

# A HISZTÉRIA ÉS A PATHONEURÓZISOK

PSZICHOANALITIKAI ÉRTEKEZÉSEK

IRTA:

Dr. FERENCZI SÁNDOR  
ORVOS

BUDAPEST, 1920

DICK MANN KIADASA, ERZSÉBET-KÖRUT 14

Dr. FERENCZI SÁNDOR munkái:

# LÉLEKELEMZÉS

Értekezések

Második kiadás.

---

---

# LELKI PROBLÉMÁK

Ertekezések

Második kiadás.

---

---

# IDEGES TÜNETEK

keletkezése és eltünése

Értekezések

Második kiadás.

---

---

# A HISZTÉRIA

és a pathoneurózisok

---

---

# A PSZICHOANALIZIS HALADÁSA

Ertekezések

*Verecske*  
926. VIII. 12

# A HISZTÉRIA ÉS A PATHONEURÓZISOK

PSZICHOANALITIKAI ÉRTEKEZÉSEK

IRTA:

Dr. FERENCZI SÁNDOR  
IDEGORVOS

BUDAPEST, 1919  
DICK MANÓ KIADÁSA, ERZSÉBET-KÖRUT 14



INTERNATIONAL  
PSYCHOANALYTIC  
UNIVERSITY

DIE PSYCHOANALYTISCHE HOCHSCHULE IN BERLIN

Jóka\* és Löbl Mór Egyesített R-T., Budapest, Király-utca 27

## Előszó.

A hisztéria vizsgálatából indult ki az egész pszichoanalízis 1894-ben, mikor *Breuer és Freud* kiadták megfigyeseiket a hisztériás tünetek lelki mechanizmusáról. Ugyanebből az időből származik még együttesen irt gyűjteményes munkájuk: a »Studien über Hysterie« (Deuticke, Wien, III. kiadás.) Azóta az immár önállóan dolgozó *Freud* több kisebb-nagyobb dolgozatban igyekezett a hisztériáról alkotott nézeteit fokozatosan fejleszteni; e dolgozatok a »Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre« négy kötetében vannak elszórva. (Kiadójuk: H. Heller & Co. Wien). Kiemelendő közülük a »Bruchstück einer Hysterie-Analyse« és a »Hysterische Phantasien und ihre Beziehung zur Bisexualität«. Mélyreható közléseket tartalmaz a hisztériáról *Freud* legújabbán megjelent bevezető műve: »Vorlesungen, zur Einführung in die Psychoanalyse«, (kiadja: H. Heller & Co., Wien), melyben különösen a hisztériás tüneteknek az érzelem- és indulatkifejező mozgásokkal való analogiája van alaposabban kifejtve.

Ebbe a sorozatba igyekeznek bekapcsolódni itt közölt önálló dolgozataim is. Megalkotásukra a gyakorlat kényszerített, annak a szüksége, hogy az észlelésem alá kerülő hisztéria-esetek megértését a pszichoanalízis egyéb területeinek (pl. a kényszerneurózis tanának) már sokkal magasabb színvonalához közelítem. Az első értekezés\* (a »pathoneurózisok«-ról) nem vonatkozik kizárólag a hisztériára, hanem azokat a pszicho-biológiai megfontolásokat közli, amelyek nélkül a következők nem volnának kellőképp érthetők. A második: a »hisztériás materializációs jelenségekről« összefoglalja azt, ami újjal a hisztéria elméletéhez a magam részéről hozzájárulhatok. A harmadik a hisztériás

stigmáknak eddig csak szomatikus oldalról vizsgált tüneteit nézi meg a lélekelemzés szemüvegén keresztül. A negyedik értekezés alkalmazni igyekszik az új megismeréseket a hisztéria-analízis technikájára, az ötödik egy hisztériás hipochondria-esethez fűz néhány megjegyzést a hisztériának más kórformákkal való kombinálódásáról, a két következő előadás pedig a háborús hisztériák elemzése révén a traumás neurózisok problémájára akar némi világot deríteni.

Az egyes dolgozatok egymástól teljesen függetlenek, csak a bennük érvényesített elméleti felfogás közössége adja meg egységüket s jogosít fel engem arra, hogy többi dolgozataimtól elválasztva, külön kötetben adjam közre őket.

Budapest, 1918 november havában.

*Ferenczi Sándor.*

## I.

# Pathoneurózisok.

Egy 22 éves ifju azzal a panasszal jött hozzám, hogy sokat foglalkoztatják »szadisztikus« (részben mazochisztikus) fantáziák. Mellesleg felemlítette, hogy egyik heréjét — tuberkulotikus elfajulás miatt — nemrég műlélileg eltávolították. Hónapok mulva ismét felkeresett s tanácsomat kérte, vajjon egy sebészorvos javaslatára másik heréjét is kiirtassa-e, miután az időközben szintén megbetegedett. Feltűnt a betegben, hogy nem volt deprimált, amint az várható lett volna, sőt sajáttságosan izgatott, mondhatnám emelkedett hangulatban volt. Ugy véltem, nem illett a helyzet tragikumához az a kérése sem, hogy majd a műtét után pszichoanalitikai kezelésben részesítem, »mert hogy az organikus libido kikapcsolása után a psziche kóros eltolódásait könnyebben, zavartalanabbul lehet ismét helyrehozni«. Erre a gondolatra néhány pszichoanalitikai munka tanulmányozása után jutott. — A műtét kivételéről való döntést a sebésznek engedtem át, a lelki gyógy mód sikeréről pedig tagadólag nyilatkoztam. A kasztrációt pár nappal később végre is hajtották.

Rövid idő mulva a beteg apjától kétségbeesett levelet kapok, melyben elpanaszolja, hogy fiának jelleme és életmódja olyan feltűnően megváltozott, hogy elmebajtól kénytelen tartani. A fiu különösen viselkedik, elhanyagolja tanulmányait, a zenét is, mellyel addig olyan szerettel foglalkozott; nem akarja szüleit látni, s e viselkedését azzal indokolja, hogy szerelmes egy lányba, kinek apja a város egy tekintélyes polgára.

Ezek után még kétszer volt alkalmam a fiatal embert viszontláthatni. Először az erotomániás és vonatkoztatási jelleg állt nála előtérben. Az a lányka szerelmes

belé (ezt különféle apró jelekből látja), de az egész világ az ő genitáléját nézi, egyesek példálódzó megjegyzéseket tesznek, úgy, hogy emiatt egy fiatalembert kénytelen volt párbajra hívni. (E tényt atyja megerősítette.) Majd megmutatja ő az embereknek, hogy ő férfi! A pszichoanalitikai irodalomból szerzett ismereteit arra használja fel, hogy betegségét másokra tolja, különösen a szüleire. »Anyám tudattalanul szerelmes belém, azért viselkedik velem szemben olyan különösen.« Anyjának nem kis rémületére be is avatta őt ebbe a titokba. A betegnek ebben az időben, amint ez parafréniánál olykor előfordul, bizonyos ön-észrevevése is volt a benne végbement változásról. Nemcsak az emberek változtak meg, más lett ő maga is. Ahhoz a leánykához való szerelmének már nincs meg az az ereje, mint előbb, de majd ön-analízis útján ismét rendbehozza a dolgot.

Néhány héttel később láttam a beteget utoljára. A kórfolyamat időközben gyorsan haladt előre, s feltűnően közeledett — bár a beteg maga ezt nem vette észre — valamennyi paranoiás megbetegedés gyökeréhez, a homoszexualitáshoz. Úgy érzi, mondotta, hogy férfiak »befolyásolják«. Ez a befolyás változtatta meg szerelmeséhez való érzéseit is. A befolyásolást, mint a legtöbb parafréniás, gondolat-átvitelnék képzeli. Eleinte ugyan nem fejezi ki egészen világosan, de csakhamar sejteni engedi, hogy őt tulajdonképen az egész világ homoszexuálisnak tartja. Részletesen elmond egy esetet, amikor végre is elhagyta önuralma. Vasuton utazott, a fülkében vele szemben egy kis, nevetséges férfi ült, aki gunyosan mérte őt végig, mintha azt akarta volna mondani »téged megkoitálhatnának«. Az az eszme, hogy még ez a kis, férfiatlan férfi is asszonyszámba veszi, rendkívül felizgatta, s ekkor forgamzott meg benne először a bosszu-gondolat, hogy: »téged még én is megkoitálhatlak«. Mindamellet a legközelebbi állomáson menekvésszerűen hagyta el a vonatot, sőt odahagyta podgyászát is, amely aztán hosszabb ideig nem került elő. (Hivatkozom arra, hogy az álmfejtésből a »podgyászt« mint genitál-szimbólumot ismerjük, úgy, hogy itt a podgyász elvesztését mint az elszenvedett kasztrációra való utalást foghatjuk fel.)

A beteget nemsokára intézetben kellett elhelyezni, és

így további sorsáról keveset tudok. Annyit hallottam, hogy elbutulása rohamosan halad előre.

Dé az a kevés is, amit az esetről tudok, elég fontos ahhoz, hogy behatóbban foglalkozzunk vele.

Mindenekelőtt feltűnik, milyen pregnáns kifejezést nyer a beteg téves eszméiben a homoszexualitás, amelyhez, mint e lelki kór gyökeréhez, különben rendszerint csak elemzéssel juthatunk el. Egyébként már *Moricheau-Beauchamps* (Poitiers) és magam is közöltünk ilyen eseteket. A paranoiás, kinél eleinte csak egészen zavaros vonatkoztatási és gyanúsítási téveszmék mutatkoznak, később egyebek közt a homoszexualitásának is tudatára ébredhet, persze csak jogosulatlan gyanúsítás formájában, egészen úgy, mint ahogy a kényszerneurotikus, kinek betegsége képtelen kényszerképzetekben nyilvánul meg, idővel ezekben a kényszer tünetekben, tehát én-jétől idegenül, elibénk tárhatja bajának egész reális lelki hátterét.

Sokkal mélyebb problémához vezet azonban esetünk, ha abból a szempontból tekintjük, hogy vajjon itt a lelki kórt, a paranoiát, a kasztráció *traumatikusan* váltotta-e ki? A férfi kasztrációja, »elférfiatlanítása« ez esetben igen alkalmas arra, hogy a gyermekkor elfojtott biszexuális emlékeiből felelevenítsen vagy előidézzon feminin fantáziákat, amelyek aztán a beteg téveszméiben nyernek kifejezést.

Esetünk különben nem egyedülálló e tekintetben sem. Évekkel ezelőtt közöltem egy esetet, melyben »az analis erogén zóna izgalma, mint tébolyodottságot kiváló ok« szerepelt. A férfibeteg, akit akkor észleltem, végbél-műtét után tört ki az üldöztetési téboly. A végbelen megéjtett beavatkozás is nagyon alkalmas volt arra, hogy a betegnél homoszexuális aktus elszenvedéséről keltsen vagy újraélesszen fantáziákat.

A trauma-teória, melyet a neurózisok keletkezéséről a pszichoanalízis eredetileg felállított, mind a mai napig helytállónak bizonyult. *Freud* újabb elmélete a nemi konstitúcióról és annak hajlamosító jelentőségéről a neurózisok keletkezésénél: nem dönti meg a traumatant, csak *kiegészíti* azt, úgy, hogy elvileg mit sem vethetünk a *traumatikus paranoia* lehetősége ellen, amelynél normalis

nemi konstitúció dacára bizonyos élmények adják meg a lökést e neuro-pszichózis kifejlődéséhez.

A Freud-féle szexuálkonstitúció-tan szempontjából tekintve, a paranoia egy narcisztikus neuro-pszichózis. E kántalomban olyan egyének betegednek meg, akiknek szexuális fejlődése a narcizmusról a tárgyszerelésre való átmenet vonalán szenvedett zavart és akik azért arra hajlamosak rá, hogy a homoszexuális — tehát a narcisztikus-hoz közelebb álló — tárgyválasztásra essenek vissza.

«A narcizmus bevezetése» című dolgozatában Freud többek között megemlékezik arról a feltevéséről is, hogy a testi betegek szerelmi életének sajátságos megváltozása (a libido visszavonása a tárgyról és minden egoisztikus meg libidinosus érdekek az én-ben való összesűritése) szintén bizonyíték amellet, hogy a felnőtt normalis ember tárgyszerelme mögött a korábbi narcizmus nagy része lappangva tovább él és csak az alkalomra vár, hogy érvényesülhessen. Valamely testi megbetegedés vagy sérülés tehát egészen könnyen eredményezheti a narcizmusra való — traumatikusnak mondható — regressziót, vagy ennek neurotikus változatát.

Időközben szaporodtak a testi betegek libidinosus viselkedésére vonatkozó megfigyeléseim s ezért felhasználom ezt az alkalmat arra, hogy egyet-mást közöljek az organikus megbetegedés vagy sérülés folytán keletkező neurózisokról, melyeket *betegségi-* vagy *pathoneurózisoknak* neveznék el.

Kitűnt, hogy a külvilágból visszavont libido számos esetben nem az egész én-ben, hanem főleg csak a megbetegedett vagy megsérült *szervben* gyülemlik fel s a megbetegedett vagy sérült helyen idéz elő tüneteket, amelyeket helyi libido-szaporulatra kell vonatkoztatnunk.

Olyan emberek, akiknek odvas, vagy egyéb okból fájós foguk van, képesek nemcsak egész érdeklődésüket a külvilágtól el, s a fájós hely felé fordítani — ami elvégre érthető —, hanem ezt a helyet egyben egészen sajátságos kedvkielégülésekre is használják fel, melyeket másnak, mint libidinosusnak nem nevezhetünk. Szopják, huzák, szivják a nyelvükkel a beteg fogat, turkálnak benne mindenféle instrumentummal s maguk is bevallják, hogy ezeket a manipulációkat kifejezett kedvvezés kíséri. Azt

kell mondanunk, hogy itt a betegség keltette ingerek foly-  
tán valamely testrész, egészen úgy, mint a hisztériánál,  
*genitális kvalitásokat* vett fel, szóval »genitalizálódott«. Egy  
tőlem analizált eset alapján állíthatom, hogy az ilyen fog-  
paresztéziák a pszichében orálerotikus és kannibalisztikus  
fantáziák fellépésére adhatnák alkalmat, vagyis megfelelő  
módon átalakítják a pszichoszexualitást is. Az orális cro-  
tikát hasonló izgalmi állapotba hozhatják — mint Freud-  
tól tudom — hosszantartó fogkezelések, fogszabályozá-  
sok is.

Egy gyomorbeteg, kinek egész érdeklődését az emész-  
tés kötölte le, azt a jellemző kijelentést tette, hogy »rossz  
ízűnek érzi az egész világot»; úgy látszott, mintha egész  
libidója is gyomra köré volna összpontosítva. Talán va-  
lamikor sikerülni fog az organikus betegségeknel észlel-  
hető jellembeli átalakulásokat mint az »én« reakciós kép-  
ződményeit, a libido ilyen eltolódásaiból megérteni. Azt  
szokták mondani, hogy a gyomorbetegek »epések«, be-  
szélnék phthisikus salaxról, stb.

Gyermekorvosoktól tudom, hogy pertussisnál a fertő-  
zőes folyamat gyógyulása után még évek múlva is fellép-  
hetnek ideges köhögéshámok; ezt az apró hisztériás tü-  
netet is úgy magyaráznám, hogy a szervben, mely beteg  
volt, libido halmozódott fel.

Az *anális erotika* feléledése bélbajok után, többnyire  
neurotikus mezben, az analizisek folyamán gyakran ész-  
lelhető jelenség.

Ezeket a példákat még könnyen szaporíthatnám, de  
célunkra ennyi is elég. Láthatjuk belőlük, hogy organikus  
megbetegedés következtében nemcsak narcisztikus, hanem  
esetleg még a libidinózus tárgyviszonyt megtartó, »indu-  
latátvivő« (hisztériás) libidózavar is felléphet. Ezt az állapo-  
tot *betegségi hisztériá*-nak (pathohisztériának) nevezném,  
ellentétben Freud *szexuálneuroziséval*, amelynél a libidó-  
zavar a primár, és az organikus funkciózavar a sekun-  
dár. (Hisztériás vakság, ideges asthma.)

Nehezebben határozhatóak el ezek az állapotok a *hi-  
pochondriától*, a Freud felosztása szerinti harmadik ak-  
tuálneurozistól. Különböznek ettől többek közt abban, hogy  
a hipochondriánál nincsenek és egyáltalában nem is vol-  
tak a szervekben kimutatható elváltozások.

A *traumás neurózis* erős lelki és testi megrázkódtatás következménye, számottevő testi sérülés *nélkül*. Tünetében a narcisztikus regresszió (a tárgylibido részleges visszavonása) keverve van a konverziós-, illetőleg szorongási hisztéria betegségi jeleivel, amelyeket tudvalevőleg az indulatátvivő-neurózisok közé sorolunk.

De milyen körülmények között fog a betegség vagy sérülés a narcizmusra való nagyobbfokú regressziót eredményezni és »betegségi narcizmust«, vagy valamely valódi narcisztikus neurózist előidézni? Ugy hiszem, ez három esetben következhetnék be. 1. ha a narcizmus alkatiilag — habár csak lappangó formában is — már a bántalom elszenvedése előtt is tulságosan erős volt, úgy, hogy valamely testrész legkisebb sérülése az egész én-t érzékenyen éri, 2. ha a trauma életveszélyes, vagy az egyén olyannak véli, azaz ha az én-t, általában a létet veszélyezteti, 3. végül úgy is elképzelhetjük az ilyen *narcisztikus regressziót* vagy *neurózist*, mint valamely *libidóval erősen telített testrész sérülésének következményét*, amellyel az egész »én« könnyen azonosítja magát. Most csak ezzel az utolsó eshetőséggel óhajtok foglalkozni.

Tudjuk, hogy a libido eloszlása a testben nem egyenletes, hogy vannak *erogén zónák*, amelyeken a libidínuszus energiák sűrítettebbek, feszültségük sokkal nagyobb, mint a test egyéb részein. Eleve feltehetjük, hogy e zónák sérülése vagy megbetegedése sokkal mélyrehatóbb libidózavarokkal jár, mint egyéb testrészeké.

Rövid pár hónapos kórházi szemorvosi praxisom alatt tapasztalhattam, hogy a *szemműtétek után fellépő pszichózisok* nem tartoznak a ritkaságok közé; e tényt különben a szemészet tankönyvei is kiemelik. A szem egyike a libidóval legerősebben telített testrészeknek, amint azt a neurózisok pszichoanalízisén kívül a szemgolyó értékéről szóló gazdag folklóre is bizonyítja. Érthető, ha a szem elvesztése, vagy ennek veszélye az egész én-t magával ragadja, vagy valamely narcisztikus betegségi neurózist vált ki.

Egy barakkórháznak vezetésem alatt álló idegosztályára a háboru egy éve alatt a sebészeti osztályról mindössze egy beteget helyeztek át elmeállapotának megfigyelése végett. 30 év körüli katona volt, kinek egy gránát egész

alsó állkapcsát szétroncsolta. Arcát a defektus irtózatosan eltorzította. Viselkedésében a naiv narcizmus volt feltűnő. Azt kívánta, hogy az ápolónővér naponta szabályszerűen megmanikürözze, nem akart a kórházi ételekből enni, mivel őt sokkal finomabb ellátás illeti meg, s ezt és hasonló kívánságait a querulánsok módjára számtalanszor megismételte. Ez tehát egy valódi »betegségi narcizmus«-eset. Csak hosszabb megfigyelés derítette fel nála elátszólag ártatlan tünet megett az üldöztetési téboly nyomait is.

Ezen e dolgozat írása közben olvastam egy referátumot *Wagner* »Vom Seelenzustand nach schweren Gesichtsverletzungen« című munkájáról. A szerző úgy találja, hogy az arcsérüléseket sokkal súlyosabb kedélyi depresszió követi, mint a többi testrészeknek bármily súlyos sebesüléseit. A sebesültek valamennyien azt mondták, hogy sokkal szivesebben veszítették volna el egyik alsó- vagy felső végtagjukat. Feltűnőnek találja azt is, hogy az arcsérültek milyen gyakran nézik magukat a tükörben.

Az arcot ugyan szorosabb értelemben véve erogén zónának nem nevezhetjük, azonban mint egy igen fontos részletösztonnek, az *exhibíciónak* színtere, mint legszembetűnőbb fedetlen testrész, elsőrendűen szexuális szerepet tölt be. Könnyen elképzelhetjük, hogy egy ilyen jelentőségteljes testrésznek az eltorzulása nagyobbfoku praedispozíció nélkül is narcisztikus regresszióhoz vezet. Egy esetben magam is észleltem muló jellegű parafréniaszerű érzelmi tompultságot, amely egy szép fiatal lánynál lépett fel arcműtét után.

Az egész én-nek az arccal való azonosítása általános emberi dolog. Valószínűnek tartom, hogy »a libidonozus gerjedelmek áthelyezése alulról felfelé«, (*Freud*) amely az átszellemítés időszakában megy végbe, az arcnak eleintén csak exhibíciós nemi szerepét — nyilván az élénk véredénybeidegzés segítségével — bizonyos tekintetben »genitalizálja«. (Valamely testrész »genitalizálódása« alatt *Freud*-dal annak periodikusan fokozott vérbőségét, átnedvesedését, turgescenciáját értem, a megfelelő idegingerek kíséretében.)

Testünk másik polusa, az *anus* és a *végbél* tudvalevőleg életfogytiglan megtartja erogénitásának egy nagy

részét. Fent idézett esetem, melyben az analis erogén zóna izgalmá mint paranoiát kiváltó ok szerepelt, amellet szól, hogy a betegség narciszmushoz és neurotikus variánsához innen is járható ut vezet.

Az erogén zónák között egészen különleges helyet foglal el a *genitále*. *Freud* óta tudjuk, hogy már korán átveszi a fejlődés során az összes erogén zónák közt a vezérlő szerepét oly módon, hogy a többi zónák erogén funkciója a genitále javára csökken. Ez a vezérlő szerep egyébként még abban is megnyilvánul, hogy bármely erogén zóna izgalmá azonnal izgalomba hozza a genitálét is, úgy hogy a genitále, mint erotikus központi szerv, a többi zónákkal ugyanolyan viszonyban van, mint az agy az érzékszervekkel. A szexualitás narcisztikus fejlődési fokának — amint azt *Freud* felvette — nyilván előfeltétele egy ilyen szervnek a kifejlődése, amely a többi erotizmusokat összefoglalja. Bizonyosnak vehetjük, hogy a genitále és a »narcisztikus én« (*Freud*) között életfogytiglan a legbensőbb kapcsolat áll fenn, sőt alighanem a genitále alkotja azt a középpontot, amely körül a képződő narcisztikus »én« kikristályosodik. E feltevéshez lélektani bizonyítékot szolgáltatnak az álmok, a neurózisok, a folklór és az élcek, melyekben az én-nek a genitáléval való azonosítása sűrűn szerepel.

Ezek után azon sem lepődhetnénk meg, ha kiderülne, hogy a genitáliák megbetegedései vagy sérülései alkalmassak arra, hogy a betegség narciszmusra való regressziót idézzenek elő. Itt mindenekelőtt az ugynevezett *puerperális pszichózisokra* utalok, amelyeket bizonyára nem »infekcióra«, sem banális »izgalomra«, hanem a központi erogén zónának a szülésnél elkerülhetetlen sérülésére kell visszavezetnünk. E pszichózisok nagyrésze, mint ismeretes, a parafréniák (*dementia praecox*) csoportjához tartozik. De a genitálénak más megbetegedései is, gonorrhoea, syphilis, stb. — különösen a férfinennél — súlyos kedélyi rázkódtatásokat idézhetnek elő, az egész ént a bántalmi körébe vonhatják. Egy olasz nőorvosnak az a túlzott állítása, hogy a nők összes elmebetegségei genitális- és adnexmegbetegedésekre vezethetők vissza, nem más, mint a genitális pathoneurózis lehetőségének jogosulatlan általánosítása. A kiválasztási szervhez, (itt a vagi-

nához) füződő fájdalmas gyönyör részben átmegy a kiválasztási termékre (a gyermekre). Így válik érthetővé az is, hogy sok anya éppen »Schmerzenskind«-jét szereti legjobban. Erre az analogiára *Freud* figyelmeztetett.

Megengedem, hogy a genitális vagy a többi említett zóna laesiója éppen úgy eredményezhet hisztériás, tehát nem narcisztikus neurózist is, azonban ceteris paribus ezek a helyek minden másnál alkalmasabbak arra, hogy megbetegedésükre vagy sérülésükre narcisztikusan reagáljanak. Azt hiszem tehát, hogy a bevezető sorokban között esetben is, melyben a paranoiás megbetegedés kasztráció után lépett fel, a genitális zóna sérülésének joggal tulajdoníthatunk nemcsak banális »kiváltó«, hanem specifikus kóroktani jelentőséget.

Ezt ez utóbb állításunkat a felhozott, részben elméleti megfontolásokon kívül egy igen gyakori elme-kórtani megfigyeléssel is támogathatjuk. Parafréniában (dementia paraecox) szenvedő betegek számtalanszor panáskodnak bizonyos testrészeiken fellépő sajátságos érzésekről, így pl.: hogy az orruk görbe, szemük állása megváltozott, fejformájuk eltorzult, stb. jóllehet a megfelelő testrészeket a legpontosabb vizsgálattal sem mutathatunk ki tárgyi elváltozást.

Nem lehet véletlen, hogy ezek a hipochondriás érzések oly gyakran éppen az arcon, a szemén (nem ritkán a genitáliákon) jelentkeznek, tehát ugyanazokon a testrészeket, amelyeknek narcisztikus jelentőségét éppen az imént emeltük ki. Még feltűnőbb, hogy a parafréniások igen sokszor éppen ezeken az erogén zónákon követnek el öncsonkításokat: kasztrálják magukat, kiszurják a szemüket stb., vagy felszólítják az orvost, hogy az arcukon, orrukon kozmetikai műtétet végezzen.

*Freud* közléseiből tudjuk, hogy a parafréniánál az ilyen lármás tünetek az öngyógyítási tendencia szolgálatában állanak, és így az önvakítás és önkasztráció esetében is fel kell tennünk, hogy a beteg e brutális beavatkozás árán az imént említett fajtájú hipochondriás-narcisztikus paresztéziáitól akar megszabadulni. Mindenesetre már az a tény maga, hogy a tisztán pszichogén parafréniában éppen az erogén zónákon tud ilyen paresztéziákat előidézni, és hogy a beteg ezekre való reakció

gyanánt épen az öncsonkítás eszközéhez nyul: határozottan amellett bizonyít, hogy ez a folyamat megfordítva is végbe mehet, hogy tehát ezeknek a narcisztikusan fontos testrészeknek traumatikus vagy patológiás zavara inkább vonhat maga után narcisztikus pathoneurózist, mint a többi testrészeké.

