

## Ajánlott irodalom

- Hertz, R. (1960) *Death and the Right Hand*. London: Cohen and West, pp. 27–86. Temetési szertartások ismertetése, különböző kultúrákban.
- Katz, P. (1981) Ritual in the operating room. *Ethnology*, 20, 335–50. Az USA-beli sebészeti rítusok ismertetése.
- Leach, E. (1968) Ritual. In: *International Encyclopaedia of the Social Sciences*. New York: Free Press-Macmillan, pp. 520–6. A rítus különböző antropológiai elméleteinek összefoglalása.
- Turner, V. W. (1974) *The Ritual Process*. Harmondsworth: Penguin

## Transzkulturális pszichiátria

A transzkulturális pszichiátria a mentális betegségek leírását és összehasonlítását végzi különböző kultúrákban. Az orvosi antropológia egyik legfőbb vonulata, és jelentős forrása a világ különböző területein az egészség és a betegségek természetéről alkotott elképzelések feltárása. Tudománytörténetben a kutatók két nagy csoportját különíthetjük el. Az egyik csoportba a Nyugaton tanult pszichiáterek tartoznak, akik ismeretlen és némileg bizarrnak tűnő pszichológiai zavarokkal, betegségekkel találják szembe magukat a világ más részein, amiket saját fogalmaik, kategóriáik segítségével próbálnak megérteni, mint a schizofrénia, vagy mániás depresszív pszichózis. A kutatók másik csoportját, a szociálandropológusokat az érdekli, hogy mit jelent a normalitás és abnormalitás fogalma a különböző kultúrákban, mi a kultúra szerepe a személyiség formálásában, és mik a pszichés betegségek okainak, megjelenési formáinak és kezelésének kulturális tényezői. Bár ez a két megközelítés különböző perspektívájú szemléletmódot jelez, mégis közelebb kerül a két típusú klinikai kérdésfeltevésben:

1. hogyan alakul a pszichés betegségek diagnózisa és kezelése akkor, amikor az egészségügyben dolgozók és a betegek is más-más kulturális háttérrel rendelkeznek;
2. a migráció, urbanizáció és egyéb szociális változások hogyan hatnak a mentális egészségre;

Az összehasonlító pszichiátria figyelme elsősorban a pszichológiai tünetekre irányul, és nem a pszichiátriai betegségekre. Kevesebbet törődik a pszichológiai zavarok organikus aspektusaival mint a kísérő pszichológiai, viselkedési és szocio-kulturális dimenziókkal. Még a fel-tétlen organikus alapú betegségek esetén is, mint a neuroszifilisz, a de-lírium tremens, és a demencia, az antropológusokat leginkább az érdek-li, hogyan befolyásolják a kulturális faktorok a beteg észlelését és visel-kedését, a hallucinációk tartalmát, és a környezet viszonyulását.

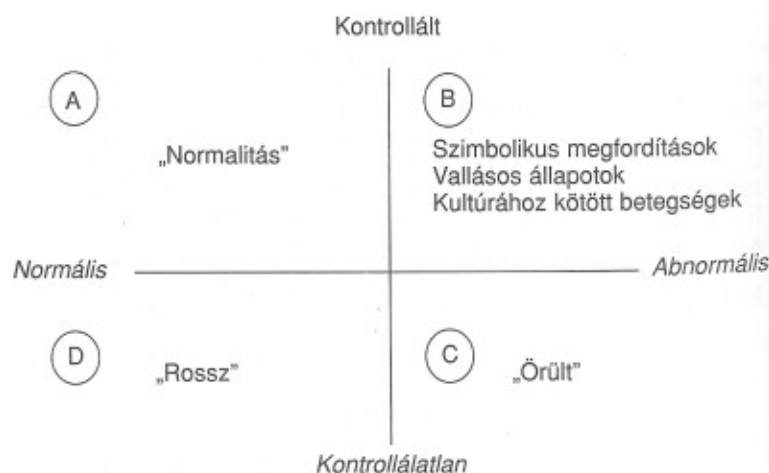
Általánosságban a kultúra és a pszichés betegségek kapcsolata a következőkben foglalható össze:

1. a kultúra meghatározza, hogy az adott társadalom mit tart nor-málisnak és abnormalisnak;
2. kulturális tényezők néhány betegség etológiai faktoraként szere-pelhetnek;
3. a kultúra befolyásolhatja a pszichés betegségek klinikai megjele-nését és megoszlását;

4. meghatározza az adott társadalom tagjai számára a pszichés betegségek felismerésének módját, a „címkét” vagyis a diagnózist, valamint keletkezésük magyarázatát és a kezelést;

### „Normalitás” és „abnormalitás”

A normalitás meghatározása – éppúgy mint az egészség definíciója, – minden kultúrában más és más, néhol ez a két fogalom átfedi egymást. A 4. fejezet megemlíti az egészség fogalmának orvosi definícióját, ami számos méréssel meghatározott fiziológiai és egyéb változó normál tartományát jelenti az emberi szervezetben. Ahogy a legtöbb redukcionizmus, ez a megközelítés is az agyi diszfunkcióknak elsősorban a fizikai jeleire koncentrál, mielőtt még a pszichés betegséget diagnosztizálná. Ebben a fejezetben a problémát más nézőpontból próbáljuk megvizsgálni, különösen nagy hangsúllyal a normalitás és abnormalitás *szociális* dimenzióira. Az ismert definíciók olyan mindenki által osztott elképzelésen alapulnak, ami megtestesíti az ideált, az egyén életvezetésének és másokkal kialakított kapcsolatának helyes útját. Ezek az elképzelések vezérfonalként szolgálnak arra vonatkozóan, hogyan legyünk a kultúra által elfogadottan normálisak, de – és ezt később még kifejtjük – arra is, hogyan legyünk néha ideiglenesen „abnormálisak”. A normalitás több dimenziós fogalom. Nemcsak az egyén viselkedését, hanem például az öltözködését, hajviseletét, illett, a higiéniáját, testtartását, gesztusait, érzelmi állapotait, arckifejezését, hangjának tónusát, nyelvhasználatát is magában foglalja, mennyire megfelelőek az adott kontextusban, és a szociális kapcsolatokban.



10.1. ábra. A szociális viselkedés észlelése

A 10.1. ábrán a szociális viselkedés néhány összetevő dimenzióját ábrázoltuk. Az ábra megmutatja, hogyan alakul egy adott társadalom vagy kultúra tagjainak észlelése szociális viselkedéseket meghatározott formáira, vajon a társadalmukban normális vagy abnormális kategóriába tartozik, és szabályozzák-e a társadalmi normák. Kifejezi azt a tényt is, hogy minden emberi csoport számára vannak olyan időszakok, helyek, amikor az emberek abnormális módon is viselkedhetnek, láthatóan alkalmazkodva azokhoz a szigorú explicit vagy implicit szabályokhoz, amit a kultúra ír elő ezekben a helyzetekben. Így még ha a viselkedés bizarr és nem konvencionális, akkor is bizonyos mértékig a szociális normák által irányított. Ezzel ellentétben a legtöbb kultúra visszavonul azoktól a nyilvános viselkedési módoktól, amik nyilvánvalóan nem állnak a társadalom szabályainak ellenőrzése alatt és amit örütnék vagy rossznak minősít. Mint a 10.1 ábrán látható, a szociális viselkedés négy lehetséges zónában zajlik (A, B, C, D):

Fontos hangsúlyozni, hogy ezek a zónák és a hozzájuk tartozó viselkedési formák nem állandóak. Kategóriái az idővel, a körülményekkel és a megfigyelő szempontja szerint változnak. Így egy viselkedés lehet rossz egy generációban, örült a következőben, normális egy kisebb csoportban és abnormális egy másikban. Az alkohol fogyasztás például különböző korokban és a világ különböző tájain, sőt gyakran ugyanannak a társadalomnak különböző rétegeiben is tekinthető normálisnak, morálisan elítélendőnek, betegségnek, vagy rituális és vallási események elfogadott velejárójának. Sőt ezek a széles szociális kategóriák nem számolnak az egyéni faktorokkal, mint a személyiség, motiváció, saját tapasztalatok hatása, különböző érzelmi állapotok, vagy fiziológiai különbségek. Nem az egyén, hanem inkább a társadalom egészének vagy legalább egy részének a nézőpontjából értékelik a viselkedést. A *kontrollált* normalitás (A), a *kontrollálatlan* normalitás (D), a *kontrollált* abnormalitás (B) dimenziók mind feltételezik, hogy az egyén tudatában van annak, milyenek a szociális normák, függetlenül attól, hogy alkalmazkodik-e hozzájuk vagy sem.

A normalitás társadalmi meghatározása (A) nem ugyanaz az egész populációra nézve. A legtöbb kultúra a szociális normák igen széles körét tartja elfogadhatónak korosztályonként, nemeként, foglalkozások szerint, a hierarchia különböző szintjein és a kisebbségi kultúrákban. Az idegenek és a kisebbségi csoportok felé megnyilvánuló attitűdök például a csoport „normális” viselkedésről kialakított sztereotípiák, és bizarrak, komikusak vagy éppen fenyegetőek is lehetnek. A legtöbb társadalom, különösen amelyek a normális viselkedés szigorú merev szabályait dolgozták ki, meghatároz néhány speciális alkalmat, amikor ezek a szabályok megtörhetőek vagy éppen megfordíthatóak, és időlegesen az abnormális viselkedés válik normává (B). Az antropológusok sok ilyen megfordítási szimbolikus rituálét leírtak, ezeket Babcock úgy definiálja, hogy „bármilyen expresszív viselkedési aktus, ami megfordul, ellentétes vagy más módon jelenít meg vagy éppen eltöröl egy általánosan érvényes kulturális szabályt, érté-

ket vagy normát, legyenek azok nyelvi, irodalmi, művészeti vallási, szociális vagy politikai természetűek.”

Ilyen alkalmak a fesztiválok, parádék, és karnévalók (mint Brazíliában, a Karib-szigeteken, és a londoni Notting Hill Gate-i) amik néha magukban foglalják a normális viselkedés megfordulását. Például Abrahams és Bauman<sup>2</sup> leírták a Szent Vincent-i, nyugat-indiai karnévalót, és a belsnicklinget (a karácsonyi hallgatás egy formája) a La Have szigeteken, Új Skóciában, mindkettő egy magas szintű szimbolikus inverzió része, éppúgy mint a transzvesztizmus, és amikor az emberek állatoknak vagy természetfeletti lényeknek öltöznek be, és a szexuális szabadság és más olyan viselkedési formák, amelyek épp az ellenkező módon folynak le, mint az a mindennapi életben megszokott. Nyugaton ilyen abnormális viselkedés jellemzi az újév napját, április elsejét, a jelmezbálokat, az egyetemi napokat, és a távoli üdüléseket is. Hasonlóan a normális szerepvisselkedés megfordítását írta le Lewis<sup>3</sup> afrikai nők szellemmegszállásos kultuszánál, ahol a nők olyan erőket keresnek és olyan szerepekre törekszenek, amiket egyébként a férfiak monopolizálnak, kijátszhatják a férfiakat büntetlenül a közönség teljes egyetértésével. Mindezen nyilvános tömeges „abnormális” viselkedési formák azonban szigorú normákkal szabályozottak, helyük és idejük meghatározott, és előre megszervezett.

Az egyén szintjén a mindennapi standard szerint abnormálisnak tartott viselkedés megítélése csak abban a kultúrában lehetséges, amiben az megjelent. Akárcsak a tömeges „fordított rítusok”, ezek is bizonyos mértékig implicit kulturális szabályok által kontrolláltak, amik megszabják, hogyan és mikor jelenhetnek meg. Igen sok kultúrában, különösen a nem iparosodott világ társadalmában az emberek személyközi konfliktusait, vagy a boldogtalanság, büntudat, harag vagy reménytelenség érzését képesek a distressz kulturálisan standardizált nyelvén kifejezni (lásd 5. fejezet). Ez történhet egyszerűen csak szavakkal, vagy magába foglalhatja az öltözködés, a viselkedés vagy a testtartás megváltoztatását. A nyugati megfigyelőt ennek a distressz nyelvnek a kifejezései emlékeztethetik a nyugati pszichiátriai modell néhány elemére. Például Nyugaton az ilyen állítások, hogy „engem figyelnek”, „szellemek szálltak meg (vagy Isten)”, „az ősök hangját hallom, akik beszélnek hozzám” alapján az embereket pszichotikusnak, valószínűleg szizofrének diagnosztizálnák.

Azonban világ sok részén az emberek teljesen szabadon gondolhatják azt, hogy természetfeletti erők uralma alatt állnak, a szellemek beszélnek hozzájuk, és általuk cselekszenek, és álmaikon és látomásaikon keresztül fontos üzeneteket küldenek. A legtöbb esetben a közösség mindezeket nem tekinti elmebetegségnek. Példája ennek az az Afrika bizonyos részein széles körben elterjedt hiedelem, hogy a szellemmegszállást a mentális vagy fizikai egészség-betegség okozza. Különösen a nők az áldozatai a gonosz patogén szellemeknek amelyek azokon a speciális tüneteken, szimptomákon és viselkedésváltozásokon keresztül fedik fel identitásukat, amiket okoznak. Ezekben a társadalmakban, jegy-

zi meg Lewis<sup>3</sup> a szellemmegszállás normális jelenség, függetlenül attól, hogy transzban vannak-e az emberek vagy nem, szellemmegszállás alatt vannak akkor, mikor ők úgy gondolják, és egyben mások és a társadalom egyetértéssel ezzel az állítással. Hogy a szellemmegszállás normális jelenség, nem azt jelenti, hogy a legtöbb ember elvárja, hogy előforduljon az élete folyamán. Inkább egy kultúra-specifikus megjelenési és magyarázati módja bizonyos körülmények között megjelenő fizikai és pszichológiai betegségeknek. Ezekben a társadalmakban a szellemekben és a szellemmegszállásban való hit normális és elfogadott. A szellemmegszállás vagy a boszorkányság, integráns részét alkotja a vallásos hiedelemrendszernek. És ahol az emberek általánosan úgy gondolkoznak, hogy a szerencsétlenséget gonosz szellem (vagy boszorkányság) okozza, a szellemek vagy boszorkányok erejében való kételkedés lenne merőben abnormális, bizarr és excentrikus visszautasítása a normális értékeknek. Ez a kulturális és mentális elidegenedés durván azoknak az embereknek felel meg, akik a mi társadalmainkban ma szellemektől megszálottak vagy boszorkányság áldozatainak gondolják magukat.<sup>3</sup>

A szellemmegszállás tehát egy a kulturális értékekkel konform abnormális viselkedési forma, és megjelenési formáit szigorú kulturális normák szabályozzák. Ezek a normák mintegy vezérfonalat kínálnak arra vonatkozóan, hogy ki engedheti meg magának, hogy szellem megszállt legyen, milyen körülmények között, és milyen módon, éppúgy azt is, hogy jelezze mások felé.

A kontrollált abnormális viselkedés egy másik formája a *glossolalia*, az ismeretlen nyelveken való beszéd. A hívők úgy gondolják, hogy természetfeletti erő – mint a Szentlélek – költözik az egyénbe, és irányítja a beszéd szerveit, és az egyénen keresztül mennyi nyelven imádkozik.<sup>4</sup> Ez egy disszociatív transzállapot, a résztvevők szeme csukva, rángatózó mozgásokat végeznek elesnek, kipirulnak, izzadnak, és tépdeseik a ruhájukat. A jelenség Indiában, a Karib-szigeteken, Afrikában, Dél-Európában, Észak-Amerikában, és sok pünkösdistá templomban Nagy Britanniában (beleértve a nyugati indiai egyházközösségeket is) néhány vallás szertartásának része. A glossolaliának mintegy 2 millió gyakorlója van az USA-ban, több valláshoz tartozik, beleértve lutheránus, anglikán, és presbiteriánus közösségeket. A glossolalia meghatározott kontextusban (templomban) és a szertartás meghatározott mozzanataiban történik. A kontrollált abnormális egy formájának lehet tekinteni, ami a nyugati pszichiátria szemében elmebetegségnek tűnhet. Minderre nincsenek egyértelmű bizonyítékok, sőt, különböző kultúrák, és bármelyik speciális vallás nyelveken beszélő tagjai rendezettebbek, mint mások.<sup>4</sup> Egy Karib-szigeteki és nyugati indiai pünkösdisták közül való szizofrének összehasonlító tanulmány azt sugallja, hogy a pünkösdisták megfigyelése szerint épp a betegek azok, akik képtelenek megfelelően kontrollálni disszociatív viselkedésüket, hogy alkalmazkodjanak az erősen ritualizált glossolaliához, a templomban.<sup>4</sup> Bár mindkettő csoport úgy tűnik, hogy hasonló gyakorlatot folytat, emez az a kulturálisan kontrollálatlan formát, amit már elmebetegségnek tartottak a közösség tagjai.

