

305. 107

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XVII. ÉVFOLYAM
33—64 OLDAL

2

BUDAPEST, 1964. FEBRUÁR

2

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

AZ ORVOS-EGÉSZSÉGÜGYI SZAKSZERVEZET IDEG-, ELME SZAKCSOPORTJÁNAK KÖZLÖNYE

Főszerkesztő: Környey István

Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztő bizottsági titkárok: Orosz Éva és Pollner György

Szerkesztő bizottság: Angyal Lajos, Horányi Béla, Huszák István, Lehoczky Tibor, Mária Béla,
Nyíró Gyula, Szinetár Ernő, Tariska István, Zoltán László

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

TARTALOM

<i>Dr. Juhász Pál:</i> A falusi betegek neurosisának kórokai	33
<i>Dr. Dénes Iván és dr. Tunkl Erika:</i> A módosított permanganatreactió felhasználása a liquordiagnosztikában	45
<i>Dr. Péter Ágnes, dr. Solti Ferenc, dr. Iskum Miklós:</i> Az agyi keringés és a cerebro-vascularis idegrendszeri kiesési tünetek összefüggése	51
<i>Dr. Varga Ervin:</i> Depressio archaikus kultúr-szociális színezettel (Kazuisztikai tanulmány)	59
Az elektroencephalographia és klinikai neurophysiologia VI. nemzetközi kongresszusa	63

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 Hírlapiroánál (Bp., V., József nádor tér 1.) és bármely postahivatalnál. Csekk számlaszám: egyéni 61.299; közületi 61.066 vagy átutalás az MNB 8. sz. folyószámlájára. Megjelenik havonként. Előfizetési díj negyed évre 21,— Ft.

Egyes szám eladási ára 10,— Ft.

Index: 25.392

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmeógyógyászati Klinikájának (Igazgató: Juhász Pál dr. egyetemi tanár) közleménye

A falusi betegek neurosisának kórokai

Irta: JUHÁSZ PÁL dr.

Irodalmi közlések szerint a neurosisokkal foglalkozó szakköröknek csaknem egybehangzóan kialakult véleménye, hogy ez a betegség elsősorban az értelmiségiek betegsége és találunk közleményeket, melyek szerint a fizikai dolgozók között is a magasabb kultúrával rendelkezőknél fordul gyakrabban elő. Segéd- és szakmunkás viszonylatban számarányukkal ellentétben szakmunkásoknál a neurosis előfordulását tízszer olyan gyakorinak találják (*Kreindler*).

Az is nagyon általánosan elfogadott, hogy a neurosis a városi lakosság megbetegedése és a „békés, nyugodt” falusi élet és környezet, a falu társadalma megvédi a neurosisok kialakulásától.

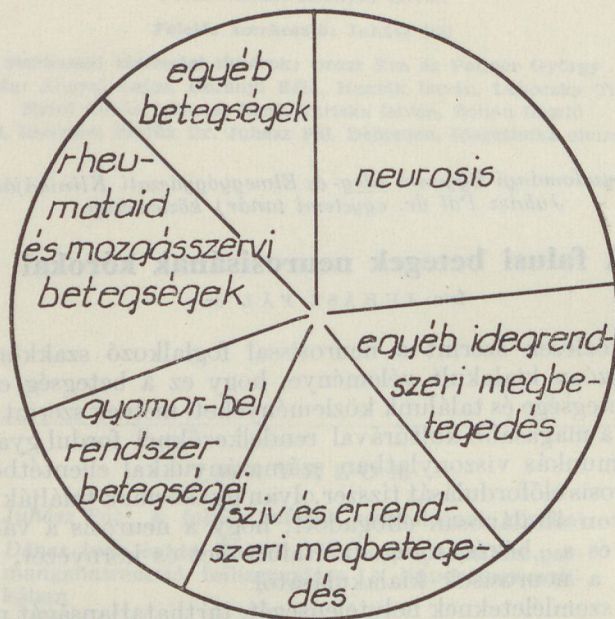
Ezeknek a szemléleteknek helytelenségét, tarthatatlanságát nem kívánom különösebben bizonyítani és a hibás nézetek eredetét boncolgatni — csupán szembe kívánom állítani saját vizsgálati adatainkkal, melyeket egyik Szatmár megyei 629 lelkes, kisközségben immár négy éve végzett kutatásaink során nyertünk. Összehasonlító statisztikai adataink az 1961. évre vonatkoznak. A falu egész lakosságát orvosi szempontból részletesen átvizsgáltuk, szociográfiai adatokat gyűjtöttünk, betegeinket nemcsak aprólékosan meghallgattuk, hanem részletesen exploráltuk, psychopathologiai elemzést végeztünk.

A 629 lakosból 391 betegnél 511 olyan idült betegséget diagnosztizáltunk, melyek részleges vagy teljes munkaképtelenséget eredményeznek, és ezek közül a neurosisok száma 162 (1. és 2. táblázat). Azt jelenti ez, hogy az idült betegségek 31,7%-át a neurosisok alkotják. *Pougher* (1955, Anglia) ugyanezt 36,2%-ban állapítja meg. Az összlakosságra vonatkozóan az általunk vizsgált faluban a neurosisban szenvedő egyének arányszáma 25% és ez betegeinknél részben kizárólagos megbetegedést, részben kísérő neurosist jelent. A neurotikusok számának egy zárt települési egység minden egyedének részletes vizsgálata alapján történő meghatározását az irodalomban nem találtuk. *Russel* (1947, Birmingham) 3000 egyént vizsgált meg és férfiaknál, nőknél egyaránt kerekén 32%-ban látja a neurosis előfordulását. A két nem közötti különbséget abban látja, hogy a neurotikus súlyos panaszok és tünetek a férfiak 9, és a nők 13%-ánál fordul elő. Egy-egy munkás vagy tanulócsoporthoz vonatkozó adataink már bőségesen vannak és itt szintén 20—30%-os előfordulást találunk.

Ezek alapján azt állítjuk, hogy az általunk vizsgált faluban a lakók neurosisának százalékos előfordulása nem alacsonyabb, mint a rendelkezésünkre álló ilyenirányú kimutatások szerint egyéb közösségekben.

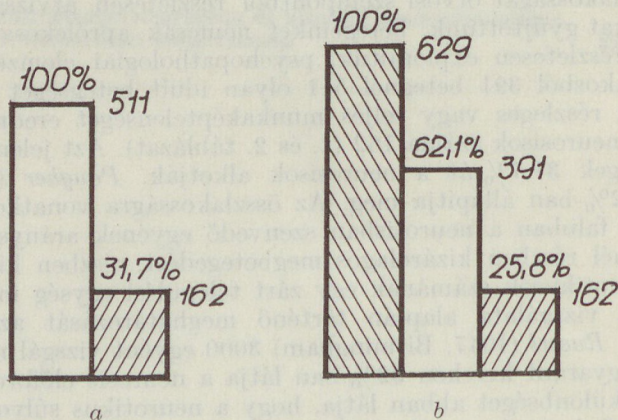
A neurosisok nagyszámú előfordulásával mint ténnyel feltétlenül számolnunk kell és méltán kapja a mal du siècle, az évszázad betegsége elnevezést.

Napirendre térhetünk aszerinti feltételezés felett, hogy a neurosis nagyszámú előfordulásának okát, helyesebben magyarázatát a társadalombiztosításnak különböző formában az egész világon való kiterjesztésében keres-



1. táblázat

A viszonylagos vagy teljes munkaképtelenséget okozó 511 idült megbetegedés megoszlása.



2. táblázat

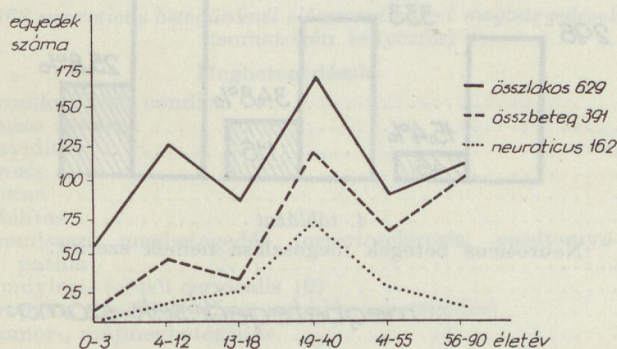
A neurosis gyakorisága :

a) 511 idült megbetegedéshez viszonyítva

b) 629 lakos és 391 idült beteg számához viszonyítva

sük. Igen valószínű, hogy ezzel is számolnunk kell — de emellett a látszólagos emelkedés mellett tudomásul kell vennünk a betegség abszolút értelemben vett és sok vonatkozásban aggasztó szaporodását.

Az egészségügyi szolgálatra háruló megterhelésen túl még több okunk van aggodalomra, ha a kórkép háttérében meghúzódó pathophysiologiai mechanizmusra gondolunk. Nem másról van szó, mint arról: az emberi társadalom fejlődésével relative csökken adaptációs készségünk. Arról van szó, hogy a fejlődő modern társadalom olyan mértékben gyarapítja, sokszorozza egyedeivel szemben fennálló kötelezettségeit, hogy ehhez a mértékhez képest az ember adaptációs készségének fejlődése elmarad. Akár a munkaszervezettségét, a gazdasági és szociális helyzetet, a tanulási, kulturális és szórakozási lehetőségeket, akár a közlekedés feltételeit — illetve ezen belül az egyénre háruló kötelezettségeket nézzük, — nyilvánvaló, hogy évről évre több és több emberrel kell a ma emberének kapcsolatot teremtenie még akkor is, ha esetleg ezek a kapcsolatok rövid időtartamúak. De nemcsak számszerűen gyarapodnak az interindividualis kapcsolatok, hanem ugyanakkor ezek a kapcsolatok egyre több rétegűek, színesebbek, árnyalatokban gazdagabbak lesznek. Századunkban egy új világjelenséget kell a neurosis háttérében felismerni: a modern társadalom — a maga gazdasági, szociális és kulturális adottságaival — teszi beteggé az őt építő és meghatározó, az őt



3. táblázat
Neurózisok megoszlása életkor szerint

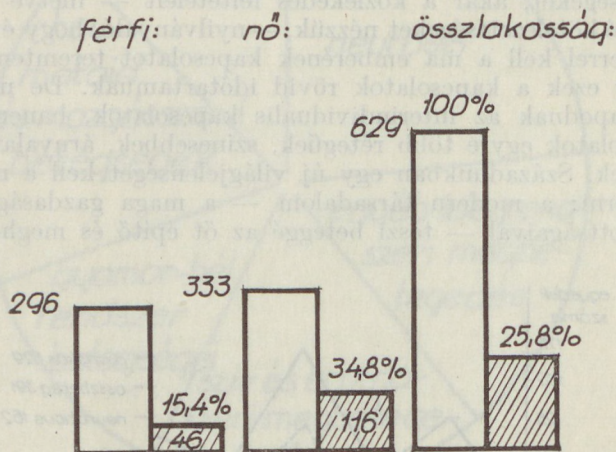
alkotó embert. Igen érdekes ellentmondást figyelhetünk meg ebben: javulnak az élet feltételei, kényelmesebben élünk, jelentősen emelkedik az élet színvonal indexe — ugyanakkor az emberek egymáshoz közelebb kerülnek, az ingerlés és gátlási folyamatok túlfeszítettsége, azok átváltásának gyakorisága kifejezettebb, az egyedek közötti kapcsolat egyre szövevényesebb lesz.

Mielőtt tanulmányunk tárgyára térnék, legyen szabad még néhány adatot ismertetnem vizsgálati anyagunkból:

Neurotikus betegek kór- és nemszerinti megoszlása (3. és 4. táblázat): érthetően abszolút és relatív számban egyaránt a maximum a 19—40 életévre esik a kórkép megjelenésének időpontját tekintve. Ebben a két évtizedben összesen 73 neurosist diagnosztizáltunk, ami a korosztályhoz tartozó lakóknak (167 lakosnak) 43%-át teszi ki. Ugyanezt állapítja meg *Klímko*va—*Deutchova* és *Macek* 1959-es és *Kreindler* 1961. évi tanulmányában. A nemek szerinti megoszlás a nők arányszámának jelentős túlsúlyát mutatja. Ez megfelel a világirodalmi adatoknak, bár vannak szerzők (*Kreindler*), akik a gyakoriságot a férfiaknál látják kifejezettebbnek. A 19—40 évesek magas neurosis számát falunkban az is magyarázza, hogy ebben az életkorban a nők arányszáma 15%-kal magasabb mint a többi életkorban (20—40 életév között

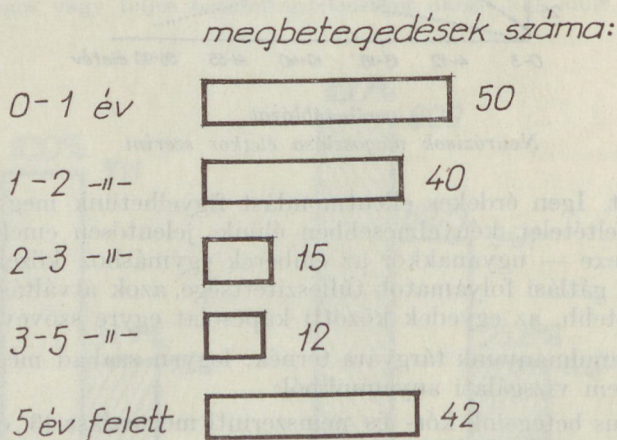
25, egyébként 10%-kal magasabb a nők arányszáma, mint a férfiaké a falu összlakosságára vonatkoztatva).

A neurosisok fennállásának időtartamát tekintve (5. táblázat) említésre méltó, hogy a friss esetek száma alacsonyabb, mint a 2—3 éveseké. Ez a termelőszövetkezetek megalakulásának időpontjában kialakult nagyobb morbiditásra mutat. Igen magas a régi keletű neurosisok száma is, ami jól fixált kóros mechanizmusokat jelent és előre vetíti a megbetegedések nehéz befolyásolhatóságát.



4. táblázat

Neuroticus betegek megoszlása nemek szerint.



5. táblázat

Neurosisok fennállásának időtartama a vizsgálat alkalmával.

162 neurotikus betegünknel 78-nál tudtunk előrement szervi megbetegedést, a neurosis szempontjából, ún. somatogen tényezőt kimutatni (6. táblázat). Ha a különböző menses zavarokat és — jöllehet hyperthyreotikus tüneteket nem mutató — strumát egybe vesszük, az előre ment hormonális regulációs zavar jelentős helyet (23 beteg) foglal el. Erre vonatkozóan bőséges irodalmi utalással rendelkezünk: *Pavlov, Lóo, Abely*, hogy a legfontosabba-

kat említsem. Érrendszeri és gyomormegbetegedéseknél nem vettük tekintetbe azokat a betegeket, akiknél a szerv-panaszok az idegrendszeri törés után, a neurosis során manifestálódtak. A cervicalis spondylosisokat (10) azért tüntetjük külön is fel, mert egyes szerzők (Facon 1957, Barré 1926) ennek különös jelentőséget tulajdonítanak a neurosis pathogenesisében. Ezt a mi vizsgálataink is alátámasztották: a neurotikusok cervicalis spondylosisának az egyéb spondylosisokhoz viszonyított arányszáma sokkal magasabb, mint a nem neurotikusoké. Egyébként az összlakosságban a thoracalis és különösen a lumbalis spondylosis igen nagy számban fordul elő. A focalis infectio, rheumatoid kórképek szerepét kiemeli a neurosis irodalma is — gyakran találják a sülyedést emelkedettnek a kimutatható szervi megbetegedés nélkül. Kreindler klinikán kezelt 478 neurotikus betegnél csak 143-nál tud somatogen tényezőt kimutatni.