Ezt a reciprocitást centrális és perifériás izgalmi állapotok között egyebünnen is jól ismerjük. Így pl. valamely bőrseb viszkethet, viszont a központi eredésű viszketés vakaródzáshoz, más szóval a viszkető rész bőrének felsebzéséhez vezethet, tehát az önsebzés egy nemét idézheti elő.

Hogy valamely testi sérülés, vagy valamely szerv betegsége minő uton tudja a libido eloszlását megváltoztatni, az még egészen homályos, egyelőre be kell érünk a tény pusztá megállapításával.

De ha egy kutya megsebzett talpát órákig nyaldossa, helytelen racionalizálás volna föltenni, hogy ezáltal valami orvosi gyógyhatásra, sebének fertőtlenítésére stb. törekszik. Sokkal valószínűbb, hogy libidója fordul fokozott mértékben megsebzett testrésze felé, amellyel ilyenkor oly gyöngéd szeretettel bánik, mint különben csak genitáliáival.

Mindezek után nem valószínűtlen, hogy megsebzett vagy megbetegedett testrészeken nemcsak a fehér vérszettek sereglenek össze »chemotaktikusan«, hogy reparáló tevékenységüket kifejtsék, hanem hogy ott a többi szervek készleteiből nagyobb libidómennyiség is halmozódik fel. Talán e libidószaporulatnak része van a meginduló gyógyfolyamatokban is. »Mit wollüstigem Reiz schliesst sich die Wunde geschwind« (Mörrike.)

Ha azonban az »én« e lokális libidószaporulat ellen elfojtással védekezik, akkor *hisztériás*-, ha tökéletesen azonosítja magát vele, úgy *narcisztikus pathoneurózis*, esetleg csak egyszerű *betegségi narcizmus* lehet a sebesülés vagy betegség következménye.

E folyamatok további vizsgálata előreláthatólag világosságot fog deríteni néhány, szexualelméletileg még nagyon homályos problémára, különösen a *mazochizmus* és a *női genitálitás* kérdéseire.

A mazochisztikus tevékenység, bármilyen bonyolódott

és átszellemített alakot öltön is később, *Freud* szerint eredetileg mindig a test bőrfelületén játszódik le. Ugy látszik, hogy elkerülhetetlen bőrsébzések minden embernél létrehoznak lokalizált traumatikus libidószaporulatot, amely — bár eredetileg tiszta autoerotizmus — később megfelelő körülmények között igazi mazochizmus magvává válhat.\* Annyi mindenesetre bizonyos, hogy a mazochizmusnál hasonló módon lép fel a megsebzett testrészen libidószaporulat, mint ahogy azt a betegség vagy pathoneurózis elősorolt eseteiben felvettük.

A női *genitálitást* illetőleg *Freud*-tól megtanultuk, hogy a nő genitális funkciója eredetileg egészen férfias, aktív, a klitorisához kötött, és csak a pubertás után válik nőiessé, passzívvá, vaginálissá. Ugy látszik azonban, hogy az első teljességgel nőies nemi élvezetnek éppen egy *testi sérülés* az előfeltétele, az, hogy a penis a hyment berepessze, a a vaginát pedig erőszakosan kitágítsa és kinyujtsa. Ugy vélem, hogy ez a sérülés, amely eredetileg nem nemi gyönyört, hanem fájdalmat okoz, a pathoneurózisok módjára másodlagosan viszi át a libidót a megsebzett vaginára, úgy amint hamarabb érik és édesedik a cseresznye is, ha madár csipte meg, vagy a féreg rágta.

Igaz, hogy a libidónak ez az áthelyeződése a klitorisról (aktivitás) a vaginára (passzivitás) a fajfejlődés során már szervesült, és többé-kevésbé e trauma nélkül is végbemegy. A szerelmi élet *Freud*-tól leírt típusainak egyike azonban — az olyan asszony, aki első tárását gyűlöli és csak a másodikat tudja szeretni — úgy látszik megőrizte számunkra a nőies (passzív) genitálitáshoz vezető fejlődési ut kétidejűségét: a testi sérülést követő elsődleges gyűlölet-reakciót, és a libido másodlagos átömlését a megsebzett testrésze, az eszközre, amely a sebzést ejtette, és arra, aki az eszközt viseli.

---

\* *Freud* szóbeli közléseiből tudom, hogy a mazochizmus mindig kasztrációs fenyegetésre vezethető vissza és úgy sejtem, hogy itt egy második, immár *neurotikus* folyamat vezet a normális genitál-ösztön elfojtásához és a fentemlített bőrmazochizmusnak, vagyis az *ösmazochizmusnak* regrediens, (persze már genitalizált) újraélesztéséhez.

## II.

# A hiszteriás materializáció jelenségei.

## Kísérlet a hiszteriás konverzió és szimbolika magyarázására.

„A féregtől az emberhez vezető utat megtették és sok megmaradt bennetek féregnek“.

(Nietzsche: Also sprach Zarathustra I. rész. Zsebkiadás. 13. old. Leipzig, 1909.)

Freud pszichoanalitikai kutatásai kiderítették, hogy a konverziós hisztéria tünetei tudattalan fantáziáknak testi eszközökkel való *ábrázolásai*. Így például a karnak hisztériás bénulása jelenthet — negatív ábrázolásban — agresszív cselekvési szándékot; egy görcs jelentheti egymásnak ellentmondó érzések viaskodását; valamely lokalizált anestézia vagy hiperestézia jelentheti tudattalanul megtartott és tovább szőtt font emlékét oly szexuális érintésnek, mely valamikor az illető testrészt érte. De a pszichoanalízis nem várt felvilágosításokat nyújtott afelől is, hogy mi a természete a hisztériás tünetképzésnél tevékeny erőknek; megmutatja a pszichoanalízis minden egyes esetben, hogy az idetartozó neurózisok szimptomatikájában erotikus és egoisztikus ösztönök jutnak kifejezésre és pedig vagy váltakozva vagy leggyakrabban együttesen, kompromisszumszerű képződményekben. Freud utolsó, döntő vizsgálata a neurózismegválasztásról végül felfedték a libidó fejlődéstörténetében azon genetikus rögzítési pontot is, (»Fixierungsstelle«) amely nélkül hisztériára való diszpozíció elő nem állhat. A diszpozíciót megalapozó momentumot a genitális erotika oly zavarában találta meg, mely azt normális fejlődési menetében és pedig már a genitális zóna teljes erejű primatusa idején,

érte. A diszpozíciót ily módon megszerzett egyén a lelki traumát szolgáltató erotikus konfliktusra vagy a genitális nemi ösztönök elfojtásával reagál vagy esetleg ezen ösztönöknek eltolásával a test oly pontjaira, melyek ártatlannabbaknak látszanak. Ezt úgy fejezném ki, hogy a konverziós hisztéria *genitalizálja* a test azon pontjait, amelyeken a tünetek nyilvánulnak. Az «én» fejlődési fokozatainak rekonstruálására irányuló egy kísérletem alkalmával módomban volt ráutalni arra is, hogy a hisztériás diszpozíciónak még egy előfeltétele van és pedig: a valóság iránti érzék fixáltsága egy bizonyos fejlődési periodushoz, mely fejlődési fokon a szervezet még nem a környező külvilág megváltoztatására igyekszik, hanem saját testének változtatásával — mágikus taglejtésekkel — kísérli meg a realitáshoz való alkalmazkodást. Alkalmasint az ezen fejlődési fokra való visszaesést jelenti a hisztériának taglejtéssel való beszélni-igyekvése is.

Belátással bíró ember nem tagadhatja, hogy e mondatok egy csomó új ismeretet tartalmaznak a hisztériás neurózisról, mely ismeretekről az analízis előtti neurológiának sejtelme sem volt. Mégis azt hiszem, hogy az elért eredmények feletti örömünk mellett is célszerű, ha e téren való tudásunk hézagaira ráutalunk. »A lelkiekből a testiekbe való azon titokzatos ugrás« (*Freud*), mely a konverziós hisztéria tüneteinek jellemzője, még mindig rejtély gyanánt áll előttünk.

E rejtély megközelítésére különböző utak választhatók, így többek között odavezethet ama sajátos innervációs viszonyok vizsgálata is, melyek némely konverziós tünetképzésének előfeltételei.

Hisztériás hűdésben, görcsökben, érzéketlenségben és fonákérzésekben a hisztériások azon képessége nyilvánul meg, hogy a érzéki inger normális odavezetését a tudathoz és a mozgató beidegzés normális elvezetését a tudattól megszakítsák vagy megzavarják. De eltekintve ezen, még lelki téren történő elváltozásaitól az ingerületi folyamatnak, ismerünk oly hisztériás tüneteket, melyek létrejötte határozott innervációs túlteljesítményt tételez fel, oly teljesítményt, melyre a normális neuropszichikai készülék képtelen. A hisztériás egyén tudattalan akarata oly moz-

gási jelenségeket, a vérkeringés oly elváltozásait, a mirigy elválasztás és a szövettáplálás oly rendellenességeit tudja létrehozni, amelyeneket a nem-hisztériás egyén tudatos akarata létrehozni nem képes. A gyomorbélrendszer, a hörgők, a könny- és izzadságmirigyek sima izomrostjai, az orr duzzadó testei stb. mindmegannyian szolgálják a hisztériás egyén tudattalan akaratának; a hisztériás beteg egyes oly innervációkat képes pld. a szemizomzaton és gégeizomzaton produkálni, melyek az egészséges számára lehetetlenségek; végül pedig közismert a hisztériás betegnek azon, bár ritkább képessége is, hogy helyi vérzéseket, hólyagképződést, a bőrnek vagy nyákhártyának duzzadásait lelki uton idézheti elő.

Ne feledjük, hogy nem kizárólag a hisztéria képesít ily teljesítményekre. A hipnózis és a szuggesztió, melyek a normális egyénre is többé-kevésbé hatni tudnak, ugyancsak idézhetnek elő hasonló jelenségeket. De vannak egyébként normális emberek is, kik gyerekkorukban »rászoknak« némely ily túteljesítményekre. Így például rászoknak különben csak szimmetriásan mozgatható izmok izolált egyoldalú innervációjára, vagy a szív- gyomor és bélműködésnek akaratlagos befolyásolására, az iriszizmok befolyásolására, stb. mely képességeiket utóbb esetleg mint »művészek« mutogatják. A gyermeknevelés munkája jórészt ily »kunsztokról« való leszoktatásban és más kunsztokhoz való hozzászoktatásban áll. De annyi bizonyos, hogy a gyermeknevelésnek előfeltétele, hogy az olyan szervi működések is befolyásolhatók legyenek, melyek később látszólag »automatikus« vagy »reflektorikus« benyomást keltenek, valósággal azonban nem ilyenek, hanem követései a gyermekkorban kapott és még ma is hatékony parancsszóknak. Elsősorban a végbél és a hólyag záró- és kiürítőizmainak szabályszerű működésére gondolok itt, a rendszeres időszakokban való elalvásra és felébredésre és más hasonlókra. Nem csekély továbbá — mint tudjuk — az indulatokkal kapcsolatos túteljesítő képesség sem; ismeretes, hogy az indulatok befolyásolni képesek a legkülönfélébb keringési és kiválasztási folyamatokat.

Ha közelebbi vizsgálat céljából azon túteljesítmények-

re szorítkozunk, melyek a hisztériás tünetképzésnél kerülnek alkalmazásra, ugy célszerű lesz, ha az itt adott lehetőségek szinte át sem tekinthető sokféleségből egy jól körülírt csoportot kiemelünk. E célra a gyomorbélhuzamon fellépő hisztériás tüneteket választom, melyek meglehetősen hézagatlan sorozatban állanak rendelkezésünkre.

A legközönségesebb hisztériás jelenségek egyike a *globus hystericus* tünete, a nyelőcső izomzatának az a sajátságos görcsös állapota, mely egy másik, ugyancsak nyelőcsőbeli tinnettel, a garatreflex hiányával együtt többnyire e neurózis stigmáihoz számíttatik. Egy másik vizsgálatomban a garatnak és a nyelőcső tájékának ezt az érzéketlenségét tudattalan fellatorikus, cunnilingvistikus koprophagiás stb. fantáziák reakciójára kellett vissza vezetnem, mely fantáziák a megjelölt nyákhártyarészek genitalizálásának köszönik eredetüket.\* Mig azonban ezen fantáziákat az anaesthesia negativ módon fejezi ki, a globus hystericusban pozitiv kifejezésüket lelik meg, amint minden pszichoanalízis alá vett eset igazolhatja. Maguk a betegek torkukba szorult »gombócról« beszélnek és bátran elismerhetjük, hogy a nyelőcső gyűrűs- és harántizomzatának összehúzódásai nemcsak vélt idegen test paraesthesiáját adják, hanem egy nemét az idegen testnek, a »gombócot« tényleg létre is hozzák a torokban. Igaz, hogy analízis után ez az idegen test egészen különös és épenséggel nem ártatlan testnek, hanem erotikus értelemben vett idegen testnek bizonyul. Az esetek nem épen csekély számában ez a »gombóc« hisztérikusan mozog fel- és lefelé, mely mozgás tudattalanul elképzelt genitális élményeknek felel meg.

Sok, neurótikus étvágytalanságban, hányási ingerben és egyéb gyomorbántalmakban szenvedő betegeknek az evés, vagyis valamely idegen testnek a tápcsatorna szűk és izmos tömlőjén keresztül való lecsuszása, tudattalanul ugyanolyan genitális inzultust jelent, mint a milyet a globusban szenvedők külső inger híján is elképzelnék. Pavlov-nak, a gyomornedvelválasztás lelki befolyásolásáról szóló vizsgálatai óta aligha is fog valaki azon csodálkozni, hogy ily fantáziák nyomában a gyomornedvszaporulat vagy

\* L. 16. old. (A hisztériás stigmákról).

csökkenés minden fokozata, a hyper—, és anaciditás minden fajtája felléphet.

»Infantilis szexuálteóriák« (Freud) alapján, melyek szerint ahhoz, hogy valaki- gyermekeket szüljön, valamely anyagnak a szájon át való bekebelezése szükséges, a tudattalannak megvan az a képessége, hogy a gyomor-, bél- és hasizomzat megfelelő »kunsztjai« révén, esetleg levegőnyelés segítségével is, *képzelt terhességet* produkáljon.

Még érthetőbb ennél a pszichoanalitikus számára, a valódi terhességgel kapcsolatosan fellépő és csillapíthatatlan hányás (vomitus gravidarum), melyet már oly különböző toxikologikus magyarázatokkal próbáltak értelmezni. A pszichoanalitikai tapasztalat e tünetek másfajta értelmezésére kényszerít. Oly elhárító, vagy kilökő célszert forog itt fenn, mely az uterusban tudattalanul megérett idegen test ellen, a magzat ellen irányul, e célszert azonban bevált minta szerint »alulról felfelé« tolatik el és a gyomortartalom kiürítésében kerül kivitelre. A hányás csak a terhesség második felében szűnik meg, midőn a gyermekmozgások a hisztériásokat is kényszerítik a végbement elváltozások és az észlelt szenzációk genitális lokalizációjának beismerésére; ami annyit jelent, hogy a hisztériások »Én«-je rezignál, alkalmazkodik az elháríthatatlan valósághoz és lemond a fantasztikus »gyomorszüleményről«.

Ismeretes, hogy kedélymozgalmak befolyással vannak a bélperistaltikára, hogy félelmet és ijedtséget hasmenés, féltő várakozást pedig záróizomgörcs-okozta székrekedés követhet. De, hogy mily rendkívüli mértékben hatnak e befolyások az egész életen keresztül és hogy mely képzetkomplexumoknak és ösztönöknek van itt speciális szerepük, ennek kimutatására ugyancsak Freud és az ő pszichoanalízise adott módot.

A vastagbélről egy tapasztalt bécsi belgyógyász, *Singer* professzor, már régen felismerte, hogy az mint emésztőszerv csekély jelentőségű, hogy tulajdonképpen *analis* természetű, a kiürítési funkciót uralja. Ezt a megfigyelést a pszichoanalízis igazolhatja és némiképp ki is egészítheti. Neurótikus betegeinknél, nevezetesen a hisztériásoknál, határozottan észlelhető, hogy a vastagbél bármelyik része szerepelhet sphinkter gyanánt és hogy a vastagbélben az

»en bloc« innerválás mellett, mely a bélsároszlopot lökészerűen hajtja előre, — lehetségesek finom árnyalatu és lokalizált kontrakciók is, melyek a bélsár-részletet vagy egy gázbuborékot valamely helyen rögzíteni, ott komprimálni, szinte formálni tudják, ami fájdalmas paraesthésiák kíséretében történhetik. Az ezen innervációkra különleges befolyást gyakorló képzetek feltűnő módon egy, a birtoklás, megtartás-, odaadninemakarás által jellemzett komplexumhoz tartoznak. Az analízis folyamán számtalanszor tapasztaljuk, hogy az a neurótikus egyén, kit akarata ellenére valamely értékétől vagy megbecsült tárgyától fosztottak meg, kárpótlásul béltartalmának egy részét huzamosabb ideig felhalmozza; valamely rég visszatartott vallomás megtételének szándékát rendkívül bő széklettel jelenti be; napokon keresztül »kóválygó szelek«-kel küzködik, melyek csak az orvossal szemben fennálló ellentállás feladása után távozhatnak, pl. ha az orvosnak szánt ajándékozást már semmi sem akadályozza. Ily belső ellenállás analízis gátlási és feloldási tünetei szívesen kísérik azon konfliktusokat is, melyek abból a kényszerűségből származnak, hogy az egyébként rokonszenves orvosnak honoráriumot kell fizetni.

Hónapokon át tanulmányozhattam egy esetben a végbélnek és magának az anusnak hiszterogén szerepét. Egy paciens, aki már mint idősebb agglegény és csak az apja biztatására nősült, később pszichikus impotencia miatt került kezelésem alá. Sajátságos fajta székszorulásban szenvedett időnként: érezte, sőt kinosan érintette amint a bélsártömeg a végbélben felhalmozódik, de képtelen volt a kiürítésére. Ha defekációra került is a sor, hiányzott a megkönnyebbülés érzete. Az analízis aztán kimutatta, hogy ez a tünet mindig olyankor lépett fel, mikor ő konfliktusba keveredett egy neki valamiképp imponáló egyéniségű férfival; végül aztán a tünet az ő tudattalan homoszexualitása egy megnyilvánulásának bizonyult. Valahányszor az ilyen férfival erélyesen szembe kellett szállni, egy tudattalan homoszexuális fantázia állotta útját gátló akadályként és ez okozta azt a kényszert, hogy ilyenkor a béltartalom mindig rendelkezésre álló plasztikus anyagából a bélfalazat kontraktilitásának segítségével egy himtagot formáljon és pedig éppen a tudatosan gyűlölt el-

lenfél himtagját, mely azután a bélből mindaddig nem akart távozni, míg a konfliktus valamikép el nem intéződött. Lassanként megtanulta a kúra folyamán a pszichoanalitikus elintézés-módot vagyis a belátást az itt vázolt konfliktusba.

Mi már most a közölt sorozat valamennyi tünetének közös sajátsága? Nyilván az a mit Freud így írt körül: valamely tudattalan nemi vágy ábrázolása testi eszközökkel. Ám épen ez ábrázolás mikéntjében van valami, ami beható méltánylást érdemel.

Ha globus hiszterikusnál a fellatio tudattalan vágya gombócot hoz létre a garatban; ha a tényleg vagy képzeletében terhes hisztérika gyomorfalából és tartalmából »gyomormagzatot« alakít; ha a tudattalanul homoszexuális végbelét és annak tartalmát meghatározott nagyságu és alaku testté formálja: akkor oly folyamatokról van szó, melyek lényegükben nem felelnek meg a »téves érzékelés« egyik fajtájának sem. Hallucinációknak nem nevezhetjük őket; hallucináció akkor jön létre, ha a cenzura valamely indulattelt gondolat-komplexumot a tudat felé progrediáló útjában feltartóztat és az annak megfelelő izgalommenyiség visszafutó, regresszív utra térve azon gondolatoknak az emlékezetben felhalmazott nyersanyagát újra megszállja és mint aktuális érzéki észrevevést juttatja a tudathoz.\* Ellenben motorikus folyamatok, melyek mint láttuk hisztériás konverziótünetek képzésében oly nagy szerepet játszanak a hallucináció lényegétől idegenek. Mert hiszen a gyomor illetőleg a bélfal összehúzódása a globusnál, a hisztériás hányásnál és székszorulásnál egyáltalán nem »képzelt« dolgok, hanem valóságosak. De illuzióról sem beszélhetünk itt e szónak eddig használatos értelmében. Az illuzió valamely reálisan adott külső vagy belső inger érzéklésének félreértésében vagy eltorzításában áll. De a szubjektum ezzel szemben is inkább csak szenvedőlegesen viselkedik, míg a hisztériás maga teremti meg azokat az ingereket, melyeket aztán illuzió módjára félremagyarázhat. A hisztériás konverzió tünetképződése, sőt ez a pszichofizikus jelenség egyáltalán megérdemli tehát hogy

\* A hallucinációnak ezen felfogásáról lásd a regresszió fejezetet Freud „Álomfejtésében“.

külön nevet adjunk neki. *Materializációs jelenségnek* nevezhetjük el, mert a lényege abban áll, hogy általa egy kívánság mintegy bűvésziileg realizálódik és ha még oly primitíven is, előállítatik a testben rendelkezésre álló materiából, olyanformán, mint ahogy a művész igyekszik az anyagot valamely elképzelése szerint megformálni, vagy ahogy az okkultisták szerint a médium egyszerű kívánságára bizonyos tárgyak »apportja«, vagy »materializáció«-ja bekövetkezhet.\*

Sietek megjegyezni, hogy ez a folyamat nemcsak a hisztériánál, tehát egy gyakorlatilag nem túlnagy jelentőségű kórállapotnál fordul elő, hanem a normális lelkiállapotú ember sok indulatmegnyilvánulásánál is. Valószínű, hogy a legtöbb ugynevezett kifejező mozgás, mely az emberi kedély ingerületeit kíséri — az elsápadás, elpirulás, elájulás, szorongás, nevetés, sírás stb. — tulajdonképp szintén »ábrázolásai« jelentős eseményeknek az egyéni és fajtörténetből, tehát szintén »materializációk«.

Hogyan sorozhatnók be mármost ezt a jelenséget a már ösmert lelki folyamatok közé és milyennek kell a mechanizmusát elképzelnünk. Az első hasonlat, mely e kérdésnél feltolakszik: e jelenség analógiája az álombeli hallucinációval, ahogy azt *Freud* álmokutatásaiból megismertük. Az álom sem tesz egyebet, mint hogy az ember vágyait teljesedve ábrázolja. Am itt a vágyteljesülés tisztára hallucinatorius; a motilitás alvásközben meg van bénítva. Ellenben a materializációs jelenségnél úgy látszik még mélyebbre visszanyúló regresszióról van szó; a tudatlan és tudatképtelen vágy itt nem elégszik meg a lelki észrevevő szerv érzéki ingerlésével, hanem átugrik a tudatlan motilitásra is. — Ez azt jelenti, hogy *topikus* tekintetben a regresszió itt a lelki szerkezet oly mély rétegéig hatolt alá, ahol az ingerületi állapotok még nem úgy intéződnek el, hogy azok lelkileg, habár csak hallucinatoriusan is, megszállatnak, hanem úgy, hogy az ingerület egyszerűen motorikus uton vezetődik le.

*Időbelileg* e topikának az egyéni és törzsfajlódásnak egy igen kezdetleges szaka felel meg, melyet az jellemez,

\* Sok kutató véleménye szerint az okkult materializációk jó része maga sem más, mint hisztériás öncsalás. Ily természetű tapasztalások híján, erről véleményt nem nyilváníthatok.

hogy ott az alkalmazkodás még nem a külvilág megváltoztatásával, hanem magának a testnek az inger szerint módosuló megváltozásával történik. Ha Freud-dal fejlődéstani kérdésekről beszélgetünk, ezt az ősi stádiumot *autoplasztikusnak* szoktuk nevezni, szemben a későbbivel, az *alloplasztikussal*. Mindebből következik, hogy itt a lelki életet *formális* tekintetben is egyszerűnek, egész a fiziológiai reflexfolyamatig egyszerűsítettnek kell elképzelni.\*

Ha azonban az ember rászánja magát arra a feltevésre, hogy a reflexfolyamat a lelki szerkezetnek nemcsak példányképe, hanem ősi fejlődési foka is, amelyre még a legmagasabb lelkikomplikáltság is visszaesni hajlandó, akkor lényegesen csökken a csodálatossága annak a talányos ugrásnak a szellemiből a testi körbe és a vágyakat reflektorikusan teljesítő materializációs jelenségeknek. Ami itt történik nem más, mint a lelkiség visszaesése egy »*protopszichikus*« állapotra.

Azokban a kezdetleges életfolyamatokban, amelyekre a hisztéria — ugylátszik — visszaesik, egész közönségesek azok a testi elváltozások, melyek, ha pszichogen módon lépnek fel, rendkívüli teljesítményeknek imponálnak. Hiszen a véredényfalak sima izomrostjainak mozgatása, a mirigyek működése, a vér alaki és vegyi összetétele, sőt az egész szövettáplálás — infrapszichikusan szabályozódik. A hisztériánál azután mindezek az élettani mechanizmusok rendelkezésre állanak a tudattalan vágyrezdüléseknek, úgy, hogy a normális ingerlefolyás tökéletesen megfordul és egy tisztán lelki folyamat a testnek valamely élettani elváltozásában juthat kifejezésre.

Freud »Traumdeutung«-jának azon fejezetében, mely az álmofolyamatok lélektanát tárgyalja, felveti azt a kérdést: melyek lehetnek a lelkiszerkezet azon elváltozásai, melyek álombeli hallucináció képződését lehetővé teszik. E probléma megfejtését egyrészt azon különleges jellegben keresi, amely szerint a lelkiizgalom a tudattalanban lejátszódik, másrészt valamely előmozdító körülményben, mely az alvó állapotból folyó elváltozásoknak jár a nyomában. »Az intenzitások szabad átömlése« egyik lelki elemről a másikra lehetővé teszi, hogy igen erős ingerü-

\* A regresszióknak ez a hármasszoros felfogása szintén Freud Álmofejtésének fent idézett helyére támaszkodik.

letbe jöjjenek a lelkeszerkezet nagyon távoli részei is, egyebek közt a lelki érzékszerv, a tudat észrevevő felülete is. De ezen »pozitív« tényezőkön kívül, az alvási állapot egy negatívot is teremt, amennyiben azáltal, hogy az aktuális ingereket a tudattól távoltartja, mintegy légüres tért teremt a szerkezet szenzibilis végén, úgy, hogy ott a konkurráló külső ingerek hiánya folytán a belső izgalom túl-erős érzékleti érvényesüléshez jut. A »pozitív faktor« még nagyobb intenzitását tételezi fel Freud a pszichikus hallucinációnál, ahol az ébrenlét dacára, tehát konkurráló külső ingerek jelenlétében is, létrejön.

