

A KRÓNIKUS FÁJDALOM SZINDRÓMÁBAN SZENVEDŐ BETEG SZEMÉLYISÉGJELLEMZŐINEK ELEMZÉSE, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL AZ ÉNERŐ, ÖNSZABÁLYOZÓ ÉS INTRAPSZICHÉS KONTROLLRENDSZER VIZSGÁLATÁRA

CSÁSZÁR-NAGY NOÉMI^{1,2} – LOVAS ÉVA² – TAKÁCS SZABOLCS³ –
NAGY ZSÓFIA²

¹Nemzeti Közszolgálati Egyetem

²Pszichoszomatikus Ambulancia

³Károli Gáspár Református Egyetem

E-mail: noemi.csaszar@pszichoszamoca.hu

Beérkezett: 2019. december 31. – Elfogadva: 2020. február 29.

Háttér: A magyar lakosság több mint egyharmadát érinti e betegség. A vele járó komorbid depresszió a betegek csaknem felénél előfordul. Életvitelükre a rokkantsági állapot jellemző. Rehabilitációs lehetőségeik szűkösek. Tudományosan megalapozott, kidolgozott rehabilitációs program mind ez idáig nem létezik.

Célkitűzés: A betegek komplex személyiségvizsgálatán alapuló személyiségi potenciálok feltárása, az intrapszichés dinamika, életviteli működésmód átfogó elemzése, különös tekintettel a rehabilitációs programtervezés szempontjából döntő „erőfaktorokra”, mint énerő, önsegítő-önépítő aktivitás és életviteli kontrollrendszer.

Módszer: A Rorschach komplex és átfogó személyiségvizsgálat alkalmazásával kilenc hipotézis mentén a személyiségjellemzők feltárása, a személyiség egészének kontextusába helyezve az önsegítő, belső erőtényezőkre fókuszált elemzés.

Vizsgálati minta: 576 beteg és 609 sine morbo kontrollszemély. Az adatokat SPSS programcsomaggal elemeztük.

Eredmények: A betegek sajátos személyiségjellemzői „deficit arculatú” hiánytényezőkként detektálhatók. Ezek közül az önsegítő és önépítő intrapszichés erők, az önkontroll, a motivációs aktivitás súlyos károsodottsága, valamint az emocionális élet deficitjegyei emelhetők ki. Az életvezetés „deficit szindrómás” mivolta az életminőséget rombolja, és mintegy „életképtelenségi” beteghelyzetet tükröz. Magas megbízhatóságú differenciáldiagnosztikai indexet dolgoztunk ki, amely szűrési és preventív eszközként szolgálhat.

Következtetések: Gazdag eredményanyagunk lehetőséget nyit állapot- és betegség-specifikus rehabilitációs program kidolgozására, amelyben a hangsúlyt a belső erőtartalekok, motivációk felerősítésére, énerősítésre és a pozitív copingok megtanítására kell helyeznünk.

Kulcsszavak: krónikus fájdalom szindróma, Rorschach-teszt, énerő-faktorok

BEVEZETÉS

Ez a tanulmány azt a célt tűzte ki, hogy feltárja azokat a személyiségdinamikai erőket és jellegzetes működésmódokat, amelyek a krónikus fájdalomban szenvedő betegeknél, valamint a sine morbo kontrollszemélyeknél fellelhetők. A Rorschach-teszt, amely átfogó személyiségkép megalkotására is képes, egyszersmind részletezően, finommíves kognitív, érzelmi, viselkedési és patológikus potenciálokat is képes detektálni, lehetővé teszi, hogy az egészséges elemzést a részletek vizsgálatán, majd puzzle-szerű összeépítésén át végezzük el. Ezt szolgálja jelen vizsgálatunk. Ezen belül helyezünk különös hangsúlyt a „lelki erőrendszer” vizsgálatára. A lelki rendszer egyensúlyának, a megküzdő erőknél, valamint az önreparatív potenciáloknak a mozgósítási lehetősége mind az ép, mind az érintett, sérült személyiség esetében kulcskérdés. A lelki erőnek nevezett belső potenciál feltárása a diagnosztikai megközelítés szempontjából a projektív tesztek alkalmazásával érhető el. E tekintetben a Rorschach-próba a legalkalmasabb, hiszen kimunkált adatfeldolgozó rendszerével képes arra, hogy a személyiség énerő, belső (introverzív) potenciál, affektív fék és önkontroll, valamint „beleélő” képességét nagyító alá helyezhessük. A szociálkognitív jelentésadási folyamatokat létrehozó belső, introverzív erők „mozgásformái” az adaptív megvalósító, teremtő, egyszersmind kontrolláló funkciót tükrözik. Ezek képezik a Rorschach-teszt intro- és extravverzív „élménytípus”-ban kifejezésre jutó dinamikus egyensúly introverzív oldalát. A primer (aktív embermozgás) és szekunder (egyéb mozgás) válaszok rendszerének megvilágításában olyan kiegészítő, a mozgásminőségek differenciáltsági fokát kifejező, új minőségi szinteket foglaltunk bele az elemzésbe, amelyek a primer B-k esetében az empátia jelentéséhez is közelebb vihetnek. Azt reméljük, hogy a betegek esetében az eredmények a rehabilitációs és terápiás folyamatokban lesznek kamatoztathatók, a sine morbo kontrollszemélyeknél mutatkozó jellegzetességek pedig azokat a belső erőfolyamatokat tárhatják fel, amelyekkel egy adaptációképes személyiség szociálkognitív és empátiás képességek szempontjából elegendő egyensúlyt tud fenntartani.

A tanulmány első részében röviden a krónikus fájdalom szindrómát világítjuk meg, hiszen ennek irodalma széleskörűen kidolgozott. Áttekintjük a kórállapot legfontosabb szociális és pszichikus jellemzőit, amelyek indokolják a személyiség „küzdelmi erőinek” megismerését. A vizsgálatban alkalmazott Rorschach-próba mozgásválaszokból nyerhető jelentésmezőjének és dinamikai rendszerének részletesebb bemutatása alapozza meg saját, a primer B-ket tovább differenciáló rendszerünket. A hipotéziseket szorosan beágyazzuk abba a pszichodinamikai modellbe, amely alapján a Rorschach-teszt mozgásválasz-szekvenciái értelmezhetők. A vizsgálati minták és az adatgyűjtés áttekintését követően az adatfeldolgozás matematikai-statisztikai eljárásait indokoljuk és ismertetjük. Az eredményeket adatszerűen, majd megbeszélésbe ágyazva elemezzük. Végül a hasznosíthatóság lehetőségeire világítunk rá.

A krónikus fájdalom betegsége és a beteg személyiségjellemzői

A krónikus fájdalom betegsége a magyar felnőtt lakosság több mint egyharmadánál jelentkezik (Réthelyi, Berghammer és Kopp, 2001). A 10 516 vizsgálati személy 35%-a érintett. E betegek további 43,7%-a komorbid zavaroként előálló depressziót és életminőségének romlását jelentősnek ítéli meg. Évente átlagosan kilencszer keresik fel a betegek a kezelőorvosukat (Ress, Berghammer és Túry, 2006). Életvitelükre a beszűkültség, mozgáskorlátozottság, rokkantsági állapot jellemző. A csökkent munkaképesség, a keresőképtelenség gyakorta korai nyugdíjazáshoz vezet. A betegségre vonatkozó elméleti megközelítések a pszichoszomatika történeti kereteiben követhetők nyomon. Az eredetre vonatkozó kutatások fényében a pszichoszomatikus betegség jelleg ugyan fenntartható, mert bio-pszicho-szociális rendszerkeretekben érthető meg. Mégis túlélhetünk a korábbi feltevéseken azzal, hogy a betegség a test-elme komplex zavarának tükröződése (Császár, 2017). Nem az akut fájdalom kronicizálódása, hanem tartós személyiségváltozás, amely sem valamely szervi betegségre nem vezethető vissza, sem pedig a depressziós lelkiállapotból nem vezethető le. A ma érvényes egyik magyarázó rendszert Candace Pert (1999) test-elme koncepciója világítja meg. Az ember holisztikus egység, az érzelmek minden sejtünkben benne vannak biokémiai molekulák formájában („érzelemmolekulák”). A memória a sejtek szintjén, receptorszinten is működik, az érzelemmolekulák (ligandok) a szervezet egészében összefüggő pszichoszomatikus hálózatot alkotnak. Receptor és ligandja kulcs a zárban viszonyban vannak. A sejtek közötti információcsere és hálózati működés automatikusan folyamatos. A test-tudat, test-elme fundamentális zavara a krónikus fájdalom, amely sajátosan deviáns test-tudati működésnek tekinthető. A betegség diagnosztikus jellemzőit Wilson, Watson, Haythornwaite és Jensen (2008) az alábbi tíz tényezőben határozta meg: 1. központi panasz a krónikus fájdalom, amelynek mértéke súlyos, 2. a betegség szomatikus okokkal nem magyarázható meg kielégítően, 3. a beteg teste fizikai változásokat szenved el, mint pl. izomerő csökkenése, ízületei merevbbé válása, mozgáskorlátozottság, 4. neurovegetatív panaszok jelentkeznek, melyek tovább súlyosbítják a fájdalmát, 5. a pszichológiai distressz és szorongás mértéke jelentős, fokozott, 6. felmerülhet a gyógyszerfüggőség (fájdalomcsillapítóktól, opiátoktól), 7. a beteg életvitele beszűkül, társas kapcsolatai gyérülnek, 8. a hétköznapi viselkedésben tartós változások mennek végbe, új szokások, pl. betegségrituálék jelennek meg, 9. megváltozik a munkaképesség, és romlik az anyagi helyzet, 10. a beteg gyakorta jogi procedúrákba keveredik (pl. pereskedik a munkáltatójával). A krónikus fájdalom szindróma (továbbiakban KFSZ) személyiségi jellegzetességeit hazai vizsgálatok alapján a legátfogóbban Császár (2011) munkái tárták fel. A krónikus betegség az adaptációs és küzdőerők felmorzsolódását, a kedvezőtlen introspekciót, a testhez mint ellenséges tárgyhoz való viszonyulási módot hozza létre. A test „ellenséges” üzeneteivel viaskodó beteget kiemeri a küzdelem, a szenvedésnek alárendelődő, arra koncentrálni érdeklődés, beszűkülés. Field és Swarm (2008) szerint a betegnél szociális viszonyulásában az önmagára vonatkozó érzékenység, az életépítő-jövőtervező indítékok korlátozódása jellemző, a beteg függővé válik saját teste állapotjeleitől, és önvédelmi, gyakorta önsorsrontó életutakat preferál. Császár (2011) a KFSZ betegek személyiségére az érzelemmentesítő,

racionalizáló lelki munkamódokat találta jellemzőnek. Nem a represszor típusú, elfojtásos jellegű elhárítások dominálnak, hanem a szenzitizátor attitűd, a túlérzékenység, a túlkontrolláló magatartás, valamint az inadekvát (pl. acting out jellegű) feszültségelvezetés. Komorbid jellemző a depresszió, amellyel a megküzdő erők gyengülése, esetleg kimerülése társul (Császár és Tóth, 2005). Tehetetlenség, distressz, szorongás, reménytelenségérzés válik a betegben uralkodóvá (Császár, Bereczki, Tóth és Varga 1998; Dömötör és mtsai, 2009).

