

CSILLAG MÁRIA

Budapest

A TERÁPIA-REZISZTENS HALÁNTÉKLEBENY-EPILEPSZIÁSOK PSZICHODINAMIKAI VIZSGÁLATA SZONDI-TESTTEL

Az utóbbi évtizedek epilepsziakutatásának egyik fontos kérdése volt a halántéklebény-epilepszia pszichopatológiájának megértése, és az így nyert ismeretek esetleges felhasználása a pszichopatológia egyéb területein. Ennek következtében a halántéklebény funkciója az érdeklődés fókuszába került.

1. A zürichi Universitátsspital-al és a Szondi Intézettel együttműködésben végzett *vizsgálatunk célja* a terápia-rezisztens halántéklebény-epilepsziások pre- és posztoperatív pszichológiai állapotának összehasonlítása. Kérdésfeltevésünk többirányú:

a.) Az epilepsziás góc ismeretében vajon be tudjuk-e jósolni az életani változásokkal párhuzamos lélektani változásokat a Szondi-teszt segítségével? Milyen szignifikáns összefüggések adódnak, ha párhuzamba állítjuk az agyi történéseket és a teszt-mutatókat?

b.) A célzott szelektív amigdala-hippokampektomia — amennyiben rohammentességhez vezet — hogyan befolyásolja a műtéten átesett személyek alapbetegséggel összefüggő pszichés problémáit? E kérdéseket ismételt Szondi-teszt felvételekkel kívántuk vizsgálni, mivel a Szondi-teszt olyan projektív vizsgálati módszer, amely a pszichodinamika változásait jól követi.

Más pszichológiai eljárással, például kérdőíves módszerrel (Bear-Fedio Inventory Test) a kutatók nem jutottak eredményre: epilepsziás góc és más krónikus pszichopatológiai elváltozás eseteiben nem tudtak szignifikáns különbséget rögzíteni.

SZONDI (1933) már igen korán kezdett foglalkozni az epilepszia problémájával. A genetikai családfakutatás vezette el ahhoz a felismeréshez, hogy a dadogás, balkezesség, migrén és epilepszia egyes családokban gyakrabban fordul elő, mint ahogy azt a prevalencia indokolná.

Ezért az általa felállított ösztönrendszerben (SZONDI, 1972, 1980) ezek a betegségek összetartoznak. A későbbiekben kidolgozott tesztjében ezek tüneteit az ún. paroxizmális vektor jelzi (vektor: P). Ez a vektor tehát egyrészt a rohamokkal függ össze, másrészt azonban a „meglepetés” motívumát is jelzi. A P vektor e faktora az etikusság, moralitás mellett képviseli még a durva indulatokat is, a haragot, dühöt, gyűlöletet. Ezek ambivalenciája kitöréshez vezethet, mely hirtelen, váratlan. Az „isteni vagy ördögi szellemektől” megszállott ember ekkor indulatainak kiszolgáltatottja, játékszere. Elgondolása szerint (SZONDI, 1987) ösztöntanilag a rossz Káin és a jó Ábel mégsem igazi ellentétek, nem is egymás kiegészítői. Az igazi ellenpólus Mózes, aki saját magában a gyilkos, gonosz indulatait meg tudja fékezni. Sőt erejével még a Törvényt is képes megalkotni.

Maga Mózes, mint ahogy a Bibliából tudjuk, dadogott és valószínűen voltak víziói. Kapcsolatban állt a két őselemmel, a tűzzel és vízzel: a népet ugyanis tűzoszlop vezette, és vizet tudott fakasztani a sziklából. Az égő csipkebokornál is előtérbe kerül a tűz szerepe. A tűzhöz és a vízhez való vonzódás vagy az attól való félelem „ e ” tulajdonságok. A morál nevében Mózes igen szigorú volt, hiszen saját magában kellett a gonosz megfékeznie. A P vektor másik faktora a hy , amely a gyengéd érzelmeket képviseli, de egyben a mozgásvihart és a holtá tettetési reakciót is. A faktor képviselője elbújni akar, vagy magát színpadra állítani.

Szondi epilepsziáfelfogásával azt állítja, hogy magáért az epilepsziás rohamért elsősorban az „ e ” faktor, kisebb fokban a „ hy ”, de a személyiségjegyeket tekintve az „ e ” és a „ hy ” együttesen felelős.

Az epilepszia gyógykezelése általában gyógyszeres. Ha gyógyszerre nem reagál, műtét jöhet szóba. Az ún. terápia-rezisztens halántéklebeny-epilepsziások esetében a gyógyítás első operatív megoldása a teljes halántéklebeny-eltávolítás volt.

Az első pszichodinamikai követést BLUMER (1970) végezte. Szondi-teszttel követte betegei állapotát. Blumer azt találta, hogy antagonizmus tapasztalható a betegek agresszív viselkedése és aktív szexualitása között. Eredményeit az S vektor változásaiban találta meg, amit műtét utáni állapotra jellemzőnek tartott.

Blumer Szondi-teszttel végzett vizsgálatai teljes halántéklebény eltávolítás után azt tanúsítanak, hogy az S vektor h és s faktorai tendenciájukban megváltoznak. Azt mondhatjuk, hogy az agresszió fokozódik, ha a szexualitás csökken. Rohammentes, operáción (szelektív amygdala-hippokampektómián [SEAH] vagy más, a roham propagálódását gátló műtéten) átesett betegek is ezt élték meg, tesztjük is így alakult és fordítva: műtött halántéklebény-epilepsziásoknál [TLE] Blumer hiperszexuális epizódokat ír le.

