

Bírálati vélemény

KÖTELES FERENC: „Szomatoszenzoros amplifikáció. Elméleti és gyakorlati vonatkozások”

c. akadémiai doktori értekezéséről

Köteles Ferenc doktori értekezése 285 számozott oldalt tartalmaz, melyből az értekezés szövege a 16-209 oldalakon található. Előtte és utána a „támogató részek” találhatóak, pl. a táblázatok és ábrák jegyzéke, hivatkozások, függelék. Az értekezés kiválóan szerkesztett, könnyen áttekinthető és a fejezetek jól kapcsolódnak egymáshoz. Magyarul igen szépen fogalmaz, igyekszik a szakkifejezéseket – főleg a saját kutatási területéhez vagy ahhoz közel álló területekhez tartozókat – magyarul és nem „angolosan” vagy „latinosan” írni. Kivétel a 66. oldalon található: „delúziók” kifejezés a téveszmék helyett. A 88-89. oldalon található 38 soros, felsorolást tartalmazó mondat is kivétel és bravúrosan 40 hivatkozást tartalmaz. Talán érdemesebb lett volna egy táblázatban megosztani az olvasókkal ezeket az információkat. A terminus technicus-okat nem mindig használja konzekvensen, pl. látszólag random módon használja a Cronbach- $\alpha$  kifejezést vagy ahelyett pl. a „belső reliabilitás”, „belső konzisztencia” kifejezéseket (pl. 107. old). Kiemelést érdemel, hogy nyelvtani hibát és elütést nem találtam a szövegben, ha van is, igen ritka lehet. Az értekezés a hivatkozások és a függelék nélkül 7 fejezetből áll, melyek igen jól struktúráltan alfejezetekre oszlanak.

A jelölt az értekezésben a szomatoszenzoros amplifikáció területén folytatott sokéves kutatásainak a lényegét foglalja össze 11 empirikus és 4 elméleti munkájára szűkítve a bemutatást. A bemutatott munkák mindegyike közlése került hazai vagy nemzetközi lapban. A vizsgálatok ismertetésénél egy kivétellel szerepel, hogy azokat az ELTE PPK Kutatásaitikai Bizottsága engedélyezte; az egy kivétel a 3.1. fejezetben ismertetett Szomatoszenzoros Amplifikáció Skála validálása budapesti egyetemisták, valamint budapesti és vidéki háziiorvosi rendelőkben bármilyen okból jelentkező személyek részvételével.

A módszertant illetően két visszatérő kérdésem van, nem teszem fel minden vizsgálatnál (ill. a statisztikai kérdés az egyik vizsgálatra nem vonatkozik, ahol a jelölt írt róla): 1. A vizsgálati személyek az empirikus vizsgálatokban kényelmi mintának tűnnek – mennyire általánosíthatóak az értekezésben leírt vizsgálatok következtetései? Megjegyzem, hogy több helyen a jelölt is ír erről a „gyengéségről” (pl. 119. old.). 2. Ismételten alkalmazott a jelölt többszörös összehasonlítást az adatai között – történt-e ennek megfelelően korrekció?

Ahol a fejezet értékeléseként megjegyzés, kérdés nélkül idézem a jelöltet, az teljes egyetértésemet jelenti; amikor nem ez a helyzet, azt jelzem kérdésekkel és/vagy megjegyzésekkel.

Az első nagy fejezet (18-69 old.) az értekezésben részletesen tárgyalt testérzésekkel kapcsolatos fogalmakat tárgyalja és határozza meg, a második fejezet (70-96 old.) a szomatoszenzoros amplifikációval foglalkozó irodalom összefoglalása.

Az első két fejezet kiváló összefoglaló, azonban a jelölt szerénysége inkább hátráltatja, mint segíti a téma megértését. Az értekezés bírálata során arra jutottam, hogy Köteles Ferencnél jobban vagy legalább annyira kevesen érthetik a világon a szenzoros amplifikáció fogalmát és az ahhoz kapcsolódó kérdéseket, azonban ő inkább „felmondja a tananyagot” és kevésbé segíti az olvasót útmutatással, kritikai észrevételekkel abban, hogy jól megérthesse, hol tart ma ennek a területének a kutatása. A neuroanatómiai és neurofiziológiai áttekintés ahhoz túl részletes, ha csak a top-down tényezők



