

Stroke, megküzdés és agyféltekei lateralitás

Tartalom

1. Absztrakt.....	3
2. Bevezetés.....	3
3. Elméleti áttekintés.....	4
3.1.A stroke élettani vonatkozásai.....	4
3.2. Pszichológiai folyamatok és a stroke.....	5
3.3. Megküzdés.....	6
3.4. Lateralitás.....	7
4. Saját előzetes kutatásunkról.....	8
5. Vizsgálati hipotézisek.....	8
6. A vizsgálat menete.....	9
7. Mérészközök bemutatása.....	9
7.1 Megküzdési MódoK Kérdőív.....	10
7.2 Metamorfózisok tesztje.....	10
7.3 Holmes-Rahe-féle Életesemény skálán alapuló interjú.....	11
7.4 A módszerválasztás indoklása.....	12
8. Vizsgálati személyek.....	12
9. Eredmények.....	13
9.1 Megküzdési MódoK Kérdőív segítségével kapott adatok elemzése.....	13
9.2 A Metamorfózis Tesztben megjelenő válaszmintázatok összehasonlítása.....	16
9.3 Esetbemutatás.....	20
10. Diskusszió.....	24
11. Összegzés.....	26
12. Irodalomjegyzék.....	27
13. Mellékletek.....	29
13.1Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat.....	29
13.2Holmes-Rahe Életesemény Skála.....	30
13.3Megküzdési MódoK Kérdőív.....	31
13.4Metamorfózisok Tesztje.....	33

1. Absztrakt

Jelen munkánkban bemutatott feltáró jellegű kutatásunkban azt vizsgáltuk, milyen jellegzetes eltérések mutatkoznak a megküzdési módok terén a bal, illetve jobb oldali cerebrális sérülést elszenvedett személyek, valamint egy kontrollszemélyekből álló csoport esetében. Az adatfelvételhez kérdőíves illetve interjú módszert, valamint egy fél-projektív eljárást alkalmaztuk a kérdéskör több szempontból való alaposabb feltárása és megértése érdekében.

Azt találtuk, hogy kontrollszemélyeinkre a megküzdési módok szélesebb választékának használata jellemző, amelybe beletartozik a helyzet követelményeinek megfelelően alkalmazott visszahúzóds, és alkudozás is.

További, terápiás vonatkozásait tekintve jelentős eredmény, hogy mindkét betegcsoport esetében mutatkozik bizonyos tendencia a cerebrális sérülés helyének függvényében az ellentétes féltekére jellemző működésmód hangsúlyosabbá válására.

Eredményeink bemutatását követően kitérünk további, a téma szempontjából releváns vizsgálati irányok és megfontolások tárgyalására.

2. Bevezetés

Kutatásunk során az akut agyi érktasztrófa (stroke) bekövetkezése és az egyéni megküzdési módok kapcsolatát vizsgáljuk. Feltételezzük, hogy az agyvérzéses jelenségek nagyobb gyakorisággal járnak együtt inadekvátn alkalmazott, az aktuális stresszhelyzet követelményeihez kevésbé igazodó megküzdési stratégiákkal. Továbbá megkíséreljük feltárni, hogy a kóros agyi történés lokalizációja milyen összefüggésben áll a különféle specifikus megküzdési formákkal (aktív-passzív, problémaközpontú-érzelemközpontú).

A továbbiakban áttekintjük a stroke alapvető élettani vonatkozásait, illetve ismertetjük pszichológiai aspektusaival és az agyféltekei lateralitással kapcsolatos újabb tanulmányokat, az utóbbi idők tudományos kutatásaihoz kapcsolódóan definiáljuk a „megküzdést”.

Az elméleti áttekintés után a dolgozat ismerteti a részletes kutatási eljárást és eredményeit.

3. Elméleti áttekintés

3.1 A stroke élettani vonatkozásai

Nemzetközi adatok szerint a stroke a fejlett államokban a harmadik leggyakoribb halálok, a szív koszorús ereinek megbetegedése, valamint a különféle daganatos betegségek után. Jelentősen befolyásolja az életminőséget, következménye lehet súlyos kognitív deficit, különféle neurológiai maradványtünetek (pl. mozgáskorlátozottság, beszédzavar), valamint affektív zavarok (a post-stroke depresszió prevalenciája 60%), és személyiségváltozás (Márkus, 2006).

A WHO meghatározása szerint a stroke (gutaütés, szélütés, agyi érkatasztrófa) az agyműködés általános vagy gócos működészavara, mely során a klinikai tünetegyüttes több mint 24 órán át fennáll, vagy halált okoz, és amelynek bizonyíthatóan nincs más oka, mint az agyi érrendszerben kialakult elváltozások (Márkus, 2006).

A kialakulásához vezető folyamatok szerint az agyi érkatasztrófák két fő típusát különböztetjük meg. Vérellátási zavar miatt, elzáródás vagy érszűkület következtében alakul ki az ischaemiás stroke. A másik esetben állományvérzés következik be, ezt haemorrhagiás (vérzéses) stroke-nak nevezzük.

Az ischaemiás stroke létrejöhet ún. TIA (transient ischemic attack = átmeneti keringészavar), rövid ideig tartó, átmeneti tünetekkel járó formában (minor stroke). Továbbá az infarktusos agyszövet elhalásos következményeként, melynek oka lehet a nagyerek elzáródása, továbbá a kiserek károsodása, valamint embólia.

A haemorrhagiás (vérzéses) típuson belül megkülönböztetünk parenchymális (agyállományi) és subarachnoideális vérzést. Az ischaemiás stroke előfordulása négyszer gyakoribb, mint a vérzéses típusé (Márkus, 2006).

A stroke kialakulásában jelentős szerepet játszó kockázati tényezők közé tartozik hagyományosan a magas vérnyomás (hipertónia), cukorbetegség (diabetes mellitus), magas vérzsírtartalom (koleszterin, triglicerid), ér- és szívbetegségek (pl. szívritmuszavarok), dohányzás, nagymértékű súlyfelesleg, életkor, nem, és a genetikai prediszpozíció. A mortalitás jelentősen magasabb idős korban, a nők mortalitása a férfiakénak kb. 2/3-a a legtöbb országban (Márkus, 2006).

3.2 Pszichológiai folyamatok és a stroke

Az utóbbi évtizedekben előtérbe került a stroke anatómiai, fiziológiai és pszichológiai aspektusainak együttes szinten való vizsgálata. Az érdeklődés központjában nem csupán a strukturális változások pszichés következményei állnak, hanem egyre nagyobb érdeklődés mutatkozik az irányban, hogy az egyes pszichológiai folyamatok hogyan hatnak az agy szerkezetének változásaira.

A stroke előfordulását számos tanulmány hozza összefüggésbe a stresszel.

Adler, MacRitchie és Engel (1971) összesen 32 férfibeteggel végzett retrospektív tanulmánya azt találta, hogy az ischaemiás agyvérzésen átesett egyének döntő része a stroke-ot megelőző időszakban jellemzően tartós vagy szakaszos, és gyakran súlyos érzelmi zavarral küzdött, mely olykor épp a stroke bekövetkezte előtt mutatkozott intenzíven. A szerzők az agyér-katasztrófa előtt mutatkozó tipikus beállítódási formákat írtak le, mint a harag; reménytelenség; szégyenérzet; és a személyes kontroll hiánya.

Hasonló eredményeket mutatott fel az Amerikai Stroke Egyesület 1974-es kutatása, mely szerint bizonyos személyiségtényezők kifejezetten kockázati tényezőknek számítanak. A vizsgálat nem talált összefüggést a magas vérnyomás, a dohányzás, az életkor, végzettség és a betegség előfordulása között, viszont bizonyítja, hogy gyakrabban fordul elő stroke kellemetlen affektív állapot után. Továbbá olyan meghatározó személyiségjegyeket köt az agyér-betegségek előfordulásához, mint az agresszió, és a fokozott ambíció (Gianturco et al., 1974).

Az ischaemiás stroke és a stresszel szemben mutatott megküzdési stílus vizsgálatára született hazai kutatásban (Mede, Jóri, Fazekas és Fazekas, 1997) 55 beteggel vettek fel standardizált megküzdés preferencia kérdőívet. Az eredmények szignifikáns eltérést hoztak a stroke-ot elszenvedett csoport és a kontrollcsoport között. Az elemzés során a kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy a betegcsoportra nem az aktuális problémahelyzetnek megfelelően választott és alkalmazott, valamint szegényes és rigid megküzdési stratégiák jellemzőek.

