

Válaszok a „Szomatoszenzoros amplifikáció. Elméleti és gyakorlati vonatkozások” című akadémiai doktori értekezés bírálataira

Tisztelt Elnök Úr, tisztelt bizottsági tagok, bírálók és kollégák! Mielőtt részletesen válaszolnék a bírálatokra, szeretném megköszönni a bírálók munkáját, akik részletesen végigolvasták és értékelték a dolgozatomat, és végül úgy ítélték meg, hogy alkalmas a nyilvános vitára bocsátásra. Köszönetet mondok az összességében pozitív bírálatokért, a biztató megjegyzésekért és természetesen a kritikákért és javításokért is, hiszen mindannyian sokszor megtapasztaltuk már, hogy éppen ezek a leghasznosabbak és ezek járulnak hozzá a leginkább egy munka színvonalának emeléséhez. Az alábbiakban a bírálók nevének alfabetikus sorrendjében válaszolok a három bírálatra.

Válaszaim Bitter István Professzor Úr bírálatára

Mindenekelőtt köszönöm a dolgozat nyelvi és szakmai színvonalával kapcsolatos pozitív értékelést. Ami a terminológiai hibákat illeti, valóban érdemes lett volna „delúziók” helyett téveszméket írni (66. o.), az agorafóbia esetében pedig „szorongásos zavarról” beszélni „szorongáskeltő helyzet” helyett (55-56 o.). Belső konzisztencia helyett a dolgozatban helyenként belső reliabilitást (ennek valójában egy alkategóriája a belső konzisztencia), vagy a mérésére a kérdőíves kutatásban legelterjedtebben használt mutatót, a Cronbach-alfát használok, ennek fő oka a szóismétlések lehetőség szerinti kerülése. A 88-89. oldalon túl hosszúra sikerült mondat tartalmát más módon, pl. táblázatban szerencsésebb lett volna összefoglalni. A dolgozatban szereplő kutatások közül időben és logikailag a legelső, az SSAS validálását célzó munka, azért nem bírt kutatásetikai engedéllyel, mivel 2007-2008 körül, amikor a kutatást végeztük, ez még nem volt elvárás a kérdőíves pszichológiai kutatások terén.

A dolgozatban ismertetett empirikus kutatások mindegyike kényelmi mintavételezéssel dolgozott, így általánosíthatóságuk (külső érvényességük) természetesen limitált. Több esetben próbáltuk az ebből eredő torzítást csökkenteni (pl. több helyről származó, azonos módon vett mintákat egyesíteni), ám ez semmiképpen nem pótolhatja a reprezentatív mintavételt. Az a tény viszont, hogy a leírt összefüggéseket ismételten, különféle mintákon is sikerült kimutatni, mégis valamennyire az általánosíthatóság mellett szól.

Az elsőfajú hiba halmozódását kompenzáló statisztikai korrekciót rendszerint nem végeztem, aminek két oka van. Egyrészt, például a felvett független változók kapcsolatait vizsgáló – így végső soron a leíró statisztikákhoz tartozó – interkorrelációs táblázatban ezt nem szokás megkövetelni. Azoknak az eseteknek a többségében, amikor hipotézisvizsgálatról van szó, a független elemzések száma megítélésem szerint nem ütötte meg azt a szintet, ami ezt már szükségessé teszi (erről ugyanis nincs konszenzus a módszertani irodalomban). A 4.4. fejezetben azért került sor a Bonferroni-korrekció használatára, mert a szokásosnál több, szám szerint hét hipotézist teszteltünk korrelációs módszerrel.

Bírálom a feltétlenül szükségesnél terjedelmesebbnek és túlságosan leíró jellegűnek találja a dolgozat első két nagy fejezetét. Erre mentségül egyrészt a témakörben való – némileg mániákus – elmélyedés (ha úgy tetszik, beleveszés), másrészt a problémák elfogulatlan és komplex ismertetésének igénye szolgálhat. Mai szemmel nézve, másfél-két évvel a dolgozat készítését követően, kétségtelenül lehetne az anyagban több összefoglaló és magyarázó rész is.

Elfogadom bírálóm szorongásérzékenységgel kapcsolatos szakmai kiegészítéseit. Mivel nem vagyok gyakorló klinikus és a témakört egyébként is csak érinti a dolgozat, kritika nélkül átvettem egyrészt az idézett szerzők – még a DSM-5 megjelenése előtt született, nyilván a publikálás idején korrekt – klasszifikációját, valamint azt a magyarázatot is, ami jól beleillik a dolgozat fő gondolatmenetébe. A való élet, mint mindig, ennél jóval komplexebb.

