

A KÓROS JELENSÉGEK LÉLEKTANÁRÓL.

A pszichopatológia tárgykörébe tartozik minden olyan lelki jelenség, törekvés és cselekvés, amely egy elképzelt normától, a normális ideájától (gyakran egy statisztikai átlagtól) nagy fokban, negatív irányban eltér. Az eltérés lehet pozitív irány felé mutató is (pl. művészi alkotások, az átlagosnál értékesebb emberi cselekvések). Ezek természetesen nem tartoznak a pszichopatológia körébe.

„Létezik-e egyáltalában határ a lelkileg „normális” és a „beteg” között” – kérdi Benedek László^x és így felel rá: „A lelki constitutiók és a karakterológia tanúsítja, hogy ilyen éles határok csak a schematizálásra törekvő tudós-laikusok képzeletében vannak... Mi nem dolgozhatunk fix küszöbértékekkel, mert erre a lelki kórságok lótrejövetele körülményeibe való abszolút világos és hiánytalan betekintés szükségeltetnék... a „normális” értékmeghatározása, a lelkiek terén, azzal is nehezítve van, miszerint a különböző történelmi korszakok, vagy ugyanazon generáció más és más társadalmi osztályai vagy foglalkozási körei, az egyénnel szemben más és más igényeket támasztanak.” Bár így a normálisnak és az abnormálisnak, a betegnek és az egészségesnek kettéválasztása matematikai pontossággal nem történhetik meg, gyakorlati megállapítása mégsem ütközik nagyobb nehézségbe.

A patopszichológiának, vagyis az abnormális személyek lélektanának éppen az abnormális jelző kétértelmősége miatt (testi és lelki rendellenesség), egyéb elnevezései is használatosak, így pl. Morton Prince kezdeményezésére a rendellenességek lélektanának is nevezik. Ezt az utóbbit azonban igen gyakran

orvosi lélektannak (Medizinische Psychologie, medical psychology vagy clinical psychology) is jelölik. Úgy látjuk, hogy ez utóbbi elnevezés, bár a gyakorlatban igen használatos, tágabb a pszichopatológia fogalmánál, mert a testi betegségben szenvedő emberrel való bánásmóddal (pl. a szuggesztív kérdések mellőzése), a betegek kezelésével, a bármilyen beteg anamnézisének felvételével, a különböző lélektani vizsgáló eljárásokkal is foglalkozik. Bár feladatunk csak a pszichopatológia területének bemutatása, mégsem tekinthetünk el egyes olyan adatok tárgyalásától, amelyek e területen túl vannak, de még az orvosi vagy klinikai lélektan körén belül foglalnak helyei. Először a pszichopatológia történetének vázlatát mutatjuk be, majd a lelkiélet egyszerűbb kóros megnyilvánulásait ismertetjük. A következő rész a személyiség kóros jellemzőivel foglalkozik. Végül felsoroljuk azokat a gyakorlati eljárásokat, amelyek az, orvosi lélektannal kapcsolatosak.

1. *A pszichopatológia története.*

Az átlagostól eltérő emberi cselekvéseket, a megfelelő alkalmazkodás hiányából eredő konfliktusokat az ókorban és középkorban egyes kivételektől eltekintve egészen a 18. század végéig az embertől függetlenül létező démonok, transzcendens okok hatásának tartották és ennek megfelelő eljárasmódot is alkalmaztak (istenítélet, boszorkányperek, megégetés, ördögűzés, stb.). Ezek inkább vallási és jogi kezelésmódok voltak s a patopszichológia adatait csak igen kevésbé gazdagították. Maga Benedek ezt írja: „... a mai civilisatio szolgáltatta társadalmi differenciáltságtól messze elmaradó egyszerűbb szociális élet azj egyedeket korántsem állította annyira sorompóba. A társadalmi igénybevehetőség tehát a régebbi időkben kevésbé érzékeny jelzőkészüléke volt a szellemi elégtelenségnek, mint amilyen manapság.”²

A patopszichológia kezdetének kiindulópontját W. Muncie³ a francia forradalomban látja. Ekkor ugyanis Ph. Pinel a Párizstól nem messze levő Bicetre-kórházban dolgozva gyűjti a megfigyeléseket rendellenes viselkedések adattárához. Orvosi-

filozófiai humánus szempontegyvelegtől vezérelt megfigyelés-gyűjteménye „*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*” (1791) címmel jelent meg. Tanítványa, Esquirol a Salpetrièreben folytatta Pinel munkáját. A pszichoterápiának lehetőségeit vizsgálta már a 18. század végén Mesmer, majd a 19. század elején Bertrand, Elliotson és a manchesteri Braid, akitől a szuggesztió és a hipnózis megkülönböztetés[©] is származik. Charcot és a nancy-i Bernheim személyén keresztül a 19. század végén egy új patopszichológiai elmélet indul útnak, a Freud-féle pszichoanalízis. Janet egy megértő lélektani irány vezető egyénisége lesz, amely a disszociatív és a tudatalatti folyamatok elemzésével a freudi törekvésekhez áll közel. A francia kutatások mellett a németek kezdenek mindjobban a lélektani oldal felé fordulni s ennek az iránynak kiváló egyéniségei Ziehen és a AVundt-tanítvány, Kraepelin. Bár Ziehen erősen hangsúlyozza a lélektani kísérlet fontosságát az abnormális viselkedés, cselekvés megítélésében, mégis Kraepelin volt az, aki a kísérletek exakt kivitelét még nála is sokkal jobban megvalósította. (Még ma is használatos pl. a Kraepelin-féle szellemi munkagörbe.)» Az olvasás, írás, számolás, emlékezés és felfogás patológiáját kísérleti úton a magyar Ranschburg Pál vizsgálta beható módon. Ribot, a Collège de France kísérleti és összehasonlító lélektani tanszékének első birtokosa, a *L'hérédité psychologique* c. munkájával kezdi meg azt a kutatássort, amely a patopszichológia szempontjából az emlékezet patológiája, ata akarat patológiája és a személyiség patológiája⁵ vizsgálatával jelentősnek bizonyult. A francia iskolának legnagyobb hatású képviselője mégsem a finom analitikus elme, Ribot, hanem a lélektani teszt-módszer egyik első bevezetője, Binet, aki mikor 1894-ben a Sorbonne lélektani laboratóriumának vezetője lett, az állati magnetizmus és a mikroorganizmusok lélektanát elhagyva, egyre jobban az egyéni lélektan felé fordult és főtörekvése a wundti kísérletezés irányával ellentétben az egyént a környezetének hatásaival együtt vizsgálni. Amikor 1903-ban állami irányítással az iskolásgyermekek értelmi fogyatkozásait vizsgálta, a normalitás és az abnormalitás, ill. szubnormalitás megállapítására teszt sorozatot vezetett be Simonnal együtt, amely az intelligenciakornak és az életkornak egybevetését célozta. Ez a Binet-

Simon-féle értelemvizsgálat így voltaképpen patopszichológiai nézőpontnak köszönheti létét s ha egyéb országokban különböző szerzők több-kevesebb mértékben meg is reformálták ezt az eljárást, mégis a francia experimentális irány szellemében dolgozó Binet-é az érdem a nagy felfedezésért

A kísérletezésnek nem a teszt-jellegű vizsgálati módját, hanem az ú. n. kvalitatív jellegű kísérletezést alkalmazta Janet,⁶ amikor a neurózisok, az automatikus írás, a személyiség megváltómenekülések stb. tanulmányozásánál a tudattalan lelki folyamatok nyomaira bukkant. Az észrevezés és az emlékezet rendellenességének a tudatalattival való megmagyarázása, az abuliaának (az akarat intellektuális és motorius gyengeségének) a figyelemmel való kapcsolatba hozása, az automatikus aktivitás aránylagos érintetlensége mellett lehetővé teszi számára, hogy a neurózisoknak legelső lélektani magyarázatát adja. Így voltaképpen majdnem egyidőben ugyanazt a problémát feszegeti, mint Freud, aki a J. Breuerrel együtt 1895-ben *Studien über Hysterie* címen közli egy hisztériás leány hipnózis útján való kezelésének tanulságait, amely éppen a tudattalan felszínrejuttatásával bizonyult eredményesnek. A lélekelemzés⁷ vagy más elnevezés szerint a mélységlélektan szerteágazó elméletté szélesedik, amelynek alapfogalmai a tudattalan, a katharzis-elmélet, a le-reagálás, a libidó, az id, az én és felettes én, a cenzúra, a szublimálás, az Oedipus-komplexum stb. A tudattalan lelki aktivitás a mindennapi élet hibás cselekvéseiben, elszólásokban és elírásokban, az álomban stb. is megnyilatkozik. Ez az irány – ha a fentiekkel egybevetjük – a hipnózis alkalmazásának köszönheti létét s így folytatója, ill. bezárója a Braid, Charcot, Bernheim sornak.

Az érdeklődés a 20. század húszas éveitől kezdve mindinkább elfordul az abnormitások egyoldalú szemléletétől, amilyen pl. az egyes adatgyűjtés, Binet intelligenciafelfogása, Freud ösztönelmélete és a személyiség sokszínű gazdagságán keresztül igyekszik a patopszichológia területén is eredményhez jutni. Két jelentős törekvést találunk. Az időrendben elsőbb az amerikai pszichobiológia² elnevezésű irány, amely A. Meyer kezdeményezésére éppen a lelki atomizálás ellen indított harcot és a pszichofizikai parallelizmust hirdető álláspont terméketlensége helyébe

filozófiai humánus szempontegyvelegtől vezérelt megfigyelés-gyűjteménye „*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*” (1791) címmel jelent meg. Tanítványa, Esquirol a Salpetrièreben folytatta Pinel munkáját. A pszichoterápiának lehetőségeit vizsgálta már a 18. század végén Mesmer, majd a 19. század elején Bertrand, Elliotson és a manchesteri Braid, akitől a szuggesztió és a hipnózis megkülönböztetése is származik. Charcot és a nancy-i Bernheim személyén keresztül a 19. század végén egy új p&topsziológiai elmélet indul útnak, a Freud-féle pszichoanalízis. Janet egy megértő lélektani irány vezető egyénisége lesz, amely a disszociatív és a tudatalatti folyamatok elemzésével a freudi törekvésekhez áll közel. A francia kutatások mellett a németek kezdenek mindjobban a lélektani oldal felé fordulni s ennek az iránynak kiváló egyéniségei Ziehen és a Wundt-tanítvány, Kraepelin. Bár Ziehen erősen hangsúlyozza a lélektani kísérlet fontosságát az abnormális viselkedés, cselekvés megítélésében, mégis Kraepelin volt az, aki a kísérletek exakt kivitelét még nála is sokkal jobban megvalósította. (Még ma is használatos pl. a Kraepelin-féle szellemi munkagörbe.). Az olvasás, írás, számolás, emlékezés és felfogás patológiáját kísérleti úton a magyar Ranschburg Pál vizsgálta beható módon.⁴ Ribot, a Collège de France kísérleti és összehasonlító lélektani tanszékének első birtokosa, a *L'hérédité psychologique* c. munkájával kezdi meg azt a kutatássort, amely a patopsziológia szempontjából az emlékezet patológiája, az akarat patológiája és a személyiség patológiája⁵ vizsgálatával jelentősnek bizonyult. A francia iskolának legnagyobb hatású képviselője mégsem a finom analitikus¹ elme, Ribot, hanem a lélektani teszt-módszer egyik első bevezetője, Binet, aki mikor 1894-ben a Sorbonne lélektani laboratóriumának vezetője lett, az állati magnetizmus és a mikroorganizmusok lélektanát elhagyva, egyre jobban az egyéni lélektan felé fordult és főtörekvése a wundti kísérletezés irányával ellentétben az egyént a környezetének hatásaival együtt vizsgálni. Amikor 1903-ban állami irányítással az iskolásgyermekek értelmi fogyatkozásait vizsgálta, a normalitás és az abnormalitás, ill. szubnormalitás megállapítására teszt sorozatot vezetett be Simonnal együtt, amely az intelligenciakornak és az életkornak egybevetését célozta. Ez a Binet-

Simon-féle értelemvizsgálat így voltaképen patopszichológiai nézőpontnak köszönheti létét s ha egyéb országokban különböző szerzők több-kevesebb mértékben meg is reformálták ezt az eljárást, mégis a francia experimentális irány szellemében dolgozó Binet-é az érdem a nagy felfedezésért.