A fentiekhez hasonló eredményre jutott egy 2001-ben megjelent svéd tanulmány is, mely szerint az olyan magas vérnyomású emberek, akik tartósan nem találnak sikeres stratégiákat stresszes helyzetekben, jobban ki vannak téve a stressz káros hatásainak, ezáltal

náluk fokozottan jelentkezik egy későbbi stroke kialakulásának kockázata (André-Petersson, Engström, Hagberg, Janzon & Steen, 2001).

3.3 Megküzdés

A humán megküzdési források egyéni működtetése integrált rendszert alkot a személyiségen belül, amelyet pszichológiai immunitásnak nevezünk (Oláh, 2006).

Minden változás stresszt jelent a szervezet és a személyiség számára, amely lehetővé teszi az alapvető alkalmazkodáson túlmutató fejlődést. Ugyanakkor nem minden stresszválasz minősül megküzdésnek. Jelenleg általánosan elfogadott tudományos paradigma, hogy azokat a kognitív és viselkedési reakciókat tekintjük megküzdésnek, amelyeket a személy **cél tudatosan** mozgósít olyan helyzetekben, amelyeket úgy **értékel**, hogy azok meghaladják jelenlegi **forrásait** (Oláh, 2006).

A fenti meghatározás a megküzdés jelenségének több kulcsmozzanatára hívja fel a figyelmünket. Voltaképpen úgy tűnik, ez a megfogalmazás letisztult esszenciája mindannak a tudományos tapasztalatnak, amelyet a téma kutatói több évtized során felhalmoztak.

A megküzdést viszonylagos tudatossága, szándékolt, szervezett célra irányultsága különbözteti meg leginkább az egyéb, többnyire automatikus stresszre adott reakcióktól (pl. harcolj/menekülj), ezért beszélhetünk megküzdési stratégiákról.

Már a korai analitikusok is úgy gondolták, hogy a megküzdés olyan én-mechanizmus, amellyel a személy tudatosan, tanulás által képes kezelni a külvilágból érkező veszélyes ingereket, míg az intrapszichés konfliktusok megoldására én-védő mechanizmusokat használ, amikor a megküzdés már nem működik megfelelően. Azaz a megküzdés normális, míg a védekezés patológiás jelenség. E szerint az értelmezés szerint intrapszichés tusák olyankor keletkeznek, amikor a személy nem képes tudatosan megküzdni a külső fenyegetésekkel, így azok belső veszélyérzetté konvertálódnak, és tudattalan én-védő mechanizmusokat mozgósítanak (Oláh, 2006).

Akárcsak a megküzdés vonáselmélete, az analitikus elmélet is úgy tartja, hogy ezek a stresszre, fenyegetettségre működésbe lépő tanult védekezési stratégiák az egyénre következetesen jellemző módon kerülnek alkalmazásra, azaz stabil személyiségvonásként vannak jelen a személy pszichés rendszerében (Oláh, 2006).

A holisztikus személyiségszemlélet, tovább menve, különösen nagy jelentőséget tulajdonít az aktuális **kontextusnak** a személy megküzdési módjának megválasztásában (Oláh, 2006).

Ezen a nyomon haladva Lazarus, a megküzdési kutatás egyik legkiemelkedőbb résztvevője, lényegében a kiindulási megküzdési koncepciónk kialakítója, a kognitív értékelés kulcsszerepére hívja fel figyelmünket az egyén aktuális megküzdési stratégiájának megválasztásában (Oláh, 2006).

A megküzdés témakörében készült kutatások eredményeit Skinner és munkatársai foglalták össze 2003-ban. Átfogó elemzésük 12 fő coping-dimenziót tárt fel, ezek közül a két leggyakoribb, és legáltalánosabban elfogadott, illetve kimutatott a problémaközpontú-érzelmközpontú, valamint a megközelítő-elkerülő megküzdési stratégia-kontinuumok (Oláh, 2006). Jelen kutatásunk során mi is elsődlegesen a fenti dimenziókat használjuk elméleti keretként, eredményeink értelmezéséhez.

A személy által aktuálisan választott megküzdési mód függ az adott helyzettől, a specifikus stresszortól, a személy korábbi tapasztalataitól, szocializációjától, főbb személyiségvonásaitól, valamint az éppen elérhető erőforrásoktól. Például társas támogatás keresése az aktuális szociális környezet függvényében, nagyobb mértékű barátságosság esetén valószínűbb (Oláh, 2006).

Hasonlóképpen, az érzelmek szabályozása veszteség esetén, valamint a személy által kontrollálhatatlannak értékelt szituációkban, a probléma-orientáció kihívásként értelmezett, valamint jól kontrollálhatónak ítélt helyzetekben jelenthet alkalmas megoldást (Oláh, 2006).

Mindez azt is jelenti, hogy a megküzdés célja az erőforrásszerzés (Oláh, 2006). Kutatásunk szempontjából lényeges, hogy egy-egy konkrét megküzdési mód jellegét és adekvátságát az alapján értékelhetjük, hogy mennyiben segíti a személyt erőforrásainak kialakításában, bővítésében, valamint helyreállításában.

3.4 Agyféltekei lateralitás

Kutatásunk során főként Richard Davidson tudományos eredményeiből indultunk ki. 1994-ben publikált kutatásában azt találta, hogy azon személyek, akik fokozottabb bal oldali prefrontális működéssel jellemezhetők inkább megközelítő, mint elkerülő viselkedésmódot mutatnak. A fokozottabb bal oldali agytevékenység a negatív érzelmek gátlásában játszott

szerepe révén lehet felelős ezért a jellegzetes megközelítő attitűdért (Davidson, 1994). Ez a tudományos adat felveti számunkra a kérdést, hogy amennyiben a cerebrális sérülés a bal oldalon lokalizálható, kihatással van-e erre az aktív, megközelítő magatartásmódra.

A témához kapcsolódó szakmai irodalomban több tudományos eredmény utal arra, hogy összefüggés állhat fenn az agyi lateralitás és a preferált, domináns megküzdési stratégiák között. Ezeket több kutatás biológiai faktorok révén is kimutatta. Kang és munkatársai azt találták, hogy a nagyobb jobb oldali frontális aktivitás alacsonyabb természetes ölősejt-aktivitással áll összefüggésben (Kang et al., 1991).

Egy további forrás szerint a represszív megküzdési stratégiával rendelkező személyek pulzuscsökkenéssel reagálnak a jobb agyféltekéjük számára bemutatott, érzelmileg jelentős ingerekre (Shapiro, Jamner & Spence, 1997). Azaz a passzív-represszív megküzdési módok alkalmazása a nagyobb jobb oldali agyi aktivitással jellemezhető személyek számára lehet inkább adaptív.

4. Saját előzetes kutatásunkról

Az előző tanév során, 14 vizsgálati személy részvételével végeztünk egy szintén feltáró jellegű kutatást a stroke és különféle személyiségjellemzők (Big Five, érzelmi intelligencia), valamint életesemények kapcsolatáról. A kórházi kezelésben résztvevő személyekkel folytatott beszélgetések alkalmával a személyek több esetben említettek maladaptív megküzdési stratégiákat, úgymint alkoholizmus, dohányzás, illetve passzív megküzdési stratégiákat, mint a halott hozzátartozóktól való segítségkérés vészerhes időkben.

Ezek a beszámolók keltették fel érdeklődésünket a stroke és a kevésbé adaptív, valamint passzív megküzdési stratégiák kapcsolata iránt.

5. Vizsgálati hipotézisek

A fentiek nyomán kutatásunkat a következő hipotézisek tesztelésére dolgoztuk ki:

1. Eltérés tapasztalható a kontrollcsoport és a betegpopuláció által alkalmazott domináns megküzdési módok jellegében.
2. A stroke lokalitása összefüggésben áll az egyénileg preferált megküzdési módok jellegével.

6. A vizsgálat menete

Agyi érkatasztrófán átesett, a rehabilitáció különböző fázisaiban lévő betegeket, illetve egészséges kontrollszemélyeket vizsgáltunk. Az eljárás három részből tevődött össze, ezek időrendi sorrendben a következők:

- Holmes-Rahe-féle Életesemény skálán alapuló interjú
- Megküzdési MódoK Kérdőív
- Metamorfózisok tesztje

A mérőeszközök részletes bemutatása az alábbiakban, a 7. pontban olvasható.

Stroke-on átesett vizsgálati személyeinket kórházi tartózkodásuk idején, a kontrollcsoport tagjait előzőleg egyeztetett helyszínen kerestük fel. A kutatásunkat segítő személyek számára nyugodt, kellemes, optimális fényviszonyokkal rendelkező környezetet biztosítottunk a részvételhez.