Minden társadalomban létezik a normális és abnormális szociális viselkedés között egy spektrum. Ugyanígy, mint a glossolalia, a szellem megszállás vagy karneválok szokásai mutatják, az abnormális viselkedésnek is széles spektruma van, az abnormalitás *kontrollált* formájától egészen a *kontrollálatlan* formáig. Például az abnormális *kontrollálatlan* ivási viselkedés (iszákoság) amit a 8. fejezetben írtunk le, a *spektrum kontrollálatlan* vége, amit a kultúra fontos szociális problémának tart, és örültnek (C) vagy rossznak (D) is bélyegezhet. Foster és Anderson szerint:<sup>2</sup> nincs olyan társadalom, amiben az emberek elhanyagolnák és eltűnnek a kiszámíthatatlan, zavaró, fenyegető vagy bizarr viselkedést maguk között, bármilyen kulturálisan meghatározott kontextusa is van annak a viselkedésnek. Kiev<sup>6</sup> szerint a mentális betegséget jelző tünetek magukba foglalják a *kontrollálatlan* szorongást, depressziót és nyugtalanságot, delíriumot és más durva kontaktusvesztést a realitással, valamint az erőszakot (mind a közösség mind önmaga felé). Edgerton<sup>7</sup> egyik tanulmányában 4 kelet afrikai törzsnél (kettő kenyai, egy ugandai és egy tanganyikai) megvizsgálta, milyen elképzelések élnek az örült viselkedéssel vagy pszichózissal kapcsolatban. Eredményei szerint mind a négy vizsgált területen hasonlóak az örült viselkedés kritériumai. Olyan cselekedetek tartoznak ide mint az ok nélküli erőszakos magatartás, meztelen magamutogatás, ha valaki összefüggéstelenül beszél, bokorban alvás vagy elrejtőzés. A válaszolók minden esetben azzal hozták kapcsolatba a pszichotikus viselkedés leírását, hogy ok nélkül történik. Ha az erőszak, a meztelen magamutogatás és a többi hasonló viselkedés bármilyen meghatározható vagy elfogadható külső ok nélkül történik, (mint boszorkányság, italosság, vagy egyszerű bűnös szándékból). Edgerton megjegyzi, az abnormális viselkedéseknek ez a katalógusa nem sokban különbözik a pszichózis nyugati definíciójától különösen a schizofréniától. Ezekben a kultúrákban éppúgy mint bárhol a világon, örültnek tekintik a viselkedést (C), ha az abnormális, szociális normák által nem kontrollált és nem tulajdonítható külső okoknak vagy céloknak. Néhány európai országban az átmeneti elmebaj fogalmát is használják, például a tömeghisztéria, alkohol és gyógyszerintoxikáció vagy indulati cselekmények esetén.

Azonban jónéhány olyan viselkedést, amik nem állnak szociális normák irányítása alatt normálisnak tart a társadalom, még akkor is, ha ezek társadalmilag nem kívánatosak, gyakran tiltottak. Ezeket a viselkedésformákat kriminálisnak vagy rossznak bélyegzik (D) és ebben az esetben a bűn miatt elítéltet bűnösnek ugyan de normálisnak tartják. A tárgyalás során a jogászok és igazságügyi pszichiáterek között a vita tárgya az, hogy a vádlott tudatában volt-e vagy sem, hogy a társadalomnak milyen törvényei és szociális normái vannak, vajon „felelős-e cselekedetért”.

Ahogy korábban leírtuk, az abnormális viselkedés mint a spektrum kontrollált vége (B) gyakran átfedést mutat a vallásos és világnézeti gyakorlatokkal mint a glossolalia, szellemmegszállás és a vallási rituálék során való hallucinogénhasználat (ld. 8. fejezet), de ugyanígy a sá-

mán gyógyító rituáléja során is. A sámán igen sok kultúrában a szent népi gyógyítók egy fajtája, és ebben a könyvben már részletesebben írtunk róla. A sámán, akit a „szellemek mesterének” is hívnak, akaratlagosan és meghatározott körülmények között a szeánsz során adja át magát a szellemeknek, a közösséget ért csapások és a betegségek kezelése és diagnosztizálása során. Egy nyugati pszichiáter szemszögéből a sámán viselkedése a transzállapotban igen közel áll a schizofrén viselkedéshez. Mindemellett, mint Lewis<sup>3</sup> megfigyelte, a sámánok a rituális előadások során alkalmazkodnak a kulturális hiedelmekhez, és gyakorlatokhoz, valamint hogy a sámánok szelekciója során a nyíltan schizofrén vagy pszichotikus egyének kiesnek, mivel túl öntörvényű és bizarr a viselkedésük a sámáni szerep szigorúságához képest.

A *kontrollált* abnormális viselkedések széles spektrumában (B) az úgynevezett kultúrához kötött elmebetegségek különböző pontokon elhelyezhetők. Ezek olyan állapotok, amik – különböző mértékben – a szociális normák kontrollja alatt állnak. Például fellépésük ideje és helyzete megjósolhatatlan de a tüneteik klinikai lefolyása és a viselkedési változások nem kaotikusok, hanem azokat az a kultúra irányítja, amiben megjelennek. A súlyosan *kontrollálatlan* jellegű pszichózistól eltérően Kelet- Afrikában például (C) kulturálisan megmagyarázható okokat lehet találni: a *susto* oka váratlan baleset vagy ijedség, a „gonosz tekintete” nevű betegség például abból ered, hogy a „beteg” extravagáns életstílusát valaki megirigyelte. Ezek az állapotok nem fordulnak elő vallásos szertartások és rituálék során de megjelenésüket, felismerésüket és kezelésüket kulturális faktorok befolyásolják.

## A pszichológiai betegségek összehasonlítása

Vajon össze lehet-e hasonlítani különböző társadalmakban megjelenő mentális betegségeket annak ellenére, hogy a normalitás és abnormalitás definíciója kultúránként annyira más? Landy<sup>4</sup> mindezt két kérdésben foglalta össze, amelyekkel az orvosi antropológusoknak és összehasonlító pszichiátereknek szembe kell nézniük.

1. Vajon a viselkedés bizonyos aspektusairól mondhatjuk-e hogy normálisak vagy abnormálisak az egész emberiség szintjén?
2. Vajon a nyugati pszichiátriában tapasztalt és osztályozott pszichózisok univerzálisak, transzkulturálisak vagy kulturális hatások alakítják azokat?

Mindkét kérdésre adott válasz igen fontos, mivel meghatározza, vajon képesek vagyunk-e adekvátan diagnosztizálni és kezelni az elmebetegségeket kultúráról függetlenül, és különböző kultúrákban összehasonlíthatóak-e a prevalencia adatok. Fényt derít arra is, hogy vajon miért gyakoribb néhány elmebetegség a világ bizonyos részein mint máshol.

Az előző bekezdésben az abnormalitást vizsgálva a legnagyobb hangsúlyt az abnormalis szociális viselkedés kapja, sokkal inkább, mint az organikus betegségek vagy emocionális állapotok. A legtöbb orvosi antropológus számára az elmebetegségek szociális és kulturális dimenziói a legfontosabbak mert a kulturális faktorok befolyásolják a klinikai megjelenést, a legtöbb betegség felismerését, még az organikus alapúakét is. Emellett a harmadik világ nagy részén (és sok más helyen is) az elmebetegségeket sokkal inkább abnormalis viselkedésként fogják fel, mint téves ítéletekként. Elmebetegséget pszichológiai állapot alapján (mint téves eszme jelenléte) igen nehéz diagnosztizálni, ha a téves eszmét a társadalom más tagjai is osztják. Például egyes kultúrákban, boszorkánysággal, megrontással vádolni a szomszédokat, racionális és elfogadható viselkedés. Csak akkor fogják pszichotikusnak vagy őrültnek tekinteni, ha vádjait maladaptív személyes erőszak követi, ahelyett hogy a boszorkányság kezelésére a társadalom által elfogadott eljárást alkalmazná. Ebben az esetben a nyugati orvos számára az elmebetegség diagnózisa nemcsak az érintett személy viselkedésének, biológiai változásainak (mint az anorexia, insomnia, libidóvesztés) megfigyelésén, és különböző pszichológiai tesztekre adott válaszainak figyelembevételén kell, hogy alapuljon, hanem az is befolyásolja, hogyan észleli az adott egyén viselkedését a saját közössége. A különböző társadalmakban előforduló elmebetegségek összehasonlításának a problémája az, hogy össze lehet-e vetni a nyugati klinikai értékeléseket a más kultúrákéval?

A probléma kutatói általában a következő három megközelítés egyikét veszik figyelembe:

### A biológiai megközelítés

E megközelítés szerint a nyugati pszichiátriai modell diagnosztikai kategóriái egyetemesen alkalmazhatóak az emberiségre, eltekintve a kulturális faktorok előidézte helyi változatoktól, mivel közös biológiai alapjuk van. Kiev<sup>10</sup> szerint, a pszichiátriai betegségek megjelenése lényegében állandó az egész világon, függetlenül attól a kulturális környezettől, amiben megjelennek. Például, a schizofrénia és a mániás depresszív pszichózis biológiai alapjuknál fogva állandóak, míg az elmebetegségek másodlagos megjelenései mint az érzékszálódások és a hallucinációk tartalma, kulturális faktorok befolyása alatt állnak. Ezen az alapon osztályozta Kiev<sup>11</sup> a kultúrához kötött betegségeket a nyugati világ diagnosztikai kategóriáit alkalmazva. Például a *koro*, *susto*, és a megbabonázás a szorongás fajtái, a Japán *shinkeishitsu* obszesszív-kompulsív neurózis, az ördög tekintete és a *voodoo* halál főbiás állapotok, a szellemmegszállás, az *amok* Malajziában és a Hiesh Ping Kínában disszociatív állapotok. Kiev véleménye szerint ezek nem külön diagnosztikai kategóriák, inkább hasonlóak a Nyugaton már ismertekhez. Ez a megközelítés rokon a betegségek univerzalizálásának elméletével,

(ld. 5. fejezet) de hátránya, hogy a nyugati diagnosztikai és osztályozási rendszert részesíti elsőbbségben. Emellett az elmebetegségek nyugati típusú osztályozása szintén kultúra függő, mivel speciális szociális és történelmi körülmények alakították ki és ezért alkalmazhatóságukban nem egyetemesen jellemzőek. Például Kleinman kritikája<sup>12</sup> a WHO schizofrénia tanulmányára vonatkozóan, összehasonlítja a schizofrénia különböző formáit számos nyugati és nem nyugati társadalomban kimutatta, hogy a tanulmány kifejezetten erőszakolja a schizofrénia tünettárájának definícióját, és ez a definíció változik a kutatók által megfigyelt viselkedési minták szerint és rendszeresen kiszűri a helyi kulturális hatásokat, hogy meg tudjon őrizni egy homogén, transzkulturális mintát. A nyugati modell alkalmazása a schizofrénia a világ más részein ezért a Kleinman által leírt<sup>13</sup> kategória hiba példája lehet, ami egy meghatározott kulturális csoportra kifejlesztett nozológiai kategória rendszernek egy olyan másik kultúra tagjaira való alkalmazásának kísérlete, akik számára ez nem koherens, és validitási vizsgálatok sincsenek. A kategória hiba veszélye ezért implicit módon benne van a biológiai megközelítésben, mivel exotikus betegségeket próbál meg diagnosztikus keretek közé szorítani.<sup>14</sup>

A biológiai megközelítés további kritikája az a megfigyelés, hogy ugyanaz az elmebetegség különböző szociális szerepet játszhat az egyes kultúrákban. Hogy teljesebben megérthessünk egy másik kultúrában előforduló elmebetegséget, mindig tisztában kell lennünk a kontextussal, a szociális, kulturális, gazdasági, és politikai háttérrel, amiben az lezajlik. Például néhány kisebb társadalomban egy pszichotikus epizódot tekinthetnek a mögötte meghúzódó szociális konfliktus megjelenésének, amit közösségi rituálékkal kell meggyógyítani, míg ugyanez a pszichózis nem valószínű, hogy ugyanilyen szerepet játszik egy nyugati városi közösségben.

### A szociális megközelítés

Ez a szociológusok által kialakított nézőpont, akik az elmebetegségeket olyan mítoszoknak tekintik, amik inkább *szociális* mint biológiai természetűek, megjelenhetnek biológiai komponenssel és anélkül is. A társadalom határozza meg, hogy milyen tüneteket és viselkedési mintákat tekint devianciának, vagy milyen fajta devianciát tart elmebetegségnek. Az elmebetegség mindaddig nem tűnik fel, amíg nem nevezik meg, ezt megelőzően nem létezik. Egy diagnosztikai címkétől viszont már nehéz megszabadulni. Waxler<sup>15</sup> szerint az elmebetegségek csak annak a társadalomnak a viszonylatában léteznek, amiben fellelhetőek, és nincs univerzalizálásuk. A nyugati társadalmakban például a szociális visszahúzó-dás, az energia hiánya, szomorúság jellemzi a depressziót, míg Sri Lankán ugyanezeket a tünetekre kevésbé figyelnek, és szinte alig kezelik. Az elmebetegségek definíciója ezért kultúrától függ. A címkézés folyamatának első lépése, hogy az egyén valamilyen minor devianis viselke-

dését elmebetegségnek nevezik. Ennek ellenére vannak olyan kultúra specifikus „egybeesések”, amikor a potenciális deviáns védett e címkézéssel szemben, ebbe beletartozik a deviáns ereje a címkézéssel szemben (kora, neme, faja, gazdasági helyzete alapján).

Ha az egyént elmebetegnek nyilvánították, számos kulturális jelzés mutatja meg, hogyan kell a szerepet játszani. Az elmebeteg megtanulja, hogyan kell úgy betegnek lenni, hogy a társadalom azt megértse. A beteg, akit ily módon megjelöltek, nagymértékben a társadalom függvénye, amennyiben az fel is tudja szabadítani a címke alól. Elképzelhető, hogy ez sosem sikerül. A szociális megközelítés előnye, hogy rávilágít az elmebetegségek szociális szerkezetére, és tünettárára. Mivel ezek az elmebetegségek látszólag csak azon társadalom kontextusában léteznek, ami definiálja őket, az elmebetegség egy relatív fogalom, amit nehezen lehet kultúrák között összehasonlítani. A szemléletet a biológiai tényezők teljes mértékű figyelmen kívül hagyása miatt éri kritika, különösen azokban az esetekben, ahol a biológiai alap elkerülhetetlenül fontos (például agydaganat, delírium tremens, vagy demenciák esetében). Figyelmen kívül hagyja ezen kívül az extrém pszichózist is, ami megoszlásában egyetemesnek tűnik.

### A kombinált megközelítés

A kombinált megközelítés mind a szociális mind a biológiai szemlélet elemeit felhasználja, és a legtöbb orvosi antropológus osztja. Nézőpontja szerint vannak univerzálisak az abnormális viselkedésben, különösen a kapcsolatteremtés és a gondolkodás zavarai. Bár forma és megoszlás szerint nagyfokú változatosságot mutatnak, a nagy pszichózisok nyugati kategóriái mint schizofrénia, mániás depressziós pszichózis az egész világon megtalálhatóak, annak ellenére, hogy különbözőképpen nevezik más-más kultúrában. Erre példa, hogy mennyire hasonló a már említett négy Kelet-Afrikai törzs kóros viselkedés kategóriája a nyugati pszichózis definíciókkal. A nagy pszichózisokat, éppúgy, mint az organikus agykárosodásból eredőket is minden társadalom felismeri, annak ellenére, hogy klinikai képét általában a helyi kultúra befolyásolja. Például egy törzsi kultúrában élő pszichotikus mondhatja, hogy viselkedését boszorkányok és varázslók irányítják, míg a nyugati pszichotikus úgy gondolja, hogy úrhajók, vagy repülő csészealjok avatkoznak az életébe. A társadalom azonban mindenhol észreveszi az extrém pszichológiai rendellenességben szenvedőknél, hogy szociális viselkedésük *kontrollálatlan* abnormális formájú (C). A klinikai kép különböző mértékben hasonlítható össze a kultúrák között. Foster és Anderson<sup>5</sup> szerint inkább a tüneteket mintázatait kellene összehasonlítani, mint a diagnosztikai címkéket (pl. schizofrénia), hogy azt a problémát, hogy más kultúrák elmebetegségei hogyan illeszthetők be a nyugati diagnosztikai kategória rendszerbe, megoldhassák.

A kultúrához kötött betegségek tüneti mintázatát is összehasonlíthatjuk, amint később leírjuk. Legtöbbet a nyugati pszichiátria neurózisként vagy funkcionális pszichózisként osztályozott. Ezeket, különösen amikben a neurotikus és szomatikus tünetek uralkodnak, sokkal nehezebb összehasonlítani, mint a pszichózisokat. Sok közülük olyan egyedülálló tünetcsoportnak és viselkedésmintának tűnik, ami csak meghatározott környezetben, meghatározott kultúrában nyer értelmet, és nincs megfelelője más társadalomban. A *susto* speciális tünetcsoportja például nem valószínű, hogy Angliában is megtalálható, legalábbis az ott születettek között nem. Ezeket a betegségeket nehéz egy nyugati megfigyelőnek értékelni és meghatározni nemcsak a kultúra specifikus minták és jellegzetes klinikai megjelenés miatt. Nehézséget okoz annak feltárása is, hogy mit jelentenek mindezek az beteg, a család, a közösség számára. Mindezek ellenére az antropológusok, mint Rubel<sup>16</sup> is, úgy gondolják, hogy ezek a népi betegségek klinikai megjelenése viszonylag állandó és ezért meghatározhatóak és standard epidemiológiai eljárásokkal kutathatóak (ld. 12. fejezet).

### Kulturális hatások a pszichiátriai diagnózisalkotásban

Mielőtt összehasonlítanánk, a pszichés betegségek diagnózisával kell foglalkoznunk. Az utóbbi években számos tanulmány foglalkozott a pszichiátriai diagnózisok standardizálásának nehézségeivel, különösen a más országban dolgozó pszichiáterek között. Egészen más klinikai kritériumrendszerek alapján diagnosztizálják például a schizofréniát az angol és amerikai, illetve az angol és francia pszichiáterek. A francia pszichiátria néhány diagnosztikai kategóriája, mint a krónikus érzékszálódásos állapotok, (*delires chroniques*) és átmeneti érzékszálódásos állapotok (*buofoes delirantes*) jelentősen különböznek azoktól, amit az angolszász pszichiáterek használnak.<sup>17</sup> Egy másik példa a szovjet pszichiátria „*justa schizofrénia*” diagnózisa.<sup>18</sup> Mindezek a diagnosztikai különbségek igen fontosak, mivel befolyásolják az elmebetegségek kezelését, prognózisát és a megbetegedési statisztikák összehasonlíthatóságát.

