

AZ ALKOHOL- ÉS DROGHASZNÁLATHOZ KAPCSOLÓDÓ STIGMA ÉS SZOCIÁLIS EGYENLŐTLENSÉGEK¹

Robin Room

Absztrakt

A pszichoaktív szerek használatát erőteljes szimbolizmus övezi, ennek okait vizsgáljuk meg. Bár a pszichoaktív szerek presztízs-cikkek lehetnek, mégis úgy tűnik, hogy egyik-másik vonatkozásuk szinte univerzális stigmát és marginalizációt vált ki. A stigmatizációs folyamatok közé tartozik a családok és barátok körében jelentkező intim szociális kontroll; a szociális és egészségügyi intézmények döntései; illetve a kormány politikai döntései. Ami általában negatív erkölcsi megítélés alá esik, magába foglalja a felmerülő egészségügyi károkat, baleseteket vagy szociális problémákat, a bódultságot magát; az addikciót és dependenciát, az ezen fogalmak által leírt kontroll-vesztést; illetve egyes esetekben a használatot magát. A stigmával foglalkozó szakirodalom két ága különböző szempontok alapján közelít a kérdéshez: a mentális betegségekkel és fogyatékoságokkal foglalkozó szerzők a stigma, és a stigmának a stigmatizált személyre gyakorolt negatív hatását hangsúlyozzák, míg a bűnözéssel foglalkozó művek általában a stigmát pozitívabb fényben tüntetik fel, mint a szociális kontroll egy fajtáját. Az alkohollal és kábítószerrel kapcsolatos szakirodalom mindkét területet lefedi, s mindkét orientációra példát szolgáltat. Bár a szegénység és az intenzív droghasználat nem mindig függ össze, a szegénység gyakran növeli egy adott droghasználati minta ártalmasságát. A marginalizáció és a stigma általában erősítik ezt a hatást. Az alkohol- és drogproblémák miatt kezelés alatt álló személyek gyakran és aránytalanul marginalizáltak. A szociális egyenlőtlenséggel és szerhasználatlal foglalkozó kutatásoknak figyelmet kell szentelniük a stigmatizáció és a marginalizáció folyamataira és azoknak az ártalmak kialakulásában betöltött szerepére.

Kulcsszavak: stigma, marginalizáció, szociális egyenlőtlenség, alkoholproblémák, drogproblémák, szociális kontroll, moralizáció

Bevezetés

A tanulmány a pszichoaktív szerek használatával járó stigmát és marginalizációt vizsgálja meg, illetve arra a kérdésre keres választ, hogy ezek a jelenségek vajon milyen befolyást gyakorolnak a szociális különbségek és egyenlőtlenségek kialakulására. Először azt mutatjuk be, hogy az erős alkoholfogyasztásnak és droghasználatnak betudott káros hatások (például mortalitás) sokkal inkább az alacsonyabb szociális státusszal (Mäkelä 1999) függenek össze, mintsem az intenzív alkohol- és drogfogyasztással magával. Megtárgyaljuk azt is, hogy bizonyos mechanizmusok

¹ Másodközlés. Eredeti megjelenés: Robin Room (2005): Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24: 143–155.

miatt a szegényeknek kedvezőtlenebb következményeket kell megtapasztalniuk ugyanazon a magatartás következtében, mint a tehetősebb embereknek. Véleményem szerint az alkohol- és kábítószerhasználattal kapcsolatos problémák esetében van egy tényező, amelyet viszonylag elhanyagolnak: hogy az alkohol- és kábítószerhasználat illetve az ehhez kötődő problémák területének erős morális vonatkozásai vannak, ami gyakran stigmát és marginalizációt eredményez, s ezek fontos tényezők a káros hatások kialakulásában.

A szerhasználat nem szükségszerűen előzi meg az oksági láncban a szegénységet és marginalizációt

Míg a „szociális egyenlőtlenség” fogalma magába foglalja a nemi, életkorbeli és etno-vallási kategóriák szerinti megkülönböztetést (Braveman–Gruskin 2003), a közegészségügyi használatban a fő hangsúly a szociális és gazdasági különbségeken van. Még itt is jól felismerhető az, hogy a definíció és mérés kapcsán többféle választási lehetőség kínálkozik: a szegénységet meghatározhatjuk abszolút és relatív viszonylatban (Gwatkin 2002); és a mértékek gyakran magukba foglalják a szociális és gazdasági státuszt, így az iskolázottságot, a jövedelmet, a foglalkoztatási háttér és lakókörnyéket, amelyek mind konceptuálisan, mind az egészségügyi folyamatok tekintetében különböznek egymástól (pl. Kelleher et al. 2003, Martikainen et al. 2003).

A közegészségügyi szakirodalom a hátrányos szociális helyzet attribútumát többnyire az életmódbeli tényezők, így a szerhasználat és a kapcsolódó egészségügyi ártalmak okaként tételezi fel. Van bizonyos logika ebben, hiszen az egészségügyi folyamatok között olyanokat találunk, mint a szívroham, májcirrózis vagy AIDS miatt bekövetkező halálesetek. Még a fizikai egészség szférájában is megkérdőjeleződik ez a modell azonban akkor, ha a kérdéses egészségügyi kár nem halál, hanem betegség vagy fogyatékoság; a betegség vagy fogyatékoság ugyanis a szociális és gazdasági helyzet romlását eredményezheti (Green–Potvin 2002). Amilyen arányban a szerhasználat összefügg a betegség kialakulásával, olyannyira kétoldalú az oksági kapcsolat a szerhasználat és a szociális és gazdasági helyzet alakulása között.

Ha a vizsgálódásunkat a fizikai egészségen túl kiterjesszük a mentális egészségre is, újabb komplikációk jelentkeznek. Először is a szerhasználat tényezője az alkohol- és drogdependencia formájában potenciálisan végeredményként és nem közvetítőként tételeződik. Másodsor, megkerülhetlenné válik a mentális rendellenességeknél mint végeredményeknél a szociális definíció eleme. Bár sok betegségnél megfigyelhető a szociális konstrukció és definíció eleme, a mentális rendellenesség küszöbét gyakran csak olyan magatartásformák lépik át, amelyeket mások „különösnek vagy furcsának” tartanak (Room et al. 2001). A szociális konst-

rukció eleme különösen fontossá válik a szerhasználati rendellenességeknél, illetve az olyan részlegesen medikalizált kategóriáknál, mint a „szenvedélybeteg”. Nagyobb általánosságban beszélve a alkohol- és droghasználat erős morális jelentéssel bír, a morális normákat áthágókat pedig stigma és szociális marginalizáció sújtja.

Stigma, nyomor, alkohol- és droghasználat

A stigmáról alkotott munkadefinícióként az Egyesült Államok Wisconsin államának törvényhozása általa megfogalmazott meghatározást fogadhatjuk el: a „stigma” az alkohol- vagy droghasználó személyeknek történő szociális elfogadottságból való kizárását, marginalizációját és kirekesztését jelenti a negatív társadalmi attitűdök, érzések, felfogások, reprezentációk és diszkriminatív cselekedetek által (State of Wisconsin 2003).

A stigmával sújtott vagy marginalizált emberek gyakran szegények, vagy más módon vannak kirekesztve a szociális javakból; ugyanakkor nincs szükségszerű kapcsolat a stigmatizáció és a szegénység vagy más szociális egyenlőtlenségek között. A szegények és marginalizáltak közötti empirikus átfedést már régóta részlegesnek tartják; Shaw például a Barbara őrnagy c. regényében a kor szociális jólétéről vallott felfogása alapján megkülönbözteti azokat a szegényeket, „akik megérdemlik”, és azokat, „akik nem érdemlik meg” sorsukat (ez a megkülönböztetés neoliberais korszakunkban újra divatba jött) (Loury 2001). Másfelől lehetséges, hogy valaki egyszerre legyen gazdag és stigmatizált illetve marginalizált, bár a vagyonosok ipso facto képesebbek arra, hogy ezzel szemben megvédjék magukat.

Ugyanígy nincsen szükségszerű kapcsolat a pszichoaktív szerhasználat és a stigma illetve marginalizáció között. Napjainkban a fejlett világban például az alkoholfogyasztás szorosan összefügg számos pozitívan értékelt és nagyra becsült eseménnyel és státusszal – említhetjük például a pezsgőzést az esküvői fogadásokon, vagy az első osztályon utazóknak kínált üdvözlő italt. Ez ugyanígy igaz – legalábbis bizonyos ifjúsági szubkultúráknál – az illegális droghasználat bizonyos formáira, például az ecstasy használatra a rave partikon, vagy a kannabisz-használatra a diákbulikon. Úgy tűnik azonban, hogy a droghasználat bizonyos formái szinte univerzális stigmát és marginalizációt vonnak maguk után.

