamikus és „kathartikus” tényezői csak a pácienseket egyéni foglalkozásokból is jól ismerő psihiater számára érthetők és tekinthetők át. A szociodráma olyan psychodráma, mely kiterjedtebb együttélési konfliktusok meglevenítésére törekszik.

*R. Schindler* (Wien) az ún. nem analitikus csoport-therapiájában „csoport-rehabilitáció”-t végez. Felméri az egyes tagok psychodinamikus pozícióját a csoporton belül. Így megállapítja, hogy melyik tagok képezik az autoritást, kik adnak a csoport számára pozitív iniciatívákat, kik az opponensek, milyen fajta szimpatizánsok fordulnak elő, kik vannak aktív védekező állásban stb. A vezető therapeuta megváltoztathatja a csoportok összetételét. Az egyes pozíciókba másokat állíthat be, akár önmagát is. Ily módon átviheti a csoport-autoritást, de elfoglalhatja az opponens, vagy valamelyik szimpatizáns helyét is. Különös gondot kell a befolyásoltakra fordítani, mivel ezeken keresztül ún. indirekt-analízisek (psychodinamikai értelemben véve) is végezhetők.

*Foulkes* és *Schindler* az ún. analitikus csoport-therápia elveit fejtették ki, megkülönböztetve 1. egyes analíziseket a csoporton belül és 2. általános analitikus állásfoglalást a csoporttal szemben. *Foulkes* szerint a neurosis sokszor érint több személyt, azokat mintegy behálózza. Ezért ajánlja az egymással neurotikus relációkba bonyolódott családtagok csoport-szituációba való állítását.

J. H. Schultz autogen training-je lényegében meghatározott autohypnotikus formulák alapján végeztetett koncentrációs gyakorlatoknak felel meg. Ez a módszer előadó szerint eredményesen alkalmazható csoport-keretek között is.

S. Haddebrock prof. (Schussenried) és S. Mederer (Schussenried) táncos-zeneés gimnasztikát mutatott be schizopreniás betegek egy csoportjával. Itt lényegesek a koreográfiába állított panthomimek, melyek a partneri kapcsolat, a szimpatetikusság közeledés, önátadás, vezetés és vezetésre-szorulás, adás és elfogadásra utaltság élményeit ébresztik fel a fiziognómiai jelentésen keresztül.

O. Horetzky (Zagreb) módszerében a tiszta panthomim-közlés érvényesült.

Az említett főtémák mellett előadások hangzottak el egyéni psychotherapiás módszerekről is.

H. Leuner (Göttingen) ún. symbol-drámája egy jelentőségében meglehetősen túlbecsült eljárás. Szuggesztív-katharm képélményekről van szó, melyeket előadó C. G. Jung ismert „arche-típus”-tana szerint magyaráz. Leuner módszere szemben az eredeti Jung-Brachtfeld-féle aktív-imaginatív eljárással, bizonyos standard arche-típusos képek imagináltatásában áll, várva, hogy ezek a képek további spontán, szubjektív képélmények „kristályosodási magjai”-vá váljanak. A symbol-strukturák spontán megváltozásaiából az affekt-dinamika változásaira következtek.