A SZELEKTÍV AMYGDALA-HIPPOKAMPEKTÓMIA

1975 óta végeznek gyógyító céllal ilyen műtéteket Zürichben. 1983 óta WIESER (1983, 1989) professzor nem a koponyán át, hanem a foramen ovalen keresztül röntgen- és egyéb ellenőrzéssel ülteti be az agyba az elektródokat a halántéklebény megfelelő helyére, vagy esetleg máshová. A beindikált műtét előtt végzik el a „letisztázást”. Azt kell vizsgálni, hogy a végzendő műtét vajon nem hagy-e vissza olyan károsodást, ami miatt a műtét kockázata nem vállalható. Felmérik, hogy a domináns félteke műtete esetén a beszédképesség megtartása várhatóan milyen fokú lesz, sérülnek-e a memóriafunkciók és hogy mennyire biztosított a performancia-tesztekkel mérhető teljesítmény megmaradása. Megjegyzem, hogy ezek az előzetes kivizsgálások Zürichben team-munkában folynak, amelyekbe bevonnak neuropszichológust is, csakúgy, mint a posztoperatív vizsgálatokba. Ezeknek a vizsgálatoknak az eredményei bizonyos hasonlatosságot mutatnak a mi eredményeinkkel. Például a posztoperatív rohammentes csoportnál döntésképeségük nő meg — aktívak (Szondi-teszt szerint +k preferencia jelenik meg) —, ugyanakkor hipolibidinózusak.

SZONDI ELMÉLETE: A BALKEZESSÉG, ILLETVE A DADOGÁS ÉS AZ EPILEPSZIA ÖSSZEFÜGGÉSE

Szondi azt állította, hogy az epilepszia és a balkezesség tünete egy kórformakörbe sorolható. SÁNTHA (1955) azt találta, hogy vannak olyan vaszkuláris léziók után létrejött afáziák, amelyek a szokottnál gyorsabban

javulnak. Utolsó tanulmányában ezeket feldolgozva azt találta, hogy ezen esetek a családi balkezesség esetei közé tartoznak, és noha domináns féltekei sérülés után vannak, nagyon is számít a családi kezesség. SUBIRANA (1960, 1985) azt találta, hogy a balkezesek azért balkezesek, mert a domináns féltekéjük még nem volt elég „érett”, amikor a verbalitás kialakult. Az ő véleménye szerint eredetileg az ember „beidhirnig” — jól, rosszul fordítva: kétagyú. Ebből a téziséből az is következik, hogy a „gyengébb” féltekében inkább keletkezik epilepsziás góc. Ilyen megvilágításban is összetartozhat a balkezesség és epilepszia.

A dadogásról azt tudjuk, hogy sok köztük az átszoktatott balkezes. Ez a szociális indítás a szokások fontosságára tereli a figyelmet. Azt mondjuk például a gyerekeknek: a szép kezeddél írd. A veszélyezett balkezeseknél és gyakorlással átszoktatott jobbkezesség esetén valóban sokszor találkozunk dadogással. Egyben valószínűleg helytállóak Hermann Imre azon megfigyelései, amik az anya-gyermek kapcsolat zavarára is visszavezetik a dadogást. Többek véleménye szerint a dadogásnál éppúgy, mint a ma annyira elterjedt dizlexiánál egyesek véleménye szerint a két félteke együttműködése hiányos, csökkent.

SZONDI-TESTTEL VÉGZETT VIZSGÁLATOK

Körülbelül a 60-as években indultak meg az *alvásvizsgálatok*, melyek az epilepsziakutatás területén sok újat hoztak. Kiderült, hogy a nemalvás, vagyis az alvásmegvonás provokáló tényezője lehet az epilepsziás rohamoknak, vagy legalábbis azok EEG-ben megjelenő konvulzív jegyeinek. Ehhez kapcsolódik az a felismerés is, hogy vannak olyan epilepsziák, melyek inkább éjjeliek, és vannak nappaliak, tehát különböző fajtái az éberségi szinttől függnék.

Ezeket vizsgálta Szondi-tesztel LEDER (1967). Azt találta, hogy „az éber állapotban rohamozók inkább tartoznak az extravertáltak körébe, akik a környezetüktől nehezen önállósulnak, így emberközi kapcsolataikban tömeges konfliktuslehetőséget hordoznak. Az elfojtás alig jön náluk szóba, a kedvetlenséget és feszültséget inkább nem veszik tudomásul, a készítés-dinamikájuk mazochista. Az alvásban jelentkező rohamosoknál kifejezett kényszermechanizmust talált, főleg az Sch vektorban; az affektivitást pedig a retencio és elfojtás jellemzi. Így az alvásban jelentkező epilepsziások többnyire beszűkültek, fantáziátlanok, alig 'élnek', emberközi kapcsolataikban az emócióknak kisebb a szerepük, a saját testük megélése válik számukra fontossá. Így az ébrenléti epilepsziások +p-t adnak:

inflációs énképet, amíg az alvásban rohamozók –p-t, primer participációs és másodlagos projekciós képet adnak”.