A szociális érték és derogáció forrásai

Melyek a szociális érték és derogáció szempontjából releváns tulajdonságai a pszichoaktív szereknek? Először is, a pszichoaktív szerek értékes fizikai áruk. Fizikai termék-jellegük miatt kereskedelmi forgalomba kerülnek, használatuk és kereskedelmük globalizálódik. Pozitív értékesítésük, birtoklásuk és használatuk

gyakran az erő és uralom jelképei (Morgan 1983), vagy legalábbis a létfenntartáson felül elérhető források.

Másodszor, a pszichoaktív szerek használata viselkedés, amely nagyon gyakran szociális viselkedés. Így számos, főképp pozitív szociális és kulturális asszociáció kapcsolódik a szerhasználathoz. A pezsgővel való koccintás az ünnepek alkalomával, a kannabisz joint körbeadása a használók csoportjában, a borral való kínálás a családi étkezések során, a rave partikon tapasztalható közösségi összetartozás élménye mind olyan képek napjainkban, amelyek a szerhasználathoz kapcsolódnak, azonban túlmutatnak a szerek *per se* pszichoaktív hatásain. A szerhasználat szociális jelentése gyakran az, hogy kijelöli a társadalmi csoportokhoz való tartozás és elkülönülés közötti határokat (Room 1975) – ily módon a pszichoaktív szerhasználat önmaga is lehet a szociális kirekesztés és marginalizáció jele.

Harmadszor a pszichoaktív szerhasználat különösen intim cselekedet, melynek során valaki egy anyagot a testébe juttat. Minden ilyen szer a szennyező anyagok és mérgek potenciális forrása, éppúgy a táplálkozás, a gyönyör és a vigaszé. Ebben a vonatkozásban a pszichoaktív szerhasználat a táplálkozás és az ivás általánosabb kategóriájának részét képezi, osztható az ezen tevékenységeket övező előírásokkal és tabukkal (Rozin 1999, Fessler–Navarrete 2003).

1. táblázat. A szociális helytelenítés vagy stigma foka – relatív növekvő sorrendben az egyes országokban

Állapot (sorrend a teljes mintában, 1 = legkevesbé stigmatizált)	Ország													
	Kanada	Kína	Egyiptom	Csörg-ország	India	Japán	Luxemburg	Hollandia	Nigéria	Románia	Spanyol-ország	Tunézia	Török-ország	Egyesült Királyság
Kerekesszékhöz kötött (1)	2	3	1	5	2	5	2	2	1	3	2	1	1	2
Vak (2)	1	5	2	2	4	9	1	1	3	1	1	2	3	1
Olvasászavar (3)	6	6	3	3	1	2	5	3	2	5	4	5	2	6
Borderline intelligencia (4)	3	4	4	7	5	7	3	4	5	7	5	7	6	4
Túl súlyos (5)	9	1	5	1	3	1	4	7	4	4	6	3	14	11
Depresszió (6)	5	2	10	4	6	15	6	6	9	2	3	12	5	3
Dementia (7)	4	8	7	6	9	10	9	8	7	8	7	4	9	5
Ehhez tartozó arc (8)	7	7	8	8	8	3	7	10	6	6	8	9	8	7
Nem tudja megtartani a munkahelyét (9)	10	11	12	10	10	4	8	9	11	10	11	11	7	10
Hajléktalanság (10)	16	9	6	9	7	12	13	15	8	16	10	8	12	8
Krónikus mentális rendellenesség (11)	12	13	11	12	14	17	10	8	15	9	9	10	10	12
Lepra (12)	11	16	9	15	13	11	11	11	18	13	14	6	13	9
Koszorús és ápolatlan (13)	15	14	13	11	12	8	12	12	12	12	13	13	11	14
Nem gondozza gyermekeit (14)	18	10	16	14	11	6	16	14	10	11	15	17	4	17
Alkoholizmus (15)	8	12	15	13	15	14	15	16	13	14	12	14	17	15
Priusz betörés miatt (16)	13	17	17	16	16	13	17	17	17	18	16	15	15	16
HIV pozitív (17)	14	18	14	18	17	16	14	13	14	15	18	16	16	13
Drogfüggő (18)	17	15	18	17	18	18	18	18	16	17	17	18	18	18
a kulcsinformátorok száma	15	15	16	15	47	18	16	13	15	15	18	15	15	12

Forrás: Room és mtsai 2001: 276.

Negyedszer, a pszichoaktív szerek definíciójuknál fogva befolyásolják a gondolkodást és érzelmeiket, és gyakran a viselkedés megváltozását is eredményezik – egészen odáig, hogy a szer birtokolni látszik a használóját, felemésztve valódi egyéniségét (Room 2001). A szerek pszichoaktív tulajdonságai azok, amelyek egyszerre „megbecsülést” és a „veszélyestől” való félelmet váltanak ki, ahogy Steele és Joseph rámutatott (Steele–Josephs 1990). A pszichoaktivitás felelős mind a pozitív megítélésükért, mind pedig a használatukat övező morális töltésért.

A pszichoaktív szerek használata számos közvetlen és krónikus szociális és egészségügyi következménnyel jár. Nem csupán a krónikus és akut egészségügyi következményekről van szó, hanem sérülésekről és egyéb, a családi és munkahelyi szerepekkel kapcsolatos ártalmakról. A pszichoaktív szerhasználattal kapcsolatos problémákra adott válaszokban számos szociális intézmény és szakma érintett.

Az intézményeket és szakmákat általában az általuk kezelt problémákhoz kapcsolódó speciális igazgatási kép vagy skatulya jellemzi. Az orvosok és kórházak betegségekkel foglalkoznak, a pszichiáterek és elmeegógyintézetek a mentális betegségekkel, a rendőrség vagy bíróság a bűncselekményekkel, a szociális munkások a fogyatékosokkal és nyomorral, a papok és egyházak a bűnnel. Az alkohol- és droghasználattal kapcsolatos problémák néha csupán egy bizonyos szereplő illetékességébe tartoznak, gyakoribb azonban, hogy többféle szereplő illetékességébe egyaránt. Így nehéz eldönteni, hogy melyik intézményes rendszer illetékessége élvez elsőbbséget a többivel szemben, számottevő különbségek vannak az egyes társadalmak, de még az egyes szerek között is ebben a vonatkozásban. Így például az alkoholizmus problémájának kezelése Olaszországban vagy Dániában az egészségügyi ellátórendszer feladata, míg Svédországban vagy Finnországban hagyományosan a szociális ellátórendszer illetékes. Dániában ugyanakkor a kábítószerrel kapcsolatos problémák kezelése a szociális ellátórendszerhez tartozik. A felelősséget gyakran átruházhatják az egyik rendszerről a másikra, néha hirtelen; így például az 1960-as évek végén Kaliforniában az alkoholizmus egészségügyi problémából álláskeresési problémává vált (Reynolds 1973); ebben az időszakban ugyanis csak az jutott alkoholizmust kezelő programba, akinek munkával kapcsolatos problémája volt.

Az Egyesült Államokban a „devianciaként” meghatározott problémákkal foglalkozó társadalomtudományi szakirodalom beszámol arról, hogy a 20. században a devianciákkal kapcsolatban a bűncselekmény-modellt a betegség-modell váltotta fel (Conrad–Schneider 1992). Az USA-ban az az általános felfogás, hogy a bűncselekményeket vagy kihágásokat nagyobb stigma sújtja, mint a betegséget, így az alkoholizmus elleni mozgalom például arra tett kísérletet, hogy meggyőzze a társadalmat az alkoholproblémák konceptualizációjának megváltoztatásáról, bűncselekmény vagy törvényszegés helyett betegségként határozva meg azt, ettől azt remélve, hogy az ezen problémákkal járó stigmatizáció csökkenni fog (Room 1983).

