

ADALÉKOK A MENTÁLIS ZAVAROK KRITIKAI SZOCIOLÓGIÁJÁHOZ*

A kritikai megközelítés szükségessége

A mentális zavarok szociológiája a nyugati, elsősorban az angolszász szakirodalomban igen kiemelt terület, amelynek számos oka van. Az egyik, hogy egy olyan szakterületről van szó, amely az orvostudomány rohamléptékű fejlődésével párhuzamosan az egészségügyben, elsősorban a pszichiátriai ellátásban jelentkező válságjelenségek kutatásához kapcsolódik. Ezzel együtt nem szorul magyarázatra az sem, hogy miért igényel kritikai megközelítést ez a problémakör. A kritikai megközelítésnek – amely egyfajta társadalomtudományi paradigmának tekinthető – a szociológiában nem véletlenül van nagy hagyománya, hiszen a társadalmi folyamatok, jelenségek megértő elemzéséhez szükség van kritikai látásmódra. Ez különösen igaz a mentális zavarokkal kapcsolatos megítélésekre, amelyek mindig is élénk viták keresztjében álltak. A másik ok, hogy a pszichiátriai szociológia területén folyó kutatások eredményeinek egy jelentős része közvetlenül gyakorlati felhasználást nyer, részint a népegészségügyi programok kialakításakor, részint pedig a szociál-pszichiátriai ellátás során. A mentális betegségek társadalmi meghatározottságának vizsgálata kiemelt támogatást élvez a kutatások sorában, hiszen a megelőzéshez, az egészségfejlesztéshez, egészségügyi ellátórendszer tervezéséhez nyújt közvetlenül felhasználható adatokat. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy a kritikai szemlélet ne ütközne akadályokba; éppen az elemzés sajátosságai következtében néhol talán túlzottan is radikális bírálóat éri a szociológia részéről a pszichiátriai ellátást. Végül a harmadik ok a mentális zavarok immanenciájában keresendő: annak ellenére, hogy a pszichiátria társadalmi és orvosi megítélésében jelentős változások mentek végbe az utóbbi néhány évszázad folyamán – s ezek a változások még jobban felerősödtek az utóbbi néhány évtizedben –, a pszichiátriai kezelésekhöz való viszonyulás továbbra sem mentes az ellentmondásoktól.

A viták alapját az az örök kérdés adja, hogy miként ítéljük meg a mentális zavarokat. Az egyik nézőpont szerint nem különböznek a testi betegségektől, s ezért a hagyományos orvosi modell szerint ugyanúgy kell őket diagnosztizálni, kezelési tervet felállítani, gyógyszerekkel megszüntetni a tüneteket. A másik, pszichológiai megközelítés szerint viszont úgy kell kezelni ezeket a kórképeket, mint elsődlegesen pszichikai zavarokat, amelyeket pusztán orvosi kezeléssel nem lehet meggyógyítani. Ehhez a két, látszólag egymással ellentétes nézőponthoz kapcsolódik egy harmadik, a szociológia látásmódja. Szociológiai értelemben a mentális zavarokat devianciának tartjuk, melyek értékelése jobban kapcsolódik a társadalom normáihoz, mint másfajta betegségtípusoké. A társadalomban élő betegségkép is jelentősen eltér a mentális zavarok esetében attól a képtől, amit a testi betegségek során tapasztalunk.

* A tanulmány a Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János kutatási ösztöndíja keretében készült.

Annak ellenére, hogy e nézőpontok látszólag egymással szöges ellentétben állnak, valójában inkább ugyanannak a problémának a különböző vetületeit világítják meg, és ennek megfelelően a teljes képhez csak mindhárom megközelítés integrálásával juthatunk (Kopp–Pikó 2001). Az orvostudomány nem támaszkodhat pusztán csak a biomedikális eredményekre, hiszen a természet- és társadalomtudományok metszéspontjában helyezkedik el (Pikó 1999). Ez még inkább igaz az orvoslás speciális területére – bár éppen annak megítélése is vita tárgya, hogy ténylegesen speciális területről van-e szó –, a pszichiátriai ellátásra. A kritikai szociológiai elemzések tudományos elemekkel gazdagíthatják a mentális zavarokról alkotott sokrétű társadalmi valóságképet, s így hozzájárulhatnak ahhoz, hogy az orvostudomány valóban integratív, az orvos–beteg kapcsolat humán történéseire is nagy hangsúlyt fektető tudományterület legyen.

A szociológia szerepe a mentális zavarok vizsgálatában

A mentális zavarok szociológiai vizsgálata már a harmincas évektől elkezdődött, és a kutatások robbanásszerű emelkedése a hatvanas-hetvenes évekre tehető. Buda (1972-es tanulmányában úgy indokolta az amerikai szakirodalmi hivatkozásokat, hogy az egész problémakör amerikai talajon fejlődött ki, a későbbi nyugat-európai vizsgálatok is már e szellemi irányzatokhoz kötődtek (Buda 1972). Ehhez hozzájárultak az amerikai társadalom fejlődésének sajátosságai is, a nagyfokú urbanizáció mellett a speciális térdinamikájú városfejlődés, valamint az individualizmus jegyei magán viselő társadalmi kapcsolatrendszer.

A pszichiátria és a hozzá kapcsolódó pszichiátriai szociológia további fejlődésének alakulása rányomta bélyegét a kutatási kérdések felvetésére, módszereire, és így a tudományterület sajátosságaira is. A szociológiai kutatások az angolszász szakirodalomban sokkal interdiszciplinárisabbak, mint az európaiban vagy a hazaiban. Az angolszász pszichiátriai szociológia sokkal inkább támaszkodik a szociálpszichológiai irányzatokra, s emiatt olyan speciális kutatási területek jönnek létre, mint például az érzelmi élet szociológiája (Thoits 1989). Talán ezek a részterületek – amelyeket „hivatalos” szociálpszichiátria is inkább elfogad – kevésbé kritikaorientáltak, mint a pszichiátria ellátást bíráló konstruktivista megközelítések.

