

305.107

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XVII. ÉVFOLYAM
289—320 OLDAL



BUDAPEST, 1964. OKTÓBER

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, Csorba Antal, Horányi Béla, Huszák István, Lehoczky Tibor, Mária Béla, Miskolczy Dezső, Nyíró Gyula, Rakonitz Jenő, Szinetár Ernő, Tariska István, Zoltán László

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

TARTALOM

<i>Dr. Vikár György:</i> A kényszerneurosis formái és lefolyási típusai	289
<i>Dr. Dénes László:</i> Az arteria cerebelli inferior posterior elzáródásának tüneteivel jelentkező arteria vertebralis thrombosis esetei. Az arteria vertebralis elzáródásáról	300
<i>Dr. György Júlia:</i> A szülői alkoholizmus hatásai a gyermek nentális, illetve személyiség-fejlődésére	307
Tanulmányút Victoriában	317
Előadások kivonata	319

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

Egyes szám eladási ára 10,— Ft.

Index: 25.392

Országos Ideg- és Elmegyógyintézet (igazgató: Mária Béla dr.) Völgy utcai férfi funkcionális idegosztály (főorvos: Pertorini Rezső dr.) közleménye

A kényszerneurosis formái és lefolyási típusai

(Egy psychopathologiai probléma a kórházi gyakorlat tükrében)

Írta: Dr. VIKÁR GYÖRGY

A kényszerneurosis első leírásai a múlt század közepéről származnak. *Griesinger* 1868-ban 3 esetet közölt, amelyekre az értelmetlen kérdésekkel való kényszerű foglalkozás volt jellemző. (Pl. „Isten férfi vagy nő?”, „Hol végződik a tér?”). Hasonló kórképek szerepelnek a korabeli francia irodalomban „*Maladie de doute*” kételybetegség néven (*Jean Pierre Falret*). *Westphal* 1872-ben leírta a tériszonyt. 1875-ben *Legrand du Saulle* rámutat a kényszercelekedet és a babona rokonságára. Tehát a neurosis anancastica első leírásai már három különböző formára vonatkoznak: töprengési kényszerre, a phobiára és a kényszeres ceremoniára. *Kraepelin* a három formát egységes betegségként tárgyalja és a kényszerszindrómák 3 csoportját különbözteti meg: 1. kényszerképzetek, 2. kényszerfélelmek, 3. kényszerkésztetések (*Zwangsanstrang*). A betegség alaptünetének az állandó aggodalmaskodást tartja. Öröklött adottságra vezeti vissza. A klasszikus pszichiatria általában egy betegségnek tekinti a phobiás és a kényszeres neurosist. A *Pavlov* iskola kényszerneurosis elmélete is elsősorban a phobiára vonatkozó vizsgálatokra épül (l. *Szperanszkij* kísérlete a leningrádi árvíz shock-hatásán átesett állatokon, *Petrova* kísérleti phobiái). Ezzel szemben *Freud* leválasztja a phobiát a kényszerneurosisról és önálló kórkép: a szorongásos hysteria tünetének tekinti. Mindkét kórkép keletkezésében nagy szerepet tulajdonít psychogen tényezőknél, bár ezek hatása, szerinte is, csak az öröklött ösztönöket figyelembevételével érthető meg. Az újabb kutatók közül *Petrowits* is különválasztja a phobiás és a kényszeres neurosist. 30 phobiást állít szembe ugyanannyi kényszeressel. Eltérő karaktervonásokat talál náluk. A kényszeresek szerinte inkább merev, schizothym, perseveratióra hajló személyiségek. A phobiások inkább ciklothymek, affectív éretlenséggel, hysteroid vonásokkal.

A kényszerneurosis karakterológiai besorolása állandó vita tárgya. 1903-ban *Pierre Janet* 325 eset kapcsán a kényszerneurotikusoknál sajátos praemordid személyiségstruktúrát talált, amelyet psychastheniásnak nevezett. Jellemző erre a psychés energia hiánya, a fokozott szellemi fáradékonyság, a szociális bizonytalanságérzés és a hajlam szorongó töprengésre. A *Janet*-i felfogás szerint a psychastheniás nem tudja lelki folyamatait synthetizálni, egyes képzetek a személyiség associatív összefüggéseiből kiveshetnek és önállósulhatnak. Bármennyire is nagy beteganyagban bizonyította *Janet* e nézetét, a kényszerneurosis karakterológiai problémája ezzel nem jutott megnyugtató

megoldáshoz. *Ziehen* és *Kraepelin* a neurosis anancasticat a melancholiával hozták kapcsolatba. *Bonhoeffer* örökléstani kapcsolatot mutatott ki a circularis psychosissal. Mégis inkább *Eugen Bleuler* felfogása terjedt el, aki az anancasticusok schizoiditását emeli ki. Ő a kényszeres karakter legjellemzőbb vonásának az ambivalenciát tartja, ami szintén rokonságot jelent a schizophréniával. Szerinte a betegség súlyos formái azt a benyomást keltik, mintha neurotikus fokon megrekedt processusról lenne szó. A psychoanalytikusok is jelentőséget tulajdonítanak az ambivalenciának, különösen az egyik szülőhöz fűződő ambivalens érzelmi kapcsolatnak. *Kretschmer* szerint a kényszerneurosis a sensitiv személyiség betegsége, tehát ő is a schizoid formakörbe sorolja. Ezzel szemben egyik követője *Kauko Kaila* 246 eset kapcsán, alkatvizsgálatok és *Rohrschach*-test alapján azt állítja, hogy az anancasticusok olyan schizoidok, akiknél cikloid beütés van.

Az utóbbi időben ismét vannak hívei a circularis psychosissal való rokonságnak. Ez nem is csodálható, mert endogen depressio kapcsán nemegyszer találkozunk kényszerképzetekkel. *Pakesch* az endogen depressióval való rokonságra alapozza a grázi klinikán a neurosis anancastica Tophranilkezelését. Az existencialista *Gebattel* is kapcsolatba hozza egymással a két kórképet. Szerinte mind a kettőnél centralis élmény a személyiség stagnálása. A belső idő megáll, a külső továbbiramlik. Az endogen depressió lemond a külső időről és a valóságos vagy fictiv halálba menekül. A kényszeres küzd a külső időbe való visszakapcsolódásért és a belső ürességét pseudoaktivitással tölti ki.

Gunnar Skoog 1959-ben közölt monographiájában 3700 eset karakterológiai vizsgálata alapján 5 fő karaktertypust különít el: 1. Astheniás, 2. Synton, 3. Hysteroid, 4. Psychoinfantil, 5. Schizothym. Ezek kombináltan is megjelenhetnek. Arra a meglepő megállapításra jut, hogy mindegyik karaktertypusnál a kényszerneurosis más és más, a typusra jellemző tünetekkel jelenik meg. Ezek szerint a kényszerneurosis tüneti képében jelentkező különbségek az alapkarakter különbözőségéből adódnak. Megállapításainak meggyőző erejét csökkenti, hogy a kényszertünet fogalmát túlságosan tágan értelmezi.

*Gunnar Skoog*gal ellentétben mégis az a nézet az általánosabb, hogy a kényszerneurosis egy, meghatározott személyiségstruktúra talaján fejlődik ki. *Petrilowitsch* ennek lényegét a „Gestaltképzés magas küszöbében” látja — egyszerűbben kifejezve az anancasticus karakternek abban a jellemvonásában, hogy képtelen bármilyen tevékenységében megnyugtató befejezéshez jutni. *Hartmann* 1953-as kísérletére hivatkozik. *Zeigarnik* klasszikus kísérlete szerint az emberek a befejezetlen feladatokra significánsan jobban emlékeznek, mint a befejezett feladatokra. *Hartmann* ezt a kísérletet megismételte kényszerneurotikusoknál és azt találta, hogy náluk ez a különbség hiányzik. Tehát az anancasticus számára minden feladat befejezetlen. Ezt nevezi *Victor E. Frankl* a „százszázalékosság világnézetének” és hangoztatja, hogy a kényszerneurotikus a minden emberi cselekvéssel együttjáró minimális tévedési lehetőséget, az étellel együttjáró szükségszerű kockázatot is ki akarja küszöbölni.

Mint láttuk, a kényszerneurosis irodalma a tüneti kép alapján a betegség több formáját különíti el. Vita folyik arról, hogy a phobiás neurosis hova sorolandó. Egyesek szerint csak a kényszerképzetek és kényszeres ceremóniák jelenléte bizonyít valódi neurosis anancastica mellett. A kórkép megjelenési formáját általában az alapkarakterrel hozzák szoros összefüggésbe. De nem eldöntött kérdés, hogy a különféle anancasmusok mögött egységes karaktertypus áll-e? A kényszerneurosis és az endogen psychosissok viszonya sem

eldöntött kérdés. Az alábbiakban neurosis osztályunk anancasticus anyagát ismertetjük, mely a vitatott kérdésekhez kiegészítő adatokat szolgáltathat és néhány új szempont felvetésére is alkalmas.

A diagnosis kérdése

Tankönyveink általában azt írják a kényszerneurosisról, hogy a pubertásban kezdődik és kisebb nagyobb ingadozásokkal végéigkíséri a beteget a seniumig. Ha azonban áttekintjük osztályunk anancasticus anyagát, feltűnik az átmeneti alakok sokfélessége. Átmenetiek ezek a szó kettős értelmében: átmenetet jelentenek más kórformák felé és időben is episodikus lefolyásúak. Természetesen nem minden neurotikusnál, aki kényszerképzetekről panaszodik, beszélhetünk valódi anancasmusokról. *Bumke* 1906-ban a következőképpen definiálja a kényszerképzetet: „A kényszerképzetek olyan képzetek, amelyek anélkül, hogy erős, vagy a beteg hangulata következtében megerősödött érzelmi színezetük ezt indokolná, a tudatba a kényszer érzésével lépnek, akarattal el nem űzhetők, a képzettársítás menetét hátráltatják, vagy keresztetik, bár a betegek maguk ezeket alaptalannak, rendszerint tartalmilag is helytelennek és betegesnek ismerik fel.” A meghatározást még azzal egészíthetnők ki, hogy a beteg ezeket a képzeteket ugyan énidegennek érzi, mégis mint saját gondolatait éli meg. Ennek a definíciónak a szellemében sok neurotikus „kényszerképzetei” nem tekinthetők valódinak. Az agoraphobiás aggodalma pl., hogy az utcán rosszul lesz, nem valódi kényszerképzet, mert a félelem talaján virágzik ki és így érzelmi színezete igazolja a tudatba lépését. Amellett az agoraphobiások ezt a gondolatukat eredetileg nem is érzik alptalannak, legfeljebb meggyőzhetőek erről. A szorongó és depressív beteg félelme, hogy a magas emeletekről, tornyokról levetheti magát, szintén nem valódi anancasmus, mert suicid gondolatait ugyan igyekszik elkergetni, de ezek számára mégsem énidegenek. Nem énidegen a hypochondriás számára a betegségtől való félelme, mégha az aggodalmak — úgy mondhatnánk — a beteg feje fölé nőnek, már maga is nevetségesnek tartja őket. Egyik betegünk pl. a szívinfarctustól való félelmében nem mert a szobában egyedül maradni, mert úgy gondolta bármikor rosszul lehet. Ha halálesetről hallott, vagy olvasott, nyomban saját halála jutott az eszébe. Ezek a panaszok kényszeres jellegűek, de nem ez a kórkép fő jellemzője, hiszen a beteg hypochondriás aggodalmával azonosítja magát. Közelebb áll a valódi kényszerképzethez annak az enyhe involutiós depressióban szenvedő betegnek az aggodalma, hogy gyermekeit meg fogja ölni. Ez az aggodalom azonban egy nem anancasticus szerkezetű kórképben, a megörléstől való félelemhez csatlakozva, depressiós gondolatkörben, tehát secundaer módon merül fel.

A schizophrenia kezdeti szakában és chronikus betegeknél is találkozunk időnként kényszertünetekkel. Ezekre az a jellemző, hogy a beteg, ha hajlandó is kórosságukat elismerni, nem küzd tünete ellen, ellentétben a valódi anancasticussal. Egy 16 éves schizopreniás betegünk pl. ruháit este vetkőzés közben hosszasan rázogatja, majd mindennap ugyanabban a sorrendben helyezi el a széken. A vacsoránál csak egy bizonyos pohárból és állva hajlandó vizet inni. Az udvarban csak bizonyos kövekre lépve hajlandó jární, az udvarban álló fát mindennap ugyanabban az irányban kerüli meg és amikor egy alkalommal mosóteknő állta útját, inkább arrébb vitte, nehogy a másik oldalon kelljen elhaladnia, a fa mellett. Vizsgálatnál ezekről a tüneteiről spontán nem beszél, majd mikor rájuk kérdezzük, bagatelizálni igyekszik őket, mondván, hogy ezek rossz szokások, a jövőben majd másképp viselkedik stb. Találkozunk azonban anancasticus syndromával, ahol a beteg

ségbelátás teljes, a kényszerképzetek elleni küzdelem sem hiányzik, ezek mégis azt a benyomást keltik, mintha paranoid doxasmák volnának, amelyekkel szemben a beteg még kritikailag állást foglal. Pl. egyik betegünk (B. K. 35 éves pedagógus, 1958. II. 8.—V. 3-ig feküdt osztályunkon) a következő kényszerképzeteket adja elő: „Állandóan a materialismus és az idealismus kérdésén kell töprengenie. Követnie kell a villamossíneknek, mert az az érzése, hogy csak akkor talál megoldást, ha a végükre ér. Ha benzinkutat lát, az olaj jelentőségére kell gondolnia. Gyógyszertár látására a kémiai ipar fejlődésére. Ha a bal vállára néz az olajkutak, ha a jobb vállára néz a gyógyszeripar jut az eszébe. Ha valaki az utcán köhint, úgy érzi, a gondolatait nem tartja helyesnek.” Különösen az utóbbi „kényszerképzet” utal egy finom egoschizisre.

A circularis kórképek közül, mint már említettük, főként az endogen depressióban találkozunk kényszerképzetekkel. Ezek általában önvádolás tartalmúak. Egyik esetünkben (K. A. 55 éves, 1962. I. 15—17-ig feküdt osztályunkon, de önkényes távozása után is észleltük) involutio korában, hypoman fázis keretében jelentkezett aichmophobia, homicid és suicid kényszer gondolatok.

Ismeretes, hogy postencephalitis parkinsonismusban is előfordulhatnak kényszertünetek. Ezekben az esetekben az anamnesis és a többé-kevésbé jelenlevő organikus tünetek teszik lehetővé a differenciáldiagnoszt. Emellett a hasonlóság a neurosis anancasticához inkább csak formai. Tartalmilag egy postencephalitis beteg clasomaniája és egy anancasticus lelkiismereti scrupulusokból fakadó ismétlési kényszere közt szembeszökő a különbség.

Ha ezektől az esetektől eltekintünk, akkor is csomó olyan kórképet találunk, amelyekben a vezetőtünetek valódi anancasmusok — főleg kényszerképzetek —, de a tipusos neurosis anancasticától mégis különböznek. Kényszeres reakciónak nevezhetnénk őket. Egyrészt psychés traumára váltódik ki, másrészt organikus folyamathoz (involutio, arteriosclerosis) csatlakozik. Külön csoportot alkotnak a kényszeres karakter nem anancasticus formában fellépő neurotikus reakciói.

Casuistica

Eseteink tekintélyes részét alkotják a psychés traumára kiváltódott kényszeres reakciók. Erre szolgál például a következő két esetünk:

I. eset: M. J. 30 éves mészáros 1958 XII. 10—1959. I. 6-ig feküdt osztályunkon. Az előzményekben 1939-ben strumaműtét. Egyébként praemorbide egészséges. 3 középiskolai osztályt végzett, utána apja üzletébe került, ahol önálló mészárosként dolgozott. 1952-ben államosították, azóta a Közértnél van állásban eredeti munkakörében. 1948-ban szerelmi házasságot kötött. Egy 7 éves kisleánya van, akit nagyon szeret. 1956-ban felesége disszidált. Egy év múlva visszatért. De attól kezdve ridegen viselkedett, se vele, se a gyerekekkel nem törődött. Szóba került a válás, de a beteg úgy gondolta, hogy a lakáskérdést és a gyermek helyzetét nem tudná megoldani. Ezért, bár helyzetét elviselhetetlennek érezte, tovább tűrt, mert — mint mondotta — „a gyermek kedvéért hajlandó a legnagyobb áldozatra is.”

5 hónapja fejfájás, álmatlanság jelentkezett. 5 héttel felvétele előtt azt álmodta, hogy gyermekét vésővel fejbeverte. Ettől kezdve nem mert a gyermekkel kettesen maradni. Állandóan az a gondolat kínozza, hogy gyermekében kárt tehet és az erős szorongást keltett benne. Emellett vegetatív izgalmi állapotok jelentkeztek szívritmusnyomásérzéssel, az arc kimelegedésével, gyomrából kiinduló „ideges érzéssel”, melynek hatására gondolkodása elakadt. A vizsgálatnál organikus eltérést nem találtunk, csupán élénk vegetatív tüneteket.

Osztályunkon 3-szor 50 mg Largactilt kapott cseppekben és roboráló szereket. XII. 18-án heteroanamnesist vettünk fel a feleségétől, aki férjéről ellenséges hangon beszélt, azzal vádolta, hogy tüneteit az ő megfélemlítésére találja ki és ilyen módon akarja őt visszatérésre bírni. De a beteg jó cooperatiója a kezelésnél ellene szölt ennek

a durva finális magyarázatnak. Az osztályon rosszul éltet nem érzett. Munkatherápián készségesen részt vett. Gyorsan javult. 27 napi kezelés után csaknem tünetmentesnek érezte magát. De távozáskor mégis azt a tervet forgatja a fejében, hogy bejárót fogad, ne kelljen a gyermekkel olyan sokat egyedül lennie.

Ebben az esetben egy psychésen traumatizáló situatio hatására reactiv neurosis lépett fel, szorongásokkal, vegetatív tünetekkel, homicid kényszerképzetekkel és talán enyhén finális jelleggel. A kényszerképzet bizonyos fokig tartalmi összefüggésben áll a kiváltó psychotraumával. Vannak azonban esetek, ahol a kényszerképzet és a psychotrauma kapcsolata még ennyire sem világos. Legfeljebb a praemorbid személyiség fejlődés alapján adódik valamilyen magyarázat.

