

# DEPRESSZIÓRA UTALÓ RAJZTESZT MELANKÓLIA NÉLKÜL

MOLNÁR GÁBOR

BMSZKI Orvosi Krízis Szolgálat, Budapest

## ÖSSZEFOGLALÁS

A ház-fa-ember tesztben a depressziósok az apró figurákat a lap bal felső sarkában helyezik el, ami ritkán előfordul lehangoltságra nem panaszkodó betegek esetében is. A BMSZKI Orvosi Krízis Szolgálatán 5, 42-67 éves kor közötti hajléktalan férfibeteg mutatott a ház-fa-ember rajztesztben depressziós típusú teljesítményt anélkül, hogy melankóliára utaló hangulatváltozásuk lett volna panaszuk alapján. Egy személynek alkoholos encephalopathia talaján kialakuló enyhe kognitív zavara, négynek alkoholos vagy vaszkuláris demenciája volt. Háromnál súlyos apathia figyelhető meg. Egy betegnél eufóriás kritikátlan logorrhoeával volt észlelhető, de a Beck-féle Depresszió Önértékelő Teszt összpontszáma depresszióra utalt. 1-nek lassult gondolkodása volt. A demens betegek rajztesztjében jól kimutathatóak az organikus károsodás jelei. Emellett 4 beteg kezek nélkül ábrázolta az embert, ami a tehetlenség szimbolikus kifejezése. Gyakran az apátia az egyetlen tünet, ami jellemezheti a pszichoorganikus, krónikus fáradtság, kiegészítő szindrómákat, vagy akár a kimerüléssel járó depressziót illetve a beteg-viselkedést, mégsem jelölhető a BNO-10-ben vagy a DSM-IV-TR-ben. Az apátia és iniciatíva szegénység ugyanúgy reagálhat antidepresszív kezelésre, mint a melankólia, talán ezért figyelhető meg ezeknél a betegeknél depressziós típusú rajz. Emellett az is valószínű, hogy klinikailag abortív depresszióban csak a nonverbális rajzteszt jelzi a melankóliát. A rajzban a depressziós és pszichoorganikus jegyek egymástól függetlenül szoktak megjelenni, ezért a depressziós stílus nem az agyi organikus károsodás következménye. Pszichoorganikus betegeknél tehát érdemes a vizsgálatokat kiegészíteni ház-fa-ember rajzteszttel, mert akkor is kimutatja a depressziót, ha nincs melankóliás panasz, és a becslőkálák sem jelzik ezt.

**KULCSSZAVAK:** depresszió, apátia, pszichoorganikus szindróma, demencia, rajzteszt

## DEPRESSIVE TYPE OF DRAWING TEST WITHOUT MELANCHOLY

Depressed patients draw small figures in the left upper corner of sheet in House-Tree-Person (H-T-P) Test. This type of drawing rarely was drawn by patients without melancholic complaints. In the Crisis Intervention Department at the Budapest Social Center (Hungary), 5 homeless male patients between 42-67 years of ages were found with depressive type of drawing in the H-T-P Test, but without melancholy. One had alcoholic encephalopathy with mild cognitive disorder, four had alcoholic or vascular types of dementia. Three had severe apathy. One was euphoric, indiscriminant with logorrhoea, but reported depression without sadness in Beck Depression Inventory. One had retarded thinking. Psychoorganic signs were well demonstrated in demented patients' drawings. Four patients represented human figures without hands, which symbolised helplessness. Apathy frequently was reported to be the only syndrome in psychoorganic, chronic fatigue, burn out syndromes, or even in exhaustive depression and sickness-behaviour, but it could not be classified in ICD-10 or DSM-IV-TR. Apathy, like depression, responded to antidepressive treatments, therefore, this similarity of syndromes could be responsible for our apathic patients' depressive type of drawings. Furthermore, clinically abortive depressions perhaps could be demonstrated only by nonverbal drawing test. Psychoorganic and depressive signs of drawings were reported to be independent of each other, therefore, dementia could not cause our patients' depressive type of drawings. So, H-T-P Drawing Test was a useful nonverbal method of psychoorganic patients' investigation, which demonstrated depression in patients without verbally manifest melancholic illness.