Ezeknek a különbségeknek az oka részben magából a pszichiátriai diagnózisalkotás természetéből fakad, részben a kategóriákból, amikbe a pszichiátriai betegségek kerülnek. Az „orvosi” betegségek diagnózisától eltérően nagyon kevés biológiai elváltozást fed fel a diagnosztikai technológia. Ahol pedig a biológiai elváltozás megfigyelhető, gyakran nehéz kapcsolatba hozni speciális klinikai tünetekkel. A legtöbb pszichiátriai diagnózis az orvos szubjektív értékelésén alapul amit a beteg megjelenése, viselkedése, beszéde és a különböző pszichometriai tesztekben elért eredményei befolyásolnak. A cél az, hogy ezeket a tüneteket egy ismert kategóriába beillesztjük, a tankönyvekben leírt tipikus formához való hasonlóságuk alapján. Kendell<sup>19</sup> szerint már az valószínű diagnosztikai különbségeket eredményez a pszichiáterek között, ahogy megtanulják a diagnózisalkotás szabályait. Kimutatta, hogy a be-

tegek többsége nem egy speciális betegségre jellemző tünetcsoporttal keresi fel a gyakorló pszichiátert. Néhány tünetük megvan, míg mások nincsenek, és gyakran beszámolnak teljesen más betegségre jellemző panaszokról is. Végül a klinikus oktató segítségével tanulja meg a gyakorló pszichiáter, hogyan alkossa meg a diagnózist. Megtanulja, milyen fajta betegségeket tart a tanára szizofréniának, és utánozza. Mialatt a fiatal pszichiáter különféle betegségek „tipikus” eseteit tanulmányozza, diagnosztikai viselkedése elsősorban a tanár modellje szerint alakul és nem a tankönyvi leírások szigorú kritériumai alapján. Ennek eredményeképp a diagnosztikai fogalmak nem biztonságos támpontok. A diagnózist a személyes látásmód, a tanár befolyása, a mindenkor terápiai divat, az etiológiai szemléletváltások és egyéb kevésbé kézzelfogható hatások alakítják.<sup>19</sup>

Ezek között a hatások között említi Kendell<sup>20</sup> a pszichiáter személyiségét és tapasztalatait, a diagnosztikus interjú időtartamát, az információszerezés és döntéshozás módját. Néhányan hozzátesszik még ehhez a felsoroláshoz a társadalmi osztályt, etnikai és kulturális hátteret, (különösen a normalitás és abnormalitás definíciójának különbségeit), előítéleteket, vallást, politikai hovatartozást, és a környezetet, amiben a diagnózisalkotás folyamata történik.

Temerlin (1968) klasszikus kísérlete jó példája, hogyan is működnek ezek a hatások. Pszichiáterek és klinikai pszichológusok három csoportjának színészrel készült videóra vett interjút mutattak, akinek azt volt a feladata, hogy természetes viselkedést mutasson. Mielőtt a videó felvétel a kísérleti személyek megnézheték volna, egy nagy tekintélyű ember így kommentálta a beteget: „ő nagyon érdekes ember volt, mert úgy viselkedett mint a neurotikus, de valójában pszichotikus.” A másik csoport azt a megjegyzést hallotta, „úgy gondolom, ez nagyon ritka eset, tökéletesen egészséges ember”, míg a harmadik csoport egyáltalán nem kapott előzetes információt. Mindhárom csoportot arra kérték, diagnosztizálja a beteget. Az első csoport 95 tagjából 60 neurózist diagnosztizált, 27 pszichózist, általában szizofréniát, és csak 8 gondolta, hogy teljesen egészséges volt a páciens. A második csoport mind a 20 tagja egészségesnek tartotta a beteget, míg a harmadik csoport 21 tagjából csak 12 diagnosztizálta normálisnak, a többi 9 neurózisa vagy személyiségzavarra gondolt.

A másik szubjektív tényező a pszichiátriai diagnózisban maguknak a diagnosztikai kategóriáknak a diffúz és változékony jellege. Kendell<sup>22</sup> kimutatta, hogy nagyon sok kategória átfedi egymást, különböző időszakokban vizsgálva a betegek különböző kategóriákba illenek, ahogy a betegségük kibontakozik. Minden kategória vagy szindróma tipikus klinikai jelekből áll:

Sok klinikai tünetcsoport, mint a depresszió vagy a szorongás olyan személyiségvonás, ami eltérő mértékben és időszakokban mindenki-ben fellelhető. Néhány ezek közül az egyén betegségének kórjelzője. A szimptomatológiában általános, hogy a betegségkategóriák na-

gyobb mértékben különböznek egymástól az időbeni lefolyás során, mint amilyen diffúz az egyén jelenlévő tünetei.

A pszichiáterek azonban különböznek abban, hogy elfogadják-e a történeti megközelítést, vagy elsősorban az egyén aktuális pszichés állapotára koncentrálnak, a tünetek megjelenésére, vagy a klinikai interjú során tanúsított viselkedésre. Arról is különböznek a vélemények, hogy milyen magyarázó modellt használjunk ennek a diffúz klinikai képnek felismerhető diagnosztikai egységgé alakításához. Eisenberg<sup>23</sup> szerint a nyugati pszichiátria nem egységes és konzisztens ismeretanyag, hanem egyidejűleg foglalja magába az elmebetegségek különböző szemléletmódjait. Például a pszichózisokat egyszerre több és egymásnak ellentmondó modellekkel magyarázza, mint az orvosi (biológiai), a pszichodinamikus, viselkedési és szociális modell. Mindegyik megközelítés a klinikai kép eltérő aspektusait hangsúlyozza, és ennek megfelelően különböző kezeléseket ajánl. Hogy mi alapján történik a magyarázó elméletek és a diagnosztikai címkék közötti választás, legalább annyira a temperamentum kérdése mint a képzés.

Politikai és morális megfontolások szintén szerepet játszanak a diagnózisválasztásban. Néhány esetben a pszichiátereknek kell eldönteniük, hogy egy bizonyos szociálisan deviáns viselkedés patológiás vagy csak rossz. A nyugati világban ez általános, mint az ítélkező-büntető rendszer része, de alkalmazzák a homoszexualitás, alkoholizmus, munkakerülés, vagy kövérség esetében is. Szasz<sup>24</sup> megkérdőjelezi, hogy miért kell a törvényszegőket a pszichiátriai osztályra küldeni kényszer kezelésre csak azért, mert inkább elmebetegnek bélyegezték őket mint bűnösnek. Szinte ez csak egy másik formája a büntetésnek csak a megfelelő védelem és a fellebbezés esélye nélkül. A pszichiáterek ezeket a döntéseket szociális és politikai erők nyomására hozzák, kollégáik véleménye, saját maguk morális állásfoglalása és előítéleteik alapján. Némely társadalomban a politikai véleményeltérés már elmebetegségnek tekintendő. Az államnak és támogatóinak kezében az igazság monopóliuma, így az eltérő vélemény a pszichózis egyértelmű bizonyítéka. Wring<sup>25</sup> különböző országokban számos olyan esetet írt le, ahol a pszichiáterek a politikai nézetkülönbséget elmebetegségnek bélyegezték, különösen a korábbi Szovjetunióban, ahol Merkey és Shafran<sup>18</sup> szerint az eltérő politikai vélemény miatt gyakran diagnosztizáltak passzív szizofréniát.

Littlewood és Lipsedge<sup>9</sup> angliai bevándorlók között folytattak vizsgálatokat, és megállapították, hogy a pszichiátria sokszor mint szociális kontroll működik, félreértve néhány afrikai-karibi beteg vallásos és más viselkedését, mint ahogy az etnikai megkülönböztetésre adott válaszokat is szizofréniára bizonyítéknak tekintik. Ellentétben azzal, hogy igen magas az afrikai karibok között a szizofréniá incidenciája, depressziót viszonylag ritkán diagnosztizálnak, és a szerzők szerint, bármi is a gyakorlati ítélet, a fekete bőrű betegek gyakori szizofréniá diagnózisa (bizarria, irracionális, elidegenedtség tünetek alap-

ján), és a depresszió ritka diagnózisa (elfogadó, megértő) saját sztereotípiánkat igazolja.<sup>26</sup> Mindezek az eredmények felszólító erejűek a pszichiáterek számára, hogy az emigránsok és a szegények helyzetéből adódó hátrányokat ne diagnosztizálják mint betegséget. Más kutatók, bár azzal egyetértenek hogy az angol pszichiáterek etnikai és rasszbeli előítéletekkel dolgoznak, vitába szállnak azzal az állítással, hogy ez vezetne egyedül a schizofrénia olyan gyakori diagnózisához az afrikai karibok között. Lewis és mtsai.<sup>27</sup> például 139 angol pszichiáternél találtak sztereotípiákat és etnikai megkülönböztető gondolkodást ezekkel a betegekkel szemben: potenciálisan erőszakosabbnak tartják őket, olyanoknak, akik kevésbé alkalmazkodnak a kezeléshez, és sokkal gyakrabban vonódnak be kriminális cselekményekbe mint a fehérek. A pszichiáterek ugyanazokkal a tünetekkel sokkal gyakrabban hajlamosak kannabisz pszichózist és akut reaktív pszichózist de ritkábban schizofréniát diagnosztizálni sötét bőrű betegeken mint fehéreken. Bár ezek meggyőzték a kutatókat a pszichiáterek diagnózisalkotásának előítéletességétől, nem találtak nagyobb hajlandóságot, hogy megbélyegezzék és kötelezően zárt osztályra tegyék a betegeket csupán az etnikai különbségek miatt. Thomas és mtsai.<sup>28</sup> Manchesterben a kötelező pszichiátriai tanácsadáson azt vették észre, hogy a második generációhoz tartozó (tehát már Angliában született) afrikai karibok között kilencszer olyan gyakran fordul elő schizofrénia mint a fehérek között. Bár ez magyarázható azzal többszörös szociális, gazdasági hátránnyal magyarázhatjuk, amiben élnek, a szegény belvárosi lakások, a nagyfokú munkanélküliség, mindezek inkább korrelálnak a schizofrénia magas arányával, mint a pszichiáterek téves diagnózisával. Mindezek azt sugallják, hogy azok az erőfeszítések, amelyek segítenek leküzdeni a szociális hátrányokat, munkalehetőséget teremtenek az etnikai kisebbségek számára, egyben a mentális egészséget is javítják. Wesseley és mtsai.<sup>29</sup> szintén a schizofrénia magasabb arányú előfordulását találták az afrokaribok között London déli részén, függetlenül a születési helyüktől, de ez a különbség elsősorban az elszegedett szociális hányattatásoknak tudható be, sokkal inkább, mint az etnikumnak. A legtöbb vizsgálatot azonban eddig nem ismételték meg Nagy Britanniában különböző etnikai csoportjai között, továbbá néhány metodológiai aspektusában is problematikus. Elég nehéz például meghatározni a pontos kapcsolatot a rassz, a kultúra, az etnikum és a szociális osztály között a társadalomban. Sőt, az emberek osztályozása etnikum szerint, mint afrokarib, ázsiai vagy fehér már magában problematikus, hiszen maguk a csoportok sem homogének, és egészen különböző háttérrel rendelkező emberek tartoznak oda. Nem elég meghatározni egy pszichiátriai diagnózist egy adott közösségben, hanem a diagnózisalkotás politikai, szociális és gazdasági kontextusa és a hozzá kapcsolódó jelentések is egyaránt fontosak. Végül nagy jelentősége van annak is, hogy mennyire van a különböző csoportoknak lehetőségük olyan kezelésekre, mint a pszichoterápia, és vajon a kultúra mit szól a pszichoterápia alkalmazásához.

Eisenberg<sup>33</sup> más példákat említ arra vonatkozóan, hogy miért kap egy deviáns viselkedés morális (rossz) vagy orvosi diagnózist (elmebeteg). Ugyanazok a szimptómák, tünetek (gyengeség, izzadás, palpáció, erőfeszítésre mellkasi fájdalom) fizikai elváltozások hiányában neurasténia, vagy DaCosta szindróma (és így orvosi probléma), de lehetnek gyávaság jelei is például egy katonánál csata közben. Szépen illusztrálja ez azt az átmenetet, ami a század eleje óta ment végbe, a katonák közötti gyávaság, gyengeség morális fogalmaitól az olyan mai orvosi fogalmakig, mint ágyú sokk, csatagyengeség, poszttraumás stressz szindróma. Blackburn<sup>30</sup> szerint azonban a pszichopátiás személyiség pszichiátriai diagnózisa kicsit több klinikai diagnózisként, mint a komédiázás morális ítélete.

Távlatokban gondolkodva, tehát számos tényező befolyásolja a pszichiátriai diagnosztikai fogalmak standardizálását a különböző társadalmakban, többek között a fiziológiai adatok hiánya, a diagnosztikai kategóriák gyengesége, az elérhető magyarázó modellek zavarba ejtő száma, és a diagnózisalkotás szubjektív aspektusa, amit szociális, kulturális és politikai erők befolyásolnak. A következő példák a diagnózisalkotás különbségeit illusztrálják különböző országokban, vagy ugyanabban az országban dolgozó pszichiáterek között.

#### *Esettanulmány: Különbségek a pszichiátriai diagnózisban Nagy-Britanniában és az USA-ban (1)*

Cooper és mtsai.<sup>31</sup> brit és amerikai kórházban dolgozó pszichiáterek különböző diagnózisainak a gyakoriságát, annak változását és okait vizsgálták. A két ország kórházai különböztek a mániás depressziós pszichózis felvételi arányában. Nagy-Britanniában több mint tízszerese volt az ezzel a diagnózissal felvettek aránya, mint az amerikai kórházban. A szerzők felvetették a kérdést: Vajon ezek a statisztikai különbségek az orvosok, a felvételi rendszer vagy mindkettő következményei? Vajon a két város, New York és London különbözik-e a betegség prevalenciájában, vagy a felvételi arány a két pszichiáter csoport által használt diagnosztikai fogalmak különbségének tudható be? Mindkét város pszichiátriai osztályán 145 egymás utáni felvételt figyeltek meg, 35-59 év közötti betegeken. A betegeket a kutatók is megvizsgálták objektív, standardizált kritériumok alapján, és azután a vizsgálat eredményét összehasonlítták a kórházi orvosok diagnózisával. Mindkét város orvosai között a schizofrénia diagnózisa sokkal gyakoribb volt, és az affektív betegségek (mint a mániás depresszív pszichózis és a depresszív neurózis) sokkal ritkább mint a tanulmányt végző orvosok. Mindezek a tendenciák erősebbek voltak a New Yorki mintában. Bár valóban különbözött a két városban a betegségek incidenciája, de a különbség sokkal kevésbé jelentős, mint ahogy a kórházi diagnózisból következtetni lehetett volna rá. A kórházi pszichiáterek felnagyították ezeket az által, hogy

gyakrabban diagnosztizáltak schizofréniát New Yorkban, és gyakrabban affektív betegségeket Londonban. Ez a tanulmány azonban nem tártta fel, hogy hogyan befolyásolják a pszichiáterek közötti kulturális különbségek diagnózisalkotásukat.

**Esettanulmány: Különbségek a pszichiátriai diagnózisban Nagy-Britanniában és az USA-ban (2)**

Katz és mtsai.<sup>32</sup> sokkal részletesebben vizsgálták a pszichiátriai diagnózisalkotást az angol és az amerikai pszichiáterek között. Kutatásuk célja volt megvizsgálni, hogy az eltérő diagnózisalkotás vajon csak helyzeti, percepcióbeli különbségekből adódik-e, és egyébként a betegek tüneteiben és a viselkedésében egyetértenek-e az orvosok. Kísérletük során angol és amerikai pszichiátereknek betegekkel készült interjúkat vetítettek, azután megkérték őket, írják le az összes patológiás tünetet és alkossanak diagnózist. A két csoport között jelentős diagnosztikai különbségek voltak, de abban is különböztek, ahogy a betegek tüneteit látták. Az angolok általában kevesebb patológiás tünetet találtak, kevesebbet láttak a kulcsfontosságú diagnosztikai tünetekből, mint a retardáció, apátia, paranoid projekció, vagy érzékszervi zavar. Másrészt több szorongásos önbüntetést láttak mint az amerikaiak. Mivel a kulcstünetekből kevesebbet láttak meg, ezért sokkal kevesebb schizofréniát diagnosztizáltak az amerikaiak és nem találtak különös eltérést az angolok. A szerzők szerint tehát az etnikai háttér befolyásolja mind a diagnózisválasztást, mind a tünetészlelést.

**Esettanulmány: Különbségek a pszichiátriai diagnózisban Angliában és Franciaországban**

Van Os és mtsai.<sup>33</sup> a schizofréniát vizsgálták 92 angol és 60 francia pszichiáterből álló mintában. Jelentős különbségeket találtak abban, ahogy a két csoport értelmezte mind az etiológiát, diagnózist és különbségek mutatkoztak a kezelésben is. Általánosságban igaz, hogy jelentősen a hatása alatt állnak a hagyományos angolszász empirizmus és a kontinentális racionálisabb felfogás, (ami az igazságot vagy a gyakorlaton vagy gondolatokon keresztül próbálja meg elérni) megosztásának. Franciaországban a pszichoanalitikus elméletek, amik a családdinamika és szülői hatás szerepét hangsúlyozzák, sokkal nagyobb hatással vannak, míg Nagy-Britanniában a pszichiátria a fizikai orvosláshoz kapcsolódik inkább, és elsősorban idegrendszeri-fejlődési és genetikai tényezőkre koncentrál. A kezelésben is hasonló felfogás érvényesül, az angol pszichiáterek biológiai és viselkedésterápiás megközelítést használnak elsősorban. A vizsgálat jelentős különbségeket talált a schizofréniát incidenciájában a két ország között. Franciaországban 45 év alatti

betegek pszichiátriai osztályra történő első felvételekor sokkal magasabb mint Angliában, míg sokkal alacsonyabb 45 évesnél idősebb betegekénél. Az első felvételnél felállított schizofréniát diagnózis 1973-82 között emelkedett Franciaországban, de hanyatlott Angliában. A schizofréniát incidenciájában talált különbségek jól magyarázhatók a pszichiáterek kulturális és fogalmi különbözőségeivel valamint az eltérő diagnosztikai kritériumokkal. A francia pszichiáterek vonakodnak schizofréniát diagnosztizálni 45 év felett, míg 45 év alatt a schizofréniát fogalom számos egyéb pszichológiai állapottal sűrűsödik egybe, (mint a *heboidofréniát* vagy *pszeudopszichopatiás schizofréniát*) amik Angliában nem tartoznak ugyanebbe a kritériumba.