II. eset: M. L. 28 éves műszaki ellenőr, 1959. VI. 8—VI. 25-ig feküdt osztályunkon. Családi anamnesisből: egyik nagybátyja suicidiumot követett el. Csecsemőkorában valamilyen súlyos betegségen esett át. Gyermekkorában gyakran emlegették, hogy ekkor majdnem meghalt és ez félelmet keltett benne. Ha gyermekkorában temetést látott, rosszul lett. 15 éves volt, mikor anyja carcinomában meghalt. Apja csakhamar újra megnősült. Mostohaanyja rosszul bánt vele, minden pénzt sajnált tőle. 17 éves korában önként jelentkezett katonának, csak azért, hogy az elviselhetetlenné vált családi otthontól szabaduljon. Már katonakorában történt, hogy mostohaanyja egy veszekedés alkalmával fejszével támadt a beteg öccsére. Kicsavarták a kezéből a fejszét és megverték. Ettől kezdve ő is, az öccse is, végkép szakítottak a szülői házzal. Még a honvédségnél műszaki tanfolyamot végzett és leszerelése után — 1953-ban — elhelyezkedett egy gépgyárban, mint műszaki ellenőr. 1956-ban megnősült. Feleségét csak hosszas udvarlás után nyerte el. Addig árvának, szerencsétlennek érezte magát és ezt az érzést fokozta nővel szembeni nagyfokú féltékenysége. Most először érezte azt, hogy otthona van. Azonban felvétele előtt fél évvel sexualis érdeklődése felesége irányában hanyatlani kezdett. Annál jobban izgatták más nők, akikkel az utcán, villamoson találkozott. 1958 decemberében egy újsághírt olvasott arról, hogy egy részeg ember kiirtotta a családját. Pár nappal később disznóvágásra készültek és ő elvitt egy kést a közsörűshöz. Mikor este hazaért, az a gondolata támadt, hogy a késsel meg fogja ölni a feleségét. Erős szorongás fogta el. Aludni próbált, de az éj közepén felriadt és nyomban megint ez a gondolat jutott az eszébe. Egy hónappal később a homicid kényszerképzet ismét jelentkezett, erős szorongás kíséretében és attól kezdve nem tudott többé szabadulni tőle.

Vizsgálatnál organicus eltérést nem találtunk. A magatartása rendezett volt, de mostohaanyja említésekor még most is heves indulatok fogják el. Az exploratióból annyi kitűnik, hogy a beteg gyermekkorá óta az élet bizonytalanságát fokozottan éli meg. Ezt anyja korai halála még jobban aláhúzza. A mostohaanyjával szemben agressiv indulatokat táplál. A szülői házzal való szakítás agressiv cselekmény következtében jön létre. Házassága az egyetlen sikeres kapcsolat életében, viszont sexualis érdeklődése egy idő óta elfordult a feleségétől. Ezen a ponton lépett fel — egy újsághír katalizáló hatására — a homocid kényszerképzet. Mindezen adatok közt az összefüggés csak sejthető, de nem bizonyított. Az eset psychotherapiás megközelítésére nem került sor, mert napi 3×50 mg Largactil 17 nap alatt tökéletes tünetmentességhez vezetett. A beteg nem tért vissza, további sorsát nem ismerjük. Gyors rendeződése a valódi kényszerneurosis ellen és a kényszeres reactio mellett szól.

Kényszeres reactio, vagy a kényszeres character decompenatiója viszonylag gyakran következik be az involutio elején. Határozott psychotrauma rendszerint nem mutatható ki. A tünetek a jellemvonások kiéleződéséből, szorongás fellépéséből állnak, hypochondriás aggodalmak, phobiák, esetleg valódi kényszerképzetek jelentkeznek. Évekig elhúzódik, spontán remissiók és relapsusok váltják egymást.

III. eset. K. L. 51 éves építésztechnikus, ellenőr. 1961. I. 26-tól II. 20-ig feküdt osztályunkon. Családi anamnesisből: egy öccse suicidiumot követett el. Gyermekkorára apja alkoholizmusa vetett árnyékot. Előzményekből: 1943-tól gyomorpanaszok, 1952-ben strumamütét, 1960-ban ismétlődő gyomorvérzések miatt gyomorresectiót végeztek nála. Emelkedő életpályát futott be, mint szamunkás kezdte és jelenleg ellenőrző technikus. Házaselete harmonikus volt. 1958-ban hosszabb ideig igen felelősségteljes munkát végzett. Mindig precíz, időre dolgozó ember volt. Most úgy érezte, a munkáját nem tudja határidőre befejezni. Ezért állandóan munkájával kapcsolatos gondolatok foglalkoztatták, még éjszaka is. Ebben az időben — valószínűleg megnövekedett szeretetigénye miatt — úgy érezte, nem kap elég gyöngédséget a feleségétől.

Egyik éjszaka az a gondolata támadt, hogy meg kell ölnie a feleségét és a leányát. Ekkor a szívén szorítást érzett és egész testében remegés fogta el. A következő napokban is jelentkezett ez a kényszerképzet, de aztán enyhébb sedativumokra elmúlt. 1960 októberében hepatitisen esett át. Kórházba került és itt ismét jelentkeztek régi homocid kényszer gondolatai, de ezekhez suicid tartalmak is társultak: mi lenne, ha kiugrana az ablakon, ha tört üveggel felvágna az ereit stb. Hazamenetele

után is állandóan foglalkoztatják ezek a gondolatai, szorongásokat, időnkint erős vegetatív tüneteket váltottak ki. Ezúttal ambulans gyógykezelés, sedatívumok, Hibernál, nem vezettek eredményhez.

Felvételkor organicus eltérést nem észleltünk. Magatartása rendezett, fegyelmezett, a panaszelődés feltűnően precíz, hypothyriát nem találunk, inkább a hangulat egyenletessége jellemzi. Az osztályon viselkedése zárkózott, de nem túlzottan, sokat töpreng kényszerképzetain, aggodalmaskodását rejteni igyekszik. Thilatazin-kúrát vezetünk be, 3×2 mg-ról emelkedő adagban. 8 nap után 3×8 mg-tól már javulást érzett. Az esti órákban jelentkező kényszerszorongások éppen csak felvillantak, aztán eltűntek és az alvás nyugodt volt. Három hét után meglepve állapítja meg, hogy a kényszerszorongások nem jelentkeznek és ha 3–4 napban észébejutnak, akkor sem okoznak feszültséget, vegetatív tüneteket és akarattal elnyomhatók. Négy hét után gyakorlatilag gyógyultan távozik.

Találkozunk anancasticus syndromával a senium elején, az arteriosclerosis tünetei között is. Jellegetes arterioscleroticus kényszerszorongások látszik a névkeresési kényszer, amely nyilván egy enyhe emlékeztettséghez kapcsolódik, de mégsem jön létre, ha a praemorbida személyiségben nincsenek kényszeres vonások.

IV. eset. M. O. 74 éves jogtanácsos. 1959. VI. 16-tól VIII. 24-ig feküdt osztályunkon. Jogi egyetemet végzett, egy nagy vállalat jogtanácsosa volt. Az iskolában kitűnő tanuló, munkájában precíz. Elvont érdeklődésű, szabad óráiban matematikával, filozófiával foglalkozott. Nyugdíjaztatása óta kényszerszorongások jelentkeztek. Megjelenik előtte egy arc, vagy utca képe, de a neve nem jut eszébe. Amíg a nevet meg nem találja, erős szorongás fogja el. Ez arra készteti, hogy családtagjait folyton kérdéseivel zaklassa, sőt idegenektől is képes kérdezősködni az utcán. Kényszerszorongásai ellen küzd, de eredménytelenül.

Vizsgálatnál jobbra convex háti scoliosis. Myodegeneratio cordis fizikális jelei. Hypertensio. Elérhető májszél. Neurológiai statusban jelzett leépülési reflexek. Funduson arterioscleroticus értünetek. Kifejezett dementia nincs, csupán enyhe logorrheája vall a kritikai készség csökkenésére.

Osztályunkon 3×25 mg Hibernált, vasodilatatorokat és Glutarecet kapott. Javult állapotban bocsátjuk el, kényszerei kevésbé kínzóak, könnyebben túl tudja tenni magát rajtuk.

Az említett esetben a kényszerszorongás közvetlenül kapcsolatba hozható volt az arteriosclerosis cerebri pseudoneurastheniás szakának a szokott psychés tünetcsoportjával, mintegy az erre bekövetkező személyiségi reakciónak volt felfogható. Láttunk azonban esetet, ahol a tünetek bonyolultabbak és nem vezethetők le ilyen egyszerűen.

V. eset. B. J. 78 éves nyugdíjas először 1961. VI. 8-tól VII. 8-ig, majd 1962. VI. 6-tól VII. 7-ig feküdt osztályunkon. A családi anamnesisben több neurastheniás szerepel. Négy éve diabetes mellitussal kezelik. Egyébként előzetes betegsége nem volt. Reálisokában érettségizett. Magasképzettségű gépészmérnök. Négy éve, nyugdíjaztatása óta, angol tanítással foglalkozik. Házasesete harmonikus, egy leánya van.

30 éves korában jelentkeztek először szorongások. Hivatali főnöke öngyilkos lett. Emiatt önvádolásai voltak, minden indok nélkül úgy érezte, hogy meg kellett volna gátolnia főnöke öngyilkosságát. 10 évvel később ismét kényszerképzet és szorongások jelentkeztek. Nem mert kettőben maradni gyermekével, mert félt, hogy kárt tesz benne. Mindkét megbetegedése néhány hónap alatt elmúlt. Másfél éve, 76 éves korában ismét szorongások és kényszeres aggodalmak léptek fel. Először a villanytól, és a gáztól féltette hozzátartozóit. Minduntalan visszament a konyhába és megnézte, elzárták-e a gázcsapot. Családtagjainak megtiltotta, hogy használják az autophont, mert félt, hogy felrobban. Aggodalmak fogták el, hogy kárt tesz hozzátartozóiban, ezért külön szobában aludt és a feleségét arra kényszerítette, hogy szobája ajtaját zárja be. Felesége heteroanamnesise szerint mindig aggodalmaskodó volt, „mimóza-lélek”, rendkívül sértődékeny és bizalmatlan.

Vizsgálatnál emphysema pulmonuma, myodegeneratio cordis fizikális jeleit, a jobb bordaív alá érő májszélét találtuk. Neurológiai statusban szűk, renyhén reagáló pupillák, bal patellareflex renyhébb, bal oldalt Achilles areflexia, mk. o. Babinsky tendentia, Rombergnél kiskökű határozatlan ingadozás, kézüjjtremor. Psychésen kissé meglágyult, tépelődő, aggodalmaskodó. Szorongásait, aggodalmait kényszerszorongásokként éli meg és küzd ellenük.

Óvatos Frenolon-kúrát kezdtünk, napi 3×5 mg-ig emelkedtünk. Emellett Jódpapaverintheosant és Isolanidot kapott. Állapota sokáig ingadozó volt. Távozásakor a kényszerszorongások jelentősen enyhültek és ritkultak. Egy év múlva visszatért. Főleg szorongásról, feszültségérzésről panaszkodott. Aggodalmaskodása nem

volt olyan feltűnő. Homocid kényszerképzetek, amelyek a fő zavart okozták, nem tértek vissza. Ezúttal Sparine-t kapott, mérsékelt javulással távozott.

Ez az eset — első látszatra — phasisokban lezajló kényszerneurosisnak tűnik, ami az endogen depressiót juttatja az ember eszébe. A beteg személyisége azonban igen távol áll a cyclothymiától. Hosszra tünetmentes időszakokban is merev, zárkózott, sensitív, stereotípiákra hajló. Ez az eset — véleményünk szerint — inkább azt igazolja, hogy vannak latens anancasticusok, akiknél a kényszeresség hosszú időn át csak charactervonásokban mutatkozik. Ezeknél a manifest neurosis psychés decompensatióként fogható fel.

Fontos tudnunk, hogy a latens anancasticusok decompensatiója nem mindig jelentkezik kényszeres formában, különösen ha nem intrapsychés conflictus váltja ki. Külső conflictusra pedig sok a lehetőség, mert a kényszeres character absurd igényei: túlzott pedanteriája, tisztaságfanatizmusa, lelkiismereti scrupulositása gyakran kerül összeütközésbe az élet követelményeivel. Ilyenkor más neuroticus és psychosomaticus tünetek: neurastheniás panaszok, vascularis typusú fejfájások, esetleg hysteriás manifestatiók léphetnek fel.

VI. eset. S. D. 43 éves korrektor. 1959. V. 14-től VI. 10-ig feküdt osztályunkon. Gyermekkorában anyja betegsége miatt gyakran volt idegenek felügyelete alatt. Ő maga tbc. pulmonumon esett át, ezért környezete korai halálát várta és ezt nem is titkolta előtte. Mikor felnőtt lett, arra törekedett, hogy anyagilag felemelkedjék, hogyha egyszer megint megbetegedne, megfelelően tudja kezelteni magát. Nyomdász lett, később elvégezte a középiskolát, néhány évet egyetemre is járt. Jelenleg mint korrektor dolgozik egy napilapnál. Kétszer nősült, de egyik házassága sem sikerült. Mindkét házasságának kudarcát áthidalhatatlan jellembeli különbséggel, feleségei elviselhetetlen rendetlenségével indokolja. Kb. 1 éve érzi magát betegnek. Insomniás, napközben kábult, nem tud koncentrálni, végtagjaiban vibrálást érez. Hypochondriás gondolatokról is beszámol, pl. gyakori köpete miatt a gégeráktól fél. Organicus eltérést a hypotension kívül nem találunk. A beteg kínosan precíz előadásmódja és feleségére vonatkozó panaszai már vizsgálat közben a kényszeres character gyanúját keltették. Ezt a heteroanamnesis teljes mértékben igazolta. Felesége szerint a beteg szertartásosan udvarias és rendkívül megbízható ember, aki azonban túlérzékenysége, elvisége és kínos pedanteriája miatt szinte elviselhetetlen. Megharagszik, ha a partvis nem úgy áll, ahogy ő kívánta, ha a mosdóban egy hajszálat talált, ha az íróasztalon heverő tömördek jegyzete más sorrendbe kerül, mint ahogy ő hagyta. Ilyenkor nem szól egy szót sem, de azzal bünteti a családját, hogy nem beszél hozzájuk. Hónapok óta nem élnek sexualis életet, mert a betegnek az a véleménye, hogy az asszonynak kell közelednie. Viszont, ha közeledik a férjéhez, a férfi nyomban felsorolja, milyen sérelmek érték részéről az elmúlt hetekben és hangoztatja, hogy idő kell, míg ezeket elfelejti.

Osztályunkon banalis sedatívumokat, roboránsokat és microinsulint kapott. Néhány psychotherapiás megbeszéléssel igyekeztünk kényszeres beállítottságán enyhíteni. Javult állapotban távozott. Azóta sem szorult kórházra, bár kisebb vegetatív panaszai vannak.

De nemcsak a latens anancasticusoknak vannak decompensált időszakai, hanem a manifest anancasticusoknak, a typicus kényszerneuroticusoknak is vannak compensált időszakai. Sőt számos kényszerneuroticus csaknem egész életén át békésen együttél a tüneteivel. Sokszor meglepő, hogy ezek a súlyos betegek milyen jól beilleszkednek a társadalomba, értékes, productív életet képesek élni. Két esetet ismertetünk ebből a csoportból:

VII. eset. E. Á. 32 éves elektrotechnikus. 1959. VII. 28-tól VIII. 29-ig feküdt osztályunkon. Pedagógus szülők gyermeke. Apja energikus ember, a munka fanatikusa, családjával nem sokat törődött, fölöttük állt. Elemista korában egy ideig sokat foglalkozott vele, de úgy látszik, nem tudott magas igényeinek eleget tenni, mert apja érdeklődése egyik napról a másikra elfordult tőle.

Anyja melegebb egyéniség volt, szerette. Kisgyermek korban pavor nocturnusok jelentkeztek. 14 éves korban mutatkoztak először kényszeres vonások: teendőit mindennap ugyanabban a sorrendben végezte, pl. felkelés, mosdás, az óra felhúzása, a naptár megigazítás, a villanyóra megtekintése. Ha ezt a sorrendet megzavarták, rossz érzés fogta el. 17 éves korban lelkes, rajongó korszaka volt. Papnak készült és

a vallás teljesen betöltötte az életét. Ez a korszak egyik napról a másikra végetért, nem tudott többet áhítatot érezni. Ettől kezdve egész életét úgy akarta berendezni, hogy többé meglepetés ne érhesse. A véletlent ki akarta küszöbölni az életéből, ezért mindent programszerűen csinált és ha kitűzött napi programjába a legkisebb hiba csúszott, erős szorongás lépett fel. Minden levelet, amit kapott és minden írást, amit a kezéből kiadott, gondosan lemásolt. Egyetemista korában a jegyzetelésnek külön rendszerét dolgozta ki, gyűjtőfogalmak szerint más és más színnel húzta alá a mondatokat. Ez annyira lefoglalta, hogy nem tudta a tanulmányait folytatni. Mint technikus helyezkedett el egy gyárban, kitűnő, megbízható munkaező volt, munkahelyén előléptették, kényszereivel egyensúlyban élt. Egy évvel ezelőtt a gyár egyetemre ajánlotta. Tanulás közben megint elhatalmasodtak rajta a kényszerei. A velük való küzdelem másodlagosan exhaustív, neurastheniás tünetekhez vezetett. Emiatt keresett fel minket.

Organikus eltérést nem találtunk. A 17 éves kori lelki törés miatt felmerült egy akkor lezajlott enyhe schizophren schub gyanúja. Személyisége azonban semmi-kép sem tűnik postprocessuálisnak. Psychés tempója gyors, szellemes társalgó, minden iránt érdeklődik, kontaktusa az orvossal kitűnő.

Hibernal kúrát kezdtünk, 3-szor 50 mg-t adtunk naponta. Ez csökkentette a belső feszültség és hajszoltság érzését. Közben racionális psychotherápia keretében az élethez való hozzáállását tettük kritika tárgyává, amelynek kórosságát eddig nem látta. Javult állapotban távozott. Nemrég telefonon jelentkezett, az egyetemet elvégezte, kényszereivel egyensúlyban él.

