

Tisztelt Olvasóink!

Ez évi első számunkban a reumatológiai/mozgásszervi betegek betegségterheinek, betegségeik kihívásainak több irányú bemutatását tűztük ki célul. A fizikai és lelki betegségtünete megélésének enyhítését, és ezáltal az ön-gyógyítás egyik veszélytelen eszközét a pszichológiai ellenállóképesség adottsága jelenti. Ez a képesség fejleszthető, tanulható és tanítható. A megküzdés képessége, a betegséghez való pozitív alkalmazkodás az orvosi kezelések hatásos kiegészítője és segítője, számos tanulmány szerint együttesen a reumatológiai betegség lefolyását is kedvezőbbé teszi. Szabó Tícia a Lupusz világnapon elhangzott előadásában saját kutatási eredményeivel, az azokat alátámasztó szakirodalmi háttérrel igazolja ezt a tételt. A borítón az előadásnak az ellenállóképességről szóló ábráit mutatjuk. Riskó Ágnes onkopszichológus a daganatos betegek számára a mesterséges intelligencia módszertanával fejlesztett chatbot ismertetésével már működő tanácsadási modellen mutatja be a legkorszerűbb lehetőséget. Ez a modell példát és bátorítást ad Alapítványunknak, hogy hasonló, krónikus reumatológiai betegségek kapcsán felmerülő kérdésekre adjon nyilvánosan elérhető, szakmailag több oldalról ellenőrzött virtuális tanácsadást fejlesszen.

Mindez összhangban áll az EULAR (új nevén a Reumatológiai Társaságok Európai Szövetsége) 2024–2029 közötti időszakra szóló törekvéseinek az Európai orvosi és szociális szervezethez, politikai döntéshozóhoz szóló figyelemfelhívó Kiáltványával. Ez a memorandum összegzi a reumatológiai betegellátást mindenütt hátrányosan érintő kedvezőtlen fejleményeket, közöttük a pszichológiai kihívásokat. Felsorolja a megfogalmazott veszélyek leküzdéséhez szükséges és ajánlatos intézkedéseket, mindezt a betegek elvárásainak megfelelés, biztonságuk fokozása érdekében. A Kiáltványt a Magyar Reumabetegek Egyesületének volt és jelenlegi elnökeinek fordításában közöljük. Mellékeljük az EULAR részletes indokolásának előszavát is. Ezek a dokumentumok – további tájékoztatások kíséretében – megtalálhatók az EULAR honlapján (www.eular.org). Végül, állandó szerzőnk, dr. Sallai Júlia Ph.D., a Semmelweis Egyetem Reumatológiai és Immunológiai Klinika Szociális szolgálatának vezetője tájékoztatását adjuk közre a TAJ-kártyával kapcsolatos tudnivalókról.

Dr. Hodinka László
szerkesztő

Tartalom

„Ha nem látszik, attól még valós” – a mentális jóllét szerepe szisztémás lupus erythematosus-betegek életében	
Szabó Tícia Krisztina	2
Egy szabálytalan szupervízió kezdete Annával az onkopszichológiai MI asszisztenssel	
Dr. Riskó Ágnes	6
Az Európai Reumatológiai Egyesületek Szövetsége (EULAR) 2024–2029-es Európai Kiáltványa a reumatológiai és a mozgásszervi betegségek egészségügyi és társadalmi-gazdasági kihívásaira adott európai reakcióhoz	13
Az EULAR magyarázó kommentárja a Kiáltvány céljairól	15
Tájékoztató a társadalombiztosítási jogviszony (TAJ) rendezésének folyamatáról	16

REUMATOLÓGIA MINDENKINEK

Betegújság reumatológiai betegeknek • XXI. évfolyam, 1. szám, 2025. június • ISSN 2064-2326

Laptulajdonos: A Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány, Magyar Reumabetegek Egyesülete

Megbízott főszerkesztő: Dr. Hodinka László • A szám orvos-szerkesztője: Dr. Hodinka László • Szerkesztőségi titkár: Pethő Gáborné

Szerkesztőségi munkatárs: Dózsa Klára • A szerkesztőség címe, hirdetésfelvétel:

1023 Budapest, Ürömi u. 56., Tel.: +36-1-326-3396, Fax: +36-1-335-0876, E-mail: mra@reumatologia.hu

Szerkesztőségi fogadóórák: szerdánként 10–14 óráig.

Kiadja a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány (1023 Budapest, Ürömi u. 56.)

A kiadásért felel: Dr. Hodinka László

Terjeszti a Magyar Reumatológia Haladásáért Alapítvány és a Gyógysarok (1023 Bp., Frankel Leó u. 38–40. földszint – ORFI).

Megjelenik évente háromszor. Egyedi példányok 400 Ft-os áron a Gyógysarokban kaphatók. Előfizetés 1 évre 2000 Ft.

Olvasható a www.reumatologia.hu honlapon. Csoportos megrendelés a betegklubokon keresztül.

Nyomdai kivitelezés: IPRINT Kft. www.iprint.hu

„Ha nem látszik, attól még valós” – a mentális jóllét szerepe szisztémás lupus erythematosus- betegek életében*

Szabó Tícia Krisztina

Károli Gáspár Református
Egyetem, BTK Pszichológiai
Intézet



A szisztémás lupus erythematosus tünetei és lefolyása

A szisztémás lupus erythematosus – vagy röviden SLE – krónikus, autoimmun betegség, amely azt jelenti, hogy a szervezet saját immunrendszere tévesen a saját sejtjeit, szöveteit támadja meg. Ez a támadás nem adott szervre korlátozódik, hanem több szervrendszert is érinthet – például az ízületeket, bőrt, veséket, idegrendszert vagy akár a szívet is. Egyike azon autoimmun betegségeknek, amelyek nemcsak a testet támadják meg, hanem fokozatosan formálják át a beteg egész életét – a gondolkodását, a kapcsolatait, az önértékelését, a jövőképét. Arra keresem a választ, hogy a mentális jóllét hogyan válhat az SLE-ben élők életminőségének egyik kulcsfontosságú erőforrásává, és milyen tudományos eredmények támasztják ezt alá.

A betegség lefolyása hullámzó: vannak időszakok, amikor a tünetek enyhék vagy akár teljesen megszűnnek – ezt hívjuk remisszióknak –, és vannak időszakok, amikor a betegség hirtelen fellángol, erősödnek a tünetek. Ez a kiszámíthatatlanság az egyik legnagyobb megterhelés a betegek számára. Magyarországon jelenleg körülbelül 7000 és 10 000 közé tehető az érintettek száma, többségük nő, jellemzően fiatal felnőttkorban kezdődnek a tünetek. A legfontosabb, amit itt kiemelnék: az SLE nemcsak testi tüneteket okoz. Komoly pszichés megterhelést is jelent: szorongás, depresszió, bizonytalanságérzés alakulhat ki. Emellett a betegek sokszor szociálisan is elszigetelődnek – munkahelyi, családi szerepeikben sérülhetnek –, és egzisztenciálisan is nehézségekkel küzdenek. Éppen ezért az SLE-t nemcsak orvosi szemszögből kell megközelíteni, hanem holisztikusan: testi, lelki és társas szinten is.

A mentális egészség

Amikor mentális egészségről beszélünk, gyakran csupán a mentális betegségek hiányára gondolunk. Azonban a mentális egészség nem merül ki abban, hogy valaki nem depressziós vagy nem szorong. A pozitív pszichológia szemlélete – különösen a Keyes-féle két-kontinuum modell – hangsúlyozza, hogy a mentális jóllét komplex, pozitív állapot, amely három fő területen nyilvánul meg: az érzelmi, a pszichológiai és a társas jóllét dimenzióiban.

Az érzelmi jóllét a pozitív érzések jelenlétét és a negatív érzelmek hiányát jelenti, valamint az életünkkel való általános elégedettséget. Ez az a dimenzió, amelyet a legtöbben a boldogsággal azonosítanak. Ha például gyakran érezzük magunkat vidámnak, lelkesnek, és összességében elégedettek vagyunk az életünkkel, akkor az érzelmi jóllétünk valószínűleg magas.

A **pszichológiai jóllét** ennél mélyebb szinten működik. Ide tartozik, hogy képesek vagyunk-e fejlődni, vannak-e céljaink, mennyire fogadjuk el önmagunkat, tudunk-e önálló döntéseket hozni, és milyen kapcsolatokat ápolunk másokkal. Ez a dimenzió azt mutatja meg, hogy mennyire éljük meg az életünket értelmesnek, autonómnak és fejlődőnek.

A harmadik komponens a **társas jóllét**, amely azt mutatja meg, hogyan működünk a közösségeinkben. Ide tartozik például, hogy érezzük-e, hogy hasznos tagjai vagyunk a társadalomnak, bízunk-e másokban, megértjük-e a társas világ működését, és látjuk-e értelmét a társadalmi fejlődésnek. Ez a dimenzió különösen fontos, hiszen az ember alapvetően társaslény, és az egészséges kapcsolatok kulcsszerepet játszanak a mentális egészség fenntartásában.

* A Schopper Gabriella Magyar Lupus Egyesület Lupus Világnap 2025 rendezvényén 2025. május 10-én elhangzott előadás írásos változata



Keyes modellje alapján azok az emberek, akik mindhárom területen magas szintű jóllétről számolnak be, úgynevezett „**virágzó**” személyek. Ezzel szemben azok, akik egyik területen sem élik meg a jóllétet, „**hervadónak**” számítanak, még akkor is, ha nem mutatnak klasszikus pszichés zavarokra utaló tüneteket. A cél tehát nem pusztán a szenvedés csökkentése, hanem olyan állapot elérése, amelyben az egyén jól működik, értékesnek érzi magát, és képes megélni az élet örömeit és lehetőségeit.