**KEYWORDS:** depression, apathy, psychoorganic syndrome, dementia, H-T-P Drawing Test

A depresszió pszichodiagnosztikája viszonylag jól megoldott, számos kitűnő rövid pszichiátriai klinikai skála létezik a kimutatására. Ennek ellenére fontos adatokat nyújt a rajzteszt is, ami a legkönnyebben kivitelezhető nonverbális diagnosztikai eszköz. Nem meglepő ezért, hogy az 1970-es és 80-as években az USA-ban a 72 leggyakrabban használt pszichodiagnosztikai vizsgálóeszköz között a ház-fa-ember teszt a nyolcadik helyen állt (Vass, 1999). Közismert, hogy depresszióban apró méretű rajzokat készítenek a betegek, amiket a lap bal felső negyedében helyeznek el. Klinikai gyakorlatunkban ritkán találunk olyan pácienseket, akik nem panaszkodnak lehangoltságra, mégis a rajztesztben a depressziósokra jellemző teljesítményt nyújtják. Jelen közleményben ezeket a megfigyeléseket összegezzük.

## BETEGEK ÉS MÓDSZER

A BMSZKI Orvosi Krízis Szolgálatán, ami egy hajléktalanok számára létesített ápolási és krónikus belgyógyászati osztály, az elmúlt tíz évben 5 olyan férfi beteget találtunk, akik nem panaszkodtak lehangoltságra, mégis a rajztesztben a depresszióra jellemző teljesítményt nyújtották. Mindegyikük felvételkor neurológiai és pszichiátriai rutin vizsgálatban részesült, elvégeztük a Mini Mental Tesztet, kitöltötték a Zung-féle és Beck féle Depressziós Önértékelő Skálát. A Mini Mental Teszt 26-24 összpontszám között enyhe kognitív zavarra, ez alatt demenciára utal. A Zung skála 40 pont felett, a Beck skála 9 pont felett jelez depressziót. A diagnózist a BNO 10 szerint állítottuk fel. A koponya CT vizsgálatok különböző budapesti kórházakban készültek. Mindegyikük megcsinálta a Ház-fa-ember rajztesztet, amit ceruzával egy A4-es fehér lapra rajzoltak.

## A BETEGEK ISMERTETÉSE

D.K. 62 éves hajléktalan rakodó járászavar és vizelet inkontinencia miatt került vizsgálatra. Komolyabb betegsége nem volt. Neurológiailag tekintésirányú néhány nystagmoid rágás, bo. elsimultabb nasolabiális redő, ko. renyhe Achilles reflex, ko. kiváltható palmomentalis reflex, kifejezett járászavar, a lábait nem engedelmessé teszik, csak járókerettel tud járni (frontális típusúnak tűnik), Romberg helyzetben széles alapon tud csak megállni. A célpróbat elvégzi. Jelzett dysgraphia. Vizelet inkontinencia. Pszichésen: Jelzett időbeli, kifejezett térbeli tájékozatlanság. A szám-

terjedelem próbában 6 jegyű számot ismételt meg, ami majdnem normális. 7-esével jól számol visszafelé, de csak 3 jegyű számot mond el fordított sorrendben, ami a munkamemória érintettségére utal. A megőrző emlékezet megtartott, emlékezet interferencia nincs. A fogalmakat jól határozza meg, és jól differenciálja, a közmondásokat jól értelmezi. A Mini Mental Teszt összpontszáma 24 (enyhe kognitív zavar), a tájékozatlanság mellett az ábramásolás és a mondatírás nem megfelelő. Nem jelez depressziót, de nagyon kifejezett az iniciatívaszegénység és apátia. A Zung-féle Depresszió Önértékelő Skála nem utal depresszióra, de súlyosnak jelzi az ingerlékenység, döntési nehézség és örömtelenség tüneteit. A Beck-féle Depresszió Önértékelő Skála összpontszáma 7, nem utal depresszióra, az ingerlékenység, érdeklődés hiánya, határozatlanság, rossz külső, és közérzet-zavar tüneteit jelöli be. A gondolkodása ép. A koponya CT-n a bazális ciszternák tágabbak, a supratentoriális kamrarendszer minimálisan tágabb, a kamraszarvak környezetében, főleg ventrálisan hypodens övezet, a cella media síkjában leucoaraiosis. A külső liquorterek diffúzan kiszélesedtek. Radiológiai vélemény: atrophia cerebri és krónikus vaszkuláris encephalopathia. A klinikai diagnózis: Alzheimer típusú demencia.