A somatogen tényezők precíz feltárását elsősorban a therapia szempontjából tartjuk igen fontosnak, mint ahogy ezt *Davidenkov* is állítja. Önmagukban a somatogen tényezők nem határozzák meg a neurosist — csupán

6. táblázat

162 neuroticus betegünknel előrement szervi megbetegedések
(somatogén tényezők)

Megbetegedések	Száma
Leromlott testi conditio	1
Menses zavarok	13
Graviditas	1
Climax	6
Struma	3
Debilitas	2
Érrendszeri megbetegedés (arteriosclerosis, cardiomyopathia)	15
Spondylosis (ebből cervicalis 10)	18
Chronicus tonsillitis (rheumatoid megbetegedés)	9
Gyomor-, májmebetegedés	10
Összesen	78

megkönnyítik a psychogen kóros mechanizmus kialakulását. Még a hormonális dysfunkciónak a neurosisok pathogenesisise szempontjából fennálló jelentőségét kihangsúlyozó szerzők (*Abely*) sem helyezkednek azok kizárólagos szerepének elfogadására. *Ey* organo-dinamikus psychopathologiai szemléletében a szervi infrastructura zavara (trouble infrastructure organique de la vie psychique) szintén nem jelent somatogen kizárólagosságot. Ugyanez vonatkozik a szervpre-dispositio, elsősorban a vascularis hypoplasia kérdésére.

* *

Nincsen neurosis psychogen tényező nélkül és ezekben a tényezőkben kell látnunk a neurosisok elsődleges kórokait, amit falusi betegek neurosisával kapcsolatban elemezni szeretnénk. A conflictus vagy a conflictus situatio, mint psychotrauma a személyiséget összetevőit tekintve különböző síkon: fizikai-somatikus, továbbá intellektuális, emotionális hangulati és végül etikai síkon terhelheti. Igen gyakran ezek ötvöződnek, de magát a traumát, az idegrendszer túlfeszítettségét okozó behatást általában konkretizálni tudjuk.

162 neurotikus betegünkön 146 psychotraumát tudtunk felderíteni és bizonyos csoportosítás mellett ezek a következő képet mutatják (7. táblázat): tanulási és továbbtanulási problémák (20 alkalommal), a családban előforduló alcoholismus (16), családban előforduló idült megbetegedés (10), rossz házas-

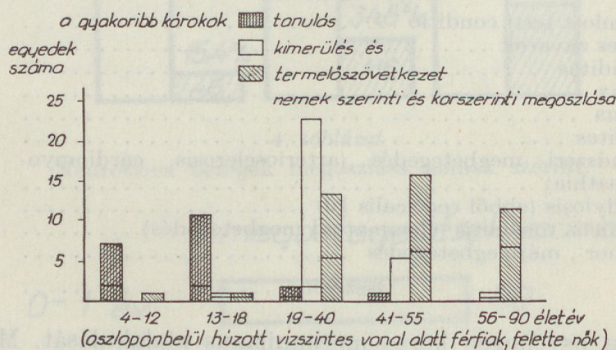
társi (12) és az együttélő generációk rossz viszonya (6), túlterhelés (20), a falusi környezettel szemben elégedetlenség (20) és ettől különválasztva a termelészövetkezeti mozgalom többretű problémája (41).

7. táblázat

Psychotraumák, mint a neurosis kórokai — a 162 betegnél

Tanulási és továbbtanulási problémák	20
Családban előforduló alkoholizmus	16
Családban előforduló betegség	10
Rossz házastársi viszony	12
Rossz após-anyós viszony	6
Túlterhelés	20
Falusi környezettel szemben elégedetlenség	20
Termelészövetkezeti mozgalom problémái	41

A gyakoribb kórokok megoszlását nemek és korok szerint külön mutatom be (8. táblázat). Kiemelhető, hogy a kimerülés csaknem kizárólag nőknél, elsősorban a 19—40 életévben, és a tanulás — továbbtanulás problémája is túlnyomóan lányoknál jelentkezik, mint kóroki tényező. A termelészövetkezeti mozgalom a két nemnél kb. megfelelő számarányuknak, a férfiak neurosisában a vonatkozásban sem emelkedik ki.



8. táblázat

A gyakoribb kórokok : tanulás
kimerülés és
termelészövetkezet
nemek szerinti és kor szerinti megoszlása.

1. *Tanulás, továbbtanulás* problémája neurotikus betegeink szemüvegén keresztül igen sok részkérdést vet fel és ezek alapján elindulva a kulturális igények kielégítettségében, de még az állami kötelező oktatásban is igen sok hiányosságot találunk. Nem a 22 analfabetára akarunk itt utalni — hiszen a neurosis szempontjából az iskolázottság és a kulturáltság tényleges szintje alig bír jelentőséggel. Jelentős és csaknem kizárólagosan jelentős az ilyen irányú készletének kiélési lehetősége, ill. akadályozottsága. Ahol azonban az analfabeták száma ilyen magas és életkorukat tekintve ebben a mi mulasztásunk is benne van, akkor a tanulás, továbbtanulás igénye talaján jelentkező psychotraumák könnyen kialakulhatnak.

Általános iskolásoknál a tanulás során kibontakozó neurosist szülőknek a tanulással szemben még mindig meglevő értetlenségére és a jól ismert kettős vagy többszörös irányú nevelő hatásra lehet visszavezetni. Fiuknál az általános iskolai évek befejezte után a továbbtanulás kérdése a szülő—gyermek

vonalon egyértelműen kialakul és konfliktus sem jön létre. Lányoknál ez a kérdés már korántsem ilyen egyértelmű: gyakran egy-két éves harc előzi meg, míg a szülő a továbbtanulást lehetővé teszi.

Középiskolás tanulóknál a konfliktus a vizsgált falu általános iskolájának igen alacsony oktatási színvonala és a túlterhelés miatt könnyen bontakozik ki. Szaktanerő a felsőtagozatban nincsen, egyik vagy másik pedagógus távolléte miatt időszakosan az osztályok nem tagozódnak külön. Vizsgálataink éve alatt a 8 osztályban a 110—115 iskolás gyereket mind a 8 osztály tananyagából maximálisan 4, de néha hónapokon át 2 pedagógus tanította. A pedagógusok túlterheltek, keresik az alkalmat a falu otthagására és gyakran kerül be új tanító, aki nem sokáig marad. A középiskolába akár jeles és jó bizonyítvánnyal bekerülő tanulók is igen nehezen állják meg a helyüket: bukdácsolnak, a bukás rémével küzdenek, gyakran lemorzsolódnak. Általános iskolában kialakult tanulási módszereik, tananyagismeretük még az 1—2 éves szaktanfolyamok igényeit sem elégítik ki — ha egyáltalán a felvételi vizsgát sikerrel leteszik.

A túlterhelés nemcsak az elégtelen felkészülés miatt, hanem a tanulás időfeltételei miatt is jelentkezik. Legtöbben a 6 km-re levő járási központban levő gimnáziumba járnak be busszal és emiatt a délelőtti 5—6 órai távollét 7—8-ra emelkedik. A délutáni esetleges külön óra már azt eredményezi, hogy a középiskolai tanulók csak az esti órákban kerülnek haza. Lánygyermekeket igen gyakran a szülők otthoni munkák elvégzésére kötelezik, és így mire az iskolai feladat elvégzéséhez, vagy a lecke átolvasásához leül, már ragad le a szeme az álmoságtól.

Egyetemi hallgató az utóbbi 10 esztendőben nem került ki.

Középiskolásoknál értelmiségi pálya iránti vonzódás nincsen, a tanulás öncélúsága, a faluról való elkerülésnek vágya a mozgató erő. Egyetlen gyermeknél lehetett a hivatás-érzésnek kezdetleges formáját megtalálni: zenét akart tanulni, órákat játszott odahaza tangóharmonikáján és hosszú utakat gyalogolt, hogy a szomszéd faluban zongora leckéket vegyen — előképzettségének hiányossága miatt nem kerülhetett zenegimnáziumba.

A közlekedési feltételek nehézségei és a bennlakás hiányossága alkalmi tanfolyamok (gépkocsi vezető, traktoros stb.) elvégzését igen nehezé teszik.

A 20 neurotikus betegünk elemzésénél összefoglalóan azt kell konkluzióként levonnunk, hogy — bár szakmák iránti határozott hivatástudat nem alakul ki — a középiskolák és egyes szaktanfolyamok elvégzése iránti vágyakozás, indíttatás mind szélesebben kezd kibontakozni — a falu általános iskolájának alacsony színvonala, a tanulás folytatására szükséges fizikai erő-kifejtés miatt — ugyanakkor lépten nyomon szüli a neurosist.

Burkolt formában a továbbtanulás problémája a falusi önművelődés és iskolán kívüli tanulás, önképzés kérdése is. Az alkoholisták biográfiai elemzése igen alkalmas az így kialakuló neurosisek tanulmányozására.

2. 16 betegünkönél a családban előforduló alkoholizmus a neurosis kizárólagos oka. Itt azok a conflictusok játszanak szerepet, melyek az alkoholista férj vagy apa magatartászavara, etikai regressiója során alakultak ki. Részeg állapotban előforduló agresszív, brutális cselekedetek által kiváltott félelmet, szorongásokat nem tudja oldani a józan állapot esetleg kifogástalan magatartása sem. A férj alkoholizmusa büntényhez vezetett, betegünkönél ennek során kisebbrendűséghez társuló lehangoltság, paranoid túlértékelés, társaság és emberkerülés alakult ki.

A feleség és leánygyermek a falu előtt leplezik „szégyenüket” és állandó aggodalommal kísérik az apának vagy férjnek a faluban tett esti sétáit. Otthon napirenden van a megbocsátás és kiengesztelődés önáltató reménykedése

és a védekezés, értelmetlenné tevés haragja, elkeseredése és dühe. Az asszonyok teljesen elhidegülnek férjükkel szemben, megalázottságukban a szomszédoknak, majd az egész falu szánalmára appellálnak és az elhidegülés utalattá és megvetéssé alakul, de a házasság felbontása sohasem történik meg. Lánygyermeküket apjuk viselkedése a férfiakkal szembeni elzárkózás keserűségéhez, a házasság céltalanságának álláspontjára vezet.

3. *A családban előforduló betegség*, a magával tehetetlen beteg ellátása elsősorban a háziasszonynak túlterhelése és kimerülése, másodsorban a családnak a falu szemlélete alapján kialakuló szégyenérzete az, ami neurosishoz vezet. Előbbi tényező könnyen érthető, a második elsősorban fogya-
tėkos gyermekekkel kapcsolatban alakul ki. Az oligophren gyermekek és a falu egyetlen idiota családjában találkoztunk ezzel a problémával.

Egyik betegünk neurosisának hátterében kislányának súlyos balesete szerepel, a 6 éves gyermek leforrázta magát, sérülése csaknem az egész hasfalat borító hegeseddel gyógyult — a neurosis emotionális kiindulási pontja nem annyira a gyermek jövője iránti aggodalom — bár ez is szerepel —, hanem elsősorban a gondatlanság miatti felelősségérzés és az orvosi kezeléssel járó tízezer Ft-os anyagi kiadás.

4. Ha a *házastársi viszonyt* elemezzük, akkor meglepetéssel kell megállapítanunk, hogy a minden vonatkozásban igen rossz házasságok nagy száma ellenére, mindössze 12-nél okoz neurosist. A rossz házasságok szenvedő alanyai mindenképpen az asszonyok, akik a házasságon belül elszenvedett sérelmükért kárpótlást biztosítani nem tudnak —, a falunak a múltból magával hozott feudális szemlélete és előítélete teljességben hat, az új társadalom ezen a téren alig érezteti hatását. Az egyenrangú házasfelek szövetkezésében és ezt a szövetkezést időről időre történő kölesönös jóváhagyásban megnyilatkozó házassági erkölcs, mint igény, ha nem is ilyen megfogalmazásban, csak a legfiatalabb női generációban, a mai 15—18 éves lányoknál kezd kibontakozni. Érzik és látják szüleik házasságának tarthatatlanságát, elemezni nem tudják, de ott van a faluról való elszakadás vágya, a továbbtanulás egyik legfontosabb ösztönzője hátterében. A falu jelenlegi házasságaiban élő asszonyoknál ez a tendencia semmilyen vonatkozásban sincs meg. Megadásal viselik sorsukat: ezt a szemléletet örökölték anyjuktól, ezzel a szemlélettel nőttek fel. Házastársi örömökre nem tartanak igényt és ez az őszinte belenyugvás védi meg az így kialakuló neurosisek lehetőségétől.

A mai asszonyok a pubertáskor és az azt követő élet különböző ösztönzéseit a korai házasságkötés megvalósításában reagálták le, 16—18 éves korukban mentek férjhez. Mire felnőttek, érett személyiségekké váltak, már benne voltak az új, saját házasság nyúgében, a házastársi viszony rendezésének szükségessége már alig merülhet fel, mert szövődik a gyermekekről való gondoskodás mindennapi kötöttségével.

A sexualis élet problémái a zsongító és feszítő vágy lüktetésében még nem konkretizálódhatnak — az anyaság érzése hamarabb következik be, mint ahogy a házastárssal kapcsolatos igényesség kialakulhatna. A falu asszonyai általánosságban mit sem tudnak az orgasmusról és libidojuk is elsorvad a házasság első éveiben.

A sexualis étellel kapcsolatos kóros szemérem, a pruderia, az élmény-szegénység, a rossz lakásviszonyok, a „tisztaszoba” öncélúsága, a férfiak kötelességérzésének hiánya, a férfi családjának fiú-várasa és követelése ma is biztos zálogai a kisebbségi érzés határozott kialakulásának. Neurosis-védelmet a kisebbségi tényének lázadás nélküli elfogadása jelent. Extramatrimoniális kapcsolatok a falu zárt közösségének ezerszemű és száz-

nyelvű kontrollja miatt nem lehetnek szerelmi viszonyok, csupán alkalmi próbálkozások. Az objektív feltételek kialakításának lehetősége sines meg.

A család mindennapi életéből, közös problémáiból, lényegileg sokkal többet vállal az asszony, sőt az is több, amit az asszony kizárólagosan irányít és intéz. Munkája azonban bezártságot, házhoz kötöttséget jelent, melyet csak itt-ott tör meg a kútnál vagy a kapuban folytatott egy-egy beszélgetés, sopánkodás. Feladatát ő maga sem látja teljes fontosságában. Nem látja, hogy az ő munkájára támaszkodik az egész család. Nem érzi, hogy ő a gyermekek nevelője és irányítója. Brigád- és közgyűlésekre eljár, de: „fehér cseléd abba ne szóljon bele”. Kizárja önmagát ma már inkább saját szemlélete, mint a férfiak állásfoglalása a közösség intézéséből, férje munkájának irányításából, közösségi szórakozásokból. Szemléletében: amit ő végez, az természetes. Egész napi munkája értéktelen — nincs igénye, vagy teljesen elnyomja igényét arra vonatkozóan, amit a férje kizárólagosságának tart, ami gondolkodásában az irányítást, a kezdeményezést, az önállóságot, a „mindent” jelenti. „Mindent a férjem intéz” — s ha ezt mi konkretizáljuk: a család közös ügyintézésének elenyésző töredékét jelenti.