Nagy érdeklődés kísérte *Stokvis* „hypnosis-technika” c. tanfolyamát. Álláspontjának néhány főbb momentuma a következő. Lehetőleg rövid tartamú (5—10 perces) kezelések végzendők, hetenként legfeljebb 3 ízben. A hypnosis bekövetkezésének biztos, abszolút tünetei nincsenek. (Még az alvási EEG-görbe megjelenése sem döntő minden esetben). A posthypnoticus alvást előadó feleslegesnek, az amnesziák létrehozását pedig károsnak tartja. Helyteleníti a negatív módon fogalmazott parancsokat (így pl. „nem fog fáradtságot érezni!” vagy „nem lesz fáradt.” helyesen így fogalmazandó: „frissnek fogja magát érezni!”; további példa: „nem fog szorongani és félni!” helyett ezt mondjuk: „megnyugszik... nyugodt lesz!” stb.). Gyógyszeres kiegészítést nem alkalmaz. Helyteleníti az orvos túlzott mágikus magatartását, továbbá a beteg megtervezését bizonyos segédeszközökkel valamint az amerikai ablációs-hypnosist. Utóbbi esetben a kezelésnek magnetofon-szalagon való rögzítéséről van szó, melyet a beteg magával visz, s otthonában, orvosa jelenléte nélkül is, a kezelést megismétli. Előadó saját hypnosis-módszerében bevezetésként rendszerint a Lévy-Suhl-féle szinkontraszt-eljárást alkalmazza, mely az oppozíció leleplezésére is szolgál. A hypnosis főindikációjának ő is a monosymptomás psychogen képeket tekinti, de egyes psychosomaticus megbetegedésekben (migrain és egyéb neurogen vascularis kórképek, egyes colitises esetek, asthma bronchiale stb.) is megkísérli. Enuresisek kezelésénél óvatosságra int; anancasticus, hysteriás és debilis egyéneket csak kivételesen kezel. Psychoticus betegek hypnosis-kezelését műhibának tartja. A hypnotizőr személyével szemben egészen sajátos követelményeket támaszt.

Az előadásokról szólva röviden még a következőket:

Völgyesi F. (Budapest) az általa „aktív-komplex”-nak nevezett hypno-szuggesztív módszeréről adott elő. Ismertette a „paradoxia” és az „ultraparadoxia” fogalmát és jelentőségét normál-életteni és kóros körülmények között. Foglalkozott a pavlovi tipológia kérdéseivel, különös tekintettel a psychotherapiás vonatkozásokra. Rámutatott a psyches és psychosomaticus megbetegedések hypno-szuggesztív befolyásolására, foglalkozott a csoport-psychotherapia jelentőségével is.

A. Müller (Berlin) biológiai és anthropológiai fejtegetései igen érdekesek voltak ugyan, de a psychotherapia számára nem bírtak jelentőséggel. Megemlítette az individuuum és a didividuum közti különbség eltűnését az alacsonyrendű organizmusok világában. Míg az emberi és a magasabbrendű állati individuuum az időben egy relatív stabilitást mutat, addig pl. a gyorsan szaporodó baktériumok egyedei mindössze átmeneti pontjai egy kontinuitásnak. Előadó a szaporodás és az individualizáció közt antipolaritást tételez fel s ezt ontológiai elvnek tekinti. Erre utalna szerinte a szöveti differenciáltság foka és a regenerációs képesség mértéke közti reciprok összefüggés. De tétele igazolását látja abban a körülményben is, hogy a tudati működést a sympathicus tonus stimulálja, éppen ellentétes értelemben a parasympathicussal. Ugyanakkor a gonadikus („reprodukciós”) nivóra a vago-parasympathicus hat stimulálólag, a sympathicus pedig inaktíválólag. (Walthard vizsgálataira hivatkozott.) Előadó a progresszív cerebráció, illetve frontalizáció folyamatával dialektikus ellentétbe állította a gonadikus rendszer ugyancsak filogenetikusan progresszív, caudalis irányú leszállását.

R. Laforgue (Aigueverte, Franciaország) a családon belüli neurosisok kérdését helyezte analitikus megvilágításba.

A „Psychotherapiewoche” teljes anyagának áttekintése már csak azért sem volt számomra lehetséges, mivel a tanfolyamok szimultán hangzottak el. Jelentősebb ese-

mények voltak még: a kongresszus alkalmából rendezett ünnepi Haydn—Mozart—Beethoven hangverseny Erich Seidl vezényletével, az augsburgi marionette-színház vendégjátéka, a Heyer által interpretált „Négyszáz csapás” c. francia filmdráma bemutatása és a külföldiek szabad kritikanyilvánításának meghallgatása végezté összehívott külön konferencia.

Dr. Simkó Alfréd

## K Ö N Y V I S M E R T E T É S

V. E. Frankl—V. E. Gebattel—J. H. Schultz: **Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie.** (Urban—Schwarzenberg, München—Berlin, 1959. 767. old.) (IV. kötet.)

