

NORMAN E. ZINBERG

FÜGGŐSÉG ÉS KONTROLL
DROG, EGYÉN, TÁRSADALOM

Szenvedélyek

NORMAN E. ZINBERG

**FÜGGŐSÉG ÉS KONTROLL
DROG, EGYÉN, TÁRSADALOM**



Nyitott Könyvműhely Kiadó – NDI
BUDAPEST, 2005

A fordításhoz felhasznált kiadás
Norman E. Zinberg:
Drug, Set, and Setting – The Basis for Controlled Intoxicant Use
Yale University Press, New Haven and London, 1984.

Hungarian translation © Békési József, 2005.

Fordította: Békési József

A könyv teljes vagy részleges
másolása, sokszorosítása, terjesztése bármilyen formában
a kiadó engedélye nélkül tilos.

Kiadja a Nyitott Könyvműhely Kiadó
www.nyitottkonyv.hu
Felelős kiadó: Halmos Ádám
Felelős szerkesztő: Dánél Móna
Sorozatszerkesztő: Buda Béla dr. és Demetrovics Zsolt
Nyomdai előkészítés: Halmos Mária
Borítóterv: Baksa Gáspár
Nyomdai munkák: Kontaktprint Nyomda Kft.
Felelős vezető: Aba Béla

ISBN 963 218 109 3

TARTALOM

Előszó a magyar kiadáshoz	7
Előszó az 1984-es kiadáshoz	11
Köszönetnyilvánítás	21
Első fejezet. A kontrollált drogfogyasztás történelmi perspektívái	23
Második fejezet. Függőség, abúzus és kontrollált drogfogyasztás: definíciók	46
Harmadik fejezet. A kutatás módszertana és adatai	80
Negyedik fejezet. Kutatási eredmények: A drogfogyasztás kialakulása és hatásai	125
Ötödik fejezet. Kutatási eredmények: a drogfogyasztás rítusai, szankciói és kontrollja	189
Hatodik fejezet. Személyiség és társadalmi tanulás: A kontrollált drogfogyasztás elmélete	233
Hetedik fejezet. Gondolatok a társadalompolitikáról és a drogkutatásokról	258
A függelék. Az első interjú vázlata	292
B függelék. Az utánkövető interjú vázlata	308
C függelék. A korábbi kutatások áttekintése	315
Szószeret	333
Irodalomjegyzék	337
Név- és tárgymutató	349

Előszó a magyar kiadáshoz

Norman E. Zinberg 1921-ben született, s érdeklődése 1962-ben fordult a droghasználattal kapcsolatos problémák felé. Ezt követően, 1989-ben bekövetkezett haláláig közel három évtizedet szentelt azon kérdések megválaszolásának, hogy a droghasználat egyéni és társadalmi vonatkozásai miként képesek befolyásolni, alakítani a használó drogkarrierjét, droghoz való viszonyát, a függőség kialakulását. Munkásságát széleskörű érdeklődés, kreativitás és gondolkodásának hihetetlen nyitottsága, őszintesége jellemezte. Kérdésfelvetéseit alapvetően meghatározta, hogy éles szeme volt a mások figyelmét elkerülő, aprónak tűnő, ámde mégis hatalmas jelentőséggel bíró össze nem illések észrevételére, majd ezek elemzésében, okaik feltárásában, magyarázatában szakítani tudott a konvenciókkal. Kitűnő készsége volt arra, hogy kutatásaihoz elkötelezett társakat találjon, fiatal kollégáit bátorítsa, segítse munkájukat. A Harvard Egyetem Orvosi Fakultásának pszichiáter professzoraként számtalan későbbi kitűnő kutatót indított útjára, s az egyetem tiszteletét mi sem jelzi jobban, mint hogy emlékének a Harvard Medical School egy addiktológiai képzéssel (*Norman E. Zinberg Training Program in the Addictions*) s egy minden évben megrendezésre kerülő *Zinberg Emlékelőadással* tiszteleg. Utóbbi előadói között az addiktológia legnagyobb neveit találjuk, ezek közül itt most csupán néhányat említek: Herbert Kleber, Denise Kandel, Thomas McLellan, James O. Prochaska, William R. Miller, Nora D. Volkow.

Zinberg 1984-ben, a Yale University Press kiadásában megjelent *Drug, Set, and Setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use* című kötete, hasonlóan a könyv előzményét jelentő néhány kisebb tanulmányhoz, minden bizonnyal az addiktológiai szakirodalom leggyakrabban hivatkozott írásai között van. Nem véletlen ez, hisz Zinberg olyan dologra mutatott rá a droghasználattal kap-

csolatban, ami csak a legnagyobb felfedezésekre szokott igaz lenni, nevezetesen, hogy bár a megfogalmazott tétel szinte a közhelyességig evidensnek tűnik, valami mégis elhomályosította a korábbi kutatók szemét. Magam, előadásaimban, gyakran küszködöm a nehézséggel, hogy megvilágítsam a hallgatóság számára, mennyire úttörő – még, ha nem is teljesen előzmények nélküli – gondolat volt Zinbergtől a droghasználat *set* és *setting* tényezőinek részletes leírása és elemzése. Abban a pillanatban, hogy rámutatunk, a droghasználó személyisége (*set*), illetve társas és fizikai környezete (*setting*) milyen hatalmas mértékben tudja befolyásolni a személy drogkarrierjének alakulását, az állítás valóban magától értetődőnek tűnik. Hogy mégsem az, azt elsősorban az bizonyítja, hogy a mai napig nemcsak a közgondolkodást, de gyakran a tudományos gondolkodást is képes elurálni a zinbergi hármashból a *drog* tényező. A különböző szerek különböző szintű veszélyességéről sokkal több szó esik, mint a használat mintázatairól, egyáltalán, arról a kérdésről, hogy ugyanazzal a szerrel kapcsolatban számtalan különböző használati mód létezhet. Érdekes, hogy maga Zinberg is ebből az irányból közelített, s pontosan a droghasználat mintázatának heterogenitását kellett felismernie ahhoz, hogy eljusson ezen mintázat hármash meghatározottságának tételéhez. A droghasználat mintázatait kutatva az egyik legjelentősebb felismerése a kontrollált, azaz kontroll alatt tartott droghasználati forma azonosítása és leírása volt. Minden valószínűség szerint ez a droghasználati mintázat mind közül a legrejtettebb, hiszen az illegális szerek használatának kiderülése – mint azt a kötet példáiból is láthatjuk – éppen a nem deviáns, szociálisan integrált életmódot folytató használók számára hordozza a legnagyobb veszélyt. Értelemszerűen ők veszíthetnek a legtöbbet azon, ha konform polgárból egyszer csak droghasználóvá válnak a környezetük számára. Ugyanakkor a legkonfliktusosabb terület is ez, hiszen a kábítószeres tiltása mögött megbúvó fő érv pontosan abban a tételben rejlik, hogy e szerek használata minden esetben az egyén és a társadalom ártalmára van. Zinberg, mint arra maga is utal előszavában, ezen tétel megkérdőjelezésével akaratlanul, sőt kifejezetten szándéka ellenére betévedt a drogpolitika legalizáció körüli vitáiba. A könyvet elolvasva, Zinberg munkásságát ismerve tökéletesen érthető a szerző azzal kapcsolatos csalódottsága, hogy tudományos kutatómunkája, amely éppen a tények feltárását, a probléma jellegének a maga árnyaltságában történő megértését célozta, a drogprobléma körüli érzelmekkel, indulatokkal és nem

kevés irracionálisással telített vitában sok félreértést, felületes megértést is szült. Csak remélni tudjuk, hogy ma, húsz évvel a kötet első kiadása után, a magyar nyelvű megjelenés inkább az eredeti célt fogja szolgálni. Nem állíthatjuk, hogy a kábítószer-probléma körüli viták ma sokkal racionálisabb szinten folynának, mint húsz évvel ezelőtt, mégis reménykedhetünk abban, hogy a tudományos üzenet megértése fogja dominálni az olvasók attitűdjét. Sok, lényegesen semlegesebb, kevesebb direkt problémát felvető kutatási területtel szemben, az addiktológiában, pontosan a téma kiemelt társadalmi érzékenysége miatt, nagyon direkt módon jelenik meg a kutatási adatok azonnali lefordításának, gyakorlati értelmezésének igénye. Ez a kiemelt igény azonban nem jelenti azt, hogy valóban könnyebben is tudnánk általános érvényű igazságokra jutni, mint más területeken. Sőt, Zinberg maga, pontosan azt mutatja meg nekünk, hogy mennyire komplex jelenségről van szó, s éppen ezért, ha van drogpolitikai üzenete a kötetnek, az talán pont az, hogy óvakodjunk a sarkított megállapításoktól, intervencióinkban reflektáljunk a jelenség árnyaltságára, sokszínűségére.

A több mint két évtizede megjelent kötet magyar nyelven történő megjelentetését évek óta terveztük. Az egyre jelentősebb méretű magyar nyelvű addiktológiai szakirodalomból, bátran állíthatjuk, sok minden hiányzik még, s egész biztosan ez a kötet is ebbe a hiány-kategóriába tartozott. Szemléletet tükröz, kutatási-módszertani eredményeket mutat be, olyan eredményeket, amelyek megértése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy objektíven, árnyaltan, a maga sokszínűségében láthassuk ezt a jelenséget. Zinberg kötete a legszigorúbb értelemben vett szakkönyv, mégis, amennyire csak lehetséges, mentes a szakzsargontól, könnyen olvasható nem szakmabeliek számára is. Sőt valószínűleg éppen a nem szakember érdeklődők számára jelenthet újdonságot e könyv, hisz az addiktológia területén dolgozók szinte bizonyosan ismerik Zinberg nézeteit.

2005. április 10.

Demetrovics Zsolt

Előszó az 1984-es kiadáshoz

A könyvben ismertetett, az illegális drogok használatával kapcsolatos álláspont fokozatosan, több mint húsz évi, drogfogyasztókkal folytatott klinikai munka során alakult ki. Kezdetben a legtöbb emberhez hasonlóan engem is a drogabúzus foglalkoztatott, vagyis az, amikor a fogyasztó elveszíti ellenőrzését az általa használt drog vagy drogok fölött. Csak hosszas klinikai vizsgálódás, történelmi kutatás és töprengés után jöttem rá, hogy ha meg akarom érteni, hogy egyes drogfogyasztók hogyan és miért veszítették el az ellenőrzést a szerek fölött, akkor kénytelen vagyok foglalkozni azzal a fontos kérdéssel is, hogy másoknak hogyan és miért sikerült ellenőrzésük alatt tartani ugyanazokat a szereket.

A könyv megírásához elvezető gondolatfolyam 1962-ben kapott lendületet. Akkoriban már egy évtizede tanítottam orvosi pszichológiát nem pszichiáter orvosoknak a bostoni Beth Israel Kórházban, heti váltásban keresve fel velük intézetben ápolt és magánpácienseket egyaránt, és egy idő után furcsállni kezdtem, milyen rendkívüli vonakodással írnak fel fájdalomcsillapításra opiátokat ezek az értelmes orvosok. Tétovázásuk, ami abból a félelemből fakadt, hogy függővé tehetik pácienseiket, meglepően következetesnek mutatkozott, még ha végső stádiumban lévő betegekről volt is szó. Ezért dr. David C. Lewis-szal, a Beth Israel kórház rezidens főorvosával összefogva tanulmányozni kezdtem a jelenséget. A klinikai adatok és a drogfogyasztás történetének tanulmányozása során olyan kép tárult elénk, ami alig hasonlított arra, amit az orvosi egyetemen oktattak.

Mivel kevés olyan klinikai bizonyítékot találtunk, ami alátámasztotta volna orvosaink rendkívüli aggodalmát a iatrogén függőséget illetően – eltekintve egy bizonyos, nyilvánvalóan problémás pácienscsoport esetétől –, a drogfogyasztás történetéhez fordultunk ma-

gyarázatért. Itt bőségesen találtunk érveket az opiátok orvosi elutasítására. Orvosaink szemmel láthatólag az opiátok felhasználásával kapcsolatos hagyományos kulturális és társadalmi attitűdök egész rendszerét tették magukévá, ezek az attitűdök irányítják gondolkodásukat és gyakorlatukat, olyan félelmeket keltve bennük, melyek aláássák a szenvedések enyhítésére való képességeiket. Emellett az orvosok hozzáállása nemcsak meghatározta az opiátok felírására vagy fel nem írására való hajlandóságukat, hanem a drogok által a pácienseikre gyakorolt hatást is befolyásolta. Ekkor szembesültem először annak a jelen könyvben „társadalmi környezetnek” nevezett jelenségnek a hatalmával, ami képes megváltoztatni a drogfogyasztók viselkedését és előírni reakcióikat.

A Beth Israel kórházban folytatott kutatás után nem állt szándékomban tovább vizsgálni a drogokat, ám a drogfogyasztás iránti érdeklődés felfokozódásának nyomán két tanulmány is megjelent az elvégzett munkánkról (Zinberg & Lewis, 1964; Lewis & Zinberg, 1964). Sok orvos, értetlenül állva az „utazás” vagy a „beindulás” új szokásai előtt, melyekről pácienseik (vagy pácienseik szülei) számoltak be nekik, olyan pszichiátert keresett, aki tájékozott volt a drogok területén. Néhányan hozzám irányították ilyen pácienseiket, még akkor is, ha a szóban forgó drog nem opiát volt, hanem marihuána vagy valamilyen pszichedelikus szer.

Klinikai tapasztalataim gyarapodásával meg kellett állapítanom, hogy a marihuánáról és a pszichedelikus szerekről alkotott hagyományos nézetek még az opiátokról alkotottaknál is sokkal pontatlanabbak. A marihuánafogyasztás esetében többször is azt találtam, hogy a szerről kialakult negatív kép – miszerint lerombolja a normális szermélyiségműködést, és számos testi folyamatra káros hatást gyakorol – félreértéseken és tévképzeteken alapul. Ma, amikor hozzávetőlegesen 57 millió amerikai próbálta ki a marihuánát (Miller és munkatársai, 1983), eléggé ironikus felidézni, hogy alig két évtizeddel ezelőtt sok jól tájékozott polgár komolyan hitt abban, hogy a marihuánafogyasztástól megkocsonyásodik az agya.

A témában tett nyilvános megszólalásaim közül több is nagyra becsült kollegámmal és barátommal, dr. Andrew T. Weillel együttműködve született, aki 1967 őszén, negyedéves harvardi orvostanhallgatóként úgy döntött, hogy ha hitelessé akarjuk tenni megállapításainkat, akkor kísérleti adatokra is szükségünk van. Azt javasolta, hogy végezzünk el egy a tudományos módszertani előírásokat rigórozusan betartó kísérletet a marihuánával – egy kísérletet, melyben sem a kutatók, sem a vizsgált személyek nem tudhatják, hogy a

felhasznált anyag aktív vagy csak placebo. Először ki kellett derítenünk, hogy farmakológiai szempontból standardizálták-e már a marihuánát, illetve hogy nincsenek-e jogi akadályai annak, hogy emberi kísérletekben használjuk.

Ez a két célkitűzés annyira lekötötte a gondolatainkat, hogy az a kérdés, hogy hogyan alakítanak ki ellenőrzést a drogfogyasztók a szereik fölött, fényévnyi távolságban lévőnek hatott. Akkoriban nagyon merésznek hatott az a gondolat, hogy marihuánát adjunk emberi lényeknek, különösen naiv vizsgálati személyeknek, és megalapozottnak bizonyult az a félelmünk, hogy ezt a kísérletet túl merésznek fogják tartani. Igazi héraklészi feladat volt megszerezni a szükséges engedélyeket a Narkotikumok és Veszélyes Drogok Hivatalától (*Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, BNDD*), az Élelmiszer- és Gyógyszerügyi Hivaltól (*Food and Drug Administration, FDA*) és a Nemzeti Lélekegészségügyi Intézettől (*National Institute of Mental Health, NIMH*), melyek mindegyike illetékesnek tartja magát ezen a területen. Weilnek, aki szakdolgozata részeként végezte el a kísérletet, több ideje volt, mint nekem, így több tucat levelet kellett írnia válaszul a fent nevezett hivatalos szervek aprólékos érdeklődésére, illetve többször személyesen is el kellett utaznia Washingtonba. Mindemellett mindketten számtalan telefonbeszélgetést bonyolítottunk le, hogy kitörjünk az egyes hivatalok egymáshoz képesti elsőbbségét körülzáró „22-es csapdjából”, míg végül megkaptunk minden szükséges engedélyt.

A hatóságok kikötötték, hogy a vizsgált személyeket oda kell szállítani a kísérletek helyszíneire, majd vissza kell szállítani őket onnan; és meg kell ígérniük, hogy a marihuána elfogyasztása után huszonnégy órán át nem érnek hozzá semmilyen gépezethez, legyen elektromos vagy más módon; illetve alá kellett írniuk egy aprólékos tájékoztatási-beleegyezési nyomtatványt, melyben többek között vállalták, hogy nem indítanak jogi eljárást, amennyiben függővé válnak.

A Harvard Egyetemet azonban ezek a szigorú követelmények sem elégítették ki. Az Orvosi Egyetem Igazgatótanácsa több tanácsadó javaslatára nem engedélyezte a kísérletet. A szóban forgó tanácsadók egyike a következőket mondta nekem egy telefonbeszélgetés során: „Gondosan átnéztem a kutatási tervüket, és nem találtam semmit, ami kifejezetten törvénybe ütköző lenne. Ugyanakkor megvizsgáltam a lelkiismeretemet is, és arra jutottam, hogy azt kell javasolnom, a Harvard ne támogassa, hogy ezt a veszélyes drogot embereknek adják be.”

Dr. Robert Ebert, a Harvard Orvosi Egyetem akkori dékánja kínosan érezte magát emiatt a döntés miatt. Ezért aztán amikor dr. Peter Knapp, a Bostoni Orvosi Egyetem Pszichiátriai Kutatóintézetének igazgatója nagylelkűen – és merészen – elintézte, hogy az ő égisze alatt elvégezhesük a kísérletet, dr. Ebert kieszközölte, hogy a Harvard költségén jogi képviselőt kapjunk, ha bármilyen probléma felmerülne a kormányhivatalok előírásainak teljesítése, vagy a megfelelő hozzájáruló nyilatkozatok beszerzése során.

A kísérletek, melyekre a következő évben (1968-ban) került sor, zökkenőmentesen és eseménytelenül zajlottak le, nagyrészt dr. Knapp megfontolt tanácsainak és tehetséges laborasszisztensének, Judith Nelsennek köszönhetően. A kísérletek nem okoztak problémákat sem a tapasztalt, sem a tapasztalatlan résztvevőknek, mi pedig megtudtunk egy-két dolgot az akut marihuánahasználat bizonyos fiziológiai és pszichológiai funkciókra gyakorolt hatásairól. Mindazonáltal akkor is úgy éreztem, és most is úgy érzem, hogy a széles körben elítélt illegális droggal embereken első alkalommal végzett, ellenőrzött kísérletek legfőbb eredménye annak a felmutatása volt, hogy biztonságosan el lehet végezni ilyen kísérleteket (Weil, Zinberg & Nelsen, 1968).

A következő évben (1968–69-ben) felkértek, hogy oktassak szociálpszichológiát a Londoni Közgazdasági Egyetemen, s ezzel egyidőben elnyertem egy Guggenheim-ösztöndíjat a heroinellátás brit rendszerének tanulmányozására (Zinberg & Robertson, 1972). Legnagyobb szerencsémre 1968 júliusában érkeztem meg Angliába, épp akkor, amikor a britek kijelölt klinikákra kezdték beutalni a heroinfüggőket ahelyett, hogy engedélyezték volna, hogy magánorvosok heroint írjanak fel nekik – s ez a változás nagy mértékben elősegítette kutatásaimat. Megállapítottam, hogy Nagy-Britanniában kétféle függő létezik, s mindkettő más, mint az amerikai függők: az első adekvát módon, sőt sikeresen funkcionált, a második pedig még az amerikai droghasználóknál is tehetetlenebb. Ugyanakkor hiába vesztette el a kontrollt viselkedése fölött a második típusú droghasználó, hiába károsította súlyosan saját szervezete, az amerikai alkoholistákhoz hasonlóan nem okozott társadalmi nyugtalanságot, bűncselekményeket és általános hisztériát.