A falusi asszonyoknál nem alakult ki munkájuk jelentőségének tudata. A faluban válás, a kisszámú értelmiségnél, iparosoknál, gyárba került munkásoknál van — a parasztszaládok egyikénél sem fordult elő. Mi ez, ha nem a feudális házasságkötés szemlélete.

A házasságkötéseknél a legkülönbözőbb tényezők játszanak szerepet, azonban a kölcsönös alapos megismerés előfeltétele nem volt meg.

A vénlányág már 20 éves korban kezdődik és az özvegyasszonyok helyzete a falu szemléletében megalázó. A „kommendálás” útján egy-két találkozás után megszületik a második házasság. Egyik 40 éves betegünk 22 éves korában özvegy maradt és 26 évvel idősebb férfihez ment hozzá, amint ő mondja: nyomorúságból, lakáshiány miatt. Másik két betegünkél a második házasság első napjaiban felszínre kerül a súlyos konfliktus az anya gyermekei és a második férj viszonyában. Ismét egy másik özvegyasszony így fogalmazza meg második házasságának indító okát: „ne legyek másnak kapcája”.

Házasságban — a falu ítélete szerint — még ma is kizárólagosságot jelent a lakás, a megélhetés, az asszony és férfi munkaképessége és készsége. Számításon kívül hagyja a családi közösséget alkotók élet- és világszemléletét, az egyénnek érzelmi-, ösztönéletét, a házaspár intellektuális érdeklődésének azonosságát és különbözőségét és azt, hogy miképpen viszonyulnak a családi közösséghez. Ahol mindennek csődje nyilvánvaló — mint pl. egyik legsúlyosabb hypochondriás neuroticus nőbetegünkél — ott szükségszerűen alakul ki a házasságon belül, a társak között a teljes hasadás, elhidegülés, a személyiségüknek megfelelően tele primitív reakciókkal. Az asszony ellátja a háztartást, a férfi elvégzi munkáját a Tsz-ben, azonban évek óta nem beszélnek egymással, alig vesznek egymásról tudomást, de a válás gondolata fel sem merül bennük. Betegünkél ennek érthetlenségét még az is kihangsúlyozza, hogy nincsen gyerek.

5. Igen gyakoriak a konfliktusok, ha a *szülők a fiatal házaspárral közös háztartásban* élnek, vagy egy fedél alatt laknak. Régi szokás volt, hogy az apa vagy az anya földjét nem adta át a fiataloknak, s a tulajdonjoggal biztosította személye fontosságát a kibővült családi közösségben. A Tsz-ek megalakulásával ma ez az ellentét még jobban kifejeződött, a tulajdonjog tárgyi alapjának beszűkülése, a szorosabb egymásra utaltság a sérelmeket nem mosta el, hanem megerősítette. Egyik 24 éves nőbetegünknek neurosis háttérben az szerepel, hogy apósa állandóan szemére veti: az ő házában

laknak, és ha indulatos lesz, trágár szavakkal akarja őket kikergetni. Egy másik após kenyérgabona fejadagját éveken át a padláson tartja s nem engedi megőröltetni. Mindezeknek a háttérben lényegileg az van, hogy az öregek nem rendelkeznek a munkaképtelenség-, feleslegesség-, bizalmatlanság-érzés sublimálásának reális lehetőségével. Az öregek nem tudják szabadidejüket mivel eltölteni. Kialakulnak a kóros konpenzációs mechanizmusok, paranoid és megalomaniás tartalommal. A második generatio asszonya akár apósával, akár anyósával szemben már fiatal korában sensibilisálódik és mikor ő lesz a ház asszonya, évtizedes sérelmei az öreg szülőkkel szembeni ingerlékenységhez és türelmetlenséghez vezetnek.

6. Mint az előbbi táblázatunkon láttuk, a *túlterhelés* neurosis szempontjából pathogenetikai tényezőként elsősorban, bizonyos mértékben kizárólagosan a nőknél jön számításba. A neurosistól függetlenül is ezt tényként kell elfogadni a falu életének részletes elemzése alapján, de az idesorolható nőbetegeink korát tekintve (19—40, illetve 41—55 életév) nem zárkozhatunk el a házasságon belül felmerülő vagy háború okozta magáramaradottság kialakította, de felszínre nem került konfliktusok elől. Igen sok szerző a túlterhelést, a chronicus fáradtságot önmagában nem is fogadja el kóroknak, csupán hajlamosító tényezőnek, s ilyen betegeknél is psychotrauma jelenlétét feltételezi.

Ha az elfoglaltságot, a napi munkaórák számát tekintjük, kétségtelen, hogy falun az asszonyok kora reggeltől késő estig dolgoznak — a két műszakot azok is teljesítik, akik csak háztartásukban foglalatostkodnak. Ehhez azonban hozzátartozik a lakás és a családtagok tisztántartása, ételkészítés, étkeztetés, vízfordás, bevásárlás — de hozzátartozik a baromfiudvar ellátása és a kerti munka nagy részének elvégzése is. Mindezt kizárólagos munkakörének tekinti, ambícióval látja el — és ne felejtjük — a neurosis szempontjából igen jelentős — ez a munkálkodás egyetlen sublimálási terület.

Az otthoni munka mellett igen sok asszony kijár a mezőre és munkájával jelentősen hozzájárul férje évi munkaegységeinek gyarapításához.

Van azonban ennek az egész napi, pihenés nélküli tevékenységnek egy másik aspectusa is: szemléletével, erkölcsi felfogásával nem fér össze napi 1—2 órai kikapcsolódásnak, pihenésnek saját számára történő biztosítása. Mit szólna a szomszéd, vagy akár az egész falu, ha egy-egy félórára leülve vagy pláne leheverve rádiót hallgatna vagy olvasgatna. Betegredeléseink során jól megfigyelhető volt, hogy az előszobában vagy az udvarra kitett padon milyen nyugodtan és méltatlankodás nélkül vártak akár 1—2 órát is. Ezt — és ehhez hasonló kényszerpihenőket — igen szívesen elfogadnak, a népboltban bevásárlás alkalmával nem sietnek és nem tolakodnak, a pultnál szívesen elbeszélgetnek, a főzéshez ezt-azt kölcsönkérni, készséggel átmennek a szomszédhoz. Ugyanakkor ők vannak legjobban mebotránkozva, ha a napi idő beosztásánál a munka rendszeresebb beosztásával 1—2 óra pihenést előírunk.

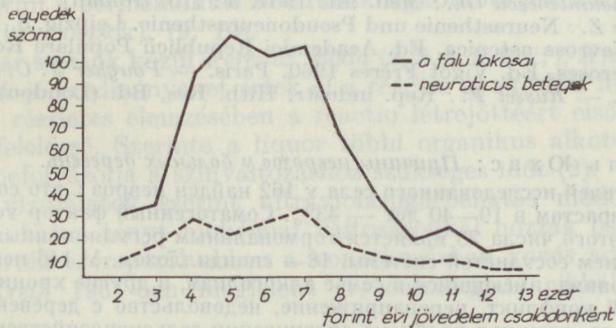
7. A globális *falusi környezet* szembeni méltatlankodás, elkeseredés elsősorban a falura bekerült értelmiségieknél a legkifejezettebb. Ebbe a kategóriába tartozó betegeink között csupán egy, helyben született paraszt-asszony van. Ennek két lánya Pestre ment dolgozni, s így az utánuk való vágyakozás magányának megszüntetésére irányuló törekvése kifejezettebb mint a faluval való szembefordulása. A faluba bekerült egyik tanítónő a falutól való elszakadásának biztosításához neurosisa során családi élete megszakítását is vállalta, sőt elő is készítette.

Nehéz lenne röviden összefoglalni hogy melyek azok a tényezők, melyek a faluval való szembefordulást meghatározzák, a falutól való elszakadás

vágyát kialakítják és a szándék akadályozottsága miatt neurosishoz vezetnek. Elsősorban a falu hygienés, kulturális és szórakozási lehetőségei korlátozottságában kell keresnünk.

8. A *termelőszövetkezet*nek azok a problémái, melyek neurosishoz vezetnek, igen sokrétűek. Ezt itt részletesen nem is kívánom tárgyalni, önálló tanulmányt igényelnek és itt csak röviden szeretném foglalni. A 41 beteggel történt beszélgetés során a nagyüzemi közös termelési módnak, az új termelési viszonyoknak számtalan részletproblémája jön felszínre.

Szükségszerűen merül fel elsősorban az életszínvonal kérdése. Falusi betegeinknél az életszínvonal indexet igyekeztünk precízen meghatározni — módszerünk ismertetését itt mellőzöm — és azt tapasztaltuk, hogy ennek az indexnek szórása neuroticus és nem neuroticus betegeknél ugyanaz. Kutatásaink alátámasztják azt az irodalmi állásfoglalást: az életszínvonal önmagában nem vezet neurosishoz. Az évi Forint jövedelemre kivetítve az életszínvonalat már önmagában is bizonyítja (9. táblázat): azoknál az egyének-



9. táblázat

A falu lakosainak (—) és neuroticus betegeinek (...) megoszlása az egy főre jutó ezer forintban kifejezett évi jövedelem szerint.

nél, ahol az egy családtagra jutó évi jövedelem alacsony, a neurosis előfordulása nem gyakoribb. Számításaink szerint a 41 neuroticus betegnél a termelőszövetkezetbe való belépés 11-nél biztosan életnívó emelkedést, és 17-nél biztosan életszínvonal csökkenést eredményezett. Ha ezeknek a családoknak a tagjait neurosis szempontjából értékeljük, akkor azt mondhatjuk, hogy azoknál az egyedeknél, akiknél az életszínvonal emelkedett, a Tsz neurosis 5, míg akiknél csökkent, 13%-ban fordult elő. Ez kétségtelenül azt bizonyítja, hogy ha az actualis életszínvonal nem is játszik szerepet a Tsz és egyéb neurosisok kialakításában, a múlthoz viszonyított életszínvonalcsökkenés jelentőségét nem vonhatjuk kétségbe. De ugyanakkor ez az adat azt is jelenti, hogy a Tsz neurosis olyan egyéneknél is kialakul, akiknek életszínvonala a termelőszövetkezetbe való belépés során emelkedik.

Ennek a legutolsó adatnak a háttérben szereplő tényezők a következők: a gazdasági függőség érzése, a nagyüzemi munka szervezetségéhez való alkalmazkodás szükségessége, a vezetőik irányításának elfogadása, az irányításban való részvétel, a közösségért végzett munka alapján az egyének társadalmi bírálata új elvének elfogadása, a gazdasági átszervezések előkészítésének esetleges hiányossága. Mindezek a termelőszövetkezeti problémák, ezeknek részletes elemzése külön önálló tanulmányt igényel.

Összefoglalás

A vizsgált falu 629 lakosa közül 162-nél lehetett neurosist megállapítani, mely a falu összlakosságára vonatkozóan 25%-ot, a 19—40 életév koresportban 43%-ot jelent. Somatogen tényező 78 neuroticusnál volt kimutatható, ebből 23 hormonális regulációs zavar, 15 érrendszeri megbetegedés, 18 spondylosis. 146 neuroticusnál sikerült a psychotraumat meghatározni: tanulási és továbbtanulási probléma, családban előforduló alkoholizmus és egyéb idült megbetegedés, familiáris conflictus, túlterhelés, falusi környezettel szembeni elégedetlenség és ettől különválasztva a termelőszövetkezeti mozgalom többretű problémája. A szerző részletesen elemzi az egyes kórokokat, a termelőszövetkezeti problémákat azonban külön tanulmányban kívánja tárgyalni.

Irodalom

Abély P.: Ann. méd. psychol. 1956. I.: 399. — Barré J.: Rev. neur. 1926. 6 : 1246. — Davidenkov S. N.: J. Nevropat Psihiat. 1951. 51 : 35. — Ey H.: Le problème de la pathogenèse des névroses et des psychoses, Paris, Desclée de Brouwer, 1950. — Facon E. és Constantinescu Gh.: Med. int. 1957. 5 : 710. (román). — Klimkova-Deutshova E., Macek Z.: Neurasthenie und Pseudoneurasthenie. Leipzig. S. Hirzel 1959. — Kreindler A.: Nevrosa asthenica. Ed. Academie Republicii Populare Romine 1961. — Léo P.: Les névroses. Ed. Vigot Frères 1960. Paris. — Pougher J. C.: Brit. med. J. 1955. 4936 : 409. — Russel F.: Rep. industr. Hlth. Res. Bd. (London) 1947. 90. sec. Kreindler.

Д - р. П а л ь Ю х а с : *Причины неврозов у больных деревень.*

Из 629 жителей исследованного села у 162 найден невроз ; это составляет 23%, а у жителей возрастом в 19—40 лет — 43%. Соматогенный фактор установлен у 78 невротиков, из этого числа 23 является гормональным регуляционным нарушением, 15 — заболеванием сосудистой системы, 18 — спондиллозом. У 146 невротиков установлена психотравма, имеющийся в семье алкоголизм, и другие хронические заболевания, семейный конфликт, перенапряжение, недовольство с деревенским окружением и кроме того, сложная проблема организации сельскохозяйственного кооператива. Автор подробно анализирует отдельные причины, а проблемами организации сельскохозяйственного кооператива он будет останавливаться в отдельной статье.

P. J u h á s z : *Krankheitsursache der Neurose bei Dorfbewohnern.*

Unter den 629 Bewohnern des untersuchten Dorfes konnte bei 162 Neurose festgestellt werden, dies bedeutet auf die Gesamtbewohnerschaft des Dorfes bezogen 25%, in der Altersgruppe von 19—40 Jahren 43%. Somatogener Faktor war bei 78 Neurotikern nachzuweisen, unter diesen waren 23 Fälle Störung der hormonalen Regulation, 15 Gefäßsystemerkrankungen, 18 Spondylosen. Im fall von 146 Neurotikern gelang es das Psychotrauma zu bestimmen : mit dem Lernen, oder Weiterlernen verbundene Probleme, Alkoholismus und andere chronische Krankheiten in der Familie, familiäre Konflikte, Überbelastung, Unzufriedenheit mit der Dorfumgebung, und von den übrigen Fragen getrennt die vielseitigen Probleme der Produktionsgenossenschaftsbewegung. Der Verfasser analysiert eingehend die einzelnen Krankheitsursachen, die Produktionsgenossenschaftsprobleme dagegen sollen in einer separaten Studie behandelt werden.

A módosított permanganatreactió felhasználása a liquordiagnosztikában

Írták: DÉNES IVÁN dr. és TUNKL ERIKA dr.

Bevezetés

A permanganatreactio liquordiagnosztikai felhasználása hosszú múltra tekint vissza. Külföldi szerzők régóta jól felhasználható tájékoztató-reactiónak tartják. Általában a Boweri alpmethodika (13) módosított formáit használták fel vizsgálataikhoz. Egy ml liquorhoz 0,1—0,2 ml 1,5⁰/₁₀₀-es KMNO₄ oldatot adtak. Az értékelés alapjául a permanganat elszíntelenedéséhez szükséges időt vették.