Horwitz (1999) négy területet jelöl meg, ahol a szociológiai vizsgálatok leginkább létjogosultságot nyertek a mentális zavarokkal kapcsolatban. Az első megközelítések ok-okozati viszonyban kutatja a mentális zavarok kialakulásában szerepet játszó társadalmi tényezőket. Ez a meglehetősen individualisztikus szemléletű megközelítés jól kiegészíti azokat a vizsgálatokat, amelyek a betegségek előfordulásának variációit kutatják. Ilyen értelemben a társadalmi hatások – más, egyéb tényezők mellett – külön csoportot jelölnek a befolyásoló tényezők között. A második megközelítés Horwitz szociálpszichológiai alapúnak nevezi, amely leginkább a kulturális dimenzió bevonásában különbözik az előzőtől. A pszichiátriai tünetek kialakulása nem független az adott kultúrától, a szocializáció folyamatától, a kultúrában elfogadott normáktól és értékrendszertől. A harmadik és negyedik megközelítés a társadalmi reakcióját helyezi középpontba. Az eddigi megközelítésekkel ellentétben többnyire kritikai elemzésekről van szó mindkét esetben. Közülük az első a társadalmi vál-

szokat, azok variációit elemzi. Talán ezzel a megközelítéssel kapcsolatban legismertebb a címkézés elmélete. A társadalmi kontroll – ami gyakorlatilag az orvos munkáját legitimálja – sokféle megnyilvánulása jelentős kihatással van a mentális betegek életére, további sorsára (Zola 1982). Végül az utolsó megközelítést a fenomenológiai hagyományokon alapuló konstruktivista álláspont képviseli: a mentális zavarok értelmezési keretét az adott társadalomba, az adott kultúrába helyezi. A mentális betegek életében okozott változásokat is olyan szempontból értékeli, hogy az mit jelent az egyes beteg, illetve a társadalom többi tagja számára. A szociálpszichológiai megközelítéshez hasonlóan itt is előtérbe kerül a kultúra szerepe, hiszen a mentális tünetek értékelése mindig csak adott szociokulturális térben, annak értékrendjétől függően válik lehetővé.

A mentális betegségek szociológiai értelmezésének modelljei

A mentális zavarok kritikai szociológiájában a kiindulópontot annak tisztázása jelenti, hogy lényegében miként is értelmezhetjük magát a fogalmat. Látni fogjuk, hogy valójában maga ez a meghatározás helyezi a pszichiátriai szociológiát kritikai álláspontra, hiszen a betegség – és főként a mentális zavar – társadalmi modelljei jelentősen eltérnek az orvosi, biomedikális definícióktól.

A mentális betegségek megítélése történelmi koronként változott, mindig az adott kor tudományos–technikai fejlettségi színvonalától és azon paradigmaelvtől függően, amelynek keretén belül a tudományterület az eredményeit értékelte. Túl a tudomány szervező módszerein, a mentális egészséggel kapcsolatos modellek messzemenően kihatottak a mentális betegségek diagnózisára, kezelésére, megelőzésére és az orvos–beteg kapcsolat társadalmi-etikai kérdéseire.

A legrégebbi tudományos modell a *vallásos–mágikus paradigmaelv* (Finkel 1976; Torrey 1972). Ez a megközelítés szorosan kapcsolódott a középkor emberről alkotott világgépéhez, amelynek középpontjában a testtől teljes mértékben elkülönült lélek állt, így ennek zavarai voltak a mentális betegség különböző megnyilvánulásai. A mentális betegségek eredete tehát a lélek meghasonulásaira vezethetők vissza, az okok között pedig többnyire a „démonok”, az „ördög” tevékenységei szerepelnek. A pszichés eredetű bénulások, az epileptikus rohamok, a zavartság mind-mind a megbomlott lélek tébolyultságának következményei, de a nem pszichotikus kórképként definiált magatartási vagy adaptációs zavarok is az „ördög” befolyásának megnyilvánulásaiként lettek definiálva. A modell értelmezési keretéből kifolyólag a terápia is a lélek meghasonulása ellen irányult, és enyhébb esetben az imádkozás, súlyosabb esetekben pedig az ördögűzés vagy akár a megszállott lélek elégetése volt. Természetesen a spirituális „gyógykezelés” nem terjedt ki valódi, orvosi értelemben vett gyógymódokra, hanem kizárólag az elrabolt lélekkel folytatott harcot jelentette. Bár a hivatalos nyugati, modern pszichiátria gyógyítási repertoárjából ezek az elemek teljes mértékben eltűntek, a mágikus kezelési módok ma is jelen vannak a természeti népeknél, ahol a betegséget, az egyensúly felbomlását valamiképpen a „gonosz” megnyilvánulásainak tekintik. A népi gyógyászatban szintén fellelhetők a spirituális kezelés egyes elemei. Ami közös a vallásos–mágikus paradigmában mind a középkori, mind pedig az újabb kori formációkban, az nem más, mint a mentális betegség-

gek misztérium jellege. A titokra pedig csak akkor derülhet fény, ha napvilágra kerül, azaz tudományos módszerekkel megismerhetővé válik e betegségek antropológiája.

A *tudományos–technikai modell* legalább olyan régi, mint a vallásos–mágikus elgondolás, hiszen csirái már az ókori görögöknél is fellelhetők. Kétségtelen azonban, hogy az újkor tudományos–technikai forradalma, a mikrobiológiai és később a molekuláris biológiai felfedezések vezettek el a mentális betegségek koncepciójának forradalmi átalakításához. E paradigma alapja, hogy nem fogadja el azt a descartes-i felfogást, amely szerint a test és a lélek két különböző szubsztancia, és amíg a test mint gépi rendszer megismerhető, a lélek mint isteni való a tudomány számára örökre feltárhatatlan marad (Nolan 2000). Éppen ellenkezőleg, a lélek mint önálló szubsztancia nem létezik, hanem kizárólag a test/agy működésének terméke, amely pusztán biokémiai folyamatokban ragadható meg. Az empirikus orvostudomány fejlődése lehetővé tette, hogy a mentális betegségek kóreredetét biokémiai okokra vezessék vissza, és ennek megfelelően a gyógykezelés is – más betegséghez hasonlóan – gyógyszeres terápia lehet (Beer–Jones–Lipsedge 2000). A mentális betegség gyógykezelése tehát – a biológiai modell értelmében – semmiben nem különbözik az orvostudomány többi területétől, sem módszertanában, sem pedig társadalmi megítélését tekintve (Eisenberg 1977).