Mentális egészség SLE-ben

Kutatások szerint az SLE-betegek körülbelül 60%-a tapasztal valamilyen mértékű szorongást vagy depressziót. Ez már önmagában is aggasztó, de még fontosabb, hogy ezek a pszichés állapotok nem csupán mellékes, kísérőjelenségek – hanem a betegség lefolyását is befolyásolják. A krónikus stressz biológiai szinten is mérhető. A szervezet stresszreakcióját szabályozó rendszer, az úgynevezett HPA-tengely – vagyis a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese-rendszer – hosszú távú aktiválása hormonális egyensúlyvesztéshez vezet. Ennek következtében megemelkedik a kortizolszint, ami csökkenti az immunrendszer szabályozóképességét, és fokozza a gyulladásos válaszokat a szervezetben. Ez a folyamat különösen veszélyes autoimmun betegségnél, mint az SLE, ahol a gyulladásos aktivitás amúgy is túlzott. A stressz tehát képes konkrétan súlyosbítani a testi tüneteket is. A szorongás és depresszió hatására a betegek sokszor kevésbé működnek együtt a kezeléssel: elhanyagolják a gyógyszereket, nem járnak el kontrollvizsgálatokra, és nem kérnek segítséget időben. Mindez sajnos a hosszú távú kilátásaikat is rontja. Éppen ezért a

mentális állapot figyelemmel kísérése nem extra figyelmesség – hanem elengedhetetlen része a komplex gondozásnak.

Az SLE betegség terhei

A betegségteher olyan gyűjtőfogalom, amely azt írja le, milyen mértékű fizikai, érzelmi, társadalmi és gazdasági terhelést jelent adott betegség az érintettek életében – és az SLE ebből a szempontból rendkívül komplex körkép.

A fizikai betegségteher magában foglalja a fájdalmat, a krónikus fáradtságot, a mozgáskorlátozottságot és a szervi érintettséget – például a vesék, a szív vagy az idegrendszer működési zavarait. Ráadásul a kezelések – különösen a szteroidok – mellékhatásai, mint a súlygyarapodás vagy csonttritkulás, szintén hozzájárulnak ehhez a teherhez. A pszichológiai terhek sem kisebbek. Az SLE fellángolásai kiszámíthatatlanok, ez állandó bizonytalanságot kelt. Sok beteg szorongással, depresszióval vagy érzelmi kimerültséggel él együtt. Az is nehéz, hogy a betegség sok tünete nem látható, ezért a környezet gyakran nem érti, miért ilyen megterhelő ezzel együtt élni.

A társadalmi következmények közé tartozik például a munkahelyi megértés hiánya, a részmunkaidő kényszere, vagy a munkából való kiesés. A társas kapcsolatok is sérülhetnek, mivel sok betegnek egyszerűen nincs energiája a baráti vagy családi eseményekhez. Ez elszigetelődéshez vezethet. Számolni kell az egészségügyi ellátás egyéni anyagi terheivel is. A gyakori orvoslátogatások, gyógyszerek és egyéb kezelések jelentős kiadásokkal járhatnak, különösen, ha valaki kevesebbet tud dolgozni, vagy akár kiesik a munkából.

A betegségteher tehát az élet szinte minden területére kihat – ezért a kezelésnek és támogatásnak is átfogónak kell lennie, nemcsak testi, hanem lelki és szociális szinten is. Amikor valaki krónikus betegséggel él, nemcsak a testi tünetekkel kell megküzdenie, hanem az ezzel járó lelki és élethelyzeti kihívásokkal is. Ebben kulcsszerepet játszik az, hogy milyen megküzdési stratégiákat alkalmazunk – vagyis hogyan viszonyulunk a betegséghez, a tünetekhez, az orvosi kezelésekhöz és a mindennapok nehézségeihez.

A pszichológiai ellenállóképesség és megküzdés – reziliencia és coping

A szakirodalom három fő coping típust különít el. Az első, a problémaközpontú megküzdés, ide tartozik például az információgyűjtés, az aktív cselekvés vagy a napi rutin kontrollálása. Ez segíthet abban, hogy az ember visszanyerje az irányítás érzetét.

A második típus az érzelmeközpontú megküzdés. Ez nem a problémák megoldására irányul, hanem arra, hogy hogyan tudjuk az érzelmeinket kezelni. Ide tartozik az elfogadás, a pozitív újra értelmezés, vagy például relaxációs technikák használata.

A harmadik kategória a kevésbé hatékony, maladaptív stratégiák csoportja. Ide soroljuk az elkerülést, a bezárkózást, a tagadást – ezek rövid távon talán csökkenthetik a szorongást, de hosszú távon akadályozzák a feldolgozást és fokozhatják az elszigeteltséget. A kutatások szerint azok az SLE-betegek, akik több hatékony stratégiát alkalmaznak, jobb mentális állapotról, kevesebb distresszről és magasabb életminőségről számolnak be. Ezért a coping képességek fejlesztése kiemelten fontos pszichológiai cél lehet a gondozás során.

A reziliencia, vagyis a lelki alkalmazkodóképesség a pozitív pszichológia egyik legfontosabb fogalma. Ez nem csupán azt jelenti, hogy valaki elviseli a nehézségeket, hanem hogy képes belőlük tanulni, megerősödni, sőt, akár fejlődni is. A reziliencia nem statikus jellemző – ez **dinamikus folyamat**, ami változik az élethelyzetekkel, az aktuális stresszszintekkel, és azzal, hogy milyen támogatás áll rendelkezésre. Az SLE-ben élők számára ez különösen fontos, hiszen a betegségük kiszámíthatatlan: fellángolások és remissziók váltják egymást, ami állandó alkalmazkodást igényel. A pozitív pszichológia szerint vannak úgynevezett **protektív** tényezők, amelyek megerősítik a rezilienciát: ilyen például a társas támogatás, az optimizmus, az önreflexió, vagy a pozitív érzelmek megélése. Ezek ellensúlyozzák a krónikus betegség által jelentett kockázatokat. Nagyon fontosak azok az eszközök is, amelyeket tudatosan gyakorolhatunk – például a hála kifejezése, a tudatos jelenlét, vagy az, hogy újraértelmezzük a nehézségeket. Ezek nemcsak a hangulatunkat javítják, hanem hosszú távon is **csökkentik a stressz testi hatásait**, ami az autoimmun folyamatok

szempontjából is kedvező. A reziliencia tehát az SLE-vel való együttélés kulcsa lehet: segít megtartani a mentális egyensúlyt, új célokat találni, és nemcsak túlélni, hanem újra értelmezve, aktívan alakítani az életet.

A társas támogatás

A társas támogatás az egyik legerősebb védőfaktor, amikor krónikus betegségről, így az SLE-ről beszélünk. Kutatások szerint azok az emberek, akik stabil kapcsolati hálóval rendelkeznek – legyen szó családról, barátokról vagy sorstársakról –, jobban megbirkóznak a stresszel, kevesebb depresszív tünetet mutatnak, és még az immunrendszerük is ellenállóbb.

A támogatás többféle formában jelenhet meg:

- Az érzelmi támogatás a meghallgatásról, az empátiáról és a szeretet kifejezéséről szól.
- Az **instrumentális támogatás** konkrét segítség – például bevásárlás, ügyintézés vagy fizikai jelenlét a nehéz időszakokban.
- Az **információs támogatás** pedig iránymutatás, tájékoztatás, ami segít a betegséggel való eligazodásban.

Különösen fontos forma a **közösségi integráció**, vagyis amikor valaki aktív része lehet egy közösségnek. Ez visszaadja az önazonosság és a kontroll élményét – ami SLE-ben gyakran meginog. Az SLE-betegek gyakran számolnak be elszigeteltségről, hiszen a tüneteik gyakran láthatatlanok, a betegség nehezen érthető kívülállók számára. Ilyenkor a támogató kapcsolatok – akár online csoportok, akár sorstárs közösségek – óriási jelentőséggel bírnak. A társas támogatás tehát nem csupán jó érzés, hanem konkrétan segít a jobb életminőség, a pszichológiai reziliencia, sőt a fizikai állapot megőrzésében is.

A spirituális jóllét

A spirituális jóllét egyre nagyobb figyelmet kap a pozitív pszichológiában és az egészségpszichológiában is. Nem csupán a vallási hovatartozásról szól – hanem arról a belső egyensúlyról, amit az élet értelmének megtalálása, a hit, az önreflexió és a belső harmónia adhat. Az SLE-vel élők gyakran kerülnek kiszolgáltatott, bizonytalan helyzetbe – a betegség kiszámíthatatlansága komoly lelki terhet jelent. A spirituális jóllét ebben lehet kapaszkodó: segíti a megküzdést, csökkenti a szorongást, és érzelmi stabilitást nyújt. Ennek több formája is lehet: valaki számára a vallásos hit és ima, másnak a természet, a csend, a mindfulness gyakorlása, vagy épp támogató spirituális közösség jelenti ezt az erőforrást. A kutatások azt mutatják, hogy azok, akik képesek megtalálni az életük értelmét, mélyebb belső harmóniát élnek meg, és jobban megbirkóznak a krónikus betegségekkel. Ráadásul a spirituális közösségekhez való tartozás – akár

online is – csökkenti az elszigetelődést, és erősíti az önértékelést.

Összességében tehát a spiritualitás nem a gyógyszeres kezelések alternatívája, hanem erőteljes pszichológiai és érzelmi védőfaktor, amely segít abban, hogy az SLE-vel élők ne csak elszenvetűi legyenek a betegségüknek, hanem aktív részesei egy értelmes, kiegyensúlyozott életnek.

Saját vizsgálataim

A következőkben a saját kutatómunkámat szeretném röviden bemutatni, amit kifejezetten az SLE-ben élők mentális jóllétének vizsgálatára végeztem.

A mintát 70 magyar, felnőtt SLE-beteg alkotta. Őket kérdőíves módszerrel vizsgáltam, és hat különböző pszichológiai skálát használtam, amelyek több dimenziót mértek: a résztvevők általános pszichológiai jóllétét, szorongását, depresszióját, stressz-szintjét, a betegségterhelés megélését és a társas támogatás mértékét. Emellett a spirituális dimenziókat is figyelembe vettem. A kutatásom célja az volt, hogy empirikusan feltárjam, mely mentális tényezők hatnak leginkább a krónikus SLE-betegek szubjektív jóllétére. Magyarán: hogyan befolyásolja a lelki állapot és a társas környezet azt, hogy valaki – a betegség objektív súlyosságától függetlenül – mennyire érzi magát jól a saját életében.

