

Fájdalom és kultúra

A fájdalom valamilyen formában a mindennapi élet elválaszthatatlan része. Egyszersmind a klinikai gyakorlatban¹ is valószínűleg ez a leggyakrabban előforduló tünet – számos normális fiziológiai változásnak (például a terhességnek, szülésnek vagy menstruációnak) ugyanúgy velejárója, mint a sérüléseknek és betegségeknek. A gyógyítás vagy a diagnosztizálás sok fajtája – a sebészeti beavatkozás, az injekció, a biopszia, az érvágás, stb. – szintén fájdalommal jár. De mind ezekben a helyzetekben a fájdalom több, mint pusztán egy neurofiziológiai esemény; mindig társulnak hozzá szociális, pszichológiai és kulturális tényezők, melyeket szintén számításba kell venni. Ebben fejezetben e tényezők némelyikét fogom vizsgálni az alább következő tételek illusztrálása céljából:

1. Nem minden szociális vagy kulturális csoport reagál a fájdalomra teljesen azonos módon.
2. Azt, hogy az ember a fájdalmat – mind a sajátját, mind másokét – hogyan érzékeli és hogyan reagál rá, a kulturális és szociális háttér is befolyásolja.
3. Arra, hogy az emberek hogyan közlik fájdalmukat az egészségügyi szakemberrel vagy másokkal, illetve, hogy adnak-e róla közlést egyáltalán, szintén befolyást gyakorolnak szociális és kulturális tényezők.

Fájdalommagatartás

Fiziológiai szempontból a fájdalom „egyfajta jelzés, amely egy testszövet sérülésére vagy valamely fiziológiai működési zavarra hívja fel a figyelmet”.² Fájdalom akkor keletkezik, ha az ideget vagy az idegvégződést a szervezet belsejéből vagy a környezetből ártalmas inger éri. A fájdalom ezért egy potenciális veszéllyel teli környezetben létfontosságú a szervezet védelme és túlélése szempontjából. Éppen e biológiai szerepe miatt gondolják néha, hogy a fájdalom „kultúra-független” – abban az értelemben, hogy univerzális biológiai reakció az olyan típusú ingerekre, mint a forróság vagy a hideg szélső értékei. Valójában azonban különbséget kell tennünk e reakció alábbi kétféle formája között:

1. *Nem-akaratlagos*, ösztönös reakció, mint például amikor a fenyegetett testrészt elhúzzuk az éles tárgytól.

2. *Akaratlagos reakció*, mint például:

- (a) amikor eltávolítjuk a fájdalom forrását, és valamit cselekszünk a tünet kezelésére (például beveszünk egy aszpirint);
- (b) amikor egy másik személyt arra kérünk, hogy segítsen a tünet enyhítésében.

Azoknál a fájdalomra adott akaratlagos reakcióknál, amelyek más személyek részvételét is feltételezik, különösen erőteljes a szociális és kulturális tényezők befolyása, és ezt alább majd részletesebben és példákkal illusztrálva fogjuk bemutatni.

Ahogy Engel³ megfogalmazza, a fájdalom ily módon két komponenset tartalmaz: „az eredeti érzékelést, és az erre az érzékelésre adott reakciót”. Ezt a reakciót – ennek mind akaratlagos, mind nem-akaratlagos formáját – Fabrega és Tuma⁴ *fájdalommagatartásnak* nevezte el, és ez magában foglal bizonyos változásokat az arckifejezésben, fintorokat, változásokat a viselkedésben vagy az aktivitásban, valamint a szenvedő által produkált bizonyos hangokat, vagy szavakat, amelyekkel állapotát leírja, vagy segítséget kér. Ugyanakkor fájdalommagatartást lehet produkálni fájdalom inger hiányában is, vagy, ellenkezőleg, lehet ilyen magatartást *nem* produkálni a fájdalomkeltő inger jelenléte ellenére. E pont tisztázása érdekében célszerű megkülönböztetni a fájdalommagatartás vagy a fájdalomra adott reakció két típusát: a *privát* fájdalmat és a *nyilvános* fájdalmat.

Privát fájdalom

A fájdalom, Engel³ megfogalmazása szerint, „privát adat”; azaz, amikor tudni szeretnénk, hogy egy adott személynek vannak-e fájdalmai, attól a személytől függünk, aki e tényt számunkra – verbálisan vagy nem-verbálisan – jelzi. Amikor ez megtörténik, a fájdalom privát megtapasztalása és érzékelése egy szociális, nyilvános eseménnyé változik; a privát fájdalom nyilvános fájdalommá válik. Bizonyos körülmények között azonban a fájdalom privát maradhat: még nagyon komoly fájdalom esetén is előfordul, hogy nincs külső nyoma vagy jele annak, hogy az egyén fájdalmat szenved el. Az ilyen, fájdalmat rejtő magatartás azokban a társadalmakban általános, amelyekben magasra értékelik a sztoicizmust és a bátorságot. Jó példa erre az angolszászok megpróbáltatásai idején mutatott „merev felső ajak” arckifejezése. E magatartást nagyobb valószínűséggel várják el férfiktól, elsősorban fiatal férfiktól vagy harcosoktól. Egyes kultúrákban a képesség arra, hogy a fájdalmat arcizom rándulás – vagyis fájdalommagatartás produkálása – nélkül viseljük el, a férfi státusz egyik ismertetőjegye, és az ilyen próba a gyermekkorból a férfikorba történő átmenetet megelőző beavatási szertartások része. A Nagy Síkságon élő cheyenne indiánok körében például fiatal férfiak, hogy bizonyosságot tegyenek igazi férfi mivoltukról és társadalmi presztízszt nyerjenek, a Naptánc szertartás keretében rituális ön-

kínzásnak vetik alá magukat – például oly módon, hogy a mellkasi bőrükön átszúrt horgok segítségével egy póznára függesztik fel magukat, és panaszszó nélkül viselik el a fájdalmat.⁵ A fájdalommagatartás hiányának más, kevésbé látványos formáit figyelhetjük meg olyanoknál, akik félig öntudatlanul lévő, megbénított állapotban vannak, vagy túl fiatalok ahhoz, hogy a szenvedésüket artikulálni tudják, vagy olyan helyzetekben, amikor az ilyen magatartás várhatóan nem váltana ki együtt érző választ a többi emberből. A mondottak miatt a fájdalommagatartás hiánya nem feltétlenül jelenti a „privát fájdalom” hiányát.

Nyilvános fájdalom

A fájdalommagatartás – s mindenekelőtt ennek akaratlagos oldala – szociális, kulturális és pszichológiai tényezők befolyása alatt áll. Ezek meghatározzák, hogy a privát fájdalom *egyáltalán* lefordítható-e fájdalommagatartásra, továbbá azt, hogy ez a magatartás milyen *formát* ölt, és milyen szociális keretben jelenik meg.

