

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

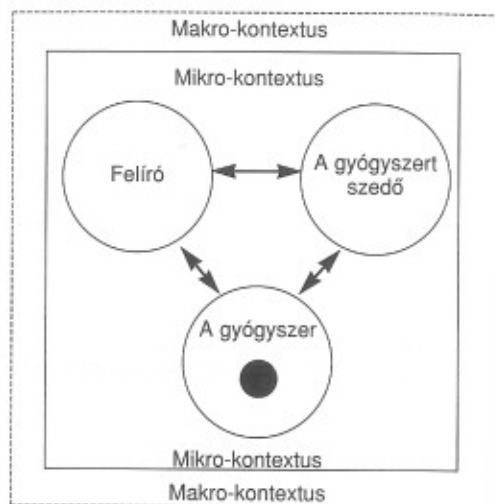
Az orvosságok hatása az ember fiziológiai és érzelmi állapotára sokszor nemcsak a farmakológiai sajátosságoktól függ. Számos egyéb faktor, mint a személyiség, a szociális és kulturális háttér növelheti vagy éppen csökkentheti ezt a hatást, és tehető felelőssé azért a nagy variabilitásért, ahogy az emberek 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 kábítószer-élvezők szubkulturáját. 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-



● - A gyógyszer farmakológiai hatása

8.1 ábra A teljes gyógyszerhatás

típust, annak megjelenési formáját, használatának meghatározott módját, illetve befolyásolják azok tulajdonságait is, akik aktuálisan beadják a gyógyszert (pl. orvosok, nővérek).

Claridge modelljét, ami eredetileg a gyógyszerekre és placebokra vonatkozott, kiterjeszthetjük valamennyi drog használatára. Egyaránt alkalmazható a placebo és nocebo hatás – mint a pszichotróp szerek, a kemény drogok, az élvezeti szerek, így a dohány és az alkohol, és a sok vallási csoport által is használt hallucinogének – elemzésére. A részben Claridge modelljére épített 8.1 ábra összefoglalja egy gyógyszer használatának – függetlenül attól, hogy orvos írta-e fel – nem farmakológiai hatásait.

Mivel a teljes gyógyszer hatás számos tényezőből tevődik össze, nagyon változó, hogy különböző emberek hogyan reagálnak ugyanarra a gyógyszerre vagy ugyanarra a kezelésre adott helyzetekben.

A placebo hatás

A placebo hatás a teljes gyógyszer hatást jelenti, azonban a drog jelenléte nélkül. Az utóbbi években számos kutatás vizsgálta a jelenséget. Ez az elsősorban orvosi környezetben végzett kutatás, más jelenségekre is rávilágít, mint a gyógyszerfüggőség, a habituáció, az alkoholizmus, és számos kultúra gyógyítási rituáléjának terápiás hatása.

Az orvosi irodalomban a placebo, olyan egyszerű, farmakológiaiilag teljesen hatástalan anyag, amit egy új gyógyszer kipróbálásának részeként, kettős vak próbák során használnak. Azonban kimutatták, hogy a placebo hatás sokkal szélesebb körű. Wolf² például úgy definiálta, mint „bármely olyan hatás, ami a gyógyszernek, az italnak, vagy a gyógyszeresedés szituációjának, de nem a farmakodinámiás vagy speciális jellemzőinek tulajdonítható.” Shapiro³ szerint placebo bármely terápiás célból történő gyógyszeresedés pszichológiai, fiziológiai vagy pszichofiziológiai hatása, ami független vagy csak minimális mértékben kapcsolódik a gyógyszer farmakológiai hatásához, vagy a folyamat speciális tényezőihez, és ami pszichológiai mechanizmusokon keresztül hat. Ezért a gyógyszert szedő hite (és/vagy a gyógyszert felíróé) a placebo anyagban vagy terápiás hatékonyságában az, aminek mind pszichológiai, mind fiziológiai hatása van.

Benson és Epstein⁴ irodalmi összefoglalójukban rámutattak, hogy a placebok gyakorlatilag a szervezet bármely szervére hatással lehetnek. Sokan beszámoltak angina pectoris, reumatoid és degeneratív artritisz, fájdalom, szénanátha, fejfájás, köhögés, peptikus fekély, és essenciális hipertóniában tapasztalt hatásosságukról. Pszichés hatásuk révén segíthetnek szorongásos kórképekben, depresszióban sőt még a schizofréniában is. Más tanulmányok kimutatták, hogy a placebo még mellékhatásokat is okozhatnak, (mint a álomosság)⁵ vagy pszichológiai függőséget. Mindkettő a *nocebo* effektus jó példája, a gyógyszerben való hit negatív következménye, amiről a 11. fejezetben írunk. Annak ellenére, hogy a placebo hatásról már széles körben írnak, hatásmechanizmusa még nem teljesen ismert. Néhány kutató megkísérelte tudományosan megmagyarázni a placebo analgéziát. Levine és mtsai.⁶ posztoperatív fogfájást szüntettek placebóval, a fájdalom azonban naloxont adva kiűjtült. Feltételezik, hogy a placebo analgéziát endogén opiátok vagy endorfinok okozzák, amit a naloxon ellensúlyoz. A placebo egyéb fizikai hatásait még kutatják.

A placebo hatás kiváltásához meghatározott atmoszféra, környezet szükséges. A placebo, legyenek azok gyógyszerek vagy egyéb kezelési módok, általában kultúrához kötöttek, meghatározott szociális és kulturális környezet irányítja és hitelesíti mind a placebo, mint a placebo nyújtó személyt. Egy adott placebo működhet egy kulturális csoportban, míg teljesen hatástalan lehet egy másikban. Adler és Hammett⁷ szerint a placebo hatás minden gyógyítási folyamat alapeleme, és tágabb értelemben véve a mindennapi életnek is fontos komponense. Különböző kultúrák összes terápiája fajtáit áttekintve két közös fő jellegzetességet találtak:

1. A gyógyítási folyamatban résztvevők (beteg, gyógyító, megfigyelő) egy közös kognitív rendszer részesei.
2. Minden gyógyítási kapcsolatra jellemző egy kulturálisan meghatározott „szülő figura”, a gyógyító.

A közös kognitív rendszer a csoport kulturális hátterére, világnézetére vonatkozik, arra, hogyan érzékelik, magyarázzák és értik meg az em-

berek a valóságot, különösen az egészség-betegség és a balsors, a szerencsétlenségek előfordulását.

Számos társadalom világnézete racionalista, míg másoké inkább misztikus, de mindegyiknél az egészség-betegség olyan szélesebb spektrumú világmagyarázat része, hogy hogyan működik a világ, és a dolgok hogyan függenek egymástól. Ez teszi képessé arra az embert, hogy térben és időben elhelyezze magát, és olyan fogalmi-perceptuális támpontokat nyújt, aminek határain túlra – akár képzeletben is – csak néhányan merészkednek. Ezt a közös kognitív rendszert osztják a kultúra vagy társadalom többi tagjai is, ez teszi az élet káoszát (és az egészséget-betegséget) érthetővé, és biztonságérzetet és értelmet nyújt az emberi életnek.

A placebo hatás másik komponense a társadalom tagjainak a kiemelkedő emberektől mint a gyógyítóktól való érzelmi függősége, amiben – akár egyházi vagy világi formájú, – a gyógyítók olyan mértékű szociális tekintéllyel, és hatással rendelkeznek, ami a szülői szerephez hasonlítható. A kapcsolat terápiás hatása valószínűleg az eredeti anya-gyermek kapcsolathoz kötődő ösbizalom felelevenítésén alapul. Adler és Hammett szemszögéből mindezek a szempontok szükséges és elégséges komponensei a placebo hatásnak, az embereknek a placebo azt nyújtja, amit az élettől várnak, a jelentés érzését, a hasonló világnézeti csoport tagjai nyújtotta biztonságot, a gondoskodó, szülői típusú felettes figurával való kapcsolatot. Mindezek a szempontok a nyugati gyógyítási rituálé; az orvos-beteg kapcsolat részét is alkotják.

Így bármilyen gyógyszernek, amit ebben a specializálódott rendszerben felírnak, van valamelyes placebo hatása is. Joyce⁸ szerint, minden orvos által felírt gyógyszernek van placebo vagy szimbolikus komponense is, legyen az farmakológiailag aktív vagy közömbös. Becslése szerint minden ötödik gyógyszert placebo céljából írják fel az angol családorvosok, és évente körülbelül 500.000 ezer ilyen „szimbólum-függő” beteg van Angliában. Szerinte minden olyan gyógyszernek, amit 2 évnél tovább szed valaki, nagy szimbolikus hatása van a gyógyszereszedőre. Minden olyan gyógyszer, amit az orvos felír, olyan komplex szimbólum, aminek több jelentése is van a beteg számára. Néhányra ezek közül később, a gyógyszer függőség tárgyalásakor kitérünk.

A gyógyszerek placebo hatását számos kutató tanulmányozta. Például Schapira⁹ mtsai.-val a szorongás kezelésére használt gyógyszereket szintük szerint vizsgálta 48 pszichiátriai ambulancián kezelt betegen. Eredményei szerint a szorongásos és fóbiás tünetek legjobban a zöld, míg a depressziós tünetek legjobban a sárga színű tablettára reagáltak. A sárga tablettákat kevésbé szívesen vették be a betegek szorongásuk kezelése érdekében. A szerzők következtetése szerint lehetetlen figyelmen kívül hagyni a gyógyszereszedés bármely olyan faktorát, ami segíti a beteg javulását a gyógyszeres terápia során. Branthwaite és Cooper¹⁰ vizsgálataiban a házilag szerzett fájdalomcsillapító tabletták közül azok csillapították legjobban a fejfájást, aminek fájdalomcsillapító hatása széles körben jól ismert és szabadalmazott fájdalomcsillapító volt. A betegek szerint ezek a „márkás” fájdalomcsillapítók sokkal hatásosab-

bak voltak a fejfájás csökkentésében, mint egyéb hasonló gyógyszerek. A márka névnek szimbolikus ereje van azok számára, akik szedik; egy általánosan ismert jó hírű gyógyszer hatékonyságát éveken keresztül fenntartja. Jeffers és mtsai.¹¹ vizsgálataiban a középosztálybeli angol lakótelepi munkások öngyógyyszerelésük során alkalmazott, szabadalmaztatott gyógyszereket erősebbnek gondolják. Az aspirint például számos panasz kezelésére használják, mint az álmatlanság, szorongás és idegesség. Saját vizsgálataimban hosszú ideje pszichotróp szereket szedő betegek 36%-a szabadalmaztatott fájdalomcsillapítókat (mint Aspro, Panadol, Veganin) szedne álmatlanság és szorongás kezelésére, ha a pszichotróp szerek nem lennének számukra elérhetőek. Nemcsak a szín és a név az egyedüli olyan tulajdonságai a gyógyszernek, amik befolyásolják hatásosságát, hanem fontos még a méret, az íz, az állaga és általános megjelenése. Mindez vonatkozik a kávéra, teára, alkoholra, cigarettára, kemény drogokra, éppúgy, mint a hagyományos gyógyszerekre.