Ház-fa-ember rajz: A bal felső teljes negyedét kitölti a rajz. Sematikus, részletszegény ház, üres, részletszegény emberke félrecsúszott kalappal és kezek nélkül, alaktartó, és egy nagy lombozatú fa törzssel együtt, szintén megtartott formával. A részletszegénység mindenképpen pszichoorganikus szindrómára utalnak, az ábrák kicsinysége pedig depresszióra vall.

H.Z. 42 éves hajléktalan, akinek 39 évesen bo. parietalisan epiduralis haematoma, jo. temporoparietalisan állományvérzés, ko. frontálisan subarachnoidális vérzés alakult ki a koponya CT alapján egy traumás fejsérülés kapcsán. 1 év múlva, átmenetileg ataxiás volt, és zavartan viselkedett, akkor jo. temporoparietalisan találtak vérzést. Krónikus alkoholista volt, és a trauma után időnként GM rohamai jelentkeztek. Neurológiailag jo. elsimultabb nasolabialis redő, renyhe patella és hiányzó Achilles reflexek, jo. alsóvégtagi és enyhe törzs ataxia. Pszichésen: kritikátlanság. Időben bizonytalan, eufória és konfabuláció, időnként sértődékenységek és querulálás, logorrhoea, indokolatlan vádaskodás. A Zung-féle Depresszió Önértékelő Skála nem utal depresszióra, fő tünetek az alvászavar, fogyás, fáradékonyság, libidócsök-

kenés, iniciatíva csökkenés, reménytelenség, haszontalanság érzés, örömtelenség. A Beck-féle Depresszió Önértékelő Teszt összpontszáma 18, depresszióra utal, de nem jelez szomorúságot. Fő tünetek a reménytelenség, határozatlanság, közérzetzavar, tehetetlenség, fáradtság, étvágytalanság. Mini Mental Teszt összpontszáma 20 (enyhe demencia). Klinikai diagnózis: alkoholos és poszttraumás demencia. Organikus személyiségzavar. Szimptomás epilepszia.

Ház-fa-ember rajz: nagyon kis ábra a bal felső sarokban, egy részletszegény ház, részletszegény fa ágakkal és hangsúlyozott gyökerekkel, levelek nélkül, egy meztelen ember kezek nélkül, az arcon van szem-száj-orr, a fejen haj. Minden kép alaktartó. A részletszegénység pszichoorganikus szindrómára utal, és az apró alakok depressziót jeleznek, bár a beteg inkább eufóriás és kritikátlan.

V.D. 64 éves hajléktalan lakatos és vízszelző, a vizsgálatát kritikátlanság miatt kéri, mert ügyeit nem tudja önállóan intézni. Krónikus alkoholista. Neurológiailag jo. elsimultabb nasolabiális redő, jo-ra jelzetten deviáló nyelv, ko tekintésirányú horizontális néhány nystagmoid rángás, skandáló beszéd, ko Achilles areflexia, törzs- és enyhe jo-i alsóvégtagi ataxia. Pszichésen jelzett időbeli tájékozatlanság, lassú, nehézkes felfogás, enyhén csökkent számterjedelem, megtartott megőrző emlékezet. 7-esével nem tud visszafelé számolni (munkamemória zavar). A fogalmakat rosszul differenciálja, a közmondásokat nem tudja értelmezni. A Mini Mental Teszt összpontszáma 21 (enyhe demencia), főleg a memóriazavar miatt. Hangulata kiegyensúlyozott. A Zung-féle Depressziós Önértékelő Skála nem utal depresszióra. Ezzel szemben súlyosnak jelöli meg a libidócsökkenést, reménytelenséget, örömtelenséget és a szuicid gondolatokat. A Beck-féle Depresszió Önértékelő Skála összpontszáma 3, nem utal depresszióra, egyetlen tünetként a libidócsökkenést írja. Meglassult, körülményes gondolkodás, paralogia. Klinikai diagnózis: Alkoholos eredetű kisagysorvadás. Alkoholos demencia.

