

UTÁNVÉTELI TÁJÉKOZTATÓ

Kérjük szíves megértésüket, de a postai költségek megoldatlansága miatt, a füzetek árán felül a postai díjszabást is beleszámítjuk az utánvételi összegbe. /40 füzetig 35 Ft.-/

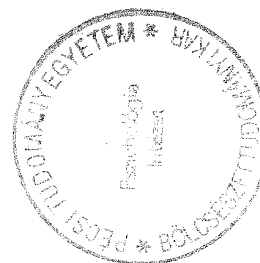
A füzetek ára általában nem haladja meg a 20 Ft.- összeget, kivételek a szöveggyűjtemények vagy nagyobb terjedelmű fordítások kiadványai.

Amelyik intézmény vagy MPT tag minden megjelenő kiadványunkat igényelné, ezt írásban közölje és egyenkénti megrendelés nélkül postázzuk azokat.

Célszerű az egyes intézmények igényeit összegyűjtve eljuttatni hozzánk - megtakarítva postai költséget, valamint számkra munkát.

A megrendeléseket a beérkezés sorrendjében postázzuk, amelyik füzet jelenleg hiányzik azt az utánnyomás után küldjük, ha külön lemondás nem érkezik.

Magyar Pszichiátriai Társaság
Pszichoterápiás Szekció
Pszichoanalitikus Munkacsoport
NEUROZISTAN előadásai
Budapest
1983



6
A KÉNYSZERNEURÓZIS PATODINAMIKÁJA ÉS KAUZÁLGENETIKAI
ÖSSZEFÜGGÉSEI

Szőnyi Gábor

KEZIRAT GYANANT - BELSŐ HASZNALATRA

KIADJA:
A MAGYAR PSZICHIATRIAI TARSASAG PSZICHOTERAPIAS SZEKCIO
TITKARSAGA

Szerk: Bodó M, Budapest 1984

- 1 -

A neurózisokkal foglalkozó előadások végén a kényszer-neurózishoz érkezve izgalmas, számos megoldatlan kérdést rejtő területre jutottunk. A kényszeres jellemzők nem csupán egy neurózisforma sajátosságai, hanem a biológiai szinttől intrapszichés, interperszonális és szociokulturális jelenségtartományokig azok természetes összetevői; kényszeres momentumokkal a pszichológiai automatizmusoktól a társadalmi ritusokig egyaránt találkozhatunk. A kényszeres jelenségeken gondolkozva a szabadság, korlátozottság, szabályozás filozófiai vonzataiba ütközünk. A kényszer az egyén szintjén mint saját aktivitás megélésének zavara jelenik meg: Minél egyértelműbb a cselekvéshez vezető indítékrendszer, annál szabadabbnak éljük át cselekedeteinket, és minél jobban küszködünk az indítékok és ellenkésztetések hálózatában, annál inkább érezzük aktivitásunkat kívülről megszabottnak, korlátozottnak, elrendeltetettnek /Kuiper, 1973/.

A kényszer mint általános és elemi pszichés jelenség önmagában nem kóros, mint ahogyan önmagában a szorongás sem az, de hasonlóképpen kóros folyamatok részese, megjelenítője lehet. A kényszeres momentum a különböző szintű szabályozások eszköze, kóros megnyilvánulásai a szabályozás konfliktusaként is felfoghatók. A pszichés fejlődésben éppúgy, mint a szorongás, organizátor szerepet tölthet be - és válhat persze a fejlődést kóros vonalakra vivő dezorganizátorrá. Szorongás és kényszer mint elemi jelenségek viszonyát leginkább kiegészítő párként képzelhetjük el: A kényszeres mechanizmus a szorongást megköti, oldja, másodlagosan viszont maga a kényszeres jelenség /például a kényszertünetben/ szorongás forrásává válhat /Rajka 1977 b/.

Kényszeres jelenségekkel az éplélektan legkülönbözőbb területén találkozhatunk - csak példaként említve a kisgyerekek elalvási szokásait, a vizsgákat megelőző félkomolyan vett mágikus cselekedeteket, a belefeledkezett játékok hevében élet-halál kérdéssé sulyosodó játékszabályokat, a párkapcsolatok titkos ritusait. Ugyanígy nem meglepő, hogy kényszeres

tünettel is sokfajta kórképben találkozhatunk. Kézenfekvő az is, hogy önmagában a kényszeres tünetből nem következtethetünk a kórfolyamat lényegére és többnyire csak kismértékben nyújt támpontot az egyes kórfolyamatok elkülönítéséhez. Mégis tapasztalat szerint joggal elkülöníthető egy olyan kórkép, melyben a betegség lényegét a kényszeresség és az ezzel összefüggő, az egész személyiséget behálózó zavar képezi. Ennek az előadásnak a középpontjában ez a betegségforma, a szűkebb értelemben vett kényszerneurozis áll. Mint a későbbiekből érthetővé válik, sokan /így például Hermann, Rajka is/ a neurozisektől némileg elkülönítendő a "kényszerbetegség" megjelölést használják. A kényszeres mechanizmusok bizonyos fejlődésekben nem a kényszerbetegség menetébe szerveződnek, hanem a karakterbe beépülve annak jellegzetes formációját adhatják. A kényszeres karakter problematikáját az előadás során csupán annyira fogom érinteni, amennyire ez a jobb megértéshez szükséges.

A kényszer illetve kényszerbetegség komplex problémakörének áttekintését csak a valóságban egymással szorosan összefüggő, egymást kölcsönösen feltételező folyamatok egymásutáni sorravételével tudjuk végrehajtani. Első lépésben a szorosan vett /"teljes"/ kényszerszertünetről lesz szó, majd a kényszerbetegség genezisének, dinamikájának, strukturájának, az egyes fejlődési vonalaknak, zavaroknak a sorravételével, a kényszerbeteg világának bemutatásával egyben a kényszerbetegség mint regresszió illetve kényszerbetegség mint szisztémás fejlődés dilemmáját is igyekszem megvilágítani. A klinikum és a terápia kérdései az elmélet gyakorlati horderejét jelzik. A kényszerbetegség nehéz terápiás befolyásolhatósága igazi kihívást jelent minden pszichoterápiás módszer számára, s a gyakorlat arra mutat, hogy a pszichiátria fegyvertárának teljes bevetése - az averzív dekonkondicionálástól a lobektomiáig - sem hoz eredményt. Kényszerbeteggek pszichoanalitikus kezelésében az étlagosnál jóval nagyobb specifikus nehézségekkel kell megbirkóznunk. Ezek a terápiás

technikai nehézségek sokban hasonlítanak azokra a problémákra, melyekkel a neurózisoknál korábbi fejlődési szakaszra visszavezethető pszichés zavarok - mint például a határeseti személyiség szerveződés, a szenvedélybetegségek - pszichoanalitikus megközelítésekkel találkozunk.