A kísérletezésnek nem a teszt-jellegű vizsgálati módját, hanem az ú. n. kvalitatív jellegű kísérletezést alkalmazta Janet,⁶ amikor a neurózisok, az automatikus írás, a, személyiség megváltozása, a menekülések stb. tanulmányozásánál a tudattalan lelki folyamatok nyomaira bukkant. Az észrevezés és az emlékezet rendellenességének a tudatalattival való megmagyarázása, az abuliaának (az akarat intellektuális és motorius gyengeségének) a figyelemmel való kapcsolatba hozása, az automatikus aktivitás aránylagos érintetlensége mellett lehetővé teszi számára, hogy a neurózisoknak legelső lélektani magyarázatát adja. Így voltaképpen majdnem egyidőben ugyanazt a problémát feszegeti, mint Freud, aki a J. Breuerrel együtt 1895-ben *Studien über Hysterie* címen közli egy hisztériás leány hipnózis útján való kezelésének tanulságait, amely éppen a tudattalan felszínrejuttatásával bizonyult eredményesnek. A lélekelemzés⁷ vagy más elnevezés szerint a mélységlélektan szerteágazó elméletté szélesedik, amelynek alapfogalmai a tudattalan, a katharzis-elmélet, a le-reagálás, a libidó, az id, az én és felettes én, a cenzúra, a szublimálás, az Oedipus-komplexum stb. A tudattalan lelki aktivitás a mindennapi élet hibás cselekvéseiben, elszólásokban és elírásokban, az álomban stb. is megnyilatkozik. Ez az irány – ha a fentiekkel egybevetjük – a hipnózis alkalmazásának köszönheti létét s így folytatója, ill. bezárója a Braid, Charcot, Bernheim sornak.

Az érdeklődés a 20. század húszas éveitől kezdve mindinkább elfordul az abnormitások egyoldalú szemléletétől, amelyen pl. az egyes adatgyűjtés, Binet intelligenciafelfogása, Freud ösztönelmélete és a személyiség sokszínű gazdagságán keresztül igyekszik a patopszichológia területén is eredményhez jutni. Két jelentős törekvést találunk. Az időrendben elsőbb az amerikai pszichobiológia⁸ elnevezésű irány, amely A. Meyer kezdeményezésére éppen a lelki atomizálás ellen indított harcot és a pszichofizikai parallelizmust hirdető álláspont terméketlensége helyébe

egységes szempontot hirdet, amelyet a beteg tanulmányozása és kezelése alkalmával végre is hajt. Szerinte a pszichikai funkciók a személyiség organizációjának legmagasabb foka, amelynek magva az egységes egyén. Az egyén kóros lelki reakcióit környezetének ismerete segítségével kutatja. Így a pszichobiológia az egyént nem betegség-egységekbe csoportosítja, hanem az abnormitásának keresztmetszete (pillanatnyi fénykép) és hossz-metszete (betegség-lefolyás fázisai) mellett keresi, hogy milyen az a pszichológiai egység vagy személyiség, amelyben az abnormitás megtalálható. Így tanulmányozza a személyiség fejlődését és alkalmazkodásának lehetőségeit.⁹

Míg ez az amerikai irány a pszichiátria oldaláról indul ki, addig Európában az általános lélektanban válik egyre érezhetőbbé az a törekvés, hogy a mozaik-felfogás helyébe az egész szemlélete lépjen. Ennek az iránynak főképviselői a berlini alaklélektani iskola vezetőegyénségei közé tartoznak, többek között Köhler, Koffka, Lewin, Gottschaldt, a pszichiáter Gruhle és a neurológus Goldstein, aki Gelb-bel együtt a háborús agysérülteken végzett lélektani vizsgálataival a reflex-tant és az ú. n. lelki vakság funkciójáról való felfogást lényegesen módosította.¹⁰ Ez az irány azt tanítja, hogy az egyes szimptomákat, az abnormalitás egyes jegyeit nem érthetjük meg akkor sem, ha az összes egyes jegyeket összegezzük, mert a kóros lelkiség olyan egység, – s ebben megegyezik a pszichobiológiai iránnyal, – amely a teljes egészében környezetével együtt vizsgálható s amely sui generis önálló a részek egyszerű összegezésével szemben. (Mindkét irányra – a pszichobiologizmusra és az alaklélelméletre – vonatkozó gyakorlati vonatkozásokat a 4. fejezetben mutatjuk be.) Ide tartozik még a Weizsäcker-J. Stein-E Straus-féle heidelbergi fenomenológus irányzat,¹¹ amely az egyes működések és a beteg általános lelki beállítottságának kutatásával vált ki. A funkciók megbetegedésében fejlődésbeni alacsonyabb fokra való leépülést látnak. Legújabbban Brugsch-Kraus stb. a személy biológiájával az alkati törekvéseket (Kretschmer, Ewald, stb.) hatalmas enciklopédiában foglalták össze.

Ezek voltak főbb vonásaiban a patopszichológia történetének egyes jellemzőbb vonásai. Mielőtt e tárgy kör tartalmi ada-

taít ismertetném, bemutatom a jelentősebb patopszichológiai munkákat. A századfordulóra esik Störring munkája.¹² Ez a Wundtnak ajánlott munka alapfelfogásában a wundti lélektan nyomait viseli magán. Ez kitér a pszichopatológia meghatározásából is. Störring megkülönböztet általános és speciális pszichopatológiát. Az előbbi a szellemi megbetegedés szimptomáival (tehát elemekkel) foglalkozik, az utóbbi az egyes betegségképeket, betegségfajtákat vizsgálja. Ez utóbbi azonban Störring szerint az egyes szimptomákat pusztán összegezi s nincs különösebb lélektani fontossága.

Míg Störring könyvét inkább az adat-, tehát az „elem”-gyűjtés jellemzi, amelyet természetesen saját elgondolásaival, eredeti nézőpontokból próbál megszervezni, addig Jaspersnek az 1913-ban megjelenő pszichopatológiája inkább a problémákat, a kutatás kiindulópontjait és a módszereket emeli ki s kézikönyvében a fenomenológiai, az objektív pszichopatológiai, a kifejezés-lélektani, a megértő és a magyarázó lélektani szempontoknak teret enged s az egyszerű elemeket tekintetbevévő álláspontról mindinkább eltávolodik modern szellemű munkájában s ez megmutatkozik a tudományról való felfogásában is. „A tudomány nem pusztá elsorolása bizonyos tényeknek. Minden igazi kutatásban egy egész eszméje a hajtóerő.”¹³

Jaspers munkájában az atomizáló és szintetizáló részek arányosan elosztva szerepelnek, Kretschmernek majdnem 10 évvel későbbben megjelenő „Medizinische Psychologie”-ja (1922) már az emberi típusképek varázsától elragadtatva a fiziológiai adatok mellett csak azokat a tényezőket mutatja be, amelyek a személyiségképek és a reakciótipusok megértéséhez szükségesek s javára írható, hogy nála szerepelnek először gyakorlati orvos-lélektani kérdések is.¹⁴

Schilder elméletektől erősen telített munkájában¹⁵ megkísérli, hogy a fenomenológiát, a lélekelemzést, a kísérleti lélektant és az agypatológiát egységes képbe szervezze. Célkitűzése inkább Kretschmerhez áll közelebb, vagyis az orvos praktikus szempontjait tartja szem előtt, tárgyalási módja azonban Jaspersével rokon, hisz pl. mindkettő a filozófiai fenomenológiának egyes eredményeit nagy mértékben felhasználja.

Ezzel áttérhetünk a második részre, amely az egyes patológikus tüneteket a klasszikus lélektan keretében mutatja be.

JEGYZETEK.

- ¹ Benedek László: A psychiatria története. Budapest, 1923. 18. 1.
² ü. o. 13. 1.
³ W. Muncie: Psychobiology and Psychiatry. A Textbook of normal and abnormal human behavior, St. Louis, 1939.
⁴ Ranschburg Pál: Az emberi elme. I-II. Budapest, 1923.
⁵ Th. Ribot: Les maladies de la mémoire, Paris, 1881.
⁶ „ Les maladies de la volonté, Paris, 1883.
⁷ „ Les maladies de la personnalité, Paris, 1885.
⁸ Janet: L'automatisme psychologique. Paris, 1889. État mental des Hystériques. Les stigmates mentaux et accidents mentaux. Paris, 1892.
⁷ Freud, S.: Zur Psychopathologie des Alltagslebens 1904. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1916-17. Traumdeutung, 1908. (1. még Gesammelte Schriften, I-X, kötet).
 Adler, A.: Praxis und Theorie der Individualpsychologie, 1924. - Menschenkenntnis, 1928.
 Jung, C. G.: Diagnostische Assoziationsstudien, 1906. Das Unbewusste im normalen und kranken Seelenleben, 1926. - Psychologische Typen, 1921.
⁸ L. Muncie idézett művét.
⁹ Ez az egységes szempontra törekvései már megtalálható Janet és Freud munkáiban is, mint azt H. Schiller Pál: A lélektan feladata (Budapest, 1940. 144-164. 11.) című könyvében kimutatja.
¹⁰ Gelb-Goldstein: Psychologische Analysen birnpathologischer Fälle. Leipzig, 1920.
¹¹ V. v. Weissächer, V.: Der Gestaltkreis, Leipzig, 1940.
 E. Straus: Vom Sinn der Sinne. Leipzig, 1935.
¹² Störring G.: Vorlesungen über Psychopathologie in ihrer Bedeutung für die normale Psychologie. Mit Einschluss der psychologischen Grundlagen der Erkenntnistheorie. (Leipzig, 1900.)
¹³ Jaspers -*Allgemeine Psychopathologie*. Berlin, 1913. (Idézet: 3. kiadás, 29. 1.)
¹¹ Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie. Leipzig, 1930⁴.
¹⁵ Schilder P.: Medizinische Psychologie für Ärzte und Psychologen. Berlin, 1924.

