

A viselkedéses addikciók új horizontja. A videojáték-függőségről

T. Szerkesztőség!

A DSM-5-be (Mentális Betegségek Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve) 2013-ban bekerülő internetesjáték-zavar (internet gaming disorder, IGD), amelyet akkor a további kutatásokat igénylő zavarok közé soroltak, adekvát lépésnek bizonyult az American Psychiatric Association részéről [1]. Az azóta lezajlott kutatások eredményeképpen az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a 2022-ben megjelenő BNO- (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) kódrendszer 11. kiadásában immáron videojáték-függőség néven (video game addiction, VGA) önálló mentális rendellenességként fogja kategorizálni [2]. Ennek relevanciáját szükséges röviden áttekintenünk.

Számos hazai és nemzetközi vizsgálat támasztja alá, hogy a prepubertás-pubertás korosztályra nézve mekkora veszélyt jelentenek a videojátékok a függőségi szempontokat figyelembe véve. Az amerikai populációban a 2–17 éves fiúk 99%-a, a lányoknak pedig a 94%-a rendszeresen játszik velük, és ily módon folyamatos expozíciónak vannak kitéve [3]. Európában az 1998 és 2016 közötti időszakban több száz tanulmány jelent meg a témában, amelyek szisztematikus irodalmi áttekintését elvégezve kiderült, hogy az internetesjáték-zavar prevalenciája folyamatosan nő. Ehhez hozzájárult az internet elterjedése is: használata minden egyes vizsgált országban (Izland, Norvégia, Egyesült Királyság, Magyarország stb.) a kétezres évek elejére-közepére 6–8-szorosára növekedett, ami azóta is átlagosan 4,7%-kal folytatódik évente [4]. Magának a VGA-nak az előfordulása 5–10% körülire tehető a populációban [5], ez azonban nem fedi le a szubklinikai szinten lévőket [6]. A Távol-Keleten (Kína, Szingapúr, Dél-Korea) a diagnosztizáltak száma elérheti a 30%-ot is [7]. Ennek hatására a régióban már évekkel ezelőtt leszoktató táborokat létesítettek tinédzserek számára, amelyeket kormányzati szinten működtetnek [8], s erre most a WHO döntése nyomán az európai híradások újra felkapták a fejüket [9]. Hazánkban Demetrovics Zsolt a 2013-as akadémiai doktori értekezésében már felhívta a figyelmet a spektrumszemlélet fontosságára a viselkedéses addikciók kezelésében, s hangsúlyozta, hogy a videojátékok a szerencsejátékok nonfinansziális verziójaként interpretálhatók, azaz esetükben ugyanazt a hat dimenziót szükséges figyelembe vennünk mind a felismerés, mind pedig a terápia során (obszesszió, a játékkal

való intenzív foglalkozás, belefeledkezés, disszociáció, társas izoláció, interperszonális konfliktusok) [10]. Lényeges gyógyító-faktorként kiemelendő, hogy már egyetlen társas szabadidős tevékenységnek a mindennapokba való beiktatása is csökkenti a veszélyeztetettség és a kialakult függőség súlyosságát [11]. Szintén hazai kutatások mutattak rá, hogy minél korábbi az az életkor, amelyben elkezdődik a játék, annál nagyobb az esély a problémás eszközhasználat kialakulására, azaz a szülők szerepe kardinális ilyen téren [12].

A fentiek alapján tehát szükséges kiemelni egy, a betegellátás területén dolgozó szakemberek számára lényeges szempontot. Fontos tényező, hogy másodlagosan hogyan társulhat a VGA a krónikus testi megbetegedésekhez és a pszichológiai rendellenességekhez. Figyelmet kell fordítanunk arra, hogy egy diagnózist követően a gyermek, serdülő hogyan dolgozza azt fel, milyen coping stratégiákat mozgósít, és fordul-e a viselkedéses addikciók felé [13]. Hasonlóképpen vizsgálandó, hogy milyen komorbid zavarok társulnak a VGA elsődlegesen adott diagnózisához. Ezek lehetnek szomatikus panaszok (el- vagy átalvási nehézségek, étvágytalanság, szexuális diszfunkciók, mozgásszervi rendellenességek) vagy pszichológiai tényezők (maladaptive daydreaming [maladaptív nappali álmodozás], craving [gyöttrő vágyakozás], auto- és heteroagresszív tendenciák, anhedonia). Nagyon gyakran pszichiátriai kórképek mellett jelenik meg a videojáték-függőség, amelyekben közös személyiségjellemző lehet a kontrollvesztés (például kényszeres viselkedészavarok esetében), az impulzivitás (borderline személyiségzavaroknál) vagy az egyéb szerabúzással történő korreláció (például alkohol, drog). S mivel nagy népegészségügyi jelentőségű problémával állunk szemben, elegendő figyelmet kell fordítani a korai ellátásba vételre és a prevencióra egyaránt.

