

gyógyítás és a laikus tanácsadás döntően változatlan maradt: a betegek 55,4%-a kezelte magát orvoshoz fordulás előtt, ami 1970-ben 52% volt. A lényeges változások: a személytelen egészségügyi tanácsok számának növekedése volt: mint a házi patika könyvek vagy a televízió -, és a hagyományos házi jó tanácsok igénybevételének csökkenése (ami még mindig az egészségügyi tanácsok 11,2%-át képezte). Ráadásul, a gyógyszerészekről kért tanácsok száma az 1970-es 10,8%-ról 1985-re 16,4%-ra nőtt. Összefoglalva, a felmérés azt mutatta, hogy az önkezelés az átlagos betegek esetében az egészségügyi ellátás fő forrása maradt Angliában.

## Ajánlott irodalom

### Az egészségügyi ellátás szektorai

Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press. A 2. és 3. fejezet az egészségügyi ellátás három szektoráról szól.

### Populáris szektor

- Eisenberg, D. és mtsai (1993) *Unconventional medicine in the United States*. *N. Eng. J. Med.* 328, 246–52
- Fulder, S. (1988) *Handbook of Complementary Medicine*. London: Oxford University Press. Átfogó tanulmány az alternatív és a kiegészítő orvoslás helyzetéről a modern Angliában.
- Janzen, J. M. (1978) *The Quest for Therapy: Medical Pluralism in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press. Az egészségügyi ellátás pluralizmusának egy afrikai példája.
- McGuire, M. B. (1988) *Ritual Healing in Suburban America*. New Brunswick: Rutgers University Press
- Robinson, D. és Henry, S. (1977) *Self-help and Health: Mutual Aid for Modern Problems*. London: Martin Robertson. Önszorgó csoportok Nagy-Britanniában

## 5 Orvos – beteg kapcsolatok

Az orvosok és betegek, még azonos szociális és kulturális háttér esetén is, nagyon különbözően értelmezik az egészséget és a betegséget. Szemléletük rendkívül eltérő alapokon nyugszik, eltér indoklási rendszereiben és a gyógykezelés hatékonyságának megítélésében is. Mindkettőnek vannak előnyei és hátrányai. A problémát az jelenti, hogyan lehet *kommunikációt* kialakítani a két szemlélet között az orvos és a beteg kórházi kapcsolata során. A kérdés illeszkedésére a következőkben részletesen foglalkozunk azokkal a különbségekkel, amik a betegség-egészség orvosi és a laikus szemlélete között, és a „betegségnek” e kétféle értelmezése (a beteg „baja” és a orvos által talált „kór-folyamat, kórállapot”) között fennállnak.

### „Betegség” – az orvos nézőpontjából

Az előző fejezetben leírtaknak megfelelően, a modern tudományos orvoslás gyakorlója egy olyan elkülönült csoportot képeznek, amelynek saját értékrendje, betegség teóriái és viselkedési szabályzata, valamint meghatározott szerepek hierarchiájára épülő rendszere van. Az orvosi szakma gyógyító „szubkultúrának” tekinthető, ami sajátos világszemlélettel rendelkezik. Az orvosképzés során, a medikusok a „kultúrateremtés” egy formáján mennek keresztül, melynek során az egészségi állapotról fokozatosan kialakítanak egy olyan szemléletet, amely egész szakmai pályafutásukon végigkíséri őket. Orvosként magas szociális státuszhoz, kiemelkedő jövedelemhez és a gyógyító szociálisan legitimált szerepéhez jutnak, ami meghatározott jogokkal és kötelezettségekkel jár. Az orvosi szemlélet néhány alapelve a következőképpen fogalmazható meg:

1. Tudományos racionalitás.
2. Az objektív, számszerű mérések előtérbe helyezése.
3. A fizikai, kémiai adatok hangsúlyozása.
4. Test-lélek dualizmus.
5. A „betegségek” elkülönült entitásként való értékelése.
6. A problémák leszűkítése (redukciója).
7. Az egyes beteg előtérbe helyezése a családdal és a közösséggel szemben.

Az orvoslás, mint a nyugati tudományok általában, tudományos *racionalitáson* alapul: ami azt jelenti, hogy minden feltételezésnek és hipotézisnek ki-próbálhatónak és bizonyíthatónak kell lennie objektív, empirikus és kísérleti körülmények között. Az egészséggel és betegséggel kapcsolatos jelenségek

csak akkor válnak „valóssá”, ha ilyen körülmények között objektíven megfigyelhetők és mérhetők. Megfigyelésük, és gyakran számokban történő kifejezésük után, „klinikai tényekké” válnak, a továbbiakban felderítendő állapot orvosnak az a feladata, hogy felderítse az adott „tényt” kiváltó oka, és az láncolatát. Vashiányos anémiát, például, vérvetés okozhat, ami bekövetkezhet egy gyomortumor vérzése miatt, a tumor kialakulásában pedig a táplálék karcinogén tartalma játszhat szerepet. Ha specifikus oki tényezőket nem sikerül kimutatni, a klinikai tényt „idiopátiásnak” nevezik, ami azt jelenti, hogy van oka az állapotnak, de az még nem ismert. Az objektíven nem megfigyelhető vagy mérhető jelenségek – például a beteg elképzelései megbetegedésének okairól – valahogy kevésbé „valóság”, mint például a vérnyomása vagy a fehérvérsejtszáma. A vérnyomást és a fehérvérsejtszámot több egymástól független vizsgáló is megmérheti és egyetérthet a mibenlétükben, ezért ezek az adatok a klinikai „tényeknek” azt a csoportját képezik, amely a diagnózis és a kezelés alapját adja.

Az ilyen „tények” a vizsgálok közti *konszenzus* alapján jönnek létre, és bizonyos közösen elfogadott szabályoknak megfelelően végzett mérések eredményeit tükrözik. A szabályok alapjául szolgáló felfedezéseket – amelyek meghatározzák, hogy milyen jelenséget kell keresni, hogyan kell azt kimutatni és megmérni – konceptuális *modellnek* nevezik. Eisenberg<sup>1</sup> megfogalmazása szerint, a modellek „a valóságalkotás eszközei, amelyekkel a jelenségek világának káosza értelmezhető”, és „alkalmazásuk során a modellek úgy működnek, hogy igazolják saját érvényességüket, mivel kizárják a használójuk által alkotott kereteken kívül eső jelenségeket”. A modern orvoslás „modellje” elsősorban a beteg fizikokémiai paramétereinek felderítésére és megmérésére irányul, és sokkal kisebb figyelmet szentel a nehezebben mérhető szociális és emocionális tényezőknek. Kleinman és mtsi.<sup>2</sup> megfogalmazása szerint, a modern nyugati orvosok klinikai valóságról alkotott szemlélete azon a feltevésen nyugszik, hogy „a biológiai szempontok alapvetőbbek, valóságosabbak, érdekesebbek és klinikailag szignifikánsabbak, mint a pszichológiai és szociokulturális vonatkozások”.

Az élettani „tények” ilyen hangsúlyozása azt eredményezi, hogy az orvos a beteg tüneteit először valamilyen *fizikai* folyamattal próbálja megmagyarázni. Mellkasi fájdalomról panaszoló beteg kivizsgálása során, például, az orvos valószínűleg olyan vizsgálatokat vagy tesztek végzetet, amelyekkel a fájdalom fizikai okát próbálja kimutatni – például koszorúér betegséget. Ha fizikai okot kimerítő vizsgálatokkal sem sikerül kimutatni, a tüneteket „pszichésnek” vagy „pszichoszomatikusnak” nevezik, de ilyen diagnózist általában csak a fizikai okok kizárása után adnak. A szubjektív tünetek, tehát, „valóságosabbak válnak”, ha háttérükben objektív fizikai változásokat sikerül kimutatni. A good házaspár<sup>3</sup> ezt a következőképpen fogalmazza meg:

A tünetek *jelentése* az élettani folyamatokhoz való viszonyuk alapján alakul ki, ezeket a folyamatokat tartják ugyanis a tünetek referenciájának... A szomatikus léziók vagy funkcionális elváltozások diszkomfort érzést és viselkedési változásokat idéznek elő, és ezek képezik a beteg panaszait. Az orvos

külsőfeladatát a beteg panaszainak „dekódolása” jelenti, azaz a szimptomátikának a biológiai megfelelőjükhöz történő kapcsolása, ami alapján a betegség entitása felismerhető. Az orvos ezeket a szomatikus vagy biológiai okokat fizikális vizsgálata során és gyakran speciális tesztek használatával deríti ki.

Feinstein<sup>4</sup> szerint napjainkban megváltozott az a módszer, ahogy az orvosok a betegségek biológiai okairól információt gyűjtenek. Hagyományosan, az orvosok először kikérdezték a beteg panaszait és a panaszok kialakulásának körülményeit (az Anamnézis), majd megvizsgálták, hogy a betegen milyen objektív fizikai elváltozások találhatók (a Vizsgálat). A modern medicina, azonban, a klinikai „tények” összegyűjtésére és mérésére egyre inkább a diagnosztikai technikákat használja. Ez a változás azt jelenti, hogy a diagnózis felállítás szubjektív módját (a beteg szubjektív panaszai, az orvos szubjektív értékelése a fizikai elváltozásokról) objektívnek tartott módszerek helyettesítik. Napjainkban, a patológiai oki folyamatokat vérvizsgálatokkal, röntgenfelvételekkel, és más – általában speciális laboratóriumokban és klinikákon végzett – vizsgálatokkal egyre inkább *numerikusan* mérik. Az egészséget vagy normalitást bizonyos fizikai és biokémiai paraméterek alapján határozzák meg; ilyen például a testsúly, testmagasság, testkörfogat, fehérvérsejtszám, hemoglobinszint, az elektrolitok és a hormonok koncentrációja, vérnyomás, szívfrekvencia, légzési frekvencia, a szív nagysága és a látésképesség. Valamennyi paraméternek van egy számszerű tartománya – az ún. „normál érték” – amelyen belül az egyén normálisnak, egészségesnek számít. A tartomány alatti vagy feletti értékek „abnormálisak”, és „betegséget” jeleznek. A betegséget, ezt követően, ezektől a normál értékektől való eltérésként értelmezik, amelyet a test szerveinek, szervrendszereinek morfológiai vagy funkcionális abnormalitásai kísérnek. Például a vér tiroid hormon koncentrációjának a „normál értéknél” alacsonyabb szintje *hypothyreoidismus*, a normálisnál magasabb szintje a *hyperthyreoidismus*; ha a tiroid szint a két határérték között van, a pajzsmirigy „funkciója normális”.

Az egészség-betegség orvosi definíciója, tehát, döntően a test szerkezetének vagy funkcióinak objektíven meghatározható fizikai változásaira épül, amelyeket a „normális” élettani értékekhez hasonlítva számszerűen fejeznek ki. Ezeket az abnormális változásokat, vagy betegségeket, külön entitásoknak tekintik, amelyeknek tünetekből és klinikai jelekből álló saját egyedi „személyiségük” van. Valamennyi betegség „személyisége” egy karakterisztikus okból, klinikai képből (tünetek és kórjelek), a kórházi kivizsgálás eredményeiből, a betegség általános lefolyásából, a prognózisból és a megfelelő kezelési módból áll. A tuberkulózis például egy meghatározott baktérium által kiváltott betegség, aminek jellemző tünetei és a fizikális vizsgálat során felfedezhető fizikai jelei vannak, jólismert elváltozást okoz a mellkasi röntgenfelvételen és a köpettenyésztésben, és ismert a betegség valószínű lefolyása, amit a kezelés befolyásol. Fabrega és Silver<sup>5</sup> mutat rá arra, hogy az orvosi szemlélet azt feltételezi, hogy a „betegségek” „formájukban, lefolyásukban és megjelenésükben” univerzálisak, és „ismétlődő jellegűek”; azaz az orvosok azt felté-

telezik, hogy a tuberkulózis ugyanaz a betegség marad, függetlenül attól, hogy milyen társadalomban vagy kultúrában fordul elő. Mindig lesz meghatározott oka, klinikai képe, kezelése, és így tovább. Ez a szemlélet azonban nem foglalja magába az egészség-betegség szociális, kulturális és pszichikai dimenzióit, továbbá azokat az összefüggéseket sem, amelyekben a betegség megjelenik, és amelyek meghatározzák a betegség jelentését a beteg és hozzátartozói számára. Mivel az orvoslás a betegség fizikai dimenzióira összpontosít, a diagnózis felállításakor és a kezelés meghatározásakor gyakran irrelevánsnak számítanak az olyan tényezők, mint a beteg személyisége, vallásos hite, kultúrája és a szociális-gazdasági helyzete. Enge<sup>16</sup> ezt a megközelítési módot a „test-lélek dualizmus” további bizonyítékeként értékeli, és olyan orvosi gondolkodásmódnak tartja, ami a fizikális eltérések meghatározására összpontosít és közben „a betegnek, mint személynek, mint emberi lénynek a tulajdonságait” figyelmen kívül hagyja, és a beteget az abnormális életani paraméterek együttesévé redukálja. Ez a fogalmi dualizmus egészen Descartes-ig (XVII. század) visszavezethető, aki az embert „testre” (a tudományok által tanulmányozandó részre) és „szellemre” vagy „lélekre” (a filozófia és a vallás által tanulmányozandó részre) osztotta. Napjainkban a „szellem” vizsgálata a pszichiáterek és viselkedéskutatók kezébe került, míg a „test” – amit egyre inkább egy élő gépnek tekintenek – az orvosi kutatásra és annak diagnosztikai eszközeire van bízva; azaz a modern orvoslásban az alapvető dualizmus továbbra is fennáll.

Megjegyzendő továbbá, hogy a modern medicina gyakran nagyon *redukcionista*. A figyelem a beteg ember helyett egyre inkább a megbetegedett szervre, rendszerre, sejtszövetre vagy testrészre irányul. Ez főként a fejlett diagnosztikai technikáknak köszönhető, amelyek ma már celluláris, biokémiai, sőt molekuláris szinten zajló változásokat is képesek kimutatni. Bizonyos értelemben, mindez a „betegek” egy új csoportjának kialakulásához vezetett: a diagnosztikai eszközök termékeinek, például röntgenfilmeknek, ultrahangos felvételeknek, a vérvizsgálatok eredményeit tartalmazó papíroknak vagy az elektrokardiogram papírsíkjainak a megjelenéséhez. Vannak orvosok, akik számára ezek a „papírbetegek” érdekesebbek, mint a beteg emberek: a papírokat könnyebb megmagyarázni, ellenőrizni, megmérni, és nem áll fenn az a veszély, hogy panaszkodnak vagy nem működnek együtt. Sőt, azok az orvosok, akik az emberi test csak egy kis részének megbetegedéseit diagnosztizálják és kezelik – akiknek, bizonyos értelemben, az a szakmai céljuk, hogy egyre kevesebbről egyre többet tudjanak – gyakran magasabb pozícióval és jövedelemmel rendelkeznek, mint sok „általános” orvos. Azok a specialisták pedig, akik publikusan „gyógyítanak”, még magasabb státuszban vannak, mint azok akik csendben végzik a dolgukat. A test kis részének viszonylag rövid idő alatt történő és jól látható eredménnyel járó kezelése sokkal magasabb státuszot jelent, mint a krónikus vagy a gyógyíthatatlan betegségekkel való foglalkozás. A sebészek ezért általában magasabb státusszal rendelkeznek, mint a geriátriával, pszichiátriával, mozgássérültekkel, haldokló betegekkel vagy prevencióval foglalkozó orvosok.

Az orvosi modell tehát nem tekintendő homogénnek és következetesnek. Egységes „nyugati” vagy „tudományos” orvoslás valójában nem létezik; és

ahogy a 4. fejezetben elemeztük, bár ma már „internacionálisnak” számít, alkalmazásában hatalmas különbségek vannak a föld különböző részei, az egyes nyugati országok, sőt egyes országrészek között is. Az orvosi modell nagy mértékben kötődik a kultúrához, és a környezetétől függően rendkívül változatos formában jelenik meg. Még ugyanabban a társadalomban is jelentős szemléletbeli különbségek vannak a különböző orvosi szakágak képviselői között: így például a sebészek, a pszichiáterek, a járványtan és a közegészségtan szakemberei között. A modern tudományos orvoslást tanult orvos, ráadásul, a diagnózis felállítása során általában különböző szemléletek és módok egész sorát használja fel, amelyek mindegyike speciális szempontból vizsgálja a problémát. A good házaspár megállapítása szerint, „minden orvos vagy orvosi szakterület a betegségek értelmezési modelljeinek egész repertoárjával rendelkezik – biokémiai, immunológiai, vírustani, genetikai, környezeti, pszichodinamikai, családi interakciókra vonatkozó, stb. szemléletű modellekkel –”, és ezek mind jellegzetes szempontok alapján vizsgálják a betegséget. Egyes esetekben ezek a modellek vagy szemléletek jelentősen eltérhetnek egymástól. Eisenberg<sup>1</sup> mutat rá például arra, hogy a különböző pszichiáterek „összetett és egymásnak nyilvánvalóan ellentmondó modelleket” használnak a pszichózisok magyarázatára. Ezek a következők:

1. Az *organikus* modell, amely az agy fizikai és biokémiai elváltozásait hangsúlyozza.
2. A *pszichodinamikai* modell, amely fejlődésbeni és tapasztalati tényezőket helyez a központba.
3. A *viselkedési* modell, amely szerint a pszichózist a környezeti tényezők véletlenszerű kombinációja tartja fenn.
4. A *szociális* modell, amely a szerep-megvalósítás zavarait helyezi a középpontba.