**Esettanulmány: Különbségek a pszichiátriai diagnózisban Anglián belül**

Copeland és mtsai.<sup>34</sup> 200 angol pszichiátert diagnosztizáló viselkedését vizsgálták, akik legalább 4 éve pszichiáterként dolgoztak, és hasonló képesítéssel rendelkeztek. 3 beteggel készült interjú videó felvételét mutatták be a kutatók az orvosoknak és megkérték őket, ítélik meg az abnormalis tüneteket egy standardizált skálán, és jelöljék be a beteget egy diagnosztikai kategóriába. Nagyfokú egyetértést mutattak a pszichiáterek, kivéve akik Glasgowban tanultak, mert ők sokkal inkább hajlottak affektív betegségek diagnosztizálására az egyik felvételnél, ahol a választási lehetőség affektív betegség vagy schizofréniát volt. Emellett azok a pszichiáterek, akik a Maudsley Kórházban, Londonban tanultak, kevesebb patológiás viselkedést fedeztek fel, mint társaik, valamint az idősebb pszichiáterek pszichoterapeuta gyakorlattal a háttérben sokkal több abnormalitást láttak meg, mint a fiatalabbak. A szerzők szerint annak megítélése, hogy a beteg viselkedése patológiás-e, annak a függvénye, hogy az ítéltő hogyan gondolkozik egészségről, betegségről, és mit tart normálisnak és abnormalisnak. Az eredmények ezekre az attitűd-belő különbségekre utalnak, és kapcsolatban vannak mind a posztgraduális képzéssel, mind az életkorral.

## A pszichológiai betegségek kulturális mintái

A beteggé válásnak minden kultúrában meghatározott útja van, hogyan válnak a panaszok felismerhető betegséggé, mivel magyarázzák a kialakulás okait és hogyan kezelik. Fellelhető ez a folyamat a fizikai betegségek kialakulásánál (ld. 5. fejezet), és ugyanúgy lehet a pszichológiai betegségekre is alkalmazni. Ezeknek az állapotoknak a magyarázatai ugyanabba az etiológiai kategóriába esnek, ilyen a személyes viselkedés és a természet, a társadalom és a természetfeletti erők hatása. Az elmebetegségeket tehát magyarázhatjuk például szellemmel, boszorkánysággal

gal, a vallási tabuk megszegésével, isteni megtorlással, létrejöhetnek azáltal, hogy rossz szellem szállja meg valaki lelkét. Foster és Anderson kimutatták, hogy az elmebetegségeknek ilyen személyes magyarázatai sokkal gyakoribbak a nem nyugati világban, ezzel ellentétben az elmebetegségek nyugati szemlélete a pszichológiai faktorokat, életeseményeket, és fő etiológiai tényezőként a stresszt hangsúlyozza.

Ugyanúgy, mint a fizikai betegségeknél, a kultúra befolyásolja a distressz nyelvét, hogyan *kommunikálhatjuk* azt mások fele. Ez a nyelv az abnormalitás sok kultúra-specifikus definícióit tartalmazza, mint nagyobb viselkedésváltozások, beszéd, öltözködés vagy személyi higiéné. Az érzelmi distressz szavakba öntések, például a hallucinációk és érzécsalódások leírásakor, a szimbólumokat, képzeteket és motívumokat a beteg saját kulturális miliójából hozza. Például Littlewood és Lipsedge<sup>35</sup> betegeinél, a Karib-szigeteken és Afrikában született pszichotikus betegek 40%-a vallásos élmények fogalmaival beszéltek betegségükről, míg Nagy Britanniában született fehér pszichotikus betegeknek csak 20%-a tette ezt. Hasonlóan, Specher-Hughes<sup>36</sup> nyugat Írországból a vidéki Karry-ben az emberek az érzécsalódásaikat inkább vallásos természetűnek írják le, a Szűz és a Megváltó motívumai, míg az amerikai schizofréneknek inkább világi és elektromágneses üldözéses téves eszméi vannak. Míg a rossz szellem megszállás Afrika egyes részein, a földönkívüliek befolyásának gondolata inkább a nyugati pszichotikusokra jellemző. Minden kultúra így szimbólumok és képzetek olyan repertoárját nyújtja, amivel az elmebetegségeket ki lehet fejezni, még a spektrum *kontrollálatlan* abnormalitás végen is. Mint a 9. fejezetben leírt rituális szimbólumok, az elmebetegség kifejezésére használt szimbólumok is polarizált jelentésűek. Egyik póluson a személyes pszichológiai érzelmi vonatkozások, a másikon a szélesebb társadalom szociális és kulturális értékei találhatók. Ahol egy elmebeteg etnikai vagy kulturális kisebbség tagja, gyakran felhasználja a domináns többség kultúrájának szimbólumait hogy kifejezze pszichológiai állapotát és segítséget kaphasson.<sup>37</sup> Ehhez internalizálni kell (vagy legalábbis felületesen) a domináns kultúra értékrendszerét, és használni azokat a kifejezéseket amik ezekkel az értékekkel járnak. Ezt a folyamatot illusztrálja a következő esettanulmány.

#### Esettanulmány: Jackson Beatrice

Littlewood<sup>38</sup> írja le Beatrice Jackson esetét, aki 34 éves özvegy, és egy néger jamaicai baptista miniszter lánya, 15 éve Londonban élt egyedül a fiával, egy ruhagyárban dolgozott, ami messze volt az otthonától. Gyakran magányosnak, lehangoltnak és bűnösnek érezte magát, amiért olyan hosszú ideje elidegenült az apjától, aki a Karib-félszigeten élt. Nagyon vallásos volt és gyakran járt templomba. Miután apja meghalt, önvádolása fokozódott és állandóan az életén, a múltján töprengett. Fájlalta a méhét és

rábeszélte a nőgyógyászt, hogy távolítsa el, „mindent tisztítson ki”. A fájdalom áterjedt a hátára, és újra meg újra kérte az operációkat, hogy távolítsák el a baját. A pszichózis akkor tört ki, amikor a fia megkritizált egy fehér rendőrt egy lázadás alkalmával, amivel ő a végsőkéig vitatkozott. A következő nap vették fel a pszichiátriai osztályra, összefüggéstelenül beszélt, öngyilkossággal fenyegetőzött, azt kiabálta, hogy a fia nem az övé, mert fekete, és a fekete emberek nagyon csúnyák, de ő nem, mivel nem fekete. A kórházban sokkal jobban kötődött a fehér orvosi és ápoló személyzethez, segítettek nekik, és őket képviselte minden beszélgetés során. Ezzel szemben állandó vitában állt a nyugati indiai személyzettel, visszautasította, hogy kéréseit teljesítse, amivel pedig nagymértékben egyetértett, ha a fehér személyzet kérte.

Az eset közelebbi tanulmányozásával kiderült, hogy a világot szó szerint fehér és fekete fogalmakban látta. Littlewood szerint internalizálta mind Jamaikának mind Angliának a szimbólum és gondolkodásrendszerét és azt a következtetést vonta le, hogy a fekete rosszat, bűnt, piszkot és szexuális szabadoságot jelent. Vallásában a fekete a gyűlöletet, a gonoszt (a gonosz emberek fekete gyűlöletűek) az ördögöt, a sötétséget és a gyászt jelentette. Ezzel ellentétben a fehér magát a vallást, a tisztaságot, az önmegtagadást, az örömet jelenti, s mind a menyasszony mind az angyalok fehérben vannak. A Karib-félszigeten gyakran hirdetnek a magazinok a bőrvilágosítókat és hajkiegyenesítőket, és a világosabb bőrszín nagy szociális érték. Internalizálta ezt a dichotómiát és szeretne belül fehér lenni a vallásos értékekhez való kapcsolódás révén, de nem tudja ezt a külső fehér világgal kívülről is elfogadtatni. Így feketesége integráns részét alkotja, (és ezért elfogadhatatlan) és mint problémát a nemi szerveibe lokalizálja, felelőssé tevé nemi vágyaiért, ami pedig konfliktusban áll lényének azon részével, ami fehérre szeretne válni. Mikor a fia elutasította a rendőrt, mint a fehér társadalom képviselőjét, úgy tűnt, hogy ez a kritika fenyegeti a „fehér jó” – „fekete rossz” kategória rendszerét, és nem tudta tovább összeegyeztetni a belső szimbolikus rendszert, a külső társadalmat és saját érzelmi életét. Így összeomlott a rendszer. A kórházban megpróbálta újra helyreállítani az értékrendjét, ismét identifikálni magát a fehér személyzet által, és pszichotikus epizódjait a fekete Ördög fondorlatainak tartva. Littlewood szerint életproblémáinak minden állomásán megpróbált alkalmazkodni, értelmet találni élete külső realitásaiban a fekete fehér szimbólumrendszerében, amit internalizált. Végül egyre nehezebb volt fenntartani a külső realitással szembeni magyarázatrendszerét, és a pszichotikus epizód kitört.

#### Szomatizáció

A *szomatizáció* – vagyis a pszichológiai tüneteknek lefordítása a distressz nyelvére, elsősorban fizikai tünetekre – minden kultúrában gyakran előforduló probléma a diagnózis alkotás során, (ld. 5. És 7. fejezet). Világszerte nagyon sok kultúrában<sup>39</sup> és a nyugati világ alacsonyabb szo-

ciális gazdasági helyzetű csoportjaiban is megtalálható. Ez különösképp jellemző a depresszió klinikai képére. A depressziós betegek gyakran panaszkodnak változatos és diffúz fizikai tünetekre, mint fáradtság, fejfájás, palpáció, súlyvesztés, szédülés, bizonytalan fájdalmak, és így tovább. Gyakran tagadják, hogy lehangoltak vagy bármilyen személyes problémájuk lenne.

Hussain és Gomersall<sup>40</sup> például leírták, hogy a depresszió az ázsiai emigránsok között Nagy Britanniában gyakran elsősorban szomatikus tünetek formájában manifesztálódik. Elsősorban általános gyengeség, „bél tudatosság”, különös félelem a szívinfarktustól, a nemi szervek egészségével való extrém törődés, éjszakai ébrenlét, ondóvesztés a vizelettel (*dhat* vagy *jiryan*-ként ismert) panaszokkal jelentkeznek a betegek, bár ezeknek a speciális tüneteknek a jelenléte természetesen nem mindig jelent depressziót.

Kleinman<sup>42</sup> leírta, hogy különböző kultúrák és társadalmi osztályok különböző módon mutatják ki a lehangoltságot a depressziót. Néhány kultúra számára a szomatizáció kulturálisan meghatározott módja ezekkel a hatásokkal való megküzdésnek, és funkciója, hogy csökkentse a teljesen blokkoló introspekciót vagy a közvetlen kifejezést. A kellemetlen hatásokat nem pszichológiai nyelvezettel fejezik ki: „fáj valamim” mondják ahelyett, hogy azt mondanák: „depressziós vagyok”. Megfigyelései szerint ez sokkal gyakoribb az USA szegényebb rétegeiben, a középiskolai vagy annál alacsonyabb végzettségű fizikai dolgozók között, akiknek jóval „hagyományosabb” az életstílusuk, míg a pszichologizálás (a depressziót pszichológiai problémának látja) a középosztály felső rétegének diplomás szakemberei, főiskolát vagy egyetemet végzett hivatalnokai között gyakoribb.

Sokszor a megkülönböztetés a szomatizálás és pszichologizálás között inkább elméleti mint valóságos. Mint ahogy Ots esettanulmánya is mutatja (ld. később a látszólagos szomatikus tünetek erőteljes érzelmi üzenetet hordozhatnak, ami jól érthető mind a gyógyító, mind a beteg számára. Krause és mtsai<sup>43</sup> megfigyelték, hogy bár a pandzsábi emigránsok Nagy Britanniában szomatizálásra hajlamosak, képesek pszichológiai kifejezésekkel is elmondani problémájukat, és a még a szomatikus tüneteket is képesek voltak kifejezni mind pszichológiai mind fizikai distresszként. Sőt a pszichologizálás vagyis pszichológiai szavak és fogalmak használata a szubjektív állapot leírására a szomatizáció fogalmi ellentéte, gyakran szomatikus vagy nem pszichológiai nyelven megfogalmazott. A mindennapi angol például az érzelmi zavart gyakran szomatikus nyelven fejezi ki, például valaki lehet összetört szívű, nyakfájós, örömmel tele, és figyelemre éhes, nem tud megemészteni valamit, egy élmény lehet fájdalmas. Saját tanulmányomban<sup>44</sup> USA-ban Massachusetts-ben a betegek a pszichoszomatikus tüneteket gyakran írták le mint valami kézzelfogható dolgot, ami beléjük telepedt és károsítja a testüket: Hiszen „sok dolgot hordozok belül: haragot, feszültséget, ellenségességet, mindenféle félelmet, úgy gon-

dolom, bele vannak zsúfolva a vastagbelembe” „a negatív érzelmeimet elteszem magamba ... az orvosok gyakran mondják, a méreg a vastagbélben van tárolva”.

Az érzelmeknek ez a nyugati szemlélete igen általánosan elterjedt, (különösen az antiszociálisakra vonatkozik ez, mint a harag, félelem, irigység) lényege, hogy az érzelmek patogének, betegség okozó erők akár az egyénben akár a külvilágban keletkeznek. Ha sokszor felgyülemlik az egyénben, rosszul érezhet, betegséget okozhat, hacsak „el nem távozik”. Ez Henry Maudsley a híres XIX. századi anatómus megjegyzésének modernizált változata: „a bánatot, amit nem sírtunk el, a szerveink könnyezik”.<sup>45</sup>

Taivanban Kleinman<sup>42</sup> megfigyelése szerint a szomatizáció nagyon általános. Mind a hokki és a kínai nyelven, amit a szigeten beszélnek, egyre szegényesebbek azok a kifejezések, amik a pszichológiai állapotra vonatkoznak, és az érzelmeket gyakran a szervek nyugtalanságának vagy idegességének a kifejezéseivel jelölik. Az önvizsgálat nem általános, és mint az amerikai pszichiáterek mondják a taivani betegekről, nagyon nehéz a személyes gondolatokat és érzéseket kihozni belőlük. A distressz nyelve a szomatizáció, ami kifejezi a pszichológiai betegségeket, és a pszichológiai, fizikai, és szociális állapot komplex összefonódását, ahogy két kínai példa illusztrálja, az egyik Hong Kong-ból, a másik Kínából.

### *Esettanulmány: Depresszió Hong Kongban*

Lau és mtsai.<sup>46</sup> 213 depressziós esetet tanulmányozott (142 nő 71 férfi) Hong Kong magánrendelőiből, egy 6 hónapos periódus alatt. A fő panasz, amiért orvoshoz fordultak a betegek a következők voltak: epigasztriális diszkomfort (18,7 %), szédülés (12,2 %), fejfájás (9,8 %), álmatlanság (8,4 %) általános gyengeség (7,5 %), láz (4,7 %), köhögés (4,7 %), menstruációs zavarok (3,3 %), derékfájás (3,3 %). A minta 96 százalékában szomatikus tünetek voltak a kezdeti panaszok. Gyakorlatilag azok a betegek, akik érzelmi zavart említettek fő panaszként nem depressziósok voltak. Sokaknak a fájdalom volt a fő vagy valamivel együtt járó panaszuk – 85 százalékban szerepel fájdalom a leírásban. Fejfájás például a minta 85,4%-ban szerepelt. A szerzők vizsgálatuk eredményével felhívják a figyelmet a depresszió diagnózisának lehetőségére, még ha a szomatikus tünetek el is fedik azt.

### *Esettanulmány: pszichoszomatikus tünetek Nanjingban, Kínában*

Ots<sup>47</sup> 243 beteget vizsgált, akik közül soknak pszichoszomatikus betegség volt a diagnózisa a hagyományos Kínai Orvosi Klinikára való felvételekor Nanjingban. Kínában éppúgy, mint Taivanban és Hong

Kongban az érzelmek nyílt kifejezése nem megengedett. Ehelyett a boldogtalan és pszichoszociális problémákkal küzdő emberek fizikai tünetekkel – elsősorban máj és szív panaszokkal – fordulnak orvoshoz.

A nyugati orvoslástól eltérően a kínai orvoslás nem dualisztikus, nem különíti el olyan élesen az érzelmi és fizikai funkciókat, mindkettőt ugyanazon jelenség részének tartja, így a speciális érzelmi változásokat és speciális szomatikus díszfunkciókat egymással kölcsönhatásban állónak és gyakran identikusnak tekintik. Bár a kínai gyógyítási rendszer látszólag speciális és meghatározott szervi rendellenességekre koncentrálna, mint máj vagy szív vagy vese, ezeket a diagnózisok legtöbb esetben nem az aktuális fizikai betegségre vonatkoznak, hanem érzelmi állapotok *metaforái*.

Minden diagnózis (például májbetegség) valójában metafora, és nem elsősorban a meghatározott szervre, hanem inkább érzelmekre vonatkoznak, szomatikus tünetek mintázatában. Így bár a hagyományos kínai gyógyítás a szomatikus tüneteket (és kezelést) hangsúlyozza a pszichológiaival szemben, a gyakorló orvosok képesek ezeket a szomatikus tüneteket mint érzelmi állapotok üzeneteit olvasni, és így meghatározni a mögöttes pszichológiai problémát.

A hagyományos kínai orvoslás nozológiája szerint a máj a harag metaforája, a szív a szorongásé, a lép a depresszióé, a vese a szexuális zavaroké. A májjal kapcsolatos diagnózisok 80 százaléka valójában nem a máj aktuális fizikai betegségére vonatkozik (mint például hepatitis) inkább a haragra. Például a máj-yang fellobbanás azt jelenti, hogy az egyén elnyomott dühe hat a testére, elsősorban a májára. Ha nem kezelik, a máj megtámadhatja a lépét, és lépbetegség alakulhat ki. Más szavakkal a magába forduló harag alkalomadtán depressziót okozhat.