A terápiát tekintve a kapufunkciót betöltő szakemberek számára lényeges, hogy az egészségügyi intézményeken kívül hová irányíthatják a viselkedéses függőségben szenvedőket. Ebből a szempontból a Magadért Alapítványt vagy a Megálló Csoport Alapítványt szükséges kiemelni – ők problémás játékhassználatlal küzdő személyeket is fogadnak. Szükséges felismernünk és legalább a kontempláció szakaszába eljuttatnunk az addiktív spirálba kerülő gyermekeket, serdülőket és családjaikat, hiszen a fiatalok esetében a személyiségstruktúrák még jóval kialakulatlanabbak, nem rendelkeznek érett kritikai érzéssel, kiforrott konfliktuskezelési metodikákkal, stabil én-

képpel és énidéállal, így ők lehetnek a leginkább veszélyeztetettek a média agresszív, manipulatív, kontroll nélküli fogyasztásra ösztönző hatásaival szemben.

Irodalom

- [1] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). APA, Washington DC, 2013.
- [2] International Classification of Diseases (ICD-11). World Health Organization, Genova, 2018.
- [3] Granic I, Lobel A, Engels RC. The benefits of playing video games. *Am Psychol.* 2014; 69: 66–78.
- [4] Feng W, Ramo DE, Chan SR, et al. Internet gaming disorder: trends in prevalence 1998–2016. *Addict Behav.* 2017; 75: 17–24.
- [5] Gentile DA, Bailey K, Bavelier D, et al. Internet gaming disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2017; 140(Suppl 2): S81–S85.
- [6] Paulus FW, Ohmann S, von Gontard A, et al. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Dev Med Child Neurol.* 2018; 60: 645–659.
- [7] Chung TW, Sum SM, Chan, MW. Adolescent internet addiction in Hong Kong: prevalence, psychosocial correlates, and prevention. *J Adolesc Health* 2019; 64(Suppl): S34–S43.
- [8] Park SK, Kim JY, Cho CB. Prevalence of internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. *Adolescence* 2008; 43: 895–909.
- [9] South Korean internet addiction camp: What is life like there? Available from: <https://www.bbc.co.uk/newsround/48855182> [accessed: July 7, 2019].
- [10] Demetrovics Zs. Behavioral addictions: Obsessive-compulsive spectrum of disorders. Theses of an academic doctoral dissertation, 2013. [Viselkedési addikciók: spektrumszemléletű kutatások.] Akadémiai doktori értekezés tézisei, 2013. [Hungarian]
- [11] Ogletree SM, Drake R. College students' video game participation and perceptions: gender differences and implications. *Sex Roles* 2007; 56: 537–542.
- [12] Smohai M, Vargha A. Examination of potential new predictors of problematic video game use: game motives, goals in life, attachment styles, parental rearing behavior, social support. [A problémás videojáték-használat lehetséges prediktorainak vizsgálata, feltárása – játékos motivációk, aspirációk, kötődés, korai szülői nevelési stílus, társas támogatás.] *Alkalm Pszichol.* 2014; 14: 25–45. [Hungarian]
- [13] Griffiths MD, Daria JK, Lopez-Fernandez O, et al. Problematic gaming exists and is an example of disordered gaming: Commentary on: Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *J Behav Addict.* 2017; 6: 296–301.

(Józsa Tamás
klinikai szakpszichológus, család- és
párterapeuta, PhD-doktor-jelölt
e-mail: tamasjozsa2@gmail.com)

A szexualitás kérdésköre termékenységi kezelésekben

Az Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság (ESHRE) konferenciája

Berlin, 2019. április 12–13.