VIII. eset. B. L. 53 éves tisztviselő 1962. XI. 9—XI. 29-ig feküdt osztályunkon. Előző b.: 1946-ban ulcus duodeni. Apja vállalkozó szellemű ember volt, üzleti ügyei miatt gyakran volt távol. Ha otthon volt, zsarnoki módon uralkodott a családján. Anyja elnézőbb volt, kényesztette. A beteg 12 gyermek közül a legkisebb, zárkózott természetű. Testvérei közül csak két valamivel nagyobb nővérrel volt jóban, ezekkel 10 éves koráig egy szobában is lakott. Nem emlékszik rá, hogy valaha meztelenül látta volna őket, bár sexuális érdeklődése hamar ébredt és emlékszik rá, hogy más leányokat szívesen lesett meg fürdés közben. 14 éves volt, mikor mind a két nővére rövid időn belül tbc-ben meghalt. Gyakran látogatta sírjukat a temetőben. Egy alkalommal hazafelé menet egy idegen halottnak a sírkeresztjét látta állandóan maga előtt, ami nagy félelemmel töltötte el. Egy idő múlva ezt a képet sikerült előznie, de felváltották más képek, kellemetlen emlékek képei, amelyek mintegy plasztikusan lebegnek a szeme előtt. Emberek arca, akikkel valamilyen nézeteltérése volt, ismételtelen felmerültek előtte, hosszasan megtapadtak és az associatio menetét gátolták. Ezeket az embereket attól kezdve kerülte. Viszont ellenállhatatlan késztetést érzett, hogy visszatérjen arra a helyre, ahol a kép először az eszébe jutott. Az volt az érzése, hogy csak ott szabadulhat meg tőle. Mintha azt mondta volna a képnek: „Itt jöttél, itt menj ki belőlem!” Hiába próbálta visszatérési kényszerét legyőzni, nem tudott addig megnyugodni, míg eleget nem tett neki. Közben attól félt, hogy viselkedése feltűnik az utcai járókelőknek, ezért a cselekvését indokolni próbálta, oly módon, hogy megállt egy kirakat előtt, vagy bement egy trafikba.

Bár ezek a tünetek egész életén végigkísérték, különböző tisztviselői állásokban, sőt vezető beosztásban is jól megállta a helyét. Sok társadalmi munkát vállalt, mert az elfoglaltság, észlelése szerint, jót tett betegségének. Mégis úgy érzi, hogy a betegség meggátolta szellemi képességei teljes kifejtésében. Ressentiment érzése az utóbbi időben emotionális labilitáshoz vezetett, ha régi érdemeiről beszélt, hangja elcsuklott. Indulatossága is zavart okozott munkájában. Minden ellentmondás nagyon felingerelte. Igyekezett indulatait uralkodni, ekkor viszont a kényszerképek szaporodtak meg. Betegségéről 53 éves koráig nem beszélt senkinek. Ekkor exhaustív állapota miatt szanatóriumi beutalást kért. Megemlítette a kényszerképeket, mire hozzánk utalták.

Vizsgálatnál értékelhető org. eltérést nem találtunk. Magatartása nagyon fegyelmezett, előadásmódja kissé modoros: objectív hangon, szegényes hangsúlyozással és kevés érzelmi aláfestéssel mondja el tüneteit. Ezzel ellentétben időnként emotionális incontinencia és beszédgátlás lép fel. Frenolon-kúrát kezdtünk, 3-szor 5 mg-ot adtunk naponta. Az első két hétben meglepve észlelte a kényszerképek eltűnését. Ekkor egyik betegsége megjegyzést tett a horkolására. Attól kezdve folyton ennek a betegnek az arcát látta maga előtt. Ez azonban nem okozott olyan feszültséget, mint azelőtt. Miután az exploratóióból kiténik, hogy a kényszerképek megjelenése kapcsolatban áll a betegnek azzal a jellemvonásával, hogy konfliktusait nem képes magában lezárni, néhány psychotherápiás megbeszéléssel ezt a beállítottságát igyekeztünk enyhíteni. Távozáskor az emotionális labilitás megszűnt, a kényszerképek kissé kevésbé kínozóak.

Osztályunkon 5 év alatt 48 esetet kezeltünk, akiknél a kórkép vezető tünetei anancasmusok voltak, vagy a neurosis az anancasticus character talaján jött létre. Eseteinket három csoportra osztottuk: 1. tipusos neurosis anancastica (21 eset), 2. anancasticus reactio (18 eset), 3. anancasticus character más típusú reactiv neurosisa (9. eset). Az utóbbi csoportból valószínűleg többet találunk, ha a régebbi időben is figyelünk rá. A phobiákat vitatott helyzetükre való tekintettel csak akkor vettük fel anyagunkba, ha valódi kényszerképzetekhez csatlakoztak. 12 esetben csak kényszerképzetekkel találkoztunk (25%). 12 esetben a kényszerképzetekhez phobiák is csatlakoztak (25%); 13 esetben kényszercselekedetek (27%); 6 esetet phobiák és kényszercselekedetek egyaránt jellemeztek (12,5%); 5 esetben csak character vonások árulták el, hogy latens kényszeresről van szó (10,4%). Ezek alapján valószínűnek tartjuk, hogy a phobia nem tekinthető specifikus tünetnek. Éppúgy tünete lehet a kényszerneurosisnak, mint a neurosis anxietatisnak, vagy a hysteriának.

Mint láttuk az irodalomban nagy szerepet játszik az öröklés problémája, sokan jelentőséget tulajdonítanak az ambivalenciának és vita tárgya a neurosis anancasticának az endogén psychosisokhoz való viszonya. 48 betegünk közül 13 családi anamnesisében szerepelt — sajnos közelebről meg nem határozható — psychiatriai megbetegedés (27%). 15 esetben exploráltunk egyik szülővel szemben ambivalens érzelmi viszonyt (31%). Mindkét adat számszerűségénél súlyosabban esik a latba, mert mindkét irányban a betegek nehezen explorálhatók. 7 esetben merült fel psychosis komoly gyanúja. (14,5%), mégpedig 5 esetben schizoprenia, 2 esetben circularis psychosis, anélkül, hogy végül is biztosan beigazolódott volna. A characterologiai problémák vizsgálatára anyagunk se az esetek viszonylag kis száma, se a feldolgozás hiányosságai miatt nem alkalmas. De eseteinket inkább tudjuk beilleszteni egy olyan szemléletbe, mely a tüneteket egy anancasticus személyiség-struktúrából vezeti le, ami amellet lehet schizoid és lehet circularis ötvözetű. Csupán azért használjuk, a „reactio” fogalmát és azért nem beszélünk következetesen „decompensatióról”, mert a kórrajzi adatok alapján a praemorbid személyiség kényszeressége nem mindig igazolható.

Egy eddig szokatlan szempontot is figyelembe vettünk: vizsgálat tárgyává tettük az anancasticusok társadalmi beilleszkedését. Arra az eredményre jutottunk, hogy 48 esetünk közül 27 társadalmi helyzete élete során lényegében változatlan maradt (56%). 11 életpályája lassú, fokozatos emelkedést mutat (23%). 6 beteg társadalmi helyzete hanyatlott (12,5%), de ezek közül csak 3 esetben vezethető ez biztosan vissza a betegségre. Egyik esetünk minden kezelés és egy közel 2 éves jó remissio ellenére szemünk láttára torkollott a teljes munkaképtelenségbe. (4 kórrajzban nem találtunk az életpályára vonatkozólag elegendő adatot). Ezek az adatok amellet szólnak, hogy a latens, de a manifest kényszeresek is hosszú ideig egyensúlyban élhetnek tüneteikkel és charactervonásaikkal, sőt ezeket szociálpositív irányban hasznosítani is tudják. Ez egyben a psychotherápia egyik lehetőségét is megmutatja.

Eseteink kezelése, osztályunk nagy betegforgalma és a rövid ápolási idő miatt, elsősorban gyógyszeres volt. A kényszerneurosis kezelésében a század eleje óta a psychotherápiás eljárásoknak jutott a vezető szerep. Az eredményeket általában nem tartják nagyon biztatóknak. Állítják, hogy a psychoanalysis bizonyos esetekben gyógyuláshoz vezethet (*Bleuler, Brun Gebattel*), de *Gebattel* szerint az anancasticusoknak csak kis százaléka

alkalmas erre a kezelésre. *Bleuler* psychagógiás módszereket ajánl azoknál az eseteknél, akiknél psychoanalysis nem végezhető. Ennek a lényege: a beteg tanuljon meg együttélni a tüneteivel, fordítsa figyelmét reális életproblémák felé. *Leonhard* is a kényszeresek individuáltherápiájában ilyen több hónapos átnevelést ír elő, amelynél a psychotherapeuta napról napra megszabja betege napi programját. *Victor E. Frankl* szerint a psychotherapeutának mindenekelőtt a kényszerneurotikus perfectionista életszemléletét kell átalakítania. Az utóbbi években ehhez a „logotherápiás” eljáráshoz egy új módszert csatolt: a „paradox intentiót”. Eszerint a betegnek arra kell törekednie, hogy ne kerüljön próbálja tüneteit, hanem éppen ellenkezőleg, igyekezzen őket szándékosan előidézni. Nem hiszem, hogy egy ilyen tanács — ha nem megfelelően suggestív légkörben hangzik el — szívélyes fogadtatásra találja a beteg részéről.

A psychotherápiás eljárások hosszadalmassága és gyakori elégtelensége a somatikus kezelések felé terelte a figyelmet. Az eredmények itt sem biztatóbbak. Az Elektroschock és az Insulincoma kezelés eredménytelensége miatt 1938-ban *Freeman* és *Watts* leucotomiát ajánlottak a kényszerneurosis gyógyítására, de itt a sikernek a személyiség károsodása az ára. A tranquillánsokról általában megállapítják, hogy a feszültség és a szorongás csökken, a kényszerképzetek változatlanok maradnak. *Baruk* és *mtsai*. 1958-ban 8 súlyos esetet közölnek, akik Laevopromazin adására javultak és normális életvitelre képesekké váltak. *Pakesch* 1961-ben 4 esetet közöl, akiknél szabályos Tophranil-kúrát végzett. 13—16 napig a tünetek erős fokozódását észlelte, majd a tüneti kép hirtelen megváltozott, a kényszerek aktualitásukat veszítették, az érdeklődés másfelé fordult. Közleményének általános érvényét csökkenti, hogy depressív színezetű kényszerekről és kevés esetről számol be. Újabb Mellerrel és monoaminooxidase-bénítőkkel láttak jó eredményeket (*Hocheisel, Frankl, Izikowitz*).

Osztályunkon a legjobb eredményt Perphenazin-készítményektől és ezeknek kis adag Imipraminnal való kombinációjától láttuk. 23 esetet kezeltünk Frenolonnal, vagy Thilatazinnal, ezeknél 19 esetben észleltünk jó eredményt. 5 közülük a kórházi kezelés végére tünetmentessé vált. Megjegyzendő, hogy az 5 közül 4 anancasticus reactio volt. A katamnestikus adatok sajnos nem ilyen biztatóak. A 19 javult esetből 13 sorsát ismerjük. 4 esetben transitorikus tünetektől eltekintve nem volt visszaesés. 5 eset $\frac{1}{2}$ —1 évig volt relative compensált állapotban, aztán visszaesett. 3 esetben a visszaesés már néhány hét múlva bekövetkezett. 1 betegünk nem sokkal kibocsátása után ismeretlen okból suicidiumot követett el. Talán ha módunkban lett volna a kezelést fenntartó adagokkal otthon folytatni, az utólagos eredmények jobbakk lennének.

A gyógyszeres kezelés mellett a beteg kérdései és aggodalmai akaratlanul is psychotherápiás helyzetet teremtenek, amely elől az orvos nem térhet ki. Osztályunk körülményei közt ez a psychotherápia természetesen nem irányulhat a tünetek eredetének elemzésére. Általában arra törekedtünk, hogy a beteget kibékítsük a tüneteivel. Ez egyrészt a gyógyszeres életbeállítás enyhítésétől várható, másrészt a tünetekhez kapcsolódó másodlagos aggodalmak és túlértékelések leépítéséből. A neurosis anancasticát meggyógyítani nem tudjuk, de segítséget nyújthatunk ahhoz, hogy nevével ellentétben — ananke: végzet — ne szabja meg végzetesen a beteg életútját.

Összefoglalás

48 eset alapján ismertettük az osztályunkon az utolsó 5 évben ápolott kényszeres tünetcsoporttal jellemzett neurosisok fő típusait. Megállapítottuk,

hogy viszonylag sok atypusos kórkép volt közöttük, amelyeket a differenciál-diagnostikai szempontok figyelembevételével mégsem tudunk más kórformába sorolni. Valószínűnek tartjuk, hogy ezek latens anancasticusok psychésen decompensált állapotai. Ezenkívül ismertettük a rutinszerűen készült kórrajzokból levonható következtetéseket és ezzel adatokat szolgáltatunk a kényszerneurosisnak az irodalomban szereplő vitakérdéseire.

Irodalom

Baruk és mtsai. : Annales medicopsychologique 1958. — *Bleuler E.* : Lehrbuch der Psychiatrie 6 Aufl. 1937. — *Bonhoeffer* : zit. Gunnar Skoog. — *Brun R.* : Allgemeine Neurosenlehre, Basel 1946. — *Bumke O.* : zit. Kaila. — *Frankl V. E.* : Ärztliche Seelsorge, Wien 1946. — *Frankl V. E.* : Wiener Med. Wochschr., 110, 726—727, 1960. — *Freud S.* : Neurosenlehre 1917. — *Gebattel V.* : Die Welt des Zwangskranken, Mschr. Psyc. 1938. — *Gebattel V.* : Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie 1959. — *Hartmann H.* : zit. Petrilowitsch. — *Hocheisel H. P.* : Psychiatr. et Neurol. Basel 140, 126—130, 1960. — *Izikowitz S.* : Svenska Läk. Tidn. 57, 1993—2039, 1960. — *Janet P.* : Névroses et idées fixes 3. Ed. Paris 1914. — *Kaila K.* : Über den Zwangsneurotischen Symptomenkomplex, Kopenhagen, 1949. — *Kraepelin E.* : Psychiatrie 8. Aufl. 1909/15. — *Legrande du Saulle* : La folie du doute, Paris, 1875. — *Pakesch E.* : Wiener klin. Wsch. 1961. — *Pavlov I. P.* : Előadások a nagyagyféltekék működéséről, Bpest, 1953. — *Petrilowitsch N.* : Beiträge zu einer Struktur-Pathologie, Basel, 1958. — *Skoog G.* : The Anancastic Syndrom and its relations to personality attitudes, Acta psych. et neur. scandinavica 1959. — *Watts, Freeman* : zit. Pakesch. — *Zeigarnik* : zit. Petrilowitsch.

Д-р Дьёрдь Викар : *Формы и типы течения навязчивого невроза.*

На основании 48 случаев были изложены главные типы неврозов, характеризованных группой навязочных проявлений и находящихся на нашем отделении в течение последних 5 лет. Было установлено, что среди них было довольно много атипических картин, но которых — имея в виду дифференциальную диагностику — всё же не могли отнести к другому виду патологии. Мы считаем вероятным, что они являются психически декомпенсированными состояниями латентных ананкастиков. Кроме того, были описаны выводы патологических картин и тем самым даны данные к спорным вопросам литературы о навязчивом неврозе.

Dr. G. Vikár : *Formen und Ablaufstypen der Zwangsneurosen.*

Verfasser beschreibt auf Grund von 48 Fällen die Haupttypen der Zwangsneurosen, die im Laufe der letzten 5 Jahre an Patienten der Abteilung beobachtet wurden. Es wurde festgestellt, dass darunter verhältnismässig viel atypische Krankheitsbilder vorkamen, welche aber im Hinblick auf differentialdiagnostische Gesichtspunkte trotzdem in keinem anderen Krankheitsprozess eingereiht werden können. Unserer Meinung nach sind dies wahrscheinlich psychisch dekompenzierte Formen latenter Anankasmen. Es wurde ausserdem aus den routinemässig angefertigten Krankengeschichten entsprechende Schlussfolgerungen gezogen, wodurch zu den in der Fachliteratur vorkommenden umstrittenen Fragen der Zwangsneurosen Angaben geliefert wurden.

1965. évi bécsi Kongresszusok 8. ideggyógyász IX. 5—10: Koponyatraumák késői szövődményei, neuromuscularis megbetegedések, occipitalis lebeny károsodásai — 6. EEG IX. 6—10: előbbi kettő és stressz-állapotok, agyi megbetegedések modern physiológiai vizsgálatai, EMG: gerincvelő működése — *epilepsia*-ellenes liga: IX. 5. — *Stereo encephalotomia*: IX. 4. Előadás bejelentés: 64. XII. 30-ig. Kézirat beküldés: 65. V. 15, Szobafoglalás: 65. VI. 1.

Az arteria cerebelli inferior posterior elzáródásának tüneteivel jelentkező arteria vertebralis thrombosis esetei. Az arteria vertebralis elzáródásáról

Írta: Dr. DÉNES LÁSZLÓ

Az irodalmi adatok kritikai áttekintése, valamint az általunk közölt két kórbonctanilag igazolt arteria cerebelli inferior posterior (továbbiakban A. C. I. P.) thrombosisának esete (14, 15) megfelelő biztonsággal igazolja, hogy a Wallenberg-syndroma (lateralis oblongata syndroma, hangszalag paresissal) az A. C. I. P. ellátási területén fellépő súlyos keringési zavar következménye. A keringési zavar, illetve az ennek hatására keletkező ischaemia nem csupán az arteria elzáródása miatt keletkezhet. Bizonyos ér-anatómiai viszonyok és a thrombus vagy embólia helyzetének viszonya az arteria vertebralis mellékágaihoz lehetővé teszi, hogy az a. vertebralis törzsének thrombosisos vagy embóliás elzáródása csupán az A. C. I. P. ellátási területén okozzon kiesési tünetet, mely klinikailag típusos Wallenberg-syndromában nyilvánul meg. *Krayenbühl* és *mtsa.* felfogásával egyetértésben (27) előző tanulmányunkban (14) az arteria vertebralis (továbbiakban A. V.) elzáródása következtében fellépő A. C. I. P. kiesési tüneteivel jelentkező syndroma néhány fontosabb lehetőségét ismertettük.

Ezen elgondolásnak megfelelően a következőkben az említett lehetőségek közül kettőnek a megvalósulását közöljük. Két esetünkben az A. V. thrombosisa csupán az A. C. I. P. súlyos keringési insufficienciájához vezetett és típusos Wallenberg-syndromát hozott létre.

1. eset. M. M. 71 éves földműves. 1962. augusztus 28-án vették fel az I. sz. belosztályra. 5 nappal felvétele előtt kezdődtek panaszai. Munka közben lehajlás után hirtelen elhomályosodott látása, majd néhány percre elvesztette eszméletét. Azóta szédül, fáj a feje, csuklik. Jobb oldali végtagjaiban zsibbadást érez. Hangja rekedt, járasképtelen. Megemlítésre méltó, hogy két évvel jelen megbetegedése előtt antilueses kezelésben részesült.