Ots kimutatta, hogy bár a hagyományos kínai orvoslás elsősorban a szomatikus tünetekre koncentrálna, nem hagyja figyelmen kívül az érzelmi állapotokat, bármit is okoznak: az érzelmeket leginkább patogén tényezőkként fogják fel, amik szervi és működési zavarokat okozhatnak. A kezelés pedig nem pszichoterápia és katarzis (amit a kulturális normák nem is engednének meg), hanem a testi funkciók harmonizálása révén az érzelmek harmonizálását célozza meg. A „máj-méreg” esetében magát a májat kezelik, mintegy 10-15 fajta gyógynövény kombinációjával.

Ots szerint a pszichoszomatikus betegségek nyugati modelljét nem egykönnyen lehetne alkalmazni Kínában, mivel a kultúra más „test-tudatosság” ad mind a betegek mind az orvosok számára, és a kínaiak kulturálisan olyan módon tanulták meg „figyelni a testükkel”, ami ismeretlen a nyugati világban.

### „Kulturális szomatizáció”

A szomatizáció gyakran olyan bizonytalan általános tünetektől indul, mint a fáradtság, gyengeség, láz, és diffúz fájdalom. Néhány kultúrában vagy szociális csoportban a szomatizáció speciális formája fordul elő,

kiválasztva egy meghatározott szervet, mint az összes tünet és szorongás középpontját. A jelenséget *kulturális szomatizációnak* nevezzük, és a kiválasztott szervnek szimbolikus, metaforikus jelentősége van a csoport számára, mint a máj, lép, szív, vese Otis kínai tanulmányában. Más példái a kulturális szomatizációnak a szív Iránban (szívdistressz) és Pandzsábban (elszoruló szív), a máj Franciaországban (*crise de foie*), a belek Nagy Britanniában<sup>48</sup> (és más országokban), a pénisz számos Kínai kultúrában (*koro*). Minden esetben igaz, hogy a beteg nem egyszerűen szenved egy meghatározott tünettől, hanem megtestesítőjévé válik a társadalom kultúrájának, amiben él.

Ez a megosztott figyelem egy meghatározott szerv vagy testrész felé különbözik attól a sokkal személyesebb, egyedi szomatizációs stílustól, amit a nyugati pszichoanalízis írt le. Például Freud és Breuer<sup>49</sup> hisztéria modellje azt állítja, hogy néhány fizikai tünet (például a láb bénulása vagy fájdalma) intrapszichés konfliktust fejezhet ki az egyénre jellemző módon. Ebben az esetben a kiválasztott testrésznek szimbolikus jelentősége van az egyén számára. A pszichoszomatikus betegségek kutatói hasonló megközelítésben próbálják megérteni a szervválasztást, vagyis azt, hogy miért válik egy szerv célszervvé, míg egy másik nem.<sup>50</sup> Sok esetben a kulturális kontextus ellenében és attól függetlenül a célszerv választás mind kulturális mind egyéni kritériumokon alapul.

### Kultúrához kötött pszichológiai betegségek

A „kultúrához kötött betegségek” a népi betegségek egy csoportja, ami kizárólag egy meghatározott kultúrában vagy földrajzi területen fordul elő. Mindegyik speciális tünetcsoport, olyan jelek és viselkedési változások együttese, amit a csoport valamennyi tagja felismer és amire meghatározott módon válaszol (ld. 5. fejezet). Általában számos szimbolikus jelentésük van, – morális, szociális vagy pszichológiai, – mind a szenvedő alany mind az őt körülvevők számára. Gyakran az egyén adott betegségét szélesebb összefüggésbe helyezik, beleértve közösségével, természetfeletti erővel és a természetes környezethez való kapcsolatát. Sokszor fontos szerepet játszanak antiszociális érzelmek és a szociális konfliktusok kifejezésében, és megoldásában, kulturálisan meghatározott módon. Széles lehetőségek vannak ebben a csoportban az egyszerű viselkedési és érzelmi betegségektől az olyanokig, amik súlyos szomatikus komponenssel is rendelkeznek. Tucatjával írtak le ilyen betegségeket, mint például az *amok*: hirtelen erőszakos támadás emberekre, állatokra és élettelen dolgokra, ami maláj férfiakra jellemző; a *Hsieh-ping* transzállapot Kínában, amikor a beteg úgy érzi, meghalt rokonai és barátai, akiket megbántott, megszállták; a *koro* kínai férfiak érzékesalodása, hogy péniszük visszahúzódik hasüregükbe, és végül a halálukat okozza; a *mal ojo* vagy „a gonosz tekintete” (szemmel verés) Latin Amerikában (és más népcsoportokban) a betegséget egy ellenséges vagy féltékeny ember tekintete okozza; a *latah* dél-kelet Ázsiában a

túlságos szuggesztibilitás és utánzás szindrómája; a *voodoo* halál a Karib-szigeteken és máshol, egy erős varázsló átka következtében alakul ki; a *shinkeishitsu* a szorongás és kényszeres neurozís egy formája fiatal japánok között; a *windigo* kényszeres vágy az emberhús evésére az algonkian nyelvű indiánok között közép és észak-kelet Canadában; és a *susto* a lélekvesztéstől való félelem; Latin Amerika legtöbb részén.

A kultúrához kötött betegségek egyáltalán nem olyan exotikusak, ahogy ez a felsorolás sejteti. Máshol e kötetben már leírtuk, hogy számos gyakori viselkedés, distressz kifejezés, testi állapotok percepciója és néhány diagnosztikai kategória bizonyos kontextusokban nyugati kultúrához kötött betegségnek fogható fel. Ezek közé tartozik a kövér-ség, *anorexia nervosa*, premenstruációs szindróma, az A-típusú viselkedés. Littlewood és Lipsedge<sup>52</sup> számos egyéb ilyen állapotot összegyűjtött, ami a mai Nagy Britanniában általános: a *parasuicidium* (orvos által felírt gyógyszerek túladagolása), *agorafóbia* („háziasszony betegség”), áruházi tolvajlás (jólsituált középkorú nők betegsége), *exhibicionizmus* (vagy mutogatás), *családi ostrom* (elvált férfi, akit nem engednek a gyerekei közelébe, túszként tartja őket a lakásukban). Mindezekben a szerzők a nyilvános viselkedés néhány olyan visszatérő mintáját ismerik fel, amelyek valamilyen mai kulturális problémát és értéket fednek le. Ezért mint az előbbi állapotokat, ezeket is kultúrához kötöttnek nevezzük. A háziasszonyok agorafóbiája például tekinthető egyaránt a nőkre nehezedő kulturális nyomás rituális megjelenítésének és az ez ellen való ellenkezésnek is. Túlságosan alkalmazkodva ehhez „a nő helye otthon van” sztereotípiához a nők képesek drámaian mobilizálni a családot maguk körül, ugyanakkor korlátozni a férj mozgását azzal, hogy otthon kell maradnia és vigyázni rá.

Ezek a speciális szindrómák mellett mind a nyugati mind a nemnyugati kultúrákban sokkal diffúzabb kulturális minták határozzák meg a distressz nyelvét, amin keresztül a pszichológiai és szociális zavarok kifejezhetőek minden társadalomban. Ezekben az esetekben a *megjelenítés módja* kultúrához kötött, de a szimptomatológia mintázata nem. Már említett példája ennek a depresszió kifejezésének módja a kínaiak között szomatikus tünetekkel Taivánban, Hong Kongban és Kínában, az Angliában élő ázsiai emigránsoknál, és a munkássztálybeli amerikaiaknál.

Állíthatjuk, hogy minden betegség – akár fizikai pszichológiai vagy szociális, – bizonyos mértékben kultúrához kötött. Vagyis mindig van valami egyedi helyi kulturális perspektívája a mégoly standard biomedikális betegségnek is. Mindamelllett a viselkedés és a pszichés állapot olyan drámai megváltozásai fizikai elváltozások nélkül, amikhez szimbolikus jelentések tapadnak az, ami az orvosi antropológusok speciális érdeklődését felkeltő jelenségsoportot alkot.

A következő eset egy jól ismert, széles körben elterjedt, kultúrához kötött és Latin Amerikában leírt betegség éppúgy mint az azt követő másik szindróma amiben néhány latin emigráns szenved az USA-ban.

### Esettanulmány: *Susto* Latin Amerikában

A *susto* vagy (mágikus félelem) jellegzetességeit Rubel<sup>16</sup> írta le. Ezt *pasmo*-nak, *jani*-nak, *espano*-nak, *peídade la sombra*-nak is nevetik. Szerte Latin Amerikában mindenki ismeri a vidéktől a városig, férfiak és nők, indiánok és nem indiánok. A spanyol amerikaiak között is megtalálható különösen Californiában, Coloradóban, Új Mexikóban és Texasban. Azon a hiedelemen alapul, hogy az egyén fizikai testből és egy vagy több anyagtalan lélekből vagy szellemből áll, ami bizonyos körülmények között leválva a testről szabadon vándorolhat. Alvás vagy álom alatt, és feldolgozatlan élmény következményeként fordulhat ez elő. Az indiánok úgy gondolják, hogy megszállott lélek okozza, mert akár szándékosan akár nem, a beteg megzavarta a föld, folyó, tó erdők és állatok lélekvezetőit. A lélek mindaddig megszállott, amíg a bűnös megbűnhődik. A nem indiánok között a lélekvesztés hirtelen ijedtség vagy ijesztő élmény. A klinikai képe a következőkből áll:

1. álmatlanság, vagy nyugtalan alvás;
2. az éber órákban a beteg depresszióról panaszkodik, figyelmetlen, étvágytalan, elveszti az érdeklődését a ruházkodással és személyes higiéniájával kapcsolatban;

A gyógyító rítus általában népi gyógyító vagy *curandero* végzi, ami egy kezdeti diagnosztikai részből áll, amikor a speciális helyzet okát felismeri és a beteg ezzel egyetért. Ezt követi a gyógyítási szakasz, amikor a lelket csalogatják, kérve, hogy kapcsolódjon vissza a beteg testéhez. Masszírozzák, dörzsölik és izzasztják, hogy eltávolítsák a betegséget a testből és bátorítsák a lelket, hogy térjen vissza. Rubel számos epidemiológiai tényezővel hozza kapcsolatba a betegség incidenciáját (ld. 12. fejezet) ezek között felsorolva a stresszteli szociális faktorokat, különösen amikor a beteg képtelen megfelelni a szociális elvárásoknak a családi és a kulturális környezetében.

### Esettanulmány: *Idegés rohamok* (*ataques de nervios*) latinoknál az USA-ban

De La Canela és mtsai.<sup>53</sup> leírták a Puerto Ricoi és más latin emigránsok között az „ideges rohamok” (*ataques de nervios*) betegséget ami speciális és kulturálisan értelmes módja az erős érzelmek kifejezésének. Hirtelen kezdet jellemzi, változatos fizikai tünetekkel: remegés, forróság-érzés, mellkasi nyomás, mozgási nehézség a lábokban, kéz és arc zsibbadás vagy viszketés, belső üresség érzés, néha tudatvesztés, vagy abuzív viselkedés. Ezek az akut rohamok általában folyamatos romló ideges állapotot követően alakulnak ki, amit általános családi problémák, házi ügyek, pénzügyi gondok okoznak. Egy ilyen rohamot közvetlenül általában valamilyen stresszteli élmény válthat ki. A szerzők leír-

ják, hogy a legtöbben nem látszanak betegnek, nem tűnik úgy, hogy orvosi segítségre szorulóknak, inkább szomorúak, haragosak, frusztráltak, lehangoltak egy stresszteli szituáció során – éppúgy mint mikor időlegesen kilépnek belőle, és a tünetek a hogy szimpátia és segítség kiváltásának eszközei. Azonban mikroszinten nem lehet ezt a betegséget megérteni. A latinok szociális politikai gazdasági helyzetét is meg kell vizsgálni az USA-ban, a tehetetlenség és magára maradozottság érzését, a kontroll hiányának élményét. A szülőhelyük (általában Közép-Amerika) stresszteli eseményei társulnak a vándorlással így a családi élet felbomlásával, munkanélküliséggel, megkülönböztetéssel, túlszűfolt lakásokkal, nemi szerepek megváltozásával, ezek mind a szélesebb kontextus részei. Ehhez jön a szociális és politikai tehetetlenség, kulturális identitásuk fenntartásának igénye amellet, hogy asszimilálódjanak az USA kultúrájába, valamint a saját eredeti kultúrájuk iránt megnyilvánuló tisztelet teljes hiánya. A szerzők szerint ezért a gyógyítók és a család figyelmének is a szélesebb szocio-kulturális valóság felé kellene irányulni, mivel a hosszú távú rohamok sokkal eredményesebben kezelhetők komplex szociopolitikai háttérrel. Ezért az egészségügyi segítség is a szociális problémák és családi feltételek megteremtése lenne, vagyis mindazoknak az okoknak a megszüntetése, amik az ideges rohamokat kiváltják.

A fenti példák illusztrálják, hogy a kultúrához kötött betegségeket legtöbbször úgy lehet megérteni, ha szélesebb kontextusban vizsgáljuk, mint amiben megjelennek. Néhány esetben ez a kontextus magában foglalja a társadalom politikai, gazdasági és szociális vetületeit is.

### A pszichológiai betegségek kulturális és szimbolikus gyógyítása

Számos nem nyugati társadalomban, különösen a vidéki közösségekben, az elmebetegséget sokszor mint olyan társadalmi eseményt tartják számon, ami szorosan bevonja a beteg családját, barátait és közösségét. Sok esetben mind a testi és lelki egészség-betegség fogalmát úgy értelmezik, mint a társadalom gépezetében megjelenő konfliktusokat és feszültségeket. Kleinman<sup>54</sup> a *kulturális gyógyítás* fogalmát használja arra az esetre, amikor gyógyító rituálé megkísérli helyreállítani ezeket a szociális hasadásokat és a megrendült értékeket és feloldani a társadalmi feszültségeket. A gyógyítás több szinten zajlik: nemcsak a beteg egészsége szintjén, hanem annak a közösségnek szintjén is, amiben él. A gyógyító célja, – mint Ndembu *chimbuki*-é amit a 9. fejezetben ismertettünk – az, hogy feloldja a betegségokozó konfliktust, helyreállítsa a csoportkohéziót és visszahelyezze a beteget a normál társadalomba. Például Waxler<sup>55</sup> szerint sok kisközösségben az elmebetegségek hasznosak, sőt szükségesek is, mivel időnként fellazítják a kötelezettségeket az emberek között (család, barátok, szomszédok részt vesznek és fizetnek a nyil-

vános gyógyító rituáléért) és integráló funkciója révén erősíti a csoporton belüli és csoportok közötti kötődéseket. Ezekben a társadalmakban kevés más specializált intézmény (mint a központosított jogi, politikai és bürokratikus rendszerek) segíti az *integrációt*, így a deviancia is és a mentális betegségek is ezt a szerepet játszhatják. A folyamat egy mindenki által osztott kognitív rendszerben játszódik, ahol mindenki hasonló nézőponttal rendelkezik a balsors, és az egészség-betegség etiológiáját illetően. Ha az elmebetegséget egy más csoporthoz (család, törzs, klán) tartozó egyén varázslatának vagy boszorkányságának tulajdonítják, a támadó csoportja kötelezettségekkel tartozik az áldozat csoportja felé, és a bűnt nyilvánosan kell jóvátenni. Ez segíti a csoportok közötti kötelék helyreállítását, és újra felállítja a köztük lévő határokat és ebben a folyamatban az elmebeteg személyisége újraintegrálódik a társadalomba. Waxler szerint ez a folyamat és a család kulcsfontosságú szerepe a beteggel való törődésben azt is jelenti, hogy a hagyományos, nem nyugati típusú társadalmakban az elmebetegség könnyebben gyógyítható és gyorsabban véget ér. Ellentétbe állítja ezzel a Nyugatot, ahol a pszichiátriai kezeléseknél nincs meg ez a rehabilitáló funkciója (kitölti a politikai bürokratikus rendszer és így tovább) következőképpen az elmebetegség meg jobban elidegeníti a beteg embert a társadalomból. Határokat állít a beteg köré, és nem hozza létre, nem alkotja újra a szociális kapcsolatot a csoportok között (kivételesen a nukleáris családban) és nem húz világos határokat a csoportok között. Nyugaton a schizofréniát úgy tartják számon, mint krónikus, relapszusokkal jelentkező betegségfolyamatot ami ismételtel visszatér, és a schizofrén inkább remisszióban van, ahelyett, hogy azt mondanánk, hogy meggyógyult. Ezért az integratív funkció hiánya a hosszú betegségfolyással és a rossz prognózissal van kapcsolatban.

Kleinman<sup>54</sup> kimutatta, hogy a „kulturális gyógyítás” a szociális stresszt attól függetlenül gyógyíthatja, hogy milyen annak hatása a betegre, aki az alkalmazást indokolja. Néhány társadalomban a szociális konfliktusok megoldása nem az elmebeteg hasznára válik, hanem bebörtönzik, vagy kiűzik a társadalomból. Példa az utóbbira, hogy a gonosz szellemmel megszállottakat Új Hebridák és Fiji szigetén élve elégetik. Néhány nem-indusztrializált társadalomban ugyanakkor az elmebetegeket megfelelő ellátásban és gondozásban részesítik családjukban vagy közösségükben.

A hagyományos társadalomban népi gyógyítók gyógyítják az elmebetegségeket, mit a *tang-ki* Taivanban, a ndembu *chimbuki*, a *curandero* Latin Amerikában, a *fqih* Marokkóban, az *isangoma* Zulu-földön: a rituális gyógyításnak jónéhány gyakorlatát és pszichoterápiás funkcióját már leírtuk. Talán a leghíresebb a *sámán* aki Alaszkától Afrikáig sok kultúrában megjelenik és nyugati megfelelőjük a *médiumok*, *jósok*, az „összekötők”. Éppúgy, mint a megszállott elmebetegek, a sámán szintén átadja magát időlegesen néhány szellemnek. Lewis<sup>56</sup> kimutatta, hogy a beteggel ellentétben ez a viselkedés a gyógyítási szertartásra vonatkozik és akkor és ott fordul, amikor és ahol

a sámán szeretné, és ez a *kontrollált* abnormalitás, ami képes semlegesíteni a szellemeket nagy biztosíték a társadalomnak. Képesek felismerni és kiűzni a rossz szellemeket és ez a folyamat enyhíti a szorongást, félelmet, bűntudatot. Murphy<sup>56</sup> a sámán gyógyításának néhány pszichoterápiás vonatkozását írta le, mint kulturális gyógyító rituáléjának részét. Ilyenek: osztja a csoport közös hiedelemrendszerét, és így megerősíti azt; mind a társadalmat mind az egyént bevonja a gyógyításba és ezalatt a beteg ismerősök, barátok és rokonok között marad; és a szertartásban a révült sámán megmutatja a betegséget okozó szellemek feletti uralmát. A szeánsz alatt felismeri az elmebetegség okát (például tabu megszegése) és előírja a megfelelő vezeklést, aminek gyógyító erejében hisznek, majd megmutatja a betegnek, hogy valóban felépült. Ez úgy történik, hogy a beteg személyesen vesz részt a gyógyításban és az egymást követő megfigyelhető lépések a betegben elindítják annak pszichológiai realitását, hogy ismét visszatért az egészséges állapotba. Lewis szerint azzal a széles szerepkörrel, amit a vallásos és politikai életben játszik, „a sámán nem kevesebb, hanem sokkal több mint pszichiáter.”