Ház-fa-ember rajz: A rajz az egész felső bal negyedét kitölti a lapon. Részletdús ház, füstölő kéménnyel, az út jelzése az ajtótól, és a tető fölött süt a nap. A fa törzssel, lombbal és ágakkal, meghúzott alapvonalal ábrázolva. Az ember mellkép-ként van megrajzolva, a karok alig differenciálódnak, kétsoros gombos mellény, a szájban füstölő pipa, kakastollas kalap, hangsúlyozott fülek, és vak, pupilla nélküli szemek, orral. A részletdús

rajz nem utal durva organikus károsodásra vagy depresszióra, de feltűnő, hogy a lapnak csak a felső bal negyedét használja ki a beteg, ebből következik az alakok viszonylag kis mérete is, ami a depresszió jele lehet.

M.I. 61 éves férfi, hajléktalan bolti eladó. 56 éves kora óta ismert magas vérnyomása. 60 évesen bal oldali végtag gyengeséggel, bal alsóvégtagi és törzs ataxiával, dizartriával járó stroke-ja volt, a koponya CT-n ekkor bo. kisagyi, bo. occipitális lebenyi és jo. capsula interna területi lágyulást írtak le, közepes kortikális és szubkortikális agyi atrófia mellett. Az ataxia ezt követően sokat javult, de tájékozatlanság, demencia alakult ki, ezért kéri vizsgálatát. Neurológiailag jo. elsimultabb nasolabiális redő, jo. csüngő légyszájpadív, dysarthria, jo. alsóvégtag jelzett gyengesége. Romberg helyzetben jobbra dől. Pszichésen időben, térben teljesen tájékozatlan, nehézkes felfogás, kifejezetten hypotenax figyelem, csökkent számterjedelem (5 jegyű szám), csak kétjegyű számot ismételt meg fordítva, és nem tud 7-esével visszafelé számolni (csökkent munkamemória), súlyosan csökkent megőrző emlékezet, és csökkent biografikus emlékezet. A fogalmakat nem tudja differenciálni, a közmondásokat nem tudja értelmezni. Mini Mental Teszt összpontszáma 10 (súlyos demencia). Súlyos iniciatíva csökkenés, de nem jelez depressziót. A Zung-féle Depresszió Önértékelő Skála nem utal depresszióra, súlyosnak jelöli a reggeli levertséget, ingerlékenységet és a haszontalanság érzését. A Beck-féle Depresszió Önértékelő Skála összpontszáma 8, nem utal depresszióra, bejelöli az ingerlékenység, öngyilkossági gondolatok, sírás, érdeklődés hiány, fáradékonyosság, közérzetzavar tüneteit. Klinikai diagnózis: vaszkuláris demencia.

Ház-fa-ember rajz: nagyon apró ábrák a bal felső sarokban. Sematikus, formatartó, részletekben hiányos ház, apró fa, ahol egy vonal a törzs és belőle vonalak mennek ki ágakként. Az ember két párhuzamos vonal, tehát, míg az első két ábra formatartó, az ember figuránál nincs alaktartás. Súlyos pszichoorganikus károsodásra utaló rajz, és az apró alakok depresszióban szoktak előfordulni.

F.T. 67 éves hajléktalan esztergályos, aki előzményi adatait nem tudta elmondani. Kihűlve találták, intenzív osztályon gépi lélegeztetésre is szükség volt, majd jó tudatállapotban került hozzánk. Beszámolója alapján valószínű a krónikus alkoholizmus. Neurológiailag enyhe törzsataxián kívül nincsen eltérés. Pszichésen: nyugodt, kicsit szórakozott

viselkedés, kifejezett idő- és térbeli, valamint autopszichés tájékozatlanság. Kifejezett hypotenax figyelem és koncentrációzavar. A számterjedelem teszt normális, a megőrző emlékezet ép, de 7-esével visszafelé nem tud számolni, és csak kétjegyű számot ismételt meg fordítva, ami a munkamemória súlyos zavarára utal. Kifejezett a biografikus emlékezet zavar és súlyos az emlékezetinterferencia. A fogalmakat nem tudja differenciálni, a közmondásokat nem tudja értelmezni. A Mini Mental Teszt összpontszáma 15, közepes demenciát jelez. Ezzel összhangban az Óra Teszt 4-5 pontos (a mutatókat nem tudja berajzolni, a számok a számlapon helyes sorrendben, ám össze-vissza szerepelnek). Apátiás, iniciatíva szegény hangulat, egyáltalán nem érzi magát depressziósnak. ezzel szemben a rövid, 13 tünetet tartalmazó Beck-féle Depressziós Önértékelő Skála szerint enyhén depressziós (12 pont), nem szomorú, csak elégedetlen, büntudatot is jelez, érdeklődése csökkent és nehezebben hoz döntéseket. A gondolkodása ép, és az alkoholisták akasztófahumora is jellemzi kis mértékben. Klinikai diagnózis: alkoholos demencia.