A *pszichoszociális modell* szintén nem új keletű elgondolás, azonban tudományosságának megalapozottsága csak az empirikus társadalomtudományi módszerek fejlődésével érte el azt a fokot, hogy paradigmaelvvé váljon. A kritikai szociológiai modellek harmadik vonulathoz kapcsolódnak, hiszen bírálják mind az irracionális, mind pedig a tisztán biomedikális elméleteket. Már régóta felismerték, hogy a betegségek, így a mentális zavarok kialakulásában komoly szerepet játszanak szociális és pszichoszociális faktorok (Mechanic 1986). A magatartástudomány – amely magában foglalja az orvosi pszichológia, az orvosi szociológia, antropológia és bioetika tárgyköreit – éppen a társadalomtudományos kutatási eredmények alkalmazási hátterét biztosítja az orvostudomány természettudományos alapjainak kiegészítéséhez (Kopp–Pikó 2001). A mentális betegségek kórtana nem ismerhető meg kizárólag a szomatikus betegségek analógiájával, hiszen itt a diagnózis alapja a megváltozott viselkedés. A magatartás pedig olyan bio-pszicho-szociális kategória, amely nem írható le pusztán biokémiai képletekkel (Pikó 1999). Ebben a modellben a mentális betegségek gyógykezelésében egyaránt szükség van gyógyszeres és pszichoterápiás módszerekre, természet- és társadalomtudományos megközelítésekre.

A mentális zavarok kritikai szociológiai értelmezése: Szasz és Foucault

A három alapmodellhez kapcsolódóan feltétlenül szólni kell egy sajátos szociokulturális modellről is. Egy olyan társadalomfilozófiai értelmezésről van szó, amelynek körvonalai leginkább Thomas Szasz és Michel Foucault egymást jól kiegészítő, a mentális zavarokról alkotott nézeteiből rajzolódnak ki. E modell összefüggése a divananciaelmélettel a legkonzekvensebb, s ezáltal korunk társadalombírálatát, a másság kritikáját és a mentális betegségek társadalmi értelmezését egységes magyarázó elvvé forrasztja egybe.

Thomas Szasz elmélete egyben éles pszichiátrikritika is, ami miatt nézeteit bírálói „antipszichiátria” néven illették. Elméletének kiindulópontja, hogy mentális betegségek nincsenek, csupán mítoszok, a diagnosztikai elnevezések pedig metaforák, nem valódi kóroki nevek (Szasz 1961; 1991; Pikó 2000a). A modern pszichiáterek azonban – akik egyre inkább az orvostudomány, a biomedicina koherens részeként definiálják a pszichiátriát, és mindinkább természettudományos alapokra kívánják helyezni a mentális zavarok gyógyítását – orvosi kritériumok alapján kórképeket alakítanak ki, és gyógyszereket, pszichofarmakonokat alkalmaznak a kóros viselkedés megváltoztatásához. Szasz első kritikai pontja éppen ez, tudniillik a viselkedés normalitásának és abnormalitásának szociokulturális meghatározottsága, amiről a természettudományos műveltségű orvosok nem akarnak tudomást venni (Szasz 1997). Társadalmi normák határozzák meg ugyanis, hogy milyen viselkedési formákat fogad el egy társadalom, melyeket büntet (kriminalizál), illetve melyeket ítél meg úgy, hogy gyógykezelésre szorulnak (medikalizál). A normatív kritériumokból következően a különböző kultúrákban és társadalmakban eltérő lehet egy adott viselkedés megítélése, ami annak következményeit is magában foglalja. Mindez összecseng a deviancia szociológiai definíciójával és társadalmi kritériumrendszerével, csakhogy az orvostudomány biomedikális modellje során többnyire mellőzi ezt a szociokulturális megközelítést.

Szasz következő kritikai pontja a modern materialista gyógyítás elve, amely a molekuláris biológia korában egyre inkább uralja a medicina tudományos–technikai világát (Hoeller 1997; Pikó 1999). Szasz ezzel ellentétben a test és a lélek descartesi elkülönítése mellett foglal állást, és szerinte – éppen amiatt, hogy a pszichiátriai diagnózis tárgya az emberi viselkedés – nem lehet ugyanolyan diagnosztikai módszereket alkalmazni, mint a szomatikus gyógyítás során (Szasz 1961). A lelki zavarok nem pusztán az agyi működés biokémiai egyensúlyának megbomlásaként definiálhatók, azok csak az egyén és társadalmi környezete közötti kapcsolat függvényében értelmezhetők.

Szasz kritikájának harmadik pillére nem magát a zavarokat, hanem a pszichiátriai ellátás módszereit teszi nagyító alá. Amit leginkább kifogásol a pszichiátriai intézményekben, az szerinte az emberi jogok és önrendelkezés megnyirbálása, a felelősség és kiszolgáltatottság kérdése (Szasz 1963). Szasz liberális gondolkodónak vallja magát, aki Burke, Jefferson, Paine, Tocqueville gondolataiból kiindulva vezeti le, hogy az embernek alapvető emberi joga a szabadság. Hozzáteszi azonban azt is – amiről bírálói többnyire megfélemedeznek –, hogy ugyanakkor mindenkinek kötelessége is tetteiért felelősséget vállalnia. A pszichiátriai beteg viszont – amennyiben betegsége szomatikus, azaz testi működés következménye – nem felelős tetteiért, ezért nem is lehet felelősségteljes, dönteni képes egyénként kezelni.

Szasz felfogásának ellenzői leginkább orvosok, míg védelmezői között szociológusok, antropológusok, jogászok, pszichológusok és polgárjogi aktivisták vannak. Szasz nem magát a pszichiátriát ellenzi, hanem inkább másként képzel el a mentális zavarok kezelését, mint a jelenlegi gyakorlat. A pszichiáterek – bár a többség szintén kritikusan szemléli a bírálatot – egy része kevésbé elutasító, és a pszichiátriai ellátás megreformálásának, a társadalomtudományi szempontok alkalmazásának, a beteg társadalmi környezethez való adaptációjának szükségességét olvassa ki ebből a sajátos pszichiátria kritikából (Gerevich 1992; Harmat 1992).

Szasz kritikájának bírálatához azt is hozzá kell tenni, hogy ő számos olyan kérdést nyitva hagy, amelynek megválaszolása bizonytalan, s ezáltal a pszichiátriai ellátás jelenlegi gyakorlatának létjogosultságát erősíti. Az egyik ilyen kérdés a társadalmi kontroll megvalósítása, a társadalom többségének védelme. Amennyiben szociológiai szempontból a mentális zavarokat – így a legsúlyosabb, a társadalomra nézve legveszélyesebb pszichotikus kórképeket is – devianciaként értelmezzük, joggal merül fel a kérdés: ha semmilyen körülmények között nem sérülhetnek az emberi jogok, a szabadságról alkotott nézetek, akkor hogyan lehet mégis biztosítani a társadalom többségének védelmét? Ez olyan dilemma, amelynek feloldására társadalomtudósoknak és gyakorló orvosoknak együtt kell megtalálniuk a választ.