A vizsgálatunkat megalapozó Rorschach pszichodinamikai rendszer

A KFSZ betegek korábbiakban feltárt személyiségjellemzőinek ismeretében szükségesnek tartottuk, hogy közelebb jussunk a személyiség működési erőinek megismeréséhez olyan vizsgálattal, amely – szinte egyedüli módon – képes a személyiségben zajló erőfolyamatok küzdelmének megvilágítására. Ezúttal az volt a célunk, hogy a Rorschach-próba komplex tesztanyagában olyan tényezőket keressünk, amelyek a rehabilitációs folyamat szempontjából a jövőben hasznosíthatók. Tapasztalataink és a fent hivatkozott vizsgálataink szerint ugyanis a KFSZ beteggel való terápiás kapcsolat kritikus tényezője a beteg beszűkült, zárt életviteléből való kimozdulás a spontán, saját erők aktiválása révén. Ez pedig a kapcsolati indítékok szempontjából erősen függ a beteg belső küzdelmi erőinek mibenlététől, meglévő önreparatív mozgásvilágának jellegzetességeitől. Azaz, ami a betegben „megszólítható”, ahogyan mozgósítható, amilyen érzelmi befogadó és rezonancia- (empátia-) képességgel rezonál a segítőre. Mindez pedig – elgondolásunk szerint – specifikusan megragadható az énerő, belső kontroll, küzdőképesség, lelki „erődinamikai” helyzet, állapot és erőtartalmak felől. Mindezt a „nagy egész”-be ágyazottan, a feltáruló szignifikáns jegyek kontextusába helyezve tesszük láthatóvá. A Rorschach-teszt által képviselt személyiségdinamikai rendszer intro- és extravérzív oldala szempontjából az energiarendszer „töltését” az ún. mozgásoldal képviseli. Ezt a kódolási konvenciók szerint az ún. primer (B és Bsec), valamint szekunder B (Bklein, BF, b, assoc B és absztrakt B) válaszok hordozzák és tükrözik. Tekintettel a sajátos tudásanyagot kívánó projektív személyiségvizsgálat pszichodinamikai rendszerére, az alábbiakban, hipotéziseink felvázolása előtt, annak mintegy elméleti kereteképpen ezt – a teljesség igénye nélkül – vázoljuk. A személyiség affektív és érzelmi-hangulati életének tükrözője a teszt élménytípusának „jobb oldala”, azaz a színválaszok tartománya. A lelki „mozgékonytságot”, aktivitás-készenlétet, indítékerőket és teremtő szándékokat (cselekvésterveket) az élménytípus „bal oldalának” mozgásválaszai tartalmazzák. A mozgásoldal azért elsődleges, mert a teszt táblái a színeket, formákat láthatóan kínálják, a vizsgált személy (továbbiakban v. sz.) hasonlító, analógiakereső műveleteiben a mozgás kristálytisza kivetülése a belső erők által „értelmezett” és árulkodóan kinyilvánított, projektált belvilágnak. A manifesztálódó, mozgósulni képes teremtő-kontrolláló-jelentésadó erőket a mozgásminőségben találjuk meg, innen „olvashatjuk le”. A mozgásjegyek az önmegvalósításra törekvő erők oldalát képviselik, és minden mozgástípus törekvése, hogy B válasz (embermozgás) legyen (Mérei, 2002). Az affektív és érzelmi töltöttséget pedig a színválaszok minősége hordozza. Ha a lelki energiafolyamatokat követjük, „alulról”, az indulati típus zw

(energetikai) töltöttségéből kell kiindulnunk. Az irány és cél nélküli diffúz feszültség, energia a lelki szintéren belül szándékok, törekvések alakját ölti fel a lelki mozgásmezőben, a legrimitívabb (kisgyermeki) fokozattól a fejlődés útját mintegy modellezve és követve az érettebb szintek felé. A differenciálódásban a szekunder B-k a szándékfeszültség hordozói, és jelzik a már kiformalódott és egőazonossá vált, identikus szükségleteket, törekvéseket, amelyek mégsem jutottak még el a primer, azaz cselekvő, megvalósuló B-k szintjére. Ezért nevezzük őket „abortív” B-knek is. A szekunder B-k szintjén a törekvések mozgása lehet akadályozott, blokkolt, gátolt is. Ezáltal a belvilági mozgáserők nem képesek az élménytípus megvalósítási erőrendszerébe átdiffundálni. A szekunder B- szekvencia hierarchiája az emberi egőazonos, autentikus cselekvési érettség felé vezető úton hasonlatos a gyermektől a felnőtt differenciáltságig vezető fejlődés fokozataihoz. A lelki életnek tehetetlenségbe szoruló, tárgy nélküli, robbanásveszélyes és vitálisan fenyegető feszültségét az absztrakt B-k képviselik. A már szándékot és irányt, „tárgyat” keresgélő „asszoc B” fokozatnál az alkotó energia még nem integrálódott a konkrét tárgyiasított szándék, akarat vagy törekvés egyéni képzetébe. Már lebeg, létezik, de még nem vált az egó sajátjává. Diffúzan létezik sok tárgy felé ágazóan. A BF (állatmozgás) minőségi fokozat már nagy ösztönerőket hordozó és azonosulási feszültséget tartalmazó energia, amelyből könnyebben válhat személyes, egyéni akarat, terv, cél, mert kész az azonosulásra. Gyermeki mivoltában még változékonyság és esetlegesség jellemzi. Végül a szekunder B-k sorában a Bklein jut közelebb a teremtő és megvalósuló szándékok határához, de még benn marad mint álmodozás, fantázia, vágyfutam, ábránd. A „kis b”-nek jelölhető minőségek (tárgyak, égitestek, természeti jelenségek mozgásai) mintegy „befogják”, magukhoz ragadják az energiákat, ambíciók és álmok felé terelve őket. Kisülhetnek mint explóziók, próbaviselkedésként futhatnak végig a lelki szintéren, de kudarcra ítélt igyekezetté, beszorult lelkiállapottá is válhatnak. A Bklein mozgásfokozatban mégis leginkább mint álmok, ábrándok, a lelki színpadon elképzelt folyamatok jelenhetnek meg, egészen közel az énbe integrálódáshoz, mert a célokról álmodozás erői már elérik az összegződni képes állapotot. Ezen a szinten fordul át a szándékok, szükségletek, törekvések erőrendszere a megvalósító (introverzív lelki funkciót szolgáló) erővé. A Bsec minőség statikus embermozgásformái a készség jelzői, a rövidesen akcióba lendülés előfeszítettségének is jelzései, de a megtorpanás, lefékeződés és blokk tükrői is lehetnek. A B (aktív emberi mozgás) jelenti a csúcst, itt minden belső erő a személyiséggel önazonosan, a törekvések megvalósítását szolgálja. Minden reális életterv, akarat, viszonyminta, jelentéadó kognitív folyamat az introverzió lelki színterén zajlik. A B-k formai megfelelésétől (előjelétől) függően valóságazonos vagy akár irreális módokon működhetnek. A fent ismertetett rendszert az 1. táblázatban áttekinthetően szemléltetjük.

Az energiaszintek és mozgásminőségek eme fejlődési útja, hierarchikus differenciálódási rendszere lehetővé teszi, hogy a mozgásminőségek egyedi (vagy állapotspecifikus) mintázatát tanulmányozva választ keressünk arra, milyen változásokat, esetleges károsodásokat idézhet elő egy-egy kórállapot, és mi „marad” a személyiség számára belső küzdelmi erőként, amire támaszkodva dolgozhat (avagy a terapeuták dolgozhatnak) a megváltozott erővel. Számos KFSZ pácienssel szerzett tapasztalat készített bennünket arra, hogy a Rorschach-próba intrapszichés erőrendszerét vizsgáló jelen munkánkban a primer B-k között is további minőségi különbségeket határozzunk

1. táblázat. A primer mozgásválaszok hierarchiája

válasz	példa	jelentés/hierarchia
Bsec (+,+/-,-)	„Ember felemelt kézzel.”	Az önazonossá integrált megvalósító törekvések startkészek, de blokkolt állapotban vannak.
hézagkitöltéses B (+,+/-,-)	„Két ember.” (pl. a III. táblán, ahol 8-as a lábuk.)	Van a személyben önazonossá integrált szociális irányú megvalósító akciópotenciál, de nincs törekvéstartalom, akciócsend állapota.
kooperatív B (+,+/-,-)	„Két nő mos.”	Az önazonossá integrált szociális irányú törekvés cselekvéses töltést nyer. Az egó számára a közös cselekvés képez értéket. Önkontroll jegy.
emocionális B (+,+/-,-)	„Két ember segít egymásnak, összetartoznak, szeretik egymást.”	Beleélés és kivetítés egyensúlya. Affektív fék, érzelmi önkontroll. Az önazonossá integrált törekvés szociális „tárgy” iránti érzelmekkel teljes. Kapcsolati érzelmeket és élményközösséget jeleznek, vagyis együttérzési és cselekvési képességről szólnak.