Fokozatosan eljutottam arra a felismerésre, hogy a brit és az amerikai függők közötti különbségek eltérő társadalmi körülményeknek tulajdoníthatók – azaz a két országban a heroinnal szemben tanúsított eltérő társadalmi és jogi attitűdnek. Angliában a heroinfogyasztás nem ütközött törvénybe, a függők szükségleteit törvé-

nyes eszközökkel ki lehetett elégíteni, nem vonatkoztak rájuk jogi korlátozások, és nem feltétlenül tartották őket deviánsnak. A brit függők szabadon választhattak: vagy elfogadják a drogfogyasztást életük egyik aspektusaként, és folytatják megszokott tevékenységeiket, vagy fogyatékosnak tekintik magukat, és destruktív drogfogyasztó életmódot folytatnak. Így az Angliában töltött egy év ugyanarra a jelenségre világított rá, amit néhány évvel korábban már a Beth Israel kórházban is megfigyeltem: arra, hogy a társadalmi környezet, a kulturális és társadalmi attitűd nagy mértékben befolyásolja a drogfogyasztást és annak hatásait. Kezdett nyilvánvalóvá válni, hogy a drogfogyasztás élményének megértéséhez nemcsak a drogok farmakológiájával és a drogfogyasztók személyiségével (*set*) kell foglalkoznom, hanem azzal a fizikai és társadalmi környezettel (*setting*) is, melyben a drogfogyasztás zajlik.

Amikor 1969-ben visszatértem az Egyesült Államokba, rájöttem, hogy a pszichedelikus szerek, s különösen az LSD fogyasztását övező társadalmi környezetben változás következett be: a „drogforradalomra” adott társadalmi reakció a pszichedelikus szerek körüli hisztériából átcsapott a „heroinjárvány”-tól való rettegésbe (Zinberg & Robertson, 1972). 1971-ben, miután ezeket az érzéseket tovább szítták a Vietnámban harcoló katonák súlyos heroinfogyasztásáról szóló jelentések, a Ford Alapítvány és a Védelmi Minisztérium felkért, hogy menjek el Vietnámba, és szakértőként tanulmányozzam a helyzetet. Vietnam furcsa, rémisztő hely volt az amerikai sorállományúak számára. Az amerikaiak gyűlölték a helybélieket, a helybéliek gyűlölték az amerikaiakat, s így a katonák könnyen rákaptak bármilyen olyan tevékenységre – beleértve a drogfogyasztást is –, ami kizárta a külvilágot (Zinberg, 1972).

Amint nyilvánvalóvá vált a számomra, hogy a társadalmi környezet (a sorállományúak Vietnámja) volt az a tényező, ami elvezetett vagy a drogfogyasztásba való meneküléshez, vagy a többi, figyelemelterelő tevékenységben való szinte teljes elmerüléshez, arra a döntésre jutottam, hogy javasolom a hadseregnek, emelje ki a drogfogyasztókat jelenlegi társadalmi környezetükből, azaz Vietnámból. Ezt a javaslatot elvetették. Frederick Weygand tábornok azt mondta, hogy ha a sorállományúak rájönnek, hogy a heroinfogyasztás révén elkerülhetnek Vietnámból, akkor mindenki heroint kezdene fogyasztani, és feloszlathatnák a hadsereget. Azzal a meglátással sem értett egyet, hogy a katonák a rossz társadalmi környezet – a háborús körülmények, sőt a rehabilitációs központok destruktív jellege – miatt fordulnak a heroinhoz, s hogy ebben a

társadalmi környezetben esély sincs arra, hogy ellenőrző funkciót betöltő társadalmi szankciók és rítusok alakuljanak ki. Akkoriban még sajnos nem volt eléggé kidolgozott – s így nem lehetett eléggé meggyőző – az arról alkotott elméletem, hogy a csoportok miként alakítanak ki életképes társadalmi ellenőrző módszereket a kontrollált drogfogyasztást elősegítendő. Így aztán a hadsereg nem sok figyelmet fordított arra, amiről pedig utólag bebizonyosodott, hogy alapvetően jó tanács volt.

A drogfogyasztó sorállományúakat végül természetesen hazaküldték, és ahogy azt az én kisebb utánkövető tanulmányom, illetve Lee N. Robin nagy és átfogó tanulmányai kimutatták (Robins, 1973, 1974; Robins, Davis & Goodwin, 1974; Robins, Helzer & Davis, 1975; Robins és munkatársai, 1979), amint kiemelték a drogfogyasztókat a mérgező légkörből (a rossz társadalmi környezetből), a fertőzés (a heroinfogyasztás) gyakorlatilag megszűnt. A Vietnamban függővé váltak körülbelül 88 százaléka nem esett vissza az Egyesült Államokba való hazatérése után.

1972-ben, Amerikában kezdtem következetesebben gondolkodni a drogfogyasztásról. Már évek óta tudtam, hogy vannak régi „hétvégi harcosok” (akik alkalmanként, főleg hétvégenként fogyasztottak heroint), és az 1962-ben Lewis-szal közösen végzett kutatásaim alátámasztották, hogy számos heroinfogyasztási mintázat létezik. Az 1960-as évek óriási társadalmi kísérlete a pszichedelikus szerekkel, illetve a későbbi vietnami droghelyzet rávilágított a társadalmi környezet erejére, és felvetette bennem a kérdést, hogy vajon nem lehetne-e ezt az erőt jótékony módon, a kábítószeresek, köztük a heroin ellenőrzésére alkalmazni. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos olvasmányaim egyfelől arra utaltak, hogy az alkohol történelme – akárcsak az opiátoké – rendkívül bonyolult, másfelől adtak néhány ötletet a drogok további tanulmányozásával kapcsolatban. Ugyanakkor lehetőségem nyílt arra, hogy új kutatásokat sürgessek az opiátok fogyasztása tárgykörében. Az újonnan megalakult Drogabúzus Tanács (*Drog Abuse Council, DAC*) szakértőjeként jóváhagytam egy kisebb támogatást Douglas H. Powell számára, aki fel akarta térképezni a régi „kocaheroinistákat” (alkalmi fogyasztókat). Bizonyos, az ellenkultúrához tartozó lapokban hirdetések tett közzé, és sikerült is összeállítania egy kicsi, de ahhoz épp elég nagy csoportot, hogy bebizonyítsa elméletét, miszerint léteznek kontrollált drogfogyasztók, s ebből következően a drog erején és a fogyasztó személyiségén kívül más tényezők is közreműködnek (Powell, 1973).

Ugyanebben az időszakban Richard C. Jacobsonnal (akivel korábban együtt dolgoztunk egy felvilágosító programban) elkezdtünk megtervezni egy kutatást arról, hogy hogyan működnek az általunk „társadalmi kontrolltényezők”-nek nevezett dolgok. Akkori elképzeléseink ma már zavarosnak és kezdetlegesnek tűnnek, de csak kis mennyiségű, elszórt klinikai adatokból dolgozhattunk, s ezeknek is csak igen kis részét gyűjtötték össze módszeresen. Azt terveztük, hogy összehasonlító vizsgálatokat végzünk három illegális, különböző erősségű és társadalmilag eltérő mértékben elutasított drog, a marihuána, a pszichedelikus szerek és az opiátok (különösen a heroin) kontrollált használatáról.

Visszatekintve meg kell állapítanom, hogy akkoriban nagyon keveset tudtam a heroinfogyasztás (nemcsak az alkalmi, hanem a rendszeres fogyasztás) sajátosságairól (Zinberg és munkatársai, 1978), s tudatlanságom miatt felkészületlenül értek azok a bonyolult morális és filozófiai problémák, melyeket a kutatás felvetett. Azzal természetesen nagyon is tisztában voltam, hogy milyen nehéz objektív álláspontot elfoglalni a drogfogyasztás területén. Ebben a témában a kutató személyt vagy a drogfogyasztás ellenzőjének, vagy a támogatójának tartják. Egy ilyen programot minden lapban, rádióműsorban és tévéshowban „kiegyensúlyozottan” kell bemutatni – sőt, a szakmai találkozókön is, ahol pedig elvárhatnánk az objektivitást. A drogfogyasztást támogatni látszó megszólalót „ki kell egyensúlyozni” egy másikkal, akit kábírószerellenzőnek tartanak. Ám mivel az „ellenzők” helyezkednek arra az álláspontra, hogy a tiltás és a teljes absztinencia a legfontosabb, minden ezzel szembe helyezkedő nézetet automatikusan drogfogyasztást támogatónak bélyegeznek.

A marihuánával végzett korábbi munkám miatt – ami kimutatta, hogy a marihuána viszonylag enyhe, bár nem ártalmatlan kábítószer – gyakran soroltak a támogatók közé. Ez nem nagyon zavart, mivel magánemberként és hivatalosan is többször határozottan állást foglaltam a mértékletesség elve mellett, illetve fenntartásaimnak adtam hangot olyan kérdésekben, mint a bódult állapotban való vezetés, a drogfogyasztó életkora és a drogok terjesztése. Az is kétségtelen, hogy az a meggyőződése, miszerint a marihuána nem rettenetesen pusztító drog, megkönnyítette, hogy pusztán egy vállrándítással elintézzem azokat a vádakat, hogy támogatom a drogfogyasztást. Sokkal fontosabb volt számomra az, hogy közismertté tegyem a marihuánával kapcsolatos tényeket, mint az, hogy részt vegyek a tévképzetek terjesztésében, börtönbe dugjak embereket

a szer pusztá birtoklásáért, és feleslegesen félelmeket keltsek. Így természetesen elleneztem, hogy oktanul megbüntessenek bárkit, aki nem hajlandó elismerni, hogy a császár új ruhája a valaha látott legszebb öltözék – azaz, hogy a marihuána halálos méreg.

Miután a társadalmi kontroll és az illegális drogok használata terén végzendő kutatásaim 1973-ban elnyerték a DAC támogatását, hirtelen sürgetővé vált a vizsgálódás határainak kijelölése. Mihez vezetne az, ha megállapítanám, hogy egyesek képesek kontrollálni heroinfogyasztásukat? Vajon olyanokat is a heroin kipróbálására ösztönöznék ez a kijelentés, akik egyébként nem tennék ezt, s akik esetleg mégsem képesek ellenőrzésük alatt tartani a szert?

1974-re Jacobson visszatért posztgraduális tanulmányaihoz, és Wayne M. Harding lett a társam ebben a vállalkozásban. Őszintén és alaposan megrágtuk ezeket a fájdalmas kérdéseket. Egyikünk sem tudta szó szerint elfogadni a régi bölcsességet, miszerint „Az igazság szabaddá tesz”. Mindketten emlékeztünk még az 1960-as évek közepén bekövetkezett LSD-robbanásra, amit részben az a publicitás váltott ki, amit a szakmabeliek és a média biztosított az LSD-fogyasztásnak. Kezdetben, amikor komoly nehézségekkel szembesültünk az alkalmi heroinfogyasztók felkutatása kapcsán, nem nagyon aggódtunk, mert úgy tűnt, az ilyen jellegű drogfogyasztás elhanyagolható. Ám amikor nyilvánvalóvá vált, hogy rengeteg ilyen drogfogyasztó van, rájöttünk, hogy megállapításunkat a nyilvánosság elé kell tárnunk. Mi több, munkánk során más kutatók, nevezetesen Leon G. Hunt (Hunt & Chambers, 1976) és Peter G. Bourne (Bourne, Hunt & Vogt, 1975) az alkalmi heroinfogyasztásra mint stabil fogyasztási szokásra kezdtek hivatkozni.

Ezen a ponton zavaróvá vált, hogy egyre gyakrabban szembesítettek a kérdéssel: a korlátozatlan heroinfogyasztás pártján állok-e? A kérdés nemcsak azt árulta el, hogy félreértették a drogokkal kapcsolatos álláspontomat, hanem azt is megmutatta, hogy sziszifuszi küzdelem lenne, ha megpróbálnám úgy bemutatni a heroinfoogyasztás kezelésének bármilyen módját, hogy az nem követeli meg a teljes absztinenciát. Ugyanakkor szilárd meggyőződéseim, hogy megállapításainkat nyilvánosságra kell hozni, ki kell fejteni, és a drogfogyasztás ellenőrzése kapcsán feltárt lehetőségeket a drogabúzus megakadályozásának tudományosan igazolt gyakorlati eszközeiként be kell mutatni.

Nem volt könnyű feladat olyan válogatást készíteni több évtized munkásságából, hogy az egyszerre mutassa be hűen a vállalkozást, és emellett még olvasmányos is legyen. Például helyénvalónak tűnt,

hogy egy függelékben feltüntessük a korábbi szakirodalom eredményeit, amik azt bizonyítják, hogy sok más kutató is tudott arról az embertípusról, amit tanulmányoztam, de nem talált megfelelő konceptuális keretet, amiben elhelyezhette volna megállapításait. Az irodalmi áttekintés értékes és meggyőző írásokat sorol fel a drogok fölötti kontrollt megtartó fogyasztók történelmi létezését illetően, ám ezek beemelése a könyv szövegébe megakasztotta volna a projekt bemutatásának zökkenőmentes gondolatmenetét.

A könyvben végül a projekt kialakulásának körülményeiről szóló személyes beszámolót annak a háttérnek a bemutatása követi, amiből a projekt konceptuális keretét felépítettük (1. fejezet).

A 2. fejezet azt a korántsem egyértelmű terminológiát vizsgálja meg, mely nagymértékben felelős a kábítószeres fogyasztásáról szóló eszmecserét körülvevő zűrzavarnak. Ezt követi a kutatás módszertanának, illetve az eredményül kapott adatoknak az objektív, kvantitatív nézőpontból való ismertetése (3. fejezet). A következő két fejezet (a 4. és az 5.) a számokat szubjektív adatokká alakítja át, részletesen idézve az interjúkból. Ez a két fejezet kvalitatív módon írja le, hogyan sikerült a vizsgált személyeknek együtt élnie a kábítószeresekkel, s hogyan sikerült megőrizni ellenőrzésüket azok fölött. A vizsgált személyek saját szavaikkal, teljesen emberi módon adnak választ a drogfogyasztással kapcsolatban felmerült kérdésekre, s egyben bemutatják, hogyan lehet a szubjektív kutatási adatokat lefordítani a számok nyelvére.

Az egyik tényező, ami meggátolta az egyén személyisége és a tágabb értelemben vett, körülírható milió – vagyis az a fizikai és társadalmi környezet, amiben a drogfogyasztás történik – közötti interakció kiértékelését és megértését, a pszichoanalitikus elmélet kétértelműsége volt. Ezt a problémát célozza meg a 6. fejezet, bemutatva, hogyan ölelheti fel egy pszichodinamikus személyiségelmélet mind a vizsgált dolog (*set*), mind a környezet (*setting*) változóit. Az utolsó fejezetben javaslatokat teszünk a problémák lehetséges kezelésére, a további kutatási témákra, illetve kitérünk arra, milyen problémákat vet fel egy olyan szociálpolitika kidolgozása, mely képes különbséget tenni a kontrollált drogfogyasztás és a káros használat között, illetve képes hatékony formális társadalmi kontrolltényezőket kialakítani, hogy azok kölcsönhatásba lépjenek a kutatás során feltárt informális kontrollmechanizmusokkal.

Köszönetnyilvánítás

A könyv alapjául szolgáló kutatásokat három szervezet támogatta. A Drogabúzus Tanács (*Drug Abuse Council, Inc.*) támogatásával jöhetett létre az az 1973. július 1-től 1976. június 30-ig folytatott előtanulmány, ami a fő kutatás kivitelezhetőségét vizsgálta. A Nemzeti Kábítószerügyi Intézet (*National Institute on Drug Abuse, NIDA*) 1976. július 1-től 1979. június 30-ig fedezte a kutatások költségeit, illetve 1979. július 1-től 1981. június 30-ig meghosszabbította támogatását. A Standard Fittings Vállalat nagylelkűen pénzügyi segítséget nyújtott a jelen könyv kéziratának elkészítéséhez. Mindhárom szervezetnek mély hálával tartozom.

Wayne M. Harding 1974. július 1-től nélkülözhetetlen társam a kutatás minden egyes lépésének megkezdésében és folytatásában. Különösen a 3. fejezetben és a C függelékben bemutatott kvantifikáció módszertanáért és kifejlesztéséért illeti köszönet. Rajta kívül csak egyetlen ember dolgozott a kezdetektől fogva a projekten, kinek intelligenciája és odaadása a befejezésig végig kísérte ezt a kéziratot – ő nem más, mint Miriam Winkeller. Mindkettejüknek szeretném köszönetemet és mélységes hálámat kifejezni.

A projekt elindításáért és működtetéséért a következőknek szeretnék még köszönetet mondani: Thomas E. Bryantnek, James V. DeLongnak és Peter Goldbergnek a Drogabúzus Tanácstól, Dan J. Lettierinek, a Nemzeti Kábítószerügyi Intézettől, Irwin H. Davlinnak, a Standard Fittings Vállalat elnökének, Andrew T. Weilnek, Robert Apslernek, Jack Barrettnak, Michael Barrynek, Ellen Dubachnak, Richard C. Jacobsonnak, Robert A. Marblestonak, Deborah Pattnek, Thomas H. Seaynek és Shirley Stelmacknak a kutatásban nyújtott segítségért, illetve Dorothy W. Whitneynek és Leonard C. Whitneynek a könyv szerkesztésében nyújtott segítségért.

Első fejezet

A kontrollált drogfogyasztás történelmi perspektívái

Carl alkalmi heroinfogyasztó. Huszonhat éves egyedülálló fehér férfi, posztgraduális hallgató, tizennyolc éves korában vándorolt ki Dél-Afrikából az Egyesült Államokba. Édesapja két éves korában meghalt, édesanyja tizennyolc hónappal ezután újra férjhez ment. Mostohaapja, aki orvos, egy fiú- és egy lánygyermeket hozott magával előző házasságából, Carl édesanyjától pedig további két fia született. Carl mindegyiküket a családtagjainak tartja. A családban senki sem számolt be alkoholizmusról, súlyos drog- vagy gyógyszerfogyasztásról.

Carl szülei mértékletes társasági ivók, akárcsak ő maga. Szinte minden esti étkezéshez fogyasztanak sört vagy bort, és Carlnek körülbelül tíz-tizenegy éves kora óta engedélyeztek néha-néha egy kortyot. Tizenkét éves korában kipróbálta a dohányzást, majd tizenkilenc éves kora óta napi egy doboz cigarettát szív el. Tizenhat évesen kipróbálta a marihuánát, és tizennyolc éves koráig hétvégenként fogyasztotta. Jelenleg maximum hetente háromszor szív marihuánát, de csak késő este, miután befejezte munkáját, tanulmányait és társas összejöveteleit.

Carl egyik baráti társasága körében népszerűek voltak az amfetaminok, így tizenhat és tizennyolc éves kora között, amikor elköltözött Dél-Afrikából, körülbelül két hetente egyszer, társas összejöveteleken közösen fogyasztotta velük ezeket a drogokat. Azóta viszont mindössze két-három alkalommal élt amfetaminokkal.

Tizenhét évesen, amikor Carl és legjobb barátja, akinek az apja szintén orvos volt, és különböző drogokkal kísérletezett, elemeltek egy üveg morfin-szulfátot barátja apjának rendelőjéből. Egyszer használatos fecskendőket és tűket is elvittek, és intramuszkulárisan beadták egymásnak a szert. Mindketten rendkívül kellemesnek ta-

lálták az élményt, s ezt követően hétfégenként meg is ismételték, míg csak ki nem ürült az üveg.

Tizennyolc éves korában, már az Egyesült Államokban, Carl San Franciscóban kezdett egyetemre járni, ahol összebarátkozott egy pszichedelikus szereket használó társasággal. Első pszichedelikus élményei nagyon kellemesek voltak, s az ezt követő évben havonta két-három utazáson vett részt. Aztán elmúlt az érdeklődése az ilyen típusú drogélmények iránt. Ma már csak igen ritkán használ pszichedelikus szereket – évente legfeljebb kétszer.

Húsz éves korában, amikor Kaliforniában tanított, összefutott egy „hippi”-bandával, s velük heroint szippantott. Visszatérve San Franciscóba érdeklődni kezdett az opiátok iránt. Diszkrét kérdezősködése nyomán hamarosan megismerkedett egy alkalmi heroinfogyasztókból álló társasággal, aminek tagja volt egy közeli barátja is, aki korábban nem beszélt Carlnek szenvedélyéről. Carl átlagosan havonta egyszer fogyasztott heroint ezzel a társasággal, de nem rendszeres jelleggel.

