

## A stressz kulturális vonatkozásai

### A „stressz” természete

A „stressz” fogalmát Selye János vezette be 1936-ban, és azóta több mint 110 000 cikket közöltek erről a tárgyról.<sup>2</sup> Selye értelmezése szerint a stressz a környezet kihívásaira adott generalizált válasz. Ez a belső élettani mechanizmus a szervezetet a válaszakcióra készíti fel. Nem minden stressz ártalmas a szervezet számára: mérsékelt esetben (eustressz) védő és az alkalmazkodást segítő szerepet játszik. Erős stressz (distressz) azonban kóros változásokat eredményezhet, akár halálos kimenetelű is lehet. Stresszornak az aktuális fizikai, lélektani vagy szocio-kulturális stresszt okozó környezeti hatást nevezzük. Selye a szervezet *stresszorra* adott válaszát, az általános adaptációs szindrómát alkotó történések sorozatát írta le. Ez általában három szakaszra bontható:

1. A vészreakció, mely az ártalmas behatás tudatosulását kíséri.
2. Az ellenállás, vagy adaptáció szakasza, mely során a stressz előtti állapothoz képest magasabb funkcionális szintre emelkedik a szervezet működése.
3. A kimerülés szakasza, melyben a stresszor folyamatos hatása közepette a szervezet képtelen a további megküzdésre, és a homeostasis fenntartására.

Ebben az utolsó szakaszban a szervezetben zajló változások kórképzővé válnak, és betegség vagy halál fenyeget. Élettani szempontból az Általános Adaptációs Szindrómát a mellékvesevelő, illetve a hypothalamusz – hypophysis-mellékvesekéreg tengely közvetíti, és benne az élettani változások széles köre összegződik.<sup>3</sup>

### A Selye modell kritikája

Selye eredeti modelljét a stressz kutatás alapjaként mindenki elfogadta, de számos szempontból – különösen a stressz élettani oldalának túlsúlyozása miatt mégis sokan kritizálták. Pszichológusok, mint például Weinman<sup>4</sup> a lélektani válaszmód, a megküzdési stratégiák jelentőségét hangsúlyozta a stresszor legyőzésében. Ezeknek a skálája a kezdeti a szorongással és fenyegetettség érzettel járó „alarm és shock” állapot, illetve a kellemetlen helyzet leküzdésére irányuló kísérletektől

a súlyosabb lélektani helyzetekig, a depresszió, visszahúzódás, öngyilkosság, vagy a gyógyszer-szedés, drogfogyasztás torzult megküzdésmódokig terjedhet. Ezek a válaszok – ahogy a stresszhatásoknak tulajdonított jelentés is – a személyiség, neveltetés, a szociális környezet és a kulturális háttér hatása alatt állnak. Ezért tarthat nagyobb érdeklődésre számot a társadalomtudományok részéről, mintha azt tisztán élettani stressz-folyamatként tartanánk számon.

A Selye modell, és általánosságban a stresszkutatás másik meggondolandó bírálata az antropológus Allan Young nevéhez fűződik.<sup>5</sup> Értelmezése szerint a „stresszorokat” elvont „dolgokként” írják le, az adott szociális és politikai közegből, a konkrét térből és időből kiragadva. Mint az egyes embereknek betegséget vagy boldogtalanságot okozó láthatatlan „erők”, „kórokozók” jelennek meg a stresszorok. Mindebből fakadóan a kontextusukat vesztett „stresszorokra”, és élettani hatásaira összpontosított figyelem az egyént érintő tágabb gazdasági és társadalmi erőkről hajlamos megfeledkezni, melyeknek szintén lehetnek az egészséget érintő káros hatásai.

Selye másik kritikusa, Pollock<sup>6</sup> szerint az eredeti stressz-modell „mechanikus” volt, a fizika, és a mérnöki gondolkodás jegyeit viselte magán. A stressz modell „pszichologizálásával” azonban mind nagyobb hangsúlyt kapott benne az érzelmek, az észlelés kórképző szerepe, mégis „az értékelés továbbra is élettani alapokon áll, mellyel az alapján véve nem kompatibilis”. Továbbá a stressz elmélet kulcs mozzanata – a stressz feltételezett betegségképző hatása – „bizonyítatlan és homályos maradt”, és az ezt a lépést vizsgáló sok tanulmány „inkonzisztens, ellentmondásos, és következtetlenség eredményeket hozott”.

Mindezen és más kritikai hangok ellenére Selye modellje a stresszorokról, és a „stresszválaszról” az élet nehézségeivel szembesülő ember megértéséhez hasznos kiindulási pontot kínál. Olyan elemző eszköz, melyet mindig az adott lélektani, társadalmi, kulturális és gazdasági kontextusban alkalmazva, és korlátait ismerve használhatunk, hogy megértsük miért jelent egyes egyének, csoportok számára az adott helyzet stresszhatást, míg mások számára nem.

### A stresszorok és a stresszválasz közötti kapcsolat

Selye meghatározása szerint a stresszor olyan környezeti hatás vagy tényező, mely a szervezet stresszválaszát váltja ki. A lehetséges stresszorok skálája ezért különösen széles, és a lista olyan eseményeket foglal magába: mint a súlyos betegség, trauma, természeti katasztrófák, özvegyesség, válás, házassági konfliktusok, munkanélküliség, nyugdíjazás, munkahelyi konfliktusok, vallási vagy egyéb üldöztetés, anyagi nehézségek, a foglalkozás változása, migráció, háborús események, szélsőséges hő vagy hideghatás, nyirkosság, zaj. Azonban a stresszor és a rá adott válasz kapcsolata jóval összetettebb, mint azt a fenti felsorolás jelzi. Így ugyanaz az esemény az egyik emberben stresszt vált ki, míg a

másikban nem. Ahogy Parkes<sup>7</sup> rámutat, stresszt akár pozitív esemény is kiválthat, mint az előléptetések, kötelezettség, gyermek születése, nagy pénznyeremény, mindaz ami az életvitel változásával jár együtt. Az egyének különböznek az ilyen életstílus változásokhoz vagy a gyászhoz, és más kedvezőtlen életeseményekhez való alkalmazkodás, illetve megküzdés képességében. A WHO<sup>8</sup> meghatározása szerint a stressz és a következtében kialakuló betegségek „a szervezet a környezet kedvezőtlen hatásaira adott eredménytelen válaszkísérleteknek” tekinthetők. Így a testi betegségek nemcsak a kórokozók hatásából következnek, hanem e kóros hatásokra adott alkalmazkodási válasz elégtelenségéből. Sok – az egyén testi, lélektani, és szocio-kulturális jellemzőiből fakadó – magyarázatot találunk az alkalmazkodás ezen kudarcára. Így a hideg vizet az idős, törekeny emberek sokkal stresszelőbbnek találják, mint az erőteljes fiatal szervezet. Hasonlóképpen egyes élethelyzetek, mint a nyugdíjazás az egyiknél stresszválaszt váltanak ki, míg a másikban nem. Weinman szerint „az adott helyzetek nem annyira saját tartalmuk, mint inkább az őket illető egyéni értékelés alapján válnak fenyegetővé”.<sup>4</sup> Az egyes érzékenyítő vagy ellenkezőleg védő hatású szociális és kulturális tényezőket a fejzet későbbi részében tárgyaljuk.

Selye<sup>2</sup> elmélete szerint a különböző stresszorok és az általuk kiváltott válasz közötti kapcsolat *nem-specifikus*. Eszerint a specifikus stresszor-hatás (mint a házassági konfliktus, munkahelyi akadályozottság, háborús kimerülés, vagy égési sérülés) ismeretében sem lehet megjósolni milyen stressz-kórképek alakulnak ki (peptikus fekély, pszichiátriai megbetegedés, hypertonia, vagy myocardiális infarktus). Egy házassági konfliktus az egyik személyben gyomorfekélyt, egy másikban hörgő asztmát válthat ki. A pszichoszomatikus kutatás ezt, mint a „szervválasztás” jelenségét ismeri, és számos elmélet kísérelt meg választ adni, hogy miért épp az egyik szerv a „választott”, s nem egy másik.<sup>9</sup> Gyakorlatiasabban szólva a stresszor és hatása közötti kapcsolatot tehát *post hoc* állapítjuk meg, még ha e kapcsolat létezését, természetét illetően mind több kísérletes bizonyíték is gyűlik össze.

A stressz tehát egyaránt tekinthető kóroki és – amint azt a vírusos fertőzésekkel szembeni ellenállás csökkentésekor<sup>10</sup>, vagy a rheumatoid arthritis<sup>11</sup> fellángolásában látjuk – közrejátó tényezőnek a betegségek kialakulásában. A pszichoneuroimmunológia (PNI) viszonylag új tudományterülete a lélektani állapot, az endokrin rendszer és az immunvédekezés közötti kölcsönhatásokat vizsgálja. Bár továbbra is jellemző a nem-specifikus jelleg, a szorongás és a depresszió egyes bizonyító adatok alapján kedvezőtlenül hat az immunrendszerre, és fokozza a fertőzések és más betegségek iránti fogékonyságot.<sup>12</sup> Más esetekben egy már korábban is fennálló betegség súlyosbodása lehet a stressz következménye, ahogy azt Trimble és Wilson-Barnet<sup>13</sup> az epilepsziás rohamok kapcsán leírta. Végül, a testi betegség önmagában is stresszteli tapasztalat, mely a felépülést tovább nyújthatja, vagy más panaszokat is okozhat – különösen ha jövedelemvesztéssel, vagy a munkahely bizonytalanná válásával jár együtt.