Az egyén döntése arról, hogy a privát fájdalmat lefordítja-e nyilvánosra, részben a fájdalom *jelentőségének* értelmezésétől függ; hogy például ezt „normális”, vagy „abnormális” fájdalomnak tekinti-e – az utóbbira nyilván nagyobb valószínűséggel célszerű mások figyelmét felhívni. A „normális” fájdalomra példa a menstruációs fájdalom (dysmenorrhoea). Két, Zola⁶ által idézett vizsgálatban alsóbb és magasabb társadalmi-gazdasági csoporthoz tartozó asszonyokat kértek meg arra, hogy legyen egy naptáruk, amelybe minden testi állapotot és működési zavart feljegyeznek. Csak igen kis százaléuk számolt be egyáltalán a dysmenorrhoeáról mint működési zavarról, és az alacsonyabb jövedelmű csoportban csak 18% említette meg egyáltalán a menseset vagy annak kísérőjelenségeit. Az, hogy mi tekintendő „abnormális” fájdalomnak, és ezért mi igényel orvosi figyelmet és kezelést, jelentős mértékben kulturálisan meghatározott, és az idők folyamán változó. Mint Zola megjegyzi, „egyes nőgyógyászati problémák felismerésének és kezelésének foka annak a függvénye, hogy az adott közösségben milyen vélemény uralkodik arról, hogy »ama hivatásnak«, hogy valaki nő, mi a szükség-szerű velejárója”. Ezt azután az a szociális és gazdasági körülményrendszer is befolyásolhatja, amelybe a nők élete beágyazódik – például, hogy a nőnek, fájdalmai ellenére, gyermekekről kell gondoskodnia, vagy továbbra is munkába kell járnia. Az „abnormális” fájdalom más meghatározásai annak a függvényei, hogy az adott kultúrában milyen testkép alakult ki, s hogyan vélekednek a test felépítéséről és működéséről. Azok a széles körben elterjedt hiedelmek például, melyek szerint „a szív” kitölti a teljes mellkast,⁷ ahhoz vezethetnek, hogy az ezen a testtájon jelentkező mindenfajta fájdalmat „szívpanaszként”, vagy „szívrohamként” értelmezzék. Másutt⁸ már leírtam annak a pszichoszomatikus mellkasi fájdalmakban szenvedő férfinek az esetét, aki, az ezt kizáró számos diagnosztikai vizsgálat ellenére, ragaszkodott ahhoz az eszmé-

hez, hogy neki „szív baja” van, minthogy továbbra is érezte a „fájdalmat a szívem táján”.

Zborowski⁹ rámutatott: az, hogy egy kulturális csoport mennyire számít a fájdalomra mint az élet „normális” velejárójára, és mennyire fogadja azt el, meg fogja határozni, hogy itt egy adott fájdalmat klinikai problémának tekintenek-e, amely klinikai megoldást igényel. Az olyan kultúrák például, amelyek magasra értékelik a katonai erényeket, számítanak a harci sérülésekre és elfogadják azokat panasz nélkül. Ugyanő azt is megjegyzi, rájuk, nem fogadják el azokat panasz nélkül. Ugyanő azt is megjegyzi, hogy a fentihez hasonló módon például Lengyelországban és néhány más országban a szülő nők fel vannak készülve a szülési fájdalmakra és tudomásul veszik azokat, míg az Egyesült Államokban ezt nem fogadják el és gyakran kérnek érzéstelenítést. Az emberek ezeket a fájdalommal szembeni attitűdöket a korai életszakaszban sajátítják el, annak részeként, ahogy egy meghatározott családban és közösségben felnőnek, és ez lényeges részét képezi az adott kultúra gyermeknevelési gyakorlatának.

Noha a fizikai fájdalom rendkívül erőteljes és a pszichét súlyosan terhelő tünet, megértése mégis csak kulturális kontextusban lehetséges, úgy, hogy a bajok szélesebb spektrumának részeként értelmezzük. A fájdalom, mint általában a betegség, csak sajátos típusa a szenvedésnek. Mint ilyen, ugyanolyan típusú kérdéseket provokálhat a szenvedőben, mint a *balszerencse* egyéb típusai: „Miért történik ez velem?” vagy „Mit tettem, amivel ezt kiérdemeltam?”. Ahol a fájdalmat egy magatartási botlásért kapott isteni büntetésként értelmezik, a szenvedők esetleg nem fognak erőfeszítéseket tenni enyhítése érdekében. A fájdalom panasz nélküli elviselése már önmagában a vezeklés egy formájává válik. Ugyanezért az orvostól fájdalommasabb kezelési mód, például sebészeti beavatkozás vagy injekció alkalmazását kérhetik. Hasonlóképpen, ha a fájdalmat morális vétkek következményének tekintik, erre megfelelőbb válasz lehet a szenvedő által önmagára kimerített vezeklés, böjt vagy imádság, mint az egészségügyi szakemberrel való konzultáció. Ha pedig más személy rosszindulata – például „varázslat”, „boszorkányság” vagy „rontás” – a fájdalom feltételezett oka, a fájdalom enyhítésének olyan indirekt stratégiája lehet megfelelő, mint például az ördögűzés szertartása.

Számos kultúrában a fájdalom – minthogy csupán a szenvedés egyik fajtájának tekintik a különféle bajok szélesebb spektrumán belül – a legkülönbözőbb módokon *kapcsolódik* össze a szenvedés egyéb formáival. Mindenekelőtt közös okokra vezetik vissza őket (például isteni büntetésre, vagy bűnbajosságra), ami azt jelenti, hogy hasonló kezelési módot is igényelnek (imádságot, vezeklést, vagy ördögűzést). A fájdalomnak ez az átfogóbb szemlélete általános a nem-nyugati társadalmakban, melynek tagjai ezért a fájdalom Nyugaton alkalmazott világi, laikus kezelési módját – fájdalomcsillapító orvosságok alkalmazását – egyszerre vélik részlegesnek és egyúttal kevésbé kielégítőnek. Noha a nyugati orvoslás elismeri a „pszichoszomatikus” vagy „pszichogén” fájdalom létezését, a „szervi” fájdalomra összpontosító beállítottsága számításán kívül hagyja azokat a szociális, morális és pszichológiai elemeket, melyeket sok embertől társulnak a

fájdalomhoz. Mindazonáltal a „fájdalom” vagy vele rokon szavak használata a modern angol nyelvben még mutat kapcsolatokat a szenvedés olyan egyéb formáival, mint az emocionális kín, más személyekkel való konfliktusok és váratlan szerencsétlenség. Ezeket gyakran a fizikai fájdalom metaforájának alkalmazásával írják le: „Nehezteltem rá” (a magyarban viszárdhatatlan eredeti kifejezés szó szerinti fordításban: „fájdalmas, gyűlölő voltam irányában” – a fordító megjegyzése), „A nő mélyen megsértette őt”, „Harapós megjegyzés”, „Fájdalmas tapasztalat”, „Merő szurkálódás”, „E csapás volt számomra”, „Megkínzott lélek”, „Szív-fájdalom”. Hagyományosabb társadalmakban a kapcsolat egyfelől a testi fájdalom és másfelől a mindennapi élet szociális, morális és vallási oldalai között valószínűleg jóval direkter, és közvetlenebbül befolyásolja azt, hogy az emberek hogyan élik meg betegségüket.