Különösen nagy jelentőségű munkát végeztek a reactióval kapcsolatos elméleti és gyakorlati kérdések tisztázásában *Riebeling* és *Kreth*. Többeszer esetben használták fel diagnosztikus segéd eljárásként. *Kreth* poliomyelitis esetén egyetlen pozitív eredményt adó liquorvizsgálati eljárásnak tartja. *Riebeling* szerint a permeabilitás zavarának legkorábbi jele lehet a megrövidült reactio-idő (toxicosisos), (9, 10).

A magyar szerzők közül *Ferencz*, *Boda* (2, 3, 4, 5, 6, 7,), *Kromar*, *Miskolczi*, *Gisztl*, *Bartók* jó eredményeket értek el a reactio gyakorlati felhasználásában.

Ferencz részletes elemzésében a reactio létrejöttéért elsősorban a fehérjéket teszi felelőssé. Szerinte a liquor többi organikus alkotórésze csak kis mértékben befolyásolja a színváltozáshoz szükséges időt (2).

Újabb vizsgálatok szerint ultraviolett sugárbehatás módosítja a reactio viselkedését. Ezt a tényt biokémiai változásokkal hozzák összefüggésbe (1).

A pH-érték szerepéről ebben a vonatkozásban kevés adat áll rendelkezésünkre. *Kreth* 1961-ben megjelent (1) összefoglaló cikkében nem tartja lényegesnek.

Az előzetes nagyszámú hatásvizsgálat után a biokémiai elemzést nem tarthattuk feladatunknak. Célunk az volt, hogy a *savanyítás*, *lúgosítás* által döntő mértékben módosított methodika segítségével kezdetleges laboratóriumi körülmények között dolgozó kollegák számára nyújtsunk használható eljárást.

Methodika

A liquorvételt követő öt órán belül végeztük vizsgálatainkat. Tapasztalatunk szerint ennél rövidebb idő a reactio viselkedését lényegesen nem befo-

Methodikai táblázat

Megnevezés	I. cső	II. cső	III. cső	IV. cső
Liquor	1 ml	1 ml	1 ml	1 ml
Ecetsav	—	5 csepp	—	—
Sósav	—	—	5 csepp	—
Lúg	—	—	—	5 csepp
Permanganát	5 csepp	5 csepp	5 csepp	5 csepp

Reactió idők

Diagnózis	Eset- szám	Permanganát		P + CH COOH	
		átlag	szélső érték	átlag	szélső érték
Tumor Cerebri.	8	2'02"	1'55" 2'20"	0'15,4"	0'12" 0'30"
Acut gyulladás	10	3'50"	3'05" 3'20"	0'21,7"	0'8" 0'35"
Chr. gyulladás	38	7'05"	4'10" 11'19"	0'53"	0'50" 1'10"
Lueses eredetű mb.	8	6'53"	5'20" 10'10"	0'18"	0'15" 0'20"
Vascularis képek	31	8'37"	6'10" 11'10"	1'45"	0'50" 3'20"
contusio,, Posttraumás commatio cerebri	10	7'44"	4'30" 9'30"	1'03"	0'35" 1'50"
Epilepsia	39	12'44"	8'20" 20'00"	1'48"	0'45" 3'52"
Chr. alkoholos megb.	3	7'39"	4'20" 9'20"	1'04"	0'55" 1'10"
Amyotrophiaslat. scler.	1	3'20"	—	0'03"	—
Dystrophia muscul. progr. ...	2	21'00"	20'00" 22'00"	0'37"	0'31" 0'44"
Oligophrenia	14	16'20"	13'20" 18'10"	1'45"	1'20" 2'15"
Schizophrenia	2	7'28"	7'10" 7'46"	0'55"	0'45" 1'00"
Reactiv depressio	2	6'30"	6'10" 6'50"	1'10"	1'05" 1'15"
Neurózis	24	12'03"	8'10" 15'40"	2'04"	1'24" 3'50"
Belgyógyászati megb.	9	11'29"	8'10" 14'36"	2'40"	2'10" 3'55"

lyásolja. Huzamosabb állás nem egyértelmű változást eredményez. Anyagunkban 201 beteg adatát dolgoztuk fel. Az eddig használt alapmethodikát lényegesen átalakítottuk. Reagensként 1⁰/₀₀-es permanganát-oldatot használtunk. Tapasztalatunk szerint az oldat hideg helyen, sötét üvegben tartva hónapokig stabil maradt. Tömény ecetsav, n/10 sósav, n/10 natronlúg segítségével a liquort savanyítottuk, ill. lúgosítottuk. Vizsgálatainkat confrontative 4 kémcsőben végeztük. A könnyebb áttekinthetőség kedvéért az eljárást a methodika című táblázatban közöljük.

Rutinvizsgálatok

P + HCl		P + NaOH		Fe- hérje átlag	Sejt- szám átlag	Cukor átlag	Serológia átlag	Görbe
átlag	szélső érték	átlag	szélső érték					
1'08"	0'35" 2'15"	1'48"	0'45" 2'25"	71	72	49	Neg.	Pos 5 Norm. 3
1'44"	0'40" 3'00"	2'39"	1'55" 4'05"	45	125	58	Neg.	Norm.
4'25"	1'35" 8'30"	4'48"	2'40" 5'40"	47	12	60	Neg.	Norm.
3'46"	3'10" 6'10"	4'37"	3'05" 5'50"	68	12	59	Pos. 5 Neg. 3	Lueses 5 Norm. 3
6'11"	3'10" 11'10"	5'58"	3'50" 11'00"	50	9	62	Neg.	Norm.
5'01"	3'50" 7'40"	3'57"	2'50" 7'10"	42	7	64	Neg.	Norm.
8'56"	4'50" 12'20"	6'58"	4'55" 11'20"	34	7	70	Neg.	Norm.
3'54"	2'15" 5'30"	4'04"	1'50" 6'55"	40	14	60	Neg.	Norm.
0'30"	—	2'00"	—	40	8	58	Neg.	Norm.
3'20"	2'40" 3'40"	3'25"	3'10" 3'40"	40	8	56	Neg.	Norm.
8'33"	7'25" 9'30"	6'29"	5'20" 7'29"	28	7	64	Neg.	Norm.
5'50"	5'40" 6'10"	6'28"	6'10" 6'46"	26	3	61	Neg.	Norm.
6'00"	5'40" 6'20"	6'10"	5'50" 6'30"	32	3	68	Neg.	Norm.
10'04"	6'10" 13'20"	8'02"	4'10" 11'40"	28	4	58	Neg.	Norm.
7'29"	6'20" 11'10"	6'48"	6'10" 9'15"	29	3	59	Neg.	Norm.

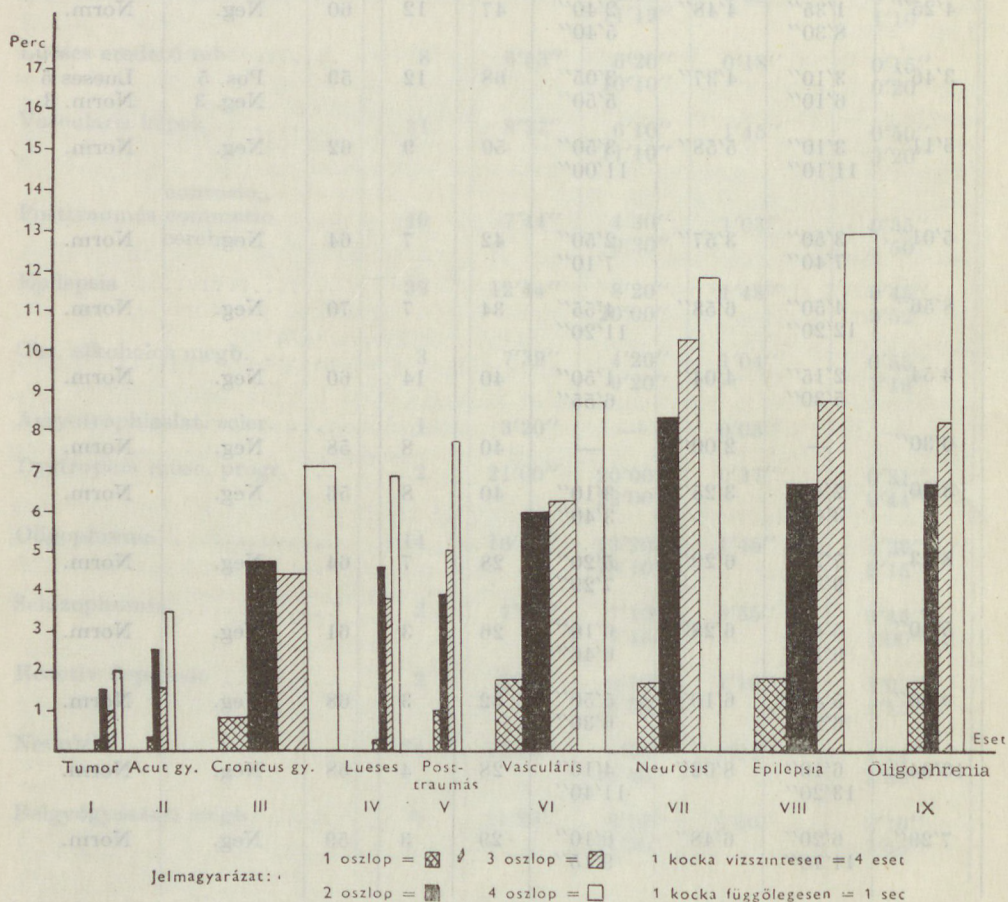
Amennyiben elegendő liquor nem állt rendelkezésünkre, 0,2 ml-hez adtunk 1 csepp permanganatot, savat, lúgot. Először ez utóbbiak, majd KMNO_4 beecseppentése történt I., II., III., IV., kémcső sorrendben. Kezdetlegesebb körülmények között a reagensek hozzáadása szemcseppentővel is megoldható. Stopperrel, vagy másodpercmutatós órával (ez utóbbi is elegendő) az *elszintelenedéshez szükséges időt figyeltük*. Ez az I., IV. csőben a rózsaszínből sárgába való átcsapásnak felel meg. A várható legrövidebb átcsapási idő miatt a figyelmet elsősorban a II. csőre fordítottuk. A szokott laboratóriumi rutin-meghatározásokat minden esetben elvégeztettük.

Eredmények

A statisztikába csak a biztos diagnózisú eseteket vettük be. Az esetmegoszlás, a kórformák, a reactoidók és egyéb laboratóriumi adatok közötti összefüggést a 2. táblázatban közöljük.

Az adatokban szerepel az átlag mellett az adott csoportban előforduló legrövidebb és leghosszabb átcsapási idő is. *Világosan kitűnik, hogy a savanyítás, lúgosítás komoly mértékben megváltoztatja a színváltozáshoz szükséges időt.* Az időátlagok jól szétválnak. A szélsőértékek sajnos nagy szórást mutatnak.

A könnyebb áttekinthetőség érdekében grafikonyszerűen is ábrázoljuk a 3. táblázatban az egyes kórformáknál észlelt átcsapási időt. Az igen kismámú eseteket, belgyógyászati kórképeket ezen nem tüntettük fel.



Az eredmények sorrendje diagnosis szerint:

- I. Agydaganatok
- II. Acut gyulladások
- III. Chronikus gyulladások és discopathiak
- IV. Lueses eredetű megbetegedések
- V. Posttraumás megbetegedések
- VI. Vascularis képek
- VII. Neurosisok
- VIII. Epilepsiak
- IX. Oligophreniak

Az oszlopok szélessége az esetszámokkal arányos. A koordinátán a színváltozáshoz szükséges időt tüntettük fel. Az I. oszlop az ecetsavas, a II. oszlop a lúgos, a III. oszlop a sósavas, a IV. oszlop a csak permanganátos cső adatait tartalmazza. A discopathiákat a reakcióval kapcsolatos viselkedésük alapján soroltuk a III. csoportba.

IV. táblázat

Matematikai középárányosok

Diagnózis	P	P + lúg	P	P
	P + ecetsav	P + sósav	P + sósav	P + lúg
TUMOR CEREBRI	13,5	1,37	1,56	1,36
Acut gyulladás	15,9	1,66	2,4	1,46
Chr. gyulladás	10,9	1,11	1,75	1,57
Lueses eredetű mb.	36,3	1,24	1,87	1,49
Vascularis képek	5,9	0,91	1,37	1,5
Posttraumás képek	7,2	0,71	1,48	2,1
Epilepsia	8,3	0,76	1,46	1,9
Oligophrenia	11,2	0,75	1,91	2,6
Neurózis	5,9	0,79	1,2	1,55

A fenti táblázatot szemlélve feltűnt, hogy a lúgos idők általában a „liquor-negatívabb” esetekben, míg a sósavas átcsapási idők inkább a kóros laboratóriumi értéket adó esetekben rövidebbek. Ezen tény alapján kiszámítottuk az egyes idők matematikai középárányosát. Ezeket a 4. táblázatban közöljük.

Feltűnő, hogy a $P + \text{lúg} / P + \text{sósavas}$ idők matematikai középárányosa oligophreniánál, posttraumás képeknél 0,79-nél — a normálnak vehető neurosis indexnél — alacsonyabb, a többi esetekben a megbetegedés „liquorpositivitásával” emelkedik. A kissé más jelleggel változó $P/P + \text{ecetsavas}$ hányados esetében a lueses eredetű megbetegedéseknél észlelt magas szám a feltűnő. A többi matematikai középárányos nem látszott hasznosíthatónak.

Megbeszélés és értékelés

Kiszámú esetből messzemenő következtetés levonása nem jogos. Kitűnik azonban, hogy a savanyítás, lúgosítás döntő mértékben megváltoztatja a permanganatreactio viselkedését. Feltűnő a tumoros esetek minden csőben extremen rövid ideje a mintegy kontrollként felhasznált neurosiscsoport hosszú átlagidejével szemben. A többi esetek átlagának szétválása is jól értékelhető. A további differenciálásban az indexek felhasználása segítséget nyújt. 5 olyan esetünk is volt (két metastatikus agytumor, három acut vírusos meningoencephalitis), ahol a szokott liquor-vizsgálati adatok negatív volta mellett a „csoportspecifikus” átcsapási időket a klinikum igazolta. Az egyes csoportokban (így a neurosiscsoportban is) láttunk „liquorpositívabb kórformakéval” megegyező reactio-időket. Ezeknél is negatívak voltak a szokott laboratóriumi liquor-vizsgálati adatok. Az ilyen esetekben az anamnesisben parenchymás és meningealis károsodás szerepelt. Ezek késői nyoma lehet a permanganatreactio rövidült ideje.

További törekvésünk arra irányult, hogy az egyes kórformák leírt reactioidejét még fokozottabban széthúzzuk. A methodikának további módosításával értékes adatokat nyertünk a tumorok korai diagnosisához. Ezek érdekessége azonban az esetszámok növelését teszi szükségessé. További megfigyeléseinkről későbbi dolgozatban szándékozunk beszámolni.

Véleményünk szerint módosításunk fejleszti a liquordiagnostikai lehetőségeket és egyszerűségénél fogva a mindennapi orvosi gyakorlatban is felhasználható.

Ezúton fejezzük ki köszönetünket dr. Rakonitz Jenő professzornak értékes tanácsaiért és irányötletéért, Bara Zoltánnának a statisztikai adatok kiszámításában nyújtott segítségéért.

Összefoglalás

A hosszú múltra visszatekintő permanganatreactio a savanyítás, lúgosítás hatására döntő mértékben megváltoztatta viselkedését. Négy kémcsőben párhuzamosan végzett vizsgálat színátcsapási ideje és ezek egymáshoz való viszonyítása segítséget nyújt a liquordiagnostikában. A methodika egyszerűségénél fogva igen kezdetleges laboratóriumi körülmények között is használható.