Carl heroinfogyasztásának rendszertelen mivolta teljes mértékben társasági életének tulajdonítható. Ha más dolgok kötötték volna le, és ritkábban találkozott volna heroinfogyasztó barátaival, ő is ritkábban élt volna a szerrel, és viszont: minél gyakrabban találkozott velük, annál gyakrabban fogyasztotta ő is. Ez a rendszeresség működött két, egyenként kététhes időszakot kivéve, amikor Carl európai utazásai során Amszterdamban járt. Ebben a nyitott szellemiségű városban gyakorlatilag minden nap fogyasztott heroint, ám ez nem változtatta meg régi fogyasztási szokásait, amikor visszatért az Egyesült Államokba.

Miután Bostonba költözött, és elkezdte posztgraduális tanulmányait, az akkor huszonkét éves Carl néhány kaliforniai barátja révén megismerkedett egy újabb heroinfogyasztó társasággal. A társaság két-három tagját nagyon kedveli, de csak rendszertelenül találkozik velük. Sem „legjobb” barátja, (egyik hallgató társa), sem az a harmincegy éves mérnök, akivel együtt bérlik a lakásukat (nem különösebben közeli barátja) nem tud arról, hogy Carl heroint fogyaszt. „Nem akarom becsapni őket”, mondja Carl, „de egyesek már-már betegesen rettegnek a herointól, és óriási patáliát csapnak körülötte. Nem szeretek magyarázkodni. Én csak szeretek néhanapján heroinnal feldobódni. Senkinek semmi köze ahhoz, hogy mit szeretek, és nem akarom, hogy ezért bárki is elítéljen.”

Heroint csak társaságban fogyaszt, „szippant”, vagy intramuszkuláris injekció formájában adja be magának. „Az a trükk

a dologban – magyarázza –, hogy a lehető legkevesebb anyagtól dobódj fel. Ha túl sokat veszek be, hányingerem támad, székrekedésem lesz, és nehezen vizelek.” Orvoscsaládból származván teljes mértékben tisztában van a fertőzésveszéllyel, aprólékos gonddal sterilizálja tűit, és soha nem adja kölcsön őket senkinek. Jelenlegi fogyasztási szintjén a heroin magas ára nem okoz problémát. Egyik „jó kapcsolatokkal” rendelkező barátja szerzi be számára a drogot, és ha jó az ár, Carl valamivel többet is szokott venni, hogy félretegye a következő alkalomra. Nem tudja, mihez kezdene, ha a barátja elköltözne. Bíz benne, hogy képes lenne a jelenlegi, már hat éve megtartott szinten folytatni a fogyasztást.

Carl igen aktív társasági életet él, amiben csak kis szerepe van a heroinnak és a marihuánának. Kiváló a kapcsolata a szüleivel, akik nemrég meg is látogatták az Egyesült Államokban. Amikor Carl megérkezett Amerikába, azt hitte, gondja lesz a nőkkel, mert nem elég rámenős; ám mielőtt eljött volna Kaliforniából, hosszú, kielégítő kapcsolatot tartott fenn egy lánnyal. Bostonba költözése óta sokat randevúzott, egyik barátnőjével egy éven át meglehetősen rendszeresen találkozott. Amikor ez a kapcsolat véget ért, egy ideig facér volt; ám az utóbbi három hónapban elkezdett járni valakivel, akiről úgy véli, talán a legfontosabb ember lesz az életében.

Carlnek sokkal jobban tetszett az amerikai egyeteme, mint a dél-afrikai középiskolája, ami sem társasági, sem intellektuális szempontból nem elégítette ki. A posztgraduális képzést még jobban szereti. Boston környékén várja egy csábító állásajánlat, aminek elnyerése azon múlik, hogy elkészíti-e disszertációját szeptemberre, ezért nagyon keményen dolgozik a cél érdekében.

Egészen a közelmúltig nem derült ki, hogy Carl és a hozzá hasonlóak képesek lehetnek kontrollált módon használni az illegális drogot. Ám a könyv alapjául szolgáló, a marihuána, a pszichedelikus szerek és az opiátok kontrollált (mérsékelt, alkalmi) használatáról készült tanulmányok tanúsága szerint az 1970-es években feltámadt az érdeklődés a Carlhoz hasonló emberek iránt. Korábban azt feltételezték, hogy farmakológiai tulajdonságaik miatt a pszichedelikus szereket, a heroint és bizonyos körülmények között a marihuánát nem lehet súlyos problémák nélkül hosszú távon, rendszeres jelleggel fogyasztani. Ennek a „farmakomitológiának” a „bizonyítékeként” általában a heroinfüggők és egyéb szenvedélyes fogyasztók sajnálatos állapotát hozták fel (Szasz, 1975). Az a nézet is széles körben elterjedt, hogy ezeket a „veszélyes” anyagokat szinte mindig komoly személyiségzavarokkal küzdő emberek keresik. A legtöbb

drogkutatót erősen befolyásolta az a moralizáló nézet, hogy ennél fogva minden illegális drogfogyasztás „rossz”, óhatatlanul káros, pszichológiailag vagy fiziológiailag „addiktív”, és hogy az egyetlen alternatíva a teljes tartózkodás (Zinberg & Harding, 1982).

Nem meglepő módon az 1960-as években megjelenő, a drogfogyasztásról készült tanulmányok hajlamosak voltak egyenlőségjelet tenni a drog bármilyen jellegű használata és a káros használata közé, és ritkán vették figyelembe létező, működő fogyasztási mintázatként az alkalmi vagy mérsékelt fogyasztást (Heller, 1972). Ha valamilyen igen korlátozott formában el is ismerték a nem abuzív jellegű fogyasztás lehetőségét, azt nagyon rövid, vagy az absztinenciához, vagy (nagyobb valószínűséggel) a szenvedélyes fogyasztáshoz vezető átmeneti szakaszként kezelték. A kutatók először az illegális drogok potenciálisan káros hatásait igyekeztek meghatározni, majd ezután kezdték el tanulmányozni a szóban forgó anyagok használatából eredő személyiségzavarok tanulmányozását – azokét a zavarokét, melyeket ironikus módon felelősnek tartottak magának a drogfogyasztásnak a kialakulásáért.

Ugyanakkor már az 1960-as évek előtt is köztudott volt, hogy annak a megértéséhez, hogy miként lehet kontrollt kialakítani, fenntartani vagy elveszíteni egy a szervezetbe bejuttatott anyag fölött, különböző fogyasztási mintázatokat kell összehasonlítani. Ezt az elvet már hosszú ideje alkalmazták az alkoholfogyasztás mintázatainak összehasonlító tanulmányozása során: az alkoholizmust a társasági vagy mértékletes ivással állították szembe. Ezt a kutatási stratégiát csak az 1970-es években kezdték szigorúan alkalmazni az illegális drogok fogyasztásának tanulmányozásában, és a tudományos közösség csak még később, az 1970-es évek közepén ismerte fel, hogy fontos lenne a fogyasztási mintázatok körének további bővítése.

A kontroll új perspektívája

A droggal való élés és visszaélés mintázatainak összehasonlító kutatása iránti, újonnan támadt érdeklődés legalább két tényezőnek tulajdonítható. Az első az, hogy a marihuánafogyasztás mértékének rendkívüli megnövekedése ellenére az egészségi kockázatokkal kapcsolatos régi aggodalmak nagy része megalapozatlannak bizonyult. Emellett a marihuánafogyasztást általában véve alkalminak

és mértékletesnek, nem pedig intenzívnek és krónikusnak találták (Josephson, 1974; National Institute on Drug Abuse, 1977; *Marijuana and Health*, 1982). Egyes becslések szerint például 1981-ben a marihuánát fogyasztó amerikaiak 63 százaléka alkalmi fogyasztó volt (Miller & Associates, 1983). Ezeknek a fejleményeknek köszönhetően mind a közvélemény, mind a szakma elismerte annak a lehetőségét, hogy az illegális anyagok mértékletesen is használhatók, illetve hogy érdemes tovább kutatni azt a kérdést, hogy miként működik a kontroll a különböző fogyasztási szinteken. Az új kutatási perspektíváért felelős másik tényező néhány tudós úttörő munkássága, akikre nagyobb hatást gyakorolt saját eredményeik logikája, mint az illegális drogok fogyasztásáról kialakult általános nézet. A legnagyobb hatású munka Lee N. Robinsé, akinek a vietnami veteránok drogfogyasztása terén végzett kutatásai (lásd C függelék) azt jelzik, hogy a heroinfogyasztás (a „legveszélyesebb” illegális drog fogyasztása) nem minden esetben vezet függőséghez vagy diszfunkcionalitáshoz, és az előforduló függőség sem oly mértékben visszafordíthatatlan, mint azt korábban hitték (Robins 1973, 1974; Robins és munkatársai, 1979).

Ahogy gyengülni kezdett az a hiedelem, hogy az illegális drogok önmagukban véve külön kategóriát alkotnak, elkezdték őket összehasonlítani a legális drogokkal és egyéb anyagokkal. Ugyanakkor óriási attitűdváltozás következett be a legális anyagok tekintetében. A kutatások azt jelezték, hogy nagyon sok ilyen anyag – a dohány, a koffein, a cukor és különböző élelmiszer-adalékok – potenciálisan veszélyt jelentenek az egészségre (Pekkanen & Falco, 1975; Marcovitz, 1969). Más kutatások kimutatták, hogy a receptre felírt gyógyszerek – ha nem az orvos szándékának megfelelően használják őket – szintén veszélyesek lehetnek, és komoly közegészségügyi problémát okozhatnak. Így a közvélemény egyre inkább tudatára ébredt, hogy akár még az orvos javaslatára „jó” okkal felírt „jó” gyógyszerek kontrollja is nehézségeket okozhat. Úgy tűnt, azzal párhuzamosan, hogy az illegális drogok általános és feltétel nélküli károságát hirdető mitológia teret veszített, megingott az a mitológia is, miszerint a legális anyagok mindegyike egyöntetűen jó hatású. Ennek eredményeképpen feltámadt az érdeklődés aziránt, hogy miként lehet kontrollálni számos legális és illegális anyag használatát.

1973-ban, amikor megkaptam a támogatást a Drogabúzus Tanácstól a kontrollált drogfogyasztók vizsgálatához, a kutatószervek hagyományos hozzáállása az volt, hogy meg kell találni a drogabúzus meggátlásának a módjait, ami akkoriban egyet jelentett

mindenféle drogfogyasztás meggátolásával (Zinberg, Harding & Apsler, 1978). Mivel 1973-ban a marihuána, a pszichedelikus szerek és az opiátok okozták a legnagyobb aggodalmat, én is ezeket a drogokat választottam ki kutatásom tárgyául. Az 1973-as év több szempontból is sorsdöntő volt. Éppen csak megelőzte a kokainfogyasztás jelentős mértékű növekedését, illetve a PCP hirtelen nagy nyilvánosság elé kerülését, noha a PCP fogyasztása (az anygalpor és a THC álnevek alatt) már régóta igen elterjedt volt. Emellett 1972-ben kezdett el hivatalos lépéseket tenni a marihuána magáncélú használatának dekriminizálásáért a Nemzeti Szervezet a Marihuánatörvények Reformjáért (*National Organization for the Reform of Marihuana Laws, NORML*). 1973 volt az utolsó év, melyben nagy arányú növekedést mutatott a pszichedelikus drogok fogyasztása (a Marihuána és Drogabúzus Bizottság 1973-as jelentése szerint 131 százalékos volt a növekedés). Végül pedig ebben az évben vette kezdetét a „heroinjárvány” fölötti mindent elsöprő aggodalom lecsengése.

A kutatás mögött rejlő, egymással kapcsolatban álló két hipotézis 1973-ban sokkal vitatottabb volt, mint ma lenne, pedig még ma sem nevezhetők általánosan elfogadottnak. Legelőször is azt állítottam, hogy annak a megértéséhez, hogy mi késztet valakit egy illegális drog fogyasztására, illetve hogy miként hat a drog a fogyasztójára, három determinánst kell figyelembe vennünk: a drogot (magának az anyagnak a farmakológiai hatását), a *setet* (a személy attitűdjét a fogyasztás időpontjában, beleértve személyiségstruktúráját is) és a *settinget* (annak a fizikai és társadalmi környezetnek a hatását, melyben a fogyasztásra sor kerül) (Weil, 1972; Zinberg & Robertson, 1972; Zinberg, Harding & Winkeller, 1981). A három determináns közül a *setting* részesült a legkevesebb figyelemben és elismerésben; ezért ez került a vizsgálódásom középpontjába (Zinberg & DeLong, 1974; Zinberg & Jacobson, 1975). Mindennek nyomán a második hipotézis, mint az első származéka, az volt, hogy a társadalmi környezet az, ami szankciók és rítusok révén kontroll alá helyezi az illegális drogok fogyasztását.

Mindenféle drog fogyasztása értékeket és viselkedési szabályokat (ezeket neveztem én társadalmi szankcióknak), illetve viselkedési mintákat (ezeket neveztem társadalmi rítusoknak) foglal magában; a kettőt együtt informális társadalmi kontrolltényezőkként ismerjük. A társadalmi szankciók határozzák meg, hogy szabad-e fogyasztani egy adott drogot, és ha szabad, akkor hogyan. A szankciók lehetnek informálisak, elfogadhatja őket egy csoport, mint

például az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó általános irányelveket: „Tudd, hol a határ”, „Iszik vagy vezet”; vagy lehetnek formálisak, mint a drogfogyasztás szabályozását megcélzó törvényekben és kormányzati irányelvekben (Zinberg, Harding & Winkeller, 1981; Maloff és munkatársai, 1982). A társadalmi rítusok a drogok használatát körülvevő stilizált, előírt viselkedésminták. Szólhatnak a drog beszerzésének és elfogyasztásának a módszereiről, a fogyasztás fizikai és társadalmi környezetének a kiválasztásáról, a drog elfogyasztása után folytatott tevékenységekről, és a drog kellemetlen hatásainak megelőzése érdekében tett lépésekről. A rítusok tehát a szankciók megtámogatását, megerősítését és jelképezését szolgálják. Az alkohol esetében például a hétköznapi „Igyunk egy italt!” felszólítás automatikusan bizonyos fokú kontrollt jelent, mivel egyes számban „egy ital”-t említ. Ezzel szemben az „Igyuk le magunkat!” azt fejezi ki, hogy minden korlátozás figyelmen kívül lesz hagyva.

A társadalmi kontrolltényezők (a rítusok és a szankciók összessége) minden drog fogyasztására vonatkoznak, nem csak az alkoholéra, és számos társadalmi környezetben működnek, kezdve a kultúra egészét képviselő nagyon nagy társadalmi csoportoktól egészen a kicsi, különálló csoportokig (Harding & Zinberg, 1977). Bizonyos nagy embercsoportokat érintő, különleges fogyasztási alkalmak – mint a söré a baseball-döntőkön, a marihuánáé a rockkoncerteken, a boré az étkezésekkor vagy a hatórai koktéloké – kulturális sokszínűségük ellenére oly mértékben általánosan elfogadottakká váltak, hogy nagyon kevés jogi bíráló érí őket – ha érí egyáltalán –, még ha szigorú értelemben véve törvénysértők is. Például lehet, hogy egy szabadtéri koncerten a rendőr rászól a sört ivó fiatalokra, hogy „dobják el”, de ritkán tartóztatja le őket; és sok államban akkor is hasonló lenne a rendőrség reakciója, ha a szóban forgó drog a marihuána lenne (Newmeyer & Johnson, 1982). Ha a kultúra egésze teljes mértékben elfogad egy széles körben elterjedt társadalmi rítust, akkor az végül akár törvényi szintre is emelkedhet, mint ahogyan a reggeli kávészünet társadalmilag kialakult mechanizmusa is jogi szinten beépült a szakszervezeti szerződésekbe. Talán a HIPV (Hála Istennek itt a péntek) ital sem áll távol attól, hogy hasonló státusba kerüljön. A kis csoportok szankciói és rítusai azonban általában sokkal szerteágazóbbak és sokkal szorosabban kötődnek a körülményekhez. Mindazonáltal ugyanolyan határozottan fenntarthatnak bizonyos tiltásokat: „Ne szívj marihuánát, amíg nem alszanak a gyerekek!”, „Csak hétvégén ihatsz!”, „Ne lódd be

magad, amíg mindenki meg nem érkezett, és be nem zártatok az ajtót!”.

A társadalmi szankciók és rítusok létezése nem szükségszerűen jelenti azt, hogy hatásuk is lesz, mint ahogy azt sem, hogy minden szankció és rítus a kontrollt elősegítő mechanizmusként alakult ki. A heroinfüggők „booting”-olása (a vér felszívása a fecskendőbe, majd visszafecskendezése) látszólag misztikumot kölcsönöz a tú használatának, s így ellenáll a kontrollnak. Ám lehetséges, hogy ez egykor kontrollmechanizmusként szolgált, ami fokozatosan leromlott vagy eltorzult. Néhány régi heroinfogyasztó legalábbis azt állította, hogy a „booting” abból a (tév)hitből ered, hogy a vér ki-, beszivattyúzásával fel lehet fokozni a beadott drog hatását.

Annál, hogy a szankciót vagy a rítust eredetileg kontrollmechanizmusnak szánták-e, fontosabb az, ahogyan a drogfogyasztók a szankciók közötti konfliktusokat kezelik. Az illegális drogok esetében a legnyilvánvalóbb konfliktus a formális és informális társadalmi kontrolltényezők – azaz a fogyasztást tiltó törvények és az adott társadalmi csoport helytelenítése – között feszül. A rockkoncertre járó tizenéveseket gyakran kortársaik „kényszerítik” a marihuána kipróbálására, talán makacsul állítva, hogy akkor és ott elfogadható a füvezés, és még a zene élvezetét is felfokozza. A fogyasztásra való biztatás magában foglalhat egy-egy kontrolleszközt is, például „Joey nem fog szívni, mert meg van fázva, ezért ő fog vezetni” – ami révén tiszteletben tartják a „beszívva ne vezess” szankciót. Mindazonáltal a fogyasztás melletti, racionálisan felvezetett döntés törvénybe ütközik, és így aggodalmat válthat ki a fogyasztóban. Ez az aggodalom pedig gátolja a kontrollt. A konfliktus kezeléséhez a fogyasztó esetleg nagyobb vagányságot, exhibicionizmust, paranoiát vagy antiszociális érzéseket mutat, mint ha a koncertterem közelében lévő kis bárók egyikébe ugrott volna be. Az ilyen jellegű személyes és társadalmi konfliktusok bonyolultabbá és nehezebben megvalósíthatóvá teszik az illegális drogok kontrollált fogyasztását a legális drogok kontrollált fogyasztásánál.

Természetesen a társadalmi kontrolltényezők alkalmazása nem mindig eredményez mértékletes fogyasztást, különösen az illegális drogok esetében nem. Ennek ellenére mégis az az uralkodó kulturális hiedelem, hogy a drogfogyasztásnak mindig mértékletesnek, a viselkedésnek pedig társadalmi szempontból elfogadhatónak kellene lennie. Ez az elvárás nem veszi számításba a fogyasztási szokások sokféleségét, vagy a kontroll elsajátításához elengedhetetlen kísérletezést, s ez a fő oka annak, hogy nem ismerjük fel és nem használjuk

ki teljes mértékben a társadalmi környezet képességét a kábítószer-fogyasztásának szabályozására. A helyes viselkedés társadalmi elvárása a kultúránkat átható moralizáló attitűdből ered, s majdnem ugyanolyan kiemelt szerepet játszik a legális és az illegális drogok esetében is. Kulturális szempontból a kevésbé helyénvaló viselkedés csak különleges alkalmakkor, például esküvői ünnepségeken vagy a kamaszok alkohollal kapcsolatos első próbálkozásainál fogadható el. Noha ezek az esetek nem feltétlenül jelentik a teljes kontroll összeomlását, azt a képzetet keltik az absztinensekben, hogy a drog-fogyasztás kapcsán csak két alternatíva létezik – a teljes absztinencia vagy a függőséghez vezető határtalan mértéktelenség. Sokan annak ellenére is rendíthetetlenül megmaradnak ebben a meggyőződésükben, hogy nagyszámú bizonyíték igazolja az ellenkezőjét.