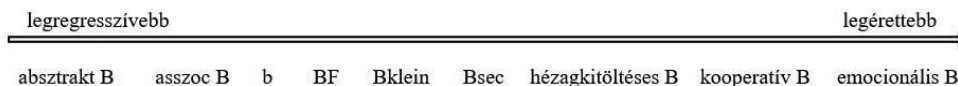
meg, mivel a B-k (azonos jelük ellenére) nem azonos értéktöltöttséget hordoznak. Konvenciónk szerint a „hézagkitöltéses” B+ válaszok a II., III. és X. táblán aktív embermozgás jelet kapnak, a gestaltteremtő szemléleti rugalmasság miatt, mellyel egészzé formálják a részeket is. A „két ember dolgozik” vagy a „két ember segíti egymást, szeretettel fordulnak egymás felé” jelentésekben utóbbi ugyancsak B+, csupán egy „intenció” különleges reakció a válasz „hozama”. Az intencióval az érzelmi bevonódást értékeljük, a mozgásválasz egésze hordozza azonban a szociabilitást, az érzelmi mozgósulás, empátia képességét. Ezért jogosnak érezzük, hogy ezt a szociálkognitív érzelmi érzékenységet külön mozgásminőségként értékeljük. (Lásd 1. táblázat.)

Ekképpen a primer B-k esetében véleményünk szerint az érzelmileg töltött B-k a hierarchia magaslatán állnak, őket követik a cselekvésesnek, avagy együttműködőnek, kooperatívnak nevezhető B-k. Ezekben a két ember valamilyen tevékenységet végez, melyet akár külön-külön is folytathatnának, de a válaszban úgy jelennek meg, mint együttműködők, valamilyen művelet zajlik, érzelmi állapotjegyek nélkül. Ezek elkülönítésére már Csígyó Katalin (2017) is tett észrevételt. A „hézagkitöltéses B”-k az aktív, alkotó potenciál épségét, az énerő és önkontroll meglétét, a tevékenységre kész állapotot jelzik anélkül, hogy az akció megjelenne. A Bsec pedig a készenléti és/vagy blokkolt, passzív mozgásállapotot tükrözik, ezekből könnyen fordulhat át a szándékfeszültség valós akcióba, önazonos spontaneitással (B+). Az a bontás és differenciálás, amelyet a B válaszok terén teszünk, közel áll Urist (1977) skálájához, ahol azonban a kötődés és a kapcsolat minőségi fejlettsége (nárcisztikus, egoisztikus, szimbiotikus, alá-fölé rendelődési, szadomazochisztikus és egyenrangú), ennek kölcsönösségi fokok szerinti differenciálása volt a vizsgálat célja. Saját rendszerünkben az érzelmileg töltött B akár empátia-B-nek is nevezhető volna.

Hipotéziseink egyik részét a fentebb vázolt intrapszichés dinamika és jelentésszintek logikájára építjük. A primer B válaszok mint énerő jegyek az önazonosság erőinek is tekinthetők. A szekunder B-kben tetten érhető és nyomon kísérhető törekvések az énidegentől (absztrakt B) az énbe integrálódni akaró, de még kívül maradó (asszoc B) erők felől haladnak az azonosulási feszültséget hordozó BF-eken át a vágjak, álmok, belső lejátszások határáig, hogy onnan az énbe ivódva saját indítékkal létrejöhessen az önmegvalósítás, önazonos tevékenység formájában. Mivel a belső folyamatok realitástükrökre, adekvát mivolta a válaszok minősítő jeleiben ragadhatók meg, a plusz minősítés az eredményességet és adekvátságot egyaránt jelzi. A plusz-mínusz megosztottság az ambivalencia, bizonytalanság hordozója, a mínusz forma pedig az irreális, kórosan önazonossá tett szándékfeszültségek és belső erők tükrökre.

2. táblázat. A szekunder mozgásválaszok hierarchiája

válasz	példa	jelentés/hierarchia
absztrakt B	„Örvény, az egész forog.”	Tárgy nélküli, diffúz feszültség, nyugtalanságként jelentkező állapot.
asszoc B	„Kiöntötték a tintát.”	A tárgy „melletti”, a tárgyhoz társuló, még nem az énbe bevont, lekötetlen törekvéstartalmak képzetei, szándékfeszültségei.
b (+,+/-,-)	„Repülő repül.”	Az énbe integrálódás fragmentált, én részek involváltak, a tárgyakra, környezetre vetülő „körülmenyvezéreltség”.
BF (+,+/-,-)	„Lepke száll.”	Az élővilágra vetülő, egóirányultságú, de még integrálatlan, „gyermeki” cselekvéstörekvések képzetei, azonosulási, önmagába bevonási feszültség, a „magáévá tenni” vágya, gyermeki állapot, körülmenyvezéreltség.
Bklein (+,+/-,-)	„Csücsörítő száj.”	Az énbe integrálódás útján még nem elfogadottan önazonos, elfantáziált cselekvéstervek, törekvések képzetei.



1. ábra. A Rorschach-teszt mozgásválaszainak hierarchiája a legregresszívebbtől a legérettebbig

A Rorschach-próba színválaszainak hierarchiája

Míg a mozgásválaszok elsősorban a belső produktivitásra, addig a színválaszok a külvilággal szembeni affektív magatartásra engednek következtetni. A személyiség affektív és érzelmi-hangulati életének tükrözője a Rorschach-teszt élménytípusának (ÉT) „jobb oldala”, azaz a színválaszok tartománya. Kiemelendő, hogy az Fbn és F(Fb) válaszok nem számítanak bele az ÉT-be. Az Fbn a súlyosan regresszív állapot tükrözője, ez adja a skála legrégresszívebb pontját, míg ezzel szemben az FFb (+,+/-,-) válaszok a legérettebb színválaszok. Az F(Fb) (+,+/-,-) válaszokat mi is külön kezeljük, hiszen e jegy elsősorban az *érzékenység mutatója*, számszakilag az MF „jobb oldalához” adjuk. Megjelenése, felszaporodása esetén az érzélem erősen érintő módon, túlreagáló megérintődésben jut kifejezésre a viselkedésben. Adekvációs fok szerint a következők jellemzők a viselkedésben: pozitív (+) adekváció esetén hiperérzékenység valószínű, ám adaptív keretek között; plusz-mínusz (+/-) előjellel érzékenykedő, sértődős, énes tulajdonító, önmagára vonatkoztató készséggel szenzitív reagálás várható; míg a mínusz (-) adekvációs fok a paranoiditásig is fokozódható projekciós készség, szenzitív vonatkoztatási készenlét jele, ami akár kóros is lehet.

3. táblázat. A színválaszok hierarchiája

válasz	példa	jelentés/hierarchia
Fbn	„Ez zöld.”	Maga az érzélem elemi módon önti el az egyént, irreális szituációt teremtve, súlyosan regresszív, inadaptív állapot. A csecsemő létmegnyilvánulása maga a gátak-fékek nélküli diffúz affektusok kifejezése. Felőtnél a legmélyebb regressziós fok, pszichózis jelzés.
Fb	„Tinta.”	Az érzélem a konkrétumoktól, helyzetektől, emberektől függetlenül ott jut nagy erővel kifejezésre, ahol megszületett. Nincs is tekintettel a szituációra, körülményfüggetlen. („epileptoid”) Érzelmek helyett kontroll nélküli expozív affektusok uralják a viselkedést. A fékek hiányára utal.
FbF	„Tintapaca.”	Érzélemvezérelt gondolkodás, dinamikus, látványos, szituációkhoz kötődő, szociális közegben megjelenő, teatrális, szalmaláng típusú viselkedés. („hiszteroid”) Szociálisan a konkrét helyzetekhez kötődő, a kifejezési terepet megkereső expozív affektív-emocionális, teatrális érzélemkifejezések jellemzik („színes szélesvásznú”, dramatikus megjelenítések).
FFb (+,+/-,-)	„Piros pillangó.”	Rációvezérelt, érett érzelmek jellemzik, amelyek adaptívak és szociálisan pozitívak. Adekvációtól függően sikeresen (+); ambivalensen (+/-); vagy sikertelenül (-) szabályozva. (A pozitív [+] adekváció a legmagasabban integrált, mentálisan uralt érzelmeket tükrözi, míg minőséghatárolás esetén a kísérletek kudarcát és annak mértékét tükrözik.)

A szorongáskezelés jegyei, az árnyékolásválaszok hierarchiája a Rorschach-próbában

Az árnyékolásválaszok az egyén szorongásának mértékéről adnak információt. Abba kapunk betekintést, hogy a személyre mennyire jellemzők szorongásos tünetek, illetve félelmeit mennyire képes adekvát módon kezelni. Ez esetben is a legregresszívebbtől haladunk a legfejlettebb működésmód felé.

4. táblázat. Az árnyékolásválaszok hierarchiája

válasz	példa	fejlődése csecsemőkortól felnőttkorig	jelentés/hierarchia
Hd	„Sár.”	A kisgyermek szeparációs félelme, a tehetetlenséggel megélt fenyegető egyedüllét.	Elemi, a helyzetektől és személyektől függetlenül is megjelenni képes pánik, a személy nem érti és nem talál rá magyarázatot. Kezelni önmagától képtelen. Pánik-betegségben gyakoribb, eseti pániknak is jelzése lehet.
HdF	„Röntgenkép.”	A szorongásos álmok, az óvodáskori fantázia gerjesztésű félelmek, a személyes megnyugtatóra jól reagáló, szociálisan szelídíthető félelmek.	A szorongás helyzetekhez, személyközi viszonyokhoz kötődik, ekképp nyer kifejezést mint fobia, irreális viszolygás valamitől/valakitől.
FHd (+,+/-,-)	„Medveszőr.”	Előjeltől függően tükrözi a mentális kontroll alatt tartott, kezelt szorongásokat, félelmeket.	A szorongásos feszültségek mentális kontroll alatt vannak. (Az adekvációs jelzések a megvalósítási küzdelmet és a sikeresség mértékét fejezik ki.)