Az öt kötetre tervezett pszichoterápia kézikönyvének negyedik kötetét mintegy 40 tanulmány képezi, 767 oldalon. Ez a mennyiségre is nagy munka a sorozatban a speciális pszichoterápiának és neurozistannak egyben második része. Tartalmát szuggesztív hipnotikus eljárások ismertetése, különféle gyakorló eljárások, pszichozisok pszichoterápiája, intézeti pszichoterápia, csoport pszichoterápia és a neurozis megelőzésének kérdései képezik.

A kötet első jelentős részét B. Stokvis két tanulmánya tölti ki: *A szuggesztív és Általános megfontolások a hipnózisról.* A történelmi fogalmi bevezetésnél a szerző felhívja a figyelmet arra, hogy érdemes különbséget tenni a szuggesztív hatás és módszer között. Például a gyakorló orvos köznap munkájában, eljárásában akarva-akaratlanul szuggesztív hatást fejthet ki, de nem dolgozik valamely szuggesztív módszerrel. Sajnálatos, hogy az orvosi gyakorlatban a szuggesztív hatást gyakran leértékelik, lenézik. A fogalom eredete mágikus-animisztikus gyökerekhez nyúlik vissza. Így Augustinus „de maligni spiritus suggestionem” a rossz szellem sugallatáról beszél. A szuggesztív módszerekben és befolyásolásokban a szerző az affektív tényezőket domborítja ki. Emberek közötti affektív behatás — „affektív rezonanciáról” beszél — nyomán jön létre a szuggesztív befolyásolás. Amikor a személyiség mélyebb rétegei és az Én között jön létre — tehát személyiségen belül — befolyásolás, beszélünk autoszuggesztíóról. (A szerző szerint: Affektív autorezonanciáról.) Szerencsés a szuggesztibilitásra vonatkozó meghatározása: a személyiségnek olyan tulajdonsága, mely éppen az affektív tényezők nyomán tudatosan vagy észrevétlenül Én-idegen tartalmakat közvetlen vagy utólagos kritika nélkül elfogad. A szuggesztíót akadályozhatják a beteg részéről megnyilvánuló túlzott individualitásra utaló öntudat, kritikus beállítottság, erős szorongás stb. Az alkalmazást illetően egyszerűbb pszichés tünetek, de főleg pszichosomatikus panaszok befolyásolására ajánlott. Ugyanakkor azonban nincs olyan pszichoterápiás eljárás, mely nélkülözne a szuggesztíót. Például a katazisszal dolgozó módszereknél maga a folyamat ismerete, tehát, hogy ezzel rendbejön, is gyógyítóan hat. Felsorolván az egyéni és csoportos szuggesztív módszereket, kiemelhető, hogy általában két nagy formát ismerünk: a közvetlent, midőn nyilvánvaló a szuggesztív befolyásolás, és a közvetettet, amikor a beteg például közömbös szert kap szuggesztív célból.