Összefoglalás külföldi irodalom számára

A szerzők 201 neurológiai esetet dolgoznak fel a permanganatreactio savanyítás, lúgosítás utáni változására vonatkozóan. Tapasztalataik szerint lényegesen megváltozik a reactio viselkedése. Az egyes átcsapási idők önmagukban tájékoztató jellegű diagnosztikus értékeket adnak. Az idők egymáshoz való viszonyítása finomabb differential-diagnosztikus lehetőségeket is nyújt.

Irodalom

1. H. J. Kreth : *Ärztliche laboratorium* 7. Jg. 1961. jan. 1. — 2. Ferencz P., Boda D. : *Orvosi Hetilap* 689. 1958. — 3. Ferencz P., Boda D. : *Orvosi Hetilap* 900. 1950. — 4. Ferencz P. : *Orvosi Hetilap* 73. 1928. — 5. Boda D. : *Kísérletes Orvostudomány* 4. 147. 1952. — 6. Boda D. : *Kísérletes Orvostudomány* 9. 239. 1957. — 7. Boda D. : *Kísérletes Orvostudomány* 9. 185. 1957. — 8. Kovách A., Takács L., Roheim P., Kiss S., Kovách E. : *Acta Physiologica* 3. 345. 1952. — 9. Riebeling : *Ärztliche laboratorium* S. 57. 1955. — 10. Riebeling : *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 1513. 1952. — 11. H. J. Kreth : *Nervenarzt* S. 405. 1957. — 12. H. J. Kreth : *Ärztliche Verein Braunschweig* 4. 12. 1957. — 13. Boveri *id Lups S., Haan A. M. F.* : *The Cerebrospinal Fluid* Elsevier London 1954. — 14. H. Jantz, U. Venzke : *Fortschrift der Psychiatrie* 169. Band, Heft. 3. 1952. (4. 12. 57.).

Д-р. Иван Денеш — д-р. Эрика Тункл : *Использование модифицированной реакции перманганата в сывроточной диагностике.*

Реакция перманганата, имеющая долгое прошлое под действием окисления и ошелочения изменила своё поведение. Срок перемены краски при исследовании, выполненном одновременно в четырёх пробирках и сравнение их друг с другом оказывал помощь в сывроточной диагностике. Из-за своей простоты методика приемлема и в очень примитивных условиях лаборатория.

I. Dénes und E. Tunkl : *Anwendung der modifizierten Permanganatreaktion in der Liquordiagnostik.*

Die seit langer Zeit verwendete Permanganatreaktion zeigt beim Ansäuern, bzw. beim Alkalisieren charakteristische Veränderungen. In der Liquordiagnostik kann die in vier Reagenzgläsern parallel verlaufende Untersuchung durch Vergleich des Zeitpunktes des Farbumschlages gute Verwendung finden. Die Methode kann infolge der einfachen Ausführung auch in nicht gut ausgerüsteten Laboratorien angewandt werden.

Az agyi keringés és a cerebro-vascularis idegrendszeri kiesési tünetek összefüggése

PÉTER ÁGNES dr., SOLTI FERENC dr., ISKUM MIKLÓS dr.

Az agyi keringésszabályozás törvényszerűségének tisztázását nagy mértékben elősegítette *Kety* és *Schmidt* módszere az agyi átáramlás (AA) mérésére és annak *Bernsmeier*-féle módosítása. Ma már általánosan ismertek az idegrendszer működéséhez szükséges anyagcsere, kielégítő AA fenntartását biztosító mechanizmusok. Ez elsősorban kémiai factoroknak (főleg a vér CO₂ tenziójának) az érrendszer tónusára gyakorolt hatását jelenti: értágulatot megnövekedett oxigénigény esetén. (*Kety*, *Schneider*) *Bernsmeier* vizsgálatai óta az is ismert, hogy ezen vasodilatios kompensatios fázist a vér fokozott oxigénkihasználásának, az arterio-venosus oxigendifferentia megnövekedésének fázisa követheti. Azt a legalacsonyabb AA-t, mely mellett a keringés a fokozott oxigénkihasználás dacára sem képes az agy oxigénigényének ellátására, nevezzük az AA kritikus küszöbének. (*Finnerty*, *Fazekas*, *Bessman*, *Bernsmeier*, *Scheinberg*, *Mc. Laurin*).

Agyi érmegbetegedéseknél az AA kritikus küszöbe igen magas. Az érfal károsodása az ér tonusváltozását és az oxigendiffusio lehetőségét, így a keringéskompensatio mk. fazisát megnehezíti. Az átáramló vérmennyiségmeghatározójává a rendszerben uralkodó nyomás válik. (*Novack*, *Schieve*, *Bernsmeier*, *Bodechtel*, *Scheinberg*, *Erbslöh*) Cerebrosclerosisnál az AA állandóan a kritikus küszöb körül mozoghat, (ilyenkor a cardialis rendszer keringésviszonyaihoz hasonlóan subdecompensált agyi keringésről beszélünk) és már enyhe haemodynamikai változásra decompensálódhat. A létrejövő „functionalis keringészavar” átmeneti klinikai tünetekhez vezet. A functionalis keringészavart pathophysiologiailag az irreversibilis károsodásban kifejezve jutó agyi keringési elégtelenségtől el kell különítenünk.

Jelen munkánkban azt kívántuk vizsgálat tárgyává tenni, hogy cerebro-vascularis betegeken nyert AA értékek tükrözik-e a keringéskárosodás jellegét, valamint azt, hogy az AA és a klinikai tünetek súlyossága között bizonyos fokú párhuzam kimutatható-e.

Irodalmi adatok szerint vascularis encephalopathiánál a cerebralis keringés különböző mértékben csökkent (*Schneider*, *Siemons*, *Shenkin*, *Bernsmeier*, *Novack*, *Sokoloff*, *Aizawa*). *Brobeil* a csökkenés mértéke szerint 3 súlyosság fokot különített el, melyeket az angiographián nyert elváltozások súlyosságával kísérelt meg párhuzamba hozni. Próbálkozások voltak a klinikai tünetek súlyossága és az agyi átáramlásocsökkenés közti összefüggés kimutatására is (*Scheinberg*, *Shenkin*, *Schieve*, *Sokoloff*, *Aizawa*), de erre vonatkozóan egységes nézet nem alakult ki. Úgy gondoljuk, az ellentmondó eredmények oka nemcsak a vizsgálati módszer fogyatékosága, hanem az, hogy a szerzők túlnyomó többsége nem vette figyelembe az átlagértékek kiszámításánál a vascularis folyamat fennállásának időtartamát, az elváltozások típusát (volt-e apoplexia vagy sem), a károsodás localisatióját és nagyságát.

Jelen közleményünkben ezen szempontok szerint elemezzük 50 cerebro-vascularis betegünk adatait. Legfiatalabb 30 é. legidősebb 74 éves volt. Eseteinket két csoportra osztottuk aszerint, hogy klinikai tüneteik jól körülhatárolt göcra, lágyulásra, (30 eset) vagy diffuz cerebralis károsodásra (16 eset) utaltak.

I. táblázat

Sor- szám	Név	Kor	Status	RR.	AÁ.	CVR
a) 1.	Z. I.	74	Pseudoneur. Refl. diff. Angina	190/115	39,9	3,6
2.	W. I.	50	Refl. diff.	160/80	40,5	2,5
3.	K. J.	58	Pseudoneur.	135/90	40,8	2,5
4.	F. I.	56	Pseudoneur.	135/90	41,0	2,5
5.	Sz. M.	63	Pseudoneur.	170/75	41,6	2,5
6.	V. K.	41	Pseudoneur. Refl. diff. Paraesth.	130/100	41,7	2,6
7.	D. S.	54	Pseudoneur.	155/90	46,8	2,3
8.	K. J.	52	Enyhe Parkinson syndroma.	165/110	52,9	2,4
				Átlag:	43,1	
b) 9.	S. G.	48	Tetrapyr. tűn.	140/80	29,6	3,4
10.	Sz. J.	61	Tetrapyr. tűn. Intell. hany.	190/100	42,0	3,0
11.	K. G.	59	Tetrapyr. tűn. Intell. hany.	150/90	44,0	2,5
				Átlag:	38,5	
c) 12.	J. S.	61	Desoreint. Refl. diff.	150/80	27,7	3,8
13.	G. D.	70	Eszm. veszt. Refl. diff.	165/85	29,5	3,8
14.	D. I.	58	Dem. Eszm. veszt. Refl. diff.	180/90	30,0	4,0
15.	B. B.	53	Dem. Depr. Decomp.	160/100	30,0	4,0
16.	Sz. J.	58	Eszm. veszt. Pseudoneur.	115/70	36,2	2,3
				Átlag:	30,6	

E csoportokon belül syndromák szerint alcsoportokat különítettünk el és a keringés átlagértékeit ezeknek megfelelően számítottuk ki.

16 diffuz cerebralis károsodás tüneteit mutató betegünket a functiokiesés súlyossága szerint a következő alcsoportokra osztottuk: (I. táblázat)

a) Enyhe károsodás: 8 eset. Ebből pseudoneurasthaenia 6, reflexdifferenciák egy, parkinson-syndroma egy betegnél. Agyi átáramlásuk 40—52,9 ccm között, átlagban 43,1 ccm volt.

b) Súlyos, diffuz cerebralis károsodásra utaló tüneteket; kétoldali pyramispálya károsodásának jeleit, emlékezészavart 3 betegnél észleltünk, akiknél a maximális ill. minimális agyi átáramlást 29,6 ill. 44 ccm, átlagban: 38,5 ccm-nek mértük.

c) 5 betegünkönél tudatzavar, eszméletvesztések, vagy dementia állottak a klinikai kép előterében. Agyi átáramlás: 27,7—36,2 ccm, átlag: 30,6 ccm volt.

E csoport legmagasabb agyi átáramlását Sz. J. betegünkénél találtuk, akinek eszméletvesztéses rohamai voltak. PEG: hydrocephalust mutatott. Agyi átáramlás: 36,2 ccm volt.

Diffuz károsodást mutató vascularis encephalopathiás betegeinknél tehát kevésbé károsodott az agyi átáramlás enyhe klinikai tünetek, és legkifejezettebben intellektualis hanyatlás, tudatzavar, eszméletvesztés esetén.

II. Góctüneteket 34 betegnél észleltünk (II. táblázat), 4 betegünkénél a góctünetek átmenetiek, többinél irreversilisek voltak. Az átmeneti kiesés tüneteket functionalis átáramlási zavarnak, a definitív károsodást lágyulás klinikai manifestatiojának tekintettük.

II. táblázat

Sor-szám	Név	Kor	Status	RR.	AA.	CVR
1. 17.	G. A.	64	Hypert. crisisek átm. hemipar. + aph.	160/90	44,5	2,5
18.	V. K.	40	Átm. occip. tün.	170/110	45,0	2,8
19.	B. N.	50	Átm. monopar. Myoc. inf. kapcsán	115/80	45,0	2,0
20.	Cs. I.	49	Meniere s. ES-k.	140/80	50,0	2,0
				Átlag:	46,1	
2/a 21.	T. P.	40	Hemipar. l. d.	130/90	21,5	3,7
22.	L. I.	48	Hemipar. l. s.	170/110	25,6	4,9
23.	M. G.	54	Hemipar. l. d.	130/90	35,0	3,5
24.	N. E.	58	Hemipar. l. s.		36,2	3,0
25.	F. S.	60	Homonym hemianopsia l. d. + Hemipar. l. d.	170/110	39,0	3,3
26.	K. B.	64	Hemipar. l. s.	170/95	39,0	3,5
27.	H. I.	56	Hemipar. l. d. Pseudobulb. paral.	160/90	40,1	2,8
28.	B. Gy.	52	Átm. j. hemipar. Hemipleg. l. s.	170/85	41,0	3,2
29.	Sz. J.	50	Hemipar. l. d.	180/100	43,3	2,9
30.	P. I.	52	Hemipar. l. d.	220/120	46,5	3,2
31.	P. I.	46	Hemipar. l. s.	160/100	50,0	2,5
32.	K. L.	37	3×G. M. Hemipar. hónapokig	180/95	37,8	3,2
33.	D. K.	66	3×G. M. Első után 3 hónapig hemipar.	150/90	40,5	2,7
34.	F. B.	30	G. M. + syncopek. Hemipar l. d. 2 hónapig	160/80	45,0	2,3
				Átlag:	38,6	

II. táblázat folytatása

Sorszám	Név	Kor	Status	RR.	AA.	CVR
b) 35.	G. P.	50	Hemipar. l. d. + Pariet. syndr.	260/130	30,8	5,2
36.	F. T.	58	Hemipar. l. d. + Pariet. syndr.	160/90	35,3	3,0
37.	N. I.	35	Hemipar. l. d. + Pariet. syndr.	150/90	36,5	3,0
38.	D. I.	30	Átm. tünet után hemipar. l. d. + enyhe aphasia	205/130	42,0	3,6
39.	B. S.	58	Hemipar. l. d. Aphasia.	250/80	42,0	2,4
				Átlag:	36,3	
c) 40.	W. I.	65	Pariet. syndr.	175/110	20,0	5,1
41.	H. Gy.	42	Fronto.-pariet. syndr.	190/110	28,2	4,4
42.	B. A.	61	Pariet. syndr. Dementia.	130/80	30,0	3,0
43.	H. F.	52	Fronto.-pariet. syndr.	120/80	41,0	2,1
44.	B. B.	54	Pariet. syndr.	140/90	42,0	2,9
				Átlag:	32,6	
d) 45.	Cs. M.	58	Mot. aph. + refl. diff. (Emb.)	200/90	27,0 44,0	4,0 2,8
46.	Sz. F.	51	Sens. aphasia.	160/90	40,8	2,7
				Átlag:	42,4	

1. Intermittáló cerebralis működéskiesést 4 betegnél találtunk. Agyi átáramlásuk tünetmentes intervallumban megközelítően normális, minimalis ill. maximalisan 44,5—50 cm, átlagosan: 46,1 cm volt.

2. Definitív góctüneteket mutató betegeknél a góc nagysága és localisatiója szerint 4 alcsoportot különítettünk el:

a) hemiplegiasok kis capsularis góccal,

b) eseteket, ahol hemiplegia és aphasia nagyobb emollitióra utaltak,

c) b. parietalis syndromában kifejezésre jutó nagykiterjedésű corticalis károsodásokat,

d) 2 beteg kis corticalis góccra utaló izolált aphasiával.

a) 14 betegnél észleltünk hemiparesist. Ezek közül 3-nál ictalis sacerrel szövődött a kép. Az ictalis saceres esetek agyi átáramlási értékei a hemiplegias, de saceres rohamokban nem szenvedő betegek agyi átáramlási értékeitől nem tértek el, és 21,5—50 cm között mutatkoztak. Átlag: 38,6 cm. Feltűnő ezen csoportban a nagy értékszóródás. Ennek az lehet a magyarázata, hogy nem tettünk különbséget j. o. és b. o. laesio, a cerebri media főtörzs és perforáló ágak thrombosisa között, melyek különböző kiterjedésű góccokat jelenthetnek.