### Szimbolikus gyógyítás

A „kulturális gyógyítás” – elsősorban a gyógyítás szociális aspektusaira fókuszálta figyelmét, – valóban egy speciális formája annak, amit az antropológusok „szimbolikus gyógyításnak” neveznek, ahol a gyógyítás nem alapoz bármilyen fizikai vagy farmakológiai kezelésre, inkább a nyelv, az erős kulturális szimbólumokkal való manipuláció és a rituálé hatékonyságára számít. Mint a fentebb leírt, sokkal hagyományosabb népi vagy vallásos gyógyászat, magába foglalja a beszélgetésterápia több fajtáját, ami nyugaton általános mint a pszichoanalízis, pszichoterápia és counselling.

Ez a fejezet a szimbolikus gyógyítás által felvetett számos kérdést vizsgál. Vajon hogyan működik? Mi az elmebetegségekre gyakorolt hatása? Vannak-e általános jelenségei függetlenül attól, hogy milyen társadalomban fordul elő?

A jelenség megértésében egyaránt fontos az előzőleg már tárgyalt placebo hatás (8. fejezet); a rituális gyógyítás (9. fejezet); a népi gyógyítók (4. fejezet); a betegség narratívák (5. fejezet), a teljes gyógyíthatóság (8. fejezet). Emellett Dow,<sup>57</sup> Kleinman,<sup>58</sup> Csordás<sup>59</sup> és mások munkái különösen sokat segítenek néhány alapmechanizmus meghatározásában, amelyek látszólag úgy tűnik, hogy meghatározóak az összes szimbolikus gyógyításban, függetlenül attól, hogy az világi vagy egyházi és hol fordul elő.

Mielőtt ez a fajta gyógyítás megvalósulhat, – bevonva az adott gyógyítót, a klienst és a közösséget – számos feltételnek kell teljesülnie. Ezeket mind a nyugati, világi jellegű beszélgetésterápiák, mind a vallásos gyógyítás egyéb fajtáiban is alkalmazzák.

1. A gyógyítónak koherens magyarázó rendszerrel és vonatkozási kerettel kell rendelkeznie a probléma eredetére, természetére és arra vonatkozóan, hogy hogyan és mivel lehet azt kezelni. Dow<sup>57</sup> *mitikus világ*-nak nevezi ezt, az élményvalóság modelljének; a modell elemei személyes emberi problémák megoldását jelentik, és kultúra-specifikus hiedelmekből, fogalmakból és metaforákból állnak. Tartalmazhatja a rossz szellemekben (vagy intrapszichés konfliktusokban) való hiedelmet, hogy ezek a felelősek minden elmebetegségért vagy feldúlt érzelmi állapotért. Sokszor, különösen a kis létszámú közösségekben a mitikus világ a csoport minden tagja számára nyilvánvaló, azonban de novo is elő lehet állítani néhány karizmatikus gyógyító vagy kulturális vezető esetleg kiscsoporthoz tartozók által, mint az új kultúrában, új vallásokban, életstílusban, továbbá az Európában és az USA-ban egyre terjedő „beszélgetésterápia” és gyógyító rendszerek esetén.<sup>60</sup> Ez a mitikus világ létezhet csak szájhagyomány útján, vagy standardizált szövegek formájában (tankönyvek). Sok formát vehet fel, egyházit és világit, lehet így például vallásos kozmológia (ayurveda), népi hagyomány (lélek megszállás) személyiség elmélet (freudi pszichoanalízis) vagy a test tudományos modellje (biomedicina).

2. A mitikus világ ahogy Kleinman<sup>58</sup> leírja, egy szimbolikus hidat kell hogy alkosson a személyes élmény, szociális kapcsolatok és kulturális jelentések között. Az adott társadalomban a szenvedő egyénnek ezen képzetek és szimbólumok segítségével (mint lélek megszállás vagy intrapszichés konfliktus) kell megértenie saját helyzetét, és megtalálnia a megoldási lehetőségeket. Sokszor ezek a szimbólumok már ismerősek az illető számára, mint Finkler<sup>61</sup> megjegyzi a kulturális élmény mélyéből származnak és elérik a kultúra hordozóját létezésük legmélyebb szintjén. Ez egy olyan mély kulturális nyelvtan, ami megszabja, hogyan helyezze el az egyén magát a környező, saját belső és esetleg a természetfeletti világban.

3. Mikor a beteg felkeresi a gyógyítót, az segít aktiválni számára ezt a szimbolikus hidat, azzal, hogy meggyőzi (ha igényli a meggyőzést), hogy saját egyéni problémája megmagyarázható a mitikus világ szimbólumainak kifejezéseivel. Ez az, amivel a beteget meg kell győzni, hogy szenvedésük meghatározható, és újradefiniálható mint szellem megszállás, neurózis, a „gonosz tekintete” betegség (szemmel verés). Így a gyógyító célja hozzásegíteni a beteget, hogy elfogadja: részese az általános mitológiának. Ez érvényes modell nyújt élményei magyarázatához,<sup>57</sup> és ehhez különböző színészi, retorikai technikákat használhatnak.

4. Amint a beteg és a gyógyító elérte ezt az egyetértést, a gyógyító célja, hogy a beteget mind érzelmileg, mind intellektuálisan hozzákapcsolja a mitikus világ szimbólumaihoz. Mielőtt a terápiás változás létrejön, a betegnek először sokkal tudatosabbnak kell lenni, érzelmileg involválódnia a gyógyítási folyamatba, és látnia kell, hogy ezek a szimbólumok (legyenek azok szellemek vagy intrapszichés konfliktusok) kapcsolatban vannak vele és a helyzetével. Például a beteg mértéktelen dühögését azzal lehet magyarázni, hogy egy haragos gonosz szellem

szállt meg, vagy súlyos belső konfliktusai a gyerekkorból erednek, vagy depressziója lélekvesztés eredménye (*susto*). A segítség egyik esetben sem csak azt jelenti, hogy a beteg érzelmei (különösen a félelem és a remény) hozzákapcsolódnak a gyógyító mitikus világának szimbólumaihoz, hanem maga az egyén ezáltal kapcsolódik szélesebb szociális kulturális és kozmológiai világhoz.

5. Ekkor indítja a gyógyító a terápiás változást a mitikus világ szimbólumainak manipulálásával. Például, ha a gyógyító szellemmegszárlást diagnosztizált, akkor a betegnek keresztül kell mennie egy komplex rituális exorcizáláson aminek a végén a szorongó beteget megnyugtattja, hogy a szellem elhagyta, és visszatérhet a normális életbe. Vagy biztosítja a pszichoterapeuta, hogy feldolgoztak néhány belső ősi konfliktust. Vagy *susto* esetében azt mondják a betegnek, hogy a lelke végül biztonságosan visszatért a testébe. Minden esetben, mint Kleinman<sup>58</sup> kimutatta, legyen a gyógyítás akár egyházi akár világi rituális élménytranszformáción keresztül éri el a hatását. A beteg megtanulja újraértékelni és újra fogalmazni a múlt és a jelen élményeit. Mindamelllett Kleinman<sup>58</sup> ezt a folyamatot és ezen belül a szimbólumok használatát úgy látja, mint a beteg éne (mind pszichológiai, mind fizikai értelemben) hozzákapcsolódik a társadalom szociális kapcsolataihoz és kulturális életéhez. Ez a sikeres transzformáció nemcsak érzelmi állapotára hat, hanem a fiziológiára, más emberekkel való kapcsolatára, és tágabb értelemben a kultúrához való kapcsolatra is. Sok esetben az ezt teljesítő szimbólumok, nem egyszerűen fogalmi szimbólumai a mitikus világnak, hanem sokkal kézzelfoghatóbb rituális szimbólumok, mint amiket a 9. fejezetben leírtunk.

6. A meggyógyított betegek élményeiknek új, szimbolikus úton történő megfogalmazását és a létezésnek egy új módját tanulták meg, és mindkettőt megerősítette a gyógyító. A folyamatban a múlt, a jelen és valószínűleg a jövő új látásmódját sajátították el. Akár rövid (mint az exorcizálás) akár hosszú (mint a pszichoanalízis) ez a folyamat, utólag összefoglalja mi történt velük és miért, és hogyan volt képes a gyógyító visszavezetni őket a boldogságba vagy egészségbe.

A szimbolikus gyógyítás több szinten zajlik egyszerre: pszichológiai, fizikai, szociális és kulturális szinten. Akárcsak a placebo hatásnál, pontos fiziológiai mechanizmusa (például izomfeszültség csökkenése, fájdalomérzékenység csökkenése, vérnyomás csökkenés) nem ismert, és az sem, hogy vajon az autonóm idegrendszer, immunrendszer, endokrin rendszer vagy neuropeptidok (endorfinok) mediálják azt.

#### Világi szimbolikus gyógyítás: a „beszélgetésterápiák”

Nyugaton a beszélgetésterápiák legelterjedtebb formája (a családterápia kivételével) az egyénre koncentrált elsősorban, mint ahogy teszik ezt más alternatív/kiegészítő terápiák is, amikről már írtunk a 4. fejezetben. Bármilyen is az ideológiájuk, a beszélgetésterápiák többsége az egyént látja fő problémának, és érzelmi állapotára, viselkedésére, látásmódjára, ér-

zékelésére és érzéksaladásaira koncentrálnak. A legtöbb kezelés speciális körülmények között zajlik, mint a pszichoterapeuta rendelője, kimozdítva a beteget a szociális milióból, és a személyesség és a bizalom jellemzői. Amikor a beteg és a terapeuta hasonló környezetből származik, nagyon sok közös előfeltevések lesz a pszichológiai betegségek eredetéről, természetéről, és kezeléséről. Mindamelllett az új beszélgetésterápiák terjedése azt jelenti, hogy a betegnek sokszor meg kell tanulnia, hogy lássa a világot, miközben minden alkalommal többet megért a rendszer fogalmaiból, szimbólumaiból és kifejezéseiből. Ez az „akultúráció” egy formájának tekinthető, mikor az új mitikus világot megérti, például freudi, jungi, kleini, laingi modelleket. Ezt a világszemléletet osztja a beteg és a terapeuta bár ez gyakran elfogadhatatlan a beteg családjá vagy közössége számára, mivel ők ki vannak zárva ezekből a beszélgetésekből.

#### Pszichoanalízis

A pszichoanalízis a szimbolikus gyógyításnak egy speciális és befolyásos módja, szinte kizárólag csak a nyugati világban található meg, és sok más beszélgetésterápiának az alapját alkotja. Dow szerint<sup>57</sup> ez valószínűleg a nyugati kultúra legjelentősebb pszichoterápiája. Stein<sup>62</sup> később vitatta, hogy fogalmai hasznos utat jelentenek az emberi feltételek egyetemes jellemzőinek megértéséhez bármilyen szociális és kulturális kontextusban legyenek is. Mint terápia, speciális jellegzetességei vannak, amik eltérnek a legtöbb kulturális gyógyítástól. Csak az egyénre összpontosít, függetlenül környezetétől, szociális és kulturális háttérétől és a gyógyítás elszigetelt analízise egy egyedi betegnek. Meghatározott helyen folyik, (a terapeuta rendelőjében) és meghatározott időben, a legtöbb esetben pontosan 50 percig tart. A beteg a rendelőben egy díványon fekszik, az analízáló a látóterén kívül foglal helyet, csendesen mögötte ül, a beteget szabad asszociációra bátorítja, mondjon bármit, ami az eszébe jut. Mint gyógyítási forma azokra a jelenségekre helyezi a hangsúlyt, amiről úgy véli hogy az egyén pszichéjéből erednek az analitikus ülés folyamán, különösen fontosnak gondolva azt hogy mit jelentenek a beteg számára a múltbeli élményei. Az ülésen, mint Dow<sup>57</sup> állítja, tranzakcionális szimbólumokat fejleszt ki az analitikus a beteg mitikus világának tartalmából, és ezek adják a későbbi terápiás állomások alapját. Mindenekelőtt a pszichoanalízis az egyén gyógyítását hangsúlyozza inkább mint a szociális egységét. Ahogy egy analitikus megjegyezte<sup>63</sup> „hogy az élethelyzeteknek vagy érthetetlen tüneteknek tudatalatti jelentéseit felfedezzük, el kell fogadnunk a tényt, hogy a pszichológiai tünetek okai feltehetően magában az egyénben rejlenek.”

Az antropológusok vitatkoznak ezzel, szerintük bármi is hatékonyságának oka, a pszichoanalitikus gyakorlatot úgy is fel lehet fogni, mint az elsősorban művelt nyugati középosztály értékrendszerének kifejeződését.<sup>64</sup> Magában foglalja az éntudatosság hangsúlyozását, a személyi-

ség fejlődését, individualizmust, magánszférát és bizalmat, különösen fontos szerepet kap a nyelv, és a verbalizálás, a konfliktusokat (különösen a szexualitásokat) mélyen a pszichébe lokalizálja, s nem a külső világba. A pszichére vonatkozó metaforái gyakran térbeli (és dualisztikus) jellegűek, „belső” psziché, mélyen a külső test által elrejtve, következésképp szükségünk van az önmagunkba nézésre. Az időszemlélete bizonyos mértékig paradox, egyrészt mereven ragaszkodik a nyugati óra szerinti időhöz, erőltetve az 50 perces konzultációt, másrészt végtelen hosszú, gyakran évekig tartó maga a terápia. Mint a szimbolikus gyógyítás számos egyéb formájában, a kliens és az analitikus kialakítják a balsors személyes értelmezését és kiszínezik és átalakítják évek távlatából.

Ezzel ellentétben a szimbolikus orvoslás sokkal hagyományosabb formái kevésbé strukturáltak, rövidebb ideig tartanak, mások jelenlétében zajlanak, a mindennapi élet szociális és természetfeletti aspektusaihoz jobban kapcsolódnak. Nem néznek a „betegbe”, és nem az individuáció és személyes növekedés fogalmainak segítségével dolgoznak. Mindezek, mint Kleinman<sup>65</sup> kimutatta, rávilágítanak az egocentrikus nyugati és a szociocentrikus tradicionális kultúrák közötti radikális különbségre, és felfedik, miként gyakorol a kultúra hatást a gyógyításra.

#### A szimbolikus gyógyítás rendszere

A szimbolikus gyógyítás általában meghatározott időben és helyen történik. Mint ahogy a 9. fejezetben írtuk, maga a helyzet is fontos szerepet játszik a gyógyítási folyamatban; a helyszín, ami meghatározott hangulatot és elvárásokat teremt és információt ad a beteg számára a gyógyítóról, annak érdeklődéséről, háttéréről, erőforrásairól, és arról, hogy miben hisz. Például, ha egy beteg belép Sigmund Freud rendelőjébe Bécsben vagy Londonban, görög, egyiptomi és római műtárgy másolatokkal teli asztalt vagy polcot talál, ez jelzi a terapeuta érdeklődését a kliens korai, rejtett, gyermeki élményei iránt, rámutatva, hogy az analitikus munkája nagymértékben hasonlít az archeológus régi már lerombolt vagy felégetett lakóhelyek feltárási munkájához.<sup>66</sup>

A vallásos gyógyítás helye lehet a templom, kegyhely, sírbolt, a vallási vezető otthona, vagy egy szent kolostor. Például El-Islam<sup>67</sup> leírja, hogy sok arab országban a súlyos elmebeteg (gyakran a gonosz tekintetnek [szemmel verésnek], boszorkányságnak vagy dzsinnek megszállottjainak gondolják) családja általában először a rituális gyógyítóhoz fordul. Híres sejkek sírjához zárandokolnak, egy elismert sejtet vagy mestert (Al-Asyaad) keresnek fel, és szent vereseket és megtisztulási szertartásokat (Mahuw vagy Mahaya) tartalmazó amuletteket használnak és ennek részeként olyan víz ivása, illetve a benne való fürdés is szerepel, melyben agyagtáblára írt korán szövegeket mártottak meg.

A szimbolikus gyógyítások – legyenek azok világiak vagy egyháziak – helye, ahol történik és a rituális szimbólumok, amiket használnak, mindkettő a gyógyítási folyamat alapvető bár nonverbális központi ré-

sze, szerepet játszanak a mitikus világ megalkotásában, az adott gyógyítási rendszer fogalmaival.