A történelem folyamán kalandos utat megtett hipnózisról is érdekes beszámolót kapunk Stokvistól. A folyamat tengelyét a hipnotizáló és hipnotizált között kialakuló érzelmi kapcsolatban látja. A hipnózis ebben a megvilágításban affektív tényezők által kialakított állapot, ahol a beszűkített és leszállított tudatműködésben a személyiség a maga testi-lelki egységében affektíven jelentősen befolyásolható. A hipnotikus teóriákat illetően jelentős helyet ad az alvással kapcsolatos és feltételes reflexes elméleteknek. Egyes iskolák a probléma infantilis-erotikus jellegű regresszív oldalát emelik ki. Több szerzőt idéz, akik a hipnózisban a regresszív-archaikus elemeket tartják alapvetőnek. Ezt az így előidézhető kísérletes regressziókra (pl. hipnózisban valakint 5—6 éves korára visznek vissza), továbbá az észlelhető ősbíró mozgástermi jelenségekre alapítják. A hipnózis kísérleti jelentősége is igen nagy. Például az időélmény tanulmányozása, különféle testi és lelki jelenségek sajátosságainak, viszonyának észlelése az irodalom előterében van. A pszichosomatikus körképben különösen jó eredményekről lehet beszámolni. Kiemeli, hogy a hipnózissal szemben ma már nem lehet egyszerűen azt állítani, hogy az „lefedő” terápia. Jól végzett hipnózisban a tünetmentesség révén a személyiség átállását, áthangolódását is ki kell dolgozni. Hozzátehetjük — ahogy Stokvis más műveiben a mai modern szemléletnek megfelelően láthatjuk — a desymptomatizálás divatja elmúlt. A személyiségstruktúra részletes ismerete és a körképet előidéző okok rendezése nélkül hipnotikus kezelést ma már nemigen végeznek. Érdekes a vitatott területek problémája is. Például fogászatban nem ajánlja hipnózis alkalmazását. A kuruzslók működésében a mágikus jelleg ki-



hangsúlyozásával képesek eredményeket elérni. A színpadi hipnózisnak viszont nem egyszerű káros következményei lehetnek. Megfelelő megfontolásokkal és technikával a hipnózis nem okoz bajt. Kontraindikációt elsősorban a pszichózisok jelentős része képez (egyes depresszív kórképeket kivéve). A schizophrénia hipnózisa — műhiba! Ugyancsak kontraindikációt képeznek a betegben rejlő csábítási fantáziák.

W. Kretschmer a *protreptikáról* ír, mely elsősorban az elektroterápia segítségével a betegek gyors, szinte leuhanásszerű erőlyes gyógyítására alkalmazható. Főleg háborús neurózisoknál — astasiás-abasiás esetekben —, mutismusnál — vagy aggraviációs, szimulációs esetekben, ahol erély és gyorsaság szükséges. Természetesen ez csak kivételes esetekben alkalmazható, mivel legfontosabb hiányossága, hogy a gyors eredményél nélküli a személyiség mélyebb átállítását.

J. H. Schultz műve az indulástól, 1920-tól napjainkig nagy utat tett meg a sokak által értékelt *autogén tréning*. E módszerben kidolgozott gyakorlatnak célja, hogy a résztvevők megtalálják az autohipnózishoz vezető utat. Torna, különféle vasovegetatív, keringésre, légzésre ható gyakorlatok nem sematikusak, hanem egyénileg jól kidolgozandók. Képessé teszik az egyént somatikus és pszichés önuralomra. A felületes vagy hibás gyakorlatok azonban kárt is okozhatnak. A fejlődés folyamán olyanfajta elmélyülés is lehetővé válik, mely mélyebb önmegfigyelésre, önismerésre vezethet. Így például sajátos érzelmi folyamatokat, kataritikus élményeket is észleltek. Alkalmazását a szerző organikus és pszichés bántalmakban egyaránt jelentősnek tartja. Pszichosomatikus bántalmaknál, organikus betegségekben, superpozícionál, sőt organikus neurológiai bántalmakban — például Parkinson-kórnál, sclerosis multiplex-nél — is eredményekről lehet beszámolni.

Meglehetősen röviden bántik a könyv a *narkoanalýissal* E. B. Strauss és W. F. Coningsby tollából. Mint ismeretes, az eljárás Horsley-től származik, aki 1936-ban közölte először a *Lancet*-ben. Az alkalmazott szerek közül az intravenás barbiturátokat, aethert és a methedrint emeli ki. Ezek alkalmazását a betegség szerkezetétől, a befolyásolás irányától teszik függővé. A rövidített pszichoterápia egyik formájának tartja. A módszert négy esetükkel illusztrálja.