A 3.4. fejezetben leírt kutatásnak módszertanilag számos gyenge pontja van, s emiatt eleve gondolkodtam azon, hogy egyáltalán bekerüljön-e a dolgozatba. Végül azért döntöttem a bemutatás mellett – a bírálóm által is jelzett gyenge pontok egyidejű hangsúlyozásával –, mivel egy olyan lehetséges vizsgálati irányt (családi hatás) mutat be, amit mindenképpen érdemes volna a jövőben folytatni, és amit az irodalom (pl. a modernkori egészségfeltés eredetével kapcsolatban) érzésem szerint nem hangsúlyoz eléggé. A pszichoterápiás kezelhetőség és a szerzett háttér közötti kapcsolat között húzott párhuzam valóban elhamarkodott és a dolgozatban nem megalapozott.

Két bírálóm is, mind Bitter István, mind Csabai Márta felveti azt a kérdést, hogy vajon mennyire tekinthető a modernkori egészségfeltés új szindrómának, illetve általában keletkeznek-e új és új szomatoform patológiák, vagy egyszerűen egy régóta ismert állapot új tartalommal való feltöltéséről van szó, akár a magyarázó modellek elégtelensége miatt. Mindenképpen az utóbbi lehetőség tűnik valószínűbbnek, hiszen az egészséggel kapcsolatos aggodalmak minden bizonnyal egyidősek az emberiséggel, s az egyik leginkább fenyegető tényezőnek mindig az új, ismeretlen, ha úgy tetszik, „modern” tényezők számítanak. George Beard, a neuraszténia diagnózisának atyja az általa leírt kórképet már 1880-ban a modern civilizáció vívmányainak, többek között a drót nélküli telegráfiának, a tömegmédiának és a nők edukációjának tulajdonította (Petrie & Wessely, 2002).

Másrészt viszont több szerző felveti azt is, hogy a modern élet fokozott pszichológiai stresszel jár együtt, ami felerősíthet és gyakoribbá tehet bizonyos – nem új – patológiákat (Bárdos, 2003; Lipowski, 1970; Lovallo, 2016; Sapolsky, 2017).

Elfogadom bírálónak azt a korrekcióját (153. o.), miszerint a pszichiátriai klinikai vizsgálatokból való kiesés legfontosabb okának a hatékonyság hiánya számít és nem a mellékhatások.

Az attribúció-elmélet a szociálpszichológia keretei között, eredetileg a nem patológiás humán működés leírására került kidolgozásra. Ezt – és az évtizedek során bővülő tudásunkat – figyelembe véve egyes patológiákra (pl. a stresszel kapcsolatos állapotokra) való alkalmazhatósága nyilvánvalóan megkérdőjelezhető.

Szintén elfogadom azt a kiegészítést, miszerint nemcsak az egészséggel kapcsolatos irreális, hanem a reális aggodalmak is szorongást és önmonitorozást indukálnak, annál is inkább, mivel sokszor nem egyértelmű a kettő közötti különbségtétel.

Teljesen egyetértek a 6.2. fejezetben ismertetett pilot-vizsgálat korlátaival. Ez a vizsgálat eredetileg egy szakdolgozat keretei között született, s elsődleges célja egy lehetséges kutatási irány felderítése volt, így módszertanilag és elemszám tekintetében egyaránt jelentős problémákkal terhelt.

Perkins és Corr eredeti eredményét a szorongás és a megközelítő viselkedés kapcsolatáról (2006) valóban nem sikerül később replikálni (2010), s tudomásom szerint ennek a kutatási vonalnak nem is lett folytatása.

S végül az egészségparadoxon egy olyan szerző - Arthur Barsky – konstruktuma, aki munkásságát jelentős részben a hipochondriázis és az egészségszorongás kutatásának szentelte. Ennek alapján talán érthetőbb az, hogy valamennyire torzított az információ terjedésének negatív egészségi hatásai irányába. Témájánál fogva minden bizonnyal ugyanez mondható el jelen dolgozatra is.

Válaszaim Csabai Márta Professzor Asszony bírálatára

Csabai Márta Professzor Asszonynak is szeretném megköszönni a dolgozat pozitívumainak méltatását, különösen azt, hogy akár oktatási anyagként való felhasználásra is alkalmasnak tartja. Köszönöm az ezzel kapcsolatos kiegészítési javaslatokat is, pl. az alexitímia vonatkozásában.