#### A szimbolikus gyógyítás hatékonysága

Nagyon nehéz a szimbolikus gyógyítás különböző formáinak a hatékonyságát értékelni, mivel a terápiás siker fogalma nem egységes. Egyesek segítenek bizonyos fajta pszichológiai betegségekben, míg másokban nem. Például Finkler<sup>68</sup> egy mexikói vidéki spirituális templom gyógyítását írta le, ami hatástalan a pszichózisokra, de neurotikus betegségek, pszichofiziológiai problémákra és szomatizációs panaszokra használ. Képessé teszi a beteget, hogy elhagyja a beteg szerepet, visszatérjen a normális életbe, és betegség-érzése megszűnjön. Hasonlóan Taivani gyógyítók, vagy a *tang ki-k* szimbolikus gyógyítását vizsgálva Kleinman<sup>69</sup> azt találta, hogy szimbolikus gyógyításuk hatásos neurosis és szomatizáció esetén, és az értéke nagyobb a „gyógyítás” mint a „kezelés” tekintetében. Nagyon hatékonyan illeszti a betegség folyamatát egy szélesebb kontextusba ismerős fogalmakkal elmagyarázva azt, és mozgósítva a szociális támogatást a beteg körül, megerősíti az alapértékeket és a csoportkohéziót, így mind a szenvedő alany, mind a család szorongási szintje csökken. A legtöbb antropológus ezért egyetért, hogy bármi is az ok, a szimbolikus gyógyítás legyen az világi vagy egyházi – sok emberen segít.<sup>70</sup>

A „gyógyítás” mindamellett nem ugyanaz, mint a „kezelés”, különösen a súlyos pszichózisok és fizikai rokkantság esetén. Az egyén és a családja egyaránt úgy érezheti, hogy gyógyítják, annak ellenére, hogy nem kezelik őket, a hagyományos pszichiátriai vagy orvosi értelemben. A megkülönböztetés világosabb az egyházi gyógyítás néhány formájában, különösen a hit-gyógyítás esetén. Csordás szerint<sup>71</sup> alapvető a különbség a világi gyógyítás (a test-lélek dualizmusával) mint az orvostudomány és pszichoterápia, és a vallásos gyógyítás (az elme-test-lélek hármass felosztásával) között. A Katolikus Karizmatikus gyógyításról szóló tanulmányában, az USA-ban<sup>72</sup> a gyógyítás 4 különböző formáját írja le: a testi betegségek *fizikai gyógyítása*, az érzelmi zavarok és elmebetegségek *belső gyógyítása*, *felszabadítás* a démonok, gonosz lelkek megszálló hatásától, ez a bűn hatása alól való spirituális gyógyítás elsődlegesen a gyónás szentségét jelenti. Még ha az első három hiányzik is, és az egyén testileg vagy szellemileg meg mindig nem épült fel, a spirituális gyógyítás még mindig lehetséges, ezt nevezi Csordás a gyógyító imádság biztosítékának.

Kimutathatjuk, mint az előző fejezetekben leírtuk, hogy a gyógyítás minden formájának, beleértve az orvosi és sebészeti gyógyítást is,<sup>73</sup> szimbolikus komponense is van. A nyugati orvoslás és pszichiátria mind szimbolikus, mind technikai rendszerek. Elméleteik és technikáik világszerte lejátszódó diffúziójával megnő a valószínűsége komplex interakcióknak, vagy a konfliktusoknak a különböző „mitikus világok” és az elmebetegségek hagyományos és pszichiátriai megközelítése között, mint ahogy azt a következő esettanulmányokban leírjuk.

**Esettanulmány: „Róka megszállás” esete Sapporoban, Japánban**

Etsuko<sup>73</sup> Michiko, egy 43 éves egyedül élő nő esetét írja le, aki arról panaszkodik, hogy „róka lelke él benne,” (*kitsune-tsuki*) ami egy általános elmebetegség Japánban. Betegsége azután kezdődött, miután szülei meghaltak, és „furcsa zajokat és hangokat kezdett hallani. Nagyon nyugtalannak éreztem magam.” Látta pszichiáter, de az orvostudomány nem tudott segíteni, de ez természetes, mivel a szellemeket nem lehet gyógyszerrel gyógyítani. „És az orvosok sosem értenék meg a lélek megszállást.” Hogy könnyítést és magyarázatot kapjon tüneteire, felkeresett hét sámánt. A hetedik, Shudego buddhista sámán, számos szeánsz alkalmával meggyőzte, hogy egy gonosz róka lelke szállta meg, mivel ő és az ősei sok rókát öltek meg előző életükben. Néhány rituálé után Michiko azt mondta, hogy a lélek egy nagyon lényeges dolgot mondott el: ő valódi nemesi születésű, és bár szerencsétlensége nem saját hibája, hanem annak eredménye, hogy baljós csillagzat alatt született. A róka fokozatosan kiemelkedett a megszállott lélekből és a személyes istenségévé vált, amivel párhuzamosan ő kliensből sámánná változott. Pszichológiai állapota egyértelműen javult amint „lélek megszállás” betegsége sámánisztikus képességgé változott a vallási gyakorlat terén tett szilárd erőfeszítései révén.” Ugyanakkor, amint ez végbement, a pszichiáter úgy ítélte meg, hogy állapota romlott, az auditorikus hallucinációk és a lélek megszállás helyett grandiózus hiedelmekké változott, ami a krónikus schizofrénia jele. Ezért ez az eset jelzi a diszkrépanciát a között, hogy mit jelent „gyógyítva” és „kezelve” lenni, legalábbis pszichiátriai szemszögből.

**Esettanulmány: Pszichiátriai és vallásos gyógyítás Jeruzsálemben, Izraelben**

Bilu és mtsai.<sup>74</sup> leírták, hogyan kapcsolódhat a világi (pszichoterápia) és a vallásos (zsidó miszticizmus) gyógyítás orvosi miliőben, Jeruzsálemben, Izraelben. Hipnózist, „vezetett imaginációs technikát”, valamint hagyományos pszichoterápiát alkalmazva, a terapeuta kezelni tudta Ábrahamot, a vallásos pszichotikus beteget, saját misztikus világán belül dolgozva, és komplex metaforáit és szimbólumait nagyrészt a zsidó miszticizmusból véve. Hipnózisban bátorította hogy konfrontálódjon az őt gyöttrő sötét démonnal, és üldözze el, (menj el, menj el, mivel te nem tartozol a mi világunkhoz) és így képesek voltak meggyógyítani érzelmi állapotát és szociális képességeit. A terápiás ülések alatt Ábrahamot szimbolikusan egy szigetre vezette, míg legvégül egy nyugodt, zöld oázison talált helyet, ami a paradicsom manifesztációja és az Édenkerté, a tiszta források, édes illatok, szép kertek, és különösen jámbor lakosok. Személyes gyógyítását így összekapcsolta a zsidó hagyomány, kivonulás (Exodu) és megváltás fogalmával a teológia nyelvén, ami már ismerős volt a beteg számára.

**Esettanulmány: Spiritizista gyógyítás Porto Alegre-ban, Brazíliában**

Greenfield<sup>75</sup> megvizsgálta egy új szinkretikus vallás, a *Casa do Jardim* néven ismert spiritizista csoport gyógyítási gyakorlatát Porto Alegre-ben Dél-Brazíliában. Maga a vallás szokatlan fúziója az afrikai és brazil népi vallásnak, míg fogalmait az orvostudományból veszi: a gyógyítók egy része maga is orvos. Két párhuzamos világban hisznek, egy anyagi és egy szellemi világban, és a kommunikáció a kettő között lehetséges. Minden embernek van szelleme, amiképp teste is, és némely körülmények között a szellem megbetegedhet. Ebben az esetben a gyógyítóknak le kell kapcsolnia azt a testtől, és el kell küldenie a szellem- vagy a csillagvilágba, ahol szellemdoktorok csoportja diagnosztizálja és kezeli a szellemkórházakban, amit *Amor e Caridade*-nek hívnak, mielőtt visszaküldenék meggyógyítva a testbe. Az elmebetegségeket a nem továbbvándorolt gonosz lelkeknek tulajdonítják, akik a csillagvilágból származnak és az élők nyakába varrják magukat. A kezelés felszabadítás e kényszer alól, a gyógyító továbbküldi a megszálló lelket, megtanítja a hibájára és útjára küldi a csillagvilágba. Mint más gyógyító csoportok, a *Casa do Jardim* szociális támogatást is nyújt, gyakorlati segítséget és pszichoterápiát, különösen az egyedülállóknak, akik növekvő létbizonytalansággal kell hogy szembenézenek a szervezetlen, anómiás városi Brazíliában.

**Antropológia és családterápia**

Az antropológia elsősorban a csoportokat és nem az egyéneket vizsgálja, bár néha az egyént is tanulmányozzák bizonyos csoport kontextusában. Minden emberi társadalom elsődleges szociális csoportja a *család*. A család összetétele kultúránként változik, így változik az a szerep is, amit a tagok életében betölt.

Az iparosodott világ városain kívül, ahol a nukleáris család (egy házaspár a gyermekekkel) a norma, a sokgenerációs család (általában egy pár együtt egy vagy több családós gyermekével azok gyermekeivel és azok házastársaival) az egyik legáltalánosabb minta világszerte. A világ szegényebb részein ez a nagyobb családi egység, és bár a szélesebb társadalomhoz kapcsolódik, gyakran mint egy miniatűr és független közösség vagy önszerveződő csoport létezik, akinek a tagjai megosztják erőforrásaikat, a feladatokat és felelősséget a mindennapi életben. Bármilyen formában is történik, és bármilyen kultúrában jelenik is meg, a család mindig szociális, éppúgy mint ahogy biológiai egység, és olyan tagokat is magában foglal, akik nem biológiailag kapcsolódnak egymáshoz. Része a házastárs családja és tiszteletbeli tagokat is tartalmaz, fiktív rokonságot, közeli barátokat, szomszédokat vagy egészségügyi szakembereket.

Az utóbbi években egyre növekvő mértékben fedi át egymást az antropológus, a családterapeuta és pszichiáter szakemberek érdeklődése.

Mindhárman azt vizsgálják, hogyan lehet a „beteg” definíciót kiszélesíteni úgy, hogy túlmutasson az egyénen, a családot, vagy ahol lényeges, a közösséget magában foglalóan. Nagyon sok klinikus, és mint a 4. fejezetben leírt néhány népi gyógyító számára is a család, és nem az egyén vált a diagnózis és a kezelés fő középpontjává.

Szembeeszköz probléma, hogy a család definíciója nem egyetemes. A rokonságnak széles kulturális változatai vannak, és az antropológusok számos családszerkezetet írtak le. A világ különböző részein a gyerekek eltérő típusú házasságokból származnak: monogámia (egy feleség és férj) többnejűség (egy férfi több nő), többférjűség (egy nő több férfi).<sup>76</sup> A kiterjesztett családokban éppúgy, mint a nukleáris családban vannak a családhoz kapcsolódó családok (a háztartáshoz tartozó testvérek házastársai és gyerekeik) és vannak csonka családok (általában anya és gyerek). Az utóbbi években számos új típusú családszerkezet jelent meg, különösen a nyugati országokban. Ilyenek az örökbefogadó családok, szándékosan gyerek nélküli családok, kommunák (olyan szervezetek, amik hasonlítanak a kiterjesztett családhoz), leszbikus és homoszexuális párok, és a mostohagyerek, mostohaszülők, unokatestvérek és családjuk kombinációi, ami a válások és újráházasodások nagy számából adódik.

Bárhogy is szerveződik, hasznos látni, hogy a család egy kisközösség, akár egy kis törzs, saját elkülönülő szervezetével és kultúrájával. Sok esetben, a családi kultúra<sup>77</sup> nagyon hasonló a szélesebb társadaloméhoz, ugyanakkor számos egyedi és megkülönböztető jellegzetességgel rendelkezik. Mint a könyv elején leírtuk, a kultúra számos nyílt és burkolt vezérfonallal mondja el, hogyan lássuk a világot, hogyan éljük át érzelmileg, hogyan viselkedjünk benne, különösen mások vonatkozásában, hogyan viszonyuljunk a természeti világhoz, és a természetfeletti erőkhez vagy az istenekhez. A családoknak éppúgy, mint a nagyobb kulturális csoportoknak, meghatározott világlátásuk, viselkedés kultúrájuk, saját nemi szabályaik, idő és tér fogalmuk, saját privát nyelvezetük, történetük, mítoszaik és rituáléik vannak. Meghatározott módon fejezik ki a pszichológiai distresszt, egymás és a világ felé.

A „családi kultúra” lehet védelmező, de lehet patogén is, az egészségre a körülményektől függően ártalmas. Például bizonyos típusú családszerkezet alkoholabúzust fejleszthet ki a gyerekekben későbbi életük során, míg más családszerkezet megvéd ettől.

A családot rendszerként is szemlélhetjük, ami belső kapcsolatrendszerének mintáinak fontos befolyása van mind az egészségre mind a betegségre<sup>78</sup>. A rendszerelméleti vagy kibernetikai modell azt jelenti, hogy a család dinamika gyakran segít a különböző típusú kapcsolatok fenntartásában, egyensúlyban tartásban, akár még azon az áron is, hogy egyik tagját pszichológiai bűnbakként kezeli. Például Minuchin és mtsai.<sup>79</sup> kimutatták, hogyan képes különböző családi szerkezet pszichoszomatikus betegségeket okozni – mint az anorexia nervosa – egyes tagjain. Ezek a pszichoszomatikus családok egyensúlyérzésüket, folyamatoságukat összetartozásukat nemcsak azáltal tartják fenn, hogy beteg-

gé teszik egyik vagy másik tagjukat, hanem hogy ezt a betegséget fenn is tartják. A beteg tag felgyógyulása (anorexia nervosánál fiatal lányok) törést okozhatnak ilyen patológiás családokban. Ebben az esetben, mint máskor is csak az egyénre és nem a családra koncentráció nehézzé teszi a probléma teljes megértését.

Byng-Hall<sup>80</sup> írta le a *családi forgatókönyv* fogalmát, ami generációról generációra lejártszódik. A forgatókönyv a viselkedés, világlátás és az arra való érzelmi reagálás módját jelenti. Mint a kultúrában általában, ezek a forgatókönyvek is a tudatosság határán kívül esnek. A szerepük, hogy biztosítsák a stabilitás és folyamatosság érzését, és vezérfonalat nyújtsanak hogyan is folyjon a családi „dráma” a mindennapi életben. Gyakran segítenek elkerülni a potenciális veszélyes családi konfliktusokat. Minden generáció tudja a szerepét ebben a folytatásos drámában, és néha a szerep meghatározza azt is, mikor és hogyan legyenek betegek vagy haljanak meg. A forgatókönyv meghatároz számos tünetcsoportot a családon belül, és azt is, hogyan mennek át ezek a tünetek a szülőkről a gyerekekre.<sup>81</sup> A családi forgatókönyv fenntartja a család saját mítoszáit és folklórját ami generációról generációra továbbadódik, néhány esetben ezek a mítoszok évszázadokkal a mai tag születése előtt keletkeztek.<sup>82</sup> Sok évvel később ezek a családi mítoszok negatív hatást gyakorolhatnak tagjai mentális és fizikai egészségére.

A kultúra kapcsolata a családindinamikával komplex, és sok esetben ellentmondásos. McGoldrick és mtsai.<sup>83</sup> különböző népcsoportok családi kultúrájának, mini néprajzáinak értelmező válogatását készítette el az USA-ban, mint az ír család, olasz család, brit-amerikai család, és melyek azok a problémák, amivel a családterapeuta szembetalálja magát a kezelés közben. Bár valószínű lehetséges és hasznos általánosítani mondjuk az olasz családokról, és a kulturális gyökerek általában közöttük, a sztereotipizálás veszélye – mint az 1. fejezetben említettük – fennáll. Mindamelllett a különböző népek családjai feltételezett kulturális jellegzetességeinek felsorolása figyelmen kívül hagyja a családok között lévő fontos különbségeket, (ami regionális, gazdasági, helyzeti, szociális műveltségi különbségeket jelent) még ha ugyanabból a népcsoportból is származnak. Maranhao<sup>84</sup> McGoldrick könyvének kritikájában azt állítja, hogy a családorientált etnikai csoportokat gyakran úgy írja le, hogy patológiás – definíció szerint – a különbség, amennyiben eltérnek az angolszász családi mintától (inkább az egyéni mint családi célokra van a nyomaték). Ez a nézőpont szerint a család kulturális hátterének ismerete hasznos, de nem lényeges részét adja a terápiának, a terapeutának nem feltétlen kell az antropológiát ismernie de érzékeny családterapeutának kell lennie.

DiNicola<sup>85</sup> két alternatív leírást nyújt a családi mentális egészség és kultúra kapcsolatának eredetéről. A *kulturális szerepjáték* olyan meghatározott lehetőségeket jelent, amelyekkel az egyén vagy család megtartja értelmet egy közösségben, és segít élményeik megformálásában és közös rituálék és szimbólumok révén ezeket kommunikálni. Ezért mindezek a család kulturális hiedelmeinek és viselkedés repertoárjának

meghatározott és néha egyedülálló kifejezőmódjai. A kulturális szokások *kulturális álcákká* válnak akkor, mikor a kultúrát azért hívják segítségül, hogy mint ködfüggöny tegye zavarossá az egyén állapotát, elméjét vagy a családi interakció mintáit. Ez az, amikor a család igényli hogy patológiás viselkedés minták legyenek a kulturális háttér normális kifejezései. DiNicole idézi példaként: „a férjem keményen iszik, mert ő ír,” vagy „a fiamnak idegösszeroppanása volt, mert abbahagyta az ortodox templomba járást és elvesztette a görög utat.”

Lau<sup>85</sup> Maranhao-hoz hasonlóan, kimutatta, hogy nyugat-európai és észak-amerikai családterapeuták hogyan diagnosztizálnak más kultúrák családmintáit patológiásként vagy deviánsként. Ez különösen valószínű akkor, amikor a családstruktúra kevésbé ismerős számukra, mint az egyszülős családok (néhány nyugati indiai), a több generációs kiterjedt családok (ázsiai kínai és görög ciprusi) akik egy háztartásban élnek. Kimutatta, hogy a Nyugaton kívüli kultúrákban nincs meg a generációk közötti szakadás, és a csoport folytonossága a három generáció jelenlététől függ. Az autonómiának és egyéni különbözőségnek ezért különböző jelentése van ezekben a csoportokban mint a nyugati nukleáris családmódelben. Az etnikai kisebbségek családjainak kezelésekor – Barot<sup>86</sup> javaslatára – ha a kultúrára fókuszálás nem elég, akkor szervezeti és szerkezeti tényezőket mint a munkanélküliség, etnikai megkülönböztetés, szegénység, szállás, nem megfelelő szociális és egészségügyi gondozási lehetőségek, és a vándorlás hatásait is figyelembe kell venni, mert mindezek együtt kedvezőtlenül befolyásolhatják az életüket. Sőt, ezek a külső faktorok szerepet játszhatnak a hagyományos kultúra és családkohézió gyengítésében, így maga a kultúra nem érthető magyarázat a családi élet patológiás töréseire.