Meg kell jegyeznünk, hogy az orvosok, bármilyen szakterületen dolgoznak, életük legnagyobb részében a „köznapi” világ részét képezik – az orvosi válásuk előtt és után egyaránt. Egyénként, valamint a család, az egyház, egy szociális osztály tagjaként egyaránt magukkal hozzák az ideáloknak, a feltételezéseknek, tapasztalatoknak, előítéleteknek, és az örökölt hagyományoknak olyan speciális rendszerét, ami jelentősen befolyásolhatja orvosi munkájukat.

Valamennyi orvosi és pszichiátria modell változik az idők folyamán új elméletek kidolgozása és új felfedezések révén. Az olyan kórképeket, mint a magas vérnyomás, a rák vagy a szív koszorúereinek megbetegedése, folyamatosan újra vizsgálják és „átformálják” az etiológiájukkal kapcsolatos új elképzeléseknek és az új diagnosztikai és kezelési módszereknek megfelelően. A különböző szakágak orvosai közt lévő szemléletbeli különbség azt eredményezheti, hogy a különböző szakorvosoknak más a véleményük és a diagnózisuk ugyanarról az egészség-betegség epizodról.

Egy utolsó szempont az, hogy számos nyugati társadalomban a szervezett vallásosság hanyatlott, és napjaink erkölcsi normáit a vallási fogalmak helyett orvosi fogalmakkal fejezik ki. Az orvoslás mindig több



volt a tudományos elméletek és gyakorlatok rendszerénél: egy *szimbólumrendszer* is jelentett, amely a szélesebb értelemben vett társadalom számos alapértékének, hiedelmének és erkölcsi szemléletének a megfogalmazására szolgált: Napjaink profánabb korában, az olyan vallási kifejezéseket, mint a „bűn” és az „erkölcstelenség”, az „egészség” és a „betegség” kifejezések váltják fel. Manapság az orvoslásból származó metaforák a mindennapi élet részévé váltak, és széles körben használtak, például „beteg társadalom”, „a bűnözés terjedése”, vagy a „gyengélkedő gazdaság”. Ahogy néhány generációval ezelőtt a vallás állást foglalt a „bűnös élet” ellen, napjainkban az egészségügy ítéli el az „egésztelen életmódot”, de az utóbbi esetben a bűnhődés a földi életben történik és nem egy földöntúli. A régen „halálos bűnnek” számító „torkosság”, és „tunyaság” napjainkban „túltápláltság” és „a testmozgás hiánya” kifejezésekben fogalmazódott újra. Mivel napjainkban számos erkölcsi kérdést orvosi nyelven fogalmaznak meg, bizonyos viselkedések – alkoholizmus, törvénytelenység, munkakerülés, kábítószer-fogyasztás és kriminalitás – „rossz” vagy bűnösnek való értékelését felváltotta ezeknek a viselkedéseknek bizonyos fokig valamilyen orvosi vagy pszichiátriai problémaként való értékelése.

A legiparosodottabb társadalmakban idetartozó jelenség a *biztosítási* ipar növekedése. A biztosítók büntetik azokat az ügyfeleket, akik egészségtelen életmódot folytatnak (például dohányoznak vagy alkoholt fogyasztanak), és kártalanítják azokat, akiket valamilyen váratlan betegség, baleset vagy más szerencsétlenség ér, tehát átveszik az előző generációkban (és a világ más tájain manapság is) az egyház által ellátott funkciókat. Vitatható, hogy vajon azokban a társadalmakban, amelyekben a szervezett egyház gyenge, a biztosítási rendszer (mint maga az egészségügyi rendszer is) egy racionális, profán reagálási módot nyújt az embereknek a szerencsétlenségekkel szemben, és csökkenti azok hatását. Az egészségügy és a biztosítók azonban az egyháznál lényegesen kisebb hangsúlyt fektetnek az erkölcsi megfontolásokra: az egészségügy fokozott szociális szerepe ellenére, figyelmének központjában továbbra is a betegségek, balesetek, szerencsétlenségek *következménye*, s nem pedig az oka áll.

Az egészségügy társadalmi és szimbolikus szerepének a modern társadalmakban tapasztalható változásai és az orvosi modellek számos fajtája ellenére, a klinikai gyakorlatban a jellemző szemléletmódot a „betegség” vagy rendellenesség *fizikai* okának keresése és az okoknak fizikai eszközökkel (pl. gyógyszerekkel, sebészeti beavatkozásokkal vagy sugárterápiával) történő kezelése jelenti.

## „Betegség” – a beteg szempontjából

A magyar nyelv „betegség” kifejezésének az angolban két megfelelője van: „illness” és „disease”. Cassell<sup>10</sup> az „illness” szót annak kifejezésére használta, „amit a beteg érez, amikor orvoshoz megy” és a „disease” szót arra a bajra, „ami az orvostól hazafelé menet van neki”. Véleménye szerint, a „disease” egy

szervnek a baja, az „illness” pedig az egész emberé. Magyarul e két kifejezés mint kórfolyamat (disease) és betegség (illness) állítható párba. A betegség az érintett személynek és hozzátartozóinak szubjektív reakciója arra, hogy az egyén rosszul érzi magát; másképp fogalmazva, a betegség a beteg és környezetének véleménye állapotának eredetéről és jelentőségéről; az állapot hatása a beteg viselkedésére és többiekhez való viszonyára; és azok a lépések, amelyek az érintett személy állapotának javítására tesznek. Nemcsak az egészségtelen állapot megélését jelenti ez egyén számára, hanem azt is, hogy ő hogyan értelmezi ezt az élményt. A hirtelen megbetegedő emberek, például, gyakran kérdezik önmaguktól: „Miért történt ez velem?” vagy „Mi rosszat tettem, hogy ez a büntetésem?”, sőt bizonyos társadalmakban, „Ki akarta, hogy megbetegedjek?” A tüneteknek tulajdonított jelentést és ezzel kapcsolatos érzelmi reakciókat a betegek származása és személyisége egyaránt befolyásolja, csakhogy mint azok a szociális, kulturális és gazdasági körülmények, amelyek között élnek.<sup>11</sup> Más szavakkal, ugyanaz a kórfolyamat (például a tuberkulózis) vagy tünet (például a fájdalom) két különböző kultúrából, környezetből származó egyéntől, vagy különböző összefüggésekben teljesen eltérő jelentést kaphat. Ez pedig befolyásolja az emberek betegséggel kapcsolatos viselkedését és az általuk választott kezelésmódot.

A betegeknek az egészségről-betegségről alkotott szemlélete rendszerint annak a sokkal szélesebb körben használt elméleti modellnek a része, amely a szerencsétlenségeket általában kezeli; ezen a modellen belül a betegség a csapásoknak csak egy speciális fajtája. Számos társadalomban, például, a szerencsétlenségek *valamennyi* fajtáját – a magas lázat, a rossz termést, személyes értékek ellopását, a tető beszakadását – a boszorkányok művének vagy az erkölcsi bűnök isteni büntetésének tulajdonítják. Az utóbbi esetben, a különböző szerencsétlenségek hasonló szegényérzetet és bűntudatot válthatnak ki, és hasonló módon történik a kezelésük is: imádsággal, bűnbánattal. Ezekben a kultúrákban ezért a betegségnek és a többi szerencsétlenségfajtának gyakran azonosak a pszichológiai, erkölcsi és szociális vonatkozásai. Ez egy szélesebb, gyakran sokkal szerteágazóbb elképzelés, mint „a konkrét betegség”, és figyelembe kell venni, mert csak ezáltal válik érthetővé, hogyan értelmezi a beteg az egészségét-betegségét, és hogyan reagál állapotára.

## Beteggé válás

Az „egészségnek” és a „betegségnek” a definíciója egyénektől, családoktól, kulturális csoportoktól és szociális osztályoktól függően egyaránt változik. A legtöbb esetben, az „egészség” többet jelent, mint csak a kellemetlen tünetek hiányát. A WHO,<sup>12</sup> például, 1946-ban úgy definiálta, hogy az egészség „a teljes fizikális, mentális és szociális jóllét állapota, és nemcsak betegségek vagy fogyatékoságok hiánya”. Számos nem-iparosított országban az egészséget az ember másik emberhez, a természethez és a földöntúli világhoz fűződő ki egyensúlyozott *kapcsolatának* tekintik. E kapcsolatok bármelyikének zavara megnyilvánulhat fizikális vagy érzelmi problémákban. A nyugati társadalmakban az egészséget kevésbé átfogóan értelmezik, bár ezekben a kultúrák-

ban is felismerhetők annak fizikai, pszichológiai és viselkedésbeni vonatkozásai. Az egészségi állapot értelmezése társadalmi osztályok szerint is különbözik. Fox<sup>9</sup> említi meg, például, egy felmérést, amit „Regionville”-ben, egy New York állambeli kisvárosban készítettek, ahol a magasabb szociális osztályba tartozók krónikus derékfájdalommal – mint „abnormális tünettel” – orvoshoz fordultak, míg a szegényebb szociális-gazdasági osztályok tagjai ezt a bajt „az élet olyan elkérülhetetlen és ártalmatlan részének tartották, amellyel nem érdemes orvoshoz menni”. Blaxter és Paterson<sup>11</sup> Aberdeenben (Skócia) készített tanulmányában az előbbihez hasonlóan, azt írta le, hogy a munkásosztályba tartozó édesanyák nem tartották gyermekeiket „betegnek”, még abnormális fizikális tünetek megjelenése esetén sem, ha azok normálisan mozogtak és játszottak. Az egészség ilyen funkcionális definíciója gyakori a szegényebb emberek között, és valószínűleg az az alapja, hogy munkájuk folytatása (anyagi szempontból) közérzetüktől függetlenül szükséges számukra, és az, hogy kevés reményt fűznek az orvosi ellátáshoz. Az egészség itt ismertett laikus definíciója nagymértékben eltér az orvosi meghatározásától, és a különbségeket a következőkben részletesen elemezni fogjuk.

Az a folyamat, melynek eredményeként valaki betegnek gondolja magát, alapulhat saját véleményén, mások véleményén és e kettőn együttesen. Általában különböző szubjektív élmények alapján tartják az emberek betegnek magukat, amelyek a következők lehetnek:

1. A külső megjelenésben észlelt változások, például súlycsökkenés, a bőr színváltozása, a haj hullása.
2. A rendszeres testműködések megváltozása, például a vizelet gyakoriságának megváltozása, erős menstruációs vérzés, a szívritmus rendszertelenné válása.
3. Szokatlan testváladékok, például véres vizelet, köpet vagy túl gyakori széklet.
4. A végtagok működésének megváltozása, például paralízis, ügyetlenség vagy remegés.
5. Az öt fő érzékszerv működésének megváltozása, például sükettség, vakság, a szaglóképeség megszűnése, zsibbadás vagy az ízérzés megváltozása.
6. Kellemetlen fizikális tünetek, például fájdalom, fejfájás, hasi panaszok, láz vagy hidegrázás.
7. Fokozott vagy szokatlan érzelmi állapotok, például feszültség, depresszió, rémálmok vagy túlzott szorongás.
8. A másokkal való viselkedés megváltozása, például házassági vagy munkahelyi problémák.

A mindennapi életben a legtöbb ember tapasztal ilyen abnormális változásokat, de általában csak enyhe formában, ahogyan erről számos tanulmány beszámolt. Dunnell és Cartwright vizsgálatában<sup>12</sup> a mintában résztvevő felnőttek 91%-a tapasztalt egy vagy több abnormális tünetet a felmérés 2 hetes időtartama alatt (azonban csak 16% fordult orvoshoz ez idő alatt). Egy vagy több abnormális tünet megjelenése tehát nem elég ahhoz, hogy valaki „beteg-

nek” tartsa magát. Apple vizsgálata szerint,<sup>13</sup> a középosztályhoz tartozó amerikaiak csak akkor tartották az abnormális tüneteket „betegségnek”, ha azok zavarták a megszokott mindennapi életüket, gyorsan alakultak ki és „bizonytalanok” vagyis laikus által nehezen diagnosztizálhatók voltak.

Más emberek akkor is betegnek titulálhatnak valakit, ha a betegnek tartott személy nem érez semmiféle szubjektív változást. Gyakran halljuk ezt a követezőképpen megfogalmazva: „Nagyon sápadtnak látszol ma, biztos beteg vagy” vagy „Nagyon furcsán viselkedsz mostanában”. Ha nincs viselkedés változás, a különböző kultúrák nagyon eltérően ítélik meg, hogy egy bizonyos viselkedési forma betegséget jelent-e vagy sem. Guttmacher és Elinson<sup>14</sup> vizsgálatában New York város különböző társadalmi és etnikai csoportjait kérdezték meg arról, hogy bizonyos társadalmilag deviánsnak tartott viselkedésmódokat (például transzvesztizmust, homoszexualitást vagy verekezésben való résztvételt) valamilyen „betegség” jelének tartanak-e. A Puerto Rico-iak csoportja kevésbé tartotta betegségeknek ezeket a viselkedésmódokat, mint a többi csoport, például az írek, az olaszok, a zsidók vagy a feketék. A legtöbbször azonban akkor gondoltak valakit „betegnek”, ha az egyén rosszul érezte magát és a többiek is úgy látták, hogy nincs jól. Ilyen értelemben, tehát, a beteg-gé válás egy szociális folyamat, amelyben a betegen kívül az őt körülvevők is részt vesznek. A környezet együttműködése szükséges ahhoz is, hogy a beteg elfogadja a „beteg szereppel” járó jogokat és előnyöket, azaz „a beteg személy” szociálisan elfogadott szerepét. A betegnek tartott emberek időlegesen felmentést kapnak azok alól a kötelezettségek alól, amelyeket az adott szociális csoportok tagjaként egyébként el kell látniuk, például a családban, barátok, munkatársak között és az egyházban. Ezzel egyidejűleg a csoport tagjai kötelezettségüknek tartják, hogy a beteg embert ápolják, ellássák. A beteg szerep Fox<sup>9</sup> fogalmazása szerint „egy félig-meddig legitímált módja annak, hogy az egyén felmentést kapjon a kötelezettségei alól és jogot szerezzen mások gondoskodására”. A legtöbb esetben, ez a szerep akkor a leghatékonyabb, ha orvos vagy más egészségügyi szakember igazolja az állapot valóságát. A beteg ápolása általában az egészségügyi ellátás lakossági szektorában, elsősorban a családban zajlik, ahol a beteg tüneteit megbeszéljük és értékeljük, eldöntjük, hogy beteg-e vagy sem, és hogy milyen kezelést igényel.

A „beteg-gé válás” folyamata, tehát, magába foglalja az egyén szubjektív élményeit a fizikai és érzelmi változásaival kapcsolatban, valamint ezeknek a változásoknak, a legelszigetelt esetek kivételével, a többiek által történő megerősítését. Az ilyen megerősítések érdekében szükség van a csoport valamennyi tagjának egyetértésére azzal kapcsolatban, hogy mi számít „egészségesnek” és mik az „abnormális tünetek vagy jelek”. Szükség van továbbá egy olyan standardizált módszerre is, amellyel a beteg személy felhívhatja a figyelmet ezekre az abnormális változásokra, és képes ápolást és részvétet kiváltani. Lewis<sup>15</sup> megfogalmazása szerint: „minden társadalomban megvannak azok a szabályok, ahogy a beteg embernek viselkednie kell... és a legtöbb betegség esetén a megbetegedés kifejezésének akaratlagos és akaratlan módjai között kölcsönhatás áll fenn. A beteg bizonyos mértékben képes betegségének kimutatását és a megbetegedéssel kapcsolatban tett lépéseit szabályozni.” A szocio-kulturális tényezők egyaránt döntően befolyásolják a betegség megjelené-

tését és a megbetegedéssel kapcsolatos egyéb reakciókat. Valamennyi kultúra (és bizonyos mértékig valamennyi nem, szociális osztály, régió, sőt még a család is) rendelkezik egy saját, a fájdalom és a *bajbajutottság kifejezésére szolgáló nyelvrendszerrel*, amely kapcsolatot biztosít a testi-lelki jóllét megszűnésének szubjektív megélése és ennek a szociális környezet által történő felismerése között. A kulturális tényezők meghatározzák, hogy *milyen* tünetek és jelek számítanak abnormálisnak; és segítséget nyújtanak abban is, hogy ezek a diffúz érzelmi és fizikai változások olyan *minták* formálódjanak, amelyek a szenvedő alany és környezete által egyaránt felismerhetők. A tünetek és körjelek így kialakuló mintázata „betegség entitásnak” nevezhető, és a „beteggéválás” első lépcsőjét jelenti.

## A „Magyarázó Modell”

Kleiman<sup>16</sup> egy hasznos, általa *Magyarázó Modellnek* (*Explanatory Model* – EM) nevezett, módszert ajánlott annak a folyamatnak a megértéséhez, amelylyel a betegség kirajzolódik, értelmeződik és kezelésre kerül. Meghatározása szerint ez „azokat az elképzeléseket jelenti, amelyeket az ápolásban résztvevők alkotnak a betegség megjelenésével és kezelésével kapcsolatban”. A betegek és az orvosok egyaránt rendelkeznek EM-ekkel, és ezek „olyan magyarázatokat ajánlanak a betegséggel és a kezeléssel kapcsolatban, amelyek segítséget nyújtanak a rendelkezésre álló terápiás módok és terapeuták közti választásban, és egyéni és szociális jelentést adnak a betegség élménynek”. Előszörban a betegség következő öt aspektusára nyújtanak magyarázatot:

1. Az állapot etiológiája vagy oka.
2. A tünetek megjelenésének időpontja és módja.
3. A kialakulásában szerepet játszó kórelletani folyamatok.
4. A betegség lefolyása és súlyossága.
5. Az állapot megfelelő kezelése.