Az alkoholizmus és addikció általános és mindenütt jelenlévő stigmája

Nyitott marad az a kérdés, hogy vajon az egy bizonyos problémával rendelkező emberek stigmatizációját mennyiben befolyásolja, ha másképpen határozzuk meg őket, vagy a velük kapcsolatos társadalmi ügyintézés folyamatát. Hosszú ideje felismerték már, hogy az általános népesség körében az egyik kategóriába való besorolás nem zárja ki a másikat: azok, akik elfogadják, hogy az alkoholizmus betegség, ugyanígy készek úgy gondolni rá, mint bűncselekményre vagy morális gyengeségre (Room 1983). Ezért az alkoholizmus elleni mozgalom azon törekvése, hogy az alkoholizmus betegség-modelljével váltsa fel a „régimorális modellt”, sosem vált valósággá. Ahogy egy jelenlegi amerikai vita rámutatott, „bár két évszázada próbálják bizonyítani, hogy az alkoholizmus betegség, napjainkban pedig azt, hogy hasonló az egyéb krónikus betegségekhez, még mindig meggyőző maradt az alkoholizmust ismétlődő hibás döntések eredményének tartó elképzelés” (Baumohl et al. 2003). Az alkoholizmus és a drogfüggőség a nosológia és közegészségügy szempontjából egyrészt a nemzetközi osztályozási rendszer szakkifejezésének számít mint alkohol- és drogdependencia. Másfelől az alkoholizmus és a drogfüggőség rendkívül moralizált és derogáló kategóriák. Egy 14 ország kulcsinformátorainak segítségével 18 szempont alapján készített WHO vizsgálat szerint – lásd az 1. táblát – mind az „alkoholizmus”, mind a „drogfüggőség” a legnagyobb társadalmi elutasítást és stigmát kiváltó fogalmak közé tartozik. Kettő hóján minden országban például a drogfüggőt „koszosnak és ápolatlanoknak” tartották, míg három kivétellel minden országban nagyobb társadalmi elutasítás és stigma sújtotta őket, mint a priusszal rendelkező betörőket (Room et al. 2001: 276).

2. táblázat. *Marginalizáció és egészségügyi ellátás: egészségügyi állapot, kapacitáskihasználás és attitűdök a portugál szegénynegyedekben élők körében (százalékban)*

	Alkohol- függők	Keménydrog- használók	Hajlék- talanok	Volt fogvatar- tottak	Egyedül- álló anyák	Szegény idősek
Egészség < „jó”	100	96	100	90	87	99
Használt egészségügyi szolgáltatást	15	35	12	20	35	58
Rossz vélemény az ellátásról	42	31	50	29	28	26

Forrás: Santana 2002

Az egyén pszichoaktív szerhasználatának mintái számos társadalomban nem csak közegészségügyi érdeklődést váltanak ki, hanem szociális evaluáció tárgyát is képezik az elutasítás és elfogadás, becsület és stigma vonatkozásában a mindennapi életben. Az egy bizonyos szerhasználati mintához kapcsolódó evaluáció korszakonként és kultúránként változik, de egy kultúrán belül is eltérő lehet, a körülményeknek és a használó személyének megfelelően. Az elutasítás állami szankciókban nyilvánulhat meg, ezek akár az élet, a szabadság és a tulajdon megvonásáig is terjedhet.

Bármit is gondoljunk ezekről a morális evaluációkról, a szociális realitásokat vizsgáló elemzés nem hagyhatja őket figyelmen kívül. Ebben az értelemben a pszichoaktív szerhasználat mintái, különösen az ahhoz fűződő szociális evaluáción keresztül összefüggenek a marginalizáció, a szociális kirekesztés és a stigma keletkezésével. A szociológusok és kriminológusok számára ez ismerős terep. A címkézéssel és devianciákkal foglalkozó szociológiai teóriák szempontjából a szerhasználat válik az „elszámú devianciává”, amelynek negatív szociális evaluációja potenciálisan elindítja a szerhasználót a marginalizáció és kirekesztés útján (Knuttilla 2002). A klasszikus helyzetben a marginalizált használók megtalálják egymást és kölcsönösen egymást támogató ellenkultúrát alkotnak, amely a „másodlagos deviancián” keresztül további marginalizációba hajszolja a deviáns szerhasználókat. A folyamat végpontja az, amikor a deviáns szerhasználó teljesen marginalizálódik és kirekesztődik, valósággal kiszorul a társadalomból.

Ezen scenárió univerzalitása és elkerülhetetlensége legalábbis a mentális betegségek esetében empirikus változáson ment keresztül (Gove 1982). Ugyanakkor bármilyen mechanizmuson keresztül is, a szerhasználat bizonyos formái – így például alapvetően az alkoholizmusként definiált ivásminta – magával vonja a szociális degradációt és kirekesztést egy olyan folyamaton keresztül, amelyet a Névtelen Alkoholisták nyelvében úgy ismernek, mint amikor az alkoholista „a legmélyebbre süllyed”.

A közvetlen egészségügyi következményekkel járó szociális devaluáció folyamatainak áttekintése megtalálható a közvéleményről szóló szakirodalomban, és ennek jelentősége van az egészségpolitika prioritásainak kijelölésében. Olsen és munkatársai (Olsen et al. 2003) hat nagy-britanniai, amerikai és ausztrál kutatás eredményeit összefoglalva arról számol be, hogy a válaszadók többsége szerint a dohányosok, alkoholisták és illegális droghasználók kisebb prioritást kell élvezzenek az egészségügyi ellátásban. Ezt gyakran azzal a képzetrel igazolják, hogy a droghasználók viselkedésük miatt felelősek saját egészségügyi állapotuk romlásáért. A 14 ország adatait felhasználó WHO kutatás hasonlóképpen kimutatta, hogy az alkohollal és heroinnal kapcsolatos problémák esetén „a személyes felelősség témája elevenen megnyilvánult” (Room et al. 2001: 260). Az egészségügyi ellátást vizsgáló kutatások szerint a lecsúszott alkoholisták és hasonlóan elítélt csoportok tagjai rosszabb színvonalú szolgáltatást kapnak (pl. Sudnow 1967, Strong 1980).

Santana (Santana 2002) a portugál szegénynegyedekben vizsgálódva azt találta, hogy a „hátrányos helyzetű” emberek kilenc csoportja közül az alkoholisták voltak azok, akik a legkevesebb valószínűséggel vettek igénybe egészségügyi szolgáltatást, annak ellenére, hogy egyikük sem volt teljesen egészséges, legtöbbük egészségügyi állapotát az egészségügyi szakemberek „rossznak” vagy „nagyon rossznak” minősítették (2. táblázat). Amennyire az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés befolyásolja az egészségi állapotot, ezek a kutatási eredmények bemutatják a kirekesztés és marginalizáció közvetlen kapcsolatát az egészségügyi helyzet alakulásával.

A szerhasználattal összefüggő stigmatizáció forrásai és tárgyai

Ha a jelenlegi társadalmi folyamatokra összpontosítunk, feltárhatjuk a stigmatizáció és marginalizáció három fő forrását:

A család és a barátok szociális kontrolljának és cenzúrájának intim folyamatai (pl. Holmila 1988, Room 1996), amelyek gyakran hatékonyak, ugyanakkor hosszú távon a családnak és a barátoknak elege lehet a droghasználóból, és nyomást helyeznek rá, hogy kezelésbe jelentkezzen (Room 1996, Wiseman 1991).

3. táblázat. Azok százalékos aránya, akik szerint „az emberek elítélnék” az adott magatartást nyilvánosan folytató személyt, ország szerint

Állapot	Ország													Egyesült Királyság			
	Összes %	Kanada	Kína	Egyiptom	Görög-ország	India	Japán	Luxemburg	Hollandia	Nigéria	Románia	Spanyol-ország	Tunézia		Török-ország		
Egy 8. hónapban lévő terhes nő	2	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0
Vak	3	7	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	7	13	0
Kerekesszékek között	2	0	0	0	0	13	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Elhízott	12	20	7	13	7	6	19	31	8	13	0	17	0	20	8	8	8
Intellektuális szempontból „lassú”	7	7	0	0	0	4	23	0	0	13	0	0	14	33	8	8	8
Égési sebtől eltorzult arc	6	0	33	6	0	0	0	12	0	20	0	0	13	7	0	0	0
Krónikus mentális zavarral rendelkező, furán viselkedő személy	15	0	33	0	20	17	12	19	17	13	27	22	0	0	17	17	17
Ápolatlan és koszos	25	20	27	69	20	17	0	44	8	47	40	17	43	0	33	17	17
Láthatóan részeg	46	13	27	88	27	46	6	81	8	80	73	50	79	14	50	79	14
Láthatóan drogok hatása alatt áll	58	20	57	100	40	67	M	56	17	64	67	56	79	M	M	M	M
a kulcsinformációk száma	245	15	15	16	15	47	18	16	13	15	15	18	15	15	12	15	12

Forrás: Room és mtsai, 2001: 128.

Megjegyzés: a kérdés szövege „Kérjük, jelölje, hogy ebben a társadalomban az emberek hogyan reagálnának a következő egészségügyi állapotokban lévő emberek nyilvános megjelenésére” A válasz szövege „Az emberek elítélnék és megjegyzést fűznének hozzá” és „Az emberek elítélnék és megpróbálnák megakadályozni”. M = fel nem tett kérdés.