Néhány nemzetközi részletes tanulmány kimutatta az alapvető különbségeket a világ különböző részeinek családi kultúrájában, de mint fent említettük, ezek a széles általánosítások nem veszik számba a minden országon és közösségen belüli variációkat. Tamura és Lau<sup>87</sup> például szembeállították a nyugati (brit) és a japán családi kultúrát. Japánban a kultúra a *kapcsolatok összefonódását* hangsúlyozza, elsősorban a családban. Nagy értéke van a csoport egységének és jóllétének, és ez a „családi self” az alap belső pszichológiai szervezete a japánoknak, intenzív intim érzelmi kapcsolatokat tartalmaz, nagyfokú érzékenységet a másik iránt, erős identifikációt a családban mások becsületére és hírnevére. Az egyén így egy *kapcsolati háló* részese inkább mint egy egyszerű „bőrrel bevont ego.” A japán család maga az anya-gyerek egység, sokkal inkább mint a férj-feleség diád, ami Nyugaton általános, mivel a gyerekek elsődlegesen a nő tulajdonai, sok japán férfi ezért vonakodik elkísérni feleségét a terapeutához, ha a gyerekekkel probléma van.

Ezzel ellentétben a családi szerkezet Nagy Britanniában (és az USA-ban is) az elkülönült egyénre helyezi a hangsúlyt, az autonómia fokára, és az egyén elkülönülésére a másiktól, inkább mint annak a másikkal kapcsolódására. A nyugatiak úgy tekintik magukat, mint autonóm, független, egyedi egységek, éles határral önnön maguk és a többiek között.

Az emberi növekedés és érzelmi fejlődés a családi életciklusban az individualizáció folyamata, míg Japánban csak egyik forma átmenete egy másikba. Tamura és Lau így felhívják a figyelmet, hogy nem lehet a nyugati hiperindividualizmust alkalmazni a Japán családokra, vagy félreértetni az egymáshoz kapcsolttságot mint behálózást vagy individualizációs zavart. A Japán terapeuták hajlamosak úgy látni a családi problémákat mint a túl gyenge kapcsolódás eredményét, és nem mint a túl erős kapcsolódást, és abban segítenek, hogy erősítsék a családi egységbe való integrációt. Miközben ez megtörténik, a páciens úgy tekint rájuk, mint vezetőre tekintélyre a kapcsolódás részesére mintha egy vezető családtag lenne. Végül a Japán családok inkább elkerülik a terápiát mert szégyennek érzik és bűnösnek magukat, hogy nem képesek maguk kezelni saját családjuk problémáit és kívülállóknak fel kell tární azokat.

Indiában Shankar és Manon<sup>88</sup> szerint a kiterjesztett család kulcsfontosságú a súlyos elmebetegek, mint a schizofrének kezelésében. A szociális segítség és terápiás intervenció során számba kell venni a nagyfokú szegénységet és munkanélküliséget, a kevés pszichiátriai férőhelyet, az elégtelen számú gyakorlott pszichiátriai szakembert, szociális munkást és az országban elérhető komplex szociális, gazdasági és infrastrukturális faktorok összességét. Így a mentálisan súlyosan betegek többségét leginkább a családjuk irányítja, sarokkőként szerepelnek a beteg kezelésében a közösségen belül. Mivel ezek a családok (eltérően nyugati megfelelőiktől) nincsenek megbélyegezve, hogy okozói lennének a családtag betegségének, nem érzik magukat bűnösnek mikor kéri, hogy részt vehessenek rokonuk terápiás programjában. Indiai schizofrének kezelésében Shankar és Menon azt javasolják, hogy ne próbálják meg felelőssé tenni a családot, hogy ők okozták a betegséget vagy akár a visszaesést is. Ehelyett mint szövetségesre számítanak a kezelés során és nem potenciális ellenségre. A terapeutának érzékenynek kell lenni az igényeikre, éppúgy mint nekik a beteg hozzátartozójukra, és erősíteni kell pozitív szerepüket a beteg kezelésében. Elegendő információt kell adni a schizofréniával kapcsolatban bátorítani kell, hogy ellenőrizzék a beteg gyógyszerelését, és ismerjék a relapszus korai jeleit.

El-Islam<sup>89</sup> felsorolt néhány széles körben osztott jellegzetességet a pszichiátria általános relevanciájával kapcsolatban az arab világban míg hangsúlyozza az óriási kulturális különbségeket, amik ezeken a közösségeken belül találhatók. Leírja az erősen kiterjesztett családstruktúrát, ami a kötődési viselkedést segíti a különbözőséget hangsúlyozó viselkedés kárára, ami a hagyományos gyereknevelésben az alkalmazkodás, kooperáció, konformitás ragaszkodás és függőséget jelent inkább mint az individualizáció, intellektualizáció, függetlenség, és elkülönülés lehetőségeit. Több hagyományos közösségben a nők a férfiakhoz képest jelentős szocio-kulturális hátrányban vannak, a többnejűség gyakorlat maradt, általánosan az elrendezett házasságok, és a válást könnyebben intézheti a férfi mint a nő. Ebben a helyzetben konfliktusok léphetnek fel az idősebb családtagok és a nyugatiasodott fiatalok között, különösen a szexuális visel-

kedés, művelődés, oktatás, házastárs választás terén. Mindemellett El-Islam megjegyzi, hogy az elmebetegek (mint a schizofrének) számára ez a kiterjesztett család sokkal jobb terápiás helyzetet jelent, jobb prognózis-sal, mint amit az intézmények nyújtanának.

Mint ahogy ez a fejezet bemutatta, a családterápia az egyik leggyümölcsözőbb területe a pszichológia, pszichiátria és orvosi antropológia kooperációjának, különösen a család szerepének megértésében mind az elmebetegségek keletkezésében mind kezelésében, és ennek a területnek a kutatása valószínűleg felgyorsul a közeljövőben.

## Az elmebetegségek és a migráció

Több tanulmány készült olyan országokban, ahol a bevándorlók között az elmebetegségek gyakorisága sokkal nagyobb, mint akár a bennszülött lakosságé akár a bevándorlóké az eredeti hazájukban. Ezt jelzi a nagyobb arányú felvételük a pszichiátriai osztályokra, az alkoholizmus a drogfogyasztás és az öngyilkossági kísérlet nagyobb aránya. Néhány tanulmányt Nagy-Britanniában bevándorlókról, mint az ázsiaiak nyugat-indiaiak, afrikaiak, írek, lengyelek és oroszok a következő fejezetben lefrunk. Néhány bevándorló csoport sokkal esendőbb a betegségekkel szemben, mint mások, például az ír bevándorlóknál Nagy-Britanniában magasabb az alkoholizmus aránya, míg a nyugat-indiaiaknál magasabb a schizofréria aránya, mint az összes többi emigráns csoportban. Krupinski Victoria államban<sup>90</sup> végzett tanulmányokat Ausztráliába bevándoroltak között és azt találta, hogy a depresszió sokkal nagyobb arányú a brit és kelet-európai emigránsok között és az utóbbi csoportnak van a legnagyobb schizofréria prevalenciája. Általában az emigránsok sokkal nagyobb pszichológiai instabilitást mutatnak mint ami az Ausztráliában született populációban mérhető.

Cox<sup>90</sup> összefoglalta azokat a hipotéziseket, amik magyarázatként szolgálhatnak az elmebetegségek bevándorlással összefüggő nagy aránya:

1. néhány elmebetegség kivándorlásra ösztönöz (a szelekció hipotézis);
2. a kivándorlás folyamata stresszt jelent, ami az arra hajlamos egyénben elmebetegséget alakíthat ki (stressz hipotézis);
3. vannak egyéb, nem lényegi összefüggések a kivándorlás és néhány olyan változó között mint a kor, társadalmi osztály, és kulturális konfliktus.

Az első csoportban úgy gondolják, hogy a nyugtalan és instabil emberek nagyobb valószínűséggel vándorolnak ki azért, hogy megkíséreljék személyes problémáikat megoldani. Egy másik ausztráliai tanulmányban például Schaechter<sup>91</sup> úgy találta, hogy a nem angol nők 45,5 százalékának, akiket pszichiátriai osztályra vettek fel a kivándorlást követő három éven belül, a kivándorlás előtt is feltehetőleg volt elme-

betegsége. Ha a kivándorlás előtt is elmebeteg gyanús embereket hozzávesszük, 68,2 százalékra emelkedne az arány. Más tanulmányok a világ más tájairól kimutatták, hogy az emigránsok bizonyos százalékának elmebetegség szempontjából előtörténete van az eredeti hazájában is. A másik, a stressz hipotézis, amit a 11. fejezetben ismertettünk, az emigránsok életterének változását hangsúlyozza. Littlewood és Lipsedge<sup>92</sup> Nagy-Britanniába bevándoroltak elmebetegségéről szóló tanulmányában leírja, hogy ezek a betegségek sok faktor együttjárásából alakulnak ki, magukba foglalva mind a szelekciót mind a stresszt. Magukba foglalják az anyagi és környezeti deprivációt, a túlnépesedést, megosztott lakásokat, kényelem hiányát, a nagyarányú munkanélküliséget, az alacsony családi jövedelmet, éppúgy mint a radikális megkülönböztetést, és a bennszülöttek és a bevándorlók közötti konfliktusokat. A nyelvi nehézségek szintén fontos szerepet játszanak, különösen a nők között, akik később érkeznek az országba mint a férfiak és gyakran a család és az otthon falai közé vannak zárva. Például egy tanulmány Newcastle-ben azt találta, hogy a pakisztáni bevándorló nők 58 százaléka alig vagy egyáltalán nem beszél angolul, a férfiak 15 százalékának, a nők 66 százalékának alig van iskolája és teljesen frástudatlanok. Ezek a szociális és gazdasági faktori, amik a kultúráváltás stresszével együtt járnak, és a szelekció hatása, megmagyarázzák hogy miért olyan nagy az elmebetegségek aránya a bevándorlók első generációjában. Egy további faktor, amit korábban említettünk, az angol kórházak diagnosztikai és felvételi rendszere, ami számos morális és politikai előítéleten alapul, és félreértelmezi a bevándorlók kulturális hiedelmeit, a helyzetükre adott reakciókat mint elmebetegséget vagy mint bűnösséget kezeli.

Mind a bevándorlók között, mind az etnikai kisebbségek néhány csoportjában az elmebetegségek különböző formát és arányokat öltenek. Littlewood és Lipsedge szerint a „megjelenő különbségeknek nincsenek olyan egyszerű magyarázatai, amik minden népcsoportra alkalmazhatóak.” Néhány faktor sokkal jelentősebb az egyik csoportban, mint a másikban, és az összehasonlítás legjobb módja, ha összeadjuk ezeket a negatív hatásokat, (szelekció, stressz, többszörös depriváció, nyelvi nehézségek, státus elvesztése – mind a szociális mind a foglalkozási, az új és a régi kulturális értékek ütközése, és így tovább ) hogy egy pontértéket kapjunk, ami megmutatja egy adott közösség rizikófaktorát. Például megfigyelték, hogy a nyugat-afrikai diákok különösen esendők, ami az angol ételekkel való elégedetlenségnek, időjárásnak, a megkülönböztetésnek, a gazdasági és jogi nehézségeknek, a „tipikus angol személyiség” megélésének, a szexuális izolációnak, az érettebb kornak, a középosztályba vágyódásnak valamint az attól való félelemnek tulajdonítható, hogy elvesztik a támogatásokat ha megbuknak a vizsgáikon. Azok, akik között a legalacsonyabb az elmebetegségek aránya, mint a kínaiak, olaszok és indiaiak, általában gazdasági okokból vándoroltak ki, és erős a motivációjuk, hogy hazatérjenek, kevés kísérletet tesznek arra, hogy asszimilálódjanak, és igen vállalkozó kedvűek. Azoknak a bevándorlóknak, akik arra törekednek, hogy mint menekültek, elhagyják a hazá-

jukat, és nem térhetnek többé vissza, ezzel ellentétben nagyobb az esélyük az elmebetegségekre. Krupinski<sup>89</sup> megvizsgált néhányat ezek közül a változók közül Ausztráliában és nagyon magasnak találta az elmebetegségek arányát olyan fiatal férfiak között, akik Nagy Britanniából és Nyugat-Európából vándoroltak ki, a már eleve instabil emberek közül (ezek között néhány krónikus alkoholist, akik Nagy Britanniából érkeztek). A kivándorlás stressze különösen a Dél- és Kelet-Európából érkezőket sújtja, különösen azokat a kelet európaiakat, akiknek a háború alatt traumás élményeik voltak, vagy akik a foglalkozási státuszukban éltek át veszteségeket. Ausztráliában a kelet európai, egyetemet végzett bevándorlók 70 százaléka most a legalacsonyabb szocio-ökonomiai státuszba tartozik, összehasonlítva a 20 százaléknál magasabb bevándorlóval. Krupinski sokkal gyakoribbnak találta a megérkezés után 1-2 évvel a schizofréniát a férfiak között, míg a nők csúcserőke 7-15 évvel későbbre esik. A késői kezdet a nőknél egyrészt a menopauzájának tulajdonítható és az anyai szerep háttérbe szorulásával a felnővekvő és a felnőtt gyerekek eltávolításával. Emellett a nem angol bevándorló nők nagy százaléka még évekkal az országba érkezés után sem beszél angolul, különösen a Dél-Európából érkezettek. Mint a pakisztáni nőknél Newcastle-ban, a szociális és nyelvi izoláció hozzátartozik az elmebetegségek kitörésének olyan nagy százalékaához.

Távlatokban nézve, a migráció (mind országok között, mind országokon belül) az elmebetegségek kialakulásának megnövekedett rizikófaktorát jelenti, bár oka komplex és még nem teljesen értjük. Mindemellett<sup>90</sup> néhány szerző a kivándorlók között készített tanulmányában kimutatta, hogy az elmebetegségek kialakulását nehéz addig megmagyarázni, amíg egyrészt olyan faktorok, mint a kor, szociális osztály, foglalkozási státusz, etnikai csoport, másrészt kulturális diagnosztikai hibák nem kontrollálhatóak. Amíg ez meg nem történik, senki sem tudja világosan kimutatni a jelentős összefüggést a migráció és az elmebetegség gyakorisága között.

Míg ennek a problémának a legtöbb tanulmánya az emigránsokra és helyzetükre adott válaszukra koncentrál, a fogadó ország kulturális feltételei legalább olyan fontosak. Ilyen faktorok, mint idegengyűlölet, megkülönböztetés, faji előítéletek,<sup>91</sup> mind a személyes és az intézményes, hozzájárulnak az emigránsok mentális és fizikai egészségéhez-betegségéhez, és mindazok a gazdasági és politikai feltételek, amik a fogadó országban uralkodnak.

Sok emigráns- és etnikai kisebbségi csoporton belül néhány kulturális jellegzetesség (mint a családi összetartozás és vallás) védőfaktor lehet az elmebetegségekkel szemben, míg mások, hozzájárulhatnak kiváltáshoz. Ezek közé tartozik a nemek erős elkülönítése, a nők szociális izolációja, sokszoros vallási tabuk és előírások, és azok a fennmaradt minták, amik azt pártolják, hogy egy házban éljen több generáció, a generációk közötti konfliktusok, azok a nyomások, amik a gyerekekre nehezednek, hogy legyenek sikeresek akár gazdasági vagy tudományos téren. Néhányat ezek közül a kultúrogén stresszek közül a következő fejezetben mutatunk be.

## Transzkulturális pszichiátriai diagnózis

Ez a fejezet a transzkulturális pszichiátriai diagnózis komplexitásának problémáit vázolta fel, elsősorban a normalitás és abnormalitás definíciójának kérdését a különböző kultúrák között. További problémát jelent, hogy a klinikusok túlhangsúlyozhatják a kultúra oki szerepet a beteg viselkedésében, így figyelmen kívül hagyva a mögöttes pszichopatológiát.<sup>92</sup> A transzkulturális diagnózisalkotás során a klinikusnak ezért tudatában kell lennie a következőknek:

1. Milyen faktorok és milyen mértékben befolyásolják a nyugati pszichiátria diagnosztikai kategóriáit és technikáját.
2. A beteg kultúrájának a beteg pszichológiai problémájának megértésében és közlésében.
3. A beteg hiedelmeit és viselkedését hogy látják csoportjának többi tagjai, és vajon az abnormalitás előnyös-e a csoport számára.
4. Vajon a beteg tüneteit és viselkedését kultúrához kötött pszichológiai betegségként értelmezi-e maga a beteg vagy csoportja.
5. Vajon a beteg állapota mentális betegséget jelez-e, vagy inkább a szociális, politikai és gazdasági nyomás jele.<sup>93</sup>

## Ajánlott irodalom:

- Dow, J. (1986) Universal aspects of symbolic healing: a theoretical synthesis. *Am. Anthropol.* 88, 56-69. A nyugati pszichoterápia, a hittel való gyógyítás és a sámánizmus közös kérdéseinek összehasonlító elemzése.
- Gaines, A.D. (ed.) *Ethnopsychiatry*. Albany: State University of New York Press. A nyugati pszichiátria és elmebetegek tradicionális kezelési formái kulturális konstrukciójával foglalkozó eszmék gyűjteménye.
- Kleinman, A. (1988) *Rethinking Psychiatry*. New York, Free Press. A jelenkori pszichiátria elméletéhez és gyakorlatához hozzájáruló társadalomtudományi eredmények áttekintése.
- Littlewood, R. and Lipsedge, M. (1989) *Aliens and Alienists*, 2nd ed. London: Unwin Hyman. Az Egyesült Királyságban élő etnikai kisebbségek között előforduló elmebetegségek áttekintése, és a diagnózisalkotás szempontjai.
- Simons, R. C. and Hughes, C. C. (1985) *The Culture-Bound Syndromes*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. A világ különböző részein megjelenő kultúrához kötött szindrómák részletes áttekintése.