Freud egész életében sokat foglalkozott a kényszer problémájával, különböző szempontokból ismételtelen visszatért rá, de megoldatlan témának tartotta. Maga a kényszerneurózis megjelölés is tőle származik /Freud 1895/ a "kényszerképzet" kifejezés Krafft-Ebingtől, 1867/. A kényszer kapcsán vizsgált olyan problémákat, mint a neurózisválasztás /Freud 1913/, az ösztönsorsok /Freud 1917/, a praegenitális szerveződés /anéliszadisztikus fázis/ /Freud 1909/, regresszió-fixáció kérdése /Freud 1913/ etc. Behatóan foglalkozott a kényszertünet sajátosságai és a kényszeres vonásokat hordozó kulturális képződmények, mint a kultikus ceremóniák, rítusok, a vallás közötti párhuzamokkal /pl. Freud 1907, 1916/. Legrészletesebb esetismertetése, a "patkányember" egy kényszerbeteg analízise /Freud 1909/, de másik nagyfontosságú esettanulmánya, a "farkasember" bemutatásában is képet kapunk a kényszer és fóbia helyéről, kapcsolatáról a betegségfolyamatban /Freud 1918/.

A hazai analitikusok közül is többen foglalkoztak a kényszerbetegséggel, így fontos adalékokkal szolgált Hermann a kényszer kialakulásának családi hátteréről /Hermann 1960/, és Vikár is külön tanulmányban foglalkozott a kényszerrel /Vikár 1979/. E témában mégis Rajka munkássága a legjelentősebb. A kényszerrel foglalkozó monográfiájának befejezésében megakadályozta a halál. Tanulmányaiban, előadásaiiban, hátrahagyott kézírataiban, feljegyzéseiben leszűrődött gondolataira előadásomban nagymértékben támaszkodom.

A kényszertünet fenomenológiája

Fenomenológiailag a kényszertünet az Én számára idegen, értelmetlen, de mégis a személyhez tartozó impulzusok megjelenését jelenti. Az Én heves elutsítással reagál ezekre az impulzusokra, mégis védtelen, tehetetlen velük szemben. Ha nem engedelmeskedik nekik, akkor heves szorongás, pánik lesz rajta urrá, az Ént szétzuzással fenyegetve. Az impulzus végrehajtása kínos, szégyelt, megtétele és elmulasztása egyaránt súlyos lelki furdalással kísért. A kényszer vonatkozhat különböző - általában értelmetlen, ceremóniaszerű - cselekvések végrehajtására, de vonatkozhat különböző gondolatok ismétlésére vagy válhat magának a gondolkodási folyamatnak a végrehajtása - a kételyben - kényszerszerűvé. Az impulzus végrehajtása, ellentétben az éplélektani folyamatokkal, nem vagy csak minimális mértékben csökkenti a feszültséget, újra és újra meg kell ismételni. Valójában nem egy, hanem két, egymással ellentétes impulzus egyidejű betöréséről van szó, melyek a tünetben oszcillálóan egymás utánivá téve jelennek meg. Például a betegnek meg kell vizsgálnia, hogy a lepedője már elég tiszta, illetve meg kell győződnie arról, hogy még piszkos; mindent számba kell vennie és meg kell találnia, hogy valamit kifelejtett. A kényszertünetre általában jellemző az, hogy nincsen funkcionális kapcsolatban vagy gyakran kontrasztos azzal a helyzettel, amelyben megjelenik. A mindennapi életet segítő, automatizált, ismétlődő, szokásszerű viselkedésektől /pl. reggeli tisztálkodási szokások, rituális rendrakás/ eltérően a kényszer-cselekvés látszólagos célja felől nézve ineffektív. A beteg például órákat tölt azzal, hogy törülközőjét - ami hozzáfért a mások által is megfogott csaphoz - újra és újra kimossa, eközben azonban mérhetetlen lecapcót, rendetlenséget hoz létre a fürdőszobában, amit ő maga észre sem vesz, nem törődik vele, s másoknak kell rendbe rakni. A beteg tisztában van tünete értelmetlen jellegével, ugyanakkor tehetetlen azzal szemben. Ez növeli szűgyenét, tünetét gyekszi titkolni. Míg a hisztériás tünet a társas kapcsolatokba beépülő, mozgató jellegű, addig a kényszertünet

a beteget szociálisan elszigeteli. Egyik betegünk például a látogatóban nála járó családtagjait igyekezett különböző ürügyekkel minél hamarabb elküldeni, csak hogy tüneteinek szentelhesse magát, miközben rettenetesen szenvedett magánytól.

Mivel a kényszerítő impulzusok végrehajtása a feszültséget alig csökkenti, a betegnek azokat újra és újra kell ismételnie. Előrehaladott betegségben egy-egy kényszeres attacknak sokszor csak a beteg fizikai kimerülése vet véget, a tünetek akár teljes napját is igénybeveszik, így munkakép telenné válik. A tünetben az ellentétes impulzusok mellett a tünet elhárítására tett törekvés is kényszerszerűen megjelenhet, a tünetleállító formulában. A beteg kimerülten, a "minden mindegy" érzésével kitépi magát a kényszercselekvésből, miközben gyorsan valamilyen mágikus szót, rövid mondatot mond ki. Ezt határozottan, gyorsan kell megtennie /mielőtt az impulzusok újra betörnek/. A kényszerszerűség - ha tördelten és igen lassan is - de csökkenti a feszültséget. Azonban arra is alkalmas, hogy a feszültséget indukáljon. Gyakran tapasztalható, hogy huzamosabb tünetnélküli időszaknál a beteg pl. vizsgálódási kényszere számára újabb tárgyat keres. A tünetnélküli periódust kínzó üresség érzése jellemezheti, ami esetleg nehezebben elviselhető, mint maga a tünet. A kényszerbetegre jellemző lehet a kínzó üresség, unalom feloldását szolgáló "szelep-tünet" /Rajka 1977a/, ami az énidegen kényszerszerűséggel szemben énazonosnak megélt, a beteg egyébkénti magatartására, moráljára nem jellemző acting-out szerű viselkedést /például vitát, verekedést provokál a villamoson/ jelent.