Huszonkét ország közel hatvan szakembere vett részt az Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság (ESHRE) Pszichológia és Tanácsadás Munkacsoportjának ülészakán. A 2019. április 12–13-án Berlinben tartott konferencia a *Termékenységi ellátás és szexualitás – dilemmák és irányelvek a mindennapi működésben* címet viselte. A szülész-nőgyógyászokból, embriológusokból, pszichológusokból, szülésznőkből és nővérekből álló közönség először általános bevezető előadást hallgatott meg a szexuális működés természetéről, melyből kiderült: a két nem közt e téren kisebb a különbség, mint gondolnánk. A szexuális funkciók ugyanis mindkét nem esetében erősen függenek az aktust megelőző vagy kísérő érzelmektől és gondolatoktól (Pedro Nobre). A workshop főbb kérdésvetéseit az alábbi fejezetek tartalmazzák (zárójelben az előadók nevével).

Szexuális és fertilitási problémák – okok vagy következmények?

A tanácskozás egyik legfontosabb kérdése az volt, vajon a szexuális életben jelentkező nehézségek megelőzik-e vagy követik a termékenységi problémákat. Longitudinális vizsgálat ebben a témában nem áll rendelkezésre, és ez nem könnyíti meg a választást. Tudjuk azonban, hogy a nem szándékolt infertilitás esetek mindössze 2,5%-a tekinthető „viselkedésalapúnak”, melyben a pszichés tényezők oki szerepet játszanak. Ilyenkor a gyermekáldás azért marad el, mert a pár megtermékenyüléssel összeegyeztethetetlen magatartást mutat (például túlzó szerhasználat, az együttlétek elmulasztása termékeny napokon stb.). Olykor a szexuális zavar teljes egészében pszichogén jellegű (például vaginismus esetén); súlyos esetekben ezt gyógyszeresen is kezelni kell (például az erekciós zavart, melynek elszívódói körülbelül 25%-ban ma már a 40 év alattiak közül kerülnek ki, tehát róluk se feltételezzük, hogy nem lehetnek ilyen nehézségeik; Paolo Capogrosso).

Sokkal gyakoribb azonban, hogy a szexuális diszfunkciók a terméketlenség következményeképpen jelentkeznek. Felmérések szerint az elsővonalas (*in vivo*) meddőségi kezelésre jelentkezők körében

nem gyakoribb a szexuális diszfunkciók előfordulása, mint a termékeny populációban, a terápiás folyamat előrehaladtával azonban akár 60%-ig emelkedhet a problémát tapasztalók aránya (Tewes Wischmann). Miközben az egészséges népességben 0,1% alatt van a nemző célú szexuális aktivitás hányada (Paul Enzlin), a foganni vágyók nemi élete egyre inkább erre koncentrálódik, így könnyen elveszíti spontaneitását és örömteli jellegét. A gyakran évekig tartó kezelések során a pár benne rekedhet a „most nem szabad, most lehet, most kell” szorításában. A problémák nőknél jelentkeznek hangsúlyosabban, leginkább a vágyfázisban. Mindez azonban nem feltétlenül jelent klinikai szintű szexuális zavart. Az infertilitási probléma nyugvópontra jutásával – akár foganással, akár örökbefogadás vagy gyermektelen életmód melletti döntéssel – a szexuális diszfunkciók általában rendeződnek.

Szükséges-e a szexualitásról beszélni asszisztált reprodukcióban részesülőkkkel?

Meglepő, mégis széles körű tapasztalat, hogy a meddőségi kivizsgálásra érkező pároknak alig tesznek föl a szexuális életükre vonatkozó kérdéseket. Egy német vizsgálat szerint a páciensek kórlapjainak fele nem tartalmaz erre vonatkozó információt (Tewes Wischmann), még a legalapvetőbbet, például a közönségek havi gyakoriságával kapcsolatos adatot sem. Ennek egyik oka lehet az a feltételezés, hogy ha valaki gyermeket akar, nyilván tudja, hogyan optimalizálhatja esélyeit, tehát minek beszélni róla. A tapasztalat ugyanakkor azt mutatja, hogy a párok nincsenek mindig tisztában a „termékenységi ablak” mibenlétével vagy a szexuális együttlétek kívánatos gyakoriságával, viszont előszeretettel alkalmaznak mítoszszámba menő technikákat (például párnát tenni csípő alá aktus közben, vagy „gyertya” pozícióban maradni aktus után; Inge Custers).

