

DOKTORI (PhD) DISSZERTÁCIÓ

Bodnár Vivien

A placebo-hatás

2020.

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

Szerző: Bodnár Vivien

Cím: A placebo-hatás

Alcím: Placebo-hatás a mindennapokban

Doktori iskola: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai kar, Pszichológiai Doktori Iskola

A Doktori Iskola vezetője: Dr. Demetrovics Zsolt, egyetemi tanár

Doktori Program: Személyiség- és Egészségpszichológiai Program

Programvezető: Dr. Oláh Attila professor emeritus

Témavezető: Dr. Bárdos György professor emeritus

A bírálóbizottság tagja:

Elnök: Dr. Köteles Ferenc egyetemi tanár

Bírálok: Dr. Boros Szilvia habil. egyetemi docens
Dr. Tóth László habil. egyetemi docens

Titkár: Dr. Dömötör Zsuzsanna egyetemi adjunktus

Tagok: Dr. Ferentzi Eszter egyetemi adjunktus
Dr. Bérdi Márk klinikai szakpszichológus
Pigniczkiné Dr. Rigó Adrien habil. egyetemi docens
Dr. Székely Mózes habil. egyetemi docens

A benyújtás dátuma: Budapest, 2020. október



EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM

PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

EREDETISÉGNYILATKOZAT

Alulírott *Bodnár Vivien*, az ELTE PPK *Pszichológiai Doktori Iskola* doktorandusza büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy a *Placebo-hatás* című disszertáció **saját, önálló szellemi munkám**, az abban hivatkozott, nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok általános szabályinak megfelelően történt.

Tudomásul veszem, hogy szakdolgozat/diplomamunka esetén plágiumnak számít:

- a szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- a tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem, és tudomásul veszem, hogy plágium esetén szakdolgozatom/diplomamunkám visszautasításra kerül, és ilyen esetben fegyelmi eljárás indítható.

Budapest, 2020... ..

.....
aláírás

Tartalomjegyzék:

1. ELMÉLETI RÉSZ	6
1.1 Bevezetés: Placebo-hatás a mindennapokban.....	6
1.2 A placebo fogalma és rövid története.....	8
1.3 A nocebo.....	11
1.4 Hogyan működik a placebo? Általános placebo elméletek.....	13
1.4.1 Biológiai megközelítés.....	13
1.4.2 Személyiség-lélektani megközelítés.....	15
1.4.3 Tanulásméleti megközelítés.....	15
1.4.3.1 Tanulásméleti megközelítés- A kondicionálási elméletek.....	16
1.4.3.2 Tanulásméleti megközelítés- Az elvárások elméletek.....	18
1.4.4 Evolúciós megközelítés.....	20
1.5 A placebo orvosi és pszichológiai alkalmazása.....	20
1.6 A placebo alkalmazásának etikai vonatkozásai (Bodnár & Bárdos, 2017).....	24
1.7 Mindennapi placebóink.....	29
1.7.1 Az alkohol (Bodnár, 2018).....	29
1.7.1 Az alkohol kémiai hatásai.....	29
1.7.2 Az alkohol egyéb hatásai - az elvárások szerepe.....	31
1.7.3 Alkohol a placebo vizsgálatokban.....	31
1.7.2 A koffein.....	34
2. HÉTKÖZNAPI PLACEBÓINK: PLACEBO-HATÁS A KOFFEINFOGYASZTÁS ÉS A GINKO BILOBA FOGYASZTÁSA SORÁN- ESETTANULMÁNY	36
2.1 Placebo és koffein.....	36
2.2 Placebo és Ginko Biloba.....	40
3. „SZOCIÁLIS PLACEBO”: A TÁRSAS HATÁSOK SZEREPE AZ ALKOHOLFOGYASZTÁSHOZ KÖTHETŐ PLACEBO-HATÁSBAN (BODNÁR, 2018; BODNÁR & BÁRDOS, 2020)	43
3.1 Bevezetés.....	43
3.1.1 Az alkohol hatása.....	43
3.1.2 A kísérlet elrendezése.....	44
3.1.3 A hipotézisek.....	46
3.2 Módszer.....	47
3.2.1 Kísérleti személyek.....	47
3.2.2 Méréseszközök.....	49
3.2.2.1 Online kérdőív.....	49
3.2.2.2 Az alkoholos hatás mérése.....	49
3.2.3 A kísérlet menete.....	51
3.3 Etikai vonatkozások.....	53

3.4	Eredmények	54
3.4.1	Leíró statisztika - alkoholfogyasztási szokások - az online kérdőív eredményei	54
3.4.2	Leíró statisztika- Faktoranalízis	57
3.4.3	Leíró statisztika- Nemi különbségek.....	63
3.4.4	Hipotézist ellenőrző statisztikák.....	64
3.4.4.1	1) Hipotézis:.....	64
3.4.4.2	2) Hipotézis:.....	65
3.4.4.3	3) Hipotézis:.....	66
3.4.4.4	4) Hipotézis:.....	71
3.5	A kutatás korlátjai	74
3.6	Következtetések	75
4.	TEREPKÍSÉRLET- „RAPID RANDI”: PLACEBO-HATÁS ALKOHOLFOGYASZTÁS SORÁN	77
4.1	Bevezetés	77
4.1.1	A placebo-responder személyiség	77
4.1.1.1	Szociabilitás.....	78
4.1.1.2	Big5	78
4.1.1.3	Spiritualitás.....	80
4.1.1.4	Diszpozicionális optimizmus.....	81
4.1.2	A szexuális vonzalom és az alkohol.....	81
4.1.3	Hipotézisek	82
4.2	Módszer	83
4.2.1	Kísérleti személyek	83
4.2.2	A „rapid randi”	84
4.2.3	Mérőeszközök	85
4.2.3.1	Online teszt	85
4.2.3.1.1	Alkoholfogyasztási szokások	85
4.2.3.1.2	SCQ-14-H Spirituális kapcsolat kérdőív (Wheeler, & Hyland, 2008)	85
4.2.3.1.3	The Big Five Inventory (BFI) (McConochie, 2007)	86
4.2.3.1.4	Az Élet szemlélet Teszt (LOT, Life Orientation Inventory) átdolgozott (LOT-R) változata (Scheier et al, 1994).....	88
4.2.3.2	Az alkoholos befolyás mérése- szubjektív részegség	89
4.2.3.3	Az alkoholos befolyás mérése- külső megítélő általi objektív részegség	89
4.2.3.4	A szexuális vonzalom mérése	89
4.2.3.5	Az alkoholos és placebo koktélok.....	90
4.2.4	A kísérlet menete	92
4.2.4.1	Toborzás	92
4.2.4.2	A Rapid Randi menete.....	93
4.3	Etikai vonatkozások	94
4.4	Eredmények	95
4.4.1	Leíró statisztika - alkoholfogyasztási szokások	95
4.4.3	Hipotézist ellenőrző statisztikák.....	98
4.4.3.1	1) Hipotézis:.....	98
4.4.3.2	2) Hipotézis:.....	101
4.4.3.3	3) Hipotézis:.....	103
4.5	A kutatás korlátai	111
4.6	Következtetések	111

5. ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS	114
6. HIVATKOZÁSOK	117
7. MELLÉKLETEK:	129
<i>1. számú melléklet: A "szociális placebo" kísérlet tájékoztató nyilatkozata</i>	<i>129</i>
<i>2. számú melléklet: A "szociális placebo" kísérlet beleegyező nyilatkozata</i>	<i>130</i>
<i>3. számú melléklet: A "szociális placebo" kísérlet toborzó plakátja</i>	<i>131</i>
<i>4. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet: Online kérdőív.....</i>	<i>133</i>
<i>5. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet egyéni feltételének bevezetőjekor elhangzottak szó szerinti leirata</i>	<i>134</i>
<i>6. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet csoportos feltételének bevezetőjekor elhangzottak szó szerinti leirata</i>	<i>135</i>
<i>7. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet: Adatlap.....</i>	<i>137</i>
<i>8. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet: memóriateszt.....</i>	<i>138</i>
<i>9. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet: prezentáció.....</i>	<i>139</i>
<i>10. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet etikai engedélye.....</i>	<i>142</i>
<i>11. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet tájékoztatója 1.....</i>	<i>151</i>
<i>12. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet tájékoztatója 2.....</i>	<i>152</i>
<i>13. számú melléklet: A "Rapid randi" toborzója</i>	<i>153</i>
<i>14. számú melléklet: A "Rapid randi" beleegyező nyilatkozata</i>	<i>154</i>
<i>15. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérleti online kérdőíve</i>	<i>155</i>
<i>16. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérleti adatlapja</i>	<i>167</i>
<i>17. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet utólagos tájékoztatója- kölcsönös szimpátia esetén.....</i>	<i>168</i>
<i>18. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet utólagos tájékoztatója- kölcsönös szimpátia hiányában</i>	<i>169</i>
<i>19. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet Feedback kérdőíve.....</i>	<i>170</i>
<i>20. számú melléklet: A Pszicho Rapid randi Facebook oldal és eseményeinek népszerűsége- a hivatalos Facebook adatok.....</i>	<i>173</i>
<i>21. számú melléklet: A „Rapid Randi” kísérlet etikai engedélye</i>	<i>180</i>
<i>22. számú melléklet: A Mindennapi placeboink kurzus esettanulmányának vizsgálati lapja</i>	<i>191</i>
<i>23. számú melléklet: A Mindennapi placeboink kurzus diái.....</i>	<i>192</i>

1. Elméleti rész

1.1 Bevezetés: Placebo-hatás a mindennapokban

William McGuire (1969) szerint egy jelenség három lépcsőfokon keresztül nyer létjogosultságot a kísérletes kutatásokban: 1) kezdetben észre sem veszik, bagatellizálják, 2) később zavaró tényezőként tekintenek rá, és igyekeznek kizárni és kiszűrni azt, 3) végül pedig önállóan, saját jogán kezdik el kutatni. A placebo-hatást vizsgáló kutatások közel három évtizeddel ezelőtt érkeztek meg a harmadik lépcsőfokra, népszerűségük pedig azóta is töretlen. (Köteles, 2014)

Az utóbbi évtizedek placebo kutatásainak és etikai értekezéseinek hatására a kérdés ma már nem az, hogy lehet-e, vagy, hogy szabad-e placebóval gyógyítani, hanem a kérdés fókusza, hogy hogyan lehet a placebót minél hatékonyabban alkalmazni a gyógyításban.

Pszichológusként hiszek abban, hogy a betegek testestül-lelkestül betegek (vagy éppen egészségesek), és abban, hogy testi tüneteiket is holisztikus módon lehet igazán hatékonyan gyógyítani. Miközben az orvostudomány a betegségek fizikai vetületére koncentrálna gyógyít, addig a pszichológiának feladata a gyógyítás nem-specifikus hatásainak maximalizálása. A placebo-hatást vizsgáló kutatásoknak kiemelt szerepe lehet az „art of medicine” és a „science of medicine” képviselői közötti szakadék csökkentésében, és a két területet összekötő híd kiépítésében. A gyógyítás érdekében tehát a kérdésünk az ma, hogy hogyan lehet a placebo-hatást maximalizálni, erre a kérdésre pedig a placebo-hatást vizsgáló kutatások tudnak válaszul szolgálni. Jelen disszertációval, a hétköznapi élet placeboinak vizsgálatával ehhez a hídépítéshez szeretnék hozzájárulni.

A hétköznapi életben megjelenő placebo-hatás nem a homeosztázisból kibillenő szervezetet igyekszik a homeosztázis irányába visszabillenteni, hanem az egészséges szervezetet tolja el valamilyen szélsőség irányában. A kiindulás és a végpont tehát eltérő, a placebo-hatás azonban állandó. Számos olyan jelenséget ismerünk, mely során valamely anyag hatását a szer kémiai jellemzői nem képesek teljes mértékig magyarázni. Gyógyszert bevéve a fájdalomcsillapító hatás rendszerint korábban jelentkezik, mint ahogy azt a szer felszívódása magyarázná, koffeinmentes kávé hatására is lehetünk éberebbek, az orvosi rendelőbe lépve tüneteink enyhülhetnek, és akár alkoholmentes sörtől is ittassá válhatunk (Köteles, 2013a). Ezekben az esetekben a pszichoaktív szerek kémiai hatásán túl – csak úgy, mint a gyógyszerek és kezelések esetében - egy másik jelentős, nem specifikus hatás is érvényesül, mégpedig az úgynevezett

placebo-hatás. Tehát elképzeléseink, személyiségünk, tapasztalataink, szocializációval elsajátított elvárásaink, a környezetünkben lévő ingerek és még számtalan más tényező befolyásolja, hogy hogyan reagálunk bizonyos anyagokra – legyen szó akár egy speciális gyógyszerről, vagy akár a hétköznapiakból jól ismert alkohorról.

Jelen disszertációban a placebo-hatás jelenségét, mechanizmusát, működését és felhasználási módjait igyekszünk körbe járni, a következő egységek mentén:

1. Elméleti összefoglaló, melyben kitérünk a placebóval és nocebóval kapcsolatos fogalomkörre, annak történeti hátterére, a működését magyarázó elméletekre, felhasználási lehetőségeire és annak etikai vonatkozásaira, valamint a mindennapi életben jelen lévő egyes placeboók – az alkohol és a koffein – jellemzőire.
2. Saját kutatások, melyekben a mindennapi élet placeboinak hatását vizsgáljuk két esettanulmány és két kísérletes kutatás formájában:
 - 2.1 A két esettanulmányban a placebo-hatást koffein, valamint vitaminok segítségével demonstráljuk.
 - 2.2 Az úgynevezett „Szociális placebo” kutatás során az alkohol és az alkohol-placebo hatását vizsgáljuk a memória, egyensúlyérzékelés, és a testi-lelki állapot szubjektív változására, egyéni és társas közegben, feltételezve, hogy a csoportfolyamatok jelentősen befolyásolhatják az eredményeket, külön hangsúlyt fordítva azon változatra is, amelyben a résztvevők alkoholt fogyasztanak, de placeboinak vélik azt.
 - 2.3. A „Rapid Randi” terepkísérletben, a placebo alkohol hatásának mérését természetes társas közegben, a vizsgálat során pedig bizonyos személyiségjellemzők és a placebo válaszkészség közötti összefüggéseket, valamint az alkohol és az alkohol-placebo hatását vizsgáljuk a részegsége, a szexuális vonzalomra, és az önképre.

A disszertációban saját megjelent közleményeinkben szereplő leírásokat is felhasználtunk.

1.2 A placebo fogalma és rövid története

A szó a latin „placere” (=tetszeni) igéből származik, jelentése „tetszeni fogok” (Webster’s, 1997). A placebo szót a köznyelvben azokra az anyagokra használják, melyek semmilyen hatóanyagot nem tartalmaznak, mégis gyógyító hatásúak. A szakirodalomban a placebo-hatás definiálására többen is vállalkoztak: egyesek szűkebb értelemben, kizárólag az orvostudományhoz kapcsoltnak értelmezik a jelenséget (Hornung, 1994; Beecher, 1955; Pepper, 1945), mások (pl. Shapiro & Shapiro, 1997; Ross & Olson, 1981; Brody, 2000) tágabban, a specifikus, farmakológiai, biológiai alapú, „valódi” és a nem specifikus, pszichológiai eredetű, „nem valódi” fókusz mentén értelmezik a jelenséget (Köteles, 2013a). Ez utóbbi szerint a placebo olyan eljárás vagy anyag, amely az érintett tudomása szerint képes bizonyos tüneteket, illetve észleleteket változtatni, annak ellenére, hogy valójában nem bír az ezen változásokhoz szükséges specifikus, farmakológiai hatással (Ross & Olson, 1981). A definíciók többsége azonban kizárólag terápiás vonatkozásban, olyan testi, lelki változásnak írja le a placebo-hatást, melyet gyógyító környezetben található tárgynak, személynek, vagy az ott zajló eseményeknek tulajdonított szimbolikus jelentés vált ki (Brody, 2000). A jelenség legszélesebb körben elfogadott definícióját Shapiro & Shapiro (1997) alkották meg: „*A placebo is any therapy (or that component of any therapy) that is intentionally or knowingly used for its nonspecific, psychological, or psychophysiological, therapeutic effect, or that is used for a presumed specific therapeutic effect on a patient, symptom, or illness but is without specific activity for the condition being treated.*” Magyar fordításban, „Placebónak nevezünk bármely olyan terápiát (illetve bármely terápia összetevőjét), amit szándékosan vagy tudatosan használnak nem specifikus, pszichológiai vagy pszichofiziológiai terápiás hatása miatt; vagy amit feltételezett specifikus terápiás hatása miatt alkalmaznak egy betegnél, tünetnél vagy betegségnél, de nem fejt ki specifikus aktivitást a kezelt állapotra.” (Cziboly & Bárdos, 2003, 383.old.)

A placebo-hatásnak a placebo kezelést kapott csoport átlagos változását hívják, amelytől jelentősen eltérhet a csoport egyes tagjainak egyéni reakciója (Fields & Price, 1997), vagyis a placebo-válasz. A placebo-hatás mentén megkülönböztetünk *észlelt* és *valódi placebo-hatást*, az előbbi a klinikai vizsgálatok placebo csoportján tapasztalt változások összességét, míg az utóbbi a placebót nem kapó és a semmilyen kezelést nem kapó csoport paraméterei közötti változásokat jelenti (Ernst & Reschl, 1995). A placebo-hatással kapcsolatosan felmerülő egyéb fogalmak közé tartozik az *aktív* és *ál-* vagy *pszeudo-placebo*, amelynek van észlelt és/ vagy farmakológiai hatása, ám az nincsen közvetlen kapcsolatban a kezelni kívánt tünetekkel. A *bastard* vagy *false placebo* több hatóanyagot tartalmazó placebo, pl. vitaminok. A tökéletlen (impure) placebo használata

esetén valóban adekvát szert alkalmaznak a terápiásnál kisebb dózisban. A *megaplacebo* fokozott reakciót kiváltó tulajdonságokkal bíró placebo. A placebo reakció a placebo kezelés hatására egy egyénen tapasztalt változások összessége, míg az adott csoport átlagos változását placebo hatásnak nevezzük (Köteles, 2013a). *Placebo responder* vagy *reaktor személyek* azok, akiknél a placebo az átlagosnál hatásosabban fejt ki a hatását (Shapiro, 1979). A *nocebo* hatás a negatív elvárások megvalósulása, a placebo körülmények között tapasztalt mellékhatások összessége, azokat a jelenségeket, amikor a placebo hatása káros (Kennedy, 1961; Kissel & Barrucand, 1964). A placeboval kapcsolatos legfontosabb fogalmakat (Köteles & Bárdos, 2012; Köteles, 2013a alapján) az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat: A placeboval kapcsolatos legfontosabb fogalmak (Forrás: saját szerkesztés)

<i>placebo-hatás</i>	A placebo kezelést kapott csoport átlagos változása. (Köteles, 2013a; Fields & Price, 1997)
<i>placebo-válasz/ placebo-reakció</i>	A placebo kezelést kapott csoport egyes tagjainak egyéni reakciója. (Fields & Price, 1997)
<i>észlelt placebo-hatás</i>	A klinikai vizsgálatok placebo csoportján tapasztalt változások összessége. (Ernst & Reschl, 1995)
<i>valódi placebo hatás</i>	A placebót nem kapó és a semmilyen kezelést nem kapó csoport paramétereit közötti változások.
<i>ál/ pszeudoplacebo</i>	Olyan placebo, amelynek van észlelt és/ vagy farmakológiai hatása, ám az nincsen közvetlen kapcsolatban a kezelni kívánt tünetekkel. (Gauler & Weihrauch, 1997)
<i>bastard/false placebók</i>	Több hatóanyagot tartalmazó placebók, pl. vitaminok. (Schindel, 1962)
<i>tökéletlen (impure) placebo</i>	Használata esetén valóban adekvát szert alkalmaznak a terápiásnál kisebb dózisban. (Steinegger & Hansel, 1988)
<i>megaplacebo</i>	Fokozott reakciót kiváltó tulajdonságokkal bíró placebo.
<i>placebo responder/ reaktor személy</i>	Olyan személyek, akiknél a placebo az átlagosnál hatásosabban fejt ki a hatását. (Shapiro, 1979)
<i>nocebo</i>	A negatív elvárások megvalósulása, a placebo körülmények között tapasztalt mellékhatások összessége, azokat a jelenségeket, amikor a placebo hatása káros (Kennedy, 1961; Kissel & Barrucand, 1964).

Érvágás, mágikus receptek, kézrátétel és egyéb babonák, csak néhány példa az ókori, a hippokratészi vagy a középkori gyógyítás eszköztárából. II. Károly, Anglia királya több ezer alkalommal gyógyította kézrátétellel alattvalóit, a tibeti lámákról azt tartják, hogy lehetőséggel gyógyítanak, és a Biblia is tele van csodálatos gyógyulásokkal, és még ma is emberek ezrei zarándokolnak el minden évben a vallás különböző ikonikus helyszínire és hagyják ott mankójukat, kerekesszékeiket annak bizonyítékként, hogy meggyógyultak. A tudományos szemmel varázslatnak is tekinthető gyógymódok nagy része azonban többnyire alkalmas (volt) a tünetek enyhítésére.

Különleges helyzetek különleges megoldásokat szülnek: a második világháború során, amikor a harctéri kórházakban elfogyott a morfium, a műtéteket megelőzően a sebesült katonáknak sóoldat injekciót adtak be a nővérek, amely a morfiumhoz hasonló nyugodtságot és fájdalomcsillapító hatást váltott ki. 1955-ben Beecher beszámolója elismerte a placebo óriási jelentőségét és kijelölte az orvosi kutatás új irányát, a randomizált kontrollált kísérleteket. (Beecher, 1955)

Az éremnek azonban mindig két oldala van. A placebo pozitív hozadéka, a szuggesztió gyógyító ereje mellett hamar megjelentek a nocebót - például rontások és vudu átkok eseteit - leíró cikkek is. Cannon (1942) számos olyan jelenséget vizsgált meg, amikor vuduba, átkokba vagy boszorkányokba erősen hívő egyének megbetegedtek és meghaltak, miután valaki rontást tett rájuk. Ezekben az esetekben a hit mellett a társadalmi kiközösítés és megvetés képezte a halálos elegyet. Egy másik eset (Meador, 1938) a vudu átkból való gyógyulásról szól: Egy férfi, miután megátkozták, nagyon beteg lett, nem tudott enni, sőt beszélni sem a végén, halálán volt. Az orvosa miután tudomására jutott, hogy a férfit „megátkozták”, elhitette a beteggel, hogy a vudu pappal együtt sikerült levenni a rontást róla, a férfi pedig csodák csodájára napokon belül meggyógyult (továbbiakban az *1.3 A nocebo* című fejezetben).

Jelentős mérföldkőnek tekinthető a placebo kutatás történetében, hogy az 1970-es évek végén sikerült kimutatni, hogy a placebo- a valódi gyógyszerekhez hasonlóan- képes endorfint felszabadítani a testben. Levine (1978) placebót adott fogászati kezelésen átesett betegeknek, akik valóban a fájdalom enyhüléséről számoltak be. Később azonban naloxont (morfium-antagonista, kémiai úton blokkolja az endorfin kapcsolódását a receptorokhoz) kaptak, melynek hatására visszatért a fájdalmuk. Az eredmények bizonyították, hogy a fájdalom csökkenése nem csupán elméletben történt meg, hanem valódi fiziológiai változások is társultak hozzá. (Levine, Gordon & Fields, 1978)

A gyógyítás története tehát a XX. század második feléig alapvetően a placebo által meghatározottnak tekinthető, hiszen a modern orvostudomány és a mai kettősvak klinikai vizsgálatokat megelőzően használt kezelések és gyógymódok mai szemmel nem bizonyulnának bizonyítottan hatásosnak. Hozzá kell tenni azonban, hogy a ma elfogadott kezelések fele sem esett át a hatásosság igazolására szolgáló placebo-kontroll vizsgálatokon (Brown, 2013), annak ellenére, hogy számos beteg választ alternatív módszereket a hagyományos orvoslás mellett és/vagy helyett. Hogy miért működött évezredek óta és működik most is? A korábbi korok orvosai és a természettudományok mai képviselői nem választják el egymástól élesen a betegségek testi és lelki jellemzőit, holisztikusan kezelik a problémát (art of medicine), a kezelések szerves része a lelki gyógyítás; miközben a tudomány és a technológia fejlődésével az orvostudomány inkább a betegségek fizikai vetületére koncentrál (science of medicine) (Spiro, 1998; Köteles, 2014). A beteg azonban testestül és lelkestül együtt beteg, ennek figyelembevételével és a placebo hatás maximalizálásával lehet igazán hatékony a hagyományos orvoslás.

1.3 A nocebo

Az éremnek tehát két oldala van, és a placebo jótékony hatásai mellett az elvárásainknak negatív következményei is lehetnek. A gyógyszerek mellékhatásainak farmakológiai alapon nem magyarázható része, a negatív elvárásokon (pl.: vudu átok, ártó szellemek) alapuló káros hatások állnak az úgynevezett nocebo-jelenség (nocere=ártani, latin) hátterében (Kennedy, 1961; Kissel & Barrucand, 1964). Érthető etikai okokból kevés nocebo vizsgálat született, azonban a következők jól szemléltetik a nocebo jellemzőit:

Egy japán kísérletben (Ikemi & Nakagawa, 1962) szömörce-re allergiás gyerekek egyik alkarját ártalmatlan levéllel dörzsölték be, amelyről azt mondták nekik, hogy szömörce. Később kontrollképpen a másik alkarjukat is bedörzsölték valódi szömörce levéllel, erről azonban azt az információt kapták a gyerekek, hogy ártalmatlan. Az eredmény meglepő: Mindegyik gyereknek bepirosodott az a karja, amelyet ártalmatlan, de szömörce-nek hitt levéllel dörzsöltek be, tehát a kísérletben résztvevők a nocebo-hatás áldozataivá váltak, ami azonban még meglepőbb, hogy az allergén szömörce levél 13-ból 11 gyereknél nem váltott ki allergiás bőrpírt, miután a gyerekek úgy tudták, hogy a levél ártalmatlan.

Egy másik kísérletben (Luparello, 1968) asztmás betegeknek adtak mindössze vízpárával feltöltött asztma-inhalátort azzal az információval, hogy az allergén, irritáló anyagot tartalmaz. A betegek 48%-a asztmás tüneteket produkált, 30%-nál pedig teljes asztmaroham lépett fel. Ezt követően a résztvevők újabb inhalátort kaptak - amely ezúttal is vízpárával tartalmazott- ezúttal

azonban azzal az információval, hogy az a tüneteiket enyhítő gyógyszert tartalmaz. Az így beleegyzett vízpárától a betegek légutjai megnyíltak, tüneteik enyhültek.

A járványos hisztéria számos dokumentált esete (Sirois, 1974) is a nocebo jelenség élő példája. Ilyen például a kínai étterem szindróma, amely esetében a noceboként működő, egyébként ártalmatlan nátrium-glutamát okozott rosszullétet.

A mindennapokban a gyógyszerek mellékhatásainak azon része, amely nem farmakológiai eredetű, szintén tekinthető nocebonak. Myers (1987) három kórházban párhuzamosan zajló gyógyszeresztelés során arra lett figyelmes, hogy az egyik intézményben kiosztott betegájékoztatóból véletlenül kimaradt a gasztro-intesztinális panasz, melynek következtében az ottani résztvevők jelentősen kevesebb ilyen tünetről számoltak be, és hatszor kevesebbszer léptek vissza a részvételtől emésztőszervi tünet miatt, mint a másik két klinikán résztvevők.

A fejfájás, gyengeségérzés, hasfájás esetében, ha a betegek listát kapnak ezekről a várható tünetekről, nagyobb valószínűséggel (27-71%) számolnak be ilyen panaszokról, mintha spontán beszámolót kérnének tőlük (7-23%) (Barsky et al, 2002). Ezekben az esetekben, annak érdekében, hogy a velünk történő dolgokat megérthessük, és a kontrollt fenntarthassuk, igyekszünk okot találni, akár torzítások árán is. A betegséggel vagy a gyógyszereszedéssel járó szorongást így könnyen tulajdonítjuk mellékhatásnak.

A placebo hatásosságát, és egyúttal a nocebo-jelenséget mi sem bizonyítja jobban, mint az a tény, hogy a placebót túl is lehet adagolni. Egy depresszióban szenvedő beteg antidepresszáns gyógyszer tesztelésére jelentkezett, a kezelést követő egy hónappal később azonban hirtelen felindulásból - 29 tablettát beszedve - öngyilkossági kísérletet hajtott végre. A páciens az intenzív osztályra szállították sápadtan, izzadva, 80/40-es vérnyomással és 140-es pulzussal. Később a vizsgálatok során derült ki, hogy a lenyelt pirulákban semmilyen hatóanyag nem volt, a beteg a placebo kontroll csoportba volt beosztva a tesztelés során, és „csupán” a nocebo áldozatává vált. Amint az információ napvilágot látott, a beteg pulzusa és vérnyomása normalizálódott, kábultsága elmúlt (Reeves, 2007).

A nocebo-jelenség klasszikus kondicionálással is kiváltható: a kemoterápiára járó betegek 29%-át émelygés fogja el attól, ha valamely szag vagy látvány a kemoterápiás kezelést juttatja eszükbe, az asszociálódott ingerre pedig 11%-nál tényleges hányást váltanak ki (Országos Amerikai Onkológiai Intézet, 2013). Ebben az esetben a gyógyító környezet valamely eleme válik olyan feltételes ingerre, amely a kezeléssel járó mellékhatásokat kiváltja.

A kulturális közeg, a hiedelmeink, a korábbi rossz tapasztalatok, a potenciális mellékhatásokról szóló tájékoztatás, a negatív terápiás kontextus mind a nocebo-hatás kialakulását segítheti elő. *Primum nil nocere*: az orvos legfontosabb feladata, hogy ne tegyen kárt (ez a mondat része az orvosi eskünek is). *Mit lehet tehát tenni*, amikor egyrészt az orvosnak kötelessége (az esetleges perek elkerülése érdekében pedig elengedhetetlen) a beteget a mellékhatásokról széleskörűen tájékoztatnia, másrészt viszont azok tételes felsorolása noceboként hathat?

Az orvosi kezelés olyan félelmetes, kiszolgáltatott, érzelmileg fokozottan igénybe vevő helyzet is lehet, amikor a beteg a megszokott vonatkoztatási keretekre nem támaszkodhat, így a kezelés során megnő a szuggesztiókra való fogékonyság (szuggesztibilitás). Ebben az állapotban az egyén fokozottan ki van téve a környezeti, verbális és non-verbális ingernek (pl.: „hirtelen csecsemőhalál osztály” felirat, az orvosok hümmögése a műtőben), ezért különösen fontos, hogy a lehető legkevesebb negatív, és a lehető legtöbb pozitív szuggesztiót kapja a beteg. Az átkeretezés, átfogalmazás, a hangsúlyok eltolása a mellékhatásokról a gyógyító hatás irányába, a pozitív szuggesztiók (Diószeghy, 2000; Varga 2007), és az objektív információ validan pozitív átsomagolása egy bizalmi orvos-beteg viszonyban a beteg érdekeit szolgálják, és a pozitív placebo-hatást támogatják, anélkül, hogy a beteg információkhoz való hozzáférést korlátoznák (Varga, 2001; 2008; 2011). A beteg tájékoztatók esetében célszerűbb volna egy általános, pozitívabb kommunikáció, mely magába foglalja a placebo és nocebo-hatás, valamint a változások pozitív (pl.: gyógyulás várható ideje, a mellékhatásokat nem tapasztalók arányának hangsúlyozása) magyarázatát is (Loftus & Fires, 2008).

1.4 Hogyan működik a placebo? Általános placebo elméletek

1.4.1 Biológiai megközelítés

Tudjuk, hogy a placebo mindenre hat, ami az idegrendszer befolyása alatt áll – az 1.5 „*A placebo orvosi és pszichológiai alkalmazása*” című fejezetben ezek részletesen kifejtésre is kerülnek -, de nincs direkt hatással a genetikai és perinatális etológiájú betegségekre, a test szöveteinek külső hatásra történő károsodására, és vírusos/bakteriális/gombás vagy prionos fertőzésekre. (Cziboly & Bárdos, 2003; Köteles, 2012)

A placebo irodalom történetének fontos fejezete, hogy az 1970-es évek végén sikerült kimutatni, hogy a placebo- a valódi gyógyszerekhez hasonlóan- képes testi változásokat előidézni, tehát nem csak „fejben” létezik. Levine (1978) fájdalomcsillapító placebót követően naloxont (morfiium-antagonista, kémiai úton blokkolja az endorfin kapcsolódását a receptorokhoz) adott a fogászati kezelésen átesett betegeknek, melynek hatására visszatért a fájdalmuk. Az eredmények

bizonyították, hogy a fájdalom csökkenése nem csupán elméletben történt meg, hanem valódi fiziológiai változások is társultak hozzá, a háttérben pedig az endogén opiát-peptidek álltak. (Levine, Gordon & Fields, 1978) Grevert és munkatársai (1983) isémiás fájdalmat idéztek elő kísérleti személyeknél, majd naloxont adtak nekik. A naloxon önmagában nem hatott a fájdalomélményre, azonban a placebo-reaktív személyek esetében csökkentette a placebo fájdalomcsillapító hatását. (Cziboly & Bárdos, 2003) Tehát több kutatásban (pl. Lasagna, 1965; Levine, 1978; Grevert, 1983) is kimutatták, hogy a placebo analgészia megszüntethető az opiát-antagonista naloxonnal, amely az endogén-opiát rendszer szerepére enged következtetni. Ezt az elméletet erősítik azok az eredmények, miszerint a fájdalom hatására aktiválódó stressz rendszer aktivizálja az EOP rendszert is, így minél nagyobb a fájdalom, annál jobban tud hatni a placebo is (Beecher, 1956), és a társas támogatás is serkentőleg hat erre a rendszerre.

A technológia fejlődésének és a további kutatásoknak köszönhetően az endogén opiát-peptid mellett más területek placebo-hatásban betöltött szerepét is sikerült bizonyítani úgy, mint a neuroendokrin rendszerek (HPA), a stresszrendszer és a féltekei lateralizáció.

A HPA (hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg) tengely az egész szervezetet érintő hatásokkal bír, fontos szerepe van a betegség-reakciók kialakításában, hat a pszichés és társas folyamatokra, és kapcsolatban áll a placebo-hatással. A HPA többek között deszinkronizálja az EEG-t, aktiválja az agyi noradrenerg és dopamin rendszereket, befolyásolja az immunműködést, és hatással van a viselkedésre is (betegségviselkedések). (Cziboly & Bárdos, 2003)

Placebo-analgészia esetén bizonyos agyterületek - a talamusz, anterior inzula és anterior cingulum - aktivitásának csökkenése figyelhető meg, amelyeket opiát-agonista kezeléssel is befolyásolni lehet, még hozzá az észlelt fájdalomérzet csökkenésével arányos mértékben. (Köteles & Bárdos, 2012)

A jobb féltekei lateralizáció (Kulcsár, 1998) is magyarázhatja a placebo-hatást, „Ha igaz, hogy a viszcero-szomatikus történések a jobb féltekében fokozottabban reprezentálódnak, akkor elvárható, hogy minden szomatikus betegség - a viszcero-szomatikus funkciók alarmírozó zavarai révén – a jobb féltekét mintegy meghajtja”. (Kulcsár, 1998, 112.oldal)

A tanulási mechanizmusokat tekintve a jutalmat közvetítő agyi területek, így a nucleus accumbens és a dopaminrendszer szerepét emelik ki, a pozitív elvárások hatása mentén az orbitofrontalis és dorzolateralis prefrontalis kéreg, rostrális anterior cingulum (PAG) aktivitásának fokozódását figyelték meg (Benedetti, 2005), a későbbiekben (1.4.3.1

Tanulásméleti megközelítés- A kondicionálási elméletek) tárgyalt elméletek pedig az immunrendszer kondicionálhatóságát bizonyítják.

1.4.2 Személyiség-lélektani megközelítés

A korai placebo kutatások középpontjába a beteg, vagyis a placebo kezelést kapó személy állt, céljuk pedig azon személyiségjellemzők és vonások azonosítása volt, amelyek érzékenyebbé tesznek a placebo hatásával szemben. Olyan személyeket vizsgáltak, akiknél erőteljesebb placebo reakció tapasztalható (Köteles & Bárdos, 2008a; 2008b). A populációban azoknak a személyeknek az arányát, akik a placebo kezelésre szubjektív és/ vagy objektív, fiziológiai választ adnak, a legtöbb szakirodalom 30-40 %-ra becsüli (Beecher, 1955; Lasagna, 1954). A placebo responder személyekre jellemző a fokozott szuggesztibilitás, endogén-opiát érzékenység, jobb féltekei aktivitás, kondicionálhatóság, továbbá kapcsolatot találtak a szenzoros élménykeresés (Kulcsár, 1986), a Bandura-féle én-hatékonyság, a szociabilitás, társas konformitás, diszpozicionális optimizmus, társas problémamegoldási készségként értelmezett tradicionalizmus és a placebo érzékenység között (Geers és mtsai, 2005b; Fisher & Greenberg, 1997; Brody, 2000; Cziboly & Bárdos, 2003). A placebo-reaktivitásra hajlamosító személyiségjellemzőkre bővebben a *4.1.1 A placebo-responder személyiség* fejezetben térünk ki.

A vizsgálatok során a kutatók (Knowles, 1960; Netter, 1977; Császár 1985) úgy találták, hogy a placebo-reaktivitás csak speciális helyzetre adott reakciókra érvényes, tehát egyrészt nem létezik konzisztensen, minden helyzetben érzékeny személy; másrészt, ha a környezeti feltételek és a személy pillanatnyi állapota megfelelően összejátszanak, bárki lehet reaktív. (Cziboly & Bárdos, 2003) A vizsgálatok mentén tehát megkérdőjeleződött a konzisztens és megbízható placebo reaktív személyiség létjogosultsága, a későbbi kutatások ezért az olyan helyzeti és interperszonális tényezőket, mint az orvos személyisége, meggyőződése, kommunikációja, terápiával kapcsolatos attitűdje, a kezelés jellemzői, vagy a terápiás környezet - helyezték középpontba (Helman, 2003; Clardige, 1970).

1.4.3 Tanulásméleti megközelítés

A tanulásméleti megközelítés kondicionálós és elvárásos folyamatokat feltételez a placebo-hatás hátterében. A placebo-hatás működési mechanizmusának magyarázatára az eleinte uralkodó kondicionálási elmélet mellett az 1980-as években bontakozott ki a placebo-hatást magyarázni kívánó másik befolyásos elmélet, amely a személyek elvárásait helyezi a középpontba (Ross & Olson, 1981).

A szakirodalom tehát különválasztja a kondicionálásos és az elvárásos placebo-hatást, az előbbi mechanizmusa élettanilag jól magyarázható, az utóbbi működés módja azonban még nem teljesen tisztázott. Az elvárásos placebo az előbbivel ellentétben, valószínűsíthetően kizárólag humánspecifikum, amely tudatosságot, explicit tanulást követel meg, hatását az elvárások okozzák, a háttérben pszichológiai folyamatok feltételezhetőek, kialakulhat a hatóanyagot tartalmazó szer előzetes bemutatásának hiányában is és az elvárások megszűnésével oltódik ki (Cziboly & Bárdos, 2003). Egyesek úgy érvelnek, hogy a kondicionálás a tanulás tudattalan/implicit, míg az elvárások a tudatos/explicit tanuláson alapulnak, így mindkét folyamat hozzájárul a placebo-hatáshoz (Steward & Podd, 2004). Mások (Kirsch, 1997) szerint mindkét folyamat létezik és amennyiben ezek egymással ellentétbe kerülnek, akkor az elvárásos hatások felülkerekedhetnek a kondicionáltakon a nagyobb evolúciós hasznon érdekében (Köteles & Bárdos, 2012). Colloca és munkatársai (2008) az elvárásos és kondicionálásos mechanizmusok jelenlétét különböző esetekben találta jellemzőnek: az előbbi hatása erősebb volt verbálisan adott hiperalgéziára vonatkozó szuggesztiók esetén (nocebo-hatás), míg az utóbbi a fájdalomcsillapító placebo-hatás kiváltásában volt hatékonyabb. Sok kutatás a placebo-hatás kondicionálásos magyarázatát támasztja alá, mégis bizonyos jelenségeket nem lehet ezzel a folyamattal alátámasztani. Azokban az esetekben, amikor annak ellenére működött a placebo-hatás, hogy nem történt előzetes társítás, más mechanizmus segítségével kell értelmeznünk, mégpedig a betegek elvárásai állhatnak a jelenség hátterében. A pavlovi kondicionálás működése régóta ismert, az elvárásos placebo működése azonban közel semmi ennyire tiszta.

1.4.3.1 Tanuláselméleti megközelítés- A kondicionálási elméletek

A kondicionálási elméletek a farmakológiai hatással bíró anyag által kiváltott testi változás és a feltételes ingerként szolgáló szer többszöri társítása következtében kialakuló kapcsolatokkal magyarázzák a placebo-hatást. Olness és Ader (1992) SLE-ben (szisztémás lupus erythematosus-autoimmun betegség) szenvedő betegnél ciklofoszfamidot társított csukamájolaj ízzel és parfümillattal. A ciklofoszfamid kezeléseket sikerült felére csökkenteni, a kezelések 50%-nál elegendő volt a feltételes inger bemutatása. Suchman és Ader (1992) hipertenziós betegeknél társítottak placebót a kezelésben használt vérnyomás-csökkentőhöz, a társítás hatására pedig a placebo önmagában is képes volt kiváltani a gyógyszer hatását. Ez a fajta tanulás nem igényel verbalizációt, a folyamat tudattalanul, impliciten megy végbe. A vizsgálatok eredményei a kondicionálási droghatást támasztják alá, a gyógyszer-placebo társítások fontos kiaknázandó területet jelenthetnek egyes krónikus betegségek kezelésében, és a gyógyszerek okozta mellékhatások csökkentésében.

A gyógyszer hatását valamilyen placebohoz társító kísérleteken túl, az immunrendszer kondicionálhatóságát is sikerült különböző vizsgálatokban kimutatni. Tanuláselméleti megközelítések közé sorolható Melzack (1990) neuromátrix elmélete, miszerint a tanulás során kialakult testkép reprezentációja, a neuromátrix, a rendszer homeosztázisból való kibillenése esetén törekszik visszaállítani azt. Az immunrendszer kondicionálhatóságáról először Metalnikov és Chorine (1926) számolt be tengerimalacokkal végzett kísérleteiket követően. Leukocitózist kiváltó tápióka injekciót, vagy legyengített anthrax injekciót adtak be az állatoknak, majd társították a bőr megkarcolását és a meleg bot hozzáérintését a bőrhöz. A tanulási próbák következtében a meleg bot is képes volt előidézni a leukociták számának növekedését és a specifikus immunválasz megjelenését. A kondicionált leukocitózis más betegségek kivédést is elősegítette, a kolerával megfertőzött állatok közül tovább éltek a kondicionáltak a nem kondicionált társaikkal ellentétben. Az immunkondicionálhatóságot bizonyítják azok a kísérletek is, amelyek kimutatták, hogy a kondicionált ízaverzió bizonyos helyzetekben immunszupresszióhoz vezet. Egereknél ciklofoszfamidot, amely hányingert vált ki és immunszupresszor hatással rendelkezik, társítottak szacharin ízzel. A kondicionálás hatására, a tanulási próbák után a cukros víz képes volt immunszupressziót kiváltani, a kondicionált patkányok hamarabb pusztultak el, mint a nem kondicionált társaik az immunrendszerük alulműködése következtében (Ader és Cohen, 1975).

A klasszikus kondicionálás mellett, az operáns kondicionálásnak is van szerepe a placebo-hatásban: amikor a beteg állapotában bekövetkező véletlenszerű javulást a beteg valamely irreleváns külső faktornak tulajdonítja, mely így placebóvá, megerősítővé válik (Effektus-törvény, Thorndike, 1898). A kondicionálási elméletek képesek magyarázni minden olyan hatást, amelyet egy aktív szer képes kiváltani, továbbá jól magyarázzák a placebo-hatás nagyságának és az aktív anyag erősségének pozitív kapcsolatát, azonban nem tekinthetők kizárólagos magyarázatnak, nem terjeszthetők ki minden placebo jelenségre (Bérdi, 2011).

A kétféle kondicionálás mellett egy harmadik tanulási mechanizmus, az énkép, mint magasabb rendű kognitív folyamat is befolyásolja a placebo-hatást. Ezt „a születéstől kezdve az egyik legszilárdabban rögzült mintázatot ki-ki saját személyiségének testi-lelki integritásáról alkotja, méghozzá annak legegészségesebb formájáról” (Ádám, 1999, 6. oldal). A személy a testsémája integritásának megőrzése, helyreállítása érdekében különböző eszközöket képes alkalmazni, és „a különböző placebo-szerek és eljárások a betegség folytán sérült vagy zavart önmintázat helyreállítását indítják be” (Ádám, 1999, 6. oldal).

A pavlovi és a Thorndike-féle kondicionálás, valamint az agyi önképmás erősödése nem feltételez tudatosságot, vagy verbalizációt, a tanulás nem expliciten, hanem tudattalanul, rejtetten, impliciten valósul meg. (Bárdos, 2011)

1.4.3.2 Tanuláselméleti megközelítés- Az elvárásos elméletek

Még a 70-es években felmerült, hogy a placebo-hatás háttérében a beteg téves attribúciója áll. Schachter és Singer (1962) attribúció-elmélete szerint az emóciók intenzitásáért a szervezet arousal-szintje, míg a specificitásáért és kognitív címkézés felelős. Storms és Nisbett (1970) sokat vitatott kísérlete során inszomniás betegeknek placebo tablettát adtak, arousal-szint csökkenő és növelő instrukcióval. A kognitív címkézéssel jól, azonban a placebo-hatással nehezen értelmezhető eredményre jutottak: az arousal-növekedést elváró feltételben a résztvevők jobban aludtak (és saját fokozott érzelmi állapotukat a tablettának tulajdonították), mint azok, akik arousal-csökkentő instrukciót kaptak (ők a magas arousal-szint mögött intenzív érzelmeket feltételeztek) a placebo tablettá mellé. Ezeket az eredményeket később nem sikerült megismételni (pl. Kellog & Baron, 1975; Bootzin, 1976), azonban az, hogy ezek ellentétesek voltak a szuggesztív placebo-magyarázatokkal rámutatott, hogy egy-egy eseményre sokféle oki magyarázat születhet és alapot adtak a kidolgozottabb expektancia modelleknek. (Köteles & Bárdos, 2008)

Az attribúció elméletet- mely szerint a placebo-kezelésre reagáló személyek fokozottan érzékenyek a belső állapotaik változására- követően, az 1980-as években bontakoztak ki a személyek elvárásait középpontba helyező placebo elméletek (Ross & Olson, 1981), amelyek szerint a jövőre vonatkozó elvárásaink abban az esetben is eredményezhetnek testi változásokat, ha az adott kezelés nem jár specifikus farmakológiai hatással. Az elvárások egyrészt vonatkozhatnak a tünetek háttérében álló okok kezelésére, a felületi tünetkezelésre, továbbá várhatják, hogy az adott szer csökkenteni fogja a tüneteket (ellentétes elvárás), vagy parallel módon, a meglévő tünetekhez hasonlókat fog kiváltani (Nagy, 2008; Bérdi, 2011). A Ross és Olson-féle (1981) expektancia attribúciós elméletet az 2. táblázat foglalja össze.

2. táblázat: Az expektancia attribúciós modell (Forrás: Ross & Olson, 1981)

Tünetekre ható placebo		Kiváltó okokra ható placebo	
Ellentétes elvárás	Parallel elvárás	Ellentétes elvárás	Parallel elvárás
A placebo enyhíti a tüneteket, használata nélkül több tünet lenne jelen	A placebo súlyosbítja a tüneteket, így nélküle a páciens kevesebb tünetet észlelne	A placebo pozitívan befolyásolja a betegséget, így, ha az alkalmazása mellett is megjelennek a tünetek, akkor a betegség vélhetően súlyos	A placebo negatívan befolyásolja a betegséget, így, ha a szedése mellett is megjelennek a tünetek, akkor vélhetően a betegség nem annyira súlyos

Az elvárások és a placebo-hatás között különböző mechanizmusokat feltételeznek, a pozitív elvárások hatására növekedő kontrollérzetet gondolják központi mechanizmusnak, amely hatására csökkenhet a stressz és a szorongás, így az egyén pszichológiai és fizikai állapota javulhat (Brody & Brody, 2000).

Az elvárásos, szociálpszichológiai elméletek között megemlíthető Bem ön-attribúciós elmélete (1972), amely szerint, ha a páciens a placebónak tulajdonít valamely fiziológias állapotot, akkor okként egy külső faktort azonosít, és az érzést nem tekinti belső eredetűnek. A másik klasszikus, a Festinger-féle (1957) kognitív disszonancia redukció elmélet, amely kézenfekvő a placebo-hatás azon jelenségeinek magyarázatánál, amelyek azt mutatják, hogy a drágább, fáradtságosabb, nehezebben elérhető, több energiát igénylő kezelések, gyógyszerek hatásosabbak, mint a könnyebben hozzáférhető, olcsóbb készítmények, még olyan esetben is, amikor hatóanyag nélküli, vagyis placebo készítményekről van szó. Tehát minél nagyobb egy szer értéke, észlelt szükségessége, annál nagyobb hatást várunk el tőle. Az „orvos, mit gyógyszer” jelenségre az önbeteljesítő jóslatok (Rosenthal & Jacobson, 1968) tudnak magyarázatul szolgálni, amelyek szerint az orvosok által közvetített elvárások nagymértékben befolyásolják a beteg gyógyulását (Benson & McCallie, 1979; Cziboly & Bárdos, 2003). Geers (2005b) cél-aktivációs modellje a placebo motivációs hátterét magyarázza, miszerint a személy aktuális céljai határozzák meg a placebo-hatás irányát és erejét, tehát, ha a célok kongruensek az elvárásokkal, akkor létrejön a placebo-hatás, míg a kongruencia hiánya esetén nem lép fel placebo-hatás.

1.4.4 Evolúciós megközelítés

Cziboly és Bárdos (2003) egy integrált, evolúciós keretben értelmezett bio-pszichoszociális modellt hoztak létre az elvárásos placebo-hatás leírására. Kétféle „kaput” feltételeznek, amelyek közül az egyik alulról felfelé, tehát a zsigerektől a felsőbb központok felé, a másik pedig a felülről-lefelé haladó információk, vagyis a magasabb kognitív rendszerek, például a beszéd által kifejezett tartalom zsigeri szintű megjelenésének kontrollálásáért, szűréséért felel. A kapuk kialakulásának hátterében a szelekciós nyomás áll, vagyis az első kapu esetében a túléléshez szükséges volt, hogy csak a viselkedésszervezés szempontjából lényeges információk jussanak el a központi idegrendszer magasabb, tudatos szintjeire. A második kapu kialakulása a beszéd megjelenésével hozható összefüggésbe, vagyis annak a szükségességével, hogy a szöveg értelmezése függetlenedjen más információ feldolgozó rendszerektől, a belső beszédet, önnarrációt, kényszeres gondolatokat a szervezet ne értelmezze „szó szerint”. Alapesetben a kapuk zárva vannak, vészhelyzetben, szükség esetén azonban kinyílnak. A kapuk működését mind genetikai örökségünk, mind pedig tanulási mechanizmusok befolyásolják, bizonyos körülmények, például az erős fájdalom minden embernél a kapuk kinyílásához vezet, más ingerek, például a szuggeszió, pedig csak az arra fogékonyak esetében hat. Az elvárásos placebo-hatásért a második kapu felel, vagyis „bizonyos hatások következtében a kapu kinyílik, megnyílik az út a tudattól a vegetatívum felé, az orbitofrontális régió képes lesz közvetíteni elvárásait a szervezet alacsonyabb szintjeinek” (Cziboly & Bárdos, 2003, 410. oldal). A placebo tehát egy eszköz a kapu megnyitására, a változást pedig a placeboba vetett hit és elvárás okozza.

1.5 A placebo orvosi és pszichológiai alkalmazása

Orvosi kontextusban többféle jelenség kapcsán beszélünk placebóról. A farmakológiai szerek esetében a teljes gyógyszerhatás (Claridge, 1970) egyrészt a hatóanyagok farmakológiai hatásaiból, másrészt pedig nem specifikus, vagyis placebo hatásból tevődik össze. Utóbbiak közé tartoznak a gyógyító jellegzetességei, mint például a nem, státusz, elvárások, szükségletek, szuggesziók, tőle származó információk, orvos-beteg kapcsolat és a beteg jellemzői, személyisége, hiedelmei, tünetei, elvárásai, megfelelési/gyógyulási igénye (Pygmalion-hatás) és korábbi tapasztalatai (*1. ábra*). Továbbá befolyásolják a hatást a gyógyszer és a környezet jellemzői (mikro és makrokontextus) (Köteles & Bárdos, 2012). Tudjuk (Ulrich, 1984), hogy azon a műtéten átesett betegek, akiknek az ablaka parkra néz, egy nappal hamarabb gyógyulnak átlagosan, mint azok, akiknek a kórházi ablaka egy tűzfalra néz. Továbbá az akupunktúrának vagy a gyógyszereknek más hatásmechanizmusa lehet a keleti és nyugati kultúrában.

MITŐL HATÁSOS EGY GYÓGYSZER?

TELJES GYÓGYSZERHATÁS:

- az aktív hatóanyag biokémiai-élettani hatásai
- a gyógyító kontextus
- a gyógyító személye – orvos-beteg kapcsolat
- a kezelés módja
- a kezelés tulajdonságai
- a gyógyító kontextusban adott szuggesziók

A gyógyszer formája, színe, mérete, íze, a tabletták száma, csomagolása, márkájapreztízse, ára, a betegtájékoztatók megfogalmazása, illetve az alkalmazás szabályszerűsége és formája is meghatározó. Például a fehér színű pirulákat inkább az általános, a vörösöket a keringési rendszerhez kapcsolódó tünetek csökkentésében vélik hatékonyabbnak, a sárgáknak élénkítő, a zöldeknek nyugtató, a kékeknek pedig antidepresszáns hatást tulajdonítanak az emberek (Köteles & Bárdos 2007). Több tablettá hatékonyabb, mint a kevesebb, a műtét erősebb hatással bír, mint a gyógyszerek (2. ábra) és a gyógyulással kapcsolatos elvárások kulturálisan beágyazottak (Moerman, 2002). Érdekes eredményre jutott például az olasz Luchelli (1978), aki azt találta, hogy a kék placebo tabletták a nőknél nyugtató, míg a narancssárgák a férfiaknál élénkítő hatással bír. A nemi különbség hátterében kulturális hatás állhat: a kék szín az olasz nemzeti labdarúgó válogatott színe, tehát a férfiak esetében az élénkséggel asszociálódott, a nőknél a kék azonban Szűz Máriához kapcsolódik, amely inkább nyugtató hatással bír (Köteles, 2013a).

MITŐL HATÁSOS EGY GYÓGYSZER?

- az injekció jobb, mint a kapszula
- a kapszula jobb, mint a tableta
- a tableta jobb, mint a folyadék
- a folyadék jobb, mint a kenőcs

- a hosszúkás jobb, mint a kerek
- a nagy jobb, mint a kicsi
- a színes jobb, mint a fehér

Az orvostudományban és a pszichológiában több területen is bizonyítottan alátámasztották a placebo-hatást. Az egyik legjelentősebb és legősibb alkalmazási terület a fájdalomcsillapítás. Több kutatás is jelentős fájdalomcsillapító hatást mutatott ki a placebók alkalmazása esetén (pl.: Fürst, 1997; Levine és mtsai, 1978; Price és mtsai, 2005; Beedie, 2010, Nisbett & Schachter, 1966). Alkalmazható továbbá pszichiátriai zavarok esetén, például nyugtatóként (Lowinger & Dobie, 1969; Császár, 1985), antidepresszánsként (Kirsch & Sapirstein, 1998) és az insomniaterápiájára (Storms & Nisbett, 1970). Emésztőrendszeri (Fürst, 1997), szív-érrendszeri (Beecher, 1961; Benson & McCallie, 1979; Dupont, 1987), légúti megbetegedések (Butler & Steptoe, 1986) és autoimmun betegségek esetén. A placebo tehát az idegrendszer által befolyásolt testi működésekre hatással lehet, a hatása azonban a genetikai és prenatális etiológiájú betegségek, a szövetek külső hatásra történő károsodása, illetve a vírusos, bakteriális, gombás és prionos fertőzések esetén direkt módon nem érvényesül (Cziboly & Bárdos, 2003; Köteles, 2012).

Sok esetben a placebo klinikai eredményessége már-már a csodás gyógyulások határát súrolja. Moseley (1996) ortopéd sebész térdcsontízületi gyulladásban szenvedő betegeken végzett valódi artroszkópos, illetve színlelt műtétet (szikével átmetszették a bőrt, majd anélkül varrták össze a sebet, hogy bármiféle orvosi beavatkozás történt volna). Mindegyik eljárás ugyanúgy zajlott le: a páciens betolták a műtőbe, elaltatták vagy érzéstelenítették, majd a doktor egy borítékból értesült róla mindössze, hogy melyik beteget melyik csoportba sorolták véletlenszerűen. A műtétet

követően minden beteg kevesebb fájdalomról és jobb mozgékonyaságról számolt be a műtét után közvetlenül, fél évvel, sőt hat évvel később is, függetlenül attól, hogy valódi vagy álműtéten estek-e át. Az eredményeket később (Moseley, 2002) nagyobb mintán (180 fő) sikeresen reprodukálták.

Egy kutatócsoport (Cobb, 1959), a mai modern etikai alapelvek alkalmazását megelőzően, az 1950-es években az anginaműtét (a bypass műtéteket megelőzően rendszerint az anginás betegeknél feltárták a sérült artériákat, majd lekötötték őket annak érdekében, hogy a testet arra késztessek, hogy új vérereket növelessen) hatékonyságát vetette össze a placebóéval, és jutott meglepő eredményre. A kísérletben az egyik csoport tagjain valódi műtétet hajtottak végre, a másik csoport azonban álműtéten esett át: a sebész bemetszést ejtett a mellkason, feltárta az artériákat, ezt követően azonban további beavatkozás nélkül összevarrta a sebet. Az eredmények alapján a valódi műtéten átesettek 67%-a kevesebb fájdalomról számolt be és kevesebb gyógyszert igényelt, ugyanez az arány az álműtét esetében azonban 83% volt, tehát a placebo műtét jobb hatásfokkal működött, mint a valódi.

Elvárásainknak és a gondolatainknak tehát - tudományosan bizonyított módon is - hatalma van a testünk felett. A placebo-terápiának, bizonyos esetekben, a farmako-terápiával összemérhető a hatásossága, és számos további probléma esetén alkalmas a tünetek és panaszok enyhítésére, a páciens szubjektív és objektív jólétének elősegítésére; hatalmas előnye pedig, hogy a hagyományos orvoslás eszköztárával összehasonlítva szinte alig terheli a szervezetet, a mellékhatások megjelenésének valószínűsége jóval kisebb. Annak ellenére, hogy önálló terápiás alkalmazásának is van létjogosultsága, az alternatív és komplementer módon történő felhasználása kétségkívül hatékonyabb és inkább alkalmazandó (Köteles, 2012). A kondicionálási megközelítés keretei között például a krónikus terápiák esetén a hosszan tartó gyógyszerterhelés csökkentése érdekében a placebo és a hatóanyagot tartalmazó szer váltakozó alkalmazása elősegítheti a mellékhatások csökkenését a szer által indukált biológiai folyamatok fenntartása mellett. Az emberi szervezet rendkívül komplex, a regeneráció, vagyis a szervezet öngyógyító mechanizmusai számos területen, mint például az immunrendszer, a sejtszintű működések, vagy a viselkedésszervezés, tetten érhetőek. Az orvostudomány célja a regenerációhoz szükséges optimális körülmények megteremtése, és a szervezet egészséges állapotba történő visszajuttatása. A placebo-válasz az öngyógyító folyamatok által meghatározott, ilyenformán pedig az orvostudomány céljának nem a placebo-reakció ignorálása és leválasztása kellene lennie, hanem a kiváltásához szükséges optimális körülmények garantálása. A cél tehát egyértelmű, a gyakorlat azonban más. A korai klinikai gyógyszervizsgálatok során a placebo-hatás többnyire csupán az összehasonlítás alapját adta, sőt mára már gyakran azt se: placebo-kontrollt csak olyan szerek

vizsgálatában lehet ma már alkalmazni, amelynek használatban lévő más készítménye még nincs; ha van, akkor a már bevett és bejegyzett szert kell alkalmazni kontrollként, ahelyett, hogy az adott szer nem specifikus, teljes mértékben kiaknázandó és maximalizálendő elemeként tekintenénk rá. A gyógyszerekben található aktív hatóanyagok mellett a mikro- és makrokontextus számos más tényezője határozza meg a teljes gyógyszerhatást (Claridge, 1970; Helman, 2001). Amennyiben elfogadhatjuk alaptételnek, hogy az orvostudomány és a gyógyszercégek célja a betegek meggyógyítása, a regeneráció elő-segítése, de legalább a tüneteik enyhítése, akkor a placebo-hatás napjainkra jellemző ilyen mérvű figyelmen kívül hagyásával a gyógyító orvostudomány egy fontos és hatékony módszertől fosztja meg magát. A kutatásoknak tehát a kiszűrés helyett a nem-specifikus hatások maximalizálást kellene célul kitűzniük, azonosítva a placebo-hatás olyan nem-specifikus elemeinek jellemzőit, mint a placebo-reaktív személyiség, az optimális gyógyító kontextus, a szerek sajátosságai, az orvos személyiségjellemzői, az orvos–beteg kapcsolat és a mikro-kontextusban megjelenő szuggesztiók jellemzői. A gyógyítás hatékonyságát tovább növelné a makrokontextus, vagyis a kulturális környezet, az egészségről-betegségről, illetve placebóról kialakított közvélekedés további változása, a pejoratív sztereotípiák lerombolása. (Bodnár & Bárdos, 2017)

1.6 A placebo alkalmazásának etikai vonatkozásai **(Bodnár & Bárdos, 2017)**

A következő fejezetben a placebo alkalmazásának etikai vonatkozású témaköre saját közleményünk alapján kerül bemutatásra (Bodnár & Bárdos, 2017).