A kényszerszerűség szabályozási kísérlet és szabályozási zavar jellegére utal az, hogy a tünetek többnyire valamilyen határhelyzetben illetve határ átlépéséhez kapcsolódóan jelentkeznek /például reggel, este, elinduláskor, egy helyiség elhagyásakor/ /Göppert 1964/.

Összegezve ki kell emelni, hogy a kényszerszerűség teljes cselekvés /szemben pl. a tic-kel/. Énidegen, de a személyhez tartozónak megélt /szemben pl. a paranoiával/. A beteg - tehetetlenül - küzd a tünet megvalósulása ellen /szemben a perverzióval/. A tünetben az ellentétes impulzusok egyidejűleg törnek be a tudatba, az Én csupán arra képes, hogy időben tördelje azokat - így az ellentétes impulzusok oszcillációjában a feszültség nem csillapul, de az Én funkcióképes marad /szemben a pszichóziissal/. A tünet erőszakos felfüggesztése pánikhoz, az Én szétzúzódásához vezethet. A tünet szégyelt, szociálisan elszigetel /szemben pl. a hisztériával/. A komplex, teljes kényszerszerűség létrejötté a gondolkodás és intellektus megfelelő szintjét, valamint kialakult Felettes-Ént feltételez, ezért 6-7 éves kor előtt valódi kényszerszerűséggel nem találkozunk /Freud 1909/.

A kényszerneurózis /kényszerbetegség/

Nincsenek megbízható adatok a kényszerneurózis elterjedtségéről. Ennek egyrészt az az oka, hogy kényszerszerűséggel mindenfajta pszichiátriai betegségben találkozhatunk, ezért az adatgyűjtések túlságosan tágas, a lehatárolások bizonytalanok, másrészt viszont a betegek igen nagy százaléka tüneteit még közvetlen környezete előtt is titkolja, s csupán végszükségben fordul orvoshoz. Sokan összevonják a kényszerszerűséget és a fóbiát, és fóbiás-anankasztikus szindrómáról beszélnek. Erre némiképpen jogot ad a betegségfolyás, amikor szorongásos-fóbiás szakasz előzi meg a kényszerszerűségek megjelenését, valamint az a tapasztalat, hogy súlyos fóbiák terápiaja során a félelmi tünetek mögül gyakran intenzív kényszerszerűségek bukkannak elő. Összességében a kényszerbetegség előfordulását az összes pszichiátriai betegség között kb. 2 %-ra, a neurózisokhoz arányítva kb. 4 %-ra becsülhetjük. Ez azt jelenti, hogy a gyakorló klinikusok viszonylag kevés kényszerbeteggel szereznek tapasztalatot /Kringlen 1965, Soog 1965/.

Mint említettem, a tünet felől kiindulva az elkülönítés nehezen végezhető el. Nagy beteganyagon végzett felmérés szerint kényszeres tünetet mutató pszichiátriai betegek között kb. 1/3-1/3 arányban találtak valamilyen pszichózist, organikus szindrómát illetve neurózist. Az elkülönítés az egyes betegségek egyéb jellemzői alapján lehetséges. A tünet oldaláról némi támpontot nyújthat, hogy szkizofrén folyamat esetében a kényszerszertünetben is egyre nagyobb foka lehet a bizarréria és fokozatosan bizonytalanná válhat a tünet személyhez tartozó jellege. Pszichoorganikus képekben a kényszeres tünetben erősebb lehet a perszeverslő jelleg és a beteg kevésbé küzd tünete ellen. Gyakran találkozunk cirkuláris kórképekben kényszeres ötvöződéssel. Ilyenkor a kényszerszertünetek fellépte is periodicitást mutathat, vagy a fázisokkal együtt, vagy pedig a fázisközi időben felerősödve. Ugy tűnik, hogy kényszeres ötvöződés esetén kisebb a szuicid veszély. Sokan vannak azon a véleményen, hogy pszichózisokban a kényszerszertünetek megjelenése a személyiség reparatív törekvéseinek, egy kóros, de a pszichózisnál magasabb szinten lévő gyógyuláshoz a jele /Nemiah 1967, Simkó et al. 1979/.

Az elkülönítés a kényszerneurózis oldaláról is a tünetek mellett a betegség más lényeges vonásainak figyelembevételével történhet. Ezt a betegségjellegét a kényszerneurózisban a személyiség minden rétegét bizonyos mértékig átható, az egyes fejlődési vonalakat és azok kölcsönhatását jellegzetesen torzító fejlődés adja, aminek döntő eseményét Rajka nyomán úgy fogalmazhatjuk meg, hogy a kényszerbeteg pszichés fejlődése az ellenképződmények hálózatában megy végbe, azaz kényszerneurózis esetében a személyiség jellegzetes működés- és létezőmódját találjuk /Rajka 1977a/.

A kényszerbetegség mint regresszió és mint szisztémás fejlődés

Eddig kikerültük azt a kérdést, hogy mi az oka, hogyan jön létre a kényszerszertünet. A neurotikus tünetek patodinami-

dinamikájából tudjuk, hogy azok kompromisszum-képződmények, egybeolvasztva rejtik el és engedik kerülőúton érvényesülni az ösztönkésztetéseket és az ösztönkésztetések érvényesülését tiltó Felettes-én követelményeket. Hogyan van ez a kényszer-nél, ahol az Ént egyik oldalról egyidejűleg ellentétes ösztönkésztetések szorongatják, míg a másik oldalról kegyetlen, szigorú Felettes-én követelmények? Freud kényszerbeteg analízisében gyűjtött megfigyelései alapján összefüggésbe hozta az e betegekben mindig megtalálható kegyetlen, szadisztikus impulzusokat illetve ezek túlkompensáló elhárítását valamint azt, hogy szexuális szerveződésükben kiemelt szerepet játszanak az analitással kapcsolatos szexuális izgalmak illetve az elhárítása. Ennek kapcsán jutott el a hisztériás zavar kialakulási szintjénél, a genitális /helyesebben fallikus/ fázisnak korábbi szexuális szerveződési szint, az anális /análiszadisztikus/ fázis feltételezésére. Ennek a két éves kor körüli időszaknak a mélyebb elemzésével a klinikai tapasztalattal igazolhatóan számos vonatkozásban érthetővé válik a kényszerneurózis patodinamikája /Freud 1908, 1909, 1913/. Kérdés azonban hogy hogyan válhat egy, a fejlődés belső tendenciájának megfelelően túlhaladott fázis a betegség centrális tényezőjévé?