befolyásoló szerepének megfogalmazása volt a cél legyen, ahhoz túl kevés, hogy az részletes leírás legyen (nem is lehet célja az értekezésnek), melyet doktoranduszok vagy szakdolgozatot író hallgatók használhatnának a jövőben. Ez a megjegyzés lehet, hogy inkább szól az MTA illetékeseinek, mint a jelöltnek: mi legyen a bevezető és a saját kutatások ismertetésének és tárgyalásának az aránya egy MTA értekezésben? A jelenlegi értekezésben ez az arány 79 oldal:97 oldalhoz (a „támogató” fejezeteket, részeket - mint pl. hivatkozások - nem számítottam bele egyik részbe sem); a 97 oldal 15 közlésre került saját munkát tartalmaz és az értekezés következtetéseit is.

Az 1.3.5 fejezethez (Szorongásérzékenység) néhány megjegyzést tennék ill. kérdést tennék fel. Az 55-56. oldalon az szerepel, hogy „.... Az agorafóbiával, mint a leggyakoribb szorongáskeltő helyzettel”. Az agorafóbia egy betegség, nem egy helyzet. Az 56. oldalon a szorongásos kórképek közé sorolt poszttraumás stressz szindróma kikerült ebből a csoportból a DSM-5-ben, különállása a szorongásos kórképek „magcsoportjától” (pl. generalizált szorongás zavar, agorafóbia) korábban is jól dokumentált volt. A szorongásérzékenység, mint konstruktum több kórképpel kapcsolatban áll az e fejezetben hivatkozott szerzők szerint, mely jól illeszkedik a gondolatmenetbe. Azonban a magyarázat, mely szerint a szorongásérzékenység az „érintettek esetében néhány pánikrohamot követően erős érzékenyég alakul ki a szorongás első, gyenge jeleire is interoceptív pavlovi kondicionálás, ahol a feltételes inger egy belső állapot), s ezekre félelemmel reagálva annyira felerősítik azt, hogy végül kialakul az újabb pánikroham.....” a bíráló szerint csak részleges. Ez a magyarázat sajnos nem segíti azoknak a szorongásos betegségeknek a megértését, melyek nem állnak összefüggésben pánik rohamokkal. A szorongásos betegek szignifikáns részének nem volt egyetlen pánik rohama sem. Abban sem segít, hogy megértsük: egy súlyos agorafóbiás betegnek, akinek nincsen komorbid pszichiátriai betegsége (zavara), aki nem tud pl. átmenni egy hídon vagy beszállni egy liftbe, mert pánik rohama lesz már akkor, amikor megközelíti azokat, miért nem lesz pánik rohama egy szorongást keltő vizsgahelyzetben. Az agorafóbia esetében a szorongás generalizálódása jól követhetően „tematikus” (minden olyan helyet, melyből nehéz vagy kínos kimenni, kimenekülni), míg a generalizált szorongás esetében az aggodalmaskodás (e kórkép fő tünete) a legapróbb dolgokra is kiterjedhet. A generalizált szorongás kezdődhet gyermek – és felnőttkorban, s ha a generalizált szorongás zavar komorbid pánik zavarral, akkor sem feltétlenül a pánik zavar kezdődik először.

A 3., 4., 5., 6. fejezetek tartalmazzák a saját vizsgálatokat, ahol az szükséges, ott sor kerül a használt fogalmak tisztázására, pl. a 6.1. fejezet a placebo –jelenségről nyújt áttekintést. A jelölt kiválóan foglalja össze az egyes fejezeteket.

A 3.1. fejezet ismerteti a Szomatoszenzoros Amplifikáció Skála magyar verziójának (SSAS-H) sikeres validálását. Ezt az eszközt is használta a jelölt.

3.2. fejezet a szomatoszenzoros amplifikáció konstruktumának a kérdőíves elemzése „volt az irodalomban az első, ami a szomatoszenzoros amplifikáció eredeti definíciójából és lírásából kiindulva, szisztematikus módon vizsgálta a konstruktum validitását, s ennek során kiderült az, hogy a testi folyamatokra irányított figyelem (testi tudatosság), a negatív affektivitás (szorongás), és az észlelt testi tünetek sajátos keverékéről van szó. Ezek az eredmények jelentőséggel bírnak a konstruktum jobb megértése, és a hozzá kapcsolódó jelenségek (placebo-jelenségek, nem-specifikus egészségproblémák, orvosilag megmagyarázhatatlan tünetek, stb.) pontosabb értelmezése szempontjából.”