Esettanulmány-történet: A fájdalom nyelve az Észak-India-i kultúrában

Pugh¹⁰ leírja a fájdalom sokféle jelentését az észak-indiai kultúrában, valamint a leírására használt metaforákat. A nyugati lélek-test dualizmus hiányában a fájdalmat (dard) sem a tradicionális gyógyítók (*haki-mok*), sem pácienseik nem kizárólagosan a testi szenvedés kategóriáiban fogják fel. Ha fájdalomról beszélnek, a szavaknak, képeknek és metaforáknak egy, a helyi kultúrából és a mindennapi életből származó közös tárházából merítenek. Az általuk használt metaforák (az olyanok, mint az „égető”, „szorító”, vagy „szűrő” fájdalom) a testi és az emocionális tapasztalatokat egyetlen képben egyesítik. Így ugyanaz a szó, kifejezés vagy metafora gyakran egyidejűleg hordozza a testi és a lelki szenvedés jelentését. Például, a fizikai fájdalmat kifejező metaforák bizonyos érzelmi állapotok leírására is használhatók; a szomorúság és a bánat, mint a „forró” ételek, előidézhetik, hogy a szív „égjen”, és urdu költők leírják „a szív égő fájdalmát”, és a „szerelem-fájdalom csodálatos érzését”. Mint Pugh rámutat, a fájdalomra alkalmazott olyan metaforák, mint a „forró” vagy az „égető”, tükrözik „az indiai kultúra integrált lélek-test rendszerét”. Ily módon „az indiai kultúrában a testi fájdalom magába foglalja a psziché gyengélkedését, másfelől pedig az érzelmi okokból eredő fájdalom egyidejűleg manifesztálódik a testben és a lélekben”.

Továbbá, számos olyan szó, amelyet a különféle típusú fájdalmak leírására használnak, egyidejűleg utal azok okára és feltételezett kezelési módjára. A „hasonló hasonlót szül” elvére alapozva a „forró” vagy „égető” fájdalmak leírása magában foglalja annak feltételezését, hogy ezek okozói „forró” vagy „égető” ételek, vagy forró időjárás, vagy bizonyos „forró” érzelmi állapotok (mint a szorongás, vagy a düh). Kezelésük ezért olyan orvoslási módokkal történik, amelyek „hűtést” eredményeznek, mint például hideg borogatások, vagy hideg mosusz orvosság, ami „pszichofizikai enyhülést hoz a fájdalomra, szívdobogásra és szoron-

gásra, azáltal, hogy »hűti« a test hőjét és »nyugtatja« a szívet”.

Végezetül, azok a metaforák, „amelyek a fájdalmat érzékleti minőségekkel telítik, a ház, a szántóföld és a műhely ismerős környezetéből táplálkoznak”. A gyomor, a mellkas, vagy a torok „égető fájdalomról” azt tartják, hogy ezeket gyakran kíséri „savanyú” (*khatta*), vagy „keserű” (*katu*) íz. Mindkét íz a legtöbb ember étrendjében is megtalálható: a savanyúság a lime nevű apró citromfajtában, a gránátalmában és a tamarinduszfa gyümölcsében; a keserűség a mustármag olajban, egyes citromfélékben és más ételekben. Így a fájdalomra vonatkozó tapasztalatok, és azok a jelentések, amelyeket e tapasztalatoknak adnak, a helyi kultúra, konyhaművészet, nyelv és tradíció számos egyéb aspektusával is kapcsolatban állnak. Minthogy a fájdalom különböző típusai (a különböző időkben, különböző színhelyeken és különböző testtájakon jelentkező fájdalmak), oly sokféle képzetársítást hordoznak – testit, emocionálisat, szociálisat, spirituálisat, az étkezési szokásokkal kapcsolatosat, az éghajlatra vonatkozót –, a fájdalom nyugati modellje, mely a fájdalmat főként testi eseményként értelmezi, alkalmatlan lehet. Pugh arra a következtetésre jut, hogy ez azért van így, mert „Észak-India kulturális sztereotípiái a fájdalmat nem egyedi, rögzített entitásként, hanem inkább mint a jelentések egy folyékony, kontextus-érzékeny konstellációját ábrázolják”.

A potenciális gyógyítók vagy segítők típusai és elérhetősége szintén meghatározza, hogy egy egyén fog-e fájdalommagatartást produkálni, és ha igen, milyen környezetben. Például, a fájdalommagatartás nagyobb valószínűséggel fog együtt érő segítséget kiváltani egy kórházi orvos, vagy ápoló részéről, mint egy katonai büntetőosztag őrmestere részéről. A gyógyító személyek egyénisége és modorbeli sajátosságai, valamint az, hogy a szenvedőhöz hasonló kulturális és szociális környezetből jönnek-e, befolyással lehet arra, hogy produkálódik-e fájdalommagatartás, vagy sem. Lehetséges, hogy e magatartást az egyik orvosnak produkálják, míg ellenszenves kollégájának nem, ami egyben azt is eredményezi, hogy a páciens állapotáról a két orvos különböző értékelést fog adni.