Az interjú felvétele előtt a résztvevőket részletesen tájékoztattuk a vizsgálat céljáról és menetéről, biztosítottuk őket részvételük névtelenségéről, adataik bizalmas kezeléséről, valamint azon jogukról, hogy a vizsgálat során bármikor következmények nélkül visszakozhatnak a részvételtől. Továbbá a részvételhez adott beleegyezésüket egészségi állapotuktól függően szóban, ill. írásban is kértük.

7. Mérőeszközök bemutatása

A mérőeszközök kiválasztásánál fontos szempont volt, hogy a megküzdést vizsgáló kutatásokban használt megbízható, széles körben elfogadott és alkalmazott, kvantitatív teszteljárás eredményeit olyan, fél-projektív jellegű vizsgálóeszközzel egészítsük ki, mely több dimenziós, mély és gazdag jelentéstartalmú válaszokat hív elő, oly módon, hogy a személy a teszt céljának minimálisan van tudatában (Szőnyi, 1982). Továbbá szükséges volt az anamnesztikus adatok felvétele, melyek megerősíthetik, kiegészítik, értelmezési keretet adnak az explorációs anyagnak.

7.1 Megküzdési MódoK Kérdőív

A stresszhelyzet-kezelő stratégiák vizsgálatára a Folkman és Lazarus (1980) által készített (Ways of coping) kérdőív magyar mintán standardizált, rövidített, 22 tételes verzióját alkalmaztuk (Kopp és Skrabski, 1995).

A válaszadók egy általuk különösen nehézként megélt élethelyzettel kapcsolatban négyfokú skálán jelölték, hogy a listában szereplő egyes megküzdési módok milyen mértékben jellemezték őket az eseményt követő hetekben.

A kérdőív hét konfliktus-megoldási faktort különít el, ezek a következők: 1. Problémaelemzés; 2. Céltudatos cselekvés; 3. Érzelmi indíttatású cselekvés; 4. Alkalmazkodás; 5. Segítségkérés; 6. Érzelmi egyensúly keresése; 7. Visszahúzóadás.

A kérdőív által vizsgált megküzdési stratégiákat két csoportba oszthatjuk: az elemzésre, majd a megoldásra irányuló tevékenységek a probléma-centrikus, míg a feszültségek levezetésére, a nehézségek háritására, minimalizálására való törekvések az érzelemközpontú megküzdési stratégiába sorolhatók. A kérdőívben szereplő első két faktor a problémára irányuló konfliktusmegoldást, míg a többi faktor az érzelmi problémamegoldások módjait vizsgálja (Kopp és Skrabski, 1995).

7.2 Metamorfózisok tesztje

Jacqueline Royer francia pszichológus Metamorfózisok tesztjét Dr. Szőnyi Magdolna 1982-ben magyarra fordított és módosított változatában alkalmaztuk.

A teszt három részből épül fel: pozitív, negatív és kiegészítő részből. Jelen kutatásunk során az első két rész került felvételre.

A pozitív és negatív rész 20-20 ún. kategóriára, 20-20 azonosulós és ellenazonosulós választásra osztható. Egy-egy kategóriára adott válasz választásból és motívumból áll. Az első, pozitív részt általánosan aspirációknak nevezhetjük, melyek olyan előnyben részesített esztétikai, intellektuális vagy materiális szükségletekből származnak, melyeket az én-ideál keres, amilyen irányba a személyiség fejlődése mutat. Egy-egy kategórián belül a választás tartalmazhat több megvalósult elemet, a kimondott motiváció pedig a szimbólum hiányos, elégtelen aspektusát adja. (Példa a növény kategóriára adott

választásra és motivációra: „búza, mert a kenyér abból készül”, így értendő: „szeretném, ha kenyér készülne belőlem, mert olyan vagyok, mint a búza”). (Szőnyi, 1982).

A második, negatív részben taszítások, elutasítások jelennek meg, azokból az elfelejtett tendenciákból származnak, amelyeket a környezet akadályai kényszerítenek ránk, vagy a büntudatos belső ösztönzések okoznak. (Példa a ház része válasza: „Kémény, mert azt könnyen elfújja a szél”, így értendő: „nem szeretném, ha továbbra is könnyen elfújna a szél, bár olyan vagyok, mint egy kémény”). (Szőnyi, 1982).

Az adott személy szimbólum- és motivációs struktúrájának megállapításához a negatív oldalt a pozitívval összekötő tengelyek határozzák meg. Bármelyik oldal értelmezése csak az ellentétes oldallal együtt érvényes (Szőnyi, 1982).

7.3 Holmes-Rahe-féle Életesemény skálán alapuló interjú

Kutatásunk során a résztvevőkkel félig strukturált interjút készítettünk. Az interjú fő témáit a Holmes-Rahe-féle Életesemény skála tételei tették ki. Az interjú során az egyes személyeket az Életesemény skálában szereplő élményekről kérdeztük, és minden olyan életesemény kapcsán, amelyről vizsgálati személyeink elmondták, hogy megtörtént velük a közelmúlt során, további, exploratív kérdéseket tettünk fel:

- *Kérem, mondja el részletesen, mikor, hogyan történt az adott esemény.*
- *Milyen érzések és gondolatok voltak Önben, amikor megtörtént az adott esemény? Hogyan érezte magát? Mi jutott először eszébe?*
- *Mit tett az adott esemény bekövetkeztekor, az adott helyzetben?*
- *Az adott életeseménnyel kapcsolatban mi változott az Ön érzéseiben, gondolataiban és tetteiben az idő elteltével?*
- *Mit érez, gondol most, és tesz mostanában az adott életeseménnyel kapcsolatban?*

Az interjú során fenntartott volt vizsgálati személyeink számára a lehetőség, hogy visszautasítsák a válaszadást a számukra túlságosan megrázó kérdésekre.

Az interjú végeztével megköszöntük vizsgálati személyeink részvételét, és válaszoltunk az esetlegesen felmerülő kérdésekre.

7.4. A módszerválasztás indoklása

Előző kutatásunk során megbizonyosodtunk róla, hogy a stroke-on átesett vizsgálati személyek számára több esetben fokozott frusztrációt jelent a kétértelmű kérdőívtételek megértésének nehézsége. Úgy gondoljuk, ez a frusztráció kivédhető az interjú módszerével, amelynek nincs észlelhető teljesítménycsökkenése, amelynek során a rapport jobban kialakítható, és a vizsgálatvezetők számára több lehetőség adódik a vizsgálati személy megnyugtató és pozitív visszajelzések nyújtására.

További tapasztalatunk, hogy a vizsgálati személyek szívesen beszélnek életük történeteiről, és a hasonló, személyes elbeszélésekből gazdag információanyaghoz juthatunk vizsgálati kérdésünk feltárását illetően.

Interjúnkat strukturálandó, választásunk az Életesemény skálára esett, minthogy, mint azt korábban kifejtettük, a konkrét stresszteli életeseményekre adott (kognitív, emocionális és viselkedési) reakciókból feltérképezhető a személy alapvető megküzdési stílusa.

A Megküzdési MódoK Kérdőív segítségével objektív, kvantitatív adatokhoz jutunk, melyek összehasonlíthatók más, hasonló témakörben készült kutatások eredményeivel.

A fél-projektív eljárás segítségével a személyiség egészének holisztikus leképeződését, a viselkedést irányító nem tudatos motívumok feltárását célozzuk.

8. Vizsgálati személyek

Kutatásunkba összesen 20, 17 és 75 életév közötti, ép intellektusú, pszichiátriai kezelésben nem részesülő személyt vontunk be. Vizsgálati csoportonkénti megoszlás szerint 7 jobb féltekei érintettségű, 7 bal féltekei érintettségű, továbbá 6 egészséges személy vett részt. A kutatásban való részvételt önkéntesen vállalók között nemük alapján nem tettünk különbséget, a vizsgálatban 5 nőbeteg és 7 férfibeteg vett részt. A kontrollcsoportban 2 férfi és 4 nő adataival dolgozhattunk. Az interjúk és a tesztek felvételére 2012 második felében került sor.

A vizsgálatban résztvevő betegek átlagéletkora 47.9 év (min.: 17 év, max.: 75 év; medián 57 év). A kontrollcsoportot alkotó egészséges személyek átlagéletkora 49.16 év (min.: 27 év, max.: 64 év; medián 52 év).

A vizsgált 14 beteg rehabilitációs terápiája az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Hemiplégia Rehabilitációs Osztályán folyik.

9. Eredmények

A következőkben elsőként a Megküzdési Módk Kérdőív statisztikai eredményeit mutatjuk be, majd az egyes csoportokat kvalitatív elemzési szempontok alapján összevetve tárgyaljuk a Metamorfózis Tesztben megfigyelhető jellegzetes válaszmintázatokat. Végül, a kapott eredményeket egyes, jellegzetes eseteket részletesen elemezve szemléltetjük.