A ház-fa-ember tesztben a háznak meg vannak a körvonalai, de a jobb oldalát a tetővel együtt duplán rajzolja, ami perszeverációnak megfelel. Részletek nincsenek. Az emberrajz is részletszegény, üres törzs és üres fej, a kezek hiányzanak, a fejen egy hatalmas hajszál, ami beleszúr a koponyába. Ez a rajz is formatartó. A fa-rajz viszont nem hasonlít a mintájára, a törzsből meghosszabbításként nő ki két ág, 1-1 apró levéllel, tulajdonképpen a fa csak törzsből áll. Az alakok kicsik, és az egész rajz a lap bal felső sarkában foglal helyet. A munka kifejezett pszichoorganikus szindrómára utal és depresszióra.

## MEGBESZÉLÉS

Verbálisan egyik betegünk sem mondott szomorúságot vagy lehangoltságot. Egyikük (H. Z.) viselkedése kritikátlan, inkább eufóriás volt logorrhoeával, a Zung skála nem jelzett depressziót, ezzel szemben a Beck skála kifejezett lehangoltságra utalt szomorúság érzése nélkül, ami érdekes. Talán túlkompenzálta a hangulatzavart. A rajza egyértelműen a depressziós alaphangulatot jelezte. Emellett még az ötödik betegünkénél jelzett a teszt enyhe depressziót szomorúság nélkül, bár a páciens egyáltalán nem érezte lehangoltnak magát, és nem is keltett ilyen benyomást az akasztófahumorával. Figyelemre méltó, hogy négy beteg

az öt közül nem rajzolt kezét az embernek, ami valószínűleg a tehetetlenség szimbolikus kifejezése. Minden betegünk pszichoorganikus szindrómával került hozzánk, egyikük enyhe kognitív zavarral, a többiek különböző mértékű demenciával.

Három betegnek volt súlyos iniciatíva csökkenése és apátiája. A negyediknek a gondolkodása lassult, ami a lehangoltságnak is részjelensége. Emellett a tesztekben örömtelenséget (anhedonia részjelensége), szuicid gondolatokat és reménytelenséget is jelzett, bár a depressziós tünetek összpontszáma nem érte el a diagnosztikai küszöbértéket. Tulajdonképpen mindegyik betegünk a rajzteszt szerint depressziósnak tűnt, de nem panaszkodtak magára a depresszióra, azaz a szomorúságra, lehangoltságra, ami a melankólia szó szerinti fogalmát alkotná.

A szomorúság nélküli depresszió kategóriája, a „depressio sine depressionem”, vagy „larvált depresszió”, vagy „maszkírozott depresszió” fogalma a 70-es években merült fel, amikor az ún. „depresszió ekvivalensek” kimutatásával is kezdtek foglalkozni. Elsősorban olyan szomatikus panaszokban vagy krónikus fájdalomban megjelenő szomorúság nélküli kórképekre gondoltak, ahol nem voltak testi eltérések. Depresszióknak azért tartották őket, mert jól reagáltak antidepresszívumokra (Kielholz, 1973; Kielholz és mtsai, 1982). Szorongásos megjelenéseket is soroltak ide. Glatzel (1982) ezt a koncepciót fogalomzavarnak tartotta, és végül mind a BNO, mind a DSM ezt fogadta el, hiszen leíróvá vált a diagnosztikai rendszer, és a közérzetzavarok a szomatiform kórképek közé kerültek, a depressziós állapothoz kellett a depressziós hangulat. Ugyanakkor az antidepresszívumokra való reagálás nem tűnt túl rossz érvnek, bár kiderült, hogy például a SSRI antidepresszívumok a lehangoltságon kívül szorongásban, kényszerben, közérzetzavarokban, sőt agresszióban is jók lehetnek, ami túl szélesre tárná a melankólia fogalmát, bár rendkívül érdekes, máig megoldatlan elméleti problémát vet fel.