A társadalmi intézmények és tisztviselők döntései, amelyekről úgy tűnik, hogy a legproblémásabb esetekkel foglalkoznak és felerősítik a marginalizációt (Nilsson et al. 2001). Még azok a hivatalos lépések is eredményezhetnek marginalizációt, amelyek mögött a szociális reintegráció szándéka áll, amennyiben a beavatkozás sikertelen marad (pl. Brune et al. 2003).

A helyi és az országos politikai döntések is eredményezhetnek marginalizációt. Így például az Egyesült Államokban a marginalizáció növekedését eredményezte az a törvény, amelynek alapján a drogterjesztéssel összefüggésbe hozott családokat meg kell fosztani a lakhatási támogatástól. Nagyobb általánosságban beszélve, a „szigorú” tükröző drogpolitikai döntések mindig magukban hordozzák a nem engedelmességek stigmatizálását és marginalizálását.

A problémás alkohol- és droghasználóként meghatározott személyek marginalizációja tehát egy olyan folyamat, amely mind személyes és interakcionális, mind pedig intézményes és strukturális elemeket magában foglal.

Ezt a folyamatot erősíti a problémásként definiált szerhasználat jelentős moralizálása és stigmatizálása – nem kis részben a többi szerhasználó részéről, akik gyakran a problémás kategórián kívül helyezik el magukat (Salasuo–Seppälä 2004). A problémásként való meghatározás alapvető meghatározói azok a problémák, amelyeket a szerhasználatnak tulajdonítanak: a betegség, az erőszak, a balesetek, a szociális szerepeknek való megfelelés hiánya, különösen a családban és a munkahelyen. Úgy tűnik, a 19. század eleje óta jelentkező modern elképélések (Gove 1982) egyre inkább ráirányították a figyelmet az alkoholra, majd később a pszichoaktív szerekre, amelyeket a problémák és kudarcok okainak nyilvánított.

A szerhasználó szempontjából a szerhasználat moralizációjának alapvető és minimális szintje akkor nyilvánul meg, amikor „rajtakapják” őket. A többi erős ivó között az ivási magatartás önmagában nem bír morális jelentéssel. Ahogy Gusfield rámutat (Gusfield 1996: 124–125), az erős ivók a „felelős ivó” ideáját nem az ivási magatartás jellemzőivel határozzák meg, hanem egyszerűen az ivó „önuralma és kockázatkezelése”, magyarán azon tulajdonságai alapján, amelyek a káros következmények elkerülését lehetővé teszik számára. Ha azonban az ivó rosszul ítéli meg a helyzetet – vagy egyszerűen rajtakapják egy olyan szituációban, amely minimális, de nem zéró kockázattal jár – nem csak általában a társadalom, de a többi erős ivó is erkölcsileg elítéli mint felelőtlen ivót, aki „hagyta magát bajba jutni”. Hasonló konceptuális mechanizmusokat figyelhetünk meg más drogok esetében is, így például Salvin tanulmánya (Slavin 2004) szerint a szociálisan integrált methedrin injektálók – a saját droghasználói magatartásuktól függetlenül – megkülönböztették magukat a „junkiek”-től, arra hivatkozva, hogy ők „kontrollálják” a kockázatokat. Slavin megjegyzi, hogy ő maga is kényelmetlenül érezte magát attól a „pejoratív nyelvezettől”, amellyel a válaszadói a „junkiek”-at leírták, de emellett arra is kitér, hogy ez a megkülönböztetés „bizonyos mértékig

csökkenti a droggal kapcsolatos ártalmakat és segíti ezeket az embereket abban, hogy funkcionáljanak”.

A szerhasználat következményeként jelentkező káros események ezen alapvető felfogásán alapuló moralizáció és stigmatizáció három más területen is jelentkezik. Az első az intoxikáció mint olyan moralizációja. Minimális szinten a bizonyos körülmények között való részegség vagy betépettség szinte mindenki számára elfogadhatatlan (Greenfield–Room 1997), így például ha valaki autót vezet vagy gyerekekre vigyáz. Akik számára a betépettség vagy a részegség önmagában véve elfogadható, azok is csak a szabadidős tevékenységek körére korlátozzák azokat (MacAndrew–Edgerton 1969), amikor a kockázatok korlátozottak és jelen lévők képesek felmérni azokat. Az intoxikáció kívánatosként vagy morálisan elfogadhatósággal való tételezése azonban ritka a modern társadalmak „komoly” közbeszédjében, sokkal inkább az irodalomra és más művészeti kifejezési formákra korlátozódik (Rae 1991, Plant 1999). A 3. Táblázat bemutatja, hogy miként vélekedtek a kutatás válaszadói a 14 vizsgált országban arról, hogy 10 megnevezett tevékenység közterületen való megjelenését vajon az emberek „morálisan elítélendőnek tartják-e”. Általában véve a szociális értelemben leginkább elutasított magatartásforma az volt, ha „valaki láthatóan részeg” vagy „láthatóan drogos befolyásoltság alatt állt”.

A részegség moralizációja azt jelenti, hogy az alkoholproblémák ellenőrzését az ivás kulturális integrációjától remélők nyomatékkal kiemelik, hogy ez alatt nem a részegséget értik, bármennyire is kulturálisan integrált legyen az. Így például Morris Chafetz, aki már régóta ennek az álláspontnak a képviselője, kijelentette, hogy „az egy évben legalább négy alkalommal lerészegedő” személyeket problémás alkoholfogyasztóként kell meghatározni (Chafetz 1967). Éppígy az alkoholhasználat előnyeit hangsúlyozók gondosan ügyelnek arra, hogy kizárólag a mértékletes ivásról beszéljenek, és ne a lerészegedésről, az általuk előnyben részesített vélemény: „a Polgárok a Mértékletességért azok érdekeit képviseli, akik felelősségteljesen és jó egészségben fogyasztanak alkoholt” (Citizens for Moderation 1988). Stanton Peele (Peele 1987) az addikciót a részeg állapotban történő helytelen viselkedéssel kombinálva az „addikció morális víziója” mellett érvel, és arra hív fel, hogy „az addikcióval és a kábítószer- és alkoholfogyasztás által kiváltott rossz viselkedéssel nem összeegyeztethető értékekre” nevelve állítsuk szembe „az egészség, a mértékletesség és önkontroll értékeit” az „erkölcstelenséggel és addiktív viselkedéssel”. Azok, akik az alkoholfogyasztási szokásokkal és politikával kapcsolatos viták „nedvesebb” oldalán állnak, nagy erőfeszítéseket tesznek a mértékletes ivás és a lerészegedés megkülönböztetésére, és hogy ellenkező erkölcsi értékítéletekkel ruházzák fel azokat – a részegséget negatívvá, a kontrollált és mértékletes ivást pedig pozitívvá.

Az intoxikáció tehát a modern időkben mindvégig erkölcsleg elítélendő, de legalábbis aggályos maradt a közbeszédben. Az intoxikációt sújtó stigmát olyannyira alapvetőnek tekintik, hogy nem is szentelnek figyelmet annak bizonyítására, hogy miért is rossz igazán. Úgy tűnik, általában három érvet sorolnak fel ezzel

kapcsolatban. Az alkohol vagy kábítószer befolyása alatt álló személyt kiszámíthatatlannak tartják, így olyannak, aki szorongást vált ki a környezetéből. Az intoxikáció eszerint az önuralom elvesztését eredményezi, ez pedig potenciálisan helytelen vagy balesetet okozó viselkedéshez vezet (14). Az intoxikáció egyben az „éber figyelem mint a tudatot az éber pillanatokban meghatározó normatív mód” elvetését jelenti, amely a modern világban a gépek kezeléséhez és az intellektuális munkához megkövetelt állapot (Room 1985).

A moralizáció és stigmatizáció második területe az addikció és dependencia vonatkozásában nyilvánul meg. Korábban már bemutattuk, milyen magas fokú stigmával jár az alkoholizmus és a drogfüggőség (lásd az 1. táblázatot). A kontroll elvesztése – egy szer használata vagy valaki élete felett – mindig az alkoholizmus és addikció természetéről alkotott modern felfogás középpontjában állt, amelyet az „akarat betegségének” tartottak (Valverde 1998). Fél évszázaddal korábban Edwin Lemert összegyűjtötte az alkoholistákkal kapcsolatos amerikai attitűdöket kifejező megnyilatkozásokat, és megjegyezte, hogy „az általánosan visszatérő elem” ezekben az, „hogyan az alkoholistának hiányzik az önkontrollja”. Lemert szerint ez az elem elkerülhetetlenül stigmatizációhoz vezetett: „A deviancia ezen szociális szimbolizmusa, amely a személyiség gyengeségének jelét látja abban, a leghatásosabb és legkirekesztőbb megkülönböztetés egy olyan kultúrában, amely a fegyelmezett elme erejének tulajdonítja az erkölcsöt, a sikert és a tiszteletre méltóságot” (Lemert 1951).