Status: Kp. fejlett, elhízott beteg. Arcbőre és a látható nyálkahártyák enyhén cyanoticusak, renyhébben mozgó rekeszek, diffuse érdes légzés, elvétve sípolás, bűgás, balra két harántujjal nagyobb szív, aorta felett systoles zöreje, pulsus 78/min, ritmusos, aequalis, RR: 210/100 Hgm.

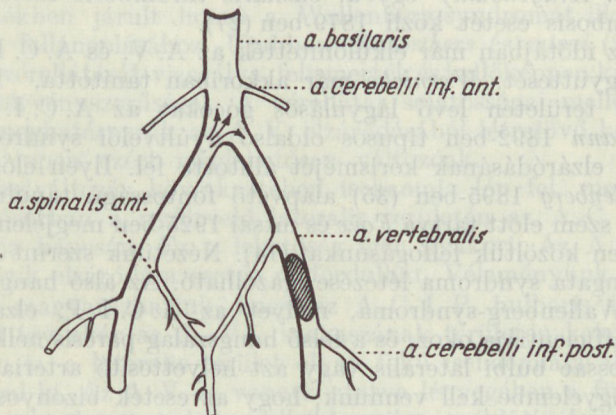
Fontosabb labor. leletek: Compl. neg. Wgr. 8 mm/óra, fibrinogen B-test: + +, vvs.: 5 200 000, fvs.: 9200. Vizelet: cukor: nyomokban, üledékben 2–3 fvs., elvétve egy-egy vvs. Vércukor: 180 mg%. Serumcholesterin 376 mg%. Old. ir. nyakcsig. felv.: az V. discus keskeny, a határoló csigolyák sarkain csőrképződés látszik (Szelei dr.).

Neur. status: B. o. Claude Bernard—Horner syndroma, homolateralis facio-cervicalis hyperhydrosissal. Ép pupillák. B. oldalon a cornea reflex csak jelzetten észlelhető. Homolateralis dissociált bulbaris segmentalis típusú érzés-zavar áll fenn. Az érzészavar legkifejezettebb a bulbaris 1. és 2. segmentumnak megfelelően, a bulbaris 3–4. segmentumok területén csak enyhe hypalgesia és thermohypaesthesia található. A legkívül elhelyezkedő 5. segmentum (sec. Max Clara) területén eltérés nem észlelhető. B. szájjug minimalisan lentrebb áll, ezen az oldalon a lágyszájpad és garatreflex nem váltható ki. Uvula enyhén jobbra deviál, hangadáskor jelzett „signe du rideau”. Ugyancsak b. oldalon mérsékelt ataxia, dysmetria, lateropulsio, enyhe hemiasynergia, dysdiadochokinesis. Mindkét oldalt kp. ólénk mély reflexek. J. oldalt a C₂ segmentumától kezdődően distal felé végig hypalgesia és hőérzés beszűkülés észlelhető. (Minden hőingert langyosnak érez.) Romberg: balra-hátra dől, járás: b. oldalon kifejezetten ataxiás, menés közben balra dől és deviál. Beszéd: enyhén dysarthriás, hangja rekedt. Psychésen: különös eltérés nem észlelhető. Szemészet: szűk verő-, telt gyűjtőerek (Szász dr.). Fül-orr-gégészet: b. oldali hangszalag teljes paresise áll fenn (Gönczy dr.).

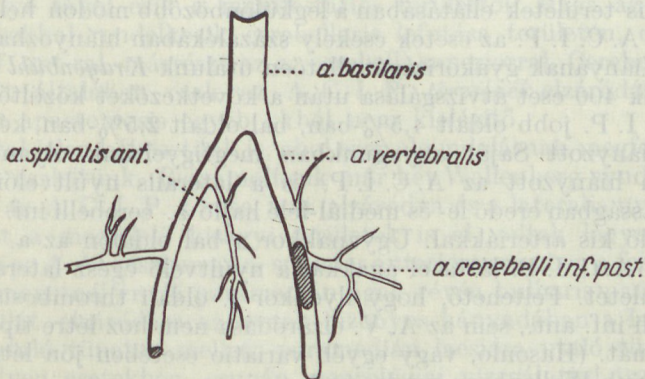
A klinikai tünetek alapján b. oldali Wallenberg-syndroma diagnózisát állítottuk fel, a góc retro-olivarisán helyezkedik el az A. C. I. P. ellátási területén.

A betegnél arteriosclerosis, cardiovascularis-lues, diabetes és polycythaemia mellett nyaki spondylosis állott fenn. Ezen megbetegedések predisponáló tényezőként szerepelhettek.

A megfelelő gyógykezelésre a beteg állapota lényegesen javult, 31 napig tartó kórházi gyógykezelés után bocsátották ki. Otthonában különösebb panasza nem volt, október 15-én reggel rosszullétről panaszkodott, nem bírt felállni, erősen szédült. Mentők beszállították kórházunkba, ahol vizsgálat közben exitált.



1. ábra



2. ábra

Kórbonctani leletéből a következőket szeretnénk kiemelni: A b. oldali A. C. I. P. mélyebben ered, mint a jobb oldali, mintegy 4 cm-re az A. V.-ok egyesülésétől caudalisan. A b. oldali A. V.-ban az A. C. I. P. eredetétől 6 mm-re cranialisan másfél cm hosszú szakaszon a falhoz lazán tapadó világos vörös, száraz, tömött, vérrög található, melynek felső pólusa csaknem az a. spinalis anterior eredéséig ér. Az a. spinalis anteriorok tompaszögben anastomizálnak a középvonaltól kissé balra. Metszések készítése a kisagy épnek bizonyult macroscoposan. A nyúltvelőben b. o. a középső harmadban retroolivarisán elhelyezkedő, nagyjából háromszög alakú barnásvörös színű lágyulás található. A beteg halálának oka egyébként heveny vérzéses pancreatitis volt (1. ábra).

2. eset. Sz. A. 55 éves férfibeteg. 1951-ben gyógykezeltük b. oldali Wallenberg-syndromával és a b. oldali cerebelli posterior inferior occlusiójára gondoltunk. Az eset klinikai elemzését 1962-ben közöltük. A beteg még több ízben feküdt kórházunkban súlyos cardiosclerosis, illetve decompensatioja miatt. Legutóbb a súlyosan decompensált beteg 1963. XII. 28-án került felvételre és három nap múlva kis- és nagyvérkőri elégtelenségben exitált. Kórbonctani leletéből kiemeljük: a b. oldali A. V. lumenét kb. egy cm hosszú szakaszon az A. C. I. P. alatti részen szervült vérrög tölti ki, mely az A. C. I. P. eredésének szájadékát is elzárja. Az A. C. I. P. lumenében folyékony vér

található. A nyúltvelő b. oldali lateralis részében nagyjából háromszögalakú, csúcsával középfelé, alapjával oldal felé tekintő, a környezeténél szürkés-sárgásabb színű és tömöttebb terület észlelhető. Alapbetegsége Laennec-féle májcirrhosis volt (2. ábra).

Megbeszélés

Az A. V. thrombosis, vagy embóliás eredetű elzáródásával csaknem egy évszázada foglalkoznak közlemények. *Krayenbühl* és *Yasargil* megemlíti *Taylor* (1871), *Charcot* (1873), *Duret* (1873) és mások tanulmányait (27) *Eisenlohr* (cit. *Krayenbühl*) egy a. basilaris thrombosis esete mellett négy A. V.-s thrombosis esetét közli 1879-ben (27).

Ebben az időtájtban már elkülönítették az A. V. és A. C. I. P. elzáródásának tünetegyüttesét. *Wernicke* már akkoriban tanította, hogy a nyúltvelő lateralis területén levő lágyulások góccokat az A. C. I. P. elzáródása okozza. *L. Mann* 1892-ben típusos oldalsó nyúltvelői syndromát írt le és az A. C. I. P. elzáródásának kórisméjét állította fel. Ilyen előzmények után közölte *Wallenberg* 1895-ben (35) alapvető fontosságú tanulmányát. Ezzel kapcsolatban szem előtt tartva *Foix* és *mtsai* 1925-ben megjelent közleményét (21) részletesen közzétük felfogásunkat (14). Nézetünk szerint két különböző lateralis oblongata syndroma létezése igazolható. Az alsó hangszalagbénulással járó a *Wallenberg-syndroma*, melyet az A. C. I. P. elzáródása, vagy keringési insufficientiája okoz, és a felső hangszalag paresis nélküli syndroma, mely az a. fossae bulbi lateralis vagy azt helyettesítő arteria elzáródásából adódik. Itt figyelembe kell vennünk, hogy az esetek bizonyos százalékában az A. C. I. P., az a. fossae bulbi lateralis és a cerebelli inf. ant. főként a megfelelő bulbaris területek ellátásában a legkülönbözőbb módon helyettesíthetik egymást. Az A. C. I. P. az esetek csekély százalékában hiányozhat, bármelyik oldalon is. Hiányának gyakoriságát illetően utalunk *Krayenbühl* és *mtsai* (27) adataira, akik 400 eset átvizsgálása után a következőket közölték. Anyagukban az A. C. I. P. jobb oldalt 4,5%-ban, bal oldalt 2,5%-ban, kétoldalt pedig 3,7%-ban hiányzott. Saját anyagunkban megfigyeltünk olyan esetet, ahol jobb oldalon hiányzott az A. C. I. P. és a lateralis nyúltvelői területet a típusos magasságban eredő le- és mediál-felé hajló a. cerebelli inf. ant. látta el a belőle eredő kis arteriákkal. Ugyanakkor a bal oldalon az a. cerebelli inf. ant.-ból eredő A. C. I. P. látta el ágakkal a nyúltvelő egész lateralis és dorso-lateralis területét. Feltehető, hogy ilyenkor j. oldali thrombosis esetén sem az a. cerebelli inf. ant., sem az A. V. elzáródása nem hoz létre típusos *Wallenberg-syndromát*. (Hasonló, vagy egyéb variatio esetében jön létre valószínűleg az ún. *Sub-Wallenberg-syndroma*.)

A felső lateralis területet ellátó a. fossae bulbi lateralis egyik vagy másik oldalán gyakran hiányzik. Hiánya esetén megfigyelésünk szerint többnyire az a. cerebelli inf. ant.-ból kis arteriák haladnak az említett terület irányában, máskor pedig az A. V.-ből ritkán az a. basilaris kezdeti szakaszából járulékos arteriák (accessorius ágak) hatolnak a nyúltvelő felső laterális szakaszába. Néha előfordul, miként *Foix* is megjegyzi (21) hogy az A. C. I. P. ellátási területe elég magasra felnyúlik és ezen arteriából eredő 2—3 ágacska helyettesíti az a. fossae bulbi lateralist. Hasonló esetben az A. C. I. P.-ban létrejövő keringési insufficientia felső lateralis nyúltvelői lágyulást is okozhat, az első lateralis terület emollitioja mellett (ez a lehetőség klinikai vizsgálattal nem kórismézhető). *Baasch* (3) felemlíti *Baker* (5) adatait, aki utal arra, hogy az A. C. I. P. elzáródása nem minden esetben okoz szükségszerűen nyúltvelői laesiót. Valóban magunk is észleltük egy esetben, hogy a b. oldali A. C. I. P. nem adott egyetlen ágat sem a nyúltvelőhöz, hanem az A. V.-ből 3 arteriola vonult a lateralis szakaszhoz. Ebben az esetben nyilvánvalóan az A. C. I. P. elzáródása legfeljebb cerebellaris lágyulást hozhatott volna létre.

Az eddig említett adatok is kellően utalnak arra az igen nagy változékonyságra, melyet a nyúltvelő lateralis területeit ellátó nagyobb erek mutatnak. Ezzel szemben a belőlük eredő, az agytörzs állományába penetráló arteriolák *rendkívül állandóak*. Ez tulajdonképpen törvényszerű az agytörzs vérellátásában és már *Foix* és *mtsai* (20) megfogalmazta 1925-ben: „C'est une loi . . . dans l'irrigation de l'axe encéphalique que si les artères extra-cérébrales varient souvent, les pédicules pénétrants par contre restent toujours fixes.” Ez a rendkívül fontos tény némiképp feledésbe merült, ez pedig nem csekély mértékben járult hozzá a Wallenberg-szindrómát illető nemzetközi irodalmi vita fellángolásához. Újabban *Lazorthers* és *mtsai* (28) a központi idegrendszer vérellátását vizsgálva, felismerték és kellőképpen kihangsúlyozták az említett törvényszerűséget. A vérellátás sejtósságai mellett még egyéb tényezők is meghatározzák az A. V. elzáródásából létrejövő következményeket, melyek éppen ezért meglehetősen változóak.

a) Az érelváltozás következtében ischaemia lép fel, mely lágyuláshoz vezethet, elsősorban a nyúltvelő lateralis területén az A. C. I. P. keringési insufficienciája kapcsán. Ez a lehetőség igen gyakori. Az A. V. 4 szakasza közül bármelyik elzáródása esetén előfordulhat. Véleményünk szerint gyakoriságát azzal magyarázhatjuk, hogy az A. C. I. P. bulbaris ága, vagy ágai *végarteriák* és így akár az A. V. I. szakaszának területén keletkezett thrombosis kapcsán is, a lateralis terület olyan fokú ischaemiája állhat elő, hogy lágyulás alakul ki. Az A. V.-re vonatkoztatva lényegében a Barré által említett „lésions vasculaires a distance” klasszikus példájáról van szó (6), ahol a laesio helye távol esik a manifestációs területtől. Maga az A. C. I. P. jó anastomosisokkal rendelkezik cerebellaris lefutása területén, egyrészt az a. cerebelli inf. ant-ral, másrészt az a. cerebelli superiorral. Cerebellaris lágyulás ezek szerint általában csak az A. C. I. P. *törzsének* elzáródásánál várható, vagy ha az anastomosis egyéb okból nem kielégítő.

Erre utal jelen két esetünk is, ahol ezen elgondolásnak megfelelően kisagyi laesiót nem észleltünk. Beszámoltunk már két Wallenberg-szindróma esetéről, ahol maga az A. C. I. P. törzse volt elzáródva és a lateralis nyúltvelői emolítio mellett a megfelelő kisagyi területek is el voltak lágyulva (14, 15).

Miután az A. V. részben az a. spinales anteriores részben a felső, a vertebro-basilaris átmenetnél eredő paramedián ágak révén bulbaris paramedián területeket is ellát, elzáródása az esetek bizonyos hányadában a lateralis terület laesiójára utaló tünetek mellett paramedián laesióra utaló tünetek is megjelennek. Ilyen esetekben csupán neurológiai vizsgálattal is (angiographia nélkül) meglehetősen biztonsággal felállíthatjuk az A. V. elzáródásának diagnózisát. Az A. V. intracranialis szakaszának thrombotikus folyamatainál további lokalizációs lehetőséget nyújt a Babinski—Nageotte-szindróma (4) és a Cestan—Chenais-szindróma klinikai tüneteinek megjelenése (10). Az előbbi tünetegyüttes, mint azt már régebben kifejtettük (16) a felső lateralis oblongata-szindróma (a. fossae bulbi lateralis) tüneteit tartalmazza részleges paramedián laesióra utaló tünetekkel. A thrombotikus folyamat az egyik oldali A. V. végső szakaszán keletkezik és rendszerint ráterjed az a. basilaris törzsére homolateralisan. Erre a lehetőségre feltevésünk szerint az a haemodinamikussá szabály teremt alapot, mely szerint a kétoldali A. V.-ből az a. basilarisba kerülő vér nem keveredik, hanem a maga oldalán egyenesen halad craniál-felé [*Mc. Donald* és *Potter* (29)].

b) Az A. V. elzáródása átmeneti és recidiváló klinikai tünetekkel is jelentkezhet. Ilyenkor beszélünk intermittáló vertebro-basilaris keringési insufficienciáról. Tünetei hasonlóságot mutatnak, az A. V. arterioscleroticus szűkületei következtében létrejött vascularis insufficienciával, mely szintén

többnyire intermittáló jellegű az általános keringési állapot és az a. carotisok épségétől függően.

Legtöbb szerző megegyezik abban, hogy az atheroscleroticus folyamat leggyakoribb az A. V. kezdeti szakaszán az a. subclaviából való eredésénél [*Crawford* (12), *Gurdjian* (19), *Sheehan* és *mtsai* (33)]. Az A. V. II. szakaszán helyet foglaló atheroscleroticus plaque-ok jelentőségét fokozza az esetek egy részében a cervicalis spondylosis együttes előfordulása. Ilyen alkalommal jelentkezhethet a hátsó cervicalis sympathicus-syndroma (Barré—Lieou), tünetei szintén hasonlítanak a vertebro-basilaris insufficiencia tüneteihez. Véleményünk szerint a vertebro-basilaris systema végarteriáiban (A. C. I. P. bulbaris ágai és a. auditiva interna) keletkező átmeneti keringési insufficiencia következménye a tünetegyüttes, mely korántsem állandó, kiváltó tényező az A. V. direct összenyomása a fej extrém-fokú hátra- és oldalra hajlításakor, ugyanekkor a pl. vertebralis irritációja is számottevő tényező. *Knud Winther* (37) az arteria és n. vertebralis egységét emeli ki.

A Barré—Lieou-syndromáról szólva meg kell emlékeznünk röviden a nyakcsigolyákat érő traumák után közvetlenül, vagy később bekövetkező vertebro-basilaris keringési insufficienciáról, melynek során az esetek egy részében A. V. thrombosis keletkezik definitív ponto-bulbaris laesiókhoz vezetve. *Kaeser* (24) 3 esetében a trauma késői elváltozásai (uncovertebralis spondylosis) vezethetett Wallenberg-syndroma kialakulásához. Fontosabbak ennél azonban a nyak tornáztatása, vagy prolongált dorsal-flexió tartása következtében létrejött keringési insufficienciák, illetve következményes vertebralis thrombosisok. A kérdésnek egyre nagyobb teret szentelnek, néhány érdekesebb irodalmi adatot megemlítünk. [*Alajouanine*, *Castaigne* és *Cambier* (1), *Carpenter* (9), *Green* és *Joynt* (18), *Schott* és *mtsai* (32), *Smith* és *Estridge* (34)]. Hazánkban *Kovács Ákos* (25, 26) foglalkozott a nyaki traumák okozta csigolyaelváltozásokkal, illetve rtg. kimutatásukkal és cerebralis kihatásaikkal. Múlt évben egy 44 éves férfibetegünknel nyakra erősített és húzattással egybekötött physiotherápiás eszköz (vibrator) kipróbálásánál keletkezett b. oldali vertebro-basilaris keringési insufficienciára utaló tünetegyüttes, mely végleges pontobulbaris laesiót okozott, a tünetek Barré—Lieou-syndromára emlékeztettek. Esetünkben a Barré (6) által megemlített bilateralis calorikus excitatio mellett kifejezett mechanikus ártalom (rezgés) is szerepelt. Esetünket érdekesnek tartjuk, ugyanis a n. vertebralis (*Franck*) és az A. V. adventitiájában haladó rostok irritációja okozhatott tartós spasmust, mely stasis révén esetleg thrombosishoz is vezethetett. A tartós spasmus lehetőségét *Cambier* (8) is megemlíti.

c) Előfordul, hogy az egyik oldali A. V. elzáródása latens marad, klinikai tüneteket nem eredményez. Erre utalnak az A. V. következmény nélkül való therápiás ligaturái. Példaként megemlítjük *Alexander* (2) majd *Dandy* (cit. *Krayenbühl* és *mtsa*) 20 esetét.