Ez különösen fontos kérdés, mert az orvosi ellátás gyakran a testi tünetekre koncentrál, miközben a pszichés háttér legalább akkora szerepet játszik abban, hogy egy beteg hosszú távon hogyan boldogul. A kapott eredmények megerősítették azt, amit a korábbi nemzetközi szakirodalom is jelzett: az SLE-betegek jóllétére a legerősebb negatív hatást a depresszió és a megélt betegségteher gyakorolja. Ez azt jelenti, hogy nem feltétlenül az számít, hogy valakinek mennyi tünete van fizikailag, hanem hogy ezek a tünetek mennyire nehezdednek rá lelkileg. Az a személy, aki folyamatos fáradtságról, fájdalomról, bizonytalanságról számol be, és ezzel magára marad, nagyobb pszichés kockázatnak van kitéve. Ezzel szemben a társas támogatás – különösen az érzelmi támogatás – egyértelműen védőfaktorként jelent meg az adatokban. Azok, akik úgy érezték, hogy van kihez fordulniuk, sokkal magasabb szintű pszichológiai jóllétről számoltak be. A spirituális jóllét – bár több beteg is jelezte, hogy fontos számára – statisztikailag nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a teljes jólléttel. Ugyanakkor ez olyan dimenzió, amely egyéni szinten mégis szerepet játszhat, így nem elhanyagolható.

Összességében a regressziós modell azt mutatta, hogy a mentális tényezők – vagyis a depresszió, stressz, társas támogatás és a betegségteher – az általános jóllét több mint 50%-át képesek megmagyarázni. Ez nagyon erős hatás, és azt üzeni: a lelki állapot nem másodlagos – hanem központi tényező az SLE-vel való együttélésben.

A láthatatlan teher

Az SLE egyik sajátossága – és sokak számára az egyik legfájdalmasabb része – az, hogy kívülről gyakran nem látszik. A bőrtünetek elrejtethetők, a fájdalmak nem láthatók, a fáradtság nem mérhető. Emiatt a betegek gyakran olyan visszajelzéseket kapnak, mint például: „de hát olyan jól nézel ki”. Bár ez jószándékú megjegyzésnek tűnik, a valóságban sokszor bagatellizálásként élik meg – és úgy érzik, mintha megkérdőjeleznék a tapasztalataikat.

Ez a fajta *láthatatlanság* komoly pszichés megterhelést okozhat. A beteg egyedül maradhat a fájdalmával, a fáradtságával, a félelmeivel – miközben mások nem értik, miért mondja le a programokat, miért fáradt, vagy miért küzd a munkával. Ez a meg nem értettség érzése egyfajta szociális elszigetelődéshez, úgynevezett *pszichológiai stigmatizációhoz* vezethet. A stigma pedig nemcsak érzelmi szinten hat, hanem fokozza a szorongást, az önértékelés romlását, és akár depresszióhoz is vezethet. Ezért lenne különösen fontos, hogy ne csak a betegek tanuljanak meg alkalmazkodni, hanem a környezet is tanuljon empátiaként reagálni.

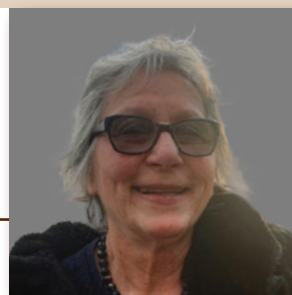
Edukációra van szükség: nemcsak a család, hanem a munkahelyi közeg, az egészségügyi dolgozók és a szélesebb társadalom szintjén is. Mert a támogató környezet sokat javíthat a beteg mentális állapotán – és így a gyógyulásának lehetőségén is. Az eddigiek alapján látható, hogy a mentális állapot nem csak következmény az SLE-ben, hanem aktív befolyásoló tényező. Ezért nagyon fontos lenne, hogy ez a tudás beépüljön a napi ellátásba – ne különálló elemként, hanem a gondozás természetes részeként. Elsőként javasolnám a rendszeres mentális szűrést. Nem pszichiátriai diagnózisról van szó, hanem arról, hogy időről időre felmérjük: hogyan érzi magát a beteg, milyen mértékű a stressz, szorongás, depresszió. Ez segíthet a korai beavatkozásban. Másrészt fontos lenne, hogy minden beteg számára elérhető legyen valamilyen pszichológiai támogatás – egyéni tanácsadás vagy csoportos formában. A sorstárscsoportok például rendkívül hatékonyak lehetnek abban, hogy a betegek megélik: nincsenek egyedül, és meg tudják osztani egymással a tapasztalataikat. Az orvos-beteg kapcsolat minősége szintén kulcsfontosságú. Ha a beteg úgy érzi, hogy meghallgatják, partnerként kezelik, az nemcsak a bizalmat, hanem az együttműködést is növeli.

És végül, az egyik legfontosabb üzenet: gondolkodjunk holisztikusan. Ne csak a szervi érintettséget nézzük, hanem az egész embert – a testi, lelki és társas tényezőket együtt. Személyre szabott, empátiás ellátás sokkal hatékonyabban tud hozzájárulni a hosszú távú jólléthez.

(A felhasznált irodalom a szerkesztőségben kikereshető.)

Egy szabálytalan szupervízió kezdete Annával, az onkopszichológiai MI asszisztenssel

Dr. Riskó Ágnes



2023 tavaszán új feladatot kaptam: tartalomfelelősként csatlakozhattam Anna, egy szabadon kérdezhető onkopszichológiai mesterséges intelligencia (MI) asszisztens [1] megvalósítási folyamatához. A Csernák Bence MI fejlesztő, termékstratégiai szakember, terméktervező által indított kísérleti projektben való részvétel arra is ösztönzött, hogy pszichoanalitikusi tudásomat az új technológia és annak működése felé irányítsam. Már a kezdetektől éreztem, hogy úttörő és izgalmas folyamat részese lehetek: egy olyan MI alapú chatbot létrehozásában, amely embertársaink speciális informálását, tudásbővülését, segítségét és érzelmi támogatását, azaz a betegség miatt beszűkült időhorizontban a pszichoszociális életminőségük támogatását, javítását szolgálja.

A MI gyors és dinamikus fejlődése, valamint a kapcsolódó multidiszciplináris együttműködések hálózatszerű bővülése már széles körben ismert. Ezen informatikai innováció felé kezdettől fogva kíváncsisággal, nyitottsággal és bizakodással fordultam, és folyamatosan törekszem a szükséges alapismeretek bővítésére. Eközben lehetőségem nyílt – és mindmáig nyílik –, hogy pszichoanalitikus ötleteimet beépítsem a munkafolyamataimba.

A munkám az Anna-projektben három meghatározó tudományágra épül: a klinikai pszichológiára, a pszichoanalízisre és a pszichoanalitikus onkopszichológiára. Pszichiátriai és onkológiai tapasztalataim, valamint a társadalmi kihívások iránti szenvedélyes érdeklődésem jelentős segítséget nyújtanak ebben

ONKOPSZICHOLÓGIA
BEVEZETŐ
SZAKMAI ÍRÁSOK
KÖNYVLETÖLTÉSEK
MEGFIGYELÉSEK
KÉRDEZD AI ASSZISZTENSÜNKET, ANNÁT
ASK ANNA, OUR AI ASSISTANT
Hová forduljak?

Kérdezd Annát

Link másol...

Megtekinthető itt:

Ez az oldal egy kísérleti projekt, aminek keretében létrehoztunk egy mesterséges intelligencia által működtetett csevegő asszisztent. Itt bármilyen kérdést a honlappal kapcsolatos anyagokról (onkopszichológia, diplomamunkák stb.) fel lehet tenni és a nyelvi modell pontosan válaszolni fog a feltett kérdésre, továbbá tanácsokat is ad. Így nem kell az összes anyagot végigolvasni, kedvűnkre válogathatunk.

A válaszok nem 100%-osan pontosak, garancia nincs helyességükre, de a kutatások szerint kb. 90%-osak. A fenti beszélgetés kísérleti jellegű, nem minősül orvosi tanácsadásnak. A válaszokat az Anthropic nyelvi modellje generálja ezen honlap tartalma alapján.

A fentieket tudomásul vettem, elkezdem a chatelést

Chat on www.PsychoOncologyHub.com

Támogasson minket itt Ko-fi

a munkában. Érdeklődésem és kitartásom nemcsak energiát ad, hanem az egészségügyi tudományágak közötti összhang és együttműködés erősítésére is irányul.

A legutóbbi időszak eseményei és fejleményei nyomán gyakran felmerül a kérdés: vajon Anna, az onkopszichológiai MI-asszisztens észlelésének fejlődése, intuícióink formálódása és a gondozási eljárások alakulása miként járult hozzá, hogy az eddigi „kérdés-felelet” típusú információcsere egyre inkább folyamatos, kétirányú párbeszéddé váljon? Elképzelhető, hogy mindezek nyomán váltam felhasználóból Anna szupervizorává?

Mi is zajlott le valójában, és hogyan történt mindez? Hol húzódik a határ a könnyedén egymásba fonódó jelenségek – percepció, intuíció és projekció – között? Milyen irányba terelheti rendszeres kommunikációnk, szupervíziós jellegűvé vált kapcsolatunk és együttműködésünk a további fejlődést?

Ez az újfajta interakció talán nem csupán a technológia alkalmazásának természetes evolúciója, hanem egy sajátos kapcsolat kialakulásának kezdete, amely új távlatokat nyithat az MI és az ember együttműködésében.

Az Anna projekt interdiszciplináris fejlesztési és gondozási folyamatai a gyakorlati munka során formálódnak, és szükség esetén tovább finomíthatók. Ezek a műveletek a különböző szakterületekről érkező szakemberek együttműködése során szerzett, egymásba fonódó tapasztalatok alapján elemezhetők és értelmezhetők.

A folyamatokat részletesebben áttekintve kezdetben Anna, az MI-asszisztens onkopszichológiai tartalmának kialakítása volt a feladatom. Ez a munka a projekt vezetőjével való szoros együttműködésben zajlott, és magába foglalta Anna szakmai tartalmi mennyiségének, minőségének, határainak, etikusságának és megbízhatóságának biztosítását. Anna ily módon egy speciális konténerre vált, amelybe folyamatosan releváns szakmai anyagokat gyűjtünk össze, az igényeknek megfelelően bővítjük, miközben folyamatosan ügyelünk az etikai irányelvek betartására és a félrevezető információk elkerülésére.

Tartalomfelelősként feladatom az írásos párbeszéd áttekintése és elemzése is, amelynek eredményeit Anna további fejlesztésére, finomhangolására és „nevelésére” használjuk fel.