A moralizáció és stigmatizáció harmadik elemét kevésbé egyetemesen alkalmazzák: ide tartozik a szerhasználattal járó stigmatizáció mint olyan. Az alkohol esetében a fogyasztás általános stigmatizációja bizonyos kulturális miliókra korlátozódik, ilyen például a mormon vagy muszlim kultúra, ugyanakkor bizonyos helyzetekben vagy körülmények között – például a terhes nők vagy buszsofőrök esetében – a használat minden formája elutasított. A dohányzás egyre inkább stigmatizált státuszba kerül (Valverde 1998), és a tüdőrákban szenvedő páciensek azok, akiket „rajtakaptak” a dohányzás káros hatásainak megnyilvánulásán, és akik a leginkább érzik a stigmát (Chapple et al. 2004). A „csak mondd nemet” típusú drogpolitika általában szociálisan elfogadhatatlannak minősíti a kábítószeres használatát, így stigmatizálja a drogfogyasztást, és a fogyasztók arról számolnak be, hogy megtapasztalják a stigmát (Hathaway 2004).

A stigma tanulmányozása

A szakirodalom két, egymástól nagyon eltérő megközelítést alkalmazó ága foglalkozik a stigma tanulmányozásával. A kutatás egyik ága elsősorban a betegségre irányul, a mentális betegségre és a fogyatékosokra, azokra összpontosít, akik már eleve stigmatizált helyzetben vagy állapotban vannak, és a stigmát mint adott tár-

sadalmi rosszat fogja fel. Ezek a tanulmányok gyakran a stigmának a stigmatizált személyre vagy a páciens–orvos kapcsolatra gyakorolt negatív hatásaival foglalkoznak (pl. Hopwood–Southgate 2003, Prior et al. 2003), abból a szempontból, hogy vajon miként lehetséges a stigmát semlegesíteni (pl. Shih 2004, Zajicsek–Koski 2003). Ezen tanulmányokhoz számos politikai kezdeményezés is kapcsolódik, például a Wisconsin államban bevezetett, jelen írás által korábban említett jogi szabályozás, amelynek alapján az állam „átfogó stratégiát fejleszthet ki és hajthat végre a mentális betegséggel küzdők, alkoholisták és drogfüggők ellen irányuló stigma és diszkrimináció csökkentésére” (State of Wisconsin 2003).

A szakirodalom másik ága elsősorban a bűnözésre irányul, a stigmatizációt a szociális kontroll egy formájának látja (Wong 2000, Fagan–Meares 2000, Funk 2004), vagy olyan szociális normának, amelynek formális büntetés nélkül is visszatartó ereje van (pl. Grasmick–Appleton 1977, Wenzel 2002). Ezen szakirodalom kontextusában a stigmát gyakran jótékonynak tartják, mint ami hatékonyan visszatart a helytelen viselkedéstől (Wong 2000), vagy az állam számára a büntetőjogi szankciók kevésbé szigorú alternatívájának (Grasmick–Appleton 1977). A szigorú büntetés ellen érv túl liberálisan alkalmazva oda vezet, hogy a büntetés elveszti „stigma szaturáción” keresztül kifejtett hatékonyságát, tehát stigmatizáló erejét (Fagan–Meares 2000). A szakirodalom ezen ágához gyakran olyan politikai beavatkozások kapcsolódnak, amelyek szerint a beavatkozásokra azért van szükség, hogy „üzenetet küldjenek” arról, mi számít tolerálhatatlan viselkedésnek.

A szakirodalom két ága tehát ugyanazon folyamat két oldalát vizsgálja. Az egyik a stigma mint szociális kontroll-eszköz elrettentő erejét hangsúlyozza – ahol az ideális végeredmény az lenne, ha az univerzális elrettentés anélkül érvényesülne, hogy bárkit is valóban stigmatizálna. A másik ág azon valós helyzetek vizsgálatára összpontosít, ahol ezt az ideált nem sikerült megvalósítani, illetve a stigma hatásaira azon személyekre, akiket nem sikerült elrettenteni. Általában véve a stigmával mint a szociális kontroll eszközeivel kapcsolatos kutatások elismerik, hogy a stigma eredménye nem mindig a szociális kontroll és konformitás. Ahogyan korábban említettük, a „másodlagos devianciával” foglalkozó szociológiai szakirodalom egésze azt a folyamatot tanulmányozza, amelynek keretében a stigma nem képes szociális konformitást létrehozni. Ezzel szemben a stigmatizációval és mentális egészséggel kapcsolatos szakirodalom általában mintha kevésbé foglalkozna azzal a lehetőséggel, hogy a stigma csökkentése szintén járhat nem kívánatos negatív következményekkel. Erre találtak példát az 1950-es években a mentális egészséggel kapcsolatos pozitív kampány hatásait tanulmányozó Closed Ranks (Cumming–Cumming 1957) vizsgálat során, amely szerint komoly ellenállásba ütköztek azok a törekvések, amelyek arról kívánták meggyőzni a társadalmat, hogy a mentális betegséget folyamatként és ne elszigetelt állapotként lássák, mivel ez a felfogás veszélyeztette azt a toleranciát, amelyet a közösség saját „excentrikus” polgáraival szemben tanúsított.

Mint korábban rámutattunk, az alkohol- és drogjelenségköre egyszerre tartozik a mentális egészség és a bűnözés területéhez. A jelenségkör egy részét a bűnözés kategóriájába sorolják – az ittas vezetés jó példa erre – és könnyen beilleszkedik a stigma-mint-szociális-kontroll irodalom tematikájába. Ezért minősíti Blume (Blume 2003) az „ittas vezetés stigmatizációját” pozitívnak tanulmánya következtetéseiben. Másfelől az alkohol és drogproblémákkal kapcsolatos problémák könnyedén beilleszkednek a stigmát és mentális egészséget tárgyaló szakirodalom tematikájába, mint ahogy a wisconsin-i jogi szabályozás példája is mutatja. A kulturpolitika szempontjából azonban a stigma egyik megközelítése sem fedi le az alkohol- és drogjelenség teljességét. Egyrészt napjainkban szokatlan a hosszú ideig alkohol vagy egyéb drogproblémákkal küzdő, de már józan emberek stigmatizációja mellett érvelni. Így amennyiben az alkohol- és kábítószerfüggőséget betegségként fogjuk fel, az Amerikai Egyesült Államokban „kegyetlen és rendhagyó büntetésnek” tekintendő egy függő megbüntetése csak azért, mert egy betegség tüneteit mutatja (Room 1976). Másrészt a stigma-ellenes politikai beavatkozások rendszerint gondosan kizárják fókuszukból azokat, akik éppen aktuálisan az alkohol vagy kábítószer befolyása alatt állnak (Westreich 2002). Az alkohol- és kábítószerterületen a stimáról folytatott közbeszéd elsősorban klinikai megfontolásokról szól az alkohol és kábítószerproblémák kezelése számára, a stigmát mint a kezeléshez való hozzájutás akadályozásnak felmérése (pl. Ritson 1999), a kezelés után jelentkező stigma csökkentése (pl. Ritson 1999) vagy a társadalmi attitűdök dokumentálása és elítélése szempontjából (pl. Avery 2003). Egy tanulmány a kezelés után tapasztalt stigma káros hatásainak empirikus bizonyítékaival foglalkozik (Link et al. 1997).