A beteg tulajdonságai szintén befolyásolják a gyógyszerre adott reakcióját. Ezek között szerepel Claridge szerint az¹², hogy milyen a beteg attitűdje, mennyit mondtak el, és mennyit tud a gyógyszerről, amit szed. Fontos az is, hogy vajon részese-e a gyógyító képviselte közös kognitív rendszernek, és milyen személyiségvonásokkal rendelkezik. Többször megkísérelték az úgynevezett placebo típusú személyiséget leírni, hogy kik azok, akik hajlamosabbak placebo válaszra. A fent említetteken kívül a szorongás, az érzelmi függőség, az éretlenség, a szegényes személyes kapcsolati rendszer, és alacsony önértékelés hajlamosít placebóra. Ahogy Adler és Hammett-től idéztük korábban, a placebo pótol valamit, ami hiányzik a beteg életéből: az értelem, biztonság, valakihez tartozás, a felíró szülői gondoskodása. Valójában minden beteg ember többé-kevésbé mutatja ezeket a vonásokat, különösen a súlyos betegek. A szorongás, változékonyság, függőség növeli a gyógyítási rituálék placebo hatását.

A felíró vagy gyógyító tulajdonságai kulcsfontosságúak a placebo hatás szempontjából, különösen, ha gyógyító szerepüket a társadalom igazolja. Ez a hitelesítés számos kulturális szimbólumon keresztül történhet, mint a fehér köpeny, fonendoszkóp, vagy az orvos íróasztala. Ezeket a potenciális szimbólumokat felhasználva a gyógyítási helyzetben a gyógyító egyrészt kifejezi és megerősíti ezeket a társadalmi alapértékeket, másrészt növeli azt a biztonság és folytonosság-érzést, amin a placebo-hatás alapul. (ld. 9. fejezet). A gyógyító kora, megjelenése, ruházata, viselkedési módja szintén befolyásolja, hogyan válaszol a beteg a gyógyszerre. A gyógyszer hatásának növelése, csökkentése vagy épp ellenkező hatás kiváltásának egy módja az egyén motivációival, elvárásaival való szabad manipuláció¹⁴.

A placebo effektushoz tartozik a beszélgetés, a kölcsönös bizalom és megértés a gyógyító és a beteg között. A hatás akkor maximális, ha teljes a megfelelés az orvos terápiás hozzáállása és a betegnek a terápiával kapcsolatos elvárásai és betegségére vonatkozó elképzelései között. A gyógyszerfelírás környezetét ezenkívül kiegészíti a szociális környezet

(mikro-kontextus) ahol maga az orvosság bevétele megtörténik. Az, hogy hogyan viselkednek a beteg környezetében levő emberek, szintén befolyásolja a gyógyszerhatást. Ez a fajta hatás sokkal élesebben látszik kis létszámú nem nyugati típusú társadalmak közösségi gyógyító rituáléiban, ahol barátok és rokonok tömege veszi körül a beteget és osztják elvárásait a kezelés hatékonyságában. Ugyanígy befolyásolják a placebo hatást a nyugati orvoslási rendszerben is a beteg családjának és barátainak élményei és elvárásai egy meghatározott gyógyszerre (vagy orvosra) vonatkozóan.

A placebo effektus ugyanígy része a nem hagyományos drogoknak, mint a dohány, alkohol és kemény drogok (később tárgyaljuk). A „felíró” tulajdonságai, legyen az a pincér, mixermő, drogelosztó, valószínűleg hozzájárulnak a teljes gyógyszerhatáshoz; éppúgy, mint az az atmoszféra, ahol a „bevétel” történik, legyen az étterem, bár, vagy a drogosok „célövöldéje”.

Összefoglalva, a placebo-hatás mind a farmakológiailag aktív, mind az inaktív gyógyszerekre jellemző, bár ez utóbbi sokkal színesebben leírható, mint az előbbi. Ezenkívül része új gyógyszerek kipróbálásakor végzett kettős vak próbának, ahol a kipróbáló páciensek általában 1/3-a placebo választ ad. Az olyan orvosok, akik hajlamosak csak a fizioiógiai adatokra figyelni, és minden fizikai változás okát ezen keresztül magyarázni, lebecsülik ezt a hatást, hogy ez csak placebo, tehát nem valódi gyógyszer. Ezenfelül meg kell jegyezni, hogy a beteg elvárását, hitét, a jó orvos-beteg kapcsolatot a világ minden táján, minden emberi kultúrában és történelmi korszakban felhasználják a gyógyítók.

Esettanulmány: placebo hatás angina pectorisban

A placebo hatás éppúgy függ az orvós hitétől és elvárásaitól, mint a betegétől. Ezt Benson és McCallie¹⁵ vizsgálatai jól illusztrálják, akik az angina pectoris különböző kezelési módjainak hatékonyságát vizsgálták. Sokat ezek közül csak később, elhanyagolt esetekben alkalmazták. Ilyenek: szívműködés kivonat, hormonok, röntgen besugárzás, antikoagulálás, MAO inhibitorok, thyreoidectomia, radioaktív izotópok, szimpatektómia, és sok egyéb kezelési mód. Mikor egy új gyógyszert bemutatnak, ajánló (vagy rajongói) jelentős kezelési sikerekről számolnak be. A legtöbb ezek közül a vizsgálatok közül egyáltalán nem, vagy csak szimpla vak próba, és nem küszöböli ki azt a placebo-hatást, amit a kísérletezők siker-elvárásai keltenek. Később a szkeptikusok jól kontrollált kísérleteiben, akik minimális placebo effektust kiváltó körülményeket teremtenek, rendszerint azt találják, hogy a gyógyszer nem jobb, mint az inert, kontroll placebo. Mennyiségileg, olyan 70-90%-os kezdeti sikerrel számolnak be a rajongók, amit 30-40%-os alap placebo hatékonysági szintre csökkentenek a szkeptikusok. Ez a fenti 30% a placebo átlagos arányával egyezik, vagy bármely gyógyszer vagy kezelési mód placebo hatásával.

Benson és McCallie megvizsgálták az angina pectoris hajdani első kezelési módjait, amikről ma úgy gondolják, hogy nincs számottevő fizioiógiai hatása, míg egykoron igen hatásosnak találták és széles körben használták. Ezek: a xantinok, kelling, E vitamin, a. mammaia interna ligaturája, és implantációja. Az E vitamint például 1946-ban vezették be, mint az angina pectoris terápiáját. A kezdeti lelkesedés során a vizsgált 84 beteg 90%-ánál hatásos volt a hónapokig tartó kezelés. Éveken keresztül próbálkoztak vele, és fokozatosan csökkent a hatékonysági szintje. Az 1970-es kontrollált kísérletekben kimutatták, hogy nincs nagyobb hatása, mint a placebo tablettáknak. A különbség, ami az elkötelezettség kezdeti eredményei és a szkeptikusok adatai között mutatkozik, annál nagyobb, minél nagyobb a rajongók által kiváltott kezdeti placebo hatás. A betegek több mint 80%-a a tünetek szubjektív javulásáról számolt be mind az öt kezelési mód vizsgálata során. Objektív eredmények is mutatkoztak, mint például megnövekedett mozgástolerancia, a csökkent nitroglicerinnel igény, és javuló EKG kép. Néhány esetben ez a javulás egy évig is tartott.

A szerzők kimutatták, hogy a placebo hatás annál valószínűbben marad fenn, minél hosszabb ideig változatlan az a pszichológiai környezet, ami a placebo-t kiváltotta. Az orvos és a beteg hite a terápia hatékonyságában és a változatlanul erős orvos-beteg kapcsolat hosszú ideig fenn tarthatja a hatást. Ez még angiográfián is kimutatható coronaria betegségekben is igazolható. Az angina kezelésének története jól demonstrálja, hogy egy új kezelés megjelenése károsíthatja a régi hatásait azzal, hogy jobb eredmények elvárásával átviszi a placebo hatást a régi kezelésről az újra. Trousseau szerint: „annyi beteget ajánlatos kezelni az új gyógyszerrel, amennyit csak lehet, és addig, amíg hisznek a gyógyítás erejében”.

Gyógyszerfüggőség és addikció

Gyógyszerfüggőség

Lader¹⁶ a gyógyszerfüggőséget a következőképp definiálta:

„A gyógyszer pszichológiai hatása megelégséne szükséglete, aminek két típusa ismert. A beteg vágyakozhat a gyógyszer kiváltotta tünetek vagy hangulatváltozás után, mint eufória, feszültség csökkenés, vagy a beteg szedheti a gyógyszert azért, hogy elkerülje a megvonásos tüneteket.”

A személyiség és a szocio-kulturális faktorok éppolyan fontosak, mint a használt gyógyszer farmakológiai hatása mind a pszichológiai, mind a fizikai addikcióban. Néhány esetben a farmakológiai hatás irreleváns, mint a pszichológiai függőség és a placebo esetén, vagy a gyógyszert olyan sokáig szedik, hogy nincs többé fizikai hatása. Mindezeket számba kell vennünk ahhoz, hogy megérthessük ezeket a jelenségeket, és azt a szociális és kulturális kontextust, amiben a gyógyszerfogyasztás és felírás folyik, és mindazokat az összetevőket, amik a teljes gyógyszerhatáshoz hozzájárulnak.