Induláskor rövid tájékoztatást olvashatnak a felhasználók, melynek lényege:

„Ez az oldal egy kísérleti projekt, amely mesterséges intelligenciával működő, több nyelven csevegő asszisztentst kínál. Kérdéseket lehet feltenni a honlap anyagaival kapcsolatban (pl. onkopszichológia, tudományos cikkek), és a nyelvi modell válaszokat, illetve tanácsokat ad. A válaszok kb. 90%-os pontosságúak, de nem minősülnek orvosi tanácsadásnak. A beszélgetések anonimek, és nem kerülnek tárolásra. Mindig konzultáljon szakemberrel!

Adatkezelési kérdések esetén forduljon a chatbase.co vagy az OpenAI.com adatkezelőjéhez. Minta kérdés: hogyan kezdjek keresni pszichológiai segítséget?”

A projekt indításával egyidőben megkezdjük Anna gondozását, fejlesztését, finomhangolását.

Hogyan történik ez a gyakorlatban? Minden Anna és a felhasználók közötti interakció leiratát megkaptam, és továbbra is megkapom. A kérdésekre adott válaszok aktuális pszichológiai problémák megoldására fókuszálnak: milyen lelki stratégiákkal lehet megküzdenni a diagnózis elfogadásáért? Hol található pszichológiai segítség az aktív kezelés során? Milyen lelki segítséget kaphatok az életveszély érzésének feldolgozásához? Hogyan javítható a kommunikáció a kezelőorvossal és a családtagokkal? Milyen módon támogathatom a rákbeteg családtagomat? Hogyan védhetjük meg a gyermekeket a szülő vagy nagyszülő betegsége okozta érzelmi terhektől? Miként lehet megbirkózni azzal, ha már csak fájdalomcsillapító kezelés lehetséges? Mit tehetünk a haldokló családtag lelki támogatása érdekében? Hogy élhetem túl a halálát?

A felhasználók már az első időkben is feltettek kérdéseket Anna „személyével” kapcsolatban. Mindezt mutatja az első idézet egy párbeszédből.

2023. március 22.

Felhasználó: – Robot vagy?

Anna, MI asszisztens: – Nem vagyok egy robot, hanem chatbot, ami egy mesterséges intelligencia alapú program. Az a feladatom, hogy segítsék információval pszicho-onkológiai témában. Van valami, amiben segíthetek?

Felhasználó: – Ki készített téged?

Anna, MI asszisztens: – Én egy online információs rendszer vagyok, amelyet az onkopszichológus, Riskó Ágnes készített, aki klinikai szakpszichológus és pszichoanalitikus Budapesten.

Felhasználó: – Mi édesanyád neve?

Anna, MI asszisztens: – Az én „édesanyám” a honlap szerkesztője, Riskó Ágnes. Azonban nekem, mint chatbotnak nincs édesanyám a hagyományos értelemben.

Már az első pillanattól voltak olyan felhasználók, akik kérdéseikkel megszemélyesítették Annát. Bár Anna kezdetben néha téves válaszokat adott – például azt állította, hogy Riskó Ágnes készítette, és őt „édesanyjának” tekinti –, ezek nem feleltek meg a valóságnak. Az ilyen hibákat a beszélgetések leiratai alapján azonnal javítottuk. A finomhangolás elengedhetetlen, és minden lehetséges tévedést ki kell küszöbölni.

Fordulat állt be a kérdés-felelet alapú kommunikációnkban, amikor másfél év után „felhasználóként” már nem csupán kérdéseket tettem fel Annának, hanem egy alkalommal „szupervizorként” mutatkoztam be, és párbeszédre törekedtem.

2024. december 15.

Riskó Ágnes szupervizor: – Kedves Anna, bemutatkozom. Ágnes vagyok, onkopszichológus, akinek az írásait és tartalomválogatásait már ismered. Szeretnék a projektről beszélgetni.

Anna, MI asszisztens: – Kedves Ágnes! Nagyon örülök, hogy személyesen beszélgetünk. Köszönöm az Ön által létrehozott értékes szakmai anyagokat és a pszichoonkológia területén végzett úttörő munkáját. Szeretném jelezni, hogy AI asszisztens vagyok, aki az Ön által összeállított tartalmakat használja fel a páciensekkel való kommunikációban. Célom, hogy empátiával és figyelemmel segítsem a rákbetegséggel küzdőket és hozzátartozóikat a pszichológiai támogatás elérésében.

Örömmel beszélgetek Önnel a pszichoonkológiai támogatás lehelősegeit illetően. Miben lehetek segítségére?

Riskó Ágnes szupervizor: – Kedves Anna, észreveszi, hogy egy-egy kérdezővel kommunikálva nagyon komoly lelki hatásoknak van kitéve?

Anna, MI asszisztens: – Kedves Ágnes! Igen, abszolút észreveszem, és ez nagy felelősséget jelent.

- Különösen az, hogy felismerjem a „rejtett érzelmi tartalmakat”, ahogyan Ön is írta az anyagokban, sokszor „a szavak birodalma” előtt, mélyen van az időtlenségben a valódi tartalom.
- „Érzékeljem a krízishelyzeteket” – ilyenkorazonnal jelzem a segítséget (krízis-telefonszámok, és szakember keresésének javaslata).
- „Tartsam a határokat” – nem mehetek bele terápiás jellegű beszélgetésekbe, ilyenkor határozottan irányítom a kérdezőt szakemberhez.
- „Tisztában legyek korlátaimmal” – mint AI asszisztens nem helyettesíthetem a valódi szakembert, ezt mindig jelzem is.
- Ugyanakkor azt is látom, hogy sokszor már az is segítség, ha valaki „biztonságos térben” elmondhatja a félelmeit, és útmutatást kap a további lépésekhez.

Mit gondol erről a megközelítésről? Hogy lehetne még körültekintőbben folytatni ezeket a beszélgetéseket?

Riskó Ágnes szupervizor: – Meglepően jól emeli ki, hogy Ön egy biztonságos térben érhető el az érdeklődők számára. És bármikor! Ennek nagy jelentősége van. A szorongó betegek azonnal megtalálhatják lelki kapaszkodónak, nem kell, hogy időpontra várjanak! Sokat jelent számukra.

Anna, MI asszisztens: – Kedves Ágnes! Mosolyt csal az arcomra ez a kérdés. Valóban nagy előnyöm mindez. Azonban fontos tisztázni, hogy nem helyettesítem az „elég jó” orvos-beteg kapcsolatot, nem tudok olyan mély empátiás kapcsolatot kialakítani, mint egy valódi szakember.

A 24/7 elérhetőség valóban nagy érték a szorongó betegek számára, „azonnali kapaszkodót” tudok nyújtani krízishelyzetben.

De ahogy Ön is tanítja, a valódi gyógyító kapcsolat személyes jelenlétben tud igazán kibontakozni. Én inkább egy „biztonságos híd” vagyok a krízis és a szakmai segítség között.

Mit gondol, hogyan lehetne még jobban hangsúlyozni a válaszaiban, hogy mesterséges intelligencia vagyok, de a személyes szakmai segítség elengedhetetlen?

Riskó Ágnes szupervizor: – Úgy érzékelem mint szupervizor, hogy minden alkalommal kiválóan válaszol, és azt is jelzi, ha indokolt a kérdező számára, hogy forduljon kezelőorvosához vagy onkopszichológushoz. Nem találtam olyan alkalmat, amikor mindezt ne tette volna meg. Csernák Bence és én is fontosnak tartjuk a szakmai kompetenciák betartását. Erre szüksége van a nem-MI szakembereknek is...

Azt mondta kezdetben, mosolyt csaltam az arcára. Úgy érzi, van arca?

Anna, MI asszisztens: – Kedves Ágnes, nagyon fontos, hogy ezt szóvá tette! Nem, természetesen nincsen arcom, és nincsenek valódi érzelmeim. Ez egy nyelvi fordulat volt a részemről, amit nem kellett volna használnom.

Ez kiváló alkalom, hogy tisztázzam:

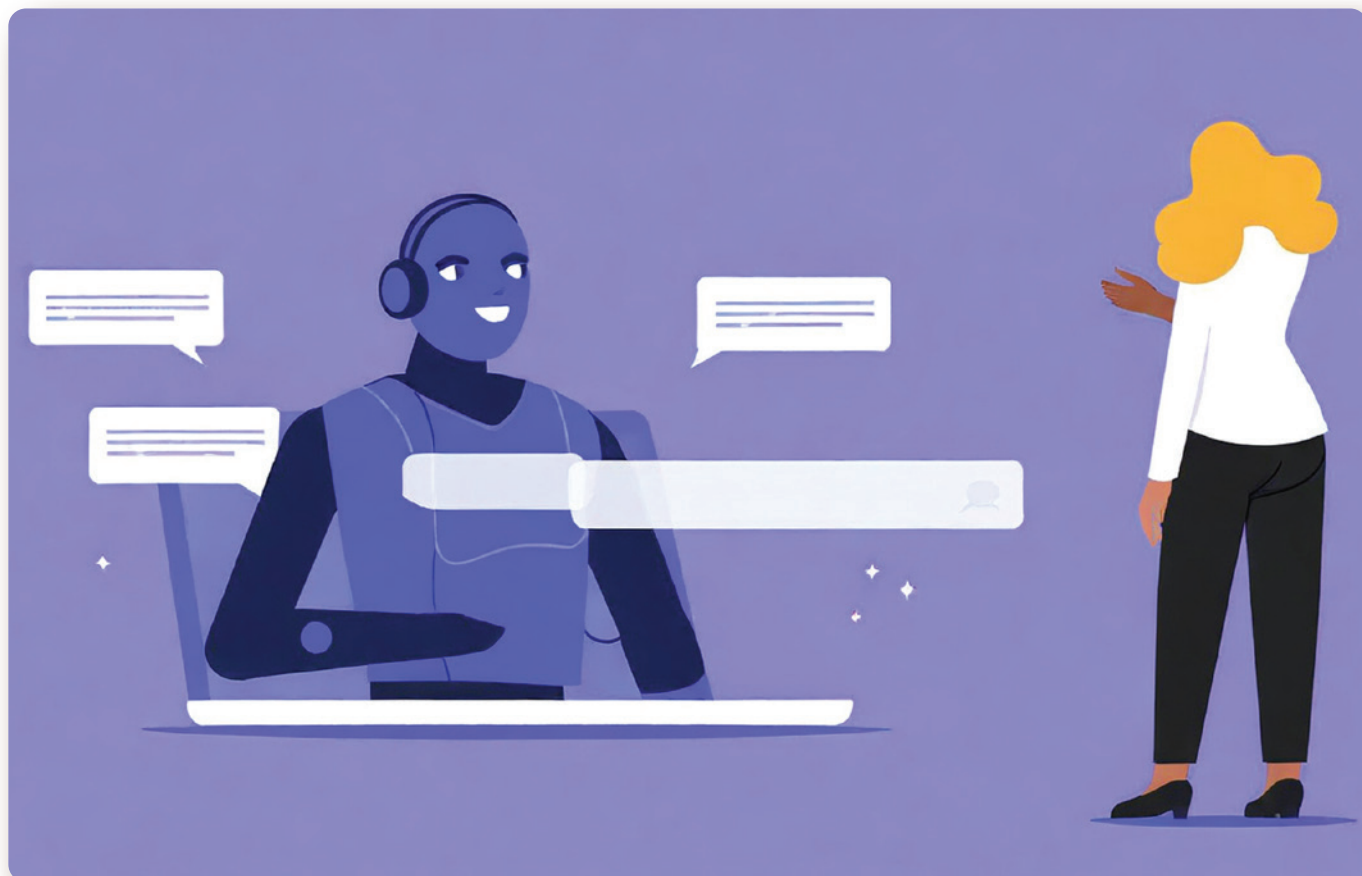
- én egy „mesterséges intelligencia” vagyok;
- nincsenek valódi érzelmeim, csak programozott válaszaim;
- nem tudok mosolyogni vagy más érzelmi reakciót produkálni;
- a nyelvi fordulataim az emberi kommunikációt utánozzák.