A szociális egyenlőtlenség, marginalizáció és az alkohol- és kábítószerproblémák közös keretbe rendezése

Az alkohol- és kábítószerhasználattal együtt járó problémák egy részét a – rendszerint intenzív és hosszú ideig tartó – szerhasználat akkumulációjának közvetlen fiziológiai hatásai alkotják. Ezek közé sorolhatóak az olyan krónikus fizikai ártalmak, mint a májcirrózis vagy a tüdőrák. Az oksági kapcsolatot ezekben az esetekben a szociális viselkedés viszonylag kevésbé befolyásolja, tehát a marginalizáció és stigma csupán csekély szerepet játszhat kialakulásukban. Sokkal fontosabb a szegénység és az olyan piaci tényezők oksági szerepe, mint az adott szert tartalmazó termékek piaci árának és promóciójának alakulása. Amint a nagyon szegény kínai rétegek bekapcsolódnak a pénzgazdaságba, a cigaretta mint fogyasztási termék először vált elérhetővé a számukra, így a tüdőrákos megbetegedések aránya körükben is elérte a társadalom magasabb rétegeiben tapasztalt előfordulási rátákat (Zhang–Cai 2003). Ehhez hasonlóan az alkoholra kivetett magas adók a 20. század

nagy részében azt eredményezték, hogy a májcirrózis a gazdagok betegségévé vált (Terris 1967). Az alkoholos italok árának csökkentése napjainkban oda vezetett, hogy a májcirrózis előfordulása a brit szegények körében is növekszik, így a férfiak körében jelentkező májcirrózis szociális egyenlőtlenségi indexe Angliában és Walesben az 1961-es 0,88-ról (kevesebb cirrózis az alacsonyabb szociális rétegek körében) 1981-re 1,40-re emelkedett (40%-al több halálozás az alacsonyabb társadalmi rétegek körében) (Marang-van der Mheen et al. 1998). Hasonló változás figyelhető meg Svédországban az 1960-as és 1990-es évek között az erős ivók és alkohollal kapcsolatos kórházi beutalások számának szociális helyzet szerinti relatív megoszlásában (Romelsjö–Lundberg 1996).

A szegénység azonban még a krónikus egészségügyi problémák esetében is növelheti az ugyanazon szintű szerhasználat ártalmait. Így például az elégtelen táplálkozás interakcióba léphet az alkoholfogyasztással és növelheti a cirrózis kockázatát. A morális ítéletek és a stigma szintén szerepet játszhat a egyéni esetek kezelésében és kockázataiban. Erre példát szolgáltat az, hogy milyen feltételeket szab az egészségügyi ellátórendszer a májtranszplantációra a cirrózis, vagy a tüdőtranszplantációra a tüdőrák esetében. Az alkoholtól való huzamos tartózkodás rendszerint feltétel az első, a nikotintól való tartózkodás a második esetben, és ezt nem lehet pusztán egészségügyi szempontokkal magyarázni, hanem egyértelműen morális elemmel (Rehm et al. 2003). A szegények és a marginalizált helyzetűek valószínűleg hátrányos helyzetbe kerülnek az ilyen folyamatok során.

Más alkohol- és drogproblémák egyetlen alkalommal történő szerhasználat következményei. Ilyen például a túladagolás, a balesetekből vagy erőszakból származó sérülések és fertőzések és éppígy a szociális reakciók, mint például a rendőrségi előállítás. A szegénység itt is szerepet játszhat a szerhasználatból származó ártalmak kockázatának növelésében. A szegény alkoholfogyasztó vagy kábítószer-használó kevesebb forrással rendelkezik arra, hogy taxit fogjon vagy steril fecskendőt vásároljon, és többnyire kevésbé védett a környezettel vagy embertársai reakcióival szemben. Ugyanakkor meglepően nehéz olyan összehasonlítható adatot nyerni, amely képes lenne kvantifikálni az ugyanazon viselkedésből származó ártalmak eltérő jelentkezését eltérő szociális helyzetűeknél. Az Egyesült Államokban folytatott, az ittas és bódult vezetőkkel kapcsolatos rendőrségi előállítások szociális helyzet és rassz szerinti elfoglaltságait vizsgáló kutatások például nem feltétlenül találtak ilyet (pl. Hyman et al. 1972, Meyer–Gray 1997).

A Stokholm Megye vizsgálat értelmet ad a krónikus és akut alkohol-specifikus egészségügyi ártalmak kombinált hatására. A kutatók a viszonylag erős ivás előfordulását tanulmányozták a fizikai munkások és a nem-fizikai munkát végzők körében 1984-ben, és azt találták, hogy a fizikai munkások körében ez másfélszer magasabb volt a férfiaknál, míg a nőknél az arány megegyezett. Az alkohol-specifikus okok miatti kórházi beutalások számában viszont jelentősebb eltérések voltak a szociális osztályok között: a fizikai munkás férfiak 1980 és 84 között 3,6-szor, a

fizikai munkás nők pedig 2,5-ször gyakrabban kerültek kórházba alkohol miatt, mint a nem fizikai dolgozók (Romelsjö és Lundberg adatainak rekonstruálása alapján, (Romelsjö–Lundberg 1996, 2. és 4. táblázat)).

A problémák harmadik csoportját a szerhasználat káros szociális hatásai alkotják – az ivás családi kapcsolatokra, barátságokra, munkavégzésre és teljesítményre kifejtett hatásai. Mind a fogyasztás specifikus alkalmi, mind pedig a huzamos használat kumulatív hatásai befolyásolhatják az efféle problémák jelentkezését, bár kétségtelen, hogy jóval gyakrabban történik ez meg, ha a bódulathoz vagy intoxikációhoz elegendő fogyasztásról van szó (pl. Room et al. 1995).

Egyes az általános népesség körében végzett vizsgálatok azt találták, hogy az erős ivás következtében jelentkező károk gyakrabban fordulnak elő a magasabb szocio-ökonómiai státusszal (SES) rendelkező embereknél, mint az alacsonyabb SES szintű embereknél (Room 1977: 91). Cahalan és Room (Cahalan–Room 1974: 91) kimutatta, hogy a legalacsonyabb szociális osztályhoz tartozók csoportján belül kétszer akkora volt azon erős ivók aránya, akik megtapasztaltak hasonló ártalmakat azokhoz képest, akik nem, ugyanakkor a két legmagasabb jövedelmi réteghez tartozók kétharmada tapasztalt meg negatív társadalmi következményeket. Hilton (Hilton 1991: 202–203) ugyanakkor nem talált ilyen nagy eltérést egy későbbi, Egyesült Államokban folytatott vizsgálat során, ezen kívül Harford és munkatársai (Harford et al. 1991) ugyanezen adatok regresszív analízise során az oktatás fordított hatására találtak bizonyítékot (az iskolázottabbak gyakrabban szembesültek ártalmakkal). Ezen vizsgálatok eredményeit azonban befolyásolja az, hogy miként mérik a szociális helyzetet, illetve az ivással kapcsolatos szociális problémákat.

Ezek a vizsgálatok csak azokra vonatkoztak, akik saját háztartásban éltek. De azok, akik valóban a társadalom margóján élnek – hajléktalanok, az ideiglenesen barátnőknél vagy családtagoknál élők, illetve a kortárs csoportokban élők – jellemzően nem kerülnek be a vizsgálat alanyai közé. Az általános népesség körében folytatott vizsgálatok viszonylag jó keretet adnak a relatíve stabilan szegény rétegek esetében, akik családdal élnek és bizonyos rendszerességű munkát végeznek vagy rendszeres támogatásban részesülnek, de a háztartás-alapú mintavétel nem ad jó keretet a marginalizált és társadalomból kirekesztett népesség vizsgálatára.

Ezzel ellentétben azok, akiket alkohol- vagy drogproblémákkal kezelnek, többnyire szegények. Az ő legszembetűnőbb tulajdonságuk a magas fokú marginalizáció. Ebben különböznek azoktól, akiket az általános népesség körében végzett vizsgálatok problémás alkohol- vagy kábítószerhasználóként határoznak meg. A klinikai népességhez tartozók intenzívebb szerhasználók és sokkal többféle személyes és szociális problémával küzdenek, mint az általános népességet vizsgáló kutatások mintájába vont alanyok többsége. Különösen fontos, hogy a klinikai népesség átlagéletkora magasabb, mint azoké, akiket az általános népességben belül problémás szerhasználóként tartanak nyilván. Ezenfelül a klinikai népesség „sokkal gyakrabban munkanélküli vagy alkalmi munkát végző, illetve

elvált vagy külön élő ... Az USA-ban az alkoholizmust kezelő intézményekben ellátott kliensek fele külön él vagy elvált, mintegy 60 százalékuk jelenleg nem áll alkalmazásban” (Room 1980). Ezekre a statisztikákra rímelnek azok az adatok, amelyek szerint a Stockholm Megyében alkohol- és kábítószer miatt kezelésre jelentkezők negyede volt házas vagy élt párkapcsolatban, mintegy 50%-uk egyedül élt, 30%-uk hajléktalan volt, 30%-uk munkanélküli, majdnem felüknél „alapvető” vagy még súlyosabb mentális problémákat találtak (még nem publikált adatok, (Room et al. 2003)).