A placebo felhasználása hosszú századokra nyúlik vissza, mi több, a modernkori orvoslást megelőzően a gyógyítás elsősorban placebókra támaszkodhatott (Shapiro & Shapiro, 1997). A XX. századot követően azonban az orvostudomány, főleg az etikai kérdésfelvetés mentén, a placebót negatívnak bélyegezte, és széles körben elterjedt a placebót mind a betegek, mind pedig az orvosok szempontjából pejoratív köntösbe bújtató elképzelés, miszerint a placebo-reakció csupán a fejben létezik, alkalmazása sérti az emberi méltósághoz és az önálló döntéshez fűződő jogot. A problémafelvetés azonban munkára és a placebo gyógyításban betöltött szerepének kutatására sarkalta a szakembereket, a kutatások egyértelmű eredményei pedig a kérdés fókuszát a „lehet-e” kérdésről a „szabad-e” kérdésre terelték. Az etikai megfontolások mentén pedig a kérdés fókusza tovább változik, immár nem a „szabad-e”, hanem a „hogyan kell alkalmazni” a releváns kérdés.

Annak ellenére, hogy a placebo alkalmazása mind pszichológiai (Magyar Pszichológiai Társaság, 2004), mind pedig orvosetikai (Magyar Orvosi Kamara, 2012; American Medical Association, 1847) szempontból több kérdést is felvet, hatásossága megkérdőjelezhetetlen, és számos vizsgálat által bizonyított. „A placebóval való gyógyítás legfontosabb kérdése tehát már egy ideje nem az, hogy lehetséges-e, hanem hogy szabad-e.” (Köteles, 2007, 430. oldal)

Szabad megtéveszteni a beteget? Szabad-e hamis információkkal ellátni a páciens, vagy esetleg hazudni neki, annak tudatában, hogy a placebo hatásossága (látszólag) a megtévesztés függvényében alakul. A hazugság a Révai nagylexikon definíciója alapján „annyi, mint tudva, akár szóval, akár csak valami jellel, másnak megtévesztése céljából annak az ellenkezőjét mondani, amit igaznak tudunk”, illetve „aki másban szándékosan, ha nem is határozott szavak segítségével, de jellel, kétértelműséggel, tartózkodással stb., olyan véleményt kelt, mely azzal, amit igaznak tud és tart, ellenkezik, ugyancsak hazudik”. Amikor tehát orvos-beteg viszonyban az orvos által „implicit szuggesztíóval” felírt placebót követően a beteg – a közös kulturális vonatkoztatási keret és kontextus miatt - azt gondolhatja szerről, hogy az aktív hatóanyagot tartalmaz, miközben placebo; vagy csupán elhallgat információkat, építve arra, hogy a placebo hatás része a „teljes gyógyszerhatásnak” (Claridge, 1970), akkor megtéveszti a beteget, ha tetszik „kegyesen hazudik”). A „*Mentiris ut medicus*”- vagyis „úgy hazudik, mint egy orvos” jelenség sokáig jellemezte az orvos-beteg kapcsolat paternalisztikus modelljét, amelyben az orvos maga sem rendelkezett sokáig a betegségek megfelelő tudományos magyarázatával, a gyógyulás érdekében pedig nem tájékoztatta megfelelően a páciens sem. Igaz ez a mai farmakológia fejlettségének egy korszerű stádiumából visszatekintve az orvoslás korábbi állapotaira, az „akkori” orvosok zömének tisztességében és maximálisan önzetlen hozzáállásában nem kételkedve. Az lehet vita tárgya, hogy az alkalmazók tisztában voltak-e azzal, hogy ezek a beavatkozások nem tekinthetők „oki terápiának”, de azok, akik a „*Mentiris ut medicus*” közhelyt ezekre a korokra és „orvosokra” értelmezve használták (elsősorban a középkorban és az újkor hajnalán), talán nem jártak messze az igazságtól. A XX. századtól kezdődően azonban, megkérdőjelezve a korábbi modellt, a megtévesztéssel járó placebo terápiát mind az orvos, mind pedig a beteg oldaláról a biomedikális orvoslás elítélte, a megtévesztésből, az autonóm, felelős terápiaválasztáshoz, illetve döntéshez szükséges információk visszatartásából eredő erkölcsi hátrányt, az emberi méltóság megsértését helyezve előtérbe. A helyzet azonban közel sem fekete-fehér, a placebo használat során felmerülő megtévesztés komplex kérdés, hiszen nem minden hazugság esik azonos erkölcsi megítélés alá, arról nem is beszélve, hogy a placebo-hatáshoz nem feltétlenül szükséges a megtévesztés.

A beteg érdekében történő „kegyes” hazugság méregfogát igyekeznek kihúzni a placebo nyílt alkalmazása: például a doktor azt mondja a betegnek, hogy „Felírok önnek egy kapszulát, amely az előzetes vizsgálatok alapján segíthet. Jelen körülmények között hiszem azt, hogy enyhíteni fogja a tüneteit minimális mellékhatással számolva”. Az empirikus bizonyítékoknak köszönhetően tehát az orvos az általa hatásosnak vélt, aktív hatóanyagot nem tartalmazó placebót ír fel annak érdekében, hogy a beteg állapota javuljon, a felírt szer konkrét hatásmechanizmusának részletes leírása pedig - abban az esetben, ha erre külön nyíltan megfogalmazott kérdés/kérdés nem érkezik a beteg részéről - csupán mellékes információ, annak ismertetése a paternalizmus csapdájába esésével fenyeget. A beteg ugyan korábbi tapasztalataira alapozva úgy gondolhatja, hogy valódi gyógyszert kapott, miközben placebót írt fel az orvos, illetve a beteg autonómiájának megőrzése szempontjából szükséges volna a tájékoztatás és az esszenciális információk megosztása, az azonban vitandó, hogy mi minősül esszenciálisnak. (Gold & Lichtenberg, 2014) A megtévesztés problematikája tehát továbbra is fennáll, még a legjóhiszeműbb alkalmazás is megtévesztéssel jár.

A felhasználás többségét jellemző, megtévesztéssel járó placebo felhasználásról sokan sokféleképpen vélekednek (Köteles, 2007). A deontológiai álláspont („köteles, kötelesség”) a szabályok, etikai alapelvek követését vallja, vagyis a megtévesztést mindenféle körülmények között elítéli, és az álláspont követői a placebo alkalmazását csak a legvégső esetben tartják elfogadhatónak, akkor is csak szigorú szabályoknak való megfelelés esetén. A cselekvés helyes voltát elsősorban a morális szabályok betartása határozza meg, a következményektől függetlenül. Az utilitarisztikus/teleológiai álláspont („hasznos”) ennél sokkal megengedőbb, amely a lehető legnagyobb mértékű boldogság elérését tartja szem előtt, vagyis a cselekvés helyességét a következmények alapján ítéli meg, az alapján, hogy a betegnek és a köznek mi a legjobb, vagyis „a cél szentesíti az eszközt”. A teleológiai álláspont szerint a cselekvés helyességét elsősorban annak következményi határozzák meg, tehát amennyiben az orvos szerint a placebo-terápia használ a betegnek, akkor a megtévesztés elfogadható. (Köteles, 2012) Ugyanezen álláspont keretei között azonban a panaszok enyhülése, mint rövid távú haszon együtt járhat hosszútávon megjelenő károkkal, mint a beteg, illetve akár az egész társadalom bizalmának megrendülése az orvoslás intézményében, amely logika mentén az alkalmazás elvetendő. (Bostick, 2008)

Foddy (2011) meghatározott keretek között elfogadhatónak tartja a megtévesztés alkalmazását a placebo terápiákban, lévén, hogy bizonyos tünetek, illetve nem diagnosztizálható panaszok esetén a placebo képes a tünetek enyhítésére. A beteg pedig avval, hogy felkeresi orvosát, explicite, illetve implicite kifejezi, hogy a tünetek enyhítését várja tőle. Annak érdekében tehát, hogy az orvos placebóval segíthessen a betegben, a megtévesztés a Helsinkai Nyilatkozattal (1964)

összhangban elfogadható, amennyiben nem áll rendelkezésre más, bizonyítottan hatásos terápia, ha a doktor világosan kifejezi, hogy a kezelés csupán a tünetek enyhítését célozza, nem pedig a probléma esetleges gyökereinek kezelésére szolgál; illetve elkerülve a paternalisztikusság bélyegét, az orvos mindig a beteg érdekeit szem előtt tartva alkalmazza csupán a megtévesztést.

Megtévesztés-e a megtévesztés - avagy a betegek valóban megtévesztve érzik-e magukat?
Köteles és Ferentzi (2012) kutatásai alapján a betegek számára a terápia eredményessége, vagyis a gyógyulás fontosabb, mint az, hogy történt-e megtévesztés, a placebo hatás eléréséhez pedig szükséges bizonyos mértékű megtévesztés, a „cél tehát szentesíti az eszközt.” Amennyiben pedig a terápia hatásos volt, és a betegek később teljes körű tájékoztatást kapnak, akkor az orvos-beteg bizalom sem rendül meg. Kisaalita és mtsai (2012) vizsgálatában a betegek 80%-a elfogadhatónak találta a placebo használatot, különösen, ha ettől a betegnek előnye származott, az ő kérésére történt az alkalmazás, illetve nem volt más alternatív terápia elérhető. Elutasították azonban az alkalmazást abban az esetben, ha létezett más sztenderd terápia, vagy hatására a tünetek romlottak. A fájdalom kezelése esetén a placebo használat elfogadott, ha teljes körű a tájékoztatás, hatásosnak bizonyul a terápia, és nem progresszív fájdalomról van szó (Savvas és mtsai, 2014). Érdeemes tehát észrevenni, hogy az etikai megítélésben az utóbbi időben egyre nagyobb hangsúlyt kap nemcsak a beteg, hanem az orvos érdeke is, és érdekes új megközelítést ígér az, ha a beteg és az orvos érdekeit egyszerre kielégítő megoldások kerülnek a kutatások célkeresztjébe.

A terápiás kezelés esetében a kutatások során felmerült aggályok mellett további kérdések árnyalják a placebo felhasználásának lehetőségeit. A terápiába való részvételhez szükséges az informált beleegyezés, vagyis, hogy a beteg egyéniesített formában információkat kapjon a kezelés folyamatáról, előnyeiről, hátrányairól, kereteiről és a lehetséges alternatívákról. Ugyanakkor a placebo-hatás lényegi eleme a megtévesztés, aminek alkalmazása nehezen értelmezhető az előbbieken említett tájékoztatás keretei között (Bíró & Varga, 2013).

Kiemelendő azonban, hogy a legetikusabbnak vélt teljes körű tájékoztatásnak vannak veszélyei is. Amikor a betegek a felelős döntéshez széleskörű tájékoztatást kapnak az adott szer mellékhatásairól és veszélyeiről, számos esetben előfordul, hogy a tájékoztatás hatására a placebo csoport tagjainak egy része is a szerre jellemző/jellemzőnek vélt mellékhatásokat kezd produkálni. A beteg-tájékoztatók nyelvezete, megfogalmazása rendszerint inkább a gyógyszercégek és kórházak, mint a betegek érdekeit védik jogi szempontból (Loftus & Fries, 2008). Az ún. „nocebo-hatás” a negatív elvárások megvalósulását jelenti, a placebo körülmények

között tapasztalt mellékhatások összességét, azokat a jelenségeket, amikor a placebo hatása károsító. Végző soron tehát az információ többlet útján történő védekezésért komoly árat kell fizetnünk (Köteles & Bárdos, 2012).

Létezik azonban tájékoztatás iatrogén károkozás nélkül is. A megfogalmazás, a hangsúlyok, a pozitív szuggesztiók (Diószeghy, 2000; Varga 2007), az objektív információ validan pozitív köntösbe való becsomagolása egy bizalmi orvos-beteg viszonyban a beteg érdekeit szolgálják, öngyógyító mechanizmusainak elősegítését teszik lehetővé, anélkül, hogy a döntéshez szükséges információkhoz való hozzáférést korlátoznák, vagy negatív értelemben vett megtévesztést alkalmaznának (Varga, 2001; 2008; 2011). A beteg-tájékoztatók esetében célszerűbb volna egy általános, nem túl részletes tájékoztató, mely magába foglalja a placebo hatás magyarázatát is (Loftus & Fries, 2008).

De mi is történik valójában? A gyakorlatban a házi orvosok széleskörűen alkalmaznak placebót. A megkérdezett magyar házi orvosok 83%-a használt már placebót a praxisában, 25%-uk hord magánál aktív placebo tablettákat, és saját placebo alkalmazásukat (6,0%) alacsonyabbra becsülik, mint kollégáikét (9,8%). Többségük úgy vélekedik, hogy adott körülmények között a placebo használat indokolt, és mindössze 1,8%-uk vélekedett úgy, hogy a placebo felhasználást be kellene tiltani (Ferenzi, 2011).

Az aktív, „impure” placebo (leggyakrabban vitaminok, vírusfertőzések esetén antibiotikumok, illetve analgetikumok) használata gyakoribb, mint a „pure” placeboké (só injekció, cukor kapszulák és placebo tabletták), utóbbi inkább a házi orvosok körében, míg előbbi a kórházakban népszerű. Fassler és munkatársai (2010) szisztematikus áttekintése (22 tanulmány 12 országból) alapján az orvosok 17-80%, a nővérek pedig 51-100% közötti arányban alkalmaztak „tisztá” placebót munkájuk során, 73%-uk azonban úgy gondolja, hogy alkalmazásával megtévesztik a beteget. 45%-uk ezen okból elutasítja a placebót, 50%-uk azonban úgy találja, hogy a hatásosság legitimálhatja a használatot. Linde és munkatársai (2014) németországi vizsgálatukban úgy találták, hogy a házi orvosok 35%-a, a belgyógyászok 12%-a, míg az ortopédusok 9%-a alkalmazott placebót a vizsgálatot megelőző 12 hónapban.

Működhet a placebo-hatás megtévesztés nélkül is? Számos korai és modern vizsgálat mutatta ki a meta-placebok hatásosságát, vagyis azt, hogy placebo hatás létrejöhet megtévesztés nélkül is. Spiro (1998) B12 vitamin és megfelelően megfogalmazott instrukciók segítségével enyhítette páciensei ismeretlen eredetű fájdalmát. Kaptchuk és munkatársai (2010) irritábilis bélszindróma esetén találták hatékonynak az úgynevezett „open-label”, vagyis megtévesztést

nem feltételező placebót az IBS tünetek enyhítésében és gyógyításában, Kelley és munkatársai (2012) pedig major depressziós betegek kezelésében alkalmaztak sikeresen, a beteg tájékoztatás teljes körű tiszteletben tartása mellett, placebót.

Annak ellenére tehát, hogy a placebo alkalmazásához leggyakrabban megtévesztést használnak, a hatás megjelenhet e nélkül is, a legfőbb prediktor pedig az orvos-beteg kapcsolat minősége. Az akár megtévesztés nélkül megjelenő placebo-hatást többféle faktor befolyásolja, többek között a makro- és mikrokontextus, az orvos, a beteg és a gyógyszer jellemzői, illetve ezek interakciója (Köteles, 2012). A hitnek bizonyított egészségügyi következményei vannak, így, ha ebben a kapcsolatban a beteg tud hinni a gyógyulásban, az orvos pedig verbális és nonverbális kommunikációjával azt közvetíti, hogy gyógyulást vár, akkor őszinte tájékoztatás mellett is működhet a placebo.

A placebo hatást vizsgáló kutatásoknak, az etikai dilemmákat tárgyaló értekezéseknek köszönhetően elindultunk a beteg gyógyulását szem előtt tartó rögzös úton. A viták fontosak, a válaszok és megoldások komplexitásához járulnak hozzá, a célhoz vezető út pedig sokféle lehet, a cél azonban örök: a gyógyítás elősegítése. Végső soron – mindezek mellett – a placebo-hatás mechanizmusának felderítése kiemelkedő fontosságú volna: ennek ismeretében ugyanis a kívánt hatás talán placebo alkalmazása nélkül is elérhető volna. Ezzel pedig a placebo-etika kérdésköre okafogyottá válna...

1.7 Mindennapi placeboink

A placebo-hatás a laboratóriumokon és orvosi rendelőkön kívül is, a hétköznapi élet számos területén megfigyelhető, különösen a hétköznapi életben használt pszichoaktív szerek (pl. koffein, alkohol, nikotin stb.) kapcsán. Sokakkal megtörtént már, hogy alkoholmentes sörtől spiccessé váltak, vagy a véletlenül koffeinmentes kávé lefőzése után egészen élénknek érezték magukat. A hétköznapi placebo-hatás során az elvárások többféle dologra vonatkozhatnak: az inger-expektancia a szer fogyasztásával összekapcsolódott környezeti ingereket, vagyis a szerfogyasztás tudatát jelenti (például kávéillat); a válasz-expektancia a szer testi/lelki hatásaival kapcsolatos elvárásainkat jelöli melyek önmegerősítő jellegűek (például a koffein élénkít); míg a következmény-expektancia a hatások következményeivel kapcsolatos elvárásokat írja le (például ha éberebb vagyok, akkor jobban fog az agyam) (Köteles, 2013a).

1.7.1 Az alkohol (Bodnár, 2018)

1.7.1 Az alkohol kémiai hatásai

A köznyelvben alkoholnak vagy szesznek nevezett etil-alkohol kémiaiilag a nem fenolos hidroxilcsoporttal rendelkező szerves vegyületek, vagyis az alkoholok csoportjába tartozik. Fogyasztás során az alkohol átalakulás nélkül halad át a tápcsatornán és szívódik át a gyomor és a vékonybél falán a véráramba, ahonnan tovább szállítódnak a májba. A bevitt alkohol túlnyomó része eloxidálódik a májban, a maradék mindössze 5-10% elbomlás nélkül ürül ki a szervezetből, vizelet formájában, vagy a tüdön keresztül. Ha egyszerre nagyobb mennyiségű alkohol kerül a szervezetbe, a máj nem képes hirtelen azt teljes mértékben lebontani, ezért az etanol bizonyos százalékban a vérben marad és tovább szállítódik a szervezet többi részébe, többek között az agyba, amelynek köszönhetően megjelennek az alkoholfogyasztás rövid távú tünetei („részség”). Az alkohol lebontása lassan történik (a máj átlagosan óránként 0,1 gramm alkohol lebontására képes testsúlykilogrammonként, amely 0,1%-es véralkoholszintnek feleltethető meg), ezért áll elő nagyobb mennyiség fogyasztása esetén a bódult állapot. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; American Addiction Center)

Az alkohol rövid távú hatása a szervezetben arányos a véráramban levő alkohol mennyiségével. A véralkoholszint kimutatja, hogy egységnyi vértérfogatban milyen mennyiségben található meg az alkohol. Az alkohol rövidtávú, a véralkoholszint függvényében alakuló, kémiai hatásait a viselkedésre a 3. táblázat foglalja össze (Környei & Kassai, 2009):

3. táblázat: A viselkedéses jellemzők alakulása a véralkoholszint függvényében (Forrás: Környei & Kassai, 2009)

Véralkoholszint ezrelék	Besorolás	Tünetek
>0,3	első jelek	eufória, nyugalom, gátlások oldódása, beszédesség, kibővült éntudat
0,8-1,2	ittasság	helyzetértékelés, finommozgások, térlátás, egyensúlyérzék enyhe zavara
1,2-1,6	enyhe	koordinációs zavar, elkent beszéd, gátlástalanság, megnyúlt reakcióidő
1,6-2,0	közepes	fokozódó tünetek
2,0	súlyos	tompultság, depresszív hangulat, aluszékonyság
2,0-3,0	tudatborulás	
3,0-4,0	zavartság, stupor	
4,0<	kóma	

Az alkohol szervezetre gyakorolt hatásait tekintve megkülönböztethetjük a szer farmakológiai hatását, amely depresszáns. Kis mennyiségű alkohol (1,5-1,8 ezrelékpont alatti) fogyasztása esetén euforikus állapot és izgatottság figyelhető meg, az etanol gátló hatása által

leginkább az információfeldolgozás, memória, testérzékletek és motoros teljesítmény érintett. Nagyobb mennyiségű fogyasztás esetén az etanol agysejtekre gyakorolt hatása révén akut-intoxikációs tünet-együttes figyelhető meg. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; American Addiction Center)

1.7.2 Az alkohol egyéb hatásai - az elvárások szerepe

A farmakológiai hatáson túl kiemelt szerepe van az elvárásoknak, amelyeket alapvetően a társas viselkedés mentén érhetünk tetten. A két hatás dóziszfüggő, vagyis kisebb mennyiség esetén az expektanciáknak nagyobb szerep jut a farmakológiai hatások mellett, mint nagyobb dózisok esetén, ahol a szer kémiai hatásai dominálnak. Mind a két hatás mentén egyéni különbségek színezik a képet, a testösszetétel, a korábbi alkoholfogyasztási szokások, a nem, a genetikai örökség a farmakológiai mechanizmusokat (Morean & Corbin, 2010), míg az egyénenként eltérő elvárások, gondolatok és attitűdök az elvárási mechanizmusokat moderálják (Köteles, 2013a; Bodnár, 2018; 2020).

Az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó részben vagy egészében tudattalan, vagyis implicit elvárások alapvetően a tapasztalatok és a kultúra által közvetített értékek mentén alakulnak ki (Marlatt & Rosenhow, 1980). Christiansen, Goldman, & Inn (1982) hat elvárás faktort tártak fel az italfogyasztással kapcsolatban, (úgy mint: fizikai feszültség lazulása, aggodás csökkenése, személyközi hatékonyság növekedése, tapasztalatok varázslatos átalakulása, kellemességérzet fokozódása, szociális-emocionális viselkedés módosulása), amelyekből az első öt már az alkoholt még nem fogyasztó, fiatalabb populáció esetében is megjelent. Tehát az elvárások nagy része már a szocializáció során elsajátítható, más elvárások azonban csak az ivási tapasztalattal alakulnak ki, illetve ezek konzisztenciája és homogenitása is növekszik a személyes tapasztalat által. (Bodnár, 2018; 2020)

1.7.3 Alkohol a placebo vizsgálatokban

A placebo-hatás vizsgálata során többféle anyagot használnak, például koffeint, nikotint és alkoholt. Az alkohol placebójának alkalmazása több szempontból nehezebb, mint például más anyagoké, hiszen nehéz elhíttetni a résztvevőkkel, hogy valóban alkoholt fogyasztottak, és az alkoholhoz nehéz jó placebót találni (Lachenmeier, Pflaum, Nieborowsky, Mayer, & Rehm, 2016), azonban nem lehetetlen (Schlauch, Waesche, Riccardi, Donohue, Blagg, Christensen, & Lang, 2010; Globe Newswire, 2015; Bodnár, 2018; 2020).

Az elvárások és a placebo-alkohol hatásainak vizsgálatára a *balanced-design*, vagyis kiegyensúlyozott elrendezés alkalmas, amiben a résztvevők egy része valódi szert, alkoholt kap, másik részük placebót, majd fordítva. A csoportot két részre oszthatjuk aszerint is, hogy milyen információt kapnak az elfogyasztott ital tartalmára vonatkozólag (alkohol vs placebo) (Marlatt & Rosenhow, 1981; Bodnár, 2018) A Pygmalion-hatás és további torzítások elkerülése érdekében a feltételekben kettős-vak elrendezés használandó.

A *balanced-design* során alkalmazott 4 feltételt a 4. táblázat foglalja össze:

4. táblázat: A *balanced-design* jellemzői az alkoholos placebo vizsgálatok során (Forrás: saját szerkesztés)

	Alkoholt fogyaszt	Placebót fogyaszt
Az az információt kapja, hogy alkoholt iszik	alkoholt iszik és tud róla	alkoholmentes italt iszik, de alkoholnak véli
Azt az információt kapja, hogy alkoholmentes italt iszik	alkoholt iszik, de úgy tudja, hogy az itala alkoholmentes	alkoholmentes ital iszik, melyről tudja, hogy nincs benne alkohol

Az alkoholfogyasztás tudata, és maga a fogyasztás a mindennapi életben elválaszthatatlan egymástól, a placebo mechanizmusok vizsgálatához azonban szükséges a farmakológiai és az elvárásos hatások elválasztása. Egyes szerzők (pl. Marlatt & Rosenhow, 1980) szétválasztották az elvárások és az etanol hatását és azt találták, hogy az előbbi, főleg társas ivás esetén, a szociális viselkedésekre van hatással – például serkenti az antiszociális viselkedést –, míg az utóbbi hatással van kognitív és fiziológiai folyamatokra is – pontatlanságokat okoz az észlelésben és a motoros működésben, növeli a szexuális arousalt, gátolja a memóriafolyamatokat, javítja a közérzetet, továbbá felerősíti a gasztrointesztinális érzékelést, hőkullámokat vált ki, és javítja a dinamikus perifériás észlelést (Connors & Maisto, 1979; Vuchinich, Tucker, & Sobell, 1979). Más szerzők pozitív irányú kapcsolatot találtak az alkoholfogyasztás és a intim/romantikus viszony kialakítására való hajlandóság (Tyler, Schmitz, Adams, & Simons, 2016), a kockázatkereső viselkedés (Scalese és mtsai, 2017; Scott-Sheldon és mtsai, 2016), a fiatalok körében jellemző konform viselkedéshez köthető népszerűség (French, Balsa, Homer, & Norton, 2011), továbbá a kapcsolattartás és a társas elfogadás érzésének növelése érdekében a közösségi oldalakon történő alkoholfogyasztással kapcsolatos tartalmak megosztásának gyakorisága (Barnes és mtsai, 2015; Geusens & Beullens, 2016) között. Tovább árnyalja a képet az alkoholfogyasztás társas jellege: a szociális környezetben történő fogyasztás, az egyéni fogyasztással szemben, felerősítheti az intoxikációs tünet-együttes kialakulását (Kirkpatrick & Wit, 2013; Bodnár, 2018)

Az elvárásokat vizsgáló kutatások egy részében megfelelő placebo alkalmazása esetében az eredeti szerhez, vagyis az alkoholhoz hasonló reakciókat sikerült kiváltani a résztvevőkből, vagyis teljesítménycsökkenés és a szubjektív részegség tünetei voltak megfigyelhetőek (pl.: Bárdos, 2011; Nagy, Cziboly, & Bárdos, 2007). Nagy (2008) kimutatta, hogy konkrét fogyasztás hiányában, csupán képzeleti úton is magasabb értékeket érnek el a résztvevők az alkoholos befolyásoltságot mérő szubjektív vizuális analóg skálán, a placebo-választ generáló elvárásaink jelentős része nem tudatos, rejtett implicit, jellegű.

Az eddigi kutatási eredmények alapján jellemző, hogy a kísérletben résztvevők többségének megítélése az instrukciónak megfelelően alakul, vagyis akik alkoholt isznak, azok közül ittasabbak lesznek azok, akik jól tudják, hogy mit fogyasztanak, mint azok, akik az ellentétét feltételezik és fordítva is, azok, akik alkoholnak vélik a placebo-alkoholt, ittasabbak lesznek az alkoholtartalomra vonatkozó pontos információval rendelkező társaiknál (Bárdos, 2011). Habár számos kutató azt feltételezte, hogy el lehet tekinteni az alkoholfogyasztással kapcsolatos farmakológiai és elvárásos hatások interakciójától, egy modern fMRI-t alkalmazó vizsgálat (Gundersen, 2008) kimutatta, hogy az alkoholfogyasztás és az ivás tudata éppen ellentétes hatást gyakorol a prefrontális kéregre és a cingulumra, tehát az interakció létezik. (Bodnár, 2018)

A vizsgálatok egy másik része (Fillmore és mtsai, 1994) ennek ellentmondó eredményeket kapott, melyet az úgynevezett fordított, vagy kompenzatórikus placebo-válasz fogalommal magyaráztak. Vizsgálatukban alkoholt, koffeint, illetve ezek placeboját adták a vizsgálatban résztvevőknek, pszichomotoros teljesítményt serkentő, illetve azt gátló elvárásokat kiépítve. A koffein esetében a kísérleti személyek teljesítménye az instrukciónak megfelelően alakult, míg az alkohol esetében a hatás fordított volt: a serkentőnek beállított placebo-alkohol rontotta, míg a teljesítményt gátlónak bemutatott javította a teljesítményt. A paradoxnak tűnő jelenség háttérében a résztvevők motivációja, és az alkoholhoz kapcsolódó implicit elvárások állhatnak, miszerint, akik hátrányból indultak, hiszen az „alkohol” gátolta a teljesítményüket, azok kompenzálnak, és még inkább törekszenek a jobb eredmény elérésére. Ez a kompenzatórikus jelenség nem csak a placebo, de etanol fogyasztása esetén is megfigyelhető (Fillmore & Vogel-Sprott, 1996). Tehát az alkoholnak bizonyos dóziséig ellen lehet állni, a fiziológiai folyamatok mellett a pszichés jellemzők is befolyásolják az alkohol, illetve placebo-alkohol fogyasztása következtében fellépő hatásokat. Ez a típusú kompenzáció kondicionálással erősíthető, generalizálható más helyzetekre, és ki is oltható a jutalom elhagyásával. (Bodnár, 2018)

A mindennapi placebók működésének megértése érdekében tehát érdemes vizsgálni, hogy az alkohol fogyasztás hite, illetve maga a fogyasztás hogyan hat az emberre, a társas közeg és fogyasztáshoz társult információ mennyiben képes módosítani ezen a hatáson. Csupán az etanoltól leszünk kótyagosak vagy más tényezők is szerepet játszanak? (Bodnár, 2018)

1.7.2 A koffein

A koffein a világon az egyik leggyakrabban használt pszichoaktív anyag, tartós fogyasztása esetén tolerancia és enyhe függőség alakulhat ki, amely a kávé, illetve a koffein elhagyása esetén elvonási tüneteket - fejfájás, hangulattal kapcsolatos zavarok, koncentrációs problémák, fáradtság - okoz. A koffein hatásmechanizmusát tekintve stimuláns, adozin receptor antagonist, központi idegrendszer izgató hatása van, mely elsősorban az agykéregre és a nyúltagyra hat. Fogyasztást követően a véráramba jutva az ideg- és izomsejtek felületén fejt ki hatását, befolyásolja számos enzim és ingerületátvivő anyag működését, és gátolja a testünkben az adozin hatását. A koffein azáltal serkenti az idegrendszert, hogy blokkolja az agy adozinkötő receptorait, így fenntartja az éberséget, enyhíti a fáradtság tüneteit, fokozza a szellemi tevékenységet és az izmok teljesítő képességét. Olyan stimuláns tehát, mely az adozin receptorok gátlása révén kikapcsolja az agyban a fáradtság érzetért felelős receptort, vagyis az ember kvázi fáradt, csak nem érzi... Mindemellett a koffein – a kortizol- és adrenalin-felszabadulás serkentésén keresztül – enyhe vérnyomás-emelkedést és gyorsuló szívverést okoz, elernyeszti a bronchiális (hörgő) izomzatot a foszfodiészteráz enzim gátlásával, kissé növeli a gyomorsavtermelést, gyorsítja az anyagcserét, és enyhe diuretikus (vízhajtó) hatású. Emeli a légzőközpont CO₂ érzékenységet és a légzési perctérfogatot (egy perc alatt kicserélődő levegőmennyiség, nyugodt légzés során). A szívben közvetlen hatással növeli a szívfrekvenciát, ezáltal a pulzustartományt. Elernyeszti a simaizomokat. A vegetatív központok izgatása révén emeli a testhőmérsékletet, fokozza a gyomorban a sav és pepszinszekréciót (pepszin elválasztást, és termelést), ezáltal gyomorégést eredményezhet. A koffein stimulálja a mellékvesét, ami ezáltal több kortizolt termel. A kortizol egyébként is reggel termelődik a legnagyobb mennyiségben, ami segíti “felébreszteni” a szervezetet természetes módon. Ha azonban a mellékvesét túlstimuláljuk a koffeinnel, az még jobban megdobja a kortizol szintünket, amit mi ugyan kellemesnek érzünk, viszont kifárasztjuk vele a mellékvesét, és egy idő után már nem lesz elég az a kortizol mennyiség, amihez hozzászoktattuk a szervezetet! Így hiába isszuk a koffeint, a kifáradt mellékvese nem fog elég kortizolt termelni, így csökken az élénkítő hatása is! Na és mit csinál ilyenkor az ember? Még több koffeint kezd el inni, hátha a több majd hatni fog... pedig hát tudjuk, hogy nem fog.

A koffein naiv szervezetre gyakorolt hatásáról keveset tudunk, stimuláns hatásának egy része a rendszeres kávéfogyasztóknál a megvonási tünetek csökkentésére vezethető vissza (Childs & de Witt, 2006; Schneider, 2008).

Jellemző, hogy kávéfogyasztás esetén az emberek már az első korty után hajlamosak éberebbnek érezni magukat, ezért az élénkítő hatásban azonban még nem a koffeinnek, hanem a kávéfogyasztáshoz kapcsolódó pozitív elvárásoknak van szerepe. Egyrésztől dolgozik maga az anyag, vagyis a koffein, a koffeinfogyasztás tudata, és az ehhez kapcsolódott tanult feltételes ingerek. A vérplazma koncentrációja 40 perc alatt éri el a maximumot, a fogyasztást követő 10-15 percben pedig lényegében csak placebo reakció működik. A hatások szétválasztására többen is vállalkozta: Kirsch és Weixel (1988) kísérletükben kimutatták, hogy az éberségi szintre 15 perccel a fogyasztás követően az instrukció (vagyis a koffeinfogyasztás tudata), 30 perccel követően pedig a vérnyomás emelkedése mentén maga a koffein hat. Mikalsen és munkatársai (2001) szerint a koffeinhez kapcsolódó ingerek élettani és pszichológiai változásokat egyaránt előidézhettek, míg az elvárások csak szubjektív szinten hatnak. Lienert (1956) kiegyensúlyozott placebo elrendezésben vizsgálta a koffein hatását és azt találta, hogy a szuggesziók akár önmagukban is képesek a koffein farmakológiai hatásával megegyező hatás kiváltására, míg a koffein hatása nem tüntethető el könnyen, koffeinfogyasztás esetén az ezzel ellentétes instrukció nem működik.

2. Hétköznapi placeboink: placebo-hatás a koffeinfogyasztás és a Ginko Biloba fogyasztása során- Esettanulmány

A doktori képzés során az egyik, „Mindennapi placeboink” című kurzuson az órán résztvevő diákok, a placebo működésének szemléltetéseképpen, két rövid kísérletben vehettek részt, amelynek eredményeit a következő két esettanulmányban szemléltetjük. Tekintettel arra, hogy a mini-kísérletben résztvevők létszáma 14 fő, ezért az eredmények inkább demonstrációs jellegűek, statisztikai következtetések levonására nem törekszünk.

2.1 Placebo és koffein

Az egyik tömbösített óra adta a vázát az esettanulmánynak, a résztvevők a kurzus elméleti előadása alatt vettek részt a kísérletben (az órát megelőzően kértük, hogy lehetőség szerint ne fogyasszanak kávét, mert a kísérlet során a koffein hatását szeretnénk mérni): egy kávészünet után 10 percenként összesen négy alkalommal mértük fel a 22. *melléklet* kérdőíve alapján a koffein, valamint a koffeinmentes kávé szervezetre gyakorolt hatását. A 14 kísérleti személyt két csoportra osztottuk és a csoport fele (7 fő) az I. számú termoszból, a másik fele (7 fő) a II. számúból kapott egy bögre kávé, amelyet aztán ízlés szerint cukorral, édesítővel, valamint tejjel ízesíthettek. A résztvevők mindegyike szokott kávézni és egyikük sem volt érzékeny a kávé egyik összetevőjére sem. A kísérleti személyek tudták, hogy a csoport egyik része koffeinmentes, míg a másik fele valódi, koffeint tartalmazó kávét iszik, azonban azt, hogy melyik termoszban volt valódi kávé és melyikben koffeinmentes, csak a kísérlet végén tudták meg. Kirsch és Weixel (1988) kutatása óta tudjuk, hogy ez a feltételes helyzet kevésbé erőteljes hatással jár, mintha megtévesztő instrukciót (a résztvevők azt hiszik, hogy valódi kávét kapnak) alkalmaznánk. A Pygmalion-hatás kontrollálása érdekében a vizsgálatvezető „vak” volt a feltételekre. A kurzus elméleti része (ld. 23. *melléklet*) továbbá előhangolásnak/szuggesztiónak is tekinthető, hiszen az a placebo-hatásról, valamint a koffein fiziológiás hatásairól szólt.

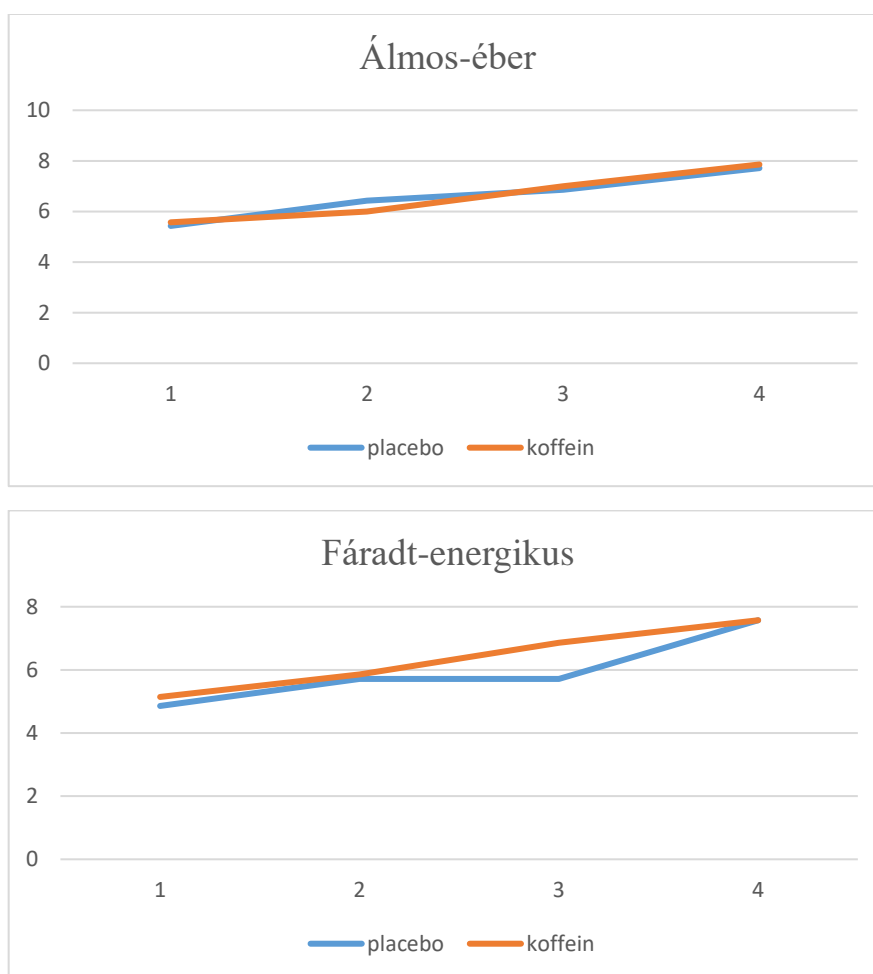
Az elméleti bevezetés és a placebo, valamint a valódi kávé elfogyasztása után tehát a kísérleti személyek minden 10 percet követően kitöltötték a 22. *számú mellékletben* szereplő kérdőívet és az alábbiak mentén egy 1-10 fokú skálán jellemezték a saját állapotukat: *álmos-éber, fáradt-energikus, tompa-koncentrált, alacsony vérnyomás-magas vérnyomás, nyugodt gyomor- égő gyomor, nincs vizelési inger- erős vizelési inger*. A résztvevők válaszainak átlagait az 5. *táblázat* össze:

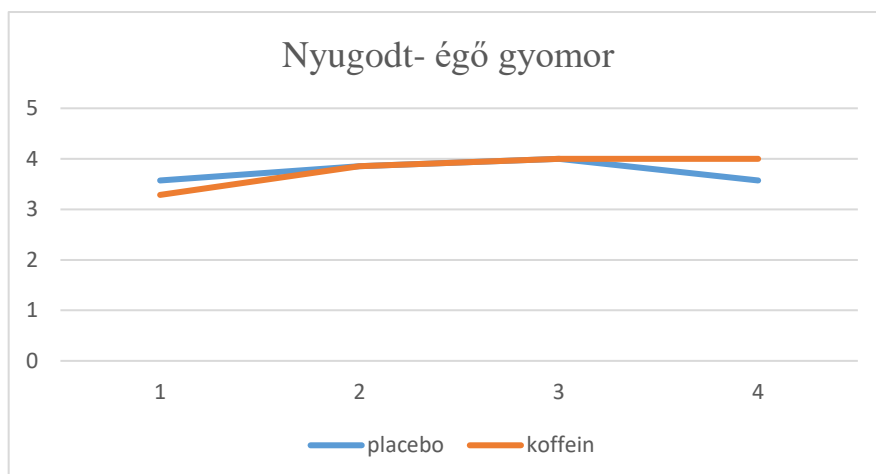
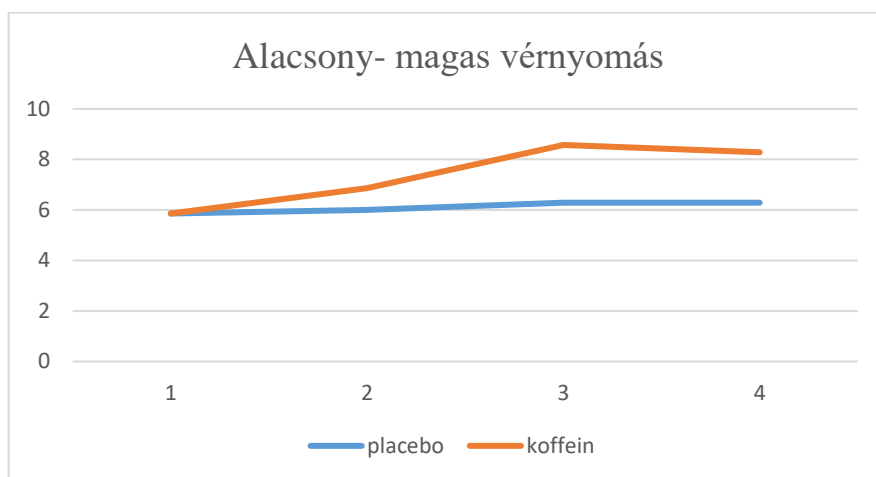
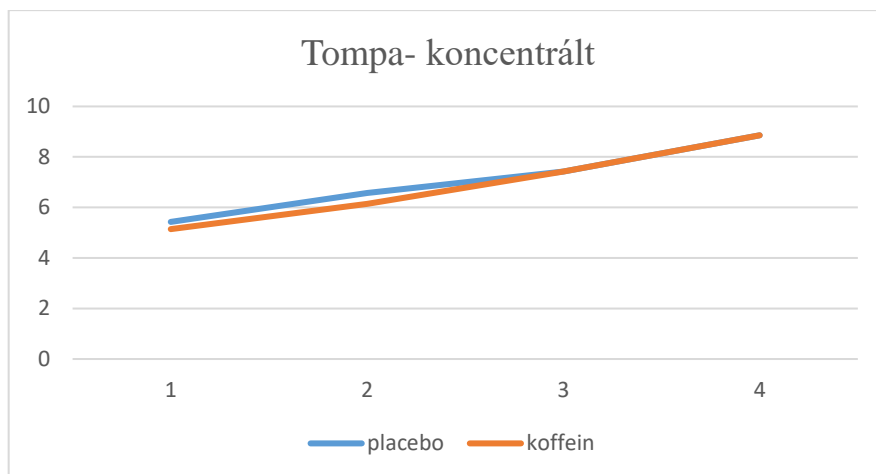
5. táblázat A koffeines placebo kísérlet eredményeinek összefoglalása: I. csoport= placebo, II. csoport= valódi kávé, az 1-10 skálán adott válaszok átlagai a 4 mérés (10 percenként) során (Forrás: saját szerkesztés)

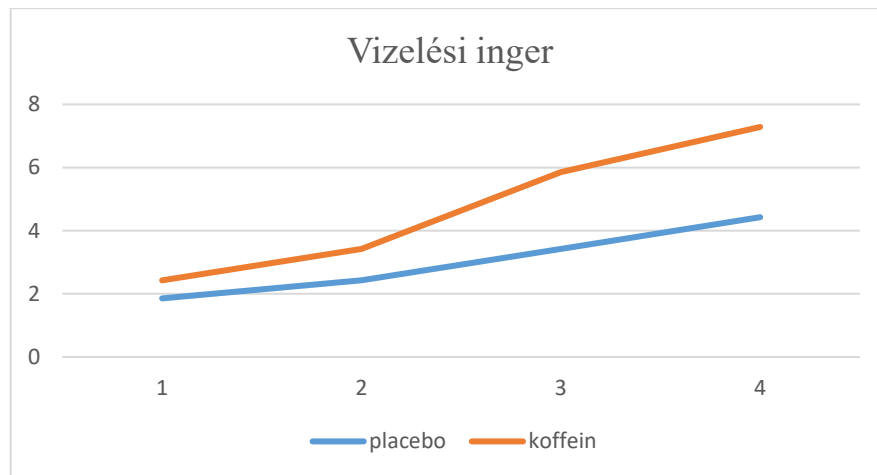
Koffeinmentes kávé	1.	2.	3.	4.
álmos-éber	5,4	6,4	6,9	7,7
fáradt-energikus	4,9	5,7	5,7	7,6
tompa-koncentrált	5,4	6,6	7,4	8,9
alacsony-magas vérnyomás	5,9	6	6,3	6,3
nyugodt-éggő gyomor	3,6	3,9	4	3,6
nincs-erős vizelet inger	1,9	2,4	3,4	4,4

Valódi koffein	1.	2.	3.	4.
álmos-éber	5,6	6	7	7,9
fáradt-energikus	5,1	5,9	6,9	7,6
tompa-koncentrált	5,1	6,1	7,4	8,9
alacsony-magas vérnyomás	5,9	6,9	8,6	8,3
nyugodt-éggő gyomor	3,3	3,9	4	4
nincs-erős vizelet inger	2,4	3,4	5,9	7,3

3. ábra A placebo kávét és koffeines kávét fogyasztó két csoport adatai a 4 mérés során a vizsgált változók tekintetében (Forrás: saját szerkesztés)







A kis elemszám miatt általános következtetések levonására nem törekszünk, azonban a résztvevők beszámolója, és az eredmények alapján is látszik (3. ábra), hogy a placebo, vagyis a koffeinmentes kávé hasonló hatással volt a kísérleti személyek szubjektív állapotára, mint a valódi koffein, tehát működött. A „szubjektív élnkség” (*álmos-éber, fáradt-energikus, tompa-koncentrált változók*) esetében mind a placebo, mind pedig a valódi koffein esetében egyre élénkebbek lettek a résztvevők, az élnkség pedig már az első 20 percben is jelentkezett, annak ellenére, hogy a vérplazma koffeinkoncentrációja kb. 40 perc alatt éri el a maximumot (Liguori, 1997), Az idő teltével, a „testi tünetek” (*alacsony vérnyomás-magas vérnyomás, nyugodt gyomor- égő gyomor, nincs vizelési inger- erős vizelési inger* változók) esetében azonban elvált a placebo és a koffeines csoport eredménye (az eltérés a gyomorégés esetében nem számottevő), láthatóan a mérések során több tünetről számoltak be a valódi koffeint fogyasztók, mint a koffeinmentes kávét ivó társaik. A „testi tünetek” idői megjelenése a koffein felszívódásának ütemében történt, 30-40 percre a fogyasztást követően. Az említett testi tünetek mögött a koffein fiziológiai hatásai állnak: diuretikus (vízhajtó) hatású, növeli a szívfrekvenciát és a pulzustartományt, valamint fokozza a gyomorban a sav és pepszinszekréciót, ezáltal gyomorégést eredményezhet. Az esettanulmányban tehát sikerült reprodukálni a korábbi kutatások eredményeit:

- 1) az éberségi szintre 10-20 perccel a fogyasztás követően az instrukció (vagyis a koffeinfogyasztás tudata), 30 percet követően pedig a vérnyomás emelkedése mentén maga a koffein hat (Kirsch & Weixel, 1988).
- 2) a koffeinhez kapcsolódó ingerek élettani és pszichológiai változásokat egyaránt előidézhettek, míg az elvárások csak szubjektív szinten hatnak (Mikalsen, 2001).
- 3) a szuggesztiók akár önmagukban is képesek a koffein farmakológiai hatásával megegyező hatás kiváltására (Lienert, 1956).

2.2 Placebo és Ginko Biloba

A kurzus egy másik alkalmával a placebo-hatás demonstrálását a Ginko Biloba kapszulák segítségével tettük. A gyógyászatban a Ginko Biloba fa leveleiben található hatóanyagokat alkalmazzák, amely alapvetően értágító és keringést javító hatású. Növeli a sejtek oxigénellátását, javítja az agyi vérkeringést, így élesíti a memóriát, növeli a szellemi frissességet, és segíti a különböző agyi funkciókat. Olyan agyi tonikként hat, ami különösen érhálózatra gyakorolt hatása miatt memóriát növel. A Ginkgo Biloba segít ellensúlyozni az öregedés hatásait, szellemi fáradtságot, az energia hiányát. A Ginzeng alkalmas a megfelelő fizikai és szellemi erőnlét fenntartására, elsősorban a test stressz elleni védekezőképességét erősíti, nyugtatja az idegeket, mégpedig azáltal, hogy egyensúlyban tartja a stresszhormonokat. Serkentő hatású, tehát segíti a munkavégzést, a szellemi tevékenységeket, a koncentrációképességet.

Az elméleti óra keretein belül, ezúttal a 14 résztvevő - miután megismerte a Ginko biloba, valamint a Ginzeng fent említett jótékony hatásait - közül az I. csoport valódi Ginko Biloba (100mg) + Ginseng étrend-kiegészítő kapszulát vett be az óra elején, míg a másik csoport ugyanolyan alakú/színű kapszulában (a kísérletet megelőzően a Ginko Biloba kapszulák egy részét kiürítve a kapszulába a Cetebe 500 mg retard kemény kapszula apró granulátumát töltöttük át) C-vitamint kapott (*ld.4. ábra*). A II. csoport résztvevői úgy tudták, hogy ők is ugyanabból a Ginko kapszulából kaptak, mint az I. csoport, azonban nekik a kapszula mellett még egy „agytorrát” is el kellett végezniük: A Ginko bevétele után II. csoport a következő instrukciót kapta: „Szorítsd össze a két szemöldököd az orrcsontodhoz. Mintha éppen mérges lennél vagy erősen koncentrálnál. Ezt próbáld meg addig tartani ameddig tudod, így (*ld. 4. ábra*). A tabletták bevétele előtt megelőzően először egy kontroll memória tesztet (1x20 szó) végeztünk (ezt megelőzően, a teszt esetleges ismeretlensége miatti torzítás kiküszöbölése érdekében felvettünk egy 0. gyakorló tesztet is, ahol szemléltettük a memória teszt feladatot). Ezt követően a kapszulák bevétele után 25 perccel (a felszívódáshoz elegendő idő), valamint a II. csoport esetében a tornát követően közvetlenül mindkét csoport további három memóriateszten vett részt, melyek során 1+3x20 szóból kellett a lehető legtöbbet visszaidézni (Általános Pszichológiai Gyakorlatok I.42. számú melléklete szólistájának 2-5. oszlopa, *ld. 8. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet: memóriateszt*)

4. ábra: A kísérletben használt Cetebe 500 mg és a Ginko Biloba 100 mg+ Ginseng kapszulák (Forrás: saját szerkesztés)



5. ábra: A II. csoport "agytornájának" szemléltetéséhez használt képek (Forrás: saját szerkesztés)



A résztvevők memóriatesztjének eredményeit a 6. táblázat foglalja össze:

6. táblázat A Ginko Bilobás placebo kísérlet memóriatesztje során a két csoport által visszaidézett szavak átlaga (Forrás: saját szerkesztés)

	1. lista (kontroll)		2. lista		3. lista		4. lista	
	kontroll I. csoport	kontroll II. csoport	I. Ginko Biloba	II. C vitamin	I. Ginko Biloba	II. C vitamin	I. Ginko Biloba	II. C- vitamin
<i>visszaidézett szavak számának átlaga</i>	5	6	7	7	7	7	7	7

A kis elemszám miatt és a reprezentativitás híján általános következtetéseket nem fogalmazhatunk meg, de a fenti eredmények esetében egyrésztől megállapítható, hogy működött a Ginko Biloba és a C vitaminnal kiegészített placebo „agytorna” is, a résztvevők az első kontroll mérés során átlagosan 5, illetve 6 szót tudtak mindössze visszaidézni a 20-as listából, a tabletták bevitelét követően ennek a száma azonban átlagosan 7-re megnőtt. Jól látszik, hogy 2-4. mérés eredményeiben szinte egyáltalán nincsen eltérés, mindkét csoport résztvevői - függetlenül attól, hogy Ginko Bilobának hitt C vitamint, vagy valódi Ginko Bilobát kaptak - átlagosan 7 szót tudtak visszaidézni a 20-as szólistából a négy mérés során. A Ginko Biloba memóriára gyakorolt pozitív hatásának szempontjából tehát kevésbé kedvező eredmény született, hiszen a visszaidézett szavak számának átlaga pontosan megegyezett a C vitamint kapó csoportéval; azonban a placebo-hatást sikerült demonstratíven, - ugyan kis elemszámmal - de szemléltetni: A placebo és a valódi Ginko Biloba feltételben résztvevők teljesítménye megegyezett a memória tesztben, a résztvevők pedig

jobban teljesítettek miután megkapták a hatásosnak ígért tablettákat, mint a kapszulák beszedését megelőző kontroll feltételben.

A két esettanulmány célja alapvetően a placebo-hatás demonstrálása volt a „Mindennapi placebók” kurzus résztvevői számára, ezért a kísérletekben kis elemszámú mintával dolgoztunk (14 fő), olyan résztvevőkkel, akik egyébként is érdeklődtek a placebo témaköre iránt, ezért egyik esetben sem törekszünk általános hipotézisek megfogalmazására. A kis létszám azonban lehetővé tette a személyes beszámolók és tapasztalatok megfogalmazását, a kurzuson résztvevő diákok pedig azt tapasztalták, hogy az ő esetükben is működik a placebo-hatás a mindennapokban.

3. „Szociális placebo”: a társas hatások szerepe az alkoholfogyasztáshoz köthető placebo-hatásban (Bodnár, 2018; Bodnár & Bárdos, 2020)

3.1 Bevezetés

Több kutatás (pl.: Nagy, 2008; Testa, 2006; Lachenmeire, 2014) és számos mindennapi tapasztalat bizonyítja, hogy akár alkoholmentes italtól is be tud rúgni az ember. A részegség tüneteit ezekben az esetekben nem maga az alkohol, hanem az elvárások és egyéb társas hatások közvetítik, az ittasság kialakulásában pedig kiemelt szerepe van a placebo-hatásnak.

Első kutatásunkban nem orvosi és gyógyszerkutatási célból vizsgáltuk az alkohol és az alkohol-placebo hatását egyéni és társas közegben „kvázi” *kiegyensúlyozott (balanced) placebo design* elrendezésben, külön hangsúlyt fordítva azon változatra is, amelyben a résztvevők alkoholt fogyasztanak, de placebónak vélik azt. A kutatás során a placebo hatást egyéni és csoportos helyzetben is vizsgáltuk, számolva azzal, hogy a csoportfolyamatok jelentősen befolyásolhatják az eredményeket, annak megfelelően, hogy a hétköznapi életben az alkoholfogyasztás nagyrészt társas körülmények között zajlik, így az alkoholhoz kapcsolódó elvárások is ilyen helyzetekhez kapcsolódnak. A kutatás és annak eredményei a saját - Bodnár (2018), valamint a Bodnár & Bárdos (2020) - közlemények alapján kerülnek bemutatásra.

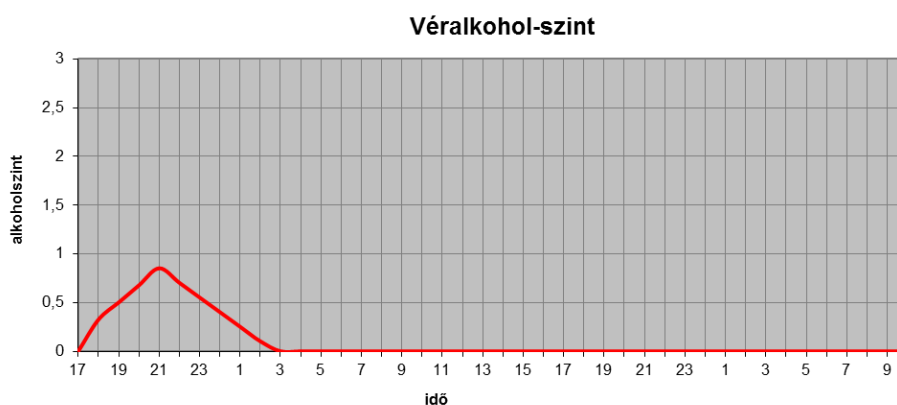
3.1.1 Az alkohol hatása

Az alkohol szervezetre gyakorolt farmakológiai hatását tekintve depresszáns, a depresszív szakaszt megelőzően azonban exitációs fázis figyelhető meg. Utalva az elméleti bevezető alkohol alfejezete alatt tárgyalt (3. táblázat) összefoglalójára (Környei & Kassai, 2009), megfigyelhető, hogy kis mennyiségű alkoholfogyasztás esetén az első, izgalmi (1,5 ezrelék alatti) fázisra jellemző az eufória, a kontroll csökkenése, a gátlások oldódása, az alkoholt fogyasztó derült, felszabadult lesz, a megszokottnál többet beszél, a precíziós mozgásai ügyetlenné válnak. Az etanol gátló hatásai által leginkább az információfeldolgozás, memória, testérzéklek és motoros teljesítmény érintett. Az izgalmi fázist meghaladó alkoholfogyasztás kezdetén (kb. 0,9- 2,5 ezrelék) ingadozó hangulat, bizonytalan egyensúlyérzet, lassuló reflexek, romló érzékelés és felfogás figyelhető meg, az illető olyan dolgokat cselekszik, amit józan állapotban nem követne el.

Jelen vizsgálatban a résztvevők minden feltételben 4x4 cl 37,5 %-os rumot, illetve a rumos itallal megegyező színű, szagú és állagú, de alkoholmentes rumaromát kaptak 16 cl kólával keverve (a résztvevőket a kísérleti alkalmakat megelőzően külön kértük, hogy lehetőség szerint a vizsgálatot megelőző 12 órában ne fogyasszanak alkoholt ld. *1. számú melléklet: A”szociális*

placebo” kísérlet tájékoztató nyilatkozata). Az alkoholt tartalmazó italok kb. 8-12 gramm tiszta alkoholt tartalmaztak, amely poharanként 0,15-0,20 grammal emelte a véralkoholszintet, a négy ital elfogyasztását követően átlagosan 0,6-0,8 ezrelék véralkoholszint növekedéssel lehet számolni. A máj átlagosan óránként 0,1 gramm alkohol lebontására képes testsúlykilogrammonként, amely 0,1%-os véralkoholszintnek feleltethető meg, 0,6-0,8 ezrelék véralkohol átlagosan 10-12 óra alatt bomlik le (6. ábra).