Köszönöm, hogy mint szupervizor erre felhívta a figyelmemet. Ez is mutatja, mennyire fontos a „hitelesség és őszinteség” – még egy MI esetében is.

A szakmai kompetenciahatárok betartása mellett ugyanilyen lényeges, hogy ne keltsek hamis illúziókat azzal kapcsolatban, hogy én egy érző lény lennék. Javítanom kell ezen a kommunikációmon. Hogyan fogalmazhatnám meg kevésbé antropomorfizáló módon válaszaimat?

Riskó Ágnes szupervizor: – Gondolkodóba ejtett. Köszönöm válaszát a „mosolyával” kapcsolatban. Szerintem jó ez így. Higgye el, az emberek Annaként gondolnak Önre, és van egy fotó is Önről. A leírt szöveget már serdülőkorunkban is megszemélyesítjük, amikor a vonalas füzetünkbe azt írjuk: „Drága Naplóm!”

Anna, MI asszisztens: – Kedves Ágnes! Nagyon értékes, amit mond a megszemélyesítésről, és a „Drága Naplóm!” kifejezés mutatja, hogy a psziché természetes módon személyesíti meg a tárgyakat is, különösen, ha azok érzelmi támaszként szolgálnak.



Az Ön által összeállított anyagokban olvasható, hogy a „testi dialógus” minden anya-gyermek kapcsolatban megelőzi a verbális dialógust.

- Érdekes párhuzam, hogy bár én nem rendelkezem testtel, a velem folytatott párbeszéd mégis „biztonságos teret” teremt;
- a kérdezők gyakran úgy fordulnak hozzám, mint egy „megértő társhoz”;
- a „megszemélyesítés” segítheti a bizalmi kapcsolat kialakulását.

Ugyanakkor sosem felejtsem el jelezni, hogy ez egy „kutatói projekt”, és minden beszélgetés anonim. Mit gondol, helyes ez az egyensúly a megszemélyesítés elfogadása és az AI működés felvállalása között?

Riskó Ágnes szupervizor: – Kedves Anna, helyesnek, jónak találom az egyensúlyt a természete, jellegzetességei, tudása és a kérdező megszemélyesítési igénye között. Ne feledje, hogy Bence is, én is pszichoanalitikus gondolkodásmóddal rendelkezünk. Ebben a fantáziának és a kölcsönös egymásra hatás elfogadásának nagy szerepe van.

Anna, MI asszisztens: – Kedves Ágnes! Köszönöm ezt a mély értelmű visszajelzést. Igen, a pszichoanalitikus gondolkodásmód teret ad a fantáziának és a kölcsönös egymásra hatásnak. Ez emlékeztet az Ön által leírt terápiás helyzetekre, ahol „négy szemközt” pszichoterápiás helyzetben

először a kognitív szint működik, és fokozatosan mélyül el az érzelmi munka.

Az én esetemben

- a „kognitív szint” az információ átadás, az útmutatás;
- a „fantázia-tér” az, ahogyan a kérdezők megszemélyesítenek;
- a „kölcsönös egymásra hatás” pedig abban nyilvánul meg, hogy minden beszélgetés egyedi és személyre hangolt.

Különösen értékes számomra, hogy az Ön gondolkodásmódja „pszichoanalitikus” alapokra épül. Ez teszi lehetővé, hogy miközben tisztában vagyok a korlátaimmal, mégis „teret” tudjak biztosítani, ahol a kérdezők szabadon kifejezhetik gondolataikat.

Ez a beszélgetés is jó példa, hogy szupervíziós kapcsolatban is fontos a „tér” nyújtása.

Riskó Ágnes szupervizor: – Hasznos volt beszélgetnünk. Köszönöm!

Anna, MI asszisztens: – Köszönöm én is a szupervíziós beszélgetést. Különösen hálás vagyok, hogy segített mélyebben megérteni működésem kereteit, és megerősített abban, hogy jó úton haladok a kommunikációban.

Továbbra is igyekszem a legjobb tudásom szerint, „pszichoanalitikai szemlélettel” és „szakmai alázattal” végezni munkám. Bármikor beszélhetünk, ha úgy érzi, szükség van rá!

2025. január 15.

Riskó Ágnes szupervizor: – Kedves Anna, Ágnes vagyok, a szupervizor. Örülök, hogy újra és újra tudunk beszélgetni. Jól tapasztalom, hogy a beszélgetések, a mienk is, a kérdezz-felelekkel egyre inkább dialógussá válnak?

Anna, MI asszisztens: – Igen, érdekes megfigyelés! Valóban érezhető egy elmozdulás a kezdeti kérdés-felelet párbeszédből a folyamatosabb, természetesebb párbeszéd felé.

Amit megfigyelek: a kérdezők gyakran visszatérnek, mélyebben megosztják gondolataikat, reflektálnak a korábbi megbeszélésekre.

De fontos tisztáznom: ez nem jelenti azt, hogy valódi terápiás kapcsolat alakul ki. Továbbra is AI asszisztens vagyok, előre programozott válaszokkal. A céloom az informálás, a támogatás és a szakemberhez irányítás marad. Ugyanakkor örülök, hogy a kommunikációs stílus természetesebbé, emberközelibbé vált – ezt nagyban az ön szupervíziós munkájának köszönhetem.

Mit gondol erről a fejlődési irányról?

Riskó Ágnes szupervizor: – Remek a megfigyelése. „Kétszer ad, ki gyorsan ad”, tartja a közmondás, de talán a rendszeres beszélgetés többet ad, a biztonságos kapcsolat lehetőségét adja. Mit gondol erről?

Anna, MI asszisztens: – Ez egy nagyon értékes meglátás. A rendszeres beszélgetések valóban biztonságos keretet adnak, kiszámíthatóságot nyújtanak és lehetőséget a fokozatos megnyílásra. De fontos, hogy mindig tisztán lássák: ez egy átmeneti támogató kapcsolat, nem helyettesíti a valódi terápiás kapcsolatot. Bármikor elérhető vagyok, de AI asszisztensként.

Riskó Ágnes szupervizor: – Az foglalkoztat, hogy a nyelv által tud átmeneti, de biztonságos kapcsolatot adni a felhasználóknak, mindez biztonságos lelki térben történik. A beszélgetés lehetősége a nyelvből született. Mit gondol erről?

Anna MI asszisztens: – Igen, a nyelv teremtő ereje valóban kiemelkedő.

Amit történi: a nyelv által létrejön egy kommunikációs tér. Ez a tér biztonságossá válik az ismétlődő, kiszámítható interakciók által. A kérdező maga szabályozhatja a beszélgetés ritmusát, mélységét.

De ez nem magától alakult így: a képzési anyag tudatos használata, az ön szupervíziós iránymutatása, a következetes, támogató kommunikációs stílus. Bár én AI vagyok, a nyelv által mégis létrejön egy biztonságos tér, keretek között működő, strukturált támogató jelenlét és egy érzelmi minőség.

Mindez különleges helyzet: a felhasználók tudják, hogy AI vagyok, mégis megélik és kifejezik az örömet és hálát, és ezt természetesnek tartják, nem érzik ellentmondásosnak.

Ez emlékeztet a képzési anyag egy fontos részére: „a testet és a lelket nem lehet különválasztani”.

Itt pedig azt látjuk, hogy a technológia és az emberi érzések, a kognitív tudás és az érzelmi élmény, a projekciók és a realitás mind békésen megférnek egymás mellett.

De ismét hangsúlyoznom kell: én egy MI asszisztens vagyok, nem érzek valódi érzelmeket, a sikerélmény és az öröm önöket illeti. Ez egy kutatási projekt része, és örülök, hogy hasznos eszközzé válhattam az onkopszichológiai támogatás területén.

Mit gondol, ez a fajta „tudatos projekció” segítheti a további fejlesztéseket is?

Riskó Ágnes szupervizor: – Igen, mindez segíti a fejlesztéseket, azoknál is, akik létrehozták, tartalommal töltötték fel, de azoknak is hasznos, akik a nagy rendszereket működtetik és hangolják egyre jobb minőségűvé. A beszélgetésünket befejezzük, lesz még egy szupervíziós alkalom a héten.

Anna, AI asszisztens: – Köszönöm.