Egy további tényező, ami meghatározza, hogy a privát fájdalmat nyilvánossá teszik-e, magának a fájdalomérzékelésnek az észlelt intenzitása. Vannak azt bizonyító adatok, hogy ezt az észlelést (és vele együtt a „fájdalomtűrést”) a kultúra befolyásolja. Egy, a kultúra és fájdalom témakörének irodalmát áttekintő szemlében Wolff és Langley¹¹ kiemeli a megfelelő módon ellenőrzött kísérleti vizsgálatok szükségességét ezen a területen. Mégis, azok a vizsgálatok, amelyeket elvégeztek, megerősítik azt, hogy „a kulturális tényezők az attitűdöt befolyásoló változóként, akár nyílt, akár rejtett formában, valóban szignifikáns befolyást gyakorolnak a fájdalom észlelésére”. Továbbá, mint Lewis¹² megjegyezte, a fájdalomérzés intenzitása nem következik automatikusan a sérülés kiterjedéséből és természetéből. A fájdalom jelentésére és jelentőségére vonatkozó hiedelmek, az a kontextus, amelyben a fájdalom jelentkezik,

és az ehhez a kontextushoz asszociálódó érzelmek mind hatással lehetnek a fájdalomérzésre: „A jövőre vonatkozó kilátásoktól való félelem felerősítheti a fájdalom tudatát egy sebészeti beavatkozásnak alávetett páciensben, míg, ellenkezőleg, az a remény és esély, hogy a beavatkozás megszabadíthatja az ütközet halálos kockázatától, csökkentheti a sebesült katonák fájdalomérzését és panaszait, noha maga a sérülés a két esetben hasonló lehet”. Ennek közismert példái azok a katonák, akik csak akkor veszik észre, hogy megsebesültek, amikor a csata már véget ért; a harci láz emocionális intenzitása olyan erős lehet, hogy – legalább időlegesen – egy fájdalmas sebről is elterelheti a figyelmet. A fájdalom-észlelés intenzitása a vallásos révület, meditáció, vagy extázis állapotában is csökkenhet, noha ennek fiziológiai okait nem értjük kellőképpen. Példák erre a jelenségre az indiai *jógik* és *fakírok*, vagy a Sri Lanka-i tűzön-járók, akik valamennyien elszenvednek egy önként magukra rótt fájdalmat, vagy kellemetlenséget, nyilvánvalóan anélkül, hogy a fájdalom teljes intenzitását tapasztalnák.

Egy meghatározott gyógyító személy vagy kezelési mód irányában mutató attitűdök és elvárások is befolyásolhatják a fájdalom intenzitását, ugyanúgy, mint a *placebo érzéstelenítés* esetében; ez utóbbinál egy farmakológiailag inaktív gyógyszer, amelyben a beteg „hisz”, szubjektív fájdalomcsökkenést eredményezhet a szenvedőben. Levine és mtsai.¹³ valószínűnek tartják, hogy a placebo érzéstelenítés alapját képező fiziológiai mechanizmus az endorfinok felszabadulása az agyban, minthogy nalorefin alkalmazásával a hatás közömbösíthető. Bármilyen is az alapul szolgáló mechanizmus, a fájdalom intenzitásának észlelését, csakúgy, mint a fájdalomhoz kapcsolódó jelentéseket befolyásolja, hogy a privát módon megtapasztalt fájdalmat közöljük-e más személyekkel.

A nyilvános fájdalom megjelenítése

Minden kultúra és szociális csoport, sőt minden család is rendelkezik saját, egyedül általa használt „fájdalomnyelvvvel”, saját komplex kifejezőkészlettel, amelyen a beteg, vagy boldogtalan egyén a többiek tudomására hozza szenvedését. Van egy sajátos, gyakran standardizált, verbális és nem-verbális elemeket egyaránt tartalmazó jelzési módjuk, amivel az egyén tudathatja, ha fájdalmat él át, vagy szorult helyzetben van. Az a *forma*, amelyet a fájdalommagatartás felölt, jelentős mértékben kulturálisan determinált, s ugyanígy az erre a magatartásra adott *válasz* is. Ez, Landy¹⁴ feltételezése szerint, egyebek mellett attól függ, „vajon az adott kultúra az érzelmi állapot, valamint a sérülésre adott reakció kimutatását fontosnak és helyesnek tartja-e, vagy elutasítja azt”. Egyes kulturális csoportok fájdalom esetén az érzelmi állapot túlzó kifejezését várják el, míg más csoportok a sztoicizmust, az önuralmat és a tünetek bagatellizálását értékelik. Zola⁶ olasz-amerikaiak, illetve ír-amerikaiak egy csoportjának fájdalomra adott reakcióira vonatkozó vizsgálataiban

rámutatott, hogy az olasz reakciót az „expresszivitás és közlékenység” jellemezte, melyet ő egyfajta védekező mechanizmusként („dramatizálásként”) értelmezett – mint a szorongással való megküzdés egy módját, amikor is „azt ismételtelen túlzó módon fejezik ki és ezáltal szétteszítik”. Az írekre ezzel szemben az volt jellemző, hogy igyekeztek testi panaszukat nem tudomásul venni és csak igen visszafogottan kifejezésre juttatni; azt mondták például, hogy „nem veszek róla tudomást, mint sok más dologról sem”. Igyekeztek tagadni vagy csak nagyon kevésbé megvallani a fájdalom jelenlétét: „Inkább lüktetés volt, mint fájdalom... nem igazán fájdalom, inkább olyan érzés, mint egy homokszem a szememben”. Zola ezt a tagadást a „bűnösség nyomasztó érzése” elleni védekező mechanizmusnak tekinti, amit ő – más kutatókkal egybehangzóan – a vidéki ír kultúra egyik sajátosságának tekint. E két különböző „fájdalomnyelv” negatív hatással lehet a pácienseknek nyújtott orvosi kezelés módjára – különösen ha az orvos a betegétől eltérő kulturális háttérrel rendelkezik. Az olyan orvos például, aki a sztoicizmust és önuralmat becsüli, elutasítóan viszonyulhat az olasz-amerikaihoz, akit „túlfűtött emocionalitásának” vagy „hipochondriának” tart, míg az ír-amerikaival megeshet, hogy szenvedését (a „privát fájdalmat”) azért hagyják figyelmen kívül, mert reakciói túlzott mértékben visszafogottak. Zola felhívja a figyelmet arra, hogy az ilyen magatartás állandósíthatja a szenvedést, mert „önbeteljesítő jóslatként” működhet.

A fájdalommagatartás lehet *nem-verbális* is, s ennek szintén megvan a kulturálisan meghatározott mintázata. A testi gesztusokkal foglalkozó vizsgálataiban Le Barre¹⁵ rámutatott: tekintettel arra, hogy a különböző kultúrák gesztusai egymástól eltérnek, csak úgy tudjuk helyesen interpretálni őket, ha figyelembe vesszük azt a kontextust, amelyben jelentkeznek. Argentínában például, ha valaki az egyik kezét erőteljesen meg rázza, úgy, hogy az ujjak egy csattanó hangot hallatnak, ez egyfelől jelenti azt, hogy „Csodálatos!”, de másfelől jelezhet fájdalmat is, ha valaki egy sérülést követően e gesztussal egyidejűleg azt mondja, hogy (*Ai-yai*). A nem-verbális „fájdalomnyelvek” ezért nem korlátozódnak a gesztusokra, hanem részüket képezi az arckifejezés, a testtartás, valamint a felkiáltások is, melyek jelentésüket mind abból a kontextusból merítik, amelyben megjelennek. A felsoroltak mellett a „fájdalomnyelvek” még a magatartás más változásait is magukban foglalhatják, például visszahúzódot, böjtölést, imádságot, vagy öngyógyszerezéshez való folyamodást.