## Stressz és az életesemények

A fent említett stresszorok többsége – mint a gyász, migráció, vagy a gyermek születése – hosszú távú, komoly változásokkal jár az emberek életében. Az utóbbi időben mind több figyelmet szenteltek ezen változások testi, lelki kihatásaira. Ebből a szempontból nézve a stressz a változásokhoz való alkalmazkodás képtelenségét jelenti, amikor a munkahelyi előmenetel vagy az özvegység nyomán kialakult magány során megváltozott életkörülményekkel az egyén nem tud megküzdni. Parkes<sup>7</sup> ezen változások, vagy szavaival „pszi-cho-szociális átmenetek” értelmezéséhez hasznos segítséget kínál: szerinte a környező világ körülményeiben beálló változások a személyes világot – a személyes „életteret” érintik. Ez „a környezet azon részeiből tevődik össze, melyek az Énnel kölcsönhatásban vannak, és melyekkel kapcsolatban magatartása szerveződik; személyek, birtokolt javak, az otthon családi világa, a munkahely, és persze a személy teste és lelke is, amennyiben ezekkel kapcsolatban az Én távollágot teremt”. Változásuk egyben a világról alkotott alapfeltevések változását is kiválthatja, mely következtében már semmire nem érez az egyén garanciát. Parkes nézete szerint ezek a pszichoszociális átmenetek elnyújtott hatásukkal, vagy rövid, de a világról alkotott kép annál több irányú változásával járó esetekben okozhat stresszhatást. Ebben az értelemben az élettárs vagy a munkahely hirtelen, váratlan elvesztése nagyobb stresszt jelenthet, mint a természetes változások lassúbb ütemű eseményei. Az olyan változások, mint a gyász, a munkahely elvesztése, vagy az elvándorlás a személy „életterének” számos vonatkozását érintik, így a társas kapcsolatok, a foglalkozási viszonyokat, a gazdasági biztonságot, az életkörülményeket és ezért váltanak ki gyakrabban stressz-választ.

Ezeknek a változásoknak mentális és testi egészségre kifejtett hatását számos kutató vizsgálta. Parkes és mtsai<sup>14</sup> 4486 55 év fölötti korú özvegy férfit kísért figyelemmel feleségük halálát követő 9 éven át. Közülük 213 a megözvegyülést követő 6 hónapban meghalt, és ez 40%-kal több mint a hasonló korú, házasságban élő férfiak halálozása. A degeneratív szívbetegségekből fakadó halálozás tekintetében ez a különbség 67%-os volt. Az első évet követően a mortalitás lecsökkent a házas emberek szintjére. A szerző a megnőtt halálozási arányt „a gyász pszicho-endocrin funkcióváltozásokhoz vezető érzelmi hatásának” tulajdonítja. Más vizsgálatok hasonló következtetésekre jutottak: az esetek jelentős részében a betegséget a pszichoszociális átmenetek, vagy „élet-események” sűrűsödése, magas szintje előzte meg, különösen ha ezeket a személy „negatív” jelenségeként értékelte.

Az életesemények és a megbetegedések közötti pontos oki kapcsolat nem tisztázott, bár számos feltevés körvonalazódott magyarázatként. Arra a kérdésre, hogy „a stresszteli helyzetek okozhatnak-e szövetekben, szervezetben, illetve a testrészekben kóros,

szerkezeti elváltozásokkal járó betegségeket" Murphy és Brown<sup>15</sup> azt a választ adja, hogy a betegségek nem a stresszhatás nyomán lépnek fel, hanem a pszichiátriazavarok képeznek közvetítő láncszemet. A szerzők által idézett adatok szerint a pszichiátriai betegek körében a szervi betegségek is gyakoribbak, és feltételezik, hogy „a stresszteli körülmények először pszichiátriai zavarokat okoznak és így vezetnek szervi betegségekhez.” Londoni vizsgálatukban 111 asszony közül 81-nél jelentkezett új (korábban nem diagnosztizált) szervi betegség a megelőző 6 hónapban. Az utóbbi csoportban 30% (24 fő) számolt be legalább egy súlyos életeseményről a megbetegedést közvetlenül megelőző időszakban, ez az arány csak 17% a kontroll csoportban; ha ezt az összevetést csak a 18 és 50 év közötti korosztályú asszonyok körében végezzük el, akkor 38% esetében találunk súlyos életeseményt szemben a kontroll 15%-val. Ebben a korosztályban a betegség kezdete előtt 7 héttel 30% (24) számolt be pszichiátriai tünetekről, míg ez a kontroll csoportban csak 2% volt. A szerzők következtetése szerint „nem annyira a súlyos életesemények, sokkal inkább a pszichiátriai zavarok játszanak közvetlen szerepet az 50 év alatti korú asszonyok szervi betegségeinek kialakulásában”. A pszichiátriai zavarokhoz vezető életesemények főként az „élet személyes terére” hosszú távú fenyegetést jelentő változások közül kerülnek ki, mint a nemkívánt terhesség, vagy egy rokon súlyos, gyógyíthatatlan betegsége. Azonban a pontos élettani mechanizmus – melyben az életesemények, a pszichiátriai kórkép, és a szervi betegség összekapcsolódik – továbbra is homályos. Engel<sup>16</sup> is kimutatta e folyamat során, hogy a pszichológiai zavar, „a megküzdésre képtelen lelki állapot megelőzi a megbetegedést, sőt néha magát a halált is, és ezt „giving-up-given-up” komplexusnak nevezte el. Szerinte ez az állapot „a kórkeltő tényezőkkel szembeni védekező készséget jelentősen és kedvezőtlenül befolyásolja”. Jellemzői: lélektani tehetetlenség és segítség nélküliség érzete, (föladottság): a mindennapi élethelyzetek feletti ellenőrzés elvesztésének képze, a kompetenciáját elvesztett csökkent önbecsülésű ember énképe, aki már társadalmi szerepeiben, emberi kapcsolataiban sem számíthat elismerésre; a múlt, jelen, jövő folytonossága megszakadt, és jellemző a múlt segítség nélküli feladott állapotainak, emlékeinek a mozgósítása. Ebben az állapotban az egyén a kóros folyamatokkal sem tud megfelelő módon szembeszállni, bár a komplexus nem okoz közvetlenül betegséget, de súlyosbodásához hozzájárul.

Még egyszer jelezzük a pontos élettani mechanizmus, mely révén mindez végbemegy, nem tisztázott. Azonban a fent említett nézőpontok – „pszichoszociális átmenetek”, „életesemények”, és a „giving-up-given-up komplexus” – egyaránt hasznosíthatók a személyes „élettérben” drámai változást hozó migráció, urbanizáció, honfoglalás, gyors társadalmi és technológiai változások, vagy a „voodoo halál” esetében (az alábbiakban részletezzük).

## A stressz-választ befolyásoló tényezők

Selye eredeti modelljében a stressz a környezeti kihívásokra adott kóros testi válaszként jelenik meg. Azonban, ahogy azt már korábban jeleztük, a válasz közvetítésében számos más tényező is szerepet játszik:

1. Az egyén jellemzői.
2. A fizikai környezete.
3. Az egyén számára hozzáférhető társas támogatás.
4. Az egyén gazdasági helyzete.
5. Az egyén kulturális háttere.

Az egyén stresszválaszt befolyásoló jellemzői csak részben fizikai természetűek (ilyen a kor, súly, alkat, genetikai adottságok és a korábbi egészségállapot), másik részben lélektaniak. Weinman<sup>4</sup> szerint a személyiségtípusok szerint is tagolható a stresszre adott válasz, a flegmatikus típustól a főként testi tünetekkel válaszolóig – „a gyomortünetekkel reagálók” vagy a „szívérrendszeri tünetekkel válaszoló” lehetnek a példák. A csecsemőkori és gyermekkori tapasztalatok szintén szerepet játszanak, ahogy fontos a személy ítélete is arról, hogy tudja-e ellenőrizni élethelyzeit, vagy sem. A személyes kontroll alacsony voltának érzetét Karasek és mtsai<sup>17</sup> a stressz magas szintjével kapcsolták össze. A személynek a saját életére, reményeire, félelmeire, ambícióira való rálátását eltérő mértékben a korai neveltetés, és a szocio-kulturális háttér alakítja ki.

A stressz fizikai elemei közé soroljuk az olyan hatásokat, mint a szélsőséges meleg, hideg szárazság, nyirkosság, és a szöveti károsodások olyan forrásait, mint a baktériumok, az égés, vagy a baleseti sérülés.