HIPOTÉZISEK

A Rorschach-tesztben nyert mozgásminőségeknek aszín és árnyékolás minőségekkel való viszonya alkotja azt a dinamikus rendszert, amelyben a színek az extravérzív oldalt, a valószínűségi érzelmi viszonyulást, a mozgásjegyek pedig az introvérzív, belső lelki erőrendszert képviselik. Vizsgálatunkban a KFSZ betegekkel folytatott két évtizedes klinikai munka tapasztalataira alapozva, a Rorschach-komplexum 256 jelölhető és általunk jelölt jegyének szerepét átvilágítva és azok kontextusába illesztve fogalmaztuk meg hipotéziseinket:

1. A KFSZ betegek Rorschach-tesztben produkált bevetítő (a valószínűségi befogadó) és kivetítő (a tesztben produkált) teljesítménye szignifikánsan alacsonyabb a sine morbo (továbbiakban SIM) személyekénél. Felfogásmódjuk, valószínűségi viszonyuk és környezetük szemlélésének módja eltérést mutat a SIM-ekétől.

2. A KFSZ betegek képzetait a valószínűségi egyeztető kritikai visszacsatolás másként működik, mint a kontroll SIM-eké, a bizonyító jegyek egységbe rendezhetők.

3. A KFSZ betegek primer mozgásválaszai kevesebbek, mint a SIM-kontrolloké, a B produktivitásban a hézagkitöltéses B-k jellemzők, a cselekvéses, kooperatív B-k nem preferáltak.

4. A szekunder B-k aránya alacsonyabb a kontrollokénál, mivel a cselekvéses önszabályozás-feszültség a betegekben apadtabb. Ha pedig nincs elegendő szekunder B, nincs erőtánpótlás.

5. Feltételeztük, hogy az érzelmi élet területén is apadtabb, szikkadtabb, vivőerős és hőfokszegény minőségeket találunk jellemzőnek, előjel szerint a sikertelenségi (plusz/mínusz és mínusz) jegyekkel, sőt az érzékenységet tükröző (F[Fb]) érzékenységi kifejezőmód dominanciájával. Kevesebb érzelmi megnyilvánulás jellemzi a KFSZ betegeket (az összes érzelmi jegy kevesebb).

6. Feltételezzük, hogy a szorongásos (Hd) feszültségek kezelési módjában is különbségek detektálhatók a két csoport között. A KFSZ betegekre éretlenebb feszültségmunkálás jellemző.

7. A KFSZ betegek viselkedési modellreakciói, kifejezésre jutó vágyai és szükségletei is eltéréseket mutatnak a SIM csoporthoz képest.

8. Feltételezzük, hogy a táblák felszólító jellege szerinti elemzésben a hiányjegyek és magasabb előfordulási arányok alapján a felszólító jelleggel összefüggésben jól értelmezhető összefüggésekre világíthatunk rá. A felszólító jellegek értelmében a beteghelyzethez való szubjektív viszony tükröződni fog betegségspecifikus közös elemekben.

9. Végül feltételezzük, hogy a Rorschach-teszt valamennyi jelölhető válaszelemének előfordulási jellemzői alapján fellelhetünk olyan mintázatot, amely lehetőséget ad differenciáldiagnosztikai „index” kidolgozására, a betegek és kontrollszemélyek elkülönítésére.

MÓDSZER

A vizsgálati személyek bemutatása

Vizsgálatunkban összesen 1185 személy vett részt, a krónikus fájdalomban szenvedő csoport 576 főből állt, míg a kontrollcsoportot, azaz a sine morbo személyeket 609 fő alkotta. A krónikus fájdalom szindrómás csoportba 168 (29,3%) férfi és 406 (70,7%) nő került. Átlagos életkoruk 46,41 év volt, 18 és 87 év között (SD = 13,29). A vizsgálati személyek iskolai végzettsége a következő eloszlást mutatta: alacsonyfokú végzettséggel 74 fő (12,9%), középfokú végzettséggel 268 fő (46,6%), míg felsőfokú végzettséggel 109 fő (19%) rendelkezett. 124 fő (21,6%) esetében nincs ilyen jellegű adatunk. A sine morbo csoportot 300 (49,3%) férfi és 309 (50,7%) nő alkotta, átlag-életkoruk 33,1 év volt 18 és 82 év között (SD = 12,36). 36 (5,9%) alacsonyfokú végzettségű, 274 (45%) középfokú végzettségű, illetve 265 (43,5%) felsőfokú végzettségű személy alkotta a kontrollcsoportot. 34 fő (5,6%) esetében nem rendelkezünk az iskolai végzettségre vonatkozó adatokkal. Látható, hogy a nemenkénti illesztés nem volt teljesen megfelelő, de az összehasonlítások során a korrekciós módszerek (a nagy mintanagyság miatt) ezeket figyelembe tudják venni (Bonferroni-módszerrel, nem hagyományos t-próbával történt az összehasonlítás – tehát robusztusabb eljárást választottunk –),

illetve az életkor esetében is jól látható némi eltérés, mivel a fájdalom szindrómás csoportban magasabb az életkor. Fontos megjegyeznünk, hogy a populációs standardok megalkotásakor (Vargha, 1989) nem különítettük el a férfiakat és a nőket, illetve nem voltak életkorok szerinti összehasonlítások, tehát e tekintetben a vizsgálati minta standardnak tekinthető, nem látszott szükségesnek az, hogy életkori övezetekre vagy nemi sajátosságokra alábontásokat készítsünk. Ugyanis táblánkénti elemzéseket is végeztünk, azaz egy-egy tábla esetében eleve ritkásabb válaszok születnek, mint a teljes jegyzőkönyvben, így ezt nem tudtuk már további (akár nemre, akár életkori övezetekre) bontásokkal még specifikáltabb részmintákra szétválasztani. Olyan jellegű vizsgálathoz (ha csak a nemenkénti és két-három életkori övezetet vennénk, akkor is) legalább négy-hatszor ekkora mintára lenne szükség.

A vizsgálat menete

A beavatkozással nem járó retrospektív vizsgálatunk során az Országos Gerincgyógyászati Központ Pszichoterápiás Osztályának és a Pszichoszomatikus Ambulanciának pszichológus szakemberei klinikai szakpszichológus szupervíziója mellett, a korábbi MySpine kutatás keretein belül, az osztályos protokollnak megfelelően a krónikus fájdalom betegek pszichológiai állapotfelmérését végezték. Ezzel párhuzamosan végezték a szakorvosok a fizikai egészségi állapot vizsgálatát, amely az általános helyzet felmérésén túl a gerincgyógyászati státusz vizsgálatára is kiterjedt. A pszichológiai vizsgálat során különböző klinikai kérdőívek kitöltését kérték a szakemberek, továbbá Rorschach-próbát, klinikai első interjút, valamint biográfiát vettek fel. Jelen kutatásban a Rorschach-próba során készült jegyzőkönyvekből származó adatok kerültek megvizsgálásra a jelölést, illetve a kontrolljelölést követően, majd az ezekből származó adatokon történtek meg a matematikai statisztikai elemzések. A kontrolljelölés úgy zajlott, hogy a már korábban lejelölt jegyzőkönyvet egy másik, független pszichológus szakember is lejelölte, és az esetleges eltérésekről konszenzus alapján született döntés.

Etikai megfontolások

Jelen vizsgálat retrospektív adatokon alapul, amelyet több kutatásban nyert Rorschach-teszteredmények anonim kódolt jegyeinek jelen vizsgálat céljaihoz illeszkedő feldolgozásával elemeztünk. Minden egyes pszichológiai vizsgálat a személyek írásos, tájékoztatott beleegyezésével történt akár beteg, akár egészséges alanyról volt szó. A kutatásban mindannyian önként vettek részt, anyagi kompenzáció nélkül, továbbá beleegyeztek adataik anonim, tudományos célú felhasználásába. A vizsgálatunk adatszerzése elsősorban a nemzetközi MySpine projektben zajlott, és nemzetközi konzorcialis érintettsége volt, így jelen kutatásban az e keretek között felvett tesztek kerültek retrospektív módon vizsgálatra, továbbá az alábbi engedélyszámokon az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (TUKEB) adott engedélyt a vizsgálatokra: 78/2009., 56/PI/2010., 532/2011., 1010/PI/2010., 65446-2/2017/EKU. Jelen vizsgálatban már csak kódokon szereplő tesztadatokat elemeztünk.

Az adatok statisztikai elemzése

A csoportok közötti különbségek elemzéséhez az átlagok páronkénti összehasonlítását tettük figyelembe, 5%-os szignifikanciaszint mellett, melyhez az IBM SPSS 25.0 programcsomagot használtuk (Tables-Compare Means, Bonferroni eljárásával). A csoportok nagy létszáma az átlagos értékek összehasonlítása mellett további robusztus összehasonlítást nem tett indokolttá. Továbbá többváltozós statisztikai eljárást is alkalmaztunk (bináris logisztikus regresszió), mely segítségével egy olyan matematikai modellt írtunk fel, amely lehetővé teszi a krónikus fájdalommal élők elkülönítését a sine morbo csoport tagjaitól.

Hipotéziseinket mind az összesített jegyzőkönyvön, mind pedig táblánkenti összehasonlításban értelmeztük.

EREDMÉNYEK

Eredményeinket a hipotézisekre adott válaszokként mutatjuk be.

1. A KFSZ betegek Rorschach-próbán produkált teljesítménye alacsonyabb a SIM-személyekénél. Felfogásmódjuk, valóságviszonyuk és környezetük szemléletének módja jelentősen különbözik a SIM-ekétől, és ez objektív módon megragadható.

A vártak megfelelően beigazolódott, hogy a KFSZ betegek Rorschach-próbán nyújtott teljesítménye jelentősen alulmarad a SIM-személyekével szemben, ami a próba során adott feleletszámában ($p < 0,000$), valamint a tartalmak számában ($p = 0,000$) nyilvánul meg.

5. táblázat. A Rorschach-próba során adott felelet és tartalmak számának átlagai a két csoportban

	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
feleletszám	19,14	8,14	23,26	11,01	0,44	< 0,000
tartalmak száma	26,52	11,90	33,95	16,12	0,54	< 0,000

Tehát a KFSZ betegek felfogásmódja, valósághoz való viszonya és a környezetük szemléletének módja eltérést mutat a SIM-személyekétől.