Milyennek képzeljük el mármost az ingerületi viszonyokat valamely konverziós tünet létrejötténél. Egy másik dolgozatomban, mely a hisztériás stigmákkal foglalkozik, a *hisztériás érzékellenség*et a pszichikus rendszer érző végének olyan állandósult elváltozásaként kellett leírnom, mely úgy mint az alvási állapot, hallucinációk és illúziók felléptét megkönnyíti. Így azokban az esetekben is, amelyekben a konverziós tünet egy érzéketlen terület fölé van »szuperponálva« (a mi egyébként nem ritka dolog): szintén feltehetjük, hogy a tünetképződést a tudatos érzéki ingerek kiesése előmozdította. Minden más esetben azonban valamely pozitív tényezőben kell keresni azt az erőforrást, mely a materializációt létrehozza.

Az az egyhangúság, amellyel a hisztéria pszichoanalitikus tünetmagyarázataiban egyre csak genitális folyamatok adódnak, azt bizonyítja, hogy a konverziónál működő erő a *genitális ösztönből* ered. Arról van itt tehát szó, hogy durván genitális erők törnek be magasabb rétegekbe és ezek azok, amik a pszichét szokatlan természetű pozitív erőteljesítményekre képesítik.

A munkamegosztás irányában haladó szerves fejlődésnek talán legjelentősebb eredménye, hogy külön szervrendszerek különbözödték el egyrészt az ingerek lebirására és elosztására (pszichikus szerkezet) másrészt a szervezet nemi inger mennyiségeinek időszakos levezetésére, (genitáliák.) Az ingerelosztással és lebirással foglalkozó szerv mind szorosabb kapcsolatba kerül az önfentartási (ösztonnel és legmagasabb fejlettségi fokán a gondolkodás, a valóság-vizsgálás szervévé lesz. A genitále ellenben felnőtt embernél is megőrzi eredeti ösztönkielő jellegét és

az összes erotizmusokat összefoglaló, *erotikus központ: szervvé* lesz.\*

Ezen polaris ellentétesség kifejlődése teszi lehetővé, hogy a gondolkodás aránylag függetlenné válik a kedvtelés elvétől és hogy a genitale a gondolkodástól nem zavart nemi kielégülést nyújthat.

A hisztéria azonban úgy látszik visszaesés abba az ősi állapotba, melyben ez a különválás még nem történt meg; a lényege abban áll, hogy genitális ösztönrezdülések törnek be a gondolkodási körbe, illetőleg hogy elhárító reakciók mozgósítanak ezen betörés ellen. E szerint a hisztériás tünet keletkezését következőleg képzelhetjük el: Valamely tulerős genitális ösztönrezdülés a tudathoz akar előnyomulni. Az én ezen rezdülés módját és erejét veszélyesnek érzi és azért elfojtja, a tudattalanba nyomja azt. Miután ez a megoldási kísérlet balul ütött ki, az én még hátrább szoritja vissza a zavaró energiamentységet egész a pszichikus érzékelő szervig (hallucináció) vagy a legaltalanosabb értelemben vett önkénytelen motilitásig (materializáció.) Ezen regressziós utján azonban az az energia a legbensőbb érintkezésbe jutott magasabb pszichikus rétegekkel és ott finoman válogató megmunkáltatás tárgya lett. Megszűnt egyszerű mennyiség lenni, minőségi fokozatokat nyert és így vált szövevényes lelki tartalmak képletes kifejező eszközévé.

Ez a felfogás talán mégis közelebb hoz valamivel a hisztéria őstalányának, a pszichikumból a fizikumba való ugrásnak megoldásához; így legalább némi sejtelmünk van róla, hogy egy pszichikus képződmény, egy gondolat, miként juthat oly erőhatalom birtokába, mely lehetővé teszi, hogy nyers szervitömegeket mozgásba hozzon. Ezt az erőt egyszerűen a szervezet egyik leghatalmasabb erőtartalékától, a genitális nemiségtől kölcsönözte. Másrészt az is érthetőbbé válik, hogy a hisztériás tünetben honnan veszik élettani folyamatok azt a képességet, hogy szövevényes lelkiállapotokat ábrázoljanak és finom fokozatokban alkalmazkodjanak azok váltakozó sokféleségéhez. Szóval tulajdonkép egy hisztériás idioma képződéséről, hallucinációkból és materializációkból összerakott *szimbolikus jargonról* van itt szó.

\* L. az I. dolgozatot „a pathoneurózisokról“

Mindent összefoglalva a hisztériás lelki apparátust megfordított szerkezetű óraművel hasonlíthatjuk össze. A gondolkodás rendszerint az óramutató szerepét játssza, mely a kerékszerkezet belsejében végbemenő folyamatokat regisztrálja. A hisztériánál mintha ezt a mutatót valami erőszakos kéz ráncigálná, úgy hogy az olyan erőműködésekre kényszerül, melyek lényegétől idegenek: itt az óramutató mozgásai hozzák működésbe a szerkezet belsejét.

A hisztériás konverziós jelenségek vizsgálatának más kiindulás pontja azok *szimbolikája* lehet. Freud utalt rá, hogy a szimbolikus kifejezőmód nemcsak az álomnyelvnek sajátja, hanem mindazon működési módoknak, melyekben a tudattalannak része van. A legfigyelemreméltóbb azonban mégis: a teljes megegyezés az álom és a hisztéria szimbolikája között.

Az álom egész szimbolikája a megfejtése után nemi szimbolikának bizonyul, mint a hogy a konverziós hisztéria mutatványai is kivétel nélkül sexuálszimbolikus magyarázatot igényelnek. Mi több, álomban ugyanazok a szervek és testrészek szokták a genitáliákat jelképesen helyettesíteni, amelyek a hisztériában is genitális fantáziák ábrázolására szolgálnak. Álljon itt erre néhány példa: A *fogingeráalom* onania-fantáziákat jelképez, viszont egy általam elemzett hisztéria-esetben ugyanezek a fantáziák éber állapotban fellépő *fogparesztéziákban* nyilvánultak meg. — Nemrég egy álmot kellett magyaráznom, melyben előfordult, hogy egy leánynak valami *tárgyat dugtak a torkába*, amitől meghalt; az eset előzményei alapján ezt az álmot illegitim coitusnak, terhességnek és eltitkolt gyermekelhajtásnak lehetett magyarázni, melyek a beteget életveszedelembe sodorták volt. Tehát itt is ugyanaz az »alulról felelé« való eltolás jött létre a genitáléről a torokra, mint amilyennel előbb a globus hystericust is magyaráztuk. — Az *orr* az álomban gyakran helyettesíti a himtagot; viszont a férfihisztéria számos esetében megállapíthattam, hogy az *orrkagylók reális duzzadásai* tudattalan libidinozus fantáziákat ábrázoltak, míg magának a genitalnak erektil teste ezekre nem reagáltak, ami pszichikus impotenciát involvált. (Az orr és a genitale közti összefüggést egyébként Fliess már a

pszichoanalízis előtt felfedezte.) — Az álom a terhességet nem ritkán úgy ábrázolja, hogy valaki *tulterheli a gyomrát*, vagy hány; ámde mint láttuk, *ahisztériás hányás* is ugyanilyen fantáziák szimbolizálása. — *Széketét* az álomban néha ajándékot jelent, nem ritkán azt a kívánságot, hogy valakit gyermekkel ajándékozzanak meg; ám ugyanez a *béltünet* a hisztériánál is ugyanazt a fantáziát jelenti stb.

Ez a messzemenő megegyezés arra a feltevésre készíthet minket, hogy *hisztériánál részben felszínre kerül azon szervi alap, amelyben minden a lelkiéletben előforduló szimbolika nyugszik.*

Freudnak a nemiség elméletéről szóló értekezései nyomán nem is nehéz felismerni, hogy azok a szervek, amelyekre a genitale nemisége jelképesen áttevéődik nem mások, mint a genitális megelőző nemiségi fokok lokalizációi, vagyis a test *erogén zónái*. A fejlődés útja az autoerotizmustól, a narciszmuson keresztül vezet a genitálitáshoz, és ez az út a hisztériánál ép úgy mint az álomban a genitale felől fordított irányban válik járhatóvá. Tehát itt is regresszióról van szó, melynek folytán a genitale helyett annak megelőző fejlődésfokait, illetve e fejlődésfokok lokalizációs helyeit szállja meg az inger.

Eszerint az említett eltolódás »alulról felfelé«, mely a hisztériára oly jellegzetes nem más, mint megfordítása azon *felülről lefelé való eltolódásnak*, melynek a genitale az ő vezérszerepét köszönheti és amelynek teljes kifejlődése hozza létre a fennebb leírt polaritást, a nemi működés és a gondolkodási tevékenység között.

Természetesen nem úgy fogom fel a dolgot, hogy hisztériánál a genitálitás egyszerűen szétesik nyersanyagára, de sőt azt hiszem, hogy azok a megelőző fokozatok csak vezérlő zónái az ingernek, maga az inger azonban minőségében és intenzitásában a genitális jelleget eltolódása után is megőrzi. Ugy mondhatnók tehát, hogy a hisztériás konverzióknál az egykori autoerotizmusokat genitális nemiség szállja meg, vagyis az erogén zónák és részletösztönők genitálizáltatnak.\* A genitálqualitás a szöveteknek dűz-

\* „A hisztéria a perverzió negatívja“ így hangzik Freud egyik főtétele. Tényleg azonban felnőttek perverzióinál sem találunk soha tiszta autoerotizmusokat, hanem itt is genitálizálódásait az infantil perverziók megnyilvánulásainak.

zadása és átmedvesedésre való hajlamában nyilvánul (*Freud.*), mely azután dörzsöllésre és ez uton az inger ki-  
kűszöbölésére készlet.

Az eredeti konverziós teória a hisztériás tünetet *bennrekedt indulatok lereagálásaként* fogta fel. Ez az ismeretlen természetű »bennrekedés« később minden esetben *indulatelfojtásnak bizonyult*; ehhez most hozzá kell fűzni azt, hogy az elfojtás tárgya hisztériánál mindig libidinosus, speciell genitalsexualis rezdület és hogy a hisztériás tünet, bármely oldalról vizsgáljuk is *heterotop genitálfunkciónak* bizonyul. Igaza van tehát a régi latin mondásnak, mely a hisztéria tüneteit úgy jellemezte: »Uterus loquitur!«

Nem fejezhetem be ezen gondolatsort anélkül, hogy rá ne mutatnék néhány munkatárgyra, mely e vizsgálódások során, de már előbb is, más alkalmakkor, felötlött bennem. A hisztériás tüneteknél nem kis csodálkozásunkra azt tapasztaljuk, hogy ott életbevágó fontosságú szervek minden tekintet nélkül tulajdonképeni hasznos működésükre egészen alárendelik magukat a kedvtelési elvnek. A gyomor, a bél bábjátékot üz saját falazatával és tartalmával, ahelyett, hogy ezen tartalmat megemésztené és kiválasztaná; a bőr nem az a védő takaró, melynek feladata, tulerős inzultusokra figyelmeztetni, hanem valósággal úgy viselkedik, mintha nemi szerv volna, melynek érintését tudattalan kéjkielégülésre használja fel. Az izomzat, ahelyett hogy, mint másutt, célszerűen összerendezett mozdulatokkal járulna hozzá az élet fentartásához, fantasztikus kéjszituációk ábrázolásában gyönyörködik és nincs a testnek szerve, vagy helye, mely mentesítve volna attól, hogy így a gyönyörszerzés szolgálatába állíttassék. Nem hihető azonban, hogy oly folyamatokról volna itt szó, melyek csak a hisztériánál fordulnak elő, egyébként azonban jelentéktelenek, vagy egyáltalán hiányzanak. Már a normális alvási állapot némely jelensége arra utal, hogy fantasztikus materializációs jelenségek annál is lehetségesek, aki nem neurotikus. Arra a sajátos túteljesítményre gondolok itt, melyet polluciónak neveznek. Valószínű azonban, hogy a test szerveinek ilyen kéjtörekvése napközben sem szünik meg teljesen és egy külön *kedvtelési*

fiziológiára lesz szükség, ha jelentőségét teljesen meg akarjuk ősmerni. Az életfolyamatok tudománya eddig kizárólag *hasznossági fiziológia* volt, a szerveknek csak azon működéseivel foglalkozott, melyek a létfenntartásra fontosak. Innen magyarázható, hogy, ha a *koitusról* keresünk felvilágosítást, a legjobb és legkimerítőbb ember- és állatfiziológiák is cserben hagynak. Nem mondanak nekünk semmit ennek a mélyen begyökerezett reflexmechanizmusnak sajátos részleteiről, sem azok egyén- és törzsfejlődéstani jelentőségéről. Pedig én azt hiszem, hogy ez a probléma a biológiában centrális jelentőségű és megoldásától ez ismeretkör jelentős haladását várom.

E problémáknak már felvetése is mutatja egyébként, hogy nem mindig állja meg helyét az a közkeletű felfogás, mely szerint csak a biológia haladásától várható a lélektan fejlődése; mint látjuk a pszichoanalízis oly élet-tudományi problémákhoz juttat bennünket, melyek biológiai részről fel sem merültek.

Egy másik eleddig csak pszichológiai oldalról vizsgált problémát: a *művészi tehetség* talányát, a hisztéria az organikus oldalról világosítja meg némileg. A hisztériáról megmondta *Freud*, hogy az a művészet torzképe. Nos, a hisztériás »materializáció« a szervezetet tényleg plaszticitásának sőt alkotó ügyességének teljében mutatja be. Valószínűleg ki fog derülni, hogy a hisztériások tisztán »autoplasztikus« mutatóványai példányképeül szolgálnak, nemcsak az artisták és színészek testi produkcióinak, hanem azon alkotó művészek munkájának is, akik már nem a saját testükkel, hanem külvilági anyaggal dolgoznak.

### III.

## Hiszteriás stigmák magyarázó kísérlete.

A »stigma« szó egyháztörténeti eredésű, jelentette valaha azt a csodálatos tényt, hogy Krisztus sebhelyei pusztán áhitatos imádság ereje által a hívőkre átvivődtek. A boszorkányperек idején az érzéketlenség<sup>g</sup> tüzes vassal való égetéskor, a bűnösség stigmájául szolgált. Az egykori boszorkányokat ma hisztérikáknak nevezik és bizonyos állandó szimptomákat, amelyek náluk nagy rendszerességgel fellelhetők, a hisztériás stigma névvel jelölik.

A stigmák értékelését illetőleg, már a hisztériás-eset első vizsgálatánál meglátszik a különbség a pszichoanalitikus és más ideg orvos között. A pszichoanalitikus megelégszik azzal, hogy a beteget testileg annyiban vizsgálja meg, hogy organikus betegséggel való összetévesztést kizárhasson, de azután siet az eset pszichikus sajátosságait megvizsgálni, hogy ezek segítségével állapítsa meg finomabban a diagnózist. A nem-analitikus alig hagyja a beteget szóhoz jutni, örül, ha elkészül az orvos számára semmitmondó panaszkodással és megkezdődhet az organikus vizsgálat. Ennél azután az organikus komplikációk kizárása után is nagy kedvteléssel időzik és örvend, ha a végén konstatálhatja, hogy a patológiától megkövetelt hisztériás stigmák kimutathatók, például: a tapintási- és fájdalomérzékenység féldoldali hiányzása vagy lefokozódása, a reflektórikus pislogás elmaradása a kötő vagy szaruhártya megérintésénél, a látótér koncentrikus szűkülése, a garatreflex hiányzása, gombócérzete a torokban (globus), az alsó hastájék túlérzékenysége (ovaria), stb.

Nem mondhatni, hogy az idevonatkozó szorgalmas ku-

tatások valamivel is közelebb vittek volna minket a hisztéria megértéséhez (egyedüli kivétel *Janet* szellemes kísérlete a hisztériás hemianesztéziával), nem is szólva a gyógyító eredményről. És mégis ezek maradtak a hisztériás kórtörténeteknek leglényegesebb alkotórészei, sőt kvantitativ és grafikus ábrázolhatóságuknál fogva az exaktság látszatát kölcsönözték nekik.\*

Előttem már régen kétségtelen, hogy a pszichoanalízis, illetőleg olyan eseteknek az analizise, amelyekben ezek a jelek feltűnően jelentkeznek, fogja megadni a magyarázatát ezeknek a hisztériás szimptomáknak is.

A *bőrérzékenység hisztériás zavarának* eddig még csak kevés esetét tekinthettem át analitikailag; egy esetemet, melyet 1909-ben észleltem, a következőkben szeretném ismertetni:

Egy 22 éves fiatalember azzal a panasszal keresett fel, hogy »nagyon ideges« és ijesztő álmohallucinációban szenved. Kiderült azután, hogy az illető nő, »de mert éjszaka olyan erős szorongás gyötri«, még mindig nem a feleségénél, hanem a szomszédos szobában, az anyja ágya mellett, a padlón alszik. A lidércnyomás, amelynek megismétlődése őt hét-nyolc hónapja gyötri és melyet csak borzongva tud elmondani, első ízben a következőképen folyt le: »Éjszaka egy óra tájban — beszéli — felébredtem; a kezemmel a nyakamhoz kellett kapnom és felkiáltottam: egér van rajtam, belemászott a számba. Az anyám felébredt, világot gyujtott, eldédelgetett és megnyugtatót engem, de elaludni mégse tudtam, míg az anyám az ágyába nem vett.«

Freudnak az infantilis szorongásról adott felvilágosításait ismerve, egy pszichoanalitikus sem kételkedhet benne, hogy itt a pavor nocturnus formájában fellépő szorongásos hisztériáról van szó és hogy a páciens rá is talált gyógyításának a leghatékonyabb eszközére, mikor a szerető anyához visszatért.

Érdekes azonban ennek az álomelbeszélésnek az utólagos pótlása: »Amikor az anyám világot gyujtott, észre-

\* Ugyanigy kell itélnem a magam egyik munkájáról is, amelyben rámutattam bizonyos különbségekre az organikus és hisztériás érzéketlenség között. (Megjelent „Gyógyászat“ és a Pester Med. Chir. Presse 1900. évfolyamában).

vettem, hogy a félelmetkeltő egér helyett, *a saját balkezemel* tartottam a számban és minden erőmet megfeszítettem, hogy azt a jobb kezemmel kihuzzam.

Kiderült ebből, hogy a bal kéz ebben az álomban különösképen egér szerepét vitte, ez a kéz tapogatózott végig a nyakán, ezt akarta a jobbjaival elkapni, vagy elijeszteni, az »egér« azonban a nyitott szájába futott és megfojtással fenyegette.

Ebben az esetben egyelőre kevésbé érdekel bennünket, hogy miféle szexuális jeleneteket ábrázol ez az álom szimbólikusan. Ellenben rá kell mutatnunk a jobb és bal kéz érdekes szereposztására, amely élénken emlékeztet *Freud* egy hisztériás nőbetegének az esetére, aki roham közben az egyik kezével felemelte a szoknyáját, a másikkal pedig rendbehozni igyekezett azt.

Hangsúlyoznunk kell, hogy a páciens már felébredt és a bal keze még mindig benn volt a szájában, anélkül, hogy azt az egértől meg tudta volna különböztetni. Ezt a körülményt kapcsolatba kellett hoznom *a bal testfél hisztériás anesztéziájával*, bár meg kell vallanom, hogy a bőrérzékenységét nem vizsgálhattam meg a kívánatos pontossággal. — E lidércálomnak már felületes analitikus vizsgálata is megmutatta nekem, hogy az anyjához infantilisán rögzítődött páciens az »alulról felfelé« eltolt szexuális érintkezést realizálta (az »Oedipus-fantáziá«-ból), miközben a bal keze a férfi-, a szája a női genitálet jelképezte, míg a jobb, ugyyszólván erkölcsösebb keze a megindult védekező tendencia szolgálatába állt és a betörő egeret el akarta űzni. Mindez pedig csak az által vált lehetségessé, hogy a bal kéznek hiányzott a tudatos érzékenysége és így rajta elfojtott tendenciák tombolhatták ki magukat.

Ennek az esetnek ellenpárjakép közlöm a hisztériás hemianesztéziának egy másik esetét, amelyet idegbeteg katonákat gyógyító osztályomon nemrégiben volt alkalmam megfigyelni. Az esetről való feljegyzések így szólnak:

X. Y., tüzér-szakaszvezető, felvétetett 19\*\* febr. 6.-án. A páciens 14 hónapig volt a harctéren, majd könnyű horzsolólövés érte a bal halántékát (látható heggel). Hat

heti kórházi kezelés után újból a frontra került, ahol azonban nem sok idő múlva, tőle balra, kb. 30 (?) lépésnyire lecsapott egy gránát, amelynek felrobbanásakor a légnyomás földhözvágta őt és földgöngyök vágódtak hozzá. Egy ideig még tovább szolgált, később azonban »zavart« lett és »szédülékeny« és minthogy nagyobb mértékben ivott is, »alkoholizmus« diagnózissal a mögöttes országrészbe küldték. A csapattest káderjénél összetűzött egy lüzmasterrel, aki őt (amint ezt az analitikus kihallgatásnál erős ellenállás legyőzése után közölte) a szobájába csalta és lovaglóstorával megfenyítette. A katoná ellitkolta az őt ért gyalázatot és minthogy betegnek érezte magát, kérte a felvételel egy katonakórházba. Egy ideig a testének az a fele, melyet az ütések értek, csaknem teljesen béna volt. Egy másik kórházba való áthelyezéskor, amikor már járáspróbákat végzett, kezdett bal testfelének az izomzata remegni. Főpanasza a reszketéstől okozott járászavar.

A vizsgálati leletből közlöm a következőket: A páciens fekvéskor teljes nyugalomban van, menéskor remeg a bal testfele. Tulajdonképen csak a jobb lábára és egy botra támaszkodik, a bal felső és alsó végtagja nem is vesz részt a helyzetváltoztatásban, hanem a bal felét, vállát előre, mereven tolja maga előtt. Organikus idegmegbetegedésnek semmiféle tünete ki nem mutatható. A leírt járászavaron kívül a következő működési zavarok vannak jelen: erős hangulatbeli izgékonyosság, tulérzékenység hangok iránt, álmatlanság és a *bal testfelének teljes analgéziája és anesztéziája*.

Ha baloldalt hátul észrevétlenül tűt szurnak a bőrébe, egyáltalán nem reagál, ha azonban elülről közelednek tüvel a bal testfeléhez, úgy, hogy ő láthatja, akkor a baloldalt elől is fennálló analgézia és anesztézia dacára, heves menekülő és védekező mozdulatokat tesz. Megragadja és göresösen szorítja a feléje közeledő kezét, és azt állítja, hogy ilyen fenyegető érintésnél »irtózatot« érez az anesztéziás testfelében, amely őt ez el nem nyomható védekező mozdulatokra kényszeríti. Ha a szemét bekötik, akkor a balfelén elül is ép olyan analgetikus és anesztetikus, hátul. Az »irtózata« tehát tisztán pszichikus jelenség: érzelem és nem érzet, emlékeztet arra, amit az egészséges is

érez, ha valamely csiklandós testrészét érintéssel fenyegetik.\*

Az olvasó valószínűleg eltalálta már, hogy a bal testfél érzékenységének a tudatból való kirekesztése itt egy elfojtási tendencia szolgálatában áll. A tapintási érzékenységnek a kiesése megkönnyíti az emlékezések elfojtását azokról a traumás átélésekről, amelyek a háború folyamán éppen ehhez a baloldalhoz kapcsolódtak és amelyek közül az utolsó, a föllebbvalótól való fenyítettetés, váltotta ki a tüneteket. Hozzá kell tennem, hogy páciens, aki általában erőszakos ember hírében áll és csak nehezen alkalmazkodott a kórházi rendhez, ezen bántalmazás alkalmával — előtte is érthetetlen módon — a legcsekélyebb védekezést se fejtette ki. Ugy viselkedett az őrmesterrel szemben, mint valaha gyermekkorában akkori előjárójával, az apjával szemben. Azért nem érez, hogy ne kelljen visszaütnie és ugyanezen okból igyekszik meggátolni minden közeledést a megsértett testfeléhez.

Ha mármost az itt közölt két hemianesztézia-esetet összehasonlítjuk egymással, talán kitalálhatjuk a traumás hemianesztézia és a hemianesztéziás stigma közötti különbségből utóbbinak a karakterét. Mindkét esetben megvan az érző ingereknek a tudattól való elrekesztése, úgy, hogy azért ez ingerek másféle pszichikus alkalmazhatósága megmaradt. A szorongásos-hisztériás belegnél láttuk, hogy az egyik testfél érzéketlensége arra használtatott fel, hogy azok a tudattalan ingerek, amelyeket az egyik testfél megérintése és helyzetváltozásai váltottak ki, az Oedipus-fantázia »materializálás«-ára fordítassanak. A traumás hemianesztézia esetében — a háborús neurózisok felől szerzett egyéb tapasztalataim, valamint általában a testi sérülések után fellépő libidózavarokról való megfigyeléseim alapján — hasonlóképen fel kell vennem, hogy elfojtott, tudatképtelen érintési érzeteknek libidinózus felhasználásáról van szó.

Kétségkívül mindakét esetben az egyik testfélre vonatkozó képzetkörnek ugyanolyan megközelíthetlensége

\* Mind több tapasztalatom gyűlik a csiklandás érzésének olyan pszichológiai magyarázatára, amely Freud-nak az élc okozta jókedvről adott teoriáján alapszik.

forog fenn új eszmetársításokkal szemben, mint amilyet Freud már 1893-ban a hisztériás *bénulások* alapokául ismert fel.\*

Míg azonban a másodiknak közölt esetben az asszociációs elégtelenség onnan ered, hogy az érzéketlen testfél képzete »egy traumának elintézetlen indulatokkal telt emlékébe bevonatott«\*\* addig a féloldali hisztéria előbbi esetében, amelynél az érzésbénulást stigmának kellett felfognunk, nincs olyan traumás átélés, amelynek emléke éppen a baloldalhoz kapcsolódott volna.