A gyakorlatban a szociális és kulturális tényezők átfedést mutatnak, de megkíséreljük őket külön kezelni. Sok szerző említi a szociális támogatás fontosságát, mely az élet minden szakaszában véd a stresszel szemben. Weinman<sup>4</sup> utal arra, hogy „az elégtelen korai támogatás olyan fizikai és magatartási károsodáshoz vezethet, mely a stressztűrő képességet” az élet későbbi szakaszaiban is csökkenti. Brown és Harris<sup>18</sup> kimutatták, hogy azok az anyák, akik 11 éves koruk előtt elvesztették édesanyjukat, fokozottabban ki vannak téve a depresszióknak, és a szoros, és megbízható kapcsolat egy másik személlyel csökkentheti a stresszel szembeni kiszolgáltatottságot és a pszichiátriai betegségek fenyegetését. Kiritz és Moos<sup>19</sup> a szociális környezet és a stressz közötti kapcsolatra hívja fel a figyelmet. Szemléltetik szerint a szociális támogatás és a csoport kohézió érzete véd a stresszel szemben, míg a másokért érzett személyes felelősség tudata fokozhatja az élettani stresszválaszt. A túlmunka nyomása (időegység alatt kivitelezendő feladatok sűrűsége), a bizonytalanság (a fizikális és lelki ártalmak fenyegetését illetően) komoly stresszhatás, és hasonlóan kedvezőtlen lehet a pszicho-szociális környezet megváltozása (munkahely változása, vagy halmozódása).

A gazdasági tényezők a stresszválaszban szintén befolyásoló szerepet játszhatnak. A munkanélküliség, a nélkülözés és szegénység – a vele járó



rossz lakáskörülményekkel, táplálkozással, hygienés viszonyokkal, ruházkodással és a bűnözés fokozott valóságával – minden közösségben súlyos stressztényezőknek tekinthetők, és ez a helyzet a testi, lelki betegségekből fakadó jövedelemkieséssel és az anyagi bizonytalansággal.

A kulturális tényezők komplex szerepet játszanak a stresszre adott válaszbán, mely egyaránt lehet védő vagy kórképző szerepű. A kultúra a stresszválaszt a „distressz nyelvezetbe” illeszkedő formába önti. Hasonló stresszoroknak kitett különböző kultúrájú csoportok eltérő stresszválaszt adhatnak, ahogy ez a különbség az adott csoport férfiain és asszonyain között is megjelenhet. Francia, amerikai, fülöp-szigeti és haiti kollégiumi hallgatók között Guthrie és mtsai<sup>20</sup> a stressz-válaszok csoportonként eltérő halmozódását észlelte. Az amerikaiak gasztrointesztinális panaszokról számoltak be, míg a franciák főként hangulati változásokat, és a gondolatok tartalmi eltéréseit jelezték. A filippinók, különösen a női hallgatók cardiovascularis tüneteket említettek, mint a szapora szívverés, vagy légszomj. A szédülés, fejfájás, rémálmok, és izomrángások többnyire női panaszoknak tűntek mind a négy csoportban, és a szerzők szerint „egyes társadalmakban a férfiak részéről az ilyen tünetek észlelése, és elpanaszolása társadalmilag elfogadhatatlan”. Az adott csoport kulturális értékei szintén védhetnek a stressztől: így a társadalmi, és családi összetartozás erősítése, és a kölcsönös támogatás segíti az élet nehézségeivel küszködőt. A kultúrából fakadó világlátás szintén ilyen hatással lehet, mely az egyéni szenvedést az általános szenvedés szintjére emelheti. Ez főként a vallásos világlátásokra igaz, különösen a balszerencsét az „isten akarat” vagy „sors” kifejeződésének tartó fatalista szemlélet esetében. A közös eszmeiségű csoport tagjaként könnyebb a mindennapoknak jelentést, egyöntetű értelmet adni, és így a bizonytalanságból fakadó stressz is csökken. Azok a kultúrák, melyek az elmélkedésnek és a kontemplációnak nagyobb teret szentelnek szemben az anyagiassággal és a versengés hajszájával, tagjaik számára stressz-mentesebb életet kínálnak. A gyermeknevelés (és a vele együttjáró stressz) is fontos további tényező, melynek terhe egy kiterjedt nagycsaládban megoszlik a szülők és a rokon felnőttek között, ami a stressztől védő tényező lehet. A nem nyugati vagy pre-indusztriális társadalmakat vizsgálva azonban nem szabad „a stresszmentes primitív létezés mítoszána” csapdájába esni.<sup>21</sup> Szemben a WHO állításával<sup>8</sup>, mely szerint „a stressz az adaptáció hagyományos módja, mely a modern társadalom lélektani, társadalmi és gazdasági viszonyai közepette már nem felel meg” a valóság az, hogy a hagyományos társadalmaknak is meg vannak a saját pusztító stresszorai.

### „Kulturális eredetű” stressz: a placebo hatás

A kultúra nemcsak véd a stressztől, gyakran elő is segítheti azt. Így egyes kulturális képzetek, értékek, szokások növelhetik az egyént fenyegető stresszorok számát. Így például minden kultúra megalkotja maga számára a „siker” fogalmát (szemben a „kudarccal”), a „presztizst”

(szemben az „elvesztett arccal”, a megbecsülés elvesztésével), a „jó viselkedést” szemben a rosszal, és azt, hogy mik a „jó hírek” szemben a rosszakkal és ezek közösségeként számottevő változékonyságot mutatnak. Új Guineában például komoly stresszt, a megbecsülés elvesztését jelenti, ha valaki nem tud elég disznót, vagy yamgumót cserélni más törzstagokkal; a nyugati világban a fogyasztási cikkek vásárlásában „elmaradni a Jones-éktól” jelenthet hasonló komoly szubjektív stressz-élményt. Mindegyik társadalomban az egyéneket meghatározott célok elérése, a presztizs, és az adott csoport részéről elvárt magatartás bizonyos standardjai sarkallják.

Ezen célok elérésében megélt kudarc frusztráltságot, szorongást, depressziót vagy akár a fent leírt „giving-up-given-up” komplexus kialakulását eredményezhetik, még akkor is, ha azokat a célokat egy másik társadalom tagjai abszurdnak látják. Egyes képzetek közvetlenül stresszorként hathatnak, mint amikor valaki úgy éli meg, hogy „ráolvas-tak”, vagy „megrontották” olyan nagyhatású személyek, kikkel szemben védtelen. Egyes esetekben, mint amilyen a „voodoo halál”, ez akár az áldozat halálához vezethet rövid idő alatt. Más kulturális stresszkiváltó értékrendek között említhetjük a háborúzó magatartásformák felértékelését, a házastársjelölt kezéért, pénzért, egyéb javakért, vagy a presztizsért magáért folyó intenzív versengést. A bőség egyenlőtlen társadalmi megoszlása – mely szorosan kapcsolódik a „gazdasági kultúrához” – általában komoly stresszt jelent a társadalom szegényebb tagjainak, akik a fennmaradásért folytatott napi küzdelmeiket vívják, de maguk a kivételes helyzetben élő gazdagok is komoly stresszt élnek meg, mely a versengésből vagy a szegényektől való félelemből fakad.

A képzeteknek az egyén egészségére kifejtett hatására negatív és pozitív példák egyaránt hozhatók; ahogy Hahn és Kleinman<sup>22</sup> írja: „a képzetek ölnek is, meg gyógyítanak is” („belief kills, belief heals”).

A stresszkelő képzetek és magatartások, melyeket az adott társadalomban nevelődő személy sajátít el, mint kulturálisan kiváltott, vagy „kulturális” stressz határozhatók meg.

A stressz ezen neme az ún. placebo jelenség példája (a latin *noceo*, „én ártok” igealakból) mely tökéletes fordítottja a placebo fogalmának, és az egészségre való ártalmas hatások elvárásával társuló képzeteket jelenti (lásd 8. fejezet).