Ez a közönyös hozzáállás megakadályozza, hogy racionális képet kapjunk a kontrollált drogfogyasztásról, és figyelmen kívül hagyja azt a tényt, hogy még a legsúlyosabb alkoholisták és függők is – akiket a drogfogyasztás spektrumának egyik végén helyezhetünk el – gyakorolnak bizonyos mértékű kontrollt, abban az értelemben, hogy valójában kevesebbet fogyasztanak a bódító hatású szerekből, mint amennyit tudnának. Emellett, amint az a hétköznapi emberekkel készített interjúinkból kiderül, még a nagyfokú kontrollal rendelkező fogyasztók, sőt a spektrum másik végén elhelyezhető absztinensek is sokkal nagyobb érdeklődést tanúsítanak a kábítószer-használata iránt, mint általában azt el szokták ismerni. Fogyasszake drogot, mikor, kivel, mennyit, hogyan indokoljam, ha nem fogyasztok – ezek a kérdések fontos helyet foglalnak el szinte minden ember érzelmi életében. Mégis, az amerikai kultúrában rejtetten ott nyugszik egy mélyen gyökerezett ellenérzés ennek az érdeklődésnek a beismerésével szemben. Ennek eredményeképpen kultúránk bagatellizálja sok olyan társadalmi szokás – a szankciók és rítusok – jelentőségét, melyek megerősítik a kontrollált fogyasztásra való képességünket. Sem a legszenvedélyesebb fogyasztók kismértékű, de létező kontrolljáról, sem a leginkább kontrollált fogyasztók részéről a droghasználat iránt tanúsított érdeklődésről nem veszünk tudomást. Társadalmunk így csupán áhítozik azon utópia után, melyben soha senki nem fogyaszt drogot kellemes vagy kellemetlen hatásai, a kikapcsolódás, a jó társaság, vagy a kiugrás és a felejtés érdekében.

Ez a kulturális ragaszkodás a túlzottan helyes viselkedéshez jóval nagyobb hangsúlyt fektet a drogra és a fogyasztóra (set), mint determinánsokra, azt sugallva, hogy a társadalmi normák a drog ereje vagy a fogyasztó valamilyen személyiségzavara miatt sérülnek

meg. Ez a gondolkodásmód, mely figyelmen kívül hagyja a társadalmi környezetet (*setting*), tetemes pszichológiai bűvészkedést követel meg, mivel a kábítószerekkel élők közül csak nagyon kevesen képesek ilyen következetes önfegyelemre. A kábítószeres fogyasztása az egyén életkorának, státusának, sőt földrajzi elhelyezkedésének függvényében is más és más lehet. A kamaszkorukban erős fogyasztók közül sokan a felnőttkort elérve lelassítanak, megváltoztatják társadalmi környezetüket (barátaikat és körülményeiket), míg más felnőttek sikereikkel párhuzamosan éppen hogy fokozzák a fogyasztást. Például, egy Kansas valamelyik száraz vidékén született és nevelkedett férfi fogyasztási szokásai jelentősen megváltozhatnak, miután New Yorkba költözik. A társadalmi körülmények ilyen változásainak hatásait könnyű felismerni, a társadalom mégsem fogadja el, hogy ez milyen módon befolyásolja a kábítószeres fogyasztását és kontrollját.

A nagy történelmi korszakokat szemügyre véve, országról országra szintén óriási eltérések figyelhetők meg a drogok, különösen az alkohol társasági fogyasztásában. Az alkoholfogyasztás szempontjából az amerikai történelem három nagy korszakra osztható fel, melyek abban különböznek egymástól, hogy a szokások és erkölcsök milyen erővel mérsékeltek az alkoholfogyasztást. Ezeknek a korszakoknak a vizsgálata során hasznos észben tartani a következő, a kontrollra vonatkozó társadalmi előírásokat, melyeket az alkoholfogyasztás több kultúrát átfogó vizsgálataiból foglaltunk össze (Lolli és munkatársai, 1958; Chafetz & Demone, 1962; Lolli, 1971; Wilkinson, 1973; Zinberg & Fraser, 1979).

1. A társasági ivás egyértelműen megkülönböztetendő a részegségtől, és rituális vagy vallási ünnepségekhez köthető.
2. Az ivás az evéshez vagy a rituális étkezésekhez köthető.
3. Az ivásnak teret adó szituációban mindkét nem és minden nemzedék jelen van, attól függetlenül, hogy iszik-e vagy sem.
4. Az ivás elválik az egyén arra irányuló próbálkozásaitól, hogy elmeneküljön gondjai vagy a nehéz (esetleg elviselhetetlen) társadalmi szituációk elől. Mi több, az alkoholt nem tartják gyógyászatiilag értékesnek.
5. Az ivás során teljes mértékben elfogadhatatlan a helytelen viselkedés (erőszak, agresszió, nyílt szexualitás), s az ilyen viselkedéssel szembeni védelmet a józanok vagy kevésbé bódult állapotban lévők biztosítják. A korlátozás fogalmának

ily módon történő általános elfogadása azt jelzi, hogy az ivás csak egy a számos tevékenység közül, s így csak alacsony szintű érzelmi fellobbanást hordoz.

Az amerikai történelem első korszakában, az 1600-as évektől az 1770-es évekig a gyarmatok határozottan és hatékonyan tiltották a részegséget, noha valósággal tocsogtak az alkoholban. A családok együtt ettek és ittak a fogadóknál, és az ivás az ünnepségekkel és rítusokkal járt együtt. A fogadósok társadalmi státussal bírtak; fontos kötelességük volt a nyugalom megőrzése és a részegségből fakadó rendellenességek megelőzése. A férfiaságot és az erőt nem a fogyasztás mértékével vagy az abból fakadó erőszakos cselekedetekkel mérték. Ugyanakkor a forradalom előtti társadalom nem tartotta magát minden szempontból a kontrollra vonatkozó előírásokhoz: a „nyögető sört” („groaning beer”) például orvosságnak tartották, és nagy mennyiségben fogyasztották a várandós és szoptató nők.

Az 1770-es évektől körülbelül 1890-ig tartó második korszak felölelte a függetlenségi háborút, az ipari forradalmat és a nyugati határok kiterjesztését – mindezt a túlzott alkoholfogyasztás kísérte. A férfiak kénytelenek voltak elválni családjuktól, s ennek következtében együtt és prostituáltak társaságában kezdtek inni. Az alkoholt étel nélkül szolgálták fel, fogyasztása nem korlátozódott különleges alkalmakra, és sokkal gyakoribbá vált a részegségből származó erőszak. Az egyre növekvő mértékű részegséggel és alkoholizmussal szembesülve az emberek azt hitték (mint ahogy hiszik ma is egyes illegális drogokkal kapcsolatban), hogy magának a kábítószernek a káros, erős farmakológiai hatásai nehezítik meg, vagy teszik lehetetlenné a kontrollált fogyasztást.

Noha az 1890-től napjainkig terjedő harmadik korszak elején mérséklődött az alkoholfogyasztás, ezt a tendenciát hirtelen megtörte az 1900-as évek elején a prohibíciós törvény, mellyel újabb túlzott fogyasztással terhes időszak köszöntött be. Az amerikai társadalom még mára sem heverte ki teljes mértékben az alkoholtilalom illegális italméréseinek légkörét, melyben a férfiak ismét egymás és prostituáltak társaságában ittak, az étel helyét átvette az alkohol, és az ivás élményét tovább színezte a dolog illegális mivolta és az erőszak potenciális fenyegetése. Noha a prohibíciós törvény visszavonása felszabadulást hozott a túlzó és népszerűtlen törvényi kontroll alól, a társadalom ott maradt a fogyasztást kontrolláló világos társadalmi szankciók és rítusok örökölt rendszere nélkül.

A társadalmi szankciók internalizálása

Mára kezd feltöltődni ez a légüres tér. Társadalmunk legtöbb szektorában könnyen hozzáférhető az alkohollal kapcsolatos informális felvilágosítás. Kevés gyerek nő fel anélkül, hogy ne tudna az alkoholfogyasztással társított viselkedésmódok széles skálájáról – ezeket a legszélesebb körben elterjedt médiumból, a televízióból megismerheti. Látják a koktélparkot, az étkezésekhez fogyasztott bort, a baseball-döntőn védett sört, az ivás miatt felbomlott családokat, az alkoholisták zátonyra futott életét, és persze a hirdetéseket, melyek úgy mutatják be az alkoholt, mint ami ragyogást kölcsönöz minden eseménynek.

A fiatalok a filmek, a nyomtatott sajtó, a családjuk és a családjuk barátainak megfigyelése, vagy gyakran a felnőttek italainak egy-egy kortya, esetleg vízzel hígított változata által hamar megismerkednek az alkohollal. Amikor kortárs csoportjaikban elkezdnek inni, sőt beavatási rítusként túl sokat inni, már ismerik a releváns szankciókat. A határ megtalálásának folyamata az „ismerd meg a határaid” közvetlen kifejeződése. Miután ez a szankció internalizálódik – és társadalmunk nagyobb mozgásteret enged a kamaszok számára az erkölcsök terén, mint a felnőtteknek –, a fiatalok továbbléphetnek olyan szankciókra, mint a „nem ildomos részegen mutatkozni” és a „a nap végén jól eshet egy ital, vagy meg lehet inni néhány sört a munkából hazafelé menet, esetleg a tévé előtt, de a munkahelyen nincs ivás” (Zinberg, Harding & Winkeller, 1981).

A társadalmi szankciók megtanulásának vagy internalizációjának ezen általános leírása nem veszi számításba a személyiségbeli eltérésekből, a kulturális háttérből és a csoportaffinitásból fakadó egyedi különbségeket. A különböző csoportok egyedi szankciókat és rítusokat alakítanak ki és integrálnak különböző mértékben (Edwards, 1974). Egyes etnikai csoportoknak, például az íreknek nincsenek erős szankcióik a részegséggel szemben, és ennek megfelelően körükben magasabb is az alkoholizmus aránya. A családon belüli alkoholszocializáció bármely etnikai csoportról beszélve kudarcot vallhat a válások, a halálesetek vagy egyéb bomlasztó hatású események miatt. Nyilvánvaló, hogy egy gazdag, művelt családból származó New York-i gyermek, aki ahhoz van szokva, hogy szombatonként elvált szülőjével ebédeljen a The 21 Clubban, más attitűdöt alakít ki az ivással kapcsolatban, mint egy kisvárosi gyermek, aki élénken emlékszik arra, amikor szülőjével elment egy

sporteseményre, ahol az alkoholfogyasztás a feltétel nélküli szurkolás izgalmának fűtőanyagaként szolgált. Ám e két nagyon eltérő háttérrel rendelkező fiatalnak mégis közös nevezője az a tudat, hogy alkoholt különleges alkalmakkor és különleges helyeken szokás fogyasztani.

A drogfogyasztással ilyen módon való megismerkedés társadalmi tanulás, ami vég nélkül és öntudatlanul zajlik a mindennapi életben (Zinberg, 1974). A tanulási folyamatot a fiatalok azon meg nem fogalmazott és gyakran öntudatlan felismerése lendíti előre, hogy a drogfogyasztás az érzelmi tekintély egyik területe az amerikai társadalomban, és hogy ennek megismerése nagyon fontos lehet személyes és társadalmi fejlődésük szempontjából. Az 1960-as és 1970-es évek kísérletei arra, hogy ezt az informális folyamatot formális drogfelvilágosító programokká változtassák, főként azzal a céllal, hogy eltántorítsanak a fogyasztástól, rendre kudarcot vallottak (Boris, Zinberg & Boris, 1978). Paradox módon ez a fajta drogfelvilágosítás a drogfogyasztásra való koncentráció révén fogyasztásra ösztönözte a korábban közönyös fiatalokat, s közben megerősítette sok olyan fiatal félelmeit, akik már akkor túlzott mértékben fogyasztottak. Vajon képes a formális felvilágosítás kodifikálni a társadalmi szankciókat és rítusokat érthető módon azok számára, akik kimaradtak az informális folyamatból, vagy az uralkodó kulturális moralizálás kizárja annak a lehetőségét, hogy a fogyasztást megbocsátó, értelmes informális társadalmi kontrolltényezőkről beszéljünk? Ez a kérdés mindaddig megválaszolatlan marad, amíg kultúránk el nem fogadja az alkohol mellett egyéb kábítószeres fogyasztását is, hogy a tanárok képesek lehessenek elmagyarázni, hogyan lehet ezeket a drogokat biztonságosan és megfelelően fogyasztani. A biztonságos fogyasztás tanítása nem a fogyasztás bátorítását jelenti. A tanítás fő célja az abúzus megelőzése, mint ahogy a ma létező kisszámú jó szexuális felvilágosító kurzus célja is a nemkívánatos terhesség és a nemi betegségek elkerülési lehetőségeinek bemutatása, nem pedig annak oktatása, hogy kíváncsi-e vagy sem a szexuális tevékenység gyakorlása.

Akármi is történjék ezeken a területeken a formális felvilágosítással, a társadalmi tanulás természetes folyamata óhatatlanul fennmarad. Ennek a folyamatnak az erejét két közelmúltbeli, rendkívül fontos társadalmi esemény illusztrálja: a pszichedelikus szerek fogyasztása az Egyesült Államokban az 1960-as évek során és a heroin használata a vietnami háborúban.

Nem sokkal azután, hogy 1963-ban az ellenkultúra a saját jel-szavává tette Timothy Leary „indulj be, hangolódj rá, és ugorj ki” tanácsát, a pszichedelikus szerek fogyasztása országos hisztéria tárgya lett. A „drogforradalmat” a kemény munka, a család és az országhoz való hűség uralkodó kulturális értékei elleni komoly fenyegetésnek tekintették. Az akkor még pszichotomimetikumokként (pszichózisutánczókként) ismert drogokról széles körben úgy hitték, hogy pszichózt, öngyilkosságot, sőt gyilkosságot okoznak (Mogar & Savage, 1954; Robbins, Frosch & Stern, 1967). Hasonlóan nagy nyilvánosságot kapott az az állítás, hogy spirituális újjászületést okozhatnak, és misztikus egységet hoznak létre a világegyetemmel (Huxley, 1954; Weil, 1972). Kétségtelen, hogy a pszichedelikus szerek tartós használatát követően számos nem pusztán átmeneti, hanem tartós pszichózisest következett be. Az 1960-as évek közepén a Massachusetts Mental Health Centerhez vagy a New York City’s Bellevue Hospitalhoz hasonló pszichiátriai intézetek jelentése szerint felvett betegek mintegy egyharmada ezeknek a drogoknak a fogyasztása miatt került hozzájuk (Robbins, Frosch & Stern, 1967). Ugyanakkor az 1960-as évek végére drámai módon lecsökkent az ilyen jellegű betegfelvételek száma. Ebből sok megfigyelő először azt a következtetést vont le, hogy a „félelemtaktikának” – a különböző egészségügyi kockázatok, a kromoszómatorzulások és születési rendellenességek sajtóbeli vészjósló hirdetésének – köszönhetően visszaesett a pszichedelikus szerek fogyasztása. Ez a magyarázat azonban tévesnek bizonyult, ugyanis hiába csökkentek radikálisan a diszfunkcionális utóbajok, a pszichedelikus szerek fogyasztása egészen 1973-ig a leggyorsabban növekedett minden egyéb drog fogyasztásához képest (National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1973). De akkor mi változott meg?

Kiderült, hogy az 1960-as években nem maguk a drogok, és nem is a fogyasztók személyisége alkották a legkiemelkedőbb tényezőket azokban a fájdalmas esetekben. Noha a drogokra adott reakciók igen széles skálán mozogtak, az 1960-as évek első fele előtt egyetlen egyszer sem szerepeltek közöttük az 1960-as évek közepének rettenetes, széles körben nyilvánosság elé tárt következményei (McGlothlin & Arnold, 1971). Egy másik könyv, az *LSD: Személyiség és tapasztalat (LSD: Personality and Experience)*, Barr és munkatársai, (1972) bemutat egy kutatást, amit még a drogforradalom előtt végeztek el a személyiségnek a pszichedelikus drogok okozta élményre gyakorolt hatásáról. A kutatás felállította a drogokra adott reakciók tipológiáját, ám nem állapított meg egyértel-

mű összefüggést a kellemetlen reakció és az érzelmi zavarodottság között. 1967-ben Howard S. Becker szociológus egy profetikus cikkében a pszichedelikus szerek körüli hisztériát a marihuána körül az 1920-as években kialakult hisztériához hasonlította, amikor is számos pszichózisos esetről számoltak be. Becker azt a hipotézist állította fel, hogy a pszichózisok nem magukból a drogokra adott reakciókból származnak, hanem abból a másodlagos aggodalomból, amit a drog hatásainak nem ismerete okoz, s amit a média és a nyilvánosság nagyít fel. Véleménye szerint miután széles körben ismertté vált a marihuána valódi hatása, a kellemetlen reakciók eltűntek, és helyesen jósolta meg, hogy ugyanez fog történni a pszichedelikus szerek esetében is.

A társadalmi tanulás ereje azoknak a reakcióiban is változást eredményezett, akik szellemi meglátásokat és megvilágosodást vártak a pszichedelikus szerek használatától. Az általunk és mások által készített interjúkból kiderült, hogy az 1960-as évek elejének a mennyországhoz nagy reményeket fűző, a pokoltól rettegő és a várható tapasztalatokról semmit nem tudó fogyasztói sokkal szélsőségesebb élményekről számoltak be, mint az 1970-es évek fogyasztói, akik már egy évtizeden át érdeklődést tanúsítottak a pszichedelikus színek, zene és érzések iránt. Ez utóbbi fogyasztók, akik megjegyezhetnék: „Ő, tehát ilyen egy pszichedelikus szín”, teljes mértékben felkészültek – ha öntudatlanul is – az élményre, és így visszafogottabb reakciókat adhattak.

A második példa arra, hogy a társadalmi környezet és a társadalmi tanulás milyen óriási hatással lehet a drogfogyasztásra, Vietnamból származik. A jelenlegi becslések szerint a besorozottak legalább 35 százaléka kipróbálta a heroint Vietnamban, és ezek 54 százaléka függő is lett (Robins és munkatársai, 1979). Noha a veteránok függővé válásakor hozzáférhető főbb kezelési módok (terápiás közösségek és önkéntes civil mozgalmak) sikerét nem lehet pontosan meghatározni, az értékelések azt mutatták, hogy az absztinenciánál gyakrabban fordult elő az egy éven belüli visszatérés a drogfogyasztáshoz, és egyes jelentések szerint a visszaesők aránya elérte a 90 százalékot (DeLong, 1972). Miután nyilvánvalóvá vált a vietnami heroinfogyasztás mértéke, a hadsereg és a kormánytisztviselők leginkább attól tartottak, hogy az „aki függő, az mindig függő is marad” elv lép majd működésbe, s a legtöbb szakértő egyetértett abban, hogy ez a félelem teljesen jogos. Vietnamban kezelési és rehabilitációs központokat állítottak fel, s mindenfelé hirdették a hadsereg jelmondatát, miszerint a heroinfüggőséget megállították

„a Dél-Kínai-tenger partjánál”. Ugyanakkor, amint abban gyakorlatilag minden megfigyelő egyetért, ezek a programok teljes mértékben kudarcot vallottak. A rehabilitációs programban részt vevő katonák gyakran több heroint fogyasztottak a kezelés során, mint az aktív szolgálatban (Zinberg, 1972).

Mindazonáltal ahogy azt Lee N. Robins és kollégái kimutatták (1979), a függőség nagy része valóban megállt a Dél-Kínai-tenger partjainál. A Vietnamból hazatérő függők körében három év után a visszaesők aránya hozzávetőlegesen 12 százalék volt – ami gyakorlatilag a korábbi arány megfordulását jelenti (DeLong, 1972). Szemmel láthatóan a rettenetes vietnami társadalmi környezet vezetett oda, hogy olyanok is kipróbálják a heroint, sőt függővé válnak, akiknek normális esetben eszükbe sem jutott volna fogyasztani. Nyilvánvaló, hogy a heroinfogyasztást Vietnamhoz kötik, hasonlóan ahhoz, ahogyan egyes kórházi betegek, akik nagy fájdalommal járó betegségük miatt komoly opiátmennyiségeket kapnak, szintén ezzel az állapottal kapcsolják össze a drogot. A hazatérők leginkább azokra a betegekre hasonlítottak, akik a rossz állapot megszűnése és a kórház elhagyása után nem vágynak a drogra.