A »stigmás« és a traumás hemianesztézia közötti különbséget tehát arra alapíthatnók, hogy milyen szerepet játszik bennük a hajlamosító »testi tényező« (körperliches Entgegenkommen). A traumánál előzőleg nem állott fenn ilyen tényező, csak az átszenvedett meg-rázkódtatások létesítették azt. Az anesztéziás stigmánál azonban úgy látszik már eleve megvan ez a testi hajlamoság vagyis a tünetet produkáló testrészeknek diszpozíciója arra, hogy beszüntessék az érzékingerek fiziológikus tudatos megszállását és kiszolgáltatassák érzeteiket tudattalan libidinózus rezdületeknek. Ugy is mondhatnók, hogy az érzéketlenség csak a trauma esetében ideogén, a stigmánál ellenben pszichogén ugyan, de nem ideogén. A trauma után az egyik testfél azért érzéketlen, mert bántódás érte, a stigmánál azért, hogy ezáltal alkalmassá váljék tudattalan fantáziák ábrázolására és hogy »ne tudja a jobb kéz, mit csinál a bal.«

Ezen állítás megerősítésére a jobb- és baloldal közötti különbségnek a tekintetbevétele ad támpontot. Feltűnt nekem, hogy a hemianesztéziás stigma gyakrabban fordul elő baloldalt, mint jobboldalt; ezt egynéhány tankönyv is megemlíti. Arra kellett gondolnom, hogy a *bal testfél már a priori hozzáférhetőbb tudattalan rezdületek számára, mint a jobb*, amely mint tevékenyebb és ügyesebb testfél jobban magára vonja a figyelmet és így inkább van megvédve a tudattalan befolyásától. Elgondolható, hogy — jobbkezeseknél — a bal testfél érzőközpontja már eleve bizonyos előzékenységet tanusít a tudattalan ingerületek

\* Archives de Neurologie 1893.

\*\* Breuer-Freud: Studien über Hysterie. 3. kiadás. 1916.

íránt, úgy hogy ez könnyebben lesz megfosztható a normális funkcióitól és tudattalan libidinózus fantázik szolgálataiba állítható.

De ha el is tekintünk a baloldalnak ettől az — elvégre nem is állandó — előnybenrészesítésétől a hemianesztéziás stigmánál: annyi mindenestre megmarad ebből a gondolatmenetből, hogy a stigmás hemianesztéziánál arról van szó, hogy a test bőrfelületén a két egymással összeütkezésbe jutott lelkihatóság (a tudatos és tudattalan) osztozik.

Ezek alapján kilátásunk nyílik egy másik hisztériás stigmának, t. i. *a látótér koncentrikus megszűkülésének* a megértésére is. Amit a jobb- és baloldal közötti különbségről mondtunk, az fokozott mértékben áll a centralis és perifériás látás különbségéről. A centralis látás, már működési módja folytán is, bizonyára bensőbben kapcsolódik a tudatos figyelemhez, míg a látótér perifériája a tudattól mentesebb és határozatlanabb érzékelések színhelye. Csak egy lépés kell hozzá, hogy ezek az ingerületek teljesen elszabaduljanak a tudatos megszállás alól és tudattalan libidinózus fantáziák nyersanyagává legyenek. Ilyenformán *Janet*-nak a hasonlata, amely szerint »a hisztériás a tudatterének megszűkülésében« szenved, legalább ebben az értelemben ismét érvényesülhet.

A hisztériás *szaru- és kötőhártya-érzékellenség* a látótér szűkülettel szoros összefüggésben lelheti magyarázatát. Lehetséges, hogy ez is csak fényingerek elfojtásának a kísérőjelensége, hiszen megszoktuk, hogy a hisztériás anesztézia nem anatómiai határok, hanem a szervek elképzelt határai szerint alakul. Azonban itt figyelembe kell venni még egy körülményt. Rendes körülmények között épen a szaruhártya az egész testnek legérzékenyebb pontja, úgy hogy a sírás, a cornea sérülésének a reakciója: kifejező eszköze lett a lelki fájdalomnak általában. Lehetséges, hogy ennek a reakciónak az elmaradása a hisztériásnál, összefüggésben áll az érzelmi rezdülések elfojtásával is.

A *torok hisztériás anesztéziája*, mint számos analizált esetben láthattam, genitális fantáziákat ábrázol a nyelési folyamaton. Érthető, hogy a genitális izgalom, mikor »alulról felfelé« tolatik el, nem szalasztja el ennek a hozzá külsőleg annyira hasonló ingerforrásoknak, a nyelésnek

a felhasználását. A *torokhiperezléziánál* ugyanezen perverz fantáziák elleni reakciós képződésről van szó, míg a »*globus hystericus*« ilyen vágyaknak s egyúttal az ellenük védekező-tendenciáknak materializálásaként fogható fel. Hogy honnan a toroktájnak a speciális hajlama a stigmatizálódásra, az egyelőre ismeretlen.

Bár teljes tudatában vagyok a közölt anyag elégtelenségének, mégis indokoltnak tartom a hisztériás sztigmák keletkezési módjáról szóló benyomásomat a következő mondatban foglalni össze: A hisztériás sztigmák konvertált ingermennyeségeknél olyan testrészekben való lokalizációját jelentik, amelyek »testi hajlamosító tényezők« szolgáltatására való különös hajlandóságuk folytán könnyen rendelkezésére állanak a tudattalan ösztönrezdüléseknek, úgy, hogy más (ideogén) hisztériás szimptomák »banális« kísérőtüneményeivé válnak.

A hisztériás sztigmákra eddig semminemű magyarázatunk nem volt; addig míg valami jobbal nem cserélhetem fel, kénytelen vagyok beérni a magam magyarázó kísérletével.

Semmiesetre sem fogadhatom el azonban magyarázatul a *Babinski* gondolatát, amely szerint a sztigmák — s egyáltalában a hisztériás tünetek — csak az orvostól szuggerált »*pithiatizmusok*«. Ennek a különösen kezdetleges felfogásnak a valóságos magva az, hogy sok betegnek tényleg nincs tudomása a sztigmáról — míg az orvos nem demonstrálja nekik. De azért ezek a sztigmák meg voltak azelőtt is, és ezt csak olyasvalaki tagadhatja, aki még benne él abban a régi tévedésben, hogy minden lelki tevékenység tudatos. A hisztériát egyre csak a szuggesztióval, a szuggesztiót a hisztériával magyarázni, anélkül, hogy ezeket a tünetmennyeket külön-külön analizálnák, logikai hiba.

#### IV.

## Technikai nehézségek egy hisztéria-eset analízisének.

(Megfigyelések a rejtett onániáról és „onánia-aequivalensekről.”)

Egy páciens, aki a pszichoanalitikus kurának nagy intelligenciájával és sok buzgalommal igyekezett megfelelni és elméleti belátásoknak se volt híján, mindazonáltal hisztériájának valamelyes, valószínűleg az első indulatáttételnek betudható javulása után hosszú ideig semmiféle előrehaladást nem tett.

Mint hogy a munka egyáltalán nem akart haladni, a végső eszközhöz nyultam: megállapítottam egy terminust, ameddig őt még kezelni akarom, abban a reményben, hogy ezáltal elégséges motivumot adok neki a továbbdolgozásra. Ez se használt, csak ideig-óráig; csakhamar visszasett a régi tétlenségébe, amit az indulat-áttételes szerelem árca mögé rejtett. Az órák az ő szenvedélyes szerelmi vallomásaival és könyörgéseivel teltek el, míg én hiába erőlködtem, hogy bebizonyítsam neki ezeknek áttételes voltát és visszavezessem őt érzelmeinek valódi, de tudattalan tárgyaihoz. A bejelentett terminus lejártá után gyógyulatlanul bocsátottam el. Ő maga egészen meg volt elégedve állapotának javulásával.

Több hónappal később kétségbeesetten tért vissza; korábbi panaszai a régi hevességgel visszatértek. Engedtem a kérésének és újból megkezdtem a kurát. Már rövid idő múlva, mihelyt a javulásnak egyszer már elért fokát újból visszanyerte, megkezdődött a régi játék. Ezuttal külső körülmények voltak okai a kúra megszakításának, amely tehát ez esetben is befejezetlen maradt.

Állapotának újabb rosszabbodása, a jelzett akadályok is megszűnván, — harmadszor is hozzám vezette. Ezuttal sem jutottunk előre hosszú ideig.

Fáradhatatlanul megismételt ömlengései közben, amelyek mindig az orvossal foglalkoztak, néha, mintegy mellékesen azt a megjegyzést tette, hogy ő közben »alul érez«, vagyis erotikus genitális érzetei vannak. Csak most, annyi idő után, vettem tudomást egy véletlen pillantással arról a módról, ahogy ő az asszociálás közben a kereveten fekszik, t. i. egész órán át keresztbe rakja a láb-szárait. Ez — nem épen először — az onánia-kérdés tárgyalásához vezetett minket, amit tudvalevőleg sok nő úgy végez, hogy a combjait egymáshoz szoritja. A páciens, úgy mint már előbb is, határozottan tagadta, hogy valaha is végzett volna ilyen műveletet.

Meg kell vallanom, — és ez jellemző arra a lassúságra, amivel egy keletkezőben levő új belátás a tudatosságig feltör, — hogy még mindig hosszú időbe került, amíg arra a gondolatra jutottam, hogy a páciensnek megtiltsam ezt a testtartást. Megmagyaráztam neki, hogy itt az onánia egy rejtett formájáról van szó, mely a tudatlan izgalmakat észrevétlenül levezeti és csak használhatatlan töredékeket hagy az ötletek körébe bejutni.

Ezen rendelkezésem — nem mondhatom másképp — villámesapás módjára hatott. A páciens, miután genitális ingereinek megszokott levezetése megakadályoztatott, az órák alatt szinte elviselhetetlen testi és lelki nyugtalanság kinozta; egy pillanatig sem tudott nyugodtan feküdni, folyton változtatnia kellett a helyzetét. Fantáziái lázas delíriumokhoz hasonlítottak, amik rég eltemetett emlékezeti törmelékeket hoztak a felszínre, amelyek lassankint gyermekkorának bizonyos eseményei körül csoportosultak és lehetővé tették a megbetegedés legfontosabb traumás alkalmainak kitalálását.

Az ezt követő javulás határozott előrehaladást mutatott bár, mégis a páciens — noha rendelkezéseimet lelkiismeretesen követte, úgy látszik megszokta az absztinenciának ezt a formáját és kényelembe helyezkedett a megismerésnek ezen a fokán. Más szóval: ismét megszűnt dolgozni és az átlételes szerélem bástyája mögé menekült.

De a megelőző tapasztalatokon okulva, módomban volt most már felkutatni azt a buvóhelyet, ahová autoerotikus kielégülését rejtette. Kiderült, hogy az *analízis órái*

alatt követi ugyan az előírásomat, a nap többi órájában azonban folyton megszegi azt. Rájöttünk arra a képessé-  
gére, hogy a legtöbb háziasszonyi és anyai működését *ero-  
tizálja*, amennyiben lábszárait észrevétlenül és előtte is  
tudattalanul egymáshoz szorította; közben persze tudatta-  
lanul a lappangó fantáziái közé menekült, amik így ki-  
bujtak a lelepleztetés alól. Miután a tilalmat az egész  
napra kiterjesztettem, újabb, ha nem is végleges javulási  
szak következett.

A latin mondás: *naturam expellas furca, tamen ista re-  
curret*, — úgy látszik itt is igazolást nyert. Az analízis  
folyamán gyakran tapasztalhattam rajta bizonyos »tüneli  
cselekményeket«, különböző testrészeknek nyomogatásával  
csipkedésével való játékot. Az onániának általános és ki-  
vétel nélkül ismerő eltiltása után ezek a tüneli cselekmé-  
nyek onánia-equivalensekké váltak. Értem ez alatt indif-  
ferens testrészek ártatlannak látszó izgatását, ami azon-  
ban a genitale erogeneitását mennyiségileg és minőségileg  
pótolja. A mi esetünkben a libido olyan teljesen el volt  
zárva minden más levezetéstől, hogy ezeken a közömbös  
testrészekben, amelyek tehát természetüknél fogva éppen nem  
voltak erogén zónák, formális orgazmusig fokozódott.

Csak ennek a tapasztalatnak a hatása alatt tudott a  
páciens hitelt adni azon állításomnak, hogy ő ezekben  
az apró »rossz szokásokban« egész szexualitását pazarolja  
el és a kúra kedvéért beleegyezett ezekről a gyermekkor  
óta üzött kielégülésekről való lemondásba. A kintlódás, amit  
ilyformán magára vállalt, nagy volt, de megérte a fáradsá-  
got. A szexualitás, elzárva minden abnormis lefolyástól,  
önmagától, minden segítség nélkül, megtalálta az utat a  
számára normálisan rendelt genitálzónához, amelyből fej-  
lődésének bizonyos fokán elterelődött, mintegy a hazájá-  
ból idegen országba száműzetett.

A száműzetésből való visszatérésnek újabb akadályául  
egy már gyermekkorában végigélt kényszerneurózisnak  
ideig-óráig való visszatérése állt még az utjába, ami azon-  
ban már könnyebben volt lefordítható.

Állapotának egy újabb állomása megokolatlan és kel-  
lemetlen időben fellépő *vizelési inger* fellépése volt, ami-  
nek a kielégítése hasonlóképen tilalom alá került. Egy  
napon azzal a közléssel lepett meg, hogy a genitáleján

oly heves ingert érzett, hogy nem tudta magát visszafartani a vaginanyálkahártyának heves dörzsölésétől, ami aztán némi kielégülést adott. A magyarázatomat, hogy ez csak megerősíti azt a korábbi állításomat, hogy ő valamikor aktív infantilis maszturbációs periódust élt végig, nem fogadta ugyan el közvetlenül, de csakhamar felidéződtek benne olyan ötletek és álmok, amelyek meggyőzték őt. Maszturbációjának recidivája nem tartott sokáig. Párhuzamosan infantilis leszokási küzdelmének visszaidézésével, oly sok kinlódás után végre megjött az a képessége, hogy kielégülést találjon a normális nemű érintkezésben, ami eddig — bár férje szokatlanul potens volt és több gyermeket nemzett vele — nem adatott meg neki. Egyszersmind több, még fel nem derített hisztériás szimptomája nyert magyarázatot a most már nyilvánvalóvá lett genitális fantáziákban és emlékekben.

Arra törekedtem, hogy ebből a nagyon is komplikált analizisből csak a technikailag érdekeset emeljem ki és leirjam azt az utat, amelyen egy új analitikai szabály felállításhoz eljutottam. Ez pedig így szól: a kúra alatt gondolni kell a rejtett onániára és onánia-ekvivalensre is, és ha ezeknek jelét észre vesszük, el is kell tiltanunk. Ezek a látszólag ártalmatlan folyamatok u. i. könnyen buvóhelyeivé lehetnek az analizis folyamán a tudattalan megszállásokból felriasztott libidónak és szélsőséges esetekben pótolhatják az egyén egész szexuális működését. Mert ha a páciens észreveszi, hogy ezek az ő kielégülési lehetőségei elkerülik az analizáló figyelmét, akkor ezekhez kapcsolja minden pathogén fantáziáját, rövid uton megszerzi nekik a motilitásba való kisülést és megtakarítja azt a fáradságos és legkevésbbé sem élvezetes munkát, mely tudatossá tételükkel jár.

Ezt a technikai szabályt azóta számos esetben értékesítettem. Az analitikai munka folytatásának hosszantartó ellenállásai voltak megszüntethetők a tekintetbevételével.

A pszichoanalitikai irodalom figyelmes olvasói talán bizonyos ellentmondást fognak találni e technikai rendszabály és sok pszichoanalitikusnak az onániáról\* konstruált véleménye között.

\* Lásd: Über Onanie. Diskussion der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Bergmann, Wiesbaden.

Azok a páciensek, akiknél ezt a technikát alkalmaznom kellett, nem is mulasztották el, hogy ezt nekem felemlítsék. »Hiszen Ön azt állította, — mondták — hogy az onánia veszélytelen, és most mégis eltiltja!« Ezt az ellentmondást nem nehéz kiküszöbölni. Nem kell megváltoztatnunk a véleményünket a kényszeronániának relativ ártalmatlanságáról és mégis megmaradhatunk az efajta absztinenciának a követelésénél. Ebben az esetben u. i. nem az önkielégítés általános eltiltásáról, hanem csak a pszichonaltikus kúra céljára és tartamára szóló ideiglenes rendszabályról van szó. A sikerrel végződő kezelés egyébként nagyon sok páciensnél végleg nélkülözhetővé teszi ezt az infantilis vagy juvenilis kielégülési módot.

Persze nem mindig. Sőt vannak esetek, amelyekben a páciensek — állításuk szerint: életükben először — épen a kúra alatt engednek a maszturbatorikus kielégülés ingerének és ezzel a »bátor tettel« libidinózus beállítottságuknak kezdődő üdvös átalakulását jelzik.

Az utóbb elmondottak azonban csak a tudatos erőtikus fantáziatartalommal bíró, nyilvánvaló onániára érvényesek, a »rejtett« onániának és ekvivalenseinek különböző formáira nem. Ezek eleve patológikusoknak tekintendők és analitikus megfejtésre szorulnak. Ez pedig, mint látjuk, nem érhető el másképp, mint magának a cselekvésnek legalább átmeneti megszüntetésének árán, ami által ingerületét pszichikus mederbe, s végül a tudat körébe vezetjük. Csak, ha a páciens megtanulta elviselni onániás fantáziájának a tudatosságát, csak akkor adhatjuk neki vissza az avval való rendelkezés szabadságát. A legtöbb esetben ugyanis csak kényszerhelyzetben fog vele élni.

Felhasználom ezt az alkalmat, hogy közöljek még egyetsmást a rejtett és a vikariáló onániás ténykedésről. Van sok, különben nem neurotikus egyén, főleg azonban számos neuraszténias, aki mondhatni egész életén át, szinte megszakítás nélkül *tudattalanul onanizál*. Ha férfiak, akkor a kezüket egész nap a nadrágsebükben tartják, és a kezüknek és ujjainak mozdulatairól látni, hogy közben a penisüket érintgetik, vagy dörzsölik. Pedig ők nem gondolnak semmi »rosszra«, ellenkezőleg, talán mélyenjáró matematikai, filozófiai, vagy üzleti spekulációkba vannak

elmerülve. Azt hiszem azonban, hogy ez a »mélység« nem valami nagy. Lehet, hogy azok a problémák lekötik az egész figyelmüket, de a lelki életük tulajdonképeni mélysége (a tudattalanjuk) ezalatt primitív erotikus fantáziákkal van elfoglalva és rövid, mintegy szomnambul úton szerzi meg magának a kívánt kielégülést.

A nadrágzsebben való kotorászást mások a lábszár-izomzatnak a nézőt igen bosszantó klónikus remegtetésével pótolják, míg az asszonyok, akiknél az öltözködési mód és illem lehetetlenné tesz ilyen feltűnő mozdulatokat, a lábszárukat nyomják egymáshoz, vagy rakják egymásra. Különösen a figyelmet félreterelő kézimunkálás közben egyesítik ily módon tudattalanul a »hasznost a kellemessel.«

De, ha el is tekintünk a pszichikus következményektől, nem lehet ezt a tudattalan önkielégítést egész ártalmatlannak tekinteni. Ámbár, vagy éppen azért, mert itt sohasem kerül a sor teljes orgazmusra, hanem csak hiábavaló izgalmakra: szorongásos neurózisos állapotok létrejötte lehet a következmény. Ismerek azonban olyan eseteket is, amelyekben ezt az állandó ingerlést gyakori, ha még oly minimális orgazmus kíséri (férfiaknál még prostatorrhoea is), ami ezeket az egyéneket végül neuraszténiássá teszi és potenciájukat csökkenti. Normális potenciával u. i. az rendelkezik, aki libidós ingerét hosszú időn át látenszen tudja tartani, azt felhalmozza és a megfelelő szexuális cél és tárgy jelenlétében a genitálijához képes áramoltatni. Ezt a képességet azonban kis libidómennyiségek állandó pazarlása megrontja. (A tudatosan akart periódikus maszturbációról ez nem áll ilyen mértékben).

Egy másik momentum, amely itt közölt megmondolásainkat régebben kifejtett véleményeinkkel látszólag ellentétbe hozza, a *tüneti cselekvésekről* való felfogásunk. Tudjuk *Freudtól*, hogy a mindennapos pszichopatológiának ezek a megnyilvánulásai, mint elfojtott fantáziák jelei, a kurában felhasználhatók, s mint ilyenek jelentőségteljesek, egyébként azonban tökéletesen ártalmatlanok. Most meg azt halljuk, hogy a más pozíciókból kiszorított libidó ezeket a ténykedéseket is intenzíven megszállhatja, úgy, hogy ezek többé nem ártalmatlanok, hanem onánia-aequivalensekké lesznek. Átmeneteket lelünk a tüneti

cselekvések és a *tic convulsif* bizonyos alakjai között is, amelyekről eddig semmiféle pszichoanalitikus magyarázattal nem rendelkezünk. Valószínűnek tartom, hogy analízis közben sok ilyen tic stereotipizálódott onánia-ekvivalensnek fog bizonyulni. A *tic*nek a *koprolália*val való érdekes kapcsolódása (különösen a motorikus kísérőjelenségek elnyomásakor) így nem volna egyéb, mint a *tic*-től szimbolizált erotikus —, többnyire sadisztikus és anális fantáziáknak, a tudatelöttesbe való betörése, a neki megfelelő szóemlékkép — maradványoknak görösszerű megszállásával. A koprolália így olyanforma mechanizmusnak köszönhetné a létrejövetelét, mint amely az általunk megkísérelt technika mellett bizonyos, addig onánia-ekvivalensek alakjában levezetett izgalmakat a tudat színvonalához kényszerít.

De az egészségi és nozológiai kérdésekbe való kissé hosszú kilérés után térjünk vissza azokhoz a sokkal érdekesebb technikai és pszichológiai megfontolásokhoz, amelyekre minket a közölt eset készített.

Ebben az esetben kénytelen voltam feladni azt a passzív szerepet, amit a pszichoanalitikus a kurában játszott szokott, és amely megelégszik a páciens ötleteinek meghallgatásával és megfejtésével; a páciens pszichikus gépezetébe való *aktív* beleavatkozással kellett az analitikus munka holtpontjain átsegítenem.

Ennek az »aktív technikának« mintaképét magának *Freud*nak köszönhetjük. A szorongásos hisztériák analízisének, hasonló stagnációk esetében, ő ahhoz a megoldáshoz folyamodott, hogy felszólította a pácienseket, keressék fel épen azokat a kritikus szituációkat, amelyek alkalmasak a szorongás kiváltására, — tette ezt pedig nem azért, mint ha a szorongásos dolgokhoz »hozzászoktatni« akarta volna őket, hanem, hogy az eltolódott indulatokat felszabadítsa kapcsolataikból. Elvárható, hogy ilyenkor a szabad lebegésbe hozott indulatok kielégítetlen vegyértéke elsősorban a velük kvalitatíve egyező és nekik történelmileg megfelelő képzetet fogja magához ragadni. Tehát itt is, mint a mi esetünkben, az izgalom megszokott, tudattalan pályájának elzárásáról, a tudatelöttes megszállásnak a kikényszerítéséről és az elfojtottnak tudatos »felülfoglalásáról« van szó.

Az indulatáttételnek és az »aktiv techniká«-nak ismerete óta elmondhatjuk, hogy a pszichoanalízisnek a megfigyelésen és logikus következtetésen (a megfejtésen) kívül a *kísérlet* eszköze is rendelkezésére áll. Amint állatkísérleteknél nagy artériás edényhálózatok lekötésével távoleső testrészeken emelhetjük a vérnyomást, úgy lehet és kell elzárunk megfelelő esetekben a tudattalan vezető pályákat a pszichikus izgalomtól, hogy az energiának ilyen módon elért »nyomás fokozódása« által kikényszerítsük a cenzura ellenállásának a legyőzését és az »egyensúlyozott megszállást« magasabb pszichikus rendszerek által.

Ellentétben a szuggesztióval itt nem gyakorlunk semmiféle befolyást az áram irányára és szívesen lepődünk meg az analízis váratlan fordulatain.

Az efajta »kísérleti pszichológia« felette alkalmas arra, hogy meggyőzze az embert a *Freud*-féle pszichoanalitikus neurózistan helyességéről, és az erre (és az álomfejtésre) alapított pszichológia helytálló voltáról. Különösen megtanuljuk belőle kellően értékelni *Freudnak* a felvételét az egymás fölé rendelt *pszichikus hatóságokról* és megszokjuk, hogy úgy operáljunk *pszichikus mennyiségekkel*, mint más energia-mennyiségekkel szoktunk.

Az itt közölt példa azonban újra megmutatja nekünk azt is, hogy a hisztériánál nem banális »pszichikus energiák«, hanem libidós, pontosabban genitális hajtóerők működnek, és, hogy a tünetképzés megszűnik, mihelyt sikerül az abnormisan felhasznált libidót a genitáléhoz visszavezetni.

## V.

### Hipochondriás hisztéria-eset pszichoanalizise.

A pszichoanalízis technikájával együtt jár, hogy a gyógyítási, illetve oldódásifolyamatok hosszadalmas és hosszabb időszakokra elosztott fejlődése következtében az eset általános benyomása elmosódik és a komplikált összefüggéseknek egyes momentumai csak felváltva vonják magukra a figyelmet. A következőkben azonban olyan esetről számolhatok be, amelynek oldódása igen gyorsan folyt le és amelynél a formában és tartalomban egyaránt érdekes kórtörténet kinematográfikus képsorozat módjára, tulajdonképen megszakítások nélkül pergett le.

A páciens, szép fiatal romániai asszonyt, a hozzátartozói juttatták kezelésem alá, miután előzőleg különböző más gyógy módokkal próbálkoztak. Állapota igen kedvezőtlen benyomást tett rám. Legkiemelkedőbb tünetként igen heves *szorongás* volt rajta észlelhető. Anélkül, hogy tulajdonképen agorafób lett volna, már hónapok óta egy pillanatig sem tudott kíséző nélkül lenni; ha egyedül hagyták, heves szorongási rohamok léptek fel nála, és pedig éjszaka is, amikor a férjét vagy a mellette fekvő nőszemélyt fel kellett keltenie, hogy órákig beszéljen a szorongásos képzeleiről és érzeteiről. A panaszai hipochondriás testi érzetektől és ezekhez asszociálódott halálfélelemből álltak. Valamit érez a torkában; a fejbőréből »pontok« jönnek ki (ezek az érzetei arra kényszerítik őt, hogy állandóan tapogassa a gégejét és az arcbőrét.) A füle hosszúra nőtt, a feje szétmegy elől, dobog a szive, stb. Mindezekben az érzéseiben — amik miatt állandóan figyeli magát —

a halálának közelgő jelét látja; öngyilkosságra is gondol. Az apja arteriosklerózisban halt meg, ez vár órá is. Mint az apja, ő is meg fog bolondulni és elmebeteg-szanatórium-ban fog meghalni. — Abból, hogy az első vizsgálatnál a torkát par- vagy hiperesztéziára vizsgáltam, mindjárt új szimptomát csinált, tükör elé kellett állnia és elváltozásokat keresgélne a nyelvén. — Az első pár analízis-óra e szenzációk feletti állandó monoton sopánkodással telt el, amint hogy az eset tünetei egyébként is befolyásolhatatlan hipochondriás tébolyképződmények benyomását keltették bennem, különösen, mivel még friss emlékekben voltak ilyen esetek.