J. Wilder és M. Pflanz a *pszichoterápia gyógyszeres támogatásáról* írnak. Ma már megszűnt az éles ellentét a pszichoterápiás és gyógyszeres kezelés között. A pszichoterapeuta számára a gyógyszer alkalmazásánál alapvető ismerni, hogy az mit változtat a betegben és a terápiás helyzetben. Az alkalmazott gyógyszer az orvos-beteg viszonytól függően különféle hatásokkal járhat. Pszichoterápiás kezelésben levő betegnél a gyógyszer iránti igény és alkalmazás többféle megfontolást kíván. A pszichoterápiával szembeni bizalmatlanságtól kezdve a narkománias készségen át sok szempont merülhet fel. Részletesen foglalkozik az egyes betegségeknek alkalmazott szerek, valamint fontosabb ideggyógyászati gyógyszerek pszichoterápiás jelentőségével. Amikor gyógyszeres eredményről beszélünk, nem szabad megelégednünk, hogy a legtöbb gyógyszeres sikernél pszichoterápiás hatás is szerepet játszott.

A csoport-pszichoterápiáról szóló rész J. L. Moreno *pszichodramáról* szóló dolgozatával kezdődik. Az eljárást ősi eredetűnek tartja, a pómo-indiánokkal kapcsolatos alábbi történetre utal: egy indiánt falujában sajátos rémületi állapotba hoznak. Pulykakakas ijesztette meg. Amint ezt a körülállók elbeszéli, a falu varázslója elgondolkodik és eltávozik. Visszatér madártollakkal felszerelve, lejátsza a vélt jelenetet, mely után a beteg magához tér és meggyógyul. Rádöbben, hogy tulajdonképpen nem volt lényeges oka rémületének. Az egyéni pszichoterápia zártágával szemben Moreno kihangsúlyozza a cselekvés fontosságát. A szavakon túl a játékkal, pszichomotoros katarzist kíván elérni, melyhez a legváltozatosabb eszközöket alkalmazza. Nemcsak a beteg játssza le megfelelő segédszereplőkkel betegségének jeleneteit, melyet a főterapeuta (igazgató) vezet, hanem szerepcseré révén szerepét más személyek is játsszák. Így konfliktusának esetleg más szereplőjét alakíthatja. Ezután nemcsak katarzisz, hanem mélyebb belátás, a személyiség mélyebb átállása is elérhető. Az alkalmazási területekről, a csoport-pszichoterápia klinikai alkalmazásáról A. Friedmann tollából kapunk érdekes megfigyeléseket.

Külön rész foglalkozik a *pszichózisok pszichoterápiájával*. Ezzel a címmel R. Kraemeré a bevezető tanulmány. Az egyéni és csoportos eljárásokon kívül ma már jelentős híve van a somatikus eljárásokkal való kombinációnak. A pszichózisok pszichoterápiájának egyik legfőbb kérdése a schizophrénia. Erről olvashatunk részletesen P. Matussek tollából. A *schizophrénia pszichoterápiája* a kórkép lényegére vonatkozó szemlélettől függ. Azok a szemléletek, melyek a schizophréniát neurózis variánsának tartják, a pszichoterápiát oki kezelésként értékelik. Azonban ma is eldöntetlen kérdés, hogy a schizophrénia lényegében somatikus vagy pszichikus betegség. A terápiás szemléletű kutatók ugyancsak eldönthetetlen kérdésekkel bajlódnak. Megváltoztatható-e a kórkép pszichoterápiával? Jobb-e mint a somatikus kezelés? A pszichodinamikus szemlélet sem egységes, ahányféle szerző, annyiféle dinamika.