Freud /és nyomában a pszichoanalízis jónéhány klasszikusa/ a döntő lépést a regresszióban látja. Ennek értelmében egy fejlődési fázis túlhaladásakor az nem tűnik el nyomtalanul, hanem részben integrálódik, részben egyes vonatkozásokban változatlanul fennmarad. Ezek a fixációs pontok vonatkozhatnak magára a libidószerveződés jellegére, az ösztönökre tárgyra, az ösztönkielégítés módjára, de ugyanezt megtalálhatjuk a libidószerveződés mellett a többi fejlődési vonalnál is. Jelentősebb fixációnak kedvezhet az adott szakasz túlságosan frusztrált és így csak hiányként meghaladható, valamint a többihez képest túlságosan kielégített volta. Azokban a helyzetekben, amikor egy későbbi fejlődési szakasz túlságosan megterhelő, frusztráló, kielégülést nem nyújtó, a személyiség időlegesen vagy tartósan visszaléphet korábbi fejlődési fázisra. Ez a visszalépés nem csupán a libidószerveződést érintheti, hanem a

személyiség más részeit is. Így a kényszerneurozízis esetében a kiinduló történet az análszadiszztikus fízisra történő regresszió. Ez a lépés önmagában védekezés, az oedipális problematikához kapcsolódó fenyegetések, elviselhetetlen félelmek, az Én erejét valamilyen okból meghaladó fejlődési feladat elhárítása. Ez a védekezés azonban nem elégséges, és a regresszió nyomán az Én az anális szakasz késztetéseivel és fenyegetéseivel kerül szembe. A kényszerszertünetben már az anális fázis ösztönkonfigurációját és a hozzá kapcsolódó ellenképződményeket érhetjük tetten, az oedipális konfliktus legfeljebb "kikandikál" a kényszerszertünet mögül /Fenichel 1946/.

Kérdés azonban, hogy milyen kölcsönfolyamatok zajlanak a regresszió nyomán a személyiség további fejlődésében? Milyen mértékben érik el az egyes fejlődési vonalak zavartalanul a fallikus libidóorganizációnak megfelelő szintet és esnek ezután a regresszió áldozatául? Számos jel mutat arra, hogy a kóros fejlődés megindulása korábbra tehető, gyökerei eredendően visszanyulnak a praefallikus, análszadiszztikus fízisba. Zavar van a fízisspecifikus feladatok megoldásában, az Én kisebb-nagyobb mértékben alulmarad, a késztetésekkel szemben ellenképződmények kiépítésére szorul és a személyiség további fejlődése már ezeknek az ellenképződményeknek a hálójában, szorításban megy végbe /Rajka 1972 a, 1977 a/.

Klinikailag a kényszerbetegség lefolyása és kényszeresek analízise mind a regresszióhoz, mind a szisztémás zavar feltételezéséhez szolgáltat adatokat. Véleményem szerint mindkét szempont kiegészítő figyelembevételre nem retorikai kompromisszum, hanem gyakorlati hasznosságú. A kérdés az előadás keretében nem eldönthető és érezhetően kapcsolódik ahhoz a problémához, hogy a neurozízisok, pszichés megbetegedések mennyire vezethetők vissza traumatikus eseményekre illetve különböző okokból tartósan fennálló és a fejlődést így megzavaró hatásokra. Az tény, hogy kényszerneurotikusok terápíájában a személyiségből fakadó és a terápiás kapcsolatban specifikusan jelentkező problémákra kell számítani.

Ösztöndinamika és ösztönfejlődés

Általánosítva az tapasztalható, hogy minél inkább vissza felé haladunk az ösztönorganizáció fejlődési lépcsőin, annál inkább számíthatunk a következőkre: A libidinózus és agresszív impulzusok szétválására /"Triebentmischung"/, ennek nyomán az agresszív késztetések "megszelidítetlen" voltára, az agresszív problematika dominanciájára^x; a különböző ösztönkésztetések integrálatlanságára, azaz az egyes részösztönök önálló, egymásmelletti fennmaradására; ezzel összefüggésben a forszírozott fejlődésként leírható jelenségre, amikor későbbi szintek mint előresietve, ezért éretlenül és integrálatlanul épülnek be a személyiségbe. Ezeket a tendenciákat fellelhetjük a praeeodipális zavarok mindegyikénél /pl. határeseti személyiségsszerveződésknél, szenvedélybetegségeknel/, így a kényszerbetegség esetében is.

A kényszerneurotikusok szexuális szerveződésében jelentős helye van az anális örömforrásoknak. A közvetlenül az anális régióhoz kapcsolódó örömkön túl - mint amilyen például a széket visszatartása - fontos szerepük van az önállósulási késztetéseknek. Nem egyszerűen az a lényeges, hogy a kisgyermek vissza tudja tartani a széket, hanem az, hogy ő szabja meg, mikor defekál. Az önállóság - alévetés, aktív /maszkulin/ - passzív /feminin/ ambivalens késztetések az agresszív impulzusokkal ötvöződve a kényszereseknél gyakori szado-mazochista késztetésekben is megjelennek. A szexualitás mindezzel együtt - legalábbis látszólag - eléri a genitális szintet. Közlelebről elemezve azonban a kényszeresek szexuális magatartását úgy tűnik, mintha a genitális késztetések eredendően gyengébbek lennének. A genitális késztetésekkel púrhuzamosan egyenrangú szerepet kapnak más részkésztetések - a "patkányember"

^xAz előadás célját és keretét meghaladja az önálló agresszív ösztön feltételezésének illetve elvetésének problematikája. Gyakorlati szempontból azonban mindenképpen szükségesnek látszik az agresszív késztetések külön kezelése.

esetében például meglesési és szado-mazochista késztetések /Freud 1909/. Alapvetően jellemző, hogy a részösztönök nem rendelődnek alá a genitális szerveződés primátusának, ami az ösztöncélok és -tények ambivalenciáját, labilitását hozza. Dominánsan hatékonyak maradnak a praeallikus szakasz tudatlan infantilis fantáziái - például a faeces-penis-gyerek azonosítás és az apa a végbélből szülhet gyereket elképzelés /Freud 1917/.