Ha végiggondoljuk az epilepsziásoknál tapasztalt hasonlatosságokat az EEG-jelenségek és a Szondi-teszt változásai között, érthetővé válik, hogy miért választottam éppen a Szondi-tesztet mint az epilepsziásoknál a pszichodinamikát jól követő módszert. A roham utáni EEG-kép már nem mutatja az izgalmi állapotot, gyakran ellaposodik, mint ahogy a Szondi-teszt is kiürültséget jelezhet roham után, például az e-ben.

MÓDSZER

VIZSGÁLT CSOPORTOK

A vizsgálatot három csoporttal végeztük.

A csoport: a nem operált halántéklebeny-epilepsziások;

B csoport: posztoperatív halántéklebeny-epilepsziások;

C csoport: egészséges kontroll csoport.

Az eredmények ismeretében figyeltük azt is, hogy a különböző lokalizáció esetén milyen tesztprofil volt jellemző.

A statisztikai feldolgozásban a nem, a kor, a betegség időtartama, a szociális helyzet, az iskolázottság, a szociális státusz, a kezesség, a műtét (ha történt) oldala és a posztoperatív időtartam is belekerült. Fő szempont pedig a rohammentesség volt, ha ezt a műtéttel el lehetett érni. Ezigdig számítógéppel feldolgozásra került 31 operált, 27 még nem operált és 17 kontroll egészséges egyén. Az operáltak közül 14 volt a nő, a nem operáltak között 13, az egészséges kontrollcsoportban 10 volt a nő, a többi férfi. A diagnózis szerinti felosztásnál a nemek megoszlása a következő volt:

a tumoros csoportban 7 nő, 8 férfi;

az extralimbikus csoportban 11 nő, 8 férfi;

a limbikus csoportban 12 nő, 13 férfi;

az egészséges kontrollcsoportban 10 nő, 7 férfi.

Az összes tesztológiai szempontból figyelembe vett esetszám 92 (33 nem operált, 39 posztoperatív és 20 egészséges kontrollszemély). A legfiatalabb beteg 9 éves gyermek volt, a legidősebb nem operált 72 éves nőbeteg. A vizsgáltak 80 %-a 20-40 év közötti.

Az anyag feldolgozásával a zürichi Szondi Intézet bízott meg.

A vizsgálati csoportokat a zürichi Egyetem Neurológiájának epileptológiai tanszékének betegeiből alakítottuk ki. A beteganyagot a még nem műtött, illetve a már műtött csoportokra osztottam fel. Kontrollként egészségesek szolgáltak. Diagnosztikus szempontból limbikus, extralimbikus és tumoros csoportok szerepeltek.

A betegek az intézetbe a világ minden részéről érkeznek. A betegek beérkezése az intézetbe előre nem volt kiszámítható, emiatt a betegekről eltérő számú tesztfelvétellel rendelkezem. Csak kevés esetben készíthettem 10 profilt, a legtöbb személyről azonban kevesebb készült.

A vizsgálatainknál a pszichodinamikai változásokat Szondi-teszt alkalmazásával követtük nyomon.

A tesztfelvételre elsőként a műtéti beavatkozás előtt, majd később, esetenként többszöri alkalommal is sor került.

A Szondi-teszt adatainak egyszempontos varianciaanalízissel végzett számítógépes feldolgozását Vargha András végezte (VARGHA, 1944).

Azok az esetek kerültek számítógépre, amelyekben egy tesztfelvétel és egy kísérletes (experimentális) háttérelmezés készült.

A varianciaanalízis céljára a Szondi-tesztfelvétel során a vizsgált személyek minden képre vonatkozó választását 4-féle lehetőséggel vettük számításba: a pozitív előtérbeli választás +2 pont; az előtér negatív választás -2 pont; háttérbeli pozitív reakció +1 pont, a háttér negatív reakció -1 pont értéket képviselt. Ezzel az eljárással a 48 Szondi-tesztkép választását -2 és +2 közötti skálán értékelhettük.

Személyenként egy-egy faktorra vonatkozóan a summa értékét úgy kapjuk meg, hogy egy-egy faktor 6 képére eső választásokat összevonjuk. A faktorpreferencia értékei úgy számíthatók ki, hogy az összes faktorbeli pozitív választások számát összeadjuk úgy, hogy az előtérbeli választásokat duplán, a háttérbelieket egyszer számoljuk, és ebből kivonjuk a hasonló módon képezett faktorbeli negatív válaszok számát.