Vannak olyan emberek, akik nagy valószínűséggel függővé válnak szinte bármilyen elérhető kábítószerrel. Ám az ilyen emberek arányának legnagyobb becslése sem magyarázza a Vietnamban tapasztalt, szélsőségesen nagy arányú heroinfogyasztást. Mi több, a függőségre hajlamos személyek aránya még alacsonyabb is lehetett az átlagosnál, hiszen a hadsereg a sorozás során kiszűrte a legsúlyosabb pszichológiai problémákat. Robins megállapította, hogy a vietnami heroinfogyasztás meglehetősen korrelációt mutatott a fiatalkori hajlam skálájával. Ezen a skálán szerepel néhány tétel, melyek kapcsolatban állnak a személyiséggel (*set*) – azaz az érzelmi problémákkal (csavargás, kimaradás vagy kicsapás az iskolából, verekedések, letartóztatások stb.). Sok olyan tétel is megtalálható rajta, ami a társadalmi környezettel áll kapcsolatban, mint például a faji hovatartozás vagy a belvárosi lakóhely, de a fiatalkori heroinfogyasztás szórtságának így is csak egy részét fedi le.

A vietnami heroinfogyasztás és függővé válás nagy arányára jobb magyarázat az, hogy a személyiség vagy az egyén (*set*) determinánsa talán maga a drog és annak rendkívül könnyen beszerezhető mivolta. Robins megjegyezte, hogy a veteránok 85 százalékanak kínáltak heroint Vietnamban, ráadásul igen alacsony áron (Robins és munkatársai, 1979). A heroinfogyasztás széles körű elterjedéséhez Vietnamban bizonyára hozzájárult egy másik változó,

a fogyasztás módja is. A vietnami heroin annyira erős és olcsó volt, hogy a cigaretta alakjában történő elszívása hatékony és gazdaságos módszernek bizonyult, s ez kétségtelenül vonzóbbá tette a fogyasztását, mintha a befecskendezés lett volna az elsődleges fogyasztási módozat. Ez a két drogváltozó részben arra is magyarázatul szolgál, hogy miért csökkent a heroinfogyasztás és függőség a veteránok körében, miután hazatértek az Egyesült Államokba. Az amerikai heroin nehezebb beszerezhetősége (amit magas ára is tükröz) és alacsonyabb hatóanyagtartalma (ami kizárta az elszívást mint fogyasztási módszert) megnehezítette a drog fogyasztásának folytatását a hazatérő veteránok számára.

Noha Vietnam esetében a drogváltozó többet árulhat el, mint a különböző személyiségváltozók (*set*), megvannak a maga korlátai. A könnyű beszerezhetőség látszólag magyarázatul szolgál a fogyasztás elterjedtségére, ám önmagában nem magyarázza, hogy egyesek miért lettek függők, míg mások nem – mint ahogy az alkohol beszerezhetősége sem elég önmagában ahhoz, hogy magyarázatképpen álljon az alkoholisták és a társasági ivók közötti különbségre. A beszerezhetőség mindig összefonódik azokkal a társadalmi és pszichológiai tényezőkkel, melyek megteremtik a kábítószer iránti igényt. Amint kellően nagy számú fogyasztó arra a döntésre jut, hogy egy anyag vonzó és kíváncsú, az anyag meglepő sebességgel terjedni kezd. Például amikor a Németországban állomásozó amerikai csapatok morálja 1972-ben gyengülni kezdett, számos drog, köztük a heroin is azonnal és nagy mennyiségben hozzáférhetővé vált a számukra, noha Németország igen messze esik az ópiumtermelő vidékektől. Az 1980-as évek elejéről pedig a kokain a legjobb példa a könnyen beszerezhető drogokra.

A vietnami heroinfogyasztás és az 1960-as évek pszichedelikus szereinek fogyasztása esetében egyaránt szükség van a környezeti determinánsra, beleértve a társadalmi szankciókat és rítusokat is, hogy átfogó magyarázatot adhassunk a drogfogyasztás megjelenésére, nagyságára, végül pedig csökkenésére.

A pszichedelikus szerek fogyasztásának kontrollja csak akkor alakult ki, amikor az ellenkultúra olyan társadalmi szankciókat és rítusokat teremtett, mint amik a tágabb értelemben vett társadalomban az alkoholfogyasztást veszik körül. Az „első alkalommal csak egy guru felügyelete mellett fogyassz” szankció azt írta elő a neofiták számára, hogy egy tapasztalt fogyasztó társaságában próbálják ki a drogot, aki képes csökkenteni a történésekkel kapcsolatos másodlagos aggodalmaikat azáltal, hogy a drog hatásaként értelmezi

azokat. A „csak megfelelő időben, megfelelő helyen, megfelelő emberekkel” szankció egyértelműen arra hívta fel a drogot fogyasztók figyelmét, hogy a szer igen fogékonyra fogja tenni őket belső és külső környezetükre. Ugyanakkor azt az üzenetet is közvetítette, hogy a drog okozta élmény a mennyország vagy a pokol helyett kellemes tudatállapot-változás is lehet. Az ezeknek a szankcióknak a kifejezésére kialakított egyedi rítusok – mikor a legjobb elfogyasztani a drogot, hogyan és kivel kell fogyasztani, mi a legjobb módszer a kijózanodásra stb. – csoportonként mások és mások voltak, bár egyes rítusok a csoportok között is terjedtek.

Sokkal nehezebb dokumentálni a vietnami társadalmi szankciók és rítusok kialakulását. A legelső adatok egy része azt jelezte, hogy a drogot nagy mennyiségben használták a háború aktualitásának elhomályosítására, és nem sok figyelmet szenteltek a kontrollnak. A későbbi kutatások mégis kimutatták, hogy sok katona anélkül fogyasztotta a heroint Vietnamban, hogy függővé vált volna (Robins, Davis & Goodwin, 1974; Robins, Helzer & Davis, 1975). Noha a Vietnamban függővé váltaknak körülbelül a fele az Egyesült Államokba való visszatérést követően is fogyasztott heroint, mindössze 12 százalék vált újra függővé (Robins és munkatársai, 1979).

Úgy tűnik, a vietnami heroinfogyasztók is követtek néhány kezdetleges rítust. Úgy tűnik, hogy az „OJ” (ópiumjoint) elkészítési módja – a dohány óvatos kipergetése egy közönséges cigarettából, a finom fehér por betöltése a hüvelybe, majd egy kis dohány visszatömése, hogy megtartsa a port – az egész ország területén lezajlott, pedig az északon és a felföldön állomásozó egységek nem is álltak közvetlen kapcsolatban a deltavidéken harcolókkal (Zinberg, 1972). Lehetetlen meghatározni, hogy mennyire segítette elő ez a rítus a kontrollt, de mivel sokszor magam is szemtanúja voltam, tudom, hogy az aktusra szinte mindig csoportosan került sor, és részét képezte a heroinfogyasztás társasági élményének. Miközben egyvalaki végrehajtotta a rítust, a többiek némán ültek, és várakozásteljesen nézték. Így a szocializációnak a rítus révén elért mértéke fontos következményekkel járhatott a kontroll szempontjából.

Az Egyesült Államokban a heroinfogyasztás különböző mintázatai – beleértve a kontrollált fogyasztást is – területén végzett további kutatásaim igazolták az amerikai alkoholfogyasztás története, a pszichedelikus szerek 1960-as évekbeli fogyasztása és a vietnami háború idején zajló heroinfogyasztás által megtanított leckéket. A társadalmi környezet a maga formális és informális kontrolltényezőivel, az új informális társadalmi szankciók és rítusok kialakítására

való képességével, illetve az információáramlást számos informális módon elősegítő lehetőségével létfontosságú tényező bármilyen kábítószer kontrollált fogyasztása szempontjából. Ez nem azt jelenti, hogy a drog farmakológiai tulajdonságai vagy a fogyasztó attitűdje és személyisége kevésbé, vagy egyáltalán ne lennének lényegesek. Ha érvényes elméletet akarunk alkotni a drogfogyasztásról, akkor abban mindhárom változónak – a drognak, a személyiségnek (*set*) és a környezetnek (*setting*) – szerepelnie kell. Minden esetben meg kell értenünk, milyen kölcsönhatásban állnak a drog egyedi jellegzetességei a fogyasztó személyiségével, és hogyan módosítja ezeket a társadalmi környezet és annak kontrollja.

Az illegális drogok és a társadalmi tanulás

Kultúránk még nem ismeri el, s még kevésbé támogatja számos illegális drog kontrollált fogyasztását. A fogyasztókat *deviánsnak*, a társadalmat fenyegető veszélynek bélyegzik meg, vagy *betegnek*, segítségre szorulóknak, illetve *bűnözőnek*, büntetést érdemlőnek. A használatra való családközponthú szocializálás nem létezik. A szülők, még ha hajlandóak is segíteni, sem példájukkal (mint az alkohol esetében), sem tényszerű, nem moralizáló módon nem képesek útmutatást adni.

Ha a szülők azt mondják gyermekeiknek, hogy ne fogyasszanak drogot, mert az ártalmas, akkor a fiatalok elengedik a fülük mellett ezt a tanácsot, mert saját tapasztalataik mást igazolnak. Fogyasztói csoportjuk és a drogkultúra megerősíti saját felfedezésüket, miszerint a drogfogyasztás önmagában véve nem rossz és nem gonosz dolog, a felnőtt világból érkező figyelmeztetések pedig valóságosak. Ha a szülők más megközelítést alkalmaznak, és azt mondják gyermekeiknek, hogy bizonyos drogok elfogadhatók, de más szereknél komoly kockázati tényezőkkel kell számolni, nos, álláspontjuk ismét csak támadható. „Tévedtek a marihuána kapcsán; miért higgyem el, amit a kokainról mondanak?” – gondolják a fiatalok (Kaplan, 1970). Emellett a szülők azzal, hogy bizonyos illegális drogokat a többinél „elfogadhatóbbnak” neveznek ki, abba a helyzetbe kerülnek, hogy jóváhagynak egy illegális tevékenységet. Márpedig így szembeesőkö következtetlenség jelenik meg a közkerköls közvetítőiként betöltött szerepükben.

A kutatócsoportom által készített interjúk azt jelezték, hogy hasonló problémák merülnek fel akkor is, ha a szülők személyesen

próbálják megismerni a drogélményt – marihuánát szívni, pszichedelikus szereket szedni, vagy heroinnal lövik be magukat. A legkevesebb, amit ezekről a próbálkozásokról elmondhatunk, hogy nemcsak elnéznek egy deviáns tettet, hanem maguk is részt vesznek benne. Ugyanakkor ez a probléma elhalványul azok mellett, amelyek akkor merülnek fel, amikor a szülők megpróbálják kitalálni, hogy hol lehet drogot szerezni, majd azt, hogy hogyan lehet értelmezni a bódulatot. Ha a gyermekeiket kéri meg, hogy szerezzenek drogot számukra, vagy hogy legyenek velük a kísérletezés során, akkor felcserélődik a tanító és a tanítvány hagyományos szerepe. Előfordulhat ugyan, hogy a gyermekek élvezik újkeletű autoritásvat, ám egyben rendkívül kényes gondviselői szerepbe kerülnek. S mindenekfelett, ez a helyzet óriási aggodalmat vált ki a szülőkből. A kutatócsoport által meginterjúvált szülők közül sokaknak a társadalmi szituáció dinamikája miatt egyszer sem sikerült feljutniuk a csúcsra, mások pedig súlyos pánikreakciót adtak, ami csak még jobban meggyőzte őket arról, hogy a drog rossz dolog, és gyermekeik valóban a pusztulás felé vezető úton járnak (Jacobson & Zinberg, 1975). A szülők azáltal tudják elkerülni ezt a buktatót, hogy saját korcsoportjukban szerzik be a drogot, ám még ekkor is illegális tevékenységben vesznek részt. Röviden: az illegális drogfogyasztás mindenki számára vesztes szituáció – még azok számára is, akik hasznos drogfelvilágosító programokat próbálnak megtervezni és végrehajtani.

A tömegtájékoztatás esetében a legtöbb közölt információ élesen szembelyezkedik a drogfogyasztással és a kontrollált fogyasztás lehetőségével. A heroinfogyasztást sorscapásnak, társadalmi betegségnek tekintik. A rosszul sikerült, pszichózisba vagy öngyilkosságba torkolló pszichedelikus utazásokról szóló történetek éveken át állandó anyagot szolgáltatottak a médiának, a közelmúltban pedig a marihuána-horrorprogramok kezdenek újból elszaporodni. Úgy tűnik, az 1980-as évek elején, amikor kínosan ügyeltek arra, nehogy megsértsék bármelyik etnikai csoportot, csak a drogfogyasztók és -terjesztők, illetve a reménytelen pszichotikusok maradtak, hogy negatív hősökként megjelenjenek a televízióban bemutatott számtalan „zsaruk és rablók” sorozatban és filmben.

Amikor a szülők, az iskola és a média egyaránt képtelen tájékoztatni a neofitákat az illegális drogok kontrollált fogyasztásáról, a feladat egyenesen az új fogyasztók korcsoportjára hárul – ami viszont nem pótolja megfelelően a nemzedékeket áthidaló, hosszú

távú szocializációt. Mivel az illegális drogok fogyasztása titkolt tevékenység, az új fogyasztók nem választhatnak több fogyasztói csoport közül, s így a kontrollált fogyasztókhoz való csatlakozás nagyrészt a véletlenen múlik. A kutatásainkban vizsgált személyek közül sokan fogyasztói pályafutásuk elején vagy olyan csoportokkal kerültek kapcsolatba, melyeknek tagjai nem voltak túl járatosak a kontrollált fogyasztásban, vagy olyanokkal, melyekben a szenvedélyes fogyasztás és a kockázatvállalás volt a fő szokás. Ezek a vizsgált személyek átestek olyan időszakokon, melyekben a drogfogyasztás megzavarta hatékonyságukat, és gyakran tapasztaltak kellemetlen droghatásokat. Ezek a személyek végül kontrollált fogyasztók lettek, de csak azután, hogy új társaságot találtak – ami mindenképpen nehéz és bizonytalan kimenetelű folyamat. Sajnos sok kamaszkorú fogyasztó soha nem jut el eddig a váltásig.

A kultúra egészének szembehelyezkedése más szempontból is megnehezíti a kontrollált fogyasztás kialakítását: akaratlanul is létrehozza a feketepiacot, ahol kétes minőségű drogokat forgalmaznak. A marihuána esetében a tartalom nem jelent igazán komoly problémát, mivel a dózis titrálható, és igen ritkák a káros szennyezőanyagok; a feketepiaci gazdaság leggyakoribb negatív hatása az, hogy az újdonsült marihuánafogyasztó többet fizet a kelletnél egy rossz minőségű termékért. A többi drog esetében nagyobb a mozgástér az erősséget és a tisztaságot illetően, ami megnehezíti az adagolás és a hatás ellenőrzésének feladatát. A pszichedelikus szereket néha téves elnevezés alatt árulják: az LSD-t, a PCP-t vagy az amfetaminokat meszkalinként adják el. A heroinnál nem lehet tudni, milyen hatóanyagtartalmú szert vásárol a fogyasztó, s így megnövekszik a túladagolás kockázata. Ha szaporítóanyagok is vannak a szerben, fecskendővel történő beadás esetén megnő a fertőzésveszély.

A drogfogyasztás jogi eszközökkel való tiltásának jelenlegi politikája igazolható lenne, ha egyeseket rávenne, hogy soha ne fogyasszon drogokat, másokat pedig eltántorítana a fogyasztásuktól. Kétségtelen, hogy a tiltás gátolja a mértéktelen fogyasztást, s ezzel a célkitűzéssel én is egyetértek. Azonban senki sem tudja, hogy a fogyasztók száma megnövekedne-e, ha felfüggesztenék a tiltást. Vajon azok közül, akik soha nem próbálták ki az illegális drogokat, sokan fogyasztanak őket? És vajon, akik már éltek velük, szenvedélyes fogyasztókká válnának?

Eltételezve a drogfogyasztók számára gyakorolt vitatható hatásától, a tiltás politikája tevőlegesen hozzájárul az absztinencia és a

szenvedélyes fogyasztás között uralkodó kettősséghez. A tiltás rendkívüli mértékben megnehezíti a fogyasztani vágyók számára egy mértékletes fogyasztási mintázat kiválasztását. Ez a következmény talán elfogadható volt az 1960-as éveket megelőzően, amikor kevés potenciális drogfogyasztó volt, ám katasztrofális lehet az 1980-as években, amikor a kamaszkori kipróbálás lassan közelít a statisztikailag normális viselkedéshez. 1976 óta a végzős középiskolai diákok több, mint 50 százaléka számolt be arról, hogy már kipróbálta a marihuánát vagy a hasist, és több mint 44 százalék a megelőző két évben próbálkozott ezekkel a drogokkal (Johnston, Bachman & O'Malley, 1982).

Noha rendkívül korlátozottak a lehetőségek az illegális drogfogyasztás kontrolljának elsajátítására, a drogfogyasztók szubkultúráin belül léteznek a kontrollt hirdető rítusok és társadalmi szankciók. Interjúink kimutatták, hogy ezek a kontrolláló rítusok és szankciók négy alapvető, egymást átfedő módon működnek.

Először is, a szankciók meghatározzák a mértékletes fogyasztást és elítélik a szenvedélyes fogyasztást. A kontrollált opiátfogyasztók szankciói például olyan szinten határozták meg a fogyasztás gyakoriságát, ami még messze alatta marad annak, ami a függés kialakulásához szükséges. Sokan egyedi szankciókat is alkalmaznak, például a „ne fogyassz minden nap”-ot. Egy az előbb említett szankciónak megfelelő rítus a hétvégére korlátozza az opiátok fogyasztását.

Másodszor, a szankciók olyan fizikai és társadalmi környezetekre korlátozzák a fogyasztást, melyek pozitív vagy „biztonságos” drogélményt eredményezhetnek. A pszichedelikus szerek alapelve a „csak megfelelő időben, megfelelő helyen, megfelelő emberekkel”. Ezzel a szankcióval összhangban létezik két rítus: az egyik a kellemes, vidéki helyszín kiválasztása a pszichedelikus szerek fogyasztásához, a másik pedig a fogyasztás időpontjának oly módon történő kiválasztása, hogy „utazás” közben ne kelljen autót vezetni.

Harmadszor, a szankciók beazonosítják a drogok potenciálisan kellemetlen hatásait. A rítusok azokat az óvintézkedéseket tesztelik meg, melyeket a fogyasztás előtt és közben meg kell tenni. Az opiátfogyasztók azzal minimalizálják a túladagolás kockázatát, hogy egyszerre csak a drog egy részét fogyasztják el, és csak a hatás felmérése után fogyasztanak többet. A marihuánafogyasztók hasonlóképpen titrálják dózisukat, hogy ne szálljanak el túlságosan (ne váljanak diszfórikussá).

Negyedszer, a szankciók és a rítusok kategóriákba sorolják a drogfogyasztást, és támogatják a fogyasztók nem droggal kapcsolatos kötelezettségeit és kapcsolatait. Például a fogyasztók beoszthatják a drogra szánt pénzüket, ahogy a szórakozásra szánttal is teszik; vagy csak esténként és hétfvégén fogyasztanak drogot, hogy ne romoljon a munkahelyi teljesítményük.

A kontrolláló rítusok és szankciók elsajátításának folyamata egyénenként változó. A legtöbbben fokozatosan tesznek szert rájuk drogfogyasztó pályafutásuk során. Kétségtelen, hogy a kontroll szabályainak és gyakorlatának legfontosabb forrása a kortárs fogyasztói csoport. Gyakorlatilag az összes vizsgálati alanyunkat más nem szenvedélyes fogyasztók segítették abban, hogy megfelelő rítusokat és szankciókat hozzanak létre a drogfogyasztó szubkultúrában keringő folklórból és szokásokból. A kortárs csoport útmutatást adott és megerősítette a helyes fogyasztást; s a kortárs csoport nyomásáról, mint a gyenge egyént a drogokkal való visszaélés felé taszító megrontó erőről alkotott közkeletű kép ellenére interjúink azt bizonyították, hogy a drogos szubkultúra számos szegmense szilárdan megvetette lábát a drogabúzással szemben.