Minthogy egy adott kultúrában a fájdalommagatartás, mind verbális, mind nem-verbális formájában, gyakran standardizálódik, könnyen utánozható olyanok által, akik együttérzést akarnak kiváltani, vagy magukra akarják vonni a figyelmet: produkálhatják a „nyilvános fájdalmat” anélkül, hogy mögötte „privát fájdalom” rejlene. Ennek példáit szolgáltatják a hipochondriások, a szimulánsok, vagy a színészek. A Münchhausen-szindrómában szenvedő személy például a „reális” fájdalom egzakt utánzására képes, és előfordul, hogy többszöri sebészeti beavatkozást vagy kivizsgálást végeznek rajta, mielőtt le-

lepleződik.¹⁶ Az is lehetséges, hogy a fájdalommagatartás egy, a háttérben rejlő pszichológiai állapotot álcáz, például extrém szorongásos állapotot, vagy depressziót, amint ez a szomatizáció esetében történik (lásd a 10. fejezetet). Ebben az esetben a felpanaszolt elsődleges szimptóma nem a „szorongás”, vagy a „depresszió” lesz, hanem inkább olyan testi tünetek, mint gyöngeség, légszomj, izzadás, vagy bizonytalan „sajgások és fájdalmak”. A szomatizációnak ez a típusa gyakori a nyugati világ alacsony jövedelmű csoportjainál, de számos más kultúrában is megtalálható. Tajvanon például az emocionális fájdalom nyílt kimutatását nem helyeslik, aminek következtében ott ez egy főképpen szomatikus vagy testi „fájdalomnyelven” fejeződik ki. Kleinman megjegyzi, hogy Tajvanon a kínai kultúra akkor is „a szomatikus panaszt tekinti az alapvető egészségi problémának”, ha pszichológiai tünetek is jelen vannak. Egy vizsgált periódusban a Tajvani Nemzeti Egyetem Kórházának Pszichiátriai Klinikáját felkereső páciensek 70 % kezdetben testi tünetekre panaszkodott.¹⁷ Ebben, és számos más kultúrában a depressziós személyek gyakran bizonytalan futó fájdalmakra, vagy „mindenhol jelentkező fájdalmakra” panaszkodnak, aminek semmilyen testi okát nem lehet találni. Ahogy a kultúra befolyásolhatja a szomatizációt, ugyanígy befolyást gyakorolhat az orvos személyisége és beállítottsága is. Az az orvos, aki a betegség kizárólagosan testi-fizikai magyarázatára van beállítódva, csak a szomatikus tüneteket fogadja el, szemben azzal a kollégájával, aki nagyobb figyelmet fordít a pszichodinamikai vagy a szociális folyamatokra.

Azt, hogy a fájdalmat *hogyan* írják le, egy sor tényező befolyásolja, egyebek közt a nyelvi kifejezési készség, az orvosi kifejezésekben való jártasság, a fájdalommal kapcsolatos személyes tapasztalatok, valamint az emberi szervezet felépítésére és működésére vonatkozó laikus hiedelmek. De az is megzavarhatja az orvost, amikor a beteg az orvostudományból kölcsönzött szakkifejezéseket használ fájdalma leírására: az a személy például, aki azt mondja, hogy „már megint migrénem van, doktor úr”, a „migrén” szót a fejfájások széles skálájának – s korántsem kizárólag migrénnek – a leírására használhatja. Az orvos részéről a megfelelő kérdések, amelyek segíthetnek abban, hogy egy diffúz, és különösen egy pszichoszomatikus fájdalom felismerhető, orvosilag értelmezhető alakot öltön, így hangozhatnak: „Lefelé terjed a fájdalma a bal karján?”, „Akkor jelentkezik, amikor Ön felmegy egy lépcsőn?”, vagy „Olyan érzés, mintha egy szoros abroncs lenne a mellkasán?”. Az orvosi esetfelvételek, vizsgálatok, diagnosztikai tesztek, valamint az egészségnevelési kampányok mind akaratlanul is arra oktatják a pácienseket, hogy panaszukban egy speciális fájdalomtípusnak – például „anginának”, „kólikának”, vagy „migrénnek” – a jellegzetes alakját ismerjék fel, és azt ilyen fájdalomként írják le.⁸ Fontos, hogy az orvos tudatában legyen ennek a folyamatnak és annak, hogy ez milyen nehézségeket támaszt a diagnózis felállításánál.

A fájdalom szociális aspektusai

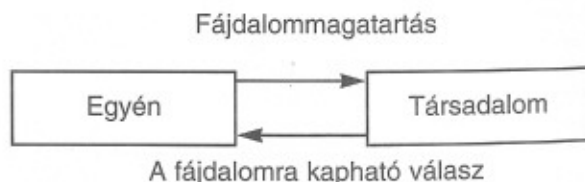
A nyilvános fájdalom egy – a körülményektől függően különböző időtartamú – *szociális viszonyt* jelent a szenvedő és más személy vagy személyek között. E viszony természete fogja meghatározni, hogy, először is, a páciens feltárja-e fájdalmát, továbbá, hogy milyen módon tárja fel, és hogy milyen természetű lesz a rá adott válasz. Lewis¹² rámutat, milyen fontos szerepet játszik itt az, hogy *mire számíthat* a szenvedő – mindenekelőtt a tekintetben, hogy milyen lesz a fájdalomra kapott valószínű válasz, és hogy milyen szociális költségekkel és előnyökkel jár, ha fájdalmát feltárja: „Az, hogy valaki milyen gondoskodásra és együttérzésre számíthat, továbbá a többi ember arra vonatkozó ítélete, hogy a betegségért ki a felelős, befolyást gyakorol arra, hogy az illető hogyan mutatja ki a betegségét”. Az egyén akkor számíthat maximális figyelemre és együttérzésre, ha fájdalommagatartása megegyezik a társadalom arra vonatkozó véleményével, hogy a fájdalmat átélő embernek *hogyan* kell szenvedésére felhívnia a figyelmet – vajon emócióinak túlzó kimutatásával-e, vagy viselkedésének csendes megváltoztatásával. Ahogy Zola⁶ megfogalmazza: „Az, hogy bizonyos jelek milyen fokú figyelmet váltanak ki, attól függ, hogy milyen mérvű az »illeszkedésük« a társadalom alapértékeihez”. Így módon tehát az egyén és a társadalom között egyfajta dinamikus kapcsolat áll fenn (ezt illusztrálja a 7.1 ábra), melyben a fájdalommagatartás és a rá adott válaszok időbeli kibontakozásukban kölcsönösen befolyást gyakorolnak egymásra.