### „Kulturális eredetű” stressz: néhány példa

A „kulturális” stressz, és az antropológusok által leírt placebo hatás legszélsőségesebb formája a „voodoo halál”, mely „boszorkány halál”, vagy „mágikus halál”, illetve Landy<sup>23</sup> szóhasználatára szerint mint „szocio-kulturális halál” is ismert. Erről a jelenségről a világ számos részén beszámoltak már, így Latin Amerikában, Afrikában, a Karibi-térségben és Ausztráliában is, és általában a preindusztriális hagyományos társadalmakból érkeztek ezek a leírások. A mágikus halál során a magát

boszorkányság, varázslás áldozatának tartó személy megbetegszik, és rövid idő alatt látszólag természetes okból meghal. Ha egyszer az áldozatok a környezetükkel együtt elfogadják, hogy halálos ítélet alatt állnak, a környezet is úgy bánik velük. Ahogy azt Landy írja, a „történetes rákövetkező események folyamata, a feltételezett vallási vagy szociális vétség nyomán a bűnös személyt a varázsló az adott csoport érdekében és támogatásával kiátkozza, pusztulásra ítéli; a halál rövid idő alatt 24-48 óra alatt beáll”. Az antropológus Claude Lévi-Strauss<sup>24</sup> ezt a folyamatot részletezte attól a pillanattól kezdve, hogy az egyén saját kultúrájának hagyományai szerint tudatára ébredt a halálraítéltségeknek. Családja és barátai osztoznak ebben a tudatban és, fokozatosan a közösség is háttat fordít neki. Gyakran emlékeztetik arra, hogy ítélet alatt áll, és élőhalott. Majd: „Kis idő múltán szakrális szertartások segítik őt az árnyékok birodalmába távozni. Először a családi és társadalmi kötések tépik fel durván, kizárva őt minden szerepből, és öntudatát fenntartó tevékenységből, majd ezen erők az élet képviselésében bélyegzik meg, az áldozat sokrétű terrornak kitéve hirtelen elveszti azokat a vonatkoztatási pontokat, melyeket a korábban támogató csoport biztosított, végül a csoport közös döntés alapján megsemmisíti, holttá nyilvánítja őt – a nemrég még jogokkal és kötelességekkel rendelkező, élő embert – akit ettől fogva félelem, rítusok és tabuk kísérek.”

Ez a helyzet az Engel féle „giving-up-given-up” komplexus klasszikus példája, melyet ő betegséghez, vagy hirtelen halálhoz vezető élethelyzetnek tekint. 170 hirtelen halálesetet elemzett<sup>25</sup> és ezek többségében talált bizonyos közös elemeket: így olyan megelőző eseményt, melyen az áldozat nem tudta magát túltenni, a személy túlfokozott érzelmi izgatottságot élt meg, és úgy érezte, hogy nem ura tovább a helyzetnek. Tíz esetben a hirtelen halál olyan időszakban jelentkezett, melyet az áldozat alacsony önbecsülése, illetve státuszvesztése jellemzett, így két-két férfi esetében a halál egybeesett fontos pozíciókba való kinevezésük elmaradásával. Különböző elméletek születtek a „kulturális” hirtelen halál magyarázatára. Cannon<sup>26</sup> a szimpatikus idegrendszer túlműködésével hozta azt kapcsolatba – „a támadás vagy menekülés” válasszal, egy olyan helyzetben, amikor az áldozat (kulturális tekintetben) immobilizált, mozgásában gátolt helyzetben volt választási lehetőség nélkül. Engel<sup>27</sup> szerint a vasovagális szívleállás és a szívritmuszavarok érzelmi felfokozottság, és lélektani bizonytalanság állapotában jelentkeznek a koszorúér-betegségben szenvedők esetében, melyek hátterében a szimpatikus aktivitás (küzdőlelem-menekülés) és a para-szimpatikus rendszer fokozott működésének (konzerváció-visszahúzóadás) egyidejűsége áll. Lex<sup>28</sup> nézete szerint ez az egyidejű aktiváció a mágikus halál jellemzője, mely állapotban az idegrendszer túlhangolódása, vagy túlérzékenysévé válása alakul ki, és az egyén fokozottan érzékeny a mágikus eredetű halálát hirdető sugallatok, szuggeszciók, és a heveny paraszimpatisz hyperreaktivitás vagy a vágus eredetű halál iránt.

A „mágikus halál” a kulturális stressz válasz szélsőséges és drámai alakja. Mintegy fordítottja a Hertz<sup>29</sup> féle gyász modellnek (lásd 9. fejezet) mert itt a „szociális halál” előzi meg a biológiai halált bizonyos, változó idővel. A nyugati körülmények között a hosszabb pszichiátriai kezelés, szociális otthoni tartózkodás, vagy börtönidőszak szintén magán viseli a szocio-kulturális halál egyes jegyeit, ideértve az „életter” jelentős megváltozását, a befogadó intézményekhez kötődő új stresszorok hatását, ahogy ezt Goffman munkájában olvashattuk.<sup>30</sup>

A szociális halál jelenkori példáját mindinkább az AIDS áldozatok körében kell keresnünk. Cassens<sup>31</sup> írja le a diagnózis nyomán a megbetegedett homoszexuálisokat sújtó stresszteli szociális következményeket. Nemcsak a testi betegséggel kell megküzdeniük, hanem a bűntudattal, a szorongással, a feltartóztathatatlan halál tudatával, és mások előítélésével is (lásd 5. fejezet). Ezt súlyosbítja a szexuális intimítás elvesztése, a család és a barátok részéről elszenvedett visszaütés, az elvesztett munkahely, és a média szenzációhajász cikkeinek folyamatos irritáló hatása „a bűn és büntetés hangoztatásával”, mely csak szociális elszigeteltségüket, és számkivetettségüket erősíti.

A kulturális stressz másik, bár kevésbé szélsőséges példáját kínálják egyes diagnosztikus címkék egészséget és magatartást romboló hatásukkal: mint például az olyan tömör orvosi közlések, mint a „Önnek rákos megbetegedése van.”, „Gyenge a szíve.” vagy „Ön hypertóniás.” Waxler<sup>32</sup> szerint ezek a diagnosztikus ítéletek mélyrehatóan befolyásolják a beteg tüneteit, magatartását, szociális kapcsolatrendszerét, betegségkilátását és énképét, továbbá mások felé irányuló attitűdjét. Ebben az esetben a „gyenge szív”, vagy a „magas vérnyomás” eredetét, jelentőségét, súlyosságát, és kimenetelét illető képzetek vezetnek a „nocebo hatáshoz”, és az adott diagnózisokhoz illő betegségmagatartáshoz. Az egyén önmagát betegnek, vagy rokkantnak minősíti, családja és barátai is ennek megfelelően kezdenek viszonyulni hozzá – az étrendi szokásai, vagy magatartása megváltoztatására bátorítják, vagy más előírások betartására készítetik. Ahogy a betegnél láttuk, úgy környezetére is igaz, hogy a betegség jelentőségét illető kulturális képzetek alakítják ki attitűdjeiket. A gyermekek esetében mindennek igen tartós, élethosszig tartó következményei lehetnek: az asztmásnak minősített gyermek szülei – saját gyermekkorukban érvényesnek tartott szemléletet követve – a gyermeket eltilthatják számos társadalmi, vagy sporttevékenységtől. Így az elhamarkodott diagnosztikus címkék önbeteljesítő jóslattá válhatnak idővel. Egyes betegnek minősített egyéneket ez olyan intézetekbe sodorhat, amelyek inkább a betegségtudat fennmaradásában segít, semmint megválni attól. Waxler megjegyzi, hogy az olyan szervezetek, mint például az Anonym Alkoholisták (AA) is hozzájárulhatnak a betegségtudat fennmaradásához, mert „nagyszámú AA tag társadalmi élete a szervezet köré összpontosul, mely hozzájárulhat a „nagy társadalomtól” való elszigetelődéshez, és az alkoholista szerep fennmaradásához. Waxler amerikai farmerek között

talált példát arra, hogy az orvosi diagnózis félreértése hogyan vezetett a tünetmentesség, és negatív vizsgálati eredmények ellenére a szívbetegség tévképzetéhez. Ennek következtében a farmerek életvezetését a betegségképzetből fakadó óvatosság, és szinte a keréngépi rokkantakra jellemző rendszabályok betartása jellemezte. Ahogy azt a szerző írja, a kórisme bélyege – ahogy azt a farmerek és családjuk hiszik – még akkor is befolyásolja magatartásukat, ha se betegség, se tünet azt nem befolyásolja. Haynes és mtsai<sup>33</sup> példája egy nagyüzem hypertonia szűrése kapcsán címkéződő munkások minden napjait elemzi. Azoknál a tünetmentes személyeknél, akiknél magasvérnyomást mértek, a munkahelyi hiányzás emelkedése elérte a 80%-ot, mely összehasonlíthatatlanul magasabb, mint az egyébként jellemző 9%-os növekedés. Egyes diagnosztikai címkék, mint a „rák” is önmaguk is stresszorként hatnak fokozva a szorongást, és a rossz előérzetet, különösen ha a személy egyébként is beteg. Hasonlóképpen bizonyos hely maga a kórház, vagy az orvosi rendelő is olyan közeg, mely élettani változást okozó szorongást válthat ki, melyet tévesen betegségnek ítélhetnek. A „fehérvérű hypertonia”,<sup>34</sup> illetve a „fehérvérű hyperglycaemia” egyaránt ezt a jelenséget példázza.<sup>35</sup> Az előző esetben a rendelőben észlelt magasabb vérnyomásértékek otthoni környezetben nem ismétlődnek, míg az utóbbi esetben a vércukorszint klinikai körülmények között magasabb összevetve az otthoni vércukor tesztesik ellenőrzésének értékeivel.