A 3.3. fejezet szomatoszenzoros amplifikáció kapcsolata a nagy személyiségdimenziókkal, valamint különféle interoceptív csatornákkal. „Jelen kutatás jelentőségét három pontban lehet összefoglalni. Egyrészt elhelyezte a szomatoszenzoros amplifikációt a nagy személyiségdimenziók



mentén, másrészt replikálta a testi tudatossággal való kapcsolatot (3.2. fejezet) egy másféle, belső konzisztenciával bíró kérdőív (BAQ) használatával. Harmadrészt – és talán ez a legfontosabb – megpróbálta a konstruktumot evolúciós szempontból is értelmezni. Ez az értelmezés – a potenciális fenyegetettséget jelző szenzoros csatornák kognitív –érzelmi felerősítése – evolúciósan adaptív szerepet tulajdonít az amplifikációnak, s ezzel gyökeresen szakít a korábbi egyértelműen negatív megítéléssel.”

A 3.4. fejezet „A szomatoszenzoros amplifikáció egészségszorongással való kapcsolatának és családi háttérének kérdőíves vizsgálata” c. fejezetről a jelölt is kritikusan nyilatkozik: „Gyenge pontjai és alapvetően leíró volta ellenére elmondható az, hogy az ott bemutatásra került kutatás volt az első. A szenzomotoros amplifikáció, az egészségszorongás valamint a modernkori egészségfeltés családi összefüggéseit próbálta felderíteni. A serdülők és a szülők pontszámai közötti kapcsolatok más, potenciálisan befolyásoló változó kontrollálását követően is megmaradtak, ami egyértelműen jelzi a családi környezet fontosságát a vizsgált jellemzők közvetítésében.” Ezen értékeléssel egyetértek, hiszen egy keresztmetszeti, kontrollcsoport nélküli kérdőíves vizsgálatból limitáltan vonhatóak le következtetések; konkrétan: az e fejezetben ismertetett keresztmetszeti, kontroll csoport nélküli kérdőíves vizsgálat alapján nem állapítható meg, hogy mi a fontos a családi környezetben, a vizsgált változókat mennyiben befolyásolják az egyén és a család genetikai tulajdonságai, a gén-környezet interakciók és mennyiben a tanulás.

Az ebben a fejezetben felvázolt elméleti keretnek, mely szerint „az a tény, hogy a hipochondriázis sikeresen kezelhető kognitív terápiákkal ..... szintén a szerzett eredet jelentőségét valószínűsíti.” nincsen alátámasztása és a jelölt később maga is ellentmond ennek: „az élettani elváltozások esetleges pszichés eredete egyáltalán nem jelenti azt, hogy pszichológiai eszközökkel visszafordíthatóak lennének (Köteles és Bárdos, 2009b)” (186.old).

A 4. fejezet a szomatoszenzoros amplifikáció és a modernkori egészségfeltés kapcsolatával foglalkozik. A szerző elsőként mutatta ki e két konstruktum kapcsolatát a szakirodalomban (4.2. fejezet; a 4.1. fejezet a téma irodalmi áttekintése).

A „modernkori egészségfeltéssel” kapcsolatos kérdésem, hogy mennyiben gondolja a jelölt azt egy új szindrómának/kórképnek és mennyiben tartja azt egy már meglévő kórkép új, modernkori tartalommal való feltöltésének? Pl. a téveszmék jelentősen változtak az idők folyamán: régi kórrajzokban a téveszmék között szerepelt, hogy a páciens a beszámolója szerint a császári családdal áll rokonságban – ez teljesen eltűnt a XX. század második felétől. (A jelenségről ld. pl. Pisztora Ferenc - Ungvári Gábor: Politikai események és társadalmi változások tükröződése paranoid betegek téveszméiben. Orvosi Hetilap, 1978, 119 (26), 1613-1617).

A 4.3. fejezet egy hosszmetzeti vizsgálatot ismertet a szomatoszenzoros amplifikáció, a mindennapi tünetek és a modernkori egészségfeltés háttérében címmel, mely megerősítette a jelölt és a szakirodalom korábbi felvetését az attribúciós magyarázattal kapcsolatban.