A perverzekkel szemben a kényszerneurotikus számára késztetési részben vagy egészében elfogadhatatlanok. Ha a kiindulás akár az oedipális késztetések és fenyegetések megjelenésével szembeni védekezésésként történt visszalépés is, a beteg számára anális-agresszív impulzusai további, még nagyobb fenyegetést jelentenek. A kényszeresek ösztönkésztetései viszonylag igen nagy töltésűek, pusztító, robbanó sodrással fenyegetnek. Jól érzékelhető náluk az ösztönkiadás örvény-jellege /Hermann 1943/, dinamikájukban a látszólagos szabályozottság mögött könnyen kibukkan a szenvedélybetegekkel való rokonság. Magas az agresszív töltöttség is. A letiltott szexuális vágyak miatti dacos düh ütközik a szexuális késztetések illetve a pusztító, agresszív impulzusok miatti büntudattal. Az agresszióban nincs /genitális-libidinózus/ lágyítás, létre nemlétre irányul. A düh növekszik, robbanással fenyeget - ezt megelőzendő az elfojtott harag önmaga, pontosabban az elfojtott harag maradványrésze ellen irányul. Korán automatizálódik a lelkiismereten keresztüli engesztelő önbüntetés. Ez a mechanizmus nem az önerősítést szolgálja, sokkal kegyetlenebb, mint amilyen kemény valaha is lehetett a szülő a gyermekkel szemben. Primitív-éretlen Felettes-én rész, amely nem a beteg automatikus művelete, hanem a betegben automatikus műveletként működik /Radó 1974/ - a Felettes-én forszírozott fejlődésének eredményeképpen.

Ugy tűnik, hogy kényszerneurozisz kialakulásában szerepet játszhat a nárcisztikus fejlődési vonal zavara, az átlagosnál erősebb omnipotenciaérzések. Az anális kor az önállósulási,

önmegvalósítási törekvések megjelenése mellett a gyermek kicsinységének, függőségének felismerésével is jár. Bizonyos határig a mindenhatósági fantáziák ilyenkor szükséges védelmet jelentenek. A gyermek az omnipotenciát szüleiére delegálja, azonban kiderül, hogy mindenhatóságuk ellene fordulhat, függetlenedése körüli konfliktusaiban a szülői szeretet megtartására irányuló törekvése jelenti az ellentétes késztetést /Monroe 1974/.

A mozgás uralása révén a kisgyerek reálisan képessé válik arra, hogy megvalósítsa önállósulási, elszakadási, keresési, pusztítási törekvéseit. Ennek megfelelő jellegzetességet mutat a megkapaszkodási ösztön is, ami kényszereseknél általában markoló, megragadó jellegű /Hermann 1943/, ellenpólusán az eleresztéssel. Kényszeres tünetben sokszor centrális az érinteni-nem érinteni körüli tépelődés. A tünetben az ellentétes /düh dominált és félelem dominált/ impulzusok feszültsége szinte meztelenül adódik ki, egymást pillanatról-pillanatra váltva, így állandóan megszakadva s alig kiürülve. A "patkányember"-nek például kényszeresen el kellett vennie egy követ az utról, nehogy az valakinek balesetet okozzon - és ugyanolyan kényszeresen vissza is kellett tennie a követ /Freud 1909/.

Énfunkciók és elhárító mechanizmusok

Az anál-szadisztikus fázisnak megfelelő életkorban a kisgyerek előtt olyan óriási megoldandó szabályozási feladatok tornyosulnak, mint a szfinkterek feletti kontroll, a mobilitás fölötti uralom, a beszéd, az időbeli és térbeli rendezés, a belső élményfolyamat kialakítása. Az egyes énfunkciók kibontakoztatása mellett kell a még relative fejletlen és szűkös repertoárral rendelkező Én-nek megbírkóznia az Én-t szétszúrással fenyegető ösztönkésztetésekkel. A kényszerbetegségnek már ebben a korban induló, szisztémás zavar jellegére utal az a tapasztalat, hogy a betegek személyiségműködését vizsgálva az éngyengeség nonspecifikus jeleire - mint a rugalmatlanság, in

tégrálatlanság, alacsony terhelhetőség - bukkanunk. Az ún-t megfelelő kibontakozásában akadályozza az, hogy dominánsak maradnak a viszonylag primitív elhárító mechanizmusok, melyek közös jellemzője, hogy az integrálódás ellen dolgoznak. Így a kényszerbetegekre jellemző az izolálás, az emlékek, élmények, cselekvések, gondolatok - illetve az ezekhez tartozó érzelmek - aktív szétválasztása. Az izoláláshoz társul a meg nem történtté tevés, az ellentétbe fordítás, a reakcióképzés, később ezekre épülve az intellektualizálás, racionalizálás.

Rajka döntőnek tartja az ellenképződmények hálózatának kiépülését, ami az egész személyiségfejlődésre rányomja bélyegét /Rajka 1972 a, 1972 b/. Az elutasított késztetések fékentartása jórészt a velük ellentétes pólusok fokozott megszállásának segítségével történik. Magában a kényszerszertünetben is egyszerre érhetjük tetten az eredeti késztetéseket és az ellenképződményeket /például a "patkányember" idézett tünetében - kő elvétele, visszavétele - a meg nem történtté tevést/. A bonyolult szövődékű kényszeres ceremóniákban sokszor nehezen bogozhatók ki az eredeti késztetések, a részpülő ellenkésztetések, a kényszeres tünetek megjelenését kivédő rítusok és ellenrítusok. Az évek során a tünetek kiürülhetnek, és töltés nélküli formális vázként élnek tovább.

Az anális időszakban a viselkedésben a normális fejlődésben is törvényszerűen megjelennek kényszeres elemek. Gondoljunk itt a kisgyerekek elalvási rítusaira stb. Igazi tárházát adják a kényszeres szabályozásnak a gyermekjátékok, amikor a kisgyerek saját szempontjaira szabott újabb és újabb szabályok alkotásával és betartatásával igyekszik célját megvalósítani. Ahogyan igaz az, hogy a játékba kényszeres elemek szövődnek, úgy ennek fordítottja is igaz: a kényszerszertünetben mindig találhatunk gyermekded, játékos elemeket /Spiel 1972/. Rajka idézi például egyik betegét, aki ütögetési kényszerét "lovacskazás"-nak nevezte /Rajka 1972 b/.