Az eredmények részletes bemutatása előtt fontos megjegyeznünk, hogy a vizsgálati minta kis elemszáma behatárolja a levonható következtetések érvényességét.

9.1 A Megküzdési Módk Kérdőív segítségével kapott adatok elemzése

Kutatásunk kvantitatív adatfeldolgozásához SPSS programmal végzett független mintás t-próbát alkalmaztunk, melynek eredményeit az alábbiakban tárgyaljuk.

Elsőként összevetjük az általunk vizsgált betegminta megküzdési mintázatait a kontrollcsoport által nyert adatokkal. Az összesítő leíró statisztikákat az 1. és 2. Táblázatban olvashatjuk.

MMK skála	Átlag	Szórás
1. Problémaelemzés	7,357	2,649
2. Céltudatos cselekvés	10,86	3,697
3. Érzelmi indíttatású cselekvés	7,929	2,814
4. Alkalmazkodás	8,571	2,209
5. Segítségkérés	4,500	1,787
6. Érzelmi egyensúly keresése	5,143	1,875
7. Visszahúzódás	7,429	2,980

1. Táblázat Beteg minta összesített MMK eredményei

MMK skála	Átlag	Szórás
1. Problémaelemzés	7,833	1,169
2. Céltudatos cselekvés	10,33	1,366
3. Érzelmi indíttatású cselekvés	8,333	1,633
4. Alkalmazkodás	10,17	2,317
5. Segítségkérés	3,667	1,033
6. Érzelmi egyensúly keresése	4,000	1,414
7. Visszahúzódás	9,833	1,941

2. Táblázat Kontroll csoport összesített MMK eredményei

A minta statisztikai jellemzőiből (alacsony elemszám) adódóan, az érthető szemléltetés érdekében a csoportok közötti különbségeket a mintaátlagok összehasonlításával mutatjuk be, melyeket az alábbi táblázatok foglalnak össze.

Csoport	Elemszám	Átlag	Szórás	Átlag szórása
Problémaelemzés	1	14	7,36	2,649
	2	6	7,83	1,169
Céltudatos cselekvés	1	14	10,86	3,697
	2	6	10,33	1,366
Érzelem indíttatású cselekvés	1	14	7,93	2,814
	2	6	8,33	1,633
Alkalmazkodás	1	14	8,57	2,209
	2	6	10,17	2,317
Segítségkérés	1	14	4,50	1,787
	2	6	3,67	1,033
Érzelmi egyensúly keresése	1	14	5,14	1,875
	2	6	4,00	1,414
Visszahúzódás	1	14	7,43	2,980
	2	6	9,83	1,941

3. Táblázat Csoport statisztikák I.

A fenti (3.) táblázat és a Mellékletben szereplő szignifikancia táblázat alapján láthatjuk, hogy a problémaelemző megküzdési mód, továbbá a célképzet valamint az érzelmi indíttatás által vezérelt cselekvés egy nehézséget jelentő élethelyzetben ugyanolyan mértékben jellemzi mind kontroll, mind stroke-ot elszenvedett vizsgálati személyeinket. Nagymértékű stresszhelyzetben a másoktól való segítségkérés és érzelmi egyensúlykeresés tekintetében már mutatkozik némi különbség a két minta között, mindkét esetben a betegpopuláció javára, ám ilyen kis elemszám mellett ezt még nem tekinthetjük meggyőzőnek.

Hangsúlyosabb, már-már tendenciaszerű eltérés mutatkozik az alkalmazkodás és a visszahúzódás tekintetében. Azt láthatjuk, hogy kontrollszemélyeinkre nagyobb mértékű alkalmazkodási törekvés jellemző, különösen, ami a kompromisszumra való hajlandóságot illeti: „Engedtem, vagy egyezkedtem, hogy valami jó származzon a dologból.”. E tétel esetében a két csoport között szignifikáns ($p < 0,001$) eltérés mutatható ki.

Továbbá azt tapasztaljuk, hogy a mintánkban résztvevő kontrollszemélyekre számottevően nagyobb mértékű visszahúzóási tendencia jellemző. A Welch-féle d-próba a hagyományos t-próba robusztus, a szóráshomogenitást nem feltételező eljárásváltozata, amelynek eredménye: $d(14.5) = -2.141$ ($p = 0.0497$), ami már szignifikánsnak tekinthető.

A következőkben megvizsgáljuk, milyen megküzdési mintázatbeli különbségek mutatkoznak az általunk vizsgált betegpopuláción belül, a stroke következtében kialakult cerebrális sérülés lokalizációjának függvényében. A kapott eredményeket az alábbi, 4. táblázat segítségével szemléltetjük.

Csoport		Elemszám	Átlag	Szórás	Átlag szórása
Problémaelemzés	B.o.	7	7,14	2,795	1,056
	J.o.	7	7,54	2,699	1,020
Céltudatos cselekvés	B.o.	7	10,86	4,451	1,682
	J.o.	7	10,86	3,132	1,184
Érzelem indíttatású cselekvés	B.o.	7	9,00	2,828	1,069
	J.o.	7	6,86	2,545	0,962
Alkalmazkodás	B.o.	7	8,29	2,752	1,040
	J.o.	7	8,86	1,676	0,634
Segítségkérés	B.o.	7	5,14	1,864	0,705
	J.o.	7	3,86	1,574	0,595
Érzelmi egyensúly keresése	B.o.	7	5,14	1,952	0,738
	J.o.	7	5,14	1,952	0,738
Visszahúzódás	B.o.	7	6,71	2,928	1,107
	J.o.	7	8,14	3,078	1,164

4. Táblázat Csoport statisztikák II.

A fentiek (4. táblázat, Csoportstatisztikák II.) alapján azt láthatjuk, hogy meglepő egyezés mutatkozik a céltudatos cselekvés, valamint az érzelmi egyensúlykeresés tekintetében a két betegcsoportunk átlagai között. Szintén elhanyagolhatónak tekinthető eltérést tapasztalunk a problémaelemző stratégiák használatában, valamint a stresszhelyzetben mutatott alkalmazkodásra való törekvés tekintetében. Hangsúlyosabb, ám a szignifikanciaszintet el nem érő különbséget találunk a segítségkérés, a visszahúzódás, és legjellemzőbben az érzelmi indíttatású cselekvés tekintetében.

A további kutatás szempontjából érdekes tendenciának tekinthetjük, hogy a segítségkérés és az érzelmi indíttatású cselekvés inkább tűnik jellemzőnek azon vizsgálati személyeinkre, akik sérülése a bal agyféltekében lokalizálható. Ez utóbbi eredmény alátámasztani látszik korábban tárgyalt feltételezésünket, miszerint a bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személyekre inkább úgymond jobb oldali működés, azaz érzelmközpontú és passzív megküzdési módok jellemzőbbek.

A visszahúzódásra való hajlam a jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett vizsgálati csoport esetében közelebb áll az egészségesekre jellemző értékhez. Arra gondolhatunk, hogy vannak olyan nehéz élethelyzetek, amelyekben az elkerülő megküzdési stratégiák is bírhatnak

mentálhigiénés, valamint egészségvédő hatással, talán – többek között – a problémán való rágódás (rumináció) megakadályozása révén.

9.2. A Metamorfózis Tesztben megjelenő válaszmintázatok összehasonlítása

A továbbiakban megvizsgáljuk, milyen jellegzetességek figyelhetők meg a Metamorfózis Tesztben adott válaszok mintázataiban az egyes csoportok tekintetében.

Kezdjük a kihagyott válaszok összehasonlításával. Kontrollszemélyeink esetében találtuk a legkevesebb kihagyást, 6 személyből 5-en minden egyes kategóriára adtak tartalommal bíró, azaz értékelhető választ. A betegpopulációt tekintve ez 14 személy közül mindössze 2-re igaz, az egyikük a bal, a másik a jobb agyféltekében szenvedett sérülést.

A kihagyások tekintetében további érdekes jelenség figyelhető meg a betegpopuláción belül. Azt tapasztaljuk, hogy a 7 bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személy közül négyen a pozitív azonosulások (vágyott tartalmak) esetében hagytak ki több választ, míg a 7 jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett személy közül öten az ellenazonosulások (elutasított tartalmak) esetében adtak kevesebb választ.

További érdekesség, hogy az Építmény kategóriában a pozitív azonosulások tekintetében a 7 bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személy közül hárman nem adtak választ, míg a jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett személyek közül mindannyian válaszoltak.