EREDMÉNYEK

AZ EGYSZEMPONTOS VARIANCIAANALÍZIS EREDMÉNYE

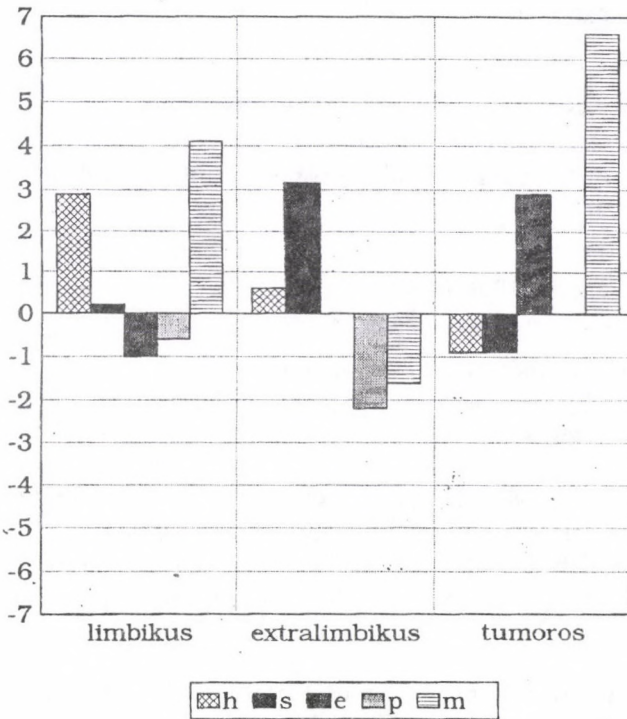
Diagnosztikus csoportokra vonatkozó eredmények

Az 1. ábrán összefoglaltuk a diagnosztikus csoportokra vonatkozó preferenciaértékeket.

Amint az ábrából is látszik, a summa h a limbikus eredetű epilepsziásoknál mutatja a legnagyobb pozitív preferenciát (+3); az extralimbikus

1. ábra

A diagnózis hatása a Szondi-faktorok (skálák) kedveltségére (preferenciájára)



csoportban is pozitív a preferencia, de jóval kisebb mértékben (+0.6), míg a tumorosok esetében értéke negatív (-0.9). A h faktoralattal vonatkozó értékek eltérése a három csoportban a Welch-próba szerint szignifikáns ($p < 0.005$).

A summa s kissé pozitív preferenciát mutat a limbikus epilepsziásoknál (+1), ezzel szemben az extralimbikus csoportban a preferencia magas értéket mutat (3.2). A tumoros betegeknél a preferencia negatív értéket ad (-0.8). Az eltérés a csoportok között szignifikáns ($p < 0.005$).

A summa e negatív preferenciát mutat a limbikus epilepsziásoknál (-1); az extralimbikus csoportban ez az érték jelentéktelen mértékű; pozitív viszont a tumorosok esetében (+2.9). A Welch-próba szerint a csoportértékek eltérése szignifikáns ($p < 0.01$).

A p faktor összesített értéke a limbikus csoportban kismértékben negatív (-0.5), az extralimbikus betegeknél erősebben negatív (-2.2). A csoportértékek nem különböznek szignifikánsan.

A következő szignifikáns faktor az m. A preferencia értéke erősen pozitív a tumorosoknál (+6), kisebb mértékben a limbikus epilepsziásoknál (+4). Az extralimbikus csoportnál a preferencia viszont kissé negatív (-1.8). A csoportértékek a Welch-próba szerint szignifikáns eltérést mutatnak ($p < 0.01$).

A műtét előtti és műtét utáni csoport eredményel

A varianciaanalízis eredményeit a 2. ábrán mutatjuk be.

Amint az ábrából is kitűnik, a műtét előtti és műtét utáni betegek csoportjában a k, p, d és m faktor preferenciái térnek el egymástól és az egészséges kontrollcsoporttól.

A summa k enyhén negatív preferenciát mutat a műtét előtt (-1), míg a műtét utáni csoportban ez az érték enyhén pozitív (+0.3), az egészségesek csoportjában pedig enyhén negatív (-1.7). A faktorra vonatkozóan a csoportértékek között a Welch-próba tendenciaszintű eltérést mutatott ki ($p < 0.10$).

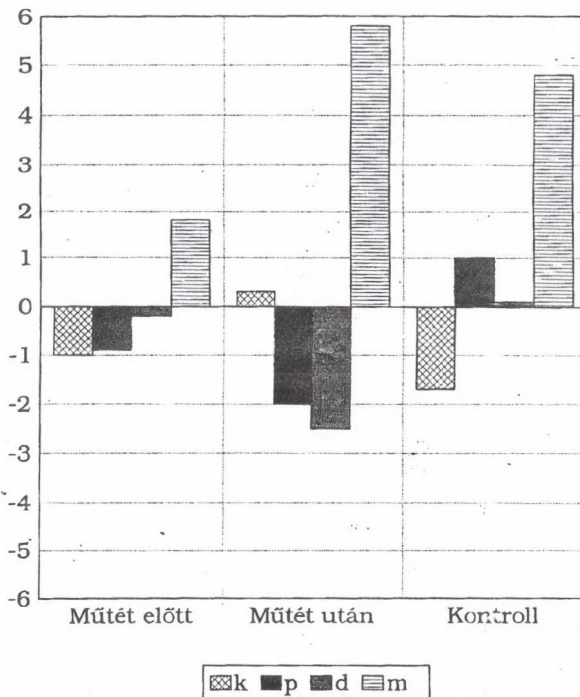
A summa p preferenciája a műtét előtti csoportban -0.9; ez az érték a műtét utáni csoportban negatívabb (-2); az egészséges kontrollcsoportban pedig a summa p preferenciaértéke pozitív (+1). Az eltérés a csoportok között tendenciaszintű ($p < 0.10$). Ezzel szemben a d és az m faktor mentén szignifikáns különbség adódik a csoportok között. A summa

d preferenciája a műtét előtt enyhén negatív (-0.2), míg a műtét utáni csoportban értéke negatívabb (-2.6), az egészséges csoport értéke pedig a nullához közeli. A Welch-próba szignifikáns eltérést tárt fel a csoportok között ($p < 0.05$).