A „szomorúság nélküli depresszió” problematikájának másik megközelítése, hogy jelenleg a lehangoltság tünetegyüttese több alszindrómából áll, és ezek közül több szokott jelen lenni minden depressziós betegben. Faktoranalízissel elkülönülnek a büntudat, anhedonia, anorexia, depressziós hangulat, közérzetzavar, szorongás, pszichomotoros gátoltság, agitáltság, depressziós (retardált) gondolkodás, anorexia, libidó csökkenés és a diurnális hangulat ingadozás alszindrómák

(Molnár és Márton, 1992; Molnár és mtsai, 1993; Molnár és Molnár, 1999). Mi van akkor, ha ezek az alszindrómák úgy keverednek egymással, hogy közben nem tartalmazzák a depressziós hangulatot? Ráadásul ezek az „alszindrómák” önálló kór-képként is megjelenhetnek. Mi például a kapcsolat a depressziós étvágytalanság és az önálló kór-kép, az anorexia nervosa között? Úgyhogy problematikus az a diagnosztikai elképzelés, mely szerint a depresszióban előfordulható tünetek meghatározott száma alapján, egy küszöbérték átlépése függvényében mondjuk rá valakire a depresszió diagnózisát. Így előfordulhat, mint ez két ismertett betegünkönél is megtörtént, hogy szomorúság hiányában is a többi e kórképre jellemző szimptóma összessége és súlyossága már elegendő a melankólia kórismézéséhez. Egyelőre még nem világos, hogy ez diagnosztikai artefaktum-e, vagy a betegség lényegéből adódhat, hiszen miért ne lehetne olyan depresszió, ahol a kór-kép sok tünete előfordul, csak a szomorúság hiányzik. Végül is az antidepresszívumra való reagálási képesség ez utóbbi lehetőséget valószínűsíti.

Az iniciatíva szegénység, fáradékonyság, apátia alszindróma szintén a depressziós tünetegyüttesek közé tartozik. Ezt a klinikai elváltozást jelölték a pszichofarmakológia hőskorában „Antrieb-szegénységgel”, aminek neurokémiai különállóságát is valószínűsítették a triciklusos antidepresszívumok korában. Ezek a gyógyszerek ugyanis eltérő hatékonyságúaknak bizonyultak az ún. céltünetekre, az Antrieb-szegénységre, a melankolikus hangulatra és a szorongásos agitációra. Az anergiára leginkább a noradrenalin reuptake gátlók voltak effektívek (Kielholz, 1970). Az SSRI szerek már nem nagyon tettek különbséget e céltünetek között, így ez a felosztás kiment a divatból. Érdekes, hogy az apátiát, iniciatíva-szegénységet, anergiát, melyeket nagyjából szinonimaként használunk, nem tárgyalja elkülönült kór-képként a DSM-IV-TR, talán a korábbi neurastheniának megfelelő leírások sorolhatók ide, amit a BNO-10 F48.0 kód alatt tárgyal. A Kielholz (1982) által leírt „kimerüléssel depresszió” alapvető tünete az anergia, ami azért érdekes, mert az antidepresszívumok tesztelésére használt állat-modell, az úszástereszt tulajdonképpen az állat kimerülésig tartó úsztatása. Jelenleg a közhasználatú krónikus fáradtság szindróma a depresszió nélküli anergia, és ugyancsak az apathia a legfőbb tünete a szintén közhasználatú „kiegési szindrómának”. A krónikus fáradtság szindróma a legfontosabb összet-

vője az ún. beteg-viselkedésnek, aminek a kiváltásában az interleukin-1 döntő szerepet játszik (Dantzer, 1997). Az interferon, amit tumoros betegeknek gyakran adnak, e citokinen keresztül okoz depressziót, amit a paroxetin előkezelés eredményesen kivéd (Miller és mtsai, 2000). Az iniciatíva szegénységet Berner (1981) az organikus pszichoszindrómában annyira fontosnak tartotta, hogy becslőskálájában külön szindrómaként jelölte.