A Rorschach-teszt során adott válaszok jelölése a jelentésadási folyamat bontásának és az elemek formalizálásának szempontjából öt oszlopban történik. Az I. oszlop jegyei szolgáltatnak adatokat a szemlélet specifikumairól. Összesen 13-féle jellel jelölhető a percepció módja. Mindezekből következtetést vonhatunk le a személy világhoz való viszonyáról, környezete látásmódjáról. A KFSZ és a SIM csoportban szignifikáns különbségeket találtunk a tekintetben, hogy a percepció mely területre terjed ki, milyen a viszonyulásuk a külvilághoz. Az eredmények szerint jól látható, hogy nyolc jel esetében jelentős különbségek rajzolódtak ki a beteg és a SIM csoport között (a szignifikancia minden esetben $< 0,000$, és a hatásmérték is meghaladja az elvárt 0,3-at, a legtöbb esetben jóval nagyobb mértékben is).

6. táblázat. A Rorschach-próba során adott percepcióra vonatkozó válaszok átlagai a két csoportban

jegy	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
G	7,99	4,12	11,57	4,32	0,85	< 0,000
D	11,10	8,11	18,54	9,34	0,85	< 0,000
Dd	0,81	1,60	1,99	2,84	0,55	< 0,000
Gzw	1,61	1,99	3,63	2,44	0,92	< 0,000
Dzw	0,64	1,10	1,36	1,76	0,52	< 0,000
zw	0,59	0,95	1,24	1,27	0,58	< 0,000
Gkomb	0,63	0,83	0,92	0,95	0,33	< 0,000
DGkonf	0,67	0,85	1,13	1,06	0,48	< 0,000

2. A KFSZ betegek képzeiteit a valósággal egyeztető kritikai visszacsatolás eltérően működik a kontroll SIM-személyekhez viszonyítva.

Az, hogy a személy hogyan képes értelmezni az őt körülvevő valóságot, hogy mennyire képes fantáziáit elkülöníteni, összhangba hozni a valóság tényeivel, hogy mennyire engedi a külvilágot magához közel vagy épp távolítja azt magától, hogy milyen ambíciókkal rendelkezik, hogy hogyan képes másokhoz kapcsolódni – tehát a képzeteket a valósággal egyeztető kritikai visszacsatolás –, több jegy együttes értelmezéséből vonható le.

A pozitív adekvációval rendelkező formaválaszok (F+) a rendezett gondolkodást, a jó megfigyelőképességet jelzik. Az előrejutáshoz, cselekvéshez szükséges ambíciók jele a teszt során adott Obj. (Objekt, azaz tárgy) válasz. A más emberekbe vetett bizalmat az M (Mensch, azaz ember) és Md (Mensch-Detail, emberrészlet) válaszok jelölik, míg a szeretet iránti fokozott igény, szeretethiány kifejeződése a Színhívás V. oszlopos jegyben nyilvánul meg. A szintén V. oszlopba tartozó Távolítás különleges reakció a jó alkalmazkodási készséget jelöli. A felsoroltak jelenléte mind szükséges ahhoz, hogy a személy képes legyen a hiteles helyzet- és állapotmegítélésre. A fájdalom szindrómás csoport azonban minden jegy tekintetében messze elmarad az egészséges csoporthoz képest.

7. táblázat. A képzeteket a valósággal egyeztető kritikai visszacsatolás jegyei a Rorschach-tesztben a két csoportra vonatkozó átlagértékekkel

jegy	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
F+	7,72	5,14	13,72	6,42	1,05	< 0,000
Obj.	1,56	1,71	3,16	2,59	0,76	< 0,000
M	2,53	2,04	4,22	2,57	0,74	< 0,000
Md	0,94	1,44	2,01	2,20	0,60	< 0,000
Színhívás	0,64	0,96	1,32	1,28	0,61	< 0,000
Távolítás	0,84	1,24	1,75	1,67	0,64	< 0,000

3. A KFSZ betegek „primer mozgásválaszai” összességében alacsonyabbak, mint a SIM-személyeké, a B produktivításban a hézagkitöltéses B-k jellemzők, a kooperatív B-k nem preferáltak.

A „primer mozgásválaszok” (lásd 1. táblázat) tekintetében a KFSZ csoport szignifikánsan alulmarad (lásd 8. táblázat) a SIM csoporthoz képest. Az aktív B produktivításban a magasabb minőséget képviselő kooperatív B-k (+ és +/-) szintén szignifikánsan alacsonyabb számban jelentek meg a KFSZ csoportban.

8. táblázat. A két csoportban szignifikáns eltérést mutató primer B válaszok átlagértékei

jegy	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
B +	1,65	1,26	2,42	1,39	0,58	< 0,000
B +/-	0,17	0,47	0,37	0,63	0,36	< 0,000
Bsec +	0,36	0,67	0,59	0,82	0,32	< 0,000
Bsec -	0,03	0,16	0,10	0,31	0,30	< 0,000
Kooperatív B +	1,07	1,13	1,69	1,24	0,53	< 0,000
Kooperatív B +/-	0,13	0,39	0,31	0,58	0,37	< 0,000

4. A „szekunder B” válaszok előfordulási száma is kevesebb a SIM csoporthoz képest.

A „szekunder B”-k csoportjába tartozó mozgásválaszok (lásd 2. táblázat) esetében is megerősítést nyert, hogy a fájdalombeteg szignifikánsan kevesebb mozgásválaszt adnak a nem beteg csoporthoz képest (lásd 9. táblázat). Láthatóan a fájdalombetegben a „primer B”-ket tápláló erőforrás, erőtánpótlás is apadtabb.

9. táblázat. A két csoportban szignifikáns eltérést mutató primer B válaszok átlagértékei

jegy	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
Bklein +	0,14	0,43	0,30	0,67	0,31	< 0,000
BF +	2,34	2,06	4,05	2,63	0,74	< 0,000
BF +/-	0,36	0,70	0,70	0,96	0,41	< 0,000
b +	0,17	0,47	0,37	0,69	0,36	< 0,000
b +/-	0,52	0,88	1,04	1,21	0,50	< 0,000
absztrakt B	0,10	0,36	0,23	0,53	0,30	< 0,000

5. Az érzelmi élet területén szikkadtabb, vivőerő- és hőfokszegény érzelmi minőségek mutatkoznak a KFSZ csoportban a SIM csoporthoz képest.

Az emocionális életről felvilágosítással szolgáló színválaszok (lásd 3. táblázat) előfordulási jellemzőit megvizsgálva feltételezésünk beigazolódott. A fájdalombeteg csoportjában szignifikánsan alacsonyabb számban jelentek meg a színválaszok az egészséges személyek csoportjához képest (lásd 10. táblázat), illetve a különleges jegyek közé so-

rott intellektuális színvonal (Int. Fb), mely az érzelmi bevonódás elkerülésének jelzője, szintén ritkábban jelent meg a krónikus fájdalom szindrómában szenvedők körében. Az érzékenységet tükröző (F[Fb]) érzékenységi kifejezőmód dominanciáját nem tudtuk azonosítani. Az F(Fb)+ és +- feleletek is gyakoribbak voltak a SIM-kontrollnál (lásd 10. táblázatot).

10. táblázat. A két csoportban szignifikáns eltérést mutató színválaszok átlagértékei

jegy	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
FFb +	1,37	1,55	2,52	1,86	0,68	< 0,000
FFb +/-	0,81	1,16	1,27	1,26	0,39	< 0,000
F(Fb) +	0,48	0,87	1,09	1,22	0,60	< 0,000
F(Fb) +/-	0,62	1,00	1,22	1,25	0,54	< 0,000
FbF	0,48	0,87	1,09	1,22	0,72	< 0,000
Int. Fb	1,10	1,86	1,93	2,48	0,39	< 0,000

6. A szorongásos élményvilágra és feldolgozási módra jellemzők terén is sajátos különbségek tárthatók fel a KFSZ és a SIM csoport között

A szorongásos jellemzők terén (árnyékolásválaszok, lásd 4. táblázat) is jellegzetes különbségek detektálhatók a két csoport között. Mind az FHd+, FHd+/- és HdF jegyek szignifikánsan alacsonyabb számban jelennek meg a fájdalom szindrómás csoportban az egészséges populációhoz képest. Jól látható, hogy a sine morbo csoport jóval sikeresebben képes a szorongásokkal szembeni tudatos küzdelemre (FHd+) a betegcsoporttal szemben. A szorongással összefüggő különleges reakciók közül (az V. oszlopos jegy), a Hd-utalás esetében is jelentős különbség mutatható ki. A KFSZ csoport szintén ritkábban adja e reakciót a teszt során, mint a SIM csoport tagjai. A KFSZ betegeknel feltehetően a szorongásos elemekben kifejeződő feszültség a testi betegségre áttételben „elnyelődik”, míg a szorongással való tudatos küzdelem sem tud működni.

11. táblázat. A két csoportban szignifikáns eltérést mutató árnyékolásválaszok átlagértékei

jegy	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
FHd +	1,97	1,68	3,69	2,29	0,87	< 0,000
FHd +/-	1,21	1,46	2,19	1,71	0,62	< 0,000
HdF	0,71	1,11	1,65	1,65	0,69	< 0,000
Hd-utalás	0,12	0,43	0,33	0,63	0,40	< 0,000

7. A KFSZ betegek viselkedési modellreakciói és a kifejezett szükségletei, vágyai eltérést mutatnak az egészséges csoporthoz képest.

A modellreakciók a szemléletnek és a gondolkodásnak olyan egységei, amelyekben a vizsgált személy cselekvési szokásrendszere, pszichikus arculata érvényesül. A modell-

reakciók valóságos pszichikus folyamatokat rögzítenek, gyakran viselkedési minták leképezései, esetleg tartalmak jelképes áttételei is (Mérei, 2002, 25). A Rorschach-teszt során tendenciaként szövik át a válaszsort, tehát így nem elsősorban egyes tünetekre utalnak, mint inkább a vizsgált személy jellegzetes észlelés- és gondolkodásmódját, pszichikus arculatát fejezik ki (Mérei, 2002, 345). A modellreakció a valóságos percepciók folyamat és képzetáramlás részlete, így közvetlenül olvashatjuk le belőle a tudatműködés fordulatait (Mérei, 2002, 25). Mindezeket a Rorschach-próba során elsősorban az V. oszlopban, a különleges reakcióknál jegyezzük fel, azonban a III. oszlop, azaz a válaszadás során a képzetáramlásban megjelenő tartalmak is információt adnak minderről. Kimutatható, hogy a fájdalombeteg-csoportban szignifikánsan kisebb számban jelennek meg a kreatív elaborációs jegyek, valamint választartalmaik is deficitesek a SIM csoporthoz képest (lásd 12. táblázat). A részletes indoklást a Megbeszélés részben tárgyaljuk.