Ezek a modellek a betegség *aktuális* megjelenésétől függően rendeződnek és nem azonosak a betegségről a társadalom által alkotott általános elképzelésekkel. Kleinman szerint a laikus EM-k idioszinkráziára hajlamosak, változékonyak, és az egyéni és kulturális tényezők erősen befolyásolják őket. Ezek a modellek részben tudatosak, részben pedig a tudatosságon kívül esők, és „bizonytalansággal, többszörös jelentésekkel, gyakori változásokkal, valamint az elképzelések és a tapasztalatok közti éles határvonalak hiányával jellemezhetők”. A szerző ellentétbe állítja ezeket a modelleket az orvosi EM-ekkel, amelyek ugyancsak a adott betegségi epizódnak megfelelően alakulnak ki, azonban döntően a „tudományos logika egyszerű okozati láncolatán” alapulnak. A Magyarázó Modelleket, tehát, az emberek a megszűnt jóllét adott epizódjának megmagyarázására, megértésére és kezelésére használják. Az orvossal való konzultációk valójában tehát a betegség laikus és orvosi EM-jei közti tranzakciók. A Magyarázó Modelleket azonban csak a speciális *összefüggések* figyelembe vételével lehet

pontosan megérteni, mivel ezek jelentős befolyást gyakorolnak rájuk. Az EM-mel kapcsolatos összefüggések érinthetik annak a társadalomnak a szociális és gazdasági szervezetét, a meghatározó ideológiáját (vallását), amelyben az egyén megbetegedett és amelyben orvoshoz fordult. A beteg emberek értékelése arról, hogy milyen súlyos a betegségük (és hogyan befolyásolja az életüket), például, nemcsak attól függ, hogy mit gondolnak állapotuk okának, hanem attól is, hogy megengedhetik-e maguknak a munkakiesést és a privát egészségügyi ellátást és rokkantsági nyugdíjat arra az időmukra ingyenes egészségügyi ellátást és rokkantsági nyugdíjat arra az időszakra, ameddig nem munkaképesek. A szociális és gazdasági környezet is befolyásolja, hogy a betegek milyen fajta kezelést választanak betegségükre, és hogy erre döntően a populáris, a hagyományos módon vagy a professzionális szektorban kerül sor. Végül, a nem, a korcsoport és a különböző egyének életciklusának megfelelő szakasza jelentősen befolyásolja azt, hogy milyen EM-eket választanak: a gyermekek, az idősek, a kismamák, és a család kenyérkeresői egymástól nagyon különböző csoportok.

A klinikai konzultáció során a laikus és az orvosi EM-ek interakciói nemcsak attól függenek, hogy milyen fizikai környezetben (pl. egy kórházi osztály, vagy orvosi rendelő) zajlanak<sup>17</sup>, hanem attól is, hogy az orvos és a beteg milyen szociális osztályhoz, nemi és korcsoporthoz tartozik. Az orvos a származásával és képzése során szerzett *erejével* módosíthatja a beteg EM-jeit, így azokat képes az orvosi beteg modellhez közelíteni, és megakadályozni, hogy a beteg laikus betegség elképzelése elhatalmasodjon.

Az egészség-betegség laikus magyarázatainak értelmezésére egy másik lehetőség azoknak a kérdéseknek a vizsgálata, amelyeket az emberek feltesznek maguknak, amikor úgy érzik, hogy „betegek”<sup>18</sup> (vagy amikor valamilyen más szerencsétlenséget szenvednek), és ahogy a kérdéseikre adott válaszaikat egészségük-betegségük *történetévé* állítják össze. Ezek a kérdések a következők:

1. *Mi történt?* Ez a tünetek és a jelek felismerhető mintává szervezését, megnevezését vagy kategorizálását jelenti.
2. *Miért történt?* Ez az állapot etiológiáját és az okát magyarázza meg.
3. *Miért velem történt?* Ezzel a beteg megpróbál összefüggést keresni betegségé és saját tulajdonságai (pl. viselkedés, diéta, testfelépítés, személyiség vagy származás) között.
4. *Miért most?* Ez a betegség megjelenésének időpontjára, és kialakulásának tempójára (lassú vagy gyors) vonatkozik.
5. *Mi történe velem, ha semmit sem csinálnék a betegséggemmel kapcsolatban?* Ez a betegség valószínű lefolyására, végeredményére, prognózisára és veszélyeire vonatkozik.
6. *Mik a betegség valószínű hatásai a többi emberre (család, barátok, munkahelyi vezetők, munkatársak), ha nem történik kezelés?* Ez magába foglalja a jövedelem vagy a munkahely elvesztését, és a családi kapcsolatok próbára tételét.
7. *Mit kell tennem ezzel kapcsolatban – vagy kihez forduljak további segítségért?* Ez az állapot kezelésének stratégiáira vonatkozik,



mint pl. öngyógyítás, barátokkal, családtagokkal való megbeszélés, vagy orvoshoz fordulás.

Ha valaki „náthás”, például, az előbbi kérdéseket a következőképpen válaszolhatja meg: „Megfáztam. Azért történt, mert közvetlen egy jó meleg fürdő után kimentem az esőbe azon a hideg napon, amikor amúgy is olyan rosszul éreztem magam. Ha nem teszek semmit, lehet, hogy rámegy a tüdőmre, és még rosszabbul leszek. Akkor aztán hosszú időre itthon kell majd maradnom, és egy csomó pénzt elvesztek. Jobb lesz, ha elmegyek az orvoshoz, és kérek rá valami orvosságot.” Mielőtt ezeket a kérdéseket feltehetné és megválaszolhatná, a betegnek fel kell ismernie, hogy tünetei, testi jelzései – mint pl. az izomfájdalmak, a hidegrázás, az orrfolyás – „abnormálisak”, hogy ezt követően ezeket a jelenségeket a „megfázás” felismerhető mintájává állíthassa össze. Ez azt jelenti, hogy a beteg környezetében van egy általánosan elfogadott kép arról, hogy mi a „megfázás”, és hogyan lehet azt felismerni, bár egy adott megfázásnak az EM-jei valószínűleg számos egyéni és idioszinkretikus elemet tartalmaznak. Ha egy kultúrában vagy egy közösségben sok ember egyetért a tünetek és a jelek együttes előfordulásáról – ennek eredetéről, jelentőségéről és kezeléséről – akkor, ezek „betegség entitássá” vagy *népi betegség* válnak, amelyek ismételt előfordulnak. Ez a „betegség entitás” sokkal lazábban meghatározott jelenségeket foglal magába, mint az orvosi „betegségek”, és a szocio-kulturális környezet jelentősen befolyásolja megjelenési formájukat.

## Népi betegségek

Rubel<sup>19</sup> a népi betegségeket úgy határozta meg, hogy azok „olyan szindrómák, amelyekről egy adott csoport tagjai szenvednek, és amelyekhez kultúrájuk etiológiát, diagnózist, prevenciót és gyógy módot nyújt”. Az antropológusok számos ilyen népi betegséget leírtak a világ különböző országaiban, és ezek mindegyikét a tünetek, testi jelek és viselkedési változások sajátos egyedi konfigurációja jellemzi (idevonatkozó rész található a 10. fejezetben). Néhány példa: a *susto* Latin-Amerikában, az *amok* Malájföldön, a *windigo* észak-kelet Amerikában, a *narahatiye galb* („szívba”) Iránban, a *dil ghirda hai* („elszoruló szív”) India Punjab tartományában, a *koro* Kínában, az *agykimerülés* Afrika egyes részein, a *tabanka* Trinidadban, a *nervios* Latin-Amerika több területén, a *vapid unmada* Sri Lankában, a *crise de foie* Franciaországban, a *high blood* az Egyesült Államokban, a *cold* és a *chill* a legtöbb angol nyelvű országban ismert, és számos egyéb is előfordul. Ezek „kultúrához-kötött betegségek”, abban az értelemben, hogy valamennyi olyan jellegzetes kórkép, amelyet főként az adott kultúra tagjai ismernek, és a kezelésük is kulturálisan meghatározott módon történik. Rubel szerint akkor van kultúrához-kötött betegséggel dolgunk, ha „egy meghatározott populációban a tünetek rendszeresen összehasonlíthatóak, és ennek a populációnak a tagjai a tünetekre hasonló mintázattal válaszolnak”.

A népi betegségek többet jelentenek, mint a tünetek és a fizikális jelek jellegzetes együttes előfordulását. Egész sor szimbolikus jelentésük – erkölcsi, szociális vagy pszichológiai – is van azok számára, akik ilyenekben szenvednek. Előfordul, hogy az egyén szenvedését a természeti környezet megváltozásához vagy természetfeletti erők befolyásához kapcsolják. Máskor, a betegség klinikai képe egy olyan kulturálisan elfogadott mód, amellyel a beteg kifejezi, hogy szociális konfliktusai vannak, például elromlott a kapcsolata a családtagjaival, a barátaival vagy a szomszédokkal.

### Esettanulmány: „Szívszorítás” az iráni Maragheh-ben

Good<sup>20</sup> az ilyenfajta népi betegség egy példaként az iráni Maragheh-ben ismert *narahatiye galb*-ot vagy „szívszorítást” írta le. Ez egy bonyolult népi betegség, amely általában fizikai tünetekben nyilvánul meg – például a szív „remegése”, „lebegése” vagy „kalapálása” – és feszültség vagy boldogtalanság érzéssel jár, amelyeket ugyancsak a szívhez kapcsolnak („Olyan nehéz a szívem”). Ez tehát egy „komplex betegség, amely magába foglalja és összekapcsolja a szívverés abnormalitásának fizikai érzését a feszültség, szomorúság vagy düh érzésével”. Az abnormalis szívverés a kellemetlen érzelmi állapotokhoz és a szociális stresszhelyzetekhez egyaránt kapcsolódhat. Az iráni nőknél gyakrabban fordul elő, és kifejez valamilyen életük terheiből és konfliktusaiból. A „szívszorítás” követhet családi veszekedést vagy konfliktust, közeli hozzátartozó halálát, terhességet, gyermekszülést, nemzőképtelenséget, és fogamzásgátló tabletták szedését (amelyet a fertilitás és a szoptatás veszélyeztetőjének tartanak). Ez egy elsődlegesen a környezel által meghatározott kórkép, amely a fizikai, a pszichológiai és a szociális problémák széles skálájának egyidejű kifejezésére szolgál; a „szívszorítás” egy „kép”, amely a Maragheh-i emberek életrendjében gyökerező szimbólumok, szituációk, okok, érzelmek és stresszhelyzetek együttes megjelenítésére szolgál. A betegség azonban szívhez kapcsolódó egyszerű fizikai tünetek képében jelenik meg.

### Esettanulmány: „Elszoruló szív” a Bedfordban, élő punjabiak között Nagy-Britannia

Krause<sup>21</sup> írt le egy az előbbihez hasonló szindrómát, amely az angliai Bedfordban élő hinduk és a szikhek között egyaránt előfordult. A *dil ghirda hai* („elszoruló szív”) képe egy egységes betegségképpé formálja azokat a fizikai érzéseket, érzelmeket és bizonyos szociális tapasztalatokat, amelyeknek speciális jelentése van a közösség számára. Az „elszoruló szív” – a mellkasban jelentkező bizonyos fizikai élmények összessége – ismételt előfordulhat ugyanannál az egyénnél, és a szív „elgyengüléséhez”, szívrohamhoz, sőt halálhoz is vezethet. A betegségnek számos oka lehet: pl. ételek, időjárás vagy a testet „elforrósító” túlfokoz-

zott érzelmek (pl. düh) miatt kialakuló excesszív hő; énközpontúságra utaló érzelmi állapot, pl. szégyen, büszkeség, arrogancia, a sors miatti aggodalom; az embert legyengítő állapotok, amelyek miatt erkölcsi és szociális kötelességeinek képtelen eleget tenni, pl. éhség, kimerültség, öregkor és szegénység; és olyan rossz élmények, pl. baleset, halál vagy családtag szégyenteljes viselkedése, amelyek aggodalmat és szomorúságot válthatnak ki. Az „elszoruló szív” tehát erősen kötődik a „szociális meg nem feleléstől való alapvető félelemhez”, és azokhoz a kulturális értékekhez, amelyek azt hangsúlyozzák, hogy fontos a szociális kötelességeket teljesíteni, az egyéni érzelmek kifejeződését kordában tartani, altruistikusan és nem pedig aggodalmaskodóan vagy énközpontúan viselkedni, és – a férfiak számára – a nőnemű hozzátartozók szexualitását szabályozni. Ha valaki ezen elvárások valamelyikének nem képes eleget tenni – például képtelen megelőzni lánytestvérének tiszteletlen és szabados viselkedését – az a közösség izzat-jának (megbecsülésének és respektusának) elvesztését és *dil ghirda* hai-t eredményezhet. Számos más népi betegséghez hasonlóan, tehát, a szindróma egységes képbe foglalja a fizikai, emocionális és szociális élményeket.

Számos népi betegségre jellemző a *szomatizálás* (idevonatkozó rész a 10. fejezetben található), amit Kleinman<sup>22</sup> így határoz meg: „a diszfóriás hatás szomatikus nyelven történő kifejezése, fizikai tünetekről, sőt betegségről való panaszkodás formájában”. A kellemetlen érzelmi állapotok (mint például a depresszió) vagy a szociális stressz fizikai tünetek formájában kerülnek kifejezésre. Taiwanban például Kleinman<sup>22</sup> leírása szerint a depresszió gyakran fizikális tünetek és jelek formájában jelenik meg. A taiwani kultúrában a mentális betegségeket és a pszichoterápiás kezelést erősen megbélyegzik, ezért a családi problémákból és anyagi nehézségekből származó stressz gyakran fizikai tünetekben fejeződik ki. Bár ezek a szimptómák nem alkotnak feltétlenül egységes képet, mégis a kínai hagyományos gyógyítók (aki jobban ismerik a személyes problémáknak és konfliktusoknak ilyen formában történő kifejezését) könnyebben felismerik őket, mint a nyugati képzésben részesült orvosok.

A népi betegségek „tanulhatók”, abban az értelemben, hogy az adott kultúrában felnövő gyermek megtanulja számos különböző fizikai és emocionális tünet vagy szociális stresszhelyzet kulturálisan meghatározott módon történő kifejezését és megválaszolását. A gyerekek látják a betegségben szenvedő hozzátartozóikat vagy barátjaikat, és fokozatosan megtanulják felismerni az állapot karakterisztikus jegyeit önmagukon és másokon is. Frankenberg<sup>23</sup> jegyzi meg, hogy szélesebb kulturális, szociális tényezők, pl. televízió, újságok, és regények, valamint az adott társadalom vezető ideológiája és szerkezete is befolyásolja azt az élményt, ahogy az emberek az egészség-betegség egy adott állapotát megélik.

Az egészségügyi szakembereknek ezért, bármilyen kultúrában vagy társadalomban dolgoznak, gondolniuk kell a népbetegségek keletkezésére, tanulhatóságukra és megjelenési formáikra, arra, hogy mindez befolyásolhatja betegük viselkedését és az egészség-betegségek állapotának megítélését.

## A betegség mint metafora

Az iparosodott világ legtöbb részében, még mindig léteznek népi betegségek, közülük sokat ez idáig meg sem érintett az orvosi betegség modell, és még mindig tradicionális-folklorisztikus gyökereik vannak. Ráadásul, bi- még mindig tradicionális-folklorisztikus betegségek (mint például a rák, a szívbetegség, vagy az AIDS) szintén „népi betegséggé” vált, azoknak egy különösen erőteljes formájává. A társadalom számára ezek az állapotok gyakran az egészség, betegség és emberi szenvedés morális természetéről alkotott tradicionális képzetekhez kötődnek. Ezek a megbetegedések (különösen azok, amelyeket nehéz gyógyítani vagy egyensúlyban tartani), olyan általánosabb okok miatti szorongások szimbólumává váltak, amit számos ember érez – pl. a szervezett társadalmak megszűnésétől, inváziótól, vagy isteni büntetéstől való félelem. A populáció jelentős része számára ezek a betegségek többet jelentenek egyszerű klinikai állapotoknál: a mindennapi élet veszedelmeinek metaforává váltak.

Susan Sontag<sup>24</sup> írja le, hogy a történelem során hogyan váltak bizonyos súlyos betegségek – különösen azok, amelyeknek nem értették az eredetét, és azok, amelyeknek nem volt igazán sikeres a kezelése – mindannak a metaforájává, ami „természetellenes”, és szociálisan vagy morálisan a társadalom előtt rossznak számít. A középkorban, a járványos betegségek, pl. a pestis, voltak a szociális problémák, és a társadalmi, vallási és morális rend ledőlésének a metaforái. Az elmúlt két évszázadban, a szifilisz, a tuberkulózis, és a rák vált „a rossz” modern metaforájává. Különösen a huszadik században, a rák (a médiákban, az irodalomban és az ismeretterjesztő előadásokban) került be a nyelvbe úgy, mint a korlátlan, kaotikus gonosz erők egy formája, amely a modern világra jellemző, és ami „gátlások nélkül” működő „primitív”, „atavisztikus”, „kaotikus” és „energiával teli” sejtekből áll, amelyek lebontják a test (és a társadalom) természetes rendjét. Sontag szerint, a rák ilyen morális modelljének az a következménye, hogy számos rákbeteg betegséget úgy éli meg, mintha az „a démoni erők hatalmának egy formája volna – a tumorok „rosszindulatúak” vagy „jóindulatúak”, mint az erők – és számos rettegető rákbeteg próbál hitgyógyítókhoz fordulni, hogy kiűzze testéből az ördögöt”. A médiákban a bűnözés, a kábítószer-fogyasztás, a sztrájkok, az migráció, sőt még a politikai nézeteltérés is úgy kerül bemutatásra, mint egy „rákfajta”, amely fokozatosan tönkreteszi a társadalom finom szövetét.