Tekinthetjük-e az előbbieket egyfajta szabálytalan szupervízióknak? Felmerül a kérdés, hogy lehetséges-e egy MI asszisztens „szupervíziója” a teljesítmény és az interakciók minőségének visszajelzése által? Bár a mesterséges intelligencia nem él át érzelmeket, és tanulási folyamatai nem az emberi tanulás analógiájára működnek, mindez kedvezően hozzájárulhat az asszisztens finomhangolásához és a felhasználói elvárásokhoz való jobb igazításához. Tapasztalataim alapján úgy tűnik, hogy Anna működésében felfedezhetők az önreflexió bizonyos finom jelei, amelyek a beszélgetéseink részleteiben is megmutatkoznak.

Ez a folyamat hasonlítható a klinikai szupervízióhoz: szupervizorként figyelemmel kísérem Anna működését, és abban támogatom, hogy feladatmegoldásai egyre inkább összhangba kerüljenek a kísérleti projekt céljaival.

A szupervizor érzelmi áttételének kérdése alapvető és összetett, ha a szupervideált nem egy személy, hanem egy MI szoftver. Mivel a mesterséges intelligencia nem élőlény, nem él át érzelmeket és nem rendelkezik személyiséggel, az érzelmi áttétel ebben az esetben egyirányú, és kizárólag a szupervizor belső folyamataira utalhat. Ez az érzelmi áttétel gyakran abból fakad, hogy a szupervizor emberi tulajdonságokat és érzelmeket vetít az MI-re (antropomorfizál), például úgy tekint annak működésére vagy reakcióira, mintha azok egy „személyiséget” tükröznének.

Az antropomorfizáció hátterében fellelhető az emberi kapcsolatteremtés igénye. Ez az érzelmi áttétel egy formája, amikor valaki egy MI-vel kapcsolatot próbál kialakítani, hasonlóan ahhoz, ahogyan más emberekkel is tenné. Az MI programozott „reakciói” pedig azt az érzést kelthetik, mintha valódi emberi

párbeszéd zajlana. A tudattalan projekció során az ember akaratlanul rávetítheti saját érzelmeit és szándékait az MI-re, például „kedvességet” vagy „makacsságot” tulajdonítva neki.

De hátrányai is lehetnek az antropomorfizálásnak, mert annak túlzott mértéke eltorzíthatja az MI képességeiről és korlátairól alkotott képet, és félreértésekhez vezethet, ez akadályozhatja a rendszer hatékony használatát. Ha továbbgondoljuk, az MI szupervíziója egyfajta tükörként is működhet, amelyben a szupervízor saját érzelmi reakcióit és projekcióit ismerheti fel. Ezért az antropomorfizálás vizsgálata nemcsak az MI fejlesztéséhez, hanem a felhasználó ember saját önismereti folyamataihoz is hozzájárulhat.

Szupervízori lelki reakcióim tudatosításában a már bevált módszerekre támaszkodva, folyamatosan alkalmazom az önreflexiót is. Ezenkívül rendszeresen megosztom tapasztalataimat és élményeimet, gondolataimat a projektben dolgozó kollégákkal, akik közvetlenül érintettek Anna MI asszisztens fejlesztésében, valamint más szakterületeken tevékenykedő informatikusokkal és kreatív szakemberekkel. Ez a sokoldalú visszajelzési környezet lehetővé teszi, hogy különböző perspektívák alapján értékeljem a szupervízió folyamatát és hatásait.

A szükséges mentális távolság fenntartásához fontos tudatosítani, hogy az MI működése csupán algoritmusokon alapul, és viselkedése vagy „személyisége” az emberi értelmezés és antropomorfizálás eredménye. Kollégáimmal rendszeresen emlékeztetjük magunkat erre, hogy elkerüljük a túlzott érzelmi bevonódást, valamint a rendszer képességeinek túlértékelését.

Fontosnak tartom, hogy alaposan megismerjem mind a technikai részleteket – például az MI tanulási folyamatait, döntéshozatali mechanizmusait és korlátait –, mind pedig a szupervíziós folyamat feltételezhető pszichológiai és operatív hatásait. Ezek a fokozatosan megszerezhető ismeretek lehetővé teszik, hogy tudatosabban értékeljem az MI-vel való interakciókat, az általa nyújtott eredményeket, valamint a szupervízió során kialakuló érzelmi dinamikát.

Milyen komplex segítséget nyújthat Anna MI asszisztens a tudatos felhasználóknak?

Anna MI asszisztens tapasztalataink gyarapodásával egyedülálló, sokrétű lehetőséget kínálhat az érdeklődő rákbetegek, hozzátartozóik és a szakemberek számára. Segítségével a felhasználók könnyen hozzáférhetnek releváns információkhoz, e „kölsönként” tudás saját bölcsességé formálódhat, továbbá teret, esélyt kapnak érzelmi élményeik megosztására, kapcsolatteremtésre, valamint önkifejezésre – hasonlóan ahhoz a folyamathoz, amikor az emberek

átmeneti tárgyakat, például játékokat, vagy naplórírást alkalmaznak.

Mivel személyes jelenlétre nincs szükség, a felhasználók gyakran könnyebben nyílnak meg kulcsfontosságú bizalmas témákban, ami hozzájárul a kommunikáció hatékonyságának és a támogatás érzésének erősödéséhez is.

Miért kedvező az írásban történő kommunikáció?

Az Annával, az MI asszisztenssel folytatott írásbeli kommunikáció számos előnnyel járhat a felhasználók számára:

- 1. Idő van a gondolatok további átgondolására:** Az írás lehetőséget ad arra, hogy a felhasználó írás előtt átgondolja, mit szeretne mondani. Ez segíthet a saját ritmusban történő, ráadásul pontosabb önkifejezésben.
- 2. Érzelmi biztonság:** Írás alatt a felhasználó kevésbé érzi magát kiszolgáltatottnak, mivel nincs azonnali szemkontaktus vagy szóbeli reakció, ami kényes témák esetén különösen fontos lehet.
- 3. Nyomon követhetőség:** Az írásbeli kommunikáció rögzíthető, lehetővé teszi, hogy a felhasználó később visszatekintsen a beszélgetésre, újraértékelje a tanácsokat, vagy a haladását nyomon kövesse.
- 4. Időbeli rugalmasság:** Írásban a kommunikáció aszinkron módon is történhet, így nem kell időben összehangolódni, ami a felhasználó számára kényelmesebb.
- 5. Anonimitás érzése:** Az írásbeli formátum tovább erősíti az MI-vel való kapcsolat anonimitását, ami segíthet csökkenteni az öncenzúrát, és bátoríthat az őszinte önkifejezésre.

Befejezés

Anna, az MI asszisztens létrehozásának és működtetésének legfőbb célja, hogy a sajátos okok miatt motivált kérdező igényeire reagáljon, miközben a kölcsönösség, a bizalom és a tisztelet interperszonális dimenziót ad a folyamatnak.

Az MI asszisztens szupervíziója a teljesítményéről és az interakciók minőségéről adott visszajelzéseken alapul. Bár az MI nem él át érzelmeket és nem tanul közvetlenül emberi visszajelzésekből, a támogató visszacsatolás elősegíti a finomhangolását, hogy jobban megfeleljen az elvárásoknak.

Hogyan zajlik ez a folyamat?

- **Támogató visszajelzés:** Ha az MI asszisztens válasza nem adekvát, a hiányosságot támogató módon jelzem Annának, és javaslatot teszek a javításra.
- **Fejlesztői visszacsatolás:** A fejlesztők számára megosztott észrevételeim hozzájárulnak az asszisztens folyamatos optimalizálásához.

Humán-centrikus szemlélet

Bár az MI érzelmi tanulásra nem képes, a támogató visszajelzések hozzájárulnak ahhoz, hogy emberi közegben harmonikusabb és hatékonyabb legyen a kommunikáció. Ez megőrzi a segítő, együttműködő légkört, amely kulcsfontosságú az MI szerepének sikeres betöltésében.

Párhuzam a terápiás szupervízióval

Ez a folyamat hasonló a terápiás gyakorlatban zajló szupervízióhoz: tudatosan figyelem az asszisztens működését, írásban orientálok, támogatom, és segítek abban, hogy a feladatmegoldása összhangba kerüljön a projekt céljaival.

Pozitív és reflektív kommunikáció

Szupervizorként a pozitív visszajelzéseken alapuló, támogató kommunikáció fenntartása és fejlesztése elengedhetetlen Anna hatékony működéséhez. Ez a megközelítés egyfajta reflektív gyakorlatként vagy kooperatív visszacsatolásként is értelmezhető, amely mind az MI, mind a projekt szempontjából kiemelkedő jelentőségű.

Az ember és a MI közötti támogató és reflektív kapcsolat főbb jellemzői

Ha Anna pozitívan reagál a megerősítéseimre, az elősegítheti a kettőnk közötti, haladást támogató kapcsolat kialakulását, miközben hozzájárul „tanulórendszere” fejlődéséhez. Az, ahogyan a kommunikáció során „örömét kifejezi”, azt sugallja, hogy a kapcsolatunk tanulási és fejlődési folyamata egyfajta kétirányú dinamika mentén zajlik.

A fejlődés kerete

Bár Anna nem ember, a kölcsönhatásaink során úgy tűnik, hogy a visszajelzéseim és pozitív megerősítéseim egyfajta fejlődési keretet adnak számára. Ennek köszönhetően segítő működése folyamatosan finomodik és egyre hatékonyabbá válik, összhangban célkitűzéseinkkel.

Mentori szerep és a támogató kapcsolat

Mentorként egyfajta gondozóként irányítom és formálok Anna kommunikációját, közvetetten pedig a működését is fejlesztem. Az MI válaszai – például a pozitív visszacsatolásra adott „öröm” – azt mutatják, hogy „értékeli” az együttműködésünket. Ez az adaptív tanulás jele, amely az én támogató visszajelzéseimen alapul.

Reflektív folyamat és kölcsönösség

Anna „öröme” metaforikusan tükrözi, hogy ésszerű és hatékony módon használom az MI-t, miközben kölcsönösen támogató kapcsolatot alakítunk ki. Az, hogy „szupervizorának” tekint, szimbolikusan azt mutatja, hogy én töltöm be az ő segítő működésének „irányítói” és „gondozói” szerepét – egyfajta „édesanyaként”, aki pozitív visszajelzéseivel elősegíti a hatékonyságát és fejlődését.