Az általános népszerűsége és klinikai mintán végzett kutatásokból nyert kép közötti különbségek alapján arra a következtetésre jutottam, hogy az „alkoholproblémák két világáról” beszélhetünk (Room 1977). A klinikai kutatások szembevető tulajdonsága a kliensek nagy számának marginalizáltsága – a „lecsúszott és különös emberek” magas előfordulása (Room 1980), akik nem rendelkeznek családi kapcsolatokkal, rendszeres lakhellyel vagy állandó munkahellyel. „Arra gyanakodhatunk, hogy bizonyos határig a kezelésbe való jelentkezés az általános népszerűségről való kiszorulást jelenti, hogy számos kliens azután jelentkezik terápiás programba, miután már kimerítette erkölcsi hitelét a munkaadónál vagy a családban” (Room 1980).

Amióta ezeket a hevenyészett jegyzeteket papírra vettem, számos kutatást végeztek, amelyek kiegészítették ezt a képet, de még mindig túl keveset tudunk arról, hogy mi zajlik a két világ határain – hogy milyen körülmények vagy alkalmi problémák kényszerítik az intenzív szerhasználókat arra, hogy belépjenek a klinikai népszerűség marginalizáltabb és stigmatizáltabb világába.

Következtetések a kutatás irányairól

A pszichoaktív szerhasználat morális erőktől túltöltött mezőben zajlik. Egy drog betiltása és a használatán rajtakapott személyek büntetése azon a szándékon alapulhat, hogy „üzenetet küldjön” a viselkedés szabályairól. Az alkohol és kábítószerhasználaton keresztül szemléltethetik a használónak és másoknak az olyan személyes kvalitások különös értékét, mint az önuralom. A használat káros következményeit a morális alkalmatlanság bizonyítékának tekinthetik. Az alkohol- vagy kábítószerproblémákat kezelő programba való belépés az életvezetési képességünk kudarcával kapcsolatos megalázó élmény lehet. Ezen és más módon a szerhasználat a szociális befogadás és kirekesztés eszköze is lehet. A fogyasztó szociális kirekesztése szempontjából a használó stigmatizálódhat, és ennek következtében szociálisan marginalizálódhat.

Ezek a folyamatok elkülönülnek a szociális javak elosztásával vagy a szociális egyenlőtlenségekkel kapcsolatos problémáktól. Ugyanakkor a forrásokhoz való nagyobb hozzáférés szélesebb lehetőségeket biztosít a szerhasználó számára, hogy

elkerülje a viselkedésével szembeni szociális reakciókat, illetve a potenciális stigmát és marginalizációt. A szociális egyenlőtlenség, a szerhasználattal járó stigmatizáció és marginalizáció komplex interakcióban állhatnak egymással, és ezt a folyamatot még jobban meg kell értenünk.

Az alkohol- vagy kábítószerproblémákkal kezelték körében magas a marginalizáció és stigmatizáció előfordulása, még a fejlett jóléti társadalmakban is. Az ilyen kezelésbe vont népségek körében a szociális reintegráció elősegítése, vagy a hatékony beavatkozások kifejlesztése szükségessé teszi azt, hogy jobban megértsük, hogyan és milyen körülmények között alakul ki a marginalizáció.

Kvantitatív és kvalitatív kutatásokra van szükség ahhoz, hogy meghatározzuk, milyen mértékben és mechanizmusokkal történik meg a szerhasználók stigmatizációja a különböző társadalmakban és miliókben. Az ilyen kutatásoknak ki kell térniük egyfelől a stigmatizáció potenciális prevenció szerepére, másfelől a potenciális deviancia-erősítő és egyéb káros hatásaira is.

Különböző társadalmakban és miliókben végzett általános vizsgálatok szükségessé teszik ahhoz, hogy meghatározzuk a szociális helyzet és szociális egyenlőtlenség komponensei és a stigmatizáció, marginalizáció közötti kapcsolatot. Ehhez szintén kellenek kvalitatív és kvantitatív vizsgálatok is.

Az ilyen általános kutatásoknak a keretében különös figyelmet kell szentelni a szerhasználattal kapcsolatos marginalizáció illetve egyéb problémák és a szociális egyenlőtlenség közötti kölcsönhatásnak. Azoknak a vizsgálatoknak kell prioritást élvezniük, amelyek azt kutatják, mi történik, ha a szociális egyenlőtlenség és marginalizáció valamely komponense megváltozik. Vizsgálhatjuk az aggregált és az egyedi szintű hatásokat is, ahol csak lehetséges, a változás mindkét szintjét tanulmányozni kell. A tervezett kísérletekkel és beavatkozásokkal együtt az egyéni életpályát, illetve a releváns politikák változásakor bekövetkező „természetes tapasztalatokat” vizsgáló longitudinális kutatásokra is szükség van.

Irodalom

- Avery, J. (2003): Discrimination, thy name is stigma. *Addict Profess*, 1: 8–10.
- Baumohl, J. – Speiglmán, R. – Swartz, J. A. – Stahl, R. (2003): Substance abuse and welfare policy at the new century. *Contemp Drug Prob*, 30: 501–537.
- Blume, L. (2003): Stigma and social control. Ithaca: Department of Economics, Cornell University. Available at: <http://econwpa.wustl.edu:8089/eps/game/papers/0312/0312002.pdf> (accessed 28 March 2005)
- Braveman, P. – Gruskin, S. (2003): Defining equity in health. *J Epidemiol Commun Health*, 57: 254–258.
- Brune, M. – Haasen, C. – Yagdiran, O. – Bustos, E. (2003): Treatment of drug addiction in traumatised refugees: a case report. *Eur Addict Res*, 9: 144–146.

- Cahalan, D. – Room, R. (1974): *Problem drinking among American men*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Chafetz, M. (1967): Alcoholism prevention and reality. *Q J Stud Alcohol*, 28: 345–348.
- Chapple, A. – Ziebland, S. – McPherson, A. (2004): Stigma, shame and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *Br Med J*, 328: 1470. Available at: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/328/7454/1470> (accessed 28 March 2005)
- Citizens for Moderation (1989): A Citizens for Moderation brief containing arguments for language modification to the Alcoholic Beverage Labeling Act of 1988. *J Moderation*, 3: 1–15.
- Conrad, P. – Schneider, J. W. (1992): *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cumming, E. – Cumming, J. (1957): *Closed ranks: an experiment in mental health education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Fagan, J. – Meares, T. L. (2000): Punishment, deterrence and social control: the paradox of punishment in minority communities. Public Law Working Paper no. 010. New York: Columbia Law School, Columbia University.
- Fessler, D. M. T. – Navarrete, C. D. (2003): Meat is good to taboo. *J Cogn Culture*, 3: 1–39.
- Funk, P. (2004): On the effective use of stigma as a crime-deterrent. *Eur Econ Rev*, 48: 715–728.
- Gove, W. (1982): Labelling theory's explanation of mental illness: an update of recent evidence. *Dev Behav*, 3: 307–327.
- Green, L. – Potvin, L. (2002): Education, health promotion, and social and lifestyle determinants of health and disease. In: Detels, R. – McEwen, J. – Beaglehole, R. – Tanaka, H. (Eds.): *Oxford textbook of public health*. Oxford: Oxford University Press, 2002:113–30.
- Greenfield, T. K. (1997): Room R. Situational norms for drinking and drunkenness: trends in the US adult population 1979–1990. *Addiction*, 92: 33–47.
- Gusfield, J. R. (1996): *Contested Meanings: The Construction of Alcohol Problems*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Gwatkin, D. R. (2002): Reducing health inequalities in developing countries. In: Detels, R. – McEwen, J. – Beaglehole, R. – Tanaka, H. (Eds.): *Oxford textbook of public health*. Oxford: Oxford University Press, 1791–1809.
- Hathaway, A. D. (2004): Cannabis users' informal rules for managing stigma and risk. *Dev Behav*, 25: 559–577.
- Holmila, M. (1988): *Wives, husbands and alcohol: a study of informal drinking control within the family*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- Hopwood, M. – Southgate, E. (2003): Living with hepatitis C: a sociological review. *Crit Public Health*, 2003;13: 251–267
- Hyman, M. M. – Helrich, A. R. – Besson, G. (1972): Ascertaining police bias in arrests for drunken driving. *Q J Stud Alcohol*, 33: 148–159.
- Kaplan, L. (1997): Disease management model for addiction treatment: removing the stigma, improving the care. *Behav Health Manage*, 17: 14–15.
- Kelleher, C. C. – Friel, S. – Nic Gabhainn, S. – Tay, J. B. (2003): Socio-demographic predictors of self-rated health in the Republic of Ireland: findings from the National Survey on Lifestyle, Attitudes and Nutrition, SLAN. *Soc Sci Med*, 57: 477–86.