Végeredményben különböző factorok szabják meg az A. V. elzáródásának következményeit. Az anastomosisok lehetősége az egyik legfontosabb tényező. Meg kell említenünk *Stopford* adatait (cit. *Krayenbühl* és *mtsa.*), aki 156 vizsgált eset közül 92%-ban egyoldali A. V. dominanciát talált, még pedig bal oldali túlsúllyal. (51%-ban bal oldalt, 41%-ban jobb oldalt volt az arteria voluminosusabb.) A dominans A. V. thrombosisa szélsőséges esetben a beteg halálát is okozhatja, mint 1963-ban közölt első esetünknel (14, 15). Esetünk egyben bizonyos mértékig azt is igazolja, hogy a legfontosabb ilyen szempontból az ellenoldali A. V. állapota. Jelenlegi tanulmányunk tárgyát képező 2 esetünk is utal arra, hogy az ellenoldali A. V. a legfontosabb anastomoticus lehetőség, legalábbis az esetek bizonyos

százalékában. Megjegyzendő, hogy igen ritkán az egyik oldali A. V. hiányozhat is. Fontos szerepet játszik a thrombus localizációja. Az A. V. harmadik szakaszán anastomizál az a. occipitalis leszálló ágával és az aa. cervicales mély ágaival, a negyedik szakaszon pedig az a. occipitalis r. meningeusával és az a. pharyngea ascendens ágaival.

Az említettek lehetővé teszik az I. és II. szakasz elzáródása után a keringés bizonyos mérvű helyreállítását. Lényeges a carotisok, ill. a circulus art. Willisii állapota, az aa. communicantes posteriores ugyanis 25—33%-ban feltöltődnek carotis angiographiánál *Bonnal* adatai szerint (cit. *Dechaume* és *Schott*) (13). A carotis és vertebro-basilaris systema egymást compensálhatja. *Hutchinson* és *Yates* mutattak rá 1956-ban az associált carotis laesiók jelentőségére vertebralis insufficiencia eseteiben (23). *Reivich* és mtsai (31) 2 esetében b. oldali a. subclavia stenosisánál, mely közvetlenül az A. V. eredése előtt helyezkedett el, angiographiával a keringés megfordulását észlelték, ez lefelé irányult az a. basilarisból, ill. a vertebralisból az a. subclavia felé. Kutyákon kísérletesen létrehozva hasonló állapotot, ugyanezt találták. A keringés ezen módosulása jelentős agyi vérátáramláscsökkenéshez vezetett. Az említettek mellett fontos a thrombus kiterjedése, erre eseteink is jó példát szolgáltatnak. Nyilvánvaló, hogy általában a thrombus ráterjedése a collateralisokra módosítani fogja a kórképet.

Következtetések

1. A lateralis nyúltvelői syndroma (hangszalag paresissel) az esetek döntő többségében az A. C. I. P. elzáródásának, vagy keringési insufficienciájának következménye.

2. Az A. V. elzáródása, vagy súlyosabb keringési insufficienciája az esetek bizonyos hányadában csak lateralis nyúltvelői emolitióhoz vezet, illetve annak tüneteiben nyilvánul meg.

3. A lateralis syndroma gyakoriságának magyarázatául szolgálhat az a tény, hogy ezt a bulbaris területet egy főágból (A. V.) eredő arteria (A. C. I. P.) mellékága (vagy ágai) látja el, mely *végarteria*.

4. A vertebro-basilaris systemának az agytörzs állományában penetráló ágai a nagyobb erek instabilitása ellenére *relative állandóak*, ennek megfelelően eléggé jól meghatározott ischaemiás necrosisok jöhetnek létre.

5. Irodalmi vitákhoz vezető zavarok elkerülése végett le kell szögezni, hogy akár az A. V., akár az A. C. I. P. elzáródása esetében a klasszikus Wallenberg-syndroma általában az A. C. I. P. bulbaris ellátási területén keletkezett lágyulás eredményeként jön létre.

6. Eseteink is arra utalnak, hogy tankönyvekben is helyes lenne megemlíteni az A. V. elzáródása alkalmával fellépő A. C. I. P. keringési insufficienciájának lehetőségét, mely típusos Wallenberg-syndromát eredményezhet.

Összefoglalás

Két esetben az a. vertebralis IV. szakaszának thrombotikus folyamata következtében klasszikus Wallenberg-syndroma (hangszalag-paresissel) keletkezett. Az első esetben a thrombus nem terjedt rá az azonos oldali a. spinalis anteriorra, így paramedián-tünet nem keletkezett. A második esetben anatómiai variáció következtében (csak ellenoldalon volt a. spinalis anterior) nem jöhetett létre paramedián laesio. A nemzetközi irodalom és saját eseteink alapján le kell szögeznünk, hogy a lateralis oblongata syndroma az esetek döntő többségében az a. cerebelli inferior posteriorban bekövetkezett keringési insufficiencia eredménye. Ez független attól, hogy az a. vertebralis záródott el, vagy maga az a. cerebelli inferior posterior.

Irodalom

1. *Alajouanine, Th., Castaigne, P., Cambier, J. et Lianantonakis, E.* : Bull. et Mém. Soc. Méd. Hop. Paris. 74. 21. 1958. — 2. *Alexander, W.* : Brain 5. 170. 1882. — 3. *Baasch, E.* : Schweiz. med. Wschr. 92. 1558. 1962. — 4. *Babinski, J., Nageotte, J.* : Rev. Neurol. 10. 308. 1902. — 5. *Baker, A. B.* : Neurology (Minneapolis) 11. 852. 1961. — 6. *Barré, J. A.* : Rev. Neurol. 38. 137. 1931. — 7. *Bärtschi-Rochaix, W.* : Migraine cervicale. (Das encephale Syndrom nach Halswirbeltrauma.) H. Huber, Bern. 1949. — 8. *Cambier, J.* : La Presse Méd. 71. 382. 1963. — 9. *Carpenter, S.* : J. Neurosurg. 18. 849. 1961. — 10. *Cestan, R. et Chenais, L.* : Gazette des Hop. 1229. 1903. — 11. *Clara, M.* : Das Nervensystem des Menschen. J. A. Barth, Verlag Leipzig 1953. — 12. *Crawford, E. S., De Bakey, M. E. and Fields, W. S.* : Pathogenesis and treatment of cerebro-vascular disease. Charles C. Thomas Springfield. 1961. — 13. *Dechaume, J. et Schott, B.* : J. Méd. Lyon. 1707. 1961. — 14. *Dénes L. és Perneckzy M.* : Ideggyógy. Szle. 5. 136. 1963. — 15. *Dénes L. et Perneckzy M.* : La Presse Méd. 71. 2781. 1963. — 16. *Dénes L.* : Bács-Kiskun Megyei Kórház Évkönyve Kecskemét. II. 79. 1963. — 17. *Durham, R. H.* : Encyclopedia of Medical Syndromes. Paul B. Hoeber Inc. New York. 1960. — 18. *Green, D. and Joynt, R. J.* : J.A.M.A. 170. 522. 1959. — 19. *Gurdjian, E. S., Lindner, D. W., Hardy, W. G. and Webster, J. E.* : Cerebrovascular disease. : Neurology 10. 372. 1960. — 20. *Foix, Ch. et Hillemand, P.* : Rev. Neurol. II. 705. 1925. — 21. *Foix, Ch. Hillemand, P., Schalit, I.* : Rev. Neurol. I. 160. 1925. — 22. *Horányi B.* : Neurologia. Medicina. Budapest. 1961. — 23. *Hutchinson, E. G., and Yates, P. O.* : Brain 79. 319. 1956. — 24. *Kaeser, H. E.* : Dtsch. Z. Nervenheilk. 173. 4. 322. 1955. — 25. *Kovács A.* : Acta Radiol. (suppl) 151. 57. 1957. — 26. *Kovács A.* : Orv. Hetil. 99. 1139. 1958. — 27. *Krayenbühl, H. und Yasargil, M. G.* : Die vaskulären Erkrankungen im Gebiet der Arteria Vertebralis und Arteria Basialis. G. Thieme. Verlag. Stuttgart. 1957. — 28. *Lazorthes, G. Poulhes, J., Bastide, G., Roulleau, J.* : La Presse Méd. 66. 2048. 1958. — 29. *Mac Donald, D. A. and Potter, J. M.* : J. Physiol. 114. 356. 1951. — 30. *Masson, M. et Cambier, J.* : La Presse Méd. 70. 1990. 1962. — 31. *Reivich, M., Holling, H. E., Roberts, B. and Toole, J. F.* : New. Engl. J. Med. 265. 878. 1961. — 32. *Schott, B., Boulliat, G., Tomassi, M. et Bertrand, J. N.* : Rev. Neurol. 105. 528. 1961. — 33. *Sheehan, Sh., Bauer, R. and Meyer, J. S.* : Neurology. 10. 968. 1960. — 34. *Smith, R. A. and Estridge, M. N.* : J.A.M.A. 182. 528. 1962. — 35. *Wallenberg, A.* : Arch. Psychiatr. 27. 504. 1895. — 36. *Wallenberg, A.* : Arch. Psychiatr. 34. 923. 1901. — 37. *Winther, K.* : Rev. Neurol. 108. 966. 1963.

Д-р Ласло Денеш : *Случаи тромбоза вертебральной артерии, появляющегося признаками закупорки нижней и задней мозжечковой артерии.*

О закупорке вертебральной артерии.

В двух случаях из-за тромботического процесса IV части вертебральной артерии образовался классический синдром Валлерберга (с парезом голосовой связки). В первом случае тромб не распространился на переднюю спинальную артерию той же стороны, таким образом парамедианного проявления не образовалось. Во втором случае в результате анатомической вариации (передняя спинальная артерия имела только на другой стороне) не могло образоваться парамедианное нарушение. На основании заграничной литературы и собственных случаев можно подчеркнуть, что синдром латеральной продольности в подавляющем большинстве случаев является результатом циркуляционной инсуффициции, происходящей в нижней задней артерии. Это не зависит от того, закупорка образовалась ли в вертебральной артерии, или же в самой нижней задней церебеллярной артерии.

Dr. L. Dénes : *Über Thrombosen der Arteria vertebralis, die sich mit den Symptomen des Verschlusses der Arteria cerebelli inferior posterior melden. Über Thromben der Arteria vertebralis.*

В двух случаях произошло образование тромбоза IV. участка А. vertebralis с классическим синдромом Уоллербера (парез гортанной связки). В первом случае тромб не распространился на переднюю спинную артерию той же стороны, таким образом парамедианного проявления не образовалось. Во втором случае в результате анатомической вариации (передняя спинная артерия имела только на другой стороне) не могло образоваться парамедианное нарушение. На основании заграничной литературы и собственных случаев можно подчеркнуть, что синдром латеральной продольности в подавляющем большинстве случаев является результатом циркуляционной инсуффициции, происходящей в нижней задней артерии. Это не зависит от того, закупорка образовалась ли в вертебральной артерии, или же в самой нижней задней церебеллярной артерии.

A szülői alkoholizmus hatásai a gyermek mentális, illetve személyiség-fejlődésére

Dr. GYÖRGY JÚLIA

A gyermek-pszichiátriai ambulanciák tükrében vizsgálva a legkülönbözőbb gyermekkori encephalopathiás és disszociális állapotokat, illetve az azokat előidéző okokat, nagy vonásokban a következőket állapíthatjuk meg:

Amíg az 1930—40 közötti poliklinikai ambulanciánkon a leggyakrabban előforduló és legsúlyosabb oki tényezőként az úgynevezett *illegitim származást* kellett tekintenünk, amelyhez rendszerint a második legsúlyosabb szociális, illetőleg pedagógiai ártalom, a régi „menhelyi” *nevelés is* csatlakozott — biológiai oldalról pedig a veleszületett syphilis okozott sok gondot —, addig 1950 és 1960 közötti ambulanciánkon a fenti, jórészt leküzdött ártalmak helyére új ártalmak kerültek. Az elromlott házasságok, illetve *válások* s az erre gyakran bekövetkező második házasság — tehát a mostoha szülő jelenléte és esetleges ártalmai mellett — legnagyobb arányban az *alkoholista szülő* foglalta el a főhelyet, mind biológiai, mind pedagógiai vonatkozásban. Utóbbi ugyanis együtt tartalmaz egész sor olyan ártalmat, melyek közül minden egyes componens külön-külön is súlyos károkat okozhat, ahol előfordul. S amíg más milieu ártalom esetén az egyik gyermek, akire a nevelési ártalom főleg irányul, megbetegszik, a másik nem — addig az *alkoholista szülő milieu-jében minden gyermek megbetegszik — csak különböző alakban és mértékben.*

Mai álláspontunk szerint minden kóros állapot kialakulásához olyan ok, illetőleg kondíció-sor tartozik, melyek között egyrészt valamely általános *alkati adottság* — mely talán az idegrendszer általános tempóját, rugalmasságát, erejét tartalmazza, másrészt a fejlődő *személyiséget körülvevő milieu-tényezők*, elsősorban a család s az abból leszármazó élményhatások játszóak a legfőbb szerepet. E két szembenálló és egymást kölcsönösen módosító belső és külső tényező együtt alkotják azt a dispositiós talajt, melyből azután valamely újabb hirtelen ártalom, mint dekompenzáló tényező felszínre hozhatja a kóros tüneteket.

Az alkohol biológiai ártalmait illetően még vitatkoznak az átörökléstan kutatói. Direkt, tehát domináns átöröklésre, ahol az utód ugyanolyan alakban betegszik meg, mint az ős volt, senki sem gondol —, annak ellenére, hogy sok alkoholista utóda válik ismét alkoholistává. Azonban a környezethatás (példa, sőt a szoktatás), amiről később szó lesz, olyan döntően szól bele az ilyen irányú fejlődésbe, hogy ezt a jelenséget átörökléssel magyarázni semmiképpen nem volna meggyőző.

Oppenheim szerint a neurasthénianak, illetve a neuropathiás alkatnak gyakori megalapozója az úgynevezett „toxicopathiás-terheltség”, vagyis az alkoholista, morphinista stb. szülőktől való leszármazás. Ezalatt azonban szintén nem ért valódi átöröklést, hanem csak az átöröklési theoria értelmében vett „*utóhatásról*” van szó. S bár az alkoholisták leszármazottainál feltűnően sokan betegednek meg nemcsak neurasthénianában, hanem kifejezett ún. psychoneurotikus betegségekben is, és a klinikák és poliklinikák neurotikusainak kórelőzményében — ahogyan *Brun* mondja — „ijesztő számban található ez a kitétel”: „az apa potator” —, *Meggendorfer* helyesen jegyzi meg a következőket:

„Lehetséges, hogy az esetek bizonyos számában a szülői csírasejt alkoholos mérgezettségének bizonyos utóhatásáról szó lehet — amelyet *Forel blastophoresisnek* nevezett, de *Forel* a maga idejében a leszármazottnál

tapasztalható minden kóros jelenséget ennek az ártalomnak tulajdonított és nem vette még figyelembe azt a tényt, hogy *a legtöbb súlyos alkoholista maga, sőt élettársa is* (mint alább a példákon is látni fogjuk) *ab ovo többnyire súlyos psychopathiás vonásokat mutat.*”

Összefoglalóan erről a kérdésről azt mondhatjuk, hogy bár az alkoholizmus okozta biológiai károsodás *mikéntje* az utódnál ma még nem teljesen tisztázott, *egy bizonyos*: az alkoholista szülő gyermeke, ilyen vagy olyan mechanizmussal, de biológiailag túlnyomó részben sérült, tehát csökkent teherbírású egyén.

Ezekre a gyermekekre hatnak aztán sokszor éveken át mindazok a komplex környezeti ártalmak, amelyek hatása alatt az is megbetegednék, aki a legjobb alkati adottságokkal jön a világra.

Áttérve az alkoholista szülő okozta *környezeti ártalmak* vizsgálatára, azoknak mechanizmusát nem lesz nehéz megérteni. Mielőtt azonban ezeket elvileg tárgyalnánk, szükséges, hogy előbb néhány jellegzetes eset, főleg anamnesis kapcsán vegyük szemügyre a helyzetet a maga brutális realitá-sában, a tipikusan ismétlődő környezeti ártalmakat s általuk a gyermek fejlődésében okozott károsodásokat.

1. *L. J. 3. évében levő fiú.* Magatartási panaszok miatt a *bölcsőde küldi be* vizsgálatra a következő panaszokkal:

„L. J. több mint egy éve áll gondozásunk alatt. Nehezen nevelhető gyermek, aki társaival nem tud közösen játszani. Kis pajtásai félnek tőle, mert minden ok nélkül hirtelen földre dobja tányérját az ebédnél, vagy egyszerűen kiborítja a kávéját. Ahogy valami helytelen dolgot cselekszik, azonnal megijed és valósággal remegni kezd. Ebből arra következtetünk, hogy otthon nagyon meg szokták verni. Ha kérdőre vonjuk, ijedtében be is vizez nyomban. Vannak napok, hogy szinte тұrhetetlenül viselkedik. A bölcsődében megpróbáltuk szép szóval, vagy valami játékkal lekötni, hogy nyugtalanságát enyhítsük, de — sajnos — igen kevés az eredmény. Foglalkoztatásnál nagyon kevés ideig lehet lekötni. „P. J.-né bölcsőde-vezető.”

A bölcsőde gyanúja alapos volt. A nem egészen három éves gyermeket, alkoholista apja veri. Egy év előtt pl. úgy megverte, hogy ujjainak nyomai napokig láthatók voltak a gyermek arcán. A gyermek azóta retteg az apától. A brutális apa a gyermek előtt feleségét is súlyosan bántalmazza. Az esti családi jelenetek miatt — hol munkavezetőitől kap az apa dorgálásokat, hol a körzeti rendőrség avatkozik a dologba — ugyancsak az anya feljelentésére.