12. táblázat. A két csoportban szignifikáns eltérést mutató III. és V. oszlopos jegyek átlagértékei

jegy	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
<i>tartalom</i>						
Amorf	0,59	0,95	1,13	1,29	0,49	< 0,000
Architekt	0,34	0,70	0,73	0,98	0,48	< 0,000
Álarc I.	0,20	0,53	0,46	0,72	0,43	< 0,000
Explózió	0,14	0,41	0,37	0,64	0,45	< 0,000
Felhő	0,15	0,44	0,35	0,61	0,39	< 0,000
Füst	0,05	0,24	0,23	0,51	0,51	< 0,000
Ornamentika	0,43	0,79	0,80	1,01	0,41	< 0,000
Pflanze	1,37	1,59	2,10	1,78	0,43	< 0,000
Táj	0,36	0,71	0,84	1,05	0,56	< 0,000
Tőr	0,43	0,79	0,91	1,09	0,52	< 0,000
Tűz	0,29	0,62	0,69	1,00	0,50	< 0,000
<i>különleges reakció</i>						
Deformálás	0,63	1,00	1,08	1,33	0,38	< 0,000
Figura-háttér	0,27	0,60	0,57	0,81	0,43	< 0,000
Medián-utalás	0,88	1,36	2,02	2,13	0,67	< 0,000
Perspektíva	0,23	0,53	0,42	0,66	0,32	< 0,000
Zw-utalás	0,11	0,38	0,33	0,71	0,43	< 0,000

8. A felszólító jellegek értelmében a beteghelyezethez való szubjektív viszony összefüggésében a táblák megoldásaiban a közös elemek betegspecifikusak, tükrözve a krónikus állapot következményeit az élethez való viszony területén.

Táblánként is elemeztük, melyek a jellemző válaszok a krónikus fájdalom szindrómával élők körében, amelyek szignifikánsan magasabb vagy alacsonyabb értékeket mutattak a SIM csoporthoz képest. Így az I., VII. és IX. táblákon jóval gyakrabban adott anatómiai választ a betegcsoport, az nFFb+ válaszok száma mind az I., mind az V. táblán gyakoribb esetükben. A perszeveráció gyakorlatilag végighúzódik a fájdalom szindrómá-

sok teljes jegyzőkönyvén, ezt erősíti, hogy a III., VIII., IX. és X. táblákon is jelentősen gyakrabban jelent meg. A különleges reakciók közül még a VII. táblán a kicsinyítés, míg a X. táblán a tagadó reakció az, ami az egészséges csoporthoz képest gyakrabban figyelhető meg a KFSZ csoport esetében (lásd 13. táblázat).

13. táblázat. A két csoportban szignifikáns eltérést mutató válaszok átlagértékei táblánkénti bontásban

jegy	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
<i>I. tábla – bemutatkozási helyzet</i>						
Anatómiai válasz	0,19	0,42	0,08	0,29	0,29	< 0,000
Álarc I.	0,05	0,23	0,15	0,36	0,33	< 0,000
Gzw	0,28	0,56	0,56	0,72	0,44	< 0,000
nFFb+	0,12	0,34	0,06	0,25	0,22	< 0,000
<i>II. tábla – érzelmi differenciáltság</i>						
D	1,00	1,02	1,22	1,19	0,21	< 0,001
Dzw	0,14	0,38	0,27	0,54	0,28	< 0,000
Távolítás	0,04	0,20	0,12	0,34	0,30	< 0,000
<i>III. tábla – szociabilitás</i>						
BF +	0,08	0,32	0,17	0,42	0,22	< 0,000
D	0,77	1,05	1,01	1,23	0,22	< 0,000
Obj.	0,33	0,52	0,41	0,58	0,14	= 0,015
Perszeveráció	0,06	0,28	0,00	0,06	0,46	< 0,000
Ruha	0,24	0,48	0,40	0,60	0,30	< 0,000
T	0,48	0,77	0,69	0,84	0,25	< 0,000
Td	0,04	0,21	0,15	0,37	0,37	< 0,000
<i>IV. tábla – autoritáshoz/apához való viszony</i>						
FHd +	0,61	0,66	0,85	0,83	0,33	< 0,000
HdF	0,07	0,27	0,17	0,45	0,30	< 0,000
<i>V. tábla – realitás</i>						
nFFb +	0,15	0,37	0,08	0,27	0,24	< 0,000
Orális	0,08	0,30	0,15	0,39	0,22	< 0,000
Színhívás	0,17	0,40	0,29	0,49	0,28	< 0,000
<i>VI. tábla – szexualitás</i>						
FHd +	0,50	0,61	0,74	0,79	0,35	< 0,000
FHd +/-	0,29	0,52	0,55	0,73	0,42	< 0,000
HdF	0,12	0,36	0,29	0,57	0,38	< 0,000
Obj.	0,15	0,38	0,28	0,56	0,28	< 0,000
Pfl.	0,06	0,25	0,13	0,38	0,24	< 0,000
<i>VII. tábla – agresszióhoz/anyához való viszony</i>						
Architek	0,01	0,13	0,07	0,27	0,30	< 0,000
Anatómiai válasz	0,14	0,37	0,08	0,31	0,19	= 0,001
Dzw	0,05	0,22	0,14	0,41	0,32	< 0,000
M	0,35	0,52	0,44	0,61	0,16	= 0,009
Kicsinyítés	0,44	0,64	0,30	0,50	0,25	< 0,000

13. táblázat folyt.

jegy	KFSZ		SIM		hatásmérték	szig.
	átlag	szórás	átlag	szórás		
<i>VIII. tábla – érzelmek</i>						
Gzw	0,10	0,32	0,29	0,62	0,42	< 0,000
Hegy	0,10	0,31	0,17	0,40	0,20	= 0,001
Perszeveráció	0,09	0,32	0,02	0,19	0,28	< 0,000
V-1	0,85	0,43	0,97	0,47	0,27	< 0,000
V-2	0,15	0,36	0,23	0,46	0,21	< 0,000
Víz	0,06	0,25	0,13	0,35	0,23	< 0,000
<i>IX. tábla – teljesítmény</i>						
Anatómiai válasz	0,30	0,54	0,16	0,44	0,30	< 0,000
D	1,10	1,16	1,28	1,25	0,15	< 0,010
Dd	0,08	0,32	0,19	0,49	0,29	< 0,000
Obj.	0,18	0,45	0,25	0,52	0,16	= 0,006
Perszeveráció	0,10	0,33	0,04	0,22	0,24	< 0,000
Távolítás	0,06	0,24	0,12	0,35	0,22	< 0,000
zw	0,13	0,35	0,20	0,46	0,19	= 0,002
<i>X. tábla – élettér/jövő</i>						
F +	1,11	1,24	1,48	1,39	0,28	< 0,000
Perszeveráció	0,09	0,32	0,02	0,17	0,31	< 0,000
Tagadó reakció	0,05	0,22	0,01	0,07	0,34	< 0,000

9. A Rorschach-tesztre adott válaszok alapján felállítható egy olyan modell, amely lehetővé teszi a krónikus fájdalommal élők elkülönítését az egészséges csoport tagjaitól.

Elemzésünk során csak azokra a változókra koncentráltunk, amelyekben szignifikánsan alacsony értékekkel rendelkeztek a 10 db tábla összesített adatai alapján a kísérleti személyeink, illetve legalább 0,6-os hatásmértékű volt az eltérés a fájdalommal élők és nem krónikus fájdalommal élők között. Ezek alapján a Gzw, F+, BF+, FFb+, FHd+, HdF, Td és Vulger 2 változók maradtak végül az értékelésünkben. E 8 változó segítségével bináris logisztikus regressziót alkalmazva a regresszió magyarázó ereje (Cox & Snell R-négyzet 50,7%, Nagelkerke R-négyzet 68,5%) meghaladta az 50%-os szintet. Ez nyilvánvalóan szignifikáns eredményként kezelhető (és nem csak a magas esetszám miatt, hiszen $\chi^2(8) = 540,339$, $p < 0,001$) (lásd 14. táblázat). A rendszer klasszifikációját 50%-os valószínűségi vágás mellett a 14. táblázat mutatja be.

14. táblázat. A bináris logisztikus regresszió klasszifikációs táblázata

	KFSZ	SIM	Összesen
KFSZ	423	34	92,6%
Sine morbo	65	242	78,8%
Összesen			87%

Amennyiben tehát legalább 50%-os volt a valószínűsége annak, hogy a vizsgálati alany a sine morbo csoporthoz tartozik, akkor odasoroltuk, ellenkező esetben a KFSZ csoport tagjának mondtuk. Látható, hogy a KFSZ csoport volt az, ahol a jobb azonosítás történt (92,6%-os arányban jól azonosította az eljárást a csoport tagjait), a sine morbo esetben több volt a tévesztés, tehát az előrejelzésünk több esetben adott fals pozitív találatot. (Ez a betegséghez való viszonyt tekintve a jobb helyzet, hiszen ha „csupán” a Rorschach e 8 mutatója alapján valakit KFSZ gyanúsnak tartunk, holott a fájdalmai még nem krónikusak, következményesen legfeljebb orvosi vizsgálatokra kell mennie, de ez nem okoz akkora problémát, mint ha egy KFSZ beteget kihagynánk a szükséges ellátásból. Azaz a fals pozitív találatok esetében nem okozunk elvi károkat.)

A regresszió segítségével egy formulát is tudunk adni, amelynek segítségével az adott skálák értékét behelyettesítve egy valószínűséget mondhatunk arra vonatkozóan, hogy az illető a sine morbo vagy a KFSZ csoport tagja „csupán” a Rorschach-tesztjének 8 mutatóját felhasználva:

$$P(KFSZ) = 1 - \frac{2,72^{0,517G_{zw}+0,082F++0,178BF++0,3FFb++0,22FHd++0,583HdF+0,333Td+0,299V2-5,107}}{1 + 2,72^{0,517G_{zw}+0,082F++0,178BF++0,3FFb++0,22FHd++0,583HdF+0,333Td+0,299V2-5,107}}$$

Fontos tehát látni, hogy e pilot elemzéssel is, pusztán a tesztben kapott „hiányokra” koncentrálva egy 80%-os találati aránnyal rendelkező eljárást tudunk alkotni.