Második fejezet

Függőség, abúzus és kontrollált drogfogyasztás: definíciók

Az illegális drogok fogyasztása véget nem érő viták tárgyát képezte mind szakmai, mind laikus körökben. A legtöbb eszmecsere a „drogabúzus” egyes aspektusaira koncentrált, például a fogyasztó egészségének károsodására, s ebből fakadóan a hatékonyság csökkenésére. Noha egyes fogyasztók kétségtelenül tapasztalnak ilyen hatásokat, ugyanúgy igaz, hogy sok más fogyasztó képes mértékletesen, nem destruktív módon használni a drogokat. A „drogabúzus” kifejezést mégis tovább alkalmazzák a legkülönbébb drogfogyasztási stílusokra. Emellett úgy a szakírók, mint a tömegtájékoztatás egyértelmű definíció nélkül használja a „drogabúzus” kifejezést, de még amikor az érintett és tájékozott szakmabeliek is próbálnak pontos definíciókat alkotni, kísérleteik akkor is az uralkodó kulturális értékeket tükrözik, és nem választják el egyértelműen a fogyasztást az abúzustól. Sokan a „függőség” helyett használják a „drogabúzus”-t, mert a drogabúzus tág kifejezés, és annak a jelzésére szolgál, amit használója rossznak tart – bármi legyen is az. A függőség konkrétabb kifejezés, mellyel a fiziológiai dependenciát szokták jelölni, és bár néha tágabb értelemben is használják, szigorúan meghatározott jelentéssel bír.

Fogyasztó vagy abuzőr? Három eset

Nem meglepő módon a legnagyobb probléma, amivel az illegális drogok kontrollált fogyasztóinak tanulmányozása során szembesültem, a drogfogyasztás és a drogabúzus közötti különbségtétel volt. Ez a különbség a viselkedési szélsőségek esetében meglehetősen egyértelmű, ám közel sem ilyen magától értetődő azon a szürke

területen, melyen kutatásaim eseteinek döntő többsége elhelyezkedett. Az egyik szélsőségnél találhatók azok, aki marihuánán kívül semmilyen más drogot nem fogyasztottak, s azt is csak hetente egyszer, illetve azok, akik mindössze évente három-négy alkalommal fogyasztottak pszichedelikus szereket. Ezek a vizsgálati alanyok mind olyan egyértelmű felelősségvállalást tanúsítottak drogfogyasztásuk vonatkozásában, hogy nem lett volna ésszerű drogabuzőröknek címkézni őket. A másik szélsőségnél több szenvedélyes fogyasztó helyezkedett el, akik csak azért kerültek be a kutatásba, mert az első telefonos kapcsolatfelvételnél elmulasztottuk kiszűrni őket. Ezek a nyilvánvaló drogabuzőrök is hasznosnak bizonyultak, ugyanis segítettek megértenünk, hogy milyen széles a fogyasztási mintázatok skálája. Végül sok vizsgálati alany a többé-kevésbé kontrollált fogyasztás szürke területén helyezkedett el. Három ilyen alany – Michael, Jim és Dawn – esettanulmányai illusztrálják, hogy vannak, akik képesek kontroll alatt tartani drogfogyasztásukat, elkerülve a drogabuzőrökre jellemző mértéktelen fogyasztást és annak destruktív hatásait. Michael és Jim esetét összesűritettük. Dawn története részletesebben kerül elbeszélésre, ugyanis jól példázza a drogfogyasztás-drogabúzus probléma longitudinális (nagyobb időszakot átfogó) megközelítésének előnyeit a pusztán keresztmetszeti (egy adott időpontot vizsgáló) megközelítéssel szemben.

Michael harmincegy éves, egyedülálló, fehér szociális munkás. Harmadik gyerekként született egy kilenc gyermekes, szigorú, alsó középosztálybeli katolikus családban. Az iskolában mindig jól teljesített (B. A. filozófiából és M. A. szociális munkából), később pedig rendszeren és példaértékűen dolgozott. Legközelebbi hozzátartozói körében nem fordult elő alkoholizmus vagy bármilyen komolyabb drogfogyasztás, beleértve a gyógyszereket is, mindössze édesapja erős dohányos. Szülei mindketten alkalmi ivók, és kilenc-tíz éves korától kezdődően Michaelnek is megengedték, hogy formális rendezvényeken – esküvő, keresztelő, születésnap – megkóstolja a bort. Barátaival tizennégy-tizenöt éves korában kezdett alkalmanként inni, ám két-három rosszullet után megállapodott körülbelül heti két italnál, illetve a bizonyos ételekhez alkalmasszerűen fogyasztott borkorral és sörről: „Sokkal ritkábban, mint a barátaim”. Ez a mintázat mindmáig megmaradt. Tizenhat éves koráig titokban dohányzott, majd szülei ha vonakodva is, de engedélyezték, hogy nyíltan folytassa. Ma átlagosan egy doboz cigarettát szív el. Huszonhét éves koráig nem fogyasztott marihuánát, ekkor azonban két-három nem kielégítő élményt követően kezdte örömet lelni benne. Jelenleg

körülbelül kéthetente egy-két alkalommal, társaságban fogyasztja a drogot.

Michael szereti a munkáját és örömet leli a famegmunkálásában és a barkácsolásban is. Saját maga újíttotta fel lakását. Két különálló baráti társasággal érintkezik, az egyikkel a munkahelyén, a másikkal a tenisz, a sélés és a barkácsolás kapcsán. Mindeddig több rövid viszonya és két mérsékelten komoly kapcsolata volt, mindkettő körülbelül egy évig tartott. Felnőtt kapcsolataiban szexuálisan aktív volt, és jelenlegi, három hónapja ismert barátnőjével is kielégítő szexuális életet él. Úgy véli, a marihuánafogyasztás „élvezetesebbé, spontánabbá teszi a szexet, ám könnyebbé nem”. Miután családi beszélgetései során elismerte, hogy marihuánát fogyaszt, két bátyja, a húga és egyik sógornője rábeszélte, hogy őket is „indítsa be”.

Michael jellegzetes konzervativizmussal beszél a marihuánáról és az alkoholról: „Mindkettő esetében a »kell vagy nem kell?« a hozzáállásom, pedig szeretem, amit csinálok”. A drogfogyasztás veszélyeit nagymértékben eltúlozottnak tartja, a drogtörvényeket pedig elavultnak és működésképteleneknek. Barátai pszichedelikus szerekkel is próbálkoznak, ez felkeltette ugyan az érdeklődését, de nem tervezi, hogy a marihuánán kívül más drogot is fogyasszon: „Félek a testi vagy pszichológiai károsodástól, nem akarom megkockáztatni”. Ugyanakkor jelenlegi marihuánafogyasztási szokásait a jövőben is fenn akarja tartani.

Jim, aki huszonnégy éves fekete férfi mindig valamelyik családtagjával élt. Apja tizenkét évvel ezelőttig megrögzött alkoholista volt, és kevés időt töltött otthon. Anyja esténként szobalányként dolgozott. Jim és két fiútestvére sokszor maradt felügyelet nélkül, és már kora kamaszkorban „az utcára került”.

Jimet tizenegy éves korában tartóztatták le először zsebmetszésért. Ezt minden évben további letartóztatások követték, többek között fegyveres rablásért, gyilkossági kísérletért, terjesztés szándékával való heroinbirtoklásért, illetve egy rendőr megtámadásáért és bántalmazásáért. Iskolai éve alatt a bünelkövetés háttérbe szorította a tanulást, és a tizedik osztályban félbe is szakította tanulmányait, noha úgy érezte, képes lenne jól teljesíteni. Tizennyolc éves korában kilenc hónapra börtönbe zárták drogvétiségekért.

Jim tizenhárom éves korára rendszeresen dohányzott; hétvége, táncos rendezvényeken és egyéb különleges alkalmakkor a részegségig leitta magát; emellett öt-hat alkalommal, hétvégéken amfetaminokat is használt. Tizenhat éves korára naponta többször

szívott marihuánát és kipróbálta a heroint. Orron keresztüli felszívással kezdte, de néhány hónap múlva áttért a fecskendőre, és kilenc hónappal később átélte öt „rászokása” (fiziológiai függősége) közül az elsőt. Leghosszabb rászokása a heroinra tizenkilenc éves korában egybeesett egy metadon-programmal, s majdnem két évig tartott. A legutóbbi rászokása hat hónappal később kezdődött, és három-négy hónapig tartott. Ekkoriban selyemfiúskodott, és a kérése lehetővé tette, hogy naponta legalább 100 dollár értékű heroint fogyasszon. Aztán a rászokás mértéke és az egyre növekvő kockázat miatt elhatározta, hogy leszokik. „Éreztem, hogy börtönbe fogok jutni” – mondja. Miután mindenféle külső segítség nélkül leszokott – kellemetlen, de nem olyan megrázó élmény volt, mint ahogy a tévében szokták mutatni, mondja –, „csipegetni” kezdett. Eleinte hetente háromszor fogyasztott, de több mint két éve lecsökkentette szintjét, „hetente két, néha csak egy alkalomra”.

Jim különösen kényes arra, hogy tisztán tartsa a „műszereit”, nem osztozik rajtuk barátaival. Jobban szeret egyedül fogyasztani, gyakran testvére lakásában, hogy aztán találkozzon a barátaival. A fogyasztást követő napon mindig tornázik, mivel szilárd meggyőződése, hogy ez segít megtisztítani szervezetét a herointól. Mindemellett Jim minden egyéb drogból kevesebbet fogyaszt. Időnként iszik sört és bort („nem jövünk ki, én és az alkohol”), naponta egyszer-kétszer szív marihuánát, hetente egyszer-kétszer fogyaszt kokaint, és teljesen alkalomszerűen bevesz Valiumot és Quaaludest.

Jimnek gyakran akad „alkalmi munkája, hol erre, hol arra”, de alapjában véve munkanélküli. Főleg abból él, hogy heroint árul és mindenféle ügyekben vesz részt – általában betörésekben és lopásokban. Hol valamelyik fivérénél, hol az egyik, öt éve ismert barátnőjénél lakik. A drogfogyasztás fontos számára, de nem annyira, mint a bűnözés, s erre büszke is: „Első az üzlet, csak utána jön a drog, és pénz is kell, ha anyagot akarok venni.”

Jim utalt rá, hogy megfordult már a fejében, hogy letegye az érettségét, aztán főiskolára menjen és testnevelő tanárnak tanuljon. Úgy tervezi, továbbra is fog heroint fogyasztani, de szeretné havi egy-két alkalomra csökkenteni a gyakoriságát.

Dawn huszonhét éves, egyedülálló fehér nő. Bírószágon dolgozik, fiatalkorúakkal foglalkozik, hogy lehetőség szerint elkerüljék a büntető ítéletet. New Yorkban nőtt fel középosztálybeli, teljesítményorientált szülők egyetlen gyermekeként. Édesapjával mindig jobb volt a kapcsolata, mint édesanyjával. Szülei mértékletes társasági

ivók. Közvetlen rokonságában nem voltak alkoholisták vagy súlyos drog- és gyógyszerfogyasztók.

Dawn akkor ismerkedett meg a marihuánával, amikor együtt járt egy fiatalemberrel, aki rendszeres fogyasztó volt, ám ő maga csak akkor próbálta ki, amikor már nem találkozott az illetővel. A próbálkozásra tizenhat éves korában, Susan nevű barátnője társaságában került sor. A két lány ekkoriban kezdett el – szemmel láthatólag igen provokatívan – dohányozni az iskolában és az iskolabuszon. A szüleik és az iskola vezetői, akik Dawn-t és Susant „két lázadó kölyöknek” tartották, felfigyeltek az ügyre. Körülbelül öt hónappal azután, hogy elkezdett marihuánát szívni, Dawn kísérletezni kezdett pszichedelikus szerekkel is, és tetszett neki az élmény. A továbbiakban mindkét drogot fogyasztotta – a pszichedelikus szereket csak alkalmyszerűen – közép- és főiskolai éve alatt.

Dawn életében mindössze egyetlen olyan időszak volt, amikor rendszeresen ivott: tizennyolcadik életévének nyara, amikor hetente körülbelül két hatos csomag sört ivott meg. Ezen a nyáron meglehetősen sok konfliktusa volt a szüleivel, s azóta sem kerültek ismét közel egymáshoz; ám a szülők nem elleneztek az alkoholfogyasztását. Leginkább talán még akkor adtak hangot meglepődésüknek, amikor felhagyott az ivással.

Dawn tizennyolc éves korában fogyasztott először heroint, nem sokkal azután, hogy főiskolára kezdett járni Bostonban. Egyik barátnőjével, Lois-szal elkezdtek felfedezni a város „hippi”-negyedét, „anyagot” (Seconalt) keresve. Nem találtak semmilyen drogos kapcsolatot, csak egy fiatal férfit, aki „szemetet” kínált nekik. Nem fogadták el, visszamentek a kollégiumba. Aztán, ahogy Dawn mesélte: „Rossz kedvem volt, magányos voltam, és egyik szobatársam sem volt otthon. Fel akartam dobódni, úgyhogy azt mondtam magamban: »A fenébe az egésszel, visszamegyek, megkérdezem a fickót még egyszer, és veszek valamit, ami feldob, nem érdekel.«” Egyedül ment vissza. A dealer nagyon olcsón adott neki egy adag heroint, de figyelmeztette, „rá ne kapjon”, és soha nem menjen vissza hozzá. Dawn azonnal visszasietett a kollégiumba, és a fürdőszobában felszippantotta a heroin egy részét. „Remekül éreztem magam, feldobódtam, nagyon jó volt.” Később átment „néhány menő lány” szobájába, akiktől korábban tartott. Most magabiztosnak érezte magát, és velük szippantotta fel a maradék port. Amikor elmesélte Loisnak, mi történt elválásuk után, barátnője nagyon ideges lett, és megkérte, hogy ne csináljon ilyet többé. Mivel Dawn

ettől úgy érezte, hogy „valaki tényleg törődik vele”, a következő két év során tartózkodott a heroinfogyasztástól.

Ezalatt a két év alatt a nyarakat egy kommunaszerű társaságban töltötte Paul nevű barátjával és sok más emberrel. Paul és mások rendszeresen fogyasztottak heroint: „Abban a két évben a körülöttem lévők egyfolytában belőtték magukat, én viszont még csak bele sem kóstoltam. Taszított az egész, nem vágytam rá.” Ugyanakkor két évvel az első heroinfogyasztás után a methadolt kipróbálta ebben a társaságban. Elérte és élvezte az opiát okozta mámort, de jobban érezte magát, ha megitta, nem pedig beinjekciózta az anyagot.

Egy évvel később, huszonegy éves korában Dawn ismét kipróbálta a heroint – meglátogatta régi osztálytársa, Susan, és hetente egyszer beinjekciózták maguknak az anyagot. „Akkor épp nagyon levert, nagyon dühös, nagyon lázadó hangulatban voltam... és amikor Susan így szólt: »Ó, nyomjunk már valamit!«, azt feleltem: »Rendben.«” Dawn ekkor injekciózta be először a drogot. Legközelebb egy hónap múlva fogyasztott heroint, miután otthagya a főiskolát, és átköltözött a nyugati partra. Pault is otthagya, mivel a fiú kezdett „kiégni”. Nyugaton felhívta George-ot, Paul egyik jó barátját, hogy „jöjjön át és dobjon fel”. Elkezdtek együtt élni. George korlátlan mennyiségben tudott heroint szerezni: „Néhány hónapig olyan volt, hogy bármit és bármikor akartam, megkaptam. Több ezer dollár értékű anyagot nyomtam le ingyen.” Naponta többször is fogyasztott heroint. „Belőttem magam, aztán elbambultam, mire George megkérdezte: »Eléggé feldobódtál?«, erre én azt mondtam: »Nem, kell még egy löket«... Belefojtottam magam az anyagba.” Három hónap után George egyszer házon kívül töltötte a hétvégét, Dawn pedig influenzásnak érezte magát, s ekkor rájött, hogy függővé vált. „Halálra rémültem, mert addig azt hittem, hogy velem nem történhet ilyesmi... Úgy éreztem, mintha megnyílt volna alattam a föld... mintha szánkón száguldottam volna a pokol felé. Azonnal vettem egy repülőjegyet vissza a keleti partra, mert tudtam, hogy ott [nyugaton] nem vár rám más, csak a szer mocsara, amiben már majdnem elsüllyedtem.” Dawn elhatározta, hogy soha többé nem történhet ilyesmi vele.

Visszament Bostonba, és másfél évig titkárnőként dolgozott. Azt tervezte, hogy folytatja tanulmányait, és hetente egyszer heroint „csipegetett”. Felkereste régi „drogos” barátait, így könnyen hozzájutott az anyaghoz, de az anyagi lehetőségei korlátozottak voltak.

Általában péntek esténként fogyasztott, így „jutalmazva” magát az egész heti munkáért.

1974 elején ismét elkezdődött egy erős fogyasztási szakasz – el látogatott a nyugati partra, és összefutott régi barátjával, Paullal, aki ekkor már nyugaton élt, illetve több más, időközben heroinfüggővé vált barátjával. Dawn egy hónapig naponta fogyasztott drogot közösen velük, de aztán döntenie kellett: Paullal marad, vagy visszatér keletre, és befejezi a tanulmányait: „Tudtam, hogy ha ott maradok [nyugaton], akkor csak kiégek. . . de semmi sem motivált a drog letételére, ott volt, könnyű volt megszerezni.” Így aztán visszament keletre, és elkezdte posztgraduális tanulmányait New Yorkban, ahol két évig maradt. Ez idő alatt alig fogyasztott drogot, opiátokat egyáltalán nem, noha „véletlenül” megismerkedett egy dealerrel.

1976-ban, miután végzett tanulmányaival és visszatért Bostonba, rendszertelenül használt drogot: januárban három alkalommal heroint, nyáron tíz alkalommal Demerolt; ősszel két alkalommal, majd azután körülbelül havonta egyszer ismét heroint.

Dawn jelenleg egyfajta konfliktust él meg a jövőbeni opiátfogyasztását illetően. Továbbra is „imád feldobódni”, ám rettenetesen kockázatosnak tartja a fogyasztást új karrierje szempontjából. Határozottan úgy véli, hogy a heroint legalizálni kellene, hogy csökkentse a vele járó kockázatot, illetve mert, ahogy mondja, „herointól feldobva képes működni az ember, képes elvégezni a munkáját. . . vezetni például habozás nélkül mernék heroin hatása alatt. . . már mint ha nem lennék túlságosan kiütve”.

Dawn munkatársai közül mindössze hárman tudnak arról, hogy drogot fogyaszt, s ők hárman is alkalmi fogyasztók. Dawn soha nem lövi be magát otthon; általában valaki máshoz megy el. Nincsenek saját eszközei, soha nem adja be sajátmagának az injekciót, de kínos gonddal ügyel mások kölcsönkért tűinek a megtisztítására. Nem vásárol több heroint, mint amennyit kényelmesen megengedhet magának, és soha nem lövi be magát „tisztá barátai” előtt, vagy a munkahelyen. Tapasztalatai szerint a feldobott állapot általában hat órán át tart, s ezt az időt zárt térben, beszélgetéssel és zenéléssel szokta eltölteni. „Egyszerűen csak rengeteg beszélek és. . . rengeteget fantáziálok. Olyan, mintha valóra válnának az álmaim, elkezdek gondolkodni rajtuk, és ilyenkor nem zavarnak annyira a kis dolgok.”

Dawn a családi konfliktusokkal és erős droghasználattal terhelt időszakokban is rendkívül jó teljesítményt nyújtott az iskolában és a

munkahelyén. Jelenleg ambiciózusnak és potenciálisan sikeresnek tartja magát.

Mindhárom történet – Michaelé, Jimé és Dawné – azt mutatja, hogy bonyolult kapcsolat létezik a személyiségtényezők és társadalmi tényezők, mint a drogfogyasztás mértékének és minőségének determinánsai között.

Nyilvánvaló, hogy Michael, pusztán a személyisége alapján megítélve, egy szokatlanul kontrollált személy, akinek drogfogyasztását nem is tartanánk problémának, ha nem olyan lenne a jelenlegi drogpolitikánk, amilyen. Az is nyilvánvaló, hogy az illegális marihuánafogyasztást helyeslő, a biztonságosságát illetően elfogadható, megnyugtató, a fogyasztáshoz irányelveket és módszereket biztosító kortárscsoporthoz befolyása nélkül Michael soha nem fogyasztott volna marihuánát.