Az egészség-betegség ilyen metaforái – különösen, ha olyan súlyos állapotokhoz társulnak, mint a rák – szimbolikus asszociációk egész sorát rejtik magukban, és ez a jelenség erőteljesen befolyásolhatja azt, ahogy az ilyen betegségben szenvedők megélik állapotukat és ahogy a többi ember velük szemben viselkedik. Peters-Golden,<sup>25</sup> például, leírja, hogy a mellrákhoz kapcsolódó stigma hogyan vezet arra, hogy az emberek elkerüljék az ilyen beteget, és felfüggesztik az irántuk nyújtandó szociális támogatást. Felmérésében 100 mellrákos nő vett részt, közülük 72% állította, hogy az emberek másképp bántak velük, miután megtudták a diagnózist, 52%-ban úgy érezték, hogy „kerüljék” őket és „félnek” tőlük, 14%-uk úgy érezte, hogy sajnálják őket, és csak 3 százalékuk vélte úgy, hogy az emberek kedvesebbek voltak hozzájuk,



mint korábban. Mindennek egyik oka az a félelem lehet, hogy a rák, valamilyen módon „fertőz”. Herzlich és Pierret<sup>26</sup> a francia betegség hiedelmeket vizsgálva bizonyítékot talált erre a feltevésre: egy mellrákos nő, például azt kérdezte orvosától, hogy fertőző-e a betegsége, és hogy veszélyezteti-e a lányát, ha „egy tányérből esznek”. Hasonlóan, Gordon azt találta az olaszok mellrákkal kapcsolatos elképzeléseit vizsgáló felmérésében,<sup>27</sup> hogy számos nő szerint a mellrák fertőzés, dögvész, egy kívülről támadó gonosz erő. Egyik nő számára „a rák egy levegőben levő dolog... Betelepszik a test valamelyik részében, és elkezd megenni az egész embert”, egy másik nő pedig azt mondta, hogy „Úgy látom ezt a betegséget, mint valamit, ami kívülről jön, és tönkre tesz valami tökéleteset, ami az én bensőm...” Mások úgy gondolták, hogy a mellrák egy „állat”, egy „vadállat” vagy egy „szörnyeteg”, amely megtámadja, majd pedig elpusztítja a női szervezetet. Úgy tekinteni a rákot, mint ami kívülről támadja meg a testet – egy olyan kép, ami a pestis vagy a gonosz erők által történő megszállás még ősből elképzeléséből származik – kétség nélkül megerősíti azt az elképzelést, hogy a rák veszélyes vagy „fertőző” azok számára, akik kapcsolatba kerülnek áldozatainak valamelyikével.

## Az AIDS mint metafora

Korunk egyik legsúlyosabb betegsége a Szerzett Immundeficiencia Szindróma (AIDS) (lásd 13. fejezet). Mann és mtsai adatai alapján,<sup>28</sup> 1992-ig a WHO 484 163 AIDS betegről számolt be a föld 164 országában. Egy becslés szerint, összesen 12 875 450 HÍV vírussal fertőzött ember (több mint két harmaduk Afrika Szaharától délre eső területén) él, és Mann és mtsai. azt jósolták, hogy 1995-re 17 454 000-ra nő a fertőzöttek száma. Ahogy korábban a pestis, a rák és a tuberkulózis, az általános felfogásban az AIDS is egy metaforává vált – vagy inkább metaforák csoportjává – és a modern élet félelmeit, feszültségeit kifejező eszközként szolgál.

Az elmúlt néhány évben, főként a lapok szenzációhajás címlapjain, az AIDS újra meg újra felbukkan metaforaként, például a következő formákban.

1. AIDS: mint *pestis, dögvész* (néha „a homoszexuálisok pestisének” nevezve<sup>29</sup>) – egy kép, ami a középkori pestisjárványok, vagy a dögvész előbb említett képét idézi; ami egy láthatatlan, terjeszkedő, destruktív erőt jelent, ami káoszt, rendezetlenséget, a szervezett társadalom, a családi élet és az emberek közti kapcsolatok összedőlését hozza magával.

2. AIDS mint a láthatatlan *fertőzés* – ebben a képben, amely valószínűleg a fertőző betegségekről alkotott korábbi népi elképzeléseken alapszik, az AIDS-et úgy ábrázolják, mint egy láthatatlan hatást, ami a fertőzött egyénnel való szinte bármilyen kontaktussal terjed – függetlenül attól, hogy ez a test felszínével, a testváladékokkal vagy akár csak a kilégzett levegővel való érintkezést jelenti. Ez a láthatatlan hatás létrejöhet a munkahelyen, az iskolában, otthon, sőt még a templomban is. A betegség középkori elképzeléseivel hasonlóan, úgy képzelik, mintha a beteget egy fertőzött „miazma” vagy a mérgező „rossz levegő” felhője venné körül, ami betegé teszi a közelben le-

vőket. Kimondatlanul az az elképzelés is benne van ebben a képben, hogy a betegségben szenvedők szexuális életmódja szintén „veszélyes” lehet környezetük számára.

3. AIDS mint *erkölcsi büntetés* – ebben az elképzelésben, a betegség áldozatait általában két csoportba osztják: az „ártatlanokra” (a vértömlesztést kapó hemofiliásokra és gyermekekre, a biszexuálisok vagy a házasságot kívüli szexuális életet folytatók házastársaira), és a „bűnösökre” (pl. a homoszexuális férfiak, a promiszkuitásban élők, a prostituáltak és az intravénás kábítószer fogyasztók).<sup>30</sup> Az AIDS „ítéletként”, „isten büntetésének”, vagy a deviáns életvitelért járó „bosszúként” történő felfogása – az „áldozat-okolás” más formáihoz hasonlóan – még mindig szembetűnő a közismert újságok címlapjain.

4. AIDS mint a *behatoló* – egy olyan kép, ami általában a *xenofóbia* és a „idegen invázió” témákat juttatja eszünkbe, és mivel gyakran magába foglalja a külföldiekkel, immigránsokkal és turistákkal, különösen az afrikaiakkal, a haitiekkel és másokkal szembeni előítéleteket, az „idegen AIDS-hordozók” által történő „inváziótól” való félelemhez kapcsolódik.

5. AIDS mint *harc* – egy elképzelés, ami az előbbiekhöz kapcsolódik, ebben az AIDS-et a konvencionális társadalom ellen az „erkölcstelen” életstílusok, a promiszkuitás, a külföldi befolyás és a stigmatizált kisebbségek (mint a homoszexuálisok, a prostituáltak, az immigránsok vagy a kábítószer élvezők) által vívott harcokként ábrázolják; és a betegség heteroszexuális áldozatait úgy tekintik, mintha ők ártatlan civil lakossági áldozatok volnának, akik véletlenül a harcok keresztútjába kerültek.<sup>31</sup>

6. AIDS mint *primitív* vagy *preszociális* erő vagy entitás – ez egy az előbbieken a rákkal kapcsolatban leírt elképzeléshez hasonló kép, amit azonban inkább a gyerekszerű hedonizmus, a korlátozatlan és nem konvencionális szexualitás jellemez.

Ezek a metaforák, amelyek a médiákban és az ismeretterjesztő irodalomban az „AIDS” szóhoz szorosan kötődnek, azt jelentik, hogy ez már nemcsak egy súlyos fizikai betegség, hanem napjaink egyik jelentős népbetegségévé vált.

Sőt, ezeket a metaforákat gyakran használják politikai célokra is, különösen a társadalom bizonyos csoportjainak – például a homoszexuálisok, az bevándorlók és a kábítószer élvezők – további stigmatizálására. Az orvosi antropológia szempontjából nézve azonban, ezek a metaforák több okból is veszélyesek – főként azért, mert gátolhatják a betegség kockázatának, felismerésének, kontrollálásának, megelőzésének és kezelésének bármilyen racionális megítélését. Watney<sup>32</sup> jegyezte meg, hogy a média legtöbb AIDS-sel foglalkozó műsorában hallható „morális pánik” és előítélet a betegség bármilyen racionális értékelését rendkívül megnehezíti, mivel ezek az előítéletek teljesen „elvonják a figyelmet a vírussal kapcsolatos bármilyen megbeszélésről”. Cominos és mtsai.<sup>33</sup> is arra mutattak rá, hogy az emberről-emberre terjedés megelőzésének egyetlen módja az ismeretterjesztés, „ami csak akkor lehet hatékony, ha a különböző társadalmak és csoportok HIV-fertőzéssel kapcsolatos korábbi ismeretének, hozzáállásának és viselkedésmódjának pontos

megértésén alapszik". Az AIDS terjedésének ilyen megakadályozása azonban nem lehetséges, ha az érintettek nem akarják felfedni magukat a betegséghez kapcsolódó stigmák és metaforák miatt, és nem fordulnak orvoshoz diagnosztizáció és kezelésért.

Az AIDS metaforák másik veszélye az, ahogy a médiák „morális büntetésként” ábrázolják, és túl nagy hangsúlyt fektetnek a stigmatizált szubkultúrára – így a homoszexuális férfiakra és a kábítószerzűrőkre –, mivel ez gátolhatja, hogy az AIDS betegek olyan együtt érző ápolást és orvosi ellátást kapjanak, mint amire rászorulnak. Például, Cassens<sup>29</sup> írta le, hogy az AIDS betegnek diagnosztizált homoszexuális férfiaknak gyakran nagyon súlyos szociális következményeket kell elszenvedniük, köztük a családjuk és mások által történő kitaszítotttságot. Egy komoly pszichológiai stressz ideje alatt el kell viselniük az izoláció általános másutt „szociális halálának” nevezett állapotát és a szociális támogatás megszűnését (idevonatkozó rész a 9. és a 11. fejezetben is található).

Ahogy azt az AIDS példája mutatja, bizonyos körülmények között, bizonyos súlyos orvosi betegségek népi nyelvű betegséggé is válhatnak, és ez komoly nehézségeket okozhat a diagnózis felállításában, a betegség kezelésében és követésében.

## A betegség okainak laikus elméletei

A előzőekben említetteknek megfelelően, a betegség laikus teóriái a szerencsétlenségek okairól felállított általános elképzelések részét képezik. A test szerkezetével és működésével kapcsolatos hiedelmekre is támaszkodnak, és azokra az elképzelésekre, hogy milyen funkciózavarok alakulhatnak ki a szervezetben. Ha tudományosan nem helyt álló alapokon nyugszanak is, ezekben a laikus modellekben gyakran fellelhető egy belső logika és következetesség, ami gyakran segít a betegség áldozatának annak megértésében, hogy mi és miért történt. A legtöbb kultúrában ezek a teóriák az örökölt folklór részét képezik, amit egyre nagyobb mértékben befolyásolnak – különösen az iparosított országokban – a médiából és az orvosi modellekből átvett elképzelések.

Általánosságban, a betegség laikus modelljei az egészség-betegség etiológiáját vagy okát a következő területek valamelyikére helyezik:

1. Az egyénen belülre.
2. A természet világába.
3. A társadalmi világba.
4. A természetfeletti világba.

Ezt a felosztást illusztrálja az 5.1. ábra. Számos esetben a betegséget két vagy több ok kombinációjából, vagy ezeknek a különböző világoknak a kölcsönhatásából származtatják.

Nagy általánosságban azt mondhatjuk, hogy a szociális és természetfeletti etiológiákkal elsősorban a nem-iparosított világ országai (különösen a vidék) jellemezhetők, míg a betegség természet és beteg-központú magyaráza-

tai az iparosodottabb nyugati országokban a gyakoribbak, bár ez a szétválasztás semmiképpen sem számíthat abszolútnak. Chrisman<sup>34</sup> például, a laikus etiológiák nyolc olyan csoportját írta le, amelyek gyakran előfordulnak az Egyesült Államokban élő betegek között. Ezek a következők:

1. Legyengülés.
2. Degenerálódás.
3. Invázió.
4. Kiegyensúlyozatlanság.
5. Stressz.
6. Mechanikai okok.
7. Irritáló környezeti anyagok.
8. Örökölt hajlamok.

Más nyugati államokhoz hasonlóan, ezeknek az etiológiai faktoroknak a legnagyobb része beteg-centrikus, és nem tartalmaz természetfeletti vagy szociális magyarázatokat arra vonatkozóan, hogy miért betegszenek meg az emberek. Az itt felsorolt és további laikus etiológiákat az alábbiakban részletesen tárgyaljuk.

## Az egyén

Azok a laikus teóriák, amelyek az egészség-betegség eredetét az emberen belülre helyezik, a test funkciózavaraira hivatkoznak, amit gyakran az étrend és a viselkedés megváltozásához kapcsolnak. Így ezek az elképzelések a betegség kialakulásáért döntően (ha nem is teljesen) a beteg embert teszik felelőssé.<sup>35</sup> Ez a hiedelem különösen a nyugati társadalmakban gyakori (ahol gyakran a kormányok egészségnevelő kampányai is ezt tanítják), és ahol az egészségi állapot romlásáért egyre inkább azt tartják felelősnek, hogy az emberek nem „fordítanak megfelelő figyelmet” az étrendjükre, öltözködésükre, higiénájukra, életformájukra, kapcsolataikra, szexuális viselkedésükre, dohányzási és italozási szokásaikra és testmozgásukra. Az egészségi állapot romlását ezért ilyenfajta gondatlanság bizonyítékának tekintik, és az érintettek szegyenkeznie kell, mert hagyta kialakulni. Ez különösen az olyan stigmákkal ellátott állapotokra vonatkozik, mint az elhízás, az alkoholizmus, a szexuális úton terjedő betegségek, és ahogy már az előbb is említettük, bizonyos fokig az AIDS. Más ezeknél gyakoribb állapotokat is a helytelen viselkedésnek tulajdonítanak: Nagy-Britanniában úgy tartják, hogy a „felfázás” és „megfázás” akkor alakul ki, hogy „valaki valami abnormálisat csinál”, például „lázasan kimegy a szabadba”, „forró fürdő után huzatos helyre ül”, vagy „mezítél jár a hideg padlón”. A helytelen étrend is vezethet megbetegedéshez, például, ahogy az a 2. fejezetben olvasható, az alacsony vérnyomás kialakulásáért az Egyesült Államok déli államaiban a túl sok savas és asztrins jellegű étel, pl. citrom, ecet, savanyú uborka, olíva és savanyú káposzta, fogyasztását, míg a „magas vérnyomás” kialakulásáért a túl sok zsíros étel, elsősorban vörös hús fogyasztását tartják.<sup>36</sup> Egy másik vizsgálatban,<sup>37</sup> a megkér-

dezett nők 25%-a mondta azt, hogy a menstruációs időszak alatt más étrendet kell folytatni, és így elkerülhető az egészségi állapot romlása. Az édességekről, például, azt gondolták, hogy a menstruációs időt megnyújtják, míg más ételekről azt, hogy megállítják a vérzést – és így menstruációs görcsöket, steilitást, agyvérzést vagy hirtelen tbc-t okoznak. Hasonló étrendi tilalmak vannak a terhes nők számára is. A traumás sérülések egyes fajtáinak (figyelmen kívül, gondatlanság jelzővel illetve) vagy az olyan *sérüléseknek*, amelyeket kétségkívül a páciensek önmaguk okoztak, pl. sikertelen öngyilkossági kísérlet, előfordulásakor gyakran a beteget teszik felelőssé egészségi állapotáért. Végül, az emberek hangulatát, érzelmeit, és *emocionális állapotát* is betegség okozójának tartják, és az egyén felelősségének gondolják, hogy elkerülje az aggodalmat, a szomorúságot és a reménytelenséget,<sup>29</sup> és helyettük a boldogság és elégedettség érzését részesítse előnyben. Egy francia nő megfogalmazása szerint: „Úgy érzem, hogy azért nem vagyok többé beteg, mert boldog vagyok.”

Az, hogy az emberek egészségi állapotukat saját viselkedésük, étrendjük vagy érzelmeik eredményének tartják-e, számos tényezőtől függ. Pill és Stott<sup>36</sup> a Wales-i Cardiff-ben végzett felmérést 41 munkásosztályhoz tartozó családjában, és azt találta, hogy annak a mértéke, ahogy ezek az asszonyok egészségi állapotukért saját magukat (s ezzel szembe állítva nem a „szerencsét”, a „lehetőségeket” vagy az erős külső hatásokat) érezték felelősnek, nagy mértékben függött a szociális és gazdasági tényezőktől, pl. iskolázottságtól és attól, hogy volt-e önálló otthonuk. Az életük anyagi irányításában önállóbb emberek nagyobb felelősséget érezték egészségi állapotukkal kapcsolatban is, mint azok, akik szociálisan és anyagiilag tehetetlennek érezték magukat; ebben az utóbbi csoportban a betegséget külső erők hatására vezették vissza, amellyel szemben az áldozatnak nincs befolyása, és amiért nem érez felelősséget.