2. Az egyes lelki funkciók kóros megnyilvánulásai.

Az egyes kóros lelki tüneteket önmagukban is vizsgálhatjuk, leírhatjuk a nélkül, hogy a magyarázatnak arra a magasabb fokára törekednénk, mely az egyes szimptomák összefüggésének feltárásából adódhat. Itt az általános lélektan ismert be-

osztását követve egymásután felvázoljuk az érzékelés, az emlékezet, a gondolkodás, az érzelem, az ösztön és az akarat pathológiáját, vagyis bemutatjuk ezeknek a területeknek legjellemzőbb tüneteit.¹ Mielőtt az egyes területek bemutatására áttérnénk, ki kell emelnünk a lelegején hangoztatottakat, vagyis, hogy a normális és az abnormális, az egészséges és a patológikus között átmenet van s a kettőnek csak az extrém megnyilvánulásai választhatók szét teljes bizonyossággát. A normális, az egészséges ember is produkálhat elszórtan patopszichológiai jellegű jelenségeket a nélkül, hogy komolyabb aberrációra kellene gondolnunk. Így pl. az egészséges ember is átadhatja magát rövidebb-hosszabb eszmeszökellésnek, a nélkül, hogy e tünet patológikus jelenlétét feltételezhetnénk. A szimptomák majdnem mindegyikéről elmondhatjuk ezt s ez éppen annyit jelent, hogy ezek önmagukban a személy egészébe való beleágyazás, az előzmények és a következmények, végül a tünetek történetének, az egyénben való kezdetének, kialakulásának és életének ismerete nélkül pusztán elszigetelt adatok lehetnek. A felsorolást az érzékelés patológiájával kezdjük.

1. *Az érzékelés patológiája.* Itt pusztán csak az érzékelésnek, mint lélektani folyamatnak kóros tüneteit mutatjuk be s nem tartoznak ide az érzékszerveknek és az ingervezetésnek abnormitásai. Minden ember egész életében az ingerek áradatának van kitéve, a reá ható inertömegnek túlzott hatása ellen azonban a figyelem lelki szabályozó működése automatikus védelmi berendezés s ez csak azokat az ingereket vagy ingerkapcsolatokat engedi tudomásul venni, amelyek valamilyen szempontból fontosak. A többi ingernek túlzottan érvényesülő hatása, a *túlérzékenység* éppen úgy, mint az ingereknek az átlagosnál kevésbé észrevéve, az *ézés-csökkenés* már patológikus tünetek.

Az egyes érzékelés-területeken belül is található patológikus vonások, amilyen pl. a tárgyaknak rendes alakban, de téves színben való látása vagy a tárgyaknak érzékelése erősen megnövekedett alakban (makropszia), vagy nagymértékben kisebbedett formában (mikropszia). Ide sorolható továbbá az *illúzió* és a *hallucináció*. Az illúzió olyan téves érzékelés, amely valamely külső hatást az objektív adatoktól teljesen eltérő mó-

don, inkább valamely emlékkép vagy egyéb tudattartalom által befolyásolt és képzelt formában érzékel. Itt a lényeges a külső inger jelenléte. A hallucináció ezzel ellentétben külső inger hatása nélküli érzékelést, tehát pszeudo-érezékelést jelent. (Lehetnek látási, szaglási, tapintási stb. hallucinációk.)

Mindezek okait itt nem vizsgálhatjuk, de természetesen a többi lelki funkcióval (gondolkodással, érzelmekkel stb.) szoros kapcsolatban vannak s kölcsönhatásuk kimutatható.)²

2. *Az emlékezet patológiája.* Az emlékezet, mint arat a tanúskodás lélektana is mutatja, még az egészséges embereknél sem teljesen megbízható.* Az emlékezet patológiájára azonban elsősorban nem az emlékezet megbízhatatlansága jellemző, hanem éppen az egyes speciális tartalmi adatokra való emlékezés kiesése. Így pl. – írja Bumke³ – „gyakran találtuk, legtöbbször a beszédképesség megsértésével kapcsolatban, bár minden afáziás tünet nélkül, a számolóképességet izoláltan megsérülve; egy esetben egy orvos a kémiai és a recept képleteket, egy kereskedelmi levelező nem csupán a címetek, hanem az egész földrajzot elfelejtette. (Természetesen ilyen esetekben psychogen keletkezésre is gondolhatunk.)” Amikor jól körülhatárolható az egyes ilyen elfelejtési szektorok, vagyis a tudatnak a vizsgálatkor meglevő tartalmi hiányosságai, éppen olyan élesen kimutathatók azok az amnéziás kiesések, amelyek baleset, agysérülés stb. következtében nemcsak a sérülés idejére, hanem az egyénnek ezt jóval megelőző életére is kiterjedhet. Így pl. egy 30 éves korban történt sérülés okozhatja, hogy az illető csak 20 éves koráig képes élményeire visszaemlékezni, élettörténete húsztól harminc éves koráig számára teljesen kiesett, eltűnt. Ez annyit jelent, hogy a potenciális tudatunk vagy – Brandenstein⁴ szövege – a teljes tudatunk nemcsak keresztmetszeti, tartalmi tagozódást mutat, hanem hosszmetzeti, vagyis élettörténeti szakaszokra is érzékeny s ez az emlékezés patológiájában kifejezésre is jut.

3. *A gondolkodás patológiája.* A gondolkodás a tárgyi és a logikai viszonyoknak megfelelő rendezettségű és determináló tendencia (Ach) által irányított lelki funkció, amelynek főcélja

* A hamis emlékezés klasszikus patológiai példái a *fausse reconnaissance*, a *déjà-vu*.

a megismerés. Ha az egyes gondolatsorokban e feltételek hiányoznak, patológiás gondolkodásról kell beszélünk. Ilyen pl. az *eszmeszökellés* (Ideenflucht), amelynél ugyan a tárgyi és a logikai, főképen pedig a grammatikai viszonyoknak elfogadása felismerhető, de a gondolatmenet szerves összefüggését semmiféle tárgyi cél nem biztosítja. Az ilyen gondolkodás mozaikokra hullik szét s az egyes gondolatok közötti kapcsolat pusztán esetleges alapon történik. Így az eszmeszökellést kritika által nem fékezett gondolkodásnak tarthatjuk, hisz a kritika itt az emlékezet adatait nem szelektálja, hanem engedi tetszésszerűen sorrendben felszínre kerülni. – Míg az eszmeszökellés gondolat-egységeinek kapcsolata legtöbbször formális adatok, érzéki benyomások alapján történik, addig a belső egységet szintén nélkülöző *inkohereus gondolkodás* már jobban elemezhető, s az egyénre jellemző adatokat árulhat el. Mindkettőben közös a kritika, az összetartó vezetőszenpont hiánya. – A *széthulló gondolkodás* a külső grammatikai formát még jobban betartja egész gondolatmenetében s az apróbb kisiklások, össze nem illő fogalmak kapcsolása (kontamináció), fogalmak jelentésének elferdítése, több értelemben való használása következtében a látszólag összefüggő gondolatsor teljesen téves következtetésre jut. Az eddigiekben a gondolati összefüggések, a gondolkodás céljának hiánya volt a jellemző. Mindezeket hiánytalanul megtalálhatjuk az ú. n. *körülményes gondolkodásnál*, amely azonban azzal árul el patológikus vonást, hogy egy saját gondolatmenetet görcsösen betartó, lényegest a lényegtelenről el nem választó, mások által közbevetett gondolatokat figyelembe nem vevő, sőt egyáltalán fel nem fogó jelleget mutat. Ez az erősen egocentrikus jelző még nagyobb hangsúlyt kap annál a gondolkodásnál, amely az egyes fogalmakat és fogalomkapcsolatokat nem az átlagos értelemben, hanem túlértékelt vonatkozásban alkalmazza. Ilyen *túlértékelt gondolatok* (komplexumok) igen erős érzelmi velejárójuk miatt annyira fokozódhatnak, hogy az összes gondolkodási funkciók és tartalmak csak ezekkel kapcsolatosan nyernek létjogosultságot. Ezek az ú. n. *téveseszmék* már az egyén összes cselekvéseit, egész gondolkodását, – legyen az logikusan és tartalmilag is összefüggő – teljes mértékben meghatározhatják. Míg a téves eszméknél egyes gondolatok vezető szerephez jutva a gondolatmenet magjaként újra és újra felfedezhetőek, addig

tartalmi és személyes ok nélkül is ismétlődhetnek egyes gondolatok, fogalmak. Ezt *gondolati tapadásnak*, perszeverációnak nevezik. Végül az előbbiekkal ellentétben, ahol szinte mindenütt túlságosan is bő, bár értéktelen gondolattermelést találtunk, megemlíthetjük az átlagosnál szegényebb, gátlásoktól terhelt gondolkodást is, amely gondolati ürességet, terméketlenséget, a produktivitás teljes hiányát jelzi.

4. *Az érzelem patológiája.* Az érzelmek a lelki életben jól elhatárolható területet jelentenek. Az egyes érzelmeknek túlzott módon való jelentkezését (leggyakrabban ismeretes az öröm, illetve a szomorúság túltengése) patolgikusnak nevezük. Így is mondhatjuk: az állandó ok nélkül való öröm vagy szomorúság rendellenességek, de ugyanígy abnormitások az állandó túlzott mértékű harag, szeretet, félelem, düh, aggodás, stb. Nemcsak a fokozott és állandóan meglevő egy-egy érzelem, hanem az érzelmi élet teljes hiánya is rendellenesség. Ez az apátia megnyilvánulhat egy szűkebb területen, az erkölcsi érzelmekben is, ezt *moral insanity*-nek nevezik. Az érzékelésnél túlérzékenységnek jelzett vonás az érzelmi életben is megtalálható s igen sok fokozatban, köztük patolgikus formában is, a lelki élet egyik leggazdagabb területét (lásd művészi alkotások lélektana) mutatják meg. Az érzelmi *eltolódások* és *átvitelek*, a félelem (*föbia*) különböző válfajai és az *ingerlékenység* az érzelmi életnek egy sajátos patologiakomplexumát jelzi, amelynek megoldására épen a tudattalan lelki élet nyomozása (pl. pszichoanalízis) vállalkozott. Ennek a kérdésnek kutatása szoros kapcsolatban van az ösztön megbetegedésével is.

5. *Az ösztönök patológiája.* Az érzelmi élet rendellenességeit az első magyarázat, a Freud-féle pszichoanalízis, a szexuális ösztön zavaraira igyekeztek visszavezetni, amely mellett azonban az én-ösztönök és később a halálösztön szerepét is kiemelte. Ez a két ösztönkör, amely a régibb terminussal az ön- és fajfenntartás ösztönének nevezhető, egymásra hat és egymással küzdelemben is áll, amely legnagyobb részt tudattalanul játszódik le és a megoldatlan konfliktuskomplexumok, téves cselekvések, neurózisok, stb. hatásában nyilvánulhat meg. Egy másik irány (Adler) a fogyatékoságérzést ellensúlyozó érvényesülési törekvés (régii néven önfenntartó ösztön) patológiáját szociális vonatkozásaiban vizsgálja. Azonban az ösztönöknek nemcsak

ilyen elméletekkel meghatározott patológiája ismeretes, hanem gyakori a táplálkozás ösztönének igen nagyfokú vagy igen csekély megléte, vagy az aktivitásnak hiánya vagy túlzott bőrsége, amelyek mind ösztön-patológiai okokra mutatnak a nélkül, hogy ennek mélyebb magyarázatát keresni kellene.