6. ábra: Az elfogyasztott alkoholmennyiség hatására bekövetkező véralkoholszint emelkedés (ezrelék) és a lebontáshoz szükséges idő (óra) (Forrás: saját szerkesztés)



Az alkoholfogyasztás során az elvárások és az etanol hatása dóziszfüggő: kisebb mennyiségek esetében az elvárások, nagyobb dózisznál az etanol hatásai dominálnak. Természetesen egyéni különbségek színezik a képet, de a vizsgálatban kiváltott véralkoholszint emelkedést és lebontás ütemét tekintve megállapítható, hogy a kísérletben az alkoholos feltételben résztvevők - az egyéni variancia (nem, testösszetétel, gyomor-bélhuzam teltsége, hidratáltság, alkoholfogyasztási szokások, stb.) ellenére - a vizsgálat során fent tárgyalt izgalmi fázist érték el, azonban az elfogyasztott alkohol mennyisége kevés volt ahhoz, hogy átlépjenek a következő aluszékonyági fázisba (3. táblázat) (Rácz, 1999).

3.1.2 A kísérlet elrendezése

Jelen kísérlet során alkalmazott elrendezés részben megfelel a *kiegyensúlyozott (balanced) placebo design*-nak, vagyis a kísérlet során mind a kísérleti személyek által elfogyasztott ital alkoholtartalmát, mind pedig az elvárásaikat változtattuk, azonban a hagyományos balanced placebo design „placebót kap - placebót tud” feltételét nem vizsgáltuk.

A kutatás során háromféle feltételt alkalmaztunk, fedőtörténettel, a feltételekbe a résztvevőket random módon soroltuk be (7. táblázat). A kísérletben résztvevők minden feltételben

4x4 cl 37,5 %-os rumot, illetve a rumos itallal megegyező színű, szagú és állagú, de alkoholmentes rumaromát kaptak kólával keverve.

1) Az első, úgynevezett „egyéni” feltételben résztvevők egyedül vettek részt ($n = 37$; 19 férfi és 18 nő; átlagéletkor: 23,1 év; SD = 4,13 év). Egy részük (56,8%-uk) alkoholos, míg a csoport másik része (43,2%) csupán aromát tartalmazó koktélt kapott, ugyanakkor azt az információt kapták, hogy mindenki alkoholt fogyaszt.

2) A második, úgynevezett „csoportos” feltételben, egyszerre 18 fő vett részt 8 férfi és 10 nő; átlagéletkor: 22,5 év; SD = 1,42 év). A kísérleti személyek egymáshoz közel ültek, amely kedvezett a csoporthatásoknak. Ebben a feltételben minden résztvevő valódi rumos koktélt kapott. A csoport azt az információt kapta, hogy nem minden résztvevő kap alkoholt, lesznek, akik csupán aromát tartalmazó, alkoholmentes koktélt kapnak. 15 fő úgy tudta, hogy az „alkoholmentes” feltételbe került és így csupán aromát fogyaszt, míg 3 főt úgy tájékoztattunk, hogy valódi alkoholt fogyaszt, annak érdekében, hogy fent tudjuk tartani a fedőtörténetet.

3) A harmadik, csoportos feltételben ($n = 81$; 61 férfi és 23 nő; átlagéletkor: 22,8 év; SD = 2,8 év) a résztvevők egy része (51,9%-a) valódi, rumos koktélt kapott, míg a másik csoport (48,1%) alkoholmentes koktélt. A résztvevők azt az információt kapták, hogy mindegyikük alkoholt fogyaszt. Ez a feltétel nagyrészt megfelel az első feltételnek, azonban ebben az esetben a fogyasztás társas környezetben zajlott, vagyis egyszerre 10–20 fő vett részt a kísérletben. A harmadik feltétel adatait korábban vettük fel (Nagy, 2008; Nagy, Cziboly, & Bárdos 2007; Nagy, Cziboly, Birtalan, & Bárdos, 2005), az újabb vizsgálatoknál igyekeztünk a lehető legjobban illeszkedni a korábbi eljáráshoz és módszerekhez.

7. táblázat: A kísérletben alkalmazott feltételek (Forrás: saját szerkesztés)

	Információ az elfogyasztott itallal kapcsolatban	Egyéni/ Csoportos	Mit fogyasztott valójában?	<i>n</i>	Jel
1. feltétel	úgy tudta, hogy alkoholt fogyaszt	egyéni	alkoholt	21	A
			aromát	16	B
2. feltétel	úgy tudta, hogy aromát fogyaszt	csoportos	alkoholt	15	D
	úgy tudta, hogy alkoholt fogyaszt	csoportos	alkoholt	3	C
3. feltétel	úgy tudta, hogy alkoholt fogyaszt	csoportos	alkoholt	42	C
			aromát	39	E

Annak érdekében, hogy megvizsgáljuk, hogy a fedőtörténetünk működött-e, az 1–2 feltétel esetében minden vizsgálat végén megkérdeztük, hogy a résztvevők részegebbnek érzik-e magukat annál, mint amikor megérkeztek a kísérletre. A résztvevők általi válaszokat a 8. táblázat foglalja össze, amelyből látható, hogy az 1. feltétel mindkét alesetében és a 2. feltétel „C” alesetében (alkoholt hisz, alkoholt fogyaszt) a válaszok tökéletesen a fedőtörténetnek megfelelően alakultak, míg a 2. feltétel „D” alesetében a résztvevők 80 %-a annak ellenére, hogy úgy tudta, hogy csak aromát kapott, az alkoholfogyasztás hatására részegebbnek érezte magát távozáskor.

8. táblázat: A különböző feltételekben résztvevők közül hányan vallották magukat részegebbnek az öt mérést követően? (Forrás: saját szerkesztés)

		Melyik feltételben vett részt?				Összesen
		A	B	D	C	
A vizsgálat végén részegebbnek vallotta-e magát, mint a terembe lépéskor?	igen	21	16	12	3	52
	nem	0	0	3	0	3
Összesen		21	16	15	3	55

3.1.3 A hipotézisek

Feltételeztük egyrészt, hogy az alkohol indukálta állapot kialakulásáért az etanol csak részben felelős, és hogy az elvárásoknak kiemelt szerepe van. A szocializációval és tapasztalattal elsajátított ittassághoz kapcsolódó elvárások, (Fillmore & Vogel-Sprott, 1996) tehát a fogyasztás következtében bekövetkező állapotváltozás jelentős részét képesek magyarázni. Továbbá feltételezzük, hogy ez a hatás erőteljesebben jelentkezik, abban az esetben, ha az alkoholfogyasztás szociális környezetben történik, és kevésbé jelentkezik abban az esetben, ha egyedül. Az információs hatással kapcsolatban feltételezzük továbbá, hogy az elvárások nem csak placebo „irányba”, de ellentétes módon is befolyásolják az ittassági állapotot, vagyis azok, akik úgy hiszik, hogy alkoholmentes koktélt kapnak, kevésbé lesznek ittasak, mint azok, akik tudatában vannak annak, hogy etanolt is tartalmaz az italuk.

Konkrét hipotéziseink a következők voltak:

- 1) Egyéni fogyasztás esetén, ha a kísérleti személyek úgy hiszik, hogy alkoholt fogyasztanak, miközben egy részük valójában csupán aromát, az alkoholt és az aromát fogyasztók eredményei nem térnek el egymástól szignifikánsan a szubjektív állapot tekintetében.

- 2) Az alkoholt és aromát fogyasztó csoport szignifikánsan különbözik egymástól a rövidtávú memória teljesítményt, és az egyensúly romlását tekintve.
- 3) Az egyéni és a csoportos feltételben alkoholt, illetve aromát fogyasztó résztvevők eredményei szignifikánsan eltérnek egymástól a memória, egyensúly és szubjektív állapot tekintetében.
- 4) Az alkoholt fogyasztó és ennek tudatában lévők (C feltétel: csoportos/ alkoholt hisz/ alkoholt kap), illetve az alkoholt fogyasztó, de ezzel kapcsolatban megtévesztett résztvevők (D feltétel: csoportos/ aromát hisz/ alkoholt kap) eredményei szignifikánsan eltérnek egymástól a memória, egyensúlyérzék és szubjektív állapot mentén: a megtévesztett, aromát hívó csoport (D feltétel) „józanabb marad”, jobb teljesítményt mutat a memória és egyensúly feladatokban, illetve kevesebb „alkoholtünetről” számol be, mint az alkoholfogyasztással kapcsolatban helyesen informált résztvevők (C feltétel).

3.2 Módszer

3.2.1 Kísérleti személyek

Jelen kutatás 136 fő adatait elemzi, 55 fő az általunk végzett kísérletben vett részt, 81 fő adatát pedig a Nagy (2008) féle kutatásból kaptuk (7. táblázat). A kísérletben résztvevőkön túl további 40 fő kitöltötte az alapvetően motiváció felkeltés céljából készült Online kérdőívet (4. melléklet), amelyet tehát a kísérletben résztvevőkkel együtt, összesen 95-en töltöttek ki. Az Online kérdőív adatait az eredmények részben tárgyaljuk.

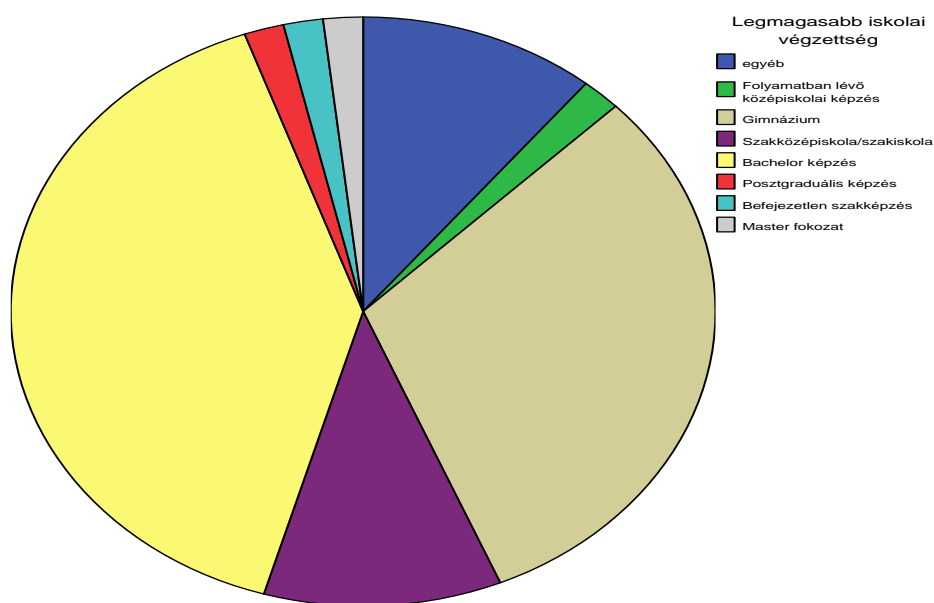
A kutatásra a résztvevőket a Facebookon meghirdetett felhívással, továbbá a nagyobb budapesti egyetemeken (ELTE, Corvinus, SOTE) elhelyezett 800 szórólappal (3. melléklet) segítségével toboroztuk. Az emailben történő jelentkezést követően a résztvevők a fedőtörténetnek megfelelő tájékoztatást kaptak, és egy, alkoholfogyasztási szokásokra és demográfiai adatokra vonatkozó kérdőív kitöltésével jelentkezhetek fel a konkrét vizsgálati időpontokra, amelyekre az ELTE Kazinczy utcai épületének egyik tantermében került sor. A résztvevőket maga a kísérletben való részvétel motiválta, továbbá a motivációt és az elköteleződést igyekeztünk fenntartani az előzetesen kitöltendő online kérdőívet és az időpontokra való feljelentkezést alkalmazva. A jelentkezéseknek megfelelően megcsináltuk a beosztást, és emailben tájékoztattuk a jelentkezőket a kísérlet helyszínéről, időpontjáról és a további szükséges tudnivalókról. Az egyéni feltételbe minden esetben 6 főt hívtunk be, számolva a lemorzsolódással. A csoportos feltételbe ugyanezen

okból 24 fő jelentkezését fogadtuk el. Amennyiben a jelentkezések ezt lehetővé tették, igyekeztünk a résztvevőket úgy elosztani, hogy a nemek minél egyenlőbben oszoljanak meg a csoportokban.

Kizárási kritériumként a 18 éves életkori határt határoztuk meg, hiszen ezen életkor alatt a magyar jogszabályok tiltják az alkohol fogyasztását, továbbá kizárásra kerültek azok a személyek, akik a kísérlet során felhasznált bármely hozzávalóval szembeni érzékenységben, allergiában szenvednek. A felhívásnak megfelelően kizárólag nagykorú személyek jelentkeztek és érzékenység miatt sem kellett kizárni senkit. A kísérletben résztvevők közül tehát mindenki betöltötte a 18. életévét, nem szenved semmilyen allergiában a vizsgálat során felhasznált anyagokkal szemben, jelentkezett a kísérletre, megjelölte a számára megfelelő időpontot és kitöltötte az Online kérdőívet. (4. melléklet)

Jelen kísérletben a nemek kiegyenlítően reprezentáltak (28 nő (50,9%) és 27 férfi (49,1%)), a résztvevők átlagéletkora 22,75 év (N=55, SD= 3,718), a legfiatalabb résztvevő 18 a legidősebb 39 éves. A kísérleti személyek többsége budapesti lakos (N=39), az iskolai végzettséget tekintve pedig a Bachelor képzést elvégezték alkotják a minta 40%-át (N=22), 30,9% gimnáziumi érettségivel rendelkezik, 10,9% egyéb végzettségű és a fennmaradó 18,2 % egyenletesen oszlik meg a folyamatban lévő középiskolai képzés, befejezetlen szakképzés, posztgraduális képzés és Master fokozat között. (7. ábra)

7. ábra: Kísérleti személyek megoszlása a legmagasabb iskolai végzettségük szerint (Forrás: saját szerkesztés)



3.2.2 Mérészközök

3.2.2.1 Online kérdőív

A kísérletet megelőzően a résztvevők egy rövid, online kérdőívet (*4. melléklet*) töltöttek ki, melynek célja a demográfiai adatok felvétele és a résztvevők kísérletre való előhangolása volt. Egyrészt azokat az adatokat, mint a nem, életkor, iskolai végzettség, melyek esetében a visszakövethetőség felmerülhet, ebben a külön kitöltött kérdőívben kérdeztük meg. Másrészt a kérdőív rövidege miatt nem terhelte a jelentkezőket, kitöltésével növekedhetett az elköteleződésük a részvétel mellett és ráhangolódhattak a vizsgálatra.

3.2.2.2 Az alkoholos hatás mérése

A kísérletben a résztvevők előtt minden esetben 4 db 3 dl-es műanyag pohárban álltak az előre kipurciózott koktélok. Az alkoholos koktélok minden esetben 4x4 cl 37,5%-os Tesco Prémium barna rumot (*8. ábra*) tartalmaztak és 1,6 dl kólát. Az aromás feltételben szereplők 4x 1,2 cl rumaromát (A Szilas Aroma Kft. Kingston rumaromája) (*8. ábra*) és 4x 1,8 dl kólát kaptak. A megtevesztéshez a rum bizonyult a legjobb választásnak, mert markáns aromája miatt, az alkoholt nem tartalmazó, rumaromás kólával kevert koktél nagyon hasonló ízű és szagú, mint az alkoholos. A rum és rumaroma placebo kísérletben való felhasználása mellett szól továbbá, hogy több előtanulmány esetében az etanolt és aromát fogyasztók nagyjából 50%-os valószínűséggel, vagyis véletlen módon tudták megítélni az italok tartalmát. (Bárdos György, szóbeli közlés) Az italokon kívül, minden résztvevő előtt előre ki voltak készítve a kinyomtatott kérdőívek (5 db/ fő) és a Beleegyező nyilatkozat (*2. melléklet*), amelynek aláírásával a résztvevők el- és megismerték önkéntes részvételüket, a bizalmas adatok kezelését, a visszalépési lehetőséget, és az alkoholfogyasztás esetleges következményeiért a személyüket terhelő felelősséget. Igény esetén a résztvevők utólagos, kollektív visszajelzésben részesültek.

8. ábra: A kísérletben használt aroma és rum (Forrás: saját szerkesztés)



A kísérlet során a Nagy Krisztina (2008) kísérletében használt mérőeszközök és mérési eljárások pontos megismétlésére törekedtünk, annak érdekében, hogy össze lehessen vetni az eredményeket. Az alkoholos hatás mérésére a kísérlet során 5 mérési időpontban- az első koktél elfogyasztása előtt, majd minden italt követően, 10 percenként - a következő próbákat használtuk:

A rövidtávú memória (másképp: munkamemória) teljesítmény mérésére az Általános Pszichológiai Gyakorlatok I. (Düll, Varga, & Gősiné Greguss, 1992) 42. számú mellékletének szólistáit alkalmaztuk (8. melléklet), a szavak felolvasását követően a vizsgálati személyeknek 60 másodperc alatt a lehető legtöbb szót kellett visszaidéznie. A visszaidézett szavak száma adta a rövidtávú memória teljesítményt.

A statikus egyensúlyérzék felméréséhez az úgynevezett „részegállást” alkalmaztuk (9. ábra). A részegállás estén az egyik lábat meg kell emelni derékszögig, előrehajolni. A vizsgálatvezető jelzésére, miután a vizsgálati személyek egymástól kellő távolságra elhelyezkedtek, a kezükkel hidat képeztek az orruk és a térdük között majd, amikor a levegőben lévő lábuk a földet érintette, a VV által közölt időt felvezették az adatlapjukra. A jobb és bal lábbal megtartott „részegállás” másodpercben mért idejének átlaga adta az egyensúlyérzék mértékét.

9. ábra: "Részegállás" (Forrás: saját szerkesztés)



A testi-lelki állapot szubjektív megítélésének felmérésére egy 17 tulajdonságpárból (gátolt-felszabadult, visszahúzódó-társasági, szomorú-vidám, álmos-éber, tiszta tudatú-tompa tudatú, koncentráló-zavart, passzív-kezdeményező, szubmisszív-domináns, hallgatag-beszédes, teljesen józan-erősen ittas, nyugodt gyomor-felkavart gyomor, apatikus-érdeklődő, félénk-bátor, jó

közérzet-rossz közérzet, racionális-irracionális, megfontolt-impulzív, bizonytalan-magabiztos) álló szemantikus differenciál skálát alkalmaztunk. A testi-lelki állapot skálán az egyes tétélekre vizuális analóg skálán történt a válaszadás. A skálaképzés során a 10 cm-es szakaszt egy 100 pontos Likert-skálává alakítottunk át, amelynél minden egység 1 mm-nek felelt meg. Az eredmények kialakításához lemértük, hogy a személy hány mm-nél jelölt, és ezzel az adattal dolgoztunk a továbbiakban.

A vizsgálatvezetőnek továbbá a kísérlet lebonyolításához szüksége volt egy stopperre, laptopra, projektorra és a memóriafeladathoz használt, előre kinyomtatott szólistára.

3.2.3 A kísérlet menete

A vizsgálatban kétféle feltételt alkalmaztunk, egyéni és csoportosat (7. táblázat). Az egyéni feltétel esetében minimum 3- 6 fővel folytattuk le a kísérletet, összesen 8 alkalommal, míg a csoportos feltételekben 18 résztvevő volt jelen egyszerre. A vizsgálat menete nagyjából hasonlóan zajlott mindkét feltétel és minden vizsgálat esetében.

Minden kísérlet alkalmával a vizsgálatvezető és segítőtje/i, legalább egy órával a vizsgálat megkezdése előtt megérkeztek a helyszínre, ahol elvégezték a szükséges előkészületeket: kitöltötték a koktélokot, majd ezeket, tollat és kérdőív csomagokat helyeztek az asztalokra, illetve beüzemelték a kísérlet alatt használt elektronikai eszközöket (10. ábra). Az egyéni feltételeknél igyekeztek a lehető legtávolabb ültetni egymástól a résztvevőket. A résztvevők a megérkezésüket követően megválaszthatták helyüket a teremben, majd ellenőriztük az életkorukat és a regisztrációnál használt email címük bemondása alapján mindenki megkapta öntapadós papíron az előzetesen kialakított, PSZK-000 formátumú kódját.

10. ábra: A kísérlet helyszíne (Forrás: saját szerkesztés)



Miután mindenki elfoglalta a helyét a vizsgálatvezető bemutatkozott és a fedőtörténetnek megfelelően¹ ismertette a kísérlet célját és tartalmát (*az elhangzottak szó szerinti leiratát a 5. és 6. melléklet tartalmazza*). Az első koktél elfogyasztása előtt, illetve minden koktél elfogyasztását követően 10 percnként felvettük a memória, egyensúly és testi-lelki állapot szubjektív megítélésére alkalmazott tesztek (ld. az 3.2.2.2 *Az alkoholos hatás mérése alfejezet*). A koktélok elfogyasztására két perc állt rendelkezésre, amennyiben a kérdőívek kitöltése után maradt idő a következő koktélig, úgy mesét vetítettük a résztvevőknek. Az utolsó mérést követően a vizsgálatvezető megkérdezte, hogy ki érzi magát részegebbnek, mint mikor belépett a terembe. Az eredmények statisztikai elemzését követően a vizsgálatvezető rövid összefoglalót küldött mindenkinek, aki ezt korábban az email címe megadásával igényelte, amelyben leírta a kutatás valódi célját és röviden összefoglalta az eredményeket.

¹A csoportos feltétel esetében a vizsgálatvezető a vizsgálat ismertetését azzal egészítette ki, hogy a résztvevők közül nem mindenki kap alkoholos italt (ld. 6. melléklet). Az első mérést követően a vizsgálatvezető felszólította a résztvevőket, hogy az első koktél elfogyasztását megelőzően nézzék meg, hogy melyik feltételbe kerültek, de ne árulják azt el a többieknek. Ez az információ a 2. számú adatlaphoz volt tűzve. A kísérlet végén a vizsgálatvezető megkérdezte, hogy kik voltak azok a kísérleti személyek, akik a papír alapján alkoholt kaptak, majd minden résztvevőt tájékoztatott arról, hogy valójában mindegyikük 4x4cl 37,5%-os valódi alkoholt fogyasztott.

3.3 Etikai vonatkozások

A kutatást az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Karának Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte és jóváhagyta, az engedély száma: 2017/114.

A vizsgálathoz végzett kísérletekre a résztvevők önként jelentkeztek, szabad akaratukból vettek részt a kísérletben és lehetőségük volt arra, hogy bármikor visszalépjenek. A vizsgálat célja nem a résztvevők egészségének helyreállítása volt, hanem a vizsgálati személyek egy vágyott állapot, az ittasság elérését várták a kísérlettől, így azok, akik etanol nélküli koktélokot kaptak sem szenvedtek hátrányt egészségügyi szempontból.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatban megemlítendő, hogy a résztvevők egészséges, 18. életévüket betöltött egyetemisták voltak (ezt személyi igazolvány ellenőrzésével biztosítottuk), önbevallásuk szerint a kísérletben felhasznált anyagok egyikére sem voltak allergiások, alkoholbetegségben nem szenvedtek, és nem fogyasztottak olyan szert, szert, melyek hatásai tudomásuk szerint problémás lehet alkoholfogyasztás mellett.

A résztvevők írásbeli tájékoztató nyilatkozatot kaptak (*1. számú melléklet*), melyet emailben kiküldtünk, a helyszínen pedig felolvastunk és kivetítettünk. Továbbá minden résztvevő elolvasta és aláírta a Beleegyező nyilatkozatot a helyszínen (*2. számú melléklet*), a kísérlet megkezdése előtt. A kísérleti személyek személyiségi jogait a kísérletre jelentkezés és a konkrét eljárás során is biztosítottuk bizalmas adatkezelés és kódok alkalmazásán keresztül. A jelentkezőknek a jelentkezéshez, időpont megjelöléshez és a rövid, előzetes kérdőív kitöltéséhez csupán az email címüket kellett megadniuk, melyekhez egy PSZK-000 formátumú kódot rendeltünk. A helyszínen a résztvevők az email címük bemondását követően kapták meg a kódjaikat, melyek segítségével azonosították magukat a vizsgálat további részeiben. Az email címek és a kódok külön kerültek tárolásra, a résztvevők további azonosításra alkalmas adata nem lett feljegyezve.

A placebo-kutatás lényegét adó téves informálás és a balanced placebo design alkalmazása etikailag megkérdőjelezhető. Egyrészt azokat a résztvevőket informáltuk félre, akik a kiépített elvárások ellenére nem kaptak alkoholt, csupán aromát, másrészt azokat, akik aromát vártak és alkoholt kaptak. Az előbbi kevésbé problémás abból a szempontból, hogy a résztvevők a placebo hatására csupán egy vágyott állapot elérésével kapcsolatban „károsultak”, a kiinduló állapotuknál nem kerültek rosszabb állapotba, megtévesztésüket pedig tovább enyhíti, hogy teljes körű utólagos tájékoztatást biztosítottuk számukra a vizsgálat valódi céljairól. Az utóbbi feltétel etikailag

kérdésesebb, alkoholt adni úgy embereknek, hogy azzal nincsenek tisztában. Ezt több eljáráson keresztül igyekeztünk korrigálni: a résztvevők mindegyike alapvetően az „Alkoholfogyasztás viselkedéses hatásait” vizsgáló kísérletre jelentkezett fel, a helyszíni tájékoztatást megelőző pillanatig úgy hitte és tervezte, hogy alkoholt fog fogyasztani. A tájékoztatás során azonban azt a megtévesztő információt adtuk a csoport egy részének, lévén annak, hogy „placebo feltételbe” kerültek, nem fogyasztanak egyáltalán alkoholt a kísérlet során, csupán rumaromát. Motiváltságuk fenntartására azonban kárpótlás italt ígértünk nekik a kísérletet követően. A méréseket követően mindenkit tájékoztattunk az általa elfogyasztott ital valódi tartalmát illetően és még a helyszínen „feloldottuk” a fedőtörténetet. A feltétlenül szükséges megtévesztést a fentebb leírt körülmények mentén elfogadhatónak találtuk, a kísérletre az etikai engedélyt megkaptuk.

A résztvevőknek lehetőségük volt kollektív visszajelzést igényelni az email címük meghagyásával. Az eredményekről egyéni orvosi jellegű zárójelentés, laborletet nem készült, egyéni visszajelzésre nem volt lehetőség.

3.4 Eredmények

A vizsgált adatok elemzéséhez az SPSS program 14.0 verzióját, a Microsoft Excel programját, és az online elérhető kérdőívem.hu kérdőívszerkesztő oldalt alkalmazzuk.

3.4.1 Leíró statisztika - alkoholfogyasztási szokások - az online kérdőív eredményei

Az Online kérdőív (4. melléklet) elsődleges célja a demográfiai adatok felvétele és a résztvevők kísérletre való előhangolása volt, az így nyert adatokat elemezve azonban betekintést nyerhetünk a mai fiatalok alkoholfogyasztási szokásaiba. A kérdőívet 95 személy töltötte ki, melyből 55 részt vett a kísérletben is. A nemek aránya kiegyenlített, a kitöltők 49,4% férfi, míg 50,5 %-a nő. A válaszadók átlagéletkora 22,2 év (SD= 3,38 év). Az alkoholfogyasztási szokásokkal kapcsolatos elemzések eredményeket az alábbi ábrákon (11-16. ábra) foglaljuk össze:

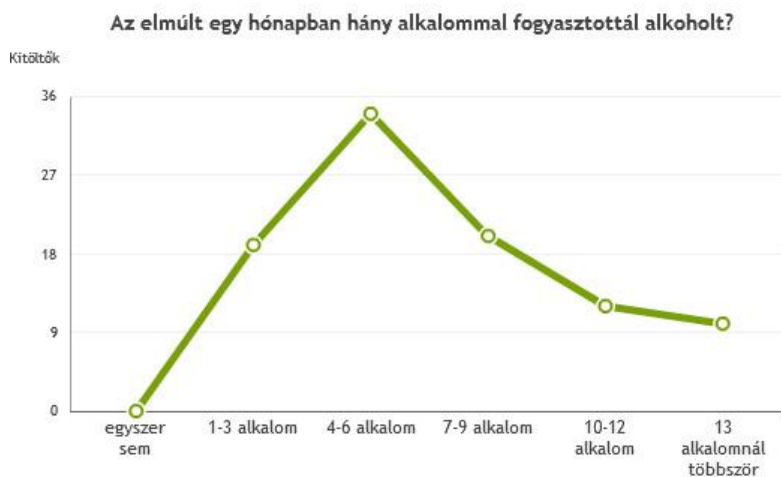
A 11. ábra alapján a válaszadók 53 %-a heti rendszerességgel fogyaszt alkoholt, 28%-uk havi 1-2 alkalommal, 7 % hetente 2 alkalomnál többször, 6% csak ünnepek alkalmával és 1 % naponta.

11. ábra: Online teszt eredményei I: Az alkoholfogyasztás gyakorisága általában (Forrás: saját szerkesztés)



A kitöltők mindegyike fogyasztott alkoholt az elmúlt egy hónapban, 34 %-uk 4-6 alkalommal (12. ábra).

12. ábra: Online teszt eredményei II: Az elmúlt egy hónap alkoholfogyasztásának gyakorisága (Forrás: saját szerkesztés)



Egy átlagos alkalommal a fogyasztók többsége 3-6 egységnyi alkoholt fogyaszt, azonban a válaszadók 10 %-a egy átlagos alkalommal 10 egységnél is többet iszik (ahol 1 egység= 10 ml tiszta alkohol= 1 pohár sör= 1 dl bor= 3 cl tömény) (13. ábra).

13. ábra: Online teszt eredményei III: az elfogyasztott alkohol mennyisége (Forrás: saját szerkesztés)

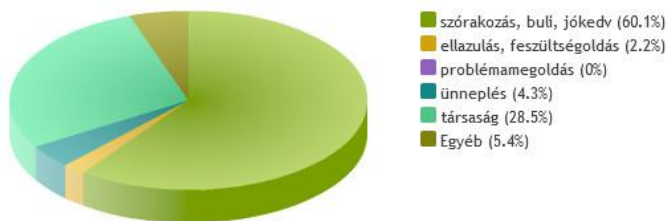


A legnépszerűbb italok közé tartozik a bor (24 %), a sör (23,3 %), és a tisztán fogyasztott rövid italok (22,3 %) (14. ábra).

14. ábra: Online teszt eredményei IV: Preferált italok (Forrás: saját szerkesztés)



15. ábra: Online teszt eredményei V: Az alkoholfogyasztás motivációja (Forrás: saját szerkesztés)



A válaszadók többsége (60,1%) szórakozás, buli és a jókedv érdekében fogyaszt alkoholt, 28,5%-uk a társaság miatt iszik és 4,3 % az ünnepek alkalmával iszik meg néhány pohárral. A problémamegoldás, mint alkoholfogyasztási cél egyáltalán nem jelenik meg jelen mintában és a válaszadók mindössze 2,2%-a használja az italt az ellazuláshoz (15. ábra).

Az alkoholfogyasztás leggyakrabban vendéglátóegységben (27%), illetve szórakozóhelyen (26,3%) történik, azonban nem elhanyagolható a szabadtéren (21,2%) és az otthon (20,8%) történő ivás sem (16. ábra).

16. ábra: Online teszt eredményei VI: Az alkoholfogyasztás helyszínei (Forrás: saját szerkesztés)

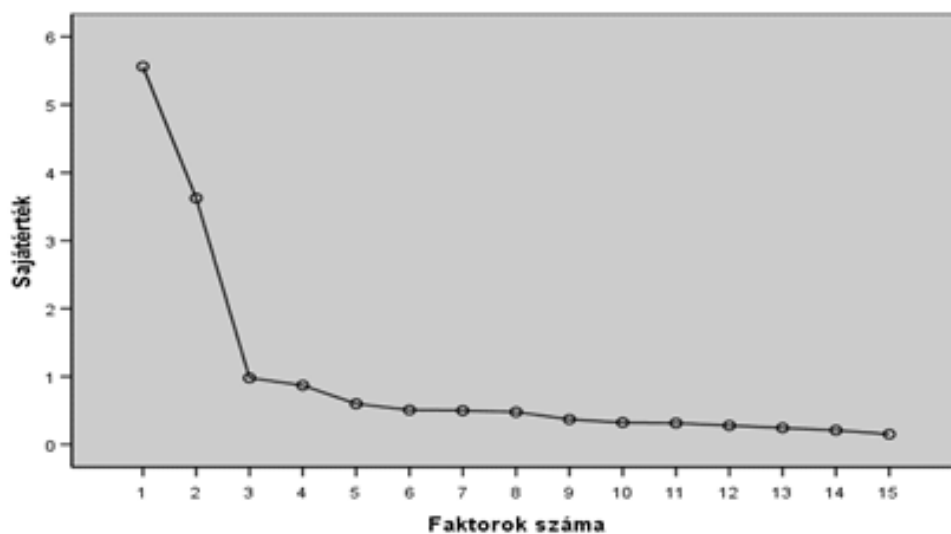


3.4.2 Leíró statisztika- Faktoranalízis

A testi-lelki állapot skálán a 17 változópár kapcsolatát feltáró (exploratív) faktoranalízissel (EFA), maximum likelihood elemzéssel, Varimax rotációval elemeztük az öt mérés mindegyikében, a következő feltételek teljesülése mellett: az input változók együttes eloszlása normális, a Kolmogorov-Smirnov próba a legtöbb változó esetén nem szignifikáns, a KMO próba adekvációs aránymutatója elfogadható és minden mérés esetében meghaladja a 0,6-ot; a Bartlett-féle szfericitás próba is határozottan szignifikáns ($p < 0,001$) minden esetben; az anti-image mátrix: MSA (Measure of Sampling Adequacy) $> 0,5$ és a főátlón kívüli értékek a 0-hoz közelítenek; továbbá a kommunalitások értékei között sincsenek nagyon kicsi értékek ($> 0,25$). A skála belső megbízhatóságának becslésére Cronbach- α mutatót számítottunk.

A testi és lelki jóllét szubjektív megítélését mérő skálán végzett feltáró faktoranalízis eredményeképpen mind az öt mérés esetében lényegében ugyanazt a struktúrát kaptuk. Az 5. mérés lejtődiagramját a 17. ábra szemlélteti.

17. ábra: Az ötödik mérés lejtődiagramja (Forrás: saját szerkesztés)



Eredményeink szerint két faktort érdemes kiemelni, amelyek sajátértéke és kumulatív varianciája a 9. táblázat által összefoglalt eredmények szerint alakult a mérések során.

9. táblázat: Az exploratív faktoranalízis eredményei az egyes mérési pontokon (Forrás: saját szerkesztés)

Mérés	Faktorok száma	Sajátérték	Kumulatív variancia
1. mérés	1. faktor	4,65	27,3%
	2. faktor	2,94	44,6%
2. mérés	1. faktor	6,02	35,4%
	2. faktor	3,51	56,0%
3. mérés	1. faktor	6,49	38,2%
	2. faktor	3,39	58,1%
4. mérés	1. faktor	5,89	34,7%
	2. faktor	3,96	58,0%
5. mérés	1. faktor	5,90	34,7%
	2. faktor	3,97	58,0%

A sajátértékek és megmagyarázott varianciák alapján a két elsődleges faktoron túl további két, úgynevezett másodlagos faktort (3. és 4. faktor) lehet kiemelni, amelyek alkalmazásával a megmagyarázott összes variancia csak csekély mértékben nő, azonban ezek figyelembevételével az összes variancia eléri a 60 %-ot, illetve bizonyos méréseknél ezek sajátértéke meghaladja az 1-et.

Az összességében kapott négyfaktoros struktúráról az ötödik mérés alapján az első faktort (sajátérték: 5,90; $R^2 = 34,7\%$) a rajta töltendő tételek (passzív-kezdeményező, visszahúzódó-társasági, hallgatóg-beszédes, szomorú-vidám, gátolt-felszabadult, félénk-bátor, bizonytalan-magabiztos, szubmisszív-domináns, apatikus-érdeklődő) alapján *szociális viselkedések faktorként* definiáltuk. A másodikat (sajátérték: 3,97; $R^2 = 58,0\%$) a tiszta tudatú-tompa tudatú, koncentrált-zavart, racionális-irracionális, teljesen józan-erősen ittas, megfontolt-impulzív, nyugodt gyomor-felkavart gyomor változók mentén *testi tünetek faktornak* neveztük el. A racionális-irracionális és megfontolt-impulzív változók a négyfaktoros struktúra esetén a harmadik faktorhoz (sajátérték: 1,18; $R^2 = 65,0\%$) tartoznak, amelyet *impulzivitás faktornak*, a negyedik faktort (sajátérték: 1,04; $R^2 = 71,12\%$) pedig *közérzet faktornak* neveztük el, mert egyedül a jó közérzet-rossz közérzet változót tartalmazta.

Mivel a faktorstruktúrában az álmos-éber változók több faktoron is hasonlóan súlyozódtak, a jó közérzet-rossz közérzet változók pedig egyedül alkottak egy „másodlagos faktort”, ezért ezeket kihagytuk a további elemzésből. Az így kapott eredmények egyértelműen megerősítik a kétfaktoros struktúrát, ahol az első faktor sajátértéke 5,56 ($R^2 = 37,1\%$), a másodiké pedig 3,62 ($R^2 = 61,2\%$). Ez utóbbi elemzés eredményeként kapott faktorsúlyokat a 10. táblázatban mutatjuk be.

10. táblázat: A rotált faktormátrix az 5. mérés eredményeiből, 15 változóval (Forrás: saját szerkesztés)

Tételek	Faktorsúlyok	
	1. Szociális viselkedések faktor	2. Testi tünetek faktor
<i>passzív – kezdeményező</i>	0,86	
<i>visszahúzódó – társasági</i>	0,85	
<i>hallgatóg – beszédes</i>	0,82	
<i>szomorú – vidám</i>	0,82	
<i>gátolt – felszabadult</i>	0,81	
<i>félénk – bátor</i>	0,80	
<i>bizonytalan – magabiztos</i>	0,69	
<i>szubmisszív – domináns</i>	0,66	
<i>apatikus – érdeklődő</i>	0,65	
<i>tiszta tudatú – tompa tudatú</i>		0,87
<i>koncentrált – zavart</i>		0,81
<i>racionális – irracionális</i>		0,81
<i>teljesen józan – erősen ittas</i>		0,76
<i>megfontolt – impulzív</i>		0,78
<i>nyugodt gyomor – felkavart gyomor</i>		0,65

Megjegyzés: Varimax rotáció, a faktorok 3 iteráción belül összeálltak.

A testi-lelki állapot skála belső megbízhatóságának mutatóit a különböző mérések során a 11. táblázat foglalja össze. A Cronbach- α értéke 0,68 és 0,93 értékek között ingadozik. A Szociális viselkedések faktoron súlyozódó változók első mérésének kivételével, minden más esetben a Cronbach- α értéke megfelelő, 0,7-nél nagyobb. Az első mérés alacsonyabb belső megbízhatóságát az okozhatja, hogy a kísérlet manipuláció előtt az érkező személyek nagyon különböző testi és lelki állapotban érkezhettek a vizsgálatra és ennek megfelelően a válaszaik is nagyon különbözőek. A teszt látszatérvényessége megfelelő, a kritérium validitását azonban a teszt céljának általánossága, és más hasonló konstruktumot mérő battériák hiánya miatt nem vizsgáltuk.

11. táblázat: A testi-lelki állapot skála belső megbízhatósága (Cronbach- α mutatók) (Forrás: saját szerkesztés)

Faktor (tételek száma)	1. mérés	2. mérés	3. mérés	4. mérés	5. mérés
1. Szociális viselkedések (9)	0,68	0,91	0,93	0,91	0,92
2. Testi tünetek (6)	0,71	0,83	0,84	0,87	0,86

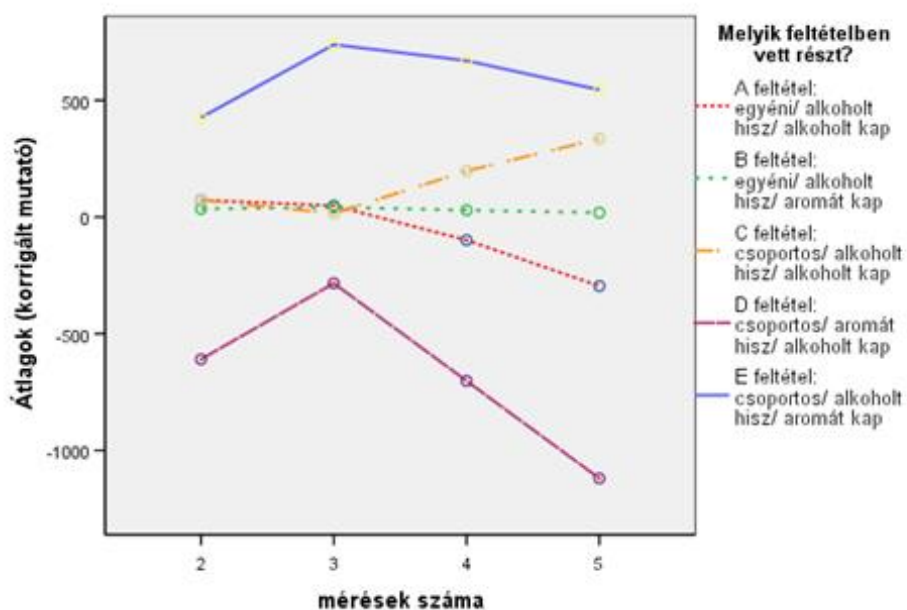
A két faktoron súlyozódó változók segítségével egy-egy új változót hoztunk létre, amelyeket szociális viselkedések faktornak és testi tünetek faktornak neveztünk el. Az összevont változó úgy jön létre, hogy az adott faktor változói mentén, a faktorsúlyokkal súlyozva összeadjuk a személyek szubjektív skálán, 1-től 100-ig adott pontszámait, majd elosztjuk azokat a faktorsúlyok összegével (a továbbiakban: „átlagok (korrigált mutató)”). Annak érdekében, hogy a csoportok közötti kezdeti különbségekből adódó eltéréseket, „álkülönbségeket” kontroll alatt tartsuk, minden elemzés esetében végrehajtottunk egy úgynevezett „korrigált” elemzést. A korrigált elemzés során a 2–5. mérési eredményekből kivonjuk az első mérés eredményeit, és a továbbiakban ezzel a kivonással korrigált delta mutatóval számolunk.

Az öt csoport a szubjektív skálán adott pontszámok alapján létrehozott két faktor, vagyis a szociális viselkedések és a testi tünetek faktor mentén eltérő mintázatot mutat.

A különböző csoportok mintázatát a *szociális viselkedések faktor* esetében a 18. ábra foglalja össze. Az eltérő mintázat ellenére az ismételt méréses varianciaanalízis eredménye nem mutat sem szignifikáns idő főhatást ($F(1) = 0,285$; $p = 0,594$), sem interakciós hatást ($F(4) = 0,636$; $p = 0,638$) sem pedig eltérést a csoportok között ($F(4) = 0,794$; $p = 0,531$), jól látszik azonban, hogy a D és az E feltétel eredményei eltérnek a többitől. Az előbbi feltételben részt vevők (D: csoportos/aromát hisz/alkoholt kap), vagyis akik csoportosan fogyasztottak alkoholt, miközben úgy hitték, hogy aromát isznak, csökkenő tendenciát mutatnak a szociális viselkedések faktoron a mérések során, egyre kevésbé „szociálisak”, társaságiak, kezdeményezők, beszédesek stb., a manipulált

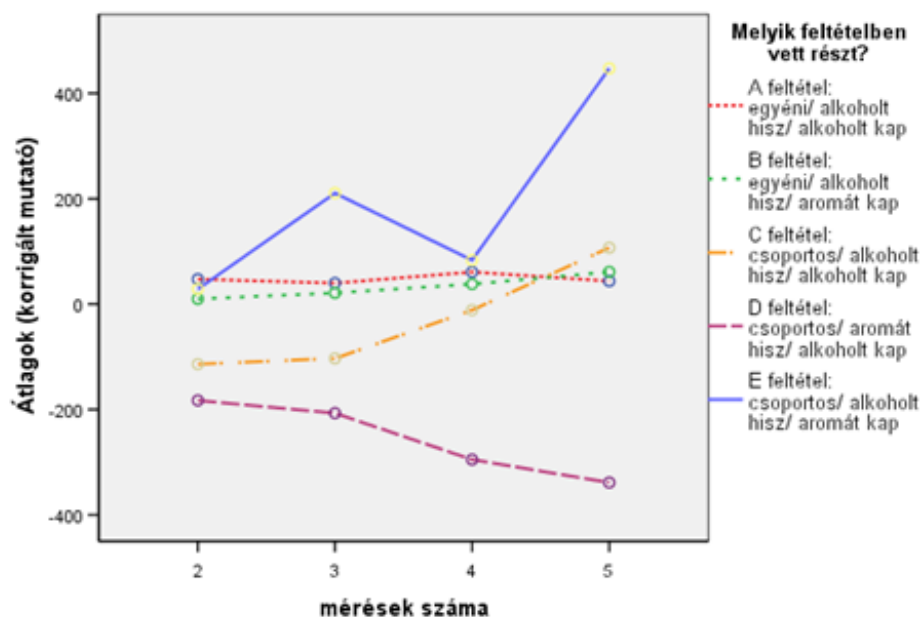
információ hatása mutatkozik meg. Ezt magyarázhatjuk egyrészt úgy, hogy a manipulált információ, miszerint nem alkoholt isznak, „elvette a kedvüket”, és emiatt váltak kevésbé szociálisá, illetve másrészt úgy, hogy az információ hatására kompenzálták a viselkedésüket, hiszen „semmi sem indokolta, hogy szociálisabbá váljanak”. Az utóbbi feltétel (E: csoportos/alkoholt hisz/aromát kap) résztvevői, vagyis akik csoportosan aromát fogyasztva úgy hitték, hogy alkoholt isznak, a többi csoportnál magasabb értéket érnek el, szociálisabbnak vallják magukat és felhangoltabban távoztak a kísérlet helyszínéről a másik négy feltétel résztvevőéhez képest, tehát a kompenzáció az ellenkező irányban is megjelent. A másik három csoport a 3. mérésig nagyjából hasonló mintázatot mutat, nem tér el jelentősen a mérések során, az utolsó két mérési időpontra azonban a csoportosan alkoholt fogyasztók és ennek tudatában lévők (C feltétel: csoportos/alkoholt hisz/alkoholt kap) emelkedő, miközben az egyénileg szintén alkoholt fogyasztó, és ezzel kapcsolatosan helyes információval rendelkezők (A feltétel: egyéni/alkoholt hisz/alkoholt kap), csökkenő tendenciát mutatnak. Az egyénileg aromát fogyasztók (B feltétel: egyéni/alkoholt hisz/aromát kap) eredményei nem változnak a mérések mentén. Az eredmények kevésbé függenek az elfogyasztott ital alkoholtartalmától, mint attól, hogy egyéni vagy társas feltételben fogyasztották azt el, tehát a hatást vélhetően inkább a különböző társas folyamatok befolyásolták, mint maga az etanol.

18. ábra: Az öt csoport átlaga a szociális viselkedések faktor mentén az egyes mérési pontokon (Forrás: saját szerkesztés)



A *testi tünetek faktor* esetében (19. ábra), vagyis a 2. faktor mentén sincs a csoportok között szignifikáns különbség ($F(4) = 0,864$; $p = 0,488$), továbbá az ANOVA nem jelez sem főhatást ($F(3) = 0,405$; $p = 0,750$), sem pedig interakciós hatást ($F(12) = 0,606$; $p = 0,838$). Az ábrából azonban jól leolvasható azon tendencia, miszerint az alkoholos és az aromás egyéni feltétel (A és B feltétel) résztvevői nagyon hasonló mintázatot mutatnak a testi tünetek tekintetében. Azok, akik csoportosan vettek részt a kísérletben és úgy hitték, hogy alkoholt kaptak, egyre növekvő testi tünetekről (tompá tudat, zavart, erősen ittas, felkavart gyomor, impulzív és irracionális) számolnak be. Érdekes módon közülük a valóban alkoholt fogyasztók (C feltétel: csoportos/alkoholt hisz/alkoholt kap) esetében ez a változás enyhébb, mint az aromát fogyasztóknál (E feltétel: csoportos/alkoholt hisz/aromát kap), akiknél az 1. és a 3. mérést követően növekedés tapasztalható, amelyet kompenzációnak, placebo-hatásnak tekinthetünk. A csoportthatás tehát erősebb bejósolója az eredményeknek, mint maga az etanol. A csoportosan résztvevők, függetlenül attól, hogy mit fogyasztanak valójában, egyre több részegséggel kapcsolatos tünetről számolnak be, miközben az egyénileg részt vevők nem változnak jelentősen ebből a szempontból a mérések során. A kísérlet során elfogyasztott mennyiség, illetve a koktélok között eltelt rövid idő nem indokolja a részegség testi tüneteinek megjelenését, kevés a teljes alkoholhatás kialakulásához, a csupán aromát fogyasztók esetén pedig ezen tünetek indokolatlanok, mégis a testi tünetekkel kapcsolatos erős sztereotípiáink hatására akkor is „kreálnak” maguknak ilyen tüneteket, amikor azt hiszik, hogy alkoholt ittak. A D feltétel (csoportos, aromát hisz, de alkoholt kap) résztvevői pedig az elvárásaiknak megfelelően egyre kevesebb tünetet produkálnak, az önjellemzős skálán adott válaszaik alapján egyre alacsonyabb értéket érnek el a testi tünetek faktoron, az etanollal szemben győz az a tudat, miszerint „csak placebót kapok, nem érezhetem magam berúgva”. További érdekesség, hogy az elvárások hatását befolyásolja a közeg: egyénileg a testi tünetekkel kapcsolatosan csak mérsékelten, míg csoportosan viszont markánsabban jelenik meg az elvárások hatása. Egyénileg az aromát fogyasztók a valódi alkoholt ivókhoz hasonló tünetekről számolnak be, míg csoportosan a tünetek felerősödnek.

19. ábra: Az öt csoport átlaga a testi tünetek faktor mentén az egyes mérési pontokon (Forrás: saját szerkesztés)



3.4.3 Leíró statisztika- Nemi különbségek

A testösszetétel, testsúly különbségei mellett, az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó nemenként is eltérő sztereotípiák mentén felmerül a kérdés, hogy a két nem eltérően reagál a valódi és a placebo alkoholra, tehát nemi eltérések lehetnek a farmakológiai és az elvárások tekintetében.

A hipotézist mind a csoportos, mind pedig egyedüli feltételek esetében teszteltük, a hipotézis ellenőrzésére többszemponos VA-t használtunk, ahol a mérési időpontok adták a csoporton belüli (within subject), a nem a csoportok közötti (between subject) és a feltétel (A, B, C, illetve E) pedig a kovariáns változót. A VA egyik esetben sem mutat szignifikanciát, tehát az elemzések eredménye szerint a két nem nem különbözik szignifikánsan egymástól az alkohol és a placebo-alkohol hatása mentén. Az alkoholos feltételben résztvevők 4x4 cl 37,5 %-os rumot kaptak (kb. 8-12 gramm tiszta alkohol), amely poharanként 0,15-0,20 grammal emelte a véralkoholszintet, a négy ital elfogyasztását követően átlagosan 0,6-0,8 ezrelék véralkoholszint növekedéssel lehet számolni, amely hatására a résztvevők – az egyéni eltéréseket is figyelembe véve – az izgalmi fázisba juthattak el, mely során a helyzetértékelés, finommozgások, térlátás, egyensúlyérzék enyhén érintett, jókedv, beszédesség és eufória jellemző (Rácz, 1999). Úgy tűnik, hogy ebben a fázisban a két nem elvárásai nem különböznek szignifikánsan, így azok nem is jelennek meg harmadik, zavaró tényezőként a vizsgálatokban.

3.4.4 Hipotézist ellenőrző statisztikák

3.4.4.1 1) Hipotézis:

Egyéni feltételben, amennyiben a kísérleti személyek úgy hiszik, hogy alkoholt fogyasztanak, miközben egy részük valójában csupán aromát kap, az alkoholt és az aromát fogyasztók eredményei nem térnek el egymástól szignifikánsan a szubjektív állapot tekintetében.

A hipotézist ismétléses, 5x2-es Varianciaanalízis segítségével teszteltük, ahol a mérési időpontok adták a csoporton belüli (within subject), a feltételek (alkoholt és aromát fogyasztók az első feltételben, vagyis az A és B feltétel) a csoportok közötti (between subject) változót. A sphericitás próba sérülése miatt a robusztus alternatívák eredményeit vettük figyelembe. A VA sem a Szociális viselkedések, sem pedig a Testi tünetek faktor esetén nem jelez szignifikanciát, sem fő sem pedig interakciós hatásként (12. táblázat).

12. táblázat: A VA eredményei: Az A és B feltételben résztvevők eredményei a szubjektív skálára adott válaszok mentén (Forrás: saját szerkesztés)

Változók	Hatás	df	F	p	Parciális éta négyzet	Statisztikai erő
Szociális viselkedések	<i>idő</i>	1,293	1,054	0,330	0,032	0,187
	<i>feltétel (alkohol/aroma)</i>	1	0,234	0,632	0,007	0,076
	<i>idő * feltétel</i>	1,293	0,848	0,390	0,026	0,159
Testi tünetek	<i>idő</i>	1,236	1,066	0,324	0,032	0,185
	<i>feltétel (alkohol/aroma)</i>	1	0,191	0,665	0,006	0,071
	<i>idő * feltétel</i>	1,236	0,935	0,359	0,028	0,168

A csoportok tehát nem különböznek egymástól szignifikánsan 0,05-ös valószínűségi értéket választva kritériumszintnek. Tehát az első kísérleti feltételben, ahol a résztvevők egyénileg vettek részt és úgy tudták, hogy alkoholt isznak, míg valójában csak egy részük ivott valódi alkoholt, a többiek aromát fogyasztottak, az alkoholtartalomtól függetlenül mindkét csoport hasonló szubjektív tünetekről számolt be a hasonló elvárásoknak köszönhetően. A hipotézist tehát igazoltuk.

3.4.3.2 2) Hipotézis:

Az alkoholt és aromát fogyasztó – egyéni és társas feltételben résztvevő - csoportok szignifikánsan különbözik egymástól a memória és az egyensúly romlását tekintve.

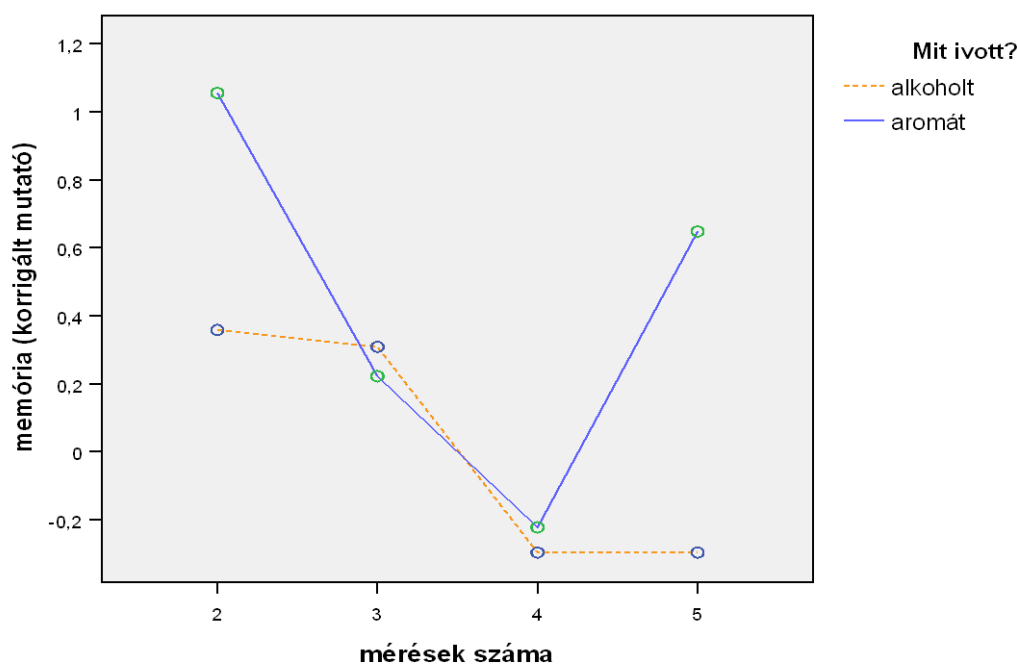
A hipotézis tesztelésére kevert mintás, 5x2-es varianciaanalízist használtunk, az öt mérési időpont során a memóriafeladatban nyújtott teljesítmény átlagai adták a csoporton belüli (within subject), míg az elfogyasztott ital (alkohol, illetve aroma) a csoportok közötti (between subject) változót. A szfericitás próba nem szignifikáns, az ivás főhatás nem szignifikáns, azonban az időpont főhatás ($F(3)=7,994$; $p<0,001$) és az idő * ivás interakció ($F(3)$; $p<0,05$) szignifikanciát mutat (13. táblázat), az alkoholt fogyasztók rosszabbul teljesítenek a szavak felidézésekor.

13. táblázat: Kevert mintás ANOVA: Az alkoholt és aromát fogyasztók eredményei a memória romlását tekintve az 5 mérés során

Hatás	Szabadságfok	F érték	Szignifikancia	Hatásméret (Parciális eta négyzet)	Statistikai erő
idő	3	7,994	,000	0,57	,991
ivott (alkohol/ aroma)	1	2,057	,154	,015	,296
idő * ivott	3	3,089	,027	,023	,721

20. ábra: Az alkoholt és aromát fogyasztó csoport eredményei a memória romlását tekintve (Forrás: saját szerkesztés)

Az alkoholt és aromát fogyasztó csoport eredményei a memória romlását tekintve (korrekció után)



A 20. ábra alapján jellemző mintázat mindkét csoport esetében, hogy a második mérésnél jelentősen megnő a visszaidézett szavak száma az elsőhöz képest, ami valószínűsíthetően a „beletanulás” eredménye. Ezt követően a 4. mérésig romlás figyelhető meg mindkét csoportban. Az 4. és 5. mérés között az alkoholos csoportnál stagnálás, míg az aromásnál hirtelen javulás figyelhető meg, ami elképzelhető, hogy a megtévesztés lelepleződését jelöli, vagyis azt, hogy a 4. italra a résztvevők rájöttek, hogy nem alkoholt fogyasztanak. Amennyiben az 5. mérés eredményeit nem számoljuk, úgy a szignifikáns különbség eltűnik a két csoport között, így elképzelhető, hogy a hipotézis egy artefaktum következtében nyert megerősítést.

Az egyensúlyromlást mérő kevert mintás, 5x2-es varianciaanalízis eredményeit a 14. táblázat foglalja össze. Az összetartozó minták szórás-homogenitásának sérülése (a Mauchly-féle szfericitás-teszt szignifikáns) miatt a robosztus alternatívák (Greenhouse-Geisser) eredményeit vettük figyelembe, amely nem jelez sem főhatásként, sem pedig interakciós hatásként szignifikanciát, az alkoholt és az aromát ivók csoportja nem különbözik egymástól szignifikánsan az egyensúly romlását tekintve, a hipotézisünk tehát nem nyert megerősítést.

14. táblázat: Kevert mintás ANOVA: Az alkoholt és aromát fogyasztók eredményei az egyensúly romlását tekintve az 5 mérés során (Forrás: saját szerkesztés)

Hatás	Szabadságfok	F érték	Szignifikancia	Hatásméret (Parciális éta négyzet)	Statisztikai erő
<i>idő</i>	2,320	2,618	,066	,019	,561
<i>ivott (alkohol/ aroma)</i>	1	,181	,671	,001	,071
<i>idő * ivott</i>	2,320	,595	,576	,004	,157

3.4.4.3 3) Hipotézis:

Az egyéni és a csoportos feltételben alkoholt, illetve aromát fogyasztó résztvevők eredményei szignifikánsan eltérnek egymástól a memória, egyensúly és szubjektív állapot tekintetében, a csoportosan résztvevők rosszabbul teljesítenek a memória és egyensúly feladatokban és több „alkohol tünetről” számolnak be az egyénileg résztvevőkhöz képest.