A 4.4. fejezet a szomatoszenzoros amplifikáció és a modernkori egészségfeltés egy kísérletes vizsgálatát mutatja be. A fejezet érdekessége, hogy annak bevezetése az egészségfeltés egyik okaként azt jelöli meg, hogy egyes „... cégek a modernkori aggodalmaskodás növelésében érdekeltek.” A vizsgálat jól megtervezett, power analízist végeztek a vizsgálati alanyok számának meghatározásához és a szignifikanciaszintet Bonferoni – korrekcióval 0,007-ben határozták meg. Ilyen módszertan leírását a többi fejezetnél nem találtam. A reklámfilm alkalmazásával végzett kísérlettel sikerült megerősíteni a szomatoszenzoros amplifikáció és a modernkori egészségfeltés kapcsolatát és azt megállapítani, hogy a kapcsolat nem magyarázható egyszerű szentizációként vagy a kockázatot sugalló üzenetek



felerősítéseként. A film hatásáról írja a jelölt, hogy egyetlen reklám film alkalmas volt szorongás keltésére ill. növelésére. A bíráló nem ért a reklámpszichológiához, azonban szeretné megjegyezni, hogy a film megerősíti azt, amit a terület szakemberei állítanak: a jól elkészített reklámok hatnak...

A 4.5. fejezetben (hivatkozva saját korábbi közleményére) a jelölt kritikusan ír „az internet és a közösségi média” szerepéről, melyek szélsőséges esetben megalapozatlan félelemkeltő információk terjesztésével „tömeghisztéria (mass psychogenic illness) alapjául szolgálhatnak. Ez az összefoglaló kontrasztot teremt az 5. fejezetben közölt kísérletekhez.

Az 5. fejezetben 3 kísérletet találunk, melyek az elektroszenzitivitás és a szomatoszenzoros amplifikáció közötti kapcsolatot vizsgálták. Az első két kísérlet lényege az volt, hogy magukat elektroszenzitivnek tartó és annak nem tartó személyeket tettek ki mágneses tér hatásának. A résztvevőknek minden egyes próbát követően jelezniük kellett, hogy érzésük szerint be volt kapcsolva a mágneses mező vagy sem. Az első kísérlet módszertani „gyenge pontjait” a jelölt részletesen tárgyalja, azonban leírja, hogy nem lehetett kizárni a kapott eredmények alapján, „hogyan az elektroszenzitivitás mögött – kisebb részben – a mágneses mezőkre való valószínűségi érzékenység áll.”, ugyanis a „magukat elektroszenzitivnek tartó személyek a véletlenszerűen jobb mágneses-detekciós eredményt értek el. Ennek a váratlan eredménynek az ellenőrzésére egy második vizsgálatot végeztek, melyben az előző kísérlet „gyenge” részeit korrigálták. „Ebben a kettős vak kísérletünkben sikerült replikálni az elektroszenzitivnek tartó személyek véletlenszerűen jobb detekciós képességével kapcsolatos korábbi vizsgálati eredményt...”. E váratlan és nagyon érdekes lelet replikációja után következett a harmadik vizsgálat, melyben az előző vizsgálat körülményeit és felépítését használva nem hoztak létre mágneses mezőt, minden detekciós kérdés mágneses mező nélküli helyzetre vonatkozott. Talán nem nevezhető meglepőnek az eredmény: „a résztvevők a mágneses mezőnek tulajdonított tüneteket észleltek csupán a mezővel kapcsolatos elvárások hatására.”

A 6.1. fejezetben a jelölt áttekinti a placebo jelenséget és a modernkori egészségféltést és az elektroszenzitivitás jelenségét „a placebo- jelenség ernyője alá” illeszti be. Az értekezés lényegét nem érintő a bírálónak az a megjegyzése (ld. 183 old.), hogy a pszichiátriai klinikai vizsgálatok adatai szerint a legtöbbször a hatékonyság hiánya miatt és nem a mellékhatások miatt esnek ki a klinikai vizsgálatokból. A klinikai vizsgálatok súlyosbodó problémája a jelentős és a vizsgálatok dátumával mért idővel (évszámok) pozitív korrelációt mutató, azaz növekvő placebo hatás.

A 6.1. fejezetben általános erejű megállapításként szerepel: „... Hogy ha egyszer sikerült egy elfogadható okot találni egy érzelmre vagy testi érzésre, akkor jóval kevésbé tartjuk majd zavarónak vagy problematikusnak...”. A hivatkozott irodalmi forrásokat az 1960-as években közzétették, amikor még nem volt annyira közzismert, hogy ez a megállapítás nem általános érvényű, pl. az akut stressz zavar és a PTSD vagy szkizofrénia esetében is számos kivétel sorolható fel.