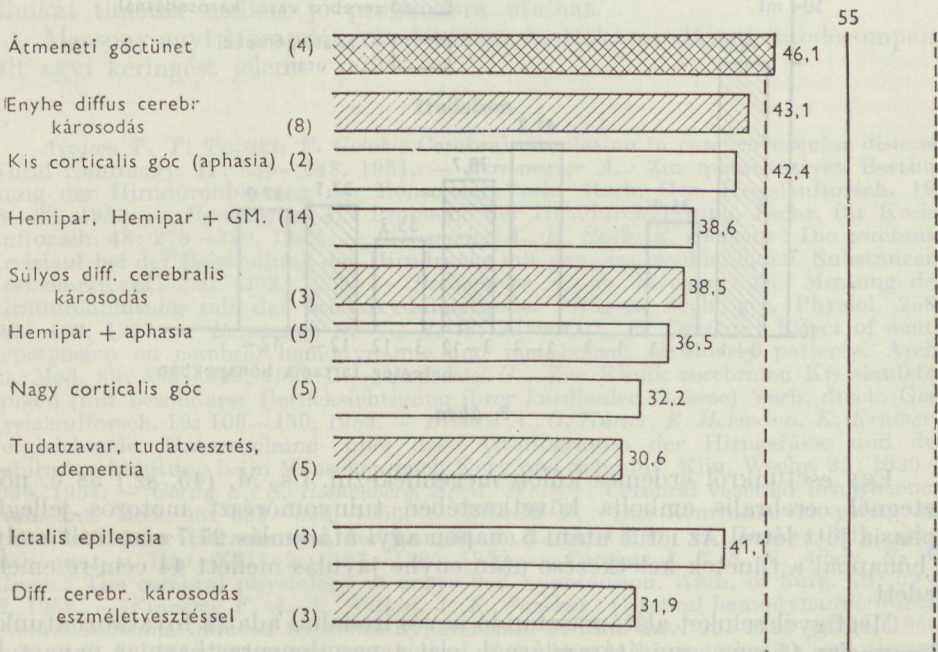
b) 5 betegnél hemiparesis mellett fennálló parietalis syndroma nagykiterjedésű emollitióra utalt. Agyi átáramlás: 30—42, átlag: 36,3 volt.

c) 5 betegnél a klinikai képben csak parietalis tüneteket észleltünk. Agyi átáramlás 20—42 ccm, átlag: 32,6 ccm volt.

d) 2 betegünkönél izolált aphasian kívül egyéb neurologiai kiesési tünetet nem találtunk. Agyi átáramlás: 27,0 ill. 40,8 ccm volt.

Góctüneteket mutató betegeinknél az agyi keringés tehát intermittáló kiesési tünetek esetén károsodott a legkevésbé, és legsúlyosabb volt nagy-kiterjedésű, körülírt corticalis laesioknál.

A diffúz cerebralis károsodást ill. góctüneteket mutató betegek agyi átáramlási értékátlagait összehasonlítva (1. á.) azt találtuk, hogy 1. az agyi átáramlás legkevésbé károsodott átmeneti kiesési tünetek, vagyis functionalis keringészavar esetén, 2. kb. azonos mértékű a károsodás enyhe diffúz laesio ill. kis corticalis gócnál, 3. azonos keringési értékeket nyertünk súlyos egyoldali vagy enyhe kétoldali capsularis károsodásnál, 4. közel azonos az agyi átáramlás nagy-kiterjedésű corticalis góc és tudatzavarnál.



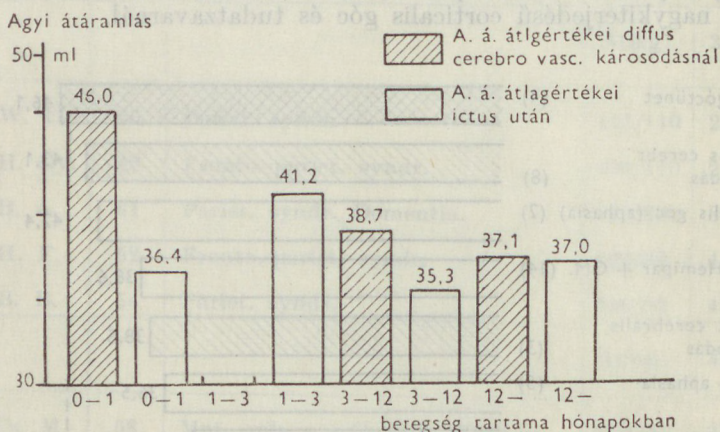
1. ábra

Feltűnő, hogy az ictalis convulsiók agyi átáramlási átlaga jóval magasabb, mint azon eseteké, ahol az eszméletvesztés általános keringési elégtelenség manifesztációja.

Az átlagértékekből adódó tendencia, hogy a klinikai kép és az agyi átáramlás között bizonyos paralellitas kimutatható, egyes, különösen góctüneteket mutató esetek elemzésekor nem nyilvánvaló. Így pl. B. Gy. (28. sz.) 52 éves férfi betegünkönél j. o. átmeneti hemitünetek után egy évvel hypertonias crisis kapesán b. o. hemiplegia és j. o. hyperkinezis alakult ki. Agyi átáramlás: 41,0 ccm, CVR: 3,2 volt. Anticoagulans terapiára gyors javulás következett be. L. I. (22. sz.) 46 éves nőbetegünkönél viszont, akinél szintén hypertonias crisis kapesán alakult ki a b. o. hemiplegia, az agyi átáramlás: 25,6 ccm, CVR: 4,9 volt. Állapotában anticoagulans terapiára változás nem jött létre.

Igen súlyos klinikai kép mellett viszonylag jó átáramlást kaptunk D. I. (38. sz.) 44 éves betegünkénél, akinél két napig tartó intermittáló ischaemias tünetek után alakult ki j. o. hemiplegia és aphasia. Agyi átáramlás: 42,0, CVR: 3,6 volt. EEG: mély capsularis laesionak megfelelően j. o. félteke felett időszakosan 2—3/sec-os lassú hullámsorozatot mutatott. Dg: Enderarteritis luetica volt. Specifikus therápiara gyors, kielégítő javulást észleltünk.

Klinikai tünetekkel incongruens agyi átáramlást találtunk egy 56 é. férfinél (47. sz.), akinél hirtelen éjszaka b. o. alsó quadrans hemianopsia alakult ki. AG: j. o. car. int. thrombosist mutatott, 1 cm-rel a car. int. eredése felett. Agyi átáramlás: 32,4 ccm, CVR: 2,9 volt. Agyi átáramlása stelletum infiltratióra nem javult. Az alacsony agyi átáramlást szegényes klinikai tünetek mellett subdecompensált agyi keringés jelének tekintettük.



2. ábra

Egy esetünkről érdemes külön megemlékezni. Cs. M. (45. sz.) 58 é. nő-betegnél cerebraalis embolia következtében túlnyomórészt motoros jellegű aphasia jött létre. Az ictus utáni 5. napon agyi átáramlás 27,7 ccm volt mely 3 hónappal a tünetek keletkezése után enyhe javulás mellett 44 ccm-re emelkedett.

Megfigyeléseinket alátámasztandó kevés irodalmi adatra hivatkozhatunk. *Bernsmeier* 45 ccm agyi átáramlásnál jelzi a pseudoneurasthaenias panaszok fellépésének határát. *Kety*, *Scheinberg* és *Brobeil* kiemelik a tudatszint és agyi keringés közti párhuzamot. *Bernsmeier* embolia acut stadiumában az agyi keringést a normális $\frac{1}{3}$ -nak találta. *Aizawa* és munkatársai nagyobb beteganyagban, diffúz tünetekkel járó vascularis encephalopathiaknál a keringés károsodást enyhébbnek találták, mint hemiplegias és aphasias eseteiknél.

Betegeink adatait a tünetek fennállásának időtartama szerint elemezve azt találtuk, hogy vascularis encephalopathiaknál — ahol apoplexia a klinikai képben nem szerepel — az agyi keringés a betegség előrehaladásával progresszíven csökken (2. ábra). Ictusos betegeinknél viszont az agyi átáramlás ictus után hirtelen esett, majd az ictus utáni 1—3 hónap között compensatio emelkedést mértünk, végül 3. hónap után alacsonyabb szinten új egyensúlyi helyzet alakult ki. Ilyen irányú vizsgálatokról a cerebraalis keringéssel foglalkozó irodalom nem számol be.

Elképzeléseink szerint eddigi eredményeink csak arra adnak felvilágosítást, hogy a functióból kiesett idegszövet az agyi keringést hogyan befolyá-

solja. Az ictus által létrejött pathologias keringésváltozásra csak sorozatvizsgálatok, az ictus utáni acut ill. chronikus stadiumban mért értékek összehasonlítása adhat felvilágosítást.

Egyes esetekben az agyi átáramlás mérése a beteg agyi keringési viszonyainak kiértékeléséhez fontos adatot nyújthat.

Összefoglalás

Szerzők 50 postapoplexias és ictus nélkül lezajló vascularis encephalopathianál az agyi keringéskárosodást az idegrendszeri functiokiesés súlyosságával párhuzamosnak találták.

Megállapították, hogy míg acut vascularis agyi katasztrófáknál az agyi átáramlás az ictus után hirtelen esik, diffúz cerebralis károsodás esetén a csökkenés a betegség fennállásának idejével arányos.

Egyes megfigyelések arra utaltak, hogy kielégítő agyi keringés súlyos klinikai tünetek mellett jó prognózisra utalhat.

Alacsony agyi átáramlás jelentéktelen funtiokárosodásnál subdecompensált agyi keringést jelent.

Irodalom

- Aizawa T, Y. Tazaki, F. Gotoh: Cerebral circulation in cerebrovascular disease. World Neurology. II: 635—648, 1961. — Bernsmeier A.: Zur quantitativen Bestimmung der Hirndurchblutung am Menschen. Verh. dtsh. Ges. Kreislaufforsch. 19: 88—93, 1953. — Bernsmeier A.: Probleme der Hirndurchblutung. Zschr. für Kreislaufforsch. 48: 278—320, 1959. — Bernsmeier A., H. Sack, K. Siemons: Die zerebrale Kreislauf bei der Behandlung des Hirndrucks mit ganglionblockierenden Substanzen. Nervenarzt. 24: 390—392, 1953. — Bernsmeier A., K. Siemons: Die Messung der Hirndurchblutung mit der Stickoxydulmethode. Pflügers Arch. ges. Physiol. 258: 149—162, 1953. — Bessmann A. N., R. W. Alman, J. F. Fazekas: Effect of acute hypotension on cerebral hemodynamic and metabolism of elderly patients. Arch. int. Med. 89: 893—898, 1962 I. — Bodechtel G.: Zur Klinik zerebralen Kreislaufstörungen (mit besonderer Berücksichtigung ihrer kardialen Genese) Verh. dtsh. Ges. Kreislaufforsch. 19: 109—130, 1953. — Brobeil A., O. Hörter, E. Hermann, K. Kramer: Vergleichende Untersuchung über das Arteriogramm der Hirngefäße und der Gehirndurchblutung beim Menschen nach Kety und Schmidt. Klin. Wschr. 32: 1030—1036, 1954. — Cordy E., S. Rothenberg, S. M. Weiner: Cerebral vascular insufficiency Arch. Int. Med. 98: 683—690, 1956. — Erbslöh F.: Das Zentralnervensystem bei Krankheiten der Herzens und der Lungen. in Lubarsch O., F. Henke: Hdb. spez. path. anat. u. Hist. XIII. 2: 1327—1385, 1952. — Fazekas J. F. S. N. Albert, R. W. Alman: The cerebral physiology of controlled hypotension. Arch. of Surg. 73: 59—62, 1956. — Finnerty F. A., L. Witkin, J. F. Fazekas: Cerebral hemodynamic during cerebral ischemia induced by acute hypotension. J. Clin. Inv. 33: 1227—1232, 1954. — Kety S. S.: Circulation and metabolism of the human brain in health and disease. Am. J. Med. 8: 205—217, 1951. — Kety S. S., C. F. Schmidt: The determination of cerebral blood flow in man by use of nitrous oxide in low concentrations. Am. J. Phys. 143: 53—66, 1954. — Mc. Laurin R. L., J. W. Devannay, B. Elan, R. B. Budde: Studies on cerebral oxygenation during induced hypotension. Arch. Neurol. Psychiat. 1: 443—451, 1959. — Novack P., H. A. Shenkin, L. Bortin, B. Goluboff, A. M. Soffe: The effect of carbon dioxide inhalation upon cerebral blood flow and cerebral oxygen consumption in vascular disease J. Clin. Inv. 32: 960—702, 1953. — Schieve J. F., W. P. Wilson: The influence of age, anesthesia and cerebral arteriosclerosis on vascular activity to CO₂. Am. J. Med. 15: 171—174, 1953. — Scheinberg P.: A critical review of circulatory physiology as it applies to cerebral vascular disease. Ann. int. Med. 1: 48—100, 1958. — Scheinberg P.: Cerebral blood flow in vascular disease of the brain. Am. J. Med. 8: 139—147, 1950. — Scheinberg P.: Cerebral Circulation in heart failure. Am. J. Med. 8: 148—152, 1950. — Scheinberg P., H. W. Yayne: Factors influencing cerebral blood flow and metabolism; review, Circulation 5: 225—236, 1952 I. — Shenkin H. A., P. Novack: Clinical implication of studies on cerebral circulation on man. Arch. Neurol. Psychiat. 71: 148—159, 1954. — Shenkin H., P. Novack, B. Goluboff, A. M. Soffe, L. Bortin: The effect of aging, arteriosclerosis, and hypertension upon the cerebral circulation, J. Clin. Invest. 32: 459—465, 1953. — Schneider M.: Die Physiologie der Gehirndurchblutung. Dtsch. Z. Nervenheilk.

162: 113 — , 1950. — *Siemons K.*: Der zerebrale Kreislauf bei der Edangitis obliterans. Verh. dtsh. Ges. Kreislaufforsch. 19: 215—218, 1953. — *Schneider M.*: Durchblutung und Sauerstoffversorgung des Gehirns. Verh. dtsh. Ges. Kreislaufforsch. 19: 1—25, 1953. — *Sokoloff S.*: Aspects of cerebral circulatory physiology of relevance to cerebrovascular disease. Neurology 11: 34—40, 1961. — *Solti F., G. Simonyi, M. Iskum, Á. Péter, Z. Réfi, R. Hermann*: Über die Wirkung der Stelltatumblockade auf den arteriellen und venösen Hirnkreislauf. Acta. Med. Acad. Sci. Hung. XVIII. 287—292, 1962. — *Solti F., Á. Péter, M. Iskum, R. Hermann, P. Preisich*: Studies of the cerebral circulation and cerebral metabolic changes in man: the method of investigation. Acta. Med. Acad. Sci. Hung. XVII. 117—125, 1961.

Д-р. Агнеш Петер—д-р. Ференц Шольти—д-р. Миклош Ишкум: *Связь между мозговой циркуляцией и проявлениями выпадений в цереbro-васкулярной нервной системе.*

Авторами при 50 случаях послеапopleктической васкулярной энцефалопатии, протекающей без внезапного проявления, намечен параллель между нарушением мозговой циркуляции и тяжестью выпадения функции нервной системы. Ими установлено, что при острых васкулярных катастрофах мозга, мозговая циркуляция после внезапного проявления быстро уменьшается, а при диффузных мозговых нарушениях уменьшение параллельно со сроком существования заболевания. Некоторые наблюдения ссылаются на то, что при достаточной мозговой циркуляции несмотря на тяжелые клинические проявления можно ожидать хорошего прогноза. Уменьшенная мозговая циркуляция при незначительных нарушениях функции (обозначает субдекомпенсированную мозговую циркуляцию).