A szexualitás témájának elhanyagolása mögött az a vélekedés is állhat, hogy fölösleges ezt boncolgatni a termékenységi kezelések *in vitro* fázisában, hiszen a párnák szigorúan véve már nincs szüksége közönsülésre ahhoz, hogy gyermeke fogadjon. Ez azonban csak akkor volna igaz, ha a szexualitás egyetlen célja a reprodukció lenne. A nemi életnek azonban legalább ugyanannyira lényeges funkciója az örömszerzés és a kapcsolódás is (Uschi Van den Broeck), melyek elhanyagolása nem szolgálja a páciensek érdekeit. A gyógyítók célja nem korlátozódhat a szűken vett probléma megoldására, hanem a kezeltek életminőségének

megőrzésére-javítására is ki kell terjednie, melynek fontos eleme a kielégítő szexuális élet.

Ugyanakkor a pár kínosnak találhatja a témát, mert az aktusok a fentebb már említett érzelmi okokból tipikusan ritkulnak, miközben racionálisan tudják, hogy így csökkentik saját teherbe esési esélyüket, és ezzel az ellentmondással nehezen tudnak elszámolni a kezelők felé. Ilyenkor nem azzal segítünk, ha tapintatból nem kérdegetjük őket, hanem azzal, ha normalizáljuk a problémát, tájékoztatva őket arról, hogy a szexuális vágy csökkenése és az egyéb nehézségek ebben az életszakaszban nagyon is érthetőek és gyakoriak.

Ki beszéljen a szexualitásról az asszisztált reprodukcióban részesülőkkkel?

Ha tehát egyetértünk abban, hogy a „kétnyes témát” kerülni nem érdemes, a következő kérdés az, kinek a feladata felhozni. A termékenységi központokban gyakran egyfajta „várószoba-kultúra” uralkodik (Paul Enzlin) – mindenki arra vár, hogy a másik kommunikáljon erről a páciensekkel: az orvos azt gondolja, majd a nővér, a nővér pedig azt, majd a pszichológus. A végeredmény gyakran az, hogy senki sem hozza szóba. Egy biztos: nem várhatunk arra, hogy a páciensek hozakodjanak elő vele. Mi vagyunk „otthon”, nekünk mindennapos a helyzet, ők vannak sokkal inkább zavarban, tehát nekünk kell megpendíteni a megfelelő hurokat. Meg fogunk lepődni, mennyire könnyen megy majd: a párok gyakran szinte várják a kérdést, hiszen pontosan tudják, hogy a reprodukció szoros kapcsolatban áll a szexualitással.

Hogyan beszéljünk a szexualitásról az asszisztált reprodukcióban részesülőkkkel?

Miközben tehát érinteni a témát a szakember átadhatatlan feladata, mégis megválaszthatja, milyen mélységig megy bele a témába. Kiindulópontként szolgálhat, ha az asszisztált reprodukcióba (ART-be) lépéskor az egyébként is ajánlatos pszichológiai szűrővizsgálat keretében felvesszünk egy szexuális működést mérő kérdőívet (például *Női Szexuális Funkció Index*, *Nemzetközi Erektilis Funkció Index*), természetesen csak akkor, ha kezdünk is valamit az így nyert információkkal. A legjobb mégis az ún. PLISSIT-modellben gondolkodni [1]. Ennek első és egyben kötelező szintje a „megengedő” kommunikáció (P, mint *permission*): azaz néhány általános kérdéssel megnyitni a csatornát, hogy a pár érezze, lehet erről beszélni. A második

szint a „korlátozott információké” (LI, mint *limited information*), melyen a megosztott nehézségekre empatikusan reagálunk. A következő szint a „konkrét javaslatoké” (SS, mint *specific suggestions*), melyen képesek vagyunk tájékoztatni a párt például arról, mi a szakmai ajánlás a szexuális együttlétek idődimenzióját illetően, ha egyszerre szeretnénk maximalizálni a várandósság esélyét és minimalizálni a termékeny napokra időzített aktussal járó stresszt [2]. A legfelső lépcsőfok az „intenzív terápia” (IT) szintje: a klinikai szakpszichológusok vagy szexuálterapeuták terepe, akik speciális (például érzéki fókusz vagy mindfulness) gyakorlatokkal kezelik a nehézségeket.