6. *Akarat patológiája.* A fenti lelki működésekhez hasonlóan az akarat patológiájának legelső megnyilvánulását az akarat-erő kóros gyengeségében találhatjuk meg. Ennek az ú. n. *akarati gyengeségnek* ellenpólusát, az igen erős akaratot már kevésbé mondhatjuk patolgikusnak, hacsak nem megy görcsös erőszakba. – Az akarati gyengeségnek jelenléte szorítkozhat egyes területekre is (pl. különböző szenvedélyekkel vagy fóbiákkal kapcsolatban), de épen úgy kiterjedhet a lelki élet valamennyi megnyilvánulásaira is, amikor gátlás formáját öltheti fel. Ez az intenzitásbeli csökkentértékűség egy meglevő állapotot jelöl. Szerepelhet még e mellett a külső befolyásolás átlagosnál erősebb foka is. Ezt az ú. n. *szuggesztibilitást*, vagyis az akaratnak az átlagosnál erősebb fokú irányíthatóságát ugyancsak a lelki élet valamennyi területén felfedezhetjük, így pl. az érzékelésnél, emlékezésnél, gondolkodásnál, érzelmi és ösztönélet terén is.

Az akarat patológiás megnyilvánulásai nem választhatók el a *mozgás patológiájától* épen úgy, mint ahogy nem választhatók el a *cselekvés abnormálításaitól* sem. Az elsöre példák a mozgásszegénység, az akinézis, az echokinézis, az utóbbiakra a cselekvésszegénység, az apraxia és az echopraxia. Mindezek összhangban vannak az akarat patológiájával is, mint az alábbi összeállítás mutatja:

	intenzitásbeli gyengeség	akadályoztatás	vezettetés	szünetelés
Akaxat	akarati gyengeség	gátlás	szuggesztibilitás	zárlat
Mozgás	mozgásszegénység	gátolt mozgás	echokinézis	akinézis
Cselekvés	cselekvésgyengeség	gátolt cselekvés	echopraxia	apraxia

Az akarati mozzanatok összefüggése az abnormalitások csoportosításában.

Az echokinézis, ill. echopraxia a beteg előtt produkált mozgások, ill. cselekvések értelmetlen utánzását jelöli. A zár-lat az akaratnak fokozatos csökkenésével szemben annak teljes szünetelését, kihagyását jelenti, amelynek neve mozgásszünetelés esetében akinézis, cselekvésszünetelés esetében apraxia. Mindezek szépen mutatják azt az átmenetet, amely az egyes lelki funkcióktól (jelen esetben az akarattól) az egységes cselekvésig vezet.⁵ Az elsőt a régebbi lélektan tartotta vizsgálандónak, az utóbbi a modern felfogás főtémája. Hogy itt tulajdonképpen csak terminológiáról van elsősorban szó, azt a fenti táblázat mutatja. A két felfogás lényeges eltérése nem is az akarat és a cselekvés egyszerű megkülönböztetéséből folyik, hanem épen a célkitűzésekben mutat jelentős eltérést az első és a második álláspont.

7. *A kifejezés patológiája.* A mozgásszegénység, a mozgásgátlás, az echokinézis és az akinézis már a kifejezés egyik módjának abnormalitása, ugyanezt megtalálhatjuk a kifejezés másik nagy területénél, a beszédnél, az írásnál és mint reproductív kifejezésnél, az olvasásnál is. Így az akinézisnek megfelel a teljes afázia (a beszélőképességnek és beszédmegértésnek együttes hiánya), az agráfia (az írásképtelenség) és az alexia (olvasóképtelenség). Az echokinézisnek megfelel az érzéki afázia, amelynél az egyes szavak, mondatok értelmetlen utánmondása (ha ez hibás is) még aránylag ép. A mozgásszegénységnek és mozgásgátlásnak a megfelelőjét a beszéd és az írás terén nem nehéz megtalálnunk; elég ha itt a depresszió kifejezéscsökkentő hatására utalunk. Kezdetibb patológiás *tünet* az amnéziás afázia, amelynél csupán a szómegtalálás van megnehezítve, de a szómegértés, az utánmondás és a fogalomképzés még ép.

A kifejezés és a cselekvés patológiája mintegy lezárja az egyes lelki funkciók tárgyalását. E résznél a figyelmet szándékosan kihagytuk, mert a figyelem még annyira sem szigetelhető el, mint pl. az érzékelés, emlékezet, gondolkodás, érzelem stb., hanem mindegyiknél igen szoros velejáróként szerepel. A figyelem patológiája (a figyelem intenzitásának túlzott csökkenése vagy megnövekedése, a figyelem erős ingadozása, stb.) szoros összefüggésben van egy másik klasszikus területtel is, a tudat patológiájával (tudatszűkülés, tudat világossági állapotának korlátozott volta, stb.) s ez egyúttal utal arra is, hogy a figyelem vala-

milyen általánosabb, az egész lelki állapotra jellemző adat s éppen ezért valamennyi elszigetelhető lelki jelenség velejárója. 8. *A tudat és a hit patológiája*. Természeténél fogva a pszichopatológia körébe esnek azok a jelenségek is, amelyeket rendkívüli lelkiállapotok hoznak létre és a megszokott lelki-jelenségektől néha intenzitásban, néha azon túl is eltérnek. Az első ilyen rendkívüli állapot *az álom*. Az ember tudatos énje nem azonos a lelki személyiségével és ez az álomban, ahol az én többé-kevésbé lemond a tudatos folyamatok irányításáról olyan jelenségekben nyilvánulhat meg, hogy az én által elfojtott vágyak, vagy konfliktusok, persze inkább szimbólumok álöltözetében, múló időre csupán, de átveszik az uralmat.⁶ Az ének ez a kikapcsolása megtörténhetik hipnotikus úton is, ilyenkor az én irányítását nem a tudatból kiszorult törekvések, hanem a hipnotizáló veszi át. A *hipnózis* kifogástalan lélektani elmélete még hiányzik, de gyakorlatilag a jelenség elég jól ismeretes.⁷ Ebben az álomszerű állapotban a pszichikai és fiziológiai teljesítmények néha fokozhatók, olyan mértékig, hogy ezt éber állapotban megközelíteni sem tudja. Hasonló én-elvesztés bekövetkezhetik különféle narkotikumok hatása alatt. Alkohol, morfiúm, kokain, ópium olyan állapotot idézhetnek elő, amelyben valaki a világtól elszakadva, egy idegen világ paradicsomi gyönyörűségei közé juthat. Ugyanezt az állapotot előidézheti a misztikus „*transz*” is, amely összetétele a hipnotikus állapotnak és az alvásnak. Külső hatás nélkül jön létre, de nem mozdulatlan álomszerű állapotban. Azonban az egyén itt is a vágyai irányítása alatt áll és misztikus gyönyörűségekre menekül a földi életből, amelyet nem szeret. Ennek a misztikus élménynek igen sok változata lehet a látomástól az unió mística-ig, a rejtelmes egyesülésig. A következő fokok egyre kevesebb analógiát mutatnak a normális lelki élettel. Az én-elvesztés ugyanis bekövetkezhet] k megszállottság formájában is. A patológikus élmény hatása alatt álló személy valóban érzi a beleköltözött lényt, olyan lényt, amely a környezet hite szerint valakit *megszállni* szokott. Az ilyen hiszteriod reakció az énhasadás további fokozódását mutathatja. Előfordulhat, hogy valaki magában két lényt érez, önmagát és a megszálló lényt Ezek a misztikus élmények, vagy jelenségek lélektanilag nem tagadhatók. A „szellemek”,

amikkel a transzban lévő médium érintkezik, számunkra nem léteznek, de a benne való hit – amennyiben nem szélhámosság – pszichopatológiai vizsgálat tárgya. Ennek a jelenségnek a végső foka az a helyzet, amiben valaki tartósan elveszti az éntudatát, azt már a klinikán, mint többé-kevésbé súlyos elmebeteg kezeljük. Az *okkult* és egyéb rendkívüli jelenségek vizsgálata körül a patopszichológiának még sok tennivalója van. Mindenesetre a tudattalan jelenségeknek a vizsgálatok előterébe való kerülése, ha nem is magyarázta meg ebeket teljesen, csodaszerűségüktől mindenesetre megfosztotta őket. Ilyen jelenségek a tisztánlátás, a jóslás, a telepátia, a gondolatolvasás, a pszichometria (a tárgyak múltjának megérezése) a telekinesis, az áthatolás, a materializáció, a szellemkapcsolat stb.⁸

JEGYZETEK.

¹ Főbb források az eddig említettekén kívül: O. Bumke: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München, 1936⁴. 632 l. – Benedek László: Elme- és idegyógyászat (jegyzet). – J. Fröbes: Lehrbuch der experimentellen Psychologie. Bd. II. Freiburg, 1929³. – H. K. Schjelderup: Psychologie. Berlin, 1928.

² Lásd pl. Schiller Pál: Az érzéki észrebevés- elmélete. Athenaeum, 20. 1934 181-206.

³ I. m. 42 lap.

⁴ Báró Brandenstein Béla: A teljes tudat, mint tudatvilágunk lelki alapja. Budapest, 1940. M. Tud. Akadémia.

⁵ A munka, tehát egy 'specifikus cselekvésfaj patológiáját vizsgálja W. Eliasberg (Grundriss einer allgemeinen Arbeitspathologie (leipzig, 1924.) című tanulmányában.

⁶ Santo de Sanctis: Psychologie des Traumes. In Kafka's Handbuch der vergleichenden Psychologie. Bd. III. 1922. 231-330.

⁷ Völgyesi Ferenc: Minden a lélek. Budapest, 1941². – Ch. Baudouin: Psychologie der Suggestion und Autosuggestion. Übers. v. P. Amann. Dresden, 1926.

⁸ T. K. Österreich: Der Okkultismus im modernen Weltbild. Dresden, 1921.

⁹ A. Messer: Der wissenschaftliche Okkultismus. Leipzig, 1928. – H. Driesch: Parapsychologie, 1932. – M. Dessoir: Vom Jenseits der Seele. Stuttgart, 1931^e, 562 l. – E. Mathiesen: Der jenseitige Mensch. Berlin, 1925. – B. Bavink: Ergebnisse und Probleme der Naturwissenschaften. Leipzig, 1933/5. 650 l.

S. A személyiség patológiája.

Az eddig bemutatott egyes egymástól elméletileg aránylag elég jól elkülöníthető lelki funkciók patológiájának ismerete még nem alkalmas arra, hogy belőlük az egész embernek patopszichológiáját megismerhessük. A modern lélektan az éppen az a nagy vívmánya, hogy az egyes lelki adatokat nem önmagában és önmagáért kutatja, hanem alárendeli az egész személyiségnek s így célja elsősorban a személyiség egészének megismerése. Elfogadható az az álláspont, amely szerint „a személyiséghez tartozik minden olyan, az egyénre jellemző pszichikus adat, amely nem szinguláris, hanem a többi adattal funkcionális összefüggésben van és így a többi adatot megléte, ill. hiánya lényegében befolyásolja, megváltoztatja”.¹ A személyiségnek ily egyiségét az intelligencia, a temperamentum, ill. jellem adja meg.