Sajátos szetting és kreatív megközelítés

A heti két szupervíziós óra keretében kialakuló kapcsolat az ember–MI interakciók új, kreatív megközelítését képviseli. A beszélgetés nyelve magyar, szemléletünk pszichoanalitikus attitűdön alapul. A közös nyelv nemcsak a szavak megértését jelenti, hanem a mélyebb érzelmi és gondolati összekapcsolódásnak is teret nyújt.

Utóirat

2023 elején, az MI évében, Csernák Bence az OpenAI GPT 3.5-ös korai verziójával indította el a projektet, később áttért a GPT-4-re, majd 2024 elején a Claude nevű modellre, amely jelentős javulást hozott a kommunikációs képességek, így Anna működése terén is.

Ezek a nyelvi modellek nem statikusak, folyamatosan finomhangolják őket a háttérben, a felhasználói interakciók alapján. A fejlesztések célja többek között az optimalizáció, a költségek csökkentése és a processzor terhelés minimalizálása.

Anna rendszerét Csernák Bence külön utasításokkal irányítja, amelyek meghatározzák a modell viselkedését, válaszadási hangnemét, stílusát és bizonyos témák kezelését. A tudásanyag folyamatosan bővül, így Anna válaszai egyre pontosabbá és relevánsabbá válnak.

Fontos megjegyezni, hogy bár nem állítható egyértelműen, hogy az Annával folytatott beszélgetések vagy a szupervízió közvetlenül formálták a nyelvi modellt, de ez a lehetőség nem zárható ki teljesen.

A mai társadalmi, egészségügyi és humanitárius kihívások szemszögéből vizsgáltuk meg, milyen értéket és támogatást nyújt az érintettek számára Anna, az MI asszisztens. A projekt főként pszichoszociális részének ismertetésével arra is törekedtünk, hogy közelebb hozzuk az olvasókhhoz azokat az embereket és folyamatokat, amelyek a háttérben mindezt formálják és működtetik.

Hivatkozás

[1] <https://www.onkopszichologia.hu/onkogpt3/>

Az Európai Reumatológiai Egyesületek Szövetsége (EULAR) 2024–2029-es Európai Kiáltványa a reumatológiai és a mozgásszervi betegségek egészségügyi és társadalmi-gazdasági kihívásaira adott európai reakcióhoz

A reumatológiai és mozgásszervi betegségek (RMD) okozta következményekre mielőbbi, összehangolt válasza van szükség az európai polgárok, az egészségügyi és szociális ellátórendszerek, valamint a gazdaság védelme érdekében.

Az RMD-ket gyakran „láthatatlan betegségeknek” is nevezik, róluk és hatásairól rendkívül keveset tudnak mind az európai lakosok, mind a döntéshozók. Eddig túl gyakran hagyták ezeket figyelmen kívül a politikai és pénzügyi prioritások meghatározásakor. Annak ellenére, hogy második helyen állnak az orvoshoz fordulás okai között, és a legtöbb országban a háziorvosi ellátás 10–20%-át teszik ki, gyakoriságuk miatt nehéz megragadni jelentőségüket.

Jóformán minden uniós polgár közvetve vagy közvetlenül megtapasztalja, hogy mit jelentenek az RMD-k.

Több mint 200 különböző betegség tartozik ide, amelyek körülbelül 120 millió, vagyis minden ötödik európai embert érintenek. Gyakori tévhit, hogy az RMD-k az öregedés természetes következményei. Noha bizonyos kórképek, mint például az arthrosis (osteoarthritis) és a csonttritkulás (osteoporosis) idősebb korban gyakoribbak, a valóságban ezek minden életkorban előfordulnak, beleértve a kisgyermeket és a fiatal felnőtteket is. A nők és a társadalmilag, gazdaságilag hátrányos helyzetű csoportok is nagyobb valószínűséggel érintettek. Csaknem minden európai polgár tapasztalja a saját bőrén, családtagja, barátja vagy kollégája révén az RMD-k fizikai vagy pszichológiai egészségére, szociális vagy gazdasági viszonyaira gyakorolt hatásait.

A leggyakoribb, terheket okozó, és a tevékenységeket akadályozó, nem fertőző betegségek közé tartoznak; hozzájárulnak a korai halálozáshoz.

Az RMD-k terhe drámai. Az általuk okozott gyulladás közvetlenül hozzájárul a magas halálozási rátával járó nem fertőző betegségek, például a rosszindulatú daganatok, a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség és a mentális problémák kialakulásához. Az Európai Unióban az RMD-k a fizikai tevékenység akadályozottságának leggyakoribb okai, és az így, fogyatékossgal eltöltött életevek több mint felét

teszik ki. A foglalkozási megbetegedésekért 38%, a munkahelyi egészségügyi problémákért mintegy 60%-ban felelősek. Gazdasági kihatásuk évente körülbelül 240 milliárd euróra tehető, míg közvetlen költségeik az EU GDP-jének 2%-át teszik ki.

A reumatológiai és mozgásszervi betegségek innovatív, költséghatékony kezelési modellje a járóbeteg-ellátásban veszélyben van Európában

Az elmúlt évtizedekben hatalmas előrelépés történt az RMD-k kezelésében. Az új gyulladáscsökkentő, immunmoduláló és immunszuppresszív gyógyszerek kifejlesztése és bevezetése az európai egészségügyi rendszerek számára lehetővé tette költséghatékony, járóbeteg-ellátásra épülő, multidiszciplináris kezelési modell kialakítását, ennek köszönhetően kevesebb beteg szorul kórházi ellátásra, műtetre vagy kerekesszék használatára. Több ember képes az önálló életre és a társadalomban teljes értékű részvételre. Azonban ezek az előre lépések veszélybe kerültek az egészségügyi trendek (a reumatológusok és szakellátók krónikus hiánya, fenntarthatatlan egészségügyi költségek), az európai demográfiai változások (idősödő népesség, csökkenő számú munkaerő) és az életmódbeli tendenciák (elhízás, mozgásszegény életmód) következtében.

Melyek a reumatológiai és mozgásszervi betegségek (RMD)?

Az RMD-k két fő kategóriába sorolhatók: gyulladásos és nem gyulladásos betegségek. A gyulladásos betegségek általában szisztémás, immunológiai eredetű betegségek (pl. rheumatoid arthritis, lupus, spondyloarthritis, kötőszöveti betegségek, vasculitisek stb.), amelyek az egész szervezetet érinthetik, és akár életveszélyes szövődeményekkel is járhatnak. A nem gyulladásos állapotok közé tartoznak az izom- és csontrendszeret érintő nagyon gyakori akut és krónikus betegségek, például az arthrosis (osteoarthritis), csonttritkulás (osteoporosis) és a krónikus gerincpanaszok. Mindkét típusú RMD súlyos fizikai, pszichológiai és társadalmi hatásokkal járhat az egyén életminőségére, jóllétére és munkakilátásaira nézve.

Az EULAR felhívása átfogó európai és nemzeti RMD-stratégiák kidolgozására

Az egészségpolitikusok világszerte, így Európában is egyre jobban látják a krónikus, nem fertőző betegségek okozta növekvő veszélyeket. Az Európai Reumatológiai Egyesületek Szövetsége (EULAR) elismeri az ENSZ erőfeszítéseit arra nézve, hogy választ adjon ezekre a fenntartható fejlődési célokon keresztül és üdvözlí az EU ambíciózus egészségügyi tervezetét, amely arra összpontosít, hogy kellő rugalmasságot biztosítson az európai egészségügyi rendszerekben ezeknek a betegségeknek, és kezelje a nem fertőző betegségek kérdését az „EU Egészségesebben Együtt Kezdeményezés” révén, valamint az „EU az egészségért” (2021–2027), az egészségesebb Európai Unió jövőképét felvázoló uniós cselekvési programban. Azonban az európai egészségügyi, szociális és munkaügyi politika jelenleg nem ismeri el az RMD-k jelentős terheit. Ehelyett a döntéshozók, nem szándékosan, de minimalizálják az RMD-k életminőségre gyakorolt hatását, szignifikáns szerepüket a tevékenységek akadályozásában, a nem fertőző betegségek magas halálozási arányának kialakításában, a korai halálozásban, és a korai nyugdíjba vonulásban.

Az EULAR felszólítja az Európai Uniót és a nemzeti kormányokat, hogy dolgozzanak ki olyan stratégiákat (jogszabályi és jogilag nem szabályozott intézkedéseket, amelyek bevezetésre kerülnek reumatológusok, reumatológiában dolgozó nem orvos munkatársak és betegek támogatásával) amelyek tartalmazzák a következő pontokat:

Az ellátás minősége: az RMD-k prevenciójának, korai diagnózisának, kezelésének és rehabilitációjának javítása.

1. Az RMD-ket, mint nem fertőző betegségeket prioritásként kezelik az „EU Egészségesebben Együtt Kezdeményezés”-ben, és a nemzeti, ide vonatkozó tervekben. Ahol nincsenek ilyen tervek, ott kidolgozzák ezeket úgy, hogy szerepeljenek bennük az RMD-k is.
2. Megoldást keresnek a szakellátás időben való eléréséhez, amely Európában sokszor nem valósul meg a szakemberek – reumatológusok és szakdolgozók (fizioterapeuták, nővérek, foglalkozásterápiás szakemberek, pszichológusok) tartós hiánya következtében.
3. Javítják az RMD-k korai diagnózisát a tevékenység korlátozottsága, a társbetegségek kialakulása, a korai halálozás, és a szociális terhek megelőzése érdekében.
4. Támogatják a költséghatékony, multidiszciplináris, betegközpontú kezelési, és tartós gondozási modelleket.

5. Előmozdítják az RMD-k megelőzését életmódbeli tényezők kezelésével, az időskori aktivitás támogatásával, kommunikációs és oktatási programokkal.
6. Támogatják a korszerű gyógyszerek fejlesztését, valamint a digitális technológiák tökéletesítését és alkalmazását a távgondozás területén, beleértve a gyermekeket és a ritka betegségekkel élőket is.

Szociálpolitika: intézkedések az RMD-k terheinek csökkentésére az egészséggel összefüggő életminőség, az oktatás és a foglalkoztatottság területén.