A koszorúérelmeszesedés (ISZB) kínálja az utolsó példánkat arra, hogyan játszik közre a társadalom kulturális képzet-, és szokásrendszere a tagjait érintő stressz és betegségek kialakulásában. Ide sorolhatjuk a magas telített zsírsavtartalmú étkezési szokásokat, a dohányzást, a mozgásszegénységet, az emelkedett vérzsírszint és a hypertonia hátterében szerepet játszó tényezőket. Friedman és Rosenman<sup>36</sup> munkája alapján feltehető, hogy pszicho-szociális tényezők, bizonyos viselkedés és személyiség-mintázatok főként a fogékonyabb személyekben szintén kóroki szerepet játszhatnak. *Type A Behaviour Pattern*-nek (TABP) azaz *A típusú magatartásmintázat*-nak nevezték el azt a viselkedést, azt a krónikus küzdelmet, mely során az egyén a lehetséges legrövidebb idő alatt próbálja elérni céljainak szinte vég nélküli sorát. A TABP-t példázó egyéneket agresszivitás, ambíciózusság, és versengés jellemzi, munkaszomjuk sajátos „munkaholizmushoz” vezet, a határidők szorításában élnek, türelmetlenek.<sup>37</sup> Személyes életük érzelmileg sivár és tökéletlen, a munka és a hivatás fontosabb számukra, mint a család vagy a szórakozás. Tartós követéses vizsgálatok tanúsága szerint az ilyen magatartásmintázatú személyeknél az ISZB kétszer gyakoribb, mint az ilyen jegyek nélküli, harmónikusabb *B típusú* (TBBP) személyiségű egyéneknél.<sup>37</sup> Friedman és Rosenman szerint a nyugati ipari társadalom az A típus kialakulását segíti és jutalmazza. Ezen jegyek „képviselői” gyakran eredményes üzletemberek, politikusok, technokraták, szakemberek, kereskedők. Ugyanakkor ennek az elismerés-

nek az ára a bukástól, visszaminősítéstől és a helyzet feletti uralom elvesztésétől való folyamatos félelem. Appels<sup>38</sup> arra hívja fel a figyelmet, hogy ezek az emberek a sodró ritmusú, teljesítmény orientált, industrializált társadalom nyomását nem tudják kezelni, és éppen ezért kudarcuk kapcsán még élesebben rajzolják ki a társadalom arcát. Az általa megvizsgált 22 társadalomban az ISZB mortalitása a hangsúlyozott „teljesítmény orientáltsággal” mutatott korrelációt. Az Egyesült Államokban vizsgálta az ATBP és a nemek közötti összefüggéseket Waldron<sup>39</sup>, és az ISZB kockázatát a férfiaknál kétszeresnek találta. Véleménye szerint a férfiak esetében a fokozott sérülékenységet a hormonális hatások mellett kulturális tényezők is elősegíthetik. Különösen a hagyományos férfi foglalkozásokban és szerepekben lehet az „A típusú” viselkedésmintázatoknak megerősítő szerepe, míg a hagyományos női szerepekben nem. Ennek megfelelően a szülők és a nevelés más intézményei a fiúkban megerősítik az „A típusú” személyiség mintázatát, a lányoknál pedig nem – és ez később az asszonyokat megvédi az ISZB kockázatától.

Ezért a TABP-t, az „A típusú” személyiségmintázatot akár a nyugati „kulturához kötött szindrómának” (lásd 10. fejezet) is nevezhetjük, mely a tökéletes, ipari társadalmak kulturális értékrendjét tükrözi, ahol a versengés, ambíció, anyagiasság, időzavar, határidők átszövik a mindennapi életet. Továbbá a stressz-teli magatartás e modellje rámutat a nyugati társadalom értékrendszerének számos *ellentmondására*, és az „A típusú” egyén ezen ellentmondások élő megtestesülése. Egyik oldalon társadalmának értékrendjével azonosul – Weber<sup>40</sup> szavaival „a kapzsiság és a birtoklás vágya filozófiájával”, melyet a társadalom jutalmaz, másrészről azonban ellenséges, versengő magatartása *antiszociális*, és romboló mind saját maga, mind családja, barátjai és munkatársai felé. Az értékek ezen ellentmondása – az antiszociális magatartás bizonyos formáit a társadalom állandóan elismeri – akkor oldódik fel jelképesen, amikor „büntetését”, a szívrohamot elszenvedve, és a kórházból elbocsátva törekeny, megszeppent és kevésbé agresszív „B típusú” személyiséggé válik.<sup>41</sup>

A következő fejezetben az Egyesült Államok olyan bevándorlóiról esik szó, akiket saját kulturális hátterük részben véd az A típusú magatartás kockázatától és az ISZB-től, feltéve ha szokásaikat, értékrendjüket meg is őrzik.

## Stressz és bevándorlás

Az egyén „életterét” szétterő stresszhatást jelent az egyik kultúrából egy másik kultúrába, vagy az egyik országrészről egy másikba vándorolni. Ahogy Eitinger<sup>42</sup> fogalmaz, az új bevándorlóknak meg kell küzdeni az elszigeteltséggel, a segítség nélküliséggel, a környező világot illető bizonytalansággal, mely a szinte átláthatatlan ingertömeggel társul. Nemcsak a maguk mögött hagyott családi, baráti háttér, és az ismerős



helyek, de a saját világról alkotott feltevések sem érvényesek, valóságosabbak. Gyakran kerülnek szembe nyelvi akadályokkal, a befogadó társadalom ellenséges vagy közömbös magatartásával, és az új környezetre jellemző, az otthonitól eltérő új kulturális gyakorlattal, eltérő vallási szokásokkal. Migrációnak kell tekintenünk a kultúrák közötti vándorlást, mellette gyakran a kis faluból a nagyvárosba költözést, vagy a saját földjén gazdálkodó paraszti létformából a képzetlen bér munkássá váló egyén útját. Míg a bevándorló bizonyos kulturális értékei, mint a családi összetartozás hangsúlyozása védhet a stressztől, a bevándorlás során rendszerint mélyreható pszichoszociális átmenetet él meg – mellyel a megőrzésvágy vagy a munkaképesség csökkenése állítható párhuzamba. Eisenbruch<sup>43</sup> a *kulturális gyász* fogalmát vezette be azon egyének szenvedéseinek leírására, akik nem tudták feldolgozni szülőhazájuk és anyakultúrájuk folytonos és traumatizáló elvesztését. Ez különösen a kényszerűségből elszakadt emberekre, menekültekre, száműzöttekre vonatkozik, akik gyökereit háború vagy üldöztetés szaggatta fel. A változások, melyen az ilyen csoportok kollektív gyászukban keresztül mennek hasonlítanak a személyes gyászra, ideértve annak kóros, illetve atípusos formáit is.

USA és brit bevándorlók mind fizikai, mind lélektani értelemben vett stressz válaszaikat számos vizsgálat elemezte – de az exakt mechanizmus, mely révén ezen jelenségek a migrációhoz kapcsolódnak igen összetettek és nem értjük még teljesen.

#### *Esettanulmány: A migráció hatása a vérnyomásra*

A migráció vérnyomásra kifejtett hatásait elemző tanulmányokat Cassell<sup>44</sup> foglalta össze. Az egyik tanulmányban a déli államokból bevándorló feketék vérnyomását vetették össze a Chicagóban született néger férfiak vérnyomásértékeivel. A magas vérnyomás a városi lét tartamával mutatott összefüggést, minél hosszabb ideje éltek a nagyvárosban annál magasabb vérnyomást találtak náluk. Egy másik tanulmányban a Cape Verde Islands (Nyugat-Afrika partjainál fekvő szigetek) bennszülött lakosságát hasonlították a keleti partvidékre bevándorolt Cape Verdeekkel. A bevándorlók minden korosztályban magasabb vérnyomásértéket mutattak, és a fiatalok és az idősek között is élesebb volt a különbség, mint a helybenmaradott szigetlakók esetében. Más vizsgálatok az USA-ba bevándorolt írek 32%-ánál találtak magasabb vérnyomást szemben az Írországra jellemző 21%-os hypertóniás átlaggyakorisággal.

Cassell szerint ezen vizsgálatok eredményei aligha tudhatók be a hátramaradottak és a kivándorlók közötti genetikai eltéréseknek, inkább a bevándorlók egyedei között mutatható genetikai eltéréseket a környezeti befolyások iránti fogékonyság és tűrőképesség. Ezek a befolyások olyan fizikai tényezőket érintenek, mint a kalóriefelvétel, a sóbevitel, fizikai

mozgás és egyes paraziták és betegségek hiánya a befogadó országban, mely otthon könnyen vezethetett sorvadáshoz, anaemiához, olyan állapotokhoz, melyek a vérnyomást csökkentik. Azonban a pszichoszociális tényezőkről sem szabad megfeledkeznünk, melyek különösen a „koherens értékrendszer” eltűnése, és más értékek, eltérő helyzetek megjelenése révén játszanak szerepet, amikor a bevándorló hagyományos megküzdési eszköztára tovább már nem érvényes.