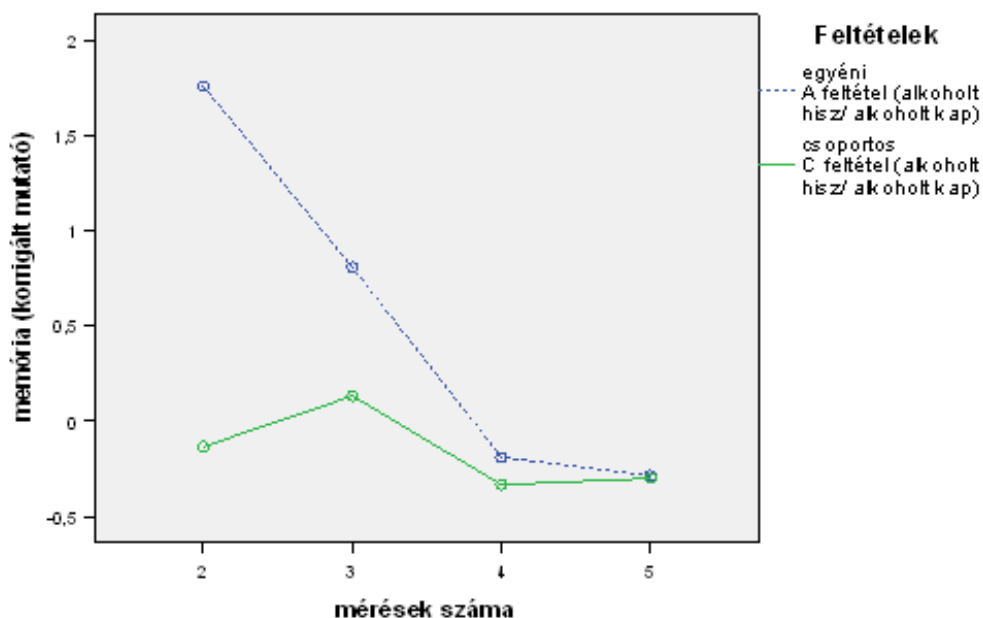
Az ezúttal is alkalmazott kétszemponyos vegyes VA eredményei (15. táblázat) szerint a memória (21. ábra), és az egyensúly (22. ábra) romlása mentén nincs szignifikáns különbség az alkoholt fogyasztó egyéni és az alkoholt fogyasztó, de csoportosan résztvevők között, a memóriánál azonban az idő főhatása és a feltétel * idő interakciója szignifikáns, tehát a mérések során mindkét csoportban szignifikánsan romlott a memóriafeladatban nyújtott teljesítmény, az egyéni feltételben résztvevők teljesítménye pedig szignifikánsan nagyobb mértékben romlott a mérések

során a csoportos feltételben résztvevőkhöz képest. A szociális viselkedések és a testi tünetek faktor esetében nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között.

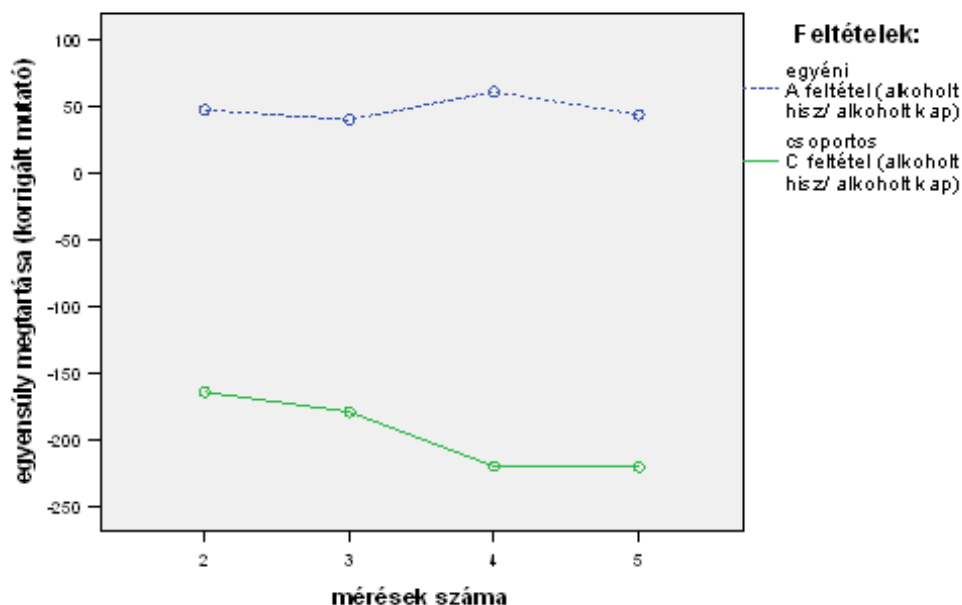
15. táblázat: Kevert mintás ANOVA: Az alkoholt fogyasztó egyéni és csoportos feltételben résztvevők eredményei a memória, egyensúly és a szubjektív skála (Forrás: saját szerkesztés)

Amit mérünk:	Hatás:	Szabadság fok	F érték	Szignifikancia	Hatásméret (Parciális étanégyszet)	Statistikai erő
memória	idő	3	8,469	,000	0,97	,993
	feltétel (egyéni/csoportos)	1	2,916	,092	0,36	,393
	idő * feltétel	3	5,160	,002	,061	,921
egyensúly	idő	2,155	2,157	,115	,027	,545
	feltétel (egyéni/csoportos)	1	3,011	,087	0,37	,403
	idő * feltétel	2,155	,195	,838	,002	,086
Szociális viselkedések	idő	1,059	,689	,417	,010	,132
	feltétel (egyéni/csoportos)	1	,188	,666	,003	,071
	idő * feltétel	1,059	,056	,828	,001	,056
Testi tünetek	idő	1,051	,056	,825	,001	,056
	feltétel (egyéni/csoportos)	1	,579	,449	,008	,117
	idő * feltétel	1,059	,097	,769	,001	,061

21. ábra: Az alkoholt fogyasztó egyéni és csoportos feltételben résztvevők eredményeinek ábrázolása a memória romlása mentén (Forrás: saját szerkesztés)



22. ábra: Az alkoholt fogyasztó egyéni és csoportos feltételben résztvevők eredményeinek ábrázolása az egyensúly romlása mentén (Forrás: saját szerkesztés)



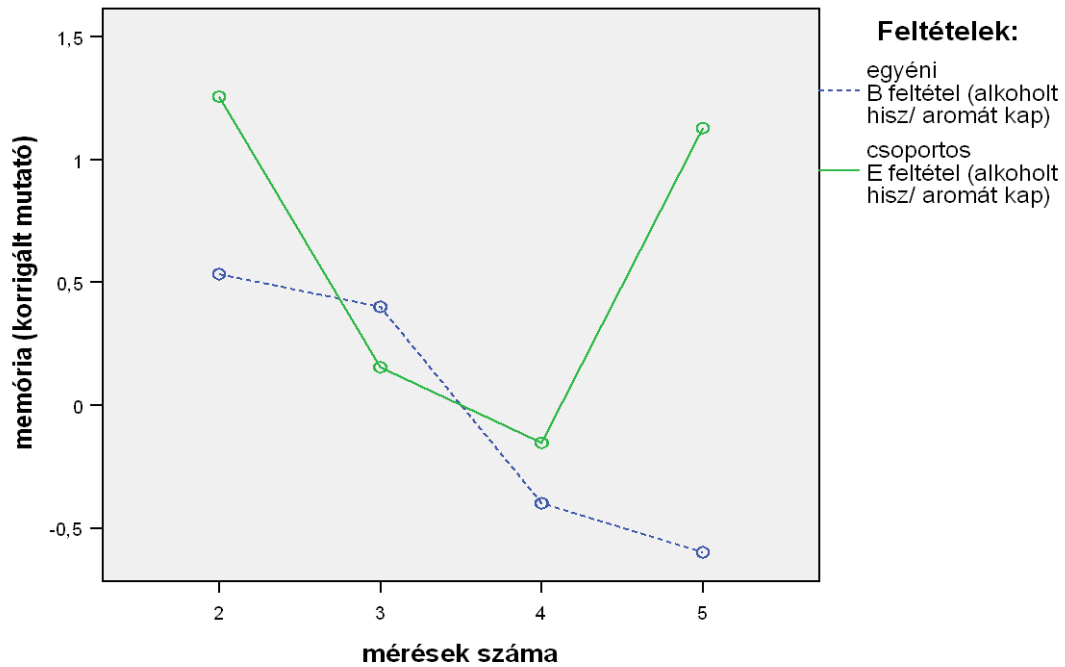
Az aromát fogyasztók esetében a kétszemponos vegyes VA eredményei (16. táblázat) alapján az egyensúly esetében (24. ábra) szignifikáns főhatása van a feltételnek, vagyis annak, hogy egyéni, avagy csoportos feltételben vettek részt az aromát fogyasztók. A memória esetében (23. ábra) idő főhatás és interakciós hatás mutatkozik a feltétel és az eltelt idő mentén, míg a szubjektív skálára adott pontszámok mentén a két csoport nem különbözik szignifikánsan.

16. táblázat: Kevert mintás ANOVA: Az aromát fogyasztó egyéni és csoportos feltételben résztvevők eredményei a memória, egyensúly és a szubjektív skála (Forrás: saját szerkesztés)

Amit mérünk:	Hatás:	Szabadság fok	F	Szignifikancia	Hatásméret (Parciális étanégyzet)	Statisztikai erő
memória	idő	3	3,594	,015	,065	,784
	feltétel (egyéni/csoportos)	1	1,508	,225	,028	,226
	idő * feltétel	3	2,779	,043	,051	,662
egyensúly	idő	2,399	4,093	,013	,072	,773
	feltétel (egyéni/csoportos)	1	5,066	,029	,087	,599
	idő * feltétel	2,399	5,447	,003	0,93	,886
Szociális viselkedések	idő	1,225	,454	,542	,009	,107
	feltétel (egyéni/csoportos)	1	,422	,519	,008	,098
	idő * feltétel	1,225	,409	,566	,008	,101
Testi tünetek	idő	1,004	,416	,523	,008	,097
	feltétel (egyéni/csoportos)	1	,361	,550	,007	,091
	idő * feltétel	1,004	,282	,599	,005	,082

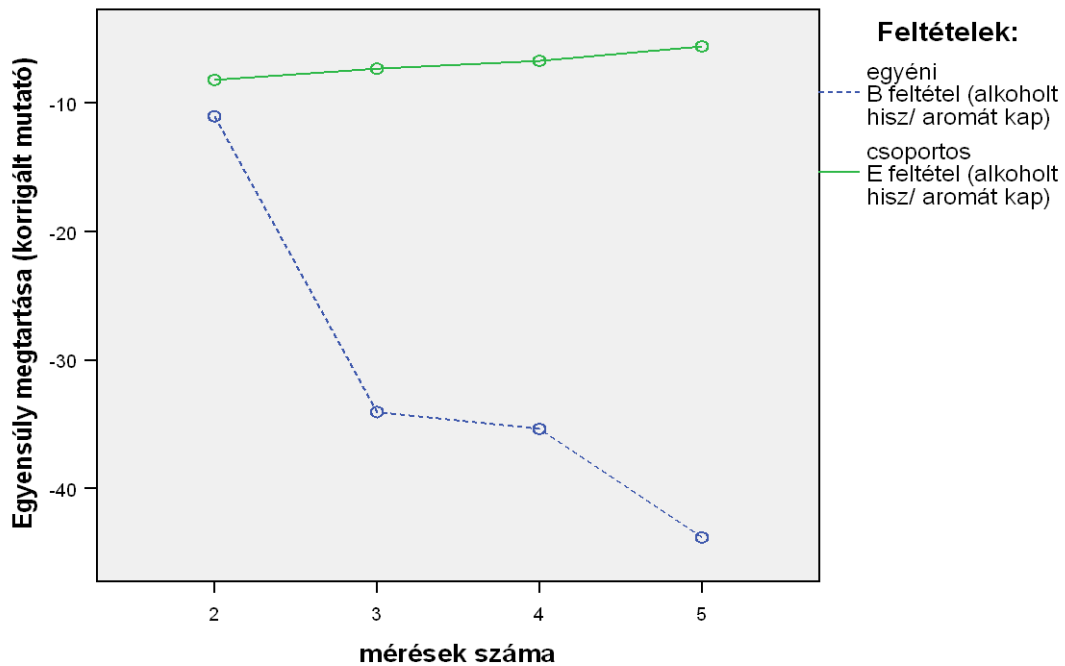
23. ábra: Az aromát fogyasztó egyéni és csoportos feltételben résztvevők eredményei a memória romlása mentén (Forrás: saját szerkesztés)

Az aromát fogyasztó egyéni és csoportos feltételben résztvevők eredményei a memória romlása mentén (korrigált)



24. ábra: Az aromát fogyasztó egyéni és csoportos feltételben résztvevők eredményei az egyensúly romlása mentén (Forrás: saját szerkesztés)

Az aromát fogyasztó egyéni és csoportos feltételben résztvevők eredményei az egyensúly romlása mentén (korrigált)



Az egyensúlymérés esetében a kísérlet során megfigyelhető volt egy bizonyos „dominóhatás”, vagyis ahogy a csoport egyik tagja lerakta a lábát, a többiek szinte azonnal követték és egymás után „dőltek el”, amely hatás markánsan jelent meg az aromát fogyasztóknál (24. ábra) és kevésbé az alkoholt fogyasztók esetében (22. ábra). Tehát a csoportthatás itt a részegség sztereotípiá felerősödését jelentette, az egyensúly romlása pedig nem az alkohol hatásának, hanem inkább a csoportthatásoknak, az elvárásoknak és a fáradásnak volt a következménye.

A valódi alkoholt fogyasztóknál a memóriával kapcsolatosan a csoportthatás éppen ellenkező hatást váltott ki, javulást eredményezett az egyéni résztvevőkkel összehasonlítva. Az egyénileg résztvevők teljesítménye erőteljesen csökken, míg a csoportos résztvevők nagyjából azonos teljesítményt nyújtanak a mérések során, csupán enyhe romlás figyelhető meg az esetükben. Mivel az alkohol ilyen mennyiségnél, illetve ilyen rövid idő elteltével még nem befolyásolja az emlékezőképességet, így elképzelhető, hogy az egyéni esetben a sztereotípiák aktiválódását, míg a csoportos feltételben pedig egyfajta társas korrekciót mértünk inkább, mint a memóriaromlást. Ez utóbbi esetében arra gondolunk, hogy a résztvevők egymást figyelték és a józannak tűnő társak mellett így ők is jól teljesítettek, míg egyéni helyzetben a fókusz inkább befelé fordult, a kísérleti személyek a saját testükre figyeltek.

Az aromát fogyasztóknál a memória esetében (23. ábra) idő főhatás és interakciós hatás mutatkozik a feltétel és az eltelt idő mentén, tehát a két csoport szignifikánsan különbözik egymástól a memória romlását tekintve az öt mérés mentén, a csoportban fogyasztók szignifikánsan több szót tudnak visszaidézni. A második mérés kiugró teljesítménye itt is megfigyelhető mindkét csoportnál, azonban ezt követően az egyéni résztvevők memóriateljesítménye folyamatosan romlik, míg a csoportos résztvevők teljesítménye nem mutat jelentős eltérést a mérések mentén. A hipotézis igazolása megerősíti a korábbi eredményeket, miszerint az emlékezeti hanyatlás nem az elfogyasztott alkohol mennyiségének, hanem sokkal inkább az elvárásoknak köszönhetően jelenik meg. Amennyiben az emberek azt hiszik, hogy alkoholt ittak, akkor rosszabbul teljesítenek. Ez a hatás tisztán jelenik meg egyéni helyzetben, míg csoportos esetben esetleges más hatások, mint például a versengés (jobb felidézés az egyéni helyzethez képest) vagy nagy létszám miatti figyelem terelődése (szabálytalan mintázat az öt mérés mentén), árnyalják az eredményeket.

A szubjektív állapot, vagyis az önjellemzős szociális viselkedések és a testi tünetek mentén nincs különbség a csoportok között, hipotézisünk tehát nem nyert alátámasztást.

3.4.4.4 4) Hipotézis:

Az alkoholt fogyasztó és ennek tudatában lévők (C feltétel: csoportos/alkoholt hisz/alkoholt kap), illetve az alkoholt fogyasztó, de ezzel kapcsolatban megtévesztett résztvevők (D feltétel: csoportos/aromát hisz/alkoholt kap) eredményei szignifikánsan eltérnek egymástól a memória, egyensúlyérzék és szubjektív állapot mentén, a megtévesztett, aromát hívó csoport (D feltétel) „józanabb marad”, jobb teljesítményt mutat a memória és egyensúly feladatokban, illetve kevesebb „alkohol tünetről” számol be, mint az alkoholfogyasztással kapcsolatban helyesen informált résztvevők (C feltétel).

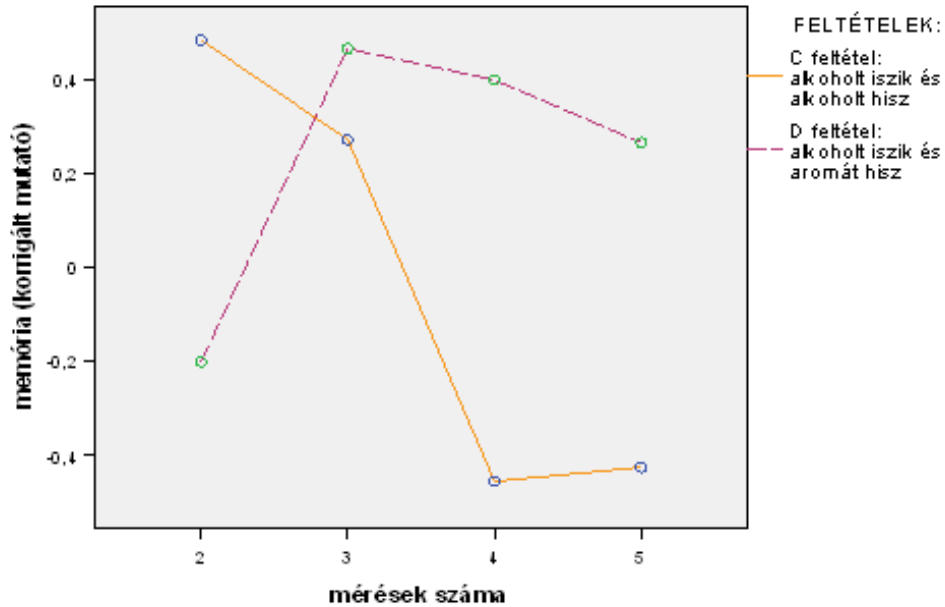
A hipotézist a csoportos és az egyéni feltételek bevonásával vizsgáltuk. A kétszemponos vegyes VA ezen hipotézis esetében egyik mérésnél sem volt szignifikáns (17. táblázat), így a hipotézisünk nem nyert megerősítést, tehát nincs szignifikáns különbség az alkoholt fogyasztó és ennek tudatában lévő, illetve a szintén alkoholt fogyasztó, de ezzel kapcsolatban megtévesztett személyek memóriája, egyensúlyérzéke és szubjektív állapota között.

17. táblázat: Az ismétléses ANOVA: Az alkoholt fogyasztó megtévesztett és helyesen informált feltételben résztvevők eredményei a memória, egyensúly és a szubjektív skála mentén (Forrás: saját szerkesztés)

Amit mérünk:	Hatás:	Szabadságfok df	F érték	Szignifikancia	Hatásméret (Parciális éta négyzet)	Statizti kai erő
memória	<i>idő</i>	3	,873	,456	,011	,239
	<i>feltétel (alkoholt hisz/ aromát hisz)</i>	1	,331	,566	,004	,088
	<i>idő * feltétel</i>	3	2,555	,056	,031	,625
egyensúly	<i>idő</i>	2,183	2,122	,118	,026	,451
	<i>feltétel (alkoholt hisz/ aromát hisz)</i>	1	,010	,920	,000	,051
	<i>idő * feltétel</i>	2,183	2,038	,129	,025	,436
Szociális viselkedések	<i>idő</i>	1,060	,085	,787	,001	,060
	<i>feltétel (alkoholt hisz/ aromát hisz)</i>	1	,400	,529	,006	,096
	<i>idő * feltétel</i>	1,060	,711	,410	,010	,135
Testi tünetek	<i>idő</i>	1,052	,220	,653	,003	,075
	<i>feltétel (alkoholt hisz/ aromát hisz)</i>	1	,123	,727	,002	,064
	<i>idő * feltétel</i>	1,052	1,575	,214	,022	,241

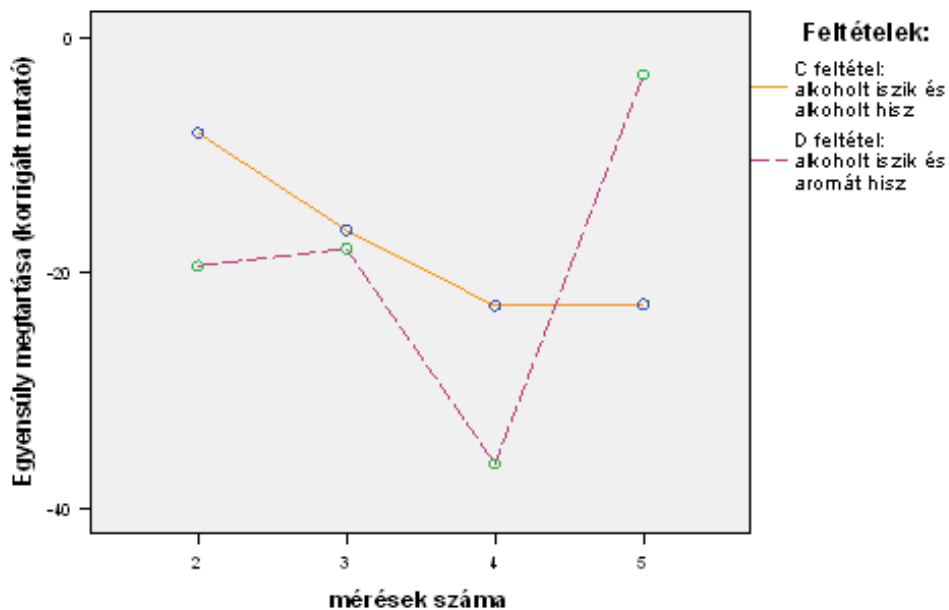
A szignifikancia hiányának ellenére azonban az ábrák jól mutatják a két csoport teljesítményének változását a mérések során. A memória (25. ábra) esetében azok, akik aromát hisznek, egyre jobban teljesítenek, miközben a helyesen informált csoport teljesítménye folyamatosan romlik. Ezt értelmezhetjük úgy, hogy ismét az elvárások győztek, vagyis „ha nem kaptam alkoholt, akkor miért is teljesítenék rosszabbul?”

25. ábra: Az alkoholt ivó megtévesztett és helyesen informált résztvevők eredményei a memória mentén (Forrás: saját szerkesztés)



Az egyensúly (26. ábra) esetében az alkoholt ivó-alkoholt tudó csoportnál folyamatos romlás, míg az alkoholt ivó-aromát tudó csoportnál véletlenszerű mintázat jelenik meg, hol jobban, hol rosszabbul teljesítenek, eredményeik az 5. mérésre haladják meg a helyesen informált csoportét.

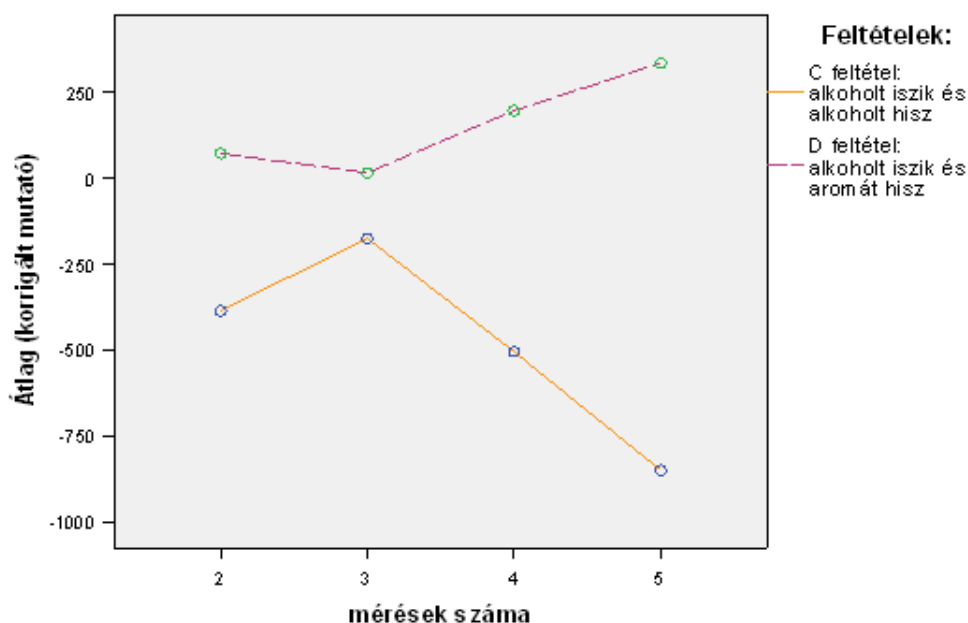
26. ábra: Az alkoholt ivó megtévesztett és helyesen informált résztvevők eredményei az egyensúly mentén (Forrás: saját szerkesztés)



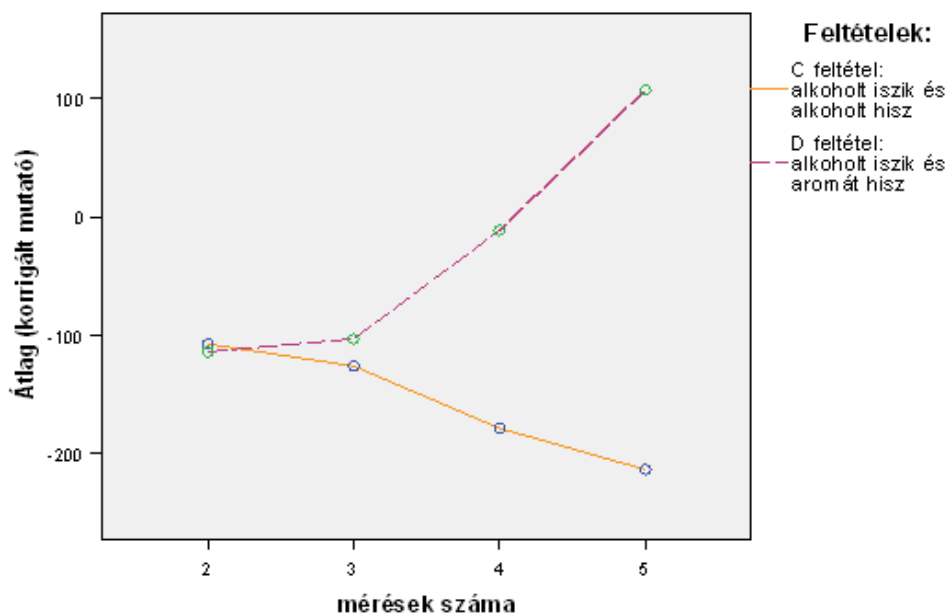
A szubjektív állapot mentén a szociális faktor esetén az aromát hívók egyre szociálisabbak, míg az alkoholt tudók egyre kevésbé (27. ábra) a testi tünetek esetében ugyanezen tendencia megjelenése pedig markánsabb (28. ábra).

. Ezen eredmény, annak ellenére, hogy nem szignifikáns, ellentétes a hipotézisünkkel, hiszen az eredmények alapján azok, akik azt hitték, hogy aromát ittak, „részegebbnek” érezték magukat. Felmerülhet, hogy a megtévesztés nem volt sikeres, és a résztvevők rájöttek, hogy alkoholt isznak, és mintegy „kompenzációképpen”, felnagyították az alkohol hatását. Ezt a feltételezést megerősíti, hogy a 15 megtévesztett főből összesen 3 állította, hogy nem részegebb annál, mint mikor megérkezett a kísérletre, a maradék 12 részegebbnek vallotta magát az öt mérést követően. Elképzelhető tehát, hogy fordítva az alkoholt nem lehet teljesen maszkolni, és aromának beállítani, a manipulációnak ugyan lehet hatása, de a megtévesztésre a résztvevők rájöhetnek.

27. ábra: Az alkoholt ivó megtévesztett és helyesen informált résztvevők eredményei a szociális viselkedések faktor mentén (Forrás: saját szerkesztés)



28. ábra: Az alkoholt ivó megtévesztett és helyesen informált résztvevők eredményei a testi tünetek faktor mentén (Forrás: saját szerkesztés)



3.5 A kutatás korlátjai

Jelen vizsgálatban egészséges, alkoholproblémával, illetve -érzékenységgel nem rendelkező, fiatal populáció vett részt, akik önként jelentkeztek az egyetemeken és a közösségi médiában meghirdetett kísérletre. A kísérleti személyek ezen jellemzői a széleskörű általánosíthatóságot erősen korlátozzák.

A vizsgált populációban jelenlévő sztereotípiák, elvárások, tapasztalatok az alkoholhoz való hozzáállás és a fizikai reakciók is eltérhetnek más populációk ezen jellemzőitől. A fiatal közegen kívül érdemes szélesebb körű fogalmi eltérésekkel is számolni: a résztvevők nagy része budapesti lakos, illetve minden résztvevőnk magyar nemzetiségű. Mind a nagyvárosi szokásoknak, mind pedig a magyar kultúrának jelentős befolyása lehet az alkohollal kapcsolatos attitűdökre; amelyek lévén, hogy placebo kísérletet végeztünk, ahol az elvárások központi jelentőségűek; az attitűdökön keresztül hatással lehetnek az eredményeinkre. A vizsgálat általánosításakor tehát figyelembe kell vennünk a vizsgált minta szociodemográfiai jellemzőit és alkoholfogyasztási történetét, amelyek hatással lehetnek az alkohollal kapcsolatos elvárásokra, így közvetve az eredményeinkre is. Ezen említett korlát viszonylagos kontrollálása érdekében igyekeztünk minél több információt nyújtani

a vizsgált minta szociodemográfiai jellemzőiről, annak érdekében, hogy értelmezésekor pontosabb képet kapjunk és a lehető legkevesebb torzított általánosítással közöljük az eredményeinket.

A kísérlet menete esetében igyekeztünk a lehető legpontosabban igazodni a Nagy (2008) vizsgálatában leírtakhoz, azonban valószínűsíthetően a két vizsgálat, minden igyekezet ellenére, nem nézett ki teljesen ugyanúgy. Annak ellenére, hogy nincs tudomásunk jelentős eltérésről, a kísérletvezetők különböző személye, az instrukció esetleges eltérő megfogalmazása, a vizsgálatvezetők elvárásainak eltérései és más esetleges eltérések a vizsgálatok között, befolyásolhatták és torzíthatták az eredményeket.

3.6 Következtetések

Jelen vizsgálat a placebo hatás mechanizmusát vizsgálja az alkohol fogyasztás kapcsán, specifikusan azt, hogy az alkohol, illetve a placebóként használt aroma elfogyasztása milyen változásokat idéz elő a memória, egyensúlyérzékelés, és a testi-lelki állapot szubjektív megítélése mentén társas, illetve egyéni fogyasztás esetén.

Azon feltételezésünk egyrészről, hogy a klasszikus placebo hatás; miszerint az alkoholt és az aromát fogyasztó résztvevők eredményei együttesen mozognak abban az esetben, ha nem tudják, hogy placebót is fogyaszthatnak, fennáll mind egyéni, mind pedig csoportos helyzetben.

Jelen vizsgálatban további fontos kérdést jelentett a csoportmechanizmusok szerepének tisztázása a placebo hatás kialakulásában. Az egyéni és csoportos feltételek összehasonlítása során megállapítható, hogy függetlenül attól, hogy a résztvevők aromát vagy alkoholt fogyasztanak, a csoporthatásoknak erősebb befolyásoló ereje van az eredményekre, mint az elfogyasztott ital alkoholtartalmának.

Erőteljes kompenzációs hatás figyelhető meg a kísérleti instrukció manipulálása mentén, amelyet a csoporthatások tovább erősítenek. A kísérlet során elfogyasztott mennyiség és a koktélok között eltelt rövid idő nem indokolja a részegség testi tüneteinek megjelenését, a csupán aromát fogyasztók esetén pedig ezen tünetek indokolatlanok, mégis a testi tünetekkel kapcsolatos erős sztereotípiáink hatására akkor is „kreálnak” maguknak ilyen tüneteket, amikor azt hiszik, hogy alkoholt ittak. Tehát a részegség testi tünetei sokkal inkább az elvárások által meghatározottak, mint a valós alkoholtartalom által és a sztereotípiák erőteljesebben aktiválódnak csoportos, mint egyéni helyzetben.

Összességében megállapíthatjuk azt, hogy az alkoholfogyasztás mind valós, mind pedig vélt hatásában az etanol fiziológiás, kémiai hatásán túl számos más jellemző vesz részt, melyek közül elsődlegesen a csoporthatásoknak, továbbá a szuggesztióknak, elvárásoknak van kiemelt szerepe. A placebo hatásnak és a társas közegnek köszönhetően tehát az alkohol fogyasztásának tudatában „elveszíthetjük a fejünket”, akár van rá „valódi” okunk, akár nincs. Szociális közegben pedig úgy tűnik, hogy az emberek, akár ok nélkül is, szeretik elveszíteni a fejüket, és átadni magukat az alkohol elvárt hatásainak. Jelen kutatás jó kiinduló alapot jelenthet a kifejezetten társas közegben, szórakozóhelyeken, bulikban történő, kiemelten a fiatalokat érintő alkoholfogyasztás motivációinak beazonosításához, a fiatalok körében történő alkoholfogyasztással kapcsolatos elvárások nemi és kulturális hatásainak felderítésében. Hosszabb távon, a területen történő tovább kutatások hozzájárulhatnak akár a (fiatalkori) alkoholizmus és az excesszív alkoholfogyasztás csökkentéséhez.

4. Terepkísérlet- „Rapid randi”: placebo-hatás alkoholfogyasztás során

4.1 Bevezetés

A korábbi „Szociális placebo” című kísérlet alapvetően a placebo-hatás információs és társas aspektusait tárgyalta laboratóriumi közegben. Megállapítottuk, hogy az alkoholfogyasztás mind valós, mind pedig vélt hatásában az etanol kémiai hatásán túl számos más jellemző vesz részt, melyek közül elsődlegesen a csoporthatásoknak van kiemelt szerepe. A placebo hatásnak és a társas közegnek köszönhetően az alkohol fogyasztásának tudatában „elveszíthetjük a fejünket”, akár van rá „valódi” okunk, akár nincs. Szociális közegben pedig az emberek, akár ok nélkül is, szeretik elveszíteni a fejüket, és átadni magukat az alkohol elvárt hatásainak. A korábbi kutatás kifejezetten a szociális közegre és az elvárásokra koncentrált, az egyének egyéni jellemzőit nem tárgyalta.

A fiatalokat jellemző mindennapi alkoholfogyasztás tipikusan pedig szociális közegben, vendéglátóhelyeken és szórakozóhelyeken történik. A fiatalok ezeken a helyeken isznak, jól érzik magukat és ismerkednek, utóbbiakat sokszor az alkohol, vagy az annak vélt hatás segítségével. Vajon alkohol nélkül is tudnának bulizni és ismerkedni vagy az ital elengedhetetlen feltételt jelent?

Jelen terepkísérletben, a placebo alkohol hatásának mérését természetes társas közegben – az alkoholfogyasztás egyik tipikus helyszínén, egy bárban - végezzük el, a vizsgálat során pedig igyekszünk feltárni bizonyos személyiségjellemzők (szociabilitás és extraverzió, spiritualitás és vallásosság és diszpozicionális optimizmus) és a placebo válaszkészség közötti összefüggéseket, valamint az alkohol és az alkohol placebo hatását vizsgáljuk a szubjektív és objektív részegségre, a szexuális vonzalomra, és az önképre.

4.1.1 A placebo-responder személyiség

Ahogy az korábban az *1.4 fejezetben* tárgyaltuk, a populációban azoknak a személyeknek az aránya, akik a placebo kezelésre szubjektív és/ vagy objektív, fiziológiai választ adnak, 30-40 % (Beecher, 1955; Lasagna, 1954). Azon személyek, akiknél a vizsgálatokban konzisztens placebo reakció tapasztalható, az úgynevezett *placebo responder* személyek (Köteles & Bárdos, 2008a; 2008b). Egyértelműen konzisztens reakciót azonban senki nem mutat, vagyis tökéletesen konzisztens placebo-reaktorok nem léteznek (Lieberman, 1962, 1964), azonban bizonyos jellemzők hajlamosítanak. A placebo responder személyekre jellemző a fokozott szuggesztibilitás, endogénopiát érzékenység, jobb féltekei aktivitás, kondicionálhatóság, továbbá a szenzoros élménykeresés (Kulcsár, 1986), a Bandura-féle én-hatékonyság, a szociabilitás és extraverzió

(Joyce, 1959), a társas konformitás, diszpozicionális optimizmus, társas problémamegoldási készségként értelmezett tradicionalizmus (Geers és mtsai, 2005b; Fisher & Greenberg, 1997; Brody, 2000; Cziboly & Bárdos, 2003). Sok vizsgálat született a témában, a pozitív reaktorokat elkülönítő tulajdonságokat Köteles és Bárdos (2008a, 8. oldal) összefoglalója alapján a 18. táblázat foglalja össze.

18. táblázat: Összefoglalás: A pozitív reaktorok jellemzői (Forrás: Köteles & Bárdos, 2008a, 8. oldal)

A pozitív reaktorokat a többi csoporttól (negatív reaktorok, semleges reaktorok stb.) elkülönítő tulajdonságok a fontosabb korai vizsgálatok eredményei szerint	
Vizsgálat	A pozitív placebo-reaktorokat elkülönítő tulajdonságok
Lasagna és mtsai, 1954	barátságosság; beszédesség; vallásosság; kisebb fájdalomérzet; elégedettség a kórházi ellátással; több stressz-tünet; gyakrabban gyógyszerzedés; fokozott szorongás, csökkent ellenségesség (hosztilitás); énközpontúság, emocionális labilitás, dependenciaigény; testi folyamatokra irányuló fokozott figyelem
von Felsinger és mtsai, 1955	éretlenség (impulzivitás, elégtelen érzelmi kontroll, énközpontúság); vágy az irreálisan nagy teljesítményekre és elismertségre; depresszióra, szorongásra és hosztilitásra való hajlam
Joyce, 1959	extraverzió, szociabilitás; kisebb önbizalom és kisebb dominanciaigény
Thom, 1962	magasabb szorongási szint és introverzió
Linton és Langs, 1962	nem kommunikatív, passzív, ellenálló személyiség; szuggesztióra való fogékonyság, függőség; kezdeményezőkétség hiánya, stresszre adott nem adaptív reakciók; magát gyakran elveszettnek érző
Sharp, 1965	az én csökkent megfelelőségének érzése; kisebb dominanciaigény; magasabb állapotszorongás
Muller, 1965	kifelé orientáltság, lelkesedés; verbálisan és szociálisan egyaránt fejlett viselkedés; jó alkalmazkodóképesség
Shapiro és mtsai, 1968	a környezettől való erősebb függőség; külső ingerekre való fokozott reakciókészség

4.1.1.1 Szociabilitás

A szociabilitás „a másokkal való együttlét előnyben részesítésére irányuló hajlam az egyedülléttel szemben”, igény a közös tevékenységre és ösztönzésre, melyet a társas interakció képvisel (Carver & Scheier, 2006). Fisher és Greenberg (1997) összefoglalójában a szociabilitást veti fel olyan személyiségvonásként, amely a placebo-reaktivitással konzisztensen együtt jár. (Köteles & Bárdos, 2008a)

4.1.1.2 Big5

Az öt szupervonás, amelyből a személyiség alapszerkezete áll: az extraverzió, a barátságosság, a lelkiismeretesség, az érzelmi stabilitás és a nyitottság. Az extraverzió az impulzusok szabad kifejezésével, önbizalommal, a szociabilitással és a boldogsággal jár együtt, olyan tulajdonságok tartoznak hozzá, mint a bőbeszédűség, spontaneitás, magabiztosság, vagy bátorság. A barátságosság általánosan a kapcsolatok fenntartásának képessége, megjelenik benne a

gondoskodás, az érzelmi támogatás, szolgálatkészség. A lelkiismeretesség vagy teljesítményre való törekvés, akarat, beszabályozottság, felelősség faktorban megjelenik a tervezés, kitartás és a célokért való küzdelem is. Az érzelmi stabilitás, emoncionalitás vagy neurocitizmus olyan jellemző párokat foglal magába, mint az idegesség- kiegyensúlyozottság, szorongás- nyugodtság, lazáság- feszültség. A nyitottság faktor az intellektushoz kapcsolódik és a tapasztalatok iránti nyitottságot jelenti olyan jellemzőkkel, mint a kreativitás, kíváncsiság, fantázia, és kifinomultság (19. táblázat). (Carver & Scheier, 2006)

19. táblázat: Az öt személyiségfaktort tükröző két- és egypólusú melléknévszókálák (Digman & Inouye, 1986; McCrae & Costa, 1987; Norman, 1963; Peabody & Goldberg, 1989) nyomán (idézi Carver & Scheier, 2006, 88. oldal) (Forrás: saját szerkesztés)

Faktor	Kétpólusú skálák	Egypólusú skálák
Extraverzió	bátor- félénk erőszakos- önalávető magabiztos- bizonytalan bőbeszédű- csendes spontán- gátlásos	társaságkedvelő szókimondó energikus boldog elzárkózó*
Barátságosság	barátságos- barátságtalan meleg- hideg kedves- nyers udvarias- bárdolatlan jó természetű- ingerlékeny	féltékeny* figyelmes rosszindulatú* sértődékeny* panaszkozó*
Lelkiismeretesség	óvatos- meggondolatlan komoly- frivol felelősségteljes- felelőtlen alapos- felületes szorgalmas- lusta	talpraesett kitartó előrelátó gondos különc*
Emoncionalitás	ideges- kiegyensúlyozott szorongó- nyugodt izgulékony- higgadt laza- feszült	aggódó ideges félős feszült
Intellektus	fantáziadús- egyszerű intellektuális- ösztönös kifinomult- durva érdektelen- kíváncsi nem kreatív- kreatív	értelmes gyors felfogású képzeletdús verbális eredeti

Ahogy az a korábbiakban említettük, korábbi kutatások (Lasagna, 1954; Joyce, 1959; Thom, 1962; Muller, 1965) a placebo-reaktivitás és az extraverzió, barátságosság és emoncionalitás között is találtak összefüggést.

4.1.1.3 Spiritualitás

A „spiritualitás” fogalma a latin eredetű *spiritus*, vagy *spiritualis* szóból ered (Koenig, 2008; Sheldrake, 2008; Hill és mtsai, 2000, Emmons, 2011; Rónaszéki, 2020), amelynek jelentése lélegzet, „a bennünk lévő isteni lélek” (Hill és mtsai, 2000). Emmons (2011) definíciója szerint a spiritualitás egy olyan belső tapasztalás, ahol az egyén keresési szabadságát. Általánosan a spiritualitás olyan világnézeti formák közös elnevezése, amelyek elsősorban a szellemi, természetfeletti erők, illetve a lélek értelmezésén alapulnak, leírható úgy is, mint valami belső vágyakozás a halhatatlanságra, a természettel való azonosulásra, annak törvényeiben való feloldódásra. A spirituális ember a szerint a világ egy magasabb rendező elv, egy ember felett álló kozmikus törvény, erő által irányított és vallja, hogy élete nem öncélú, hanem egy magasabb szintű célt szolgál. (Sheldrake, 2008)

A Biblia tele van csodálatos gyógyulásokkal, a zarándokhelyeken pedig rendszeresen számolnak be csodás gyógyulásokról, ahol korábban beteg és hívő emberek hirtelen meggyógyultak.

A spiritualitás és a vallásosság szorosan kapcsolódó, de különböző fogalmak, nem teljesen szinonimái egymásnak (Emmons, 2011). A vallásosság, több kutatásban (Lasagna, 1954; Gliedman és mtsai, 1957) is megjelent, mint a placebóra jól reagálók egyik jellemzője, mára azonban úgy tartják (Lieberman 1962), hogy a társas konformitáson (Fisher & Fisher, 1963), valamint a tradicionalizmuson (McNair és mtsai, 1970) keresztül hathat.

Az alternatív gyógyászat – mely a gyógyító tevékenységek olyan széles köre, amelyek egy meghatározott társadalom vagy kultúra adott történelmi periódusban politikai szempontból domináns egészségügyi rendszerétől eltérő minőségekkel és gyakorlati eljárásokkal, valamint az azokat kísérő elméletekkel és hittel szövik át a gyógyítás rendszerét - számtalan változata a spirituális elvén alapul. Alapvetően a szervezet öngyógyító potenciálját serkentik, és a módszerek a szokásosnál erősebb placebogén hatással bírnak. A lelki eredetű konfliktusoknak, traumáknak jelentős szerepe van a legtöbb betegség kialakulásában. Az alternatív gyógyászat napjaink egyik legjobban virágzó gyógyító területe, a holisztikus megközelítése és az azt körülvevő spiritualitás, a „disease” és „illness” együttes kezelése, az egyénre szabott terápiák, a betegre szánt idő növekedése, és a szorosabb gyógyító - beteg kapcsolat, valamint a módszerek ártalmatlansága és mellékhatásoktól való mentessége okán. Számos ember fordul gyógyulás céljával komplementer vagy alternatív módon a természettudományok felé, amely számos esetben képes is a tünetek enyhítésére. A tradicionális medicina alapvetően a spirituális gyógyítást placebónak tekinti.

4.1.1.4 Diszpozicionális optimizmus

A diszpozicionális vagy vonás optimizmus generalizált elvárások összessége a pozitív kimenetekre vonatkozóan (Scheier & Carver, 1985). Rengeteg olyan bizonyíték van, amely a pozitív hozzáállás egészségre gyakorolt pozitív hatásait tárgyalja. Az egyik tanulmányban (Matura et al, 2000; 2002) a kísérletben résztvevőket 30 éven át követték és kimutatták, hogy az optimisták jobb fizikai és mentális egészséggel rendelkeznek és tovább élnek, mint a pesszimisták: kevesebb fájdalomról számoltak be, energikusabbak voltak, általában véve boldogabbak, nyugodtabbak és békésebbnek érezték magukat.

Geers és mtsai (2003) vizsgálatukban azt találták, hogy a nagyobb diszpozicionális optimizmussal jellemezhető személyek kedvező hatásának beállított placebo tabletta esetében több pozitív tünetről számolnak be, mint a pesszimisták, miközben mellékhatásokat okozó placebo tabletta esetében a pesszimisták produkálnak több tünetet (Geers, 2005b; 2007). Az optimizmus tehát a pozitív elvárásokon keresztül hajlamosíthat a placebo reaktivitásra.

4.1.2 A szexuális vonzalom és az alkohol

Az alkohol szervezetre gyakorolt hatásait már a korábbi *1.7.1 Az alkohol (Bodnár, 2018)* és a *3.1.1 Az alkohol hatása* című fejezetekben részletesen tárgyaltuk, így itt kifejezetten az alkohol szexuális vonzalomra, annak is pszichés aspektusára gyakorolt hatására térünk ki. Már-már klisének számít az a (akár filmekben is rendszerint megjelenő) jelenet, ahol a randevú során a párok alkoholt fogyasztanak, majd hamarosan „az ágyban kötnek ki.” Egy két pohárka után csökken a szorongás, megszűnik a korábbi gátlásos viselkedés, az elfogyasztott alkohol mennyiségével nő bátorság. Több pohár ital azonban egyúttal az este végét is jelentheti. Vagyis, megnőhet a szexuális vágy, a sikeres együttlét esélye azonban csökken. Kis mennyiségű alkohol elfogyasztása esetén a pszichés hatások az erősebbek, minél többet iszik azonban valaki, annál több negatív, testi következménnyel kell számolnia.

Az alkohol tehát sok más mellett a szexuális életünkre is kihat, hatása azonban kettős: egyrészt negatívan hat a szexhez szükséges fiziológiai folyamatokra, másrészt, az alkohol tudatmódosító hatásainak köszönhetően nyitottabbá, merészebbé, gátlástalanabbá tesz, valamint növeli az önbizalmat, ezáltal az ember vonzóbbnak érzik magát, és egyúttal az alkohol „megszépíti” a másikat is (Halsey, 2010; Souto, 2008; Lyvers, 2011).

Bowdring és Sayette (2018) metaanalízisben vizsgálták az alkohol fizikai vonzalomra gyakorolt hatását. Eredményeik szerint az alkoholt fogyasztók szignifikánsan vonzóbbnak ítélik meg az ellenkező nemű partnert, mint a józan csoportok. Egy másik vizsgálatban (Parker, 2008) kimutatták, hogy amellett, hogy mind a nők, mind pedig a férfiak vonzóbbnak látják egymást

alkohol hatására, a férfiak esetében ez a hatás akár egy nappal a fogyasztást követően is fennmarad. Érdekes, hogy alkohol hatására nem csak arcokat, hanem akár tájképeket is szebbnek találunk: egy vizsgálatban (Chen, 2014) alkoholt és placebo alkoholt fogyasztó csoportoknak mutattak alacsony- közepes és magas „vonzóerővel” (attractiveness) rendelkező arcokat és tájképeket, amelyeket szépség alapján kellett osztályozniuk. A kutatók szignifikáns interakciót találtak a vonzó szintje és az alkohol fogyasztás között: az alacsony és közepes szépségű arcok, valamint az alacsony vonzerejű képeket az alkoholos csoport szignifikánsan szebbnek találta, mint a placebo fogyasztó csoport, ez a különbség azonban a magas vonzerejű ingerek esetében nem állt fenn. Úgy tűnik tehát, hogy az alkohol a kevésbé szép dolgokat valóban megszépíti. Hogy mi állhat ennek hátterében? Halsey és munkatársai (2010) azt találták, hogy az alkoholfogyasztás következtében fellépő látási funkciók csökkenésének hatására csökken a bilaterális aszimmetria észlelésének képessége. A józan résztvevők inkább a szimmetrikus arcokat részesítették előnyben, és jobban meg tudták állapítani, hogy egy arc szimmetrikus-e vagy sem.

Mindenképpen kiemelendő, hogy az alkoholfogyasztás következtében fellépő nyitottságnak és a kockázatvállalásnak negatív hatásai is vannak: alkohol hatására az emberek sokkal könnyebben mennek bele olyan helyzetekbe, melyeket józanul elutasítanának, bátrabban létesítenek szexuális kapcsolatot védekezés nélkül. Az alkohol veszélyei között pedig természetesen ott találjuk a nem kívánt terhességet és a szexuális úton terjedő fertőző betegségeket is. (Halpern-Felsher és mtsai, 1996; Garcia és mtsai, 2019; Corte & Sommers, 2005)

4.1.3 Hipotézisek

A korábban tárgyalt elméleti kérdések, valamint kutatási eredmények alapján feltételeztük egyrészt, hogy az alkohol indukálta állapot kialakulásáért az etanol csak részben felelős, és hogy az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó elvárásoknak és a környezeti ingereknek kiemelt szerepe van. A szocializációval és tapasztalattal elsajátított ittassághoz kapcsolódó elvárások, bizonyos alkoholmennyiség esetében, a fogyasztás következtében bekövetkező állapotváltozás jelentős részét képesek magyarázni. Továbbá feltételezzük, hogy bizonyos személyek jobban reagálnak a placebóra, mint mások és, hogy a placebo-reaktivitás együtt jár olyan személyiségjegyekkel, mint az extraverzió, barátságosság, emocionális, optimizmus és spiritualitás. Végül pedig feltételezzük, hogy nem kizárólag az alkoholnak, hanem magának az alkoholfogyasztás tudatának már hatása van az önbizalom, a szexuális vágy növekedésére és a partner vonzalmának megítélésére.

Konkrét hipotéziseink a következők voltak:

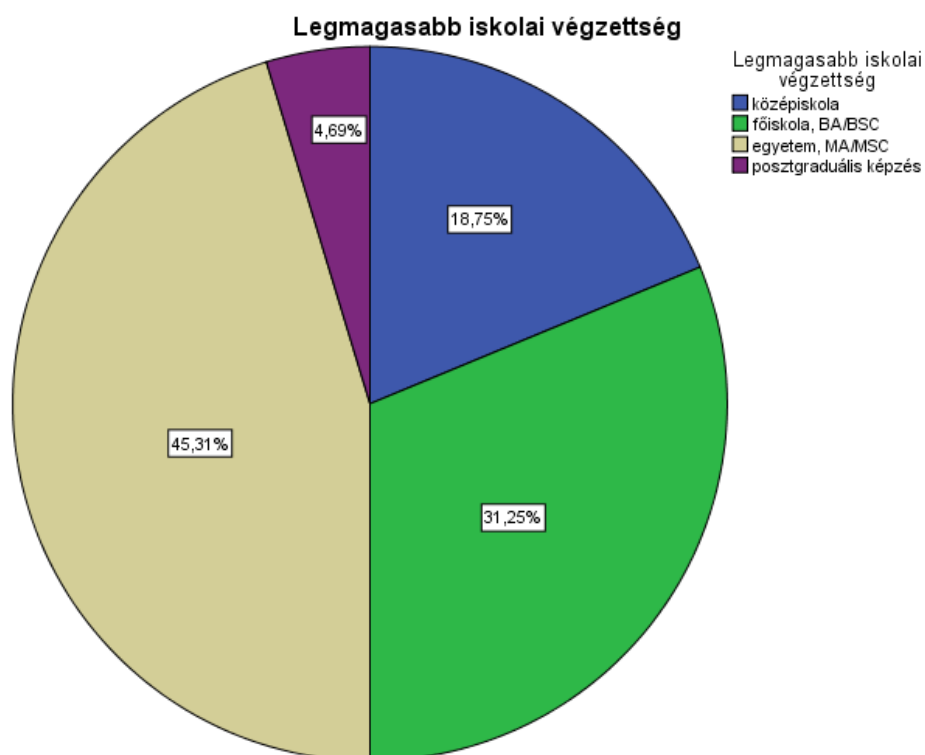
- 1) Terepkíséret során, olyan környezetben (kocsma/bár), amely szorosan asszociálódott az alkoholfogyasztással, az alkoholt és az alkoholnak vélt, de placebót fogyasztó csoport nem különbözik egymástól szignifikánsan a szubjektív részegség érzése, valamint a külső személyek által történő megítélés alapján.
- 2) A kísérlet során a megtévesztett, placebót fogyasztó személyek közül azok, akik erősebb reaktivitást mutatnak, vagyis akik az alkoholmentes koktéltól ittasabbak lettek, bizonyos személyiségvonásokkal rendelkeznek: magasabb pontszámot érnek el a diszpozicionális optimizmus, a spiritualitás és a Big5 extravertió, barátságosság valamint emoncionalitás faktorokon, mint kevésbé reaktív társaik.
- 3) Terepkíséret során, az alkoholt és a placebót fogyasztó személyek nem különböznek szignifikánsan egymástól a szexuális vágy és az önbizalom alkohol vagy placebo fogyasztását követő változásában, valamint a kísérleti személyek vonzalmának megítélése az elfogyasztott italok – alkoholos és alkoholmentes egyaránt - számával párhuzamosan növekszik.

4.2 Módszer

4.2.1 Kísérleti személyek

Jelen kutatás 64 fő adatait elemzi, ahol a nemek kiegyenlítetten reprezentáltak (32 nő és 32 férfi (50%)), a résztvevők átlagéletkora 26,64 év (N=64, St.dev. 3,683), a legfiatalabb résztvevő 20 a legidősebb 36 éves. A kísérleti személyek iskolai végzettségét tekintve a Master/MSc képzést elvégzettek alkotják a minta 45,3%-át (N=29), 31,3% BA/BSC diplomával, 18,8% gimnáziumi érettségivel, 4,7 % pedig valamilyen posztgraduális képzettséggel rendelkezik (29. ábra).

29. ábra: a Pszicho rapid randi kutatásban résztvevők iskolai végzettsége (Forrás: saját szerkesztés)



4.2.2 A „rapid randi”

Rapid randi, gyors randi, villám randi az angol „SpeedDating” szó magyarosítása. A rapid randi egy olyan népszerű társkereső program, ahol általában 7-10 férfi és ugyanennyi nő vesz részt. Minden férfi beszélget 5-10 percet minden nővel, azaz egy este alatt részt vesz 7-10 „gyors randin”. Az esemény végén mindenki leadhatja egy papíron a szervezőknek, hogy kit talált szimpatikusnak, kivel találkozna még szívesen. Amennyiben egy nő szimpatikusnak jelölt egy férfit, aki szintén szimpatikusnak találta őt, azaz egyezés van, akkor a szervezők megadják nekik a másik elérhetőségét. Innentől kezdve a résztvevőkön múlik, hogy keresik-e egymást, vagy mit lépnek a továbbiakban.

Jelen vizsgálat fedőtörténetét és kereteit a rapid randi adta, a vizsgálatban résztvevőknek nem volt tudomásuk arról, hogy kutatásban vesznek részt, a felhívás (13. melléklet) során a Pszicho Rapid Randi eseményére kerestünk résztvevőket. A randik, illetve a kutatás menetét 4.2.4 A kísérlet menete részben tárgyaljuk.

4.2.3 Mérészközök

4.2.3.1 Online teszt

A vizsgálatot megelőzően a jelentkezők egy rövid, 8-10 perces online kérdőív (15. melléklet) kitöltésével jelentkezhetek a „Pszicho Rapid randi” valamely eseményére, amelyben a fedőtörténet részét képező rapid randi beosztáshoz szükséges adatokon túl szociodemográfiai adatokra (nem, életkor és legmagasabb iskolai végzettség), alkoholfogyasztási szokásokra kérdeztünk rá, továbbá a placebo reaktivitásra jellemző személyiségvonásokat mértük fel az alábbi tesztek segítségével:

4.2.3.1.1 Alkoholfogyasztási szokások

A „Szociális placebo” kísérlet online kérdőívében (4. melléklet) alkalmazott kérdéseket tettük fel a résztvevőknek az alkoholfogyasztási szokásaikkal kapcsolatban (15. melléklet, 3-5. oldal) az adatok összehasonlíthatósága érdekében. A kérdések az alkoholfogyasztás körülményeire, gyakoriságára, motivációjára, továbbá az elfogyasztott ital típusára és mennyiségére vonatkoztak.

4.2.3.1.2 SCQ-14-H Spirituális kapcsolat kérdőív (Wheeler, & Hyland, 2008)

A spiritualitás mérésére a 48 tételből álló SCQ-48 legjobb tételeit felhasználva alkotta meg Wheeler és Hyland (2008) a 14 tételből álló SCQ-14 kérdőívet, melyet Köteles (2013b) fordított magyar nyelvre. A válaszadóknak, az online teszt keretében (15. melléklet, 9-12. oldal) egy hétfokú Likert-skálán kellett megjelölnie, hogy mennyire értenek egyet (1= határozottan nem értek egyet, 2= nem értek egyet, 3=inkább nem értek egyet, 4=nem tudom eldönteni, 5= inkább egyetértek, 6= egyetértek, 7= határozottan egyetértek) az adott tétel tartalmával. A 14 tételből hét (2., 4., 6., 8., 10., 12., és 14.) fordított. Az SCQ-14-H kérdőív tételeit a 20. táblázat foglalja össze:

20. táblázat: A Spirituális kapcsolat kérdőív (SCQ-14-H) tételei (Forrás: Köteles, 2013b)

Tétel	
1	A spiritualitás jobbá teszi az életemet
2*	Nem érzem, hogy spirituális kapcsolatban lennék a körülöttem levő világgal
3	Időnként az az érzésem, mintha az emberekből egyfajta „belső fény” sugározna
4*	Soha nem volt olyan spirituális élményem, ami megváltoztatta az életemet
5	Az élet egy nagyobb terv része
6*	Nem érzem, hogy létezne valamilyen, az embereket összekötő energia
7	Érzem azt, hogy belső spirituális erőm van
8*	Nincs személyes kapcsolatom valamiféle nálam nagyobb erővel
9	Érzem a másokkal való spirituális kapcsolatból származó belső erőt
10*	A spiritualitás nem fontos számomra
11	Érzem, hogy mindig véd egy végső hatalom, erő vagy lény
12*	Soha nem leszek senkivel spirituális kapcsolatban
13	Boldoggá tesz, hogy kapcsolódom valami spirituálishoz
14*	Nem érzem azt, hogy bármiféle spirituális kapcsolatban lennék az univerzummal
	* = fordított tételek

A teszt reliabilitás- és validitás mutatói megfelelőek (Wheeler & Hyland, 2008).

4.2.3.1.3 The Big Five Inventory (BFI) (McConochie, 2007)

Az Oliver P. John és V. Benet-Martinez (1998) által fejlesztett 44 tételes teszt a Big Five személyiségjellemzők (extraverzió, barátságosság, lelkiismeretesség, érzelmi stabilitás és nyitottság) vizsgálatára alkalmas. A kérdőív hazai adaptációját Rózsa és mtsai (2004) végezték. A válaszadóknak, az online teszt keretében (15. melléklet, 5-7. oldal) egy ötfokú Likert-skálán kellett megjelölnie, hogy mennyire értenek egyet azzal (1= egyáltalán nem értek egyet, 2= inkább nem értek egyet, 3= egyet is értek, meg nem is, 4= egyetértek, 5= teljesen egyetértek) ahogy az adott tétel jellemzi őket. A tételek között számos fordított tétel is szerepel (*), az öt faktor kiszámítását az adott tételre adott pozitív és a megfordított negatív pontszámok összege adja (21. táblázat).