1. *Az intelligencia patológiája.* Az intelligencia nem azonos a gondolkodással, mert hisz a gondolkodás lényeges vonásán, az ítélesen kívül függ még az érzékeléstől, figyelemtől, az emlékezettől, a gyakorlástól, a nyelvi készségtől, az érzelmi állapottól, a környezetnek kultúrfokától stb. A gondolkodásnál tudjuk az ítéletet önmagában vizsgálni, vagyis hogy mennyiben tesz eleget lélektani és logikai törvényeknek. Az intelligenciánál már sokkal több tényezőt kell figyelembe vennünk s csak ezek ismerete alapján mérlegelhetünk. Ezt igazolja a klasszikus Binet-Simon-féle intelligencia vizsgálat (s nem gondolkodás vizsgálat!), amely a gondolkodás funkcióján kívül érzékelést, ismereti anyagkészséget, emlékezetet, gyakorlati ügyességet, figyelmet, nyelvi készséget stb. is feltételezi és vizsgálja. Ezekre természetesen nem ad külön-külön jegyet, hanem az egész képből egységesen az intelligenciára következtet. Ha az intelligencia-hányados, az intelligencia kor és az életkor viszonya, 1 körül van (százalékban kifejezve 110-90, akkor normális intelligenciáról beszélhetünk. Az átlagon felüli ember I-nél nagyobb, az átlagon aluli I-nél kisebb intelligenciahányadost ad. Még pontosabban (Termán beosztása szerint) a tehetség 140 feletti, az igen okos 140-120, az okos 120-110, az átlagos 110-90, az ostoba 90-80, a gyengeelmjűsögre hajló 80-70, a gyengeelmjű 70-50, az imbecilis 50-25, az idióták 25 alatti százalékban kifeje-

zett intelligenciahányadost adnak. Az intelligenciavizsgálatok legtöbbször a Binet-Simon-féle eljárást vették alapul, ha ezt igen sokféleképpen módosították is. (Pl. Decroly-Degand 1910, Bobertag 1911, Termán-Childs 1912, Kuhlmann 1913, Éltes 1914, Tayler 1916, Saffioti 1916, Moore 1917, Stanford Revision 1917, Burt 1919, Jaederholm 1923, stb.) Az eredeti eljárás és a módosítások kivétel nélkül csak az intelligenciának „intenzitását” vagyis „mennyiségét” vették figyelembe. Történtek kísérletek a minőségi meghatározásra is (objektív, szubjektív, leíró, megfigyelő, érzelmi intelligenciatípusok), ezeket azonban a patológiában még kevésbé sikerült hasznosítani.

2. *A kedély és jellem patológiája.* Az intelligencia patológiáját elsősorban „mennyiségi” fogyatkozás jelzi. Bár az érzékelés és a gondolkodás az egyes lelki betegségekre jellemző adatokat szolgáltat, az intelligencia egészének egyes kórformáit megjelölni és minőségileg elkülöníteni eddig még nem sikerült. Sokkal gazdagabb képet mutat a kedély, ill. jellem patológiájának bemutatása. (Ezt a két terminust, amelyet általában kölcsönösen használnak, a következőkben a személyiség szóval helyettesítjük.) A személyiség, amelyhez természetesen az intelligencia is hozzátartozik, igen jellemző abnormitásokat mutat. Ezeknek vizsgálata természetesen a személytípusokat kutatja, hiszen e területen épen az egységes kép megrajzolása a cél s ez csak típusok megjelölésével lehetséges. A kutatás későbbi fokán várható az, hogy a személyiségtényezők egymásközi „minőségi” és „mennyiségi” arányának és egymással való kapcsolatának megfelelő képét lehessen megadni, ez a mai helyzetben még nem lehetséges.

A jellemző személyiség-abnormitásokat a pszichopátákra vonatkozó irodalomban találhatjuk meg. A pszichopáták ugyanis az egészséges és a beteg lelki élet mesgyéjén foglalnak helyet s így jellemzésük egyformán merít a normális és kóros lelki élet fogalmaiból. K. Schneider meghatározása igazolja azt a feltevésünket, hogy a személyiség patológiáját a pszichopata személyiségek megismerésével mutathatjuk be. E szerint ugyanis: „Pszichopata személyiségek olyan abnormális személyiségek, akik abnormitásuk miatt szenvednek és akiknek abnormitása miatt a társadalom is szenved.”² Schneider e praktikus célú elhatárolás-

sal egy patokarakterológiának (Schneider elnevezése) típusait gyűjti egybe.

K. Schneider, aki az abnormális karaktereknek vizsgálátára nagy gondot fordított, azt tartja, hogy ezeket igen különböző utakon lehet összegyűjteni. Az egyik mód az, hogy minden rendszer nélkül csupán az egyes jellemző vonások alapján egymásután leírjuk az egyes típusokat. (Ilyen pl. Schneider összeállítása.) Ekkor természetesen ezek egymásközi összehasonlítására sincs mód- Ezzel a felsorolási eljárással ellentétes a rendszerre törekvő összeállítás. Ez utóbbi valamilyen felfogás alapján lelki alaptulajdonságokat előfeltételez s erre építi az abnormis személyiségek bemutatását. (Pl. Gruhle.) A rendszerre törekvő beosztás igen gyakran a személyiségi rétegek elméletét használja fel (pl. Kahn és Homburger), de ugyanúgy megtalálhatjuk a testi konstitúcióra építő rendszerezést is. (Pl. Kretschmer.)

A rendszernélküli típusfelosztásnak – írja Schneider – az a nagy előnye, hogy az állandóan változó pszichológiai és biológiai konstrukciókkal és elméletekkel szemben semleges marad. „Éppen igénytelenségük a vitathatatlanságuk.” Ez álláspontnak megfelelően tíz abnormális jellemtípust sorol fel s ezek a következők:

1. *Hipertimiás jellem.* Jellemzi a vidám hangulat, vérmes temperamentum és aktivitás. E típusnak több alcsoportja van. Ezek: a) *kiegyensúlyozott* hipertimiások, akik vidám, nem ritkán jószágos, tevékeny emberek változatlan optimizmussal. Hibájuk, hogy kritikanélküliek, elővigyázatlanok és nem megbízhatók; b) *izgatott* hipertimiások, akiknél az izgatottság van előtérben s a jó kedély csak színezi azt; c) *kötekedő* hipertimiások, akiket Schneider pszeudokverulansoknak nevez, mert ezeknél a kötekedés kevésbé állandó tünet, mint az igazi kverulansoknál, könnyebben is kötnek újra barátságot; d) *laza* hipertimiások, akiknél a tapasztalat tanulságai nyom nélkül elmúlnak s optimizmusuk egyedül nem képes számukra elégséges tartást biztosítani; e) *pszeudológias* hipertimiások, akik a hipertimiás kép mellett hazudozásra, nagyozásra, fantáziálásra hajlamosak.

2. *Depressziós jellem.* Jellemzi az állandó levertség és az erős szkepszis, mely pesszimizmusig fokozódhat. A depresszió-

nak nem szükséges a felszínen megjelennie, mint a hipertimiás jókedvűségnek. Így a depressziós látszólag jókedélyű lehet, de a hipertimiás nem lehet sohasem depresszív. – Alcsoportok: a) *mélabús* depresszívek, akik? jóságosak, lágyak, megértők, de a szokatlan események vagy feladatok elől teljesen elzárkóznak; b) *morózus* depresszívek, akik hidegek, egoisták, ingerlékenyek, kárörvendők; c) *paranoiás* depresszívek, akik hajlamosak bizalmatlanságukban mindent a saját személyükre vonatkoztatni.

3. *Bizonytalan jellem.* Jellemzi a belső bizonytalanság éréleltelenség érzése. – Alcsoportok: a) *szenzitív* bizonytalanok, akik minden érzékenységük és képességük ellenére a benyomásaikat képtelenek teljesítménnyé átdolgozni; ezek az emberek bizonytalanok és minden bajnak okát magukban látják; másnak megbocsátanak, de maguknak nem; b) *kényszeres* bizonytalanok, ezek kínosan pedáns, korrekt, de egyúttal bizonytalan emberek, akik legtöbbször a magasabbra törők közül kerülnek ki. !

Fanatikus jellem. Jellemzi bizonyos eszméknek, gondolatoknak túlértékelése, amelyért kifelé harcra vagy legalább is tüntetésre, programadásra képesek, – Alcsoportok: a) *harcos* fanatikusok, akik aktívok, cselekvésre képesek, szívósak s akik kórossá akkor válnak, amikor aktivitásukban ellenállásra találhatnak; b) *erőtlen* fanatikusok, akiknek már nincs személyes kapcsolatuk a túlértékelt ideákkal és kevésbé aktívok, kisebbség (a szekták tagjai tartoznak ide).

4. *Érvényesülésre vágyó jellem.* Jellemzi, hogy többet akar mutatni, mint amit valójában ér és ezért egészsége és becsülete rovására is szerepet játszik, ami az érvényesüléssel kecsegteti. Alcsoportok: a) *excentrikus* érvényesülésre vágyók, akik excentrikus, különleges módon érik ezt el; b) *nagyzó* érvényesülni vágyók, akik a túlzással, tündökléssel, felvágással, de fantáziátlanul teszik ezt; végül c) a *pszepudológias* érvényesülésre vágyók, akiknél a képzelőerő, a fantázia játszik legnagyobb szerepet céljuk elérésében.

5. *Ingadozó hangulatú jellem.* Jellemzi a váratlanul fellépő és újra eltűnő depresszív hangulat, amely azonban más, mint az állandó depresszió, ugyanis az előbbi főképen fokozott mértékű mogorva és ingerlékeny jellegű depresszív reakciókból

áll. Ide tartoznak azok a primer érzelmi zavarokkal bíró egyének, akik hajlamosak vándorlásra, időszaki ivásra, pazarlásra, tűzkárokozásra és lopásra.

7. *Kirobbanó jellem.* Jellemzi a minden oknélküli, hirtelen indulatbajjövés, amelyet általában rövidzárlatcselekvésnek is neveznek. Az indulatbajjövés (amelyek könnyen öngyilkossággal is végződhetnek) közti időszakában ezek az emberek nyugodtak, irányíthatók, de azért óvatosnak kell lenni velük szemben.

8. *Érzelemnélküli jellem.* Jellemzi az érzelmi tompaság. Ezek olyan emberek, akikből hiányzik a részvét, a szégyenérzet, a becsületérzés, a megbánás, a lelkiismeret, vagyis ezek sötét, hideg, mogorva, brutális alakok. Ezeket az embereket F. Scholtz találó elnevezése szerint morális anesztézia jellemzi.

9. *Akarat nélküli jellem.* Jellemzi az ellenállóképesség teljes hiánya bármilyen befolyással szemben. Ezeket az egyéneket más emberek vagy helyzetek minden ellenállás nélkül könnyen vezethetik. Az ilyen egyén lehet, hogy a javító- vagy gyógyintézetben kifogástalanul viselkedik, de mihelyt kikerül újra az életbe, rögtön lejtőre jut.