Foucault (1987) elmélete sok tekintetben szintén Szasz nézeteit támasztja alá. Céljaitól elválasztja a mentális zavarok devianciaként való értelmezése mellett, ami egyúttal a szociokulturális modell elismerését jelenti. Kiindulópontja, hogy minden korban megvan a maga társadalmi küszöbe, amelynek alapján az adott viselkedési formák elfogadja, vagy pedig kiközösíti a másként viselkedőket. Ezzel kapcsolatban felhívja a figyelmet, hogy a modern korban nem egyszerűen az elmebetegségek száma szaporodott meg, hanem a mentális zavarok érzékelésének küszöbe került lényegesen alacsonyabbra. Gondoljunk csak napjaink legfontosabb mentális problémáira, a depresszióra vagy a szorongásra. S miközben e kórképek száma – éppen az egyre alacsonyabb érzékelési küszöbtől függően – egyre nő, az értékelési kritériumok normalitás és abnormalitás egyértelmű elkülöníthetőségének hiánya miatt egyre tathatóbbá válnak. Foucault hozzáteszi, hogy nem minden kultúrában került végleges formában előtérbe a mentális zavarok medikalizációja, Japánban például az ellátó intézményekben történő felvételek száma lényegesen alacsonyabb a nyugati társadalmakhoz képest. Ez szintén alátámasztja a mentális problémák deviancia jellegű viselkedésre adott társadalmi reakció mindig az adott társadalom toleranciájának függvénye. A modern korban a pszichiátriai problémák azért is szaporodtak meg, mert a társadalmak, a kisközösségek nem tudnak megnyugtató megoldást találni rájuk (Pikó 2000a; Pollock 1988).

Míg Szasz nem számol a társadalom többségére gyakorolt hatással, Foucault gondolkodásában már felmerül a társadalom védelme, a társadalmi kontroll megvalósítása. Megemlíti, hogy a középkor elmebetegek házaiban is a deviancia elkülönítését, a társadalom többi tagjának megóvását, a társadalom működésének fenntartását biztosították. A pszichiátriai osztályoknak tehát kétségtelenül van egyfajta védőfunkciója, amely – amennyiben Szasz kritikáját vesszük alapul – az emberi jogok korlátozását jelenti az egyén szempontjából, a társadalom érdekében.

Az elmebetegségek megértése azért sem nélkülözheti a társadalmi kereteket. Foucault szerint, mert maga a kóreredet sem választható el élesen a társadalomtól, a betegség, a betegség mechanizmusaitól. Az elmebajok többnyire akkor keletkeznek, ha az egyén nem tud egy adott konfliktussal megbirkózni. Foucault a szocializációs, a társadalmi elveket teszi felelőssé az ilyen helyzetek kialakulásáért, hiszen az adott társadalomban normaként elfogadott viselkedési formák internalizációja később alátámasztja a kritikus helyzetekben a valódi konfliktusmegoldás vagy pedig a menekülés választásához. Az adaptációs zavarok a társadalom patogén mechanizmusainak következményei, a hibás szocializáció termékei, a mentális zavarok során keletke-

regressziós mechanizmusok pedig menekülési módszerek a konfliktusokkal való valódi szembesítés és feldolgozás helyett.

A kultúrában kulcskérdés az adaptáció (Tomasello 1999). A gyorsan változó társadalmak azonban nem könnyítik meg az egyének számára a hatékony adaptációt. A társadalom patogén jellege különösen előtérbe kerül diktatórikus rendszerek esetén, ahol a szorongáskeltés a hatalomgyakorlás eszközeként válik (Kopp 1990). Pikó (2002) értelmezésében az autoriter életelv sokrétű hatást gyakorol a társadalmi életre és az egészségi állapotra. Míg a demokrácia legfontosabb szabálya a kiszámíthatóság, diktatúrában az emberek soha nem érezhetik biztonságban magukat a kiszámíthatatlanság, a szabálynélküliség, a kiszolgáltatottság miatt (Hayek 1994). Mindezen társadalmi szervezőelvek miatt az egyéneknél kontrollvesztett állapot, tehetetlenségérzés és krónikus szorongás alakul ki. Az állandósult bizalomvesztett állapot növeli a depresszió, az öngyilkosság mellett számos testi betegség, így a szív- és érrendszeri betegségek kialakulását is. Totalitárius rendszerekben a vezetők körében szinte általánossá válik a hatalomabúzus, a hatalommal való visszaélés (Pikó 2001). A vezető pozícióba kerülés ugyanis kitörési pontot jelenthet a kontrollvesztett állapotból; lehetőség, hogy az egyén saját maga határozza meg cselekvési hatáskörét a külső kontroll helyett. Ebben a pozícióban azonban hamar rájön, hogy a hatalom hosszú távú megtartását csak a szabályok következetes felrúgásával teremtheti meg, s ezzel újratermeli azt a mechanizmust, amelynek előzőleg maga is áldozata volt. A modern kor egyébként is jelentősen megnehezíti a társadalmak adaptációját a folyamatosan és gyorsan változó körülményekhez, a diktatórikus társadalmak viszont azáltal válnak patogénné, hogy ez az adaptációs kapacitás könnyen kimerül a kiszámíthatatlanság, az anómia következtében. Társas konfliktusaink tehát nem feltétlenül a mentális zavarok diagnosztikai jelei, hanem gyakran egy szélesebb értelemben vett alkalmazkodási folyamat lenyomatai.

Pszichiátriai kórképek és társadalmi okok

A pszichiátriai zavarok hátterében megbújó társadalmi tényezők vizsgálata már régóta foglalkoztatja a szociológusokat és az orvosokat egyaránt (Pikó 1996; Williams–Ware–Donald 1981). Amennyiben sikerül statisztikailag is igazolni a társadalmi faktorok hatását, az tovább erősítheti a pszichiátriai szociológia, valamint a szociálpszichiátria létjogosultságát és fontosságát. A társadalmi okok feltárása egyben erősítheti a társadalomtudományos modellek integrálásának szükségességét a biomedikális szemléletű orvostudományba. A tét igen nagy: a kritikai szociológia az empirikus társadalomtudományi módszertan alkalmazásával olyan bizonyítékokat sorakoztathat fel, amelyeket a természettudományos szemléletű orvostudományok is figyelembe kell venniük. A betegségek társadalmi mintázatának megismerését célul kitűző, a mentális zavarok társadalmi okait kutató pszichiátriai szociológia ennek megfelelően a szociálpszichiátria egyik fontos eszközeként válhat mind a gyógyításban, mind pedig a megelőzésben (Kessler 2000).