MEGBESZÉLÉS

Kutatásunk célja a krónikus fájdalom szindrómás betegek személyiségi sajátosságainak elemzése volt. Eredményeink szerint bizonyossággal megállapíthatjuk, hogy a KFSZ betegek személyiségében a következő deficitiek igazolhatók:

Felfogásmódjuk, a valósághoz való viszonyuk, szemléletmódjuk beszűkült, hiányzik a kellő tárgyilagosság (D hiánya), áttekintőképesség (G hiánya) és konfliktustolerancia (Gzw hiánya), ennek felismerése és a mozgósító, tevékenységre aktiváló lelkiismereti hatás is hiányzik (nincs elég Gzw).

Hiteles-e a képzeteiket a valósággal egyeztető kritikai visszacsatolás? Sajnálatosan nem, sokkal inkább torzított és szubjektív, mert mindazok az erők megcsappantak, nem állnak rendelkezésre, amelyek a hiteles helyzet- és állapotmegítélést szolgálnák. Ilyenek a gondolkodás realitásvezéreltsége (F+ hiánya), a cselekvéshez szükséges indítékok (Obj.), az érzelmi és lelkiismereti mozgósulás (FFb+ és FHd+), az érzelmi vivőerő (FbF), a magyarázatkereső és tárgyilagossított szorongás (HdF), a szeretethiány üzenetének bátorsága (Színhívás), a feszültségelhárító és -feldolgozó erők azon formája, amely a kritikus helyzet fölé emelkedés copingjával képessé teszi az embert az átkeretezésre, a jelentés pozitívvá, de legalább elviselhetővé történő átformálására (Távolítás hiánya).

A minden más feltételtől függetlenül detektálható jellemzők mellett felsorakoznak azok a „minőségi deficit” jegyek is, amelyek teljes képet tudnak felrajzolni a KFSZ szenvedő emberéről, akit a szemléletmód egyszólamúsága és fontos töltések hiánya jellemez: alapossághiány (Dd kevés), nincs kellő kombinatív és áttekintőképesség (Gkomb), a

fantázia szabadságának hiánya (DGkonf), energia és küzdőképesség hiánya (zw, Dzw), de legfőképpen valamennyi énépítő introverzív, önkontrollt és önszabályozó erőt képviselő képesség (összes B, összes Bsec) lemerült, hiányzik. Ha a cselekvő manifesztáló erőt hordozó B-ket elemezzük, éppen az ún. kooperatív B-k hiánya, avagy erősen megcsappant volta ad okot aggodalomra. Sőt nem csupán a megvalósító akarati és kontroll-erők, hanem a háttérben intrapszichikusan a belső „tartalékok” is károsodtak. Mondhatni, nincs utánpótlás! Az úgynevezett szekunder B-k közül mind deficites a plusz minőségek szintjén, azaz eredménytelen belső folyamatokra láthatunk rá. Az akarati erők, szándékok szertefolynak, tehát ami van, az nem életképes, nem akcióorientált. Nincs „menetkész B”, azaz a Bklein és BF+-ok hiányoznak, mögöttük az éretlen aktivitásjegyek (pl. b+) is hiányoznak, tehát nincs tartalék. Miből táplálkozzon a megvalósító és valamit akaró én? Nincs háttérerő, üres a lelki kamra. Ezt az extraverzív „érzelmi oldal” súlyos hiányai is megerősítik: az érett, felnőtt emóciók, sőt az érzelmi viszonyulást pótolni akaró „érzékenységi” jegyek is apadtak, az érzelmeket pótló érzékenység is lefásult (FFb+ és FFb+, sőt az F[Fb]+ és megosztott [+/-] jegyek is deficitesek).

És íme, 576 KFSZ beteg vizsgálatából kititrálódik, megjelenik az a személyiség, aki-ben a világhoz való viszony cselekvésképtelen, ledermedt és segítségkérésre sem elég nyitott, kiszolgáltatott állapot ismérvei dominálnak. A kooperáció képességének sérülése, az embertársba vetett bizalom súlyos meggyengülése, a lelki erőtartalékok kiürülése, az ambíció hiánya, az akarati élet passzivizálódottsága, az érzelmi sérültség, az eredménytelennek érzett lelki küzdelem olyan állapotot szervítenek, amely arculatában a depresszióknak feleltethető meg, mélységi-személyiségi jellemzőiben viszont sokkal inkább annak a differenciálatlan és éretlen pszichikus személyiségállapotnak mutatkozik, amelyből az életküzdelemre és valamit akarásra vonatkozó erők hiányoznak.

Emocionális életük tekintetében a kontroll gyengesége szembetűnő, noha a fájdalombeteg az alkalmazkodásra lelkileg képes volna, a megvalósulásba azonban már nem tudja átvinni az elképzeléseit (FFb+/-). Önmagára vonatkoztatási készsége fokozott. A szorongásos feszültségeket is distanciáltan kezeli, mint énidegent (Hd-utalások).

Viselkedési modellreakcióiban (a különleges reakciók alapján) a kötődési szükségletének és érzelmi igényeinek kifejezési nehézségei, hiányosságai mutatkoznak, segítségkérésre nehezen képes. Szorongását sem tudja megfelelően verbalizálni (Hd-utalások, deform reakciók hiánya). Nem képes elég rugalmasan a többszemponútú beleélt gondolkodásra, a szempontváltás nehézségei jellemzik (FH reakció hiánya). Indulatkezelésében nincsenek Dzw-vel jellemezhető konkrét kitörések, ezeket önmagába zárja.

A szemlélet és gondolkodás minőségi deficitjei kombinatív, áttekintő helyzetfelfogásának hiányosságai (Gkomb hiánya), a találékonyság, lazaság, rugalmasság hiánya, a beszabályozottság (DGkonf nem jellemző), és a motivációs energia deficitje jellemzi (zw hiánya).

Milyen szükségletek, vágyak képtelenek a Rorschach-tesztben a kifejezés szintjére jutni? Milyen tartalmi deficitet detektálhatók? Ha ezeket most a hiányzó tartalmak pszichikai jelentéseinek egyes szám első személyű kifejezésével fogalmazzuk meg, szinte a beteg helyett, aki mindezekre képtelen, akkor ez így szólhat: „Másokhoz képest védtelem vagyok (M és Archit hiánya), álmaidat és reményeimet is elveszítettem (nincs Mese-reminiszcencia, infantilis reakció, intenció), nem vagyok képes »Valakinek« érezni magam, még látszatokat sem tudok felmutatni (Álarc I, Amorf, Táj, Ornamentika hiánya),

senki-semmi vagyok. Haragomat lenyelem, magamba fojtom (Explózió, Tör, Tűz deficit), védtelenségemet, biztonságigényemet, gyengédségszükségletemet nem tudom kommunikálni a világgal (Pflanze, Felhő, Füst mínuszok), eszköztelen vagyok abban, hogy segítek magamon, vagy segítséget kérjek (kreatív elaborációs jegyek hiánya)."

A felszólító jellegek szerinti elemzésben táblánként nézve a sine morbókhhoz képest több, illetve kevesebb jegy alapján a következő megállapításokat tehetjük:

A beteg a *bemutatózási helyzetben* (I. tábla) betegségének előtérbe helyezésével lép be a válaszadó folyamatba (Anatómiai tartalom több), jelezve, hogy diszfóriája életének alaphangulata (nFFb+ többlet). Őszinte, nem visel álarcot (Gzw és Álarc I. hiánya).

Az *érzelmi differenciáltság terén* (II. tábla) csak deficitjegyeket találunk. Helyzetfelmérő gyengeséget, realitásérzék-hiányt (D hiánya), konfliktuskerülést (Dzw hiánya), a feszült helyzeteken felülemelkedés képességének hiányát (Távolítás hiánya).

A *III-as tábla kritikus*. Azt várnánk, hogy a B-k hiánya éppen itt ugrik ki jellemzőként. Nem ez történik. Sajnálatosan itt is csak deficitjegyeket találunk, a realitás felmérésére kevésbé alkalmas állapotot (D hiánya), az érzelmek kifejezésére és az alkalmazkodásra kevésbé képes énállapotot (Színválasz hiánya és T-Td deficit). Nincs elég ambíció (Obj. hiánya), nincs önvédelem (Ruha), éretlen a küzdőképesség (BF deficit). Mindez gyermeki énállapotnak feleltethető meg.

Az *autoritás és apatábla* (IV. tábla) meglepően kevésbé informatív. Hiányoznak a félelmeket kifejező állapotélményjegyek (FHD+ és HdF-ek), ezek tehát nem adekvát módon kanalizálódnak.

A *realitás hívó ingerhelyzetében* (V. tábla) kétszer olyan gyakoriak a szorongásos depresszív állapotjegyek, mint a sine morbóknál. A depresszió fennállása kétségtelen (kétszer több nFFb+ e táblán). Hiánytünetek: a függési-kötődési szükséglet kifejezése és a szeretetigény közlése (Színhívás hiánya, Orális hiánya).

A *szexualitás hívóhelyzetében* (VI. tábla) kétszer gyakoribb az indító zavar jegyeinek előfordulása, az elakadás és deficitjegyek a beteg félelemérzéseinek kifejezési képtelenségét tükrözik (Deficitjegyek: HdF; FHD+ és +/-; Obj., Pfl, Színhívás).

Az *anya és agresszió táblán* (VII. tábla) az önmagát leértékelő és betegségtudattal élő beteg (Anat, kicsinyítés gyakoribb) további deficitjegyei arról tanúskodnak, hogy „nincs embere”, nincs segítsége, magányos (M deficit, Archit deficit), lelki konfliktusát és haragját nem képes kifejezni (Dzw deficit).

Az *érzelem hívótábla* (VIII. tábla) a legkritikusabb. Közel ötször több perszeveráció fordul elő itt, mint a sine morbóknál. Ez a jegy a kórosan merevült, letapadt, lefagyott, dermedt, körben forgó ruminatív lelkiállapotot fejezi ki. A deficitjegyek utalnak arra, mi nincs a személy birtokában: belsőleg, elméjében forgatott konfliktusát (Gzw) és a kisebbségi érzés kifejezésének hiányát a konvencionális sémák (V1 és V2) szerinti módon sem képes láttatni. Érzelmi élete szinte csak a szervezetén belüli csatornákon képes „áramlani”, testi utakon.