Az esetek egy részében jellegzetes karakteralakulással találkozhatunk, amely az anális fázissal hozható összefüggés-

be. Az anális karaktertípusra Freud hívta fel a figyelmet, és a "rendesség, takarékoság, önfejlőség" triásszal jellemezte /Freud 1908/. Az anális karakter az anális ösztönkésztetések, ellenképződmények és szublimálásuk ötvöződéséből áll össze. Az anális karakter az európai kultúrában társadalmilag elfogadott, gyakran magasra értékelt és ilymódon sok lehetőséget nyújt a késztetések kiélésére /Horn 1976/. Általában még kiélezett formáit sem tartják kórosnak /legfejlebb nevetségesnek, az esetleg társuló kisebb kényszerszertüneteket mint az illető "bagarait" intézik el. Az életmód, kapcsolódás merev, formális, ritualizált szabályozást gyakran az erő megnyilvánulásának tartják /Petrilowitsch 1964/. A karakterképződés az intrapszichés konfliktusok hosszú távu megoldását jelenti, ezért nincs szoros összefüggés az anális karakter és a kényszerbetegség kialakulása között.

Az anális fázisra esik a beszéd kialakulása. A logikus gondolkodás és a beszéd a tudattalan, primér folyamatokra jellemző egyidejűség helyett egymásra következést, sorbarendezést igényel. A valódi kényszerneurózist az jellemzi, hogy az ellentétes impulzusok egyidejűleg lépnek fel és a sorbarendezés csak részlegesen sikerül. Ellentétes impulzusok, belső késztetések természetesen minden emberben jelenvannak, de bizonyos munkálással, több-kevesebb szukcesszivitással kerülnek felszínre. A kényszerbetegeknél ez a sorbarendezési funkció zavart, csak az ellenképződményeken, a késztetések váltott ellentétes iránya megtörésén keresztül jön létre. Ez viszont az élményfolyamat kialakulását megakadályozza, felszabdálja. A betegnek újra és újra vissza kell mennie a szobába, hogy meggyőződjön: leoltotta a villanyt - mert nem marad belső élménye a végrehajtott cselekvésről, a cselekvésimpulzus továbbra is jelenvan, mint egy befejezetlen cselekvésnél. Belső élmény helyett külsődleges, formai elemekhez kell kötni az eseményeket, és ha a ceremónia zavart szenved, újra előlről kell kezdeni az egészet, mintha még semmit sem tett volna.

A formális szabályozás csak bizonyos határig hatékony, majd aránytvesztő, maga ellen fordul. Az anális "erények" va-

lójában csupán az infantilis szférában működnek. A beteg megfontolja, hogy ebédre a kiflijéhez sajtot vagy parizert engedjen-e meg magának, ugyanakkor nem érzi súlyát annak, hogy munkahelyére a kényszerprocedurák okozta késése miatt rendszere-sen taxival megy. A mosási kényszerben szenvedő beteg órát tölt inge kitisztításával, miközben az egész fürdőszobát rendbetegetlenül összelucskolja.

A kényszerbetegeknél a hangsúlyozottan logikus, intellektualizáló, racionalizáló gondolkodással látszólag ellentétes az ugyanakkor tapasztalható mágikus gondolkodás. A beszéd s a gondolkodás különös fontosságúvá, örömforrássá válik. A szavak jelentősége felfokozódik, a kimondott szó mindenható, azonos értékű a tettel. Gyakori, hogy a kényszerbetegek tüneteik leállítására valamilyen mágikus formulát alkotnak, melynek gyors kiejtésével kitépik magukat a már elviselhetetlenségig ismételt és feszültségoldást mégsem hozó ceremóniából. Egyben maguk a gondolkodási folyamatok is válhatnak kényszerprocedura tárgyává.

A beszéd és gondolkodás nárcisztikus-libidinózus megszál-lásán túl a mágikus gondolkodás esetében is úgy tűnik, hogy a hangsúlyos momentum a formai szabályozáson van. Érdemi tartal-mi összefüggés általánosan nincsen a mágikus gondolatok és azok között a cselekvések, események között, amelyekre vonatkoz-nak. A beteg saját maga is gyakran nevetségesnek tartja formu-láit, melyek mégis élet-halál fontosságúak a számára.

A Felettes-én alakulása

Különböző összefüggésekben már érintettem a Felettes-én jellegzetességeit a kényszerbetegeknél. Összegezve a követke-zőket kell kiemelni: Korábban a Felettes-én tulszigoru voltát tartották a kényszerbetegség fő patodinamikus tényezőjének. Ez a kegyetlen szigorúság azonban nem egészében és általánosan jellemzi a Felettes-én működését. A kényszeres például ver-

senyhelyzetben a fair play harcos bajnokaként lép fel - ugyan-akkor lelkiismeretfurdalás nélkül enged meg magának alantas trükköket a győzelem megszerzéséhez. Nem alakul ki összefüggő, szerves érték-és követelményrendszer, az egyes elemek nincse-nek arányban egymással /Benedetti 1972/. Az elszigetelt köve-telmények ugyanakkor fenyegetőek, szadisztikusak. Hiányzik a támogató, megerősítő jelleg, a Felettes-én primitív-agresszív összetevői dominálnak, a Felletes-én az én-hez való viszony-ban csupán a büntetést ismeri. Jellegzetes érzés az elszigete-lő, megkapaszkodásra módot nem adó érzés, a szégyen /Her-mann 1960/.

A tárgykapcsolatok fejlődése

A mozgás, beszéd, színterek fölötti uralom lehetővé te-szi a szeparálódást. A kielégítő fejlődéshez arra van szükség, hogy a szeparálódás fokozatosan menjen végbe. Térben és idő-ben egyre nagyobb az a távolság, amit a kisgyerek szorongás nélkül el tud viselni. A szeparálódás az anya számára is kon-fliktusokkal terhes, ennek megoldására traumatikusan sürgethe-ti vagy gátolhatja az önállósulási törekvéseket. Az elengedni-megtartani konfliktusának különböző vetületei gyakran a tisztasággraszkotatás körül sűrűsödnek. Ki szabja meg, hogy mikor kerüljön sor a székelésre vagy a vizelésre, a szülő vagy a gye-rek? Kié a döntés? Kinek a számára történik? Kié a produktum? Az eldöntetlenség megmaradhat, az eldöntetlenség - egészen az "én csináltam - más csinálta" kételyéig - megjelenik a kény-szerbeteg tépelődésében. /Egyik páciensemtől - akinek tünete-i között elindulás előtti végcízési kényszerek is szerepeltek - anyja kiskorában minden elindulás előtt megkövetelte, hogy pi-siljen, akár kellett neki, akár nem, akkor is, ha csupán egy rövid sétára indultak./

A kényszerbetegeket felnőtt korukban az jellemzi, hogy csak többszörös tulbiztosítással, kicentizetten engedik bele magukat érzelmileg jelentős kapcsolatokba, kétségbeesetten ke-

eddig elhangzottak alapján bejósolhatók. Így problémát jelent már magának a teherbíró terápiás kapcsolatnak a kialakítása. Kicsi a jótékhelye annak az érzelmi távolságnak, amit a kényszerbeteg egyáltalán elvisel. Az ezt meghaladó közeledésre vagy távolodásra dühvel, akár a terápia megszakításával reagál /Amital 1977/. A feszültség kis változásait is nehezen viseli. Néha évek telnek el a terápiában addig, amíg a terapeuta valószínű, teherhelhetőnek, telítettnak érezheti a kapcsolatot. A beteg látszólag elfogadja a szabad asszociációs instrukciót - közben kényszeres tüneteit a terapeuta előtt is titokban tartja. Súlyos fóbiák esetén számolhatunk azzal, hogy a közölt félelmek mögött a tényleges betegséget titkolt kényszerek jelentik.