A társadalmi egyenlőtlenségek lecsapódása az egészségi állapotban régóta a kutatások középpontjában áll (Pikó 2000b; Pikó–Fitzpatrick 2001). Nemcsak a testi betegségek, hanem a mentális zavarok előfordulásában is fellelhetők társadalmi

minták, amelyek megmutatkoznak a betegségek gyakoriságában, kezelési módjait, prognózisában. A nemzetközi összehasonlító vizsgálatok, valamint egy-egy társadalmon belül a társadalmi csoportokban előforduló viszonyszámok összevetése pszichiátriai szociológiai módszer fontos kellékei, melyek alapján következtetni lehet az univerzális, illetve specifikus kóreredetre (Kerekes 1993; Pikó 1998).

A pszichiátriai kórképek népegészségügyi jelentősége, hogy – amint azt a WHO megállapította – a mentális zavarok jelentik a leggyakoribb krónikus betegségtípust, amelyek élettartam-gyakorisága megközelíti az 50 százalékot, az egy évre számított előfordulás pedig eléri a 15-25 százalékot (WHO International Consortium on Psychiatric Epidemiology 2000). Lefolyásuk krónikus, és amint azt a táppénzes betegek rokkantsági statisztikák tükrében megállapíthatjuk, az életminőséget és a munkavégzést jelentős mértékben befolyásoló betegségformáról van szó (Surtees–Wainwright–Brayne 2000). A betegség jellegéből kifolyólag igen sok állapot felderítetlen, s ennek következtében kezeletlen eset. Ez a jelenség bizonyos kórképek esetében, mint például a depresszió, növelheti az öngyilkosság veszélyét.

Az előfordulási arányszámok a modernizált világ országain belül – tehát azokban a diagnosztikai kritériumok alkalmazása esetén – nem mutatnak jelentős eltérést (Kerekes 1993; Kessler 2000; WHO International Consortium on Psychiatric Epidemiology 2000; Kopp–Skrabski 1995). Régóta folynak vizsgálatok annak kidolgozása érdekében, hogy a genetikai vagy pedig a környezeti tényezők fontosabbak a mentális zavarok kialakulásában (Goldberg 2001). Mindkét tényező egyaránt fontosnak tűnik, amit leginkább úgy fogalmazhatunk meg, hogy a genetikai hajlam környezeti hatásra manifesztálódik, igen nagyfokú egyéni variabilitás mellett (Cooper 2000).

Először az 1930-as években történtek pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatok, amelyek főként a nagyvárosokban próbálták a mentális zavarok előfordulását meghatározni, és összefüggéseket keresni a gyakoriságok, valamint a nagyvárosi létmigráció, a kivándorlás között (Buda 1972). A mentális kórképek közül a kutatás jelentős része a *schizophrenia* (tudathasadás) gyakoriságára koncentrált, ami nem volt véletlen, hiszen – különösen a harmincas években – e kórállapot esetében a legegyszerűbb a diagnózis. Faris és Dunham (1939) az urbánus övezetekben vizsgálta a *schizophrenia* előfordulását, amelyet lényegesen gyakoribbnak találtak a városközpontban és a közeli övezetekben. Ez az ökológiai megközelítés azóta a pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatok kedvelt elemzési stratégiája, hiszen az amerikai nagyvárosokban a hely sajátos szociológiai értelmezést nyert (Fitzpatrick–LaGory 2000). A szerzők ezt a területet patogén zónának nevezték el éppen a mentális zavarok kiemelten magas száma miatt, amelynek hátterében szerepet játszanak olyan társadalmi tényezők is, mint a nagyvárosi lét elidegenedettség, szociális dezorganizáció, de az intézménybe kerülés nagyobb valószínűsége is. Az emigrációval kapcsolatban a *schizophrenia* magasabb gyakoriságát figyelték meg a harmincas években az adaptációs problémák halmozódása miatt. Az urbánus övezetekre egyébként is jellemző, hogy a bevándoroltak először a központi zónákra helyezkednek el. A *Midtown Manhattan Study* New York központjában elemezte a mentális zavarok előfordulását, valamint összefüggését a stresszel, mint a nagyvárosi létforma jelenségével (Langner–Michael 1963).

Essen-Möller (1956) Svédországban egyéb pszichés betegség feltárásával próbálkozott, és a férfiak körében 7, a nők körében 8 százalékra tette a bizto

pszichésen betegek arányát, míg a biztosan nem betegekét a férfiak körében 50, a nők körében pedig 42 százalékra. A legújabb, nemzetközi összehasonlító vizsgálatban, amely a WHO (2000) kezdeményezésére történt, a következő arányban fordultak elő a mentális zavarok: Brazíliában 36,3 százalék, Kanadában 37,5, Németországban 38,4, Hollandiában 40,9, az USA-ban 48,6, Mexikóban 20,2 és Törökországban 12,2 százalék. Szorongásos kórképek szinte valamennyi vizsgált országban a lakosság harmadánál voltak jellemzőek, az országok közül kiemelkedett Kanada, Hollandia és Brazília. A hangulatzavarok előfordulását szintén a lakosság harmadára becsülték, itt kiemelkedett az USA, Hollandia és Németország.

A klasszikus pszichiátriai epidemiológiai vizsgálatok közül feltétlenül említést érdemel a New Haven-i tanulmány, amely Hollingshead és Redlich nevéhez fűződik (1958). Orvosi kezelés alatt álló *schizophreniás* és neurotikus betegeket vizsgáltak, és a társadalmi helyzet, valamint a betegségek előfordulása között kerestek összefüggést. A magasabb társadalmi helyzetűek hamarabb kerültek orvoshoz, jobb kezelésben részesültek, és általánosságban nagyobb toleranciával fogadták betegségüket a családban. Az alacsonyabb társadalmi helyzetűeknél a *schizophrenia* nemcsak magasabb előfordulást mutatott, hanem ők kisebb valószínűséggel jutottak magánorvosi kezelésekhöz is. A neurotikus kórképeket viszont a magasabb társadalmi helyzetűeknél találta gyakoribbnak a szerzőpáros, aminek oka egyrészt, hogy az önértékelési zavarokkal a szegényebb és alacsonyabb iskolázottságú betegek nem fordultak orvoshoz, másrészt az ő esetükben inkább más módon jelentkezett a probléma, például testi panaszok formájában.