A. Péter, F. Solti u. M. Iskum: Der Zusammenhang zwischen Gehirndurchblutung und cerebrovasculären Ausfallserscheinungen.

In 50 Fällen postapoplektischer und ohne Ictus verlaufender vaskulärer Encephalopathie konnte eine Parallelität zwischen Beeinträchtigung des Hirnkreislaufs und Schwere des zentral-nervösen Funktionsausfalles festgestellt werden. Während bei akuten vaskulären Gehirnkatastrophen die Hirndurchblutung nach dem Ictus plötzlich fällt, erweist sich bei diffusen cerebralen Schädigungen die Durchblutungsabnahme als mit der Dauer des Krankheitsbestehens proportional. Einzelne Beobachtungen wiesen darauf hin, dass ausreichende Hirndurchblutung trotz schwerer klinischer Symptome eine gute Prognose erlaubt. Herabgesetzte Hindurchblutung bei unbedeutender Funktionsschädigung lässt auf eine Subdecompensation des Hirnkreislausschliessen.

Tájékoztató

1963. január 23-án a Pavlov Ideg-Elme Szakcsoport vezetőségválasztó közgyűlése a következő elnökséget és vezetőséget választotta: Elnök: Nyíró Gyula; Főtitkár: Csorba Antal; Titkár: Ambrózy György; Jegyző: Iván László; Pénztáros: Faragó István. Vezetőségi tagok: Angyal Lajos, Bodó György, Fornádi Ferenc, Halassy Margit, Hajts Emil, Horányi Béla, Huszák István, Juhász Pál, Kaufmann Irén, Kovács Ferenc, Környey István, Lehoczky Tibor, Lóránd Blanka, Mária Béla, Miskolczy Dezső, Nagy Tibor, Orthmayr Alajos, Papp Zoltán, Pálffy György, Piróth Endre, Pollner György, Simon Tibor, Szinétár Ernő, Szirtes Gyula, Tanka Dezső, Tariska István, Zoltán László.

Depressio Archaikus kultur-szocialis színezettel

(Kazuisztikai tanulmány)

Irta: Dr. VARGA ERVIN

A pharmacopsychiatria területén észlelhető fellendülés mellett a szociopszichiatriai kutatások, elsősorban angol nyelvterületen széles mederben folynak. Ez utóbbi terület a kísérletezés számára járhatatlan. Nem is annyira elméleti, módszertani problémák esetén jelentkezik az akadály, hanem mert rendkívül költséges. Ezért a rendkívül sokrétű szociopszichiatriai kutatómunkánál még most is a klinikai aspektus az uralkodó. Egyrészt a hospitalizált beteganyag kulturális és szociológiai vonatkozásainak statisztikai módszerekkel történő elemzése jelent lehetőséget, másrészt még ma is sokat nyújt ebben a vonatkozásban a kazuisztikai elemzés.

A különböző kultúrkörök összehasonlító vizsgálata többnyire a társadalmi különbözőségeket is magában rejti. Ezért a felvetődő kérdések tisztázása etnopszichológiai megközelítéssel soha nem tisztán etnológiai, biológiai adatokat, hanem mindig kulturális-szocialis nézőpontot is jelent akarva-akaratlanul.

A múlt század vége és a századeleje táján megjelent hatalmas leíró munkák (Wundt, Haevelock—Ellis, Humboldt) a primitív kulturfokon álló népekről adathalmazokat bocsátottak rendelkezésre a további kutatómunkához részben közvetlen észlelések, részben nyelvészeti adatok elemzése alapján. Ezek, majd Freud, Storch, Stransky munkái nyitottak kaput, hogy analógiás úton bepillantást nyerjünk a szervezett társadalom előtti ember, ill. a psyches tevékenység filogenezisének rekonstruálásához. Jung kollektív tudattalanja, Jaensch typológiája etnopszichológiai ismeretek nélkül nem jöhettek volna létre.

A primitív psyche, a gyermeki psychehez hasonlóan képszerű munkamódot használ. Képzeteit és a képzeteket létrehozó realitást az én tudatot és a tárgy-tudatot még alternálja. A külvilág tárgyait történéseit nemcsak kivetíti a realitásba, hanem animisztikus szemlélettel képzeteinek énszerűségét is projiciálja, ezzel meglekésíti világát. Így teremt meg azt a létezési módot, melyet az ember a mítoszok világában évezredekkel ezelőtt kulturáltan megfogalmazott. — A második jelrendszer absztraktumai még élénk, eleven kapcsolatban vannak az érzékletes korrespondenciákkal érzelmi, fogalmi tartami testies formában jelennek meg. A naiv, primitív élményvilág ezért oly színes, hogy a nyelvi hyperbolák is konkretizálódnak. Álomszerű, hyponoiás tudati szintet representál.

Rendkívül érdekes tanulmányozni a század derekától végbemenő szociális-kulturális átalakulást a nemrégén még primitív kulturfokon álló népeknél. A gyermeki emlékek, a személyiségformáló tradíciók még animisztikus, misztikus, eidetikus világban gyökereznek és személyiségdynamikában hatékonyak — ugyanakkor ismereteik, életmódjuk már „modern”. Rádió, újság, iskolák, sőt egyetemek, a távolságok technikai megrövidülése hirtelen, átmenet nélkül helyezik át őket egy történelmileg más korszakba. A félelmek, szorongások még törzsi hagyományokat sejtetnek motivációikban, de már tranquillansokat használnak ellenük.

Ezen viharos folyamatok pszichiatriai tanulmányozását in statu megnehezítik a nyelvi nehézségek a hagyományos pszichiatriai iskolák számára. A külföldön, civilizált országokban tanuló, nemrégén még elmaradt népek egyedeinek psyches tevékenységében viszont meghamisító módon érvényesülnek a gyökértelenség, hontalanság, izoláció okozta tünetek. Ennek ellenére oly mértékben tanulságos az ilyen esetek elemzése az általános pszichiatriai

klínikum számára, hogy ez alkalommal klinikánk beteganyagából ilyen esetet ismertetünk.

S. S. I. 23 éves egyetemi hallgató 1963-ban került felvételre. Kórelőzményi adatait ugyancsak itt tanuló orvostanhallgató honfitársa szolgáltatta, aki a beteggel bejövetelet megelőzően hónapokig együtt lakott, ill. szülőföldjéről ismerte már gyermekkorából.

Észak-Szudánban nevelkedett. Apját baleset következtében gyermekkorban elvesztette. Egy testvére évekkal ezelőtt depressios volt. Testvérei és a beteg is Szudánban végeztek iskoláikat, sőt tanárnő testvére a főiskolát is odahaza végezte. — Nem tud komolyabb lázas betegségről, sem balesetről. — Betegségét megelőzően vidám fiuként ismerték, akit szerettek rokonai és barátai is.

Jelen behozatalát megelőzően pár hónappal ezelőtt elcsendesedett, társaságtól visszavonult, szomorú, félelemérzésekről tett említést. Felismerte, hogy megrontották ezért hosszas tépelődés után levélben segítséget kért otthon élő rokonaitól, akik varázslóhoz fordultak. (A beteg felvételekor ez a levelezés [légiúton] még tart).

Bejövetelekor valamivel jobb állapotban van, mint az előző hetekben. — Klinikánkra való bejövetele az anamnesist szolgáltató barát beszélt rá.

Az exploráció angol nyelven folyt (A beteg törve beszél a magyart, angolul folyékonyan beszél, anyanyelve arab). Kérdéseinkre előadja:

Az apa 12 évvel ezelőtt meghalt, hátára esett. Kiemeli, hogy véletlen baleset volt és nem erőszak következménye. Baleset után pár napig még élt, otthon és nem kórházban halt meg. — Az anya 8 évvel ezelőtt halt meg, ekkor a beteg kollégiumban lakott, gimnazista volt. — Négy nővére és egy bátyja van. A nővérek részben férjénél vannak, részben elhagyták férjeik. Gyermekük is vannak, akik egészségesek. Két nőtestvére gimnáziumi tanár.

Gyermekkorában sárgaláza volt, más betegséget tagad.

Miután árván maradt, rokonok, ill. nagybácsik nevelték, neveltették. A magyar systemának megfelelően négy elemi, nyolc gimnáziumot végzett, majd beiratkozott a chartumi főiskola bölcsészkarának matematika-fizika szakára. Évfolyamelső volt, a legjobb tanuló. Szeretett tanulni, szorgalmas volt, élvezettel járt főiskolára. Nem volt különösebben „társasági ember” de mindig voltak barátai. — 18 éves korában volt első sexualis kapcsolata, egy helyi prostituált volt a partner. Szerelmes nem volt soha, de sexualis vágyai elég kifejezetten voltak. Mindig problémamentesen oldotta meg. Itt is voltak szeretői.

(Rákérdezés nélkül visszatér a családi vonatkozásokra).

Nyolc évvel ezelőtt bátyja megőrült. Elmegyógyintézetbe került, ahol „nyugati gyógyszerekkel” kezelték, ill. elektroshockot is kapott eredmény nélkül. Nem tudja mi volt a baja, nem mondták meg, ő pedig nem otthon lakott. Úgy tudja, hogy nagyon keveset beszélt. — Az eredménytelen gyógykezelés láttán a rokonság felkereste az egyik ismert idősebb varázslót, aki bátyja ruháival, ill. egyes ruhadarabokkal, továbbá hajának titokban levágott csomójával elment a folyóhoz és ott valamilyen „varázslatot” hajtott végre. A varázslat a betegség harmadik hónapjában történt, amikor „az orvosok már felhagytak minden reménnyel”. A varázslat után a báty, aki mitsem tudott a történetéről, egy „csapásra meggyógyult”. Ezt az orvosok észrevették és elbocsátották, hiszen „gondolkodása teljesen normálissá vált”. — A báty azóta dolgozik, vezető tisztviselő egyik helyi főhivatalban, családot alapított, gyermekei vannak.

Előadja, hogy nem most beteg első ízben. Már 1961-ben otthon beteg volt, amikor másodéves hallgató volt. Észrevette, hogy „utálja” a tanulást, nem érdekli szakmája, elhanyagolja kötelességeit, kerüli a társaságot. Szótlanná vált. Ez az állapot gyötrelmes, kínos érzéssel járt. Úgy érezte hogy jó volna, ha „az egész környezetet ki lehetne cserélni”, ezért külföldi ösztöndíjat kért. Magyarországot ajánlották. A magyar követségen „sok szép dolgot olvasott erről az országról”. Úgy érezte, hogy „máris meggyógyult”. Párizson keresztül Magyarországra repült.

Itt „tényleg minden megváltozott nemcsak körülötte, hanem benne”. Bár nagy nyelvi nehézségei voltak, a régi szorgalommal tanult és hamarosan a külföldi diákok között a legelső lett. Hangulata rendbejött, újra szeretett emberekkel lenni, hamar szerzett új barátokat, szeretőt is talált és „minden jól ment”.

Tavaly nyár végén, (tehát kb. 1 évvel első betegsége után) ismét kezdte magát rosszul érezni. Először tarkója, majd szeméi fájtak, de nem volt lázas. Majd — első betegségéhez hasonlóan — félni kezdett az emberektől, társaitól. Ha táncolni mentek, a sarokba húzódott. Bár korábban udvarolt, most kerülte a lányokat. Bár nehezen ment a tanulás, nem hagyta el magát, erőltette a tanulást. Állapota fokozatosan romlott. A vizsgák után, mélyen helytállott, hirtelen „minden rossz lett”. Már nem volt kedve élni, öngyilkosságra gondolt.

Eddig bajáról nem szólt senkinek, sőt leplezni igyekezett. Ekkor azonban kétségbeesésében rokonaihoz fordult levélben és kérte őket, hogy vegyék igénybe ugyan-

annak a varázslónak a segítségét, aki bátyját is meggyógyította. — A levélre hamarosan válasz jött, ill. a fejleményekről folyamatosan tájékoztatták levelezés útján rokonai.

Otthon a levél vétele után nagybátyja és 2 fiuunokatestvére felkerestek egy „nagy varázslót”. Előadták a bajt, mire a varázsló 21 angol fontot kért a varázslatért. Azt kívánta, hogy mindenekelőtt fektessék abba az ágyba, ahol a beteg aludt, amikor még a rokonoknál lakott. Ennek megtörténte után ott töltötte az éjszakát, majd reggel örömmel újságotla, hogy „rájött a dolog nyitjára”. — Magához vette a beteg férfirokonságát és átment a szomszédos házba, melytől a beteg rokonainak házát csak egy fal választotta el. Itt egy másik „kisebb varázsló” lakott. Ez már akkor ott élt, amikor a beteg még otthon volt, de ritkán látta.

Mikor a „nagy varázsló” rokonaival bement a „kisebb varázslóhoz”, az „remegett a félelemtől, majd sírva bevallotta, hogy ő csinálta a varázslatot, hogy beteg legyen”. — A nagybácsi ezekután leütötte a „kisebb varázslót”, a rontás okozóját. A „nagy varázsló” megkapta a pénzt.

(A történet folyamatossága kedvéért — bár a további fejleményeket már klinikánkon tartózkodása alatt tudta meg a beteg — megszakítás nélkül ismertetjük)

A sikeres szembesítés után a „nagy varázsló” elkérte a beteg otthonmaradt ruhadarabjait, továbbá egy kis hajcsomót kellett küldenie (légipostán). Ezekből a varázsló kis csomagot csinált, mellyel kiment a folyóhoz és ott megcsinálta az „ellenvarázslatot”. Ezekután kezdte érezni, hogy állapotában javulás következett be. Azóta mind jobban érzi magát, most már újra tud dolgozni, jó a hangulata, nem fél az emberek-től.

*

Vizsgálatnál sem belgyógyászati, sem neurológiai eltérés nem volt észlelhető.

Felvételkor psychesen rendezett megjelenésű, inkább leptosom alkatú, konvencionális magatartású beteg. Auto-, allopsychesen jól orientált. Észrehevési kör részéről eltérés nem észlelhető. Mnesticus funkciók jól megtartottak, figyelmezése kissé fáradékony, deconcentralt. Tudati nivó megtartott. Intellektusa iskolázottságának megfelelő. Psychomotorium meglassult, gátolt, mimika szegényes. Alaphangulat nyomott szorong. Emotionalisan raportképes, affektivitása könnyen mobilizálható, de hysteroïd jegyek, demonstratiók nem figyelhetők meg. Mindvégig distanciroz. Feszültsége lassan oldódik orvosaival, betegtársaival szemben. — Gondolkodása meglassult. Tartalmilag misztikus, animisztikus értékelések, melyek személyiségét iránybaállítják anélkül azonban, hogy az aktuálmagatartás elvesztené a konvencionálisitást. Leírásai, beszédmódja plasztikus, képszerű, jóllehet gesztusai lefogottak. Beszéde fonetikailag monoton, tartalmilag színes, epikus jellegű.