A terápiás folyamatban számítanunk kell a speciális elhárításokból, ellenképződményekből adódó nehézségekre. Így az izolálás következménye a látszólagos érzelmenélküliség. Racionálisan mindent nagyon szépen meg lehet beszélni a beteggel, elsorolja emlékeit, mintha egy semleges kívülálló mondaná stb. Érzelmi élete, ha egyszer felszínre bukkan, kiderül, hogy sodró, nagytöltésű. Az érzelmek leválasztása már kiskorban elkezdődik. Sokszor kiderül, hogy a betegnek nincsenek szavai az érzelmek kifejezésére, nem tudja, hogy bizonyos belső tapasztalatai kellemes vagy kínos érzelmek /Barnett 1966/. A reakcióképzésre való hajlama a terápiás kapcsolatban például a túlhangsúlyozott, alázatos együttműködési készségben, a terápiás szabályok kimerevítésében és karikatúraszerű betartásban jelenik meg. Logikája, felfogóképessége általában jó, a terapeuta legkisebb pongyolaságára, formális logikai hibájára is lecsap. Szavait kincsként kezeli és osztogatja, és csak nehezen adja fel azt, hogy minden megegyezés ellenére ne ő szabja meg, hogy mit mond el és mit tart vissza. Az intellektuális, logikai csatározás kiemelt örömforrás számára, s ebbe ügyesen belevonja a terapeutát is. Alapvető céllá válhat a verbális fölény - s ezzel a mindenhatóság - megszerzése /Ohlmeier 1972/. A nárcisztikus betegekkel szemben a kényszerbeteg számára nem az a fontos, hogy ő tudjon mindent, hanem az, hogy

bebizonyíthassa: a másik nem tud. Ez fontosabbá válhat, mint a terápiás cél - hiszen ha a beteg nem győz, az a terapeutáé kudarcát bizonyítja.

Az előbbiekhöz illeszkednek a jellegzetes viszontindulatstíttételes problémák. Így gyakori, hogy a terapeuta fokozottan felvörtezi magát a várható nehézségekre, mindenütt a speciális elhárítások megnyilvánulásait látja és az anélkül fantáziákra vadászik, vakká válva más jelenségekkel szemben és kielégítve a páciens verbális viaskodási igényeit. Megterhelő a páciens korrekt-szintelen felszínes viselkedése mögött hirtelen előbukkanó, bénító erejű agresszív megnyilvánulások elviselése anélkül, hogy a terapeuta ellenagresszióval vagy tehetetlen önmegadással ne reagálna rájuk.

A kényszerbetegek pszichoanalíziséhez sok türelemre és kitartásra van szükség. A terapeutának meg kell bírkoznia azzal a nárcisztikus sérelemmel is, amivel hosszú távon terhelő a terápia üressége, szintelensége, látszólagos eredménytelensége.

Családszerkezeti jellegzetességek a kényszerbetegség patogenezésében

A tulszigoru Felettes-én patogenetikus szerepéből kiindulva korábban a kényszerbetegség és a kemény, szigorú nevelés között kerestek összefüggést. Ugy tűnik azonban, hogy számos más tényező is szerepet játszik, és a család patogén működésében nem a túlzott szigor és követelményrendszer a leglényegesebb.

A kényszerbeteg családja jellegzetesen belső működést mutat. Ezek a családok generációkon keresztül olyan hagyományos szabályok, rítusok szerint élnek, melyek régen elveszítették funkciójukat, anakronisztikussá váltak. A mindennapi életet tartalmatlan, kiürült formák hálózatként be, ezek adják a viszo-

nyulások lehetőségeit. A család kifelé zárt, a külvilág változásaira érzéketlen, mintha tudomást sem venne róla. A külső kapcsolatok hiányát nem pótolják valódi, intenzív belső kapcsolatok, a család belül üres, szeretetlenség. Az érintkezésekben hiányzik a kölcsönös szabályozás, az érzelmi szabályozást formális szabályozás helyettesíti. A kisgyerekek így nincsen mire támaszkodnia, korán arra kényszerül, hogy maga szabályozza önmagát, amihez csupán a formális szabályozás mintái állnak rendelkezésre. A szigorúság, a követelmények is inkább formális, gyakran lényegtelen teljesítésekhez kötöttek. A tisztaságraszoktatás forszírozott lehet s az említett minta szerint zajlik. Ezekben a családokban általában magasra értékelik az anyai tulajdonságokat.

Pontos szerepe van a szegényre nevelésnek. A szegény megparancsolt érzélem, megoszthatatlan, elszigetel. Az értékrendet a kettős morál jellemzi. Hangoztatottan a család magas erkölcsi csúszási, ugyanakkor szinte minden esetben arra bukkannak, hogy valamelyik szülő múltjában súlyos /akár kriminális/ kiskorú rejtő /Hermann 1929/. Ez a mindenki által tudott, de meg nem osztható, tudomásul nem vett titok ott lebeg a családban. A gyermeknek is át kell vennie a kettős morál és az elválasztó titok fenntartásának terhét.

Számos kiváló irodalmi feldolgozása van a kényszeres személyiségnek. Végezetül a kényszeres család működését Siegfried Lenz "Hémetóra" című könyvéből vett részlettel szeretném példázni. A regény főhőse, Sigg, serdülőkorában festmények kényszeres ellopkodása és megsemmisítése miatt kerül javító-nevelő intézetbe. Apja, a rugbúllí rendőr azt a feladatot kapta a második világháború alatt, hogy tartassa be a haladó festőre kirótt festési tilalmat, és ezt a háború után is folytatja. Az idősebb fiú, Klaas, fellázadt a "kötelességtudó" családi normák ellen. Öncsonkítást hajtott végre, hogy ne vigyék el katonának, majd megszökött a frontról és a háború után nem tért vissza a családi otthonba. A részlet Klaas kitagadási ceremóniájáról szól.