Tehát az apátia, iniciatíva szegénység és a szabályos depresszió között nagyon közeli kapcsolat van, ami oka lehet annak, hogy betegeink többsége ezen tünetegyüttessel rajzolt depressziós típusú rajzot. Nem kizárt emellett az sem, hogy a depressziós panaszok, különösen a részleges anhedonia és a reménytelenség, akkor is járhatnak nonverbálisan kifejeződő, tehát egyértelműen jelenlevő, és rajzban tükröződő depresszióval, ha ezek verbálisan nincsenek oly mértékben felszínre kerülve, hogy elérjék a szokásos diagnosztikai küszöbértéket.

A depresszió rajzbeli megjelenése régen ismert. A figurák nagyobbak magas önértékelés, emelkedett hangulat és agresszió esetén. Ennek a fordítottja is igaz (Vass, 1999), tehát depresszióban kicsik a figurák. Az, hogy a jelentősebb alakok nagyobbak, először a szaharai sziklarajzokon jelenik meg a Kr.e. 6. évezredben, és ez a művészeti megoldás dominál az egyiptomi és közel-keleti ókori művészetekben. A használata kultúrafüggő, mert például a görögök nem alkalmazzák, és a kínai festészetben sem lehet tetten érni. Tehát a jelentés valami módon tükröződik az alakok méretében. A szubjektív méretarányok jellemzik a gyerekek rajzát 4-7 éves korban, a fontosabb dolgokat nagyobbra rajzolják (Kárpáti, 2001). Tehát a jelentőség valahogyan bekerül a képi közlésbe, így a depresszióban a mikromániás gondolkodást tükrözik az apró figurák.

A lap térkihasználása is jelzi a hangulatot. Magas önértékelés esetén a figurák a lap közepére kerülnek, szimmetrikus elhelyezésben, lendületes, határozott a vonalvezetés, az emberalaknak magabiztos a testtartása (Vass, 1999). Depresszióban ezzel szemben a lap felső bal negyedében történik a rajz. Érdekes, hogy intelligencia csökkenésben pont fordított a helyzet. A ház-fa-ember rajz elemzésénél külön fogalom az ún. vertikális diszparitás, amikor a rajzolt alak felső széle és a lap teteje közti távolságból kivonják a figura alja és a lap alsó széle közti különbséget. Minél kisebb ez a

diszparitás, azaz minél inkább középen van a figura, annál jobb az intellektus. Ezzel szemben rosszabb értelmi képességre utal, ha a rajzolt alak a lap alsó széléhez közelebb van (Szilágyi, 1988).

Meglepő, hogy korábban a Ház-Fa-Ember tesztet elsősorban az intelligencia becsléséhez, tehát az oligophrenia kiszűréséhez javasolták (Szilágyi, 1988). Nem nagyon fordítanak arra figyelmet, hogy az ábrázolt alak nagysága lehetőséget nyújt a depresszió könnyű méréséhez, ami pszichofarmakológiai vizsgálatokban is felhasználható. Ezt kiegészítheti a figurák depressziós típusú elhelyezésének megállapítása is. A lehangoltságra jellemző térkihasználás oka egyrészt a beszűkült fizuális figyelem, másrészt a figyelmi működés rigiditása lehet, hogy a személy szokás szerint elkezd a munkát, ahogyan az írást is a lap legtetején baloldalon., de annál többet nem lát. Másrészt a kérdés nem ennyire egyszerű. Jacobi (1969) figyelt fel arra, hogy a kellemetlen, negatív események, személyek általában a kép bal oldalára kerülnek, míg a kellemes dolgok és személyek a jobb oldalra. Talán itt a jobb-bal fogalmak szimbolikája irányítja a képzeletet. Schuster (1991) pedig arra jött rá, hogy a tudattalan tartalmakra utaló alakok alulra kerülnek, míg a vágyak és a jövőbeli tervek jelképei a kép felső harmadán jelennek meg (Kárpáti, 2001). Ezen megfigyelések alapján a rossz előérzetek helye a kép felső bal negyede, tehát lehet, hogy a depressziósok negatív kognitív sémái befolyásolják a rajzuk térkitöltését. Kárpáti (2001) arra hívta fel a figyelmet, hogy a lap zsúfolásig való megöltése az ürességtől való félelmet jelzi, tehát a depressziósok mintha nem félnének e kiüresedéstől, mivel megszokott élményük.