Néhány faktort ezek közül a pszichotróp gyógyszerek esetében, mint a trankvillánsok, vagy altató tabletták, megvizsgáltak. Az 1960-as évek óta ezt a gyógyszeres csoportot írták fel a leggyakrabban a nyugati társadalmakban, az utóbbi időszakban pedig egyes antidepresszánsok, mint pl. a Prozac kezdenek nagymértékben elterjedni. 1965-1970-ig Nagy Britanniában a trankvillánsok felírása 59%-kal, míg a nem barbiturát származék altatóké 145%-kal nőtt¹⁷. 1972-ben 45,3 millió pszichotróp szert írtak fel a családorvosok Angliában (az összes recept 17,7% -a)¹⁸. Az USA-ban az 1970-es években a benzodiazepinek voltak a leggyakrabban felírt gyógyszerek¹⁹, és 1973-ban ezek közül a diazepam (Valium/Magyarországon Seduxen/) évente 7 millióval emelkedett²⁰. Sok ezek közül a gyógyszerek közül rendszeresen ismétlődő recept éveken keresztül. Parish²¹ birmingham-i tanulmánya szerint a betegek 14,9%-a rendszeresen és egy évnél tovább szed pszichotróp szereket, és 4,9%-a 5 évnél is tovább. Még Williams²² a Londoni Pszichiátriai Klinikáról is idéz olyan tanulmányokat, amik kimutatják, hogy a legtöbb hipnotikum elveszti 3-14 napon belül – folyamatosan használva – alvás-indukáló hatását, és nagyon kevés meggyőző érv szól amellett, hogy a benzodiazepinek 4 hónap után is hatásosak lennének a szorongás kezelésében. Úgy tűnik, hogy az emberek más okok miatt szedik hosszú időn keresztül a pszichotróp szereket, mint a farmakológiai hatásuk. A gyógyszer-szedés szimbolikus jelentése nagyon fontos komponense a pszichológiai függőségnek.

Mind maguk a pszichotróp szerek, mind a felírásuk felfogható több jelentésű szimbólumnak (ld. 9. fejezet), aminek az ereje a felírás rituáléjában rejlik, és ami nagyon különböző dolgokat jelenthet a beteg és a körülötte lévők számára. Felszínesen a gyógyszer azt jelenti, hogy meghatározott fizikai hatása van, (manifest funkció) ám jelentésének egyéb dimenziói is lehetnek (látens funkció) azok számára, akik szedik. Szimbolizálhatja például azt, hogy az egyén beteg, és hogy minden mulasztásáért és hibájáért a betegség felelős, (vagy a gyógyszer mellékhatása). Megnyerhetik így a család és a barátok figyelmét, jóindulatát, az orvos, az erős, tiszteletreméltó, tekintélyes gyógyító érdeklődését, és megélik a modern tudomány erősségét, érvényességét és hatáosságát (ami a gyógyszert készítette). Smith²³ irodalmi összefoglalójában 27 látens funkciót gyűjtött össze, és 7 manifestet. Ezek közül talán a legfontosabb az, hogy a gyógyszer magában foglalja a felíró orvos gyógyító tulajdonságait.

A pszichotróp szerek használata beágyazódik a szociális értékek és elvárások hálójába, a makro-kontextus kiemelkedően fontos része. Ebben az elrendezésben a gyógyszert a kapcsolatok megerősítésére lehet használni, a beteg viselkedésének és érzelmeinek a konformitás felé formálására, a normál viselkedés idealizált modelljével. Tanulmányomban¹² 50 hosszú ideje pszichotróp szert használó például, a gyógyszert abban a reményben szedte, hogy megjavítja a másokhoz való kapcsolatát. A gyógyszer segíti normális önkontrolhoz a beteget, olyanná válik, akivel jó együtt élni, jól nevelt, nem panaszkodik, szociálisan és asz-

szertív. Ellenkező esetben, mindezek hiányában veszélyeztetné társkapcsolatait. A gyógyszer nélkül: „Ideges és nyugtalan vagyok másokkal.” „Undok, ideges lennék, akivel nem jó együtt élni.” „Nem akarnék embereket látni.” „Nem tudnék segíteni azoknak, akiket szeretek.”

Cooperstock és Lennard²⁴ a Torontói Addikció Kutatási Alapítvány-nál végzett kutatásának eredményei hasonlóak voltak. A trankvillánsokat azért szedték, különösen azok a nők, akik a munka és otthon konfliktusában őrlődtek, hogy segítsen fenntartani a tőlük elvárt, jól nevelt, gondoskodó szerepet. A férfiak azért használtak pszichotróp szereket, hogy erősítsék önkontrolljukat, aminek segítségével jobban teljesíthetnek a hivatásukban. Mindkét vizsgálatban a pszichotróp szer farmakológiai és pszichológiai értelemben vett eszköz a szociális elvárások, – akár családban, vagy a munkában – teljesítéséhez. Ezek az elvárások azt is tartalmazzák, hogy mit tekint a kultúra elfogadható viselkedésnek, és hogyan lehet azt kivitelezni. Számos szerző kimutatta, hogy a nyugati, ipari társadalmakban széles szociális támogatás létezik, Pellegrino²⁵ szavaival „kémiai coping”, ami a gyógyszerek rendszeres használatát jelenti (magába foglalva a dohányt, alkoholt, kávé, és pszichotróp szereket is) abból a célból, hogy helyreállítsa az egyén érzelmi állapotát, megjavítsa szociális kapcsolatait, és segítsen a szociálisan elfogadott normákhoz igazodni. Warburton²⁶ ezt a jelenséget a „sikerhez vezető kémiai út”-nak nevezte el.

Míg a pszichotróp gyógyszerek fogyasztása elfogadott, mint az élet normális része, a tőlük való pszichológiai függés stigmatizáló ereje egyre csökken. Egy tanulmányomban¹² például a minta 72%-a tudott más emberekről, akik ugyanazt a gyógyszert szedik, és 88%-ukról tudták mások, hogy pszichotróp szereket fogyasztanak. Csak 18% mondta, hogy elkerülik őket ezért mások, 10% helyeslést élt meg a környezet részéről, és 29% szerint gyógyszer-szedésük teljesen közömbös a környezet számára. Ebben a mintában a pszichotróp szereket nyíltan használták a betegek, és semmi morális elítéléssel nem találkoztak. Ez a befogadó légkör lehetővé teszi magát a gyógyszer-szedést, és lehetővé teszi a gyógyszer cseréjét is az emberek között. Warburton²⁶ tanulmányában a megkérdezett fiatal felnőttek 68%-a elfogadna pszichotróp szereket barátaitól vagy családjától.

A gyógyszereknek ez az elfogadása, mint a nyugati világ makro-kontextusának része, visszatükröződik azokban a hiedelmekben, hogy mit tekintenek és mit nem az emberek gyógyszernek. Jones²⁷ tanulmányában például a megkérdezett betegek 80%-a egyetértett, hogy a heroin drog, csak 50%-a tekintette a morfint, az altatókat, és trankvillánsokat gyógyszernek, és csak egyharmaduk gondolta az aszpirint drognak. A betegek 84%-a a pszichotróp szereket drognak tartotta, viszont semmi képp sem erős, vagy kemény drognak, vagy olyannak, ami felett kevés kontrolljuk lenne, és ami a tudattal interferálna, „Ez csak nyugtató, ami segít. Abba tudom hagyni, amikor csak akarom.” „Lágy, szelíd. Más. Lágyabb, mint egyéb szerek.”

Azokat szociális értékeket, amik ezt a normalizációt támogatják, tanuljuk, részben az orvosoktól, akik maguk is a kollegáiktól és a gyógy-

szergyárak reklámjaiból tanulják. Parish szerint²¹ személyes problémák megoldására gyógyszer felírni annyit jelent, hogy az orvosok olyan modellt kommunikálnak a beteg felé, hogy ne konfrontálódjanak a problémákkal, hanem szedjék inkább a gyógyszereket. Az ismételt felírás hallgatóságos beleegyezés a pszichológiai függőségbe. A pszichotróp szereket szedő embereknél egy idő után kumulatív hatás lép fel. Ahogy Joyce állítja, azok emberek, akik a gyógyszeres kezelés kedvező élményeiben részesülnek, sokkal valószínűbb hogy átélnek következményes mellékhatásokat, és ez a későbbi dependencia alapja. Tryer szerint²⁸ ez a pszichotróp dependencia sokkal valószínűbb, ha azonos adagban írják fel a gyógyszert, (állandó érték körül mozog egész nap) hosszú időn keresztül.

Drogfüggőség

A fizikai dependenciában vagy *addikcióban* szociális és kulturális hatások is fontos szerepet játszanak. Claridge²⁹ kimutatta, hogy a fizikai és pszichológiai dependencia közötti különbségtétel inkább elméleti, mint reális: „Az orvosilag diagnosztizált addikció csak végstádiuma a gyógyszereszedés azon kontinuumának, ami mindannyiunkat érint. A legtöbb, még a legelőkelőbb polgár is használ kémiai komfort fokozó anyagokat, és a legtöbb közülük pszichológiailag káros, akár kis mennyiségben is fogyasztva.” Ilyen szerek a tea, kávé, dohány, pszichotróp anyagok, és természetesen az alkohol. A kultúrák nagymértékben különböznek, hogy melyek a legáltalánosabban használt szerek, és milyen körülmények között, engedélyezi használatukat. Történelmileg igen sok váltás történt a „kémiai komfortadókhoz” való hozzáállás terén, számosat közülük veszélyesnek, addiktívnek és erkölcsellenesnek tartottak egy időben, míg csupán károsnak egy másik korban.³⁰ Európában például a csokoládé, tea, kávé és tubák erkölcsi szörnyűségnek tűnt egyik vagy másik időszakban.³⁰ Nagyon sok, az emberiséggel egyidős betegség okaként szerepelt a csokoládé, mint az életet a legnagyobb mértékben megrövidítő szer. (Firenzei Felici, 1728)³¹ „A spanyolok, és a legtöbb Indiába járó nemzet, egyszer hozzászokott a csokoládéhoz, és ez a szokás olyan erős lett, hogy már nem leszokni a reggeli csokoládéivásról” – írta a felfedező, Francesco Carletti 1701-ben.³¹ A modern ipari társadalmakban a csokoládé, kávé, tea nem azért szabadult fel az addiktív címke alól, mert teljesen ártalmatlannak bizonyult, hanem hogy ellentétben a kemény drogokkal, nem vonják el fogyasztóikat a munkából.³⁰

A kemény drogok esetében, mint a heroin és morfin, a drogfogyasztás szocio-kulturális környezete, szabályokat és szankciókat alkalmaz. A drogfogyasztók egy külön, társadalmon kívüli, sajátos világlátású szubkultúrába szerveződnek.³² Ezek a szubkultúrák jónéhány betegség (pl. a járványos hepatitis) terjedésében fontos szerepet játszanak. Újabban egyre több tanulmány foglalkozik az intravénás drogfogyasztók közös túhasználatával az AIDS terjedése kap-

csán, Edinburgh-ban, Skóciában például becslések szerint a drogfogyasztók 60%-a HIV pozitív.