Elvonókúra még nem történt. Ascendentia: *az apa apja szintén súlyos alkoholista* és igen agresszív ember volt. *Felesége — az apai nagyanya ezért felakasztotta magát.* A nagyapa 13 hónapig volt vizsgálati fogságban gyilkosság gyanúja miatt, de bizonyítékok hiányában felmentették. *Anyai részről: az anyja anyját ideggyógyászaton rendszeresen kezelik jelenleg is.* Anya maga szintén fokozottan ingerlékeny-, affekt-labil, neuropathiás egyén. A kisgyermeken — balkezességen kívül — sem a belső szervek, sem az organikus idegrendszer részéről elváltozás nem volt kimutatható. Intelligenciája korának megfelelő. Magatartási rendellenességeit az apa brutális magatartása vele és előtte az anyával eléggé magyarázza. Minthogy az apa nem hajlandó magát kezeltetni, s az anya nem válik, így a gyermeket a környezetből azonnal ki kell emelni, s megfelelő gyermekotthonba helyezni, ahol további orvosi, illetőleg pszichológiai megfigyelése és gondozása szükséges.

2. *M. G. 6 és fél éves fiú.* Időszakos lázas állapotok minden kimutatható belgyógyászati ok nélkül. Emiatt már több ízben volt kórházi kivizsgáláson. *A lázas időszakban, a már évek óta szobatiszta gyermek újból nappali beszélő- és bezízelővé válik.* Anya előadja, hogy az első ilyen lázas állapota a gyermeknek *egyik nagy rémülete után következett be: Az apa ittasan jött haza. Hangos szóváltás után verni kezdte az anyát, akinek eközben eleredt az orra vére. Az akkor 4 éves kisfiú, a jelenet tanúja,*

táguult szemekkel, pánik állapotban ült az ágyban. Azóta rettegett apjától és szaladt a sarokba, amikor az hazajött. *Az említett lázas állapotok gyakran reggel jelentkeznek, amikor a gyermeknek iskolába kellene mennie (I. osztályos). Általában nehéz rövid időre is eltávolítani anyja mellől.* Amíg ez az állapota tart, nem is lehet remélni, hogy iskolai közösségbe beilleszthető. Kivizsgálása ambulanciánkon még folyamatban van. *Egy 13 éves leánytestvérénél kifejezett neuropathiás panaszok szintén vannak.* Gyakori fejfájás, tanulási nehézségekkel, *alvászavar* és rendkívüli ingerlékenység. Gyakori sírás, és néha *dührohamok* is észlelhetők. Az apa 2 év előtt szívthrombosisot kapott. „Azóta ritkábban iszik” — mondja az anya, aki most szintén igyekszik jobban alkalmazkodni hozzá. „Ha viccelek vele, mikor ittasan jön haza és nem pörölkök, s ha kényeztetem és segíték neki levetközni stb. — akkor simán zajlik le a dolog” — mondja. Ha azonban az anya fáradt, rosszkedvűen fogadja, akkor mindjárt agresszívvé válik, belerug a bútorokba, az ajtóba stb. Az anya válásra nem gondol: „Két gyerek” — stb.-vel racionalizálja előbb —, majd kijelenti „de ragaszkodom is hozzá”.

Ascendentia apai ágon: apa apja súlyos alkoholista, jazz zenész volt. Szülők már korán elváltak. — Anya hagyta el iszákos férjét, s vele együtt a gyermeket, aki így az alkoholista apa mellett s annak családjában nevelkedett.

Az anyai nagyapa szintén súlyos alkoholista volt. Itt a férj hagyta el az anyát, amikor az a második gyermekkel — paciensünk anyjával — teherben volt. *Az anya egy fivére, az első gyermek az apával maradt és szintén alkoholista lett.*

3. K. E. 13 éves leány. Panasz: *Nem tud és nem akar tanulni.* Az idén az I. félévben megbukott. Ez a fő panasz, amiért az anya hozzá. *Közelebbi megbeszélésnél megtudjuk, hogy tavaly állandó hasi panaszai miatt vakbélműtétet végeztek rajta. A műtétnél derült ki, hogy a vakbél egészséges volt. Azóta is sokféle panasa van, gyomor- bél- és fejfájásról panaszodik minden kimutatható szervi elváltozás nélkül.* Rendkívül zárkózott, barátai nincsenek — elmélázó, ha szólnak hozzá, néha összerezzen. Éjjel nyugtalan alvó, dobálja magát. Kisebb korában pavor nocturnus.

Könnyen sír. Hétéves hugával súlyos *testvér-confliktusban* él. *Utóbbinál* egyébként még *éjszakai bevizelés* és szintén *pavor nocturnus* észlelhető. Az első gyermeknél, akinek születése fordítással történt, 5 hónapos korban eklampsia pneumoniával kapcsolatosan.

A gyermeknél a testi vizsgálatok a végtagok hyperhydrosisán kívül semmi kórosat nem mutattak ki, sem a belső szervek, sem a szervi idegrendszer részéről. A gyermek értelmi fejlettsége korának megfelelő. Logikailag és általános intellektuális tevékenységében teljesen ép, csupán assotiatív működései és általános reakciói kissé lassultak. Összpontosított figyelmet igénylő munkánál hamar kifárad. A súlyos élményektől megterhelt gyermek — belső lekötöttsége (összerezzen, ha szólnak hozzá) — mutatkozik meg ebben, mely őt alkalmazatlanná teszi a külső figyelmet igénylő szellemi munkára, így a tanulásra is. A neuropathiás alkatú gyermeknél egyébként már a szorongásos neurosisok indirekt alakjai, pl. *szerv-neurotikus jelenségek* is (mint láttuk a hasi panaszokat stb.) kezdenek kibontakozni.

Családi háttér: A súlyos alkoholista apa az anyával már e gyermekkel való első terhessége alatt is brutálisan viselkedett. A házasság az apa kibontakozó féltékenysége és agressziói miatt egyre romlott. — A második terhességnél kijelentette, hogy a gyermek nem az övé és családirást akart végezni. Jelenleg külön élnek, de az apa még nem lépett ki a családból. Fenyegetésekkel és könyörgésekkel szeretné visszaállítani a házaseletet. Az anya ellenáll. A gyermekek mindenről informálva vannak — főleg apjuktól, aki eszközül is felhasználja őket — az anyával szemben.

Ascendentia: *Apa apja és öccse is alkoholista,* de ott az ő anyja rendezett féltékenységi jeleneteket apjával szemben. Anyai oldalról a velük együtt lakó nagyanya erősen *paranoid* és leányával súlyos *confliktusban* él. Még orvosságot sem fogad el tőle, mert *megmérgeztetéstől fél* stb.

4. S. P. 11 és fél éves fiú. Panasz: *Apá és mostohaanyja hozzák be, egyre súlyosbodó magatartási rendellenességek miatt.* Előbb leromlott a tanulása, az azelőtt jó közepes tanuló most mindenből bukásra áll. Tavaly még csak a napközit kerülte, elsikkasztva az ebédpénzt — idén többször nem ment el az iskolába sem. *Két év előtt még éjszakai berizelő volt.* „Azelőtt csendes, magábvonuló gyermek volt, aki a veréstől rettenetesen félt” — mondja a mostohaanya. Verést azonban ennek ellenére bőven kapott, részben tőle, részben az alkoholista apától. Utóbbi időben titokban *tűzzel játszik.* Hazaszökik a napköziből, bemászik az ablakon — s ilyenkor kedvenc játéka, hogy papírt leönt petróleummal és meggyújtja. Nemrég *lopkodások is kezdődtek.* Előbb otthonról vitt el kisebb összegeket. Ebben az időben a rossz iskolai bizonyítvány miatt mindkét szülőféltől sok verést kapott. Nemsokára ezután egy *gyermek-tolvajbanda különböző akcióiban vett részt. Pl. betörték az iskola lezárt irodájába, s ceruzákat, töltőtollakat loptak. Feltörték az osztály-kasszát, papírokat ott is elégették stb.*

A vizsgálat a gyermeknél (Rorschach szerint is) feltűnően *erős indulati telítettség mellett* — mely különösen az apa felé irányult — általánosan *erős gátoltság* állapotát mutatta, mely *érzelmi elsívárlásban* — *családja egy tagja felé* szem mutatkozott már valóban *pozitív érzelmi kapcsolat* — és valami szellemi tunyaságban, *gondolkodási gátoltságban is megmutatkozott.* Ezért meglevő átlagos képességeit sem tudta kibontani. (Rossz tanuló.) *Mély rejtett dac és depressív alaphangulat egészítette ki a züllött és kriminalitásra kész, már manifesztálódni kezdődő antiszociális állapot képét.*

Háttér: Apa súlyos alkoholista. Ezért *elváltak*, amikor a gyermek 4 éves volt. A gyermek ekkor előbb az anyai nagyanyjánál, s rövid időre az anyjánál volt, majd különböző intézetekbe került. Ezután ismét a nagyanyjához, majd az apához került vissza, aki időközben *újból megnősült s újabb gyermeke is született.*

Ennél a gyermeknél az apai alkoholizmus nemcsak direkt ártalmaival hatott rombolóan a gyermek jellem-fejlődésére. Itt az alkoholizmus mellett és vele kapcsolatosan megtalálhatjuk *mindazokat a milieu ártalmakat, melyek egy gyermeket a disszocializmus útjára sodornak:*

a) *A család korai felbomlása az apa alkoholizmusa miatt. A gyermek ekkor 4 éves s megkezdődik ide-oda dobálása (hét és fél év alatt hat helyen volt).* Ilyen körülmények között *a nevelői környezet teljes instabilitása lehetetlenné teszi a gyermek pozitív érzelmi kapcsolódását nevelőihez, mely minden erkölcsi nevelés alapja, mert így személyiségének teglényesebb struktúrája, erkölcsi fékjei nem épülhetnek ki kellő szilárdsággal!*

b) *A gyermek brutális bántalmazása mind a sérült idegrendszerű apa, mind a mostohaanya részéről. Az amúgy is érzékenyen reagáló — kissé infantilis gyermek tele daccal és elkeseredéssel a szülők, majd általában a felnőttek világa ellen fordul.* Hogy az iskola sem volt a helyzet magaslatán és nem ismerte fel a gyermek valódi külső és belső helyzetét — így nem korrigálta, nem engesztelt ki semmit, bizonyítják a tények, hogy a gyermek nem volt jóban az iskolával sem. Iskolát került, oda tört be stb.

c) *A gyermeket mind az anyai családnál — az anya második házasságában, mind az apai oldalon felesleges, létszámfeletti személyként kezelték.* Különösen kidomborodott ez az utóbbi években, amikor a gyermek alkoholista apjával, mostoha-anyjával és féltestvérével élt együtt. *A súlyos önérzeti sérülések pedig — mint arra már többször rámutattunk — felnőttél és gyermeknél is egyaránt súlyos criminogén tényezők.* A gyermeket természetesen intézeti gondozásba kell venni.

Extrém súlyos tragédiához vezetett az apa alkoholizmusa a következő esetben:

5. J. P. 13 éves fiatalkorút *apagyilkosság vádjával hozták 1959-ben a Szöllő utcai átmeneti otthonba.* Apa segédmunkás, súlyos alkoholista. Anya szintén dolgozik, mert az apa gyakran van munka nélkül. Az apa általában kéthavonta változtatja munka-

helyét, nem is dolgozik már a szakmájában. A gyermek abban az évben az általános iskola VII. osztályába járt. Vidéken laktak egy szoba-konyhás családi házban, melyet OTP kölcsönrel építettek fel, kis zöldség- és gyümölcsöskerttel körülötte. E látszólag rendezett otthonban azonban szakadatlan veszekedések és verekedések vannak az apa alkoholizmusa miatt. „Amióta emlékszem, mindig veszekedtek” — mondja a gyermek. Az anya kisleányával már többször hazaköltözött a vele egy városban élő anyjához, de a férj mindig újból visszakönyörögte. „Anyám szereti apámat” — mondja a gyermek. „Ha ő nem állt volna mellette, már régen éhenhalt volna.” (Ez a mondat úgy hangzik, mintha a gyermek ezt anyja, vagy nagyanyja szájából hallotta volna.) 1959. február hóban az apa ismét ittasan jött haza. A gyermeknek el kellett mennie iskolába, de nagyanyja nemsokára érte küldött. „Jöjjön haza, mert az apa megsebesítette anyját.” A gyermek anyját a szomszédban találta, ahol sebeit kötötték. Erre szó nélkül átment a lakásukba, s a kamrából kihozott baltával két fejszecsapást mért az akkor már mélyen alvó apa fejére. Utána visszament, s ezt közölte anyjával. Az rémülten telefonált mentőkért, akik haldokolva szállították el a férjet.

A Szülő utcai intézet vizsgálatai megállapították, hogy a gyermeknél sem testi, sem szellemi téren kifejezetten kóros elváltozás nem mutatható ki. Igen értelmes. Mind primaer szellemi funkciói, mind magasabb logikai működései hibátlanok. Az otthon közösségébe simán beilleszkedett. Megelőzően iskolai közösségében sem voltak reá panaszok. Az intézet feljegyzi, hogy levelek tömege érkezett a szomszédoktól, iskolatársaktól, a gyermek iránti részvét és szeretet megnyilvánulásaival. Tágabb külvilágával tehát jó és megbecsült viszonyban volt.

A gyermeknél tehát sem psychosis, vagy psychoneurosis, sem valódi züllöttség jelei — mint pl. az előbbi gyermeknél — egyáltalán nem voltak kimutathatók. (NB. magam ezt a gyermeket nem láttam. Az intézet vizsgálatait és észleléseit közlöm.)

Érzelmileg rapport-képes. Érzelmi téren egyébként az egyetlen gyermek anyjához való túlerős kötődése észlelhető, mely az apa magatartása miatt is érthetően egyoldalúan csak anyjának jutott. Amíg apjáról és a tetről közönyösen, esetleg néha fel-fellobbanó gyűlölettel beszél, addig, ha anyjáról van szó, izgatót lesz, sír és anyját mindenképpen menteni akarja. A bírósági aktákból megállapítható azonban a következő: A gyűlölet az apa személye iránt mind az anyánál, mind az anyai nagyanyjánál kétségtelenül érezhető volt, sőt szavakkal is nemegyszer kifejeződéshez jutott. Anya ajkáról többször elhangzott veszekedés, vagy verekedés közben: „Meglátod, egyszer agyoncsaplak a baltával”. A gyermek, aki erősen anyjához kötődött, aki apját, kitől annyi brutalitást látott és szenvedett, úgy látszik csak gyűlölni tanulta meg, rémületében és fájdalomában, amikor anyját sebesülten, vérezve látta, hirtelen fellobbanó gyűlölettel úgy érzi, anyjáért és anyja helyett jogos bosszút áll. Ez nem volt rövidzárlat-cselekvés! A fiú a tett előtt és utána is masszívan, meggyőződéssel gyűlölt és tudatosan ölt. Sőt, tettét valamiféle hősi gesztusnak is érezhette, amikor anyjának, mint szolgálattevő, hű apród, tettét bejelentette. Hiszen hazahívták, hát — cselekedett. A gyermek Kalocsán fejezte be általános iskoláit. Ez azonban nem kielégítő megoldás a gyermek psychés jövője szempontjából. Úgy véljük, hogy a gyermeknek valami módon valódi belső correctiós neveléshez is kell majd jutnia. Itt az ascendentiből ismeretes a gyermek egyik nagybátyja, aki előbb az apai nagyanyját szúrta agyon, később pedig saját feleségét is válóperes osztozkodás kapcsán.

A szülő alkoholizmusa miatt neurotikus, vagy disszociális állapotba kényszerített — tehát társadalmilag adaptálatlanná torzult gyermekek tömege mellett az áldozatul esett gyermekeknek még egy kategóriájáról kell beszélünk: ezek azok, akiket az előbb vázolt családi atmoszférán kívül az a szerencse is ért, hogy akár mint példakép, akár egyenesen rászoktatás útján az alkoholista szülő őket magukat is alkoholistává tette. Nem egy fordult elő gyermek-psichiátriai

ambulantiánk anyagában is. Láttuk egyébként az előbbieken, hogy pacien-
seink alkoholista apái többnyire maguk is alkoholista apák mellett nevelked-
tek. *Dr. Székely Lajos nem szelektált anyagon végzett vizsgálatai is bizonyítják,
hogy jelentékeny azoknak a száma, akik a szülői otthonban már gyermekkorukban
jutnak alkoholhoz.* Adatai szerint: arra a kérdésre, hogy *fogyaszthat-e gyermeke
alkoholt már az alsó-tagozatos iskolás korában, a városi szülők 65%-a, a falusi
szülők 62%-a válaszolt igennel. Határozott nemmel falun 18%, városban a
szülők 28%-a felelt csupán.* A gyermekeknek feltett kérdések alapján (fővárosi
általános iskola keretében) viszont az derült ki, hogy az ő megítélésük szerint
közvetlen környezetükben rendszeres alkoholfogyasztó 41%-ban fordult elő.
Ez a kép — sajnos — felvilágosító munkánknak még nagy hiányaira utal.

Ezeknek az elindulásoknak *későbbi következményeivel* azután a Művelődés-
ügyi Minisztérium Szőlő utcai „Átmeneti Fiúotthonában”, s a Budapesti Or-
szágos Börtön Fiatalkorúak Intézetében, de nemegyszer *elmeosztályon*, sőt a
gyermekkorházak mérgezési osztályán is találkoztunk.

A *Fiatalkorúak-börtönében* találkoztam olyan fiatalkorúval, aki éppen
italért tört be az egyik Közértbe — karácsony előtt —, s az így szerzett italt
otthon alkoholista apjával együtt fogyasztotta el. Ebben az időben az anya a
kisebb gyermekekkel már elhagyta a férjét és ezt a legidősebb gyermekét.
A család tehát teljesen felbomlott. A fiatalkorú éppen munka nélkül is volt (nyil-
ván ez sem volt véletlen és független alkoholizmusától), anyjától és testvéreitől
*voltaképpen családjától teljesen elszakadva, súlyos depresszív állapotban követi
el, a környéken lakó két más munkanélküli társával, a betörést. A távolabbi,
apai felmenőágot és az anyai családot itt nem ismerjük.*

A fiatalkorúnál oly fokú nyugtalanság, irrealitás és agresszivitás volt ész-
lelhető, mely őt a börtönben társaival és feletteseivel is folyton konfliktusba
sodorta, és *kibontakozó elmebajra tette alaposan gyanússá.*

Ugyanott egy *emberölési kísérletet* elkövető s *egy tényleges emberölést el-
követett* fiatalkorúval is találkoztunk, akiknél az alkohol mind a nevelési at-
moszférában, az apánál, mind már saját alkoholizmusa alakjában is szerepelt.
A gyilkos fiatalkorú előadása szerint tettét teljesen öntudatlan állapotban kö-
vette el ideiglenes munkaadóján, akivel előző este italoztak, s aki ellen semmi-
féle haragos indulatot nem táplált.