1985-ben Király Mária orvostanhallgatóval közösen 29 neuraszténiás, depressziós és szkizofréniás beteg ház-fa-ember rajza alapján igazoltuk, hogy a rajz depressziós jegyei és a pszichoorganikus jellegzetességei nem korrelálnak egymással. A ház magassága szignifikánsan negatívan korrelált a Rövid Pszichiátriai Becslő Skála depressziós szindrómájának súlyosságával, amit a szorongás, büntudat, pszichomotoros nyugtalanság és gátoltság, depressziós hangulat, affektív kiszáradás tüneteinek összpontszámával mértünk. A rajz pszichoorganikus jegyei Hárدي (1983) alapján az emberrajz vonalvezetésének minősége, a részletgazdagság, és az ábrázolás típusa alapján becsülhető meg, aminek összpontszáma szignifikánsan és pozitívan korrelált a figyelem, megjegyző és megőrző emlékezet, fogalom meghatározás és differenciálás, valamint a közmondás értelmezés funkcióit becsülő pontok összegével, tehát az organikus pszichoszindrómával. A rajz organikus jegyei és a depressziós jellegzetességeik egymással nem korreláltak. Tehát betegeinknél a rajz depresszióra utaló stílusát nem okozhatta a pszichoorganikus szindrómájuk.

Megfigyeléseinket összegezve az állapítható meg, hogy a pszichoorganikus betegekkel érdemes a vizsgálatot kiegészíteni a ház-fa-ember rajzolással, mert ez a teszt akkor is depresszióra utalhat, ha a páciens egyébként nem panaszkodik melankóliára, és a pszichiátriai becslőskálák sem jelzik a lehangoltságot.

*Levelezési cím:*

*Dr. Molnár Gábor*

*Budapest 1037, Solymárvölgyi út 78.*

*e-mail: mogab@citromail.hu*

#### IRODALOM

- Berner P (1981): Grundsatzliche Erwagungen zur Klassifikation organischer Psychosyn-drome. Ideggyógyászati Szemle, 34: 72-79
- Dantzer R (1997): Cytokines and sickness behaviour. Biol Psychiatry, 42 (1) Supplement: 4S
- Glatzel J (1982): Endogene Depressionen. Thieme, Stuttgart, New York
- Hárدي I (1983): A dinamikus rajzvizsgálat. Medicina, Budapest
- Kárpáti A (2001): Firkák, formák, figurák. A vizuális nyelv fejlődése kisgyermekkor-tól a serdülőkorig. Dialóg Campus Kiadó
- Kielholz P (1970): Farmakoterápija pri depresszivnom szindrome. In: Depresszii. Sternberg EJ, Szmulevics AB (szerk) Moszkva, Bazel, 117-128.
- Kielholz P (1973): Die larvierte Depression. Huber, Bern, Stuttgart, Wien
- Kielholz P, Pöldinger W, Adams C (1982): Masked depression. Deutscher Ärzte-Verlag
- Müller HA, Musselman ID, Pearce D, Bradley PS, Nemeroff BC (2000): Pretreatment with the antidepressant, paroxetine, attenuates development of sickness behavior during high dose interferon alpha therapy. Psychoneuroendocrinology, 25 (Supplement 1, January): S19
- Molnár G, Márton S (1992): Az involúció pszichózisainak vizsgálata Rövid Pszichiátriai Becslő Skálával.
- Clinical Neuroscience (Ideggyógy Szemle), 45 (11-12): 346-352
- Molnár G, Glaub T, Such Á, Bazsáné Karsai Zs, Pék Gy, Csiky-Mészáros M, Fülöp T (1993): Ageing and problems in differential diagnosis of psychoorganic syndromes. Arch. Gerontol. Geriat. 16: 177-189
- Molnár G, Molnár I (1999): A Beck- és Zung-féle depresszió önértékelő tesztek faktoranalízise. Pszichoterápia, 8(3): 175-180
- Szilágyi A (1988): A HTP-Teszt. In: Hat klinikai próba. Szakács Ferenc (szerk.), OIE, Klinikai próbák III. Vademecum sorozat 43., 84-113.
- Vass Z (1999): Projektív rajzvizsgálat algoritmusokkal. Budapest, ELTE.