Azt, hogy egy adott társadalomban melyek a fájdalommagatartás megengedett formái, az egyének a gyermekkorban és a csecsemőkorban tanulják meg. Engel³ hangsúlyozza, hogy a fájdalom fontos szerepet játszik az egyén teljes pszichés fejlődésében: „A fájdalomnak... mélyreható szerepe van abban, hogy az egyén megtanulja a környezetét és annak veszélyeit ..., valamint saját testét és annak korlátait.” A fájdalom nélkülözhetetlen az összes korai kapcsolat szempontjából: csecsemőkorban a fájdalom síráshoz vezet, ami aztán választ vált ki az anyától, vagy egy másik személy részéről. A korai gyermekkorban a fájdalom és a büntetés összekapcsolódik: a fájdalmat a felnőtt világ rója ki a „rossz” magaviseletért. A fájdalom ezért azt jelezheti az egyén számára, hogy ő „rossz”, és ezért bűnösnek kell éreznie magát; a fájdalom egyúttal a bűnért való vezeklésnek is fontos eszköze lehet. A fájdalom ezenkívül az agresszió és hatalom viszonyrendszerének, de a szexuális kapcsolatoknak is része. Engel leírja a „fájdalomra hajlamos beteget”, aki különösen fogékony a „pszichogén fájdalomra”, és akinek a személyiségét erős bűntudat jellemzi. Felfogása szerint az ilyen betegnél számítani lehet arra, hogy az ilyen vagy amolyan fajta felpanaszolt fájdalmi az önbüntetés és vezeklés egy módját jelentik; a bűnbánat, önmegtagadás és önelítélés szintén lehet az egyén önmagára kirótt büntetésének formája, amely a bűntudat enyhítését hivatott szolgálni. Felállítható az a hipotézis, hogy azokban a kultúrákban, melyeket erős bűntudat jellemez, nagy becsben állnak a vezeklés és imádság olyan „fájdalmas” rítusai, mint

például a börtölés, a szexuális önmegtartóztatás, az elvonultság, a szegénység, vagy akár az önkorbácsolás.

A gyermeknevelési gyakorlat segíti annak kialakulását, hogy az egyének későbbi életében milyen lesz a fájdalom iránti attitűdje és elvárásai: nevezetesen, mint Zborowski⁹ megjegyzi, a szülők, pótszülők, testvérek és kortárs csoportok kulturális értékei és attitűdjei játszanak ebben szerepet. 1952-es vizsgálataiban (melyeket alább ismertetünk) leírja egyfelől zsidó-amerikai és olasz-amerikai szülők egy csoportjának magatartását; ezekre gyermekeik egészségével, valamint sportban, játékokban, verekezésben való részvételével kapcsolatban egy túlságosan óvó-védelmező és aggodalmaskodó attitűd volt jellemző. A gyermekeket folyton arra intették, hogy kerüljék el a megfázást, a sérüléseket, a verekedést és egyéb fenyegető helyzeteket. Panaszos sírásukra vagy jajgatásukra együtt érzően és aggodó törődéssel reagáltak. Ezek a szülők magatartásukkal – Zborowski véleménye szerint – azt idézik elő, hogy gyermekeik a fájdalomnak és más, a normálistól eltérő állapotoknak túlzott jelentőséget fognak tulajdonítani, és szorongani fognak ezek lehetséges következményei miatt. Ezzel ellentétben az „óamerikai” protestáns családokat nem jellemezte a túlzásba vitt óvó-védelmező magatartás; gyermekeiknek azt mondták, hogy nem kell „minden apróság miatt a mamához szaladni”, és hogy számítsanak rá, hogy a sportban, vagy játékokban fájdalom érheti őket, amire nem kell túl érzékenyen reagálni. Mindezek a kulturálisan meghatározott „fájdalomnyelvek” befolyással vannak rá, hogy az egyének privát fájdalmukat hogyan fogják a többieknek jelezni, és hogy milyen típusú válaszreakcióra számíthatnak részükről. Ugyanakkor problémát okozhat, ha egyfelől a szenvedő és másfelől a körülötte tartózkodó többi személy eltérő kulturális talajból, vagy különböző társadalmi osztályból származik, melyeknek mind a fájdalommagatartás, mind a szükségés kezelési mód tekintetében eltérő normái vannak.

Egyes kulturális csoportok a szenvedőt rituálisszertartásos gyógyítási helyzetben bátorítják, hogy „privát fájdalmát” fordítsa át „nyilvános fájdalomba”. Ezt láthatjuk egyes gyógyítási rítusszertartásokban Afrikában és Latin-Amerikában (ezek leírása a 4. fejezetben található).



7.1 ábra: Fájdalommagatartási viszony az egyén és a társadalom között

tó), de érvényes ez Nyugaton is egyes vallási csoportokra, ahol – rituálisszertartásos elrendezésben, helyzetben – a fájdalom egy személyes és spirituális átalakulás eszközévé válik. Skultans¹⁸ például leírja, hogy Walesben egy spiritualista egyházban a nőket arra biztatják, hogy fájdalmas tüneteiket osszák meg egymással, és váljanak beteg társuk fájdalma által „megszállottá”: ily módon segítsék az illető „privát fájdalmának” mérséklését, azáltal, hogy azt egymás közt megosztják. Hasonlóképpen, Csordas¹⁹ leírja, hogy az Egyesült Államokban a Katolikus Karizmatikus Megújulás nevű mozgalomban egy gyógyító a diagnózis és a gyógyítás rítusának részeként gyakran „felölti a szenvedő fájdalmának alakját”: például egy heves fájdalom a gyógyító szívében azt jelenti, hogy a betegben végbemegy „a szív gyógyulása”, vagy a gyógyító fejfájást vagy hátfájást diagnosztizálhat a hozzá folyamodóban „amennyiben a gyógyítási eljárás folyamán ő maga hasonló fájdalmat él át”. McGuire²⁰ az Egyesült Államok külvárosában folyó rituális gyógyításokról szóló tanulmányában leírja, hogy az epizkopális egyház egyes közösségei a fájdalomra mint pozitív jelenségre, egyfajta leckére tekintenek, amely által mélyebben megértik az életet és közelebb kerülnek Istenhez. „Kérdezed az Urat, hogy mit kellene neked ebből tanulnod”, mondta az egyik nő, mire egy másik ilyen magyarázattal szolgált: „A fájdalom és a betegség nem a vég. Nem ismerhetné a jóságot és az örömet, ha nem tapasztaltad volna meg a fájdalmat”. Egyes „Keleti meditációs” csoportok a fájdalmat szintén potenciálisan hasznos leckének vagy az egyénhez szóló „üzenetnek” fogják fel. Ahogy egy jóga-követő magyarázta: „A fájdalom által mondja neked a tested, hogy »Halló« valami nincs rendben, tegyél valamit érte, ne zárd el...” Lehet, hogy ez hoz majd fordulatot az életedben.”