#### *Esettanulmány: Pszichiátriai betegségek Manchester bevándorlói között, Nagy-Britannia*

Carpenter és Brokington<sup>45</sup> a Manchesterben élő ázsiai, nyugat-india és afrikai bevándorlók körében előforduló mentális betegségeket vizsgálta. A bevándorló népesség körében kétszeres a pszichiátriai beutalás aránya a brit születésűekkel szemben, különösen a 34 és 44 életév közötti korosztály, és az ázsiai nők esetében. A szkizofréniát különösen gyakran találták a bevándorlók körében, főként az üldöztetési téveszmékben szenvedők esetében, mely betegséget más vizsgálatok is kiemelten említik. A szerzők feltételezése szerint: „a társadalmi és nyelvi izoláció... bizonytalanság és a környezetre jellemző attitűdök magyarázzák az üldöztetési téveszmék kialakulását.”

#### *Esettanulmány: Külföldi születésű egyének pszichiátriai beutalása Bradfordban Nagy-Britannia*

Az első pszichiátriai felvételt elemző vizsgálatában Hitch és Rack<sup>46</sup> a külföldi születésű személyek körében a mentális betegségeket gyakoribbnak találta szemben a brit születésű személyekkel. Lengyel és orosz származású menekültek mintájában mérték a pszichiátriai krízisek arányát 25 évvel letelepedésüket követően. Mindkét csoportban magasabb értéket találtak – különösen a szkizofréniá tekintetében –, mint a helyi születésűeknél, és a lengyelek magasabb gyakoriságot mutattak az oroszoknál. A legsérülékenyebbnek a lengyel asszonyok csoportja mutatkozott. A szerző szerint a bevándorló csoportok közötti különbség részben a lengyelek kis csoport-kohéziójával, illetve az oroszok körében észlelhető erős nemzeti, etnikai érzékenységgel magyarázható (akik között sokan ukránok voltak). Az etnikai szociális támogatás nemcsak a környezeti stresszel szemben kínál védelmet, az identitás megtartásában is segítséget nyújt, bár itt is adódnak különbségek, mint arról a lengyel és orosz emigránsok esetében beszámoltak. Sok évvel a bevándorlást követően mégis mindkét csoport fokozott gyakoriságot mutat a mentális betegségek első fellépését illetően. A szerző szerint: „a háborús tapasztalat, és a kulturális shock az egyén megfelelő megküzdőképességével találkozhat, mégis kiszolgáltatja a sérülékennyé vált személyiséget a későbbi stresszhatások iránt.” A bevándorló az elköltöző gyermekek

távozása, a házastárs vagy a rokonok halála után a maga rossz angol-ságával, és angol barátok nélkül különösen sérülékennyé válhat a környezeti stresszorok iránt, mely egyben a mentális vagy testi betegségek fellépésével fenyeget.

**Esettanulmány: Birminghami bevándorlók öngyilkossági kísérletei, Nagy-Britannia**

Burke három tanulmányt közölt 1976-ban az ír<sup>77</sup>, ázsiai<sup>78</sup> nyugat-indiai<sup>79</sup> bevándorlók körében az elkövetett öngyilkossági kísérletek arányát illetően. Eredményei jelzik, hogy az öngyilkossági mutatók magasabbak, mint az óhazában maradt népesség körében közölt számok, ez különösen igaz a női bevándorlók esetében. Birminghamban az észak-ír születésűek, illetve az írországi bevándorlók körében 30%-kal magasabb szuicid gyakoriságot észleltek, mint az Edinburghban született lakosoknál, és ez az érték magasabb a dublini vagy a belfasti mutatóknál is. A stressz más mutatói, az alkoholizmus, drogfüggőség és az elmebetegség szintén magasabb a bevándorlók körében. Az ázsiai bevándorlók (Indiából, Pakisztánból, vagy Bangla Deshből) azonban a helyi lakosokkal szemben alacsonyabb öngyilkossági gyakoriságot mutattak, de ez a szám – különösen a női bevándorlók esetében – megelőzte a hajdani hazájukban ismert mutatókat. Burke jelzi, hogy a nyelvi nehézségek is magyarázhatják mindezt a nők esetében, mert velük szemben a férfiak a nyelv és a kultúra elsajátításában jártasabbak, hiszen évekkor korábban érkeztek új hazájukba. A nőket gyakran ösztönzik arra, hogy otthon maradjanak, és ez sokszor vezet „kulturális konfliktusokhoz” a fiatalabb ázsiai asszonyok, és lányok esetében akik az otthon-cetrikus és az iskolák, munkahelyek által közvetített értékrend között órlódnak. A nyugat-indiai bevándorlók körében is alacsonyabb az öngyilkosság, mint a befogadó társadalom körében, de a nyugat-indiai nők körében magasabb, mint a karibi asszonyok körében; mindezek alapján „a bevándorlást követő stresszek közrejátszanak abban, hogy az öngyilkossági kísérletek inkább az asszonyokat érintik, és nem a férfiakat”. A fiatal nyugat-indiaiak körében a stresszhatások egy része az alacsony kereset miatti létbizonytalanságból, a gazdasági és érzelmi küzdőképesség ellehetetlenüléséből való félelemből, a rossz lakásviszonyokból és a nagycsalád hiányából tevődik össze. Mindezek „a stresszel szembeni tűrőképességet jelentősen csökkentik”.

**Esettanulmány: Angliai és walesi bevándorlók körében elkövetett öngyilkossági kísérletek**

Raleigh és Balarajan<sup>80</sup> 1979 és 1983 között 17 bevándorló csoport körében elemezte Angliában és Wales-ben a különböző nemzetiségűek

öngyilkossági gyakoriságát. A 20 és 69 közötti férfi és női bevándorlók között főként a lengyel, orosz, francia, német, dél-afrikai, skót és ír csoportok körében találtak az angol és welszi lakossághoz képest magasabb gyakoriságot. Különösen a skót és az ír 20 és 29 év közötti bevándorlók mutatói voltak magasak. Más csoportok esetében, mint a karibi, indiai, és az olasz, spanyol, és portugál bevándorlók körében alacsonyabb mutatókat találtak. Ezeket a közösségeket összevetve korábbi hazáik jellemzőivel ahhoz hasonló arányokat kaptak. Ez főként a férfi bevándorlók esetében igaz, de nem jellemző az asszonyokra, különösen az ír és a lengyel asszonyok esetében. A szerzők következtetése szerint a bevándorlókra jellemző öngyilkossági arányok kevésbé térnek el az otthoni mutatóktól, mint az új hazájukra, Angliára vagy Walesre jellemző arányoktól, a „talált adatok arra utalnak, hogy a migráció nem emeli az öngyilkosság gyakoriságát”. Bár a szerzők elismerik, hogy „a migrációval együttjáró gazdasági és társadalmi változások stresszhatáshoz vezetnek”, de szerintük „a stresszre adott reakciót az elhagyott országra jellemző, az emigránsba belé nevelt kulturális és szociális attitűdök határozzák meg”.

Hangsúlyoznunk kell, hogy a fenti négy tanulmány mindegyike első generációs bevándorlókra foglalkozik. Nem érinti azokat, akik már Nagy-Britanniában születtek, és nevelkedtek, akiknek tapasztalatai és kultúrává válásuk mértéke eltér szüleiktől. A második nemzedék által elszenvedett stressz egyes bizonyítékairól már írtunk a 10. fejezetben. Továbbá az összes tanulmány megegyezik abban, hogy az emigráció első nemzedékénél a stressz testi, érzelmi és szociális problémákkal társul, mely stresszválaszként értékelhető, de ez nem mentes ellentmondásoktól. Míg Burke<sup>77-79</sup> kutatásai az öngyilkossági kísérletek magasabb arányát jelzik a bevándorlók körében, addig Raleigh és Balarajan<sup>80</sup> nem találtak eltérést a *tényleges* öngyilkossági arányban, bár megjegyzik, hogy 1970 és 1983 között Angliában és Walesben – különösen az orosz, ír és dél afrikai bevándorlók körében az öngyilkosság gyakorisága *megnőtt*. Továbbá igen széles változatosság jellemzi a migráció nyomán megélt tapasztalatokra adott válaszokat a különböző közösségekben. Amíg ezek a vizsgálatok hasznosak az emigránsok körében jellemző stresszhatások bizonyításában, nem kínálnak elegendő adatot arra, hogy a bevándorlók világképe, kulturális szokásai – és persze a befogadó ország – milyen módon befolyásolja a bevándorló létét. Például milyen kulturális jellemzők védik meg őket, és milyenek szolgálatják ki még jobban a stressznek. Egyes kultúrákból a kivándorlás kevésbé stresszteli mint másiktól? Vajon az időszakos bevándorlás – például a *vendégmunkások* esetében – kevésbé stresszteli, mint a kényszerű vagy végleges döntés nyomán a menekültek, vagy száműzöttek esetében? Mi az intézményes és egyéni tekintetben vett faji előítéletek és megkülönböztetés hatása a bevándorlók mentális és testi egészségére? Egyes befogadó kultúrák nagyobb stresszt jelentenek-e mint mások?