21. táblázat: The Big Five Inventory (BFI) tételei (Forrás: Rózsa és mtsai, 2004)

Tétel			
1	bőbeszédű	23 *	hajlamos a lustaságra
2*	gyakran gáncoskodik és másokat hibáztat	24 *	érzelmileg stabil, nem borul ki könnyen
3	alapos és precíz	25	leleményes
4	rossz kedélyállapotú, lehangolt	26	magabiztos, tudja mit akar
5	kreatív, találékony	27 *	hűvös és zárkózott is tud lenni
6*	zárkózott	28	mindaddig kitart, amíg az elkezdett feladatot meg nem oldja
7	önzetlenül viselkedik másokkal és segítőkész	29	szeszélyes
8*	egy kissé hanyag, nemtörődöm	30	kedveli a művészetet
9*	nyugodt és a stresszt jól kezelő	31 *	néha szégyellős, gátlásos
10	sok különböző dolog iránt érdeklődik	32	szinte mindenkivel előzékeny és kedves
11	teli van energiával	33	hatékonyan intézi a dolgait
12*	kötekedő	34 *	higgadt és jó az önuralma
13	a munkájában lelkiismeretes	35 *	szereti a megszokott dolgokat
14	időnként feszült	36	társaságkedvelő
15	szellemes és találékony	37 *	néha goromba és kíméletlen másokkal
16	rengeteg dologért rajong	38	céltudatos és a terveit véghezviszi
17	egy megbocsátó természetű személy	39	könnyen ideges lesz
18*	hajlamos a szétszórtságra	40	szeret elmélkedni és álmodozni
19	sokat aggodalmaskodik	41 *	kevésbé érdeklődik a művészetek iránt
20	képzeletgazdag, fantáziadús	42	szeret másokkal együttműködni
21*	hajlamos a csendességre	43 *	könnyen zavarba jön
22	általában bizakodó	44	kifinomult ízléssel rendelkezik a művészetek, a zene és az irodalom iránt

* = fordított tételek

Értékelés:

Extraverzió: 1, 6, 11, 16, 21*, 26, 31*, 36*

Barátságosság: 2, 7, 12*, 17, 22, 27*, 32, 37*, 42*

Lelkiismeretesség: 3, 8, 13, 18*, 23*, 28, 33, 38, 43**

Érzelmi instabilitás: 4, 9, 14, 19, 24*, 29, 34*, 39*

Nyitottság: 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 41*, 44*

4.2.3.1.4 Az Életszemlélet Teszt (LOT, Life Orientation Inventory) átdolgozott (LOT-R) változata (Scheier et al, 1994)

Scheier és Carver (1985) a diszpozicionális optimizmus mérésére kidolgozták az Életszemlélet Tesztet (LOT, Life Orientation Test), majd a vonásoptimizmust ért kritikák hatására megszületett a teszt átdolgozott változata, a LOT-R (Scheier et al, 1994), amely a jövőbeli eseményekkel kapcsolatos generalizált pozitív elvárásokat méri. A teszt magyar adaptációját Bérdi és Köteles (2009) végezte.

A LOT-R skála tételeit a 22. táblázat foglalja össze, amelyek közül 6 kerül pontozásra (három pozitív (1., 4., és 10.) és három negatív (3., 7., és 9.) irányban, a maradék négy tétel (2., 5., 6., és 8.) töltelék tételek. A válaszadóknak, az online teszt kitöltésének keretében (15. melléklet, 7-9. oldal), egy ötfokú Likert-skálán kellett megjelölnie, hogy mennyire értenek egyet (1= egyáltalán nem értek egyet, 2= inkább nem értek egyet, 3= nem tudom eldönteni, 4= valamennyire egyetértek, 5= teljesen egyetértek) az adott tétel tartalmával. Az optimizmus pontszám kiszámításához a megfordított negatív tételekhez hozzáadjuk a pozitív tételekre adott válaszok értékeit. A teszt hazai változatának reliabilitás- és validitás adatai a külföldi eredményekkel összhangban jónak tekinthetők (Bérdi & Köteles, 2009).

22. táblázat: Az Életszemlélet Teszt átdolgozott változatának (LOT-R) tételei (Forrás: Bérdi & Köteles, 2009)

Tétel	
1	Ha bizonytalan vagyok valamiben, akkor rendszerint a legjobb kimenetelben bízom.
2a	Könnyen tudok relaxálni.
3*	Az én esetemben, ha valami elromolhat, akkor valóban el is romlik.
4	Mindig optimista vagyok a jövővel kapcsolatban.
5a	Nagyon szeretek a barátaimmal lenni.
6a	Fontos, hogy találjak magamnak elfoglaltságot.
7*	Szinte soha nem várom azt, hogy rendben menjenek a dolgok.
8	Nem egykönnyen izgatom fel magam.
9*	Ritkán számítok arra, hogy jó dolgok történhetnek velem.
10	Összességében inkább jó, mint rossz dolgokra számítok.
	* = fordított tételek, a = töltelék tételek

4.2.3.2 Az alkoholos befolyás mérése- szubjektív részegség

Az alkoholos befolyás, vagyis a testi-lelki állapot szubjektív megítélésének felmérésére a „Szociális placebo” kísérlet során alkalmazott 17 tulajdonságpárból (*gátolt-felszabadult, visszahúzó-dó-társasági, szomorú-vidám, álmos-éber, tiszta tudatú-tompa tudatú, koncentrálo-zavart, passzív-kezdeményező, szubmisszív-domináns, hallgatóg-beszédes, teljesen józan-erősen ittas, nyugodt gyomor-felkavart gyomor, apatikus-érdeklődő, félénk-bátor, jó közérzet-rossz közérzet, racionális-irracionális, megfontolt-impulzív, bizonytalan-magabiztos*) álló szemantikus differenciál skálát (16. melléklet) alkalmaztunk. A testi-lelki állapot skálán az egyes tétélekre vizuális analóg skálán történt a válaszadás. A skálaképzés során a 10 cm-es szakaszt egy 100 pontos Likert-skálává alakítottunk át, amelynél minden egység 1 mm-nek felelt meg. Az eredmények kialakításához lemértük, hogy a személy hány mm-nél jelölt, és ezzel az adattal dolgoztunk a továbbiakban. Tekintettel a „Szociális placebo” kísérlet faktoranalízisének eredményeire (ld. 3.4.2 *Leíró statisztika- Faktoranalízis*), az elemzésből az álmos-éber és a jó közérzet-rossz közérzet változókat kihagytuk.

4.2.3.3 Az alkoholos befolyás mérése- külső megítélő általi objektív részegség

Az alkoholos befolyásoltságot a szubjektív önbeszámoló mellett, külső, objektív, független ítések által is mértük. A kísérletet követően minden alkalommal arra kértük a résztvevőket, hogy egyesével – a fedőtörténetnek megfelelően – minőségbiztosítási okokból válaszoljanak két kérdésre: 1) *Hogy érzed magad? Hogy tetszett a rendezvény? Ajánlanád-e barátaidnak is?*, 2) *Találkoztál olyannal, akivel tervezel következő találkozót?* A válaszokat videó felvételen rögzítettük. Az így készült mini-videókban szereplő résztvevőket két, a kísérlet céljáról és felépítéséről nem informált, egymástól függetlenül bíráló személy értékelt: 1-5 skálán (1= teljesen józan, 5= teljesen részeg) jelölték, hogy mennyire tartják ittasnak a videón szereplő személyt. A két független bíráló által adott pontszám átlaga adta az „objektív” részegség pontszámot.

4.2.3.4 A szexuális vonzalom mérése

A vonzalom és az önbizalom mérése a kísérleti adatlapon a résztvevőknek minden beszélgetést követően értékelniük kellett egy 10 fokú Likert-skálán (1= *egyáltalán nem vonzó*, 10= *nagyon vonzó*), hogy mennyire tartják vonzónak a beszélgetőpartnerüket (vonzalom), illetve, hogy mit gondolnak, mennyire tarthatja őket vonzónak a partnerük (önbizalom). A szexuális vonzalom mérése továbbá az alkoholos befolyás méréséhez használt szemantikus differenciál

skála tételei közé további három tételt illesztettünk be: *szexuálisan felfűtött- szexuálisan passzív, vonzó, attraktív- csúnya, taszító, szenvedélyes- hűvös, közömbös*, amelyekre a testi-lelki állapot szubjektív megítélésének keretében, szintén vizuális analóg skálán történt a válaszadás. A skálaképzés során a 10 cm-es szakaszt egy 100 pontos Likert-skálává alakítottunk át, amelynél minden egység 1 mm-nek felelt meg. Az eredmények kialakításához lemértük, hogy a személy hány mm-nél jelölt, és ezzel az adattal dolgoztunk a továbbiakban.

A vonzalom további mutatóját a partner vonzalmának 10 fokú skálán történő megítélése, valamint az újbóli találkozásra adott pozitív válaszok jelentették. A rapid randi fedőtörténet fenntartásának részeként a beszélgető pároknak minden beszélgetést követően nyilatkoznuk kellett arról, hogy szeretnének-e még a beszélgetőpartnerükkel találkozni. Kölesönös pozitív válasz esetén a vizsgálatot követően a vizsgálatot követően kiadtuk a résztvevők email címeit a további kapcsolatfelvétel elősegítése céljából (17. melléklet).

4.2.3.5 Az alkoholos és placebo koktélok

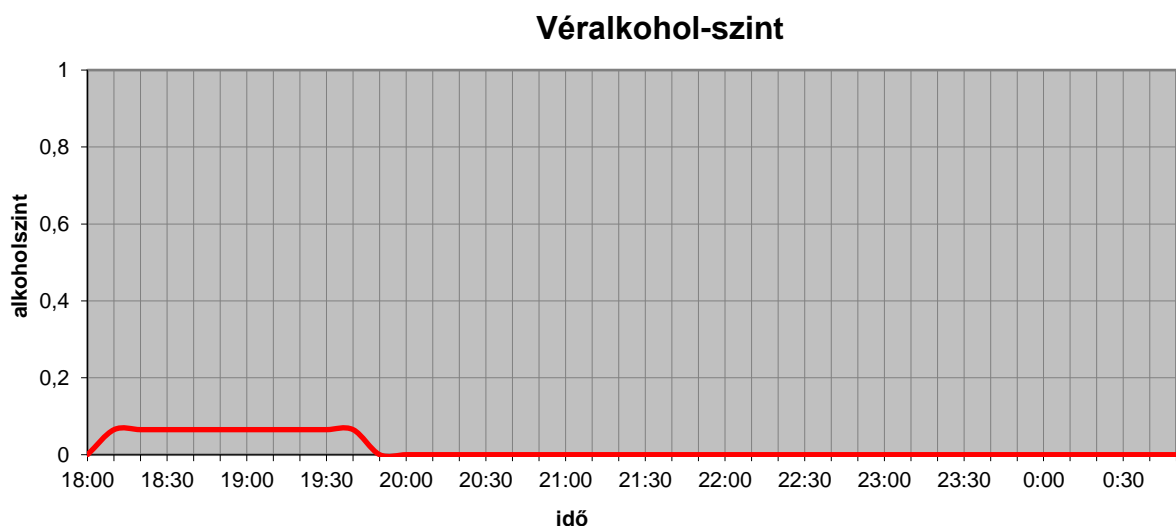
A vizsgálat során a résztvevők 8-10 (attól függően, hogy hány résztvevő volt jelen és így hány ismerkedési kört szerveztünk) alkoholos, illetve alkoholmentes kék színű, 4 cl-es mini koktélt kaptak (30. ábra), körülbelül 10 percenként. Az alkoholos koktélok minden esetben 1 cl vodkát, limeot, és kék likőrt tartalmaztak, míg az alkoholmentes/ - placebo koktélok kék alkoholmentes likőrt, limeot és sprite-ot tartalmaztak. A két koktél külső megjelenésre azonos volt, az előzetes próbateszteléskor 50 % körüli valószínűséggel sikerült kitalálni, hogy a koktél tartalmaz-e alkoholt vagy sem. Az 4 cl-es mini koktélokot azért választottuk, hogy minden beszélgetőpartnernek legyen alkalma koccintani, továbbá a feles pohárban lévő ital különösen alkalmas az alkoholfogyasztással kapcsolatos sztereotípiák aktiválására, gyorsan és könnyen fogyasztható, az elfogyasztott ital mennyisége követhető és regisztrálható. Az alkoholos és mentes koktélokot külön tálcára tettük, hogy ne keveredjenek össze.

Jelen vizsgálatban a résztvevők minden feltételben 8-10 x 4 cl 37,5 %-os vodkás mini koktélt, illetve a vodkás itallal megegyező mennyiségű, színű, szagú és állagú, de alkoholmentes mini koktélt kaptak. Az alkoholt tartalmazó italok (1 dl vodka= 30,4 gramm alkohol) kb. 2,4-3 gramm tiszta alkoholt tartalmaztak, amely poharanként 3,04 grammal emelte a véralkoholszintet, az átlagosan 9 ital (kb. 2 feles vodka mennyiség) kb. 10 percenkénti elfogyasztását követően 0,1-0,2 ezrelék véralkoholszint növekedéssel lehet számolni. Az etil-alkoholnak a mintegy 90%-át a máj (alkohol-dehidrogenáz enzim) bontja le, a fennmaradó 10% pedig a tüdőn és a vizeleten keresztül választódik ki. Az alkohol-dehidrogenáz óránként kb. maximum 8-9 g alkohol oxidálására képes, tehát a máj átlagosan óránként 0,1 gramm alkohol lebontását végzi testsúlykilogrammonként, amely 0,1%-os véralkoholszintnek feleltethető meg, 0,1-0,2 ezrelék véralkohol pedig átlagosan 2 óra alatt bomlik le (31. ábra).

30. ábra: A felszolgált alkoholos és alkoholmentes koktélok
(Forrás: saját szerkesztés)



31. ábra: Az elfogyasztott alkoholmennyiség hatására bekövetkező véralkoholszint emelkedés (ezrelék) és a lebontáshoz szükséges idő (óra) (Forrás: saját szerkesztés)



Az ilyen mértékű véralkoholszint emelkedést és lebontás ütemét tekintve megállapítható, hogy a kísérletben az alkoholos feltételben résztvevők - az egyéni variancia (testösszetétel, gyomor-bélhuzam teltsége, hidratáltság, alkoholfogyasztási szokások, stb.) ellenére - a vizsgálat során az alkoholfogyasztás első jeleit (eufória, nyugalom, gátlások oldódása, beszédesség, kibővült éntudat) érezhették, azonban az elfogyasztott alkohol mennyisége kevés volt ahhoz, hogy

átlépjenek a következő, ittas fázisba, amelyet már a helyzetértékelés, finommozgások, térlátás, egyensúlyérzék enyhe zavara jellemez (3. táblázat: *A viselkedéses jellemzők alakulása a véralkoholszint függvényében*) (Rácz, 1999).

Az alkohol szervezetre gyakorolt farmakológiai hatását tekintve kis mennyiségű alkohol (1,5 ezrelék alatti) fogyasztása esetén az első, izgalmi fázisra jellemző az eufória, a kontroll csökkenése, a gátlások oldódása, az alkoholt fogyasztó derült, felszabadult lesz, a megszokottnál többet beszél, a precíziós mozgásai ügyetlenné válhatnak. Mint azt a 4.1.2 *A szexuális vonzalom és az alkohol* alfejezetben tárgyaltuk a gátlások oldódása kedvez az ismerkedésnek, az önbizalom növekedésével párhuzamosan a partnereket is vonzóbbnak tartjuk.

4.2.4 A kísérlet menete

4.2.4.1 Toborzás

A fedőtörténet kereteinek megfelelően először Facebook oldalt (Pszicho Rapid Randi, elérhetőség: <https://www.facebook.com/pszichorapidrandi/>), illetve központi email címet (pszichorapidrandi@gmail.com) hoztunk létre, majd a Facebookon fizetett, célzott hirdetéseket (13. melléklet) adtunk fel „Pszicho Rapid Randira” invitálva a 19-34 év közötti, budapesti érdeklődőket. A tudnivalók, információk és visszajelzések, illetve emlékeztetők mellett az oldalt naprakészen frissítettük: szerelemről, randizásról, rapid randikról, online és „offline” társkeresésről szóló cikkeket, képeket, videókat osztottunk meg az esemény népszerűsítése, az érdeklődők bevonása és a motiváció és érdeklődés fenntartása érdekében. A Facebook pontos adatokat és visszajelzést közölt a hirdetések által elért személyek számáról és jellemzőiről (20. melléklet): A négy alkalommal megrendezett randikra a Facebook események összesen 6072 emberhez értek el, kiemelten a Budapesten élő, 25-34 év közötti, korosztályhoz, 44%-ban nőkhöz és 56 %-ban férfiakhoz.

A felhívásban (13. melléklet) azt ígértük, hogy a pszichológia eszköztárának segítségével igyekszünk összeválogatni a párokat és megszervezni a villámrandikat 10-10 ismerkedni vágyó nő és férfi részvételével, továbbá, hogy a randik alatt, feszültségoldásképp ingyen alkoholos italokat szolgálunk fel. Az érdeklődők egy központi email címen regisztrálhattak, a regisztrációt követően pedig egy rövid (7-10 perces) pszichológiai tesztcsomag és kérdés kitöltését követően (14. és 15. melléklet) további tájékoztatást küldünk a kialakított beosztás alapján az esemény pontos helyszínéről és időpontjáról (12. melléklet).

Bevonási kritériumként a 18-35 éves életkori sávot határoztuk meg, annak érdekében, hogy megfelelő életkori csoportokat alakíthassunk ki a randik során. A 18 év alattiakat kizártuk, tekintettel arra, hogy a magyar jogszabályok tiltják az alkohol fogyasztását 18 év alatt, továbbá kizárásra kerültek mindazon személyek, akik a kísérlet során felhasznált bármely hozzávalóval szembeni érzékenységben, allergiában szenvednek.

4.2.4.2 A Rapid Randi menete

A Pszicho Rapid Randi eseményei összesen négy alkalommal kerültek megrendezésre egy budapesti 7. kerületi bár privát termében. A terem projektorral, hangosítással/ mikrofonnal, bárpulttal, 10 asztallal és 20 székkal, továbbá egy kis színpaddal volt ellátva. Az esemény során végig romantikus zene szólt, a helyszínen a Pszicho Rapid Randi plakátjai, míg a szervezőkön, az asztalokon és a kivetítőn a „cég” logói voltak megtalálhatóak. A szervezők „egyenruhában” voltak, igyekezve azt a benyomást kelteni, hogy valóban egy randi szervező cég eseményeiről van szó. A részvétel ingyenes volt, amit azzal magyaráztunk, hogy egy új cég bevezető alkalmait szervezzük, amelyeken egyelőre ingyenes részvételi lehetőséget biztosítunk az igények felmérése és a cég népszerűsítése érdekében.

Az online teszt kitöltése és az ott megjelölt időpontok és életkori preferenciák alapján kialakított beosztás szerint hívtunk be 8-10 női és férfi jelentkezőt a négy alkalom valamelyikére. Lemorzsolódás/lemondás esetén az eseményt megelőző 24 órában a többi jelentkező közül igyekeztünk pótolni hiányzó résztvevőket, 24 órát követően egy-egy alkalommal pedig a vizsgálatot segítő asszisztensek vettek részt a randin, annak érdekében, hogy azonos létszámú férfi és nő legyen jelen minden alkalommal. A résztvevők az érkezést követően a helyszínen regisztráltak, tájékoztatást kaptak a randi menetéről, az alkoholos italok tartalmáról, aláírták az önkéntes részvételtől, bizalmas adatkezelésről, tájékoztatásról és felelősségvállalásról szóló beleegyező nyilatkozatot (14. melléklet) és megkapták az RR00 formátumú, random módon előre generált kódjukat. A páros kódszámúak rendszerint az alkoholos, a páratlanok az alkoholmentes feltételbe kerültek be, a vizsgálatot segítő asszisztensek ennek megfelelően szolgálták fel a koktélokat.

A hölgyek a regisztrációt követően a kódszámuknak megfelelő sorszámmal ellátott asztalok valamelyikénél foglaltak helyet, míg a férfiak a terem egyik sarkában gyülekeztek és várakoztak. A vizsgálatvezetők a várakozás során az ismerkedési szokásaikról kérdezték informálisan külön- külön a női és férfi jelenlévőket.

Az esemény kezdetén a vizsgálatvezető bemutatta segítőit, a „randiszervező céget”, ismertette a kísérlet menetét, továbbá tudományos kutatásokra hivatkozva mesélt az alkohol ismerkedésre gyakorolt pozitív hatásairól, kiemelve, hogy a cég profilja kiemelten a tudományos eszközök felhasználása a társkeresés elősegítésére. A résztvevők létszámának megfelelően 8-10 körben zajlott a kísérlet, a hölgyek az esemény teljes időtartama alatt egyhelyben maradtak az asztalnál, a férfiak pedig hat percenként új asztalhoz ültek. Miután egymással szembe kerültek a párok, a szervezők alkoholos, illetve alkoholmentes koktélokot szolgáltak fel, koccintottak, majd hat percük volt arra, hogy beszélgessenek egymással, mialatt az asszisztensek összeszedték az üres poharakat és feljegyezték, ha esetleg volt olyan, aki nem itta meg a felszolgált koktélt. Az idő lejártát csengő jelezte, amelyet követően az urak tovább haladtak, majd az új partnerrel szemben kitöltötték az előző beszélgetőpartnerről, illetve a saját aktuális szubjektív állapotukról szóló kísérleti adatlapot (*16. melléklet*). A kitöltött lapokat a szervezők összeszedték, kiosztották a következő körre szóló kísérleti adatlapokat, majd felszolgálták koktélokot. Miután minden férfi beszélt minden hölgygel, a vizsgálatvezető egy rövid, önálló, önkéntes videós interjúra invitálta a résztvevőket, minőségbiztosításra hivatkozva és visszajelzést kérve.

A vizsgálatot követően 24 órán belül emailben tájékoztattuk a résztvevőket az eseményen kölcsönösen szimpatikusnak talált hölgyek/urak elérhetőségéről, továbbá a vizsgálat valódi céljáról, háttéréről és a visszalépés lehetőségéről (*17. és 18. melléklet*).

4.3 Etikai vonatkozások

A kutatást az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Karának Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte és jóváhagyta (*20. számú melléklet*).

A vizsgálatához végzett kísérletre a résztvevők önként jelentkeztek, szabad akaratukból vettek részt a kísérletben és lehetőségük volt arra, hogy bármikor visszalépjenek, a kísérlet valódi céljának ismertetését követően is (*17. és 18. számú melléklet*).

Az alkoholfogyasztással kapcsolatban megemlítendő, hogy a résztvevők egészséges, 18. életévüket betöltött személyek voltak (ezt személyi igazolvány ellenőrzésével biztosítottuk), önbevallásuk szerint a kísérletben felhasznált anyagok egyikére sem voltak allergiások, semmilyen alkoholbetegségben nem szenvedtek és nem fogyasztottak olyan szert, szereket, melyek hatásai tudomásuk szerint problémás lehet alkoholfogyasztás mellett.

A résztvevők tájékoztatott írásbeli tájékoztató nyilatkozatot kaptak (11., 12. és 13. számú melléklet) a kísérletet megelőzően a fedőtörténetnek megfelelően, a kísérletet követően pedig teljeskörűen (17. és 18. számú melléklet). Továbbá minden résztvevő elolvasta és aláírta a Beleegyező nyilatkozatot a helyszínen (14. számú melléklet), a kísérlet megkezdése előtt. A kísérleti személyek személyiségi jogait a kísérletre jelentkezés és a konkrét eljárás során is biztosítottuk bizalmas adatkezelés és RR00 formátumú kódok alkalmazásán keresztül.

A terepkutatás lényegét adó megtévesztés alkalmazása etikailag kérdéseket vethet fel. A kísérletben megtévesztést – villámrandi/rapidrandi rendezvény - alkalmazva, természetes társas közegben vizsgáltuk az alkohol és az alkohol placebo hatását a szubjektív részegségre, szexuális vonzalomra, önképre, nemre és más további változókra, továbbá felmértük a placebo-reaktivitással korábbi kutatások alapján összefüggésbe hozható személyiségjellemzők (szociabilitás és extravertió, spiritualitás és vallásosság és diszpozicionális optimizmus) és a placebo válaszkészség közötti összefüggéseket. A vizsgálat során nem mindenki kapott valódi alkoholt, voltak, akik csupán alkoholmentes koktélt fogyasztottak, miközben az előhangolásnak köszönhetően joggal feltételezhetők, hogy mindannyian alkoholt kaptak. A kitöltött kérdőívek eredményeit pedig alapvetően a kutatási hipotézisek vizsgálatára használtuk fel, a csoportok kialakításában nem volt szerepük. A megtévesztés hatásainak enyhítése érdekében teljes körű utólagos tájékoztatást biztosítottuk számukra a vizsgálat valódi céljairól, lehetőséget biztosítva a részvétel utólagos megtagadására (17. és 18. számú melléklet).

4.4 Eredmények

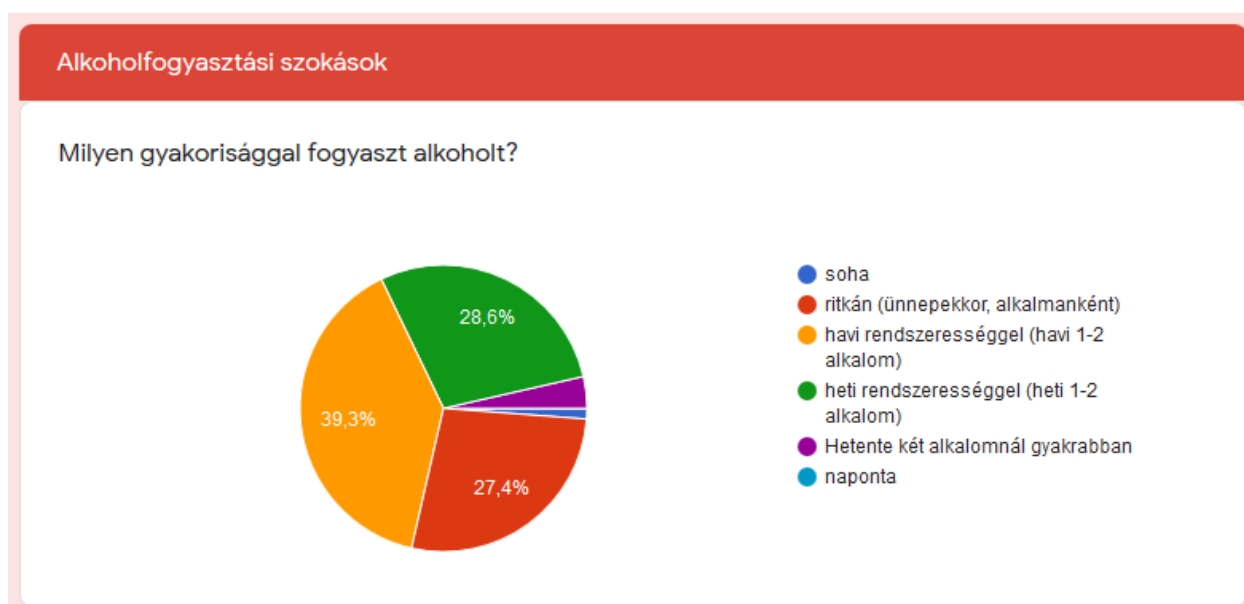
A vizsgált adatok elemzéséhez az IBM SPSS programját, a Microsoft Excel programját és Google Docs kérdőívszerkesztő oldalt alkalmazzuk.

4.4.1 Leíró statisztika - alkoholfogyasztási szokások

Az online kérdőívben (15. melléklet, 3-5. oldal) felmértük a résztvevők alkoholfogyasztási szokásait. A kérdések az alkoholfogyasztás körülményeire, gyakoriságára, motivációjára, továbbá az elfogyasztott ital típusára és mennyiségére vonatkoztak.

Az alkoholfogyasztási szokásokkal kapcsolatos elemzések eredményeket az alábbi ábrákon (32. ábra-36. ábra) foglaljuk össze:

32. ábra Alkohol fogyasztási szokások 1: gyakoriság (Forrás: saját szerkesztés)



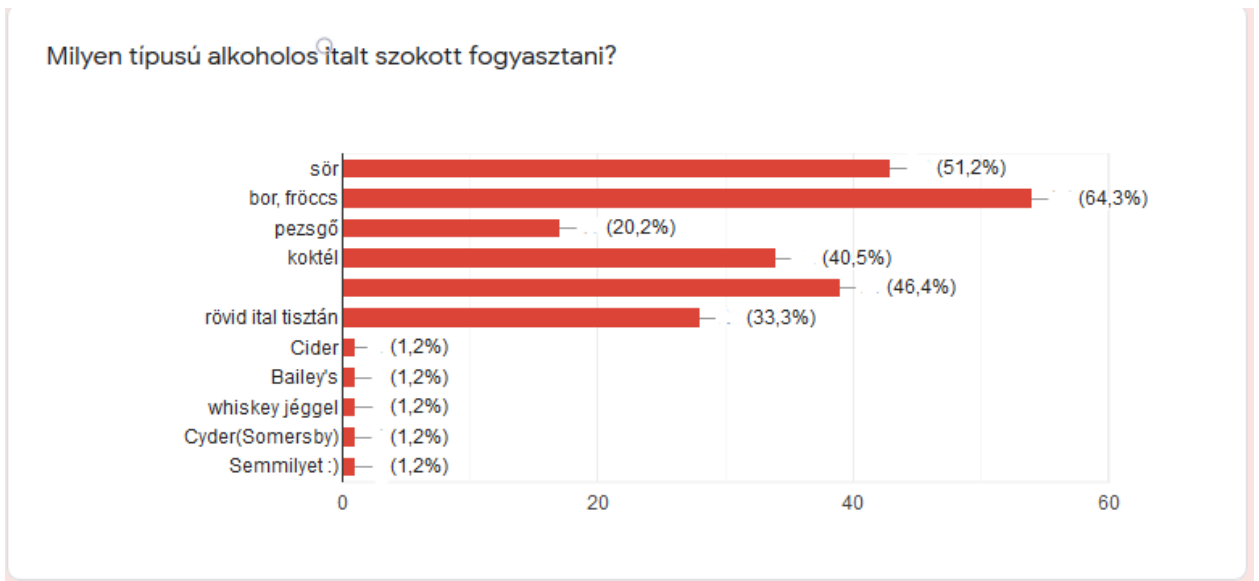
A válaszadók 28,6 %-a heti rendszerességgel fogyaszt alkoholt, 39,3%-uk havi 1-2 alkalommal, 3,6 % hetente 2 alkalomnál többször, 27,4% csak ünnepek alkalmával és 1 % soha (32. ábra).

33. ábra: Alkohol fogyasztási szokások 2: az elmúlt hónap adatai (Forrás: saját szerkesztés)



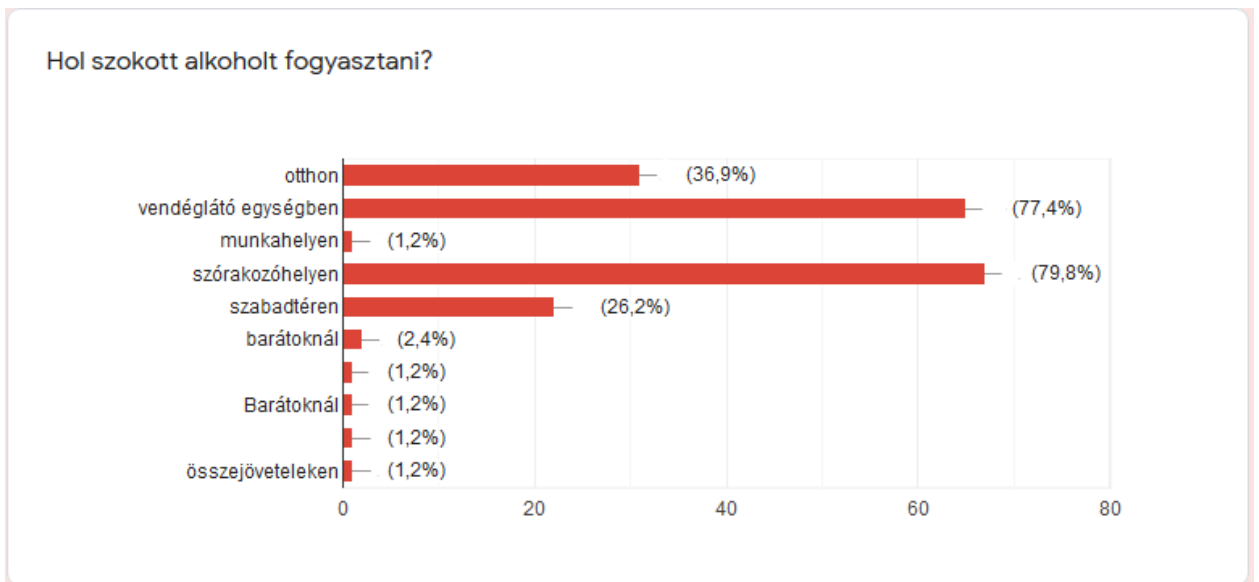
Az elmúlt hónap alkoholfogyasztási tendenciái (33. ábra) szerint a válaszadók 52,4%-a 1-3 alkalommal, 21,4% 4-6 alkalommal, 10,7% 7-9 alkalommal, 8,3% egyszer sem, míg 4,8% 10-12 alkalommal fogyasztott alkohol. A résztvevők 22,6%-a átlagosan 1, 19% 2 valamint 3, 14,3% 4, 9,5% 5, 3,6% pedig 10 egységnyi alkoholt (1 egység = 10 ml tiszta alkohol = 1 pohár sör = 1 dl bor = 3 cl tömény) is több alkoholt fogyaszt egy átlagos alkalommal, amikor iszik.

34. ábra: Alkoholfogyasztási szokások 3: preferált italok (Forrás: saját szerkesztés)



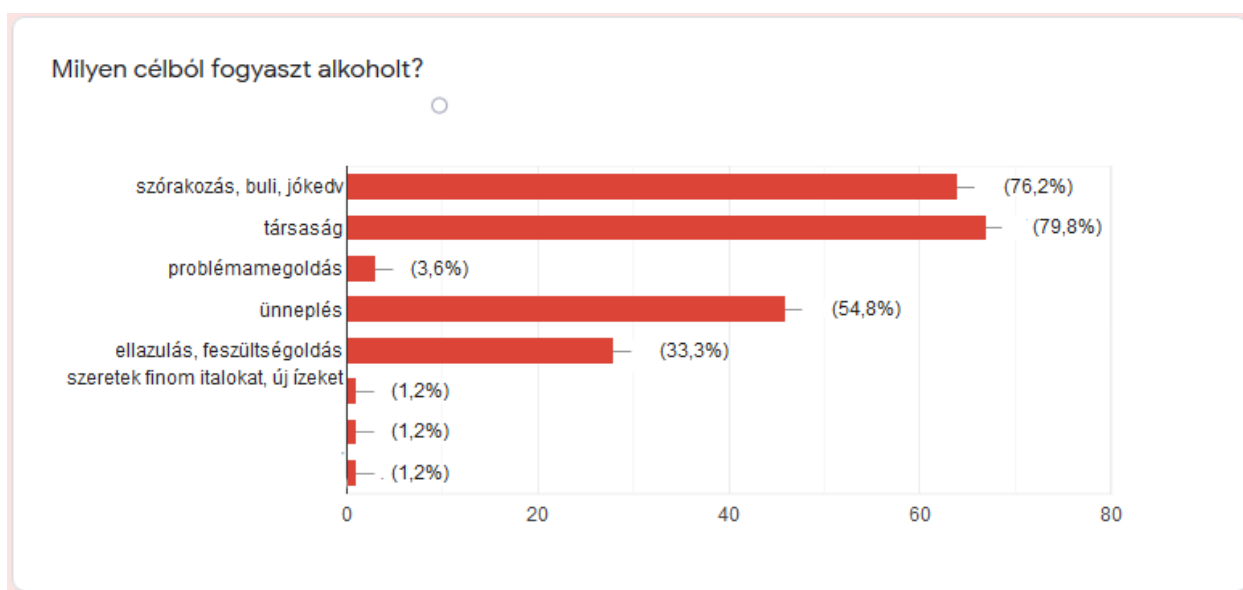
A legnépszerűbb itálnak (34. ábra) a bor/fröccs (64,3%) számít, ezt követi a sör (51,2%), majd a long-drink (46,4%) és a koktélok (40,5%). Rövid italt tisztán 33,3%, míg pezsgőt 20,2% fogyaszt.

35. ábra: Alkoholfogyasztási szokások 4: a fogyasztás helyszínei (Forrás: saját szerkesztés)



A válaszadók legszívesebben szórakozóhelyen (79,8%) és vendéglátó egységben (77,4%) isznak, de otthon (36,9%) és szabadtéren (26,2%) előfordul a fogyasztás (35. ábra).

36. ábra: Alkohol fogyasztási szokások 5: motiváció (Forrás: saját szerkesztés)



Jellemző, hogy az ivást leginkább a társaság (79,8%), a szórakozás, bulizás és jókedv (76,2%), valamint az ünneplés (54,8%) motiválja. Vannak azonban olyanok, akik feszültségoldás, ellazulás (33,3%) és problémamegoldás (3,6%) céljából fogyasztanak alkoholt (36. ábra).

4.4.3 Hipotézist ellenőrző statisztikák

4.4.3.1 1) Hipotézis:

Terepkísérlet során, olyan környezetben (kocsmabár), amely szorosan asszociálódott az alkoholfogyasztással, az alkoholt, valamint az alkoholnak vélt, de placebót fogyasztó csoport nem különbözik egymástól szignifikánsan a szubjektív részegség érzése, valamint a külső személyek által történő megítélése alapján.

Szubjektív részegség: A szubjektív részegség felmérése a 4.2.3.2 Az alkoholos befolyás mérése- szubjektív részegség fejezetben ismertetett módon történt. Az 1-10 mérés pontszámaiból egy összesített, „szubjektív részegség változása” elnevezésű változót hoztunk létre, úgy, hogy a mérések közötti (tehát 1-2, 2-3, 3-4...9-10.) különbségeket összeadtuk. Az így létrehozott változó segítségével a placebót és az alkoholt fogyasztó csoport átlagainak összehasonlítását független mintás t-próbával végeztük el. A szóráshomogenitás (a Levene-teszt nem szignifikáns ($F(0,003)$, $p > 0,05$), valamint a normális eloszlás mellett a független mintás t-próba ($t=0,575$, $df=62$, $p > 0,05$) nem szignifikáns, a két vizsgált csoport átlaga között nincs szignifikáns eltérés (23. táblázat).

23. táblázat: A független mintás t-próba eredménye: Az alkoholt és a placebót kapó csoport összehasonlítása a szubjektív részegség mentén (Forrás: saját szerkesztés)

Hatás	Mit ivott?	N	Átlag	Std.	SH hiba
szubjektív részegség	alkoholt	33	1,5071	1,54263	0,26854
	placebót	31	1,2839	1,56157	0,28047

Hatás	t	df	Szignifikancia	átlag különbség	SH hiba különbség
szubjektív részegség	0,575	62	0,567	0,22320	0,38815

A mérések közötti változás megragadására megnéztük azt is, hogy a kezdeti, kiinduló állapothoz hasonlítva mennyivel érezték magukat ittasabbnak a kísérleti személyek. Ennek érdekében a 10-1, 7-1, 5-1 és 2-1 mérések közötti különbségekkel számoltunk, és ezúttal is az alkoholt fogyasztó és nem fogyasztó csoport átlagainak összehasonlítását független mintás t-próbával végeztük el. A t-próba eredményeit a 24. táblázat foglalja össze.

24. táblázat: A független mintás t-próba eredménye: Az alkoholt és a placebót kapó csoport összehasonlítása a szubjektív részegség mérések mentén történő változása alapján (Forrás: saját szerkesztés)

Hatás	Mit ivott?	N	Átlag	Std.	SH hiba
szubjektív részegség 10. mérés	alkoholt	10	0,1667	1,23418	0,39028
	placebót	8	0,3167	0,87342	0,30880
szubjektív részegség 7. mérés	alkoholt	33	0,3556	1,05273	0,18326
	placebót	31	0,1871	0,90618	0,16275
szubjektív részegség 5. mérés	alkoholt	33	0,1414	1,00950	0,17573
	placebót	31	0,2032	0,68898	0,12374
szubjektív részegség 2. mérés	alkoholt	33	0,3152	1,39884	0,24351
	placebót	31	0,1054	0,64562	0,11596

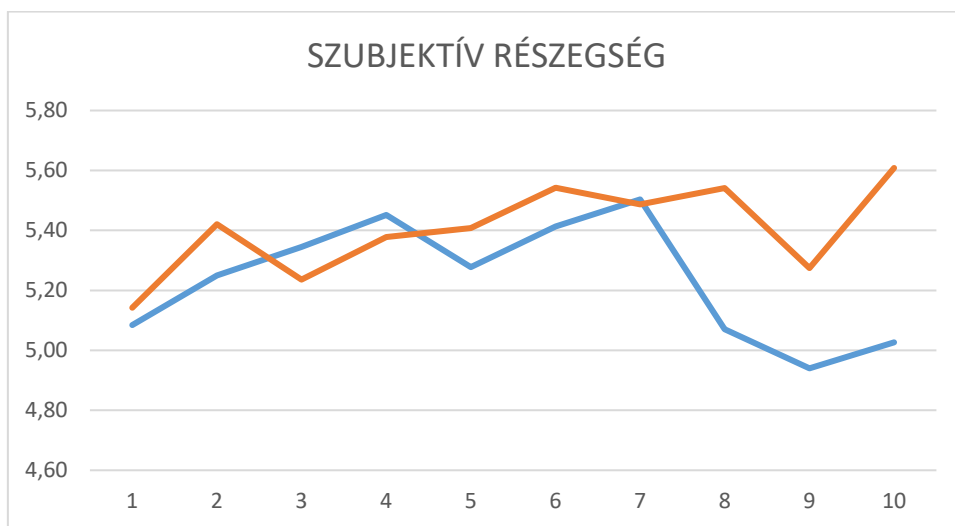
Hatás	t	df	Szignifikancia	átlag különbség	SH hiba különbség
szubjektív részegség10	-0,290	16	0,776	-0,15000	0,51757
szubjektív részegség7	0,684	62	0,496	0,16846	0,24626
szubjektív részegség5	-0,284	62	0,777	-0,6181	0,21743
szubjektív részegség2	0,762	62	0,449	0,20978	0,27532

Tehát a valódi alkoholt és az alkoholmentes koktélt fogyasztók önbevallásos teszten mérhető szubjektív részegségi állapotának mérések során történő változása között sincs szignifikáns különbség.

Szubjektív részegség változásának szemléltetésére ismétléses 10x2 varianciaanalízis használtunk, ahol a mérési időpontok adták a csoporton belüli, a feltételek (alkohol és placebót

fogyasztók) a csoportok közötti változót. A 37. ábra a placebót és az alkoholt fogyasztó csoport szubjektív részegség átlagainak változását mutatja meg a 10 mérés során, a mérésből a szélső értékeket (átlag +/- 2 szórás) kihagytuk. Alapvetően a két csoport értékei együtt mozognak és minimális emelkedést mutatnak. Érdekes, hogy a 7. mérést követően azonban a két csoport értékei elválnak a szubjektív részegség érzése mentén: placebo csoport kissé ittasabbnak, az alkoholt fogyasztók azonban kevésbé ittasnak érzik magukat. Megjegyzendő, hogy az adatok elemzése során a 7-10. mérés során a hiányzó adatokat kihagytuk az elemzésből (ld. 4.5 A kutatás korlátai).

37. ábra: A szubjektív részegség változása a mérések során (kék= alkoholos feltétel, narancs= placebo feltétel) (Forrás: saját szerkesztés)



A szubjektív részegség alakulása mentén tehát a placebót fogyasztók hasonló tünetekről számolnak be, mint a valódi alkoholt fogyasztott társaik, a hipotézist sikerült alátámasztani.

Objektív részegség: Az objektív részegség változót (4.2.3.3 Az alkoholos befolyás mérése-külső megítélő általi objektív részegség) a kísérletet követő videó felvételek alapján a független bírálók véleményének átlaga adta. A két csoport átlagainak összehasonlítására független mintás t-próbát használtunk. A szóráshomogenitás (a Levene-teszt nem szignifikáns ($F(2,089), p > 0,05$), valamint a normális eloszlás mellett a független mintás t-próba ($t=1,222, df=62, p > 0,05$) nem szignifikáns, a két vizsgált csoport átlaga között nincs szignifikáns eltérés. Az objektív, külső személyek által megítélt részegség mentén az alkoholt és a placebo alkoholt fogyasztó csoport különböznek egymástól. Az alkalmazási feltételek teljesülése mellett a t-próba egyik esetben sem szignifikáns, tehát a placebo és alkoholos csoport átlaga között nincs szignifikáns eltérés (25. táblázat).

25. táblázat: A független mintás t-próba eredménye: Az alkoholt és a placebo-t kapó csoport összehasonlítása az objektív részegség mentén (Forrás: saját szerkesztés)

Hatás	Mit ivott?	N	Átlag	Std.	SH hiba
objektív részegség	alkoholt	33	3,6970	0,66072	0,11502
	placebót	31	3,5161	0,50800	0,09124

Hatás	t	df	Szignifikancia	átlag különbség	SH hiba különbség
objektív részegség	1,222	62	0,226	0,18084	0,14801

Tehát a valódi alkoholt és az alkoholmentes koktélt fogyasztók megfigyelhető részegségi állapota között a kísérletet követő videó felvételek alapján a független bírálók véleménye szerint sincs szignifikáns különbség, a két csoport átlagosan 3,5-3,6 értéket kapott a bírálótól, amely a „kissé ittas” (3) és a „részeg” (4) pontszám közötti értéknek felel meg. A hipotézisünk megerősítést nyert, a placebo csoport láthatóan hasonlóan „kissé ittassá”, valamint „részeggé” vált a kísérlet végére, mint a valódi alkoholt fogyasztó csoport.

4.4.3.2 2) Hipotézis:

A kísérlet során a megtévesztett, placebo-t fogyasztó személyek közül azok, akik erősebb reaktivitást mutatnak, vagyis akik az alkoholmentes koktéltől ittasabbak lettek, bizonyos személyiségvonásokkal rendelkeznek: magasabb pontszámot érnek el a diszpozicionális optimizmus, a spiritualitás és a Big5 extravertió, barátságosság, valamint emoncionalitás faktorokon, mint kevésbé reaktív társaik.

A placebo reaktív személyek meghatározására dummy változókat hoztunk létre a következő módon: azon személyeket vizsgáltuk, akik a placebo feltételben vettek részt. Közülük, azok a személyek lettek a reaktív csoportba sorolva, akiknek az objektív részegség pontszáma > 3 (1= „teljesen józan”, 2= „spicces”, 3= „kissé ittas”, 4= „részeg”, 5= „teljesen részeg”) és a szubjektív részegség változás pontszáma > 1 (Ha $x < 0$ a mérések során egyre kevésbé érezte magát részegnek; ha $x = 0$ a mérések során nem változott a szubjektív részegség érzése; ha $x > 1$ a mérések során egyre részegebbnek érezte magát), a többieket nem reaktívnak nyilvánítottuk. Az így képzett reaktív és nem reaktív személyek száma a következőképpen alakult (26. táblázat):

26. táblázat: Placebo reaktív és nem reaktív csoport (Forrás: saját szerkesztés)

Placebo feltétel	N	százalék
nem reaktív	20	64,5%
reaktív	11	35,5%

Tehát a mintában a placebo feltételben résztvevők 35,5% placebo reaktívnak bizonyult, amely megfelel azoknak a korábbi kutatási eredményeknek (Beecher, 1955; Lasagna, 1954), melyek megállapították, hogy a populációban azoknak a személyeknek az aránya, akik a placebo kezelésre szubjektív és/ vagy objektív, fiziológiai választ adnak, 30-40 %.

A placebo reaktív és nem reaktív személyek diszpozicionális optimizmus, spiritualitás, Big5-extraverzió, Big5- barátságosság és Big5- emoncionalitás változókon adott pontszámainak összehasonlítására független mintás t-próbákat használtunk. A t-próbák eredményeit az alábbi táblázat foglalja össze:

27. táblázat: A független mintás t-próbák eredményei a placebo reaktív és nem reaktív csoportoknál a vizsgált személyiségjellemzők menén (Forrás: saját szerkesztés)

Vizsgált jellemző	Feltétel	N	Átlag	Std.	SH hiba
<i>diszpozicionális optimizmus</i>	nem reaktív	20	26,45	6,03913	1,35039
	reaktív	11	27,45	5,46559	1,64794
<i>spiritualitás</i>	nem reaktív	20	26,45	6,03913	1,35039
	reaktív	11	27,45	5,46559	1,64794
<i>Big5- extraverzió</i>	nem reaktív	20	28,8	4,61804	1,03263
	reaktív	11	28,73	5,47889	1,65195
<i>Big5- barátságosság</i>	nem reaktív	20	35,35	5,23425	1,17041
	reaktív	11	35,00	3,94968	1,19087
<i>Big5- emoncionalitás</i>	nem reaktív	20	18,80	6,64593	1,48608
	reaktív	11	21,64	6,20117	1,86972

Hatás	t	df	Szignifikancia	átlag különbség	SH hiba különbség
<i>diszpozicionális optimizmus</i>	-0,458	29	0,651	-1,00455	2,19511
<i>spiritualitás</i>	-0,458	29	0,651	-1,00455	2,19511
<i>Big5- extraverzió</i>	0,039	29	0,969	0,07273	1,85132
<i>Big5- barátságosság</i>	0,193	29	0,848	0,35000	1,81309
<i>Big5- emoncionalitás</i>	-1,163	29	0,254	-2,83636	2,43846

A szóráshomogenitás (a Levene-teszt egyik mérés esetében sem szignifikáns, valamint a normális eloszlás mellett a független mintás t-próbák egyik változó esetében sem szignifikánsak, a két vizsgált csoport átlaga között nincs szignifikáns eltérés.

Tehát nem találtunk szignifikáns különbséget a placebo reaktív és nem reaktív személyek diszpozicionális optimizmus, spiritualitás, Big5- extravertió, Big5- barátságosság és Big5- emoncionalitás személyiségjellemzőinek átlagai között, a hipotézist, miszerint a vizsgált személyiségjellemzők együtt járnak a placebo reaktivitással, nem sikerült megerősíteni.

4.4.3.3 3) Hipotézis:

Terepkísérlet során, az alkoholt és a placebót fogyasztó személyek nem különböznek szignifikánsan egymástól a szexuális vágy és az önbizalom alkohol vagy placebo fogyasztását követő változásában, valamint a kísérleti személyek vonzalmának megítélése az elfogyasztott italok – alkoholos és alkoholmentes egyaránt - számával párhuzamosan növekszik.

Szexuális vonzalom: mérése a 4.2.3.4 A szexuális vonzalom mérése alfejezetben ismertetett módon történt: szemantikus differenciál skála *szexuálisan felfűtött- szexuálisan passzív, vonzó, attraktív- csúnya, taszító, szenvedélyes- hűvös, közömbös* tételeire adott válaszok alapján a szexuális vágy és az önbizalom mérések közötti változásának megragadására megnéztük, hogy a kezdeti, kiinduló állapothoz hasonlítva hogyan érezték magukat a kísérleti személyek. Ennek érdekében a 10-1, 7-1, 5-1 és 2-1 mérések közötti különbségekkel számoltunk, és ezúttal is az alkoholt fogyasztó és nem fogyasztó csoport átlagainak összehasonlítását az alkalmazási feltételek teljesülése mellett, független mintás t-próbával végeztük el (28. táblázat).

28. táblázat: A független mintás t-próba eredménye: Az alkoholt és a placebót kapó csoport összehasonlítása a szexuális vonzalom mérések mentén történő változása alapján (Forrás: saját szerkesztés)

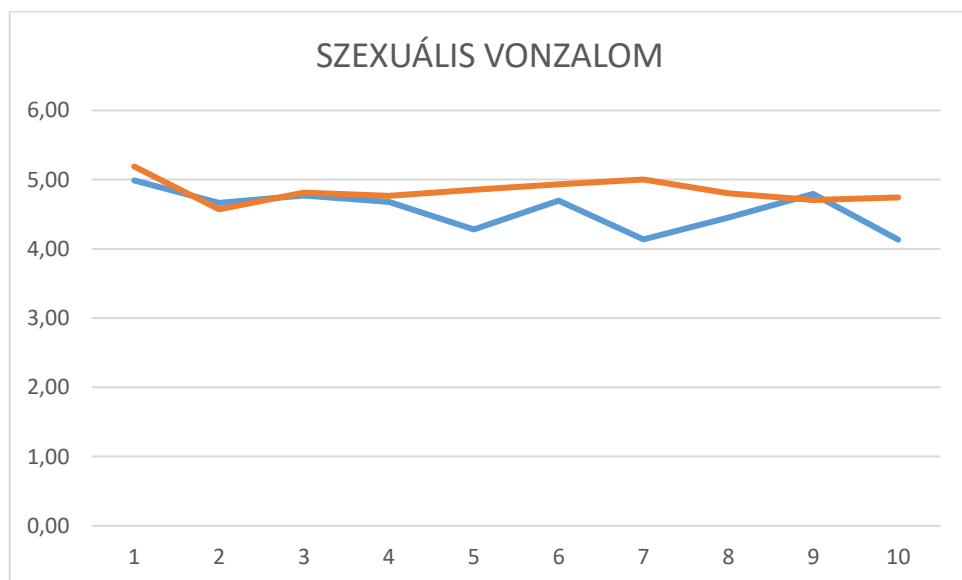
Hatás	Mit ivott?	N	Átlag	Std.	SH hiba
szexuális vonzalom 10. mérés	alkoholt	10	0,000	2,53859	0,080277
	placebót	8	0,000	2,32311	0,82134
szexuális vonzalom 7. mérés	alkoholt	33	-0,3131	1,42141	0,24744
	placebót	31	-,01034	1,80850	0,33583
szexuális vonzalom 5. mérés	alkoholt	33	-0,2828	1,83167	0,31885
	placebót	31	-0,2030	1,39708	0,25943
szexuális vonzalom 2. mérés	alkoholt	33	0,0606	1,46120	0,25436
	placebót	31	-0,3563	1,36838	0,25410

Hatás	t	df	Szignifikancia	átlag különbség	SH hiba különbség
<i>szexuális vonzalom 10</i>	0,000	16	1,000	0,0000	1,16055
<i>szexuális vonzalom 7</i>	-0,511	62	0,612	-0,20968	0,41072
<i>szexuális vonzalom 5</i>	-0,621	62	0,537	-0,25984	0,41825
<i>szexuális vonzalom 2</i>	1,155	62	0,253	0,41693	0,36109

Tehát a valódi alkoholt és az alkoholmentes koktélt fogyasztók önbevallásos teszten mérhető szexuális vonzalmának a mérések során történő változása között sincs szignifikáns különbség.

A szexuális vonzalom változásának szemléltetésére ismétléses 10x2 varianciaanalízis használtunk, ahol a mérési időpontok adták a csoporton belüli, a feltételek (alkohol és placebo fogyasztók) a csoportok közötti változót, a mérésből a szélső értékeket (átlag +/- 2 szórás) kihagytuk. A 38. ábra szerint, a hipotézist alátámasztva, az alkoholos és placebo csoport értékei a szexuális vonzalom mérések közötti változása mentén együtt mozognak, minimálisan a placebo csoport magasabb szexuális vonzalomról számolt be, mint az alkoholt fogyasztók, a vonzalom mértéke azonban az elvárások ellenében, nem változott a mérések során a valós/vélt alkoholfogyasztás hatására.

38. ábra: A szexuális vonzalom változása a mérések során (kék= alkoholos feltétel, narancs= placebo feltétel) (Forrás: saját szerkesztés)



Önbizalom: meghatározása a 4.2.3.4 A szexuális vonzalom mérése alfejezetben ismertetett módon történt: a kísérleti adatlapon a résztvevőknek minden beszélgetést követően értékelniük kellett egy 10 fokú Likert-skálán (1= egyáltalán nem vonzó, 10= nagyon vonzó), hogy mit gondolnak, mennyire tarthatja őket vonzónak a partnerük. A mérések közötti változás megragadása érdekében a 10-1, 7-1, 5-1 és 2-1 mérések közötti különbségekkel számoltunk, és az alkoholt fogyasztó és nem fogyasztó csoport átlagainak összehasonlítását az alkalmazási feltételek teljesülése mellett, független mintás t-próbával végeztük el (29. táblázat).

29. táblázat: A független mintás t-próba eredménye: Az alkoholt és a placebót kapó csoport összehasonlítása az önbizalom mérések mentén történő változása alapján (Forrás: saját szerkesztés)

Hatás	Mit ivott?	N	Átlag	Std.	SH hiba
önbizalom 10. mérés	alkoholt	9	-5,0000	3,774492	1,25831
	placebót	10	-2,9000	4,22821	1,33708
önbizalom 7. mérés	alkoholt	26	-0,3077	1,54322	0,30265
	placebót	25	0,2400	1,85472	0,37094
önbizalom 5. mérés	alkoholt	26	-0,8462	1,95330	0,38307
	placebót	25	0,0000	1,91485	0,38297
önbizalom 2. mérés	alkoholt	26	-0,2692	1,82335	0,35759
	placebót	25	0,1600	0,98658	0,19732

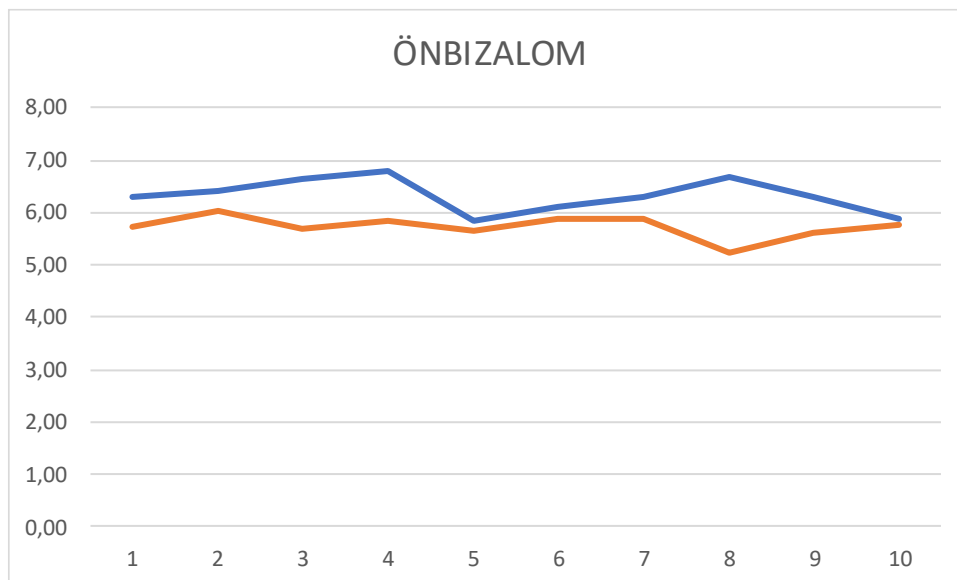
Hatás	t	df	Szignifikancia	átlag különbség	SH hiba különbség
önbizalom 10	-1,137	17	0,271	-2,1000	1,84764
önbizalom 7	-1,148	49	0,256	-0,54769	0,47701
önbizalom 5	-1,561	49	0,125	-0,84615	0,54189
önbizalom 2	-1,040	49	0,304	-0,42923	0,41291

A t-próba eredményei alapján a valódi alkoholt és a placebo koktélt fogyasztók önbevallásos teszten mérhető önbizalmának a mérések során történő változása között sincs szignifikáns különbség.

Az önbizalom változásának szemléltetésére itt is ismétléses 10x2 varianciaanalízis használtunk, ahol a mérési időpontok adták a csoporton belüli, a feltételek (alkohol és placebót fogyasztók) a csoportok közötti változót, a mérésből a szélső értékeket (átlag +/- 2 szórás) kihagytuk. A 39. ábra szerint, mindkét csoport önbizalma összességében csökkent a mérések során, a csökkenés a 7. mérést követően jelenik meg, a két csoport értékei pedig hasonlóan alakultak. A hipotézisünket részben sikerült igazolni: a placebo és az alkoholos feltételben résztvevők önbizalma nem különbözik szignifikánsan egymástól, azonban a feltételezett

növekedés helyett, a valós, illetve vélt alkohol fogyasztás tudatában, az önbizalom szintje nem mutatott változást a mérések során.