Bizonyos idő múlva azonban úgy látszik belefáradt ezekben, bizonyára azért is, mert nem igyekeztem őt sem megnyugtani, sem másképen befolyásolni, hanem zavartalanul végighallgattam a panaszait. Kezdték már az indulatáttétel apró jelei is mutatkozni; az óra után nyugodtabbnak érezte magát, türelmetlenül várta a legközelebbi óra jövetelét, stb. Azután igen gyorsan megértette, hogy kell »szabadon asszociálni«, ez az asszociáció azonban már az első kísérletnél demenciás, szenvedélyes és színészkedő viselkedésbe csapott át: »Én X. Y. gyáros vagyok« (és láthatóan fokozott önérzettel az apja nevével nevezte magát), azután valóban úgy kezdett viselkedni, mint az apja szokott volt, amikor az udvaron és az üzletben parancsokat osztogatott; káromkodott is (még pedig elég durván és szemérmetlenül, ahogy épen azon a vidéken szokásos), majd megismétli azokat a jeleneteket, amiket tébolyodott apja csinált végig internáltatása előtt, stb. Az óra végén azonban egészen jól tájékozódott, tisztességtudóan bucsuzott és szépen hazakísértette magát.

A következő órát a fenti jelenet folytatásával kezdte, miközben egyre ezt ismételte: »Én X. Y. vagyok (az apja). Penisem van«. \* Közbe-közbe egy gyermekkorú jelenetet reprodukált, amikor »egy csunya dajkája megfenyegette őt az irrigátorral«, mert nem akart magától székelni. Az azután következő órákat felváltva a hipochondrikus panaszok, az apának megőrülési jelenete, majd szenvedélyes indulatáttételi fantáziák töltötték ki. Durva

\* Penis helyett az ott szokásos paraszti kifejezést használta.

paraszti kifejezésekkel követelt nemi kielégülést és csufolta a férjét, aki erre nem képes (ami azonban a tényeknek nem felel meg). A férje azután elmondotta, hogy a páciens ettől az időtől fogva de facto kielégítést követelt, holott azelőtt hosszú ideig visszautasítóan viselkedett.

Ezek után az indulatkisülések után valamennyire megnyugodott a mániás exaltációja és módunkban volt az eset kórelőzményeivel foglalkozni. Beszélte betegségének a kezdetéről. A háboru kitört, férje bevonult és neki kellett őt az üzletben helyettesítenie, ezt azonban nem véghezvethette rendesen, mert folyton az idősebbik (kb. 6 éves) leányára kellett gondolnia s azon töprengeni, vajjon nem történik-e vele odahaza valami baj; emiatt folyton haza kellett szaladgálnia, hogy megnyugodjék. Ez az idősebbik leánya rachischisis-szel és sacralis meningokelevel jött a világra, amit megoperáltak, úgy hogy a kicsi életben maradt, az alsó végtagjai és a hólyagja azonban gyógyíthatatlanul béna lett. Csak négykézláb tud a padlón csúszkálni és az incontinentia miatt »egy nap százszor is« tiszába kell őt tenni. »De ez nem tesz semmit, én ezerszer jobban szeretem őt, mint a másodszülött leányomat.« (az egészségest). Az egész környezete megerősítette, hogy a páciens ezt a beteg gyermeket, még a másik, egészséges gyermekének a rovására is, kényeztette, nem is akarja elismerni, hogy a beteg miatt boldogtalannak kell lennie, hiszen oly jó, oly okos, olyan szép az arca.

Azonnal nyilvánvalóvá lett előttem, hogy a páciens részéről óriási elfojtási teljesítmény volt ez, hogy ő a valóságban tudattalanul ennek a szerencsétlen leányának a halálát kívánja és ezen lelki megterhelés miatt nem tudta a háborus idők új megerősítéseit elviselni. Inkább a betegségbe menekült.

Ezt a felfogásomat az ő megbetegedéséről, kiméletes előkészítés után közöltem vele, mire lassanként sikerült neki — miután hiába próbálkozott újból belémenekülni a »megőrülésbe«, vagy az indulatáttételi szenvedélybe — tudatossá tennie azt a nagy szégyent és fájdalmat, amit gyermekének nyomorék volta miatt érzett.

Ezután az »aktiv technika« egy eszközéhez nyultam.\*

\* L. a „Technikai nehézségek egy hisztéria analízisének“ c. dolgozatot, 39. lap.

A pácienszt egy napra hazaküldtem, alkalmat adván neki ezzel arra, hogy a gyermekeit illető érzelmeit a most szerzett felvilágosítások segítségével revideálhassa. Otthon aztán megint szenvedélyes szeretettel ápolgatta beteg gyermekét és visszatérve, a következő órán diadalmasan mondta: »Látja, semmiben sem volt igaza! Mégis csak az idősebbiket szeretem! »Mindamellett még ezen az órán be kellett vallania, heves sirás közben, ennek ellenkezőjét. Impulzív, szenvedélyes lényének megfelelően u. i. kényszerötletek léptek fel nála, amikben ezt a gyermekét megfojtotta, felakasztotta stb., vagy így átkozódott: »Az istennyila üssön beléd«. (Ez az átok is a szülőhelyének a folklorejából való.)

A kura további folytatása az állételes szerelem útján haladt. A páciens komolyan megsértődött az ő ismételt szerelmi ajánlatának tisztára orvosi fogadtatásán ezzel akaratlanul is megmutatta rendkívül kifejezett narciszmusát. Egynéhány órát elvesztettünk annak az ellenállásának a legyőzésével, amit hiúságának és önimádatának e sérelme okozott, de így legalább alkalma nyílt hasonló sértéseknek a reprodukálására, amikben az élete igen gazdag volt. Kimutathattam neki, hogy valahányszor valamelyik nővére eljegyezte magát (ő volt a legfiatalabb köztük), ő mindig sértve érezte magát személyének a mellőzése miatt. Féltékenysége és bosszúállása odáig ment, hogy az egyik nőrokonát, akit egy fiatalemberrel rajtakapott, pusztán irigységből beárulta. Látszólagos rezerváltsága és szerénysége ellenére nagyon önérzetes volt és nagy véleménye volt a saját testi és lelki tulajdonságairól. Hogy megóvja magát fájdalmas csalódásoktól, inkább mindig félrevonult, valahányszor más lányokal való versengésre került volna a sor. Most már megértettem azt az érdekes fantáziáját is, amit egy pseudo-demenciás rohamában nyilvánított: újra a (megőrült) apjának képzelte magát és azt kiabálta, hogy *őnmagával* akar nemileg érintkezni.

Gyermekének a betegsége is csak az érthető — azonosítás folytán hatott reá oly erősen; egyszer régen már ő is szenvedett sérelmet a testi integritásában. Ő is testi hibával jött a világra: *kancsálitott* és gyermekkorában emiatt operációt is végeztek rajta; e műtét előtt igen heves félelmet kellett kiállania és csaknem megőrült attól a

gondolattól, hogy megvakulhat. Emiatt a kancsalságní miatt egyébként gyermekkorában sokszor gunyolták őt a játszótársai.

Lassanként rájöttünk az egyes hipocondriás érzeléinek a megfejlésére is. Az a bizonyos érzés a torkában, annak a vágyának volt a pótléka, hogy szép althangját hallassa és csodáltassa. A »pontok«, amelyek a fejéből »kijöttek«, azokat a kis bogarakat jelentették, amiket egyszer — az ő nagy megszegyenülésére — a fején fedeztek fel; füleinek a »meghosszabodása« arra volt visszavezethető, hogy a tanítója egyszer az iskolában »szamárnak« csufolta, stb.

A legtávolabbi fedőemlék, ameddig eljuthattunk, a kölesönös exhibíció volt, amely közte és vele egyidős fiu között a házuk padlásán játszódott le és amelynek meggyőződésem szerint igen erős és tartós utóhatása volt. A penis-irigység, amely ekkor rögzítődött, képesítette őt arra, hogy deliriumaiban az apjával való sikeres identifikációt létrehozza. (Penisem van! stb.) Legvégső sorban tehát nem annyira elsősülöttének veleszületett abnormitását, mint azt a tény kell a megbetegedését kiváltó oknak tartanunk, hogy nem született fiugyermeke, hanem csak két leánya (penis-nélküli lények, akik nem tudnak — mint a fiuk — rendszeren vizelni). Innen eredt a beteg leányának incontinentiája miatti tulságos tudattalan undorodása. Ugy látszik különben, hogy elsősülöttének a betegsége is csak akkor kezdett erősebben rá hatni, amikor másodszori szülésekor újra csak leánya lett.

Egy másik hazautazásról a páciens egészen megváltozva tért vissza. Kibékült azzal a gondolattal, hogy a kisebbik gyermekét jobban szereti, hogy a beteg gyermekének a halálát kívánja, felhagyott a hipocondriás érzetek panaszolásával, és azzal a tervvel foglalkozott, hogy nemsokára végleg hazautazik. E hirtelen javulás mögött azonban a kúra befejezése elleni ellenállását is feltedezhettem. Álmainak az analíziséből az orvos becsületessége elleni paranoiás bizalmatlanságra lehetett következtelnem; azt hitte, hogy a kurát én húzom-vonom, csak azért, hogy több pénzt szedjek el tőle. E vallomásából kiindulva, igyekeztem hozzáférközni narcizmusával szorosan összefüggő analerotikájához (l. az infantilis »irrigator-fé-

lelmet») ez azonban csak részben sikerült nekem, a páciensnek ugyanis sikerült neurotikus tulajdonságainak egy részét konzerválni, bár látszólag teljesen gyógyultan távozott.\*

A betegség gyors lezajlásától eltekintve, az eset epikrizise egyéb érdekeset is szolgáltat. Tisztán hipochondriás és hisztériás tüneteknek keverékével van itt dolgunk, emellett a kórkép az analízis kezdetén a schizophreniával is kacérkodott, a végén pedig — ha nyomokban is, — a paranoiával.

Figyelemreméltó az egyes hipochondriás paresztéziák mechanizmusa is. Eredetileg a saját testének narcisztikus imádatán alapulnak, de azután, — mintegy a »testi felkinálkozás« mintájára — hisztériás (ideogén) folyamatok kifejező eszközei lesznek. (A fülmeghosszabbodás érzése pld. egy elszenvedett lelki trauma emlékképét helyettesíti).

Figyelmessé leszünk itt a konverziós hisztéria és a hipochondria egyes még megmagyarázatlan problémáira. A dolognak az a látszata van, hogy egy és ugyanaz a szervi libidópangás\*\* — a beteg szexuális konstitúciója szerint — majd tisztán hipochondriás, majd pedig konverziós-hisztériás »felépitményt« kap. A mi esetünkben, úgy látszik, a két eset kombinációja volt jelen. A neurózis hisztériás alkatrésze tette lehetővé az indulatáttételt és a gyógyulást. Mikor azonban a narcizmus sziklás talajához ért

\* Ime még néhány analitikus eredmény: „A fejem elől szétmegy“. Ez a kényszeréret annak a „felfelé áthelyezett“ terhességi váagnak volt a kifejezője, hogy gyermekei (fiai) szülessenek a meglevők (a beteg és a másik lány) helyett: „*Megint nincs semmi újság!*“ — szokta ismételten mondani, a homlokára mutatva; ez is a terhességi komplexumhoz tartozott; — a páciens kétszer abortált — nem egészen véletlenül — és ezt a tudattalanjában igen sajnálta. — A „szivdobogás“ libidinózus gerjedelmeknek e reminiscenciája volt, melyek olyan szimpatikus fiatal emberek jelenlétében léptek fel, akik potenseknek látszottak. (Potensnek lenni, azt jelentette nála: fiukat, s egyáltalán egészséges gyermekeket nemzeni tudni), stb. A „pontok“, amik „kijöttek“ többszörösen determináltak voltak; — nemcsak bogarakat jelentettek, hanem kis gyermekeket is. Ime két karakterisztikus álma: 1. *Felfüggesztett zsákokat (pénzeszsákokat?) lát.* Megfejtés; Ha belátná, hogy a gyermekét fel akarja akasztani, akkor megtakaríthatná a további honoráriumfizetést. 2. *Egyik testvére cake-walk-ot táncol, az apja is jelen van.* A nászéjszaka reprodukciója, amikor örömeiben az a gondolat zavarta, hogy az apja intézetben van.

\*\* L. „A patoneurózisok“-ról szóló dolgozatot, 5. old.



## VI.

### A háborus hisztéria két típusáról.\*

Távol áll tőlem az a szándék, hogy a háborus neurózis fontos tárgyáról, ily aránylag rövid tanulmányozási idő után, határozott véleményt nyilvánítsák. A kórház idegosztályát csak két hónapja vezetem. Körülbelül kétszáz eset állott a megfigyelésem alatt. Ez a szám túl nagy, a tanulmányozási idő túl rövid volt; a pszichoanalízis pedig megtanított bennünket arra, hogy a neurózisok tudományában nem annyira sok eset statisztikus feldolgozásától, mint inkább az egyes esetek megfigyelésébe való elmélyedéstől kell a fejlődést várnunk. Ezek a közlemények tehát csak előlegesek akarnak lenni, csak azt a benyomást akarják visszaadni, amit egy pszichoanalitikus nyer a háborus neurózisok tömeges megfigyeléséből.

Az első benyomás, amit a háboru neurótikusaival teli kórterem gyakorolt reám, valóban meglepő volt, és ha Önök egy pillantást vetnek az előttük ülő, álló és fekvő betegek csoportjára, bizonyára osztozni fognak e benyomásomban. Itt látnak maguk előtt vagy ötven beteget, akiknek csaknem mindegyike a súlyos beteg, sőt a nyomorék benyomását teszi. Egyesek képtelenek arra, hogy a helyüket változtassák, másoknál a helyváltoztatás kísérlete oly heves térd- és lábreszketést idéz elő, hogy én a lábakkal együttremegő cipők kopogásának zaját alig tudom tulkiabálni.

Mint mondtam, a legtöbbször a lába remeg, mégis vannak néhányan, akiknél — mint láthatják — az egész testizomzat minden intencióját remegés kíséri. Legfeltű-

\* A Mária Valéria-barakkórház orvosainak tudományos ülésén tartott előadás nyomán.

nőbb e remegősök járása, amely a spasztikus parézis benyomását teszi; de a remegés, végtagmerevség és gyöngegség váltakozó keveréke egészen sajátos, talán csak kinematográfiai reprodukálható járási típusokat hoz létre. A páciensek többsége azt mondja, hogy a közelükben történt gránátexplózió után betegedtek meg; egy elég nagy kisebbség hirtelen erős megfázást (jéghideg vízbe való esést, átázást a szabadban) hoz fel megbetegedése okául, a többit más baleset érte, vagy állítólag csak a harcéri megerőltetéstől betegedtek meg. A gránátexplózió áldozatai »légnyomás«-ról beszélnek, amely leütötte őket, másokat az explodált lövedéktől felkavart földtömegek temették el.

Ily sok beteg betegségi tüneteinek és azok kórokának megegyezése, érthetővé tette organikus agy- vagy gerinvelőbántalomnak a feltételezését. Eleinte nekem is az volt a benyomásom, hogy ez a különös, a patológiában eddig ismeretlen tünetkomplexum a központi idegrendszer olyan organikus elváltozásaira, központi bénulásra és görcsre lesz visszavezethető, amelyet eddig csak azért nem tudtunk megfigyelni, mert olyan rázkódások, amilyeneket a katonák a háboruban átéltek, a békében ismeretlenek voltak. Ezt a lehetőséget sokáig nem ejtettem el, még akkor sem, amikor az egyes esetek megvizsgálásakor meggyőződést szereztem arról, hogy itt a centrális szervi sérüléseknek sohasem hiányzó tünetei, különösen a piramis-pálya sérülésének a jelei (spasztikus térdreflex, Babinski-tünet, lábklonus) nem válthatók ki.\* De aztán azt kellett mondanom, hogy nemcsak e jellemző tünetek hiánya, hanem az egyes esetek összképe, különösen a végtelenül változatos és szokatlan innervációs zavarok, erős ellenargumentumok az idegszövetnek organikus, vagy akár csak »molekuláris« vagy »mikroorganikus« elváltozásával szemben.

A különösség és ismeretlenség benyomása csak akkor foszlott szét, amikor a betegeknek azt a kis csoportját vettem közelebbi vizsgálat alá, akiknél a betegség nem érte az egész testet, hanem csak egy-egy részét. Csak e

\* Azon eseteket, amelyek kórképét organikus göctünetek komplikálják, szándékosan mellőztem.

*monoszimptomás* esetek ismerete tette lehetővé az egész betegségesoport nozológias elrendezését.

Itt látnak Önök két beteget. Mindkettőnél feltűnő — a kifejezett járászavar mellett (aminek a leírásától most eltekintek) — a *fej* állandó oscilláló *remegése*, amit a nyakizmok alternáló, ritmikus összehuzódása hoz létre. Ez a harmadik beteg a *jobb karját* a könyökizület *tompaszögű kontrakturájában* tartja; ez a végtag aktív mozgásra látszólag képtelen, minden aktív vagy passzív mozgatási kísérlet a kar izomzatának heves remegését, amci-lett pulzusszaporodást hoz létre. A kar fájdalomérzékenysége csökkent, a kéz cianotikus. Sem az arcizomzatban, sem az alsó végtagon nem mutathatók ki parézis nyomai. Ha a beteg *nagyon megerőlteti* magát, akkor a merev tartást, igen heves remegés közben, kis fokban megtudja változtatni. Hasonló az eset ennél a másik páciensnél, csak hogy ő nála a *jobb kar a könyökben hegyesszögben van kontrakturalva* és a *felkarját spastikusan a mellkasához szorítja*. Egy másik betegnél a kóros tünet a válltájon mutatkozik. A *bal vállát tartósan felhuzza*, e mellett ennek a vállnak tic-szerű vonogatását is láthatják.

Itt ül egy beteg, tökéletes nyugalomban, ha felszólítjuk, hogy álljon fel, akkor a *bal lábán* — és csak a balon — heves klónikus remegés lép fel. Ha a beteget levetkőztetjük, akkor mint egyetlen betegségi tünet a bal-lábszárizomzat tartós görcse, mintegy állandó crampusa mutatkozik. Csak a lólábtartás aktív vagy passzív megváltoztatásának a kísérleténél (a felállásnál) lép fel a klónikus remegés, melynek azonban nincs meg a tipikus lábklonus jellege (a piramis-pályák sérülésének egyéb jelei is hiányoznak.) A görcs hetekig volt megfigyelhető, éber állapotban megszűnését sohasem tudtuk észlelni. Ennek a másik betegnek *mindkét jobb végtagján* van kontraktura és remegés, a bal testfele ép.

Ez eseteket a pontosabb anamnézis és ezeknek az egyes szimptomákhoz való viszonyítása után biztosan »funkcionális«-nak, helyesebben: *pszichoneurózisoknak* kell minősítenünk. Kérdezzük meg például ezt a féloldalt (bal testfelén) kontrakturalt embert, hogy mint szerezte a baját, elmondja, hogy *tőle balfelé gránát* csapott le és explodált, úgy, hogy a légnymás balról érte őt. — Ha

a légnyomás valóban organikus elváltozást okozott volna a katona agyában, akkor ez (ha eltekintünk a contre-coup esetétől) a bal agyféltekét sokkal erősebben érte volna, ám akkor a tüneteknek a tuloldali (jobb) testfélén sokkal kifejezettebbeknek kellene lenniök, pedig az itt teljesen érintetlen. Sokkal valóbbszínű az a feltevés, hogy itt egy pszichogén állapotról, a kedélyi hangsulynak az egyik testfélhez való traumás fixálódásáról, szóval *hisztériáról* van szó.

Ez a feltevés bizonyossággá válik, mihelyt figyelembe veszik a most bemutatott esetek anamnéziséét. Azt a katonát, akinek jobb karja tompaszögben kontrakturálódott, akkor érte a gránát-rázkódttatás, amint *fegyverét balance-állásban* tartva nyomult előre. Ez a helyzet azonban tökéletesen meg is felel annak, amelyet a kontraktura mutat. A másik, aki a vállát a melléhez szoritja és a könyökét hegyesszögben fixálja, szintén azt a szituációt őrzi meg, amelyben őt az explózió találta; ő épen feküdt, fegyvert emelt és célzott; ehhez azonban a karját az oldalához kellett szoritania és a könyökét hegyesszögbe hajlítani. Ezekben az esetekben organikus centrális glókok nem lehettek a rázkódás következményei. Elképzelhetetlen, hogy egy agyi sérülés aránylag ily sok esetben épen azoknak az izmoknak a központjait támadja meg, amelyek a trauma pillanatában működésben voltak. Sokkal közelebb áll az a feltevés, hogy ezekben az esetekben a *rázkódás (megijedés) pillanatában épen uralkodó innervációknak* a rögzítődéséről van szó. A féloldalt kontrakturált katona a legközelebbiről fenyegetett testfélnek — valószínűleg menekülési reflex gyanánt felfogható innervációját folytatja szakadatlanul tovább. A másik kettő a karjának közvetlenül a rázkódás előtt elfoglalt helyzetét az »in die Balance« tartást, célzást tartja meg. Ezen felfogás támogatására egy közismert tény hozhatok fel a mindennapos életből és egy kevésbé ismertet a pszichoanalízisből. Gyakran megfigyelhető, hogy hirtelen ijedtségnél az ember lába »meggyökerezik« az épen elfoglalt állásban, sőt az egész test, a karok, az arcizmok innervációja is egy ideig mereven megrögződik. A színészek ismerik is ezt a »kifejező-mozzást« és hatásosan alkalmazzák az ijedelem érzésének ábrázolásánál.

Van azonban a kifejező mozdulatoknak egy, mint ilyen, kevésbé ismert fajtája is. *Breuer* és *Freud* óta tudjuk, hogy a hisztériás görcs- és bénulási tünetek lényege tulajdonképpen valamely indulatnak testi tünetté való átváltoztatása, *konverziója*. A pszichoanalízis a *konverziós hisztéria* minden ilyen esetét vissza tudja vezetni egy vagy több indulattal élményre, amik bár maguk tudattalanok és »elfelejtettek« (mint ma mondanók: elfojtottak), de az energiájukat odakölesönzik bizonyos, ez eseményekkel gondolatban kapcsolatos testi tüneteknek, amik mintegy a mélybe temetett emlékezeti képek síroszlopaiként változatlanul merednek a múltból a jelenbe. Nem itt van a helye annak, hogy kiterjeszkedjünk azokra a feltételekre, amiknek a jelzett *lelki trauma* mellett még adva kell lenni ahhoz, hogy a konverziós hisztéria tüneti képe létrejöjjön (szexuális konstitúció; megelégszünk itt annak a megállapításával, hogy a *háborús neurózis* itt bemutatott eseteit az anamnézisük alapján a *Breuer* és *Freud* értelmében vett *konverziós hisztériának* kell felfognunk. Itt is a hirtelen, lelkiileg le nem győzhető érzés (az ijedelem) adja a traumát, a trauma pillanatában épen uralkodó innervációk mint betegségi tünetek állandósulnak és jelzik, hogy annak az indulatfolyamatnak még el nem intézett részei tovább működnek a tudattalanban. Más szóval: ezek a páciensek ijedtségükből még mindig nem tértek magukhoz, noha tudatosan már egyáltalán nem is gondolnak az átéltre, és olykor oly jókedvűek, mintha a lelküket nem is kínozná a borzasztó emlék.

Ezek után a meggondolások után nem lepett meg engem és Önöket sem fogja meglepni, hogy az anamnézis behatóbb felvétele után a többi itt bemutatott »monoszimptomás« eset is érthetővé vált. Ez a katona, kinek a bal lábszára tartósan kontrakturált, elbeszéli, hogy Szerbiában épen egy meredek hegyről kuszott óvatosan lefelé és a *bal lábát nyújtotta előre*, hogy támasztékot találjon, amikor az explóziótól megrendülve, legurult. Tehát itt is az ijedtség pillanatában elfoglalt testtartás »megmerevüléséről« van szó. A két reszketős fejű katona közül az egyik elmondja, hogy a kritikus pillanatban a fejét a fedezék falához ütötte, a másik azt, hogy amikor a közeli gránát füttyülését hallotta, vállai közé huzta a fejét. Azt a

páciens, kinek a bal válla állandóan reszket, az explóziókor *könnyű sebesülés érte* a most »spasmophil« testrészén. (A heg látható is.)

Amikor a páciensektől az első ilyen anamnesztikus adatokat kaptam, nem volt sem előttem, sem előttük ismeretes ezeknek jelentősége, úgy, hogy az én részemről szuggesztív kérdések kizárhatók. Később persze szándékosan is rátereltem a páciensek figyelmét a trauma körülményeire, de anélkül, hogy velük a kérdéseim jelentőség-teljességét észrevétettem volna.

El vagyok készülve arra, hogy Önök e magyarázati kísérlettel szemben kifogásokat fognak emelni. Azt fogják mondani, hogy a páciens a kritikus pillanatban nem figyelhette meg oly jól a valódi szituációt, ezek az anamnesztikus adatok tehát talán csak a páciensek utólagos magyarázó kísérletei, amiknek mi egyszerűen »felültünk«.

Erre a következőket válaszolhatom: egészen bizonyos, hogy a katona közvetlenül a rázkódtatás *előtt* teljes öntudatánál volt, észrevehette a veszély közeledését is (ezt sokan mondják olyanok is, akik az explózió közelsége dacára egészségesek maradtak). Magának a rázkódtatásnak a pillanatában azonban elveszthette az eszméletét, sőt később egy retroaktiv amnézia is kifejlődhetett nála, de a rázkódtatás előtti szituációnak emlékezeti nyoma immár megtapadt, és a tudattalanságból könnyen befolyásolhatta a tünetképződést. Épen a páciens részéről való megélt veszteség gyanuja és a bemondásaival szemben való bizalmatlanság voltak az okai annak a teljes tudatlanságnak, amely a neurózisok pszichológiájának minden kérdésében az orvosok körében még nem régen is uralkodott. Csak amióta *Breuer*, majd különösen *Freud* kezlék *meghallgatni* az idegbetegeket, akkor tudtak hozzáférni az ő tüneteik titkos mechanizmusához. Még abban az esetben is, ha a páciensek a rázkódtatás szituációját csak később találták volna is ki, ez a »kitalálás« akkor is a valóban megtörtént folyamat tudattalanná vált emlékezeti maradványai által lehetett meghatározva.

Vajjon az itt bemutatott esetekben a trauma mellett nem hatott-e közre a szervezet részéről valami hajlamosság diszponáló tényezőként, az csak az egyes esetek szabályszerű analízise tudná eldönteni. De könny-

nyén elgondolható, hogy a rázkódtatás pillanatában maga az aktív innerváció szerepelhet mint »diszponáló«, mint »testi oldalról hajlamosító« tényező és megokolttá teszi, hogy az affektív izgalom (amelyet tulságosságánál fogva tudatképtelennek kell vennünk) az épen innervált testrészhez fixálódik. Ilyen »indulatátollódások« valamely indifferens, de a kritikus pillanatban épen működő testi innervációra, jól ismertek a konverziós hisztériának a pszichoanalíziséből.