Dohrenwend és munkatársai (1992) a társadalmi helyzet és a mentális kórképek előfordulását két magyarázóelv alapján értelmezték. A társadalmi kauzalitás értelmében az alacsonyabb státuszúak nagyobb fokú stressznek vannak kitéve, és több olyan életesemény éri őket, amely azután a feldolgozás hiányában mentális zavarokat okoz. A társadalmi szelekció szerint pedig a társadalmi mobilitás a mentális problémák miatt következik be, tehát éppen a mentális betegség az oka a társadalmi lecsúszásnak. Empirikus vizsgálatokban mindkét esetre találhatunk példákat.

A mentális problémák társadalmi hátterének további elemzési keretét nyújtja a Muntaner és munkatársai (2000) által felállított modellkeret (ld. a *táblázatot*).

A strukturális kényszer, illetve választás alapja, hogy az egyenlőtlenségekhez vezető tényezők szabad akaraton múlnak, vagy pedig a társadalmi helyzetből fakadó kényszer az, ami ezeket a differenciákat kitermeli. A dualista modellek alkotói a kettő integrációjára vállalkoznak, amelyek összekötik a környezeti kényszerítő hatásokat, valamint az egyén szabad választási preferenciáit, amelyre jó példa a társadalmi-gazdasági környezet és a személyiség találkozásának hatása. Míg a behaviorista megközelítés az egyéni szempontokra koncentrál, a gazdasági változásokból eredő kényszerek a csoport szintjén hatnak, az ökológiai modellek, illetve a munkaszervezeti kényszerek viszont a makrotársadalom szintjén fejtik ki hatásukat az egyének mikrovilágára.

A társadalmi helyzet és a mentális egészség közötti kapcsolat modelljei:

Elemzési szint	Strukturális kényszer	Választási modell	Kevert modell
Egyéni	„Behaviorizmus”	Racionális választás	Racionális választás
Csoport	Gazdasági változás	„Empowerment” Kollektív hatékonyság	Politikai gazdasági
Makro-mikro hatás	Bio-pszicho-szociális/ Ökológiai Munkaszervezeti modellek		Társadalmi produkció elmélet Társadalmi struktúra és személyiség

Forrás: Muntaner–Eaton–Diala 2000.

A racionális elmélet részben a szabad választást, részben a társadalmi determináltságot támasztja alá, amelyre jó példát nyújtanak a káros szenvedélyek, például az alkoholfogyasztás vagy a dohányzás. Ezek a kockázati magatartásformák köztudottan az alacsonyabb társadalmi helyzetűek körében fordulnak elő gyakrabban. Bár e pillanatra a szabad akaraton múlik, hogy valaki él-e ezekkel a szerekekkel, azonban sok tényező között számos, társadalmilag is erősen meghatározott jellemzőt találunk, mint például a stresszre adott reakciók vagy a konfliktusmegoldás kóros tendenciái. Az „empowerment” és a kollektív hatékonyság a szabad választás lehetőségét csoportszinten értelmezi, tehát nem az egyén, hanem a társadalmi csoportok rendelkezhetnek a választás erejével.

A dualista modellek nem választják teljesen szét a kényszer és a választás hatásait, szerintük mindkét forma egyaránt jelen van a különböző szinteken. Ez egy lehetséges lehetőség is, hogy a strukturális kényszerek hatása alól az egyén ki tudja magát vonni, és független döntést hozzon.

A pszichiátriai intézmények szociológiája

A szociológusok az idők során igen sok kritikával illették a modern kórházak berendezését, struktúráját, az elszemélytelenedett légkört, a sajátos mikrovilágot, amelyben az egyén identitása jelentős változásokon megy keresztül.

Igen gyakori kritika, hogy míg a pszichiáterek megpróbálják minél inkább természettudományos alapokra helyezni a mentális zavarok felismerését és kezelését, addig a valóságban az orvostudomány többi ágával összehasonlítva még mindig kevésbé pontosak, és emiatt több hibalehetőségnek vannak kitéve a diagnózisok. Ennek oka, hogy itt a diagnózis a magatartás értelmezésén alapszik, amelyhez az információ gyakran nem is magától a betegről, hanem valamelyik hozzátartozótól származik. Emellett szintén jelentős különbség, hogy a szomatikus (testi) betegségekhez képest a diagnózisok felállításának sokkal inkább stigmatizáló jellege van. A kórképek társadalmi összefüggésrendszere meghatározóbb, társadalmi következményei szerteágazóbbak. Harmadrészt a pszichiátriai intézménybe kerülés, a hospitalizáció maga is mélyreható változásokat idéz elő a betegekben, s ezek a hatások nemcsak a gyógyuláshoz, hanem a további szövődmények kialakulásához is hozzáadódhatnak az eredeti magatartási reakcióhoz. A címkézés, a stigma

olyan esetekben is súlyosbíthatja a beteg állapotát, ahol egyébként a prognózis nem lenne egyértelműen kedvezőtlen, éppen azért, hogy a betegségtudat perzisztálása miatt a gyógyult egyén nem tud a megváltozott identitástól szabadulni.

A diagnózis csallhatatlanságába vetett hitet az a kísérlet is aláasta, amelyet Rosenhan és munkatársai végeztek 1973-ban (Rosenhan 1973). A kísérlet lényege az volt, hogy a kutatók hallucinációról és zavartságról számoltak be, hogy felvételt nyerjenek az elmeosztályra. Az intézménybe bekerülve azután már hiába viselkedtek teljesen normálisan, több hétig tartott, amíg úgy ítélték meg a pszichiáterek, hogy most már elhagyhatják a kórházat. Az elmebetegként nyilvántartott kutatók normál reakcióit gyakran kórosnak találta a személyzet, csak a többi beteg vette észre, hogy valójában a kutatók nem betegek.

Az elmebetegségeket az idők folyamán mindig valami sajátos rejtély övezte, az elmebetegségek vagy pszichiátriai kórképek jelentésüknél fogva egyben címkét is hordoztak magukban (Nolan 2000). A manapság divatosná vált „mentális zavarok” kifejezés már jobban közelít a szakmai körökben régóta vágyott semleges megítéléshez, továbbra sem szűnt meg azonban e kórképek morális megítélése, a társadalmi értékelés címkéje tehát megmaradt.