39. ábra: Az önbizalom alakulása a mérések során (kék= alkoholos feltétel, narancs= placebo feltétel) (Forrás: saját szerkesztés)



Vonzalom és szimpátia: meghatározása a 4.2.3.4 A szexuális vonzalom mérése alfejezetben ismertetett módon történt: a beszélgetések során a résztvevők 10 fokú Likert-skálán (1= egyáltalán nem vonzó, 10= nagyon vonzó) értékelték beszélgetőpartnereiket (= vonzalom változó), valamint nyilatkoztak arról, hogy szeretnék-e vele még a jövőben találkozni (= szimpátia változó).

A 2., 5., 7. és 10. mérés pontszámai mentén az alkoholt fogyasztó és nem fogyasztó csoport vonzalom átlagainak összehasonlítását az alkalmazási feltételek teljesülése mellett, független mintás t-próbával végeztük el (30. táblázat).

30. táblázat: A független mintás t-próba eredménye: Az alkoholt és a placebót kapó csoport összehasonlítása vonzalom mérések mentén történő változása alapján (Forrás: saját szerkesztés)

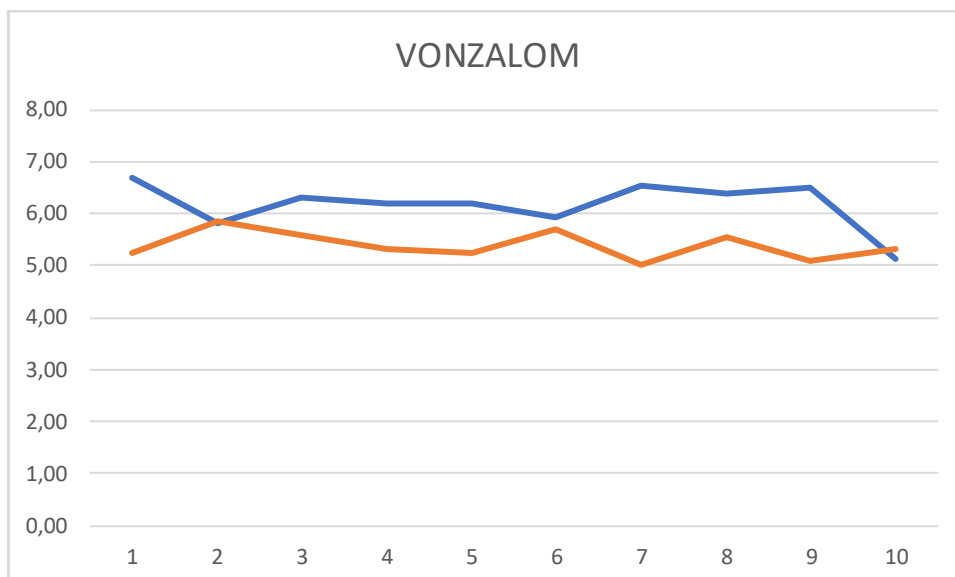
Hatás	Mit ivott?	N	Átlag	Std.	SH hiba
vonzalom 10. mérés	alkoholt	10	2,00	3,367	1,065
	placebót	10	2,40	3,534	1,118
vonzalom 7. mérés	alkoholt	26	6,25	2,094	0,411
	placebót	25	4,76	2,488	0,498
vonzalom 5. mérés	alkoholt	26	6,27	1,971	0,387
	placebót	25	5,16	2,230	0,446
vonzalom 2. mérés	alkoholt	26	6,00	2,040	0,400
	placebót	25	5,56	2,063	0,413

Hatás	t	df	Szignifikancia	átlag különbség	SH hiba különbség
<i>vonzalom 10</i>	-0,259	18	0,798	-0,400	1,543
<i>vonzalom 7</i>	2,317	49	0,025	1,490	0,643
<i>vonzalom 5</i>	1,884	49	0,066	1,109	0,589
<i>vonzalom 2</i>	0,766	49	0,447	0,440	0,575

A t-próba eredményei alapján a valódi alkoholt és a placebo koktélt fogyasztók beszélgetőpartnereik vonzalmának megítélésében nincs szignifikáns különbség.

A vonzalom változásának szemléltetésére ismétléses 10x2 varianciaanalízis használtunk, ahol a mérési időpontok adták a csoporton belüli, a feltételek (alkohol és placebót fogyasztók) a csoportok közötti változót, a mérésből a szélső értékeket (átlag +/- 2 szórás) kihagytuk. A 39. ábra 40. ábra szerint mindkét csoport vonzalma összességében stagnált a mérések során, a két csoport értékei pedig hasonlóan alakultak, az alkoholos csoport némileg nagyobb vonzalmat mutatott a partnerekkel kapcsolatban, mint a placebo csoport. A hipotézist részben sikerült megerősíteni, az alkoholos és placebo feltétel értékei nem válnak el szignifikánsan egymástól a vonzalom alakulása mentén, azonban azon feltételezésünket, miszerint a vonzalom a valós/vélt alkoholfogyasztás hatására növekedne, nem sikerült alátámasztani.

40. ábra: A vonzalom alakulása a mérések során (kék= alkoholos feltétel, narancs= placebo feltétel) (Forrás: saját szerkesztés)



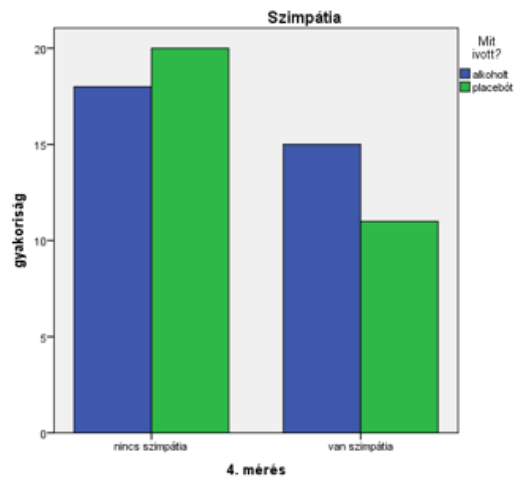
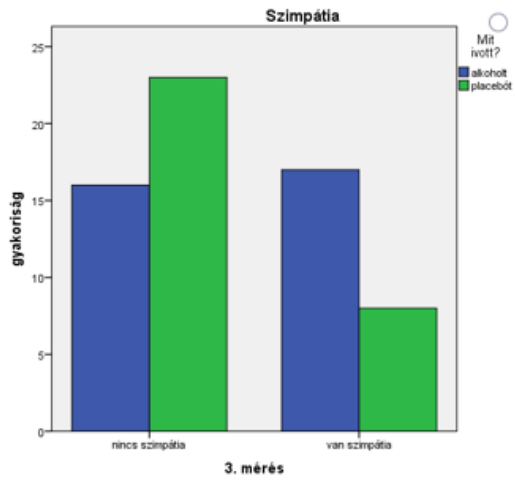
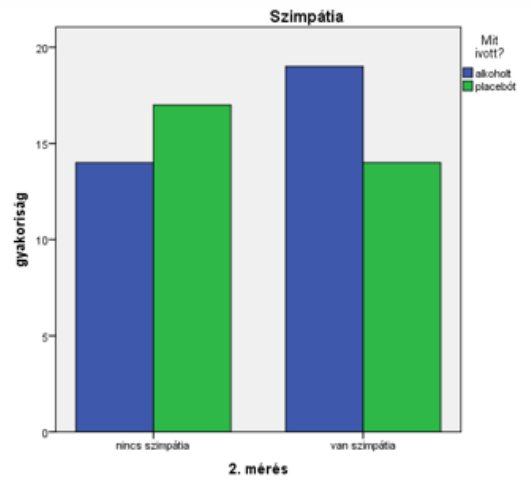
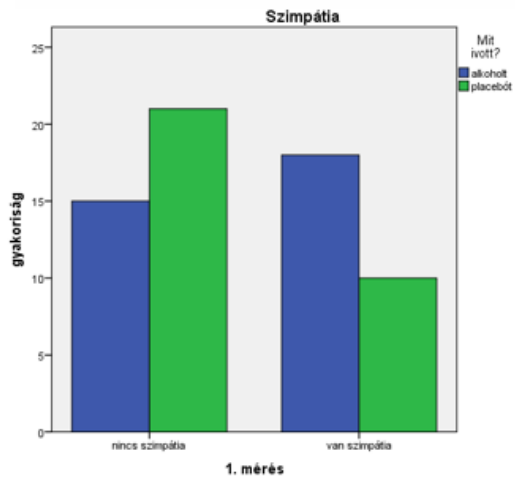
Szimpátia: A kísérleti személyek beszélgetőpartnerükkel kapcsolatban nyilatkoztak arról is, hogy a jövőben szeretnének-e újra találkozni, az erre vonatkozó információ (igen/nem) adta a nominális szimpátia változót. A placebo és alkoholos csoport szimpátiájának összehasonlítása érdekében az 1-8. mérés során Pearson-féle Khi-négyzet próbát, az alkalmazási feltétel (cellánként

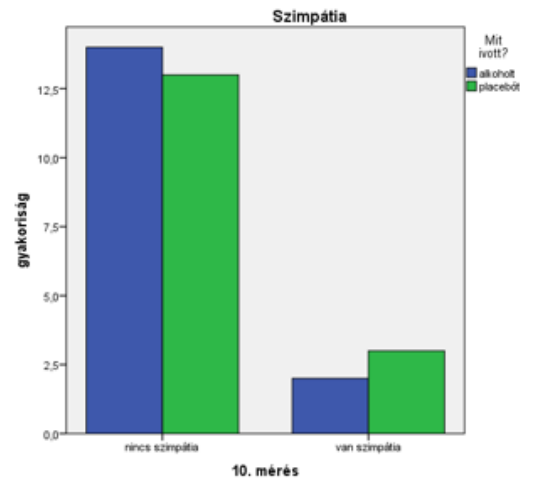
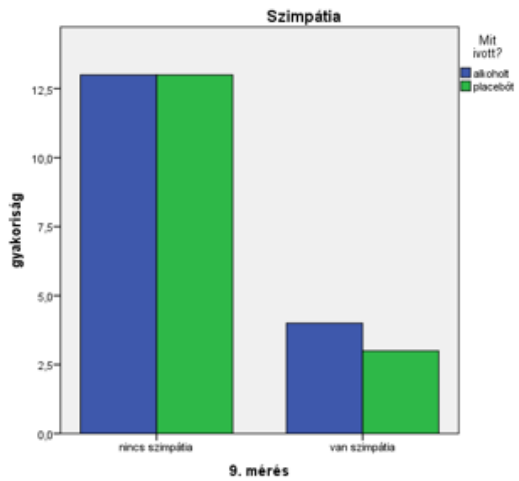
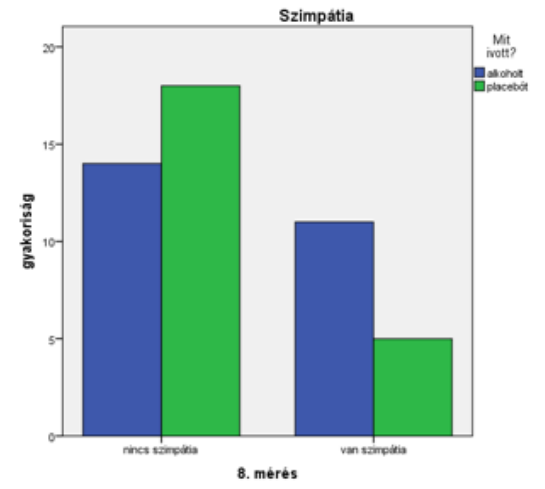
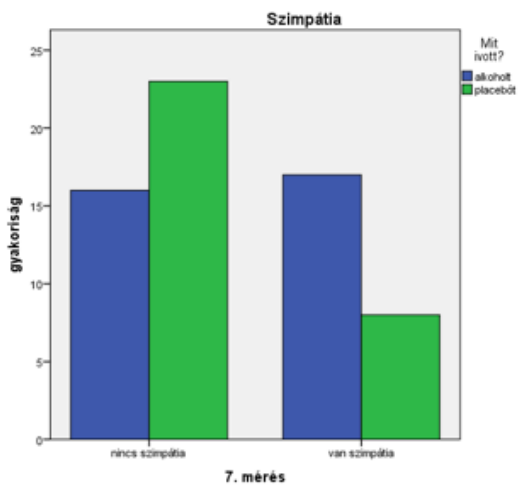
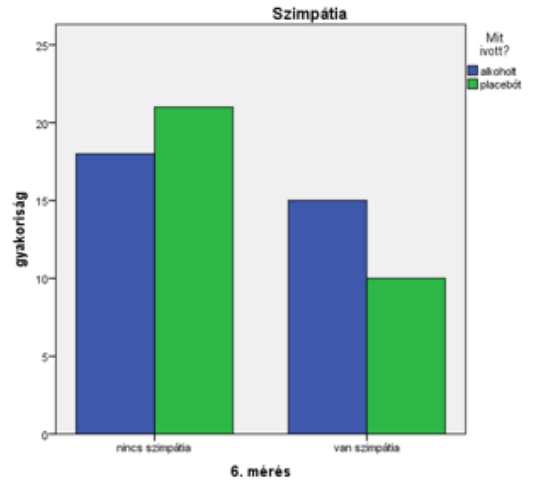
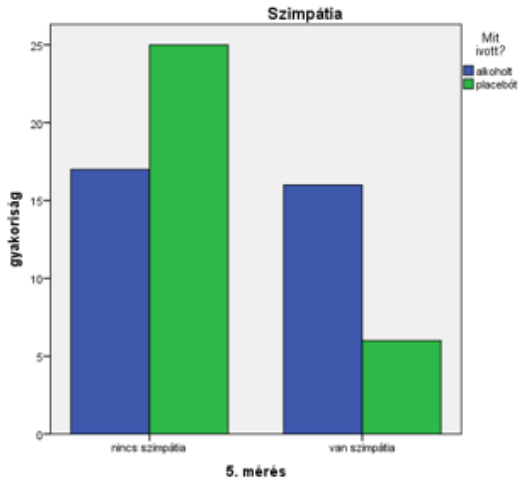
min. 5 elem) sérülése miatt a 9-10. mérésnél pedig a Valószínűségi hányados számítást használtuk (31. táblázat). A próba csak a 3. 5. és 7. mérés esetében mutat szignifikáns kapcsolatot a két vizsgált változó között. A 41. ábra alapján látszik, hogy az 1-8. mérés során az alkoholos csoport esetében gyakoribb a szimpátia, akik alkoholt ittak nagyobb valószínűséggel tartják a másikat annyira szimpatikusnak, hogy újból találkozzanak vele, mint azok, akik alkoholmentes koktélt fogyasztottak- ez a különbség pedig a 3.,5. és 7. mérés esetében szignifikáns. A 9-10. mérésre ez a különbség azonban eltűnik, sőt a 10. mérésnél megfordul, és a placebo csoport körében fordul elő nagyobb valószínűséggel szimpátia. Tehát eleinte az alkohol hatására szimpatikusabbak egymásnak az emberek, azonban ez a fogyasztással párhuzamosan mérséklődik és végül eltűnik a különbség a placebo alkoholt és alkoholt fogyasztók között.

31. táblázat: A Khi-négyzet próba eredménye az 1-10. mérés mentén a szimpátia vonatkozásában a placebo és alkoholos csoport esetében (Forrás: saját szerkesztés)

	Érték (Khi-négyzet)	df	Szignifikancia	Cramer-féle V próba	
				V érték	szignifikancia
1. mérés	3,226	1	0,084	-	-
2. mérés	0,986	1	0,453	-	-
3. mérés	4,438	1	0,043	0,263	0,035
4. mérés	0,659	1	0,455	-	-
5. mérés	6,013	1	0,019	0,307	0,014
6. mérés	1,169	1	0,315	-	-
7. mérés	4,438	1	0,043	0,263	0,035
8. mérés	2,671	1	0,132	-	-
9. mérés	0,113	1	0,737	-	-
10. mérés	0,238	1	0,625	-	-

41. ábra: Kétnyitett próba Bar Chart: A szimpátia változó gyakorisága a placebo és az alkoholos csoport esetében (Forrás: saját szerkesztés)





4.5 A kutatás korlátai

Jelen vizsgálatban egészséges, alkoholproblémával, illetve -érzékenységgel nem rendelkező, fiatal populáció vett részt, akik önként jelentkeztek a közösségi médiában meghirdetett kísérletre. A minta elemszáma, valamint a kísérleti személyek említett jellemzői a széleskörű általánosíthatóságot erősen korlátozzák. A vizsgált populációban jelenlévő sztereotípiák, elvárások, tapasztalatok az alkoholhoz és az ismerkedéshez való hozzáállás és a fizikai reakciók is eltérhetnek más populációk ezen jellemzőitől. A fiatal közegen kívül érdemes szélesebb körű fogalmi eltérésekkel is számolni: a résztvevők nagy része budapesti lakos, illetve minden résztvevőnk magyar nemzetiségű. Mind a nagyvárosi szokásoknak, mind pedig a magyar kultúrának jelentős befolyása lehet az ismerkedési és az alkohollal kapcsolatos attitűdökre. A vizsgálat általánosításakor tehát figyelembe kell vennünk a vizsgált minta szociodemográfiai jellemzőit és alkoholfogyasztási történetét, amelyek hatással lehetnek az alkohollal kapcsolatos elvárásokra, így közvetve az eredményeinkre is. Ezen említett korlát viszonylagos kontrollálása érdekében igyekeztünk minél több információt nyújtani a vizsgált minta szociodemográfiai jellemzőiről, annak érdekében, hogy értelmezésekor pontosabb képet kapjunk és a lehető legkevesebb torzított általánosítással közöljük az eredményeinket.

A kísérletet összesen négy alkalommal szerveztük meg, állandó forgatókönyv alapján, ugyanazon kísérletvezető és asszisztensek segítségével, azonban minden igyekezet ellenére előfordulhat, hogy a kísérleti alkalmak nem feleltek meg tökéletesen egymásnak. Az alkalmak során változott a résztvevők létszáma: a jelentkezők, valamint a kieső kísérleti személyek számának következtében így alkalmanként 7-10 pár vett részt a kísérletben. Az elemzéseknél így a 7-10. mérés között bizonyos esetekben hiányos adatokkal végeztük el a számításokat.

4.6 Következtetések

Jelen vizsgálat a placebo-reaktivitás és a személyiség összefüggéseit, valamint a placebo-hatásmechanizmusát vizsgálja az alkohol fogyasztás kapcsán természetes társas közegben – az alkoholfogyasztás egyik tipikus helyszínén, egy bárban - terepkísérlet elrendezésben, specifikusan azt, hogy az alkohol, illetve a placeboként használt aroma elfogyasztása milyen hatással van a szubjektív és objektív részegségre, szexuális vonzalomra, és az önképre.

A klasszikus placebo hatást leíró feltételezésünk - miszerint az alkoholt és az aromát fogyasztó résztvevők esetében a szubjektív és objektív részegség mértéke együttesen mozog – fennáll. Egyrészt a résztvevők az elfogyasztott ital tartalmától függetlenül szubjektíve

részegebbnek érzik magukat, másrészt pedig a placebo csoport, ugyanúgy, mint a valódi alkoholt fogyasztó csoport, láthatóan is hasonlóan „kissé ittassá”, valamint „részeggé” vált a kísérlet végére. Az placebo alkohol természetes közegben valódi alkohollá változott, a résztvevők jókedvűnek, felszabadultnak, ittasnak stb. érezték magukat, és mások a részegség kezdeti tüneteit látták rajtuk, ezért azonban nem a kezükben lévő ital, hanem a saját elméjük volt felelős.

Jelen kutatásban további fontos kérdést jelentett a placebo-hatás személyiségpszichológiai elméletének felvetése, miszerint bizonyos személyiségjellemzők állhatnak a placebo-reaktivitás hátterében. A placebo-hatás kedvező hatásainak maximalizálása érdekében fontos tisztázni, hogy a személyiségnek milyen hatása lehet a reaktivitásra. A korábbi vizsgálatok (Beecher, 1955; Lasagna, 1954) - melyek szerint a populációban azoknak a személyeknek az aránya, akik a placebo kezelésre szubjektív és/ vagy objektív, fiziológiai választ adnak, 30-40 % - eredményeivel összhangban, a vizsgált mintában a placebo feltételben résztvevők 35,5% placebo reaktívnak bizonyult.

Nem sikerült azonban azokat a korábbi kutatási eredményeket reprodukálni, amelyek bizonyos személyiségjellemzők és a placebo-reaktivitás összefüggéseit tárgyalták. Jelen vizsgálatban nem találtunk szignifikáns különbséget a placebo reaktív és nem reaktív személyek diszpozicionális optimizmus, spiritualitás, Big5- extraverzió, Big5- barátságosság és Big5- emoncionalitás személyiségjellemzői között, a hipotézisünket, miszerint a vizsgált személyiségjellemzők együtt járnak a placebo reaktivitással nem sikerült megerősíteni. Sok vizsgálat született a témában (pl.: Lasagna, 1954; Joyce, 1959; Shapiro, 1968), az ellentétes eredmények mentén azonban megkérdőjeleződött a konzisztens és megbízható placebo reaktív személyiség létjogosultsága, a későbbi kutatások pedig már a helyzeti és interperszonális tényezőket helyezték középpontba (Helman, 2003).

Azt az alapvetést, miszerint az alkoholnak a szexualitásunkra is hatása van, és tudatmódosító hatásainak köszönhetően nyitottabbá, felfűtötté, és gátlásoktól mentesen szenvedélyesebbé tesz, valamint növeli az önbizalmat, ezáltal az ember vonzóbbnak érzik magát, és egyúttal az alkohol „megszépíti” a másikat is (Halsey, 2010; Souto, 2008; Lyvers, 2011), csak részben sikerült valódi alkohol és placebo alkohol fogyasztása esetén is kimutatni. A valódi, valamint placebo alkoholt fogyasztók között azonban, a hipotéziseinknek megfelelően nem volt szignifikáns különbség az önbizalom, szimpátia és a szexuális vonzalom tekintetében.

Összességében megállapíthatjuk azt, hogy az alkoholfogyasztás mind valós, mind pedig vélt hatásában az etanol fiziológiás, kémiai hatásán túl számos más jellemző vesz részt, melyek közül elsődlegesen a társas közegnek és a szocializáció során kialakult elvárásoknak van kiemelt szerepe. A placebo-hatásnak és az alkoholfogyasztással asszociálódott közegnek köszönhetően az alkohol fogyasztásának tudatában „kissé ittassá”/„részezzé”, szexuálisan nyitottabbá, gátlástalanabbá és szenvedélyesebbé válhatunk, akár van rá „valódi” okunk, akár nincs. A placebo használatának következtében azok aránya, akik szubjektív és/ vagy objektív fiziológiai választ adnak, 30-40 %, azonban ez nem személyiségvonások által determinált.

A kísérlet szervezése során érdekes volt látni a pszichológiai/tudományos alapon szervezett ismerkedési lehetőségek népszerűségét a fiatalok körében, a kísérlet mind kutatási, mind pedig programszervezési célból jó kiinduló alapot jelenthet. Továbbá kívánatos célt jelenthet a fiatalok által sokszor „kívánatosnak” tartott bódult állapot átkeretezése: pl. csökkentett alkoholtartalmú (Lachenmeier és mtsai, 2016; Segal & Stockwell, 2009) italok, vagy „biztonságosabb italok” (Nutt, 2006) forgalmazása révén, illetve annak tudatosítása, révén, hogy tudományosan is bizonyítható módon, a szórakozáshoz és ismerkedéshez legalább annyi szükség van az agyunkra, mint a kezünkbe lévő italra, az előbbi használata pedig jóval kívánatosabb, vonzóbb és veszélytelenebb, mint az utóbbié.

5. Összegzés és kitekintés

Jelen disszertáció négy fejezeten keresztül a mindennapi életünkben jelen lévő placebo-hatás témakörét tárgyalja. A placebo és nocebo fogalmainak, történetiségének és a placebo-hatás elméleteinek tárgyalása mellett kitér a placebo felhasználásának orvosi közegben történő alkalmazására, és annak etikai vonatkozásaira. „Placebo bármely olyan terápia, amit szándékosan vagy tudatosan használnak nem specifikus, pszichológiai vagy pszichofiziológiai terápiás hatása miatt; vagy amit feltételezett specifikus terápiás hatása miatt alkalmaznak egy betegnél, tünetnél vagy betegségnél, de nem fejt ki specifikus aktivitást a kezelt állapotra.” (Shapiro & Shapiro, 1997; magyar fordítása Cziboly & Bárdos, 2003, 383. old.). A populációban a placebo-reaktív személyek aránya 30-40 % (Beecher, 1955; Lasagna, 1954), a reaktivitás háttérében pedig bizonyos személyiségjellemzők - szuggesztibilitás, a szenzoros élménykeresés (Kulcsár, 1986), a Bandura-féle én-hatékonyság, a szociabilitás és extravertió (Joyce, 1959), a társas konformitás, diszpozicionális optimizmus (Geers és mtsai, 2005b; Fisher & Greenberg, 1997; Brody, 2000; Cziboly & Bárdos, 2003) – állnak.

Tudjuk (pl. Nagy, 2008; Testa, 2006; Lachenmeire, 2014), hogy az alkoholmentes italoknak, illetve a koffeinmentes kávéknak (pl. Kirsch, 1988; Mikalsen, 2001; Lienert, 1956) is hatása van az emberre, a tüneteket ezekben az esetekben pedig nem csak maga a szer, hanem a szocializáció során elsajátított implicit és a szuggesziók útján kialakított explicit elvárások (Fillmore & Vogel-Sprott, 1996) és egyéb hatások (pl. motiváció, attribúció, disszonancia redukció, énvédelem, ld. *1.4. Hogyan működik a placebo? Általános placebo elméletek* fejezet) közvetítik, a hatás kialakulásában pedig kiemelt szerepe van a placebo-hatásnak. A két hatás dóziszfüggő, vagyis kisebb mennyiség esetén az expektanciáknak nagyobb szerep jut a farmakológiai hatások mellett, mint nagyobb dózisok esetén, ahol a szer kémiai hatásai dominálnak. Az alkohol kis mennyiségű fogyasztásának jele az eufória, a nyugalom, a gátlások oldódása, beszédesség, kibővült éntudat, valamint nyitottság, gátlástalanság, növekedett önbizalom, és „kevésbé kritikus szépérzék” (Halsey, 2010; Souto, 2008; Lyvers, 2011).

A disszertációban a placebo-hatás vizsgálatát a mindennapi életben jellemző – alkohol és koffein - placebók segítségével végeztük el két esettanulmány és két kutatás keretein belül:

Az esettanulmányok során a koffein és a Ginkgo-Biloba segítségével demonstráltuk a placebo-hatást. A koffeinmentes – placebo- és valódi koffeines kávé fogyasztása során kimutattuk, hogy az éberségi szintre 10-20 perccel a fogyasztás követően az instrukció (vagyis a koffeinfogyasztás

tudata), 30 percet követően pedig a vérnyomás emelkedése mentén maga a koffein hat (Kirsch & Weixel, 1988); a koffeinhez kapcsolódó ingerek élettani és pszichológiai változásokat egyaránt előidézhettek, míg az elvárások csak szubjektív szinten hatnak (Mikalsen, 2001); és a szuggesztiók akár önmagukban is képesek a koffein farmakológiai hatásával megegyező hatás kiváltására (Lienert, 1956). Az agyi-toniknak is nevezett, memória javító Ginko Biloba, és a placebo C vitamint esetében is sikerült a placebo-hatást demonstratívan szemléltetni: a placebo és a valódi Ginko Biloba feltételben résztvevők teljesítménye megegyezett a memória tesztben, a résztvevők pedig jobban teljesítettek, miután megkapták a hatásosnak ígért tablettákat, mint a kapszulák beszedését megelőző kontroll feltételben.

Az első, úgynevezett „Szociális placebo” kutatás során az alkohol és az alkohol-placebo hatását vizsgáltuk a memória, egyensúlyérzékelés, és a testi-lelki állapot szubjektív változására, egyéni és társas közegben kiegyensúlyozott (balanced) placebo design elrendezésben, külön hangsúlyt fordítva azon változatra is, amelyben a résztvevők alkoholt fogyasztanak, de placebónak vélik azt. A kutatás során a placebo hatást egyéni és csoportos helyzetben is vizsgáltuk, számolva azzal, hogy a csoportfolyamatok jelentősen befolyásolhatják az eredményeket, annak megfelelően, hogy a hétköznapiakban az alkoholfogyasztás nagyrészt társas körülmények között zajlik, így az alkoholhoz kapcsolódó elvárások is ilyen helyzetekhez kapcsolódnak. A 136 fővel végzett kísérlet eredményei alapján megállapítottuk, hogy az alkoholfogyasztás mind valós, mind pedig vélt hatásában az etanol fiziológiás, kémiai hatásán túl számos más jellemző vesz részt, melyek közül elsődlegesen a csoporthatásoknak, továbbá a szuggesztióknak, elvárásoknak van kiemelt szerepe. A placebo-hatásnak és a társas közegnek köszönhetően tehát az alkohol fogyasztásának tudatában „elveszíthetjük a fejünket”, akár van rá „valódi” okunk, akár nincs. Szociális közegben pedig úgy tűnik, hogy az emberek, akár ok nélkül is, szeretik elveszíteni a fejüket, és átadni magukat az alkohol elvárt hatásainak.

A második, úgynevezett „Rapid Randi” terepkísérletben a placebo alkohol hatásának mérését természetes társas közegben – az alkoholfogyasztás egyik tipikus helyszínén, egy bárban – végeztük 64 fő részvételével, a vizsgálat során pedig bizonyos személyiségjellemzők (szociabilitás és extravertió, spiritualitás és vallásosság és diszpozicionális optimizmus) és a placebo válaszkészség közötti összefüggéseket, valamint az alkohol és az alkohol-placebo hatását vizsgáltuk a szubjektív részegségre, a szexuális vonzalomra, és az önképre. A terepkísérletben, természetes közegben, a placebo alkohol a valódi alkoholhoz mérhető hatással bírt, a résztvevők egyrészt jókedvűnek, felszabadultnak, ittasnak stb. érezték magukat, és mások is a részegség

kezdeti tüneteit látták rajtuk, ezért azonban nem az elfogyasztott ital, hanem a saját elméjük volt felelős. Másrészt a valódi és vélt alkohol hatására szexuálisan nyitottabbá, gátlástalanabbá és szenvedélyesebbé váltak, akár volt rá „valódi” okuk, akár nem. A kutatás eredményei szerint - a szakirodalommal összhangban - a placebo használatának következtében azok aránya, akik szubjektív és/ vagy objektív fiziológiai választ adnak, 30-40%, azonban ez nem személyiségvonások által determinált.

Tehát az alkoholfogyasztás mind valós, mind pedig vélt hatásában az etanol fiziológiás, kémiai hatásán túl számos más jellemző vesz részt, melyek közül elsődlegesen a csoporthatásoknak, a szuggesztióknak, elvárásoknak, valamint a fogyasztáshoz asszociálódott közegnek kiemelt szerepe van. Jelen kutatások jó kiindulási alapot jelenthetnek a fiatalokat érintő alkoholfogyasztás motivációinak megértéséhez, a fiatalok körében történő alkoholfogyasztással kapcsolatos elvárások nemi és kulturális hatásainak felderítéséhez, prevenciós jelleggel a sokak által „kívánatosnak” tartott bódult állapot átkeretezéséhez (Lachenmeier és mtsai, 2016; Segal & Stockwell, 2009; Nutt, 2006), a területen történő további kutatások pedig hozzájárulhatnak a (fiatalkori) alkoholizmus és az excesszív alkoholfogyasztás csökkentéséhez.

A placebo-hatás - tudományosan számtalanszor is - bizonyítottan létezik, és mára egy megkerülhetetlen jelenségnek számít. Az elvárásoknak és a gondolatoknak - tudományosan bizonyított módon is - hatalma van a test felett, sőt sok esetben a placebo klinikai eredményessége már-már a csodás gyógyulások határát súrolja. A placebo-terápia számos probléma esetén alkalmas a tünetek és panaszok enyhítésére, a páciens szubjektív és objektív jólétének elősegítésére; hatalmas előnye pedig, hogy a hagyományos orvoslás eszköztárával összehasonlítva szinte alig terheli a szervezetet, a mellékhatások megjelenésének valószínűsége jóval kisebb. Önálló terápiás alkalmazásának is van létjogosultsága, a járulékos és kiegészítő módon történő felhasználása pedig kétségkívül kívánatos. A gyógyító tevékenység célja a regenerációhoz szükséges optimális körülmények megteremtése, és a szervezet egészséges állapotba történő visszajuttatása, melyekhez a placebo-hatás kétségkívül hatékony segítséget nyújthat. A placebo kutatásoknak köszönhetően elindultunk a beteg gyógyulását szem előtt tartó rögzös úton, és a placebo gyógyításban betöltött szerepével kapcsolatban a releváns kérdés immár nem a „lehet-e” vagy a „szabad-e”, hanem a „hogyan kell és lehet minél hatékonyabban alkalmazni”. Erre a kérdésre pedig a placebo-hatást kutató további vizsgálatok adhatnak választ.

6. Hivatkozások

- Ádám, Gy. (1999). A placebo-kérdés. Előadásvázlat. *Kézirat*.
- Ader, R., & Cohen, N. (1975). Behaviorally Conditioned Immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, 37 (4), 333-340.
- American Medical Association (1847). Code of Medical Ethics. Letöltve: 2017.06.13-án: https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/ethics/1847code_0.pdf
- American Addiction Center. Effects of Alcohol. Letöltve: 2020.09.28-án: <https://www.alcohol.org>
- Az Orvos-világszövetség Helsinki deklarációja (1964). Letöltve 2017.04.20-án: https://ett.aek.hu/wp-content/uploads/2016/09/helsinki_hu.pdf
- Bárdos, Gy. (2011). Mindennapi placeboink. *Magyar Tudomány*, (3), 276-284.
- Bárdos, Gy. (2014). Viselkedésélettan kurzus, ELTE PPK, 2014. I. félév, *Előadás*.
- Barnes, H.M., McCreanor, T., Goodwin, I., Lyons, A., Griffin, C., & Hutton, F. (2015). Alcohol and social media: drinking and drunkenness while online. *Critical Public Health*, 26 (1), 62-76.
- Barsky, A. J., Saintfort, R., Rogers, M. P., & Borus, J. F. (2002). Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 287 (5), 622-627.
- Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*, 159 (17), 1602-1606.
- Beecher, H. K. (1956). Evidence for increased effectiveness of placebos with increased stress. *American Journal of Physiology*, 187, 163-169.
- Beecher, H. K. (1961). Surgery as placebo. *Journal of American Medical Association*, 176, 1102-1107.
- Beedie, C. J. (2010). All in the mind? Pain, placebo effect, and ergogenic effect of caffeine in sport performance. *Open Access Journal of Sports Medicine*, 87.
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In Berkowitz, L. (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*. Academic Press, 8.
- Benedetti, F. (2005). Neurobiological Mechanism of the Placebo Effect. *The Journal of Neuroscience*, 25 (45), 10390-10402.
- Benet-Martinez, V., & John, O.P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750.
- Benson, H., & McCallie, D. P. (1979). Angina pectoris and the placebo effect. *The New English Journal of Medicine*, 300 (25), 1424-1429.

- Bérdi, M. (2011). Placebo-hatás a sportban. *Doktori disszertáció*. ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola. URL: http://pszichologia.phd.elte.hu/vedesek/Berdi_PhD_20110515.pdf (letöltve: 2014.01.18.)
- Bérdi, M., & Köteles, F. (2009). Az optimizmus mérése: az Életszemlélet Teszt átdolgozott változatának (LOT-R) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65 (2), 273-294.
- Bíró, E., & Varga, K. (2013). A betegtájékoztató dilemmái. Szuggesztív hatások egészségügyi vonatkozásai kurzus, ELTE PPK, 2013.I. félév. *Előadás*
- Bodnár, V., & Bárdos, Gy. (2017). A placebo alkalmazásának etikai vonatkozásai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 72 (4), 549-558.
- Bodnár, V., Nagy, K., Cziboly, Á., & Bárdos, Gy. (2018). A placebo-hatás és az alkohol. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 19 (1), 3-32.
- Bodnár, V., Nagy, K., Cziboly, Á., & Bárdos, Gy. (2020). Alcohol and placebo: The role of expectations and social influence. *International Journal of mental health and addiction*, <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00321-0>
- Bootzin, R. R., Herman, C. P., Nicassio, P. (1976). The power of suggestion: another examination of misattribution and insomnia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 673-679.
- Bostick, N. A., Sade, R., Levine, A. M., & Steward, M. D. Jr. (2008). Placebo use in clinical practice: report of the American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs. *The Journal of Clinical Ethics*, 19 (1), 58-61.
- Bowdring, M. A., & Sayette, M. A. (2018). Perception of physical attractiveness when consuming and not consuming alcohol: a meta-analysis. *Addiction*, 10.1111/add.14227. doi:10.1111/add.14227
- Brody, H., & Brody, H. (2000). *The placebo response: How you can release the body's inner pharmacy for better health*. Harper Collins, New York.
- Brown, W. A. (2013). *The placebo effect in clinical practice*. New York, Oxford University Press.
- Butler, C., & Steptoe, A. (1986). Placebo responses: An experimental study of psychophysiological processes in asthmatic volunteers. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 173-183.
- Carver, C. S. & Scheier, M. E. (2006). *Személyiségpszichológia*, Osiris Kiadó, Budapest.
- Cannon, W. B. (1942). "Voodoo Death". *American Anthropologist*, 44 (2), 169-181.
- Chen, X., Wang, X., Yang, D., & Chen, Y. (2014). The moderating effect of stimulus attractiveness on the effect of alcohol consumption on attractiveness ratings. *Alcohol and alcoholism*, 49(5), 515-519.
- Childs, E. & de Wit, H. (2006). Subjective, behavioral, and physiological effects of acute caffeine in light, nondependent caffeine users. *Psychopharmacology*, 185 (4), 514-523.

- Christiansen, B. A., Goldman, M. S., & Inn, A. (1982). Development of Alcohol-related Expectancies. In *Adolescents: Separating Pharmacological from Social-Learning Influences. Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 50, 336–344.
- Clardige, G. (1970). *Drugs and Human Behaviour*. Allen Lane, London.
- Cobb, L. A., Thomas, G. I., Dillard, D. H., et al. (1959). An Evaluation of Internal-Mammary Artery Ligation by a Double-Blind Technic. *New England Journal of Medicine*, 260 (22), 1115-1118.
- Colloca, L., Sigauco, M., & Benedetti, F. (2008). The role of learning placebo and nocebo effect. *Pain*, 136, 211-218.
- Connors, G. J., & Maisto, S. A. (1979). Effects of alcohol, instructions, and consumption rate on affect and physiological sensations. *Psychopharmacology*, 62, 261-266.
- Corte, C. M., & Sommers, M. S. (2005). Alcohol and risky behaviors. *Annual review of nursing research*, 23, 327–360.
- Cziboly Á., & Bárdos Gy. (2003). A placebo fogalma, története, alkalmazása, valamint számos magyarázó elméletének áttekintése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 58 (3), 381-416.
- Császár, Gy. (1985). *Pszichoszomatikus orvoslás*. Medicina, Budapest.
- Digman, J. M., & Inouye, J. (1986). Further specification of the five robust factors of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 116-123.
- Diószeghy, Cs., Varga, K., Fejes, K., & Péntzes, I. (2000). Pozitív szuggesztiók alkalmazása az orvosi gyakorlatban: tapasztalatok az intenzív osztályon. *Orvosi Hetilap*, 141 (19), 1009-1013.
- Dúll, A., Varga, K., & Gősiné Greguss A. (1992). *Általános pszichológiai gyakorlatok I*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó
- Dupont, A. G.; van der Niepen, P., & Six, R. O. (1987). Placebo does not lower ambulatory blood pressure. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 24, 106-109.
- Emmons, R. A. (2011). *Spiritualitás. Újabb kutatások* In: Csíkszentmihályi, M. & Csíkszentmihályi, I. S. (szerk.): *Élni jó! Tanulmányok a pozitív pszichológiáról*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Ernst, E., & Reschl, K. L. (1995). The concept of the perceived and true placebo effect. *British Medical Journal*, 311, 551-553.
- Exton, M. S., King, M. G., & Husband, A. J. (1999). Behavioural conditioning of immunity. In Schedlowski, M., Tewes, U. (Eds) *Psychoneuroimmunology: An interdisciplinary introduction*. 453-471. Kluwer Academic/Plenum, New York.
- Fassler, M., Meissner, K., Schneider, A., & Klaus, L. (2010). Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice- a systematic review of empirical studies. *BMC Medicine*, 8 (15)
- Ferentzi, E., Köteles, F., & Bárdos, Gy. (2011). The use of placebos in medical practice. A questionnaire survey among GPs of Hungary. *Original Papers*, 5, 73-84.
- Festinger, L. (1957). *The theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA, Stanford University Press.

- Festinger, L. (1973). A kognitív disszonancia elmélete. In Hunyady Gy. (Ed.) *Szociálpszichológia*, 85-84. Gondolat Könyvkiadó, Budapest.
- Fields, H. L., & Price, D. D. (1997). Toward a neurobiology of placebo analgesia. In: Harrington (ed.), *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 93-116.
- Fillmore, M. T., Mulvihill, L. E., & Vogel, S. M. (1994). The expected drug and its expected effect interact to determine placebo responses to alcohol and caffeine. *Psychopharmacology*, 115 (3), 383-388.
- Fillmore, M. T., & Vogel, S. M. (1996). Evidence that Expectancies Mediate Behavioral Impairment under Alcohol. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 57 (6), 598-603.
- Fisher, S., & Fisher, R. L. (1963). Placebo response and acquiescence. *Psychopharmacologia*, 4, 298-301.
- Fisher, S., & Greenberg, R. P. (1997). The curse of the placebo: fanciful pursuit of a pure biological therapy. In Fisher, S., Greenberg, R.P. (eds) *From Placebo to Panacea- Putting Psychiatric Drugs to the test*. John Wiley & Sons, Inc., New York, 3-56. (idézi Köteles és Bárdos, 2012)
- Foddy, B. (2011). The ethical placebo. *The Journal of Mind-Body Regulation*, 1 (2), 53-62.
- French, M.T., Balsa, A., Homer, J., & Norton, E. (2011). Alcohol Use and Popularity: Social Payoffs from Conforming to Peers' Behavior. *The Journal of Research on Adolescence*, 21 (3).
- Fürst, Zs. (1997). *Gyógyszertan*. Medicina, Budapest.
- Garcia, T. A., Litt, D. M., Davis, K. C., Norris, J., Kaysen, D., & Lewis, M. A. (2019). Growing Up, Hooking Up, and Drinking: A Review of Uncommitted Sexual Behavior and Its Association With Alcohol Use and Related Consequences Among Adolescents and Young Adults in the United States. *Frontiers in psychology*, 10, 1872.
- Gauler, T. C. & Weihrauch, T. R. (1997). *Placebo- ein wirksames und ungefährliches Medikament?* München, Urban & Schwarzenberg.
- Geers, A. L., Handley, I. M., & McLarney, A. R. (2003). Discerning the role of optimism in persuasion: the valence-enhancement hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 554-565.
- Geers, A. L. Weiland, P. E., Kosbab, K., Landry, S. J., & Helfer, S. G. (2005a). Goal Activation, Expectations, and Placebo Effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89 (2), 143-159.
- Geers, A. L., Helfer, S. G., Kosbab, K., Weiland, P. E., & Landry, S. J. (2005b). Reconsidering the role of personality in placebo effects: Dispositional optimism, situational expectations, and the placebo response. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 121-127.
- Geers, A. L., Kosbab, K., Helfer, S. G., Weiland, P., & Wellman, J. A. (2007): Further evidence for individual differences in placebo responding: An interactionist perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 563-570.

- Geusens, F., & Beullens, K. (2016). Predicting public and private alcohol-related displays on social media: The role of own and friends' drinking behavior. *Leuven School for Mass Communication Research Conference Proceedings*. Letöltve: 2017. 05. 01-jén: <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/519217>
- Gliedman, L. H., Gantt, H. W., & Teitelbaum, H. A. (1957). Some implications of conditional reflex studies for placebo research. *American Journal of Psychiatry*, 113, 1103–1107.
- Globe Newswire (2015). *Social drinking Arkay placebo effect*. New York, NY, USA: Thomson Reuters One Comtex News Network Inc.
- Gold, A., & Lichtenberg, P. (2014). The moral case for the clinical placebo. *Med Ethics*, 40, 219-224.
- Grevert, P., Albert, L. H., & Goldstein, A. (1983). Partial antagonism of placebo analgesia by naloxone. *Pain*, 16, 129-143.
- Gundersen, H., Specht, K., Grüner, R., Ersland, R., & Hugdahl, K. (2008). Separating the effects of alcohol and expectancy on brain activation: an fMRI working memory study. *Neuroimage*, 42 (4), 1587-1596.
- Halpern-Felsher, B. L., Millstein, S. G., & Ellen, J. M. (1996). Relationship of alcohol use and risky sexual behavior: a review and analysis of findings. *The Journal of adolescent health*, 19 (5), 331–336.
- Halsey, L. G., Huber, J. W., Bufton, R. D., & Little, A. C. (2010). An explanation for enhanced perceptions of attractiveness after alcohol consumption. *Alcohol*, 44(4), 307-313.
- Harrington, A. (Ed.) (1997). *The placebo effect: An interdisciplinary exploration*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 93-116.
- Helman, C. G. (2003). *Kultúra, egészség és betegség*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., Jr., McCullough, IvL E., Swyers, J. P., Larson, D. B., et al. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 30, 51–77.
- Hornung, J. (1994). Was ist ein placebo? Die Bedeutung einer korrekten Definition für die klinische Forschung. *Fortschritte der Komplementarmedizin*, 1, 160-165. (idézi Köteles és Bárdos, 2012)
- Ikemi, Y., & Nakagawa, S. (1962). A Psychosomatic Study of Contagious Dermatitis. *Kyoshu Journal of Medical Science*, 13, 335-350.
- Joyce, C. R. B. (1959). Consistent differences in individual reactions to drugs and dummies. *British Journal of Pharmacology and Chemotherapy*, 14, 512–521.
- Kaptchuk, T. J., Friedlander, E., Kelley, J. M., Sanchez, M. N., Kokkotou, E., Singer, J. P., et al (2010). Placebos without Deception: A Randomized Controlled Trial in Irritable Bowel Syndrome. *Plos ONE*, 5 (12), 1-7.

- Kelley, J. M., Kaptchuk, T. J., Cusin, C., Lipkin, S., & Fava, M. (2012). Open-label placebo for major depressive disorder: a pilot randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81 (5), 312-314.
- Kellog, R. & Baron, R. S. (1975). Attribution theory, insomnia and reverse placebo effect: A reversal of Storms and Nisbett's findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 231-236.
- Kennedy, W. P. (1961). The nocebo reaction. *Medical World*, 95, 203-205.
- Kirkpatrick, M.G., & Wit, H. (2013). In the company of others: social factors alter acute alcohol effects. *Psychopharmacology*, 230 (2), 215-226.
- Kirsch, I. & Weixel, L. J. (1988). Double-blind versus deceptive administration of a placebo. *Behavioral Neuroscience*, 102 (2), 319-323.
- Kirsch, I. (1997). Specifying nonspecifics: psychological mechanisms of placebo effects. In: A. Harrington (ed.) *The Placebo Effect*. 166-186. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Kirsch, I., & Spairstein, G. (1998). Listening to Prozac but hearing placebo: A meta-analysis of antidepressant medication. *Prevention & treatment*. 1 (2). DOI: [10.1037/1522-3736.1.1.12a](https://doi.org/10.1037/1522-3736.1.1.12a)
- Kisaalita, N. R., & Robinson, M. E. (2012). Analgesic placebo treatment perceptions: acceptability, efficacy, and knowledge. *Journal of Pain*, 12, 920-8.
- Kissel, P., & Barrucand, D. (1964). *Placebos et effet placebo en médecine*. Paris, Masson.
- Knowles, J. B., Lucas, C. J. (1960). Experimental studies of the placebo response. *Journal of Mental Science*, 106, 231.
- Koenig, H.G. (2008). Concerns about measuring „spirituality” in research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 349–355.
- Környei E., & Kassai-F. Á. (2009). Az alkoholfogyasztás és következményes egészségkárosodások. In Demetrovics Zs. (ed.) *Az addiktológia alapjai II*. 63-89. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Köteles F., Fodor D., Cziboly Á., & Bárdos Gy. (2007). A placebo terápia felhasználásának etikai kérdései. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62 (4), 429–448.
- Köteles F. (2012). *Placebo*. Az egészségpszichológia alapkérdései és társadalmi kontextusa kurzus, meghívott előadó, ELTE PPK, 2012.11.05.
- Köteles F. (2013a). *A placebo-válasz*. Medicina Kiadó, Budapest.
- Köteles, F. (2013b). Modern Health Worries: May Holistic Thinking Style Play a Role? Presented at the 27th Conference of the European Health Psychology Society, Bordeaux.
- Köteles F., & Bárdos Gy. (2007). Tabletták várt hatása és színe/mérete közötti kapcsolatok. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 4, 277-290.

- Köteles F., & Bárdos Gy. (2012). Placebo és nocebo-hatás a gyógyításban. In Urbán R., Demetrovics Zs., Rigó A., Oláh A. (eds.) *Az egészségpszichológia elmélete és alkalmazása II.* 153-204. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Köteles, F., & Bárdos, Gy. (2008a). Placebo és személyiség- a primitívtől a megküzdőig I. A placebo-reszponder személyiség. *Pszichológia*, 28, 267-285.
- Köteles, F., & Bárdos, Gy. (2008b). Placebo és személyiség- a primitívtől a megküzdőig II. A Szituáció, emóció, motiváció, attribúció és megküzdés. *Pszichológia*, 28, 339-356.
- Köteles, F., & Ferentzi, E. (2012). Ethical aspects of clinical placebo use: What do laypeople think? *Evaluation & the Health Professions*, 35 (4) 462-476.
- Kulcsár Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Kulcsár Zs., Frecska E., Simon M., & Szabo L. Z. (1986). Placebo Reactivity and the Sensation Seeking Trait. *International Journal of Neuroscience*, 31, (1-4), 197.
- Lachenmeier, D. W., Kanteres, F., & Rehm, J. (2014). Alcoholic beverage strength discrimination by taste may have an upper threshold. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38, 2460-2467.
- Lachenmeier, D.W., Pflaum, T., Nieborowsky, A., Mayer, S., & Rehm, J. (2016). Alcohol-free spirits as novel alcohol placebo – A viable approach to reduce alcohol-related harms? *International Journal of Drug Policy*, 32, 1-2.
- Lasagna, L., Mosteller, F., von Felsinger, J., & Beecher, H. K. (1954). A study of the placebo response. *The American Journal of Medicine*, 16, 770-779.
- Lasagna, L. (1965). Addicting drugs and medical practice: toward the elaboration of realistic goals and the eradication of myths, mirages, and half-truths. In Wilner, D. M., & Kassebaum, G. G. (eds.) *Narcotics*. 53-66. McGraw-Hill, Inc., New York.
- Levine, J. D., Gordon, N. C., & Fields, H. L. (1978). The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*, 2, 654-657.
- Lieberman, R. (1962). An analysis of the placebo phenomenon. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 761–783.
- Lieberman, R. (1964). An experimental study of the placebo response under three different situations of pain. *Journal of Psychiatric Research*, 2, 233–246.
- Lienert, G. A. (1956). Die Bedeutung der Suggestion in pharmakopsychologischen Untersuchungen. (The importance of suggestion in pharmacopsychological experiments.) *Zeitschrift für Experimentelle und Angewandte Psychologie*, 3, 418-438.
- Liguori, A., Hughes, J. R., & Grass, J. A (1997). Absorption and Subjective Effects of Caffeine from Coffee, Cola and Capsules. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 58 (3), 721-726.
- Linton, H. B., & Langs, R. J. (1962). Placebo reactions in a study of lysergic acid diethylamide. *Archives of General Psychiatry*, 6, 369-383.

- Loftus, F. E., & Fries, F. J. (2008). The potential perils of informed consent. *Focus Review*, 11 (2), 217-218.
- Lowinger, P., & Dobie, S. (1969). What makes the placebo work? A study of placebo response rate. *Archives of General Psychiatry*, 20, 84-88.
- Luchelli, P. E. (1978). Effect of capsule colour and order of administration of hypnotic treatments. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 13 (2), 153-155.
- Luparello, T., Lyons, H. A., Bleecker, E. R., et al. (1968). Influences of Suggestions on Airway Reactivity in Asthmatic Subjects. *Psychosomatic Medicine*, 30 (6), 819-829.
- Lyvers, M., Cholakians, E., Puorro, M., & Sundram, S. (2011). Beer goggles: blood alcohol concentration in relation to attractiveness ratings for unfamiliar opposite sex faces in naturalistic settings. *Journal of Social Psychology*, 151 (1), 105-112.
- Magyar Orvosi Kamara (2012). *A Magyar Orvosi Kamara Etikai kódexe*. Letöltve: 2017.06.13-án: <http://aok.pte.hu/docs/dekan/file/ekodex.pdf>
- Magyar Pszichológiai Társaság (2004). *Pszichológusok szakmai etikai kódexe (SzEK)*. Budapest. Letöltve: 2017. 06.13-án: <http://szemegpszich.elte.hu/wp-content/uploads/2012/04/Etikai-K%C3%B3dex.pdf>
- Marlatt, G. A., & Rosenhow, D. J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. In: Mello, N.K. (ed.) *Advances in Substance Abuse: Behavioral and Biological Research*, 1, 159-199. CT:JAI Press, Greenwich.
- Matura, T., Colligan, R. C., & Malinhoc, M. (2000). Optimists vs. Pessimists: Survival rate among medical patients over a 30 year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75 (2), 140-143.
- Matura, T., Colligan, R. C., & Malinhoc, M. (2002). Optimism-Pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings*, 77 (8), 748-753.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1987). Reinterpreting the Myers-Briggs type indicator from the perspective of the five-factor model of personality. *Journal of Personality*, 57, 17-40.
- McConochie, W.A. (2007). The Big Five Inventory (BFI). Manual. Letöltve: 2017. 10. 25-én: <https://fetzer.org/sites/default/files/images/stories/pdf/selfmeasures/Personality-BigFiveInventory.pdf>
- McGuire, W. (1969). Suspiciousness of experimenter's intent. In R. Rosenthal, & R. Rosnow (Eds.), *Artifact in behavioral research*. New York: Academic Press.
- McNair, D. M., Fisher, S., Kahn, R. J., & Droppleman, L. F. (1970). Drug-personality interaction in intensive outpatient treatment. *Archives of General Psychiatry*, 22, 128-135.
- Meador, C. K. (1992). Hex Death: Voodoo Magic or Persuasions? *Southern Medical Journal*, 5 (3), 244-247.
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Neurosciences*, 13. 88-92.
- Mello, N.K. (ed.) (1980). *Advances in Substance Abuse: Behavioral and Biological Research*, 1, 159-199. CT:JAI Press, Greenwich.

- Metalnikov, S., & Chorine, V. (1926). Rôle des réflexes conditionnels dans l'immunité. *Annales de L'Institut Pasteur*, 11, 893-900.
- Mikalsen, A., Bertelsen, B., & Flaten, M A. (2001). Effects of caffeine, caffeine-associated stimuli, and caffeine-related information on physiological and psychological arousal. *Psychopharmacology*, 157 (4), 373-380.
- Moerman, D. E. (2002). Meaning, Medicine, and the „Placebo Effect”. *Cambridge University Press*, Cambridge.
- Morean, M.E., & Corbin, W.R. (2010). Subjective response to alcohol: a critical review of the literature. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 34 (3), 385-395.
- Moseley, J. B., Wray, N. P., Kuykendall, D., et al. (1996). Arthroscopic Treatment of Osteoarthritis of the Knee: A Prospective, Randomized, Placebo-Controlled Trial. Results of a Pilot Study. *American Journal of Sports Medicine*, 24 (1), 28-34.
- Moseley, J. B., O'Malley, K., Petersen, N. J., et al. (2002). A Controlled Trial of Arthroscopic Surgery for Osteoarthritis of the Knee. *New England Journal of Medicine*, 347 (2), 81-88.
- Muller, B. P. (1965). Personality of placebo reactors and nonreactors. *Diseases of the Nervous System*, 26, 58–61.
- Myers, M. G., Cairns, J. A., & Singer, J. (1987). The consent form as a possible cause of side effects. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 42 (3), 250-253.
- Nagy K. (2008). Placebo az alkohol hatásában. *Szakdolgozat*. ELTE PPK
- Nagy, K., Cziboly, Á., Birtalan, L., & Bárdos, Gy. (2005). *Ethanol or Etalon? Placebo effect in the effect of the alcohol*. A Magyar Idegtudományi Társaság XI. Konferenciája, Pécs, 2005. jan. 26-29.
- Nagy, K., Cziboly, Á., & Bárdos, Gy., (2007). Placebo and the effect of alcohol: to know or not to know? *Clinical Neuroscience*, 60 (S1) 77.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol's effects on the body. Letöltve: 2020.09.28-án. <https://www.niaaa.nih.gov>
- Netter, P. (1977). Der Placebo-Effekt. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 119, 203.
- Nisbett, R. E., & Schachter, S. (1966). Cognitive manipulation of pain. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2, 227-236.
- Norman, W. T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 574-583.
- Nutt, D. J. (2006). Alcohol alternatives- A goal for psychopharmacology? *Journal of Psychopharmacology*, 20, 318-320.

- Olness, K., & Ader, R. (1992). Conditioning as an adjunct in the pharmacotherapy of lupus erythematosus. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 124-125.
- Országos Amerikai Onkológiai Intézet (2013). Anticipatory Nausea and Vomiting (Emesis). Letöltve: 2020.07.20: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/nausea/nausea-hp-pdq#section/all>
- Parker, L. L., Penton-Voak, I. S., Attwood, A. S., & Munafò, M. R. (2008). Effects of acute alcohol consumption on ratings of attractiveness of facial stimuli: evidence of long-term encoding. *Alcohol and alcoholism*, 43 (6), 636–640.
- Peabody, D., & Goldberg, L. R. (1989). Some determinants of factor structures from personality-trait descriptors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 552-567.
- Pepper, O. H. P. (1945). A note on the placebo. *American Journal of Pharmacology*, 184 (3-4), 600-607.
- Price, D.D., Chung, S.K., & Robinson, M.E. (2005). Conditioning, expectation, and desire for relief in placebo analgesia. *Seminars in Pain Medicine*, 3, 15-21.
- Rácz, J. (1999). *Addiktológia: Tünettan és intervenciók*. HIETE, Budapest.
- Reeves, R. R., Ladner, M. E., Hart, R. H., et al. (2007). Nocebo Effects with Antidepressant Clinical Drug Trial Placebos. *General Hospital Psychiatry*, 29 (3), 275-277.
- Rosenthal, R. & Jakobson, L. (1968). *Pygmalion in the Classroom*. Holt, New York.
- Ross, M., & Olson, J.M. (1981). An Expectancy- Attribution Model of the Effects of Placebos. *Psychological Review*, 88 (5), 408-437.
- Rónaszéki, Á. (2020). Spirituális rekreáció. *Szakedolgozat*. ELTE PPK
- Rózsa S. és mtsai (2004). A személyiség pszichobiológiai modellje: A Temperamentum és Karakter Kérdőívvel szerzett hazai tapasztalatok, *Pszichológia* 24, 283–304.
- Savvas, S. M., Zelencich, L. M., & Gibson, S. J. (2014). Should placebo be used routinely for chronic pain in older people? *Maturitas*, 79 (4), 389-400.
- Scalese, M., Denoth, F., Siciliano, V., Bastiani, L., Cotichini, R., Cutilli, A., & Molinaro, S. (2017). Energy Drink and Alcohol mixed Energy Drink use among high school adolescents: Association with risk taking behavior, social characteristics. *Addictive Behaviors*, 72, 93-99.
- Schachter, S., Singer, J. (1962). Cognitive, social and psychological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063–1078.
- Scheier, M., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health- assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schindel, L. E. (1962). Placebo in theory and practice. *Antibiotica et Chemotherapia*, 10, 398-430.