A bírálatban kritikaként merül fel az, hogy a tudománytörténeti háttér felvázolásából kimaradt a pszichoszomatikus megközelítés, többek között Freud és Alexander munkásságának a témát érintő része. Bár itt-ott az említés szintjén szerepel ez a vonal (pl. az 1.3.8., 2.1.1. és 6.1.3.

fejezetben), teljes mértékben egyetértek bírálómmal abban a tekintetben, hogy a pszichoszomatikus modellek alapelvei és fejlődése mindenképpen megért volna (vagy megérne a jövőben) egy fejezetet, hiszen teljesen új irányból próbálja értelmezni az orvosilag nem magyarázható tünetek témakörét. Lényegében a klasszikus tudományos kutatás és a terápiás tapasztalat, vagy ha úgy tetszik, a nomotetikus és az idiografikus megközelítés közötti hasadásról van szó: mivel az utóbbi elsősorban az egyénre fókuszál, különösen hasznos lehet a gyakorló terapeuta számára. Ugyanígy bővebb kifejtést érdemelne Engel biopszichoszociális megközelítése is.

Nagyon érdekes és további vizsgálódásra érdemes kérdés az, hogy egy jelenség (esetünkben a szomatoszenzoros amplifikáció vagy a modernkori egészségféltség) vonatkozásában mikortól beszélhetünk patológiás mértékről, valamint az adott kultúra és kor betegség- és egészségképe, a rendelkezésre álló információk mennyire képesek eltolni az egyén betegségreprezentációit. Csabai Márta felveti azt a praktikus kérdést is, hogy nem lehetséges-e a fenyegetésészleléssel kapcsolatos egyéni jellemzőket (pl. az aktív információkeresési tendenciát) pozitív irányba csatornázni, s az egészségvédelem vagy a gyógyszereszedési adherencia szolgálatába állítani. A gondolat logikus és konstruktív, ám például az oltásellenesség kapcsán tett ilyesféle próbálkozások eddig lényegében sikertelennek bizonyultak. Az egyik legfrissebb megközelítés, az ún. jiu jutsu-módszer éppen azt veszi alapul, hogy a háttérben meghúzódó kognitív folyamatok (ebben az esetben a paranoid, összeesküvés-elméletekre hajlamosító tendenciák) nem változtathatók meg, így azokat érdemes lenne felhasználni és egy pozitív üzenet szolgálatába állítani – ám egyenlőre csekély sikerrel (Hornsey & Fielding, 2017; Hornsey, Harris, & Fielding, 2018). Saját, elektroszenzitív személyekkel szerzett (a dolgozatban nem szereplő) tapasztalataink szintén nem adnak okot optimizmusra: a patológiával kapcsolatos egyéni hitrendszer annyira mélyen gyökerezik, hogy az érintettek sokszor inkább tagadják a műszerrel mért, betegségképükkel ellentétes eredményeket (és adott esetben a kutató ellen fordulnak), semmint elfogadják azokat.

A szomatoszenzoros amplifikációval talán kicsit más lehet a helyzet, hiszen egy „jobb a betegségtől félni, mint megijedni” alapon felépített, érzelmi elemeket is magában foglaló intervenció akár működhetne is azoknál, akik közepes mértékű amplifikációs tendenciával bírnak. Az erősen amplifikálónál viszont véleményem szerint nagyon könnyen visszajára fordulhatna az üzenet, hiszen a negatív értékelési tendencia – a testi történésekre irányuló figyelem mellett - fontos összetevője a konstruktumnak. A bírálóm által felvetett wellbeing-kontinuum modell egyébként a testi tudatosság vonatkozásában lenne jól kidolgozható, hiszen ebben az esetben egyazon jellemzőhöz kapcsolódhat pozitív értékelés és egészségvédő viselkedés (pl. a jóga-gyakorlás vagy a betegségtünetek korai felismerése és orvoshoz fordulás) és negatív értékelés is, ez utóbbi esethez tartozik a szomatoszenzoros amplifikáció is (Mehling et al., 2009).

Mint azt bírálóm megjegyzi, a stresszel kapcsolatos klasszikus elméletek (Selye, Lazarus és Folkman) valóban kimaradtak a dolgozatból, ha úgy tetszik, figyelmetlenségből: mivel közismert részei a szakmai kánonnak, egyszerűen nem gondoltam arra, hogy ezek részletesebb ismertetésre szorulnának. A stressz-reakció 202. oldalán említett elsődleges komponense természetesen lényegében megegyezik a Lazarus-Folkman modell elsődleges kiértékelésével, s szintén feltételezett ismertsége miatt maradt részletesebb magyarázat nélkül.