A pszichiátria fejlődésében három forradalmi korszakot kell kiemelni. Az első a felvilágosodás és a reneszánsz kora, amely átformálta a mentális betegekről alkotott képet (Hoeller 1997). Míg a középkori felfogást morális modellnek tekinthetjük, a modern medicinában a mentális zavarok orvosi modellje terjedt el, amely egyben forradalmasította a pszichiátria betegfelfogását is. A pszichiátria forradalmi átalakulásának lényegét az a felismerés jelentette, hogy az elmebetegek nem bűnözők, akiket „megszáll a sátán”, és akik büntetést érdemelnek, hanem szerencsétlen, beteg emberek, akiket gyógyítani kell (Beer–Jones–Lipsedge 2000). Philippe Pinel 1793-ban a hírhedt párizsi Bicêtre kórházban megszabadította az elmebetegeket a láncoktól, Benjamin Rush pedig demokratikus bánásmódot követelt a mentális betegek számára. Az elmebetegek kórházba kerültek, és így fokozatosan létrejöttek az elme-kórházak. Pinel ugyanakkor nem a mai értelemben vett orvosi kezelést írt elő betegeinek, hanem ő maga „morális” terápiának nevezte a gyógykezelését. Ebben valószínűleg az is szerepet játszott, hogy abban a korban még nem is voltak meg az alapjai és feltételei sem a farmakoterápiának, sem pedig a pszichoterápiának. A „morális terápia” célja a beteg viselkedésének megváltoztatása volt, amit megértéssel, türelemmel és tanítással kívánt elérni. Ettől az időtől számíthatjuk annak elfogadását is, hogy a mentális zavarok egyáltalán korrigálhatók, azaz a pszichiátriai betegségek gyógyíthatók. A kezelés, a gyógyítás mikéntje azonban napjainkig tartó vita tárgya lett.

A második pszichiátriai forradalom Freud nevéhez fűződik, aki neuropatológusként próbálta tudományos alapokra helyezni a mentális zavarok gyógyítását (Finkel 1976). A kor nagy neurológusai – Charcot és Breuer – hatására kezdte el a hisztériát és a neurózist tanulmányozni, és nem orvosi, hanem pszichológiai okokra vezette vissza ezek megjelenését. 1895-ben készítette el tanulmányát, amely a pszichológia tudományos alapokra helyezését tűzte ki célul. A mentális betegségekről alkotott nézetek mindig az adott korszak tudományos és világnézeti keretében születtek, ma- gukon hordozták a kor lenyomatát. Nem véletlen, hogy Pinel korában a morális terápia, Freud korában pedig a pszichológia tudományosítása került előtérbe. Az orvosi

modell érvényesüléséhez nem volt még meg a megfelelő tudományos háttér, egészen az 1950-es évekig kellett várni.

A pszichiátriában a harmadik forradalomnak az 1952-es év számított, ekkor tént ugyanis a *chlorpromazine* nevű, antipszichotikumként emlegetett gyógyszer vezetése (Cohen 1997). Ennek következtében lehetővé vált a korábban „kezelhetetlen” elmebetegek visszavezetése a társadalmi életbe, a hosszú, gyakran életfogytig tartó elmebetegek tartózkodás helyett a közösségbe visszahelyezve megoldhatóvá vált a betegek ambuláns gyógykezelése. Ez egyben a biológiai pszichiátria térhódítását vonta maga után. Egyre több mentális zavar biokémiai leírása válmegismerhetővé, ami a gyógykezelést a farmakoterápiák felé mozdítja el, átforgatva a mentális zavarról és a pszichiátria helyzetéről alkotott közgondolkodást (Cohen 1999).

A pszichiátriai ellátás forradalmi átalakulásával párhuzamosan változott az intézményekről alkotott pszichiátriai kritika is. Goffman (1961) hívta fel először a figyelmet a pszichiátriai intézményekben történő hospitalizáció következményeire, aki szociológiai szempontból elemezte a mentális zavarok hosszantartó kezelésének hatásait. Az évekig tartó hospitalizáció átforgatja az egyén társadalmi életét, káros csodait, társas készségeit, identitását. A kórház – és a pszichiátriai osztály különösen – totális intézmény, a maga szabályaival, belső életével, amely regresszív hatással idéz elő a betegekben és dependenssé teszi őket, azaz függőségbe kényszerít. Innen a társadalomba való visszatérés egyre reménytelenebb; minél több időt tölt az egyén az intézményben, annál inkább. Az identitás megváltozása, a kontroll elvesztése, a függőség, a csökkent önbizalom csak tovább nehezíti a pozitív változás megvalósulását.

A gyógyszeres terápiák előtérbe kerülése jelentősen lecsökkentette a hospitalizáció időtartamát, amittől sokan az adaptációs nehézségek teljes kiküszöbölését remélték. A szociológiai kritika azonban nem maradt el, amit ma jórészt az egyoldalúan domináns biológiai terápiák bírálata jelent. Szasz (1997) „kémiai kényszerzubbonyon” nevezi az erős hatású pszichofarmakonokat, amelyek csak a betegek dependenssé válásának folyamatát segítik elő, hiszen tényleges oki terápia helyett a tünetek ideiglenes elfedését valósítják meg. Mintha az elzárás fizikai tényét egyszerűen csak fölvaltoztatna a szimbolikus, kémiai úton megvalósított elzárás. A viselkedés tényleges és nem tüneti, hanem oki korrekciójára azonban mind ez idáig még nem sikerült tudományosan is elfogadott módszereket találni. Talán ezért is fordultak sokan – szociológusok és laikusok egyaránt – a megelőzés felé, a mentális egészség megőrzése mint cél sokkal hatékonyabb lehet, mint maga a gyógykezelés.

A hospitalizáció káros hatásainak kiküszöbölését tűzte ki célul az új forradalmi változást előidézö közösségi mentális egészségért mozgalom, amelynek lényege, hogy a mentális zavarokat társadalmi problémaként kezeli, s előtérbe hozza a megelőzés kérdését, felismerve, hogy a mentálhigiéne valójában csak közösségi szinten retekben fejtheti ki valódi hatását (Mechanic 1998). A mentális egészség megőrzése a problémák megelőzése és kezelése valójában mindannyiunk érdeke, és ebben mindenkinek, professzionális szakembereknek és laikusoknak egyaránt szerepet kell vállalniuk. A mentális zavarok kritikai szociológiai megközelítése – bár sokszor kemény vitákat váltott ki – jelentősen hozzájárult ahhoz, hogy a modern pszichiátriai ellátásnak továbbra is számolnia kell a társadalmi faktorokkal, a mentális zava-

értelmezését körülvevő társadalmi kontextusokkal, az egyén és a társadalom sajátos kölcsönhatásaival. Remélhetőleg ez a hatás a jövőben tovább erősödik, s éppen a pszichiáterek és társadalomtudósok közötti párbeszéd elősegítése érdekében van szükség a kritikai szociológiai elemzések folytatására.