Ebbe a szubkultúrába való integrálódás mértéke megszabja, hogy milyen mértékű az addikció. Ugyanis, amint a szubkultúra szétesik, a fizikai dependencia fokához képest, váratlanul könnyű javulások tapasztalhatóak. Például Robins és mások³⁴ követéses vizsgálatot végeztek Vietnámból visszatérő amerikai szolgálatosokkal; 934 embert vizsgáltak az USA-ban 1971-ben, 8-12 hónappal a visszatérésük után. 495-nél a vizelet opiát teszt pozitív volt Vietnámból való visszaérkezésükkor, és 3/4 -e úgy érezte, hogy rászokott a narkotikumokra. 8-12 hónap múlva 1/3-uknak volt még opiát élménye, de csak 7%-uk mutatott fizikai függőséget. A vizelet – pozitív csoportból senki sem kért kezelést vagy rehabilitációt. Mint Robin és mtsai rámutattak, az eredmények meglepőek a hagyományos elképzelésnek megfelelően, miszerint nagyon könnyű rászokni a narkotikumokra és látszólag lehetetlen leszokni róluk. A legtöbb férfi, aki kemény kábítószeres volt Vietnámban, leszokott, amikor elhagyta Vietnámot, és nem kezdte újra meg 8-12 hónap múlva sem. A magyarázat szerves része, hogy a *milió*, a makro-kontextus, pszichológiailag, kulturálisan és gazdaságilag kedvezett egy drogfüggő szubkultúra fennmaradásának, anélkül, ahogy a szerzők rámutatnak, hogy a magas árak, szennyezett drogok, a család ellenkezése elrettentette volna őket.

A fizikai hozzászokás ezért nemcsak fizikai jelenség. Fennmaradásához számos szociális és kulturális faktor szükséges. Egy későbbi példát Jackson³⁵ idéz Sz. Luis-ból a hatvanas évek közepéből. Itt a heroin addikció aktivitása, és a kapcsolódó életstílus a várakozások ellenére változatlanul fennmaradt, akkor is, amikor a heroinforrás apadni kezdett. Időlegesen metamfetaminnal helyettesítették, ami farmakológiai hatása ellenkező az herointól, de a létrejött addikciós viselkedés pontosan ugyanaz volt, mint annak előtte: „ugyanabba a „célövöldébe” jártak belőni magukat, ugyanabból a kapcsolatból származott a mágikus fehér por, (metamfetamin heroin helyett) ugyanolyan kicsi borítékban, amit jól ismertek.” Mint Jackson megállapítja, az addikció fennmaradt a heroin-élvező szubkultúrában a metamfetamin metabolizmuson keresztül, a szubkultúra erős és varázslatosan mágikus működése miatt.

Esettanulmány: addikt szubkultúra Lexingtonban, Kentucky, USA

Az addikt szubkultúra erejét és természetét vizsgálta Freeland és Rosensteil a Klinikai Kutatóközpontban Lexingtonban, Kentucky-ban. Azt találták, hogy az olyan öntörvényű csoportok, mint a narkotikum élvezők, „hajlamosak arra, hogy úgy igazolják életüket, hogy negatív módon sztereotipizálják mások viselkedését.” A kulturálisan megalapozott sztereotípiák ereje annyiban hat az egyén egész életére és percepciójára, amennyiben elkötelezett annak az életstílusnak. A narkotikum élvezőknél ez az elkötelezettség erős és mindent felölelő. A kulturális, in-

kább szubkulturális hiedelemrendszerük nagyon erős mi-ők dichotómiából áll. Az ők; azok a „fajéjú” régimódiak, akiknek az élete meglehetősen unalmasnak látszik, passzívak, álszentek, gyávák és alárendeltek. Ezt a negatív képet állították szembe saját idealizált énképükkel mint „a talpraesettek” akik aktívak, dominánsak, sok mindenre képesek, motivált emberek, nagyon is tudatában vannak környezetüknek és azt uralni is képesek. Úgy szemlélik magukat, mint akik nagyon gyorsan élnek, egyrészt rohanó, másrészt függő életet. Világképük szerint ez a gyors élet teszi őket „rámenőssé”. A szerzők szerint az az erős tendencia, hogy fenntartsák a mi-ők dichotómiát, és a lusták-és „rámenősek” sztereotípiát, minimálisra csökkenteni bármilyen pszichoterápiás és rehabilitációs program esélyét.

Hogy segítsék őket ezen a sztereotípián túllépni, hosszú közös beszélgetéseket szerveztek ezekről a sztereotípiákról a függők és a „fajéjúk” között. A cél az addiktok etnocentrizmusának csökkentése, ezáltal a sztereotípiák csökkentése volt, azáltal, hogy a másik csoport alternatív világlátását kínálták fel nekik. A „fajéjúk”, az orvosi team és orvostanhallgatók, valamint mások templomokból és iskolákból. Mindkét csoportot bátorították, hogy beszélgessenek a másik sztereotípiáiról, és figyeljék meg, hogyan hatnak ezek a sztereotípiák interakciójukra. Az addiktoknak filmeket mutattak más társadalmakról, rámutatva, hogy a sztereotipizálás egyetemes emberi tulajdonság, és veszélyes lehet, valamint a kommunikációt gátolja. A folyamat eredményeképp meggyőzték az addikt csoportot, hogy anélkül módosíthatják életstílusukat, hogy olyanok lennének, mint amitől tartanak, szolgai, unalmas, inaktív, és passzív. Ez volt a legnagyobb lépés rehabilitációjuk, a mindennapi életbe történő visszavezetésük felé. Segített az is, hogy szorgalmazták az addikt betegek és az orvosi team tagjai közötti beszélgetéseket.

Esettanulmány: Kemény kokain szubkultúra a Spanyol Harlemben, New York, USA,

Bourgeois³⁷ tanulmányozta a „kemény” kokain terjesztők és fogyasztók erőszakos utcai kultúráját a Spanyol Harlemben, New Yorkban. Leírta ennek a szegény belvárosi kerületnek a sűrű életét, az emberek közül sok Puerto Rico-i, és szerepet játszottak a kábítószer terjesztés, elosztás, felvásárlás földalatti bünszövetkezetében. Kimutatta, hogy amennyiben meg akarjuk érteni ezt az erőszakot és kriminalitást szülő drogos szubkultúrát, nem lehet a szélesebb szociális háttérrel figyelmen kívül hagyni éppúgy, mint az objektív, szerkezeti reménytelenségét annak a népnek, akinek nincs életképes gazdasága, és az etnikai megkülönböztetés és ideológiai elszigetelés gátjaival találkozik.

Bár önsorsrontó az életük, Bourgeois mégsem úgy tekinti a drogelosztókat, mint „akiket irracionális kulturális logika különít el az amerikaiaktól”. Épp ellenkezőleg, bár teljesen ki vannak zárva a gazdasági és

társadalmi életből, értékeik mégis onnan származnak. Az alvilági „kemény” gazdaság résztvevői fanatikusan meggyőzik önmagukat az „Amerikai Álom” egy eltorzult változatáról. Mint a konvencionális társadalmakban, ambíciójuk a gyors gazdasági fellendülés, egyenrangúként való elismerés, és a fogyasztási termékek gyors felhalmozása.

Szembenézve a munkanélküliség kilátásaival, az alacsony munkabérekkel, és a külvilág megkülönböztetésével, jónéhányan a Spanyol Harlemből agresszív magánvállalkozók lettek, mint Papito, akinek kemény kokain elosztóhálózata van, utcai elosztókkal. Az emberek, akik szeretik őt, írja Bourgeois, „durva individualisták, szembeszállnak az olyan kiszámíthatatlan határokkal, ahol a szerencse, hírnév és rombolás csak a sarkok körül találhatóak.” A legtöbb ilyen kemény gazdaság konvencionális üzleti vonalon fut, felismerhető hierarchiával, főnökökkel, nagybani eladókkal, hírvivőkkel, és utcai árusokkal, akiknek találkozniuk kell az eladni való csomagokkal. Mindamellet ez az egész kemény gazdaság erőszakon, a terror kultúráján, és mégis önromboláson alapul. A elosztóknak durvának és erőszakosnak kell lenniük, hogy megfélemlítsék a versenytársakat, nyomást kell gyakorolni üzletfeleikre, és megerősíteni a partneri kapcsolataikat más eladókkal. Ennek eredményeképp az öngyilkosság, támadás, rablás és a „kemény addikció” igen általános ebben a közösségben.

Ez az erőszakos, mégis halálraírt életstílus ellenére Bourgeois hangsúlyozta, hogy ezeknek a szélsőséges belvárosi fiatal embereknek, munkavállalóknak (vagy méginkább magánvállalkozóknak) az alvilági kemény gazdaság az autonómia és öndicsőítés érzését adja, és egyben az egyetlen lehetőséget a különlegesen gyors rövid távú felfelé mozgásra.

Mindezek a vizsgálatok, éppúgy, mint az előbb említettek, a drog addikció nem farmakológiai változónak fontosságát, és kezelésük komplexitását hangsúlyozzák. Bármilyen egyéni addikció esetben a szocio-kulturális, gazdasági, földrajzi és személyiségben rejlő faktorok keverednek. Ez az oka annak, hogy a drog addikció (az előállítás és kereskedés, ami fenntartja) olyan nehezen megváltoztatható. A drog addikció megoldása tehát nem alapulhat egyszerűen az egyén kezelésén. Szélesebb gazdasági, szociális és kulturális tényezőket kell megcélózni, az igény és az utánpótlás utáni vágy csökkentése érdekében.

Alkoholfogyasztás és alkoholizmus

A túlságosan sok alkoholfogyasztás világméretű jelenség különösen az alacsonyabb szociális helyzetűek között. Különböző tanulmányok foglalkoztak már a problémával, és kimutatták, hogy az alkoholizmus és a rendszeres alkoholfogyasztás ünnepi és egyéb alkalmak során kultúránként élesen különbözik, változó még ugyanazon a társadalmon belül is. Az USA-ban például az olasz-amerikaiak és a zsidók között igen alacsony az alkoholizmus, míg az írek és néhány bennszülött amerikai cso-

portban nagyon magas arányú. Nagy Britanniában az alkoholfogyasztás viszonylag alacsony néhány bevándorló és egyéb etnikai kisebbség között, mint az afrikai-karibok, indiaiak, pakisztánok, bangladesiek között, de magas szintű például néhány szikh közösségben⁴⁰. A különbségeket meghatározó sok ok közül kiemelendő az alkohol fogyasztásának módja, ami a különböző csoportok kulturális értékei és elvárásainak megfelelően zajlik le.