A Testrész kategória esetében a pozitív azonosulások tekintetében a bal oldali cerebrális sérülést szenvedett csoportból hárman nem adtak választ, míg a jobb oldali csoport összes tagja válaszolt. Az ellenazonosulások tekintetében viszont éppen fordított tendencia mutatkozik, a jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett csoportból ketten nem adtak választ, míg a bal oldali csoportból mindenki válaszolt.

A kihagyások tekintetében kapott további jellegzetes tendenciákat az alábbi táblázatban foglaljuk össze:

	Összes kihagyás száma		
Kategórianev	Bal oldali cerebrális sérülést szenvedett csoport	Jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett csoport	Kontrollcsoport
Szín	2	0	0
Gesztus	6	1	0
Anyag	5	1	0
Alak	7	1	2
Alkotás	3	2	0
Híresség	4	4	0
Képzeletbeli személy	6	6	0
Ige	5	3	0
Melléknév	5	0	0
Főnév	9	8	0

5. Táblázat

A fenti (5.) táblázatból további elemzés céljára érdemes kiemelni, hogy a Gesztus, Anyag és Alak kategóriák esetében a bal oldali cerebrális sérülést szenvedett csoport számottevően kevesebb választ adott a másik két csoportnál, valamint a Főnév kategória esetében a betegpopuláció lényegesen kevesebb választ adott a kontrollcsoportnál.

A Híresség, és különösen a Képzeletbeli személy kategóriában is megjelenik a fent említett tendencia, a betegpopuláció esetében jellemzően több a kihagyott válasz, a betegcsoportokban pedig a kihagyások száma homogén eloszlást mutat. A Képzeletbeli személy kategóriával kapcsolatban egyik, bal oldali cerebrális sérülést szenvedett vizsgálati személyünk így fogalmazott: „Nem szoktam képzelődni, nem élem bele magam nagyon”.

A betegpopuláció esetében következetesen megjelenő válaszkihagyásokat értelmezhetjük a kategóriák felszólító jellege által mozgósított pszichés tartalmak tudomásulvételének elutasításaként, azaz elkerülő megküzdésként. Figyelembe véve a vizsgálati helyzet úgymond „tét nélküli” természetét, az egyéni működésmód e jellegzetes, konzekvens megnyilvánulása sokatmondóan szemlélteti az egyes személyekre jellemző általánosabb, s mint ilyen, kevésbé rugalmas és adekvát elkerülő reakciómódot.

Az előbbieket alapján, elemzésünket az egyes, jelen kutatásunk szempontjából relevánsnak bizonyult kategóriák részletesebb vizsgálatával folytatjuk.

Kezdjük az Építmény kategóriával. Azt láthattuk, hogy az e kategóriával való azonosulás több bal oldali cerebrális sérülést szenvedett vizsgálati személyünknek

jellegzetesen problémát okozott. Hogy jobban megérthessük a jelenséget, figyelembe kell vennünk a kategória felszólító jellegét. Dr. Szőnyi Magdolna leírása szerint a kategória egy előre eltervezett dolog megvalósításának folyamatát szimbolizálja, ebben az értelemben önértékelési jellemző (Szőnyi, 1982). Ezek ismeretében elgondolkodhatunk azon, hogy a bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személyek hogyan élik meg azon helyzeteket, amelyek előre megszervezett, aktív megküzdési stratégiákat hoznak működésbe.

A jegyzőkönyvekből példaként említjük a kategória felszólító jellegére egy bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személy által adott „bunker” választ, és egy kontrollszemély „kalandpark” válaszát. Ezek a példák is szemléltetik, hogy a személyiség aktív megküzdési módjait megszólító helyzetre van, aki stabil védelem keresésével, menekülő stratégiák bevetésével reagál, más pedig éppen hogy kihívást lát benne.

Nézzük most a Testrészek kategóriát, amellyel kapcsolatban érdekes fordított válaszadási tendenciát tapasztaltunk a betegcsoportjaink esetében. A kategória felszólító jellege szintén a személy aktív részvételének módjára kérdez rá, az ellenazonosulásokban megjelenik a büntudat és a személy fáradékonyága (Szőnyi, 1982). Azt láthattuk, hogy a bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személyek esetében ismét megjelent az aktív megoldások elutasítása, míg a jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett személyek esetében inkább a negatív aspektusok kerültek elutasításra. Ez utóbbi működésmód emlékeztet minket arra a dominánsan bal oldali agyi aktivitáshoz kapcsolódó működésmódra, amelyet Davidson talált (Davidson, 1994), és amelyet az elméleti áttekintésben bemutatunk.

E kategóriára egyik bal oldali cerebrális sérülést szenvedett vizsgálati személyünk azt a választ adta, hogy „vakbél” lenne a legszívesebben, „mert hamar kikerülnék”. Egyik jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett személyünk pedig azt mondta, „tyúkszem” lenne a legkevésbé, „mert visszafogja az embert”. Ismét láthatjuk, hogyan mutatkozik meg az elkerülés iránti vágy és az akadályoztatás elutasításának igénye a két betegcsoportban.

További három kategóriában láttunk jellegzetes eltérést bal illetve jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett vizsgálati személyeink, valamint kontrollszemélyeink válaszkihagyásaiban. Azt tapasztalhattuk, hogy a Gesztus, Anyag, és különösen az Alak kategóriában a bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személyekre nagyobb mértékű válaszgátlás jellemző, mint a másik két csoport esetében.

A Gesztus kategória a személy dinamikus szociális attitűdjére kérdez rá (Szőnyi, 1982), bemutatja, hogyan működik a személy a társas kapcsolataiban, hogyan viszonyul másokhoz. Az Alak kategória egyik szimbolikus jelentéstartománya szintén a mások irányában mutatott, valamint egy általános és tudattalan belső attitűd, információt nyújthat a személy alkalmazkodásáról (Szőnyi, 1982). Egyszerre mutatja meg, hogyan viszonyul a személy másokhoz, és hogyan látja önmagát egy nagyon mély és alapvető szinten. Az Anyag kategória a személy a saját magán végezhető munkával szembeni attitűdjét szólítja meg. Megismerhetjük, hogy domináns, preferált működésmódja ebben a tekintetben inkább passzív-ellenálló vagy aktív-kooperatív (Szőnyi, 1982). Összekapcsolható az előzővel, ha az Alak a „milyen vagyok”, az Anyag a „miből vagyok” kérdésfeltevést mozgósítja. Úgy tűnik, ezek azok fontos, érzelmileg terhelt témák, amellyel a bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személyeknek nehezebb szembe nézni.

Nézzünk néhány példát a jegyzőkönyvekből. Gesztus kategóriában az összes bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személy, aki adott választ (hétből három fő), távolító válaszokat mondott az azonosulásokra: „nevetés”, „vigyor”, „intés”. A jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett személyek mindegyike adott azonosuló választ, és hárman közelítő tartalmat mondtak: „kézfogás”, „baráti kézfogás”, „ölelés”. Ugyanez volt jellemző a kontrollcsoportra, olyan válaszokkal, mint „csók”, „simogatás” és „kézfogás”.

Az Anyag kategóriára adott válaszokban tetten érhető az aktív-passzív hozzáállásban megmutatkozó különbség az egyes betegcsoportok, valamint a kontrollcsoport és a betegpopuláció között.

A bal oldali cerebrális sérülést elszenvedett vizsgálati személyek esetében az azonosulásra adott 5 válaszból 3 könnyen alakítható, ebből a szempontból passzív anyagot jelöl, például „szén”, míg a jobb oldali cerebrális sérülést elszenvedett vizsgálati személyek által adott 7 válaszból mindössze 3 tekinthető könnyen formálható anyagnak, mint például „agyag”.

Érdekes információval gazdagítja a képet, hogy a kontrollszemélyek közül négyen adtak „kemény” azonosuló választ, mint például „gyémánt”, „vas”, „réz”, és öten mondtak illékony vagy lebomló anyagot ellenazonosuló válaszként, mint például „szénmonoxid”, „rozsdás vas”, „plutónium”. A betegpopulációban ezzel szemben olyan válaszok születtek, mint „higany”, „vászón” és „selyem” az azonosulások, és „fa”, „tűzifa”, „akácfa” az ellenazonosulások oldalán. Ezek alapján az lehet a benyomásunk, hogy a betegpopulációra

inkább jellemző lehet egyrészt a passzív, a külső, olykor brutális hatásoknak, is engedelmeskedő megküzdési attitűd, mint például vágás, tépés a „vászon”, vagy őrlés a „búza” esetében; másrészt az alkalmazkodás rugalmas formáinak elutasítása, amit a „fa” anyaga szimbolizálhat. A kontrollcsoportra pedig inkább az aktív hatásra törekvés jellemző, amit a gyémánt, mint a legkeményebb ásvány szimbólumában ragadhatunk meg.