Irodalom

- Beer, M. D.–E. Jones–M. Lipsedge (2000): History of psychiatric disorders and treatments. *Current Opinion in Psychiatry*, 13: 709–715.
- Buda B. (1972): A pszichiátriai szociológia. Problématerületek, dilemmák, fejlődési perspektívák az amerikai kutatások tükrében. *Szociológia*, 1: 355–380.
- Clare, A. (1999): Psychiatry's future: Psychological medicine or biological psychiatry? *Journal of Mental Health*, 33: 448–455.
- Cohen, D. (1997): Psychiatrogenics: introducing chlorpromazine in psychiatry. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 23: 206–233.
- Cooper, B. (2001): Nature, nurture and mental disorder: old concepts in the new millennium. *British Journal of Psychiatry*, 178S: 90–102.
- Dohrenwend, B. P.–I. Levav–P. E. Shrout–S. Schwartz–G. Naveh–B. G. Link–A. E. Skodol–A. Stueve (1992): Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science*, 255: 946–952.
- Eisenberg, L. (1977): Psychiatry and society. A sociobiologic synthesis. *The New England Journal of Medicine*, 296: 903–910.
- Essen-Möller, E. (1956): Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psychologica Scandinavica Supplement*.
- Faris, A. R. L.–H. W. Dunham (1939): *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago: The University of Chicago Press
- Finkel, N. J. (1976): *Mental Health and Illness*. New York: Macmillan Publishing Co.
- Fitzpatrick, K.–M. LaGory (2000): *Unhealthy Places. The Ecology of Risk in Urban Landscape*. New York: Routledge
- Foucalt, M. (1987): *Mental Illness and Psychology*. Berkeley: University of California Press
- Gerevich J. (1992): A hazai antipszichiátria „belülről”. *Magyar Tudomány*, 1: 90–91.
- Goffman, E. (1961): *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. London: Penguin
- Goldberg, D. (2001): Vulnerability for common mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 178S: 69–71.
- Harmat P. (1992): Az antipszichiátria fogadtatása Magyarországon. *Magyar Tudomány*, 1: 69–89.
- Hayek, F. A. (1994): *The Road to Serfdom*. Chicago: The University of Chicago Press
- Hoeller, K. (1997): Thomas Szasz' history and philosophy of psychiatry. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 23: 6–69.
- Hollingshead, A. B.–F. C. Redlich (1958): *Social Class and Mental Illness. A Community Study*. New York: Wiley

- Horwitz, A. V. (1999): The sociological study of mental illness. A critique synthesis of four perspectives. In Aneshensel, C. S.–J. C. Phelan (eds.): *Handbook of the sociology of mental health*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 57–78.
- Kerekes M. F. (1993): *Pszichiátriai epidemiológiai módszerek felhasználása korszerű addiktológiában*. Budapest: Országos Alkoholológiai Intézet
- Kessler, R. C. (2000): Psychiatric epidemiology: selected recent advances and future directions. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 464–474.
- Kopp M. (1990): Anxiety, freedom and democracy. *Behavioural Psychotherapy*, 18: 189–192.
- Kopp M.–Pikó B. (2001): A magatartástudományok oktatása Magyarországon: a pszichiátria és a magatartástudományok, magatartásorvoslás kapcsolata az orvosi képzés és szakképzés területén. *Psychiatria Hungarica*, 16: 183–190.
- Kopp M.–Skrabski Á. (1995): *Alkalmazott magatartástudomány. A megváltozó egyéni és társadalmi stratégiái*. Budapest: Corvinus
- Langner, T. S.–S. T. Michael (1963): *Life Stress and Mental Health*. New York: Free Press
- Mechanic, D. (1986): Some relationships between psychiatry and the social sciences. *British Journal of Psychiatry*, 149: 548–553.
- Mechanic, D. (1998): Emerging trends in mental health policy and practice. *Health Affairs*, 17: 82–98.
- Muntaner, C.–W. W. Eaton–C. C. Dilla (2000): Social inequalities in mental health: a review of concepts and underlying assumptions. *Health*, 4: 89–113.
- Nolan, P. (2000): History of psychiatry, patients and hospitals. *Current Opinion in Psychiatry*, 13: 717–720.
- Pikó B. (1996): Az egészségi állapot szociológiája: egészség, betegség, társadalmi kontextus. *Lege Artis Medicinae*, 6: 746–748.
- Pikó B. (1998): Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban. *Századvég*, új folyóirat (11): 94–108.
- Pikó B. (1999): A társadalomtudományok illetékessége a biomedicina számára. *Valóság*, 42: 22–30.
- Pikó B. (2000a): Egy mítosz nyomában: A mentális betegségek társadalomfilozófiája Thomas Szasz elmélete alapján. *Valóság*, 43: 18–25.
- Pikó B. (2000b): Nyertesekből vesztesek? Veszélyeztetett ifjúság a posztosztosztársadalomban. *Társadalomkutatás* (3–4): 183–196.
- Pikó B. (2001): A demokrácia, a diktatúra és a posztosztosztársadalom lélektana. *Valóság*, 44: 12–21.
- Pikó B. (2002): Socio-cultural stress in modern societies and the myth of anxiety in Eastern Europe. *Administration and Policy in Mental Health*
- Pikó, B.–K. M. Fitzpatrick (2001): Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Social Science and Medicine*, 53: 817–830.
- Pollock, K. (1988): On the nature of social stress. Production of a modern mythology. *Social Science and Medicine*, 26: 381–392.
- Rosenhan, D. L. (1973): On being sane in insane places. *Science*, 179: 250–258.

- Surtees, P. G.–N. W. J. Wainwright–C. Brayne (2000): Psychosocial aetiology of chronic disease: a pragmatic approach to the assessment of lifetime affective morbidity in an EPIC component study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 114–122.
- Szasz, T. S. (1961): *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Paul B. Hoeber
- Szasz, T. S. (1963): *Law, Liberty and Psychiatry*. Syracuse: Syracuse University Press
- Szasz, T. S. (1991): Diagnoses are not diseases. *The Lancet*, 338: 1574–1576.
- Szasz, T. S. (1997): Mental illness is still a myth. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 23: 70–80.
- Thoits, P. A. (1989): The sociology of emotions. *Annual Review of Sociology*, 15: 317–342.
- Tomasello, M. (1999): The human adaptation for culture. *Annual Review of Anthropology*, 28: 509–529.
- Torrey, E. F. (1972): *The Mind Game: Witchdoctors and Psychiatrists*. New York: Emerson Hall
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000): Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 413–426.
- Williams, A. W.–J. E. Ware Jr.–C. A. Donald (1981): A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations. *Journal of Health and Social Behavior*, 22: 324–336.
- Zola, I. K. (1982): Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20: 487–504.