Az alkohol hatása, mint minden teljes gyógyszer hatás, számos tényezőtől; fizikai, pszichológiai, szocio-kulturális faktoroktól függ. A *fizikai* faktorok közé tartozik az ivó testalkata, az esetlegesen meglévő májkárosodás foka, az, hogy üres vagy tele gyomorral iszik-e, az esetleges örökletes alkohol intolerancia. Közéjük tartozik magának az italnak a farmakológiai hatása, különösen a mennyisége, típusa és töménysége. Azonban mindezek a fizikai és farmakológiai tényezők nem elégségesek ahhoz, hogy megmagyarázzák, hogy miért és hogyan isznak az emberek, és hogyan hat az alkohol a viselkedésükre. Figyelembe kell venni az ivó *szocio-kulturális* háttérét, családját, barátait, és azokat a körülményeket, amiben az ivás zajlik. Különösen annak a kulturális csoportnak a hozzáállását kell megvizsgálni az ivás két fő típusát elemezve (normális és abnormális ivás), ahova tartoznak.

Normál ivást jelenthet az alkohol mindennapos fogyasztása étkezések vagy szociális és ünnepi események alkalmával. Ezekben az esetekben az alkohol mérsékelt fogyasztása elfogadott része a mindennapi életnek. Mindamellett az alkohol típusa és mennyisége, az, hogy mikor és kitől vásárolják, kulturális *szabályok* és szankciók által erősen befolyásolt.

Az abnormális ivók ezeket a szabályokat szegik meg a túlzott alkoholfogyasztással és a következményes *kontrollálatlan* ivási viselkedéssel. A kulturális csoportok különböznek abban, hogy hogyan, milyen körülmények között folyik az abnormális ivás, és hogyan definiálják a részeges viselkedést. Ennek ellenére a határ, a normális és abnormális ivás között nem éles. Egy ír közösségben az italosság például sokszor elfogadható, míg abnormális más helyzetekben. O'Connor⁴¹ rámutatott, hogy „ha valaki egy adott társadalom ivási attitűdjeit és szokásait vizsgálja, megért valamit az ivás patológiájából vagy az alkoholizmusból.” Erdemes megfigyelni egy csoport kulturálisan meghatározott normál ivási szokásait, hogy megértsük az adott közösségben előforduló abnormális ivás formáit is.

Ezen az alapon O'Connor a különböző kultúrákat 4 csoportba osztotta az iváshoz való hozzáállásuk alapján:

1. absztinens
2. ambivalens
3. megengedő
4. engedékeny kultúrák

Ez a csoportosítás azokra az ivással kapcsolatos attitűdökre utal, melyek a normális mindennapi életre és a részegsége irányulnak. Az absz-

tinens kultúrákban az alkoholfogyasztás bármilyen körülmények között szigorúan tiltott, és erős negatív érzelmekkel kísért. Példák erre Észak-Afrika és Közép Kelet muzulmán kultúrái, és néhány protestáns aszketikus templomi közösség a nyugati világban, (mind a baptisták, metódisták, mormonok és a Hetedik Napi Adventisták). Míg a normál ivás ritka ezekben a kultúrákban, a problémás ivás kicsit magasabb arányú, mint a jóval megengedőbb kultúrákban, különösen személyes problémákra adott reakcióként. O'Connor tanulmányokat idéz az USA déli részéről, ahol igen erős az absztinens hagyomány, kapcsolatot találtak a szülői helytelenítés és az ivási problémák incidenciája között. Hasonlóan, egy másik tanulmány magas incidenciát talált mormon diákok csoportjánál a kemény ivás és intoxikáció terén, mivel az absztinens csoport ivási szokásait nem kontrollálják semmiféle normák, ezért az alkoholizmus sokkal gyakrabban fordul elő ezekben a csoportokban.

Az „ivási normák” hallgatóságos szabályok arról, ki ihat és milyen körülmények között, és mennyit lehet fogyasztania. Az „alkoholizmus” az alkohol túlfogyasztását jelenti, olyan viselkedést, ami nem áll szociális normák kontrollja alatt.

Az „ambivalens” kultúráknak két közös, egymásnak ellentmondó attitűdjük van az alkohol irányában. O'Connor ezt a címkét az írekre alkalmazta. Az ivás egyrészt az ír élet normális része: az anyaméhtől a sírig, az írek isznak keresztemelőkor, házasságkötéskor és temetéskor egyaránt. Minden szociális és gazdasági esemény kapcsolatban van az alkoholfogyasztással. Másrészt, erős helytelenítéssel kísért minden ivást néhány absztinens-mértéktelen mozgalom az elmúlt 150 évben. Mindez állandó, általános és koherens attitűd hiányához vezetett Írországból az alkoholfogyasztással kapcsolatban. Ebben a helyzetben a kultúrának nincs jól működő kontrollrendszere, az egyén magára marad egy ambivalens helyzetben, ami végül elvezet az alkoholizmusához.

A *megengedő* kultúrában ezzel ellentétben, olyan normák, szokások, értékek és szankciók működnek az ivással kapcsolatban, amelyeket az egész csoport oszt. Mindenki ihat, de csak mértékkel, és bizonyos alkalmakkor. Ez a kultúra az alkohol mérsékelt fogyasztását bátorítja étkezési időben, néhány szociális és ünnepi alkalom során, mint normális viselkedést, ugyanakkor erős szankciók élnek a részegséggel és a kontrollálatlan ivással kapcsolatban. Ezekben a csoportokban, mint az olaszok, spanyolok, portugálok, ortodox zsidók, az alkoholizmus aránya alacsony. Például Knapfer és Room⁴² kimutatták, hogy az olasz-amerikaiak a bort ételnek tekintik, és csak étkezés részeként fogyasztják, míg az ortodox zsidók között a bor sok vallási rituálé része. Mindkét csoport megveti a részeg viselkedést. Mindkét csoportban az intoxikáció személyes vagy családi szegény, és az alkoholfogyasztást étkezési idő között rosszallás kíséri. Franciaország szintén megengedő kultúra az ivás irányában, bár O'Connor szerint *túlságosan megengedő*. Igaz, hogy kevesebb bort fogyasztanak Franciaországban, mint Olaszországban, az alkoholizmus aránya mégis sokkal magasabb, és az ivási szokások a két országban nagyon különbözőek. Nemcsak az attitűdök kedvezőbbek

Franciaországban a normál ivás irányában, hanem az ivás alatti más deviáns viselkedést is enyhébben ítélnék meg. Az ivás a férfiasság jele, és nagy a szociális tolerancia az intoxikáció terén, mint divatos, szórakoztató vagy legalábbis tolerálható viselkedés.

Mindezek következtében mind a megengedő és az engedékeny kultúrákban, ahol az ivás (de csak kontrollált formája) megengedett, alacsonyabb az alkoholizmus (ami abnormális kontrollálatlan ivási viselkedés) aránya, összehasonlítva az absztinens, vagy akár az ambivalens kultúrákkal. Ezek a szocio-kulturális minták továbbadnak egyik generációtól a másikig, és részben meghatározzák, hogy az adott társadalom tagjai életkrízisek, boldogtalanság idején az ivásban keresnek-e vigaszt.

Bár O'Connor modellje – a különböző kulturális makro-kontextusokról – igen hasznos, mégis csak korlátozott mértékben használható. Mint ahogy ennek a könyvnek az elején megjegyeztük, a kultúrák sohasem homogének, és különösen igaz ez a mai modern ipari komplex társadalmakra. Ugyanabban a társadalomban például igen különböző attitűdök élhetnek az emberek egyes csoportjai között, arra vonatkozóan, hogy mit tartanak normális vagy abnormális ivási viselkedésnek. Ezeket az attitűdöket számos tényező befolyásolhatja, mint a műveltség, a nem, a kor, a vallási meggyőződés, társadalmi osztály, vagy a lakóhely. Mindemellett a modell rávilágít arra, hogy igen fontos a normál ivási szokásokat áttekinteni, mielőtt megpróbálnánk megérteni a közösségen belüli alkoholproblémákat.

Az alkoholfogyasztás és alkoholabúzus közötti különbségeket részletesen vizsgálta Greely és McCready⁴² az USA-ban, felhasználva a Nemzeti Közvéleménykutató Központ által gyűjtött adatokat. A tanulmány csaknem 1000 ír, zsidó, olasz és svéd eredetű családot vizsgált. Kifejlesztettek egy modellt arra vonatkozóan, hogy hogyan tanulják a gyerekek az ivási viselkedést, és mivel megmagyarázhatóak az ivási mintákban talált etnikai különbségek. Eredményeik szerint öt változó befolyásolhatja a neveléstől egész a jelen helyzetig az ivási viselkedést, mind a normálist mind a kontrollálatlant.

1. *A családi ivás.* Isznak-e és milyen gyakran a szülők, van-e ivási probléma a családban, és milyen mértékű a szülői helytelenítés a gyermek ivása irányában.
2. *Családi szerkezet.* Különösen a döntéshozási stílus, vajon a gyerekre vonatkozó döntéseket egy szülő hozza, vagy mindkettő közösen, és milyen a kifejezett szeretet mértéke, és a kölcsönös támogatás a családban.
3. *Egyéni változók.* Különösen a teljesítmény orientáció, hatékonyság és autoritás. Úgy vélik, az autoritárius családforma olyan embereket teremt, akik speciális személyiség szerkezettel rendelkeznek, kiálakul egy kifejezett igényük arra, hogy ők legyenek az egyedüli döntéshozók, és ez az attitűd megalapozza az ivási problémákat.
4. *A hitves ivási viselkedése.* Az alkoholizmus sokkal gyakoribb, ha a jegyes vagy házastárs szintén keményen iszik.
5. *Iszákos környezet* amiben az egyén él megnöveli az ivás preva-

lenciáját, az ital hozzáférhetőségét a szocio-kulturális környezetben, magába foglalva a szociális, rituális vagy ünnepi alkalmakat.

A változók ezen öt csoportja együtt felelős számos ivási minta különbségért, ami a különböző etnikai és kulturális csoportban előfordul, és segít megérteni vajon egy meghatározott csoportban miért valószínűbb, hogy valaki problémás ivóvá válik. Mindemellett magába kell, hogy foglalja a különböző csoportok szocio-kulturális környezetét, kezdve a szegénység, munkanélküliség, tehetetlenség érzésétől amik mind az alkohol túlfogyasztásának predispozíciói lehetnek.

O'Connor hasonló modellt fejlesztett ki, hogy megmutassa, hogy különböző csoportoknál, amelyek eltérő mértékben fogyasztanak alkoholt az alkoholizmus alacsonyabb incidenciája milyen szokásokkal és attitűdökkel párosul. Ezek a következők:

1. Találkozás az alkohollal már a korai életszakaszban egy erős családi vagy vallásos csoportban.
2. Alkohol használata nagyon hígtott formában (ami alacsony véralkohol szintet eredményez).
3. Az alkoholt ételnek tartják és általában étkezésekkor fogyasztják.
4. A szülők is mérsékelt ivó példát mutatnak.
5. Az ivásnak semmiféle morális fontossága nincs, sem virtus sem a bűn irányában.
6. Az ivást nem tartják a felnőttég vagy a férfiasság bizonyítékának.
7. Az absztinencia szociálisan elfogadott.
8. Az italosság szociálisan nem elfogadott, és nem gondolják, hogy stílusos, komikus vagy tolerálható.
9. A csoport tagjai között széles egyetértés mutatkozik az ivási szabályok tekintetében, hogy ezek a normák vezetik az ivási viselkedést.