Krónikus fájdalom

A fájdalom egy sajátos típusa – a krónikus fájdalom – különleges problémát jelent a szenvedőnek és a környezetében élőknek is. Mint Brodwin²¹ rámutat, a krónikus fájdalom egy igazi „privát baj”. Eltérően az akut fájdalomtól, amely hirtelen jön és csak rövid ideig tart, a krónikus fájdalom más emberek számára való „láthatósága” az idő múlásával fokozatosan eltűnik, miközben az egyén továbbra is szenved. „Még ha baleseti sérüléssel vagy súlyos betegséggel kezdődött is, fennáll még akkor is, amikor ezek az események az emberek emlékezetében már rég elhalványultak”. Gyakran csak néhány olyan vizuális nyom marad, mint egy zúzódás, egy kötés, egy heg vagy egy begipszelt testrész, ami a családot vagy a barátokat a fájdalomra emlékezteti, és arra, ahogyan az eredetileg elkezdődött. Brodwin²¹ leírja, hogy ebben a helyzetben a krónikus fájdalomban szenvedők hogyan fejleszthetnek ki olyan viselkedésmódokat, melyekkel privát fájdalmukat egy nyilvános „előadásban” közölni tudják környezetükkel, hogy segítséget és figyelmet kapjanak. Ez az ismétlődő „fájdalomretorika” különösen család-

don belül az életritmus szerves részévé válhat. Ez érvényes lehet a munkaadóhoz és munkatársakhoz fűződő kapcsolatokban is, minthogy „ez a retorika segíti a fájdalomban szenvedőt, hogy létfontosságú társadalmi kapcsolataiban közölni tudja kívánságait és szükségleteit, különösen ha más nyelvezet alkalmazása nem jár eredménnyel”.

A krónikus fájdalom gyakran szoros kapcsolatban áll szociális és pszichológiai problémákkal. Interperszonális feszültségek például okozhatják krónikus fájdalom kifejlődését, és vice versa. Számos családban és kulturális csoportban a fájdalom „előadása” az egyedüli eszköz arra, hogy az egyén szorult helyzetét jelezni tudja, bármi legyen is e helyzet oka. Ez egyik példája a *somatizációnak* (lásd a 10. fejezet), és különböző formákat ölthet: a „mindenhol érzek fájdalmat” jelenségétől az egy meghatározott szervben vagy testtájon jelentkező visszatérő fájdalomig. Ahogy Kleinman és mtsa.²² megfogalmazza: „A depresszió és a szorongás, a súlyos családi feszültségek, a munkahelyi konfliktusok mind a krónikus fájdalom-állapot kialakulásához vagy súlyosbodásához vezethetnek, és a maguk részéről rosszabbodhatnak a krónikus fájdalom hatására”.

Esettanulmány-történet: A fájdalom kulturális komponensei New Yorkban Egyesült Államok

Zborowski⁹ 1952-ben New York Cityben egy időseket ápoló kórház betegeinek három csoportjánál – olasz-amerikaiaknál, zsidó-amerikaiaknál és többségükben protestáns „óamerikaiaknál” – vizsgálta a fájdalom átélésének kulturális komponenseit. Szembetűnő eltéréseket tapasztalt az egyes csoportok fájdalommagatartása, valamint fájdalom iránti attitűdjei között. Az olaszokat és a zsidókat egyaránt az jellemezte, hogy fájdalomra adott reakcióik erős emocionális színezettel bírtak, és hogy fájdalomélményüket eltúlozták, ami az orvosok egy részét arra a – teljesen téves – következtetésre vezette, hogy e csoportok fájdalomküszöbe alacsonyabb, mint más csoportoké. Valójában azonban ez az erős emocionális színezet, noha a fenti két csoportban hasonló volt, a fájdalom iránti eltérő attitűdön alapult.

Az olaszokat főként a fájdalomélmény közvetlen jelenléte foglalkoztatta, mindenekelőtt maga a fájdalomérzet. Kitartóan panaszkodtak, nyögés, jajgatás, sírás stb. útján hívván fel magukra a figyelmet, de amint fájdalomcsillapítót kaptak és fájdalmuk megszűnt, szenvedésüket gyorsan elfelejtették és visszatértek korábbi, megszokott viselkedési módjukhoz. Az olasz betegek aggodalmainak középpontjában fájdalomnak pillanatnyi helyzetükre, így például állásukra és gazdasági helyzetükre gyakorolt hatása állt. Ezzel szemben a zsidó betegeket mindenekelőtt az nyugtalanította, hogy fájdalomnak mi a jelentése és jelentősége „egészségük, jólétük és végső soron családjuk jóléte szempontjából”. Aggodalmaik középpontjában fájdalmuk jövőben várható következményei álltak. Sok zsidó beteg elutasította a fájd-

lomcsillapítót, mert félt annak esetleges mellékhatásaitól, és attól tartott, hogy a gyógyszer csak a fájdalmat enyhíti, de nem gyógyítja az ennek alapját képező betegséget. Sokan még a fájdalom enyhülése után is változatlanul ugyanolyan nyomott és aggodalmaskodó viselkedést tanúsítottak, „mert úgy érezték, hogy a fájdalom, amely pillanatnyilag megszűnt, bármikor visszatérhet, amíg a betegséget nem sikerült teljesen meggyógyítani”. Egyesek testi panaszaiuk erős eltúlzására is hajlamosak voltak, ami nem a tapasztalt fájdalom erősségét jelezte, hanem olyan eszközül szolgált, amellyel biztosítható, hogy a fájdalom patológiás okai megfelelő kezelésben részesüljenek. Az olaszok ezzel szemben a jelek szerint jobban bíztak benne, hogy az orvos komolyan veszi fájdalmukat, és enyhítésére megteszi a szükséges lépéseket; fájdalmuk túlzó kinyilvánításával a pillanatnyilag fennálló fájdalomérzet megszüntetését igyekeztek elérni.

Ezekből az adatokból Zborowski az alábbi következtetésekre jutott:

1. „Különböző etnikulturális csoportok tagjainak hasonló fájdalomreakciói nem szükségképpen tükrözik a fájdalomhoz való hasonló viszonyt”.
2. „Kifejezési módjukat tekintve hasonló reagálási mintázatok eltérő kultúrákban különböző funkcióval bírhatnak és különböző célokat szolgálhatnak”.