Benttartózkodása második hetéig lényeges változás nem volt állapotában. Kivizsgálásának befejezése után Melipramin kurát kezdtünk, melynek hatodik napján élményszerűen megváltozottnak mondja magát, hangulata felderült, barátságos; korábbi félnék, zárkózott magatartása ugyancsak a konvencionális határain belül barátkozó, bizalmas jegyet kap. — A javulást „ellenvarázslatnak” tulajdonítja és bár ettől eltántorítani nem lehet, teljesen rendezett állapotban bocsátjuk el. (Otthonról kapott levelei arab nyelven íróttak, melyekből medikus barátja tolmácsolása révén a beteg elmondásai hitelesíttetnek.)

Jelen értekezés írásakor a beteg négy hónapja hagyta el klinikánkat. Azóta rendezett, tanul, jól érzi magát.

Az eset elemzéséhez nélkülözhetetlen a szocialis-kulturális háttér vázolója :

Szudán Afrika keleti részén, Egyiptom és Abesszínia között terül el. Lakossága, kultúrája, gazdasági élete sem egységes : az ország fejlettebb északi részén mohamedánok élnek (lakosság 60 % - a). Étnológiailag arab ; mintegy 1500 évvel ezelőtt az itt élő nubiai törzseket az északról betörő arab törzsek leigázták és fajtakeveredés ment végbe. Exterieurjuk is arab, nyelvük, kultúrájuk, hovatartozási érzéseik is arab.

A déli vidéken mai napig is szinte érintetlenül ősi afrikai négerek élnek, törzsi szervezetüket megtartva, ősi vallásoknak (napimádás, természetimádás stb.) hódolnak. Az északiak ritkán kerülnek velük kapcsolatba, praktikusán csak hírből ismerik őket. Dél-Szudánban az ősi népszokásoknak és a primitív társadalmi szervezetnek nyomor és kultúrátlanság a velejárója.

Észak-Szudán évtizedek óta civilizálódik, különösen az elmúlt évtizedben ment végbe jelentős változás : iskolái, külföldön tanult, de otthon élő saját értelmisége is van, elsősorban a fővárosban. Itt főiskoláik, gimnáziumaik is vannak. A szudáni fiatalok egy része a világ minden táján tanul. Ösztöndíját az ENSZ-től, illetve a vendégülálló országtól kapnak.

Nyugat-Afrikából elsősorban Nigeriából a Mekka felé vivő út Szudánon visz keresztül. A nigeriai törzsek vallásos mohamedánjai tehát Szudánon keresztül vándorolnak Mohamed sírjához. Ezek nigeriai muzulmán négerek. Erősen vallásos lelke-

tűiek, akikben a mohamedán vallás és az ősi babonák és rítusok keveredtek. Nyomorúságosan szegények.

Vándorlás közben többségük lemarad, így vannak akik Szudánban végleg, vagy átmenetileg letelepednek. Ők Szudánban a varázslók. Északon a nép diszkriminációt alkalmaz velük szemben; elkülöníti magát tőlük, gúnyolja, de féli is őket. A diszkriminációban faji szempontok is mutatkoznak. — A letelepedett varázslók, bár a varázslatnak nagy ára van, nem gazdagok, mert ritkán fordulnak hozzájuk. Erős köztük a konkurencia.

A beteg Észak-Szudánból származik. Testvérei, ő maga is tanultak, sőt egyetemre jár, természettudománnyal, matematikával-fizikával foglalkozik, méghozzá, mint eredményei igazolják kitünően.

Mégis betegségét fenomenologiailag archaikus szinten mozgó befolyásoltatásos, psyches automatizmussal jellemzett religiosus, misztikus, babonás tartalmak jellemzik, naïvul kritikátlan, befolyásolhatatlan módon. — Mindez a személyiséget, bár aktualmagatartását irányítja átmenetileg, nem hangolta át: eltekintve kóros tartalmaitól, a szokványos enyhe depressio képe mutatkozik.

Ha most eltekintenénk a depressio jellegzetes képétől (amint nem lehet sem ettől, sem az idegenbekerüléssel együttjáró izolációtól eltekinteni) tipusos schizophren jelenséggel, depersonalisatióval állunk szembe. Nem hasadással, minthogy Gebsttel óta jól tudjuk, hogy a depersonalisatio és hasadás mennyire különbözhetnek egymástól. Ez a depersonalisatio azonban traditionalis konvencio lenne akkor, ha a beteg nem szakított volna életvezetése révén az ősi konvencionális magatartásformákkal, személyiségi modulatiokkal.

Kétségtelen azonban, hogy a depressív fázisnak mintegy kerettörténetéül szolgál a depersonalisatio, misztikus történés. Nem tartjuk egyszerűen pseudomotivációnak, hiszen nem a kóros élmények (indítékszegénység, szorongás, hangulati nyomottság megélése) váltották ki csupán a sekunder kóros kulcsértékelést, hanem a gyógyulás élménye is synchronizálva van a befolyásoltatásos „varázslat” élménnyel.

Másik jellegzetes sajátja a fenti ötvözetnek, hogy a másodlagos kulcsértékeléses rendszer nem autochton, hanem — ha önmagában irreális is — a beteg pozíciójából objektív realitás, hiszen rokonai levelei szolgáltaták számára a bizonyítékokat. Ez esetben tehát bonyolítja a helyzetet egy „folieá deux” szituáció is, jóllehet a rokonok részéről a beavatkozás nem kóros asszisztencia, hanem primitív tradíció. Sokkal inkább suggestív mechanizmusok ezek, mint tényleges indukció.

Végeredményben tehát ismétlődő depressív fázisokról van szó (familiaris megjelenés, fázisos lefolyás, ismétlődés, hangulati nyomottság, gátoltság, szorongások), melyek primitív, tradícionális talajból fakadó, mintegy magyarázó és részben öngyógyító magikus téveseszmével, ill. kóros kulcsértékeléssel szövődtek. E másodlagos értékelés rendszer azonban nem a beteg számára fiktív, hanem társadalmi fikció, közhit. Ily módon reális tényértéke van a beteg számára.

Két kérdés merül fel:

1. A konvenciók szerepe a psychosisban? — Az íratlan társadalmi szabályok társadalmi átöröklés, elsősorban gyermekkori élmények és tömegszuggeszció hatására a személyiséget, elsősorban a magatartást meghatározó módon irányíthatják. Ez a hatás azonban távolról sem oly stabil mint amilyenek változatlan össz-szituáció esetén hihetnők. Kétségtelen ugyanis, hogy a társadalmi lét stabilitása a konvencióknak naturalis élményi jelleget ad, létezésük magától értetődő. Exogen társadalmi befolyásra azonban ezek új konvencióknak adhatják át helyüket. Az új magatartásmódok a psyches munkamódokat alapjában megváltoztathatják. Ha a személyiséget alapjában

érintő, megrendítő események törnek be, az új konvenciók hatásukat veszthetik és akár irracionális, az új személyiségtől idegen, régi konvenciók nyerik vissza supremans helyzetüket, ill. veszik fel újra naturalis élményi jellegüket.

2. A primitív szocialis-kulturalis tradíciók felülkerekedése a modern személyiségtudat felett? — A gyermekkorban szerzett, eidetikus és affektív töltésű tartalmak, melyek különös affinitással bírnak a projekcióhoz (animisztikus, mágikus világkép) a vitalisan veszélyeztetett szituációkban szinte érintetlen frissességgel kerülnek a tudat spherájából a központba. (Haldokló katonák nem szerelmüket, hanem anyjukat hívják, ateisták megtérhetnek haláluk előtt stb.) — Márpedig a depressív élményvilág halálközelségével a vitalis veszélyeztetettség élményét jelenti.

Összefoglalás

Szerző szudáni ösztöndíjas egyetemi hallgató depresszív psychosisát ismereti, ahol a képet színezi sajátos, primitív magikus misztikus kóros kulcsértékelés. Élményileg ez utóbbi jelenti a beteg számára a megváltozottságot.

A primitív tradíciók pathoplasztikus szerepével és a konvenciók szocial-psychiatriai elemzésével foglalkozik az eset kapcsán. Megállapítja ezeknek pseudonaturalis élményi jellegét, melyek személyiségmeghatározó módon csak stabil milljóben tudnak érvényesülni.

Irodalom

Binswanger: Der Objektverlust. — Basel, 1957. — *Binswanger*: Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie — S. Hijzel, Stuttgart. — *Jaspers*: Allg. Psychopathologie. — Springer, Berlin, 1959/1949. — *Jung*: Klinik d. Depression. — Zbl. Neur. 119, 163, 1952. — *Linton*: Culture and mental illness. 1956. Springfield: Ch. Thomas. — *Lin-Rin*: J. Ment. Scienc: 108, 134, 453, 1952. — *Matussek*: Nervenarzt. — 19, 372, 1948. — *Redlich*: Psychiatrie u. Gesellschaft. Huber, Bern—Stuttgart, 1958, 42. — *Stransky*: Arch. Neur. Psych. 72, 319, 1953. — *Weitbrecht*: Psychiatrie d. Gegenwart. Springer, 1960., 73—119.

Az *Electroencephalographiai és Klinikai Neurophysiologiai Társaságok Nemzetközi közleményének kivonata.*

Az electroencephalographia és klinikai neurophysiologia VI. nemzetközi kongresszusának szervezete

A Rómában tartott V. nemzetközi kongresszuson a Közgyűlés amellest szavazott, hogy a Nemzetközi EEG. Kongresszus a legközelebbi nemzetközi neurológiai kongresszussal egybekötve Bécsben 1965-ben tartassék meg. Professzor *Hans Hoff* lesz mindkét kongresszusnak elnöke.

A következő döntések történtek:

I. A VI. Nemzetközi EEG Kongresszus 1965-ben szeptember 5-től 10-ig fog tartani Bécsben.

II. A 2. Haladó EEG. Tanfolyam pedig az ezt megelőző héten Salzburgban lesz.

Dr. Gastaut jelenetette, hogy a Nemzetközi Epilepsia Elleni Liga a Bécsi Kongresszus nyitónapján fog ülést tartani, tehát szeptember 5-én.

Javaslat történt arra, hogy az EEG program párhuzamosan fusson a neurológiai programmal; legyen közös symposion a Neurológiával, magába foglalva az Electroencephalographiát, myographiát, továbbá, hogy ennek a két symposionnak pontos tárgyát a Neurológiai Tervező Csoport válassza meg.

Az EEG Kongresszus program-szerkezete

A körözött kérdőívek alapján a következő részletek kapták a szavazatok nagy többségét:

a) A felkért előadásokkal tartott symposionokat reggel rendezik meg és az ugyanazzal a tárgykörrel foglalkozó szabad rövid közleményeket ugyanazon a napon délután ugyanabban az auditoriumban lehet előadni (egyidejű fordítási és vetítési lehetőségek lesznek).

b) Az EEG symposionokat Kerekasztal formájában kellene tartani (az V. EEG Kongresszus Mély Elvezetés Kerekasztal symposium mintájára).

A következő döntések történtek a Szövetség tagjai véleményeinek eredményeként.

2 félnap EEG symposion, ezeknek mindegyikét egy félnap szabad közlemények előadása követi a Symposium tárgyához kapcsolódó anyagról.

1 félnap EMG symposion, amelyet egy félnap „szabad közlemények” követ az EMG tárgyköréből.

1 teljes nap Ne urológiával csatolt EEG symposion a Neurológia által választandó tárgykörből.

1 teljes nap Neurológiával csatolt EMG symposion a Neurológia által választandó tárgykörből.

1 teljes nap az EEG „szabad közlemények” számára.

1 teljes nap az EMG „szabad közlemények” számára.

I. EEG Tárgykör a symposion és a hozzá-csatolt „szabadabb közlemények”):

AZ EEG AZ ŪRUTAZÁS OKOZTA STRESSEKSEL KAPCSOLATBAN; PHYSIOLOGIAI ÉS PSYCHOLOGIAI OLDALAK.

Az EEG a normál emberben; EEG normális és abnormális pszichológiai feltételek között; a sugárzás hatása az EEG-re; az EEG az érző ingerektől való megfosztottság állapotában; a távolból történő (telemetrikus) elvezetés modern technikája, stb., stb.

Az EEG Tárgykör (a symposion és a hozzá kapcsolódó „szabad közlemények”).

AZ AGY BETEGSÉGEI NEUROPHYSIOLOGIAI KUTATÁSÁNAK MODERN IRÁNYZATAI

Az EEG mint a klinikai diagnózist segítő módszer; az EEG mint a legmegfelelőbb terápiát irányító módszer; az EEG mint segítség a sebészi beavatkozásokban; a kiváltott válaszok felfedésének értéke a klinikai diagnosis számára; az EEG viszonya pl. az echo-encephalographiához, rheo-encephalographiához, gamma-encephalographiához stb., stb.

II. EMG Tárgykör.

1. Az érző idegek vezetési sebessége.

2. Az EMG a myopathiakban. Végső döntés az 1963. júniusi kopenhágai EMG találkozáson.

„Szabad közlemények”

1. Senki nem jelenhetik meg a kongresszusi programban több, mint egyszer akár mint fő, akár mint társszerző.

2. Kivonatot kell benyújtani; előzőleg már közölt anyag nem fogadható el bemutatásra.

3. Egy bíráló csoport lesz, kiemeli azokat a közleményeket, amelyet a szerző előad, míg a többieknek a Leimét fel fogják olvasni.

A harántcsíktolt izomzat bármilyen organikus neurológiai megbetegedés következtében (Pyramis pályák sérülései sclerosis multiplex, myelopathiák, encephalomyelitis stb.) létrejött tónusfokozódással járó állapotai: izomhypertonia, izomspasmus izomkontraktúra, rigiditás, spinális automatizmus. Posztkenkefalitiszes és arterioszklerotikus parkinsonizmus



MYDETONI

DRAZSÉ

SZTK terhére szabadon rendelhető!

Forgalomba kerül:

30 db drazsé üvegben, ára: 19,60 Ft
500 db drazsé üvegben, ára: 272,70 Ft

Bővebb felvilágosítással szolgál:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR

Orvostudományi Főosztály
Budapest, X., Cserkesz utca 63
Telefon: 149-546

SERTAN FORTE

TABLETTA

Összetétel: Tablettánként 0,25 g 5-phenyl-5-aethyl-hexahydropyrimidin-4,6-dion hatóanyagot tartalmaz.

Javallatai: Grand mal, fokális és psychomotoros epilepsia. Kevésbé alkalmas a petit mal rohamok kezelésére.

Adagolása: Individuális. Átlagos napi kezdeti adagja 8 éves életkorig 0,125 g (1/2 tabl.). 8 évesnél idősebeknél napi 0,25 g (1 tabl.). A napi adagot az egyéni optimális adag eléréséig (ez felnőtteknél 0,75-1-1,5 g) 2-3 naponként: 1 tablettával (gyermekeknél 1/2 tablettával) lehet emelni. A terápiás adag maximuma napi 2 g. A Sertan forte adagolásának megszüntetése, illetve más antiepilepticumra való áttérés csak fokozatosan történhet. A Sertan forte szükség esetén hydantoin készítményekkel és barbiturátokkal kombinálható.

Mellékhatása: Szórványosan átmeneti nemkívánatos tünetek keletkezhetnek. Ezek (bőrkiütés, enyhe hányinger, bélműködési zavarok, szédülés, accomodatiós zavarok, apathia) általában a kezelés megszakítása nélkül elmúlnak.

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhető.

Csomagolás: 50 db 62,20 Ft. 500 db 582,60 Ft.

CHINOIN

GYÓGYSZER ÉS VEGYÉSZETI TERMÉKEK GYÁRA
BUDAPEST, IV. TÓ UTCA 1-5.