További, ivást befolyásoló tényező az a környezet (mikro-kontextus), ahol az ivás történik, (mint kocsmák, klub, bár, étterem, vagy otthon) és hogy milyen szociális funkciót töltenek be ezek a helyzetek. Mindegyik kontextusnak megvan a maga felhívó szabálya ami az ivási viselkedést befolyásolja, beleértve, hogy hogyan és mit lehet inni, és ki iszik kivel. Nyilvános helyeken – mint bárban vagy klubokban – az ivópártnernek gyakran függetlennek az ivó szocio-kulturális környezetétől, (bár vannak etnikai környezetek, például ír kocsmák). Thomas⁴³ megvizsgálta kocsmákban és mulatókban a nyilvános ivási viselkedést New Englandban 50.000 városi munkásosztálybeli embernél, „Clyde tengerből” álnéven. Úgy találta, hogy a „beavatottak” bárjai munka után szociális klub-szerű funkciót töltenek be, ahol a munkások találkozhatnak egymással, egy viszonylag egyenlő és kölcsönösen elfogadó környezetben. Ebben a helyzetben az alkohol nem kifejezett szociális közege, nem a fő oka az

emberek egybegyűlésének. Mint Thomas állítja: munka utáni órákban, olyan 4–6 között semmi több nem ered a bár életéből, mint a közösség tiszta formája, egy rövid idejű kimenő a mindennapos robot világból. Kifejezett szabályok határozzák meg a normál ivási viselkedést, az iszákosság vagy ivási problémák egyaránt ritkák, és deviáns viselkedésnek tartják a bárban. A bár fogyasztói különböző etnikai csoportokból kerülnek ki, de az etnikum nem befolyásolja az bárbeli élet tartalmát, és sok bárban feketék és fehérek isznak együtt.

Mars⁴¹ tanulmányában newfoundlandi rakodómunkások ivása az identitás meghatározásának szerepét játszotta, segített meghatározni és megerősíteni az emberek egy csoportjának határait (szabályos emberek) míg kizárni a másik csoportba tartozókat (kívülállók). A szabályos emberek azok, akikkel biztonságos kirakodni a rakományt, és mindig sört isznak a vízparti vendéglőben. Ezeknek az emberek együtt dolgoznak, kölcsönösen segítenek egymásnak, és biztosítási lehetőséget jelentenek a többiek számára, anyagi alapot gyűjtenek a beteg társuknak, vért adnak, ha megsérül a másik. Egy közös szervezetet alkotnak az üzlet terén a munkaadókkal szemben. Bár állítólag szabad időszaki aktivitás, az ivás mégis csak együtt történik a munkacsoport tagjaival. Így együtt inni, és minden más italt együtt vásárolni, megerősíti a munkatársak közötti kapcsolatot, a munka világához kapcsolódnak ezzel az aktivitással. Ezzel ellentétben a kívülállók, akik nem állnak rendes alkalmazásban, akik csak szabálytalanul, időszakosan dolgoznak, sohasem isznak a tavernákban. Közel a gazdasághoz, és kizárva ebből a kölcsönösen támogató munkatársi csoportból az utcán isznak, vagy parkoló autókban, mindig különböző emberekkel osztva meg ugyanazt az olcsó bort vagy rumot.

Esettanulmány: szociális ivási szokások Cambridgeshire két kocsmájában, Nagy-Britannia

Hunt és Satterlee⁴⁵ különböző ivási szociális szokásokat írt le Cambridgeshire két kocsmájában. Az egyik kocsmát a „Griffin”, azok látogatták gyakran, akik újonnan jöttek a faluba, vagy ezt megelőzően társadalmilag felfelé mozdultak, középosztálybeliek voltak, és kb. egyharmaduk nő. Az alkohol itt új kapcsolatok kiépítésének és fenntartásának az eszköze volt, különösen a rituális „körfizetés” során, amikor ráesett a sor, hogy meghívjon akár húszfőnyi csoportot. A legtöbben közülük továbbmentek egymás házába a kocsmá előtt vagy után valamilyen szociális eseményre. Ezzel ellentétben a „Három Hordó” vendégei elsősorban középkorú férfi munkások. A legtöbben a faluban születtek, közelben éltek, és évek óta ismerik egymást. Ebben a környezetben a „körfizetés” ritka és szükségtelen, mivel a csoportösszetartás már régóta fennáll a közös történet a gyerekkor, a szomszédság során formálódott. Minden kocsmában ezért ugyanannak az alkoholnak különböző jelentése lehet, és különböző szociális szerepet játszhat az ivók csoportkohéziójának fenntartásában.

Antropológiai szempontból ezért az alkoholfogyasztást mindig szociális és kulturális háttérben kell szemlélni. Ez magában foglalja a normális és abnormális ivási szokások mintáit, a ivás helyzetét, amiben előfordulhat, és az iváshoz kapcsolódó értékeket. Egyéb szintén fontos faktorokat, a bekapcsolódó gazdasági érdeket az alkohol termelése és kereskedelme felé, és az a jelentést, amit egyes csoportok hozzáfűznek, a férfiaság, a felnőttesség a lázadás bizonyítékai, számba kell venni. Mindezeket az vélelmek a személyiségvonások és a szocio-ökonomiai státusz befolyásolják, hogy miért és hogyan fogyaszt egy illető alkoholt.

Dohányzás

A dohányzás, – akár csak a tea, kávé, alkohol és pszichotróp drogok – sokszor használt kémiai komfortokozó. És ugyanúgy, mint más „komforter” esetében a dohányzásnál sem magyarázható a pszichológiai függőség csak a nikotin farmakológiai hatásával. Szocio-kulturális hatások szintén fontos szerepet játszanak annak meghatározásában, ki dohányzik, milyen körülmények között, és miért. Éppúgy, mint az alkoholfogyasztásnál, fontos megérteni a dohányzás szimbolikus jelentését, mind a dohányzó egyén, mind a körülötte lévők szempontjából. Néhány esetben a kulturális háttér megvédhet a dohányzással és hatásaival szemben. Például Nagy-Britanniában végzett tanulmányok azt mutatják, hogy Indiából érkező bevándorlóknál a cigarettázás ritka férfiak között, és szinte ismeretlen a nők körében.⁴⁶

Az USA-ban, úgy tartják, hogy a dohányzás az egyik legfőbb oka a betegségeknek és a halálnak, és kb. 400.000. halálért felelős évente,⁴⁷ a dohányzással összefüggő betegségek költségei becslés szerint 27 milliárd dollárt jelentenek.⁴⁸

Jónéhány tanulmány vizsgálja a dohányzók demográfiai jellemzőit, különös tekintettel korukra, nemükre, műveltségükre, családi állapotukra és szocio-ökonomia helyzetükre, valamint mindezeket az adatokat alá lehet rendelni a dohányzás hatásainak. Reeder⁴⁹ átolvasta a legtöbb elérhető irodalmat ezen a területen. Kimutatta, hogy az USA-ban és Európában a cigaretta fogyasztás 1930 óta emelkedik, a dohányzás elleni propaganda ellenére. Míg a felnőtt dohányzók száma az USA-ban csökkent, a tizenéveseké nő. A dohányzók megoszlása is változik, a férfiaknál csökken, míg nők között emelkedik a dohányzás aránya. Azok a nők és férfiak, akik 21 évesek voltak a felmérés idején, még ma is dohányoznak, bár az 50 éves férfiak egy része abbahagyja. A dohányzási arányok alacsonyabbak az iskolázottabb csoportokban, bár ez az állítás kevésbé igaz a nőkre. Általában a dohányzás prevalenciája nagyobb azon nők között, akik dolgoznak, mint akik otthon vannak. A felsőbb társadalmi osztályokban a férfiak, kevésbé valószínű, hogy dohányozni fognak, míg ugyanabból a nőknél sokkal gyakrabban. Reeder ezeket az ellentmondásos statisztikai adatokat a nők társadalmi szerepváltásával hozta kapcsolatba. A szociális és gazdasági élet minden részletében,

észlelhető általános tendencia az egyenlővé válás igénye és a dohányzási adatok ezt a tendenciát követik. A szocio-ökonomiai státus minták késnek, a dohányzási viselkedés egyúttal mintegy a megnövekedett szociális erő indikátoraként szerepel.

Az erős dohányzással kapcsolatos egyéb tanulmányok vizsgálatai a cigarettázó erőtlenségét, és az anómia és a mindennapok hiábavalóságának érzését mutatják. Más vizsgálatok alapján a magas felnőtt dohányzási adatokkal, a szocio-ökonomiai státus csökkenése (férfiakban) és az elválasztás és szeparáció érzése korrelál. Tizenévesek közül általában a kevésbé sikeresek, csonka családból származók dohányoznak. Mint az alkoholnál, itt is igaz, hogy a tizenévesek nagyobb valószínűséggel fognak dohányozni, ha a szüleik, testvéreik, barátai is, és valószínű, hogy ennek a viselkedésnek az alapja az imitáció és a szereptanulás, szerepmodellálás.

Számos ember azon túl is dohányzik, hogy állandóan hallja a kormányok egészségmegőrző és egyéb szervezetei a veszélytől óvó figyelmeztetéseit. Például Marsh és Matheson⁵⁰ a dohányzással kapcsolatos elképzeléseket tanulmányozták 2700 angol dohányzó, 1200 nem dohányzó, 16-66 éves között. A dohányzók 45 százaléka visszautasította azt a feltételezést, hogy ők jobban ki vannak téve szívbetegségeknek, ami a dohányzás következménye, csak 14 százalék fogadta el ezt teljesen, és 11 százalékuk, hogy tudórakat okozhat.

Doherty és Whitehead⁵¹ szerint a cigarettázás azért is marad fenn széles körben, mert rengeteg szociális üzenetet kommunikál a család és a barátok között. Jelezheti a többi ember felé, hogy: „beszéljessünk, nyugodjunk meg együtt”, „egyedül akarok lenni”, „nem akarom Neked elmondani, hogyan érzek”. A dohányzás éppúgy mint az alkohol számos szociális szerepet tölt be, segít a szociális kohézió létrehozásában vagy éppen a szociális visszahúzóásban.