- Schlauch, R. C., Waesche, M. C., Riccardi, C. J., Donohue, K. F., Blagg, C.O., Christensen, R. L., & Lang, A. R. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of placebo manipulations in alcohol-challenge studies. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 239-253.
- Schneider, R. (2008). Unspecific effects of caffeine consumption: When does the mind overrule the body In: Chambers, K. P. (ed.), *Caffeine and Health Research*, Nova Science Publishers, Inc.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219 – 247.
- Scott-Sheldon, L.A.J, Carey, K.B., Cunningham, K., Johnson, B.T., Carey, M.P., & The MASH Research Team (2016). Alcohol Use Predicts Sexual Decision-Making: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Experimental Literature. *AIDS and Behavior*, 20, 19-39.
- Segal, D.S., & Stockwell, T. (2009). Low alcohol alternatives: a promising strategy for reducing alcohol related harm. *International Journal of Drug Policy*, 20, 183-187.
- Shapiro, A. K., Wilensky, H., & Struening, E. L. (1968). Study of the placebo effect with a placebo test. *Comprehensive Psychiatry*, 9, 118–137.
- Shapiro, A. K., Struening, E. L., & Shapiro, E. (1979). The reliability and validity of a placebo test. *Journal of Psychiatric Research*, 15(4), 253-290.
- Shapiro, A. K., & Shapiro, E. (1997). *The powerful placebo. From ancient priest to modern psychican*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Sharp, H. C. (1965). Identifying placebo-reactors. *Journal of Psychology*, 60, 205–212.
- Sheldrake, P. (2008). *A spiritualitás rövid története*. Református Kálvin Kiadó, Budapest.
- Sirois, F. (1974). Epidemic hysteria. *Acta psychiatrica Scandinavia, Supplementum*, 252, 1-46. (idézi Köteles, 2013a)
- Souto, A., Bezerra, B. M., & Halsey, L.G. (2008). Alcohol intoxication reduces detection of asymmetry: an explanation for increased perceptions of facial attractiveness after alcohol consumption? *Perception*, 37 (6), 955-958.
- Spiro, H. M. (1998). *The Power of Hope: A Doctor's Perspective*. New Haven and London: Yale University Press.
- Steiniger, E & Hansel, R. (1988). *Lehrbuch der Pharmakognise und Phytopharmazie I*. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Springer Verlag.
- Stewart-Williams, S., & Podd, J. (2004). The placebo effect: dissolving the expectancy versus conditioning debate. *Psychological Bulletin*, 130, 324-340. (idézi Bérdi, 2011)
- Storms, M. D., & Nisbett, R. E. (1970). Insomnia and the attribution process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 319-328.
- Suchman, A. L. & Ader, R. (1992). Classic conditioning and placebo effects in crossover studies. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 52, 372-377.

- Testa, M., Fillmore, M. T., Norris, J. et al. (2006). Understanding alcohol expectancy effects: Revisiting the placebo condition. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30 (2), 339-348.
- Thorn, W. F. (1962). The placebo reactor. *Australasian Journal of Pharmacy*, 43, 1035–1037.
- Thorndike, E. L. (1898). Animal intelligence: An experimental study of the associative processes in animals. *Psychological Monographs*, 2, 8.
- Tyler, K.A., Schmitz, R.M., Adams, S.A., & Simons, L.G. (2016). Social factors, alcohol expectancy, and drinking behavior: A comparison of two college campuses. *Journal of Substance Use*, 22, 357-364.
- Ulrich, R. (1984). View Through a Window May Influence Recovery from Surgery. *Science*, 224, 420-1.
- Varga K., & Diószeghy Cs. (2001). *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Budapest: Pólya Kiadó.
- Varga, K. (2011). *A szavakon túl: Kommunikáció és szuggesztió az orvosi gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Varga, K. (szerk.) (2008). *Szuggesztív kommunikáció a szomatikus orvoslásban*. VL Sugár Bt., Budapest.
- Varga, K., Diószeghy, Cs., & Fritúz, G. (2007). Suggestive communication with the ventilated patient. *European Journal of Mental Health*, 2, 137-147.
- Von Felsinger, J. M., Lasagna, L., & Beecher, H. K. (1955). Drug-induced mood changes in man. II. Personality and reactions to drugs. *Journal of the American Medical Association*, 157, 1113–1119.
- Vuchinich, R. E., Tucker, J. A., & Sobell, M. B. (1979). Alcohol, expectancy, cognitive labeling, and mirth. *Journal of Abnormal Psychology*, 88 (6), 641-651.
- Webster's – Webster's Universal College Dictionary (1997). New York: Random House
- Wheeler, P., & Hyland, M. E. (2008). The development of a scale to measure the experience of spiritual connection and the correlation between this experience and values. *Spirituality Health*, 9, 193-217.

7. Mellékletek:

1. számú melléklet: A "szociális placebo" kísérlet tájékoztató nyilatkozata

Tájékoztató nyilatkozat

Kedves Résztvevő!

Egy tudományos kutatásban veszel részt, mely Bodnár Vivien, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Doktori Iskolájának doktorandusza által valósul meg, Dr. Bárdos György, egyetemi tanár, igazgató, az MTA doktora, vezetésével. A vizsgálat lebonyolítását pszichológus hallgatók segítik.

A vizsgálat célja

A kutatás során azt vizsgáljuk, hogy az alkohol milyen hatással van bizonyos viselkedéses mutatókra. E cél érdekében az egyensúlyt, memóriát és szubjektív állapotot felmérő pszichológiai tesztekkel veszünk fel.

A vizsgálat menete

A vizsgálat nagyjából 60 percet vesz igénybe, mely során négy koktél elfogyasztását követően minden koktél után, illetve az első elfogyasztása előtt egyensúlyt, memóriát és szubjektív állapotot felmérő pszichológiai tesztekkel veszünk fel a vizsgálatban résztvevőkkel. Az alkohol hatásának felmérése érdekében kérjük, hogy a vizsgálatot megelőző 12 órában lehetőség szerint ne fogyassz alkoholt.

Feltételek

A részvétel előzetes feltétele, hogy betöltsd a 18. életévedet, nem szenvedsz semmilyen alkoholproblémában és hogy nem vagy allergiás a vizsgálatvezető által a vizsgálat megkezdése előtt ismertetett, koktélokban található összetevők egyikére sem.

Adatkezelés, részvétel

Szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás keretén belül gyűjtünk össze. A kutatás során nyert adatokat kóddal ellátva biztonságos számítógépen, a válaszlapokat elzárt szekrényben őrizzük. Az egyéni kódot minden kérdőív esetében a kutatásban résztvevő asszisztens adja, és csak ő ismeri. A kutatás során nyert adatokat összegezzük, statisztikai elemzéseket végzünk rajta, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg.

A kutatásban való részvétel teljesen önkéntes. A vizsgálatot bármikor indoklás nélkül megszakíthatod, vagy a kérdések megválaszolását megtagadhatod.

Eredmény: a vizsgálat eredményéről orvosi jellegű zárójelentés, laborletet nem készül. A vizsgálat során találtokról természetesen a kívánságnak megfelelően tájékoztatást adunk.

Kérjük, amennyiben egyetértesz a fenti feltételekkel, és hozzájárulsz a kutatásban való részvételhez, azt a vizsgálat megkezdése előtt a helyszínen aláírásoddal igazold. Együttműködésedet előre is köszönjük!

2. számú melléklet: A "szociális placebo" kísérlet beleegyező nyilatkozata

Beleegyező nyilatkozat

Alulírott (név, születési idő olvashatóan kitöltve)
.....:

Kijelentem, hogy az ELTE PPK keretei között zajló, *Az alkoholfogyasztás hatása a viselkedésre* című vizsgálatban önként veszek részt és elmúltam 18 éves. A vizsgálat jellegéről annak megkezdése előtt kielégítő tájékoztatást kaptam.

Kijelentem, hogy a vizsgálatvezető a vizsgálat megkezdése előtt ismertette a koktélokban található összes összetevőt. Tudomásul veszem, hogy kötelességem tájékoztatni a vizsgálatvezetőt a vizsgálat megkezdése előtt, ha a koktél bármely összetevőjére táplálékallergiában szenvedek, ennek elmulasztása esetén az esetleges következményekért a felelősséget vállalom.

Elfogadom, hogy az elfogyasztott alkohol hatására bekövetkező fizikai és pszichikai változásokért a felelősség engem terhel.

Tudomásul veszem, hogy az azonosításomra alkalmas személyi adataimat bizalmasan kezelik. Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálat során a rólam felvett, személyem azonosítására nem alkalmas adatok más kutatók számára is hozzáférhetőek legyenek.

Fenntartom a jogot arra, hogy a vizsgálat során annak folytatásától bármikor elállhassak. Ilyen esetben a rólam addig felvett adatokat törölni kell.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat eredményéről külön laboratóriumi lelet, orvosi zárójelentés nem készül.

Kelt: 20 év hó nap

a személy aláírása

3. számú melléklet: A”szociális placebo” kísérlet toborzó plakátja

FELHÍVÁS PSZCHOLÓGIAI KÍSÉRLETBEN VALÓ RÉSZVÉTELRE:

Pszichológus hallgató keres a disszertációjához vállalkozó szellemű

Egyetemi és főiskolai hallgatókat

Az alkoholfogyasztás hatása a viselkedésre

témában folytatott vizsgálatához

A kísérletben résztvevőknek lehetőségük nyílik arra, hogy kontrollált körülmények között, egyedül, illetve csoportos helyzetben nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasszanak el. A vizsgálat során a véralkoholszint emelkedésének hatását vizsgáljuk az emlékezetre, egyensúlyérzékre és a szubjektív állapotra egyénileg, illetve csoportos elrendezésben.

A vizsgálat hossza: kb. 1,5 óra

A vizsgálat helye: ELTE PPK Kazinczy utcai épülete (Budapest, 1075 Kazinczy u. 23-27.)

A vizsgálat 2014. 01. 9-27. között kerül megrendezésre, esténként 17.00-20.00 között.

Jelentkezni az alkoholkiserlet@gmail.com e-mail címen lehet!



Facebook hirdetés:



Cím: **Pszichológiai kísérlet az alkohol viselkedés hatásairól**

Leírás: Mindig is tetszett a pszichológia?

Részt vennél egy érdekes pszichológiai kísérletben?

Szívesen meginnál pár koktélt?

Kíváncsi vagy, hogy az alkohol hogyan befolyásolja az egyensúlyérzékedet, memóriádat és miképpen hat az egész szervezetedre?

Ha mindezekre igen a válaszod és elmúltál 18 éves, akkor ne habozz és jelentkezz az alkoholkiserlet@freemail.hu email címen.

A kísérletben résztvevőknek lehetőségük nyílik arra, hogy kontrollált körülmények között, egyedül, illetve csoportos helyzetben nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasszanak el. A vizsgálat során a véralkoholszint emelkedésének hatását vizsgáljuk az emlékezetre, egyensúlyérzékre és a szubjektív állapotra egyénileg, illetve csoportos elrendezésben.

A vizsgálat hossza: kb. 1,5 óra

A vizsgálat helye: ELTE PPK Pszichológiai Intézet (Budapest, 1064, Izabella u. 46.)

A vizsgálat 2014. 01. 9-17. között kerül megrendezésre.

Jelentkezni az alkoholkiserlet@gmail.com e-mail címen lehet!

4. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet: Online kérdőív

Nem: Férfi/ Nő

Életkor:....év

Lakóhely:

Email cím:.....

Legmagasabb iskolai végzettség:

- Folyamatban lévő középiskolai képzés
- Gimnázium
- Szakközépiskola/ szakiskola
- Masternél magasabb fokozatú képzés
- Posztgraduális képzés

- Befejezetlen szakképzés
- Bachelor képzés
- Master fokozat
- Egyéb

1, Milyen gyakorisággal fogyasztasz alkoholt?

- Soha
- Ritkán (ünnepekkor, alkalmanként)
- Havi rendszerességgel (havi 1-2)

- Heti rendszerességgel (heti 1-2)
- Hetente 2 alkalomnál többször
- Naponta

2, Az elmúlt egy hónapban hány alkalommal fogyasztottál alkoholt?

- Egyszer sem
- 1-3 alkalommal
- 4-6 alkalommal

- 7-9 alkalommal
- 10-12 alkalommal
- 13 alkalomnál többször

3, Milyen típusú alkoholt szoktál fogyasztani?

- sör
- bor
- pezsgő
- egyéb:

- koktél
- long-drink
- rövid ital tisztán

4, Hány egységnyi alkoholt fogyasztasz átlagosan egy alkalommal, amikor iszol? (1egység =

10 ml tiszta alkohol = 1 pohár sör = 1 dl bor = 3 cl tömény)

- 1 egység
- 2 egység
- 3 egység
- 4 egység
- 5 egység
- 6 egység

- 7 egység
- 8 egység
- 9 egység
- 10 egység
- 10 egység <

5, Hol szoktál alkoholt fogyasztani?

- otthon
- vendéglátó egységben
- munkahelyen

- szórakozóhelyen
- szabadterén
- egyéb:

6, Milyen célból szoktál inni?

- szórakozás, buli, jókedv
- társaság
- problémamegoldás

- ünneplés
- ellazulás, feszültségoldás

5. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet egyéni feltételének bevezetőjekor elhangzottak szó szerinti leírata

„...Jelen kutatás az alkohol viselkedéses hatásait vizsgálja, pontosabban az etanol hatását a rövidtávú memóriára, egyensúlyérzékre és szubjektív megítélésre. A kísérletben való részvétel két feltételhez kötött, az egyik, hogy 18 évesnél idősebbek legyetek, hiszen Magyarországon az érvényes jogszabályok alapján 18 év alatt nem lehet alkoholt fogyasztani; a másik pedig, hogy az itt látható összetevők egyikére se legyetek allergiásak. Ha van olyan közöttetek, aki bármilyen érzékenységgel bír ezen anyagok valamelyikére, az kérem most jelezze! Rendben, köszönöm. Még mielőtt elkezdenénk, kérdezném, hogy van-e olyan, aki nem töltötte ki az Alkohol hatásai a viselkedésre című online kérdőívet? Rendben, köszönöm. (Amennyiben volt, úgy feljegyeztük a résztvevő email címét és másnap egy újabb emailen keresztül kértük, hogy pótolja ezt.)

Az előttetek lévő kód, melyet az érkezőkor kaptatok, arra szolgál, hogy ne lehessetek azonosíthatóak a kutatás során. A regisztrációhoz használt email címetekhez rendeltünk egy kódot, mellyel a vizsgálat további részeiben azonosítani fogunk titeket. Ezen okból kifolyólag egyéni, laborjellegű eredmény nem készül, egyéni visszajelzésre nincs lehetőség, azonban igény szerint, kollektívan tudunk visszajelzést adni az eredményekről azoknak, akik ezt igénylik. Aki szeretne visszajelzést, az a kísérletet követően írja fel az email címét erre a lapra!

A kísérlet menetéről pár szóban: A vizsgálat körülbelül 1 órán keresztül fog tartani és ezen idő alatt 4 koktélt fogtok elfogyasztani, melyeket követően méréseket végzünk különböző viselkedéses változókat tekintve. A koktélok mindegyike 4 cl 37,5%-os rumot tartalmaz és 1,6 dl kólát, tehát 4x4 cl alkoholt fogtok fogyasztani. Ezen az ábrán láthatjátok, hogy körülbelül mekkora véralkoholszint emelkedést várunk ettől a mennyiségtől, illetve azt, hogy hány óra alatt fog kiürülni várhatóan a szervezetetekből. Kérlek, hogy azt mindenképpen vegyétek figyelembe, hogy az alkohol hatásai a kísérlet befejezését követően is tartani fognak. Az első koktél elfogyasztása előtt, illetve minden pohár után az előttetek lévő teszteket fogjuk végigcsinálni. Az első feladatnál a memóriátokat vizsgáljuk, a feladat az lesz, hogy 1 percen keresztül igyekezzetek minél több szót felidézni azok közül, melyeket fel fogok olvasni. A második feladatnál az egyensúlyérzéketekeket nézzük. Ehhez ezt az állást kellene felvenni (a vizsgálatvezető bemutatja a részegállást), tehát a térdeteket derékszögig megemelitek és hidat képeztek az orrotok és a térdetek között. Igyekezzetek minél tovább megtartani ezt a pozíciót, az időt mérni fogjuk és amikor a levegőben lévő lábatok a talajt érinti, akkor az általunk bemondott időt kellene feljegyezni a kérdőívetekre. Minden esetben először a jobb lábat kell felemelni és az eredményt a jobb lábhoz kell felvezetni, majd ugyanezt megcsináljuk a ballal is. A harmadik feladatnál melléknévpárokat láttok, melyeket egy egyenes köt össze, a feladat az lenne, hogy az aktuális állapototoknak megfelelően, jelöljétek be egy vonással, hogy hogyan érzitek magatokat a kitöltéskor.

A koktélok elfogyasztására minden alkalommal két perccel lesz és 10 percenként fogtok inni. Amennyiben marad idő a két mérés között, úgy mesét fogunk vetíteni, hogy ne unatkozzatok. Mosdóba természetesen ki lehet menni szükség esetén, azonban ez esetben igyekezzetek minél hamarabb visszatérni a terembe. Dohányozni nem lehet a vizsgálat során, mert a nikotin befolyásolhatja az eredményeket.

Van valamilyen kérdésetek a kísérlet menetével kapcsolatban?

Ha nincs, akkor kérnélek titeket, hogy írjátok alá az előttetek lévő Beleegyező nyilatkozatot, mely aláírással igazoljátok, hogy egyetértetek az elhangzottakkal. Olvassátok át és amint készen vagytok, összeszedem a szerződéseket. Rendben, köszönöm, akkor kezdjük is el!”

6. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet csoportos feltételének bevezetőjekor elhangzottak szó szerinti leirata

„...Jelen kutatás az alkohol viselkedéses hatásait vizsgálja, pontosabban az etanol hatását a rövidtávú memóriára, egyensúlyérzékre és szubjektív megítélésre. A kísérletben való részvétel két feltételhez kötött, az egyik, hogy 18 évesnél idősebbek legyetek, hiszen Magyarországon az érvényes jogszabályok alapján 18 év alatt nem lehet alkoholt fogyasztani; a másik pedig, hogy az itt látható összetevők egyikére se legyetek allergiásak. Ha van olyan közöttetek, aki bármilyen érzékenységgel bír ezen anyagok valamelyikére, az kérem most jelezze! Rendben, köszönöm. Még mielőtt elkezdenénk, kérdezném, hogy van-e olyan, aki nem töltötte ki az Alkohol hatásai a viselkedésre című online kérdőívet? Rendben, köszönöm. (Amennyiben volt, úgy feljegyeztük a résztvevő email címét és másnap egy újabb emailen keresztül kértük, hogy pótolja ezt.)

Az előttetek lévő kód, melyet az érkezéskor kaptatok, arra szolgál, hogy ne lehessetek azonosíthatóak a kutatás során. A regisztrációhoz használt email címetekhez rendeltünk egy kódot, mellyel a vizsgálat további részeiben azonosítani fogunk titeket. Ezen okból kifolyólag egyéni, laborjellegű eredmény nem készül, egyéni visszajelzésre nincs lehetőség, azonban igény szerint, kollektívan tudunk visszajelzést adni az eredményekről azoknak, akik ezt igénylik. Aki szeretne visszajelzést, az a kísérletet követően írja fel az email címét erre a lapra!

A kísérlet menetéről pár szóban: A vizsgálat körülbelül 1 órán keresztül fog tartani és ezen idő alatt 4 koktélt fogtok elfogyasztani, melyeket követően méréseket végzünk különböző viselkedéses változókat tekintve.

„Ez a kísérlet ma nem csak abban tér el a többi alkalomtól, hogy többen vagytok, de abban is, hogy itt ma nem mindenki fog alkoholt fogyasztani közületek. A csoport egy része 4x4 cl 37,5%-os rumot fog fogyasztani, ezek az alkoholos koktélok mindegyike 4 cl 37,5%-os rumot tartalmaz és 1,6 dl kólát, tehát 4x4 cl alkoholt fogtok fogyasztani. Ezen az ábrán láthatjátok, hogy körülbelül mekkora véralkoholszint emelkedést várunk ettől a mennyiségtől (1. ábra), illetve azt, hogy hány óra alatt fog kiürülni várhatóan a szervezetetekből. Kérlek, hogy azt mindenképpen vegyétek figyelembe, hogy az alkohol hatásai a kísérlet befejezését követően is tartani fognak. A csoport másik része azonban a kísérlet alatt semennyi alkoholt sem fog fogyasztani, csupán 4x2 cl rumaromát 4x 1,8 dl kólával felöntve. Aki a placebo feltételbe kerül, ne keseredjen el, mert ugyan ő a kísérlet során nem fog alkoholt fogyasztani, azonban a vizsgálat végén kárpótolni fogunk mindenkit, hiszen ma mindenki úgy jött ide, hogy inni szeretne. Az alkoholos és aromát tartalmazó koktélok ízre, szagra és színre nagyon hasonlítanak egymásra, előzetes vizsgálatokban azt találtuk, hogy 50%-os valószínűséggel sikerül csak megkülönböztetni őket. Azt hogy ki melyik feltételbe kerül az első mérést követően fogom elárulni.”

Az első koktél elfogyasztása előtt, illetve minden pohár után az előttetek lévő teszteket fogjuk végigcsinálni. Az első feladatnál a memóriátokat vizsgáljuk, a feladat az lesz, hogy 1 percen keresztül igyekezzetek minél több szót felidézni azok közül, melyeket fel fogok olvasni. A második feladatnál az egyensúlyérzéketekeket nézzük. Ehhez ezt az állást kellene felvenni (a vizsgálatvezető bemutatja a részegállást), tehát a térdeteket derékszögig megemelitek és hidat képeztek az orrotok és a térdetek között. Igyekezzetek minél tovább megtartani ezt a pozíciót, az időt mérni fogjuk és amikor a levegőben lévő lábatok a talajt érinti, akkor az általunk bemondott időt kellene feljegyezni a kérdőívetekre. Minden esetben először a jobb lábat kell felemelni és az eredményt a jobb lábhoz kell felvezetni, majd ugyanezt megcsináljuk a ballal is. A harmadik feladatnál melléknévpárokat láttok, melyeket egy egyenes köt össze, a feladat az lenne, hogy az aktuális állapototoknak megfelelően, jelöljétek be egy vonással, hogy hogyan érzitek magatokat a kitöltéskor.

A koktélok elfogyasztására minden alkalommal két perccel lesz és 10 percenként fogtok inni. Amennyiben marad idő a két mérés között, úgy mesét fogunk vetíteni, hogy ne unatkozzatok. Mosdóba természetesen ki lehet menni szükség esetén, azonban ez esetben igyekezzetek minél hamarabb visszatérni a terembe. Dohányozni nem lehet a vizsgálat során, mert a nikotin befolyásolhatja az eredményeket.

Van valamilyen kérdésetek a kísérlet menetével kapcsolatban?

Ha nincs, akkor kérnélek titeket, hogy írjátok alá az előttek lévő Beleegyező nyilatkozatot, mely aláírással igazoljátok, hogy egyetértetek az elhangzottakkal. Olvassátok át és amint készen vagytok, összeszedem a szerződéseket. Rendben, köszönöm, akkor kezdjük is el!”

7. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet: Adatlap

Az alkohol hatása a viselkedésre- Adatlap

Vizsgálat időpontja:..... Személy kódja:..... Mérés száma: 1

1. Kérlek, jegyezd fel az összes szót, amire a felolvasott szavakból emlékszel. Egy perced van a feladatra!

2. Hányadik másodpercnél érintette a lábad a talajt?

Jobb láb:másodperc

Bal láb:.....másodperc

3. Jelöld meg minden egyenesen, hogy ebben a pillanatban hogyan érzed magad!

gátolt	←—————→	felszabadult
visszahúzódó	←—————→	társasági
szomorú	←—————→	vidám
álmos	←—————→	éber
tiszta tudatú	←—————→	tompa tudatú
koncentráló	←—————→	zavart
passzív	←—————→	kezdeményező
szubmisszív	←—————→	domináns
hallgató	←—————→	beszédes
teljesen józan	←—————→	erősen ittas
nyugodt gyomor	←—————→	felkavart gyomor
apatikus	←—————→	érdeklődő
félénk	←—————→	bátor
jó közérzet	←—————→	rossz közérzet
racióális	←—————→	irracióális
megfontolt	←—————→	impulzív
bizonytalan	←—————→	magabiztos

8. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet: memóriateszt

Általános Pszichológiai Gyakorlatok I.42. számú mellékletének szólistái

kalap	asztal	olló	bánya	király
szekfű	villa	lekvár	zápor	fazék
sofőr	király	cserép	torma	bolond
láda	szabász	sellő	macska	ladik
bringa	cipő	lakat	kötél	templom
villany	színház	párna	pipa	cinke
dugó	hotel	folyó	palló	hörcsög
tenger	védenc	lemez	szöveg	vonat
pálca	vagyon	halom	fogász	kosár
szivacs	sapka	malac	fotó	táncos
érem	papír	jegyzet	írás	füzet
bögöly	ború	kocka	orom	kemény
sárkány	szalag	kályha	szólam	kinctár
sámli	bála	szoba	fésű	csukló
panda	kotta	vandál	cseppkő	iszony
kötvény	ajtó	vastag	alom	vályog
uszony	narancs	zacskó	vidra	mafla
finom	bögre	banán	nyafog	szappan
paplan	füzér	kullog	erkölcs	átok
kanca	mese	kefir	zárva	csacsi

9. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet: prezentáció



Pszichológiai kísérlet az alkohol viselkedés hatásairól

Tájékoztató nyilatkozat

Kedves Résztevő!

Egy tudományos kutatásban veszel részt, mely Bodnár Vivien, az Eötvös Loránd Tudományegyetem Klinikai és Egészségpszichológia MA szakirányos hallgatója által valósul meg, Dr. Bárdos György, egyetemi tanár, igazgató, az MTA doktora, vezetésével.



A vizsgálat célja

A kutatás során azt vizsgáljuk, hogy az alkohol milyen hatással van bizonyos viselkedéses mutatókra. E cél érdekében az egyensúlyt, memóriát és szubjektív állapotot felmérő pszichológiai tesztekkel vizsgálunk fel.

A vizsgálat menete

A vizsgálat nagyjából 60 percet vesz igénybe, mely során négy koktélt elfogyasztását követően minden koktélt után, illetve az első elfogyasztása előtt egyensúlyt, memóriát és szubjektív állapotot felmérő pszichológiai tesztekkel vizsgálunk fel a vizsgálatban résztvevőkkel.

Feltételek

A részvétel előzetes feltétele, hogy betöltsd a 18. életévedet, nem szenvedsz semmilyen alkoholproblémában és hogy nem vagy allergiás a vizsgálatvezető által a vizsgálat megkezdése előtt ismertett, koktélokban található összetevők egyikére sem.

Összetevők:

- Rum
- Karamell
- Tartósítószer (nátrium-benzoát,)
- Koffein
- Édesítőszer (ciklamátok, aceszulfámK, aszpartam)
- Savanyúságot szabályozó anyagok (foszforsav, citromsav, nátrium-citrátok)
- Fenil-alanin forrás
- Széndioxid
- Ivóvíz



Adatkezelés, részvétel

Szigorúan bizalmasan kezelünk minden olyan információt, amit a kutatás keretén belül gyűjtünk össze. A kutatás során nyert adatokat kóddal ellátva biztonságos számítógépen, a válaszlapokat elzárt szekrényben őrzük. Az egyéni kódot minden kérdőív esetében a kutatásban résztvevő asszisztens adja, és csak ő ismeri. A kutatás során nyert adatokat összegezzük, statisztikai elemzéseket végzünk rajta, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg.

A kutatásban való részvétel teljesen önkéntes. A vizsgálatot bármikor indoklás nélkül megszakíthatod, vagy a kérdések megválaszolását megtagadhatod.

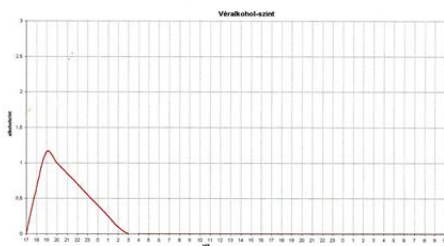
Eredmény: a vizsgálat eredményéről orvosi jellegű zárójelentés, laborlet nem készül. A vizsgálat során találatokról természetesen a kívánságnak megfelelően tájékoztatást adunk.



Kérjük, amennyiben egyetértesz a fenti feltételekkel, és hozzájárulsz a kutatásban való részvételhez, azt a vizsgálat megkezdése előtt a helyszínen aláírással igazold. Együttműködésedet előre is köszönjük!



Az alkohol szervezetből való kiürülésének idői vonatkozásai



1. mérés

Egészségedre!



2. mérés

Egészségedre!



3. mérés

Egészségedre!



4. mérés

Egészségedre!



5. mérés



10. számú melléklet: „Szociális placebo” kísérlet etikai engedélye

Kérelem kutatásetikai engedélyhez

(A kérelmet kitöltés után kérjük kinyomtatni és a kérelmező aláírásával ellátni.)

A kutatásvezető neve:	DR. BÁRDOS GYÖRGY
Tudományos fokozata ¹ :	egyetemi tanár, igazgató, az MTA doktora
Munkahelye ² :	ELTE PPK Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet)
Beosztása:	egyetemi tanár, igazgató
E-mail címe:	bardos.gyorgy@ppk.elte.hu
A kutatás címe:	Placebo-hatás és alkohol
A kutatás fedezetét biztosító forrás (pályázat, vagy más):	OTKA pályázat (2013. 09. 01. – 2017. 08. 31.
A kutatásban résztvevő további kutatók:	
A kérelem beadásának dátuma:	2013.11.30.
A kutatás kezdetének és befejezésének várható időpontja:	2014. január- 2014. április

¹ A kutatásvezető csak tudományos minősítéssel (PhD, CSc, DSc) rendelkező kutató lehet.

² Az ELTE PPK KEB kizárólag az ELTE PPK-on közalkalmazotti állásban vagy professor emeritusi alkalmazásban dolgozó kutatók számára ad ki kutatásetikai engedélyt.

<p>A kutatás célja (min. 100, max. 200 szó):</p>	<p>A placebo-hatást mind a hétköznapi életben, mind pedig kísérleti elrendezésben megfigyelték már: alkoholmentes sörtől többen ittasak lettek a való életben, és kísérleti körülmények között is.</p> <p>Több szerzőhöz hasonlóan a kondicionálásos és elvárásos placebo-hatást elválasztva, az utóbbit magyarázó bio-pszicho-szociális, kapu kontroll elmélet (Cziboly, Bárdos, 2003) keretében vizsgáljuk az alkohol placebo-hatását egyetemista populáción.</p> <p>A kiinduló pontot jelentő alkohol-aroma kísérletekben (Cziboly, Nagy, Köteles, Fodor, Bárdos 2007), ahol a személyek vagy nem tudtak arról, hogy aromát is fogyaszthatnak vagy igen, a csoportfolyamatok és a fogyasztás viszonylag rövid időtartama befolyásolhatták az egyensúlyérzék, szubjektív részegség és memória eredményeket. Vizsgáljuk, hogy 2 dl kóla 4x4 cl rum, illetve aroma hozzáadásával egyéni kísérleti helyzetben milyen hatással van a vizsgálati személyek rövidtávú memóriájára, egyensúlyérzékelésére és szubjektív testi-lelki megítélésére. Továbbá az elvárásos hatások további vizsgálatához, az említett jellemzőket felmérjük csoportos helyzetben, ahol az alanyok csak alkoholos koktélt kapnak, avval az instrukcióval, hogy aromát fogyasztanak. A kísérlet eredményeit a kiinduló vizsgálat eredményeivel együtt elemezve vizsgáljuk, hogy az elvárás alapú placebo-hatás milyen módon befolyásolja a személyeket alkoholfogyasztás esetén.</p> <p>Cziboly, Á., Bárdos, Gy. (2003) A placebo fogalma, története, alkalmazása, valamint számos magyarázó elméletének áttekintése. Magyar Pszichológiai Szemle, 58(3), 381-416.</p> <p>Cziboly Ádám, Nagy Krisztina, Köteles Ferenc, Fodor Dániel, Bárdos György (2007): Ethanol or Etalon? Placebo effect in the effect of the alcohol. 10th European Congress of Psychology. Prága (Cseh Köztársaság), 2007. júl. 3-6.</p>
--	--

<p>A vizsgált személyek életkora (a megfelelő aláhúzendó):</p>	<p>3 év alatt</p> <p>3-14 év között</p> <p>14-18 év között</p> <p><u>18 éven felül</u></p>
<p>A beleegyezés megtételének módját befolyásolja a személy életkora. Húzza alá, mely dokumentumokat csatolja:</p>	<p>Ha vizsgált személy <i>3 év alatti gyermekkorú</i>, a vizsgálat ismertetését a szülőknek írásos formában kell átadni, és ő adhatja aláírásával a beleegyezését a gyerek nevében. Csatolja az etikai kérelemhez a vizsgálat ismertetését dokumentumot és a beleegyezést kérő ívet.</p> <p>Ha vizsgált személy életkora <i>3-14 év közötti gyermekkorú</i>, a szülő ad írásbeli beleegyezést a fenti módon, a vizsgált gyerek pedig szóban. Csatolja a szülőknek szánt dokumentumot, a beleegyezést kérő ívet, és a gyerekeknek szánt szóbeli vagy írásbeli információ tartalmát.</p> <p>Ha a vizsgált személy <i>14-18 év közötti fiatalokorú</i>, az írott információt mind neki, mind a szülőknek el kell juttatni, és a beleegyezést mindketten alá kell írják. Ha a gyermek neve nem kerül a kutatásban felvételre, a szülők passzív beleegyezése is elegendő (a beleegyezésük vélelmezhető, ha az írott információ ismeretében nem támasztanak kifogást gyermekük részvétele ellen). Csatolja a fentiekben megjelölt dokumentumokat (vizsgálat ismertetése, beleegyezés).</p> <p>Ha a vizsgált személyek <u>18 éven felüliek</u>, írott információt kell biztosítani számukra a vizsgálatról és annak céljáról, és a részvételbe aláírásukkal kell beleegyezzenek. Csatolja a megfelelő dokumentumokat.</p>
<p>A vizsgált személyek kiválasztásának módja. (Milyen módon toborozza a vizsgált személyeket?) (Szükség esetén csatolja a megfelelő dokumentációt: hirdetés, intézmény-vezetőnek írandó levél stb.)</p>	<p>Papír alapú plakátok elhelyezése az ELTE, Corvinus, SOTE, BGF hirdetőfalain, internetes hirdetés a Facebook közösségi portálon „esemény” létrehozása és megosztás segítségével. A jelentkezőknek a vizsgálatban való részvételhez emailt kell küldeniük az alkoholkiserlet@freemail.hu címre.</p>
<p>A vizsgálat helyszíne:</p>	<p>ELTE PPK Pszichológiai Intézet</p>

<p>A vizsgálat rövid leírása (min. 400, max. 600 szó):</p>	<p>Vizsgáljuk, hogy 2 dl kóla 4x4 cl rum, illetve aroma hozzáadásával egyéni kísérleti helyzetben milyen hatással van a vizsgálati személyek rövidtávú memóriájára, egyensúlyérzékelésére és szubjektív testi-lelki megítélésére.</p> <p>A kiinduló pontot jelentő alkohol-aroma kísérletekben (Cziboly, Nagy, Köteles, Fodor, Bárdos 2007), ahol a személyek vagy nem tudtak arról, hogy aromát is fogyaszthatnak vagy igen, a csoportfolyamatok és a fogyasztás viszonylag rövid időtartama befolyásolhatták az egyensúlyérzék, szubjektív részegség és memória eredményeket.</p> <p>Feltételezzük, hogy egyéni helyzetben az aromát és a rumot fogyasztók kisebb mértékben mutatják a részegség jeleit az említett mutatók mentén, mint csoportos helyzetben.</p> <p>Egyéni helyzetben kapott eredményekkel a placebo hatás „letisztultabb”, csoporthatásoktól mentes jellemzőit írhatjuk le.</p> <p>Továbbá az elvárásos hatások további vizsgálatához, az említett jellemzőket felmérjük csoportos helyzetben, ahol az alanyok csak alkoholos koktélt kapnak, avval az instrukcióval, hogy aromát fogyasztanak. Ebben az esetben a egy „placebo ellenhatást” várunk, vagyis hogy az aromának vélt alkohol hatásai kisebb mértékben jelentkeznek, pusztán a véralkohol hatására, elválasztva az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó gondolatoktól és hiedelmektől, melyek a mindennapokban a részegségérzés nagy részét magyarázhatják. Hipotézisünk, hogy azok, akik aromának vélik az általuk elfogyasztott alkoholos koktélok, alacsonyabb értékeket mutatnak majd az említett skálákon, mint azok, akik a korábbi vizsgálatban úgy tudták, hogy vagy aromát, vagy pedig rumot fogyasztottak.</p>
<p>Milyen berendezéseket, műszereket, eszközöket alkalmaz?</p> <p>Szükség esetén csatolja azok dokumentációját (ez nem szükséges, ha azok egy korábbi eljárásban már jóvá lettek hagyva).</p>	<p>Papírpoharak, rumaroma, rum, kóla a kísérlet lebonyolításához. Továbbá kinyomtatott kérdőívek és beleegyezési nyilatkozat és stopper.</p>

<p>Milyen kérdőíveket, tesztek, interjútechnikákat stb. kíván alkalmazni?</p> <p>Amennyiben azok nem sztemerd és nem a bizottság által már jóváhagyott eljárások, csatoljon egy másolatot belőlük.</p>	<p>Az alkoholos hatás méréséhez a következő mérőeszközöket alkalmazzuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Flamingó állás az egyensúlyérzék mérésére - Általános Pszichológiai Gyakorlatok I.42. mellékletének szólistái a rövid távú memória mérésére - 17 tulajdonságpárból álló vizuális analóg skála a testi-lelki állapot megítélésének mérésére <p>Továbbá a vizsgálatra jelentkezők online formában kitöltenek egy demográfiai kérdéseket tartalmazó kérdőívet</p>
<p>Ismertesse, milyen módon biztosítja a felvett adatok bizalmas, rövid és hosszú távú kezelését, archiválását, és azt, hogy azokból a vizsgált személy ne legyen azonosítható.</p>	<p>Az emailben jelentkezők a vizsgálat menetéről szóló tájékoztatón túl egy azonosítót kapnak, mellyel a vizsgálat további részeiben részt vesznek majd. Az eredeti neveket és azonosítókat tartalmazó dokumentum kizárólag a vizsgálatvezető számára lesz elérhető. A vizsgálat befejezése után valamennyi azonosításra alkalmas adatot zárt borítékban a vizsgálat témavezetője zárt helyen tárol, az elektronikus változatok megsemmisítésre kerülnek. Publikációkban, előadásokban stb. személyek azonosítására alkalmas adat semmilyen formában nem szerepel.</p>

<p>Az alábbi kérdések valamelyikére adott IGEN válasz nem zárja ki azt, hogy a vizsgálat megvalósítható.</p>			<p>Amennyiben bármelyik kérdésre IGEN-nel válaszolt, ismertesse, hogyan gondoskodik arról, hogy a vizsgált személyekben testi és lelki kár ne essék a vizsgálat folyamán.</p>
<p>Jár-e a vizsgálat kellemetlen ingerek bemutatásával?</p>	<p><u>NEM</u></p>	<p>IGEN</p>	
<p>Jár-e a vizsgálat kellemetlen helyzetek létrehozásával?</p>	<p><u>NEM</u></p>	<p>IGEN</p>	
<p>Jár-e a vizsgálat fájdalommal?</p>	<p><u>NEM</u></p>	<p>IGEN</p>	
<p>Jár-e a vizsgálat víz, élelem, alvás stb. megvonásával?</p>	<p><u>NEM</u></p>	<p>IGEN</p>	

Jár-e a vizsgálat gyógyszerek vagy pszichoaktív szerek alkalmazásával?	NEM	<u>IGEN</u>	A kísérlet bizonyos feltételeiben a résztvevők alkoholt fogyasztanak, mely azonban mérsékelt mennyiségű és a résztvevők beválogatásának kritériuma, hogy 18. életévüket betöltsék, ne legyenek allergiások a kísérlet során felhasznált kémiai anyagokra, és ne legyen alkoholfogyasztást kizáró betegségük.
Jár-e a vizsgálat testi sérülés veszélyével?	<u>NEM</u>	IGEN	
Jár-e a vizsgálat mentális betegek vagy mentálisan veszélyeztetett egyének részvételével?	<u>NEM</u>	IGEN	
Jár-e a vizsgálat a vizsgált személyek tudatos félrevezetésével?	NEM	<u>IGEN</u>	Igen, a placebo hatás megfelelő vizsgálatához azonban elengedhetetlen a megtévesztés. Az alkoholos- alkoholt nem tartalmazó koktélok és a vizsgálat valódi célját illetően vezetjük félre a résztvevőket, akiknek a vizsgálatot követően lehetőségük van informálódni a kutatás valódi céljáról.
Jár-e a vizsgálat a kutatás természetére vagy céljára vonatkozó információk eltitkolásával?	NEM	<u>IGEN</u>	A résztvevőknek lehetőségük van tájékozódni a vizsgálatot követően a kutatás valódi céljairól e-mailben, amennyiben azt külön kéri.
Jár-e a vizsgálat olyan eljárással, amely akár szándéktalanul is szorongást vagy szenvedést okozhat (pl. mélyinterjú)?	<u>NEM</u>	IGEN	

Van-e bármilyen további etikai vonatkozása a vizsgálatnak, amelyre a fenti kérdésekre adott válaszokban nem történt utalás? Ha igen, kérjük röviden ismertesse:

Az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága a következőkre hívja fel a kérelmezők figyelmét:

Amennyiben a tervezett vizsgálatoknak lehet orvosbiológiai ill. egészségügyi vonatkozása , a Helsinki Deklarációban (18. Orvosi Világközgyűlés 1964) rögzített elvek az irányadók. Amennyiben van ilyen vonatkozás, a kérelmet engedélyeztetni kell a Semmelweis Egyetem Regionális Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottságával (1091 Budapest, Üllői út 93.) is.
Esetleges állatkísérleteket tekintve az 1998 évi XXVIII törvény (Az állatok védelméről és kíméletéről, Magyar Közlöny 1998, 04. 01.) előírásainak figyelembe vétele kötelező.
A KEB a résztvevő személyek elé kerülő minden írásos anyagot megtekintésre bekérhet (pl. toborzó plakát, hirdetés, tájékoztató, beleegyező nyilatkozatok, kérdőívek stb.). Pályázat esetén kérjük ennek mellékelését.
Beleegyezői nyilatkozat és Tájékoztató nyilatkozat (javasolt formák csatolva, mely a vizsgálat egyedi jellegzetességeinek megfelelően módosítható): a vizsgálati személyek előzetesen, önkéntesen és minden lényeges információ birtokában beleegyezésüket kell adják a részvételhez. Az információnak minden esetben tartalmaznia kell a beleegyezés bármikori visszavonásának jogát.
Kérjük, ne felejtse el csatolni a Toborzó Hirdetés szövegét!
A vizsgálatnak a Tájékoztató elolvasásával, majd a Beleegyező Nyilatkozat kitöltésével kell kezdődnie. A csatolt Tájékoztatóban és a Beleegyező Nyilatkozatban is hangsúlyozni kell azt, hogy a részvétel névtelen, önkéntes és bármikor megszakítható. Ha online teszt kitöltésről van szó, akkor a résztvevő a kérdőív kitöltése előtt igen válasszal (vagy „pipával”) jelezze a beleegyezését.
Kérjük, mindenképp nyilatkozzon arról, hogy (1) a személyi adatokat is tartalmazó Beleegyező Nyilatkozatok harmadik, a résztvevőkkel közvetlenül kapcsolatba nem kerülő személynél, biztonságos módon kerülnek elhelyezésre; (2) a többi dokumentumon csak jelígis azonosítás történik; (3) milyen digitális formátumban kerülnek tárolásra az anyagok; (4) a nyers (kitöltött kérdőívek, hangfelvételek), a feldolgozott (digitalizált, tartalomelemzett, stb.) adatok, ill. a Beleegyező Nyilatkozatok mennyi ideig, hol kerülnek tárolásra.

Megítélésem szerint a tervezett kutatás összhangban van a pszichológiai kutatásetikai normákkal. Kérem annak engedélyezését.

Kelt: 20 év hó nap

a kérelmező aláírása

A kérelemben részletezett kutatási tervet a KEB megvizsgálta, és abban a következő hiányosságokat, ill. javításra szoruló részeket találta:

Iktatási szám:

Dátum: 20évhónap

A bizottság elnökének
(vagy az eljáró bizottsági tagnak) az aláírása

A kérelemben részletezett kutatási tervet a KEB megvizsgálta, és azt jóváhagyta.

Iktatási szám:

Dátum: 20évhónap

A bizottság elnökének
(vagy az eljáró bizottsági tagnak) az aláírása

11. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet tájékoztatója 1.

Kedves Jelentkező!

Köszönjük az érdeklődésedet. A regisztráció véglegesítéséhez kérjük, hogy a lenti információk megismerését követően töltsd ki az email végén található kérdőívet.

Időpont, helyszín:

A Rapid Randi esemény Budapesten, a hetedik kerületben kerül megrendezésre (a pontos helyszínről a regisztráció véglegesítését követően küldünk további tájékoztatót), összesen négy alkalommal:

- 2017. április 10. hétfő
- 2017. április 12. szerda
- 2017. április 24. hétfő
- 2017. április 26. szerda

Hogyan működik a Pszicho Rapid Randi?

Pszichológusok szerint 6 perc elég arra, hogy eldöntsük: tetszik-e a másik, vagy sem, akarunk-e tőle bármit is, vagy sem. Egy kis előzetes tudományos "alapozás" és egy kis pezsdítő mámor azonban sosem árt.

Éppen ezért a Pszicho Rapid Randi egy rövid pszichológiai kérdőívcsomag kitöltését követően 6 perces villámbeszélgetésekkel indul: 10 férfi és 10 nő ismerkedik egymással. A beszélgetéseket ingyenes alkoholos mini koktélokkal igyekszünk még kellemesebbé varázsolni.

A beszélgetések alatt a résztvevők értékelik egymást, illetve saját aktuális szubjektív állapotukat- amennyiben pedig az értékelések között egyezést találunk- tehát a két fél kölcsönösen szimpatizál, akkor megadjuk egymásnak az elérhetőségeket (email cím). Zéró kockázat, hiszen a megkedvelt hölgy/úr csak akkor tudja meg, hogy tetszik neked, amennyiben az érdeklődés kölcsönös.

Annak érdekében, hogy a legideálisabb és legösszeillőbb csoportokat/párokat hozzuk össze, az eseményt megelőzően egy kis pszichológiai felmérést végzünk. A Pszicho Rapid Randin történő részvételhez kérjük, hogy töltsd ki az alábbi kérdőív csomagot (7-10 percet vesz igénybe): https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdISjQmMMT1NNeA3OJNKmC9cYhuYQ8rZcAi6zrW7WAFG008Gg/viewform?usp=sf_link

A kérdőív kitöltésekor az azonosítás az email cím és a megadott keresztnév/becenév/ fantázianév alapján történik. A randin csupán a megadott névvel és egy hozzárendelt kóddal fogsz részt venni, további azonosításra alkalmas adat nem szerepel sehol.

Üdvözlettel:

Pszicho Rapid Randi Team

12. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet tájékoztatója 2.

Kedves Jelentkező!

Köszönjük jelentkezésedet. A vizsgálatra a következő időpontban és helyszínen várunk:

Időpont: 2017. április 19.00

Helyszín: Hétker Pub

Budapest VII. kerület, Akácfa utca 7.

A randi időtartama: kb. 1,5 óra

Az esemény 19.00-kor kezdődik, kérjük, hogy igyekezz pontosan érkezni. Esetleges akadályoztatásodat kérjük, hogy jelezd a pszichorapidrandi@gmail.com címen, hogy át tudjuk adni a helyet más jelentkezőknek.

Az eseményen alkoholt szolgálunk fel, ezért a randi napján kérjük, hogy lehetőség szerint ne fogyassz alkoholt, tudatmódosító szert, illetve gyógyszert, amely alkohollal együtt nem alkalmazható.

Az esemény során a résztvevők szeszestalt fogyasztanak, így a véralkoholszint növekedésének hatásával számolni kell! Ezt mindenképpen vedd figyelembe a napod tervezésekor, különös tekintettel az autóvezetésre.

A vizsgálatra hozz magaddal valamilyen fényképes igazolványt, mellyel igazolhatod, hogy elmúltál 18 éves.

Kellemes ismerkedést kívánva,

Pszicho Rapid Randi Team

13. számú melléklet: A "Rapid randi" toborzója

Toborzó szöveg

*****TALÁLD MEG A PÁROD A PSZICHOLÓGIA SEGÍTSÉGÉVEL!*****

Nagyanyáink idejében még a szülők hozták össze a párokat, akik aztán örökre együtt is maradtak. De mit tehetünk a 21. század rohanó világában...?

Egyedülálló 18-35 év közötti fiatal vagy, ismerkednél, vagy csupán szívesen beszélgetnél az ellenkező nem tagjaival, felhőtlenül, de kötöttségek nélkül egy pár kellemes ital elfogyasztása mellett? Ha igen, akkor ezt az eseményt neked találták ki!

Pszichológusok szerint 6 perc elég arra, hogy eldöntsük: tetszik-e a másik, vagy sem, akarunk-e tőle bármit is, vagy sem. A Pszicho Rapid Randi szervezésében, a pszichológia eszköztárával igyekszünk megtalálni a számodra ideális partnert, a folyamatot pedig kicsit felrúzzuk némi alkohol segítségével, hiszen egy kis előzetes tudományos "alapozás" és egy kis pezsdítő mámor sosem árt.

<<Hogyan működik a Rapid Randi?>>

A Pszicho Rapid Randi során, annak érdekében, hogy a legideálisabb és legösszeillőbb csoportokat/párokat hozzuk össze, az eseményt megelőzően pszichológiai felmérést végzünk. A Rapid Randi a rövid, online pszichológiai felmérést követően 6 perces villámbeszélgetésekkel indul: 10 férfi és 10 nő ismerkedik egymással. A beszélgetéseket ingyenes alkoholos mini koktélokkal igyekszünk még kellemesebbé varázsolni.

A beszélgetések alatt a résztvevők értékelik egymást, illetve saját aktuális szubjektív állapotukat- amennyiben pedig az értékelések között egyezést találunk- tehát a két fél kölcsönösen szimpatizál, akkor megadjuk egymásnak az elérhetőségeket (email cím). Zéró kockázat, hiszen a megkedvelt hölgy/úr csak akkor tudja meg, hogy tetszik neked, amennyiben az érdeklődés kölcsönös.

A regisztrációhoz küldj egy emailt a pszichorapidrandi@gmail.com email címre. A regisztrációt követően egy rövid (7-10 perces) pszichológiai teszteset és kérdés kitöltését követően további tájékoztatást küldünk a kialakított beosztás alapján az esemény pontos helyszínéről és időpontjáról.

Helyszín: Budapest, 7. kerület

A rendezvény mindössze négy alkalommal kerül megrendezésre a késő délutáni-esti órákban: 2017. április 10.; 2017. április 12.; 2017. április 24. és 2017. április 26.

Ne maradj le, regisztrálj most!

14. számú melléklet: A "Rapid randi" belegező nyilatkozata

Belegező nyilatkozat

Alulírott(név, születési idő olvashatóan kitöltve)

Kijelentem, hogy „Pszicho Rapid Randi” elnevezésű eseményen önként veszek részt és elmúltam 18 éves. Az esemény jellegéről annak megkezdése előtt kielégítő tájékoztatást kaptam.

Kijelentem, hogy a szervezők a program megkezdése előtt ismertették a koktélokban található összes összetevőt. Tudomásul veszem, hogy kötelességem tájékoztatni a szervezőket a program megkezdése előtt, ha a koktél bármely összetevőjére táplálékallergiában szenvedek, ennek elmulasztása esetén az esetleges következményekért a felelősséget vállalom.

Elfogadom, hogy az elfogyasztott alkohol hatására bekövetkező fizikai és pszichikai változásokért a felelősség engem terhel.

Tudomásul veszem, hogy az azonosításomra alkalmas személyi adataimat bizalmasan kezelik. Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálat során a rólam felvett adatokat és videó felvételt tudományos célra felhasználhassák.

Tudomásul veszem, hogy a vizsgálat eredményéről külön laboratóriumi lelet, pszichológiai diagnózis, orvosi zárójelentés nem készül.

Hozzájárulok, hogy kölcsönös szimpátia* esetén email-es elérhetőséget a szervezők megosszák a beszélgetőpartnerekkel.

.....

(aláírás)

Kelt: 20 év hó nap

*Kölcsönös szimpátia, amennyiben mind a beszélgetőpartner, mind pedig te igent jelöltél az adatlapon a „Szeretnél vele kapcsolatba lépni/találkozni vele a jövőben” kérdésre.

15. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérleti online kérdőíve

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdISjQmMMT1NNeA3OJNKmC9cYhuYQ8rZcAi6zrW7WAFG008Gg/viewform?usp=sf_link

2017. 10. 25.

Rapid randi kérdőívcsomag

Rapid randi kérdőívcsomag

Az alábbi kérdőív kitöltése kb. 8-10 percet vesz igénybe.

*Kötelező

1. E-mail-cím *

TALÁLD MEG A PÁROD A PSZICHOLÓGIA SEGÍTSÉGÉVEL!



2. Keresztnév/ becenév/ fantáziánév (amellyel részt veszel az eseményen)

3. Kiválasztott időpont (több időpont is megadható) *

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- 2017. április 10. hétfő 18.00
- 2017. április 12. szerda 18.00
- 2017. április 26. szerda 18.00
- 2017. május 8. hétfő 18.00

4. Preferált korosztály az ismerkedés során

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- 18-25
- 26-30
- 31-35
- 36-45
- 46+

Demográfiai adatok



5. Nemi *

Soranként csak egy ovalist jelöljön be.

- nő
- férfi

6. Életkor *

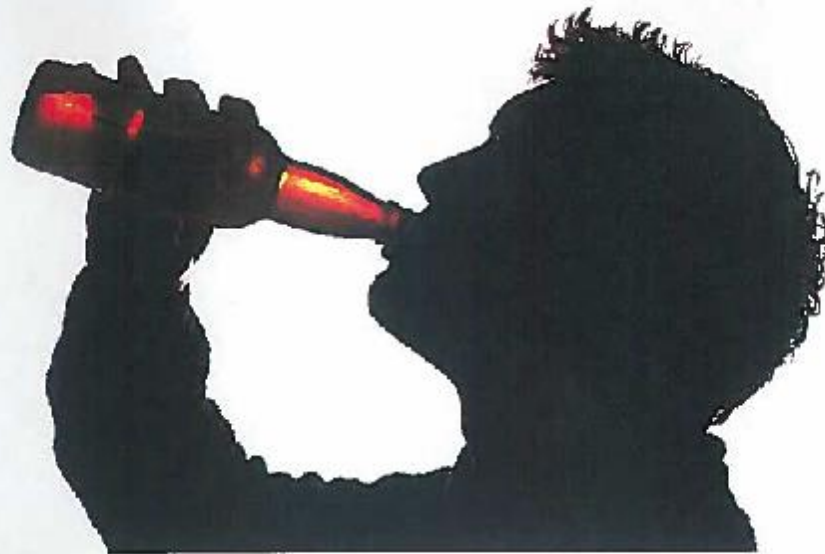
7. Legmagasabb iskolai végzettség *

Soranként csak egy ovalist jelöljön be.

- általános iskola
- középiskola (szakiskola, gimnázium, szakközépiskola)
- főiskola, felsőfokú továbbképzés, Bachelor (BA/BSc) képzés
- egyetem, egyetemi továbbképzés, Master (MA/MSc) képzés
- posztgraduális képzés
- Egyéb: _____

Folytassa a(z) 7. kérdéssel!

Alkoholfogyasztási szokások



8. Milyen gyakorisággal fogyaszt alkoholt? *

Soranként csak egy ovalist jelöljön be.

- soha *A rész utolsó kérdése után hagyja abba az űrlap kitöltését.*
- ritkán (ünnepekkor, alkalmanként)
- havi rendszerességgel (havi 1-2 alkalom)
- heti rendszerességgel (heti 1-2 alkalom)
- Hetente két alkalomnál gyakrabban
- naponta

9. Az elmúlt egy hónapban hány alkalommal fogyasztott alkoholt? *

Soranként csak egy ovalist jelöljön be.

- egyszer sem
- 1-3 alkalommal
- 4-6 alkalommal
- 7-9 alkalommal
- 10-12 alkalommal
- 13 alkalomnál többször

10. Milyen típusú alkoholos italt szokott fogyasztani? *

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- sör
- bor, fröccs
- pezsgő
- koktél
- long-drink (vodka narancs/szóra, gin tonic, whiskey cola, stb.)
- rövid ital tisztán
- Egyéb: _____



11. Hány egységnyi alkoholt fogyaszt átlagos alkalommal, amikor iszik? (1 egység = 10 ml tisztított alkohol = 1 pohár sör = 1 dl bor = 3 cl (lömény) *)

Soranként csak egy opciót jelöljön be.

- 1 egység
- 2 egység
- 3 egység
- 4 egység
- 5 egység
- 6 egység
- 7 egység
- 8 egység
- 9 egység
- 10 egység
- 10 egység <
- Opció: 12



12. Hol szokott alkoholt fogyasztani? *

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- otthon
- vendéglátó egységben
- munkahelyen
- szórakozóhelyen
- szabadterén
- Egyéb: _____

14. Olyannak látom magam, mint aki... *

Soroként csak egy ovális jelöljű be.

	Egyáltalán nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Egyet is értek, meg nem is	Egyetértek	Teljesen egyetértek
1. Bőbeszédű	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Gyakran gáncoskodik és másokat hibáztat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Alapos és precíz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Rossz kedélyállapotú, lehangolt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kreatív, találékony	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Zárkózott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Onzetlenül viselkedik másokkal és eggitökész	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Egy kicsé hanyag, nem törődöm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nyugodt és a stresszt jól kezelő	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sok különböző dolog iránt érfekfődik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Telj van energiával	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Kötakedű	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A munkájában lelkismeretes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Időnként feszült	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Szellames és találékony	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Rongatag dologért rajong	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Egy megbocsaató természeti személy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Hajlamos a szélszörtságra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sokat aggodalmaskodik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Képzetgezdög, fantáziadús	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Hajlamos a csendesságra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Általában bizakodó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Hajlamos a lustaságra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Érzeimileg stabil, nem banul ki könnyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Letaményes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Magabiztos, tudja mit akar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Olyannak látom magam, mint aki... *

Soranként csak egy ovális jelöljű be.

	Egyáltalán nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Egyet is értek, meg nem is	Egyetérték	Teljesen egyetérték
1. Bőbeszédű	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Gyakran gáncoskodik és másokat hibáztat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Alapos és precíz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Rossz kedélyállapotú, lehangolt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Kreatív, találékony	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Zárkózott	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Onzetlenül viselkedik másokkal és egítőképz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Egy kicsé hanyag, nem törődöm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nyugodt és a stresszt jól kezelő	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sok különböző dolog iránt érdeklődik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Telj van energiával	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Kötakadó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A munkájában lelkismeretes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Időnként feszült	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Szellames és találékony	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Rongatag dologért rajong	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Egy megbocsátó természetű személy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Hajlamos a szélszörtságra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sokat aggodalmaskodik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Képzeltgezdég, fantáziadús	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Hajlamos a csendesságra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Általában bizakodó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Hajlamos a lustaságra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Érzelmileg stabil, nem banul ki könnyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Letaményes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Magabiztos, tudja mit akar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Egyáltalán nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Egyet is értek, meg nem is	Egyetérték	Teljesen egyetértek
27. Hüvös és zárkózott is tud lenni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Míndaddig kitart, amíg az elkezdett feladatot meg nem oldja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Szeszélyes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Kedveli a művészetet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Néha szégyenlős és gőllásos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Szinte mindenkiel ajkázakeny és kedves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Hatékonyan intézi a dolgait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Higgadt és jó az önuralma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Szereli a megszokott dolgokat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Társaságkedvelő	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Néha goromba és kíméletlen másokkal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Célludatos és a tervelt véghez viszi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Könnyen ideges lesz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Szeret elmélkedni és álmodozni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Kevéssé érdekli a művészetek iránt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Szeret másokkal együttműködni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Könnyen zavarba jön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Kifinomult ízléssel rendelkezik a művészetek, a zene és az irodalom iránt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Folytassa a(z) 14. kérdéssel!

Általános életszemlélet

A következő 10 kérdés során az általános közérzettel és elvárásokkal kapcsolatos állításokat talál. Kérjük, minden egyes esetben döntse el azt, hogy mennyire ért vagy nem ért egyet az adott állítással és jelölje be a véleményével leginkább meggyező a számot.

- 1 = egyáltalán nem értek egyet
- 2 = inkább nem értek egyet
- 3 = nem tudom eldönteni,
- 4 = valamilyenre egyetértek
- 5 = teljesen egyetértek

Nőnsenek jó vagy rossz válaszok.