Egy másik tényezőként értékelhető, melyről már szóltunk a 10. fejezetben, hogy a befogadó ország orvosi és egyéb szaktekintélyei döntenek



arról, hogy a bevándorlók körében észlelt eltérő magatartások, „őrültnek” vagy „rossznak” minősülnek, és ez a morbiditási statisztikákat jelentősen érintheti.

### A „stressz” laikus modelljei

Az elmúlt néhány évtizedben a „stressz” fogalma a közgondolkodás részévé vált, és a könyvek, magazinok, rádió és tévprogramok közkedvelt témája lett. A laikus képzetek szerint a stressz foglalja magába azt a rejtett és diffúz erőt, mely összeköti az egyént (mentális és testi értelemben is) az őt környező társadalmi közeggel.

A stressz közkeletű képzetei a kortárs nyugati társadalom egyik legáthatóbb és sokoldalú népbetegségében összegződnek. Ahogy a „szívbjai”, vagy „szívszüllyedés” (lásd 5. fejezet) esetében a stresszhez kapcsolódó közkeletű képzetek is egy elképzelésben sűrűsödnek össze, melyben a negatív érzések, érzelmek, és testi érzések, továbbá bizonyos társadalmi, kulturális és gazdasági körülmények sűrűsödnek. Ezáltal a boldogtalanság, és a balszerencse hagyományos modelljei is ebbe a képletbe épültek be. A stressz a boszorkányság, varázslás, rontás, igézés és más személyközi ártalmas praktikák, vagy a „sors”, „isteni büntetés”, illetve az ártó szellemektől való „megszállottság” természetfölötti betegségek szekularizált, evilágiasodott változatává vált. A stressz jelenkori képzetei jól illusztrálják azt, hogy Selye eredeti elképzelése hogyan járta át a populáris kultúrát, és ötvöződött a balsorshoz kapcsolódó hagyományos hiedelmekkel – hogyan fedte le egymást az emberi szenvedés népi, orvosi és vallásos magyarázata e nézőpontból.

Massachusettsi tanulmányomban<sup>9</sup> a pszichoszomatikus betegségben szenvedők 95%-a a stressz-szel magyarázta állapotát, bár ezalatt a fogalom alatt igen változatos elképzelések szerepeltek. Egyes esetekben ezt a környezet láthatatlan, a személyt legyűrő erejeként (stressz alatt állni), vagy más emberek olyan láthatatlan, és rosszindulatú hatásaként, mely a testbe jutva betegséget okoz („a stressz a hörgőimet görcsbe rántja”, A stressz a leggyengébb szervet támadja meg. Engedem, hogy megegyen engem”), vagy valami olyan, ami „belül nő meg, hacsak meg nem tudsz szabadulni tőle” („A jó kapcsolatok megtartják az egészséget, mert segítenek a stressz ventillálásában (kibeszélésében)”).

Az angol nyelvű országokban a stressz szóval számos visszatérő képzet, metafora azonosítható. Jelentős részük az „idegesség”-hez kapcsolódó képzetekkel mutat összefüggést (lásd alább). Ezen metaforák többsége – ha nem is mind – a mindennapi élet technológiájával, termékeivel teremt párhuzamot, mint súlyos tárgyak, gépek, autók, elemek, elektromos hálózatok, hurok, gumiszalagok, kuktafazék, cserépedény. Egy részük magára a stresszre utal, mások a stresszre adott választ jelképezik. A leggyakoribb metaforák a következők:

1. Stressz mint nehéz *súly* – ebben a képben a nehéz, láthatatlan súly, teher, vagy erő, mely az egyénre felülről nehezedik – különösen az egyén mellére, fejére, vagy vállára –, amit igen

nehéz „viselni”. Példaként „túl sok stressz alatt lenni”, „nyomás alatt állni”, „feszültségben lenni”, „a dolgok rám nehezednek” felhalmozódik, „túl sok dolog feszíti a fejét”, vagy („nyomja a hátát.”)

2. Stressz mint *drót* vagy *huzal* – ebben a képben az „idegek” mint drótok, huzalok, vonalak, gumiszalagok, vagy hurok jelennek meg (hasonlóképpen a gitár vagy hegedűhúrokhoz). Így egyes emberek „fel vannak húzva”, „feszültek, túlfeszítettek”, vagy „ki vannak pánvázva”, míg másoknál az idegek „csattannak”, vagy „felborzolódhatnak”, vagy „disszonáns” válnak.
3. A stressz mint *belső káosz* – a belső ellenőrizhetetlen rendellenesség, káosz, változás vagy a testben zajló folyamat. Példaként „tájtékezik”, „minden összezavarodott”, „minden felkavarodott” vagy „összeszorul a gyomrom”.
4. Stressz mint *széttörédes* – itt a stressz úgy jelenik meg, mint egy tárgyat széttörő erő, mintha egy sócserépedény, vagy tányér törne el. Példák: „idegileg összetörni”, „darabokra szakadni” „megtörni”, „összezúzott”.
5. A stressz mint egy gép *működészavara* – ebben a képben a test és az én gép, vagy motor, amely működésképtelenné vált. Például „idegösszeomlás”, „kiégett”, „csikorogva leáll”, „lemerült” vagy „fel kell töltődnie”.
6. Stressz mint az *életnedvek kiszáradása* – itt a kép az életnedvek, mint a vér, vagy az anyatej, vagy – ezekkel közös jelentéssel (5) – benzin, vagy gőz. Például: „le vagyok eresztve”, vagy „üres vagyok”, „kiszáradtam”, „kifogyott a szufla”, „kiürülni”, „elfogyott a gőz”, „elfogyott az energia”.
7. Stressz mint *belső robbanás* – ez a kép, mint a termodinamikai gondolkodás terméke, a belső erők, vagy belső nyomás biztonsági szelep nélkül hirtelen és drámaian robbanásához vezethet. Például „kirobbant a melléből”, „felrobbanok”, szét vet a...”
8. Stressz mint *személyközi erő* – az első példánkhoz kapcsolódó kép, azzal a különbséggel, hogy itt az egyik személy valahogy (tudatosan vagy tudattalanul) egy másik emberben a stresszt, vagy betegséget vált ki. Például: „a főnököm rengeteg stresszt okoz”, „Vele élni rengeteg stressz-szel jár együtt”, „idegösszeroppanást kaptam tőle”, vagy „összetörte édesanyja szívét”.

A stressz érzékelésére gyakran használt mechanikus, vagy gépi metaforák korunk másik gyakori képzetével is összekapcsolódnak a mindennapos szóhasználatban és a stressz irodalomban egyaránt: ez a modernitás veszélyes, betegségekeltető természete. A modernitás kórokozó természetének gondolata egyáltalán nem modern, nem újkeletű. 1897-ben Sir William Osler a híres orvos az „artériás degenerációt”, „a modern élethez kapcsolódó aggodalmakkal és megerőltetéssel”, „a férfiak életét károsító nagy nyomás, és a gép teljesítőképességének maximumáig felpörgetett munkaszokásokkal”<sup>10</sup> hozta összefüggésbe. A jelenkori mozgá-

mak, mint a „New Age” vagy más metafizikus törekvések a modern életet, táplálkozási szokásokat és a városi létformát lényegénél fogva „stresszesnek” tekintik. Ahogy egy amerikai asszony fogalmazását idézi McGuire<sup>52</sup>: a stressz „a dolgok kezelésének a mi nyugati kultúránkra jellemző mikéntje- teljesítmény irányult, erőlködő, magamutogató, nagyhangú... Csinálni, iparkodni, menni előre, hát ilyesféle dolog. Valójában megőrjíti bennünket, megbetegít.” Gyakran ezek az eszmék egy természetesebb életvitel iránti nosztalgiával társulnak, vágyakozással a preindusztriális, közösségibb és a versengéstől megkímélt, „stresszmentesnek” tartott Édenkert iránt.