"...aztán egy reggel, reggeli után sorra került "Klaasnak az a dolga" is.... apám váratlanul odaszólt Hilkének: - Szedd csak elő a képét Klaas fényképét - mondta apám. - Szedd csak elő. - Mire Hilke nővérem elengedte a kanál nyelét, de a kanállal a szájában állt föl, nagyon zavartan, és a pillantásával kérdezett valamit, mert kinyögni nem bírta, aztán mégis kiment, és kisvártatva bátyám bekeregetett fényképével jött vissza, amit azóta őrzött a sötét szekrényfiókban, mióta a kép száműzött lett.

Apám kivette a kezéből, a képes felével lefelé fordítva a konyhaszekrényre tette, a vekker mellé. Végzett a reggeli-vel, türelmesen várt, míg mi is végeztünk vele, aztán szólt, hogy takarítsuk le az asztalt. Letakarítottuk az asztalt. Emlékszem, hogy megszámoltam a kanalakat. Négy volt A rendőrnök mozgott a szájja, úgy néztem, mondatokat próbálgat magában. Időnként aggályosan pillantott az anyámra, de az nem viszonzott semmilyen pillantásokat Apám intett, hogy üljünk le.... ő viszont fölállt, a fényképet az ablakpárkányra állította, jól szemügyre vette, nem annyira szemrehányóan, inkább követelően, pontosan úgy, mintha ki akarta volna parancsolni Klaast a képkeretből, testi valóságában odaparancsolni közénk. - Figyeljen csak ide - mondta. - Legyen csak itt ő is, ha nem úgy, hát így

Apám most két kézzel megmarkolta a széktámlát, kihúzta magát, föl szegett fejjel nézett Klaasra: - Legyen rend - mondta a fényképnek - , veled is legyünk már egyszer rendben. Nem hordhatja az ember örökké magában, amit gondol, ki köll egyszer mondani, ki köll mondani. Azért vagyunk itt, mert elszámolásunk van egymással. Mindnyájan tudjuk, hogy mit tettél, és meglehet ugyan, hogy azóta fordult egyet a világ, de amit tettél, azt megtetted Legyen végre rend.

Valahogy így folytatta is. Fölhánytorgatta Klaasnak mindazt a bajt, amit állítólag ránk hozott, enyhítő körülményeket nem említett, mert nyilván nem is látott; kizárólag a fényképnek beszélt, azt figyelmeztette, hogy család is lehet bíróság, az is hozhat ítéletet.

Senkit sem lephet meg, hogy nem siette el az ítéletet, pedig látszott rajta, hogy nem beszél szívesen, hogy ellenérzé-

seikkel küszködve emlékeztet minket - és emlékezteti önmagát is - Klaas öncsonkítására, szökésére és kiadatására, végül arra, hogy vonakodott hazatérni. De aztán mégis rátért a lényegre, odaadatta Hilkével a fényképet, kivette a keretből, az asztalra tette, és kirukkolt az ítélettel.

Engem meglepett. Akkor úgy éreztem, hogy annyi védhoz képest nagyon is enyhe: apám kitoloncolta Klaast. - Jól figyeltek: amíg én élek, ebbe a szülői házba nem léphet be. - Nekünk megtiltotta, hogy akár a nevére gondoljunk, vagy éppen sóggal kiejtsük a nevét. - Kivetitek az eszetekből, és kész. - Azzal összetépte a fényképet, és a darabjait bedobta a tűzbe.

Az anyám fölállt, lesöpörte a szolnysjáról a morzsát, s ment a kamrába, képes volt ott tenni-venni, zörgő papirossal lefedni a lekváros köcsögöt, fölbontani egy üveg szörpöt...." /Siegfried Lenz: Némethóra. Magvető kiadó, Budapest, 1971. fordította: Bor Ambrus. 390-393. oldal/

I r o d a l o m

- Amital, H. /1977/: Die Zwangsneurose. Die Bedeutung der Objektinstanz für ihre Behandlung Psyche 31 385-399
- Barnett, J. /1966/: On Cognitive Disorders in the Obsessional Contemporary Psychoanalysis 2 122-134
- Benedetti, G. /1972/: Zwangsercheinungen bei neurotischen Entwicklungen - Dynamik und Struktur der Zwangsphänomene Praxis der Psychotherapie 17 192-203
- Fenichel, O. /1946/: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. XIV. fejt. Obsession and Compulsion /268-310/ Routledge and Kegan Paul, London
- Freud, S. /1895/: Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen Studienausgabe Bd. VI. 27-49. /Fischer V. Frankfurt, 1971
- /1907/: Zwangshandlungen und Religionsübungen Studienausgabe Bd. VII. 13-21.
- /1908/: Charakter und Analerotik Studienausgabe Bd. VII. 25-30.
- /1909/: Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose Studienausgabe Bd. VII. 35-103.
- /1913/: Die Disposition zur Zwangsneurose Studienausgabe Bd. VII. 109-117.
- /1916/: Mythologische Parallele zu einer plastischen Zwangsvorstellung Studienausgabe Bd. VII. 121-122.
- /1917/: Über Triebumsetzungen, insbesondere der Analerotik Studienausgabe Bd. VII. 125-131.
- /1918/: Aus der Geschichte einer infantilen Neurose Studienausgabe Bd. VIII. 127-132.
- Göppert, H. /1964/: Zwang und Zwangsneurose. Zeitschrift f. Psychotherapie u. med. Psychologie 14 87-95.
- Hermann Imre /1929/: Die Zwangsneurose und ein historisches Moment in der Über-Ich Bildung Intern. Zeitschrift f. Psychoanalyse 15 472-480.
- /1943/: Az ember ősi ösztönei. Pantheon, Budapest
- /1960/: Beobachtungen über die Zwangsneurose Acta Psychotherapeutica et Psychosomatica 8 81-88.
- Horn, K. /1976/: Psychoanalyse und gesellschaftliche Widersprüche Psyche, 30 26-50.
- Kringlen, E. /1965/: Obsessional neurotics. British J. of Psychiatry 111 709-722.
- Kuiper, P.C. /1973/: Die seelischen Krankheiten des Menschen. VI. fejt. Die Zwangsneurose /192-226/. Hans Huber, Bern, Ernst Klett, Stuttgart 3. kiadás