A summa m a műtét előtt +1.6, a műtét utáni csoportban viszont igen magas pozitív preferenciát mutat (+5.7). Az egészséges kontrollcsoportnál is magas (+4.8) ez az érték, amely meghaladja a hazai populáció átlagos reakcióját. Az m faktor értékei a csoportok között szignifikánsan különböztek ($p < 0.01$).

2. ábra

Az agyműtét hatása a Szondi-faktorok (skálák) kedveltségére (preferenciájára)



Az egyszempontos varianciaanalízis eredményének elemzése

Az 1. ábra a diagnosztikus csoportok varianciaanalízis szerint szignifikáns csoportátlagait mutatja 4 Szondi-faktorban.

Ahogy az ábrából is jól kivehető, a klasszikus Szondi-faktorokban a következő különbségek jelennek meg:

A summa +h legnagyobb értékét a limbikus gócu epilepsziások adják; +3-at, még pozitív a preferencia az extralimbikusok summa h-jánál, de jóval kisebb mértékben (+0.6).

Negatívvá válik a summa h a tumorosok esetében (-0.9).

A summa s kissé pozitív értéket ad a limbikus csoportnál (+0.18), az extralimbikus epilepsziások esetén a +s értéke magasba szökik (+3.2).

Ha a h summát és s summát mint S vektor-t tekintjük, akkor az ún. kultúrember-képet a tumoros csoport tagjai adják. A nagy gyengédségi igény inkább a limbikus epilepsziásokra jellemző, míg az agresszió az extralimbikus csoportokban emelkedik meg.

Az e faktor negatív hatást mutat a limbikusoknál (-1), az extralimbikusoknál nem ölt szignifikáns mértéket, de erősen pozitív a summa e értéke a tumorosok eseteiben (+2.9). A tumorosokat etikus, morális készítés jellemezné? Ezzel szemben a limbikus epilepsziások kismértékben -e-t adnak (-1).

A következő faktor, ami szignifikáns, az egyszempontos varianciaanalízis szerint a p faktor. A limbikusoknál kismértékű a negatív választás (-0.5), az extralimbikusoknál mintegy négyszeres a negatív summa (-2.2).

A következő szignifikáns faktor az m. Éspedig a preferencia summája erősen pozitív a tumorosoknál (+6), kisebb fokban a limbikus epilepsziásoknál (+4). Az extralimbikusok választása inkább negatív (-1.8), (lásd 1. ábra).

A legfeltűnőbb, legkiemelkedőbb szignifikanciát az e faktornál találtuk. Ez +preferenciát a tumorosoknál adott. (Ugyanakkor ezek adták a kultúrember képét is: -h, -s.)

A tüneti faktor lehetősége eslesik. A kérdés tulajdonképpen kétirányú. A tumor teszi az embert ilyen fokú Ábellé? Vagy az Ábelség miatt lesz valaki epilepsziás? Ugyanakkor a már ilyen nagyfokú +e preferencia egyszersmind büntudatból származna?

Az $m+$ magasfokú preferenciája a dependenciát fejezi ki? A túlságosan erős, görcsös ragaszkodást? Nagyon nem akar egyedül maradni?

Az extralimbikus gócosok viszont magas $+s$ preferenciája mivel magyarázható? Talán ezek a fajtájú epilepsziások lennének a temporális lobektómiából ismert agresszív versus szexualitás típusúak (amit éppen Szondi-tesztrel vizsgált Blumer)?

Ugyanakkor a $-p$ summa elég magas preferenciája a paranoiditásra és projekcióra utalna szintén az extralimbikus gócosoknál. Ennek szignifikanciája a limbikus gócosokét legalább négyszer meghaladja!

A 2. ábra mutatja, hogy milyen szignifikáns változást hoz a szelektív amygdala-hippokampektómia matematikailag egyszempontú varianciaanalízissel vizsgálva.

A szignifikáns különbség a summa k , a summa p , a summa d és a summa m faktoroknál jön létre igazán. A műtét előtti átlag Szondi-teszt kiadja a hétköznapi ember képét a Sch vektorban: $-k, -p$ $(-1, -0.9)$ formájában.

A műtétet követően kismértékű $+k$, nagyobb fokú $-p$, (-2) , ennél is nagyobb fokú $-summa\ d$ (-2.6) preferencia jelenik meg, igen magas $+summa\ m$ $(+5.6)$ preferenciával.

A továbbiakban olyan eseteket ismertetek, amelyeknél jellemző módon találhatjuk meg azokat a változásokat a Szondi-tesztben, amikről korábban részletesen szóltunk.

ESETISMERTETÉSEK

Első esetként olyan idős férfi beteget ismertetek, akinél a műtét életkora miatt nem jön számításba.

A férfi 63 éves, 34 éve vannak olyan epilepsziás rohamai, amelyeket vizuális hallucinációk kísérnek. Ezeket ködös állapotok követik, amelyek valójában rendezett homályállapotoknak felelnek meg. Ilyenkor feleszmélve a beteg általában ismeretlen helyen találja magát, ahonnan valamilyen ismerőse, aki felfedezte, hazaviszi. Ő maga nem tudja, hogyan került oda, ahol rátaláltak, és azt sem, hogy miért ment oda. Anamnézisében koponyatrauma, koponyatörés szerepel, frontopolaris haemorrhagiával (első rohamkor?). Fiatal korában vonzódott a tűzhöz, és szeretett csavarogni. Sohasem akart megnősülni; anyja nagyon kemény asszony volt, aki igen szigorúan nevelte, míg apja gyöngédebb volt a gyerekekkel. Jelenleg ugyan van egy kellemes barátnője, akivel szívesen él már évek

óta együtt, de feleségül venni nem akarja. Bevallja, hogy többször érzett magában arra késztetést, hogy elhagyja.