Végtelenségig sorolhatnánk a gyermekpszichoterápiás ambulantiára
kerülő és idegbeteggé tett, vagy már nyilvánvalóan bűnöző, és a különböző,
letartóztatási intézetekben levő gyermekek sorát.

Ha most, a vázolt esetek kapcsán, megkíséreljük *az alkoholista szülő
okozta környezeti ártalmak mechanizmusát* kissé szemügyre venni, *két fő csoportra
oszthatjuk ezeket:*

A) direkt,

B) indirekt ártalmak.

A) 1. A direkt ártalmak között is elsőként említhetjük *a rémület, a pánik
állapotokat*, amelyek többnyire a kóros alkoholizmus állapotát mutató apák
agresszív magatartása következtében jönnek létre.

Szeretnék itt emlékeztetni de'Allende Navarrónak, a Monakow-Intézet-
ben *két papagáj* agyvelején végzett vizsgálataira.

Mindkét madár — megölésük előtt fél évvel — tartós félelemmel egybe-
kötött, nagy ijedtségen ment keresztül. Az egyik madarat úrnője távollétében
egy órán át kergette egy macska a szobában. A másik egy tó átrepülésénél a
vízbe esett, és csak nagy erőfeszítéssel tudott a fulladástól megmenekülni.
Mindkét madárnál a pszichés trauma után bizonyos idő múlva progresszív
bénulási jelenségek és epilepsziás rohamok fejlődtek ki. A szövettani vizsgál-
atok *mindkettőnél azonos leletet mutattak, tudniillik súlyos degeneratív elváltozást.*

sokat az agy védő-szűrő berendezésében, olyképpen, hogy a legsúlyosabb elváltozások a plexus chorioideán és az agykamrák környékén voltak.

E leletekkel a szerző azt akarta bemutatni, hogy egy, az indulati életben elszenvedett súlyos élmény, elindítója lehet az ún. ekto-mezodermás szűrő destrukciójának, annak összes következményeivel; vagyis a szűrő, a vér-liquor barrière átérésztő képességének fokozódásával előmozdíthatja az agy bármilyen eredetű intoxikálódását, s így súlyos szorongásos neurozisos, sőt organikus idegrendszeri elváltozások kialakulását is okozhatja.

Ha a gyermek átélései — az említett családi körülmények között — nem mindig ilyen viharosak is, mint a vázolt madár élmények, másrészt a magasabb idegtevékenység rendszerével felszerelt ember védekező képessége a külső ártalmakkal szemben nem hasonlítható össze közvetlenül egy sokkal alacsonyabb fokon szervezett madár idegrendszerével, mégis tagadhatatlan, hogy minél korábbi időszakban, és minél tartósabban van kitéve a gyermek idegrendszere ezeknek a hirtelen pánik állapotoknak, vagy tartós rettegéseknek, annál biztosabban megbetegszik, s a kóros fejlődés a pszichés zavarok területéről könnyen átnyúlhat organikus területre is.

2. A második direkt milieu-ártalom a fékező apparátusában többnyire súlyosan meggyengített alkoholista szülő szexuális ösztöneinek meztelenebb megnyilvánulásai a gyermek előtt. A trágár beszéd, sőt ilyen állapotban coitálás a gyermek jelenlétében, a közös hálószobában, nem beszélve a nem is olyan ritka, saját leánygyermekéhez való incesztuózus közeledésről.

Az esetek között ugyan most nem hoztam erre példát, de ambulanciánkon is nem egy esetben fordult elő ilyen.

3. Harmadik direkt ártalomként láttuk a csábítást, sőt egyenesen szoktatását a gyermeknek az alkohol élvezetére.

B) 1. Az indirekt ártalmak közé számítjuk: minden nevelési ártalmak leg-súlyosabbikát — amikor a szülői mintakép a gyermek szemében összeomlik.

Ha a társadalom követelményei, melyek a gyermekhez a szülőn, általában első gondozóin keresztül jutnak el, olyan nevelő szájából hangzanak el, akik a gyermek pozitív érzelmeit akár brutalitásuk miatt, akár egyb, a gyermek szemében őket lealacsonyító magatartásuk stb. okból elvesztették, s a gyermeket dacos elfordulásba, sőt ellenállásba kergették, azoktól a gyermek nemcsak, hogy nem fogadja el a követelményeket, hanem nyilvánvalóan és gyakran szándékos provokációkkal éppen az ellenkezőjét fogja tenni, mint amit tőle azok, s velük együtt a társadalom megkövetel. Az ilyen gyermek legtöbbször nemcsak beilleszkedni nem tud mindenkori közösségébe — az iskolában és a munkahelyen —, hanem ott ingerlékenységével, paranoid agresszivitásával, általában fékgyenge személyiségével állandó zavarok keltője lesz, s a környezet további ártalmi és az ő ténykedéseire való visszahatásai tehát az egyre jobban kifejlődő circulus vitiosus következtében egyre inkább társadalmon kívüli, magányos, csökkent munkabírású, neurotikussá, vagy az esetek többségében társadalomellenessé, bűnözővé válik.

Hogy a kóros személyiségfejlődés inkább a szorongásos, és gátolt munkaképességű neurotikus állapotok felé halad-e majd, vagy inkább az agresszív, impulzív vonalon a társadalomellenesség felé, abban az alkati adottságokon kívül — tapasztalataink szerint — nagy szerepet játszik az anya jelleme és magatartása is. Ha az anya szerető gondoskodással valamennyire képes az alkoholista apa ártalmait ellensúlyozni (az apa alkoholizmusa a leggyakoribb eset, ez a többség, ezért beszélünk mindig az apáról), úgy a gyermeknél inkább csak a neuro, ill. psychopathia, vagy a psychoneurózis jelei fognak mutatkozni. Ha azonban az anya is durván és türelmetlenül, brutális kitörésekkel kezeli a gyermeket — tehát a szülői agresszió, melyet a gyermek szeretethiánynak érez,

két oldalról is hat —, úgy inkább antiszociális irányt vesz a fejlődés. Több évtizedes tapasztalat alapján mondhatjuk, hogy szerepelhetnek az előzményben a legváltozatosabb kondicionáló tényezők, *de a brutalitás és erőszak minden bűnözés kialakulásánál jelenlevő tényező.*

2. *Az anya idegállapota azonban többnyire szintén igen rossz, s ez éppen a további indirekt ártalom.* Elsősorban, mint a példaknál láttuk, az anyák maguk is túlnyomórészt pszichopáthiás személyiségek, s ennek megfelelő családi háttérrel rendelkeznek. Az alkoholista, lezüllött férjjel való tartós együttélés folyamán, a gondterhelt élet, s az állandó feszültség nyomán az esetek többségében az exhaustív neuraszténia, a reaktív depresszió, sok esetben a pszichoneurózisok különböző alakjai, leggyakrabban hisztériás jelenségek fejlődnek ki náluk is.

3. Végül, *de nem utolsósorban, a gyakori válás, a család szétzüllése, a gyermek ide-oda való dobálása, esetleg újabb házasság és mostoha belépése mindig komoly veszélyeztető tényező a gyermekre nézve.*

A Művelődésügyi Minisztérium Gyermekek- és Ifjúságvédelmi Osztályán Havas Ottóné által végzett országos felmérés alapján az alkoholizmus miatt veszélyeztetett gyermekek közül 1959-ben anyjával és természetes apjával 84,1%, 1961-ben 81,5% élt együtt. Tehát ezek közül különvált 1959-ben 15,9% 1961-ben 18,5%.

Ha felbomlanak az ilyen házasságok, az valóban nem meglepő. Inkább meglepő az el nem való feleség, a krónikus alkoholisták állapotát évekig tűrő asszony. Még elgondolkodtatóbb az a jelenség, amit nemegyszer látunk, hogy amikor az asszony végre elválik alkoholista férjétől, újból férjhez megy egy másik alkoholistához. Hogy esetleg miképpen egészítheti ki egymást a két házaspár pszichoneurózisa, vagy hogy a látens gének mennyiben játszanak itt szerepet — mert megfigyelhető, hogy gyakran olyan asszonyok maradnak az alkoholista férj mellett, akiknek családjában szintén számos alkoholista volt —, vagy talán éppen mert megszokták már, s csak „bocsánatos bűnnek” tekintik stb., a sokféle lehetőség taglalásába itt nem mehetünk bele, ez külön vizsgálat tárgyát képezheti.

Összefoglalva az eddig mondottakat, megállapíthatjuk a következőket:

1. A szülő alkoholizmusa sokszorosan veszélyezteti a fejlődő gyermek mentális egészségét, mind biológiai adottságaival, mind súlyos milieúrtalmával.

2. Az alkoholista szülői környezetben személyiség fejlődésében *minden gyermek zavart szenved, csak különböző alakban és mértékben.*

3. A gyermeknél, mint a példák mutatták, a fenti ártalmak következtében elsősorban az ún. neuropáthiás vagy neuraszténiás jelenségek bukkannak felszínre, mint fokozott általános ingerlékenység, agresszivitás, fáradékonyság stb.

Ezen a talajon épülnek később ki a különböző milieu-ártalmak hatására, s azok különböző összetétele szerint — vagy a pszichoneurózisok vagy a társadalom szempontjából legsúlyosabb következmények, a bűnözések különösen az agresszív bűnözések betörők, gyilkosok és öngyilkosok. Itt is megmutatkozik a kettő közös talaja —, továbbá az epilepsziák és azok különböző aequivalensei.

Mint a bevezetőben említettem: ahogy a múltban az ún. illegitim gyermekek töltötték ki az állami gondozás keretének jó részét, úgy ma az alkoholisták és gyakran az elvált alkoholista szülők gyermekei képezik egyik legsúlyosabb problémáját az állami gondozás kérdésének.

A Művelődésügyi Minisztérium Gyermekek- és Ifjúságvédelmi Osztályának már említett statisztikája szerint, a nem megfelelő körülmények között élő gyermekek közül 1959-ben 27 000-ból 4135, azaz 15,3%, 1961-ben, a IV.

negyedévben felmért 15 000 gyermek közül 2500, azaz 16,6% volt a szülő alkoholizmusa miatt *súlyosan* veszélyeztetett. Ezekben csak a legsúlyosabb esetek foglaltatnak.

Még kedvezőtlenebb képet mutatnak a Szőlő utcai Átmeneti Otthonban — ahová tudvalevőleg bírósági tárgyalás előtt kerülnek be a manifeszt bűnöző gyermekek — a dr. Kútvolgyi István pszichológus által végzett vizsgálatok adatai. Eddig 200 fiú és 200 leány fiatalkorú bűnöző családi körülményeit tekintette át, s a következőket találta :

Alkohol közvetett hatása (ahol tehát nem a vizsgált, hanem valamelyik családtagja alkoholista)

Apa, nevelőapa:	48,5%
Anya:	3,0%
Mindkét szülő:	4,5%
Eltartó testvér:	1,5%
Összesen	57,5%

volt alkoholista a bűnöző fiatalkorúak családjában.

Nem alkoholista szülő: 42,5% volt.

Az alkohol közvetlen hatását észlelte, vagyis maga a fiatalkorú ivott rendszeresen:

Fiúknál:	4,0%
Leányoknál:	29,0%

t.i. a leányok túlnyomó része titkos prostitúció miatt kerül be, amelyhez az alkoholivás szorosan kapcsolódik.

Az alkohol közvetett és közvetlen hatása eszerint:

Fiúknál:	61,5%
Leányoknál:	86,5%-ban észlelhető.

Még egy adat:

A Heim Pál kórház intoxikációs osztályára

1955—60 között	44 gyermek
1961-ben	14 gyermek
1962. I. 1-től V. 15-ig	10 gyermek

került be veszélyes alkoholmérgezett állapotban.

Amint az eddigi adatokból láttuk, az alkoholizmus ma hazánkban mind minőségi, mind mennyiségi szempontból a legjelentősebb és legsürgősebben megoldandó állami és társadalmi feladatok egyike. Különösen égető ez gyermekpszichiátriai, illetve gyermek-elmevédelmi vonatkozásban.

Az alkohol elleni küzdelmet — nézetünk szerint — éppoly intézményesen és kötelezhetően kellene megszervezni, ahogy annak idején a syphilis ellen oly sikeresen történt.

A munka két fő területre tagozódnék:

I. A már manifeszt alkoholisták és családjuk gyógygondozására.

II. A megelőzés területére.

Ad I. *Gyógygondozó hálózat kiépítése, pszichológiailag képzett védőnővel, pszichiáter által vezetett szakambulanciákkal, illetve a meglévő ambulanciák ügykörének kiterjesztése preventív tanácsadás és utógondozás irányában is. Ezenkívül megfelelő ágyszámú, külön kórházi osztályok létesítése. Fenti gondozóközpontok (lásd a Szovjetunió: narkológiai rendelkezések, Norvégia: józansági tanácsadók stb.) nyilvántartásba vennék a krónikus alkoholistákat, elsősorban persze azt a két kategóriát, amelyeket az új törvénykönyv is kiemel:*

a) akik családjuk békéjét, egészségét, gazdasági helyzetét veszélyeztetik és

b) a bűnt elkövetőket.

De nem hagyható ki a gondozásból a családtalan, de önveszélyes, megrokkánás felé haladó krónikus alkoholista sem.

A kémiai elvonókúrát valamilyen pszichoterápia minden esetben ki kell, hogy egészítse, mert tapasztalataink szerint, amelyeket gondozottaink elvonókúrán átesett hozzátartozóinál szereztünk, többnyire rövid ideig tartott a hatásuk.

1. A pszichoterápia, az esetek súlyossága szerint különböző alakban történhetik. Esősorban *munkatherápiás telepen*, ahol megfelelő körülmények között él és dolgozik az elvonókúrán átesett beteg, vagy addigi foglalkozásához lehetőleg közel eső, vagy kívánsága szerint ipari vagy mezőgazdasági munkában. A telepen, az elmebetegek és a súlyosan bűnöző fiatalokúak nevelő intézeteihez hasonlóan, munkatherápiás és egyéni valamint csoport terápia, illetőleg korrigáló nevelés is folya.

A bentlakók jövedelmének egyharmadát maguk, egyharmadát családjuk, akikről egyébként az állam a szükséghez mérten ügyis gondoskodik, egyharmadát az intézet szórakozási és kulturális alapja kapná. E telepek mellett még jobban szolgálhatná a célt a csehszlovák mintájú „absztinenciás falu” létesítése.

2. A kevésbé súlyos esetek számára a kúra után, a már elvonó kúrán átesettek utógondozásánál a gyógyítási eredmény stabilizálására *absztinens klubok* létesítése, ahol a sikeres kúrán átesettekkel közös szórakozásban, helyesebben csoporttherápiában részesülnének, kezdetben célszerűen pszichológus irányítása mellett.

3. Olyan területeken, ahol valamilyen okból egyik intézményforma sem létesíthető, néha jól működhetik *a képzett védőnő*, akinek érdeklődése, esetleg segítő beavatkozása (munkáshelyezés vagy egyéb), már megteremtheti az érzelmi kapcsolatot és azt az atmoszférát, melyben a beteg nem érzi magát elhagyatottnak, van valaki, aki érdeklődik sorsa iránt, szükség esetén segítségére van stb. Ezeknek a baráti látogatásoknak kapcsán egyben az egész család helyzete és az alkoholbeteg állapotának ellenőrzése is megtörténhetik, a feleség, a család kioktatása a helyes magatartásra a beteggel szemben.

Ad II. *A prevenció e téren egybeesik általában a pszichoneurózisok és a bűnözés prevenciójával, amely nem egyéb, mint egy szakszerűen és racionálisan kiépített gyermek- és családvédelmi hálózat, a terhes anya testi-lelki gondozásától kezdve, a felnőtt korig.*

Az alkoholizmus elleni sikeres küzdelem *nemcsak egészségügyi, hanem döntően fontos népgazdasági feladat is*: mert az alkoholista nemcsak önmagát teszi beteggé, és szökkenti magasra a betegállomány óraszámait, vagy termel selejtet, megy idő előtt rokkant állományba, sőt öngyilkosságba, elmeegógyintézetbe v. börtönbe, hanem feleségének és egész családjának egészségét tönkretéve, egész generációkat mérgez meg, *lehetetlenné téve szilárd emberi bázis megteremtését, egész jövő életünk számára.*

Д-р Ю л и я Д ь е р д ь : Влияние алкоголизма у родителей на развитие ума и личности у детей.

Dr. J. G y ö r g y : Die Wirkung der elterlichen Trunksucht auf die geistige bezw. Persönlichkeits-Entwicklung des Kindes.

Tanulmányút Victoriában

Ausztráliában töltött tanulmányutam során előbb-utóbb arra a felismerésre kellett ébrednem, hogy valójában nem egy országból, hanem tényleges államok szövetségéből áll ez a hazánknál sokszorta nagyobb, de megközelítőleg ugyanannyi lakossal bíró földrész. Sydneyben dolgozom, de már többen felhívták figyelmem a victorai Mental Health program különbségeire és ezért az adódó alkalmat megragadva Melbournebe utaztam néhány napra. Szerencsésnek mondhatom magam, mert személyesen az Elmeegészségügyi Hatóság elnökéhez Dr. E. Cunningham Daxhez kerültem, akinek segítségével rövid idő alatt is viszonylag éles képet kaphattam a victorai elmeügy helyzetéről és problémáiról. (Meg kell jegyezmem, hogy egész Ausztráliában a mental health független — egyenesen az egészségügyi miniszter alá rendelve.)

A második világháború utáni években a különböző napilapok cikkei nyomán került előtérbe a victorai elmebetegek kétségbeesítő helyzete. A kormány felkérésére Londonból Professor Kenedy látogatta végig a különböző intézeteket és az ő beszámolója után kérték fel dr. Daxet az elnöki munka átvételére. 1952-t irtak akkor és a helyzet valóban már tűrhetetlen volt: az ápoltak korszerűtlen épületekben voltak elhelyezve, háborúból visszamaradt katonaköpenyeket hordtak, rosszul voltak élelmezve elhanyagolt közegegészségügyi körülmények között. Elmaradt elméletek uralkodtak a gyógyításban, hiányos volt az orvosi és ápolói ellátás is. Dr. Dax első tevékenysége a személyzet moráljának felemelése és egy általános nagytakarítás elrendelése volt. Az első lépések után az elnök nagy propaganda munkába kezdett; minden elközelíthető helyen és időben beszélt és írt, részt vett gyűléseken és hangot adott a problémáknak, úgyhogy rövid időn belül a kormány, a sajtó, a jótékony egyesületek mint élő problémát kezdték kezelni az elmeügy kérdését, mindent megtettek azért, hogy az elmebetegek megfelelő emberi ellátásban részesüljenek, igyekeztek megadni a legszükségesebbeket: a közösség megértését és bőséges anyagi támogatást.