Válaszaim Kállai János Professzor Úr bírálatára

Kállai Professzor Úrnak is szeretném köszönetemet kifejezni, mind a dolgozattal és a leírt kutatásokkal kapcsolatos pozitív megjegyzésekért, mind pedig a kérdésekért és kritikákért. A feltett hat kérdést sorrendben fogom megválaszolni.

A szomatoszenzoros amplifikáció és a szelf összefüggéseit valóban csak érinti a dolgozat. Közelebbről, amennyiben elfogadjuk a szelf megfigyelő-cselekvő (*observer; doer*) és leíró aspektusra való bontását, akkor valóban kevés szó esik az első vonatkozásról – ezt ugyanis már William James is inkább a filozófia, semmint a pszichológia illetékességi körébe sorolta. Napjaink pszichológiájára ez már természetesen nem áll ennyire tisztán, ám tény, hogy jóval kevesebb szó esik róla, mint a leíró aspektusról (*self-concept, self-image*). A modern elméletek, például Smith és Lane megközelítése (2015), a testből származó információ több lépcsős integrációját hangsúlyozzák, amiben már a szubjektív értékelés is benne foglaltatik. Ez pedig szükségképpen magában hordozza azt a lehetőséget, hogy a szelf megfigyelő aspektusa is torzíthat, s részben ez áll a leíró aspektus torzítottsága mögött. De Vignemont – dolgozatom leadását követően publikált – munkájában (2018) fogalmazza meg a *bodyguard* hipotézist, ami szerint a testsémához eredendően kapcsolódik egy kockázat-monitorozási és védelmi funkció. Ez megközelítés nagyon jól összeegyeztethetőnek tűnik a szomatoszenzoros amplifikáció általam javasolt koncepciójával, és minden bizonnyal fontos része lesz a következő évek kutatásának. A szorongás bírálóm által leírt három aspektusa közül a konstruktum egyértelműen a meneküléssel áll a legközelebbi kapcsolatban.

A diszpozicionális optimizmus konstruktumának bevonása a mérőeszköz validálásába ismereteim akkori (2007-2008-as) szintjét tükrözi. Egyszerűen szerettünk volna biztosak lenni abban, hogy az SSA esetében nem egyszerűen pesszimista interpretációs stílusról van szó. Mai szemmel nézve, és ismerve azokat a vitákat, amelyek szerint a diszpozicionális optimizmus jelentős átfedést mutat a negatív affektivitással, valóban nem volt a legjobb választás, hiszen utóbbi az SSA

konstruktmával is átfed. Részben emiatt, részben a 4. kérdésre adott válaszümban kifejtett okoknál fogva az optimizmust a későbbiekben nem használtuk az SSA-val kapcsolatos kutatásokban.

A szorongásérzékenység konstruktmájának bevonása bennem is megfogalmazódott – s ebben bírálóm csak megerősített -, így a jövőben mindenképpen sor fog rá kerülni.

Negyedik kérdésében bírálóm a szomatoszenzoros amplifikáció és a sikeres alkalmazkodás, valamint a pozitív emóciók potenciális kapcsolatát veti fel. Elméleti szempontból megközelítve a kérdést, mivel a pozitív és a negatív affektivitás nem egy kontinuum két végpontját, hanem két többé-kevésbé független dimenziót képvisel (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), az előbbivel való kapcsolat nem szükségszerű. Az eddigi empirikus eredmények a negatív affektivitással való kapcsolatot erősítik meg, ami erőteljesen a tünetészlelés irányába torzítja a testi történések percepcióját. Saját intuíción szerint emiatt minden olyan fizikai tevékenység kapcsán, ami az emberi teljesítőképesség határán mozog, és emiatt szükségszerűen diszkomforttal és fájdalommal jár (ilyen pl. a versenysport vagy a táncművészet is), a szomatoszenzoros amplifikáció magas szintje sokkal inkább lehet akadályozó, semmint segítő tényező.

2011-es vizsgálatunkban (Simor, Köteles, & Bódizs, 2011) az abszorpció kapcsán fogalmaztunk így (115.o.): „Egyes szerzők szerint magas önirányítottsággal jellemezhető, integrált személyiségek esetében az abszorpciós képesség fokozhatja a kreatív, alkotó tevékenységet is anélkül, hogy az élményfeldolgozás kóros formákat öltene”. Az abszorpció és a szomatoszenzoros amplifikáció közötti hasonlóságot az észlelt testi történésekre való „rátapadásban”, s ezen keresztül azok felerősítésében láttuk (116. o.). Egy azóta született, megjelenés alatt álló kutatásunk (Köteles, Simor, & Szemerszky, 2019) eredményei szerint a két konstruktm csupán gyenge-közepes erősségű kapcsolatban áll egymással és egymástól függetlenül is hozzájárul az észlelt elektroszenzitivitáshoz. Ennek alapján két különböző jellemzőről van szó, míg az SSA a testi (interoceptív) irányultságú és negatív torzítással terhelt, az abszorpció külső vagy belső élményekre egyaránt vonatkoztatható és „értéksemleges”.