Szondi-tesztje a következő:

Előtér: S: 0 0, P: + -, Sch: ±, C: - +!

Háttér: S: + +, P: + -, Sch: ±, 0, C: - 0

Így a Szondi-profil megfelel egy szexuálisan kiürült állapotnak; olyan jóindulatú „Ábel”, aki nem mutogatja magát, elhagyott, öndestrukciós énképet ad, és kötődési vektora arra mutat, hogy aki szinte incesztuózus, erős kötődésben él; nem keres, és hűséges a régi kötődési tárgyához. Ezt mutatja az előtérprofil. A háttérben már több a gyengédségi és az aktivitásigény; marad a magát nem mutogató „Ábel”. Az Sch-ban „szökik” („szökő én”), szinte már kényszeres tendenciát mutat; ugyanerre utal a C vektor -0 reakció is.

A jó benyomást keltő férfival, aki készségesen működött együtt a tesztfelvételnél, jól meg lehetett beszélni a problémáit, sőt egyet is értett ezekkel.

A következőkben egy 30 éves nőbeteg esetét írom le. Fogorvosi asszisztensnőként dolgozott, amikor észrevette, hogy időnként a jobb combja elzsibbad. Ez olyan fokúvá vált, hogy amikor biciklivel járt a munkahelyére dolgozni, egyszer csak azt érezte, hogy nem tud pedálozni, majd nekiment egy fának. A kórházi kivizsgálás során derült fény arra, hogy bal féltekében agyi astrocytomája van a limbikus vidéken.

Nehezen viselte el a diagnózist, az is bántotta, hogy addigi panaszait mindenki hisztériásnak minősítette.

Az anamnézis során az derült ki, hogy anyját nagyon szerette, apjával is igen jó volt a kapcsolata. De anyját nemrég elvesztette, gyomorrákja volt. Akkor ő úgy érezte, hogy anyját kellene az apjánál pótolnia, amit meg is próbált, és lám: most ő is beteg lett. Dehát EZ A SORSOM, mondta. Válaszul megkérdeztem, hogy tudja-e, milyen vizsgálat a Szondi-teszt. Mondta, hogy nem. Megmondtam, hogy az sorsanalitikus teszt.

Előtte készült Szondi-tesztje a következő:

Előtér: S: 0 -, P: + -, Sch: 0 +, C: - +!

Háttér: S: ± +, P: 0 0, Sch: +! C: - ! 0

Második felvétele a műtét után:

Előtér: S: 0 -, P: + -, Sch: + +, C: - +!

Háttér: S: ± +, P: - -, Sch: + ! 0, C: - 0

A felvételen feltűnő, hogy az apához való erős kötődést a választás milyen jól mutatja. Figyelemre méltó továbbá, hogy a második teszt háttérprofiljában a pánikérzés manifesztálódik, főleg műtét után jelentkeztek (P - -), amit sok más esetben is megfigyeltem.

A következő eset egy 50 éves asszony, akinek limbikus tumora volt, és pedig egy cavernomája. Tünetei 1986 óta vannak, átmeneti depressziókról számol be. Ilyenkor olyan érzése van, mintha egy fekete lyukba esne, elmondása szerint állapotát azonban senki sem látja rajta, mert ő attól még tovább végzi a munkáját (egy iskolában takarítónő). Hozzáteszi, hogy házassága válságban van, férje megcsalja, boldogságot csak a kamasz lánya jelent számára.

I. tesztje:

Előtér: S: $\pm -$, P: $- 0$, Sch: $0 -$, C: $++$

Háttér: S: $0 \pm$, P: $++$, Sch: $\pm \pm$, C: $- +$

II. teszt a műtét után:

Előtér: S: $++$, P: $--$, Sch: $- 0$, C: \pm, \pm

Háttér: S: $0 0$, P: $+ \pm$, Sch: $+ ! -$, C: $- 0$

A második tesztjében (posztoperatív, rohammentes állapotban) megjelent a pánik és kötődési problematikája.

A következőkben áttérek olyan esetekre, ahol több tesztet tudtam elvégezni, mert a beteg hosszabb időt töltött a kórházban. Ennek során beültették a mikroelektrodákat. A hosszútávú monitorozás egész ideje alatt módom volt az ilyen betegekkel foglalkozni.

Ezek közül az egyik férfi beteg 31 éves. A feltételezés az, hogy 2 hónapos korában lezajlott meningitise következtében jött létre a jobboldali meziobazális limbikus gócaból kiinduló epilepszia. Ez gyógyszerre nem reagált.

A kivizsgálás során mikroinfarktusokat találtak a jobboldali meziobazális limbikus vidéken. Elkeseredett ember volt, aki a tesztvizsgálatokba is nehezen egyezett bele.