A megfelelő alapok megteremtése után Dax nekikezdett a teljes átszervezésnek. 1952-ben a megközelítőleg 5000 betegnek 38 orvos viselte gondját. Ezt a számot kilenc év alatt sikerült 120-ra emelni, úgy, hogy az ötven százalék már szakorvosi képesítéssel rendelkezik.

A Diplom in Psychological Medicine a Melbourne Egyetem felügyelete alatt két részben szerezhető meg. A fiatal orvosok első évüket egy vidéki elmeosztályon töltik, ahol módjuk van elsajátítani a pszichiatria legáltalánosabb módszereit, megismerni az idült betegek problémáit és résztvenni a munkatherápiás programban. Ezután tehetik le vizsgájuk első részét a Psychologia, Physiologia és Anatomia tárgyköréből. A második év már a fővárosban egy rehabilitációs osztályon, a harmadik pedig egy akut részlegben telik el, miközben különböző kurzusokon, betegbemutatókon, vitákon, vesznek részt az orvostovábbképzési program keretében. A szakképesítés megszerzése a Pathológiából, Neurologiából és Pszichiátriából tett vizsga eredményétől függ.

Az orvosi karnak hatalmas segítséget jelent a ma már minden osztályon dolgozó psychologist, social worker és occupational therapist. Számuk minden évben jelentősen növekszik. Külön „pszichiatriai ápoló” képzés folyik, melynek következtében jelenleg 800 szakképzett, de még 1600 szakképzetlen ápoló dolgozik a különböző kórházakban. Sikerült elérni, hogy minden dolgozó számára szolgálati lakást biztosítsanak.

Második legfontosabb cél az átszervezés során megfelelő környezet teremtése volt. Ennek keretében 150 kórtermet újítottak fel az ágyak, berendezési tárgyak, kicsi ablakok kicserélésével, sőt ahol lehetőség nyílt, a hatalmas termeket kisebbekre osztották. Nagy figyelmet szenteltek a konyhák, fürdők, mellékhelyiségek minél hygienikusabb berendezésére, az állandó melegvíz szolgáltatásra.

„Asylum to Community” c. könyvében Dax a múlt legsúlyosabb bűnét a betegek passivitásba süllyedését rója. Ez ellen a leggyorsabban fellépett, megszüntette az ún. szolgai munkát és ipari munkalehetőségek megeremtésén fáradozott. Ma már az összes kórháznak fejlett foglalkoztató egysége van, ahol a betegek széleskörű aktivítási lehetőségek között válogathatnak. A legkedveltebbek a kosárfonás, asztalos munka, hímzés, babakészítés, illetve a különböző művészi tevékenységek (rajzolás, festés, szobrászat). A kibocsátás után a victorai Alkalmazottak Szövetségének egy külön részlege igyekszik álláslehetőségeket közvetíteni és a gyengébb képességűek számára külön műhelyeket felállítani. A „nyitott ajtó” elve érvényesül a kórtermek legnagyobb részében, minden kórház kapuja tárva-nyitva, most bontják a régi, magas kerítéseket. Megszűnt a nemek éles különváltsága; táncestek, közös csoportfoglalkozások rendezése már bevett szokás, de most új vegyes kórtermek létrehozásával próbálkoznak

ahol a nappali helyiségek és az étkezők közösek, csak a hálótermek és fürdők vannak elválasztva. Igyekeznek kisebb csoportokat szervezni, amelyek tagjai napjaikat együtt töltve egymást jobban megismerve, baráti beszélgetésekkel és közös munkával könnyebben járják meg a resocializáció útját. Az orvosi kar, de főleg az ápoló személyzet aktívan részt vesz a betegek foglalkozásaiban, igyekezve megteremteni az optimális „környezet therapiás” lehetőségeket.

Kórházaik szervezésében Victoriában a lehetőség szerinti szakosítás elve uralkodik. Élesen megkülönböztetnek Pszichiatriai Klinikákat, Elme Kórházakat és Szellemi visszamaradottakkal foglalkozó Intézeteket. Az első kettő főleg az önkéntes és hivatalosan beutalt (voluntary and recommended) betegek aránya különbözteti meg. Új létesítmények a különböző Felvételi Központok, ahová irányítják lehetőség szerint az összes új betegeket. A Royal Park Admission Center — ahol jártam — csupán 250 ágygal rendelkezik, de 3500 felvétele volt a múlt évben. Ez is jelzi, hogy munkájuk elsősorban a diagnosztizálás és az akut kezelés, betegek 24 órától 3 hónapig tartózkodnak általában a klinikán. A kórház igazgatója dr. Cade a lithium terápia egyik első gyakorlati megvalósítója. Acut mániás betegek kezelésében még ma is egyedül üdvöztőnek tartja és véleménye szerint napi 3-szor 600 mg-mal nem kell félni túladagolási tünetektől. Egyébként is a pharmacotherapy meggyőződéses híve, osztályán nem alkalmaznak sem csoport, sem egyéni psychotherapiát.

Rövid múltra tekinthet vissza, de már sok hívet szerzett a Nappali Kórház (Day Hospital) intézménye. Legfőbb előnye a kiadások csökkenése és a társadalomtól való teljes elzártság megszüntetése. A Malvern Klinika még három részlegről áll: bennfekvő betegek, nappaliak és rendelőtintézetiek. Az utolsó évben a rendelő 700 beteget látott el, a 60 férőhelyes Nappali kórház pedig 195-öt kezelte. Ez utóbbi részleg betegei elsősorban a neurotikusok közül kerülnek ki, de még így is kb. 25% a schizophréniások száma. (Acute sch., összeférhetetlen psychopatha, alacsony intelligenciájú személy nem alkalmas erre a kezelési formára.) A kezelés elsősorban a csoportos foglalkozásokon alapszik, amelyek pontos program szerint vannak elfoglalva minden nap. Hasonló módszerrel dolgozik az Observatory Clinic, fektető részleg nélkül már. Profilját elsősorban a gyermekpszichiátria adja — betegek fele kb. gyermekekből adódik. A kezelés azonban nemcsak a gyermekekre, hanem szüleikre is kiterjed egyéni és csoportos foglalkozások keretében. Minden hét egyik estéjén club estét tartanak régi betegek számára, melyet különösen hasznosnak tartanak egyedül élők számára.

Bár a Royal Park férfi betegeinek 40%-a valami módon szoros kapcsolatban van az alkohollal, a törekvés elsősorban ezen betegek elkülönített kezelésére irányul. Rövid bennfekvő kezelés után inkább mint bejáró betegeket kezelik és a hangsúly főleg az Alcoholics Anonymous clubbok munkáján van, ahol a régi alkoholisták találkoznak, filmeket néznek, előadásokat hallgatnak és elbeszélgetnek problémáikról. (Az alkoholizmus Ausztráliában égető kérdés, bővebb tanulmányozást érdemelne.)

Jó példája az átalakítás lehetőségeinek a Kew-i majdnem 100 éves Mental Hospital esete. Itt helyezték el a geriatricus betegek legnagyobb részét és megfelelő barátságos otthont biztosítottak számukra. Az öreg falakat átfestették, az ablakokra függöny került és a betegeknek tehetségük szerinti elfoglaltságot adtak. Ma a hangulat vidám, a betegek elégedettek és csak a komor épület emlékeztet a múltra.

Mély benyomást keltett bennem a Calderon Klinika munkája. Feladatuk az elmeosztályokról kibocsátott betegek utógondozása. Kétezer betegnek viselik gondját komoly sikerrel. Kibocsátás után ők keresnek munkát számukra és az alacsony szellemi képességűeket, valamint lassú mozgású krónikus schizophréniákat saját műhelyükben helyezik el. A régi betegek kb. havonta keresik fel a klinikát és számolnak be munkájukról, egészségi állapotukról. Mióta a klinika megkezdte működését, a kórházak fluctuációja lényegesen csökkent, kevesebb a visszaeső beteg. Dr. Fordyce igazgató a folyamatos gyógyszerelés híve és véleménye szerint, ahogy a betegek abahagyják gyógyszerik szedését, három hónapon belül visszakerülnek a kórházba. Psychotikus betegek számára napi átlag 200 mg Largactil fenntartó dosist ír elő és 1954 óta mindössze három májfunkciós zavart és néhány foto sensibilitást és káros fáradtságot észlelt.

A victoriái pszichiáterek kutatótevékenységét segíti, és egyezteteti, könyvtárat és adatgyűjteményt tart fenn, valamint széleskörű adminisztratív tevékenységet végez a Psychiatric Research Unit. Az intézet munkái közül a legérdekesebbek a statisztikai tanulmányok. Az állami kezelésben levő összes betegről pontos fejlepletet vezetnek, melynek segítségével minden lényeges adatot meg tudnak szerezni. Munkájuk eredményét tükrözi a Statisztikai Évkönyv, melyből érdemes néhány adatot megemlíteni. Csökkenő irányzatot mutat a beutalt betegek száma (10 000 lakosra kilenc év alatt 33,5—29,9), viszont lényegesen emelkedett az önállóan jelentkező betegek száma 0,7-ről 7,5-re. A diagnosztikus szerinti szisztematikus megoszlás a következő adatokat mutatta 1961. jún. 30-án.

<i>Diagnosis kategóriák</i>	Férfiak	Nők
Szellemileg visszamaradottak	31,7	24,9
Schizophreniak	43,1	44,0
Schizo-effectiv állapot	1,2	2,9
Depressiv reactio	2,0	6,2
Senilis psychosis	5,2	10,0
Organikus elváltozás	5,0	4,1
Alkoholizmus	8,3	3,6
Neurosisok	0,6	1,0
Psychopathiak	2,1	2,1
Nem diagnosztizált	0,8	1,2

Figyelmet érdemlő vizsgálat folyik az emigránsok problémáiról. A felvett esetek legnagyobb része paranoid szizophreniával és depressióval lett diagnosztizálva. Felmerült a kérdés, mi volt előbb az emigratio vagy az elmebetegség? Az utóbbi évek tapasztalatai azt mutatták, hogy az 1–3 éven belül jelentkezőknél a betegség előbb is fennállt már és a 7–15 év közötti megbetegedések az emigráció következményei. F. Schaechter vizsgálatai 63 újausztrál betegen arra a következtetésre vezettek, hogy nagy részük szegényebb néposztályból került ki, akik alacsony intelligencia fokkal (I. Q. átlag 84 alatt), és csekély iskolázottsággal rendelkeztek. Ezek a betegek kivándorlásuk után elszigetelt nemzeti közösségben éltek jobbára, nem tanultak meg angolul és nehezükre esett minden társadalmi asszimiláció.

Az Intézet igazgatója A. Stollar a mongolizmus aetiológiáját kutatja és tizennégy év adatait feldolgozva időszakos emelkedést és csökkenést talált, amely a fertőzőbetegségek hullámvására hasonlít. Ennek alapján a rubeolához hasonló a terhesség első három hónapjában bekövetkező maternalis fertőzést tételez fel. Nagy problémát jelent a szellemileg visszamaradt gyermekek problémája, ezért felkutatásukat most az iskolákban kezdték meg. Ehhez hasonló érdekes munkája az Intézetnek a falusi kutatómunka, ahol végiglátogatva családokat próbálják kiszűrni a pszichiatriai megbetegedéseket.

Beszámolómat J. R. Rees (Director of World Federation of Mental Health) szavaival szeretném zárni: „Hatalmas haladást ért el a Psychiatria az utóbbi húsz esztendőben, de ehhez még szükséges az emberi megértés, jó tervek és anyagi lehetőségek, melyek egyedül is még nagyobb előrelépést és jobb szolgáltatást tudnak nyújtani azoknak, akik azt leginkább igénylik”.

Dr. Füredi János

A Pavlov Ideg- és Elme Szakcsoport 1964. június 11-i tudományos ülésén elhangzott előadások rövid kivonata

Dr. Wurfer Béla (Orsz. Traumatologiai Int. idegseb. oszt.): Betegbemutatás. Optochiasmális arachnitis klinikai képét utánzó temporalis astrocytoma. 36 éves nőbetegnél gyorsan progrediáló látásromlás lépett fel, amely az optochiasmális arachnitis typusos klinikai képét mutatta. Az elvégzett műtét a diagnosist igazolta, azt követően a beteg látása jelentősen javult. Három héttel a műtét után intracranialis nyomásfokozódás tüneteivel tért vissza a beteg. A neurológiai lelet és a kontrasztvizsgálatok alapján jobb temporalis tumort mutattak ki, amelyet második craniotomiával távolítottak el.

Dr. Haffner Zsolt és dr. Kómár József (István kórház idegoszt.): Arteria vertebralis syndroma. Szerzők két typusos arteria vertebralis syndromat ismertettek. A diagnosist a jellegzetes anamnesis és a fejforgatásra jelentkező nystagmus, valamint „drop-attack” alapján állították fel. Conservatív therapiát alkalmaztak (óvatos nyaki húzás). Ennek hatására a spontán „drop-attack” megszűnt. Összefoglalták a pathomechanizmusra és therapiára vonatkozó nézeteket.

Dr. Komáromy László (Orsz. Traumatologiai Int. idegsebészeti). Az art. communicans anterior aneurysmáinak műtéti megoldása Dutton eljárásával. Ha az art. comm. ant. saccularis aneurysmájának nincs leköthető nyaka, palliatív megoldáshoz kell folyamodni. Dutton erre a célra az aneurysmazsák folyékony műanyaggal való bevonását javasolta. A műanyag néhány perc alatt polimerizálódik, megköt és az így létrehozott kemény burok megakadályozza az újabb ruptúrát és subarachnoidealis vérzést. Két eredményesen operált eset került ismertetésre.

Dr. Fényes György, dr. Slowik Felicia és dr. Deák György (Orsz. Idegsebészeti Tud. Int.). Operált intracranialis chondroma. Az intracranialis chondromák irodalmának ismertetése utána szerzők egy 19 éves nőbetegről számoltak be, akinek nagy kiterjedésű — a durán tapadó — porcdaganatot távolítottak el a bal fronto-parietális vidékről. A műtét után teljes neurológiai gyógyulás következett be. Az esetismertetés után közlik e rendkívül ritka daganatfajta pathomechanizmusára vonatkozó elméleteket.

Klimaxos kiesési tünetek, férfi vagy női klimax-szal kapcsolatos osteoporosis, arthritis, incontinentia, spondylosis, involútiós melancholia, ostitis deformans, osteoporosis senilis, periferiás keringési zavarok, Raynaud-kór, angina pectoris, ulcus ventriculi et duodeni, Cushing-kór, hypophyzer cachexia és panhypopituitarismus, prostata hypertrophia, lactatio megszüntetésére, Chiari—Frommel syndroma esetén alkalmazható az új

AMBOSEX

prolongatum olajos injekció

Az oestrogen és androgen nemi hormonok hypophysis gonadotrop hormonra gyakorolt gátló hatása összegeződik, extragenitalis hatásaik fokozódnak a fenti kombinációban. A sexuai spherára gyakorolt hatás szempontjából antagonizálják egymást. Az injekció gyors és egyben tartós hatású is a testosteron észterek különböző idejű felszívódása miatt.

Összetétel:

1 ampulla (1 ml) 1 mg oestrol. benz.-ot 4 mg oestrol. phenylprop.-ot, 20 mg testosteron prop.-ot, 40 mg testosteron isocapron.-ot tartalmaz olajos oldatban.

Adagolás:

Általában havonta 1 ml (1 ampulla) szükséges. Osteoporosisban havonta 2 ml egyszerre, vagy két adagban.

Az injekció kizárólag intramuscularisan, mélyen a farizomba adható!

Forgalomba kerül:

1 ampulla	18,70 Ft
25 ampulla	436,— Ft

Megjegyzés:

SZTK terhére csak abban az esetben rendelhető, ha az adott esetben a beteg gyógykezelését más — szabadon rendelhető — gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Forgalomba hozza:

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

no-spa

tabletta és injekció
(Nospanum hydrochloricum)

Összetétel: Tablettánként és ampullánként 0,04 g Nospanum hydrochloricum (6,7,3',4'-tetraethoxy-1-benzal-1,2,3,4-tetrahydroisochinolin. hydrochlor.) hatóanyagot tartalmaz.

Javallatok: A simaizomzat görcse által okozott működési zavarok és fájdalmak megszüntetése, illetve azok megelőzése.

Epe- és vesekőkolikák, cholecystopathiával kapcsolatos görcsök, cholelithiasis, cholecystitis, nephrolithiasis, pyelitis, cystitis, továbbá a műszeres vizsgálo eljárásokkal kapcsolatos simaizomgörcsök stb. A gyomor-bélhuzam görcsös állapotai: ulcus ventriculi és duodeni, cardia- és pylorospasmus, obstipatio spastica, colitis, proctitis, tenesmus. Hypertóniások akut vérnyomásingadozásai — a szokásos egyéb vérnyomás-csökkentőkkel együtt adagolva, angina pectoris, coronaria-görcs, továbbá dysmenorrhoea, a terhes méh ingerlékenységének csökkentése, szülés alatti méhszűrgörcs, elhúzódó rágulás, utófájások, fenyegető veteles stb., valamint műtét utáni szélkólika esetében.

Adagolás: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3x1—2 tablettá, illetve naponta 1—3x2—4 ml subcutan, intramuscularisan, vagy heveny körohamok megszüntetésére 2—4 ml szokásos módon lassan intravénásan befecskendezve. Peripherias érszűkület esetén intraarteriálisan is adható. Gyermekek az életkornak és testsúlyuknak megfelelően arányosan kevesebb adagot kapnak.

Fekélybetegeknek célszerű atropinnal, vagy atropin hatású gyógyszerekkel együttesen adagolni.

Megjegyzés: SZTK terhére szabadon rendelhetők.

Csomagolás: 20 db á 0,04 g tablettá 5,60 Ft

100 db á 0,04 g tablettá 28,— Ft

5 x 2 ml á 0,04 g ampulla 6,80 Ft

50 x 2 ml á 0,04 g ampulla 68,— Ft

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