A dohányzás azonban nemcsak addig tart, amíg az anómia, ignorancia, vagy a cigaretta szociális üzenetként való felhasználása. A dohányzás általános képe magába foglalja a cigaretta termékek, használat és reklámok iránti figyelmet. Nichter és Cartwright megbecsülte, hogy⁵² 12,5 milliárdot költenek évente hirdetésekre és megelőzésre. Ez éles ellentétben áll azzal az összeggel, amit a kormány arra fordít, hogy ne dohányozzanak az emberek. Nagy Britanniában például a kormány Egészség és Oktatási Bizottsága 5,5 milliót költ évente hogy meggyőzzék az embereket arról, hogy ne dohányozzanak, míg a dohánygyár 130 milliót, hogy azt mondja nekik, dohányozzanak⁵³. A HEA 1991 évi becslése szerint évente 284159 ember kerül az Angol Nemzeti Egészségügyi Szolgálat kórházaiba dohányzással kapcsolatos megbetegedéssel, és 110703 koraszülött halált okoztak ugyanezek a betegségek, a betegek kezelési költségei pedig kitesz 437 milliót évente.

1986-ban a *Bulletin of the Pan American Health Organization*⁵⁴ foglalkozott a dohányfogyasztással a WHO adatai alapján. Kimutatták, hogy a dohányt 120 országban gyártják, és a megoszlása a fejlődő országokban 50 százalékról 63 százalékra emelkedett 1983-ban. A fő do-

hány gyártók Kína, USA, SZU, India és Brazília. A világ összes cigarettájának 37 százalékát állami monopóliumban lévő üzemekben gyártják, a dohányipar ezrével kínál állásokat, kiterjedt hirdetőipara van, és adót fizet a kormánynak és valutát jelent az országoknak. A többi piacot a nemzetközi hét nagy csomópont uralja. A *Bulletin* a gazdasági háttérrel szemben felhossa a kormányok idegenkedését, hogy közreműködjön a dohánygyártásban, aminek okát demonstrálja az elkerülhető betegségek és halálok olyan skálája, amit nem lehet összehasonlítani egyetlen jelenleg elérhető termékével az emberi fogyasztóiparnak.

Gyógyszerészet a fejlődő országokban

Az utóbbi évtizedekben jelentős fejlődés jelentkezett a gyógyszeripari termékek, elsősorban a Nyugaton, a nemzetközi cégek gyártotta gyógyszerek között amik a fejlődő országokba jutnak. Ma már egyre növekvő dependencia figyelhető meg ezekre a gyógyszerekre, sok harmadik világi országban és ennek nagyon fontos gyakorlati következményei vannak.⁵⁵

Ferguson⁵⁶ leírja, ezeket az orvosságokat viszonylag kevés számú cég (a világ gyógyszerigényei 50 százalékát 25 cég látja el) alig néhány országban, az USA-ban, Európában, Japánban elsősorban. Sőt, ezek a cégek arra hajlanak, hogy úgy gyártsák ezeket a gyógyszereket, hogy figyelembe vegyék a fejlődő országok egészségügyi igényeit, inkább mint a szegényebb országokét. Mindezek ellenére óriási költségekkel, előcsomagolt gyógyszerrel küldenek a fejlődő országokba, a hirdetési kampányokkal együtt, amik hirdetik az előnyeiket mind a hagyományos gyógyszerekkel, mind a helyileg gyártottakkal szemben. Az importált gyógyszerek jelentik az egyik legnagyobb gazdasági utat a kevésbé fejlett országokba, ahol a világ népességének 75 százaléka él. A WHO kimutatta, hogy ezek a szegény államok a világ gyógyszer fogyasztásának csak 20 százalékát jelentik, de ez 170000 millióba kerül évente és körülbelül a világ felének nincs ellátása a legszükségesebb gyógyszerekből.⁵⁷

Ezek az importált gyógyszerek különösen befolyásolják, hogy mit tartanak, és hogyan kezelik az emberek saját egészségüket – betegségeiket. Az antropológusok kimutatták, hogy különböző kultúrák és különböző csoportok ugyanazon kultúrán belül ugyanazt a gyógyszert másképp használják.⁵⁸ Visszahelyezve a helyi kulturális és szociális kontextusba használatuk gyakrabban alapul öröklött tradíciókon és hiedelmeken, mint modern orvosi kritériumokon.⁵⁹ A gyógyszerhasználatot nagy informális szektorát írták le a Harmadik Világ sok társadalmában, megkülönböztetve az orvostudomány által használt „formális” használatától, bár sok átfedés tapasztalható a kettő között. Sok fejlődő országban az a gyógyszer, ami csak receptre kapható a nyugati világban, számolatlanul vehető (bár gyakran igen magas árért) a helyi patikákban, terjesztőknél, utcai árusoknál, vagy gyakorló orvosoknál esetleg gyakorlatlan népi gyógyásznál (injekciózók).

Sok nyugati gyógyszernek nagyon hasznos szerepe van a fejlődő országokban, különösen az egészségügyiek vagy a gyakorlott szociális munkások kezében. Még az informális szektorban, árustól vásárolva is segít különböző tünetek és általános betegségek kezelésében.⁵⁹ Szintén az informális szektor segít elosztani a gyógyszereket még olyan területekre is, ahova nem jut orvos és nővér, vagy az egészségügynek más formái.⁶⁰ Az emberek stigmatizált helyzetben mint például a szexuális úton átvihető betegségeknél, a kezelés anonimitását kedvelik, néhány vándor injekciózóval mint egészségügyi személyzettel való konzultáció néha még olcsóbb is lehet.

Ezek az improvizált gyógyszerek sok veszélyt rejtnek magukban, különösen, ha öngyógyizás formájában adják. Ilyenek: szélsőséges mellékhatás, allergia, mérgezés, véletlen túladagolás, nem megfelelő használat, antibiotikumok adása vírusfertőzésekben, gyógyszerrezisztens törzsek kifejlődése, mint TBC vagy malária. Ennek ellenére a világ sok részében számos injekciót bátorítanak mindazon veszélyekkel együtt, amivel munkájuk jár. (ld. 4. fejezet) Általánosságban az antropológusok vitatkoznak a Harmadik Világ országainak gyógyszerrel való masszív elárasztásával szemben, az egészség-betegsége és szenvedésre adott megoldásként⁶¹ mivel a szociális, holisztikus megközelítéstől a hangsúly áttevődött a terápia egyetlen formájára, a gyógyszeres kezelésre.

Sok fejlődő országban az importált gyógyszerek fő eladási területe a helyi patikák. Például Ferguson Asuncioni (El Salvador) tanulmányában – ezek a gyógyszertárak az egyetlen olcsó gyógyszerforrások, és el látják az embereket tanáccsal és információval is a gyógyszer mellett. Mindamelllett Ascuncion gyógyszertáraiban szakképzetlen műveletlen eladók dolgoztak, a tanácsok gyakran voltak félrevezetőek, vagy a népi gyógy mód vagy a biomedikális gyógy mód furcsa keverékei: például azt tanácsolják a betegnek enyhe vírusfertőzés esetén, hogy kerüljön néhány viselkedést, a hideg ételeket, italokat, de ugyanakkor szedjenek tetraciklint, vagy hasonló erős antibiotikumot.

Hogy kezeljék ezt a kaotikus helyzetet, és sokkal racionálisabb, kedvezőbb drogelosztást fejleszthessenek ki, a WHO 1977 óta összeállította az alapgyógyszerek modern listáját (ma kb. 250 van) amit rendszeresen nyilvántart.⁶² Ezek az alapgyógyszerek minden társadalom számára elérhető kell, hogy legyenek, és a lista nem tartalmazza a sokkal drágább és csak nyugaton elérhető exotikus gyógyszereket. A következő lépés 1981-ben volt, amikor kialakították a WHO Programját az Alapgyógyszerekre, hogy segítsék a tagországokban a nemzeti gyógyszerpolitikának a kifejlődését és megfigyeljék, milyen gyógyszereket használnak széleskörűen.⁶³ Emellett a politika is segít, hogy szükséges gyógyszerekből a megfelelő minőségű ellátás biztosított legyen.⁶⁴ Sokat ezek közül helyileg gyártanak, vagy olcsóbbak az eredeti formájukban védjegy és drága csomagolás nélkül. A program része az elérhető orvosságok minőségének javítása, az árak csökkentése, a racionálisabb gyógyszerhasználat kialakítása, és teljesebb csatlakozás a világhoz.

A program megvalósulásának akadályait nemcsak a gyógyszergyárak hanem maguk a helyi lakosok jelentik. Sok harmadik világbeli közösségben ezek a szépen csomagolt importált gyógyszerek a nemzetközileg ismert márkanévvel ellátva nagyobb gyógyító hatást fejtenek ki a fogyasztóknál, mint az olcsóbban csomagolt helyileg gyártott változatok a kormány Alapgyógyszerek Listája alapján. El Salvadorban például Ferguson leírta,⁶⁵ hogy ezeknek a drága, importált gyógyszereknek a betörése a helyi piacra igen sikeres volt, teret hódít az ugyanolyan hatékony, ám sokkal olcsóbb Salvadori cégek által gyártott gyógyszerekkel, és az önkezeléssel és az otthon használt gyógyszerekkel (amik sokszor szintén nagyon hatékonyak) szemben.

Ahogy az egyéb „kémiai komfortereknél”, a pszichotróp drogoknál korábban leírtuk, a tablettában vagy az injekciós tűben való hit nem biztosít megfelelő megoldást a szociális és pszichológiai stresszre, amivel a harmadik világnak szembe kell néznie. Bár ezeknek az orvosságoknak a gyógyításban, megelőzésben szerepük van, a szegény országok egészségi problémáinak zöme nem oldható meg csupán drága antibiotikumokkal és egyéb gyógyszerekkel. Általában megnőtt a veszélye a gyógyszeres kezelés túlhangsúlyozásának, különösen a tüneti kezelésnek az oki kezelés helyett, „erőltetni azt a gondolatot, hogy betegségek megoldása a gyógyszerfogyasztásban van, inkább mintsem az életfeltételek változtatásában.”