Műtét előtti tesztje:

Előtér: S: $+ ! \pm$, P: $- +$, Sch: $0 0$, C: $- 0$

Háttér: S: $0 0$, P: $--$, Sch: $+ ! - !$, C: $++$

Második tesztje:

Előtér: S: $+ ! ! +$, P: $\pm -$, C: $+ ! -$

A tesztben nem mutatja a boldog ember képét, pedig milyen igénye volna a szeretetre.

A beavatkozást követően készült tesztje a következőképpen alakult:

S: $+ ! ! -$, P: $\pm -$, Sch: $0 0$, C: $- 0$

Ez már homofíliára utal és „évváltásra”. (Sch: $0 0$).

A háttérben: S: $+ ! \pm$, P: $- \pm$, Sch: $--$, C: $+ ! -$

Amikor már minden túl van, a tesztváltozás a következő:

S: + ! ±, P: - -, Sch: - +, C: - 0.

A pánik itt is megjelenik. De talán még érdekesebb az Sch 00 reakciója, ami „évváltásra” utal. A műtét után háttérprofil készítésére az állapota miatt nem került sor.

Az évváltásra utaló jeleket sok esetben találtam meg: azaz az Sch vektorban 00-át. Klinikai értelemben vett tünetekkel azonban csak egyetlen esetben találkoztam.

Egy 17 éves fiúnál, akinek a szokásos rohamai például abból álltak, mintha az orra elől el akarna űzni egy legyet, majd átmeneti dezorientáltság után egyszerűen ez kiesett az emlékezetéből és tovább folytatta az életét, ahol azelőtt tartott éppen a „légykergetős” roham előtt (nem minden esetben volt a rohamle-folyás ilyen, mert ritkán ugyan, de ez mint egy bevezető aura vitte őt át szabá-lyos nagy rohamba).

Az implantáció után fellépett nála néhány napig tartó réveteg állapot — csak skizoid állapotnak tudnám nevezni —, amikor a külvilágra alig reagált, és kap-csolatba kerülni is nehéz volt vele.

Ekkor a tesztfelvétel is lelassult, de az Sch-ban kiadta a 00-át.

Posztoperatív Szondi-tesztje: (A beteg a posztoperatív szakaszban rohammentes volt.)

S: + 0, P: - - !, Sch: + 0, c: - + !!.

Itt tehát a P-ben jelentkező pánik a feltűnő, és a nagyfokú görcsös megkapasz-kodás a +m!!.

Az ő esetében az anyjával is beszéltem. Igen hamar kiderült, hogy ő maga is görcsösen kapaszkodik a fiába, és rájött, hogy ez valahogy nincs igazán jól. Sőt már valamilyen megoldáson is gondolkozott. Elhatározta, hogy fia az iskola befejezése után más városban fogja az órásmesterséget kitanulni, talán így könnyebb lesz a mamáról való leválás.

NÉHÁNY KIEGÉSZÍTŐ MEGJEGYZÉS

Valószínűleg nem véletlen, hogy SZONDI Lipótnak (1972, 1980) éppen a leggondosabban és legalapvetőbben feldolgozott vektora a paroxizmalitás. A sorsanalízis legkifejlettebb ösztön-köre ez, ugyanakkor tudjuk azt is, hogy Szondi legkedvesebb témája is ez volt. Gondoljunk csak arra, hogy Káinról (SZONDI, 1987), illetve Mózesről írott könyve tulajdonképpen a paroxizmális vektor változásairól, pontosabban ennek lehetőségeiről is szól. Ha ehhez hozzávesszük Szondi Lipót tudásanyagát, mindent tudni akarását és mindent a saját teóriájába bevonni akarását, akkor érthetjük meg valójában, hogy mindazt, amit az elektrofiziológia, a biokémia a saját területén kutat, Szondi az ösztönök oldaláról, éspedig a tesztjének segítségével akarta megközelíteni.

Szondi elgondolása szerint az „epileptoid” ember kiszolgáltatott a saját jószágos, illetve gonosz késztetéseinek, az epilepsziás pedig a „váratlan” rohamoknak kiszolgáltatott. Ebből eredhet a betegeimnél megfigyelhető nagymértékű dependencia, amit $+!$ m reakciónk (legtöbbször $-d$ mellett) jelez. Szondi szerint a paroxizmalitás, mint karakterjegy a viszkozitás és explozivitás váltakozásával jár együtt. Ezt a karaktervonást ma a halántéklebény-epilepsziával hozzuk kapcsolatba.

Neuropszichológiai vizsgálatok eredményével (WIESER, 1989) több hasonlóságot fedezhetünk fel. Például műtét után, javult állapotban megszűnik a döntésképtelenség, fokozódik a beteg aktivitása. Mindez párhuzamba állítható vizsgálatunkban a posztoperatív $+k$ reakció megjelenésével. A libidinozítás változására is tettünk — másokhoz hasonlóan — megfigyeléseket. Idézhetjük BLUMER (1970) Szondi-tesztel végzett vizsgálatait. Azt figyelte meg, hogy a teljes halántéklebény-eltávolítást az S vektor változása kíséri. Ez összhangban van azzal a megállapításunkkal, hogy az extralimbikus (neokortikális) eredetű epilepsziásoknál hangsúlyos a $+s$ reakció.