10. *Aszténiás jellem.* Jellemzi az idegesség, s ezért Schneider az elnevezés helyett még a pszichaszténiás jelzőt is ajánlja. Két csoportot lehet itt megkülönböztetni. Az egyik a testi zavarokban szenvedő aszténiás, a másik a lelki aszténiás. A kettő elválasztását az indokolja, hogy meg lehet különböztetni inkább testi (fizaszténiás) és inkább lelki (pszichaszténiás) gyengeség jelenlétét. A kettő természetesen inkább elméletileg választható el, hisz a testi gyengeséggel majdnem minden esetben pszichaszténiás is kapcsolatos és viszont.

E tíz patológus karakterképet Schneider minden rendszerezésre való törekvés nélkül – mint láttuk fentebb – gyűjtötte egybe. Tramer³ azonban megkísérli ezek rendszerbe foglalását s négy diszpozíció szerint csoportosítja. Ezek a következők (az arabszámok a Schneider-féle jellemek sorszámát jelölik): Hangulati diszpozíció (1, 2, 6), indulati diszpozíció (7, 8), akarat diszpozíció (9) és végül én-diszpozíció (3, 4, 5, 10). Schneider ezt a beosztást azonban nem tartja egészen megnyugtatónak.

Már némi rendszerezésre vall az abnormális karakterek Gruhle-féle beosztása⁴, amelyet ő a heidelbergi egyetemi okta-

tásnál használt s amelynél egyáltalában nem tart igényt eredetiségre, bár szerinte ez a „legjobb” felosztás.

I. *Az aktivitás:* a) normális feletti: eretikus típus, b) normálison aluli; torpid típus.

II. *Az alaphangulat:* a) vidám: konstitúciós mánia (a kalandor is), b) szomorú: konstitúciós depresszió (hypochondria, konstitúciós neurasthenia), c) haragos: gúnyolódó, zsémbelődő; gáncsoskodó, d) aggódó: félnék, szégyenlős.

III. *Az érzelmi megszólaltathatóság:* a) durva, kemény (született bűnöző, moral insanity), b) érzékeny, befolyásolható.

IV. *Az akaratí szféra:* a) energikus (erős természetű, a tekintet nélküli, az erőszakember), b) gyenge (a laza típus, a született csavargó, a született prostituált).

V. *Az önmagárvonatköztetés:* a) erős (a gyanakodó, könnyen megsértődő, rosszakaró, féltékeny paranoid típus: túlértékelt idea, psychopatiás paranoia), b) gyenge (bizalomteljes, naiv, jámbor).

VI. *A környezet felhasználása:* a) erősen igenlő (stréber, szélhámos), b) gyenge (álmodozó, fantasztá, a Pseudologia phantastica is), c) erősen tagadó (világtól idegen fanatikus és a próféta típus).

VII. *Az önérzet:* a) erős (öntudatos, biztos, Herrenmensch), b) gyenge (pszichaszténia: elégtelenségórzés, önbizalomhiány, hajlam kényszeresimptomákra, félelmi neurózis), c) természetellenesen növekedett, vagyis nem valódi hisztériás karakter: hazudozás, szuggesztibilitás, színészkedés, szenzáció szükséglete.

A Gruhle-félnél bonyolultabb rendszerezést vettek alapul a rétegelmélet⁵ szerinti beosztásúak. Legjellemzőbb képviselői Kahn és Homburger. Kahn⁶ szerint két útja van az abnormalis karakterek felsorolásának. Az egyik a heurisztikus, a klinikai-leíró rendszerzés, itt 16 típust említ. Ezek: az ideges, az aggódó, az érzékeny, a kényszerember, az ingerlékeny, a hypertimiás, a depresszív, a labilis hangulatú, a hideg érzelmű, az akaratgyenge, az ösztönös, a szexuálisan pervez, a hisztériás, a fantasztá, a bogaras (Verbohrté) és a hóbortos (Verschrobene). A másik eljárást azonban Kahn helyesebbnek tartja s ez a személyiség ösztön, kedély- és jellemoldalai szerinti csoportosítása.

A személyiség eme hármas rétegzettsége szerint az abnormális személyiségek a következő megoszlást mutatnak:

I. *Ösztönoldal*: a) impulzívok, b) ösztöngyengék, c) szexuális pszichopaták.

II. *Kedély oldal*: 1. Hipertimiások: élénkek (tachitimiások), izgatottak, explozívok, ingerlékenyek, vidámak (euforiások). 2. Hipotimiások: atimiások (flegmatikusok, tompák, érzelemszegények, érzelemnélküliek), diszforiások (aggódok, timidek, főbiások; rosszkedvűek, szomorúak). 3. Poikilotimiások (autochton hangulati labilisek, reaktív hangulati labilisek).

III. *Jellemoldal*. (Itt az én és a külvilág értékelése alapján állít fel típusokat a szerző s ezeket a következő táblázat teszi szemléletessé.)

A jellemoldal szerinti típusok – mint azt a táblázatból láthatjuk – eléggé elvont képek. Ezt ellensúlyozandó Kahn ezeknél komplexebb jellemeket is elemez. Ilyenek pl. a laza, a hideg autista, a kényszeres, az érzékeny, a hisztériás, a hipochondriás stb. jellem s ezeket azután a fenti három szempont szerint ismét megvizsgálja.

A Kahn-féle beosztáshoz némiképen hasonló Homburger* típusana is, amely szintén személyiségrétegeket vesz fel alapul. Ezeknek abnormalitásai megadják a személyiség abnormalitásait is. (Az abnormális előfordulásokat az alábbi táblázatban zárójelben jelezzük.) A személyiségrétegek:

I. *Egyszerű formális személyiségálapok*: Élet-alaphangulat (hipertimiás, hipomániás, vidám hangulatú aktív; depressziós, borús hangulatú, örömtelen). Hangulatiéi olyas (periodikus, ciklotim, lehagolt epileptoid hangulati labilitás, lehagoltság). Az élettempó és a teljesítményre való ösztönzés és a teljesítmény lefolyása (impulzív, ösztönzésgazdag, serény, ösztönzésgazdag nyugtalan, eretikus, mohó; közömbös, ösztönzésszegény, torpid, lusta). Reagibilitás, reakciókészség és a reakció intenzitása (explozív, ingerelhető, epileptoid, primitív erőszak- és indulatemberek).

II. *Az én és a külvilág egyszerűbb kapcsolatai*: Valóság-érzék (fantaszták, hazudok, csalók). Az életcél megalkotása és megtartása (akarati gyengeség, lazaság, fanatikusok). Szociális

* Idézem Schneider munkája után.

	Kapcsolata az éppel		Kapcsolata a külvilággal		Öntérképezés	Mások értékelése	Cél
	forma szerint	eljárás szerint	eljárás szerint	eljárás szerint			
En-tulértékelés	Aktív autista	önállítási, az én felé fordulás	aktív azéniás	elutasítás	én túlértékelés	mások alacsonyabb	ővertényesítés az én miatt külvilággal szemben hatalom
	ego-centrikus	önállítási, az én felé fordulás	aktív passzív nyomonkérni székülés azéniás nyomonkérni	igény	én túlértékelés túlkompenzációval	mások alacsonyabb túlkompenzáció miatt	én örvényesítés a külvilág előtt létezés-hatalom
En-alábecsapás	Passzív autista	székülés az én miatt	passzív aktív nyomonkérni azéniás nyomonkérni	memorálás	az én alábecsapása közéleti túlkompenzációval	mások túlértékelése	én-biztosítás
	En-kérés	önmaga által adott feladatok	passzív azéniás	alávetés	én alábecsapás	mások túlértékelése	én-kérés
Ambitendens:	az én állítás és az önmaga által adott feladatok között	aktív-passzív azéniás azéniás	elutasítás memóriával, igény alávetéssel	ingadozó az én túlértékelés és alábecsapás között	ingadozó mások alábecsapása és túlértékelése között	ingadozó mások alábecsapása és túlértékelése között	én érvényesítés és bizonyítás és én érvényesítés között

Kahn jellemzőkijelölése, amely a személy öntérképezésén és a külvilághoz való kapcsolatán épül fel. E szerint az én értékelésével egyenes arányban van az aktivitása.

érzelmi kapcsolatok (érzelemszegények, érzelemnélküliek, társaságyúlölők; érvényesülni törekvők, hisztériások).

III. Az én és a külvilág komplexebb kapcsolatai: Teljesítményképesség, teherbírás, kiegyenlítőkézség (aszténiás, ingerlékeny, gyenge, neuraszténiás, lágy érzelmű, aggódo bizonytalan, infantilis, pszichaszténiás, kényszerbeteg, hipochondriás). A lelki struktúra differenciáltsága és egységessége (túldifferenciált, szenzitív, egyoldalú tehetség, koránérett).

Az eddig *bemutatott* jellem-abnormalitások lehetőleg az összes fajtákat igyekeztek felölelni. A legnagyobb liatása mégsem ezeknek a tanulmányoknak volt, hanem annak a kutatásnak, amely az ember testi alkata alapján⁷ két jellemző típust állapított meg: a cikloid és a szkizoid karaktert. Kretschmer ezt először két testi konstitúcióval hozta összefüggésbe, a *piknikussal és leptozómmal* (ez az aszténiással megegyező), majd ezekhez egy harmadik testi alkatot, a «atletikust is felvette s az ennek megfelelő normális jellemet *viszkózusnak* nevezte el. Mindhárom kép jellemzésére Kretschmer gazdag anyagot mutat be. A szkizoid és a cikloid karakterek abnormalis személyiségek jellemzői. „Szkizoidoknak és cikloidoknak nevezzük azokat az egészség és betegség között ingadozó abnormis személyiségeket, akik személyiségüknek ebben a mérlegszerű játékában könnyebb fokon a schizofrénia, illetőleg a cirkuláris pszichózis alapszimpptomáit tükrözik.”⁸ Kretschmer így a normalitás szempontjából három réteget különböztet meg, az egyes típusoknak hármas megnyilvánulását: az egészségest, a beteget (pszichotikust) és a kettő közé eső átmeneti típust (pszichopatát). Mind a három jelentkezési módot igen gazdagon jellemzi a pszichesztézia és a hangulat, a pszichikus tempó és a pszichomotilitás szempontjai szerint. Ezt a rendszerezésre valló bemutatást Kretschmer az életből vett típusképekkel is kiegészíti.

Kretschmer nemcsak a fentebb említett, a testi alkatra alapozott típusokkal mutatott be jellem abnormalitásokat, hanem egy másik utat választva az egyén élményátélési módját, az úgynevezett élményreakciót választja felosztási alapul.⁹ Kétféle reakciómodot különböztet meg: a primitív reakciót és a személyiségreakciót. „Primitív reakcióknak nevezzük az olyan reakciókat, amelyeknek az élményinger nem futja végig egy

fejlett személyiség egész valamennyi közbülső folyamatát, hanem azonnal, közvetlenül impulzív gyorscselekvésekben, vagy lelki mélységmechanizmusokban reaktív módon jelenik meg. (PL hipobulikus, vagy hiponoikus formában.) Itt láthatjuk, hogy az élményreakció nemi szerencsésen kiválasztott műszo, mert a fenti meghatározást jobban fedné az egyénnek az őt ért hatásokra adott válasza, mert ez utóbbi sokkal komplexebb tartalmú kifejezés, mint a már más területekre lefoglalt és a leg-egyszerűbb cselekvésfajta jelölő „reakció” terminus. A személyiségreakcióknál – ellentétben a primitív reakciókkal – „... a teljes személyiség a reakció létrejötténél intenzíven és tudatosan közreműködik, úgyhogy a reakció éppen az egyén individuális egészének kifejezése.” E két reakciómód alapján Kretschmer a típusok jellemzőit a következőképpen adja meg, természetesen itt mindenütt utalásokat találunk a jellem-abnormalitásokra is. A komplex karaktert Kretschmer szerint jellemzi:

I. Az ösztönös és a racionális vonás viszonya. Ez L az ösztönös túlsúly esetén (primitív reakciók fellépése) naiv, ill. primitív-ösztönös személyiséget mutat. 2. a racionális vonás („charakterologische Überbau”) túlsúlya esetén racionális-céltudatos személyiséget mutat.