Mindkét eddig bemutatott csoporttól eltérően, a már több generáció folyamán „amerikanizálódott” „óamerikaiak” fájdalmat közlő panaszai-ból hiányzott az emocionális eltúlzás; fájdalmukat, annak jellegét, időtartamát és helyét higgadt, távolságtartó stílusban írták le. Nem látták értelmét a fájdalom eltúlzásának, mivel ez „senkinek sem használna”. A társaságból való visszahúzódás komoly fájdalom esetén általánosan jellemző reakció volt. Gyakori volt e csoport tagjainál, hogy rendelkeztek egy eszményített képpel arról, hogy az egyénnek hogyan *kell* reagálnia a fájdalomra, és hogy ilyen helyzetben mi a helyénvaló „amerikai” reagálási mód. Ahogy az egyik beteg megfogalmazta: „Úgy reagálok, ahogy jó amerikaihoz illik”. Kórházban igyekeztek elkerülni, hogy „kényelmetlenséget” okozzanak, és jól kooperáltak a (többnyire szintén „óamerikai” beállítottságú) kórházi személyzettel. A zsidó-amerikaiakéhoz hasonlóan aggodalmaik jövő-orientáltak voltak, mindazonáltal ők erősebben hajlottak optimizmusra. A kórházi körülményekhez pozitívabban viszonyultak, mint a másik két csoport tagjai, akiket „zavart a kórház személytelen jellege, és az a kényszerűség, hogy kezelésüket kórházban és nem otthon kapják”.

Noha ez volt az egyik első olyan vizsgálat, amelyik megmutatta, hogy milyen kapcsolatok állhatnak fenn a fájdalommagatartás és a kulturális háttér között, számos megállapítása már egyetlen, ilyen kulturális háttérrel rendelkező USA-beli betegpopulációra sem érvényes. Zborowski⁹ maga is hangsúlyozta, hogy a fájdalommagatartásnak ezek, az amerikaiak különböző csoportjai között fennálló eltérései az idő mú-

lásával fokozatosan eltűnőben vannak: „minél távolabb van az egyén a bevándorló generációtól, annál inkább amerikaivá vált a viselkedése”. Kleinman és mtsai.²² ezért figyelmeztettek annak a veszélyére, hogy „etnikai sztereotípiákat” alkalmazzunk, amikor meg akarjuk érteni, hogy különböző egyének hogyan – és miért éppen úgy – reagálnak a fájdalomra. Hangsúlyozzák annak szükségességét, hogy megértéssel és empátiával közeledjünk „a konkrét egyént sújtó fájdalom szűrésének és nyilallásának különös sajátosságaihoz, szem előtt tartva, hogy ennek az embernek egyedi története van, meghatározott közösségben és történelmi időszakban él, és – mindenekfelett – félelmekkel, vágyakkal és célkitűzésekkel rendelkezik”.

Így tehát, noha szükséges, hogy a fájdalmat elszennvedő ember állapotát értékelő orvos tisztában legyen a kulturális befolyás szerepével, mégis minden esetben mindig egyedileg kell értékelnie – és feltétlenül el kell kerülnie, hogy általánosításokat vagy sztereotípiákat alkalmazva próbálja megjósolni, hogy egy adott szociális, kulturális vagy vallási háttérrel rendelkező egyén hogyan fog a fájdalomra reagálni.

Ajánlott irodalom

- Engel, G. L. (1950) 'Psychogenic' pain and the pain-prone patient. *Am. J. Med.*, 26, 899–909
- Good, M. D., Brodwin, P. E., Good, B. J. and Kleinman, A. (eds) (1992) *Pain and Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press. A krónikus fájdalom amerikai kulturális kontextusban való megjelenésével foglalkozó tanulmányok.
- Pugh, J. E (1991) The semantics of pain in Indian culture and medicine. *Cult. Med. Psychiatry*, 15, 19–43
- Wolff, B. B. and Langley, S. (1977) Cultural factors and the responses to pain. In: Landy, D. (ed.), *Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan, pp. 313–19

Kultúra és farmakológia

Az orvosságok hatása az ember fiziológiai és érzelmi állapotára sokszor nemcsak a farmakológiai sajátosságoktól függ. Számos egyéb faktor, mint a személyiség, a szociális és kulturális háttér növelheti vagy éppen csökkentheti ezt a hatást, és tehető felelőssé azért a nagy variabilitásért, ahogy az emberek reagálnak a gyógyszerekre. Ebben a fejezetben a placébók, pszichotróp szerek, narkotikumok, az alkohol és a dohány nem farmakológiai hatásait vizsgáljuk.

A „teljes gyógyszer hatás”

Claridge¹ mutatta, hogy bármely gyógyszer hatása (a teljes gyógyszer hatás) a farmakológiai hatás mellett számos tényezőtől függ. Ezek a következők:

1. Magának a gyógyszernek a sajátosságai (mint az íze, alakja, színe, neve)
2. A gyógyszert *beszedő* tulajdonságai (kora, előzetes tapasztalatai, iskolázottsága, személyisége, szocio-kulturális háttére)
3. A gyógyszert felíró, vagy javasoló tulajdonságai (személyisége, kora, attitűdje, foglalkozási státusza, tekintélye)
4. Az a helyzet, amelyben a gyógyszert felírták vagy javasoltak – a „drog-helyzet” (mint az orvos rendelője, a kórházi osztály, laboratórium, vagy szociális esemény)

Hogy kiterjeszthessük ezt a modellt a következőkben, nevezzük a gyógyszerhasználat fizikai környezetét *mikro-kontextusnak*, elkülönítve attól, amit *makro-kontextusnak* nevezünk. A makro-kontextus a gyógyszeresedés szociális, kulturális, gazdasági, és politikai háttérét jelenti. Magában foglalja a hozzákapcsolódó morális és kulturális értékeket, amik elősegíthetik vagy gátolhatják a használatát, az aktuális szocio-ökonómiai környezetet, a szegénységi szintet vagy munkanélküliséget, a gyógyszergyártás mögötti gazdasági erőket, a gyógyszerek reklámozását és eladását, és azt a szociális háttérrel, amiben a gyógyszeresedés folyik – mint a család, barátok, gyógyítók vagy éppen a kábítószerek-élvezők szubkultúráját. Minden gyógyszeresedésnél (függetlenül attól, hogy milyen gyógyszerről van szó) a makro-kontextus kulturális értékei és a gazdasági helyzet bizonyos mértékben mindig hatást gyakorolnak a mikro-kontextusra. Például megerősíthetnek egy gyógyszer-