Esettanulmány: nyugati gyógyszerek megoszlása Dél-Kameróban

Van der Geest⁶⁶ leírta a gyógyszerek formális és informális eloszlását Dél-Kameróban. A formális szektorban a gyógyszereket ingyen állami kórházakban és egészségügyi központokban adják és kórházi gyógyszertárak készítik. Profit és non profit intézmények gyakran felekezeti kórházak, egészségügyi központok, szociális munkás projektek szintén felírják gyógyszereket, de árat kérnek értük. Emellett a privát gyógyszertárak (amivel 1976-ban tele volt az ország) nagyszámú gyógyszert adnak el recept nélkül is. Általában ezek a gyógyszertárak csak városokban vannak, mivel a gyógyszerészek oda települnek, ahol nagy a vásárló erő. Kifejezetten profitérdekelték, nagy keresettel, 1978-ban a gyógyszerék ára 50 százalékkal nagyobb volt mint a társadalmi szektorban. Ezekkel a hivatalosan szabályozott készletekkel párhuzamosan a gyógyszerelosztásnak óriási informális szektora van Dél-Kameróban. Ez sok száz olyan emberből áll, akik az előrecsomagolt gyógyszereket eladják a nagyközönségnek faluban, városokban, szerte az országban. Ezek: olyan üzletemberek, akik mint szükségleti cikket adják el a gyógyszereket, (a városban 75 áruház mindegyikében van legalább egy vagy kétfajta gyógyszer) eladók, akik eladják az áruikat, hálalók, akik faluról falura járnak elsősorban kakaóérés idején és

eladják a gyógyszereket éppúgy, mint az egyéb árukat, kereskedők, akik gyógyszerekre specializáltak magukat, és sokkal több forgalmat bonyolítanak le, mint a többi csoport együtt, végül személyes és orvosi intézmények, akik illegálisan adnak el orvosságokat, mert biztosítani kellene a betegeknek a szabad gyógyszereket, (becslése szerint az orvosság 30 százaléka nem jut el a betegekhez, eladják maguk az egészségügyiek).

Az informális kereskedelem ezért sok gyógyszert begyűjt a formális szektortól. Míg egyesek Nigérián keresztül csempészik, a legtöbbet a gyógyszeráraktól és a kórházaktól személyesen vásárolnak, jelzik, hogy milyen közel van a formális és informális szektor. Ennek a közti kapcsolatnak egy példaként leírja, mivel a betegeknek túl sokat kellene várni, amire orvoshoz jutnak, inkább megveszik maguk az orvosságot, mint pl. fájdalomcsillapítót, vagy vásárolnak egy gyógyszereladótól, aki a kórházban vagy közvetlenül a klinika mellett állította fel a standját.

Összességében, Van der Geest 70 különböző gyógyszert talált, ami így cirkulált az informális szektorban, különösen az analgetikumok (13 fajta) az antibiotikumok (12 féle), hashajtók, gyógyszerek köhögésre és megfázásra, vitaminok, napszúrásra, maláriára, vérszegénységre. Míg ennek a csoportnak is megvannak az előnyei – pl. helyileg elérhetően készíthet gyógyszereket, alacsonyabb áron mint a gyógyszerárak – egyben nagyon káros is lehet az egészségre. Ennek ellenére nem lenne praktikus eltüntetni az informális szektort, mivel ez a népességet nagyon depriválná azáltal, hogy megfosztaná őket egyetlen modern gyógyszerforrásaiktól. Ezért a legfontosabb csökkenteni a gyógyszerek importját, kizárni a veszélyes és haszontalan gyógyszereket ebből a szektorból, és megalapozni az eladók és a kliensek tudását is a gyógyszer helyes használatáról.

Szent gyógyszerek

Sok kultúrában a gyógyszereket mint szent anyagokat is használják, vallási rituálék, ördögűzések, gyógyítások részeként, és néhány szociális interakció során. Mint a 3. fejezetben leírt szociális ételek, fogyasztásuk egy speciális embercsoport összetartozását és folyamatosságát szimbolizálja. Az alkohol a legáltalánosabb rituális drog az egész világon, aminek néhány szociális és vallásos alkalmazásáról már szóltunk. Egyéb ilyen általánosan használt anyagok, amik fontos rituális és szociális szerepet töltenek be, a kémiai komforterek, a dohány, a tea és a kávé.

Néhány kulturális közösségben a hallucinogéneket használják arra, hogy transzcendens állapotba jussanak, és ebben a transzálapothoz a drog erejével rendelkeznek. Ilyen rituálék órákon, néha napokon át tartanak. Néha a drogot csak a sámán vagy rituális gyó-

gyító használja, akinek a víziója felfedi az egyéni vagy kollektív szerencsétlenség forrását. Dobkin de Rios például⁶² leírja ayahuasha hallucinogén használatát népi gyógyítók által, (ayahuasqueros) Iquitos nyomornegyedében, Peruban. A rituális gyógyítás részeként a gyógyító megissza az ayahuascát, és a drog keltette látomások és élmények segítenek meghatározni a betegségeket (mint rontás, ördög tekintete, susto) és azt is, hogy hogyan lehet kezelni azokat.

A középkori Európában néhány hallucinogént „boszorkányosság céljából” italokban használtak, vagy kenőcsként dörzsölték a bőrbe. Ilyen volt a belladonna (*Atropa Belladonna*), a *Hiosciamus Niger*, a nadragulya (*Mandragora officinarum*) és a muszkarin (*Amanita muscaria*).

Bár a legtöbb hallucinogén igen erős hatású, használatuk kulturális kontextusa szintén befolyásolja az élményt. A rituálé során például befolyásolja a hatást a rituálé szerkezete és ideje, a résztvevők elvárásai és viselkedése éppúgy mint a sámán víziójának formáló ereje, és az, hogy hogyan kommunikálnak a többiek.

A jól ismert hallucinogén drogok között amit ma rituális kontextusban használnak, a marihuana (*Cannabis Sativa*, *Cannabis Indica*), hasisként vagy kif-ként ismert Közép Keleten és Észak-Afrikában, és mint ganja a Rastafarianok között a

Kariboknál használatos.⁶³ A psilocybin, (*Psilocybe mexicana*) (heim) a mexikói indiánoknál, a peyote cactus (*Lophophora williamsii*) a bennszülött amerikaiaknál és délnyugat USA-ban a Bennszülött Amerikaiak templomában (kb. 250.000. tagja van),⁶⁴ az ayahuasca vagy yage vine (*Banisteriopsis caapi* és *B. inebrians*) hallucinatorikus ital a dél amerikai indiánok között különösen Brazília, Ecuador, Peru és Columbia területén⁶⁵ elterjedt, a reggeli dicsőítéshez használt *Rivea Corymbosa*-t és *Ipomoea violacea*-t a Mexikói indiánok gyógyításra és vallásos események alkalmával használják, az iboga (*Tabernanthe iboga*) Zaire és Gabon néhány területén elterjedt, a Jimson Weed-et (*Datura Stramonium*) használják hallucinogénként az Algonquin Indiánok Észak kelet Amerikában és a datura más fajtái Dél Amerikában, Afrikában és Ázsiában.⁶⁶

Jemenben a qat leveleit (*catha edulis* Forssk. és *Catha spinosa* Forssk.) stimuláns és hallucinogén erői miatt használják, valamint használják még Etiópiában, Somáliában és Kenyában, (ahol ez *mira* vagy *marongi* néven ismert).⁶⁷

Az utóbbi években ezek közül a hallucinogén növények közül számosnak a használata elterjedt, túl a csoporteredeten és rituális kontextuson. Az iparosodott társadalmunkban mint kreativitást fokozó drogot használják, mind az eredeti mind szintetikus formáit. Néhány arra érzékeny emberben addikciót, hozzászokást, akut pszichózist, öngyilkossági készletet, és más egyéb rendellenességet okoznak.

Ajánlott irodalom:

- Benson, H. and Epstein, M. D.: The placebo effect: a neglected asset in the care of patients. *JAMA*, **232**, 1225-7, 1975.
- Douglas, M. (ed.): *Constructive Drinking*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. Az alkohol fogyasztás és alkoholizmus antropológiai perspektíváival foglalkozó tanulmány-gyűjtemény.
- Helman, C. G.: „Tonic”, „food” and „fuel”: social and symbolic aspects of the long-term use of psychotropic drugs. *Soc. Sci. Med.* **15B**, 521-33, 1981. A pszichotrópszerek szimbolikus jelentéseivel foglalkozó tanulmány rendszeres droghasználók részére.
- Nichter, M. and Cartwright, E.: Saving the children for the tobacco industry. *Med. Anthropol. Q.* (New Series), **5**, 236-56, 1991.

A rítus és a balszerencse közelítése

A rítusok minden emberi társadalom tartozékai – legyen e társadalom akár nagy, akár kicsi. A rítus fontos része annak a módnak, amellyel bármely szociális csoport ünnepli, fenntartja és megújítja azt a világot, amelyben él, és annak a módnak, ahogyan bántani tud a veszélyekkel, melyek e világot fenyegetik. A rítusok különböző környezetekben mehetnek végbe, számos formát ölthetnek és sokféle – részben szent, részben profán – funkcióval bírnak. ebben a fejezetben azokat a rítustípusokat fogom leírni, amelyek kapcsolatban állnak az egészséggel és betegséggel, valamint a balszerencse kezelésével.

Mi a rítus?

Az antropológusok a rítus különféle ismertetőjegyeiről számos meghatározást adtak, és valamennyien rámutattak arra, hogy a benne részt vevők számára a rítusnak fontos szociális, pszichológiai és szimbolikus dimenziói vannak. Bármely rítus kulcsjellegzetessége, hogy ez egyfajta repetitív (ismétléses) viselkedési forma, amelynek nincs nyilvánvaló gyakorlati következménye. Ha például valaki minden este ugyanabban az időben fogat mos, az egy repetitív viselkedési forma, de nem rítus. Ez a cselekvés egy meghatározott fizikai eredmény elérésére irányul, nevezetesen az ételmaradványoknak és baktériumoknak a fogakról történő eltávolítására. Ha azonban ehhez a cselekvéshez rendszeresen olyan körülmények társulnak, melyek direkt módon nem járulnak hozzá a praktikus eredményhez – ha például valaki mindig egy speciális színű fogkefét használ, vagy meghatározott szavakat, vagy imákat mond fogmosás előtt, alatt, vagy után, akkor ezeket a kísérő körülményeket vagy cselekvéseket felfoghatjuk úgy, mint amelyek privát rituális jelentőséggel bírnak az adott személy számára. Bizonyos esetekben egy repetitív viselkedési mintának egyetlen eleme sem vezet valamilyen gyakorlati eredményhez – ez a helyzet például a magányos ima, vagy valamely vallási szabály követése esetében, vagy a monomániás kényszeres neurotikusok egyes cselekedeteinél. Általánosságban véve azonban az antropológus számára ezek a privát rituális viselkedési formák kevésbé érdekesek, mint a nyilvános rítusok, szertartások, melyek egy vagy több más ember jelenlétében mennek végbe.

Loudon¹ ezeket a nyilvános rítusokat, szertartásokat úgy határozta meg, mint „az előírt és repetitív ünnepélyes viselkedésnek azokat az as-