S végül a 6. kérdésben említett vizsgálatunkban (Ferentzi et al., 2017) a szomatoszenzoros amplifikáció az introverzióval és az érzelmi labilitással, míg a testi tudatosság a lelkiismeretességgel és az érzelmekre való nyitottsággal állt kapcsolatban. Mivel ezek a kapcsolatok rendre a gyenge tartományba (0,15-0,25) estek, semmiképpen nem jelentenek olyan erős kapcsolatot (legalábbis csoportszinten), ami már instabil testrepresentációhoz vagy az új élmények patológiát kiváltóan erős hatásához vezethetne.

A dolgozatban található pontatlanságok esetében az irodalomjegyzék hiányosságáról valószínűleg az általam használt hivatkozáskezelő szoftver (Zotero) tehet. A mágneses mező jelenlétét tökéletesen detektálni képes személy kizárása a csalás gyanúja miatt történt a vizsgálatot

követően, tehát itt egyértelműen „módszertani” hibára gyanakodtunk. S végül elfogadom azt, hogy a neuroticizmus helyett az emocionális labilitás használata helyesebb lett volna.

Végezetül még egyszer szeretném megköszönni mindhárom bírálómnak a dolgozat átnézésére fordított munkát és kritikus, ugyanakkor konstruktív észrevételeket.

Budapest, 2019. április 8.

Köteles Ferenc

Hivatkozások

Bárdos, G. (2003). *Pszichovegetatív kölcsönhatások. Viselkedés-élettan I.* Budapest: Scolar Kft.

Ferentzi, E., Köteles, F., Csala, B., Drew, R., Tihanyi, B. T., Pulay-Kottlár, G., & Doering, B. K. (2017). What makes sense in our body? Personality and sensory correlates of body awareness and somatosensory amplification. *Personality and Individual Differences*, 104, 75–81.

Hornsey, M. J., & Fielding, K. S. (2017). Attitude roots and Jiu Jitsu persuasion: Understanding and overcoming the motivated rejection of science. *The American Psychologist*, 72(5), 459–473.

Hornsey, M. J., Harris, E. A., & Fielding, K. S. (2018). The psychological roots of anti-vaccination attitudes: A 24-nation investigation. *Health Psychology*, 37(4), 307–315.

Köteles, F., Simor, P., & Szemerszky, R. (2019). Somatosensory amplification and absorption contribute to electrosensitivity. *Clinical Neuroscience / Ideggyógyászati Szemle*, in Press.

Lipowski, Z. J. (1970). Physical Illness, the Individual and the Coping Processes. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 1(2), 91–102.

Lovallo, W. R. (2016). *Stress and Health. Biological and psychological interactions.* London: Sage Publications, Inc.

Mehling, W. E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C. J., Hecht, F. M., & Stewart, A. (2009). Body awareness: Construct and self-report measures. *PLoS ONE*, 4(5), e5614.

- Perkins, A. M., Cooper, A., Abdelall, M., Smillie, L. D., & Corr, P. J. (2010). Personality and defensive reactions: fear, trait anxiety, and threat magnification. *Journal of Personality*, 78(3), 1071–1090.
- Perkins, A. M., & Corr, P. J. (2006). Reactions to threat and personality: psychometric differentiation of intensity and direction dimensions of human defensive behaviour. *Behavioural Brain Research*, 169(1), 21–28.
- Petrie, K. J., & Wessely, S. (2002). Modern worries, new technology, and medicine. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7339), 690–691.
- Sapolsky, R. M. (2017). *Behave: The biology of humans at our best and worst*. Penguin.
- Simor, P., Köteles, F., & Bódizs, R. (2011). Submersion in the experience: The examination of the Tellegen Absorption Scale in an undergraduate university sample. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(2), 101–123.
- Smith, R., & Lane, R. D. (2015). The neural basis of one's own conscious and unconscious emotional states. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 57(Supplement C), 1–29.
- de Vignemont, F. (2018). *Mind the body. An exploration of bodily self-awareness*. Oxford: Oxford University Press.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.