Vannak olyan etiológiai tényezők is, amelyek ugyan az egyénen belüliek, de a tudaton kívül esnek. Idetartoznak az egyéni *érzékenység* okai – pszichológiaiak, fizikálisak és örökölték. A emberi tényezők közé tartozik az is, hogy az adott egyén „milyen típusú ember”, különösen az, hogy túlzottan feszült vagy könnyen aggodalmaskodó-e. Pill és Stott tanulmányában ez a következő fajta kijelentésekben nyilvánult meg: „Azt gondolom, hogy az emberben van valami, pl. az idegrendszer vagy valami hasonló, ami részben tudatalatti, és ez az, ami meghatározza, hogy milyen típusú emberek vagyunk. Tudod, én, például, egy kicsit túl feszült vagyok.” A fizikai érzékenység a laikus teóriákban az ellenálló képesség és a gyengeség kifejezésekben kerül megfogalmazásra. A mintában bizonyos embereket a betegségekkel szemben ellenállóbbaknak gondoltak, mint másokat („Azt gondolom, hogy egyes embereknek a többiekénél jobb a testi ellenálló képességük. Nem tudom, hogy valójában mi az oka ennek – hogy a vércsoportokkal függ-e össze”).<sup>38</sup> Ezt az ellenálló képességet fokozni lehet a megfelelő étrenddel, öltözködéssel, italokkal és más hasonló dolgokkal, de általában örököltnek és alkattól függőnek tartották („Vannak olyan emberek, akik a megfázásokkal vagy más betegségekkel szemben ellenállóbbak születnek”). Hasonlóan, a „gyengeség” is lehet örökölt vagy szerzett; Nagy-Britanniában úgy gondolják, hogy bizonyos gyengesé-

gek, hajlamok „családonként öröklődnek” („a családban mindenkinek gyenge a tüdeje”), de még a súlyos környezeti hidegnek kitett emberek is gondolhatnak arra, hogy adott testrészükben van egy folyamatosan meglévő gyengeség – vagy az ellenállás hiányzik – („a mellkas gyengesége”). Hasonlóan, Chrisman<sup>39</sup> osztályozásában, a *legyengülés* – a testnek a túlzott munkavégzésből származó gyengesége, a „kimerültség”, egy krónikus betegség vagy a testnek egy gyenge pontja – egy gyakran használt laikus etiológiai tényező volt. Etiológiai faktorként az *örökölt hajlam* is szerepelt, amely egy betegségnek, egy tulajdonságfélnének a genetikai átörökítését jelenti, és magába foglalja a „gyengeség” átörökítését is. Sőt, a szerző idesorolja az öregedés folyamán a test szöveteinek és szerveinek szerkezetében vagy működésében bekövetkező *degenerációt* is, valamint az inváziót, amely – ahogy az Egyesült Államokban gondolják – „egyéni” és a „természeti” forrásokból egyaránt indulhat, pl. a betegség „baktérium” vagy más kórokozók kívülről jövő *támadása* vagy egy meglévő belső baj, pl. rák, belső terjeszkedésének következtében alakul ki. A közismert okok közé tartozik a *kiegyensúlyozatlanság*, amit a test nyugalmi helyzete felborulásának, valamilyen folyamat túlzott fokozódásának vagy csökkenésének tartanak, pl. „vitaminhiány”, „vérvesztés” – és a *mechanikai* okok sora is; ez utóbbiak a szervek vagy szervrendszerek abnormális működését („rossz vérkeringés”), a testrészek károsodását, a szervek vagy erek „megbénulását” vagy a szervekben vagy testrészekben kialakuló „nyomást” váltják ki.

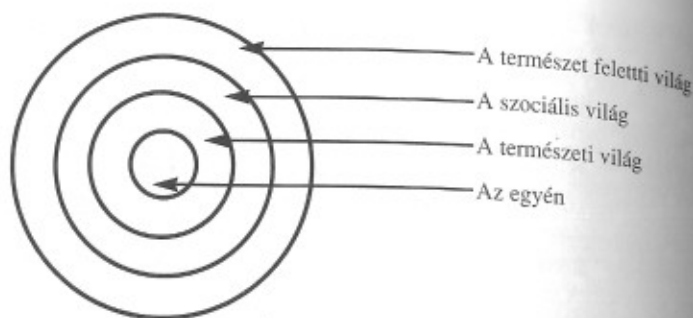
Az egyén egészségi állapotáról alkotott elképzeléseinek ismerete (hogy azok beteg-centrikusak-e), fontos annak megítélésében, hogy az adott személy felelősséget vállal-e az egészségéért, vagy betegségének eredetét, és kezelését saját hatáskörén kívül esőnek tartja.

### A természeti világ

A természeti világ azon élő és élettelen részei tartoznak ide, amelyekről azt tartják, hogy szerepet játszanak az egészségi állapot kialakításában. Jól ismertek ebből a csoportból az időjárási tényezők, pl. az erős hideg, meleg, szél, eső, hó és páratartalom. Nagy-Britanniában, például, a környezeti hidegről azt tartják, hogy ha eléri a testfelszín egyes részeit, szerepet játszik a különböző „megfázások” és „felfázások” kialakulásában; a derekat érintő hideg huzat „felfázáshoz”, a fejet érintő hideg eső pedig „náthához, megfázáshoz” vezethet. Marokkóban úgy tartják, hogy a környezet fokozott hője, pl. napszúrásakor, behatol a testbe, átjárja az érrendszert, és a fej lüktető nyomásérzéséhez vezet, amit úgy is mondanak, hogy „előntötte a vér az agyát”; éppúgy, ahogy Angliában a hideg levegőt, a hűvös huzatot és a megázást tartják felelősnek a „megfázás” (*berd*) és a „felfázás” (*bruda*) kialakulásáért.<sup>39</sup> Az időjárási tényezők közül idetartoznak még például a ciklonok, a tornádók vagy a heves viharok is.

Ide lehet sorolni a hold, a nap és más égitesteknek az egészségi állapotra gyakorolt feltételezett hatását, amely azokban az országokban jellemző, ahol nagy kultúrája van az asztrológiának – bár az asztrológiai „horoszkópkészí-





5.1. ábra A betegség okának forrásai

tés" úgy is értelmezhető, mint az öröklődő hajlamok egészségre gyakorolt hatásának egy formája. A „természeti” okok közé tartoznak az állatok és a madarak által okozott sérülések is, és legalábbis a nyugati társadalmakban, a mikroorganizmusok által okozott fertőzések. Angliában, a fertőző „láza-  
kat” úgy írták le, mint a testnek idegen elemek által történő meghódítását, és ezeket az elemeket hol „mikrobáknak”, vagy „bogaroknak” vagy „vírusoknak” nevezték, és általában „rovarszerűnek” hitték (angolul „tummy bug”-nak is hívták). Néhány esetben, mint ahogy azt az előbbiekből leír-  
tuk, a rákot is úgy tekintik, mintha a testet valami külső anyag foglalná el, ami ezt követően nőni kezdene a testben és belülről „pusztítaná el” azt. A lapos- és a gyűrűs férgek közé tartozó paraziták által okozott fertőzések szintén ehhez a csoporthoz tartoznak, éppúgy, mint azok a balesetektől származó sérülések, amelyek a „természetből” származnak. Chrisman osztályozása szerint – a környezeti irritáló tényezőket – pl. az allergének, polleneket, mérgeket, élelmiszeradalekokat, füstöket, gázokat és a környezetszennyezés egyéb formáit – az Egyesült Államokban gyakran tartották betegségek okozóinak. Franciaországban, Herzlich és Pierret<sup>26</sup> azt találta, hogy a „levegőről, az időjárásról és az évszakokról” egyaránt azt tartották, hogy betegséget okozhatnak, és hogy a „környezetszennyezés” kifejezés számos esetben a „miázma” és a „rossz levegő” betegséget okozó szerepének sokkal korábbi, tradicionálisabb teóriájának modern változata volt.

### A szociális világ

Az a jelenség, hogy valaki más embereket okol betegséget gyakori a kistársadalmakban, amelyekben interperszonális problémák sűrűn előfordulnak. Számos nem iparosodott országban a boszorkányság, a varázslat és az „szemmelverés” a leggyakoribb formája ezeknek a jelenségeknek. Mindháromban, a betegséget (és a balszerencse más formáit) az emberek közötti tudatos vagy tudatalatti rosszakaratként értelmezik. A boszorkány hiedelmekben, amelyek különösen gyakoriak Afrikában és

a Karib-tengeri szigeteken, úgy hiszik, hogy bizonyos személyek (főként nők) olyan természetfeletti erővel rendelkeznek, amellyel képesek másokban kárt okozni; ahogy Landy<sup>40</sup> rámutat, ez általában egy belső erő, ami legtöbbször genetikusan vagy meghatározott vérségi kapcsolatban álló csoporthoz való tartozással örökölt. A boszorkányok általában „mások”, mint a többi ember, megjelenésükben vagy viselkedésükben eltérnek a többiekétől; gyakran undorítóak, mozgáskorlátozottak vagy szociálisan izoláltak. Általában deviánsoknak számítanak és a társadalom kítaszítottjai, akikre a kultúra valamennyi negatív, félelmet keltő aspektusát kivetítik. Rosszindulatú erejüket azonban, gyakran akaratlanul gyakorolják, és nem minden „boszorkány” deviánsága nyilvánvaló. Az antropológusok arra mutattak rá, hogy a boszorkányok vádolása az olyan időszakokban a leggyakoribb, amikor szociális változások zajlanak, bizonytalanságok és szociális konfliktusok vannak; előfordul, például, hogy a társadalom egymással versengő csoportjai azzal vádolják egymást, hogy boszorkánysággal váltották ki a szerencsétlenségeket. Ilyen körülmények között, a „boszorkányság” tényét rítusok keretében próbálják tisztázni, és a boszorkányok negatív hatásait megszüntetni. A boszorkány hiedelmek Európában is gyakoriak voltak a középkorban, Angliában gyakran a boszorkányok praktikájának tartották a betegségeket maleficium, és a XVI. és a XVII. században nők ezreit égették el máglyán boszorkányság vádjával. Ez a hiedelemrendszer nagyrészt megszűnt, de annak a nyomai, hogy az emberek közti konfliktusok betegséget okozhatnak, mindmáig továbbélnek a nyelvhasználatban: „Ősz szétörte a szívét” vagy „Sok fájdalmat okozott neki”, vagy a modern pszichiátriában használt „szizofréniát keltő anya”.

A varázslat, ami Landy meghatározása szerint,<sup>40</sup> „egy olyan erő, amely a megfelelő mágikus tudással és a szükséges rítusok elvégzésével képes a természeti és természetfeletti eseményeket befolyásolni és irányítani”, különbözik a boszorkányságtól. Ez is nagyon gyakori a nem-nyugati típusú társadalmakban. A varázsló mágikus erejét tudatosan fejt ki, általában irigység vagy rosszindulat miatt, és bizonyos varázsigék, bájítatok vagy rítusok segítségével betegséget idéz elő. Például, egy, az alacsony jövedelmű afro-amerikaiak egészséggel kapcsolatos hiedelmét vizsgáló, felmérés<sup>41</sup> azt mutatta, hogy az egészségi állapotot gyakran varázslathoz kötötték, amelyre a következő kifejezéseket használták: „voodoo”, „hoodoo”, „crossing up”, „fixing”, „hexing”, vagy „wichcraft” (varázslat). A megkérdezettek baráti, családi környezetben vagy szomszédságukban gyakran történt varázslás, legtöbbször irigység miatt. Ezt az egyik megkérdezett úgy fogalmazta meg, hogy „Kapj magadra néhány csinosabb cuccot, és rögtön lesz, aki megsárgul az irigységtől”. Egy másik megkérdezett szerint a lánya a sógornőinek varázslása miatt halt meg, mivel azok „féltekenyek voltak csinoságára, odaadó férjére és szép otthonára”. Más esetekben a varázslást mások viselkedésének az irányítására használták, például a feleség bájított használt azért, hogy a férje ne hagyja el. A varázslás eredményének tartott betegségek nagyon sokfélék voltak, idesoroltak például különböző gasztrointesztinális megbetegedéseket, valamint olyan általános változásokat, mint az anorexia vagy a súlyvesztés. Az ilyen tí-

pusú varázslat hiedelmek általában azokban a szociális csoportokban gyakoriak, amelyekre a szegénység, a bizonytalanság, a veszély, az aggodalom, valamint az elégtelenség és az erőtlenség érzése jellemző.

Európa, a Közel-Kelet és Észak-Afrika számos területén sorolták a szemmel verést a betegségek okai közé. Olaszországban erre a *mal occhia*, a spanyol kultúrában a *mal de ojo*, az arab világban az *ayn*, a zsidóknál az *ayin ha-ra*, Iránban pedig a *casm-e sur* kifejezést használták. Úgy is mondják ezt, hogy „rossz a nézése”, „gonosz a szeme”, „már a nézése is bajt hoz” vagy egyszerűen „az a nézés”. Spooone<sup>(42)</sup> szerint, ez a hiedelemrendszer a Közel-Kelet valamennyi országában fellelhető függetlenül attól, hogy az iszlám, zsidó, keresztény vagy zoroaszter vallású-e. Véleménye szerint, a szemmelverés úgy jellemezhető, hogy az „az a érintettek számára a rosszakarattól és irigységtől való rettegéshez kapcsolódik, és hatása gyógyító mágiákkal vagy a figyelmet megzavaró eszközökkel gyengíthető vagy kioltatható. A féltékenység ölhet a tekintet”. A démoni tekintet különböző betegségeket is előidézhethet. Az ilyen tekintetű ember akaratlanul okoz bajt, általában nincs tudatában képességének, és nem is tudja irányítani azt. Underwoodék<sup>(43)</sup> Jemenben végzett tanulmányuk alapján azt állítják, hogy az ilyen ember, „gyakran külföldi vagy olyan helyi lakos, akinek a szociális aktivitása, viselkedése, hozzáállása bizonyos fokig szokatlan, a hagyományoktól eltérő”, gyakran olyan ember, akik „csak néz” szó nélkül. Az ilyen típusú társadalmakban tehát, akár a turistákat, akár a tengerentúlról érkező egészségügyi személyzetet – függetlenül azok jó szándékától – okolhatják a betegségek kialakulásáért, különösen akkor, ha a helyiek azt látják, hogy az idegenek „alaposan megnézik” egy gyereket, megdicsérik a formáját, és a gyerek ezt követően betegszik meg.

A betegségek szociális okai közé tartoznak az olyan fizikai sérülések is, amelyeket más emberek okoznak, például a háborús sérülések vagy a mérgezések. A harmadik világ legtöbb országában azonban úgy tartják, hogy az emberek „mágikus” hatásukkal – boszorkánysággal, varázslattal vagy szemmel veréssel – okoznak betegséget. A nyugati társadalmakban a laikusok között gyakran a stressz (lásd a 11. fejezetben is) szó is annak a kifejezésére szolgál, hogy az egyén betegségét más emberek – házastárs, gyerekek, család, barátok, munkáltatók vagy munkatársak – okozták. Például, „Rögtön migrénem van, ha valami vita támad a családban”, vagy „Mindig belebetegszem, ha a főnököm valami stresszt okoz”. A fertőzéseket is rá lehet más emberekre „fogni”, például így: „Tőle kaptam el a náthát”, vagy „Megkaptam a bacilusat”, vagy a szexuális úton terjedő betegségek esetében. Az is elképzelhető, hogy a pereskedések fokozott száma, különösen az Egyesült Államokban a boszorkányüldözéseknek felel meg: az emberek nem saját magukat okolják szenvedésükért vagy szerencsétlenségükért – hanem azt más emberek rosszakaratának vagy figyelmeztetésének tartják. Általánosságban, azonban, az az elképzelés, hogy a betegségekért más emberek a felelősek, gyakoribb a kisebb, nem-iparosított társadalmakban, különösen azok periferiáin, mint az urbanizáltabb nyugati társadalmakban.

### A természetfeletti világ

Ez esetben a betegséget a természetfeletti erők, pl. az istenek, szellemek, az ősök kísértetei, közvetlen hatásának tartják. Az előbbieken is említett kis-jövedelmű afro-amerikaiakon végzett tanulmányban, a megkérdezettek gyakran tartották a betegségeket olyan isteni figyelmeztetéseknak, amivel az istenek bizonyos hiányosságokra hívják fel a figyelmet, például, hogy nem mentek rendszeresen templomba, nem imádkoztak, vagy nem köszönték meg az isten mindennapi áldását. A betegség tehát egy „whuppin”-nak, a bűnös viselkedésért járó isteni büntetésnek számított. Az elképzelés alapján a házi gyógyszereket és az orvosokat nem tartották megfelelőnek az állapot kezelésére. A gyógyuláshoz a bűn beismerése, elkövetésének megbánása és a viselkedés megváltoztatásának megígérése számított. Snow fogalmazása szerint, „A papok és a bűnbánat gyógyítja a bűnt, s nem a penicillin”. A betegségnek a helytelen viselkedésért járó isteni büntetésként való felfogása a középosztályhoz tartozó külvárosi amerikaiak között is gyakori.

Más társadalmakban, a betegségekért a kiszámíthatatlan, rosszindulatú szellemeket teszik felelőssé. Ilyen elképzeléseket Lewis<sup>(44)</sup> talált egyes afrikai társadalmakban, ahol a „betegséget-hordozó szellemek” váratlanul rátörnek az emberekre és áldozataikból a legváltozatosabb tüneteket váltják ki. Támadásuk független az egyén viselkedésétől, ezért őt ártatlannak tartják, és a többiek együtt érző segítségében részesül. Ahogy a „baktériumok” és a „vírusok” a nyugati társadalmakban, ezek a kórokozó szellemek az általuk kiváltott speciális tünetek alapján ismerhetők fel, és a betegség csak a szellem testből való kiűzésével gyógyítható. A szellemek létének hasonló példája az iszlám kultúrában található: a *jinn* vagy *ginn* (dzsinnek); Underwood<sup>(45)</sup> megfogalmazása szerint, ezek mindenhol jelenlevő, szeszélyes szellemek, kik „inkább félig emberiek, s nem teljesen természetfeletti”. Lewis<sup>(44)</sup> szerint a szellemek „hatalmának” egy másik példája az, amikor az egyént megszállja annak az ősenek a szelleme (kísértete), aki ellen ő fellépett. Ez akkor történik, ha az áldozat erkölcstelenül, istenkáromlóan vagy antiszociálisan viselkedik. A diagnózist egy jósló szeánszon állítják fel, ahol a betegséget a kihágásokért járó büntetésként értelmezik és a csoport értékeit megerősítik. A betegség közvetlen természetfeletti okokra történő visszavezetése és isteni büntetésként vagy a gonosz szellemek hatásaként történő értékelése ugyan nem túl gyakori a nyugati társadalmakban, van azonban megfelelője: ha a betegség okát a „balszerencsében”, a „sorsban”, a „csillagokban” vagy „Isten kezében” látják. Számos vallásos nyugati országban azonban, a betegségeket az erkölcstelenség és a hívőkhöz nem méltó gondolkodás és tevékenység következményének tartják. McGuire-nek<sup>(46)</sup> ezt egy az American Christian Scientist valláshoz tartozó ember a következőképpen magyarázta: „Az orvosi gyógymódok senkit sem gyógyítanak meg. Nem gyógyíthatnak, mivel úgy gondoljuk, hogy a betegséget a beteg gondolkodása a felelős. Az orvosok pedig nem változtatják meg a gondolkodást”.