Az Alak kategória esetében érdekes jelenséggel találkozunk, először is a „gömb” válasz tekintetében. Kontrollszemélyeink esetében az azonosulások oldalán 5 válaszból 4 „gömb”, míg a bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személyek esetében a mindössze 3 válaszból egy „gömb”, a másik kettő szögletes forma: „gyémánt” és „háromszög”. A jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett személyek esetében a 7 válaszból kettő „gömb”, három amorf, és inkább szögletes, például „szép lakások formája”, kettő pedig nőies forma, például „körte” egy férfibeteg jegyzőkönyvében.

Úgy tűnik tehát, viszontlátjuk a kvalitatív eredményeknél kapott és tárgyalt összefüggést, miszerint a kontrollcsoportra némileg hatékonyabban működő alkalmazkodási stratégiák jellemzőek, amelyek eredményét a személy szubjektíven sikerként, elégedettségként élheti meg. Ez az érzés fejeződhet ki szimbolikusan a „gömb” teljességében, melyet két kontrollszemélyünk is így fogalmazott meg: „gömb, mert kerek”.

Végül, meglepő jelenséget tapasztalhattunk a Főnév kategória esetében, amely a személy névalírása, problematikájának érzelmi és szociális aspektusú sűrítőménye, egyediségének kifejezője (Szőnyi, 1982). Láthattuk, hogy a kategória által feltett kérdésre („ki vagyok én?”) való válaszadást a betegpopulációba tartozó vizsgálati személyek több esetben elutasították. Ez a jelenség szívszorítóan esszenciálisan érzékelteti a stroke-ot elszenvedett személyek aktuális traumatizáltságát. Szubjektíven az lehet a benyomásunk, hogy a betegség következtében valahogy elvesztették a kapcsolatot önmaguk leglényegével. Rehabilitációjuk során különösen fontos lehet e kapcsolat helyreállítása a pszichés jóllét megőrzése érdekében.

9.3 Esetbemutató

A következőben a megküzdési módok és a stroke-kal való érintettségéből eredő agyféltekei lateralitás kapcsolatát mutatjuk be a három mérőeszközből származó adatok együttes értelmezésével. A vizsgálat során tapasztalt „jellegzetes”, betegcsoportok közötti különbségeket két eset bemutatásával demonstráljuk.

Anett 31 éves, gyártásvezetőként dolgozott, túlnyomórészt bal oldali agyi infarktust szenvedett 2012 júliusában. Kórlapjában szerepel, hogy külföldi nyaralás alkalmával, bűvárkodás során érte stroke. Az esemény után napokig, annak ellenére, hogy tudatánál volt, nem tudott kommunikálni, súlyos petyhüdt jellegű plégia jelentkezett mind alsó, mind felső végtagjaiban. Jelenleg kis távokat meg tud tenni önállóan, az intézmény folyosóin többnyire kerekesszékkal közlekedik. Aktív szerepet vállal saját gyógyulásában, elmondása szerint, amikor csak teheti, tornázik, úszik, logopédiai foglalkozáson vesz részt.

Az életesemény skála felvételekor néhány alacsonyabb érzelmi terhelést jelentő tétel előfordulását jelezte (költözés, vita a főnökkel, étkezési szokások változása), ezek állítása szerint nem jelentettek számára komoly stresszt. A „Baleset vagy betegség” tételt első kérdésre nem jelezte, utólagos rákérdezés alkalmával mesélt a betegségről, annak körülményeiről. Ekkor azonban sírva fakadt, a külföldi orvosok tehetetlenségéről, hozzá nem értéséről beszélt. Elmondása szerint nem szokott a törtéteken gondolkodni, *„Nem számít mi történt, csak az számít, mi lesz”*, mondta.

A Megküzdési MódoK Kérdőív faktorai közül magasabb értéket kapott a „Céltudatos cselekvés” [15] és a „Problémaelemzés” [8], a legalacsonyabb értékeket a „Segítségkérés”, „Érzelmi egyensúlykeresése”, és a „Visszahúzódás” faktorai kapták, ezek mind 4-es értéket vettek fel.

A Metamorfózisok teszt felvételekor többször jelezte, hogy nem tudja beleélni magát a kérdésekbe, *„Ilyeneken nem szoktam gondolkodni; Minek olyanra gondolni, ami úgyse lehetséges”*. Összességében viszonylag sok, 12 db válaszkihagyása volt, megoszlás szerint 5 az azonosulások, 7 az ellenazonosulások terén.

Az elhangzott válaszokban képet kaphatunk a betegszerep, a vágyteljesítés és az érzelemnyomás megnyilvánulásairól. Továbbá megerősítődnek a Megküzdési MódoK kérdőívben szereplő domináns faktorok.

Anett személyiségére jellemző aktivitás, céltudatosság több kategóriából kiolvasható, legdirektebben a „Táj” kategóriában értelmezhető. A „Táj” jelentése, hogy az egyén milyen feltételek mellett érzi spontánnak, szabadnak, ill. akadályozottnak magát (Szőnyi, 1982). Pozitív azonosulás: *„nyári óceán, mert gyönyörű, mindig más”*; negatív azonosulás: *„hegy, az csak áll”*.

A jelenlegi helyzet, a betegség, a lét kérdésének fontossága jelenik meg az „Ige” kategóriában (Szőnyi, 1982). Anett pozitív azonosulási válasza: „*van, mert létige, sokat használják*”; negatív azonosulási válasz: „*nincs; mert az a van tagadó párja*”. A cselekvés az élőlény lényegi megnyilvánulása, ezért lehet szimbolikusan az „élni akarás” kifejeződése (Szőnyi, 1982). Anett számára a betegszerep, korábbi életvitelének gyökeres ellentéte, aktívan küzd „képességei” visszaszerzéséért. Jelenleg azonban kérdéses, hogy milyen mértékű gyógyulásra van lehetősége, a jövő számára, a jelenlegi helyzetből adódóan feszültséggel teli bizonytalanságot mutat.

Egyfajta vágyteljesítésként értelmezhetjük a „Híres személy” kategóriában megjelenő pozitív azonosulást, negatív szerep ebben a fogalomkörben nem jelent meg. Anett választása: „*Salvador Dali, mert másként látja a világot*”. A feladat során folyamatosan a racionális gondolkodását, látásmódját hangsúlyozó személy feltűnő ellentéte a szürrealista, extravagáns festő. Éppen a különleges látásmód igénye merül fel, mely a szubjektummal, az ösztönökkel, érzelmekkel való könnyedebb bánásmód igényét veti fel.

Iván 68 éves, nyugdíjas, korábban vagyonvédelemmel foglalkozott. Az Életesemény Skála felvételekor megtudjuk, hogy jól jövedelmező követségi állását kellett feladnia, és kedvezőtlenebb beosztásra váltania, mikor felesége megbetegedett, majd éber kómába került 2006-ban. 4 évig ápolta házastársát, fia segítségével, aki az érzelmi teher következtében jelenleg is pánikbetegséggel küzd Iván elmondása szerint. Házastársa halála 2 éve következett be, Ivánt 2012 augusztusában érte jobb féltekei laterális stroke. A skála nagyfokú érzelmi terhelést jelentő tételei közül tehát több is előfordult Iván esetében.

A Megküzdési MódoK Kérdőív faktorai közül a „Problémaelemzés” [9], „Céltudatos cselekvés” [14], az „Érzelmi indíttatású cselekvés” [13], illetve a „Visszahúzóadás” [8] faktor jelzett kiemelkedő eredményeket.

A Metamorfózisok tesztben elhangzott válaszokban többször előkerül a „visszahúzóadás”. Az „Állat” kategóriában pozitív azonosulásként szerepelt, hogy „*valami, ami az emberektől teljesen távol van, denevér*”; a „Ház része” kategóriában „*mély barlang*”; a „Melléknév, Tulajdonság”-nál a „*tagadó, mindent visszautasító*” válaszok jelentek meg. Ezek a képek elmondása szerint is a személyes gyásza, családi tragédiája, betegsége következtében érzett egyfajta „harag” passzív megnyilvánulásai. Iván a teszt során elmondta, hogy sokszor

úgy érzi: „*már nem tud megindítani mások baja, hiszen tudja, hogy milyen emberek vannak... mások, akik megérdemelnék, nem történik velük semmi*”.

A teszt során a céltudatos cselekvés, mint Iván domináns megküzdési mintája a „Főnév” kategóriában jelenik meg legkonkrétabban, itt csak pozitív azonosulásra volt válasz: „*kitartás, mert soha vissza nem hátráltam, bármi volt, vagy anyagi, vagy más, tűzön-vízen próbáltam keresztül menni, mindig találtam munkát, vén fejjel is fogok*”.