Epilepsziában a szociális faktor döntő jelentőségére nem találtunk szignifikáns adatokat, noha szociális tényezőket (adekvát iskolázottság, szociális státusz, családban vagy izolációban él stb.) belevettünk a számítógépes feldolgozásba.

Ebben a kérdéskörben említhető meg epilepsziásoknál a társba való görcsös belekapaszkodást jelző tesztreakció gyakorisága is. Az explorációkkal nyert adataink arra mutatnak, hogy ez a reakció gyakran az anyától való leválás képtelenségét jelzi, főleg tumorosoknál. Ezekben az esetekben az anyákkal felvett Szondi-teszt is a gyermekét elengedni nem akaró $+m !$ reakciót mutatott.

Végezetül munkám eredményeihez hozzá kívánom fűzni, hogy ilyen súlyos betegek, ilyen traumatizált személyek sem adnak általában „súlyos zavart” (legfeljebb átmenetileg) mutató klinikai képet, és tesztreakcióik sem jelzik egyértelműen súlyos állapotukat. A gyógyulással párhuzamosan neurózisuk fokozódik, még azokban az esetekben is, ahol műtét történt, ahogy erre a műtéten átesett betegek ismertetett tesztreakcióiból következtetni lehetett.

A temporális epilepszia pszichodinamikája sorsanalitikus szempontú vizsgálataim alapján sem értelmezhető egyértelműen, ugyanakkor a szignifikáns statisztikai eredmények mégis figyelmet érdemelnek. Lehet, hogy

a góc helye és jellege mégis befolyásolja a személyiség jellegét, ha rohamot nem is okoz már.

E kérdések tisztázása további kutatómunkát igényel.

A kézirat elfogadva: 1995. november

IRODALOM

- BLUMER, D., 1970, Das Sexualverhalten der Schläfenlappenepileptiker Operierten, Agression v. Sexualität, *Journal Neurovisv. Relat., Suppl.* 10, 469—476.
- CSILLAG, M., WIESER, H. G., 1984, *Was misst d. Bear-Fedio Inventory-Test?* Konferencia előadás, Brunnen.
- CSILLAG, M., 1993, *Szondi und seine Theorie*, Előadás, Universitätsspital Zürich.
- CSILLAG, M., VIKÁR, Gy., 1994, *Psychosis és epilepsia electrophysiologiai összefüggése*, Esetismertetés: VII. Nemzetközi EEG konferencia, Budapest.
- CSILLAG, M., 1995, Beszámoló a Dijon-i Konferenciáról (Stress et Paroxism), *Psychiatria Hungarica*, 10, 341—342.
- CSILLAG, M., 1995, A megkapaszkodás szerepe a terápiarezisztens epilepsziásoknál, In: *Irányzatok és kutatások a magyar pszichoanalízisben*, LUKÁCS, D. (szerk.), Budapest, Animula, 199—202.
- HALÁSZ, P., 1989, Epilepszia, *Részletes Pszichiátria, Organikus betegségek I.*, PETHŐ, B. (szerk.), Budapest.
- HERMANN, I., 1984, *Az ember ősi ösztönei*, Magvető, Budapest.
- LEDER, A., 1967, Zur Psychopathologie der Schlaf und Aufwachepilepsie, *Nervenarzt*, 38, 442—443.
- RODIN, N., Id. Halász, P.
- SÁNTHA, K., 1955, A beszédközpont és keresztezett aphasia öröklésbiológiai szempontból, *Ideggyógyászati Szemle*, 8, 33—39.
- SUBIRANA, A., OLLER DAURELLA, L., 1960, *Lateralität, Maturität, and Electroencephalography*, Curr. probl. Phoniat. Logoped., Vol. 1, 141—150, Karger, Basel.
- SZONDI, L., 1933, *Konstitutionsanalyse psychisch abnormer Kinder*, Karl Marl Marhold, Halle.
- SZONDI, L., 1972, *Lehrbuch der experimentelle Triebdiagnostik*, Band. 1., Hans Huber, Bern.
- SZONDI, L., 1993, *Was sagte L. Szondi zum Thema Epilepsie?* (ed: B. VOGLER), Stiftung Szondi Institut, Zürich.
- SZONDI, L., 1980, *Die Triebentmischten*, Hans Huber, Bern.
- SZONDI, L., 1987, *Kain, a törvénszegő, Mózes, a törvényalkotó*, Magvető, Budapest.

- VARGHA, A., 1994, *A Szondi-teszt pszichometriája*, Universitas, Budapest.
- WIESER, H. G., 1983, *Electroclinical Features of the Psychomotor Seizure*, Fischer, Stuttgart.
- WIESER, H. G., 1989, Behavioural consequences of temporal lobe resections, *Proc. XIVth World Congress of Neurology*, Chopra JS, New-Delhi.

MÁRIA CSILLAG

**THE PHARMACOTHERAPEUTICALLY RESISTENT
TEMPORAL-LOBE-EPILEPTICS. FOLLOW UP STUDY WITH
THE USE OF THE SZONDI-TEST**

In collaboration with Universitätsspital Zürich and Szondi Institut Zürich with 92 patients in „Drug-resistant TLE” waiting for selective Amygdala-Hippocampectomy we followed the psychodynamic changes by repeated Szondi Test. Some signs in the changes of Szondi Test-profiles depending on location of the epileptical focus can predict us what is to be expected after operation, so we got a clue to the direction of a psychotherapy.