Sajnos nem vagyok abban a helyzetben, hogy ezeket az észleleteket az esetek pszichoanalízisével megerősítem. Arra kell tehát szorítkoznom, hogy ezeket a »monoszimptomás« háborus neurózisokat a kórtörténeti adatok alapján a *konverziós hisztériák* közé soroljam.

Tekintsük meg már most a betegeknek második, mint látják, nagyobb csoportját, amelyet az *általános remegés* és a *járászavarok* jellemeznek. Itt is, ha az összképet meg akarjuk érteni, — a kifejezettebb tünetből, a *járászavarból* kell kiindulnunk. Nézzék meg például ezt a nyugodtan itt fekvő páciens, mihelyt megkísérli a felállást, remegni kezdenek az alsó végtagjai a boka- és térdizületben, a remegés mindjobban fokozódik, a kilengései mind nagyobbak lesznek, míg végül a test sztatikus egyensúlya annyira megbillen, hogy a páciens esés fenyegeti; ha leül vagy lefekszik, akkor a tremor azonnal önmagától megszűnik. (Ismétellem: organikus betegségi tünetek tökéletesen hiányoznak.) Ez a másik: két botra támaszkodva tud ugyan járni, de a járása bizonytalan, és a jobb lábának felemelésekor kettős zörejt hallunk; a jobb sarka minden lépésnél kétszer érinti a padlót, mielőtt a beteg egészen reá mer támaszkodni. A harmadik széles alapú járással megy, mint egy tabeses, a negyedik mellette, mintha egészen ataxiás volna — és mégis fekvő helyzetben nyoma sem mutatható ki náluk a valóságos ataxiának, még kevésbé gerincevelői megbetegedésnek. Két itt bemutatott betegnek a járásmódját leginkább »parádé-lépésnek« nevezhetnők; a lábszáraikat térdhajlítás nélkül emelik fel és nagy zajjal csapják le. A legsúlyosabb ennek a másíknak az állapota, akinél járáskísérletnél az intenciós remegés az egész testizomzat általános görcsége megy át, amelynek tetőfokán a beteg öntudata is zavar.

Ez az utolsó tünet arra int minket, hogy jelentőséget tulajdonítsunk e járászavar kísérőtüneteinek is. Minden ilyen betegnél kivétel nélkül heves szívdobogás és a pulzusfrekvencia fokozódása lép fel a járás- vagy a támaszték nélkül való álláskísérletnél, a legtöbben erősen izzadnak, különösen a hónaljukból, de a homlokukon is, az arc kifejezésük szorongó. — Ha pontosabban figyeljük meg őket akkor a járászavaron kívül állandó szimptomák jelenlétét is észlelni fogjuk. A legtöbb érzékszervük hiperesztéziás,\* a legtöbbször a halló-, de a látószerv is túlérzékeny. Ezen hiperakuzis és fotofóbia következtében azután igen félénkek; a legtöbben túl-éber alvás miatt panaszkodnak, amelyet félelmes, szorongásos álmok kísérnek. Az álmok többnyire a harctéren átélt veszélyes helyzeteket idézik vissza. Ezenkívül, *majdnem mindnek bénult vagy erősen csökkent a szexuális libidója és potenciája.*

Mielőtt elhatároznók magunkat arra, hogy ezt a tünetképet diagnosztikusan osztályozzuk, mint az előbbi »monoszimptomás« eseteknél, itt is nagy figyelemben kell részesítenünk az anamnézist. A legtöbben azt állítják, hogy »gránátnyomás« érte őket, egyeseket a föld is elborított. Azonnal elvesztették az eszméletüket és csak a harcvonal mögött valamely egészségügyi intézetnél tértek magukhoz. Azután napokon, vagy heteken át — egyesek egy-két hónapig is — egészen »bénultak« voltak. *A remegés az első járási kísérletnél lépett fel,* miután a mozgásképességük az ágyban már régen helyreállt volt és látszólag semmi bénultsági tünet nem mutatkozott többé. Egyes esetekben a katonára a gránátrázkódttatás után tovább szolgált és csak később, valamely jelentéktelen — tisztán pszichikus — ijedtségre betegedett meg. Ezt az önkéntest például a gránátrázkódttatást követő nap éjjelén előörsi szolgálatra küldték; utközben megbotlott egy árokban, ettől megijedt és csak ez után a kis élmény után betegedett meg. Még feltűnőbb a kórokok összegeződése azokban az igen gyakori esetekben, amelyekben anamnesztikusan egyáltalán nem explozió, hanem más félelmes események, vagy csak az emberfölötti megerőltetések és nélkülözések s a háboru

\* A tapintási érzékenység gyakran oly nagy, hogy a térdreflex megvizsgálása a leghevesebb védekező mozgásokat váltja ki.

okozta állandó szorongásos feszültség vehető fel a megbetegedés okául. A gránátrázkódtatáshoz gyakoriságban közel állnak az anamnesztikus bemondások szerint a hirtelen vagy gyakran ismétlődő, néha tartósságuknál fogva elviselhetetlen megfázások (beleesés a jéghideg vízbe, különösen télen, folyón való átkeléskor; eső, hóesés szabadban való táborozáskor.) Egyetlen napon tizenkét katonát hoztak be a kórházunkba egyazon ezredből a fent leírt járásképtelenség tüneti képével; mindannyian ugyanazon alkalommal, egy folyón való átkeléskor, több napi menetelés után esőben és hóban, betegedtek meg. Ezeknél is bénasági periodus előzte meg a mostani állapotot, amely elég gyorsan elmúlt és az első járáspróbánál adott helyet a jelenlegi állapot tünetképének.

Nem kell ismételnem, hogy itt is szorgosan — de eredménytelenül — kutattam organikus tünetek után.

Sok ilyen megfázási esetben azt halljuk, hogy a beteg állapota már a spontán javulás után haladt, amikor állítólagos »rheumá«-juk miatt forró fürdővel kezdték őket gyógyítani és utókezelésre valamely természetes melegfürdőbe (Trencsén-Teplicz, Pöstyén) küldték őket, ahol recidiváltak.

Foglaljuk össze az elmondottakat: Megbetegednek katonák hirtelen megrázkódtatástól vagy ismétlődő kisebb-nagyobb rázkódtatásoktól. A (nem mindig beálló) eszméletlenségi állapotot bénultsági stádium követi, amely hosszabb-rövidebb tartam után spontán elmúlik, hogy az első járáskísérletnél, vagy valamely terápiás kísérlet alkalmával, helyet adjon a krónikus állapot képének. Ez az utóbbi bizonyos általános jelenségekből és egy organikusan meg nem indokolt járászavarból áll. A járáspróbánál fellépő innervációs zavarok és az általános tünetek között határozott viszony áll fenn, amennyiben az utóbbiakat a járászavar fokozza, esetleg ki is váltja. Ezenkívül bizonyos állandó tünetek is vannak jelen, amelyek között a legfeltűnőbb az összes érzékszervek fokozott érzékenysége.

Nos, a pszichoanalízisből már ismerünk egy állapotot, amelynél a betegnek az a kísérlete, hogy bizonyos cselekvéseket végezzen, általános tüneteket vált ki. Ez a *Freud*-féle *szorongásos hisztéria* (*Angst-Hysterie*), amelyet számos esetben az jellemez, hogy a *helyváltogatás* kísérlete, az

állásra vagy járásra való akarattalagos innerváció van összekötve heves szorongással, amely a páciens arra kényszeríti, hogy bizonyos mozgási kísérleteket kerüljön, és egész életmódját ebben az értelemben megváltoztassa. Ezeket az elkerüléseket az ideggyógyászok már régóta ismerik, mint *phobiákat*, de sohasem értették meg őket. Az innervációs zavarokat *astasia* (állásképtelenség) vagy *abasia* (járásképtelenség) szóval jelölték, a jelzett elkerüléseket pedig bizonyos jelentéktelen külsőség után nevezték el (így: agoraphobia, claustrophobia, topophobia, stb.).

Csak a pszichoanalízis tudta ezt a különös kórképet megmagyarázni. Kiderült, hogy ezeknél a betegeknél bizonyos *lelki traumáknak*, különösen olyan átéléseknek, amelyek alkalmasak voltak arra, hogy az *önbizalmukat* csökkentsék, az érzelmi hatásai a tudattalanba fojtattak le és onnan gátolják a betegek cselekvőképességét. Valahányszor a kórokozó élmény *isméllődésének* a veszélye fenyeget, *szorongás kifejlésével* reagálnak; a páciens azután lassanként hozzászokik ahhoz, hogy ezeket a szorongásos állapotokat kerülje, amennyiben kitér minden olyan cselekvés elől, amely valamiképen a patogén szituáció ismétlődésre vezethet. Az astasia-abasia csak a legmagasabb fejlődésfoka ennek az elkerülési rendszernek; megakadályoz egyáltalán minden helyzetváltóztatást, hogy egy bizonyos szituációt annál biztosabban elkerülhessen. Hogy minden neurótikus szorongásnak szexuális gyökere van (*Freud*) és hogy a topophobiának konstitucionális diszpozíciója is van (*Abraham*) itt csak említeni kívánom.

Nos, a mi pácienseinknél az »általános« szimptomák tökéletesen megfelelnek a szorongás tüneli képének. Mondottam, hogy náluk is minden oly kísérlet, amely a látzólagos bénulás legyőzésére és a helyváltoztatásra irányul, szívdobogást, fokozott pulzuszfrekvenciát, izzadást, az arcvonások eltorzulását, sőt ájuláshoz hasonló állapotot is hozhat létre. Ez a kép azonban minden vonásában tökéletesen megfelel annak a hirtelen szorongáskifejlődésnek, amelyet úgy a mindennapos életből, mint a *szorongásos neurózisban* szenvedő páciensek kórtörténetéből, jól ismerünk. Még az érzékszerveknek állandó tünetként leírt túlérzékenysége és az alvásnak szorongásos álmokkal való megzavartatása is megfelel annak az állandó »szorongásos

várakozásának», amiben a szorongásos neurótikusok szenvednek. A szexuális libidónak és potenciának a zavarát meg épen határozottan neurótikus eredetűnek kell elfogadnunk.

Ezek után, azt hiszem, joggal tekinthetjük a háborus neurózisok e csoportjához tartozó összes eseteket *szorongásos hisztériá*-nak és jogosan fogjuk fel a mozgási zavarokat olyan *fóbiák* kifejezéseként, amiknek az a céljuk, hogy megakadályozzák a szorongás kifejlődését. A legtöbb itt bemutatott esetet »*hisztériás astasia-abasia*« névvel nevezhetjük, azon egyes eseteket azonban, amelyekben, mint látjuk az ülésre való teljes képtelenség is jelen van, a »*hisztériás anhedria*« megnevezéssel kell jelölnünk.

Próbáljuk meg mármost képet alkotni magunknak afelől, hogy az anamnesztikusan felderített rázkódtatások hogyan tudhattak efféle kórképet létrehozni. Ez a kísérlet csak igen tökéletlenül sikerülhet, minthogy, mint mondtuk, rendszeres pszichoanalízisek nem állnak a rendelkezésünkre. A páciensekkel való mindennapi érintkezés és az egyesek rövid pszichoanalitikus kikérdezése azonban mégis szolgáltatott nekem némi anyagot, ami a kérdésben a tájékozódást lehetővé teszi.

Feltűnt nekem, hogy e szorongókká vált katonák között mily sokan kaptak magas kitüntéseket ugy azelőtti szolgálatukban, mint az ellenséggel szemben való hősiességük miatt. Arra a kérdésre, vajjon azelőtt is szorongósak voltak-e, többnyire azt felelik, hogy sem most, sem azelőtt nem éreztek akármiféle szorongást. »Ellenkezőleg — mondták egyesek — mindig én voltam az első, ha arról volt szó, hogy veszélyes vállalkozásra kell jelentkezni.« Olyan esetekről, amiket behatóbban analizáltam, csak keveset tudok közölni. — Egy magyar paraszt, aki kora gyermekkorában elvesztette apját, már fiatalon kénytelen volt a gazdaságban a »nagyok« munkáját végezni. Analitikailag ki nem derített okokról igen gőgös lett, mindent ép olyan jól akart elvégezni, mint a felnőttek és nagyon érzékenyen vette, ha a munkájában valami kivetni valót találtak, vagy épen ki is csufolták érte. Később sok összetűzése volt a szomszédokkal és a falubeli csendőrökkel, végül, amint mondja, már »nem félt senkitől.« A harctéren gránátrázkódtatást szenvedett és nagy

magasságból lezuhant, azóta reszketős a járása (ehhez járul egy konverziós szimptóma, a lábikragörcs), túlérzékeny, könnyen sír, de alkalmilag dührohamai is vannak, például, amikor megtudja, hogy továbbra is kezelés alatt kell állnia. — A másik, akit pontosabban tudtam kihallgatni, egy magyar-zsidó technikus; az iskolában nagyon szorgalmas volt, nagy terveket szőtt, (felfedezések, meggazdagodás, stb.); régebben vallásos volt, lassankint azonban odáig jutott, hogy isten nélkül is meg tud élni; szándékában volt azonkívül, hogy hat évvel ezelőtt kötött eljegyzését felbontja, mert arra a meggyőződésre jutott, hogy az ígéretét, amelyet meggondolatlan ifju korában tett, már nem kell beváltania; ártana a karrierjének. Mint önkéntes jutott a harctérre és nagyon jól emlékszik megbetegedésének a részleteire. A százada heves gránáttűzben állott; amikor ő meghallotta a közelgő gránát füttyülését, megfogadta magában, hogy ha nem történik baja, mégis feleségül veszi a leányt; ugyanekkor elmormolt egy héber imádságot is »Semá Jiszroél«. A gránát mellette csapott le. Rövid kábultság után visszatért az eszmélete, de rögtön észrevette, hogy járásképtelenné lett. Valóban különösen jár rövid lépéseket tesz (reszketés nélkül), botra támaszkodik, folyvást attól fél, hogy el talál esni, miért is lehetőleg falhoz vagy a bukorokhoz támaszkodik. Máskülönben is igen aláztos lett, nagyon szerény, a szava halk, a beszéde rövid lélegzetű és gyors, az írása csaknem olvashatatlan. A menyasszonyával úgy-ahogy megint felvette az érintkezést, de (amióta jobban van) az istenhitről ismét letett. — Nem nehéz ebben a két esetben felismerni azokat a feltételeket, amelyek, mint előbb mondtuk, szorongásos hisztériának és fóbiának a kifejlődésére vezetnek. Mindakét paciens igen messzire ment az önbecsülésben, sőt önmagának a tulbecsülésében. Egy túlerős hatalommal, a gránátlégnyomásával való találkozás, amely pehelyként csapta őket földhöz, sulyosan megrendítette önbizalmukat. Egy ilyen lelki sok könnyen vonhatta maga után a *neurótikus regressziót*, vagyis a visszaesést egy (filo- és ontogenetikusan) régen túlhaladott fejlődési fokra. (Ilyen regresszió sohasem hiányzik a neurózisok szimptomatológiájában, minthogy a látszólag egészen legyőzött fázisok sem vesznek el soha teljesen a vonzóerejüket és kedvező alkalommal mindig újra

érvényre jutnak.) Ugylátszik, hogy az a fok, amelyre ez a két neurótikus tért vissza, nem más, mint az első életév infantilis stádiuma, az az idő, amikor az ember még nem tud rendesen állni és járni. Tudjuk, hogy ennek a stádiumnak filogenetikus előfutárja is van: hiszen a kétlábon járás csak elég késői szerzeménye az emlős osztályhoz tartozó őseinknek.

Nem feltétlenül szükséges, hogy minden ilyen háborus neurótikusnak az önszeretete ily túlzottan nagy lett legyen. Megfelelően nagy trauma az ugynevezett normális embernél is megrendítően hathat az önbizalomra és anynyira szorongóvá teheti őt, hogy az ülésnek, állásnak vagy járásnak már a kísérletét is — mint a járni tanuló gyermeknél — szorongásos állapot kísérheti náluk. Ebben a felfogásomban megerősített engem egy ápolónő naiv felkiáltása a reggeli vizitnél: »Doktor ur — mondta — hiszen ez úgy jár, mint a kis gyermek, amikor járni tanul.« — Emellett a regresszív vonás mellett, amely a páciens az ágyhoz köti és szabad mozgását akadályozza, sok, talán minden esetben működésben lehet a neurózis »secundär-funkciója« is. Érthető, hogy az a kilátás, hogy gyógyulás után megint kikerülhetnek a harcra, ahol már egyszer oly rosszul jártak, elrejtően hat ezekre a betegekre és a gyógyulást — többé-kevésbé tudattalanul — hátráltatja.

Tekintsük meg még néhányát a leírt szimptomáknak. A legfőbb közül bizonyára a *remegés*, amely a legtöbb eset körképén uralkodik. Hiszen a most tárgyalt járási zavarokat is csaknem mindig az alsó végtagok klónikus remegése hozza létre. A remegés tüneténél is félreismerhetetlen a regresszív vonás. Egy különféle képen innerválható és komplikált mozgási koordinációval rendelkező végtagból ezeknél a neurótikusoknál egy, az intencionál céltalanul remegő, magasabb működésekre képtelen testrész lesz. Ennek a reakció-módnak példányképét ontogenetikusan a legkorábbi gyermekkorban, filogenetikusan pedig az állati ősök távoli sorában kell keresnünk, amikor még az élőlény az ingerekre nem a külvilág megváltoztatásával (meneküléssel, közeledéssel), hanem a saját testének a megváltoztatásával válaszolt. — Azt hiszem tehát, hogy ennél a »neurótikus remegésnél

ugyanaz az innervációs zavar van jelen, amelyet a mindennapi életből mint szorongásos — talán inkább mint félelmi remegést ismerünk. Minden izominnerváció fékezhető vagy meggátolható az antagonisták gátló innerválása által. Ha az agonista és autagonista izmok innerválása egyidejű, akkor görcsös merevség jön létre, ha ritmikusan váltakozó, akkor az innervált tag remegni fog. A mi eseteinkben megtaláljuk a görcsös és a remegési állapot minden lehető kombinációját. Így fejlődik ki az a sajátságos járászavar, amelynél a beteg a legnagyobb megerőltetés dacára sem ér el helyzetváltoztatást és amit legjobban a »helyben-járás« (piétiner sur place) szóval jelölhetünk. Ez a koordinációs zavar egyúttal eszközévé lesz a szorongás újból való átélése elleni védekezésnek is. Itt említjük meg, hogy a szokásos astasiáknál és abasiáknál, amiket a békepraxisból ismerünk, többnyire hiányzik a járászavarnak remegéssel való kombinálódása. A topofóbiás állapotokat ott egyszerűen gyöngegségi állapotok, szédülési érzések, stb. hozzák létre.

A háborús neurózisok másik fellünő állandó szimptomája az érzékszerveknek többé-kevésbé nagyfoku hiperesztéziája: a fotofóbia, a hiperakuzis, és a passzív érintéssel szembeni szorongás. Ez utóbbi többnyire nem bőrhiperesztézia által van föltételezve — a bőrérzékenység csökkent lehet, vagy hiányozhat is; itt csak az érintés ellen való túlerős *védekező reakcióról* van szó. Ennek a tünetnek a megmagyarázásához *Freud* következő felvételét kell felhoznunk. Ha valaki el van készülve egy rázkódtatásra, valamely veszélynek a közeledésére, akkor a várakozásnál mobilizált figyelő-munka *lokalizálni* képes a rázkódtatás ingerét és megakadályozhatja a rázkódtatás olyan távolhatásainak a létrejöttét, minőket a traumás neurozisoknál láthatunk. A rázkódtatás hatásainak másik lokalizációs eszköze — *Freud* szerint — a testnek a trauma alkalmával való súlyos, reális, a lelki rázkódtatással adaequat megsérülése. A *traumás hisztéria* itt bemutatott eseteiben ezen lehetőségek egyike sem áll fenn; itt egy hirtelen, többnyire váratlan rázkódtatás történt, súlyos testi sérülés nélkül. De sőt azokban az esetekben is, amelyekben a veszély közeledése észrevételezett, nem volt a várakozási figyelem adaequat a rázkódtatás valódi in-

gererősségével és az ingerületnek abnormális pályákon való levezetődése nem volt megakadályozható. Valószínű, hogy a tudat ilyen túlerős ingerek elől egyáltalán automatikusan elzárkózik. — Feltéhetjük, hogy a traumánál bizonyos kiegyenlítetlenség jön létre a rázkódtatástól relative megkímélt tudat és a neuropszichikus apparátus többi, erősen rázkódott részei között. Kiegyenlítődésre itt csak akkor kerülhet sor, hogyha a tudat is részessé lesz a fájdalmas ingerületekben; erről azután éppen a »traumatofil« beállítottság, az érzékszervek túlerzékenysége gondoskodik, amely a tudathoz lassankint, kis dózisokban éppen annyi szorongásos várakozást és rázkódtatást juttat, amennyit a páciens a rázkódtatáskor megtakarítani próbált. Eszerint az újra és újra ismétlődő kis traumákban, minden kis zörejekor vagy hirtelen fényre való összerendezésben. — *Freud* felfogását követve — egy gyógyulási tendenciát, a szervezet megzavart feszültségi elosztódásnak kiegyenlítésére irányuló törekvést kell látnunk.

Hasonlóképpen magyarázza *Freud* a traumás neurótikusok szorongásos álmait, amelyekben ezek az egyszer átélt balesetet minduntalan újból átélik. Itt a psziche egyáltalán nem is vár külső ingerre, hogy reá tulzottan reagáljon, hanem maga alkotja meg magának azt a képet, amelytől aztán megijedhet. Tehát ez a kellemetlen tünet is az öngyógyítási törekvést szolgálja.

Ezen »traumatofil« túlerzékenység szembeszökő példájául bemutatom Önöknek ezt a gránáttól megrendített embert, akinek — mint látjuk — az egész testizmzata állandó nyugtalanságban van, úgy, hogy intendált mozgásokat végezni képtelen. (A szemei oly túlerzékenyek, hogy a nappali világosságot elkerülendő, állandóan felfelé vannak forgatva; a páciens rövid időközökben, másodpercenként egy-kétszer a szemét úgy forgatja oldalra, hogy a környezet képét futólagosan megpillanthassa, egyébként a pupilláit elrejtí a gyorsan pislogó felső szemhéj mögé. A hallási hiperestéziája — ha lehet — még nagyobb, emlékeztet az viziszonnyban szenvedők hallási érzékenységére. A nappali lárma miatt egyáltalán nem tud megmaradni a közös teremben, ezért, hogy egyedül maradjon, az ápoló szobájába fektettük. Feltűnő volt, hogy a páciens erre azt követelte, hogy éjszaka a közös te-

remben alhassék. Megkérdezte tényleg a kérésének oka felől, szószerint ezt mondta: — »A közös teremben ugyan igen gyakran feljédek éjszaka, de az egyedülalvás még rosszabb: a nagy csendben egyáltalán nem tudok elaludni, mert állandóan megerőltetve kell arra figyelmem, vajjon csakugyan nem hallatszik-e valami zaj.« — Ez az eset megerősíti azt a fent kifejtett felfogást, hogy az ismételt ijedtségi affektus és az érzékszervek túlérzékenysége: olyan dolgok, amelyekre a traumás neurótikusok maguk törek-szenek, mert a gyógyulási tendenciájukat szolgálja.

A traumás neurótikusok ezen viselkedése — minden fragikusságuk ellenére — emlékeztet arra a szállóvendégre, aki a legjobb álmából felébred, mikor a szomszéd szobában valaki vetkőzéskor a cipőjét az ajtóhoz csapja és miután hiába próbál ismét elaludni, könyörögve szól át a szomszédjához, hogy legyen szives, csapja a másik cipőjét is az ajtóhoz, mert már szeretne elaludni. — Hasonlóan viselkednek némelyek, akik, — mint *Abraham* először közölte, a gyermekkorukban szexuális merényleteknek voltak az áldozatai és később azt a kényszert érzik, hogy ismét kitegyék magukat hasonló élménynek, mintha az utólagos tudatos élménnyel akarnák elintézni az eredetileg tudattalan és érthetetlen élményt.

Nem lehetetlen, hogy azok az eredmények is, amelyeket némely neurologus a háborús neurótikusok kezelésében fájdalmas elektromos áramokkal ért el, arra vezethetők vissza, hogy ezek a fájdalmak a páciensek tudattalan traumatofiliáját elégitik ki.

*Freud*nak azt az elméletét, amely szerint a neurózisosoknál nem az energiáknak közönséges értelemben vett egyensúly-zavarra, hanem speciálisan a libidinózus energiáknak zavara van jelen, sokan azzal az érveléssel igyekeztek elvetni, hogy íme a közönséges trauma is, amely bizonyára nem idéz elő szexuális zavarokat, hozhat létre neurózisokat. Ámde azt látjuk, hogy a gránátexplózió, egy önmagában véve szexuálisnak bizonyára nem nevezhető rázkódás, igen sok esetben éppen a szexuális libidónak és a szexuális potenciának a hiányát vonja maga után. Nincs kizárva tehát, hogy a közönséges rázkódások is, a szexuális zavar útján vezethetnek a neurózisban való megbetegedéshez. Így a neurózisnak látszólag

lényegtelen tünete, az impotencia, e betegség közelebbi magyarázatánál még fontos szerephez juthat. Nekünk, pszichoanalitikusoknak, előleges magyarázatul szolgálhat az a feltevés, hogy ezeknél a traumáknál *én-sérülésről*, az *ön-szeretetnek*, a nárcizmusnak sértődéséről van szó, amelynek természetes következménye a »libidó tárgy-kapcsolódásának« a bevonása, s a megszűnése annak a képességnek, hogy önmagunkon kívül mást is szeressenek.

Nem hiszem, hogy Önökben azt a reményt ébresztetem volna, hogy tőlem a traumás, vagy háborus neurózisok pszichopatológiás folyamatának a teljes magyarázatát fogják hallani. Elértem a célokat, ha sikerült Önöknek megmutatnom, hogy a bemutatott kórképek valóban ahhoz a két kórcsoporthoz tartoznak, amit a pszichoanalízis a *szorongásos hisztéria és konverziós hisztéria* nevével jelöl. Abban a helyzetben se vagyok, hogy részletesen elmagyarázzam Önöknek, miért fejlődik ki az egyik esetben *szorongás*, a másokban *konverzió*, a harmadikban a kettő keveréke. Annyit azonban talán megmutathattam, hogy a pszichoanalitikus vizsgálat ezeknél a neurózisoknál is jelzi legalább az utat, amelyen a magyarázat kereshető, míg a többi neurológia megelégszik a betegség leírásával és semmitmondó elnevezések gyártásával.