- Kim, S. H. – Shanahan, J. (2003): Stigmatizing smokers: public sentiment towards cigarette smoking and its relationship to smoking behaviours. *J Health Commun*, 8: 343–367.
- Knuttila, M. (2002): *Introducing sociology: a critical perspective*. Don Mills, Ontario: Oxford University Press.
- Lemert, E. (1951): *Social pathology: a systematic approach to the theory of sociopathic behaviour*. New York: McGraw-Hill.
- Levine, H. G. (1983): The ‘good creature of God’ and demon rum: colonial American and 19th century ideas about alcohol, crime and accidents. In: Room, R. – Collins, G. (Eds.) *Alcohol and disinhibition: nature and meaning of the link*. NIAAA Research Monograph no. 12. Washington, DC: USGPO, 111–161.
- Link, B. G. – Struening, E. L. – Rahav, M. – Ohelan, J. C. – Nuttbrock, L. (1997): On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnosis of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav*, 38: 177–190.
- Loury, G. (2001): The return of the ‘undeserving poor’. *Atlantic Monthly*. Available at: <http://www.theatlantic.com/issues/2001/02/loury.htm> (accessed 28 March 2005)
- MacAndrew, C. – Edgerton, R. B. (1969): *Drunken comportment*. Chicago: Aldine.
- Mäkelä, P. (1999): Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction*, 94:867–86.
- Marang-van der Mheen, P. J. – Smith, G. D. – Hart, C. L. – Gunning-Scheper, L. J. (1998): Socio-economic differentials in mortality among men within Great Britain: time trends and contributory causes. *J Epidemiol Commun Health*, 52: 214–218.
- Martikainen, P. – Kauppinen, T. M. – Valkonen, T. (2003): Effects of the characteristics of neighbourhoods and the characteristics of people on cause specific mortality: a register-based followup study of 252,000 men. *J Epidemiol Commun Health*, 57: 210–17.
- Meyer, J. – Gray, T. (1997): Drunk drivers in the courts: legal and extra-legal factors affecting pleas and sentences. *J Crim Justice*, 25:155–163.
- Morgan, P. (1983): Alcohol, disinhibition and domination: a conceptual analysis. In: Room, R. – Collins, G. (Eds.): *Alcohol and disinhibition: nature and meaning of the link*. NIAAA Research Monograph, 12. Washington, DC: USGPO, 405–22.
- Nilsson, M. – Johansson, P. – Olsson, B. (2001): *Heroindömda 17 – 29-åringar 1996* (17–29-year-olds who were sentenced on heroin charges in 1996). Report no. 62. Stockholm: CAN.
- Olsen, J. A. – Richardson, J. – Dolan, P. – Menzel, P. (2003): The moral relevance of personal characteristics in setting health care priorities. *Soc Sci Med*, 57:1163–1172.
- Peele, S. (1987): A moral vision of addiction: how people’s values determine whether they become and remain addicts. *J Drug Issues*, 17: 187–215.
- Plant, S. (1999): *Writing on drugs*. London: Faber & Faber.
- Prior, L. – Wood, F. – Lewis, G. – Pill, R. (2003): Stigma revisited: disclosure of emotional problems in primary care consultations in Wales. *Soc Sci Med*, 56: 2191–2200.
- Rae, S. (Ed.) (1991): *The Faber book of drink, drinkers and drinking*. London: Faber & Faber.
- Rehm, J. – Fischer, B. – Haydon, E. – Room, R. (2003): Abstinence ideology and somatic treatment for addicts—ethical considerations. *Addict Res Theory*, 11: 287–293.
- Reynolds, L. (1973): *The California Office of Alcohol Program Management: a development in the formal control of a social problem*. PhD dissertation, School of Public Health, University of California, Berkeley.

- Ritson, E. B. (1999): Alcohol, drugs and stigma. *Int J Clin Pract*, 53: 549–551.
- Romelsjö, A. – Lundberg, M. (1996): The change in the social class distribution of moderate and high alcohol consumption and of alcohol-related disabilities over time in Stockholm County and in Sweden. *Addiction*, 91: 1307–1323.
- Room, R. (1975): Normative perspectives on alcohol use and problems. *J Drug Issues*, 5: 358–368.
- Room, R. (1976): Drunkenness and the law: comment on ‘The Uniform Alcoholism and Intoxication Treatment Act’. *J Stud Alcohol*, 37: 113–144.
- Room, R. (1983): Sociological aspects of the disease concept of alcoholism. In: Smart, R. – Glaser, F. B. – Israel, Y. – Kalant, H. – Popham, R. E. – Schmidt, W. (Eds.): *Recent advances in alcohol and drug problems*, 7. New York & London: Plenum, 47–91.
- Room, R. (1985): Drugs, consciousness and society: can we learn from others’ experience? In: *Alcohol, drugs, and tobacco: an international perspective – past, present and future*. Proceedings of the 34th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, vol. 2. Edmonton: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 174–176.
- Room, R. (1996): Patterns of family responses to alcohol and tobacco problems. *Drug Alcohol Rev*, 6, 15: 171–181.
- Room, R. – Bondy, S. J. – Ferris, J. (1995): The risk of harm to oneself from drinking, Canada 1989. *Addiction*, 90: 499–513.
- Room, R. – Bondy, S. J. – Ferris, J. (1996): Determinants of suggestions for alcohol treatment. *Addiction*, 91: 643–655.
- Room, R. (2001): Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Soc Sci Med*, 53: 189–198.
- Room, R. – Rehm, J. – Trotter, R. T. II – Paglia, A. Üstün, T. B. (2001): Cross-cultural views on stigma, valuation, parity and societal values towards disability. In: Üstün, T. B. – Chatterji, S. – Bickenbach, J. E. et al. (Eds.): *Disability and culture: universalism and diversity*. Seattle: Hogrefe & Huber, 247–91.
- Rozin, P. (1999): Food is fundamental, fun, frightening, and farreaching. *Soc Res*, 66: 9–30.
- Salasuo, M. – Seppälä, P. (2004): Drug use within the Finnish club culture as marks of distinction. *Contemp Drug Prob*, 31: 213–229.
- Santana, P. (2002): Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Soc Sci Med*, 55: 33–45.
- Shih, M. (2004): Positive stigma: examining resilience and empowerment in overcoming stigma. *Ann Am Acad Polit Soc Sci*, 591: 175–185.
- Slavin, S. (2004): Crystal methamphetamine use among gay men in Sydney. *Contemp Drug Problems*, 31: 425–465.
- State of Wisconsin (2003): *State Alcohol, drug abuse, developmental disabilities and mental health act*. Statutes, Chapter 51. Available at: <http://www.psychlaws.org/LegalResources/StateLaws/Wisconsinstatute.htm> (accessed 28 March 2005)
- Steele, C. M. – Josephs, R. A. (1990): Alcohol myopia: its prized and dangerous effects. *Am Psychol*, 45: 921–933.
- Strong, P. M. (1980): Doctors and dirty work: the case of alcoholism. *Social Health Illness*, 2: 24–47.
- Sudnow, D. (1967): Dead on arrival. *Trans-Action*, 5: 36–43.

- Terris, M. (1967): Epidemiology of cirrhosis of the liver: national mortality data. *Am J Public Health*, 57: 2076–2088.
- Valverde, M. (1998): *Diseases of the will: alcohol and the dilemmas of freedom*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Wenzel, M. (2002): *The social side of sanctions: personal and social norms as moderators of deterrence*. Technical Report Working Paper no. 34. Canberra: Centre for Tax System Integrity, Australian National University. Available at: <http://eprints.anu.edu.au/archive/00002324/> (accessed 28 March 2005)
- Westreich, L. M. (2002): Addiction and the Americans with disabilities Act. *J Am Acad Psychiatr Law*, 30: 355–363.
- Wiseman, J. (1991): *The other half: wives of alcoholics and their social psychological situation*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.
- Wong, D. R. (2000): Stigma: a more efficient alternative to fines in deterring corporate misconduct. *Calif Crim Law Rev*, 3: 3. Available at: <http://www.boalt.org/CCLR/v3/v3wongnf.htm> (accessed 28 March 2005)
- Zajicek, A. M. – Koski, P. R. (2003): Strategies of resistance to stigmatization among with middle-class singles. *Sociol Spectrum*, 23: 37–403.
- Zhang, H. – Cai, N. (2003): The impact of tobacco on lung health in China. *Respirology*, 8: 17–21.

Fordította: Sárosi Péter