A technikai-methodikai szemlélet nem kevesebb nehézséggel küzd. Hogy valaki milyen módon kísérli meg a schizofrenia pszichoterápiáját, az az orvos személyiségétől, a pszichozis formájától, tartamától, a beteg élethelyzetétől és körülményeitől függ. Ch. Müller (egy más dolgozatban M. Bleuler) joggal kételkednek sokszor, hogy a beteg attól gyógyul-e, amivel az orvos fogalmilag hat. Vannak szerzők, akik az én erősítését, a valóságához való alkalmazkodást tartják módszerük lényegének; mások az egészséges, épenmaradt rész támogatását, vannak, akik szimbolikus, vagy valódi vágy-teljesítést és végül akik az alapfélelem gyógyítását tartják döntőnek. Eset illusztrációján keresztül tanulhatunk terápiás eljárásnak, mely a kapcsolat kialakításán keresztül egyszerű beszélgetésekkel, álomértelmezéssel létanalitikus megfigyelésekkel, pszichodramával box, és birkózás (!!!) révén, valamint különféle orvos-sal való együttes találkozásokkal, szórakozásokkal dolgozik a beteg gyógyulásáért. M. Bleuler joggal emeli ki azt a heroikus magatartást, mellyel e terület művelői időt nem kímélve a beteg gyógyításáért fáradoznak. Ugyanakkor azonban a sok ellentétes szemlélet, kritika és vitatható eljárások sorát olvasva, nő az az érzésünk, hogy e területen még igen sok a tennivaló... Természetesen a meglévő eredmények a nagy nehézségek ellenére is jelentősek.

R. Kraemer és V. Frankl az *endogén depresszió pszichoterápiájáról* írnak. Nincs arról szó, hogy az értékes somatikus eljárásokat nélkülözniük kellene. Sőt, V. Frankl felhívja endogén kórképeknél a kiváltó pszichogén tényezőt okinak vélhető pseudo-psychogenesisre. Szomorúan utal K. Schneider-re, aki a pszichiatria botrányának tartja, hogy az endogén betegségek kórokat még ma sem ismerjük. Lényegesnek tartja, hogy a betegben a létért való felelősség gondolatát felkeltsük. A depresszív állapotot, fázist, mint valamilyen objektív dolgot tekintve, vihart, mely elvonul feje felett. Igyekszik megmagyarázni, hogy a beteg sorsa formálható, változtatható.

Első hallásra az epilepsia pszichoterápiájának gondolata sokakban visszatetszést kelthet. Pedig evvel két fejezet is foglalkozik. Természetesen nem arról van szó, hogy bárki is epilepsiát pszichoterápiával „meggyógyítana”. Így J. H. Schultz dolgozatában utal Wilsonra és Gowersre (utóbbi eseteinek egyharmadában), akik emotionális tényezők szerepét jelentősnek tartották. Ugyancsak egyes esetekben szó lehet akaratlagos tényezőknél rosszulletet fékező hatásáról. Így Napoleon-ról írták, hogy képes volt rosszulletét visszatartani: „Je sentais s' enfuir ma conscience mais je l'ai retenue á force de ma volonte.” Beszél hipnózis diagnosztikus alkalmazásáról. Ha mély hipnózisban nem sikerül rosszulletet provokálni, akkor az organikus eredet mellett szól. Érdekesek a hipnózisban végzett regressziós kísérletek. Pl. egy meghárvolt évben epilepsiás rosszulleteket mutató betegnél sikerült az illető időtartamra való hipnotikus regresszióval kóros EEG-t kimutatni, mely az előző és utáni évekre való hipnotikus visszavezetésnél eltűnt. Az organikus kezelés mellett hipnotikus eljárások, elsősorban autogén tréning vagy más relaxációs módszerek, a rosszulletek ritkulását és a beteg állapotának javulását eredményezhetik. Hoff és Strotzka a modern neuropathológiai és pszichológiai szemléletek egységében tárgyalják az *epilepsia pszichoterápiájának* problémáját. Pszichikus tényezők négyféle módon befolyásolják az epilepsiát: elsősorban a rosszulletek kiváltásában. Ismert dolog, hogy izgalom, félelem, feszültségek, epilepsiás rosszulletet válthatnak ki. Érdekes fiatal lány betegük, akinél zene által kiváltható epilepsia szívfájdalomról szóló dalra jelentkezik. Kiderül, hogy 5 éves korában a kislány anyját elhagyta édesapja, s akkor hallotta a dalt, melynek nyomán első rosszullete mutatkozott. Pszichogén tényezők másodsorban a manifestációk formáit és tartalmát is befolyásolják. Ezt különösen deliriumban és epilepsiás kóros állapotban tapasztalták. A rosszulletek gyakorisága mellett még a következményes karakterváltozás is sokban pszichológiai tényezőktől függ. Pszichosensoros, pszichomotoros epilepsiánál és piknolepsiánál lényeges a gyógyszeres kezelés mellett alkalmazott pszichoterápia. A jelentős dolgozat a következő szavakkal zárul: „Az epilepsia még ma is nehéz sorsot jelent. Ha ezen javítani akarunk, foglalkoznunk kell a beteg egész személyiségével, Epilepsia nemcsak az agyvelő betegsége, hanem az egész személyisége is. Ezért igényli egész orvosi művészetünket.”