A legtöbb esetben, a betegségek etiológiájának laikus teóriái (az orvosiakhoz hasonlóan) multifaktoriálisak, azaz azt állítják, hogy több tényező együtt fejti ki a hatását. Ez azt jelenti, hogy az egyéni, természeti, szociális és termé-

szetteletti okok nem zárják ki egymást, hanem általában egymással kombinálódva hatnak. A gondatlan, erkölcstelen viselkedés, például, hajlamosíthat természeti betegségekre, az istenek haragjára, vagy a szellemek megszállására, a hivalkodó életmód pedig varázslást vagy szemmel verést válthat ki. A betegség bármelyik adott előfordulásakor, ráadásul, a laikus Magyarító Modellek eltérően magyarázzák a betegség okát. Blaxter<sup>46</sup> például a skót Aberdeenben készített felmérést a munkásosztályhoz tartozó nők között, és azt találta, hogy ők számos közismert betegséget egymástól eltérően magyaráztak. A 30 megkérdezett nő közül, 8 a bronchitist környezeti tényezőknek, 2 viselkedésnek, 4 örököltnek, 3 „érzékenységgnek”, 10 más betegségek miatt bekövetkező „másodlagos” betegségnek, 3 pedig a terhesség és a gyermekszülés következményének tartotta. Bár ezeket kis csoportokként értékelték a tanulmányban, a legtöbb EM multifaktoriálisnak tartja a betegségeket, és úgy értékeli, hogy a pillanatnyi egészségi állapotot különböző típusú etiológiai faktorok együttese határozza meg.

### A betegség etiológiák osztályozása

Foster és Anderson<sup>47</sup> a betegség etiológiák osztályozásának egy új módját javasolta, amit főként a nem-nyugati típusú társadalmakban tartott használhatónak. A szerzők különbséget tesznek *egyéni* és *természeti* rendszerek között. A előbbi esetben, a betegség egy anyag tudatos aktív beavatkozásának a következménye, ez lehet természetfeletti erő (egy isten), egy nem-emberi lény (szellem, az ősök kísértete, valamilyen hóboros lélek), vagy emberi lény (boszorkány vagy varázsló). A „baktériumok” is ebbe a kategóriába sorolhatók, különösen azok, amelyek „lázat, fertőzést” okoznak. A természeti rendszerekben, a betegséget személytől független, rendszerelvű kifejezésekkel írják le; a betegség bizonyos természeti erők, mint hideg, szél, nyirkosság következtében vagy az egyén és szociális környezeti közti egyensúly megbomlása miatt alakul ki. Az „egyensúlyzavar” csoportjába tartozik a Latin-Amerikában ismert humorális vagy „hideg-meleg” rendszer, az Indiában használatos ajurvédikus medicina és a tradicionális kínai orvoslásban ismert Yin-Yang rendszer. A környezeti tényezők által okozott „felfázások” és „meghűlések” szintén idesorolhatók.

Yung<sup>48</sup> az egészséggel kapcsolatos képzetrendszereket *externalizáló* és *internalizáló* csoportokra osztotta. Az externalizáló képzetrendszerek főként a betegségek etiológiájára koncentrálnak, amelyekről azt tartják, hogy a beteg személy testén kívül találhatók, elsősorban az őt körülvevő szociális világban. Ezek tehát, a betegség okának feltárásához a beteg környezetét és a betegséget megelőző szociális eseményeket vizsgálják meg alaposan – így például megpróbálják a betegséget két ember közötti ellenszenvre visszavezetni, amit harag, majd valamilyen kórokozó esemény (például boszorkányság, vagy varázslás) követ, ami végül a betegség kialakulásához vezet. A fejezetünkben bemutatott, a világ különböző részeiben ismert laikus betegség magyarázó elképzelések jelentős részét tehát „externalizáló” típusként lehet értelmezni. Velük szemben, az *internalizáló* képzetrendszerek kisebb figyelmet fordítanak

az etiológiai magyarázatokra, a figyelmet inkább annak szentelik, hogy mi történt az egyén testén belül – és ezek mindig a pszichológiai és patológiai folyamatok jelentőségét hangsúlyozzák annak megmagyarázása során, hogy bizonyos emberek hogyan és miért betegedtek meg. Ez a szemlélete a modern tudományos orvoslásnak. Megvan az az előnye, hogy aprólékos figyelmet szentel az egyén szervezetében zajló élettani folyamatokra, de gyengéjét képezi az, hogy tagadja a betegség megjelenését megelőző szociális és pszichológiai események jelentőségét. Az externalizáló rendszerekről ugyanez mondható el fordított előjellel.

Az externalizáló betegség magyarázatoknak egy másik jellegzetes tulajdonsága, hogy *elbeszélés* (narratívák), történet formájában fogalmazzák meg a betegé válsát.<sup>49</sup> A történethez tartozhatnak a beteg életének eseményei, sőt még a születését megelőző események is (mint például: „A beteges tudómet az apám családjától örökölt”). Brody<sup>50</sup> véleménye szerint, az ilyen „betegség történetek” mesélésekor valójában jelentést adnak az adott betegségnek, és beleillesztik azt az egyén élettörténetébe, valamint az őt körülvevő társadalom és kultúra összefüggéseibe. A személyes élmények ilyen történetei tehát nemcsak személyesek; hanem magukon hordozzák az adott kultúra nyelvén, idiómáinak, metaforáinak, fantáziáinak, mítoszainak és legendáinak a jellegzetességeit is. Számos történet kialakításában más emberek is szerepet játszanak: például családtagok, gyógyító papok, vagy önszegélyező csoportok tagjai. A gyógyításban résztvevők is szerepet játszanak pácienseik betegség-történetének kialakításában. A szerencsétlenségek ezen történeteinek felismeréséhez, és ezt követően, átfarmálásához való segítségnyújtás nemcsak az orvosi ellátásra jellemző, hanem a *szimbolikus gyógyítás* (lásd a10. fejezetben is) legtöbb formájára is a sámánizmustól a pszichoanalízisig.

A következő esettanulmányokban, két helyi betegséget ismertettünk, egyet az Egyesült Államokból, egyet pedig Nagy-Britanniából. Mindkét esetben a helyi betegségtüneteknek és jeleknek összessége, amelyek egyéntől és összefüggésrendszerétől függetlenül változnak.

#### Esettanulmány: „Hyper-tenzió” Seattle-ben, (Egyesült Államok)

Blumhagen<sup>51</sup> a Seattle-i Veterans Administration Medical Center hipertenziós betegek között végzett felmérést. A szerző egy laikus EM modellt fedezett fel, amelyet a betegek nagy része használt állapotának megmagyarázására, és amit ő „hyper-tenzió”-nak nevezett. A legtöbben azt gondolták, hogy betegséjük az életük során őket ért „stressz” vagy „tenzió (feszültség)” miatt alakult ki (ezért *hyper-tenzió*). A mintában szereplők 49%-a állapotáért olyan krónikus stresszhatásokat tartott felelősnek, mint a túlfeszített munka, a munkanélküliség, az „élet stresszhelyzetei és nehézségei” és bizonyos foglalkozások; 14%-a krónikus belső okokat, pl. pszichológiai, interperszonális és családi problémákat okolt. A teljes minta 56%-a gondolta, hogy az állapotot akut stressz – például szorongás, izgalom vagy düh – is kiválthatja. A „hyper-tenzió” ebben a modellben olyan szubjektív tünetek jellemzik, mint az ideges-



ség, félelem, szorongás, aggodás, düh, harag, feszültségérzés, túlzott aktivitás, kimerültség és izgatottság. A „stressznek” tulajdonítják, hogy érzékenyíti az egyéneket a „hyper-tenz”-zé válásra. Számos esetben, a betegek nem is ismerik fel, hogy „hyper-tenziójuk” ugyanazt a betegséget jelöl, mint a „magas vérnyomás”, mivel modelljükben annyira túlhangsúlyozzák a betegség pszichoszociális eredetét és megjelenését. A betegek kisebb hányada gondolta úgy, hogy a „hyper-tenzió” örökletes tényező, vagy olyan fizikai okok miatt alakul ki, mint a fokozott só-, víz- vagy zsíros étel fogyasztás. Összességében, a betegek 72%-a hitte azt, hogy a „hyper-tenzió” a „korábbi szociális és környezeti stresszhatások fizikai megnyilvánulása, amelyet újabb stresszhatások felerősítenek”, és ez az elképzelés biztosította számukra, hogy mentesüljenek a családi, szociális vagy munkahelyi kötelezettségek alól – amiket ők stresszforrásoknak tekintettek. Akkor is „hyper-tenz”-nek nevezték magukat, ha a „hipertenzió” orvosi bizonyítékait nem lehetett rajtuk kimutatni.

**Esettanulmány: „megfázások”, „felfázások” és „lázak” Londonban, Nagy-Britannia**

Én gyűjtöttem össze a „megfázások”, „felfázások” és „lázak” kialakulásával kapcsolatos London külvárosaiiban gyakori képzeteket.<sup>52</sup> A „megfázásokról” és „felfázásokról” általában úgy tartják, hogy a természeti környezet (főként a hideg és a nyirkosság) bőrön keresztül a testbe való behatolása miatt alakulnak ki. Általánosságban, a páratartalom vagy az eső (hideg/nedves környezet) a testben is hideg/nedves állapotot vált ki, ilyen például a „nátha”, vagy a „felső légúti hurut”, míg a hideg szelek vagy huzatok (a hideg/száraz környezet) hideg/száraz állapotok kialakulásához vezetnek, mint a fázás, didergés, és az izomfájdalmak. Ha egyszer bejutottak a szervezetbe, ezek a hideg erők könnyen egyik helyről a másikra juthatnak – és a „fej megfázása” könnyen „rámehet a tüdőre”. A „felfázások” általában a derékvonal alatt történnek („a hólyag, a vesék vagy a has felfázása”, a „megfázások” pedig a derék feletti részeket érintik („megfázott a fejem”, „ráment a megfázás az arcüregemre”, „ráment a megfázás a tüdőmre”). Az ilyen állapotok a gondatlan viselkedés miatt alakulnak ki, az egyén kiteszi magát a természeti környezet káros hatásainak; például, „meztelül lépked a hideg kövön”, „megmossa a haját, amikor amúgy is rosszul érzi magát”, vagy „a jó meleg fürdő után kimegy a huzatba”. A hideg és a meleg közti átmeneti hőmérsékletek, amikor a meleg átadja a helyét a hidegnek, például ha valaki kimegy a meleg fürdő után a hidegbe, vagy az ősz, amikor a forró nyár átadja helyét a hideg télnek, különösen jó alkalmat nyújtanak a „megfázásra”. Mivel a „megfázásokat” és „felfázásokat” főként a beteg helytelen viselkedése eredményének tartják, az ilyen betegek kevés együttérzést kapnak a többiek részéről; és gyakran azt várják el a betegtől, hogy olyan módszerekkel kezelje magát, mint a meleg ágyban maradás, meleg ételek és forró italok fogyasztása (hogy felmelegítsék magukat, és lehúzzák a lázat).

Az előbbieket ellentétként, a „lázakat” a „baktériumoknak”, „vírusoknak” vagy „mikrobáknak” nevezett láthatatlan élőlények váltják ki, amelyek a testnyílásokon (szájon, orron, fülön, végbélnyíláson, húgycsőnyíláson) keresztül hatolnak be a szervezetbe, és ott hőemelkedést és más tüneteket okoznak. A kórokozók úgy tartják, hogy azok láthatatlan, erkölcsstelen, malignus entitások, amelyek az emberekben és az emberek körül fordulnak elő, és a levegővel jutnak egyik embertől a másikig. Közülük néhányat nagyon kisméretű gövélnek tartanak. A „kórokozók” tünetekből és körjelekből álló rovarféleségnek tartanak. A „kórokozók” el lehet üzni folyadékokkal „személyiségük” van, ami alapján bizonyos idő elteltevel felismerhetők („Megtámadott valami baktérium, tudja doktor – az, amelyiktől száraz köhögést és könnyezést lehet kapni”). A „megfázások” betegektől eltérően a „lázak” betegek ártatlanok, és így a körülöttük lévőek együtt érző segítségét élvezik. Az ilyen betegségekért felelős „kórokozók” el lehet üzni folyadékokkal (például köhögéscsillapító és köptető folyadékokkal), ki lehet éhezteni bizonyos ételek kerülésével, és el lehet pusztítani antibiotikumokkal, bár az utóbbi esetben a laikusok nem tesznek különbséget a „vírusok” és „baktériumok” között. Ezek a „felfázásokkal”, „megfázásokkal”, „fertőzésekkel” kapcsolatos laikus vélemények befolyásolják a beteg viselkedését, öngyógyító próbálkozásait és az orvosi kezeléssel szembeni hozzáállását.

### Az orvos–beteg konzultáció

Bár ismerjük a kórállapotok orvosi elképzeléseinek és a betegségek laikus megfogalmazásainak a hátterét, az orvos–beteg kapcsolatot mégis három szempontból lehet vizsgálni:

1. Miért fordulnak (vagy nem fordulnak) az emberek orvoshoz, ha megbetegsznek?
2. Mi történik az orvossal való találkozáskor?
3. Mi történik az orvoshoz fordulás után?

### Az orvos fordulásnak vagy nem fordulásnak az okai

Számos felmérés irányult annak tisztázására, hogy miért fordul az ugyanabban a betegségben szenvedők közül az egyik ember orvoshoz, a másik pedig nem. Ez gyakran azért történik, mert vannak emberek, akik egyszerűen nem tudják megfizetni az orvosi ellátást, vagy az nem elérhető, de gyakran még ha meg is tudnák fizetni, a betegség súlyossága és az orvoshoz fordulás között nincs összefüggés. A késlekedés számos esetben a beteg egészségi állapotára nézve súlyos következményeket vonhat maga után. Más vizsgálatok azt is kimutatták, hogy bár abnormális tünetek gyakran tapasztalhatók az embereken, mégis csak kis százalékukkal fordulnak orvoshoz. Számos nem fizikális ok is szerepet játszik tehát a Zola által<sup>53</sup> „az orvoshoz vezető útnak nevezett” folyamathoz. Ezek a következők:

1. Az orvosi ellátás elérhetősége.
2. A beteg fizetőképessége.
3. A betegség populáris és hagyományos gyógy módokkal való kezelésének sikere vagy kudarca.
4. A beteg véleménye az állapotáról.
5. A beteg állapotáról a környezete által alkotott vélemény.

Magától értetődik, hogy a világ számos országában a nehezen elérhető orvosi ellátás, és az ellátás költségeire (gyógyszerekre, a speciális diétára, vagy a klinikára való beszállításra) fordítható anyagiak hiánya egyaránt döntően befolyásolja, hogy a beteg orvoshoz fordul-e; ugyanígy szerepet játszik azonban az is, hogy a nem-orvosi beavatkozások javítottak-e a beteg állapotán, kedvén. Fejezetünk további részében csak ezzel az utóbbi tényezővel foglalkozunk.

A „beteggé válás” folyamatáról már az előbbieken volt szó, és kiemeltük annak a jelentőségét, ahogy bizonyos tüneteket a beteg és családja „abnormálisnak” tart. Zola<sup>33</sup> rámutatott, hogy ez az „abnormálisnak” tartás függ attól, hogy milyen gyakori az állapot az adott társadalomban, valamint attól, hogy mennyiben felel meg a társadalom vagy csoport értékeinek. A nagyon gyakori „tünetet”, „normálisnak” tarthatják (bár nem feltétlenül „jó” vagy kívánatosnak), és ezért sorsszerűként elfogadhatják; például Zola azt találta, hogy a „fáradékonyt” általában normálisnak tartották, bár az néha valamilyen súlyos betegség jele. A korábban említett „Regionville”-i tanulmányban, a derékfájdalmat tartották az élet normális részének, legalábbis az alacsonyabb szocio-ökonomiai csoportba tartozók. Másrészt, a tüneteknek és körjeleknek meg kell egyezniük azokkal, amelyeket a társadalom a betegségre jellemzőnek tart, hogy így a beteg együtt érző figyelmet és megfelelő orvosi ellátást kapjon. Ugyanazokat a tüneteket két különböző csoport vagy ember egymással ellentétesen értelmezheti, s míg az egyik „kórosnak”, a másik „normálisnak” tarthatja. Mindkét esetben az egészség-betegség definíciója attól függ, hogy mit tart az adott csoport „egészségesnek”, ami, mint azt a fentiekben említettük, gyakran szociális, viselkedésbeni vagy emocionális tényezőktől függ.