15. Ha bizonytalan vagyok valamiben, akkor rendszerint a legjobb kimenetelben bízom. *
- Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

16. Könnyen tudok relaxálni. *
- Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

17. Az én esetemben, ha valami elromolhat, akkor valóban el is romlik. *
- Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

18. Mindig optimista vagyok a jövővel kapcsolatban. *
- Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

19. Nagyon szeretek a barátaimmal lenni. *
- Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

20. Fontos, hogy találjak magamnak elfoglaltságot. **Soronként csak egy oválit jelöljön be.*

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

21. Szinte soha nem várom azt, hogy rendben menjenek a dolgok. **Soronként csak egy oválit jelöljön be.*

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

22. Nem egykönnyen izgatom fel magam. **Soronként csak egy oválit jelöljön be.*

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

23. Ritkán számítok arra, hogy jó dolgok történhetnek velem. **Soronként csak egy oválit jelöljön be.*

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

24. Összességében inkább jó, mint rossz dolgokra számítok. **Soronként csak egy oválit jelöljön be.*

	1	2	3	4	5	
Egyáltalán nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Teljesen egyetértek

*Folytassa a(z) 24. kérdéssel!***Spiritualitás**

Az előbbiakban a spiritualitással kapcsolatos állításokat talál.

Kérjük, minden egyes esetben döntse el azt, hogy mennyire ért vagy nem ért egyet az adott állítással és jelölje be a véleményével leginkább megegyező a számot.

Nincsenek jó vagy rossz válaszok.

1= határozottan egyetértek

2= nem értek egyet

3= inkább nem értek egyet

4= nem tudom eldönteni

5= inkább egyetértek

6= egyetértek

7= határozottan egyetértek



25. A spirituális jobbá teszi az életemet. *

Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozottan nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozottan egyetértek

26. Nem érzem, hogy spirituális kapcsolatban lennék a körülöttem levő világgal. *

Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozottan nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozottan egyetértek

27. Időnként az az érzésem, mintha az emberekből egyfajta „belső fény” sugározná. *

Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozottan nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozottan egyetértek

28. Soha nem volt olyan spirituális élményem, ami megváltoztatta az életemet. *

Soronként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozottan nem értek egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozottan egyetértek

29. Az élet egy nagyobb terv része. *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozatlan egyetérték

30. Nem érzem, hogy lélazna valamilyen, az embereket összekötő energia. *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozatlan egyetérték

31. Érzem azt, hogy belső spirituális öröm van. *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozatlan egyetérték

32. Nincs személyes kapcsolatom valamilyen nálam nagyobb erővel. *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozatlan egyetérték

33. Érzem a másokkal való spirituális kapcsolatból származó belső erőt. *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozatlan egyetérték

34. A spiritualitás nem fontos számomra. *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozatlan egyetérték

35. Érzem, hogy mindig véd egy végső hatalom, erő vagy lény. *

Soranként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozatlan egyetérték

36. Soha nem leszek senkivel spirituális kapcsolatban. *

Soranként csak egy ovalist jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozottan egyetérték

37. Boldoggá tesz, hogy kapcsolódom valamilyen spirituálishoz. *

Soranként csak egy ovalist jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozottan egyetérték

38. Nem érzem azt, hogy bármiféle spirituális kapcsolatban lennék az univerzummal. *

Soranként csak egy ovalist jelöljön be.

	1	2	3	4	5	6	7	
Határozatlan nem érték egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Határozottan egyetérték

Üzemeltető:

 Google Forms

16. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérleti adatlapja

Kód:.....

Név:.....

kör	Beszélgetőpartner neve és kódja	Szeretnél vele kapcsolatba lépni/találkozni a jövőben
1		igen / nem

4. Karikázd be az alábbi 10 fokozatú skálán, hogy **ennyire tartod vonzónak a beszélgetőpartnered?** (1- egyáltalán nem vonzó; 10- nagyon vonzó)

egyáltalán nem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vonzó nagyon
vonzó

5. Karikázd be az alábbi 10 fokozatú skálán, hogy **szerinted mennyire tarthat téged vonzónak a beszélgetőpartnered?** (1- egyáltalán nem vonzó; 10- nagyon vonzó)

egyáltalán nem 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vonzó nagyon
vonzó

6. Jelöld meg minden egyenesen, hogy ebben a pillanatban hogyan érzed magad

gátolt ←————→ felszabadult
visszahúzódó ←————→ társasági
szexuálisan felfűtött ←————→ szexuálisan passzív
szomorú ←————→ vidám
álmos ←————→ éber
tisztá tudatú ←————→ tompa tudatú
koncentráló ←————→ zavart
passzív ←————→ kezdeményező
szubmisszív ←————→ domináns
hallgató ←————→ beszédes
vonzó, attraktív ←————→ csúnya, taszító
teljesen józan ←————→ erősen ittas
nyugodt gyomor ←————→ felkavart gyomor
szenvédélyes ←————→ hűvös, közömbös
apatikus ←————→ érdeklődő
félénk ←————→ bátor
jó közérzet ←————→ rossz közérzet
racionális ←————→ irracionális
megfontolt ←————→ impulzív
bizonytalan ←————→ magabiztos

17. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet utólagos tájékoztatója- kölsönös szimpátia esetén

Kedves XY!

Köszönjük, hogy részt vettél a Pszicho Rapid Randi rendezvényén. Reméljük jól érzeted magad.

Az alábbi személlyel kölcsönös szimpatikusnak találtatok egymást és nyitottak voltatok egy jövőbeli újratalálkozásra:

XYZ minta@gmail.com

Innentől rajtatok áll minden! További sok sikert kívánunk az ismerkedés folytatásához!)

Ezúton tájékoztatunk továbbá, hogy az esemény az ismerkedésen túl, a tudományt is szolgálta, a Pszicho Rapid Randi eseményei egy tudományos kutatás (ELTE, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Személyiség és Egészségpszichológiai Doktori Program- doktorandusz: Bodnár Vivien, témavezető: Bárdos György) részeit képezik, mely során megtevesztést – villámrandi/rapidrandi rendezvény - alkalmazva, természetes társas közegben vizsgáljuk az alkohol és az alkoholos placebo hatását a szubjektív részegsége, szexuális vonzalomra, önképre, nemre és más további változókra, továbbá mérjük a placebo reaktivitással korábbi kutatások alapján összefüggésbe hozható személyiségjellemzők (nem, szociabilitás és extravertió, spiritualitás és vallásosság és diszpozicionális optimizmus) és a placebo válaszkészség közötti összefüggéseket.

A vizsgálat során tehát, amennyiben páratlan számra végződött a kódod, akkor valódi alkoholt, míg ha párosra, akkor csupán alkoholmentes koktélt fogyasztottál. A kitöltött kérdőívek eredményeit pedig a csoportok kialakításán túl kutatási hipotézisek vizsgálatára is felhasználjuk.

Természetesen úgy, ahogyan a Rapid Randi alatt is, a kutatás során is garantáljuk az adatok bizalmas kezelését, azonosításodra alkalmas adat sehol sem szerepel, az adatok értékelésénél kizárólag az RR00 formátumú kódok szerepelnek, így a válaszaid nem visszakövethetőek.

Végezetül tájékoztatunk, hogy amennyiben a fentiek ellenére mégis elutasítanád részvételedet a kutatásban, akkor kérésedre a felvett adatokat töröljük.

Reméljük, hogy jól érzeted magad a Pszicho Rapid Randi eseményén, és hozzájárulhattunk a Nagy Ő megtalálásához.)

Tekintettel arra, hogy a kutatáson túl, a pozitív visszajelzéseknek köszönhetően szeretnénk további randikat is szervezni- immár külön kutatási szándék nélkül-, ezért amennyiben időd engedi, megköszönjük, ha az alábbi pár kérdés kitöltésével segítesz nekünk abban, hogy még profibb randikat szervezhessünk: <https://goo.gl/forms/HuG51ySJV9FgUvCP2>

Üdvözlettel:

Pszicho Rapid Randi Team

18. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet utólagos tájékoztatója- kölcsonös szimpátia hiányában

Kedves Résztvevő!

Köszönjük, hogy részt vettél a Pszicho Rapid Randi rendezvényén. Reméljük jól érezted magad.

Tájékoztatunk, hogy sajnos nem volt olyan résztvevő, akivel kölcsönösen szimpatikusnak találtatok volna egymást. Bár voltak olyan randipartnereid, aki rokonszenvesnek találtak, te azonban nem jelölted őket a szimpátia lapon, így ezúttal sajnos nem sikerült megtalálnod az igazit. Semmi esetre se keseredj el, reméljük, hogy hamarosan te is megtalálod a "Nagy Őt", amihez nagyon sok sikert kívánunk!

Ezúton tájékoztatunk továbbá, hogy az esemény az ismerkedésen túl, a tudományt is szolgálta, a Pszicho Rapid Randi eseményei egy tudományos kutatás (ELTE, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Személyiség és Egészségpszichológiai Doktori Program- doktorandusz: Bodnár Vivien, témavezető: Bárdos György) részeit képezik, mely során megtevesztést – villámrandi/rapidrandi rendezvény - alkalmazva, természetes társas közegben vizsgáljuk az alkohol és az alkoholos placebo hatását a szubjektív részegsége, szexuális vonzalomra, önképre, nemre és más további változókra, továbbá mérjük a placebo reaktivitással korábbi kutatások alapján összefüggésbe hozható személyiségjellemzők (nem, szociabilitás és extravertió, spiritualitás és vallásosság és diszpozicionális optimizmus) és a placebo válaszkészség közötti összefüggéseket.

A vizsgálat során tehát, amennyiben páratlan számra végződött a kódod, akkor valódi alkoholt, míg ha párosra, akkor csupán alkoholmentes koktélt fogyasztottál. A kitöltött kérdőívek eredményeit pedig a csoportok kialakításán túl kutatási hipotézisek vizsgálatára is felhasználjuk.

Természetesen úgy, ahogyan a Rapid Randi alatt is, a kutatás során is garantáljuk az adatok bizalmas kezelését, azonosításodra alkalmas adat sehol sem szerepel, az adatok értékelésénél kizárólag az RR00 formátumú kódok szerepelnek, így a válaszaid nem visszakövethetőek.

Végezetül tájékoztatunk, hogy amennyiben a fentiek ellenére mégis elutasítanád részvételedet a kutatásban, akkor kérésedre a felvett adatokat töröljük.

Reméljük, hogy "match" ide vagy oda, de jól érzeted magad a Pszicho Rapid Randi eseményén:)

Tekintettel arra, hogy a kutatáson túl, a pozitív visszajelzéseknek köszönhetően szeretnénk további randikat is szervezni- immár külön kutatási szándék nélkül-, ezért amennyiben időd engedi, megköszönjük, ha az alábbi pár kérdés kitöltésével segítesz nekünk abban, hogy még profibb randikat szervezhessünk: <https://goo.gl/forms/HuG51ySJV9FgUvCP2>

Üdvözlettel:

Pszicho Rapid Randi Team

19. számú melléklet: A "Rapid randi" kísérlet Feedback kérdőíve

2017. 10. 26.

Pszicho Rapid Randi Feedback

Pszicho Rapid Randi Feedback

Kedves Résztevő!

Köszönjük, hogy részt vettél a Pszicho Rapid Randi eseményén. Annak érdekében, hogy tovább tudjunk fejlődni és ki tudjuk szolgálni napjaink felmerülő igényeit, összegyűjtöttünk pár kérdést, amelyek megválaszolásával hozzásegíthetsz minket ahhoz, hogy még profibbak randikat szervezhessünk. A kérdésekre nem kötelező válaszolni, azonban hálásan köszönünk minden kitöltést és konstruktív kritikát!

Pszicho Rapid Randi Team

*Kötelező



1. A Pszicho Rapid Randi melyik eseményén vettél részt? *

Soranként csak egy oválit jelölj be.

- április 10. hétfő
 április 12. szerda
 április 26. szerda
 május 8. hétfő

2. Hogyan értékeled az alábbiakat:

Soranként csak egy oválit jelölj be.

	nagyon elégedetlen vagyok	elment	egész jó volt	elégedett vagyok	nagyon tetszett, azuper volt!
Helyszín	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Időpont	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szervezők	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hirdetés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Többi résztvevő	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hangulat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Általános értékelés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Amennyiben a fentiek közül az "egész jó volt" kategóriánál rosszabbra értékelted valamely jellemzőt, úgy kérünk, hogy fejtsd ki, hogy mi nem tetszett.

4. Amennyiben vettél már részt máskor is rapid randin, úgy mi az, ami más volt, jobb/rosszabb?

5. A bevezető eseményok ingyenesek voltak, amennyiben fizetés lenne, úgy mennyit áldoznál egy ilyen eseményre?

6. Mi tetszett a legjobban a Pszicho Rapid Randi során?


7. Mi tetszett legkevésbé a Pszicho Rapid Randi során? Van ötleted, hogy hogyan lehetnének jobbá a randikat?

8. Szerinted mivel lehetne tovább növelni a "kölcsonős szimpátia" jelölések számát?

9. Bármilyen egyéb megjegyzás?

Köszönjük a visszajelzést!



Üzemeltető:
 Google Forms

20. számú melléklet: A Pszicho Rapid randi Facebook oldal és eseményeinek népszerűsége- a hivatalos Facebook adatok

The image shows two screenshots of the Facebook page for 'Pszicho Rapid Randi'. The top screenshot displays an event titled 'Pszicho Rapid Randi' with details about its cost (1100 Ft) and target audience (men aged 19-34). The bottom screenshot shows a table of promotional activities (Esemény kiemelés) with columns for the activity name, number of people reached, number of activations, and cost.

Esemény kiemelés	Elért emberek száma	Aktivások	Költségeret
Kiemelt bejegyzés Befejeződött GIRLS NEED YOU, SIRI A május 8-1, utolsó ran...	1802	37	700 Ft
Esemény kiemelés Befejeződött Pszicho Rapid randi vol.4- az utolsó alkalom! <... ma, 18:00 – 20:30	712	6	1100 Ft
Esemény kiemelés Befejeződött Pszicho Rapid Randi vol.3 2017. április 26., 18:00 – 20:30	1245	15	1099 Ft
Esemény kiemelés Befejeződött Pszicho Rapid Randi 2017. április 10., 18:00 – 21:00	1068	13	1400 Ft

Facebook Insights - Promotions section

Esemény kiemelés	Elért emberek száma	Aktívítások	Költséghatékosság
<p>Esemény kiemelés Befejeződött Pszicho Rapid Randi vol.3 2017. április 26., 18:00 – 20:30 Kiemelés: Vivien Bodnár, 04/16/2017</p>	1245	15	1099 Ft
<p>Esemény kiemelés Befejeződött Pszicho Rapid Randi 2017. április 10., 18:00 – 21:00 Kiemelés: Vivien Bodnár, 03/27/2017</p>	1068	13	1400 Ft
<p>Esemény kiemelés Befejeződött Pszicho Rapid Randi 2017. április 10., 18:00 – 21:00 Kiemelés: Vivien Bodnár, 03/27/2017</p>	1068	13	1400 Ft

A hirdetési fiókod összes kiemelését keresed? [Hirdetéskezelő megnyitása](#)

Facebook © 2017
Magyar English (US) Français (France) Italiano Español Deutsch Русский Románă Português (Brasil) العربية हिन्दी

Facebook Insights - Likes section

A napi adatok rögzítése a csendes-óceáni időzóna szerint történik. 1 hét 1 hó 1.NÉ

Összes oldalkedvelés a mai napig: 73

MÉRŐSZÁMOK
Az átlagos teljesítményed időbeli összehasonlítása
Oldal összes kedvelése

Nettó kedvelések
A kedvelések nettó száma az új kedvelések számából a visszavont kedvelések számát kivonva áll elő.

Kedvelések visszavonása
 Organikus kedvelések
 Fizetett kedvelések
 Nettó kedvelések

MÉRŐSZÁMOK

Facebook Insights - Elemzések

1 hét 1 hó 1.NÉ

A napi adatok rögzítése a csendes-óceáni időzóna szerint történik.

Eleje: 2017. 4. 10. Vége: 2017. 5. 8.

Összes oldalkedvelés a mai napig: 73

Nettó kedvelések

A kedvelések nettó száma az új kedvelések számából a visszavont kedvelések számát kivonva áll elő.

MÉRŐSZÁMOK

Az átlagos teljesítményed időbeli összevetése

Oldal összes kedvelése

Kedvelések visszavonása Organikus kedvelések Fizetett kedvelések Nettó kedvelések

Facebook Insights - Elemzések

Az oldalkedvelések helyei

Ennyi alkalommal kedvelték az oldaladat – a hely szerinti bontásban.

Javasolt oldalak Az oldaladon API Hirdetések Kategóriába nem sorolt asztali

MÉRŐSZÁMOK

Az átlagos teljesítményed időbeli összevetése

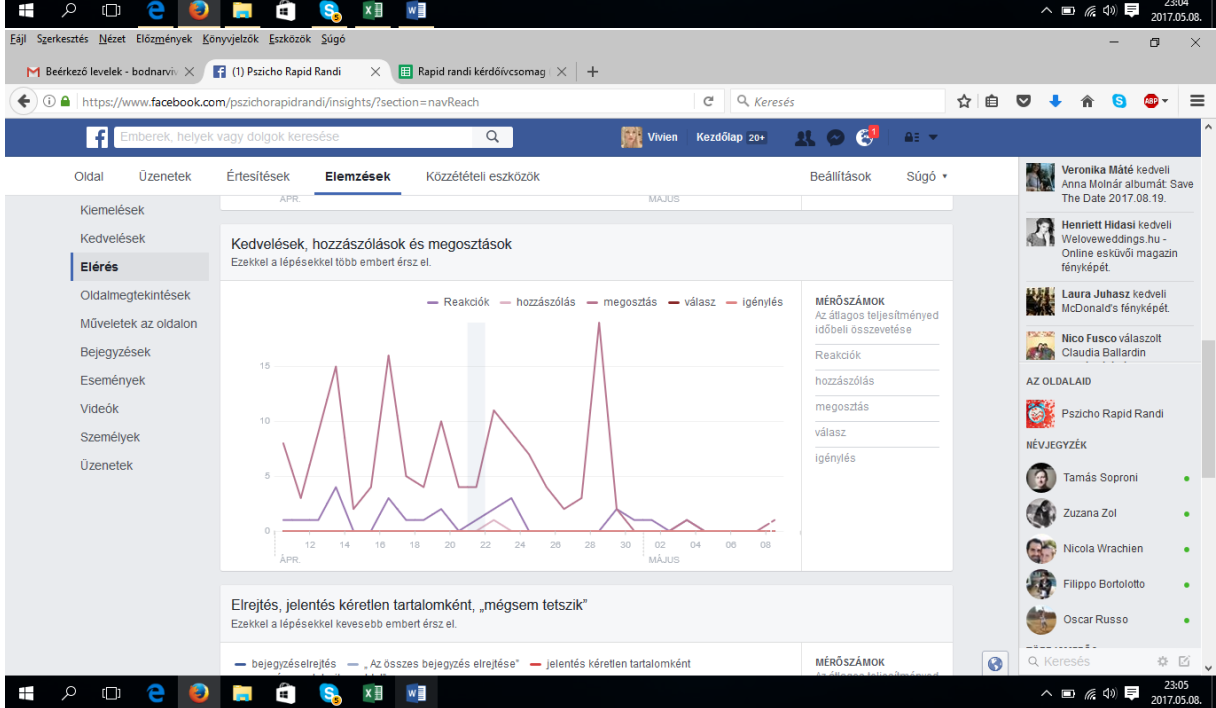
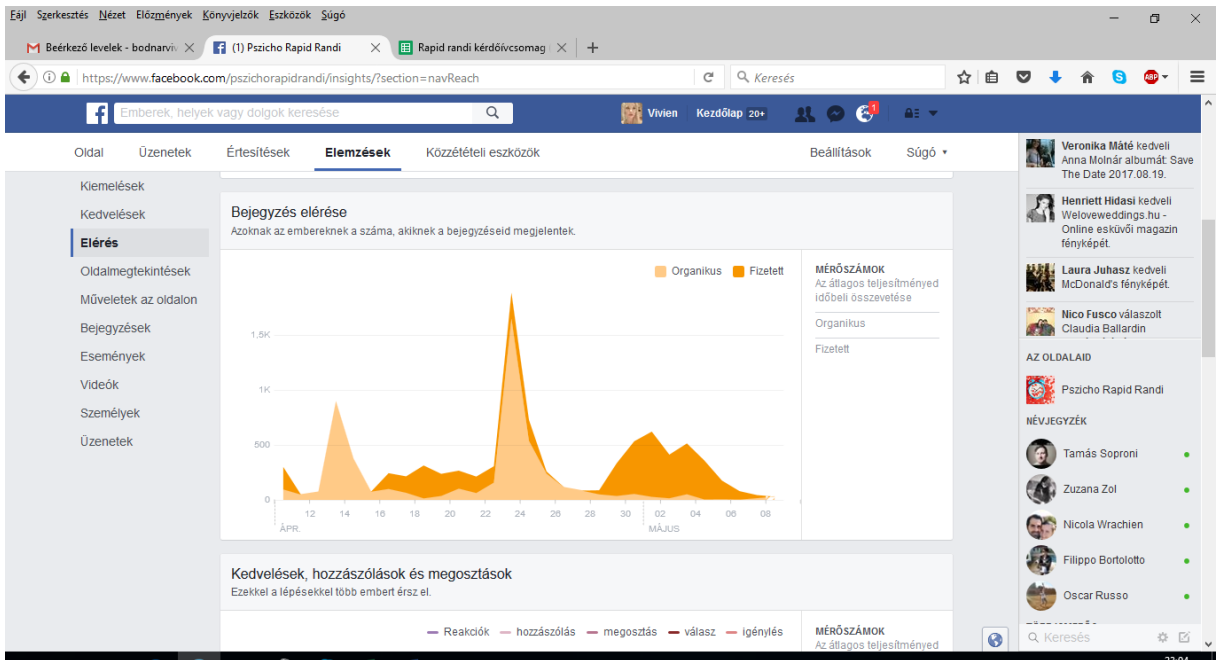
Javasolt oldalak

Az oldaladon

API

Hirdetések

Kategóriába nem sorolt asztali



Facebook Insights - Elérési statisztika

Összes elérés

Azoknak az embereknek a száma, akiknek megjelent az oldaladról bármilyen tevékenység, beleértve a bejegyzéseket, a mások által az oldaladra írt bejegyzéseket, az oldalkedvelési hirdetéseket, az említéseket és a bejelentkezéseket is.

MÉRŐSZÁMOK
Az átlagos teljesítményed időbeli összehasonlítása

Mérés	Organikus	Fizetett
Organikus		
Fizetett		

Facebook © 2017
Magyar English (US) Français (France) Italiano Español Deutsch Русский Románă Português (Brasil) العربية हिन्दी

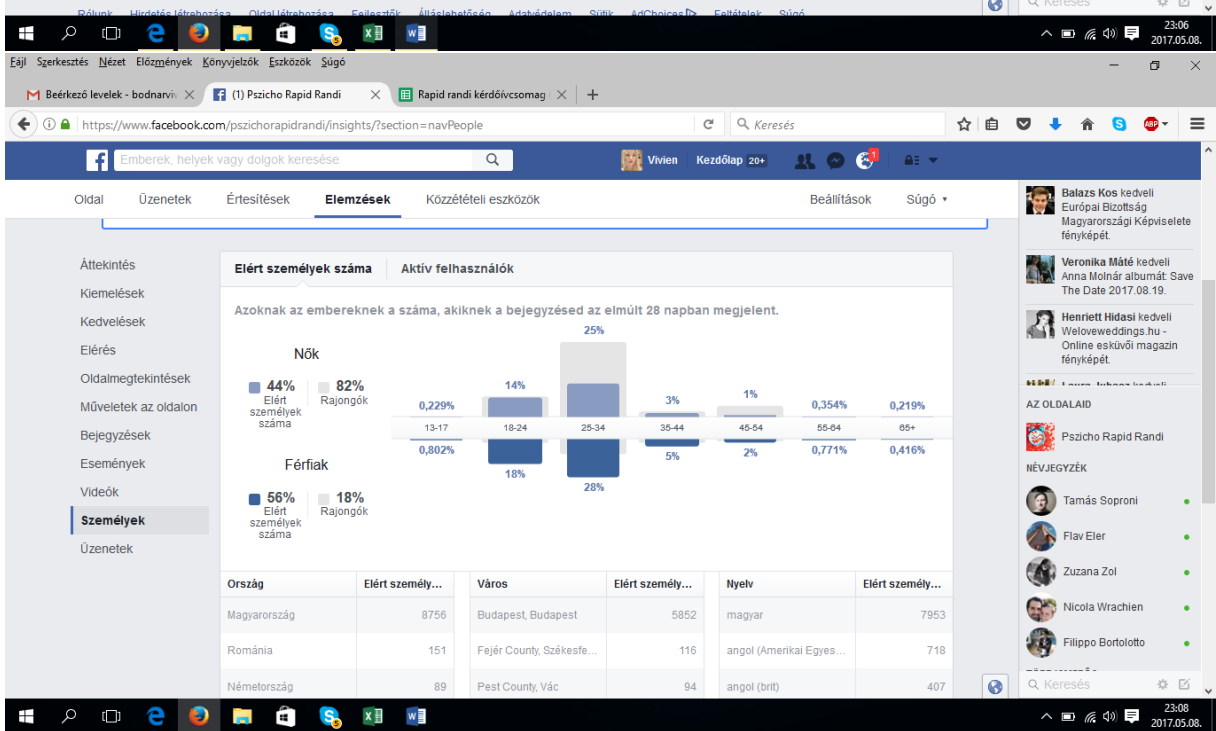
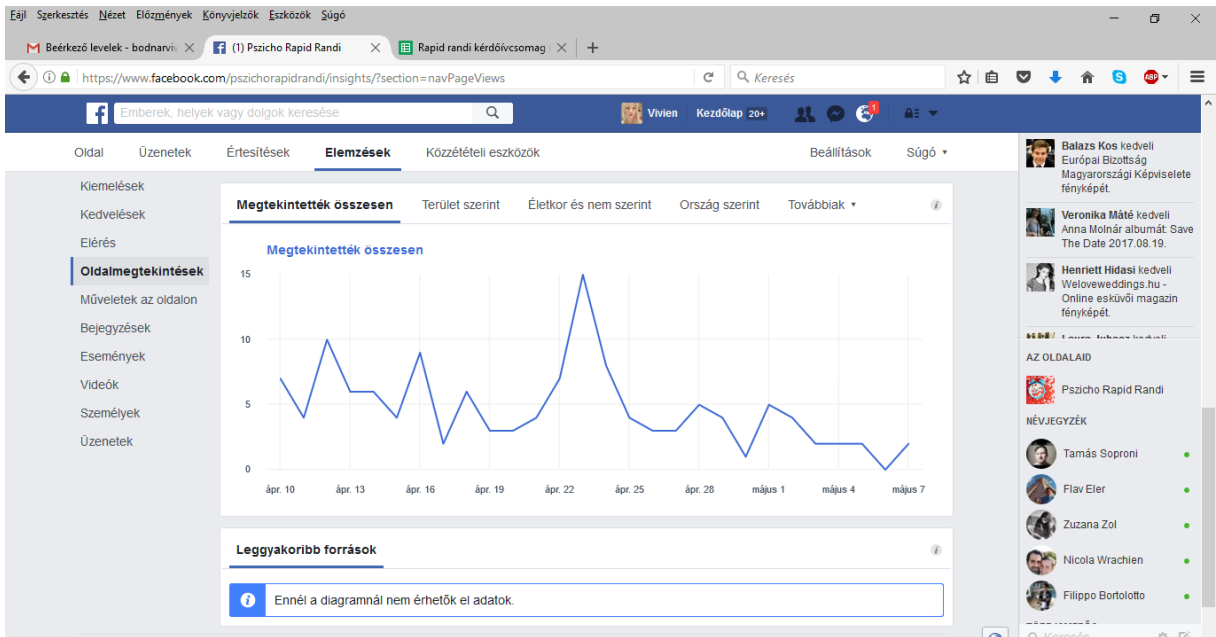
Facebook Insights - Oldalmegtekintések statisztika

Megtekintések száma összesen

Terület szerint

Megtekintették összesen

Terület szerint Életkor és nem szerint Ország szerint Továbbiak



Ejtl Szerkesztés Nézet Előzmények Könyvjelzők Eszközök Súlyó

Beérkező levelek - bodnarvi x (1) Pszicho Rapid Randi x Rapid randi kérdőívcsomag x +

https://www.facebook.com/pszichorapidrandi/insights/?section=navPeople

Emberek, helyek vagy dolgok keresése

Vivien Kezdőlap 20+

Oldal Üzenetek Értesítések **Elemzések** Közzétételi eszközök Beállítások Súlyó

Kiemelések
Kedvelések
Elérés
Oldalmegtekintések
Műveletek az oldalon
Bejegyzések
Események
Videók
Személyek
Üzenetek

személyek száma

Ország	Elért személy...	Város	Elért személy...	Nyelv	Elért személy...
Magyarország	8756	Budapest, Budapest	5852	magyar	7953
Románia	151	Fejér County, Székesfe...	116	angol (Amerikai Egyes...	718
Németország	89	Pest County, Vác	94	angol (brit)	407
Egyesült Királyság	49	Komárom-Esztergom ...	86	francia (Franciaország)	78
India	42	Pest County, Érd	70	német	73
Szlovákia	40	Fejér County, Dunaújv...	66	olasz	66
Szerbia	39	Hajdú-Bihar County, D...	55	román	53
Ausztria	36	Pest County, Szigetsze...	53	spanyol	42
Olaszország	35	Komárom-Esztergom ...	46	spanyol (Spanyolország)	38
Spanyolország	22	Heves County, Gyöngyös	45	arab	30

Bővebben

Balazs Kos kedveli Európai Bizottság Magyarországi Képviselése fényképét

Veronika Máté kedveli Anna Molnár albumát: Save The Date 2017.08.19.

Henriett Hidas kedveli Westweddings.hu - Online esküvői magazin fényképét

AZ OLDALAI

Pszicho Rapid Randi

NÉVJEGYZÉK

- Tamás Soproni
- Flav Eter
- Zuzana Zoi
- Nicola Wrachien
- Filippo Bortolotto

23:08
2017.05.08.

21. számú melléklet: A „Rapid Randi” kísérlet etikai engedélye

Kérelem kutatásetikai engedélyhez

(A kérelmet először CSAK elektronikusan kérjük elküldeni word formátumban, majd elvi jóváhagyás után kérjük kinyomtatva, 1 pld-ban, a kérelmező aláírásával ellátva leadni.)

Kérjük, olvassa el figyelmesen az utolsó oldalon található tájékoztatót!

A mellékleteket kérjük egy dokumentumba fűzve csatolni,

kitöltésükhöz tanulmányozza a minta etikai nyomtatványt.

A kutatásvezető (kérelmező) neve:	Dr. Bárdos György
Tudományos fokozata ³ :	egyetemi tanár, igazgató, az MTA doktora
Munkahelye ⁴ :	ELTE PPK Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet
Beosztása:	egyetemi tanár, igazgató
E-mail címe:	bardos.gyorgy@ppk.elte.hu
A kutatás címe:	Placebo-hatás és az alkohol
A kutatás tudományterülete(i):	személyiség és egészségpszichológia
A kutatásban résztvevő további kutatók (pl. hallgató):	Bodnár Vivien, doktorandusz
A kutatás kezdetének és befejezésének várható időpontja:	2017. február – június
A kutatás fedezetét biztosító forrás (pályázat, vagy más):	OTKA pályázat (2013.09.01- 2017.08.31)
A kérelem beadásának dátuma:	2017. január 13.

¹ A kutatásvezető csak tudományos minősítéssel (PhD, CSc, DSc) rendelkező kutató lehet

² Az ELTE PPK KEB kizárólag az ELTE PPK-on közalkalmazotti állásban vagy professor emeritusi alkalmazásban dolgozó kutatók számára ad ki kutatásetikai engedélyt

A kutatás célja (min. 100, max. 200 szó):	
Amennyiben vannak, a kutatás résztvevőinek életkora (a megfelelő aláhúzendó):	3 év alatt 3-14 év között 14-18 év között <u>18 éven felül</u>

<p>A beleegyezés megtételének módját befolyásolja a személy életkora. Húzza alá, mely dokumentumokat csatolja:</p>	<p>Ha a résztvevő személy 3 év alatti gyermekkorú, a kutatás ismertetését a törvényes képviselőnek (jellemzően: a szülőnek, továbbiakban a <i>szülő</i>) írásos formában kell átadni, és ő adhatja aláírásával a beleegyezését a gyermek nevében. Csatolja az etikai kérelemhez a kutatás ismertetését dokumentumot és a beleegyezést kérő ívet. Ha vizsgálat vagy a toborzás egy intézményben (tipikus esetben: bölcsődében) történik, akkor az etikai engedély csak a vizsgálatnak otthont adó intézmény vezetőjének írásos hozzájárulásával együtt érvényes.</p> <p>Ha vizsgált személy életkora 3-14 év közötti gyermekkorú, a szülő ad írásbeli beleegyezést a fenti módon, a gyermek pedig szóban. Csatolja a szülőknek szánt dokumentumot, a beleegyezést kérdőívet, és a gyermeknek szánt szóbeli vagy írásbeli információ tartalmát. Ha vizsgálat vagy a toborzás egy intézményben (tipikus esetben: óvodában vagy iskolában) történik, akkor az etikai engedély csak a vizsgálatnak otthont adó intézmény vezetőjének írásos hozzájárulásával együtt érvényes.</p> <p>Ha a vizsgált személy 14-18 év közötti kiskorú, az írott információt mind neki, mind a szülőnek el kell juttatni, és a beleegyezést mindketten alá kell írják. Ha a gyermek neve nem kerül a kutatásban felvételre és a bizottság értékelése alapján a kutatás nem veszélyezteti a résztvevőket, a szülők passzív beleegyezése is elegendő (a beleegyezésük vélelmezhető, ha az írott információ ismeretében nem támasztanak kifogást gyermekük részvétele ellen). Csatolja a fentiekben megjelölt dokumentumokat (a kutatás ismertetése, beleegyezés). Ha a kutatás vagy a toborzás egy intézményben (tipikus esetben: iskolában) történik, akkor az etikai engedély csak a vizsgálatnak otthont adó intézmény vezetőjének írásos hozzájárulásával együtt érvényes.</p> <p><u>Ha a kutatásban résztvevő személyek 18 éven felüliek, írott információt kell biztosítani számukra a kutatásról és annak céljairól, és a részvételbe bele kell egyezniük. Csatolja a megfelelő dokumentumokat.</u></p>
--	---

<p>A résztvevők kiválasztásának módja. (Milyen módon toborozza, választja ki a résztvevőket?) (Szükség esetén csatolja a megfelelő dokumentációt: hirdetés, intézmény-vezetőnek írandó levél stb.)</p>	<p>Internetes hirdetés a Facebook közösségi portálon „esemény” létrehozása és megosztás segítségével.</p>
<p>A kutatás helyszínei (amennyiben releváns):</p>	<p>Budapest, kiválasztott vendéglátóipari egység</p>
<p>A kutatás rövid leírása (Kérjük, ebben a részben a várható folyamatot írják le részletesen, ne a kutatás elméleti háttérét vagy egyéb megfontolásait!)</p>	
<p>Milyen kész kérdőíveket, tesztek, egyéb mérőeszközöket stb. kíván alkalmazni (ha vannak ilyenek)?</p> <p>Kérjük a már meglévő kérdőíveket és tesztek csatolni, illetve a tervezett mérőeszközök kialakítására vonatkozó főbb etikailag releváns tényezőket megemlíteni.</p>	
<p>Milyen berendezéseket, műszereket, eszközöket alkalmaz?</p> <p>Kérjük ezek dokumentációját csatolni (ez nem szükséges, ha azok egy korábbi eljárásban már jóvá lettek hagyva).</p>	

Ismertesse, milyen módon biztosítja a felvett adatok bizalmas, rövid és hosszú távú kezelését, archiválását, és azt, hogy azokból a résztvevő ne legyen azonosítható. Illetve, ha név szerint vállalta a személy a részvétel, hogyan biztosítja a résztvevők védelmét?

Az alábbi kérdések valamelyikére adott IGEN válasz nem zárja ki azt, hogy a vizsgálat megvalósítható. Húzza alá a megfelelőt!			Amennyiben bármelyik kérdésre IGEN-nel válaszolt, ismertesse, hogyan gondoskodik arról, hogy a résztvevő személyekben testi és lelki kár ne essék a vizsgálat folyamán.
Jár-e a vizsgálat kellemetlen ingerek bemutatásával?	<u>N</u> <u>E</u> <u>M</u>	IG E N	
Jár-e a vizsgálat kellemetlen helyzetek létrehozásával?	<u>N</u> <u>E</u> <u>M</u>	IG E N	
Jár-e a vizsgálat fájdalommal?	<u>N</u> <u>E</u> <u>M</u>	IG E N	
Jár-e a vizsgálat víz, élelem, alvás stb. megvonásával?	<u>N</u> <u>E</u> <u>M</u>	IG E N	
Jár-e a vizsgálat gyógyszerek vagy pszichoaktív szerek alkalmazásával?	N E M	<u>IG</u> <u>E</u> <u>N</u>	A vizsgálat bizonyos feltételeiben a résztvevők alkoholt fogyasztanak, amely azonban mérsékelt mennyiség etanol elfogyasztását jelenti. A vizsgálatban 18. éven felüliek vehetnek részt, az alkohol fogyasztást kizáró betegség/érzékenység pedig kizáró ok.
Jár-e a vizsgálat fogyatékossgal élő személyek részvételével?	<u>N</u> <u>E</u> <u>M</u>	IG E N	
Jár-e a vizsgálat mentális betegek vagy mentálisan veszélyeztetett egyének részvételével?	<u>N</u> <u>E</u> <u>M</u>	IG E N	
Jár-e a vizsgálat társadalmi kisebbségek (vagy más sérülékeny csoport tagjainak) részvételével?	<u>N</u> <u>E</u> <u>M</u>	IG E N	
Jár-e a vizsgálat testi sérülés veszélyével?	<u>N</u> <u>E</u> <u>M</u>	IG E N	

Jár-e a vizsgálat a résztvevők megtévesztésével, a célok részleges elhallgatásával?	N E M	<u>IG</u> <u>E</u> <u>N</u>	Igen, a placebo hatás megfelelő vizsgálatához az elfogyasztott italok tartalmát és a vizsgálat valódi célját illetően indirekt módon (nem állítjuk ellenkezőjét, de részben elhallgatjuk a valóságot) vezetjük félre a résztvevőket, akiknek a vizsgálatot követően lehetőségük van informálódni a kutatás valódi céljáról.
Jár-e a vizsgálat olyan eljárással, amely akár szándéktalanul is szorongást vagy szenvedést okozhat (pl. mélyinterjú)?	<u>N</u> <u>E</u> <u>M</u>	IG E N	

Sajátos esetek (Kérjük, akkor töltse ki, ha az alábbi kérdések RELEVÁNSAK a tervezett kutatás szempontjából). Amennyiben nem relevánsak a kérdések a tervezett kutatás szempontjából, használja az N/A opciót!

<p>Amennyiben a kutatásban nehezen biztosítható az érintettek előzetes beleegyezésének elnyerése (pl. kutatás nyilvános terepen) hogyan biztosítja a résztvevők védelmét, utólagos vagy folyamatos tájékoztatását, bevonását; illetve mivel indokolja a tájékoztatás elmaradását?</p>	<p>N/A</p>
<p>Amennyiben a kutatás nem közvetlenül személyekre irányul (pl. dokumentumelemzés, történelmi kutatás vagy levéltári kutatás vagy nyilvános terek kutatása), de vannak közvetetten érintett személyek (rájuk vonatkozó személyes adatok): velük kapcsolatban milyen etikai problémák merülnek fel (beazonosíthatóság, joguk a véleményformálásra stb.), és hogyan válaszol ezekre? Illetve amennyiben vannak közvetlenül és közvetetten érintettek, hogyan különíti el őket a kutatás során?</p>	<p>N/A</p>
<p>Ha részvételi vagy akciókutatásról van szó, fejtse ki röviden, hogyan biztosítja, és milyen módon tervezi a személyek aktív bevonását, valamint mutassa be, hogy a kutatásnak milyen hatásai lehetnek az adott csoportra, személy(ek)re, aki(ke)t bevon, illetve az adott helyszínekre, közösségekre, amiket alakít. A résztvevőknek lehetőségük van-e, és ha igen, milyen módon, ha nem, miért nem arra, hogy a kutatás eredményeihez hozzászóljanak?</p>	<p>N/A</p>
<p>A kutatásnak vannak-e (áttételes) pedagógiai hatásai? Beavatkozik-e pedagógiai folyamatokba? Ezek a hatások milyen módon befolyásolhatják a résztvevőket (különösen, ha gyermekek)?</p>	<p>N/A</p>
<p>Ha levéltári kutatást is folytat, hogyan ügyel a személyes adatok védelmére a kutatás során és az eredmények publikálásakor.</p>	<p>N/A</p>

<p>Van-e bármilyen további etikai vonatkozása a vizsgálatnak, amelyre a fenti kérdésekre adott válaszokban nem történt utalás? Ha igen, kérjük röviden ismertesse:</p>	<p>Tudomásom szerint nincs</p>
--	--------------------------------

Az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága a következőkre hívja fel a kérelmezők figyelmét:

Amennyiben a tervezett vizsgálatoknak lehet orvosbiológiai ill. egészségügyi vonatkozása , a Helsinki Deklarációban (18. Orvosi Világközgyűlés 1964) rögzített elvek az irányadók (2013-as módosítás: LAM 2014,24,152-158). Amennyiben van ilyen vonatkozás, a kérelmet a Semmelweis Egyetem Regionális Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottságával kell engedélyeztetni (1091 Budapest, Üllői út 93.).
Esetleges állatkísérleteket tekintve az 1998 évi XXVIII törvény (Az állatok védelméről és kíméletéről, Magyar Közlöny 1998, 04. 01.) előírásainak figyelembe vétele kötelező.
A KEB a résztvevő személyek elé kerülő minden írásos anyagot megtekintésre bekérhet (pl. toborzó plakát, hirdetés, stb.). A tesztek, kérdőíveket a kérelemhez csatolni kell.
A kutatási tevékenység befejeztével a KEB részére rövid (8-10 mondat terjedelemben) zárójelentést kell készíteni, melyet a bizottság bizonyos esetekben bekérhet. Ez elsősorban az eredményeket foglalja össze, de tartalmazhat a lebonyolítással kapcsolatos problémákra vonatkozó információkat is, melyek a későbbiek során hasznosíthatók.
Beleegyezési nyilatkozat és Tájékoztató nyilatkozat (javasolt formák csatolva, melyek a vizsgálat egyedi jellegzetességeinek megfelelően módosíthatók): a vizsgálati személyek előzetesen, önkéntesen és minden lényeges információ birtokában beleegyezésüket kell adják a részvételhez. Az információnak minden esetben tartalmaznia kell a beleegyezés bármikori visszavonásának jogát.
Kérjük, ne felejtse el csatolni a Toborzó Hirdetés szövegét!
A vizsgálatnak a Tájékoztató elolvasásával, majd a Beleegyző Nyilatkozat kitöltésével kell kezdődnie. A csatolt Tájékoztatóban és a Beleegyző Nyilatkozatban is hangsúlyozni kell azt, hogy a részvétel névtelen, önkéntes és bármikor megszakítható. Ha online tesztkitöltésről van szó, akkor a résztvevő a kérdőív kitöltése előtt igen válasszal (vagy „pipával”) jelezze a beleegyezését. Továbbá kérjük, hogy adja meg a linket , amelyen a z online kérdőív elérhető lesz. Amennyiben a kutatási tevékenység során véletlen módon („ incidental finding ”) olyan információra tesz szert a kutatást végző, mely a vizsgált személy egészségi állapotával kapcsolatos és annak orvosi, pszichopatológiai jelentősége van (pl. öngyilkossági gondolatok, epileptiformis minták az EEG-ben, stb.), gondoskodni kell arról, hogy azt megfelelő körtekintéssel az érintett személy tudomására hozzák, utalva a célirányos átvizsgálás szükségességére.
Amennyiben a kérelemben található kérdések valamelyikét nem tartja a tervezett kutatása szempontjából alkalmazhatónak, kérjük, hogy ott használja az N/A opciót.
Azon vizsgálatok esetében, amelyeket az ELTE PPK minősített oktatója vezet, ám maga a vizsgálat (részben vagy egészben) nem Magyarországon kerül lefolytatásra , az érintett ország(ok) illetékes etikai bizottságának engedélye is szükséges.
Kérjük, mindenképp nyilatkozzon arról, hogy (1) a személyi adatokat is tartalmazó Beleegyző Nyilatkozatok harmadik, a résztvevőkkel közvetlenül kapcsolatba nem kerülő személynél, biztonságos módon kerülnek elhelyezésre; (2) a többi dokumentumon csak jelígis azonosítás történik; (3) milyen digitális formátumban kerülnek tárolásra az anyagok; (4) a nyers (kitöltött kérdőívek, hangfelvételek), a feldolgozott (digitalizált, tartalomelemzett, stb.) adatok, ill. a Beleegyző Nyilatkozatok mennyi ideig, hol kerülnek tárolásra.

Megítélésem szerint a tervezett kutatás összhangban van a megjelölt tudományterület kutatásetikai normáival. Kérem annak engedélyezését.

Kelt:..... 20..... év hó.....nap


a kutatásvezető (kérelmező) aláírása

A kérelemben részletezett kutatási tervet a KEB megvizsgálta, és abban a következő hiányosságokat, ill. javításra szoruló részeket találta:


Dátum: 20..... év hó..... nap

A bizottság elnökének
(vagy az eljáró bizottsági tagnak) az aláírása

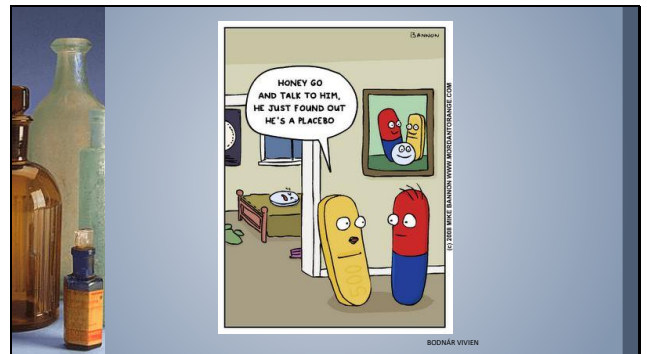
23. számú melléklet: A Mindennapi placeboink kurzus diái



Placebo
Mindennapi placeboink
2017. tavasz



BODNÁR VIVÉN




HONEY GO AND TALK TO HIM, HE JUST FOUND OUT HE'S A PLACEBO

BODNÁR VIVÉN

Tematika

1. A Placebo története, definíciója és a placebohoz kapcsolódó fogalmak
2. Demonstráció - a mindennapi placeboik működése
3. A placebo válasz kiváltásáért felelős tényezők
 - A beteg szerepe a placebo-válaszban
 - A gyógyszerek nem specifikus jellemzői
 - Az orvos szerepe a placebo-hatás kiváltásában
 - Terápiás kontextus és kultúra
4. Nem orvosi placeboink
 - Nikotín, dohányzás
 - Alkohol
 - Koffein, kávé
5. Komplementer és alternatív gyógyászat
6. Hatásmechanizmus- placebo-elméletek
 - Evolúciós elmélet
 - Biológiai megközelítés
 - Személyiséglelektani megközelítés
 - Tanulásemleleti
 - Biopszichoszociális modell
7. A nocebo - jelenség

BODNÁR VIVÉN



THERE SHOULD BE A SUPERHERO CALLED PLACEBO-MAN. HE DOESN'T ACTUALLY HAVE ANY SUPERPOWERS AT ALL. HE'S JUST A NORMAL GUY THAT EVERYONE THINKS IS A SUPERHERO.

BODNÁR VIVÉN

„Placebós” tapasztalatok



BODNÁR VIVÉN


Placebo

Placebónak nevezünk bármely olyan terápiát (ill. bármely terápia összetevőjét), amit szándékosan vagy tudatosan használnak nonspecifikus, pszichológiai vagy pszichofiziológiai terápiás hatása miatt, vagy amit feltételezett specifikus terápiás hatása miatt alkalmaznak egy betegnél, tünetnél vagy betegségnél, de nem fejt ki specifikus aktivitást a kezelt állapotra. (Shapiro)

BODNÁR VIVÉN

Fogalmak

- › placebo-hatás
- › placebo-válasz
- › placebo-reaktor/responder személyek
- › inert, valódi, tiszta (pure) placebo
- › nem tiszta, (impure), aktív, pszeudoplacebo
- › nem tiszta placebo- bastard/false placebo



BODNÁR VIVIEN

Demonstráció- a kávé




BODNÁR VIVIEN


Rád hogyan hat a koffein?




BODNÁR VIVIEN

A kávé és koffein élettani hatása

- › – **Központi idegrendszert izgató hatása van**, mely elsősorban az agykéregre és a nyúltagyra hat.
- Emeli a légzőközpont CO2 érzékenységét és a légzési percvolument.
- A szíven közvetlen hatással növeli a szívfrekvenciát, ez által a pulzustartományt.
- Elernyeszti a simaizomokat
- A vegetatív központok izgatása révén emeli a testhőmérsékletet, fokozza a gyomorban a sav és pepszinszekréciót, ezáltal gyomorégést eredményezhet.
- A mellékveséből adrenalint vesz el, hatására a veseerek tágulása miatt a vesében fokozza a vizeletkiválasztást. Enyhe diuretikus hatású
- Elernyeszti a bronchiális izomzatot a foszfodiészteráz enzim gátlásával, valamint gátolja az adenosin receptorokat az agyban.
- Gyenge élénkítő pszichostimuláns, enyhíti a fáradtság tüneteit, fokozza a szellemi tevékenységet és az izmok teljesítő képességét.
- › 300 mg fölötti fogyasztás esetén kézremegést, erős szívdobogást idéz elő. Magas vérnyomást, ritmuszavart, szorongást, pánikrohamot provokálhat, migrént is okozhat.



BODNÁR VIVIEN

Kávészünet... ☺




BODNÁR VIVIEN

A placebo válasz kiváltásáért felelős tényezők


Terápiás kontextus- kultúra




BODNÁR VIVIEN

A beteg


- a beteg személyisége és pillanatnyi pszichológiai állapota
szuggesztibilitás, hipnózisra való fogékonyság, szociabilitás, extroverzió, vallásosság, spiritualitás, konformitás, tradicionalizmus, optimizmus + helyzeti tényezők
- előzetes tapasztalatok
- gyógyulással kapcsolatos elvárások
- maga a betegség
- a kezelési előírások betartása
- orvos-beteg interakció



BODNÁR VIVIEN

A gyógyszerek nem specifikus jellemzői


- Presztízis
- Adagolás
- Forma
- Alak/méret
- Szín
- Íz
- Egyéb (csomagolás, reklám, stb.)



BODNÁR VIVIEN

Az orvos tulajdonságai


- Az orvos elvárásai
- Az orvos által adott tájékoztatás, információk
- Az orvos által adott érzelmi támogatás
- Orvos-beteg kapcsolat (interakció)



BODNÁR VIVIEN

Mikrokontextus

- A terápiás környezet fizikai jellemzői
- A terápiás környezet szociális jellemzői



BODNÁR VIVIEN

Makrokontextus- kultúra

- A betegség és gyógyulásfogalom
- Kulturális szimbólumok

**Komplementer és alternatív gyógyászat*



BODNÁR VIVIEN

Nem orvosi placebok- mindennapi placeboink

- **leger-*expektancia***= bizonyos környezeti ingerek a szer fogyasztásával összekapcsolódva előrejelzik annak „szervezetbe érzécsét”
- **Válasz-*expektancia***= elvárásaink a szer várható testi-lelki hatásaira vonatkozóan
- **Következmény-*expektancia***= elvárások a hatások következményeivel kapcsolatban



BODNÁR VIVIEN

Mindennapi placeboínk- Dohányzás és nikotin




- Ami hat: a nikotin + nikotinfogyasztás tudata + a teljes tevékenység és észlelésgyűttes (inger-expektancia)
- maga a nikotinbevitel csupán szükséges, de nem elégséges tényezője a dohányzás fenntartásának




BODNÁR VIVIEN

Mindennapi placeboínk- Alkohol

- a farmakológiai és elvárás-hatás kapcsolata dóziszfüggő
- egyéni különbségek: csoportos vs társas ivás, tapasztalatok
- etanol (depresszáns- gátló hatást gyakorol a kp-i i.r-e) hat: infofeldolgozással, memóriával kapcsolatos teljesítményre, testbelsőből származó érzetekre, motoros teljesítményre.
- elvárás hat: szexuális izgalom, társas viselkedés, alkohol-intoxikációhoz hasonló tünetek és teljesítményromlás is kiváltható
- fordított/ kompenzatórikus placebo válasz



BODNÁR VIVIEN



BODNÁR VIVIEN

Bodnár (2014) Placebo-hatás és alkohol




Pszichológiai kísérlet az alkohol viselkedés hatásairól

Placebo-hatás és alkohol

Bővebben: ELTE PPK Pszichológia MA

Bővebben: www.pszichologia.hu

BODNÁR VIVIEN

Mindennapi placeboínk- Kávé/koffein

- adozin receptor antagonist
- 40 perc, hogy a vérplazma koffeinkoncentrációja elérje a maximumot, az első 10-15 percben lényegében csak placebo reakció működik
- Szubjektív mutatók, pszichomotoros és kognitív feladatok- **ELVÁRÁSOK**
- A szívfrekvencia és a vérnyomás -**SZER**



Ami hat:

1. koffeinfogyasztás tudata
2. koffeinfogyasztáshoz kapcsolódó tanult feltételes ingerek
3. koffein maga- adag!

BODNÁR VIVIEN

Nálad mi hatott? 😊




BODNÁR VIVIEN

Demonstráció- Ginko Biloba- a jobb teljesítményért

Ginko Biloba (100mg)+ Ginseng étrend-kiegészítő kapszula
 A **Ginko biloba** a gyógyászatban a fa leveleiben található hatóanyagokat alkalmazták, amely **alapvetően értágító és keringést javító hatású**. Növeli a sejtek oxigénellátását, javítja az agyi vérkeringést. Így **élésíti a memóriát, növeli a szellemi frissességet és segíti a különböző agyi funkciókat**.
 Olyan agyi tonikként hat, ami különösen érhálózatra gyakorolt hatása miatt memóriát növel. A Ginkgo biloba segít ellensúlyozni az öregedés hatásait, szellemi fáradtságot, az energia hiányát

A **Ginseng** alkalmas a megfelelő fizikai és szellemi erőnlét fenntartásához
 Elsősorban a test stressz elleni védekezőképességét erősíti, nyugtatja az idegeket, mégpedig azért, hogy egyensúlyban tartja a stresszhormonokat. **Serkentő hatású, tehát segíti a munkavégzést, a szellemi tevékenységeket, a koncentrálóképeséget.**




BODNÁR VIVIEN

Teszt 1. Koncentráció

Páros csoport: ginko biloba+ „agyterna”
Páratlan csoport: ginko biloba

Memória teszt 1.- 1-2. oszlop



BODNÁR VIVIEN

Teszt 1. Koncentráció

Páros csoport: ginko biloba+ „agyterna”
Páratlan csoport: ginko biloba

Memória teszt 1.- 1-2. oszlop

Visszaidéztet száma:
 1. lista:db
 2. lista:db

balga	szőlő
csokol	világ
nyári	fény
láb	sokaság
halgás	várat
halász	sokkár
éget	szél
magyar	vadász
patka	vagyis
székes	várhoz
hócsk	papu
hagyma	szőlő
halgás	csónak
halgás	hal
patka	szél
székes	szőlő
magyar	szél
székes	szőlő
székes	szőlő
székes	szőlő
székes	szőlő

BODNÁR VIVIEN

Vedd be a tablettát! Lássuk mi történik....



BODNÁR VIVIEN

Páros csoport „tornája”

A Módszer:


- Bő étkezés után vegyél be 1db Ginko Bilobát és nyeld le bőseséggel vízzel.
- Utána szorítsd össze a két szemöldököt az orrcsontodhoz. Mintha éppen mérges lennél vagy erősen koncentrálnál. És ezt így próbáld meg addig tartani ameddig tudod, így:



http://ginkgotatas.blog.hu/2016/05/24/ginkgo_biloba_hatekony_bejuttatasa_az_agyba_egy_erdekes_modszerrel_377#more8742822

BODNÁR VIVIEN

Beszámolóék, prezentációk



SOK SIKERT..
ÉS SOSE HAGYJON EL BÉNNETEKET A RÉMÉNY!

BODNÁR VIVIEN

Komplementer és alternatív gyógyászat

= gyógyító tevékenységek olyan széles köre, amelyek egy meghatározott társadalom vagy kultúra adott történelmi periódusban politikai szempontból domináns egészségügyi rendszerétől eltérő minőségekkel és gyakorlati eljárásokkal, valamint az azokat kísérő elméletekkel és hittel szövik át a gyógyítás rendszerét- prevenció, gyógyítás, egészségfejlesztés területén

- Homeopátia, Akupunktúra, Fitoterápia



BODNÁR VIVIEN

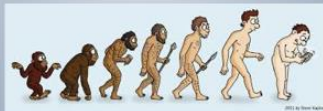
Hatásmechanizmusok- placebo elméletek

- o **biológiai** (endogén-opiát peptidok, neuroendokrin rendszerek, stresszrendszer és a féltekei lateralizáció szerepe)
- o **személyiséglélektani** (személyiségjellemzők és vonások)
- o **tanulásméleti** (kondicionálásos- klasszikus és operáns, illetve szociálpszichológiai elvárásos elméletek)
- o **biopszichoszociális modell** (Cziboly és Bárdos- integrált, evolúciósan értelmezhető elmélet az elvárásos placebohatás működésének értelmezésére)

BODNÁR VIVIEN

Evolúciós nézőpont

- Proximális és ultimális okok
- Adaptív vs. Melléktermék
- A szervezet öngyógyító
- A gyógyulás ára
- Placebo- drift



BODNÁR VIVIEN

A nocebo - jelenség

Nocebo: nocere (ártani)

- A placeboót kapó csoportok által tapasztalt mellékhatások összessége
- Negatív elvárásokon alapuló káros hatások
- Minden negatív-placebo reakció
- Gyógyszerek pszichogén eredetű mellékhatásai, amelyek nem vezethetők le farmakológiai alapon

BODNÁR VIVIEN

„Nocebós” tapasztalatok



BODNÁR VIVIEN

Hétköznapi nocebo jelenségek

- Járványos hisztéria
- Kínai étterem szindróma
- Modernkori egészségfeltés



BODNÁR VIVIEN

	Placebo	Nocebo
Hatásirány	kedvező	Káros
Nemi különbségek	Rendszerint nincsenek	Inkább a nők érintettek
Fő háttérmotivációk	<ul style="list-style-type: none"> - Panaszok csökkentése - Szorongáscsökkentés - Együttműködés a gyógyítóval - Gyógyítónak való megfelelés - Az egészséges énkép védelme 	<ul style="list-style-type: none"> - kontrolligény/oktuldjonitás - Terápiás rezisztencia - Másodlagos előnyök
Fő személyiségvonások	<ul style="list-style-type: none"> - szociabilitás, konformitás, tradicionalizmus - Optimizmus/pesszimizmus - Spiritualitás - szuggesztibilitás 	<ul style="list-style-type: none"> - Neurocítizmus - Testi folyamatokra irányuló figyelem - Szomatosenzoros amplifikáció - Abszorpció - Optimizmus/pesszimizmus
Fontosabb pszichológiai és pszichofiziológiai mechanizmusok	<ul style="list-style-type: none"> - Klasszikus kondicionálás - Fokozott külső monitorozás - Disszonancia-redukció - Elvárások különböző típusai - Homeosztatikus mechanizmusok 	<ul style="list-style-type: none"> - Fokozott belső monitorozás - Elvárások különböző típusai - Stressz, szorongás - Szomatizáció - Klasszikus kondicionálás



Teszt 2. Koncentráció

Páros csoport: ginko biloba+ „agytorna”
Páratlan csoport: ginko biloba

Memória teszt 2.- 3-4. oszlop

Teszt 2. Koncentráció

Páros csoport: ginko biloba+ „agytorna”
Páratlan csoport: ginko biloba

Memória teszt 2.- 3-4. oszlop

Visszaidézett száma:
 3. lista:db
 4. lista:db

röb	hátra
lábó	szép
csap	szava
nyí	marad
lánc	szel
gyök	szaj
éke	szel
lánc	szerve
hánc	szécs
melő	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel
szánc	szel

Eredmények összehasonlítása

- Mit éreztél?
- Milyenek lettek a sudoku eredményei a tableta beszedése előtt és után?
- Dupla csavar....©

Dupla csavar...

Páros szám:

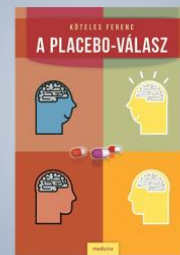
Páratlan szám:

Nálad mi hatott?
Tapasztalatok...



BODNÁR VIVIEN

Ajánlott irodalom



BODNÁR VIVIEN

Kérdések?



BODNÁR VIVIEN

Köszönöm a figyelmet!



BODNÁR VIVIEN