## VII.

### A háborus neurózisok pszichoanalízise.\*

Hölgyeim és Uraim! Engedjék meg, hogy a mai referátumom oly igen komoly és fontos tárgyának az előadását egy kis történet elbeszélésével vezessem be, amely a most dúló világrengető események kellő közepébe vezet minket. Egy magyar katona, akinek, hadifogoly lévén Oroszországban, alkalma volt az ottani forradalmi mozgalom egy fejezetét egész közelből megfigyelni, beszélt nekem, hogy egy orosz város győztes forradalmárai megdöbbenéssel konstatálták, hogy az átalakulás nem ment végbe olyan precízen, ahogy azt ők elméleti számításaik alapján várták. A materialisztikus történelmi felfogás tanai szerint u. i., mihelyt minden hatalom a kezükben volt, az új szociális rendet minden további akadály nélkül be kellett volna vezethetniök. Ehelyett azonban felelőtlen elemek, minden rendnek ellenségei, kerekedtek felül, úgy, hogy a forradalom megcsinálóinak a kezéből a hatalom egészen kisiklott. Erre a mozgalom vezetői összedugták a fejüket, hogy kiokoskodják, mi volt a hiba a számításaikban. Abban egyeztek meg, hogy talán a materialisztikus felfogásuk volt túlegyoldalú, mert csak a gazdasági és erőviszonyokat vette figyelembe, és elfelejtett belevonni a számításba egy csekélységet, — és ez a csekélység az emberek hangulata és gondolkodása, egyszóval: a lelke. Konzekvensek lévén, azonnal elküldték az embereiket Németországba — pszichológiai művekért, hogy legalább utólagosan megszerezzék a kulforrásait ennek az elhanyagolt ismeretkörnek. A forradalmá-

\* Az V. nemzetközi pszichoanalitikus kongresszuson, Budapesten, 1918 szept. 28-án tartott referáló előadás.

rok ezen feledékenységének — talán céltalanul — sok ezer ember esett áldozatul, de a fáradozásuk sikertelensége valamire rávezette őket: a lélek felfedezésére.

Az ideg orvosokkal a háború folyamán hasonló dolog esett meg. A háború tömegesen produkálta az ideg betegségeket, amik magyarázatot és gyógyítást követeltek, de az eddig uralkodó organikus és mechanikus magyarázó módok — amik a szociológiában megfelelnek a történelmi materializmusnak — teljesen fölmondták a szolgálatot.

A háború tömegkísérlete sok igen súlyos neurozist hozott létre, amelyeknél pedig mechanikus befolyásról szó sem eshetett, és az orvosok mintegy rákényszerültek annak a belátására, hogy a számításaikból eddig következetesen kihagytak valamit és ez a valami megint csak a lélek volt.

A szociológiának talán megbocsáthatjuk ezt a mulasztását, hiszen a lelki elemek méltányolása a társadalomtudományban általában nem régi keletű. A neurológusokat azonban nem kimélhetjük meg attól a szemrehányástól, amiért ők *Breuer*nek és *Freud*nak az ideges kór-állapotok lelki determináltságáról való uttörő vizsgálatait oly sokáig figyelmen kívül hagyták és csak a háború borzalmas tapasztalataitól engedték magukat némileg meggyőzetni. Pedig több, mint husz éves már az a tudomány, a *pszichoanalízis*, amelynek oly sok kutató egész működését szentelte, s mely a lelki élet mechanizmusa és zavarai felől nem sejtett jelentőségű megismerésekhez juttatott.

A mai referátumomban arra akarok szorítkozni, hogy kimutassam a pszichoanalízisnek a modern neurológiába való részben nyíltan, de többnyire húzódozva, vagy hamis lobogó alatt történt bocsátatását, és röviden közöljem azokat az elméleti alapelveket, amelyeken a háboruban megfigyelt »traumás neurozisos« pszichoanalitikus felfogása nyugszik.\*

Az a nagy vita, amely évtizedekkel ezelőtt az *Oppen-*

\* A háborús neurológiai irodalom óriási tömegéből itt csak a leglényesebb jelenségeket emelem ki és ezeket is csak annyiban, amennyiben vonatkozásban vannak-e pszichoanalízissel. Köszönetet kell mondanom dr. M. *Éitingon* főorvos- és dr. *Sarbó* Artur tanár urnak, amiért a forrásokat rendelkezésemre bocsátották.

*heim*-tól »traumás neurózis« név alatt külön kóregységbe foglalt betegség felett folyt, nem sokkal a háború kitörése után ismét fellángolt. *Oppenheim* sietett felhasználni a háboruban tapasztaltakat, amikor oly sok ember esett át hirtelen megrázkódtatásokon, a saját régi véleménye megerősítésére, amely szerint ennek a neurózisnak a tünetei mindig az idegközpontok *fizikai elváltozásai* folytán jönnek létre. Magát a rázkódtatás módját és annak behatását a működésmódra igen általános, mondhatni fantasztikus kifejezésekben írta le. Szerinte az innervációs mechanizmus egyes lánctagjai »kiválnak«, finomabb elemek »áthelyeződnek« a pályák »elzártnak« az összefüggések megszakítatnak, vezetési akadályok emelődnek stb. Ilyen és ehhez hasonló hasonlatokkal, amiknek azonban minden tényleges alapjuk hiányzik, szerkesztett *Oppenheim* a traumás neurózis materiális korrelációjáról impozáns képet.

Azokat a strukturális elváltozásokat, amelyeket a trauma az agyban létrehoz, *Oppenheim* olyan finom fizikális folyamatnak képzei, mint aminő a vasmagban jön létre akkor, amikor az a mágneses erőt felveszi. A szarkasztikus *Gaupp* az ilyen felületes fizikai és fiziológizáló okoskodásokat agymitológiának és molekula-mitológiának nevezi, pedig ezzel, azt hiszem, érdemellenül sérti a mitológiát.

Az az anyag, amelyet *Oppenheim* a felfogása bizonyítékául felhozott, semmiképen se volt alkalmas arra, hogy homályos elméleteit támogassa. Bár a nála megszóktott pontossággal ír le karakterisztikus tünetcsoportokat, amiket épen ez a háború hozott létre elszomorító számban, és fel is ruházta őket kissé nagyzó és a lényeg felől, nem tájékoztató elnevezésekkel (akinesia amnestica, myotonoklonia trepidans); ezek a kórképek azonban egyáltalán nem szólnak meggyőzően az elméleti fellevései mellett.\*

Voltak természetesen olyanok is, akik elfogadták *Oppenheim* felfogását, bár többnyire megszorításokkal. *Goldscheider* azt hiszi, hogy itt az ideges tünetnek a létrehozásában a mechanikai és a lelki mozzanat egyaránt

\* *Oppenheim* egy kritikusa azt ajánlotta, hogy ezeket a nehezen kiejtendő szavakat (hogy legalább valamire használhatók legyenek) próbaszavaként használjuk a paralitikus beszédzavar vizsgálatánál.

közrehat, hasonlóképen nyilatkozik *Cassierer*, *Schuster* és *Birnbaum*. *Wollenbergnek* arra a kérdésére, vajjon a háborus neurózisok emóció vagy kommóció által jönnek-e létre, *Aschaffenburg* azt válaszolja, hogy az emóció és kommóció együttműködéséről van itt szó. Mint egyikét azoknak a kevészámú szerzőknek, akik meréven ragaszkodnak a mechanisztikus felfogáshoz, felemlitem *Lilienstein*-t, aki kategorikusan azt követeli, hogy a »lélek«, »funkcionális«, »lelki«, de leginkább a »pszichogén« szót és fogalmat törölni kell az orvosi terminológiából, ez egyszerűsitené a vilát és megkönnyitené a baleseti betegségek megértését, gyógyítását és véleményezését; az anatómia technikájának a fejlődése egyszer bizonyosan fel fogja majd látni e neurózisok materialis alapokait. Emlékeztet ez a *Jendrassik* felfogására e tárgy felől.

Itt kell felemlitenünk *Sarbó* gondolatmenetét is, aki a háborus neurózisok okát az agyszövet *mikrostrukturális* szövet-szakadásaiban és a központi idegszerv finom vérzéseiben keresi, melyek direkt rázkódtatás, a liquor cerebrospinalis hirtelen nyomása, a nyultvelőnek a foramen magnumba való beszorulása stb. által jönnek létre. *Sarbót* az ő felfogásában csak kevés szerző támogatja. Felemlitem továbbá *Sachs*-ot és *Freun*-ot, akik szerint a rázkódtatás az idegsejteket fokozott ingerlékenység és kimerültség állapotába hozza, ami aztán a neurózisok közvetlen okává lesz, *Bauer* és *Fauser* pedig a traumás neurózisokat az endokrin mirigysecretio rázkódtatás okozta zavarának ideges következményeként fogják fel, hasonlóan a posttraumatikus Basedow-kórhoz.

Az elsők között, akik a háborus neurózisok pusztán szervi és mechanikus felfogása ellen szót emeltek, volt *Strümpell*, aki különben már régebben rámutatott a traumás neurózisok bizonyos lelki létrehozó okaira. Azt a helyes megfigyelést tette, hogy vasuti katasztrófáknál többnyire olyan személyek beledöglegnek meg súlyosan neurózisban, akiknek *érdekük* az, hogy a trauma által létrehozott sérüléseket kimutathassák, pl. olyanok, akik balesét ellen voltak bebiztosítva és nagy táppénzt szeretnének kapni, vagy akik kártérítési pört akarnak kieroszakolni a vasutársasággal szemben. De ugyanolyan, vagy még heve-

sebb rázkódtatások tartós neurózis-következmények nélkül maradtak, mihelyt a baleset sportolás közben, a saját vigyázatlanságuk folytán történt, egyáltalán olyan körülmények között, amelyek a kártérítés reményét eleve kizárták, amikor is a páciensnek nem a betegnek-maradni-akarás, hanem a gyors felgyógyulás állt az érdekében. *Strümpell* azt állította, hogy a rázkódásos neurózisok mindig másodlagosan, tisztán pszichogén úton, *vágyakozás-képzetek* folytán fejlődnek ki és azt ajánlja az orvosoknak, hogy ezeknek a pácienseknek a panaszait ne vegyék oly komolyan, mint *Oppenheim*, hanem a nyugdíj szűkre szabásával vagy megvonásával térítsék őket vissza az élethez és a munkához. *Strümpell* fejtegetései már a békeidőben nagy benyomást gyakoroltak az orvos-világra: megszületett a *járadék-hisztéria* fogalma, de az ebben szenvedőkkel nem sokkal jobban bántak, mint ha szimulánsok volnának. *Strümpell* azt hiszi tehát, hogy a háborús neurózis is vágyakozási neurózis, amely a páciensnek azt a célját szolgálja, hogy minél magasabb járadékkal szabaduljon a katonaságtól. Ennek megfelelően követeli a hadi neurótikusok minél szigorubb megítélését és véleményezését. A patogén képzetek tartalma mindig valamely vágy: vágy anyagi kárpótlás után, a veszélyek és fertőzések elkerülése után, és ez a vágy autoszugesztíve befolyásolja a tünetek rögzítődését, a beteges érzetek és a motilitás innervációs zavarainak persistentiáját.

*Strümpell*-nek ebből a gondolatmenetéből az analitikus előtt sok minden eleve is valószínűnek tetszik, hisz tudjuk a lélekelemző tapasztalásból, hogy a neurótikus szimptomák általában vágyteljesüléseket fejeznek ki; a kellemetlen lelki benyomások megmaradása és ezek patogeneitása pedig jól ismeretes előttünk. Mégis a *Strümpell* gondolatmenetét nagy egyoldalúsággal kell vádolni, egyrészt a patogén *képzet* hangsúlyozása és az *affektivitás* elhanyagolása, másrészt a *tudattalan* lelki folyamatok teljes mellőzése miatt, amit különben már *Kurt Singer*, *Schuster*, és *Gaupp* is felhoztak ellene. *Strümpell* maga is sejti, hogy az ő neurótikus kórképei csak lelki vizsgálatok által deríthetők fel, de az erre vonatkozó munka-módszerét nem közli. Lelki exploráció alatt ő valószínűleg csak a traumát szenvedett egyén pontos kikérdezését érti, főleg az anyagi

viszonyai és járadékvágyának motivumai felől. De tiltakoznunk kell az ellen, hogy ő ezt az explorációt az »individuális pszichoanalízis egy nemének« nevezze. Erre az elnevezésre csak olyan eljárásnak van jogosultsága, amely a pszichoanalízis pontosan meghatározott módszeréhez tartja magát.

A háborús neurózisok pszichogeneitása mellett szól az a feltűnő jelenség, hogy — mint *Mörchen*, *Bonhöffer* és mások megállapították — hadifoglyoknál traumás neurózis ritkán kerül megfigyelés alá. A hadifoglyoknak semmi érdekük sem szól amellett, hogy a fogságbaesés után tovább betegeskedjenek, kárpótlásra, járadéokra, vagy a környezetük részvételére sem számíthatnak idegenben; a fogságban a háború veszélyeitől egyelőre mentve is érzik magukat. A mechanikus rázkódtatás teóriája ezt a különbséget az itthoni katonák és a hadifoglyok viselkedése között sohasem tudná megmagyarázni.

A pszichogenia mellett szóló tapasztalatok gyorsan szaporodtak. *Schuster* és sok más szerző rámutatott arra az aránytalanságra, amely a trauma és annak ideges következményei között fennáll. Súlyos neurózisok jönnek létre minimális rázkódtatások után, viszont épen az erős rázkódtatásokkal járó súlyos sérülések többnyire semmi ideges következményt nem vonnak maguk után. Kurt *Singer* még élesebben hangsúlyozza a trauma és a neurózis közötti aránytalanságot, sőt igyekszik ezt a tényt lélektanilag megmagyarázni: »A villámszerű lelki traumánál, a megijedéskor, a megbénító rémületnél az ingerhez való alkalmazkodás megnehezítettsége vagy lehetetlenné válása forog fenn. A hirtelen feszültségfeszaporodástól való megszabadulás súlyos sebesülés esetében magától adva van. Ha azonban sebesülés nem történt, akkor a mértéktelen indulat »a testi tüneteményekbe való ugrásszerű lereagálásában« talál megoldást. Mint a *Freud*-féle »lereagálás« szó mutatja, a szerző előtt az elmélet megfogalmazásakor ott lebegett a pszichoanalízis. Ugy hangzik az egész, mint a *Breuer-Freud*-féle konverziós teória utánaérése. Csakhamar kitűnik azonban, hogy *Singer* ezt a folyamatot túlságosan racionalisztikusan fogja fel; ő a traumás neurózis tünetcsoportját csak a betegek azon erőlködésének ered-

ményekép fogja fel, hogy az ő határozatlan betegségi tudatukat értelmesebb magyarázattal helyettesítsék. Tehát a léleknek attól a dinamikus felfogásától, amit a pszichoanalízis tanít, ez a szerző még nagyon távol van.

*Hauptmann, Schmidt* és mások azután figyelmessé lettek a háborús neurózisok szimptomáinak kifejlődésében az időbeli viszonyokra. Ha csak mechanikus inzultusról volna szó, ekkor e hatásnak legerősebbnek kellene lennie közvetlenül az erőszakos beavatkozás után. Ehelyett azt figyeljük meg, hogy a külső erőszaktól rázkódottak gyakran még célszerű intézkedéseket tesznek a menekülésre, pl. elmennek a kötözőhelyre és csak miután biztonságba helyezték magukat, omlanak össze és fejlődik ki náluk a tünet. Egyeseknél a tünetek akkor lépnek fel először, amikor rövid pihenés után újból vissza kellene térniök a tűzvonalba. A betegeknek ezt a viselkedését *Schmidt* joggal vezeli vissza lelki momentumokra; ő azt hiszi, hogy a neurótikus szimptomák csak ekkor fejlődnek ki, ha a múltó tudatzavar állapota már eltűnt és a rázkódtatást szenvedett egyének a veszélyes szituációt gondolatban újra átéli. Mi úgy mondanók, hogy ezekkel a sebesültekkel olyasmi történik, mint azzal az anyával, aki a gyermekét hidegvérrel és halálmegvetéssel menti ki valamely fenyegető életveszedelemből, és a cselekmény véghezvitele után ájultan esik össze. Hogy itt a megmentett személy nem egy imádott másvalaki, hanem az imádott »én«, az a pszichológiai helyzet megítélése szempontjából lényegtelen.

Azon szerzők között, akik a hadi traumás neurózisok pszichogéniáját különösen nagy nyomatókkal hangsúlyozták, első helyen említem *Nonne-t*. Ő a háborúnak ezeket a rázkódtatásos neurózisait nemcsak, hogy kivétel nélkül hisztériásoknak ismerte fel, de képes volt a legsúlyosabb hadineurótikus szimptomákat is hipnótikus vagy szuggesztív befolyásolással egy pillanat alatt eltüntetni, majd ismét előidézni. Ezzel ki volt zárva az idegszövet akárcsak »molekuláris« zavarának a lehetősége; olyan zavar, amely lelki befolyással rendbehozható, maga sem lehetett más, mint pszichikus.

Ez a terápiai érv döntően hatott, a mechanisztikusok tábora lassankint elcsendesült, többen megpróbálták előb-

beni kijelentéseiket pszichogenetikussá értelmezni át. A vilát mostan már az egyes pszichológiai felfogások képviselői egymás között folytatják.

Hogyan képzeljük el a lelki momentumok hatásmódját, pszichogén létrejövését oly súlyos, organikushoz hasonló kórképeknek?

Visszaemlékeztek arra a *Charcot-féle* felfogásra, amely szerint az ijedtség és az arra való emlékezés — hasonlóan a hipnózishoz és autohipnózishoz — ugyanugy hozhat létre testi tüneteket, mint azt a hipnotizőr posthipnótikus parancsal is előidézi.

A *Charcot*-hoz való visszatérés nem jelent kevesebbet, mint abbahagyását a terméketlen spekulációknak és újrafelfedezését annak a forrásnak, amelyből végső elemzésben a pszichoanalízis is ered; hiszen tudjuk, hogy *Breuer*-nek és *Freud*-nak a hisztériás tünetményeknek lelki mechanizmusáról való első vizsgálatait a *Charcot* és *Janet-féle* klinikai és kísérleti tapasztalatokból származnak. »A hisztériások reminiscenciákban szenvednek«: a pszichoanalízisnek ez az első alapelve tulajdonképpen a traumás neurózisok *Charcot-féle* felfogásának folytatása, kimélyítése és általánosítása; mindkettőben közös: egy hirtelen indulat tartós hatásának a gondolata, bizonyos érzelem-megnyilvánulásoknak az átéltek emlékével való maradandó kapcsolata.

Hasonlítsuk mármost össze ezzel a német neurológusoknak a háborús neurózisok geneziséről való véleményét. *Goldscheider* ezt mondja: »Hirtelen és ijesztő benyomások közvetlenül és a képzeleti kör asszociációs segítségével érzéseket hoztak létre; ennek az emlékezeti képnek ingerlékenység-fokozó és ingerlékenység-leszállító utókövetkezményei vannak. Ilyen az emóció, az ijedtség, amely a traumának az ideges ingerületekkel való olyan elosztódását és rögzítődését hozza létre, amelyet a testi inger önmagában sohasem létesített volna. Nem nehéz felismerni azt, hogy ez a leírás a *Charcot-féle* trauma-elméletre és a *Freud-féle* konverziós elméletre támaszkodik.

Hasonlóan gondolja *Gaupp*: »A modern kísérleti pszichológia minden törekvésének, a neurológiai és pszichi-

átriai vizsgáló technika minden mélységének és finomságának ellenére, mindig találunk egy nem jelentéktelen maradékot, amelyben nem a pillanatnyi állapot neurológiai és pszichiátriai vizsgálatával — bármely exact legyen is az —, hanem csak ennek a pontos anamnézis-felvételhez való kapcsolása és a talált állapot patogenezisének fáradságos felkutatása által érhetünk célt. Sőt *Gaupp* kifejezetten elfogadja *Freud*-nak egy felvételét, amikor a háborús neurózisokat a lelki konfliktusok elől a betegségbe való menekülésként írja le és a pszichoanalízisre célozva, ezt mondja: »Sokkal elfogadhatóbb számunkra az a postulatum, hogy a tudattalan van hatással a tudatosra és a testiségre, mint egy olyan pszichológiai elmélet, amely az anatómia és (fiziológia tudományából vett szavakkal igyekszik elpalástolni azt a tényt, hogy a test és lélek kölcsönös egymásrahatásának utja egészen ismeretlen előttünk.« Sőt egy helyen még tovább megy és a pszichoanalízis tudattalan-postulátumot az egész probléma középpontjába helyezi: »Ha elfogadjuk azt, hogy lelkifolyamatok akkor is hatnak a testre, ha nem is állnak a tudat látóterében, ezzel már megszűnik a legtöbbje az állítólagos nehézségeknek.« Itt kell felemlítenünk *Hauptmann*t is, aki a traumás neurózist emotionális momentumtól kiváltott, pszichogénül feldolgozott lelki megbetegedésnek és a tüneteit »az emotionális momentumoknak a járható pályákon való tudattalan továbbfűzésének fogja fel.

*Bonhoeffer* ugyilátszik elfogadja a pszichoanalízis lélektani tapasztalatainak egész komplexumát, a traumás szimptomákat »pszichoneurótikus rögzítődéseknek tartja, amelyek »az érzésnek a súlyos emóció befolyása alatt a képzelt-tartalomtól való leválása által létesülnek.

*Birnbaum* konstatálja a traumás neurózisok irodalmáról szóló kiváló összreferátumában, hogy e neurózisok számos magyarázatában (pl. *Strümpell* vágy-teóriájában) a hisztéria vágypszichogéniája foglaltatik és a következőket mondja: Ha azonban a vágy-pszichogénia, a vágy-fixálódás, stb. a hisztéria lényeges alkatrésze, akkor feltétlenül hozzátartozik a betegség definíciójához. Ezt a követelést azonban a pszichoanalízis már régen teljesítette, hisz tudvalevőleg a neurótikus tüneteket általában tudattalan

vágyak megnyilvánulása, vagy azok reakciójaképen fogja fel.

*Vogt* is arra a híres freudi tételre utal, amely szerint a szorongatott lélek a betegségbe menekül és elismeri, hogy »az ebből előálló kényszer inkább tudattalan, mint tudatos.« *Liepmann* a traumás neurózis tüneteit a lelki trauma közvetlen következményeire és »céltanilag irányított lelki mechanizmusokra« osztja. *Schuster* olyan tünetekről beszél, amelyeket »tudattalan folyamatok« hoznak létre.

Láthatják, hölgyeim és uraim, hogy a háborus neurótikusokról nyert tapasztalatok tovább vezettek, mint a lélek felfedezéséhez, ezek a tapasztalatok a neurológusokat csaknem eljuttatták a pszichoanalízis utólagos felfedezéséhez. Ha a tárgy új irodalmában immár annyira közkezen forgó fogalmakat és felfogásokat: lereagálás, tudattalan, lelki mechanizmusok, az érzésnek a képzettől való lehasadása, stb. halljuk, úgy érezzük, mintha pszichoanalitikusok körében volnánk. És mégsem jutott eszébe e kutatók egyikének sem, hogy feltegye azt a kérdést, vajjon a háborus neurózisokról nyert tapasztalatok után nem volna-e a pszichoanalitikus felfogásmód alkalmazható a már békéből ismert, közönséges neurózisok és pszichózisok magyarázatára is? Hiszen a háborus trauma különlegességét egyhanguan tagadják; általánosan hangoztatják, hogy a háborus neurózisoknak semmi olyan tulajdonságuk nincs, ami a neurózisok eddig ismert szimptomatológiájához valami újat fűzne hozzá, sőt a német ideg orvosok müncheni ülésükön formálisan azt követelték, hogy a »háborus neurózis« szó és fogalom töröltessék. Ha azonban a béke- és háboru neurózisai lényegükben azonosak, akkor az ideg orvosok nem térhetnek ki többé az elől, hogy az emóciós rázkódtatásokról, a patogén emlékek rögzítődéséről és azoknak a tudattalanból kiinduló hatásáról szóló képzeteket a közönséges hisztéria, a kényszerneurózisok és a pszichózisok magyarázatában is alkalmazzák. Meglepetten fogják tapasztalni, mily könnyű lesz járniook az uton, amit *Freud* tört és sajnálni fogják, hogy az ő utmutatásainak oly makacsul ellenszegültek.

A háborus neurózisban való megbelededés *diszpozíciójának* kérdésére a szerzők ellentétesen válaszolnak. A

legtöbbször követik *Gaupp*, *Laudenheimer* és mások felfogását, amely szerint a legtöbb hadineurótikus ab ovo neuro- és pszichopata volt és a rázkódtatás csak a kiváltó tényező szerepét vitte. *Bonnhoeffler* egyenesen azt mondja, hogy »pszichopatológiai állapot pszichogén kiválthatósága kritériuma a degeneráltságnak.« Hasonlóan nyilatkozott *Förster* és *Jendrássik*. Viszont *Nonne* nem annyira az egyéni konstitúciót, mint inkább a ható bántalom természetét tartja döntőnek a háborús neurózisban való megbetegedésre nézve. A pszichoanalízis ebben a kérdésben azt a közvetítő állást foglalja el, amelyet *Freud* gyakran és kifejezetten megállapított. Ő »aetiológiai sor«-ról beszél, amelyben a hajlam és az alkalmi trauma reciprok értékeként szerepelnek. Kisfokú hajlam és erős rázkódtatás ugyanazt a hatást érhetik el, mint fokozott diszpozíció mellett már a csekélyebb trauma. A pszichoanalízis azonban nem elégedett meg azzal, hogy elméletileg mutasson rá erre a viszonylatra, hanem sikeresen fáradozik azon, hogy a »diszpozíció« fogalmát egyszerűbb elemekre bontsa szét és megállapítsa azt a konstitucionális faktort, amely a neurózis-választást (a speciális hajlamot egyik vagy másik neurózisban való megbetegedésre) irányítja. Arra a kérdésre, hol keresi a pszichoanalízis a traumás neurózisban való megbetegedés speciális diszpozícióját, még vissza fogok térni.