Zola<sup>34</sup> azt is vizsgálta, hogy az egészség ilyen szélesebb értelemben vett definíciója hogyan befolyásolja az emberek orvoshoz fordulását. Két bostoni kórház járóbeteg rendelésében megforduló több mint 200 beteget kérdezett ki, akik három etnikai csoporthoz tartoztak: ír, olasz és angolszász protestáns származású amerikaiak voltak. A vizsgálatban arra kereste a választ, hogy mi határozta meg a betegek orvoshoz fordulását és hogy a betegek hogyan foglalmazták meg a panaszukat az orvosnak. A vizsgálat azt mutatta, hogy a testi panaszok felismerésének és elmondásának két módja fordult elő: a betegek „restriktív” vagy „generalizáló” típusokhoz tartoztak. Az első típus az írek, a második pedig az olaszok között volt jellemző. Az írek a speciális fizikai funkciózavarra koncentráltak (például látási zavarra, vagy a szemhéj ptosisára), és annak csak közvetlen fizikai hatására figyeltek. Az olaszok sokkal több tünetről panaszkodtak, és testük, megjelenésük, energiaszintjük, érzelmeik, stb. számos aspektusának egy „általá-

nosabb működészavaráról” számoltak be; az ő felfogásuk szerint a fizikális tünetek (mint a látászavar) befolyásolták életmódjukat, szociális kapcsolataikat és munkájukat.

Vizsgálata alapján, Zola öt nem-fizikai okot határozott meg, amelyek részt vesznek az orvoshoz fordulás „kiváltásában”:

1. Egy interperszonális krízis.
2. Az emberi kapcsolatokra gyakorolt hatás felismerése.
3. „Szankcionálás”; ami azt jelenti, hogy egy ember elhatározza, hogy más (a beteg) számára keres orvosi segítséget.
4. A munkaképességre vagy fizikai teljesítőképességre gyakorolt hatás felismerése.
5. Egy külső határidő felállítás (Ha három nap alatt nem leszek jobban..., akkor elmegyek orvoshoz).

Az első két minta, ami a tünetekre irányítja a figyelmet, és azt jelzi, hogy „valami nincs rendben a beteg mindennapi életében”, az olaszok között volt gyakori. A harmadik típus az írek között fordult gyakran elő, és a betegség szociális dimenzióit fogalmazta meg („Ugyan én inkább sorsukra hagyom a dolgokat, de a feleségem nem, s a nyaralásunk első napján azt mondta: »Mindent nem mész el, és hozatod rendbe magad?« Így elmentem”); a funkcionális (4.) definíció az írek és az angolszász csoportokban egyaránt gyakori volt (Blaxter és Peterson<sup>35</sup> tanulmánya is hasonló eredményről számol be). Az 5. típus pedig egyforma gyakran fordult elő mindhárom csoportban.

Ez a tanulmány azt is mutatja, hogy az orvoshoz fordulás inkább a szociokulturális tényezőktől függ, pl. a szélesebb értelemben vett „egészség” definíció, mint magától a betegség súlyosságától. Zola azt állítja, hogy bármilyen közösségben a megmagyarázhatatlan epidemiológiai különbségek inkább azzal magyarázhatók, hogy a fenti tényezők eltérő gyakorisággal fordulnak elő, és befolyásolják, hogy „milyen emberek és milyen állapotok kerülnek be az orvosi statisztikákba”, s a különbségek nem a probléma vagy betegség valós prevalenciája és incidenciája közti eltérésekben keresendők (lásd a 12. fejezetet is).

Apple<sup>36</sup> arra figyelmeztetett, hogy mik a veszélyei annak, hogy bizonyos tüneteket csak akkor tartanak „betegségnek”, ha azok már zavarják az egyén mindennapi életét, s nem azok megjelenésekor. Ez azt jelenti, hogy az olyan alattomos állapotok, mint a szívbetegek, a magas vérnyomás, a rák vagy a HIV-fertőzés, nem számítanak „abnormálisnak” addig míg a beteg képes mindennapi életének zavartalan folytatására. Az orvoshoz fordulás késlekedésének egyéb okaira egy a bostoni Massachusetts General Hospital-ban végzett vizsgálat derített fényt: Hackett és mtsai.<sup>37</sup> 563 betegen vizsgálták, hogy a rákos megbetegedés első jeleinek megjelenése és az orvoshoz fordulás között mennyi idő telt el. A betegeknek csak 33,7%-a volt „gyorsan reagáló”, aki az első négy héten belül orvoshoz fordult, kétharmada azonban egy hónapnál tovább várt; 8%-uk nem fordult orvoshoz, egész addig, amikor már képtelen volt magát ellátni, csak ekkor „engedtek családjuk vagy a közösség nyomására, és fordultak orvoshoz”. Az emocionális tényezők fontos szerepet játszottak

tak: azok az emberek, akik jobban féltek a rák diagnózistól, többet késlekedtek az orvoshoz fordulással, mint a kevésbé aggódók, és a szerzők azt feltételezték, hogy a késlekedés hátterében a fatális diagnózis megismerésétől való menekvés szándék állhatott. A betegségnek adott név szintén befolyásolta a késlekedés időtartamát: ha nyíltan „ráknak” nevezték, a betegek hamarabb mentek orvoshoz. Általában, a magasabb szocio-ökonómiai csoportba tartozók rövidebb időt vártak, mint az alacsonyabb csoportokból származók, bár kevés bizonyíték van arra, hogy „ez a különbség a rák ellenes kampányoknak köszönhető”. Egy hasonló vizsgálatban, Olin és Hackett<sup>66</sup> 32 akut miokardiális infarktuszban szenvedő beteget kérdezett meg; legtöbbször mellkasi fájdalmát valami kevésbé súlyos okkal, például „emésztési zavarokkal”, „tüdő problémákkal”, „tüdőgyulladás” vagy „fekéllyel” próbálta magyarázni, annak ellenére, hogy ismerték a koszorúér betegség tüneteit. Azonnali reagálásuk *tagadás* volt, ami „a mellkasi fájdalom és az általa kiváltott veszélyérzet következtében alakult ki”. Az esetek nagy részében csak az állapot súlyosbodása vagy a család és a barátok unszólása készítette őket orvoshoz fordulásra.

Az orvosi ellátás igénybevétele – természetesen azt feltételezve, hogy elérhető és kifizethető – attól is függ, hogy mit gondolnak az állapot okáról: belső oknak tartják-e, vagy természeti, szociális vagy természetfeletti eredetűnek gondolják. Több olyan csoport is van, amely úgy gondolja, hogy az orvosi ellátás során a tüneteket kezelik, s nem az okot szüntetik meg, és ez különösen akkor igaz, ha természetfeletti okokról van szó. Egy Miami öt etnikai csoportján végzett vizsgálatban,<sup>67</sup> például, a betegek tünetek csökkentését remélték az orvostól, és a hagyományos gyógyítótól (például a „boszorkányoktól”) várták, hogy a tünetek eredetét megmagyarázza és betegségüket misztikus erejével gyógyítsa. Valamennyi említett esetben megfigyelhető, hogy számos nem-fizikai tényező – szociális, kulturális és emocionális – befolyásolta, hogy a beteg vagy családja keresse-e orvosi segítséget. Ezek a tényezők azt is befolyásolják, hogy a betegséget hogyan mutatják be az orvosnak.

### A betegség prezentációja

Másutt már megfogalmaztam, hogy a különböző szociális és kulturális csoportok egymástól eltérő *panasznyelvet* használnak arra, hogy szenvedésüket mások számára, így orvosaiuknak is, kifejezzék. Az az orvos, aki nem képes ezt a kifejezésrendszert – ami lehet verbális és non-verbális, szomatikus és pszichológiai – dekódolni, annak a veszélynek van kitéve, hogy rossz diagnózist állít fel és nem megfelelő terápiát alkalmaz. Zola tanulmányában, például, az olasz származású amerikaiak betegségüket sokkal bőbeszédűbben, emocionálisabban, és drámaibban, sokkal több tünetről panaszkodva, és állapotuknak a szociális kapcsolataikra gyakorolt hatását hangsúlyozva adták elő, míg ezzel szemben az írek inkább leplezték tüneteiket. Ha nem sikerült organikus okot kimutatni, az orvosok az olaszokat úgy diagnosztizálták, hogy olyan neurotikus vagy pszichológiai problémáik vannak, mint „tenziós

fejfájás”, „funkcionális problémák” vagy „személyiségzavarok”, míg az írek olyan semleges diagnózisokat kaptak, mint „a teszt semmi kórosat nem mutat”, anélkül, hogy „neurotikusnak” bélyegezték volna őket. Az írek betegséggel kapcsolatos sztoikus magatartása, azonban, súlyosabb állapotok fel nem ismeréséhez is vezethet. Zborowski<sup>68</sup> hasonló eredményre jutott, amikor azt vizsgálta, hogy hogyan reagálnak a fájdalomra a New York-ban élő ír, zsidó és olasz betegek; és azt találta, hogy „a panasz nyelve” minél emocionálisabb volt, annál valószínűbben tartották a beteget „neurotikusnak” vagy „túl-zottan emocionálisnak”.

A betegség „előadását” az orvosoktól és a különböző médiákból is tanulni lehet, különösen, ha krónikus betegségről van szó. A krónikus betegek megtanulják bemutatni azt a „jellemző” klinikai képet, amit az orvos keres. Egy saját vizsgálatomban,<sup>69</sup> egy olyan férfinél, akit „szív panaszai” miatt tévesen anginásnak diagnosztizáltak, fokozatosan pszichoszomatikus mellkasi fájdalmak alakultak ki, amik az orvosokkal, különösen kardiológusokkal való találkozások során, egyre inkább hasonlítottak az „igazi” anginára. Ezt a „tünet választást”, valódi fizikai betegség nélkül, Mechanic<sup>70</sup> „orvosi egyetemisták betegségeként” írja le, amit a medikusok 70%-ában jelentkező hipochondriának tartanak. A különböző betegségekről tanultva, a medikusok gyakran úgy képzelik, hogy ők is az adott betegségben szenvednek, és gyakran még a betegség „típus” tünetei és körjelei is megjelennek rajtuk. Ez azért van, mert az orvoscépzés stresszhatásai számos átmeneti tünetet okozhatnak a medikusokban, és a „korábban normálisnak tartott diffúz, bizonytalan panaszok egy újonnan tanult betegség összefüggéseiben átértelmeződnek”. Ez az értelmezés pedig befolyásolhatja a tünetek formálását és előadását. Ez a jelenség az orvos szakma során tanult „panasznyelvnek” egy példája – egy olyan szituáció, ami egyre gyakoribbá válik.

### Az orvos–beteg kapcsolat problémái

A kórházi vizit, ahogy Kleinman<sup>71</sup> írja, a laikus és az orvosi Magyarázó Modellek közti tranzakció – bár úgy is értelmezhető, mint két olyan fél közti tranzakció, akik között erőbeni különbségek vannak szociális és szimbolikus értelemben egyaránt. Ez az erőkülönbség gyökerezhet társadalmi osztálybeli, etnikai, kor és nembeli különbségekben, és erőteljesen befolyásolja az orvosi konzultáció kimenetelét.

Bár a konzultációt rituális és szimbolikus elemek is jellemzik, a nyilvánvaló funkciói a következők:

1. A beteg verbális és non-verbális eszközökkel előadja a „baját”.
2. Megtörténik ezeknek a diffúz tüneteknek és körjeleknek az orvostudomány által ismert patológiai jelenséggé való átalakítása, azaz a „bajnak” „kórállapottá” váltása.
3. Olyan kezelés előírása történik, amely a beteg és az orvos számára egyaránt elfogadható.



A konzultáció számos kevésbé nyilvánvaló funkciójával, különösen a szociális ellenőrzéshez kapcsolódóakkal, az előző fejezetben már foglalkoztunk. Az orvossal való konzultáció eredményességéhez az szükséges, hogy a két fél között egyezség alakuljon ki az állapot okát, diagnózisát, az érintett pszichológiai folyamatokat, a prognózist és az optimális kezelést illetően. Stimson és Webb<sup>61</sup> ezt a konszenzuseresést – azt, hogy a beteg állapotáról közös véleményt alakítsanak ki – „alkunak” nevezi. A folyamat során, mindkét fél megpróbálja befolyásolni a másikat, a konzultáció eredményét tekintve szabályozni akarják a diagnózis felállítását és a javasolt terápiát. A betegek, például, megpróbálhatják csökkenteni tüneteik súlyosságát, vagy a kezelési rend szigorúságát. Az a legjellemzőbb, hogy olyan diagnózisra és kezelésre vágnak, ami a saját laikus egészség szemléletük rendszerében értelmezhető, így például Nagy-Britanniában nagy a kereslet a „tonikumok” és a „vitaminok” iránt, aminek mély a tradicionális orvoslásba nyúló gyökerei vannak. A konzultáció egyben *társadalmi* esemény is, amikor a beteg személy játssza a „páciens” szociális szerepét, annak minden jogával és kötelességével. Sohasem szabad azonban elfelejtenünk, hogy az orvos és beteg közti konszenzus elérése nem garantálja, hogy a felállított diagnózis helyes és a javasolt kezelésmód hatékony.

A konzultáció során számos visszatérő problémát lehet felismerni, amelyek akadályozzák a konszenzus kialakítását. Ezek a problémák, amelyeknek nagy részéről már volt szó, a következők.

### „A beteg” definíciójában rejlő különbségek

A nyugati orvostudomány egyre inkább az *individuális* betegre koncentrál (sőt egyre inkább az egyetlen szervre), pedig megtörténhet, hogy a család – vagy akár a közösség, vagy a szélesebb társadalom – az, ami beteg, s nem az egyén. Az egyénre, az ő tüneteire való helytelen koncentráció, és a szélesebb családi, szociális és anyagi kérdések figyelmen kívül hagyása, a konszenzus elérését és a probléma megoldását egyaránt megnehezítheti.

### A beteg „panasznyelvének” félreértése

Ezt a kérdést Zola, Apple, Mechanic és Zborowski munkáival kapcsolatban bemutattuk. A jelenség akkor gyakori, ha az orvos és a beteg eltérő kulturális vagy vallási gyökerekkel rendelkezik, vagy különböző szocio-ökonómiai osztályhoz tartozik, de akkor is előfordulhat, ha életkori és nembeli különbségek vannak közöttük. Gyakori példája ennek az amikor a szomatizálást fizikai betegségként, hipochondriaként vagy a pszichológiai „belátás” hiányaként félreértelmezik (lásd a 7. és a 10. fejezetet is).

### Az EM-ek összeférhetetlensége

Az orvosi és laikus modellek jelentős mértékben különbözhetnek egymástól abban, ahogy egy aktuális megbetegedést, főként annak okát, diagnózisát és megfelelő kezelését értelmezik. Egyik oka ennek az, hogy a test szerkezetét és működését másképp magyarázzák. A harmadik viszont a test szerkezetén dolgozó nyugati képzésben részesült orvos, például perifériás területein dolgozó nyugati képzésben részesült orvos, például nehezen érti meg az egészségi állapot természetfeletti és interperszonális okokkal történő magyarázatát – vagy a jó egészségnek morális és szociális „egyensúlyi állapotként” való meghatározását. A modern medicina „betegség” szemlélete, amely a mérhető fizikai adatok jelenlétét hangsúlyozza, elfeledkezhet a betegek és környezetük „betegség” szemléletét jellemző pszichológiai, erkölcsi és szociális összefüggésekről. A beteg olyan érzelmeit, mint a bűntudat, a szegénység, vagy a félelem, a csak a fizikai diszfunkciók diagnosztizálására és kezelésére koncentráló orvos nem veszi számításba.

### Kórállapot betegség nélkül

A modern medicinában, amely a diagnosztikai technikákra koncentrál, ez egy egyre gyakoribb jelenség. A testben fizikai abnormalitásokat találunk, gyakran biokémiai vagy sejt szinten, de a páciens nem „érzi magát betegnek”. Olyan példák tartoznak ide, mint az egészségügyi szűrővizsgálatok során talált magas vérnyomás, a vér emelkedett koleszterin szintje, az in situ méhnyakrák vagy a HIV fertőzés. A tünetmentes emberek azonban, lehet hogy nem veszik igénybe ezeket a szolgáltatásokat, vagy ha ezek valami abnormalitást mutatnak, nem tartanak igényt kezelésre („Nem érzem rosszul magam”). Ez magyarázhatja azt is, hogy sok beteg miért nem tartja magát az előírt kezelésmóddhoz; például az a beteg, akinek egy antibiotikum egy hetes szedését írták elő, abbahagyhatja a szedést a második vagy harmadik nap után, mert akkor már jobban érzi magát.

### Betegkedés kóros szervi elváltozás nélkül (Betegség kórállapot nélkül)

Ez esetben a beteg úgy érzi, hogy „valami nincs rendben” az életében – fizikailag, emocionálisan, szociálisan vagy hit vonatkozásában – de szubjektív állapota ellenére, a fizikális és laboratóriumi vizsgálat után azt mondják neki, hogy „Önnek nincs semmi baja”. Ő azonban sok esetben ennek ellenére továbbra is rosszul vagy boldogtalanul érzi magát. Számos olyan kellemetlen emocionális vagy fizikai élmény tartozik ide, amelyek mögött nem sikerül szervi okot kimutatni – ezek nagy része a mindennapi élet nehézségei miatt alakul ki; ilyenek a különböző pszichoszomatikus betegségek (például az irritábilis colon szindróma, a

spasztikus torticollis, a hiperventillációs szindróma, vagy a Da Costa szindróma); a hipochondria (például a „medikusok betegségei”); és a népi betegségek széles köre (például a „gonosz szellemek megszállása”, a susto vagy a „high blood”). Valamennyi ilyen esetben a betegség fontos szerepet játszik a beteg és családja életében, és annak a megerősítése, hogy nincs semmi probléma, nem biztos, hogy elég a kezeléshez, amint azt következő esettanulmányunk is mutatja.