A másik két eset bonyolultabb. Ezek azt illusztrálják, hogy milyen nehéz eldönteni, hogy egy adott személy drogfogyasztása átlépi-e a fogyasztást az abúzustól elválasztó határvonalat, és hogy a bármelyik irányban történő változás maradandó lesz-e. Jim és Dawn egyaránt elkötelezett a „feldobott” életmód iránt, és nem tervezi, hogy felhagy azzal. Mindketten fiziológiailag függők a herointól, amit általában úgy értékelnek, hogy súlyos bajban vannak. Ennek ellenére első interjúnk alkalmával Jim már több, mint két éve kontrollált fogyasztó volt, egy évvel később, a második interjú alkalmával pedig még kontrolláltabbnak tűnt. Dawnt, akinek legutóbbi komoly fogyasztási korszaka – a nyugati parton egy hónapon át napi egy alkalom – újabb keletű, hosszabb ideig kell majd utánkövetnünk, mielőtt biztosak lehetünk abban, hogy valódi kontrollt sajátított el.

Drogabúzus és függőség

Noha a „drogabúzus” és „függőség” kifejezéseket manapság sokan felcserélhetőként használják, a függőség szűkebb fogalmát történelmileg nem mindig tartották drogabúzusnak. Sőt, a „drogabúzus” a XX. század elejéig meg sem jelent problémaként – ekkor kezdett ugyanis morális felháborodást, társadalmi szintű aggodalmat kiváltani, majd törvényi szabályozást kapni bizonyos kábítószernek nem orvosi alkalmazása.

Úgy tűnik, a „drogabúzus” kifejezést legelőször a déli feketék kokainfogyasztására alkalmazták, ám amint arra David F. Musto

(1973) és John Helmer (1975) rámutatott, eredetileg sokkal inkább a fekete fogyasztókkal szembeni faji- és osztályelőítéleteket tükrözte, mint a kokain káros hatásai fölötti aggodalmat. Valamivel később a kifejezés kiterjedt az Amerikában élő kínaiak ópiumszívására is, s ismét csak a megvetett kisebbségtől való félelmet fejezte ki. Ugyanakkor ebben az esetben betiltották az ópium elszívás céljából történő behozatalát (1909), bár továbbra is engedélyezték alkalmazását a szabadalmazott gyógyszerkészítményekben.

Két másik drog – a heroin és a morfium – fogyasztása csak a *Harrison Narcotic Act* (Harrison kábítószer-törvény) 1914-es elfogadása után került a „drogabúzus” címke alá. Ez a törvény, illetve az azt értelmező rendeletek és Legfelsőbb Bírósági döntések minden nem orvos által felírt opiát használatát átalakították rossz szokásból bűncselekménnyé. Még az orvosok is elvesztették azon jogukat, hogy kedvük szerint írhasanak fel opiátokat, és az 1919-ben elkezdődött, a függőket orvosi klinikák révén törvényesen ópiummal ellátó próbálkozások 1924-re teljességgel megszűntek (Musto, 1973; Waldorf, Orlick & Reinarman, 1974). A leszokásra képtelen vidéki függők a tengerparti nagyvárosokba költöztek, ahol kialakultak a feketepiacok – és kialakult a függőséggel szembeni társadalmi ellenérzés is.

Szintén a XX. század első éveiben változott meg jelentősen a „függőség” szó jelentése is. Legalább a polgárháború óta hagyományosan a „jó vagy rossz szokás... általában az előbbi” értelemben használták (Szasz, 1975). Azt követően, hogy a polgárháborúban orvosi célra kezdték alkalmazni opiátokat (különösen a morfiumot), széles körben elterjedt a morfium nem orvosi jellegű fogyasztása. A köznyelv által „katonabetegségnek” nevezett függőséget vagy közelebről meg nem határozható betegségnek, vagy jellembeli gyengeségnek tartották, nem pedig a romlottság egyik formájának. Később, a XIX. század utolsó éveiben és a XX. század első évtizedében az orvosi ellátásban részesülők által kapott, magas opiáttartalmú gyógyszerek fogyasztása még nagyobb arányú függőséget eredményezett a lakosság körében (nagyobbat, mint az 1970-es évek végi arány) (Lincoln, 1965). Az opiátot mégis „Isten orvosságá”-nak tartották, és bár helytelenítették a függőséget, mégis tolerálták. A „morfinistákra”, mint az anyára Eugene O’Neill önéletrajzi ihletésű, *Utazás az éjszakába* (Long Day’s Journey into Night, 1956) című drámájában – azaz a nagyrészt vidéki, fehér nőkre, akik függőségük ellenére képesek voltak hatékonyan tevékenykedni a

társadalomban – inkább sajnálattal, semmint megvetéssel tekintettek (Brecher, 1972). Mindazonáltal helyzetük hozzájárult az 1906-os *Pure Food and Drug Act* (Élelmiszer- és gyógyszerbiztonsági törvény) elfogadásához, ami bár nem zárta ki az opiátokat a szabadalmazott gyógyszerek köréből, előírta, hogy összetevőkként feltüntessék őket a címkéken.

1910 és 1920 között a „függőség” szót bizonyos drogok kulturálisan helytelenített fogyasztására kezdték alkalmazni, ahogyan a „drogabúzus” kifejezést használják ma (National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1973). A szó fokozatosan kapott egy specifikusabb jelentést is. Charles B. Towns 1912-ben fogalmazta meg az ún. „addiktív triád”-ot (fokozott vágyakozás, növekvő tolerancia és elvonási tünet a drog megvonásakor) (Musto, 1973). Ma a függőség általánosan elfogadott tudományos szakkifejezés, mely a bizonyos farmakológiai jellemzőkkel bíró anyagok (például opiátok, barbiturátok vagy alkohol) tartós és nagy mennyiségben történő fogyasztása eredményeként kialakuló, elkerülhetetlen *fiziológiai dependenciát* jelöli. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy a függőség fogalmát a drogabúzus fogalmához hasonlóan sokáig tudománytalan vagy áltudományos módon közelítették meg.

Magától értetődő például, hogy az „addiktív triád” eredeti definíciója ugyanúgy alapszik morális, mint orvosi véleményen. Három eleme közül kettő nem állja ki a tudományos elemzés próbáját. Először is, lehetetlen pontosan meghatározni a „fokozott vágyakozás”-t, vagy lehetetlen kizárólag a drogabúzusra korlátozni a felsorolt fogalmakat. Magának a „vágyakozás” szónak a használata is a definíció mögött húzódó előítéleteket jelzi: a vágyakozás gyengeségre és olyan kétségbeesettség-érzésre utal, ami antiszociális, sőt törvénybe ütköző viselkedést eredményezhet. Másodszor, a „növekvő tolerancia” fogalmát hosszú éveken át egyszerű számtani sorozatként fogták fel: miután valaki bizonyos számú alkalommal fogyaszt egy drogot, ezzel arányosan nagyobb mennyiségre lesz szüksége ahhoz, hogy ugyanazt a hatást elérje. Ami azt illeti, bár valóban minden fogyasztó átéli a fokozódó fiziológiai hozzászokást a fogyasztott anyaghoz, az egyes emberek között olyan világos a különbség abban, hogy mennyire képesek tolerancia kialakulása nélkül kezelni a különböző anyagok különböző mennyiségeit, hogy nehéz megérteni, hogyan kerülhette el a tudományos közösség figyelmét ez a jelenség. Lehetséges, hogy a megfigyelőket annyira eltérítették saját morális meggyőződéseik, hogy nem objektíven tanulmányozták a drogokat?

Az egyik oka annak, hogy bővelkedünk olyan drogabúzus-definíciókban, melyek se nem logikusak, se nem tudományosak, az, hogy az amerikai kultúrában igen erős a puritán erkölcsiség, ami rosszképp tekint a kábítószeresek által keltett élvezetre és az általuk való rekreációra. Az *American Journal of Psychiatry* egyik nemrég megjelent számának vezércikke tömören összefoglalja ezt a kulturális álláspontot. A cikk felszólítja olvasóit, hogy „aktív erőfeszítéseket téve tanítsák meg az egyént és a társadalmat arra, hogy hogyan élvezze és viselje el [az életet] eufóriát és menekülést kínáló szerek nélkül” (Cohen, 1968). Amint arra Herbert Marcuse (1955) rámutatott, valószínűleg van racionális alapja ennek az álláspontnak – az az általánosan elfogadott nézet, miszerint az örömkereső viselkedést, különösen ha veszélyt jelent a kulturális normákra, adagolni és kontrollálni kell az ipari társadalomban. Mindazonáltal nézete elsiklik afölött, hogy minden társadalom (kivéve talán a korábbi eszkimó kultúrát) használt kábítószereseket rekreációs célokra (Weil, 1972), és hogy – legalábbis a mi társadalmunkban biztosan – a kábítószeresek számos egyén számára biztosítják a lazítás és nagyobb fokú társadalmi oldottság jótékony hatásait.

Ironikus tehát, hogy ez a társadalom erős kettős viselkedési normát állít fel, mely értelmében az alkohol, mint örömszerző pszichotropikus drog fogyasztása elfogadható, ám minden egyéb kábítószer ugyanezen célból történő fogyasztása abuzív. Azt a tényt, hogy az alkohol pszichotróp, könnyű figyelmen hagyni, hiszen több mint 100 millió társasági ivó tudja saját tapasztalatából, hogy az alkoholos „feldobottság” kontrollálható; az abuzív fogyasztást vagy az alkoholizmust olyan betegségnek tartják, amit csak néhány arra fogékony személy kap el. Ez az illogikus társadalmi attitűd azt jelenti, hogy az LSD vagy a heroin egyszeri fogyasztását sokkal nagyobb valószínűséggel kiáltják ki drogabúzusnak, mint a nagy mennyiségben történő alkoholfogyasztást (Jaffe, 1975).

Puritán örökségünk olyannyira belénk rögzült, hogy még az ivást is mélyen gyökerező ambivalencia övezi. Az ivás alkalmával szolgáló társadalmi környezet tanulmányozása során Rupert Wilkinson (1970) három példát hozott fel erre az ambivalenciára: az antialkoholista mozgalmat, az alkoholtilalmat és az amerikai felnőttek arra való hajlamát, hogy az ivásról úgy beszéljenek, mintha az „csíny” lenne. Arthur Hellman szintén felhívta a figyelmet az alkoholgéjtartást és -kereskedelmet szabályozó amerikai törvények összevisszaságára, azzal érvelt, hogy bár ezeket semmiféle jogtudományi elv nem támasztja alá, mégis eltűrjük őket, ugyanis morális

engedményként szolgálnak annak a közhiedelemnek, hogy az „ivás ördöge” különleges bánásmódot igényel (Hellman, 1975). Az az elképzelés, miszerint az öröm, vagy legalábbis a meneküléshez és eufóriához vezető öröm potenciálisan veszélyes, s ezért szabályozni kell, mélyen bele van égetve az amerikai köztudatba.

Az illegális kábítószeres fogyasztását még jobban áthatja ez a puritán attitűd, amint azt számos illegális drogfogyasztó ambivalenciája is bizonyítja. Egyfelől a marihuánát és pszichedelikus szereket fogyasztók jelentős része állítja, hogy drogfogyasztásuk elfogadható és örömet okoz, s szembehelyezkednek azzal, hogy a társadalom deviánsnak tekinti őket (Gusfield, 1972). Ám ahelyett, hogy megbánnák devianciájukat, ahogy azt elődeik tették volna negyven, de akár még húsz évvel ezelőtt is, a mai fogyasztók megtámadják előbb a törvényeket, majd magát a társadalmat. Másfelől, amint azt kutatásaim feltárták, még az igen mértékletes drogfogyasztók is bizonyos puritán attitűdöket jelenítenek meg azzal, hogy büntudatot éreznek drogfogyasztásuk miatt. Néhány vizsgált személy azt állította, hogy csak „komoly” céllal – azaz személyes vagy vallási megvilágosodást keresve – fogyasztott pszichedelikus szereket, például LSD-t, és megvetően nyilatkoztak örömkereső társaikról (mi több: abúzőrnek bélyegezték azokat), akik csak „fel akartak dobódní”, és érzéki módon akarták élvezni a pszichedelikus élményt (Harding & Zinberg, 1977). Ez az attitűd tükröződik abban a megvetésben, amit a társadalom tanúsít minden drogfogyasztó, s általában véve az örömkereső viselkedés iránt.

Az, hogy a drogabúzus meghatározására irányuló tudományos próbálkozások sem voltak mentesek a puritán erkölcsiségtől abban a nézetkülönbségben is tetten érhető, mely a közelmúltban alakult ki a szakirodalomban a függőség természete, s különösen az elismerten függő heroinisták élményei kapcsán. 1947-től napjainkig Alfred Lindesmith álláspontja volt az elfogadott, aki azt állította, hogy a heroinfogyasztás kezdeti szakaszában a fogyasztót teljesen elkábítják a drog hatásai, ám ez az élvezeti fázis általában elmúlik a fiziológiai függőség kialakulása után, amikor is a függőt leginkább az köti le, hogy megelőzze a rettegett elvonási tünetek megjelenését (Lindesmith). Lindesmith úgy vélte, a heroinfogyasztók nagyon kevés örömet élnek meg a tulajdonképpeni függőség éveiben, és azt javasolta, hogy a függőket pszichológiai vagy társadalmi szempontból problémás vagy „beteg” személyeknek tekintsük.

1975-ben William E. McAuliffe és Robert A. Gordon egy a kutatási eredményeiket összegző cikkben vitatták Lindesmith meg-

állapításait. Ez a cikk, melyben hemzsegek az olyan szavak, mint az „eufória”, „feldobottság” és „öröm”, s ami egyenesen a szexuális orgazmushoz hasonlítja a drog hatásait, azt állítja, hogy a hosszú ideje függők valójában továbbra is élvezetet lelnek a heroinfogyasztásban.

A saját eredményeim – akárcsak Stanton Peele (1975) megállapítása –, melyek számos szenvedélyes fogyasztótól származó információkon alapulnak, szöges ellentétben állnak mind Lindesmith, mind McAuliffe és Gordon következtetéseivel. A hosszú ideje folytatott heroinfogyasztás után az általam vizsgált személyek valóban átéltek egy „kíváncos” tudatváltozást, amit a külső stimulusoktól és a belső reakcióktól való emocionális távolság megnövekedése jellemzett, ám ez korántsem volt eufória. Néhány alany a következőképpen jellemezte az állapotot: „Olyan, mintha nagyon vastag, mégis áthatolható lenne a bőröm”; és „Olyan, mintha meleg gyapjűvattába burkolnának”. Sokan felismerték, hogy annak, hogy kedvelik ezt a tudatváltozást, nem sok köze van az elvonási betegség elhárításához, bár mindannyian tisztában voltak azzal is, hogy túlzott mértékben rettegnek az elvonástól. A tudatváltozás helyeslése nem is abból származott, hogy „normálisnak” szerették volna érezni magukat, hiszen tudták, hogy a közönséges, öntudatnál lévő állapot kellemetlen számukra. Hajlamosak voltak „a menny vagy a pokol” szélsőségeivel jellemezni magukat, ám nem azért, mert ezt érezték, hanem azért, mert nem tudták leírni egy „normális” kérdezőnek a nagyra becsült droggal való komplex viszonyukat.

A WHO definíciói a drogabúzusra

A drogfogyasztás területén tevékenykedő kutatók eleinte hajlamosak voltak mindenféle drogfogyasztó viselkedést drogabúzusnak, azaz fiziológiailag addiktívnek tekinteni. Később, amikor nyilvánvalóvá vált, hogy nem minden anyag addiktív fizikailag, egy új fogalom, a pszichológiai habituáció felé fordultak. 1957-ben a Világegészségügyi Szervezet (World Health Organization, WHO) a Függőséget Okozó Kábítószer Szakértői Bizottsága (Expert Committee on Addiction Producing Drugs) révén hivatalos és részletes definíciókat alkotott a fiziológiai függőségről és a pszichológiai habituációról. Ugyanakkor 1964-re kiderült, hogy ez a két fogalom sem kielégítő, és a WHO egy újabb bizottsága leíró módon, a különböző drogok

által állítólag okozott „dependencia” típusa alapján kezdett közelíteni az abúzushoz. Ez a megközelítés sem bizonyult kielégítőnek. Amint arra Robert Apsler rámutatott, „nem lehet pontos definíciókat alkotni úgy, hogy tisztázatlan fogalmakat alkalmazunk a definíciókban. A definíciók gyakran lényegében anélkül neveznek valamit rossznak, hogy tisztáznák, mi az a valami, anélkül, hogy megadnák azokat a kritériumokat, melyeken a negatív ítélet alapul, és anélkül, hogy leszögeznék azokat a feltételezéseket, melyekből az értéket levezették” (1975). Más kutatók is kritizálták a WHO bizottságainak a próbálkozásait, kétértelműnek, zavarosnak és kultúrafüggőnek nevezve azokat (Fort, 1969; Christie & Braun, 1969; Freedman, 1970; Young, 1971; Goode, 1972; National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1973; Smart, 1974). Sajnos mivel ezeket a definíciókat a nagy tekintélyű Világegészségügyi Szervezet (WHO) alkotta, a későbbiekben is meghatározóak maradtak a területen.

Drogfüggőség és droghabituáció, 1957. A WHO 1957-es bizottsága a következőképpen definiálta a függőséget és a habituációt:

A drogfüggőség egy (természetes vagy szintetikus) drog ismételt fogyasztása által keletkezett, időszaki vagy krónikus mámorállapot. Jellemzői: (i) ellenállhatatlan vágy vagy szükséglet (kényszer) a drog fogyasztásának folytatására és bármilyen eszközzel történő megszerzésére; (ii) a dózis növelésére való tendencia; (iii) pszichikai (pszichológiai) és általában fizikai dependencia a drog hatásaitól; és (iv) káros hatások az egyénre és a társadalomra.

A droghabituáció (szokás) az egy drog ismételt fogyasztásából eredő állapot. Jellemzői: (i) vágy (de nem kényszer) a drog fogyasztásának folytatására a kiváltott felfokozott jólétérzetért; (ii) kismértékű vagy nemlétező tendencia a dózis növelésére; (iii) bizonyos fokú pszichikai dependencia a drog hatásaitól, ugyanakkor fizikai dependencia s így az elvonási tünetek hiánya; és (iv) káros hatások, ha léteznek, csak az egyénre vonatkoztatva lépnek fel.

Mindkét definíció ugyanazt a négy alapvető jellemzőt alkalmazza: a vágyat, a dózis növelését (a tolerancia kialakulását), a dependenciát és a káros hatásokat. A habituáció a függőségnél enyhébb állapotként kerül jellemzésre, mivel mentes a kényszeres vágyódástól, a dózis növelésétől, a fizikai dependenciától (s így az elvonási tünetektől), illetve a társadalomra gyakorolt káros hatástól. Ám ezt a

négy kulcskifejezést nem lehet ránézésre elfogadni – alapos, objektív vizsgálatnak kell őket alávetni.

Az első jellemző, a vágy (a habituáció vonatkozásában) vagy a kényszer (a függőség vonatkozásában) nagyon nehezen választható el a harmadik jellemzőtől, a pszichikai vagy fizikai dependenciától, ezért együtt fogjuk elemezni őket. Hogyan létezhet fizikai vagy pszichikai dependencia vágy vagy kényszer nélkül? És fordítva, nem a fizikai vagy pszichikai dependencia a vágy vagy a kényszer oka? Önmagában ez a zavar is komoly hiba a WHO definíciójában.

Noha a dependencia fogalma sokkal egyértelműbbnek, s így jobb analitikus eszköznek tűnik, mint a vágyé, igen nehéz elválasztani a fizikai dependenciát a pszichikaitól. Önmagában a fizikai tünetek megléte nem különbözteti meg egymástól a kétféle dependenciát. Noha Fred Leavitt (1974) szerint „a fizikai dependenciát a drog fogyasztásának felfüggesztésekor megjelenő fizikai tünetek által jellemzett állapotként határozhatjuk meg”, a pszichiáterek és pszichológusok tudják, hogy fizikai tünetek a szeretett személyek és egyéb, pszichológiai szempontból értékes dolgok elvonásakor is felléphetnek. A legszélsőségesebb esetektől eltekintve gyakorlatilag lehetetlen meghatározni, hogy a pszichológiai tényezők milyen mértékben határozzák meg vagy fordítják le a fizikai tüneteket.