A háborús neurózisok *szimptomatológiájának* irodalma szinte beláthatatlan. A hisztériás tünetek közül például *Gaupp* szerint a következők észlelhetők: könnyü és a legsúlyosabb fajtájú rohamok, egészen órákig tartó arc de cercle-ig, gyakran epilepsziás gyakorisággal és tekintetnélküliséggel, astasia, abasia, a törzstartás- és mozgás anomáliái egészen a négykézláb-járásig, a tic és rázó-tremor minden fajtája, bénulások és kontrakturák monoplégiás, hemiplégiás és paraplégiás formában, sükettség és süketnémaság, dadogás és akadozás, afónia és ritmikus ugatás, vakság blepharospasmus-szal és anélkül, mindenfajta érzészavarok és mindenekelőtt zavartsági állapotok soha nem látott számban és kapcsolódásban izgalmi- és kiesési tünetekkel. Láthatják: egész muzeuma a kiáltó hisztériás tüneteknek és aki ezt egyszer látta, el kell utasítania *Oppenheimnek* azt a véleményét, hogy a háborús traumás

neurózisai között tiszta neurózisképek nem találhatók. Schuster figyelmeztet a számos vasomótoros, trofikus tünetneményre, melyek azonban az ő véleménye szerint nem pszichogének. A pszichoanalízis azoknak ad igazat, akik ezeket a tüneteket is pszichikus úton létrejötteknek látják, — mint a hipnózisban produkálható testi változásokat. Az összes szerzők rámutatnak végül az egyéneknek a trauma utáni kedélyátalakulására, apátiájára, túlérzékenységre, stb.

A tünetcsoportoknak ebből a káoszából gyakorisága és kifejezettsége által kiválik a *remegéses neurózis*. Mindnyájan ösmerik azokat a szájalomraméltó alakokat, akiket rogyadozó térddel, bizonytalan járással és sajátos mozgási zavarokkal látunk botorkálni az utcákon. Reménytelen és gyógyíthatatlan rökantak benyomását teszik ránk, pedig a tapasztalat azt bizonyítja, hogy ez a traumás körkép is tisztán lelki eredetű. Egyetlen szuggestiós vilányozás, csekély hipnótikus beavatkozás gyakran elégséges ahhoz, hogy náluk teljes munkaképességet érjünk el, ha futólagosan és csak feltételesen is. Legpontosabban vizsgálta ezeket az innervációs zavarokat *Erben*; ő azt találta, hogy ezek a zavarok csak akkor lépnek fel, vagy csak akkor fokozódnak, ha az illető izomszövetek működést fejtenek ki, vagy arra intendálódnak. Ezt ő úgy magyarázza, hogy itt »az akarátimpulzus a görcs útját egyengeli«, ami azonban nem több, mint a tényállás fiziológizáló körülírása. A pszichoanalízis lelki megokoltságra gondol itt is, egy tudattalan *ellenakarat* aktiválódására, amely útjába áll a tudatosan akart működésnek. A legfeljebb áll ez a felfogás *Erben*-nek azokra a pácienseire nézve, akiket az előremenésben heves rázógöresök akadályoznak, akik azonban a hátrafelémenés sokkal nehezebb feladatát reszketés nélkül tudják elvégezni. *Erben*-nek erre is készen áll egy komplikált fiziológiai magyarázata és ellefejlí, hogy a beteget hátrafelémenésnél, ami a veszélyes mozgási céloktól és végeredményben a lüzvonnaltól eltávolítja őket, semmi ellenakarat nem kell hogy zavarja. Hasonló megfejtést igényelnek a többi járás-zavarok is, különösen sok háborus neurótikusnak fékezhetetlen, a paralysis agitans propulziójára emlékeztető futása. Ezek olyan egyének, akik a rémület hatásából még mindig nem

érttek magukhoz és (még mindig menekülnék azok elől a veszélyek elől, amik egyszer Tenyeggették őket.

Ilyen és hasonló megfigyelések azután számos kutatót — nem-pszichoanalitikusokat is — ahhoz a feltevéshez vezették, hogy ezek a zavarók nem a trauma egyenes hatásai, hanem csak lelki reakciói és a kellemetlen átélés ismétlődése ellen való *biztosító-tendenciának* állnak a szolgálatában. Hiszen tudjuk, hogy a normális szervezet is rendelkezik ilyen védekező eszközökkel. Az ijedtség tünetei: a lábak meggyökerezése, a remegés, a beszéd megakadása, hasznos automatizmusoknak látszanak; emlékeztettek arra, hogy bizonyos állatok veszély esetén holtnak tetetik magukat. És míg *Bonnhöffer* ezeket a traumás zavarokat az élszenvedett ijesztő emóció kifejező-eszközeinek fixálódásaiként fogja fel, addig *Nonne* még tovább megy és kimutatja, hogy a hisztériás tünetek részben az egyénnel veleszületett védekező és elhárító be rendezéseket ábrázolják, amelyeknek a fékezése épen azoknál a személyeknél nem sikerül eléggé, vagy egyáltalán nem, akiket mi hisztériásoknak nevezünk. *Hamburger* szerint a járás-, állás- és beszédzavar gyakran előforduló típusa »az esékenység, gyöngeség, működésre-képtelenség és kimerültség képzetkomplexumát ábrázolja és *Gaupp* ugyanezeknél a tüneteknél az »infantilís és pnerilis gyámoltalanság nyilvánvaló állapotára gondol. Egyes szerzők egyenesen a trauma közbeni testtartás és innerváció »odacövekelődéséről« beszélnék.

Mindenki, aki a pszichoanalízist ismeri, tisztában van azzal, hogy ezek a szerzők felfogásukkal mennyire közelednek a pszichoanalízishez, anélkül, hogy azt be is vallanák. Az általuk leírt »kifejező mozgások fixálódása lényegében nem egyéb, mint a *Breuer-Freud*-féle hisztériás konverzió jelensége; az atavisztikus és infantilis reakciós módokba való visszaesés pedig nem más és nem több, mint amit *Freud* a neurótikus szimptomák *regresszív* karaktereként hangsúlyozott, visszaesés a fejlődésnek már túlhaladott onto- és filogenetikus fokaira. Azt mindenesetre nyomatékosan meg kell állapítanunk, hogy a neurológusok immár rászánták magukat arra, hogy bizonyos ideges tüneteket *értelmezzenek*, vagyis kapcsolatba hozzanak lelki

tartalmakkal, amire a pszichoanalízis előtt senki se gondolt.

Rátérek most arra a kevés szerzőre, aki a háborus neurózisokkal tisztán pszichoanalitikus értelemben foglalkozott.

*Stern* nyilvánosságra hozott egy munkát, amely a háborus neurózisoknak a hadikórházban való kezelését tárgyalja. A munka eredetijét nem volt módomban elolvasni, a referátumokból látom, hogy ez a szerző az elfojtás nézőpontjából indul ki és a szolgálatteljesítő katonának a helyzetét, a szolgálatban adódó érzelemelfojtások következtében, különösen alkalmasnak találja arra, hogy neurózisok jöjjenek létre. *Schuster* elismeri, hogy *Freud* vizsgálatai — »bármilyen is felőle az ember nézete egyébként« — fényt vetettek a neurózisok pszichogenezisére, hozzásegítenek ahhoz, hogy a tünet és a lelki tartalom közötti rejtett, nehezen feltalálható, de mégis meglévő összefüggést megtaláljuk. — *Mohr* a hadineurótikusokat a *Breuer-Freud*-féle kathartikus módszerrel kezelte, amennyiben a betegekkel a kritikus jeleneteket újból átélte és az érzéseiket a félelmes emóció újból való átélésével le-reagáltatta. — Az egyetlen, aki a pszichokatharzissal — a *Breuer-Freud*-féle kathartikus methodus értelmében — módszeresen foglalkozott, *Simmel* volt, aki a tapasztalatait személyesen fogja a kongresszus elé terjeszteni. Végül megemlítem a saját vizsgálataimat a háborus neurózisok pszichológiája körül, amelyekben megpróbáltam a traumás kórképeket a pszichoanalízis kategóriáiba belésorozni.

Itt akarok rámutatni arra a szerzőre, a mely a szerzők között azon kérdés felől fejlődött, vajjon az erőszakos behatásnak lehet-e pszichogén hatása akkor is, ha az egyén azonnal elveszti az öntudatát. *Goldscheider* és többen mások még azt hiszik, hogy lelki behatás a tudat elvesztése folytán lehetetlenné van téve, sőt *Aschaffenburg* mereven ragaszkodik ahhoz az álláspontjához, hogy az öntudatlanság megvéd a neurózisban való megbetegedéstől.

Ezzel a felfogással joggal száll szembe *Nonne*, amennyiben rámutat olyan tudattalan lelki áramlatokra, amelyek az eszméletlenség ellenére is pszichikailag hatni képesek;

sőt L. Mann — bizonyára a Breuer-féle hipnoid-elméletre támaszkodva — azt a nézetet képviseli, hogy az eszméletlenség nemcsak, hogy meg nem véd a megbetegedéssel szemben, de sőt megakadályozván az érzések szabad lefolyását, egyenesen diszponál a neurózisban való megbetegedésre. A legértelmesebben nyilatkozik e kérdésben Orlovsky, aki felveti azt a lehetőséget, hogy az eszméletlenség talán maga is pszichogén szimptóma már, a tudattalanba való menekülés, amellyel az illető megkíméli önmagát a kínos szituáció és szenzáció tudatos átélésétől.

Mi, pszichoanalitikusok, az eszméletlenség alatti lelki tünetképzés lehetőségét egészen érthetőnek találjuk. Ez csak olyan szerzők számára lehetett probléma, akik még azon a pszichoanalizistól túlhaladott állásponton állnak, amely azonosítja a lelket a tudatossal.

Nem tudom, hölgyeim és uraim, hogy az idézeteknek és kivonatoknak ebből a sorából (amely pedig csak töredékeit adja az idevágó irodalomnak) Önök is azt a benyomást nyerték-e, hogy a mértékadó neurológusok állásfoglalásában — bár be nem vállottan — közeledés észlelhető a pszichoanalízis tanításai felé. Csak ritkán volt azonban részünk egyenes elismerésben, például mikor Nonne a következőképpen nyilatkozik: »Freudnak a tudattalan feldolgozásról való felfogása a háboru tapasztalatai révén igen érdekes megvilágítást és megerősítést nyert.«

Persze Nonne ugyanennek a mondatnak a folytatásában megsemmisítő ítéletet is mond a pszichoanalízisről; azt állítja, hogy Freud-nak az a véleménye, amely a hisztériát csaknem kizárólag szexuális alaptényezőkre vezeti vissza, a háboru alatt döntő vereséget szenvedett. A pszichoanalízisnek ezt az igaz hogy csak részleges visszautasítását nem hagyhatjuk válasz nélkül és ez a válasz nem is nehéz feladat. A pszichoanalízis szerint a háborús neurózisok a neurózisoknak abba a csoportjába tartoznak, amelynek kifejlődésénél nem csak a genitális szexualitás — mint a mindennapos hisztériánál — hanem az u. n. *narcismus*, az önszeretés is szerepel, hasonlóan, mint a dementia praecoxnál és a paranoiánál. Be kell ismernünk, hogy ezeknél az u. n. narcisztikus neurózisoknál kevésbé szembetűnő a szexuális alap, különösen olya-

nok számára, akik a szexualitást még a genitálissal azonosítják és nem szokták még a »szexuális« szót a régi plátói *Eros* értelmében használni. A pszichoanalízis azonban ehhez az ősi szemponthoz tér vissza akkor, amikor az embernek nemcsak a másik és a saját nembeliekhez való minden gyöngéd és érzéki vonakozását, hanem érzelmi indulataikat a barátok, rokonok, egyáltalán az embertársaik iránt, sőt a saját »én-jéhez és testéhez és a tárgyakhoz, mitöbb, az eszmékhez való érzelmi viszonylatait is részben az »erótika«, ill. »szexualitás« rubrikájába sorozza. Tagadhatatlan, hogy azok, akik számára *Freud*-nak ez a felfogása idegen, éppen a narcisztikus neurozisosoknál (pl. a traumás esetekben) nem győződhetnek meg oly könnyen *Freud* szexuálteóriájának a helyességéről. Azt ajánlhatjuk nekik, nézzenek meg egyszer jól egy közös (nem traumás) hisztériát és kényszerneurozist és ragaszkodjanak szigorúan a szabad asszociációnak, álom- és tünetfejtésnek *Freud*-tól ajánlott metodikájához. Így sokkal könnyebben meg fognak győződhetni a neurozisos szexuálteóriájának a helyességéről; a háborús neurozisos szexuális alapjának, a megértése aztán magától fog adódni. Mindenkép korai dolog volt a szexuális elmélet összeomlása felett ujjongani.

Hogy a traumás neurozisosok tünetképzésében része van szexuális momentumoknak, e mellett szól az az általam közölt megfigyelés is, hogy a traumás neurozisosoknál a *genitális libidó és potencia* többnyire igen megcsökkent, sőt sok esetben tartósan meg is szűnhet. Ez a pozitív lelet magában is elégséges ahhoz, hogy ennek alapján a *Nonne* végkövetkeztetését elhamarkodottnak minősítsük.\*

Hölgyeim és uraim! Az elmondottakban elvégeztem referátumom legfontosabb feladatát, a háborús neurozisos irodalmának pszichoanalitikus szempontból való kritikai méltatását. Felhasználom azonban ezt a ritka alkalmat arra, hogy közöljek Önökkel egyetmást a saját tapasztalataimból is és ismertessem azokat a szempontokat, a mélyekből ezeket az állapotokat pszichoanalitikusan próbálom magyarázni.

\* Ezt a tényt a kongresszusi vitán az összes felszólalók megerősítették.

A traumás neurótikus pszichéjében hipochondriás depresszió, ijedékenység, szorongósság és nagyfokú dühkitörésre hajlamos ingerlékenység uralkodik. Ezen tünetek legelőbbje a *fokozott én-érzékenységre* vezethető vissza. (különösen a hipochondria és a képtelenség arra, hogy testi vagy lelki bajt elviseljenek.) Ez a túlérzékenység ottan ered, hogy a páciens — az egyszer vagy ismételt átélt rázkódtatás folytán — az érdeklődését és a libidóját a tárgyakról az én-jébe vonta vissza. Ily módon az én-ben a libidó pangása jön létre, amely épen ezekben a rendellenesen hipochondriás szervi érzetekben és a túlérzékenységben nyilvánul. Ez a fokozott én-szeretet gyakran valóságos gyermekes *narcizmussá* fajul: a betegek azt szeretnék, ha gyermekek módjára dédelgetnék, ápolnák és sajnálnák őket. Ez esetben tehát az *önszerelés* gyermeki stádiumába való visszaesésről lehet beszélni. Ennek a visszaesésnek megfelel a tárgyszeretetnek, gyakran a nemi potenciának is a csökkenése. Egy már ab ovo narcisztikus hajlamu egyén persze inkább fog traumás neurózisban megbetegedni, de egészen mentesnek senki sem tartható, minthogy a narcizmus stádiuma fontos fixálódási pontja minden ember libidó-fejlődésének.

A szorongósság tünete annak a jele, hogy az önbizalmat a trauma megrendítette. A legjelentősebben nyilvánul ez olyan egyéneknél, akiket explózió ütött le a lábukról, sodorta el, temette be őket, vagy amiáltal önbizalmuk tartós zavartatást szenvedett. A karakterisztikus járászavarok (astasia-abasia remegéssel) nem egyebek, mint övóintézkedések a szorongás ismétlődése ellen, tehát a *Freud* értelmében vett *fóbiák*. Azokat az eseteket, amelyekben ezek a tünetek uralkodnak, *szorongásos hisztériának* kell felfognunk. Viszont azok a tünetek, amelyek egyszerűen az explózió pillanatában elfoglalt szituációt (az imervációt, a testtartást) őrzik meg, a pszichoanalízis értelmében vett *konverziós hisztéria* tünetei. A szorongósságnál is része van természetesen a diszpozicionális hozzájárulásnak: hamarabb betegszenek meg pl. olyan személyek, akik tulajdonképpen gyávák, de ambícióból vakmérő cselekedetekre kényszerítik magukat.

A szorongásos-hisztériás járászavar egyuttal vissza-

esés a járásképtelenség és járni-tanulás infantilis stádiumába.

A düh és haragkitörésre való hajlam is igen primitív módja a tulerős hatalom ellen való reagálásnak; ez egész epileptikus göresig fokozódhatik és többé-kevésbé inkoordinált érzellem kisüléséket jelent, amilyenek a csecsemőkorban gyakran észlelhetők. Ezen gátlásnélküliségnek egyik fajtája a fegyelemre való képtelenség, amely talán egy traumás neurótikus katonánál sem hiányzik. Az elkényeztetés igényét és a fokozott ingerlékenységet a narcizmus okozza.

A legtöbb traumás egyénisége tehát megfelel egy ijedségtől szorongássá lett, elkényeztetett, gátlásnélküli rossz gyermeknek. Ehhez az összképhez jól illik az a sajátság is, hogy csaknem minden traumatikus igen nagy súlyt fektet a jó kosztra. Ha ebben a tekintetben kissé rosszabbul szolgálják ki őket, ez a leghevesebb dühkitörést, sőt rohamot is válthatja ki náluk. A legtöbbben nem akarnak dolgozni, azt szeretnék, ha mint gyermeket eltartanák és táplálnák őket.

Itt tehát nemcsak az aktuális haszon (járadék, kártérítés, frontkerülés) kedvéért való kórkép — produkálásról van szó — mint *Strümpell* gondolta —, ezek csak szekundär járulékaik a betegségnek; a primär kórokozó az, hogy a beteg görcsösen ragaszkodik a trauma közben védekezéskép újra létrehozott gyermekies gyönyör-helyzet-höz, melyről valamikor oly nehéz volt lemondania.

A betegség ezen narcisztikus tünetnényéinek, de a szorongásoknak is kimutatható az atavisztikus példányképe; sőt lehetséges, hogy ez a neurózis néha egyenesen visszatér olyan ősi reakciómódokhoz, amelyek az az egyén fejlődésében semmiféle szerepet nem játszottak; pl. az állatok halál-színleléséhez és az állatösök csecsemővédelmi berendezéseikhez. Mintha a tulerős érzés nem egyenlítődhetné ki a normális pályákon, hanem kénytelen volna már csaknem elfelejtett, de virtualiter meglévő reakció-mechanizmusokhoz visszatérni. Nem kétséges előttem, hogy még sok más patológiás reakció is ilyen ősi alkalmazkodási módok megismétléseként fog előttünk kibontakozni.

A traumás neurózisoknak kevésbé méltatott tüneteként említem még az összes érzékszervek *tulérzékenyséjét* (fény-  
iszony, hang iránti túlérzékenység, igen kifejezett csiklandósság) és a szorongásos álmokat. Ezekben az álmokban a valósággal átélt (vagy ahhoz hasonló) ijedséget újra meg újra átélik a betegek. *Freud* utmutatása nyomán ezeket az ijedtségi és szorongásos álmokat a betegek önkénytelen *gyógykísérleteiként* fogom fel. A betegek az ijesztő volta miatt elfojtott és testi tünetté konvertált ijedséget apránkint juttatják tudatos lereagálásra és így próbálják kiegyenlíteni a lelki háztartás megzavart egyensúlyát.

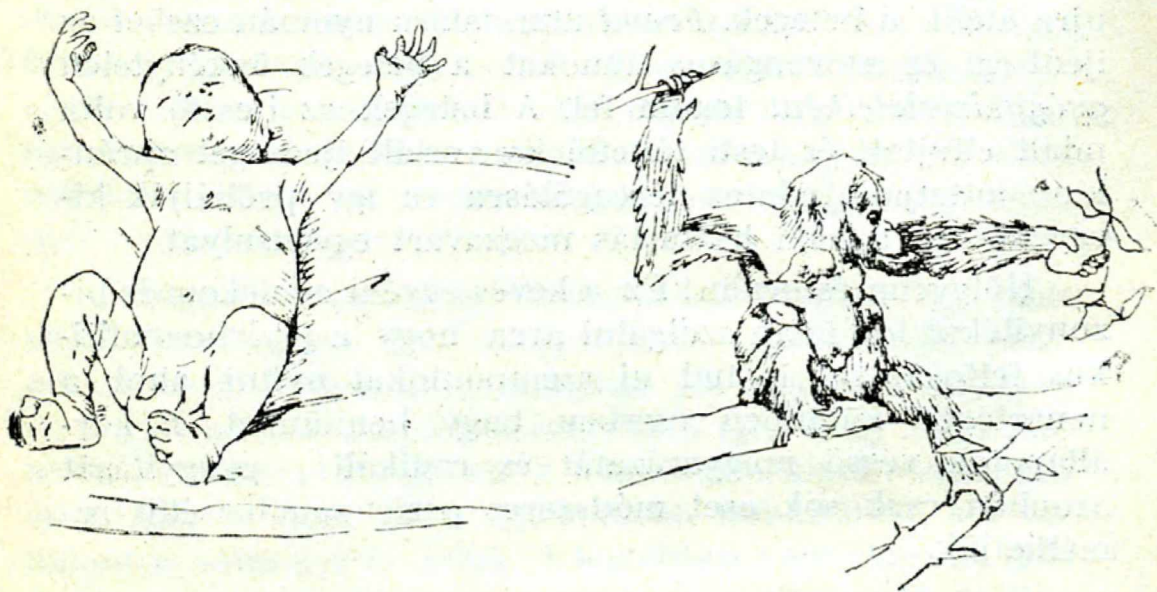
Hölgyeim és uraim! Ez a kevés egyéni adalékom is bizonyítékul fog talán szolgálni arra, hogy a pszichoanalitikus felfogás ott is tud új szempontokat nyitni, ahol a neurológia különben cserben hagy bennünket. E kör-  
állapotok végső magyarázatát és radikális gyógyítását azonban csak sok eset módszeres pszichoanalízisétől remélhetjük.

\*

Ezen referátumom sajtó alá rendezése közben olvastam *E. Moro* tanár, heidelbergi gyermekorvosnak érdekes munkáját, »az első trimenonról«, vagyis a csecsemő első három hónapjának jellegzetes tulajdonságairól. (Münchener Med. Wschrift 1918. Nr. 42). Ha egy pólyás csecsemőnek — mondja *Moro* — mindkét kezünkkel a párnájára ütünk, akkor sajátságos mozgási reflex jön létre, amely körülbelül így folyik le: a gyermek mindkét karja szimmetrikusan abdukáltatik, hogy azután könnyű tonikus mozdulatokkal ivalakban ismét addukáltassanak. Egyidejűleg hasonló motoros viselkedést tanúsítanak a lábszárak is. Azt mondhatnók: *Moro* itt egy kis ijedtségi (vagy traumás) neurózist mesterségesen idézett elő.

Az érdekes a dologban az, hogy a fiatal (három hónapnál nem idősebb) csecsemő testtartása *Moro*-t emlékezteti arra a természetes átkarolási reflexre, amely az »anyjukba kapaszkodó« állatesecsemőket (Tragsäuglinge) jellemzi. Az ilyen állat- (majom) esecsemő arra kényszerül, hogy kifejezett átkarolási reflex módján, az ujjaival kapaszkodjék a fára kuszó anyjának a bundájába. (L. az ábrát.)

Moro felfogását a traumás neurotikusoknál szerzett tapasztalatok alapján kiegészítve, azt mondhatnók, hogy itt is az történik, hogy a reakciómód hirtelen ijedtség folytán atavisztikus formákra esik vissza.



## Tartalomjegyzék:

	Oldal:
Előszó .....	3
I. Pathoneurózisok .....	5
II. A hisztériás materializáció jelenségei .....	16
III. Hisztériás stigmák magyarázat-kísérlete .....	31
IV. Technikai nehézségek egy hisztéria-eset elemzésénél .....	39
V. Hipochondriás hisztéria-eset analizise .....	47
VI. A háborús hisztéria két típusáról .....	54
VII. A háborús neurózisok pszichoanalizise .....	71

# Table of Contents

I. Introduction	1
II. Theoretical Foundations	15
III. Experimental Methods	35
IV. Results and Discussion	55
V. Conclusions	75
VI. Appendix	85

PROF. FREUD magyar nyelven megjelent munkái:

## PSZICHOANALIZIS

Öt előadás a Worcesteri (Mass) Clark-University  
alapításának 20 éves emlékünnepe (1909 szept.)

Harmadik kiadás.      ✖✖      Ára 5 korona

---

---

## AZ ÁLOMRÓL

Második kiadás.      ✖✖      Ára 5 korona

---

---

## Három értekezés a szexualitás elméletéről

Második kiadás.      ✖✖      Ára 8 korona

---

---

## TOTEM ÉS TABU

Némely megegyezés a vadnépek  
és a neurotikusok lelki életében

Ára . . . . . 12.80 korona

---

---

Sajtó alatt

## AZ ÁLOMFEJTÉS

(Freud prof. alapvető műve az álom lélektanáról,  
körülbelül 30 iv terjedelemben)

Prof. FREUD

magyar nyelven még meg  
nem jelent munkái:

Vorlesungen zur Einführung in die  
Psychoanalyse

Erster Teil: Fehlleistungen. Ára ..... K 4.20  
Zweiter Teil: Der Traum. Ára ..... K 11.20  
Dritter Teil: Allgemeine Neurosenlehre. Ára K 17.60

Studien über Hysterie (BREUER-FREUD)

2. kiadás. Ára ..... K 11.40

Sammlung kleiner Schriften zur  
Neurosenlehre

I. und II. Reihe. 2. kiadás. Ára à ..... K 8.—  
III. Reihe. Ára ..... K 11.40  
IV. Reihe. Ára ..... K 40.—

Zur Psychopathologie des Alltags-  
lebens

5. kiadás. Ára ..... K 17.20

Der Witz und seine Beziehung zum  
Unbewussten

2. kiadás. Ára ..... K 8.—

Der Wahn und die Träume in W.  
Jensens "Gradiva"

2. kiadás. Ára ..... K 4.—

Eine Kindheitserinnerung des Leo-  
nardo da Vinci

2. kiadás. Ára ..... K 4.—

---

# LÉLEKELEMZÉS

Értekezések a pszichoanalízis köréből

---

IRTA:

DR. FERENCZI SÁNDOR  
IDEGORVOS

Harmadik kiadás.



———— TARTALOM: ————

Freud egyetemi tanár előszava. — A neurózisok  
Freud tanának világításában és a pszichoanalízis.  
— Tudományos álommagyarázás. — A pszichoneu-  
rózisokról. — A pszichoszexuális impotencia ana-  
litikus értelmezése és gyógyítása. — Az ejaculatio  
praecox jelentősége. — Pszichoanalízis és pedagogia.

Ára 6 korona.

# LELKI PROBLÉMÁK

A PSZICHOANALIZIS MEGVILÁGÍTÁSÁBAN.

IRTA:

DR. FERENCZI SÁNDOR  
IDEGORVOS

Második kiadás. ✱ ✱ Ára 6 korona 50 fillér.

TARTALOM: Előszó. — A tudattalan megismerése. — Indulat-  
áttétel és magábavetítés (introjekció). — Hipnotikus hatások  
lelki elemzése. — Szuggestió és pszichoanalízis. — A homoszexu-  
alitás szerepe a tébolyodottság kórtanában. — A trágár szavak  
lélektani jelentősége. — Az élc és a komikum lélektana. — Anatole  
France mint analitikus. — A pszichoanalitikus mozgalom történetéből.