J. Segers az *intézeti pszichoterápiáról* számol be. Klaesit idézi, aki szerint a pszichiaterben valamiféle fogvatékosági érzés van a többi somatikus ágak fizikális gyógy módja, és szempontjaival szemben. Ezért is szívesebben helyezik előtérbe a somatikus eljárásokat a pszichésékkal szemben. Ha betegekkel „csak” pszichésen foglalkoznak intézetben, könnyen támad a vád. Nem történik a betegekkel semmi. Az intézeti életben elsősorban a csoportos pszichoterápiának van jelentősége. A betegek közösségben élnek, egymásra való hatásuk, csoportos aktivitásuk jelentős. Az intézeti légkör, a betegek fogadtatásától kezdve az élet minden megnyilvánulásában érzeti hatását. Az orvosok és ápolók szakképzettsége, pszichoterápiás gyakorlata mellett a leglényegesebb a beteggel szembeni őszinte elfogulatlan magatartás. E vonatkozásban is káros a moralizáló, messianisztikus magatartás, melyet ugyancsak Klaesi szelleme-

sen „papi funkcióval való kokettálásnak” hívott. Az aktív kezelések nem nélkülözhetik a pszichoterápiát. Így pl. maga Sakel pszichoterapeutával dolgozott. Az intézeti pszichoterápiák formáit áttekintve kiemeli, hogy az élményanalízisnél legtöbbször a személyiségen való munka előnyösebb, — a személyiség orthopaediája (Kretschmer). — A cél a külvilágba való visszatérés. Ezirányba az alkalmazkodást elősegítő csoportos foglalkozások is előnyösek. Vannak ún. nappali kórházak is, melyeknél a beteg már otthon lakik, de nappal még kórházban van. Tekintettel arra, hogy intézetben gyógyíthatatlan betegek is vannak, ezért az ott dolgozó orvosoknak egyik legfőbb feladata és hivatása abban áll, hogy ezek számára is életformát, és elettartalmat nyújtsanak.

Jelentős rész foglalkozik a *neurózis prophylaxis kérdéseivel*. Sajnos, távolról sem olyan színvonalon, mint a kötet többi része. Sok az általános, kevés a konkrét, élményszerű. Csalódást keltett H. Meng az emberi kapcsolatok pszichohigiene-éről írt bevezető tanulmánya. A személyiség sérülésének problémájával foglalkozik kisgyermek kortól a felnőtt korig. Foglalkozik a gyermekek hospitalizációs veszélyével, a premorbid személyiség védelmével, baleseti hajlammal, a pszichozisok somatikus manifestációival, — távirati stílusban.

A szerelmi élet pszichohigienejét tárgyaló általánosságban mozgó dolgozat mellett érdekes a házassági tanácsadásról szóló tanulmány, T. H. Bovey tollából. Külön tudományágról, gamológiáról lehet ma már beszélni. A házasság nem két különálló ember pszichológiája. A két ember szerves egész egységet képvisel. A házassági tanácsadás régebben pusztán a születésszabályozás kérdésére korlátozódott. Ma már a nevelés, házasságra való előkészítés, személyes megbeszélések és tanfolyamok dolgoznak a harmonikus együttélés érdekében. A házasságban felmerült sexuales szerelmi problémák, hűtlenség, házassági zavarok kérdésével ugyancsak érdemes szakemberen foglalkozni. A szerző igen nagyszámú eset alapján jelentős eredményekről számolhat be.