A *teljesítmény hívóhelyzetében* (IX. tábla) azzal köszön be, hogy „beteg vagyok” (Anatómiai indítás gyakoribb), ennek előfordulása kétszer több, mint a sine morbóknál. Itt is letapad, mozdulásra képtelen az egyén (közel háromszor több az e táblán megjelenő perszeveráció, mint a sine morbóknál), miközben a deficitjelek a percepcióban (D, Dd), az energiahányban (zw), az ambíciók hiányában (Obj. deficit) és a lelki kiszabadulásra való képtelenségben (Távolítás hiánya) jutnak kifejezésre.

Milyen a KFSZ beteg élettere? (X. tábla) A perszeverációk sora közel ötszöröse itt a sine morbókénak. Nincs szabadulás, a rumináció körben forgó és lelki börtön állapotot tart fenn a betegben. Még a deficitjegyek is jellegtelenekek, mert ami megjelenik, az a totális „életképtelenség”. A tagadási reakciók az élethez való negatívvisztikus attitűdöt juttatják kifejezésre. Ekképp a KFSZ úgy nyilvánul meg a való élet létezési területein, mint aki képtelen a létezésre. Maga az életképesség van megsérülve.

A kiérlelt, egyénekenkénti elemzéseknek egy másik iránya is kirajzolódni látszott. E tekintetben fontos felismerés volt az, hogy mint látható, bizonyos változók mentén komolyabbnak mondható deficiteket láttunk megjelenni. Jogosnak látszik a kérdés, *hogy e deficitek mentén a krónikus fájdalommal élők elkülöníthetők-e adataik alapján a fájdalom tekintetében a sine morbo csoport tagjaitól.* A válaszhoz oly módon közelítettünk első, pilot vizsgálatunk során, hogy bizonyos kitüntetett változókat kiválasztva, bináris logisztikus regresszió segítségével egy „szelektáló” előrejelzést készítettünk. A szignifikánsan alacsony, pontosabban hiányzó értékek kiszűrése alapján differenciáltuk, hogy milyen válaszok hiányoznak, amelyeket az egészségesek viszont mondanak. A felhasznált változók közül a bináris logisztikus regressziós modellben maradtak: Gzw, F+, BF+, FFb+, FHd+, HdF, Td, Vulger 2 válaszok. E változók együttesen, ha hiányoznak, akkor a KFSZ csoporthoz tartozást valószínűsítik (92,6%-os biztonsággal). Jelen elemzéssel is, pusztán a „hiányokra” koncentrálna egy 80%-os találati aránnyal rendelkező eljárást tudtunk alkotni. A kapott eredmények alapján a regressziós egyenlet segítségével, e változókat bevonva (egy program/képlet alkalmazásával) megjósolható, hogy az adott vizsgálati alany milyen valószínűséggel tartozik a fájdalom szindrómás csoportba.

Értelemszerűen további, még pontosabb sine morbo és KFSZ képpel ez a találati arány finomítható (ha egyáltalán szükséges), valamint a hiányok mellett a magas értékek, kiemelkedő válaszok figyelembevétele is sokat segíthet a még pontosabb azonosításban.

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KITEKINTÉS

Vizsgálatunk tudományos megalapozottsággal mutatta be a KFSZ-ek személyiségi sajátosságait, amelyekben meghatározó módon a deficit jelenség dominál. „Mindenből kevesebb”, vagy csak a hiányok tátonganak. Nincs énerő, nincs kellő motiváció a cselekvéshez, érzelmi apadtság és helyette eredménytelen érzékenység jellemző, nincs jövőkép, az akarások erő nélküliek, elreménytelenedettséggel, de nem depresszió, csupán azzal ekvivalens állapot látszik. Az anatómiai tartalmak jelzik a testivé fordított pszichikus feszültségeket, és ez a pszichoszomatikus szerveződést kétségtelessé teszi. Átvilágítottuk az egyes élettereket és intrapszichés területeket is, mint pl. pszichoszexuális érettség, a személyiség éneéréjének és önmegvalósító küzdelmi képességének differenciáltsági szintje, a realitáshoz való alapvető viszony, a fejlődés során beépített apa- és anyakép, az identitás, a teljesítőképesség lelki helyzete, az élettérben való mozgás. A jellemző vonások minden életszektorban kitűntek. Megállapíthatjuk, hogy *a rehabilitáció legdöntőbb feladata mindezek alapján a belső erőtartalékok és motivációk feltámasztása pozitív jövőkép és kedvező copingok gyakoroltatása révén.* A rehabilitáció kulcsát vizsgálatunk eredményei a kezünkbe adták.

Fontos kiemelnünk, hogy ha a standardokat nézzük, a statisztikai elemzés során a nemi eloszlást nem vettük figyelembe, hiszen ha lebontottuk volna nemekre is a mintánkat, nem lettek volna megfelelő válaszgyakoriságaink. További rétegbontás elvégzéséhez legalább tízszer ekkora, azaz közel 10 ezer fős minta lenne szükséges. A jelenlegi minták igen magas elemszámát figyelembe véve nem kívánható nagyobb volumenű adatbázis.

Jelen munkánk csak kvintesszenciáját adhatja nagy volumenű vizsgálatunknak, amelynek legfontosabb üzenete, hogy a KFSZ betegekhez való segítő-gyógyító viszonyban szignifikáns változásra, változtatásokra van szükség. Újjá kell éleszteni, teljes hiány esetén fel kell növeszteni a személyiségben az életbátorságot és célképzeteket, saját küzdőképességének és lelki copingjainak életképességét. Ez a komplex terápiás munka legfőbb feladata.

IRODALOM

- Császár N., Bereczki É., Tóth Z., & Varga P. P. (1998). A gerincfájdalom pszichiátriai és pszichológiai vonatkozásai, valamint komplex kezelése. I. rész. A fájdalom elméleti kérdései. *Ideggyógyászati Szemle*, 51(3-4), 77-86.
- Császár N., & Tóth Z. (2005). A különféle etiológiájú gerincbetegségek ellátásához kapcsolódó pszichológiai ill. pszichiátriai tevékenységek szakmai protokollja. In Bagdy E., & Túry F. (szerk.). *A klinikai és mentálhigiéniai pszichológia szakmai protokollja* (pp. 143-158). Budapest: Egészségügyi Minisztérium.
- Császár N. (2011). A krónikus fájdalom biopszichoszociális megközelítése és kezelése. In Császár N., Demetrovics Zs., & Vargha A. (szerk.), *A klinikai pszichológia horizontja* (pp. 606-669). Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Császár N. (2017). Fájdalom és kommunikáció. *Korszerű Kaleidoszkóp: Tudományos folyóirat háziorvosoknak*, 3(2), 30-32.
- Csigó K. (2017). *A Rorschach teszt klinikai alkalmazása*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Dömötör, E., Mírnic, Zs., Császár, N., Vargha, A., Bagdy, E., & Varga, P. P. (2009). Adjustment, interpersonal relations and coping in patients with chronic pain syndrome. *Pain in Europe VI., 6th Congress of the European Federation of IASP chapters (EFIC)*, (Abstract Book. p. 32). Lizsaban, Portugália, September 9-12.
- Field, B. J. & Swarm, R. A. (2008). *Chronic Pain. Advances in Psychotherapy*. Cambridge: Hogrefe and Huber Publisher.
- Mérei F. (2002). *A Rorschach-próba*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Pert, C. (1999). *Érezd magad istenien*. Budapest: Édesvíz Kiadó.
- Ress K., Berghammer R., & Túry F. (2006). A krónikus fájdalom és az életminőség. In Kopp M., & Kovács M. E. (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 516-531). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Réthelyi J. M., Berghammer R., & Kopp M. S. (2001). Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain*, 93(2), 115-121.
- Urist, J. (1977). The Rorschach Test and the assessment of object relations. *Journal of Personality Assessment*, 41(1), 3-9.
- Vargha A. (1989). *A magyar Rorschach standard táblázatai*. Egységes jegyzet. Budapest: Tankönyvkiadó.
- Wilson, P., Watson, P., Haythornwaite, J., & Jensen, T. (2008). *Clinical Pain Management: Chronic Pain*. Second Edition. CRC Press.

AN ANALYSIS OF THE PERSONAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS
WITH CHRONIC PAIN SYNDROME WITH SPECIAL REGARD
TO SELF-EMPOWERMENT AND THE SELF-REGULATORY
AND INTRAPSYCHIC CONTROL SYSTEM

CSÁSZÁR-NAGY, NOÉMI – LOVAS, ÉVA – TAKÁCS, SZABOLCS – NAGY, ZSÓFIA

Background: More than one third of the Hungarian population is affected by chronic pain syndrome, which is accompanied by comorbid depression in almost half the patients. Their lifestyles are peculiar to disability and their rehabilitation opportunities are scarce, but so far, no scientifically based rehabilitation programme has been elaborated.

Objective: This study aims to explore personality potentials based on a complex personality assessment of patients and a comprehensive analysis of intrapsychic dynamics and lifestyle, with special regard for strength factors that are crucial for the design of a rehabilitation programme, such as self-empowerment, self-help/self-build activity and the lifestyle control system.

Method: Using the Rorschach complex and comprehensive personality survey, this study explores personality traits along ten hypotheses, placed in the context of the whole personality, with a focus on the factors relating to the patients' internal self-help ability.

Sample size: 576 patients and 609 "sine morbo" controls. The data were processed with the help of the SPSS statistics software.

Results: Patients' specific personality characteristics can be analysed as deficiency factors that form a "deficit image". These include severe damage to intrapsychic self-help and self-build ability, self-control mechanisms and motivational activity, as well as deficits of emotional life. The patients' lifestyle, which is characteristic of the "deficit syndrome", destroys their quality of life and is thus illustrative of the unviable nature of their situation. We have developed a highly reliable, differential diagnostic index that can serve as a screening and preventive tool.

Conclusions: The rich material of our results provides an opportunity for the elaboration of a rehabilitation programme specifically for this conditions/disease, with emphasis on strengthening the patients' inner power reserves, self-motivation and self-empowerment and teaching them positive coping.

Keywords: chronic pain syndrome, Rorschach test, self-empowerment-factors

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)