Fontos, hogy a szakember elgondolkodjon, a fenti modellben hova helyezkedik: marad-e a P-szinten, vagy feljebb szeretné pozicionálni magát (LI, SS), esetleg továbbküldeni a páciens, ha olyan problémákat észlel, melyekhez már nem érez elég kompetenciát (IT). Lényeges a stílus is: minél könnyedebben és tabumentesebben tudjuk kezelni mi a témát – mint egy kérdést a sok egyéb között –, annál természetesebben beszélnek majd róla pácienseink is. Természetesen a társalgást erőltetni sem szabad. A párok nem elhanyagolható hányada ugyanis tényleg nem érzlel nehézségeket, ha nemi életét sikerül leválasztani a vágyott fogamzásról. De ha van is probléma, amennyiben néhány kapunyitogató kérdés után is kitérő vagy szűkszavú választ kapunk, akkor a pár valószínűleg nem szeretne mélyebben belemenni a témába, vagy nem látja nehézségnek azt, amit mi igen. Ezt nyilván tiszteletben tartjuk, miután magatartásunkkal érzékeltettük, hogy ha meggondolnák magukat, mi lehetünk azok, akik előtt később nyugodtan feltárhatják házaseleti nehézségeiket.

Zajló kutatások és egyéb szempontok

A konferencia alkalmat adott arra is, hogy a szakemberek beszámoljanak aktuálisan zajló kutatásaikról. A Portói Egyetemen például azokat a párokat vizsgálják randomizált-kontrollált elrendezésben, akik 6, illetve 12 hónapnál rövidebb ideje várnak teherbe esésre, tehát meddségi kezelésük még nem indokolt. A kutatók választ keresnek arra, vajon a termékenységi ablakról vagy a másnapokénti szexuális együttlétről szóló felvilágosító film szolgálja-e jobban pszichoszociális alkalmazkodásukat, ha/amikor meddségük diagnosztizálható lesz, szemben a szokásos eljárással, melyben csak hazaküldik őket azzal, hogy próbálkozzanak tovább (Mariana Veloso Martins). Hollandiában 35 szülészeti és nőgyógyászati klinika részvételével zajlik a *Gyönyört és Gyermeket (Zin en Zwanger)* című randomizált-kontrollált vizsgálat, melyben internetes oktatóprogrammal igyekeznek javítani ismeretlen eredetű szubfertilis párok szexuális működésén és természetes várandóssági esélyein (Eline Dancet). Zürichben kilenc különböző paramétert figyelembe vevő „okoskarkötő” kifejlesztésén dolgoznak, mely várhatóan pontosabban jelzi előre a tüsszőrepedést a körülbelül 70%-os megbízhatóságú ovulációs tesztekénél (Brigitte Leeners).

A konferencián végül néhány etikai kérdés is felmerült, például hogy van-e jogunk „gyorssegélyként” alkalmazni az ART-t anélkül, hogy előtte megpróbálnánk pszichológiai eszközökkel segíteni a gyermekáldást akadályozó szexuális problémákon, vagy etikus-e orvosi eljárással (például donorspermás inszeminációval) megoldani egy szociális problémát (a szingliségből fakadó gyermektelenséget; Anna Smajdor).

Összefoglalás

Az ESHRE Pszichológia és Tanácsadás Munkacsoportjának legfőbb üzenete tehát, hogy a szexualitásról az asszisztált reprodukció kontextusában is beszélni kell. A párokat a kezelésbe való tájékozott belevégzés keretében informálni érdemes arról, hogy ezen az életterületen esetenként nehézségekre számíthatnak, melyek akár nem is múlnak el azonnal, de általában nem is érik el a patológiás szintet. Legyen bár szülész-nőgyógyász, embriológus, pszichológus vagy nővér, a szakembernek kétféle hibát kell elkerülnie a szexualitás kérdéskörében: hogy egyáltalán nem foglalkozik vele, vagy hogy túlmedikalizálja azt (Ana Gomes). Összességében az asszisztált reprodukcióban részesülőeknek abban érdemes segíteni, hogy szexualitásukban a szaporodást szolgáló „prokreációs” cél mellett ne szoruljon teljesen háttérbe a rekreációs funkció sem.

Irodalom

- [1] Annon JS. Behavioral treatment of sexual problems: brief therapy. Harper & Row, Oxford, England, 1976.
- [2] National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence). Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. 2nd edition. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, 2013. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156/resources/fertility-problems-assessment-and-treatment-35109634660549> [accessed: April 20, 2019].

Szigeti F. Judit dr.