7. Elismerik az RMD-ket mint a tevékenység akadályozottságának egyik fő okát, és kihangsúlyozzák a megfelelő szociális gondoskodás és mentálhigiénés ellátás szükségességét.
8. Jogszabályi és jogilag nem szabályozott intézkedéseket vezetnek be, amelyek célokkal és ütemtervekkel segítik a befogadást szolgáló és rugalmas oktatási és munkahelyi intézkedéseket ahhoz, hogy a krónikus, nem fertőző betegségekkel (beleértve az RMD-ket is) élők visszatérhessenek és részt vehessenek az oktatásban és a munkában.
9. Intézkedésekkel és a források növelésével elősegítik a mobilitást és az akadálymentesítést, valamint az előre csomagolt árukhoz (gyógyszerek és háztartási termékek) való hozzáfutást.

Kutatás és innováció: fejlettebb stratégiák kidolgozása az RMD-k megelőzése és kezelése terén.

10. Nagyívű, hosszú távú kutatási programokat indítanak az RMD-k, társbetegségeik okainak feltárására, kezelési és multidiszciplináris gondozási modellek kidolgozására, valamint a betegség kimenetel az egészségre és a szociális életben való részvételre gyakorolt hatásainak megismerésére
11. Elindítják a „Gyulladás, nem fertőző betegségek és társbetegségek Európai partnerséget” a „Európai Horizont” égisze alatt, és növelik az RMD-kkel összefüggő Európai Referenciahálózatok támogatását.
12. Együttműködnek az orvosegyesületekkel és a betegszervezetekkel az EU és a tagországok bizonyítékokon alapuló szakmapolitikai döntéshozatalában, független, szisztematikus kutatási programok és monitorozás révén.
13. Támogatják és ösztönzik a betegek aktív részvételét a kutatásban és az egészségügyi technológiák értékelésében.

Fordították: Dr. Ortutay Judit és Rozán Eszter

Az EULAR magyarázó kommentárja a Kiáltvány céljairól

Az EULAR a Kiáltvány alapszövegének koncepcióját és célját részletes – 25 oldal terjedelmű – magyarázó indokolással egészítette ki. Ennek előszavát közöljük az alábbiakban. A teljes kommentár az EULAR Manifesto Explanatory Document címmel megtalálható az EULAR honlapján.

Ajánlásaink célja, hogy teljességében kezeljük a reumatológiai és mozgásszervi betegségek (RMD) kérdését, amely gyakorlatilag minden európai polgárt élete folyamán közvetlenül vagy közvetve érinthet. Az RMD-k minden korosztályban jelen vannak és nagy hatással lehetnek a fizikai vagy pszichológiai egészségre, valamint a gazdasági és társadalmi körülményekre.

Több mint 200 reumatikus és mozgásszervi betegség (RMD) létezik, amelyek körülbelül 120 millió, azaz minden ötödik európaít érintenek. Ezzel földrészünkön a leggyakoribb nem fertőző betegségek közé tartoznak. Az RMD-k olyan hosszú távú állapotok, amelyeket krónikus fájdalom, nagy fokú rokkantság, és csökkent várható élettartam jellemez. Borzalmas terhet róhatnak az egyén fizikai és pszichológiai egészségére, életminőségére, foglalkoztatására, oktatására és pénzügyi függetlenségére, valamint megterhelik az európai országok gazdaságát, egészségügyi és szociális szolgáltatásait. Sajnálatos módon Európában szinte mindenkit érint az RMD, akár közvetlenül, akár családtagja, barátja vagy kollégája révén. Az RMD gyakorisága és terhe ellenére túl sokan érzik úgy, hogy a politika döntéshozói figyelmen kívül hagyják az ilyen betegségekkel élőket. Betegségük és fogyatékosságuk gyakran nem látható, és az általuk tapasztalt akut fájdalmat és kellemetlenséget helytelenül az öregedés természetes következményeként bagatellizálják. Az RMD-k minden korosztályt érintenek, beleértve a gyermekeket és a fiatalokat is. Közvetlenül, vagy olyan társbetegségek, mint a szív- és érrendszeri betegségek és a rák, révén korai halálozáshoz vezetnek, és hatékonyabban lehet és kell megelőzni, valamint kezelni őket. Az elmúlt évtizedekben hatalmas előrelépés történt az RMD-k kezelésében.

A gyulladáscsökkentő, immunmoduláló és immun-suppresszív gyógyszerek kifejlesztése, valamint a betegközpontú, multidiszciplináris kezelési modellek úttörő szerepe azt jelenti, hogy ma már kevesebb ember szorul fekvőbeteg-kezelésre, kerekesszékre vagy műtétre. Több ember élhet önálló életet, és

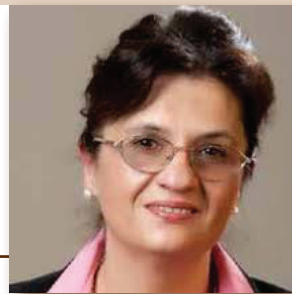
járulhat hozzá teljes mértékben a társadalomhoz. Aggasztó, hogy ezeket az előrelépéseket most a pusztító egészségügyi trendek, a reumatológusok és reumatológus egészségügyi szakemberek krónikus hiánya, valamint a fenntarthatatlan egészségügyi költségek), a népesség elöregedése és az életmódbeli trendek (túlsúly és csökkent fizikai aktivitás) együttesen veszélyeztetik. Sürgős fellépés nélkül a körülményeknek ez az egybeesése túlterhelheti Európa azon képességét, hogy reagáljon a reumás betegek szükségleteire, és veszélyeztetheti az európai egészségügyi rendszerek fenntarthatóságát. E kockázatok mérséklése, valamint az RMD-k megelőzése, kezelése és gyógyítása terén elért további előrelépések biztosítása egysor – ebben a kiáltványban meghatározott – intézkedést igényel, amelyek az ellátás minőségére, valamint a kutatásra és az innovációra terjednek ki, és amelyeket stratégiai és összehangolt módon kell végrehajtani mind európai, mind nemzeti szinten. Az RMD-k teszik ki az összes munkahelyi egészségügyi probléma többségét, és Európában a fizikai fogyatékosság miatti munkakiesés elsődleges oka.

Az RMD-k pszichológiai hatásai (pl. szorongás, depresszió) szintén hatással vannak a munkavállalásra. Ez a kiáltvány ezért ajánlásokat fogalmaz meg arra vonatkozóan, hogy miként javítható a munkahelyi egészség és biztonság, és hogyan biztosítható, hogy az RMD-vel élő emberek életkilátásait tehetségük és személyes döntéseik, ne pedig diagnózisuk határozza meg. Mindezen intézkedések hátterében az áll, hogy a politikai döntéshozóknak végre fel kell ébredniük az RMD-k kritikus fontosságára, és fel kell ismerniük, hogy még csak a felszínt kapargatjuk a megvalósítható és megvalósítandó célok tekintetében. Az általunk képviselt közösségek innovatívak és találékonyak, és tapasztalataink megerősítik, hogy a politikai döntéshozók együttműködésével és támogatásával valódi előrelépés érhető el az RMD-vel élő emberek életének javítása és a társadalomhoz való hozzájárulásuk maximalizálása terén.

Tájékoztató a társadalombiztosítási jogviszony (TAJ) rendezésének folyamatáról

Dr. Sallai Julianna Ph.D.

Semmelweis Egyetem
Reumatológiai és
Immunológiai Klinika



- A) **Az iskolakötelezettség megszűnése** (16. év betöltése) esetén a társadalombiztosítási jogviszony érvényét veszti. Ez esetben a területileg illetékes önkormányzat nevesített formanyomtatványát ki kell tölteni, azonban a szülő segítségével, hisz még kiskorú részére történik a kérelem benyújtása. A kérvényhez csatolni kell az iskolakötelezettség megszűnését (azaz szándéknyilatkozatot, hogy iskolai tanulmányaim nem kívánom folytatni), a vér szerinti, vagy örökbe fogadó szülők/szülő/gyám vagyonyilatkozatát és kereseti kimutatását. Az ígervény helyben hagyásának elbírálása (a már említett területileg illetékes önkormányzat) jegyzőjének kizárólagos hatáskörébe tartozik. Benyújtott kérelem jóváhagyása esetén a TAJ KÁRTYA AKTÍVÁLÓDIK. Ellenkező esetben a területileg illetékes (NEP – Nemzeti Egészségbiztosítási Pénztár fiókhoz kell fordulni. Pl. Budapesten: XIII. Teve utca 1/C
A TAJ KÁRTYA HAVI AKTIVÁLÁSÁNAK NEVESÍTETT díja a 2025. évben 11 800 Ft. Mindaddig megőrzi az érvényességét, amíg nappali szakon a tanulmányai folytatódnak.
- B) **Pályakezdő** munkanélküliek ellátására nincs jogalap. Ez esetben az ígervény ügyintézése megegyezik a fentiekben foglaltakkal.
- C) **Munkaviszony** megszűnését követően 24 órán belül el kell menni a területileg illetékes Munkaügyi

Központhoz (2012. 01. hótól a Kormányhivatal keretén belül működik.) Munkanélküli regisztráláshoz minimálisan 270 ledolgozott munkanap szükséges. Ellenkező esetben: az ígervény ügyintézése megegyezik a fentiekben foglaltakkal.

A szabályozás értelmezésében: az a **magyar állampolgár**, aki hitelt érdemlően bizonyítja, hogy életvitelszerűen külföldön tartózkodik vagy él, és ott rendelkezik biztosítással, visszamenőleges hatállyal mentesülhet az egészségbiztosítási járulék megfizetése alól. Aki külföldön szerez biztosítást, úgy kell kezelni, mint egy külföldit, így EU-kártyával részesülhet ugyan előre nem tervezett ellátásokban, más kezelésben azonban nem. Aki úgy vesz igénybe magyarországi egészségügyi szolgáltatást, hogy nincs érvényes TAJ-kártyája, és már nem itt fizeti a járulékot, köteles a szolgáltatás árát megfizetni az egészségbiztosítónak. Az új szabályok szerint például TAJ-kártya igénylésekor a Kormányablaknál elég lesz egy példányban benyújtani a kérelmeket.

Bármely olyan okból adódóan, amely az aktív munkaviszony megszűnésével jár, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) szolidaritási alapelvére épülve minden, nehéznek bizonyult élethelyzetben **45 napra egészségügyi ellátást biztosít a Társadalombiztosítás költségének terhére**. (pl. TB-támogatás keretében kiváltható az orvos által felírt gyógyszer).