Ugyanebben a (6.1.) fejezetben szerepel, hogy „Az egészséggel kapcsolatos irreális aggodalmak egyrészt szintén növelik a szorongási szintet, másrészt folyamatos önmonitorozást indukálnak...” – a reális aggodalmak is ezt teszik, nem? Azaz vs. az egészséggel kapcsolatos aggodalmak – akár reálisak, akár irreálisak - növelik a szorongási szintet, másrészt önmonitorozást indukálnak.

A 6.2. fejezetben ismertetett fejezetben ismertetett prospektív vizsgálatban frissen diagnosztizált esszenciális hipertónia miatt kezelt betegek vettek részt. A vizsgálat megerősítette, hogy a „szomatoszenzoros amplifikációs hajlam fontos szerepet játszik a nemspecifikus gyógyszer mellékhatások észlelésében, attribúciójában és riportjában.” A jelölt maga is leírja, hogy „...meglehetősen kis elemszámmal, nem reprezentatív mintán végzett pilot-vizsgálatról van szó” és az adherenciát sem

mérték. A vizsgálati elrendezés (nyílt, nem kontrollált vizsgálat) csak korlátozottan alkalmas következtetések levonására. A résztvevők vérnyomása fontos adat lenne, ui. az a betegség legfontosabb paramétere, mely kapcsolatban áll a tünetekkel és a kórlefyással. „A résztvevők által napi rendszerességgel szedett más gyógyszerek” jelentősen befolyásolhatják a tüneteket és a mellékhatásokat. „Ezt a változót az elemzésből kihagytuk”, mivel „mindössze 9 résztvevő tett említést más gyógyszer szedéséről” – ez 84 beteg esetében azt jelenti, hogy a betegek 10%-a szedett más gyógyszert is (feltehetően más betegség/ek miatt, ami további tünetek forrása) és az ő esetükben a mellékhatások megjelenésének a valószínűsége nagyobb.

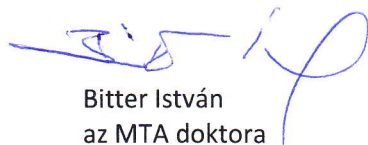
A 7. fejezet kiváló összefoglalás és kitekintés, melyhez néhány apró megjegyzésem van csak. Perkins&Corr idézett 2006-os munkája, mely szerint a szorongás megközelítő viselkedést generál nem vált elfogadottá és Perkins és Corr csoportjának sem sikerült replikálnia ezt a meglehetősen ellentmondásosnak tűnő eredményt (Adam M. Perkins, Andrew Cooper, Maura Abdelall, Luke D. Smillie, and Philip J. Corr: Personality and Defensive Reactions: Fear, Trait Anxiety, and Threat Magnification. The Journal of Personality, Volume78, Issue3, June 2010, Pages 1071-1090).

A „paradox of health” (nő a várható élettartam, mégis többen érzik magukat betegnek, több tünetről számolnak be) kapcsán leírt aggodalom, mely szerint az „információ robbanásszerű terjedése a tömegmédián keresztül...” .... „egyre több kárt fognak tenni”. A tömegmédiá (és bármely médiá) a „hírre koncentrá”, a szenzációnak nagy az értéke és káros lehet – azonban a kár-haszon elemzésben az internet elterjedése optimistább kicsengésű elemzésre is alapot adhat.

Összefoglalóan: KÖTELES FERENC: „Szomatoszenzoros amplifikáció. Elméleti és gyakorlati vonatkozások” c. akadémiai doktori értekezésében összefoglalt eredmények korábban közlésre kerültek. Mindegyik eredmény új, azok újdonság ereje értelemszerűen különböző: pl. egy kérdőív hazai validálása „rutin” gyakorlatnak tekinthető, ugyanakkor a hazai vizsgálati eszköztárban új kérdőív jelent meg. A szomatoszenzoros amplifikációval folytatott empirikus vizsgálatai úttörőek, figyelemfelhívóak, s ennek megfelelően folytatásra várnak; nem tekinthető a kérdés lezártnak – pl. a családi háttér szerepének vagy az eletroszenzitivitással kapcsolatos leleteinek az értelmzése, pontosítása. Kérdéseim, megjegyzéseim a munka értékét nem csökkentik, nem vonják kétségbe, azok a „rutin” bírálói tevékenység részét képezik.

A doktori művet nyilvános vitára alkalmasnak tartom.

Budapest, 2019. március 2.



Bitter István  
az MTA doktora