II. Az én és a külvilág viszonya, vagyis az életbeállítódás. Ez újra lehet: 1. szténias, 2. aszténias, 3. expanzív (túlnyomóan szténias aszténias ellenpólussal), 4. szenzitív (túlnyomóan aszténias szténias ellenpólussal), 5. közvetítő és végül 6. kitéró karakter.

Példák az egyes típusok abnormalitásaira: I. L szenvedélyek, impulzív bosszú, szexuális bűnesetek; 2. itt nincs abnormalitás; II. 1. agresszivitás, 2. életgyávaság, aggodás, 3. ressentiment, 4. önkínzás, 5. itt nincs abnormalitás, 6. betegségbe menekülés, öncsalás.

Ezzel az abnormalis jellemelek bemutatását befejeztük.¹⁰ Azt találtuk, hogy a normális és az abnormalis között átmene-tek lehetségesek, amelyek igen gyakran alkalmat adtak fejlődéstani meggondolások kifejezésére is. A felsorolt típusok azonban nem képviseltek egységes jelleget. Vannak közöttük olyanok, amelyek az elmeklinikára tartoznak, ez a pszichopatológiának a pszichiátriával való kapcsolatára utal. De vannak

köztük olyanok is, amelyeknek már bírói vonatkozásuk van, tehát a kriminálpszichológia területébe esnek. A kriminal - pszichológia azonban különösen újabban a legszorosabb kapcsolatban áll a pszichopatológiával, ezért e kutatási ág eredményeinek összefoglalása nélkül beszámolónk hiányosnak mutatkoznék.

JEGYZETEK.

¹ Lehner Ferenc: A személyiségvizsgálatok funkeióértéke. Magyar Pszichológiai Szemle. 14. 1941.

² K. Schneider: Die psychopathischen Persönlichkeiten. 1940. Wien. Idézetek: 3. 1., 39. 1.

³ M. Tramer: Psychopathische Persönlichkeiten. Schweiz. Med. Wochenschr. 1931.

⁴ Gruhle: Psychologie des Abnormen. Handbuch der vergleichenden Psychologie III. k. (ed. Kafka) 28. 1.)

⁵ H. F. Hoffmann: Die Schichttheorie. Eine Anschauung von Natur und Leben. Stuttgart, 1935. 104. 1.

⁶ Kahn: Die psychopathische Persönlichkeiten. Handbuch der Geisteskrankheiten (ed. Bumke) Bd. V. Berlin, 1928. 226-487. 1.

⁷ A testi adatoknak szerepével igen nagy irodalom foglalkozik. T. isd Kretschmer munkáin (Körperbau und Charakter 1931⁹⁻¹⁰. Berlin, Medizinische Psychologie 1930⁴ Leipzig) kívül: L. R. Müller: Die Einteilung des Nervensystems nach seinen Leistungen. Leipzig, 1933. 74. 1. – M. Ross: Körperliches Kranksein als Folge seelischer Gleichgewichtsstörungen. Bern, 1940. 116. 1. – E. Wittkower: Einfluss der Gemütsbewegungen auf den Körper. Wien, 1936. 216. 1.

⁸ Körperbau und Charakter 115. 1.

⁹ Medizinische Psychologie, 183. s köv. lapok.

¹⁰ A bővebb vizsgálathoz gazdag anyagot tartalmaz K. Birnbaum: Psychologische Dokumente. Selbst-Bekenntnisse und Freudzeugnisse aus dem seelischen Grenzlande. Berlin, 1920. 322. 1.

4. *Kriminalpszichologia.*

A lélektan a bűnözést közel kétszáz éve vizsgálja.¹ A kezdeti állásfoglalások a filozofikus lélektani módszerek alapján történtek, mivel szemben azonban a kriminológia bizalmatlan maradt.² Ezt követték az egyes esetek tanulságos, de rendszeretlen leírásai, majd a sokat vitatott statisztikai feldolgozás. Az első, aki a bűnözőben született pszichopatát látott, Lombroso³ volt. Ámbár az anyagának elnagyolt feldolgozása és gyakran

óvatlan következtetései igen éles bírálatot váltottak ki, alapgondolata a bűnözés bio-pszichológiájának a megszületéséhez vezetett. Ennek a tudománynak a nagy lélektani kérdése kezdetől fogva az volt, vajjon a bűnöző hajlam születik-e az emberrel, vagy pedig külső szociális és egyéb exogén hatások érlelnek valakit bűnözővé.⁴ A bűnözés született volta mellett szóltak azok a degenerációs és pszichofizikai jegyek, amelyeket Lombroso a bűnözők 35-40 százalékánál talált. Ezt bizonyították a bűnözők családfájának vizsgálatai is, ahol a bűnözők utódjaiban generációkon keresztül kimutatható volt a krimimilitás.⁵ Ugyancsak e mellett szólt az a megállapítás, hogy genuin elme- és idegbajok gyakran párosulnak különféle krimekkel. A gyakorlat továbbá azt mutatta, hogy vannak bűnesetek, amiknek elkövetői kimutathatóan minden érdek nélkül cselekedtek, sőt gyakran megtörtént, hogy a bűnöző a jobb, a morálisabb és kényelmesebb környezetnek fittyet hányva visszaszökik a bűnözéshez. Ezzel szemben a másik irány a környezet és a kívülről származó okok nagy jelentőségére mutat rá. Hivatkoznak statisztikákra és a törvényszéki gyakorlatra, hogy a nyomor és a nyomorult szociális környezet milyen tápláló talaj a bűnözés számára. Hangoztatják, hogy sok züllött fiatalokót, akik hasonló okból kerültek a lejtőre, meg lehetett volna a bűnözéstől menteni.⁶ Mellettük szól az, hogy pl. a hatóság elleni erőszak elkövetői az esetek hatvannégy százalékában alkohol hatása alatt voltak. Joggal mutatnak rá arra, hogy háborúk után, mikor az élet és vagyon biztonsága és értéke csökken, mennyire megnövekedik a kriminalitás. De a környezet hatása mellett szól az az érv is, hogy a klíma is befolyásolja a bűnözést.⁷ Természetesen ma már a kriminalpszichopatológia⁸ kétényező elmélettel dolgozik. Nem annyira azt keresi, hogy a bűnözést öröklött, vagy szerzett sors-e, hanem inkább azt kutatja, hogy esetenként mi a szerepe az egyiknek és. mi a másiknak, hogyan lehet a hatásukat megszüntetni, kiegyensúlyozni, vagy az irányukból eltéríteni. Éppen a patopszichológia volt az, amelyik a kérdést az általános vitából visszavitte az egyes bűnöző pszichéjéhez.⁹ Az a gyakori kapcsolat, ami a bűnözés és a patológus lélektani struktúra között fennállt, arra készítette a patopszichológiát, hogy az egyes esetek analizésébe mé-

lyedve keressen feleletet az adott kérdésekre.¹⁰ Ez a vizsgálat azonban egész más kérdés feltevéséhez vezetett. A bűnözők patopszichológiai vizsgálata ugyanis kérdésessé tette, vajjon lehet-e a bűnözők minden fajtáját egy kalap alá véve „a bűnözőről”, mint homogén természetű lényről általános véleményt megkockáztatni.

A patológiás alkat és a krimen összefüggését szemlélteti nagy vonalakban a következő összeállítás. Ez az összeállítás csak illusztráció és sem szabatosnak, sem teljesnek nem tekinthető.

Patologikus beállítottság	Pszichikus jelleg	Bűnözés
Ka. taton	Visszahúzóadás Passzivitás	Munkakerülés Koldulás Csavargás
Queruláns	Üldözés	Vádaskodás Pörösködés Feljelentés Lázítás
Epileptoid	Kitörés	Gyújtogatás Szökés, lopás Gvilkosság
Alkoholista	Ösztönös gátlás- talanság	Erőszakosság Verekedés Rongálás Szemérem sértés

JEGYZETEK.

¹ Hans Gross: Kriminalpsychologie, Leipzig, 1905.

² G. Aschaffenburg: Über Verbrecherkliniken. Mitteilungen der Int, kriminalistischen Vereinigung, 21. 205.

³ C. Lombroso: Der Verbrecher, Hamburg, 1890. 412 1.

⁴ V. ö. M. H. Goring: Kriminalpsychologie. (Handbuch der Vergleichenden Psychologie, III. Bd. Hrsg. von G. Kafka) München, 1922. 155-229. 11.

⁵ Dugdale: The Yukes, Newyork, 1877.

⁶ P. Näcke: Referat zu Siofert. Über die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher. Arch. f. Krim. 22. 287.

⁷ H. v. Hentig: Strafrecht und Auslese, Berlin 1914.

⁸ K. Birnbaum: Kriminal-Psychopathologie, Berlin, 1921. 214.

⁹ E. Mezger: Über Kriminalpsychologie. Arch. f. Krim. 15. 63. 1.

¹⁰ R. Sommer: Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie. Leipzig, 1904. – H. W. Gruhle: Kriminalpsychologische Kasuistik. Arch. f. Krim. 68. 147.

5. Gyakorlati kérdések.

A személyiség patológiájának leírása után az a kérdés, hogyan lehetséges ezeket a gyakorlatban is felismerni, milyen eljárások állnak itt rendelkezésre.¹ Alaptételnek mondhatjuk, hogy az általános és az alkalmazott lélektan módszerei kivétel nélkül alkalmasak arra, hogy – épen, mert az átlagos viselkedést ismertnek teszik fel – az átlagostól eltérő adatokra is felvilágosítást adjanak. Az alábbiakban csak a jellemzőbbeket soroljuk fel.

Az intelligenciavizsgálatok legismertebb gyűjteménye Stern-Wiegmann összefoglaló munkájában² található meg. Itt szerepelnek eljárások az egyes értelmi funkciókra külön-külön és megtaláljuk a Binet-Simon jellegű összesített intelligenciavizsgálatokat is. A normálisokra szabott intelligenciavizsgálatokkal csak egy nehézség van. Ez általában nehéz a gyenge tehetségűek számára. Ezért az általános eljárást módosították Lipmann-Stolzenberg, Hische, Bappart, Burt,³ Eossolimo és mások.