Iván a nehézségekkel való megbirkózással kapcsolatban elmondta, hogy számára az ad erőt, hogy képes úgy viszonyulni a változásokhoz, sikerekhez, kudarcokhoz, hogy „*Minden csoda három napig tart*”, ill. „*Ami történt, megtörtént*”. Vagyis a nehézségekkel való érzelmi elaboráció, az érzelmi feszültségekkel való megküzdés „eszköze” egyfajta távolítás. A megküzdési módok kérdőív eredményeiben kiemelkedően preferált mintázatokat értelmezhetjük úgy, hogy valamilyen formában a bal oldali funkciók működésmódja kerülhet inkább előtérbe, vagyis inkább a tudatos problémaelemzés és a céltudatos cselekvés.

10. Diskusszió

Az előzőekben részletesen tárgyalt eredmények alapján levonhatjuk a következtetést, hogy kiindulási hipotéziseink sajátságosan igazolódtak.

A betegpopuláció és a kontrollcsoport megküzdési stratégiáinak eltérését illetően azt találtuk, hogy a legtöbb stratégia használata mindkét populációra jellemző, ugyanakkor van néhány megküzdési módszer, amellyel a betegpopuláció tagjai kevésbé élnek, mint a visszahúzódás és az alkalmazkodás. Mindezt úgy értelmezhetjük, hogy a kontrollcsoport tagjai szélesebb megküzdési repertoárból választhatnak az adott helyzet elvárásainak megfelelően, ezzel is elősegítve a problémahelyzethez való rugalmasabb alkalmazkodást. Hasonló eredményt említ Finset és Andersson 2000-ben publikált kutatási beszámolójukban, amelyben 70 cerebrális sérülést szenvedett személy megküzdésmódjait és mentális egészségi állapotát hasonlították össze kontrollcsoportéval. Azt találták, hogy a két minta megküzdésmódjai összességében hasonlóan bizonyultak, ám a betegpopuláció esetében kevésbé differenciált egyéni megküzdési stílusok mutatkoztak (Finset & Andersson, 2000).

Ami az inkább kontrollszemélyeinkre jellemző visszahúzódó megküzdési stratégia adaptivitását illeti, több áttekintő tudományos értekezés említi (Taylor & Stanton, 2007; Roth & Cohen, 1986), hogy az elkerülő megküzdési módok hasznosnak bizonyulnak rövid időtartamú, és kevésbé kontrollálható stresszhelyzetekben, vagy előreláthatólag elhúzódó distressz kezdetén, amikor a hosszabb távú megküzdéshez szükséges érzelmi erőforrások még nem állnak rendelkezésre. Ugyanakkor a kutatások egyhangúan igazolják, hogy hosszabb távon, vagy olyan helyzetekben, amikor azonnali reakciókra van szükség, például a harcmezőn (Johnsen, Laberg & Eid, 1998), az elkerülő stratégiák használatának túlsúlya idővel súlyos mentális és fizikai problémákhoz, megbetegedésekhez, alkoholizmushoz vezethet.

Taylor és Stanton (2007) példaként említik, hogy azon kardiológiai betegek, akik az akut kezelés időszakában tagadták panaszaikat és betegségüket, kevesebb időt töltöttek kórházban, és kevesebb kardiológiai diszfunkciót mutattak elbocsátásukkor, ám amennyiben ez a megküzdési attitűd hosszú távon is fennmaradt, kevesebb figyelmet fordítottak az orvosi utasítások betartására és többször visszakérültek kórházi kezelésre.

Ami második hipotézisünket illeti, eredményeink szerint mutatkozik eltérés a két betegcsoport között a jellemző megküzdési stratégiák tekintetében a sérülés lokalizációjával

összefüggésben. Azt találtuk, hogy bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személyeinkre inkább jellemzőek a szociális segítségkérésre, és különösen az érzelmi indíttatású cselekvésre épülő megküzdési stratégiák.

Perry és munkatársai 2001-ben végzett kutatásukban azt találták, hogy az érzelmi intelligenciával kapcsolatos készségek, mint az érzelemfelismerés és az empátia, valamint a társas viselkedés a jobb oldali temporális lebenyhez kapcsolódó működések, amelyek jobb oldali cerebrális sérülés esetén súlyosan károsodhatnak (Perry et al., 2001). Ezen adatok láttán spekulatív gondolhatunk arra, hogy talán az érzelemfókuszú megküzdés is inkább a jobb oldali agyműködéshez köthető funkció, s mint ilyen, jobb oldali cerebrális sérülés esetén szintén valamelyes zavart szenved, illetve háttérbe kerül. A bal oldali cerebrális sérülés következtében pedig a jobb oldali funkciók működésmódja kerülhet inkább előtérbe. Ezen spekulatív elképzelés igazolására további, főként neurológiai módszertani fókuszú vizsgálatok folytatására van szükség.

Végül térjünk ki röviden a Metamorfózis Tesztben megmutatkozó érdekes jelenség értelmezésére, nevezetesen, mint láhattuk, a bal oldali cerebrális sérülést szenvedett személyek inkább az azonosulások, vágyak, míg a jobb oldali cerebrális sérülést szenvedett személyek inkább az ellenazonosulások, gátolt, negatív tartalmak elutasítására hajlamosak.

Említettük korábban Davidson (1994) munkáját, mely szerint a nagyobb bal oldali aktivitás az élmények negatív érzelmi aspektusának elnyomását eredményezi. Az általunk említett eredmény is ezt a működésmódot látszik igazolni. Úgy tűnik, a bal oldali sérülés következtében a jellegzetesen bal oldalra jellemző működés háttérbe kerül, míg a jobb oldali sérülés következtében némileg nagyobb szerephez jut. További alapos, szintén főként neurológiai módszertanú vizsgálatok szükségesek annak feltárásához, hogy a sérülés lokalizációja tényleges aktivitásnövekedést, illetve működésmód-változást idéz-e elő az ellentétes agyfélteke tevékenységében.

Részletesen bemutatott eseteink arról tanúskodnak, hogy ez a lehetséges működésváltás lassan, folyamatosan megy végbe, valószínűleg a cerebrális idegsejtek plaszticitásának függvényében. Azt is láhattuk, hogy ezt a működésmód-változást a személyek szubjektíven, érthető módon, nehéznek, zavarosnak élik meg. E jelenség figyelembevétele fontos és hasznos szempont lehet a stroke-ot elszenvedett betegek mind fizikai-fiziológiai, mind pedig pszichológiai rehabilitációja során.

A további kutatómunka szempontjából szintén releváns lehet a „kezesség” figyelembe vétele, azaz annak vizsgálata, a féltekei dominancia hogyan befolyásolja a sérülés lokalizációjának lehetséges összefüggéseit.

11. Összegzés

A megküzdés meghatározható, mint a személy tevékenységorientált és intrapszichés erőfeszítései, amellyel egy stresszt kiváltó eseményre reagál. Széleskörű tudományos munka igazolja, hogy ennek az egyéni reakciómintázatnak jelentős hatása lehet a stresszel kapcsolatos mentális és fizikai egészségtényezők alakulására, beleértve a betegségek kialakulásának megelőzésében és a rehabilitációs munkában betöltött szerepét. (Taylor & Stanton, 2007)

Jelen kutatásunk hangsúlyozottan feltáró jellegű, így fontosnak tartjuk a levonható következtetésekkel való óvatos bánásmódot, valamint újabb irányok kijelölését a további kutatások számára, amint az az előző részben olvasható.

Az adatok elemzése során azt találtuk, hogy a kontrollszemélyek szélesebb megküzdési stratégiaválasztékkal rendelkeznek, ami magában foglalja a visszahúzódó működésmód, valamint a kompromisszumra törekvés alkalmazását is, amennyiben az aktuális helyzet megkívánja.

Eredményeink arra is utalnak, hogy a cerebrális sérülés helyének függvényében inkább előtérbe kerülhet, fokozottabban érvényesülhet az ellentétes féltekére jellemző működés.

Mindezen eredmények a minta kis elemszáma, és a kutatás eleve feltáró jellege következtében a témában végzett további, alapos vizsgálatok relevanciáját támasztják alá.

12. Irodalomjegyzék

Adler, R., MacRitchie, K. & Engel, G. L. (1971). Psychologic Processes and Ischemic Stroke. *Psychosomatic Medicine*, 33: 1-30.

André-Petersson, L., Engström, G., Hagberg, B., Janzon, L. & Steen, G. (2001). Adaptive Behavior in Stressful Situations and Stroke Incidence in Hypertensive Men. *Stroke*, 32: 1712-1720.

Davidson, R. J. (1994). Asymmetric brain function, affective style, and psychopathology: The role of early experience and plasticity. *Development and Psychopathology*, 6: 741-758.