E. Wexberg dolgozatát emelhetnénk ki a gondozásról szóló részből, az *alkoholizmus problémájáról*. Az alkoholisták különféle típusainak és pszichogenetikus momentumainak áttekintése után M. Bleuler-ral egyetértve kiemeli, hogy az alkoholizálás a személyiség problémák elintézésének egy módja. Abban pszichológiai és társadalmi tényezők nagyobb figyelmet érdemelnek, mint az örökléstaniak. Az elvonókúra vitatható értékét illetően kiemeli, hogy eredményt pszichoterápia nélkül elérni nem lehet. Az egyéni és csoportos pszichoterápia mellett dolgozni kell az alkoholizmus ellen prophylaktikus úton is. A felvilágosítás mellett a pszichohigiencia, a kultúra és tudomány áldásainak terjesztése is jelentős. Természetesen ismeretesek az e területen mutatkozó hatalmas nehézségek. Joggal alkalmazza az alkoholizmus legyőzésére irányuló küzdelmekkel kapcsolatosan a kínai közmondást: „Lehetetlen, de meg kell tenni!”

Ha ideggyógyászati kézikönyvről van szó, nyilván első gondolatra Bumke művei jutnak eszünkbe. Természetesen olyan vitákkal, ellentétes szemléletekkel forrongó területen, mint a pszichoterápia, nem találkozhatunk olyan kiért és megalapozott művekkel, mint a Bumke által szerkesztett kézikönyvek. A kötet gyakran egyetlen, egyoldalú, sőt egyes közleményekben hiányos. Vannak luxusnak mondható dolgozatok, melyeknek illetékessége vitatható. Nem minden szerző járt el azzal a nagyvonalú kézikönyvhöz illő standardizáló széleskörű alapossággal, mint pl. Stokvis és Schultz. Mindezek ellenére a „Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie” komoly és nagyértékű munka. Bizonyos, hogy jelentős nyomatókat, lendületet ad a pszichoterápiának és számos próbálkozásának.

Még egy érdekes tanulság kínálkozik a kötet olvasása után: amikor pszichiatriai kérdésekről van szó, megszoktuk, hogy bejárt utakon, bejárt kérdések nyomán szemléljük a felmerült jelenségeket. A kézikönyvet olvasva nem pusztán arról van szó, hogy módszertani beszámolót kapunk a pszichiatriai kórképek említett terápiájáról. A pszichoterápia nem csupán módszer, hanem egyben új szemléletet is nyújt, mely az ismert problémákat, jelenségeket új megvilágításban, összefüggésben tárja fel.

(Dr. Hárdi István)

# DAIGOL CSEPPEK

**Összetétel:**

1 ml oldat 0,67 g methylnpentinolt tartalmaz.

**Hatása:**

Szedativum, enyhe hipnotikum.

**Javallatok:**

Különböző félelmi állapotok, ideges állapotok és alvászavarok, klimaxos panaszok, vegetatív dystonia, asthma bronchiale

**Adagolás:**

Átlagos napi adag 3 x 20 csepp kevés vízben, vagy kockacukorra cseppentve.

**Forgalomba kerül:**

15 ml-t tartalmazó üvegben.

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR**  
BUDAPEST, X.



# NOXYRON TABLETTA

1 tablettá 0,25 g  $\alpha$ -phenil- $\alpha$ -aethyl-glutarsavimidet tartalmaz.

A NOXYRON barbituramentes elaltató és átaltató készítmény.

Hatása gyorsan jelentkezik és kb. 4—6 óráig tart. Physiológiás alvást biztosít kellemetlen utóhatások nélkül.

**Javallatok:**

Különböző eredetű elalvás- és alvászavar esetén.

SZTK terhére szabadon rendelhető.

**Csomagolás:**

10, ill. 250 tabletát tartalmazó üvegben.

**Gyártja:**

**KŐBÁNYAI**  
**GYÓGYSZERÁRUGYÁR,**



**BUDAPEST, X.**