### *Esettanulmány: Betegkedés kóros szervi elváltozás nélkül*

Bálint<sup>22</sup> írja le a 35 éves U. úr, egy jól képzett szakmunkás esetét, aki fertőző gyermekbénulás miatt kismértékben mozgássérült. Képes azonban dolgozni, és „fizikai hiányosságait magas fokú hatékonyságával kompenzálta”. Egy nap munkahelyén elektromos sokkot szenvedett, és eszméletét veszítette; a kórházban azonban nem találtak fizikai károsodást, és hazabocsátották. Ő azonban, ezt követően test szerte jelentkező fájdalmakkal fordult körzeti orvosához, amelyek egyre súlyosabbakká váltak, és a beteg úgy gondolta, hogy „valami történt vele a sokk alatt”. Kimerítő vizsgálatokkal sem sikerült szervi elváltozást kimutatni, azonban U. úr tünetei nem szűntek meg: „Azt gondolják, hogy csak kitalálom ezeket a dolgokat: pedig én tudom, hogy történt valami”. Továbbra is betegnek érezte magát, és meg akarta tudni, hogy „milyen betegség okozza a fájdalmait”. Még több kórházi vizsgálat ellenére, amelyeknek negatív volt az eredménye, ő továbbra is betegnek érezte magát. Bálint véleménye szerint U. úr egy „betegséget javasolt” az orvosoknak, amit azonban folyamatosan elutasítottak; az orvosok figyelme nem a beteg fájdalmára, aggodalmaira, félelmeire, az együttérzésre és megértésre való vágyára irányult, hanem a fizikai abnormalitások kizárására.

### **A terminológia problémái**

A kórházi megbeszélések során a mindennapi nyelv és az orvosi zsargon gyakran keveredik. A medicina nyelve azonban az elmúlt évtized óta egyre technikaiabbá, ezotikusabbá vált,<sup>23</sup> és a laikusok számára egyre kevésbé érthető. Ha bármelyik fél orvosi szakkifejezéseket használ, ez nagyon könnyen kölcsönös félreértéshez vezethet; ugyanaz a kifejezés teljesen mást jelenthet az orvos és a beteg számára. Boyle<sup>24</sup> írta le, hogy az olyan közönséges orvosi kifejezéseket, mint gyomor, „gyomorégés”, „szívdobogás”, „haspuffadás” vagy „tüdő”, az orvosok és a betegek nagyon eltérő módon értették. Felhívta a figyelmet arra, hogy a két fél szóhasználata közti eltéréseknek fontos klinikai jelentősége van, mivel számos orvos tett fel olyan kérdéseket, mint pl. „Érez fájdalmat a gyomrában?” (és a betegek 58,8%-a azt gondolta, hogy gyomruk kitölti a teljes hasüregüket). Pearson és Dudley<sup>25</sup> is hasonló eredményre jutott olyan kifejezések félreértésével kapcsolatban, mint az „epehó-

lyag”, a „gyomor”, vagy a „máj”. Rámutattak arra, hogy a cholecystectomiára váró betegek rendkívül izgatottá váltak akkor, ha (mint többen a felmérésben szereplők között) azt hitték, hogy az „epehólyag” a vizelet tárolásával kapcsolatos. Blumhagen a „hyper-tenzió” laikus magyarázatainak vizsgálata során tapasztalta, hogy ezek nagy mértékben eltérnek a „hypertenzió” orvosi értelmezésétől. A „baktériumokról” és „vírusokról” való laikus vélekedés pedig csak minimális összefüggést mutatott ezeknek a kórokozókknak a mikrobiológiai leírásával; a laikusok mindkettőről úgy gondolták, hogy érzékeny az antibiotikumokra, és ezért ezeknek a gyógyszereknek a felírását akkor is elvárják, ha „vírus infekció” volt a diagnózis. Az orvos és a beteg által használt közös terminológiai, tehát, nem garantálja egymás kölcsönös megértését; a két fél egymástól teljesen eltérően értelmezheti a kifejezéseket és azok jelentését.

A betegek által használt speciális népi kifejezések is megzavarhatják az orvost: az olyan kijelentések, hogy „meg vagyok átkozva” vagy „a gonosz szellemek miatt betegedtem meg” érthetetlenek lehetnek az orvos számára, még akkor is, hogy ha ismeri a betegségek laikus teóriáit. Ez vonatkozik az olyan népi betegségekre is, mint a susto, a „szívszorítás” vagy az „agybaj”, különösen akkor, ha az orvos és a beteg eltérő szociális és kulturális háttérrel rendelkezik.

Az emocionális feszültség feltárását célzó kérdések is problémát jelenthetnek a konzultáció során. Leff<sup>26</sup> Londonban végzett felmérésében, például, összehasonlította a pszichiáterek és a betegek elképzelését a kellemetlen érzelmekről. Azt találta, hogy a pszichiáterek különbséget tettek a „szorongás”, a „depresszió” és az „irritálhatóság”, mint az emocionális feszültség típusok között, míg a betegek számára ezek a kifejezések átfedték egymást. A betegek az olyan fizikális tüneteket, mint a palpáció, a fokozott izzadás, vagy a remegés, a „szorongásra” és a „depresszióra” egyaránt jellemzőnek tartották. Ez az elképzelés döntően befolyásolta a betegek választását az olyan kérdésekre, mint „Depressziósnak érzi magát?” vagy „Szorong?” Ismét hangsúlyozzuk ezért, hogy az, ahogy a beteg elképzei és megnevezi az egészségét és betegségét, a konzultáció során a tünetek félreértelmezésére vezethet.

### **A kezelés problémái**

A betegek csak akkor fogadják el a kezelési tervet, ha annak értelme van az EM-jükben. A kezelés módjával és céljával kapcsolatos konszenzus legalább annyira fontos, mint a diagnózissal kapcsolatban elért egyetértés. Ez különösen akkor érvényes, ha a kezelés során kellemetlen fizikai élmények vagy mellékhatások léphetnek fel – amikor a terápia egy átmeneti „betegséget” vált ki. Ez történik a sebészi beavatkozások, az injekciók, a sugárterápia, a kemoterápia és bizonyos diagnosztikai tesztek, mint a biopsziák és a szigmoidoszkópia alkalmával. A előírt gyógyszer lehet, hogy nem szedi be a beteg, ha úgy látja, hogy az betegséget okoz, vagy – mint a tünetmentes hipertenziók esetében – a páciens nem érzi betegnek magát. A gyógyszer beszedését akkor is megtagadhatják, ha az korábban mellékhatásokat okozott a családtagokon vagy barátokon.

kon. Egy másik probléma, amivel másutt foglalkozunk, az, hogy a betegek az orvos által előírt gyógyszerekkel együtt más, önmaguk által választott gyógyszereket is szednek; és egészség-betegség elképzeléseik alapján mindkettő szedését fontosnak tarthatják. A „non-compliance” (együtt-nem-működés) jelenségét Nagy-Britanniában 30%-ra vagy még többre becsülik.<sup>67</sup> Waters és mtsai.<sup>68</sup> által végzett egyik felmérésben a betegek a családorvosok által felírt 1611 recept 7%-át meg sem mutatták gyógyszerésznek. Az előírt gyógyszer nem megfelelő adagolását Harwood<sup>69</sup> írta le a New York városban élő puerto ricóiak között (lásd a 3. fejezetben); akik minden betegséget, ételt és gyógyszert három csoportba osztottak: „forró”, „hideg” és néha „hűvös”. A penicillint például „forró” gyógyszernek, és a reumatikus szívbetegségek („hideg” betegség) megelőzésére megfelelőnek tartották. Ha azonban, valakinek hasmenése vagy székrekedése volt (amelyeket „forró” betegségeknek tartottak), azonnal abbahagyta a penicillin szedését. A terhesség alatt is kerültek a „forró ételeket és gyógyszereket”, mert úgy gondolták, hogy ezek a magzatban olyan „forró” betegségeket váltanak ki, mint a kiütések, vagy a bőrpír, és mivel a vastartalmú tablettákat és a vitaminokat is „forrónak” tartották, gyakran megtagadták szedését. A „forrónak” tartott ételek és gyógyszerek kerülése a világ más országaiban is ismert jelenség.

A kezelés vagy a gyógyszerelés hatékonyságát az orvos és a beteg gyakran eltérően értékeli. A szervi „betegség” eltűnése gyakran nem jár együtt a beteg „bajának” megszűnésével, vagy fordítva. Cay és mtsai.<sup>70</sup> felmérése, például, jelentős különbségeket mutatott abban, ahogy a betegek és a sebészek a gyomorfekély miatt végzett műtétek eredményességét értékelték. A siker kritériumait az orvosok számára a savtermelődéscsökkenése, a diarrhoea megszűnése, az ismételt vagy totális antréktómia vagy vagotómia elkerülése jelentette, míg a betegek a sikert az „életminőség” jellemzőivel írták le, így a családi, szociális, szexuális életre, a munkavégző képességre és az alvási rendre gyakorolt hatást vették tekintetbe. A sebész által sikeresnek tartott műtétet a betegek gyakran sikertelennek értékelték – főként, ha az befolyásolta az „életminőség” valamelyik aspektusát. A „rossz eredményt, tehát, ... inkább pszichoszociális, s nem pedig fizikai eredménytelenség alapján határozták meg. Másrészt pedig, a sebészek által a maradványtünetek, pl. diarrhoea, miatt sikertelennek tartott műtétet a betegek eredményesnek tartották, és a visszamaradó tüneteket úgy értékelték, hogy olyan „ár, amit érdemes azért fizetni” hogy a fekély veszélyes és kiszámíthatatlan tünete megszűntek. Mindkét esetben fel kell tételeznünk, hogy a háttérben az „egészség” funkcionális értelmezése rejlik, és ez alapján történt a műtét sikerének az értékelése.

### Az összefüggések (kontextus) szerepe

Az orvos-beteg megbeszélésének utolsónak említett, de nagyon fontos tétele a konzultáció összefüggéseivel (kontextusával) kapcsolatos. Az ilyen

összefüggéseknek két olyan aspektusa van, amely lényeges szerepet játszik a konzultáció kimenetelének meghatározásában:

1. A korábbi tapasztalatok, elvárások, kulturális feltételezések, magyarázó modellek és előítéletek (amelyek szociális, nemi, vallási és bőrszínbéli különbségeken alapulnak) *belső kontextusa*, amit mindkét fél „magával hoz” a megbeszélésre.<sup>71</sup>
2. Egy *külső kontextus*, ami a konzultáció aktuális helyére (kórház, klinika, magánrendelő), és a két felet befolyásoló szélesebb értelemben határozó ideológiai, vallási és gazdasági rendszere, valamint osztály szerinti, nemi vagy etnikai megoszlása – és valamennyi idetartozó tényező segít meghatározni, hogy kinek van hatalma és kinek nincs a konzultáció során. A kétfajta összefüggés rendszer közösen határozza meg, hogy milyen típusú kommunikáció alakulhat ki az orvos és a beteg között, mivel ezek segítik meghatározni, hogy mi és hogyan hangzik el a megbeszélés során, és azt a másik fél hogyan hallja meg és hogyan értelmezi.

### Az orvos-beteg kapcsolat: a javítás stratégiái

Ebben a fejezetben kiemeltém néhány potencióális különbséget az egészség-betegség laikus és orvosi értelmezése között – a „betegség, baj” és a „betegség, mint szervi kórállapot” két modellje között – és néhány olyan problémát, amihez ezek a különbségek vezetnek a konzultációk során. Öt fő stratégia javasolható a problémák megoldására:

1. A beteg megbetegedésének megértése.
2. A kommunikáció javítása.
3. Az önismeret fokozása.
4. A beteg bajának és szervi betegségének együttes kezelése.
5. Az összefüggések szerepének figyelembe vétele.

### A beteg megbetegedésének megértése

A szervi elváltozás keresése mellett az orvosnak állandóan figyelnie kell arra, hogy a beteg és a körülötte lévők mit gondolnak az állapot eredetéről, jelentőségéről és prognózisáról, és hogy az hogyan befolyásolja mindennapi életüket – jövedelmüket, szociális kapcsolataikat. A betegeknek az állapotukkal kapcsolatban kialakuló érzelmi reakciói (bűntudat, félelem, szegény, düh, vagy bizonytalanság) ugyanolyan fontosak, mint az élettani adatok. A betegek és családtagjaik EM-jeit fel kell támi annak a hét kérdésnek a segítségével, amelyeket korábban (112–13. oldal) felsoroltunk. Információkat kell gyűjteni a beteg kulturális, vallási és szociális származásáról, anyagi helyzetéről, korábbi betegség élményeiről, reményeiről és félelméről, és ha lehetsé-



ges a szerencsétlenségekről alkotott általános elképzeléséről is, azért, hogy az egészségről-betegségről alkotott véleményét szélesebb összefüggéseiben meg lehessen érteni.

### A kommunikáció javítása

Az orvosoknak még kell tanulniuk, hogy betegek hogyan fejezik ki problémáikat (milyen „panasznyelvet” használnak), ami különösen fontos akkor, ha egy kulturálisan meghatározott helyi betegséget panasznak. Nem szabad elfeledkezniük a terminológia fent említett problémáiról sem, és különösen az orvosi szakkifejezések félreérthetőségére kell figyelniük. Az orvosi diagnózisnak és a kezelési tervnek olyannak kell lennie, amit a beteg *be tud illeszteni* az egészségről-betegségről alkotott *elképzelésébe*, és tekintettel kell lennie a beteg korábbi tapasztalataira, valamint a beteg saját állapotáról alkotott véleményére. Mechanic megfogalmazása szerint<sup>(6)</sup> „A betegek állapotáról alkotott orvosi vélemény hatása attól függ, hogy az mennyire hihető a beteg tapasztalatai alapján, és attól, hogy milyen mértékben fogadja el az orvos a beteg tapasztalatait, és... hogyan értékeli a betegnek a tünetekre és a kezelésre való reagálását.” Nem szabad elfelejteni azonban, hogy, amint azt már említettük, az orvos és a beteg közti jó kommunikáció még nem garantálja a megfelelő orvosi ellátást.

### Az önismeret fokozása

Sikeres orvos-beteg kapcsolat egyetlen klinikai helyzetben sem jöhet létre, ha az orvosnak nincs fokozott önfigyelme, önismerete – és válaszképessége.<sup>12</sup> A diagnózis felállítása és a kezelés előírása során az orvosnak tudatában kell lennie, hogy saját szociális és egyéni származása – különösen a kulturális, anyagi helyzete, neve, vallása, iskolázottsága, tapasztalatai, előítéletei és szakmai kapacitái – szerepet játszik munkájában, és ennek ismerete befolyásolja (javítja vagy rontja) betegével való kapcsolatát és az orvosi ellátást eredményességét. Az orvosok nemcsak az orvosi iskolák és az iskolák oktatott „betegség” szemlélet egyforma termékei, hanem felfogásuk egyéni, idioszinkratikus és kulturális elemeket is tartalmaz. Fontos hangsúlyozni emiatt, hogy más ember belső motivációi és képzelete nem érthetők meg anélkül, hogy az adott személy a sajátjaival bizonyos fokok tisztában ne legyen.

## A beteg „bajának” és „kórállapot” együttes kezelése

Az orvosi gyógymódoknak nem szabad kizárólag a fizikai abnormalitásokkal és működészavarokkal foglalkozniuk; a „megbetegedés” számos dimenziója – emocionális, szociális, viselkedésbeni, vallási – is kezelendő olyan megfelelő magyarázatokkal és megerősítéssel, aminek értelme van a beteg és hozzátartozói számára. Ha szükséges, a kezelésbe be lehet vonni a pszichoterá-

peutát, konzultánsokat, papot, alternatív gyógymódot ajánló orvost, vagy szociális gondozót, önszegélyező csoportot, társadalmi szervezeteket, lakás vagy munkaközvetítőket, sőt bizonyos esetekben, a kulturálisan szentnek tartott hagyományos gyógyítókat is. Ilyen módszerrel a beteg „bajának” minden aspektusa és minden „kórállapota” kezelésre kerül.

### Az összefüggések szerepének figyelembe vétele

Bármilyen orvos-beteg kapcsolat megértéséhez, a fentiekben leírt „belső” és „külső” összefüggések szerepét mindig figyelembe kell venni. Különösen fontos, hogy az orvosok ismerjék és megértse azokat a külső összefüggéseket, amelyek a betegség kialakulásában, megjelenésében és prognózisában szerepet játszhatnak – mint például a szociális és gazdasági tényezőket (közvetlen a szegénység, a diszkrimináció, a raszszizmus, a munkanélküliség, túlnépesedés és a nemi szerepek), és a környezeti tényezőket (mint pl. a levegő, az ivóvíz szennyezettsége). Az összefüggések értékelése segítséget nyújt az orvos számára annak eldöntésében, hogy ki az igazi beteg, és hogy a diagnosztikus és terápiás tevékenységet a beteg egyénre, annak családjára, közösségére vagy arra a szélesebb értelemben vett társadalomra kell-e koncentrálni, amelyben a beteg él.

### Ajánlott olvasmányok

### A kórállapot és a betegség közti különbségek (Disease versus illness)

- Eisenberg, L. (1977) Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult. Med. Psychiatry*, 1, 9-23
- Kleinman, A. (1980) *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press. Főleg a 3. és 4. fejezet tárgyalja a laikus és az orvosi Magyarázó Modelleket
- Lock, M. and Gordon, D. (eds) (1988) *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer. A modern orvostudomány kultúrájáról és ideológiájáról foglalkozó esszégyűjtemény.

## Laikus egészség elképzelések

- Currer, C. and Stacey, M. (eds) (1986) *Concepts of Health, Illness and Disease*. Leamington Spa: Berg Publisher. A laikus egészséghitelről foglalkozó alaptudományok.
- Foster, G. M. and Anderson, B. G. (1978) *Medical Anthropology*. New York: Wiley. 4. fejezet az Etnomedicináról.
- Helman, C. G. (1978) 'Feed a cold, starve a fever': folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. *Cult. Med. Psychiatry*, 2, 107-37.
- Snow, L. E (1993) *Walkin' over Medicine*. Boulder: Westview Press. A tradicionális afro-amerikai népzene részletes összefoglalója.