### Az „idegesség”

A szenvedést magyarázó leggyakoribb, és sok kultúrában változatos módon felbukkanó képzet az „idegességhez” kapcsolódik. Ez különösen gyakori Európában, Észak-és Dél-Amerikában és az összes angol nyelvű országban, főként az asszonyok körében, és lényegében a „stressz” képzetével mutat közös elemeket. Mint a „stressz”, ez a képzet is testi, lelki és társadalmi tapasztalatokat sűrít össze egy fogalomba. Ez is hangsúlyt fektet a testi jelenségekre: a test diffúz tüneteit az „idegességgel” magyarázza. Ahogy azt korábban már illusztráltuk, ez számos módon fogalmazódhat meg. De a stresszmodellel szemben itt az egyénre jellemző *belső* okok nagyobb súllyal szerepelnek, melyek az érzelmi szenvedést, betegséget és a mindennapi stressz iránti sérülékenységet magyarázzák. Így egyes emberek „gyenge”, vagy „rossz” idegzettel születnek, amit egy részük szüleiktől örököl, másoknál a gyermekkor vagy felnőttkoruk alakítja ki azt, amikor idegeik „kirojtódnak, összetörnek, vagy túlfeszülnek” a lelki sérüléseket okozó események folytán. Mindegyik esetben az idegességet teszik felelőssé az egyén egészségromlásáért. Ahogy azt egy 72 éves asztmás asszony mondja: „Asztmát ideges ember kap. Egész életemben nem tartottam magam ideges embernek, de mégis az kell hogy legyenek. Az egész mögött az idegnek kell állnia.”<sup>53</sup>

Az „idegességet” illető antropológiai tanulmányok fedték fel, hogy ez a képzet nem egynemű, nem egy elképzelésről, vagy „kultúrához kötött szindrómáról” van szó. Nincs tiszta és egynemű hozzákapcsolódó tünetegyüttes. Az „idegesség”-hez kapcsolódó elgondolásokat inkább a használt kifejezés helyi, társadalmi környezetében kell értelmezni: mint az egyénnek a megélt eseményekre adott érzelmi, fizikai és szociális válaszmódját, mely magyarázza az egyén személyiségét is. Az egyik gond az, hogy az orvosok gyakran félreértelmezik az „idegesség” és a hozzá kapcsolódó tünetek jelentőségét. Ahogy arra Finkler<sup>54</sup> rámutatott, az orvosok „az egyén tapasztalataitól az abba ágyazódó betegségeket leválasztják”, és azt kóreléttani zavaroknak tulajdonítják. Az idegességgel kapcsolatos betegségek helyett a „kórképekre” összpontosító szemlélet a panaszok valódi jelentőségét félreértelmezve a kezelést is elvetheti.

### Esettanulmány: Nervios San Joséban, Costa Rica

Low<sup>54</sup> a Costa Rica-i San Joséban a férfiak és a nők körében, minden életkorban, és minden társadalmi rétegben észlelte az „idegesség” (nervios) előfordulását. Egy olyan kultúrában, ahol a család békéje (tranquilidad) nagyon fontos, a *nervios* gyakran a családi békétlenség, vagy a család szétesésének a tünete. Így a nervios krízisét a gyermek házassága a nemkívánt mennyel, vagy házasságon kívüli gyermek születése, és a váratlan gyászeseemény egyaránt kiválthatja. Az emberek a *nervios* kapcsán a gyermekkori szegénységet, alkoholista apát, vagy édesanyjuk lányanyaságát hibáztatják. Ez fejfájásban, álmatlanságban, hányásban, étvágytalanságban, fáradékonyságban, ingerültségben, félelemben és tájékozódási zavarban kifejeződő testi és érzelmi tünetekben nyilvánulhat meg. Mindez jelzi, hogy a kontrollvesztettség érzete, az „Én” és a „test” szétválása jelenik meg így. Mindez kulturálisan szankcionált módon jelzi mások számára, hogy a családi kapcsolatokkal baj van, és együttérzésre, figyelemre van szükségük. Továbbá a *nervios* képze egyben „bátorítja a kulturális előírások szerinti magatartást, és normákhoz való igazodást”, különösen a családi viszonyokat és összetartást erősítő íratlan szabályok tekintetében.

### Esettanulmány: Nevra görög bevándorlók körében Montrealban, Kanada

Dunk<sup>55</sup> a montreáli görög bevándorlók körében írta le az „idegesség” (*nevra*) másik formáját, mely az asszonyok szomatizációjában, testi tünetek képzésében nyilvánul meg. A *nevra* rohama a „kontroll-vesztés” érzetével jelentkezik, „megragadja az egyént”, majd aztán „kitör”, vagy „kirobban”. Ez idő alatt gyakran sikoltoznak, üvöltöznek, dobálnak dolgokat vagy verik gyermeküket. Gyakran kíséri mindezt, fejfájás, nyakfájdalom, vállfájdalom, és szédülés. Az ilyen rohamtól szenvedő gyakran használja a kifejezést: „Az idegeim fel mondták a szolgálatot.”

Ennek okát a bevándorlók életének sajátos gondjaihoz kötik, mint a gazdasági nehézségek, zsúfoltság, a bevándorlásnak a családra kifejtett hatása, a nemi szerephez kapcsolódó konfliktusok, és az asszonyok kettős munkaműszakja. Ez tehát a „distressz fogalmát kifejező kulturális metafora”, és segítségkérés; melyet a megküzdés egy valódi változatának tekinthetünk, ha rá a családtagok és mások kedvezően válaszolnak.

Ahogy ezek a példák jelzik, a „stressz” és az „idegesség” laikus képzei igen változóak. Az adott szöveghelyzet és közeg ismerete nélkül ezek aligha érthetők meg teljesen. Ennek a kontextusnak részét képezik azok a balszerencsét illető hagyományos magyarázatok, melyek a „stressz”, illetve az „idegesség” modern képzetébe épültek be. Más esetekben – ahogy ezt a latin bevándorlók körében jellegzetes – egy korábbi fejezetben ismertetett – *Ataques de Nervios*

esetében látjuk, a jelenséget szélesebb összefüggésben kell értelmezni, különös tekintettel a bevándorlók életének társadalmi, politikai és gazdasági környezetére.

### Ajánlott irodalom

- Helman, C. G. (1987) Heart disease and the cultural construction of time: the type A behaviour pattern as a Western culture-bound syndrome. *Soc. Sci. Med.* **25**, 969–79. A nyugati kulturális étetek szerepe a koronária megbetegedésekben.
- Parkes, C. M. (1971) Psycho-social transitions: a field for study. *Soc. Sci. Med.* **5**, 101–15
- Pollock, K. (1988) On the nature of social stress: production of a modern mythology. *Soc. Sci. Med.* **26**, 381–92. Mind az orvosi, mind a laikus stressz-modell kritikája.
- Selye, H. (1976) Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Can. Med. Assoc. J.* **115**, 53–7
- Young, A. (1980) The discourse on stress and the reproduction of conventional knowledge. *Soc. Sci. Med.* **14B**, 133–46

## Az epidemiológia kulturális szempontjai

Az epidemiológia tudománya az emberiség betegségeinek meghatározásával és a különböző betegségformák eloszlásának vizsgálatával foglalkozik. Nem egyedi eseteket, inkább az emberek csoportjait vizsgálja, így járja körül az egészség-betegség témakörét. Amikor az epidemiológus egy meghatározott betegséget kutat (ilyen például a tüdőrák), megpróbál összefüggéseket keresni a betegség előfordulása, eloszlása és a betegséggel sújtott emberek szokásai, élet-körülményei között (például a dohányzási szokások), így próbálja a betegség valószínű etiológiáját tisztázni. A leggyakrabban vizsgált tényezők: a kor, a nem, a családi állapot, a foglalkozás, a szocio-ökonomiai helyzet, a táplálkozás, a környezet (mind a természetes, mind az ember-alkotta környezet) és a betegek viselkedése. Arra törekednek, hogy okozati összefüggéseket fedezzenek fel egy vagy több vizsgált tényező és a betegség kialakulása között.

Az epidemiológiai kutatás két fő megközelítési módszert alkalmaz, a legtöbb tudós ezek egyikét, vagy a kettő kombinációját alkalmazza. Az esetkövetéses vizsgálat (*case control*) módszere a vizsgált betegségben szenvedők csoport-jának egy részét tanulmányozza. Ha egyes tényezők és a betegség előfordulása – például a régóta tartó dohányzás és a tüdőrák – között ki lehet mutatni a statisztikailag szignifikáns összefüggést, fel lehet vetni az ok-okozati kapcsolatot. A csoportvizsgálat (*cohort study*) esetén a kutató egy olyan egészséges populációt kezd el vizsgálni, melynek egyes tagjai kapcsolatban állnak a feltételezett rizikó-tényezőkkel, például a dohányzással. A csoportot hosszú időn át követi és vizsgálja a meghatározott betegség előfordulását. Ha úgy találja, hogy a kockázati tényezővel rendelkező betegeknek nagyobb esélye van a betegség kialakulására, felvetheti a kockázati tényező és a betegség közötti etiológiai összefüggést. Nagyon sok olyan epidemiológiai kutatás van azonban, mely nem tudja feltárni ezeknek az összefüggéseknek a mélyebb természetét, így, amíg nincsenek további bizonyítékok, ezek csak feltételezések maradnak. Más esetekben, ilyen a tüdőrák és a dohányzás, vagy a veleszületett fejlődési rendellenességek és a terhesség alatt szedett thalidomid, sokkal világosabb az ok-okozati összefüggés, sőt fiziológiai folyamatokkal lehet magyarázni a betegség létrejöttét.

Ha individuálisan nézzük, a „kockázati tényező” fogalmának csak korlátozott prediktív értéke van. Például, nem minden erős dohányosban fejlődik ki tüdőrák, nem minden bevándorlónak lesz öngyilkosságra hajlamosító depressziója, és nem minden „A típusú” személyiség esetében fog kifejlődni koronária betegség. Ha választ szeretnénk kapni ar-