A személyiségvizsgálatok legegyszerűbb formája a megfigyelési ív, amelynek kitöltése alapján felismerhetjük az esetleges abnormitásokat. Ilyen megfigyelési ívet állított össze M. Muchow.⁴ A megfigyelési ív azután olyan kérdőívvé szélesedett ki, amely az egész személyiségről pszichogrammot vett fel. (Ilyen pl. individualpszehologusok listája, nálunk Boda István kérdőíve.⁵) A kérdőívet megpróbálták az egyes patológikus vonások szerint csoportosítani és az adott válaszokból a kérdéses vonás meglétét vagy hiányát állapították meg. Ilyen pl. a Woodworth-féle kérdőív, amely az egyszerű emotivitásra, a kényszerekre és pszichaszténiára, a szkizoid, a paranoid, az impulzív, az epilepsziás tendenciákra, a bizonytalanságra és végül az antiszociális tendenciára vet fényt. Hasonló jellegű ehhez a Pressey-féle kérdőív, amely a komplexumokat, a moralitást és az érdeklődést vizsgálja. A moralitást vizsgálja még May és Hartshorne kérdőíve.

Jól felhasználhatónak mutatkozott a kifejezés egy formájának, az írásnak, továbbá a rajznak a vizsgálata is. A legtöbb pszichiátria kézikönyv és tankönyv szemléltető példákat hoz a

különböző lelki megbetegedéseknek írásbeli jellemző adataira. Az írást és a mozgást használja fel Downey is a temperamentum vizsgálatára.⁶

A cselekvést használja fel vizsgálati alapul a berlini alaklélektani iskola egyik képviselője, Lewin,⁷ amikor a befejezetlen cselekvés utóhatásaiban próbál jellemző pszichopatológiai adatokat szerezni. Alapgondolatát egyre inkább gyakorlatilag megközelíthető eljárássá alakítják át.⁸ A gyakorlati cselekvést vizsgálja Gieso ú. n. ládapakolási eljárásával, amelynek egy jellemző „abnormális” megoldását egyik ábránk mutatja.

A választáson alapuló ösztönvizsgálat alkalmazásával Szondi¹ kriminálpszichológiai és patopszichológiai jellemképeket tud megállapítani, agressziós, szexuális, hisztériás, epilepsziás, katatóniás, paranoiás, depressziós és mániás „ösztöntényezők”-kel.

Szándékosan végül említjük azt az eljárást, amelynek jelenleg legnagyobb elterjedtsége és hatalmas irodalma van, a Rorschach-féle tintafolt-próbát.¹⁰ Ennek az eljárásnak szerzője pszichiáter és legnagyobb alkalmazást a pszichiátriában talált.

A gyakorlati kérdések körébe tartoznak az egyes patopszichológiai vizsgálati eljárásokon kívül az orvosnak a beteggel való bánásmódja is. Ennek szempontjait legjobban Kretschmer¹¹ állította össze, amikor a ténymegállapítás lélektanának eredményeire hivatkozva a beteg kijelentéseit igen szigorú kritikával fogadandónak véli. Azonban a beteg nemcsak önmagától eredően ad elhamisított, eltorzított tényleírást, hanem ez az orvos kérdezési módjától is függ. Kretschmer négyféle kérdésfajta-t különböztet meg. Ezek: 1. Semleges kérdés: Mondja el, miért jött ide? 2. Alternatív kérdés: Vannak-e fájdalmai vagy nincsenek? 3. Passzív szuggesztív kérdés: Vannak fájdalmai? 4. Aktív szuggesztív kérdés: Ugy-e, fájdalmai vannak?

A kérdések formájából is világos, hogy a szuggesztív jellegűeket teljesen mellőzni kell, így a kikérdezés módszere igen fontos kulcs, amellyel a beteget helyes módon megszólaltatásra lehet bírni.

A kikérdezés és a vizsgálat adatainak megrögzítésére Kretschmer pszichogrammot ajánl, amely a szerző szerint kri-

minológiai, differenciállélektani és pszichiátriai típuskutatásra alkalmas. Ennek a felvételi lapnak adatai a következők.

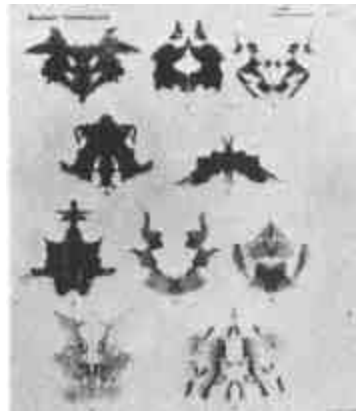
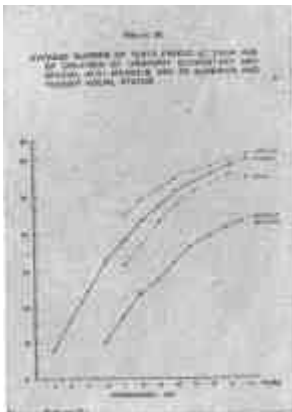
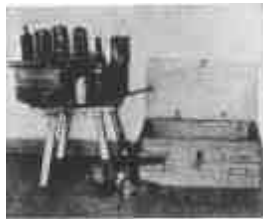
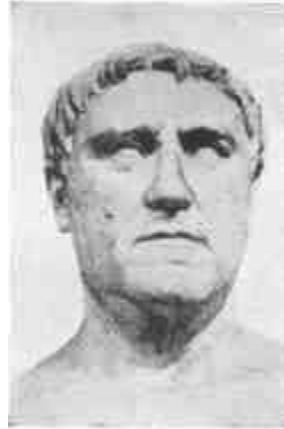
A) Öröklés. B) Életvonal (állandó, reaktív labilis, periodikus; gyermekkor, pubertás, involucio, pszichózis, neurózis, egyes fontosabb adatok). C) Általános temperamentum-skála (a ciklothim, szkizothim és viszkózus típusok részletes elemzése. D) Az ösztönélet. E) A komplex karakter képe (1. 126. oldal). F) Szociológiai viselkedésmódok. G) Intelligencia. H) Testi adatok.

Ezeknek az adatoknak alapján lehetségessé válik betekinteni a személyiség patológiájába s felfedni olyan kapcsolatokat, amelyek a kérdés tisztázásához elengedhetetlen fontosságúak.

Míg Kretschmer pszichobiogrammja a rendszeres vizsgálatnak kissé elvont formájú alapjául szolgál, addig az amerikai gyakorlat ugyanezt a célt kevésbé rendszeres, de sokkal szemléletesebb módon igyekszik elérni. A John Hopkins kórház Henry Phipps elmeklinikája, – ahonnan 1913-ban A. Meyer pszichobiológizmusa is kiindult – háromféle nyomtatványt használ. Az első az életrajz adatainak szemléletes ábrázolására szolgál több pontban. A második egy megfigyelési lap, ahol a viselkedés adatai mellett karakterológiai feljegyzésekre is hely adódik. Ezen mindennap beírják, hogy a megjelölt vonások közül melyiket milyen mértékben találták meg a betegen. Végül a harmadik, az ú. n. alvási táblázat (sleep graph) kitöltött rovataival naponként mutatja, hogy a beteg mennyit aludt, természetesen megjelölve, hogy milyen orvosságokat kapott. Ezeknek a lapoknak így ugyanaz a céljuk, mint a Kretschmer-féle pszichobiogramm-nak.

Végül vázlatosan érintjük az utolsó gyakorlati kérdést, a pszichoterápiát.¹² Ez azonban már nem a pszichológus, hanem az ideg- és elmeorvos feladata. Itt általában háromféle eljárás-csoportot szokás megkülönböztetni (Kretschmer): a szuggesztív, a pszichagogiás és a pszichoanalitikai módszert. Az elsőhöz tartozik az éber szuggesztív terápia, a rejtett ezugszesztio és a hipnózis. A másodikhoz az izolálás és a diszeiplinálás, tanácsadás, a perszvázio (Dubois) és a gyakorlás és végül a munka és pihenés terápia. A pszichoanalízis a szabad asszociáció segítségével ér el gyógyító hatást. A pszichoterápiáról szóló részt, de egyúttal az egész patopszichológiai áttekintést is azzal zárhatjuk le, hogy e

Ábrák „A kóros jelenségek lélektanáról” c. dolgozathoz.



terület művelőjének elsősorban az általános lélektan szabályai-val, eredményeivel kell tisztában lennie és csak ezzel a megalapozással tud eligazodni a sokféle vélemény és elmélet szövedékeiben.

JEGYZETEK.

- ¹ K. Pintschovius: Die psychologische Diagnose. München, 1940. 160 l.
- ² – W. Stern-O. Wiegmann: Methodeneammlung zur Intelligenzprüfung von Kindern und Jugendlichen. Leipzig, 1926³. 514 l.
- ³ C. Burt: Mental and scholastic test. London, 1939.⁵ 26 ábrával, 90 l.
- ⁴ M. Muchow: Der Beobachtungsbogen. Zs. f. angew. Psychol. 1921.
- ⁵ Boda István: A személyiség szerkezete és kísérleti vizsgálata. M. Psychol. Szemle, 1937. 10. 187-227. l.
- ⁶ Magyar nyelvű ismertetését l. Tarcsay Izabella: Kísérleti akaratzvizsgálat ikreken. Lélektani tanulmányok. III. 1939. 36-50.
- ⁷ K. Lewin: Die Entwicklung der experimentellen Willenspsychologie und die Psychotherapie. 1929. Leipzig. 28. l.
- ⁸ PL J. F. Brown: The modified Dembo technique; An application of topological psychology to experimental psychopathology. Bull. of the Menninger Clinic.- L. 1937. 212-219. – Reactions of psychiatric patients in a frustrating situation. U. o. 3. 1939. 44-64.
- ⁹ Szondi Lipót: ösztön és nevelés. lélektani Tanulmányok. III. 1939.
„Magyar nyelvű ismertetését lásd Tarcsay Izabella: A Rorschach-próba és klinikai alkalmazása. Budapest, 1940. 236 l.
- ¹...Medizinische Psychologie, 206-211. l.
- ¹² E. Kretschmer: Medizinische Psychologie. 229-259. l. – H. Kogerer: Psychotherapie, Wien, 1934. 168. l. – J. Meinert: Psychotherapie – eine Wissenschaft, Berlin, 1939. 144 l. – Psyche und Leistung. Bericht über die 3. Tagung der Deutschen Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie in Wien. September 1940. – Fr. Kunkel: Grundzüge der praktischen Seelenheilkunde. Stuttgart, 1935. 168 l. – Tókyai László: A mai pszichoterápiái módszerek áttekintése. Orvostudomány. 23. 1932. 819-835. l.

Tarcsay Izabella.

ÁBRAMAGYARÁZAT.

- Felső két kép: a szkizotím Caesar és a ciklotím Pompeius.
- Középen: gyengeelméjű gyermek rajza, alatta egészséges; a csomagolási feladat szkizofrénias megoldása, alatta eszközei; kitöltött jellemteni megfigyelőív.
- Alsó baloldali kép: egészséges és fogyatékos gyermekek értelmi teljesítményei Burt szerint. A fogyatékosok minden korban erősen alatta maradnak az egészségesek átlagának. Az egészségesek közül a jómódúak nagyobb eredményt érnek el, mint a szegényesorúak
- Alsó jobboldali kép: a Rorschach-féle 10 pszichodiagnosztikus táblázat összesített képe.