Finset, A. & Andersson, S. (2000). Coping strategies in patients with acquired brain injury: relationships between coping, apathy, depression and lesion location. *Brain Injury*, 14: 887-905.

Gianturco, D. T., Breslin, M. S., Heyman, A., Gentry, W. D., Jenkins, C. D. & Kaplan, B. (1974). Personality Patterns and Life Stress in Ischemic Cerebrovascular Disease. *Stroke*, 5: 453-460.

Johnsen, B. H., Laberg, J. C. & Eid, J. (1998). Coping strategies and mental health problems in a military unit. *Military Medicine*, 163: 599-602.

Kang, D. H., Davidson, R. J., Coe, C. L., Wheeler, R. E., Tomarken, A. J. & Ershler, W. B. (1991). Frontal brain asymmetry and immune function. *Behavioral Neuroscience*, 105: 860-869.

Márkus A. (2006). *Neurológia*. Akadémiai Kiadó.

Mede L., Jóri A., Fazekas G. & Fazekas A. (1993). Életesemények mint rizikófaktorok a stroke patogenezisében. *Ideggyógyász*, 46: 273-276.

Oláh A. (2006). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Argumentum Tudományos Kiadó.

Perry, R. J., Rosen, H. R., Kramer, J. H., Beer, J. S., Levenson, R. L. & Miller, B. L. (2001). Hemispheric Dominance for Emotions, Empathy and Social Behaviour: Evidence from Right and Left Handers with Frontotemporal Dementia. *Neurocase: The Neural Basis of Cognition*, 7: 145-160.

Roth, S. & Cohen, L. J. (1986). Approach, Avoidance, and Coping With Stress. *American Psychologist*, 9: 813-819.

Shapiro, D., Jamner, L. D. & Spence, S. (1997). Cerebral laterality, repressive coping, autonomic arousal and human bonding. *Acta Physiologica Scandinavica. Supplementum*. 640: 60-4.

Szőnyi M. (1982). *Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban: Módszertani Füzetek 16*. Budapest: Országos Pedagógiai Intézet.

Taylor, S. E. & Stanton, A. L. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3: 377-401.

Wheeler, R. E., Davidson, R. J. & Tomarken, A. J. (1993). Frontal brain asymmetry and emotional reactivity: A biological substrate of affective style. *Psychophysiology*, 30: 82-89.

13. Mellékletek

13.1 Betegtájékoztató és beleegyező nyilatkozat

Tájékoztatót beleegyező nyilatkozat

Kedves Résztvevő!

A Károli Gáspár Egyetem pszichológia mesterszakos hallgatói vagyunk.

Az életünk során tapasztalt különféle helyzetekre mindannyian a ránk jellemző módon reagálunk. Ezen egyéni válaszmódokat vizsgáló kutatásunkhoz kérjük az Ön segítségét.

Amennyiben Ön részvételével segíteni kívánja kutatásunkat, egy személyes találkozás alkalmával sor kerül majd a fenti témát érintő beszélgetésre, továbbá felkérjük Önt két rövid kérdőív kitöltésére.

A kutatás során az Ön részvétele végig névtelen marad, és folyamatosan biztosítjuk Önnek a vizsgálatból való kilépés lehetőségét.

Segítségéért nagyon hálásak vagyunk!

13.2 Holmes-Rahe Életesemény Skála

Életesemény	Érték
Házastárs halála	100
Válás	73
Különélés	65
Börtön	63
Közei családtag halála	63
Baleset vagy betegség	53
Házasság	50
Állás elvesztése	47
Házastársi kibékülés	45
Nyugdíjazás	45
Családtag betegsége	44
Terhesség	40
Szexuális problémák	39
Új családtag érkezése	39
Üzleti problémák	39
Anyagi helyzet változása	38
Közei barát halála	37
Szakmai érdeklődés változása	36
Hiteltörlesztési gondok	30
Új munkakör	29
Gyermek elhagyja a szülői házat	29
Probléma a házastárs rokonaival	29
Kiemelkedő személyes sikerek	28
Feleség munkába áll vagy otthon marad	26
Tanév kezdete vagy vége	26
Életfeltételek változása	25
Szokások megváltoztatása	24
Vita a főnökkel	23
Költözés	20
Iskolaváltoztatás	20
Változás a szabadidős tevékenységben	19
Változás a templomba járás terén	19
Változás a társas tevékenységekben	18
Változás az alvási szokásokban	16
Változás az étkezési szokásokban	15
Vyaralás	13
Csacsony	12
Apróbb szabálysértések	11

13.3. Megküzdési MódoK Kérdőív

Nehéz helyzetben az ember sok mindent tehet és gondolhat, miközben próbál megbirkózni a helyzettel. Emlékezzék vissza egy ilyen helyzetre, amikor az adott esemény bekövetkezett, élje bele magát az akkori lelkiállapotába, és karikázza be a megfelelő számot az alábbiakban felsorolt reakciók mellett, attól függően, hogy azok közül melyek és milyen mértékben fordultak elő Önnél az eseményt követő hetekben.

Itt nincsenek jó vagy rossz válaszok, csak az Ön akkori lelkiállapota fontos.

	Nem volt jellemző	Alig volt jellemző	Jellemző volt	Nagyon jellemző volt
1.Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem.				
2.Engedtem, vagy egyezkedtem, hogy valami jó származzon a dologból.				
3.Valami olyasmibe fogtam, amiről tudtam, hogy nem fog beválni, de legalább csináltam valamit.				
4.Magamat okoltam és hibáztattam.				
5.Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat.				
6.Kifejeztem haragomat a probléma előidézői felé.				
7.Elfogadtam mások együttérzését és megértését.				
8.A helyzet valamilyen kreatív, alkotó tevékenységre ösztönzött.				
9.Más emberként kerültem ki a helyzetből - jó értelemben véve.				
10.Valahogy szabadjára engedtem érzéseimet.				
11.Igyekeztem megszabadulni a				

problémától egy időre, megpróbáltam pihenni vagy szabadságra mentem.				
12.Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbáltam segíteni magamon.				
13.Egy lapra tettem fel mindent, vagy valami nagyon kockázatosba fogtam.				
14.Egy általam nagyra tartott baráttól vagy rokontól kértem tanácsot.				
15.Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetbe kerültem.				
16.Másokon vezettem le feszültségemet.				
17.Tudtam, mit kell tennem, így megkésztettem erőfeszitésemet a siker érdekében.				
18.Több különböző megoldást találtam a problémára.				
19.Azt kívántam, hogy bárcsak megváltozna a helyzet.				
20.Imádkoztam.				
21.Átgondoltam, hogy mit fogok mondani vagy tenni az ügyben.				
22.Igyekeztem a dolgokat a másik személy szempontjából nézni.				

13.4. Metamorfózisok Tesztje

Képzeld el, hogy van egy varázsló, aki most elvarázsolja, de szabad választást hagy abban, hogy pontosan mivé.

Mi szeretne lenni, ha az, amivé a varázsló elvarázsolná, egy konkrét...

	Válasz	Miért?
Állat		
Dolog, tárgy		
Növény		
Szerszám, eszköz		
Konstrukció, alkotás, létesítmény		
Táj, a természet része		
Az emberi test részévé		
Szín		
A ház része		
Gesztus, emberi mozdulat, megnyilvánulás		
Ruhadarab, akár modern, akár régi		
Bútor		
Nyersanyag, alapanyag		
Alak, forma		
Művészi alkotás		
Híres ember, történelmi személyiség		
Képzeletbeli személy, mese-, regény vagy kalandhős		
Ige (cselekvés)		
Melléknév (tulajdonság)		
Főnév (fogalom)		

A varázsló most már nem ad szabad választási lehetőséget, csak annyi szabadságot hagy meg, hogy megválassza, mivé ne varázsolja semmiképp?

Mi nem szeretne lenni egyáltalán, ha az, amivé a varázsló elvarázsolná, egy konkrét...

	Válasz	Miért?
Állat		
Dolog, tárgy		
Növény		
Szerszám, eszköz		
Konstrukció, alkotás, létesítmény		
Táj, a természet része		
Az emberi test részévé		
Szín		
A ház része		
Gesztus, emberi mozdulat, megnyilvánulás		
Ruhadarab, akár modern, akár régi		

Bútor		
Nyersanyag, alapanyag		
Alak, forma		
Művészi alkotás		
Híres ember, történelmi személyiség		
Képzeletbeli személy, mese-, regény vagy kalandhős		
Ige (cselekvés)		
Melléknév (tulajdonság)		
Főnév (fogalom)		

Köszönjük, hogy válaszaival segíti kutatásunkat!