Emellett a „fizikai dependencia” kevésbé hasznos fogalomnak bizonyult, mint azt sok drogszakértő eredetileg várta. Fő előnye az, hogy olyan fiziológiai entitás, ami a függőség egyenes fokmérőjeként is szolgálhat. Ugyanakkor társadalmi és kulturális szempontból nem feltétlenül definiálja a drogabúzust. A WHO bizottságának tagjai, akik nem tettek említést az alkoholoról, a koffeinről és a nikotinről, mint dependenciát okozó drogokról, nyilvánvalóan nem a hétköznapi, nagy valószínűséggel fizikailag függő sör- vagy koktéllivókra, dohányosokra vagy kávézókra gondoltak, és nem is azokra a hipertóniásokra, akik ellenállhatatlanul kívánják a sót, de még csak nem is a John Pekkanen és Mathea Falco (1975) által oly képszerűen bemutatott „jégkrémfüggőkre”. Mindazonáltal az a definíció, amelyik a fizikai dependenciát az abúzus fokmérőjeként használja, olyan anyagokra és viselkedésmódokra is alkalmazható, melyek messze az illegális drogok területén túl helyezkednek el.

A bizottság szemmel láthatólag azt feltételezte, hogy a fiziológiai függőség sokkal erősebb, mint a pszichológiai habituáció, noha minden egyes bizottsági tag számos olyan klinikai példát hozhatott volna fel, mely épp ennek az ellenkezőjét bizonyítja. Szerintük a habituáció kevésbé elkerülhetetlen, és sokkal inkább az egyéntől

(set) és a környezettől (setting) függ, mint a függőség. A függőség kényszeres, míg a habituáció egyszerűen a vágy következménye.

Kétségtelenül igaz, hogy a fiziológiai függőség egy nem hozzá-férhető anyagtól fájdalmas tüneteket eredményezhet, ám vitatható, hogy ez fájdalmasabb-e, mint a fiziológiai vonatkozásoktól teljes-séggel mentes, valamilyen beteljesületlen vágyódástól való szenvedés. Vegyük például John Kaplan (1970) – feltehetően kaján – utalását azokra, akik pszichológiailag habituáltak a vasárnapi *New York Times* olvasására. Van egy szokásuk, amiben örömet lelik; a hétvégén már alig várják, hogy elolvashassák az újságot; csalódottak, néha kifejezetten dühösek, ha nem tudják megszerezni; jelentős kényelmetlenségeknek és költségeknek teszik ki magukat (vagy akár másokat), hogy megszerezzék. Ezen habituáltak számára nem a fiziológiai, hanem a pszichológiai állapot az, ami végső soron kétségbeeséshez vezethet.

Ami a drogok erejét illeti, régóta tartja magát az a tévhit, hogy a zavart vagy erőszakos viselkedés kizárólagos determinánsai egy adott drog farmakológiai tulajdonságai, tekintet nélkül az egyén-re (set) és a környezetre (setting). Ugyanakkor meglehetősen sok bizonyíték utal ennek az ellenkezőjére. Az egyén (set) és a kör-nyezet (setting) mély hatása szemmel látható volt *A fogalom* című színdarabban, amit a Daytop Village nevű, súlyos függők számára létesített bentlakásos központ (Staten Island, New York) lakói vittek színpadra 1967-ben. A valós életbeli tapasztalatokon alapuló darab azt mutatta be, mi történhet, amikor egy függőt elvágnak forrásaitól. Először, börtönbe kerülve végigment az elvonási tünetek teljes poklán: sikoltozott, könyörgött, és számos fájdalmas, ellenállhatatlan testi tünettől szenvedett. Mikor kiszabadult és elküldték a Day-topba kezelésre, megint nem kapott drogot. Amikor panaszkodni kezdett a tünetekre, egyszerűen a kezébe nyomtak egy seprűt, és azt mondták neki, fogja be a száját, és menjen dolgozni. És ment! A drog ugyanaz volt mindkét helyzetben, ám az eltérő körülmények miatt másképp élte meg az elvonást. Az egyén és a körülmények hatását a heroinfogyasztók elvonási tüneteire a vietnami szituáció is jól példázta. Kezdetben a súlyos fogyasztókká vált katonákat hosszú kórházi kezelésben részesítették az elvonás idejére, ám később so-kukat áthelyezték járóbeteg osztályra, és egyszerűen csak egy kis Compazint kaptak a gyomorgörcseikre.

A WHO definícióiban szereplő második jellemző, a toleran-cia kialakulása, amit a bizottság tagjai „a dózis növelésére való

tendencia”-ként írtak le, még a vágy és a dependencia fogalmánál is homályosabb. Ez a megfogalmazás azt fejezi ki, hogy a fogyasztónak egyre több anyagot kell elfogyasztania ugyanazon hatás eléréséhez, illetve hogy absztinens időszak közbeiktatása nélkül a tolerancia kialakulása visszafordíthatatlan. Az „ugyanazon hatás eléréséhez” mibenlétét nagyon nehéz meghatározni vagy mérni. Vegyünk például egy heroinfüggőt, aki azt a szokást alakította ki, hogy naponta négyszer-ötször fogyasztja a drogot. Hozzájut egy kis pénzhez, csinál egy jó vételt, és hirtelen dealer lesz belőle. Szokása felgyorsul, és két hét múlva már naponta tíz-tizenkét alkalommal lövi be magát. Ám hamarosan feléli a tőkét, és megszűnik dealer lenni. Leégve visszakerül az utcára, és megint naponta négyszer-ötször fogyasztja a drogot. Most is ugyanolyan hatást gyakorol rá a heroin, mint a megnövekedett fogyasztású időszak előtt? Ő nem tudja – és senki más sem.

Ha a WHO toleranciadefiníciója szilárdabban támaszkodott volna a drogokhoz való biológiai alkalmazkodás farmakológiai jelenségére, akkor hasznosabb fokmérője lett volna a dependenciának. Ilyen tolerancia természetesen kialakul az opiátok, az alkohol és a barbiturátok adagjainak vonatkozásában. Igen praktikus diagnosztikai jele a drogozásnak, és használják is a metadon-kezelési és drogdetoxikációs programok felvételi protokolljában (Blachly, 1973; Gay, Senay & Newmeyer, 1974). A toleranciát azonban nem lehet „a dózis növelésére való tendencia”-ként definiálni, amikor valójában az arra való biológiai képességet jelenti, hogy valaki kibírja-e a megnövelt dózist. Vannak olyan függők, akik abban a reményben jelentkeznek kezelésre, hogy kezelhető szintre tudják visszaszorítani toleranciájukat.

A tolerancia kérdése ráadásul minden drognál más és más. Sokan vannak olyanok, akik az első marihuánafogyasztásuk alkalmával óriási mennyiségeket voltak képesek elszívni, s mégis csak kis hatást tapasztaltak, vagy egyáltalán nem tapasztaltak hatást (Becker, 1963; Zinberg & Weil, 1970). Viszont amint megtanulják, hogyan dobódjanak fel, megállapodnak egy olyan dózisszinten, ami nem sok eltérést mutat az egyének között. Ugyanakkor a rendszeres fogyasztók egy bizonyos pontot elérve arról panaszkodnak, hogy bár ugyanolyan könnyen feldobódnak, a feldobott állapot nem tart olyan sokáig, mint korábban. Azt is mondják, hogy elég gyakran kell váltogatniuk az anyagjukat ahhoz, hogy továbbra is fel tudjanak dobódni. Ezek a panaszok a tolerancia bizonyítékainak tűnnek; mivel a különböző marihuánafajták különböző kannabinoid-

és kannabinol-kombinációkat tartalmaznak, a fogyasztó valószínűleg nincs hozzászokva az új fajtához. Ám ez, ha igaz, nagyon alacsony szintű kereszttoleranciára utal egy nagyon hasonló droggal kapcsolatban, s önmagában is figyelemreméltó megállapítás.

A rendszeres marihuánafogyasztók kontrollt fejlesztenek ki feldobottságuk fölött, s így ha akarják, le tudják rövidíteni az időtartamát (Becker, 1963; Zinberg, Jacobson & Harding, 1975). De vajon a lerövidített időtartam a drogtolerancia vagy az egyén által a drog hatására adott pszichológiai reakció megváltozásának az eredménye-e? Az bizonyos, hogy a rendszeres fogyasztók másképp élik át feldobott állapotaikat. A „röhgicsélés” például szinte kizárólag a drogfogyasztás kezdeti szakaszára jellemző, amikor az Andrew Weil által normálisnak és beszívottnak nevezett gondolkodásmód közötti inkongruitás rendkívül mulatságosnak tűnik (1972). A rendszeres fogyasztók még a „zabálás”-t (a marihuánafogyasztást követően megnőtt étvágyat) is másképp élhetik meg. Kutatási adataim, melyek egybeesnek más kutatók eredményeivel, azt mutatják, hogy amikor egy fogyasztó eléri a neki megfelelő dózisszintet, hajlamos meg is maradni annál. A hosszabb időn át rendszeresen marihuánát fogyasztó alanyaink közül egyik sem számolt be a fogyasztás növekedéséről; épp ellenkezőleg, többen is annak csökkenéséről beszéltek.

Pszichedelikus szereket használó fogyasztóink sem számoltak be a dózis növelésére irányuló tendenciákról. Néhány fogyasztó, különösen azok, akik 1963 és 1968 között kezdték el a fogyasztást, az első kellemes élmények után átestek egy időszakon, mely során egy-két évig hetente többször is fogyasztották a drogot. Nekem azonban az a benyomásom, hogy sok pszichedelikus szer fogyasztó oly gyorsan hozzászokott az élmény nagy hatású, tudatállapot-változtató aspektusához, hogy elkezdtek még nagyobb érdeklődést tanúsítani a drog háttérben rejlő, gyorsító (amfetaminszerű) hatása iránt. Ma a pszichedelikus szereket leginkább alkalomszerűen használják – évente hat alkalomnál ritkán többször. Dr. David E. Smith-hez és a Haight-Ashbury Free Medical Clinic csoportjához hasonlóan én és munkatársaim sem találtunk egyetlen olyan fogyasztót sem, aki hosszú ideig és nagy mennyiségben élt volna pszichedelikus szerekkel (Smith, 1975a). Alanyaink nemhogy a dózis növelésére irányuló tendenciát tanúsítottak volna, hanem azon kívánságuknak adtak hangot, hogy csökkentett mértékben, vagy nagyon alkalmi alapon szeretnék folytatni a drogfogyasztást.

A barbiturátumokat és egyéb szedatívumokat használó fogyasztóknak nincs szükségük egyre nagyobb és nagyobb dózisokra a kívánt hatás eléréséhez, csak egy bizonyos pontig – ugyanis még ha a nagy vagy szedatív dózis tekintetében ki is alakul náluk tolerancia, a halálos dózis tekintetében nem, márpedig a folyamatos dózisznövelés végül halálos túladagolást eredményez. Ami az amfetaminokat illeti, a tartósan nagy dózisok végül oly mértékben károsítják az anyagcserefunkciókat, hogy szintén csökkenteni kell az adagokat. Tulajdonképpen az abúzással kapcsolatba hozott drogok egyikének fogyasztói sem képesek folyamatosan növelni a dózisaikat úgy, hogy megkapják a drogtól azt, amit akarnak, illetve úgy, hogy egyáltalán életben maradjanak. Nyilvánvaló, hogy „a dózis növelésére való tendencia” kifejezés nem konzisztens vagy könnyen alkalmazható jegye a drogabúzusnak.

A WHO definícióiban felsorolt negyedik jellemző – az egyénre, vagy az egyénre és a társadalomra gyakorolt „káros hatás” fogalma – szintén inadekvát. A káros hatások konkrét definíciója mindig szükségszerűen kulturálisan meghatározott. Ahogy John Clausen (1968) mondja: „egy adott drogot (például a marihuánát) az egyik társadalomban elfogadhatják a szociabilitás egyik helyénvaló járulékaként, egy másikban használhatják a vallásos kontempláció felbecsülhetetlen értékű alkotóelemeként, a harmadikban pedig törvénnyel tilthatják veszélyes anyagnaként”. Még a bizonyos drogokat jószáguk (jóindulatú mivoltuk) vagy károsságuk (ártalmas mivoltuk) szerint osztályozni próbáló, tudományosnak szánt kísérletek sem mentesek ettől a kulturális determinizmustól. A jelenlegi drogműtatók értékelései, melyek egy adott drogot károsnak ítélnék, általában azt állapítják meg, hogy a drog káros hatásokkal *társul*, de nem *oka* azoknak. Elhangzottak például olyan kijelentések, hogy a marihuána agykárosodást, pszichózist, motivátlanságot, születési rendellenességeket, kromoszómasérüléseket, szexuális zavarokat okoz, illetve zavarja a DNS anyagcserét és az immunreakciókat. Ám egy a *Psychology Today*-ben publikált kutatás (Zinberg, 1976) eredményei, illetve egy a Drogabúzus Tanács által rendezett szakértői konferencia (Tinklenberg 1975) megállapításai szerint az előbbieken felsorolt vádak egyike sem nyert bizonyítást (*Marijuana and Health*, 1982).

Ezzel nem azt akarom mondani, hogy bizonyos illegális drogok nem okoznak, vagy nem okozhatnak károsodásokat vagy akár halált. Okoznak és okozhatnak, de ugyanez igaz a nem orvosi használatra szabadon beszerezhető törvényes drogokra is. Ennek a leg-

nyilvánvalóbb példái a nikotin és az alkohol; az alkohol valójában sokkal nagyobb valószínűséggel idézi elő az általában a marihuánának tulajdonított káros hatásokat. Az egészségkárosodások és a halál ugyanakkor a természetre adott reakciók, vagy az orvos által felírt, vagy fel nem írt drogok terapeutikus használatának következményei is lehetnek, mint például az állati harapásokra vagy az antibiotikumokra adott allergiás reakciók esetében. Emellett a WHO definícióiban leírt illegális drogokkal való visszaélés (abúzus) nem feltétlenül károsabb, mint a cukor vagy az élelmiszer-adalékanyagok fogyasztása.

Az FDA által 1977-ben a szabadkézi gyógyszerkészítmények hatékonyságáról és biztonságáról tartott meghallgatások során kiderült, hogy sok megfázásra ajánlott gyógyszer, altató és hangulatjavító előírt dózisa gyakorlatilag semmilyen hatást nem fejt ki, a nagyobb, a kívánt hatást kiváltó dózisok viszont gyakran a mérgezéssel határos káros mellékhatásokat okoznak. Ezek a szerek, melyek némelyikében atropin, scopolamin, efedrin vagy erős antihisztaminok találhatók, ott maradtak a gyógyszertárak polcain, egyértelmű veszélyt jelentve az óvatlan fogyasztókra, aki hisz a hozzá eljutó reklámoknak, és beavatlanul hisz a kormány felügyeleti szerveiben (American Pharmaceutical Association, 1967; Inglefinger, 1977).

Végezetül, az egészségkárosodás még azokban az esetekben is számos változótól – dózis, a fogyasztás krónikusságának mértéke, a fogyasztó egészsége – függ, amelyekben egy legális vagy illegális drogról bizonyítható, hogy káros az egyénre. A számos változó közül az egyik ritkán felismert az abúzus jogi definíciójának és az abúzusról a társadalom által elfogadott nézetnek a pszichológiai hatása. Például amikor elhangzik a „heroin” szó, a legtöbb amerikai előtt a jellegzetes csavargó képe jelenik meg, ám arról nem tudnak, hogy az illető tüneteinek egy része a fogyasztás illegális mivoltával áll összefüggésben (Young, 1971; Goode, 1973; Zinberg, 1975). A WHO definíciója nem veszi számításba ezeknek a jogi és társadalmi stigmáknak a fogyasztóra gyakorolt hatását.

A társadalomra gyakorolt káros hatás fogalmát még nehezebb értelmezni. Éles ellentétben a WHO bizottsági tagjainak véleményével, az egyik társadalomelmélet szerint a deviánsok hasznos és szükséges társadalmi funkciót látnak el azáltal, hogy kijelölik a társadalmi elfogadhatóság határait (Erikson, 1964; 1966). Viselkedésük így utat mutat a társadalomnak, mivel az elfogadhatóság határai fokozatosan alkalmazkodnak a változó időkhöz és értékekhez; ami

az egyik történelmi pillanatban nem volt elfogadható, az egy másikban talán már az lesz. Az 1960-as években örütségnek számított volna marihuánát szívni egy tudományos rendezvényen, tíz évvel később már szinte észre sem vette senki. Ugyanakkor nagyon fontos különbséget tenni a társadalmi erkölcsök körébe integrálható és nem integrálható értékváltozások között. Nem reális és nem előremutató minden jelenleg illegális drogfogyasztást a társadalomra károsként megbélyekezni (s közben egyetlen legális drog fogyasztását sem sorolni ide) anélkül, hogy előbb meghatároznánk, hogy ezen drogok némelyike, vagy bizonyos fogyasztási mintázatok nem integrálhatók-e sikeresen társadalmi erkölcsünkbe.

Drogdependencia, 1964. A WHO új bizottsága 1964-ben a dependencia fogalmát tette a drogabúzsról adott definíciója alapjává. Miután a dependenciát az „egy drogtól való pszichikai, fizikai vagy pszichikai és fizikai függés állapota, mely az adott drog rendszeres vagy folyamatos használatát követően alakul ki a személyben” (Eddy és munkatársai, 1965) leírással határozták meg, a bizottság tagjai a következőket írták:

Ennek az állapotnak a jellemzői egyénenként változóak, és a jellemzőket minden egyes egyedi esetben egyértelművé kell tenni a drogdependencia adott fajtájának megnevezésével. . . Mindezen drogoknak egy közös hatása van: bizonyos személyekben képesek létrehozni egy sajátos elmeállapotot, amit „pszichikai dependenciának” nevezünk. Ebben a helyzetben fennáll a kielégültség és egy arra irányuló pszichikai késztetés érzete, hogy a személy a drog ismétlődő vagy folyamatos fogyasztásával örömet éljen át vagy elkerülje a szomorúságot.

Sajnos ez a definíció is a pszichikai és fizikai dependenciának a korábbi megfogalmazásban már használt, homályos fogalmain alapul. Emellett szintén utal a vágy vagy szükséglet fogalmaira, amikor a drog rendszeres vagy folyamatos fogyasztását említi. A definíció egy későbbi (itt nem idézett) részében pedig, ahol a dependencia néhány típusa kerül megnevezésre, ismét felbukkan az egyénre vagy a társadalomra gyakorolt káros hatás fogalma.

Kutatásaim teljes mértékben cáfolták azt a régi felfogást, miszerint a dependencia *szükségképpen* egy drog rendszeres fogyasztásának eredménye. Azon alanyaink közül, akik egykor rendszeresen fogyasztottak egy bizonyos drogot, sokan elsajátították azt a képességet, hogy a szert hetekig – sőt, a pszichedelikus szerek esetében

hónapokig vagy évekig – a polcon tartsák, mielőtt újból fogyasztanák. Természetesen szerették volna fogyasztani, de az, hogy képesek voltak késleltetni a fogyasztást, cáfolta a dependens viselkedés feltételezését.

Megismétlem, téves az a következtetés, hogy az illegális drogok fogyasztása addiktívabb lenne, mint bizonyos társadalmilag elfogyasztott anyagoké. A cukor és só, a koffein, a nikotin és az alkohol fogyasztói nem igényelnek kevesebb kontrollt az ezen anyagok fogyasztására irányuló szükségletükben, mint a marihuána, az LSD vagy a kokain fogyasztói. A WHO bizottsága azzal, hogy a „dependencia” kifejezést a kellemesnek tartott illegális anyagok fogyasztásához rendelte, pejoratív címkét aggatott ezeknek az anyagoknak a fogyasztására, pusztán azok illegális mivolta miatt – nem pedig azért, mert ezek az anyagok egyedülálló módon dependens viselkedést okoznának.

Emellett az a feltételezés sem helytálló, hogy a kábítószeres rendszeres vagy ismételt fogyasztása nagyobb problémákat okoz, mint a kezdeti vagy nem dependens fogyasztásuk. Az alkohollal vagy barbiturátumokkal ismerkedők, vagy azokat ritkán fogyasztók autóbalesetet okozhatnak, vagy verekezésbe keveredhetnek az ital vagy a drog hatása alatt. Ha nem képesek megtanulni, hogyan fogyasszanak egy anyagot alkalmazkodóan, akkor nem jelentenek kisebb problémát pusztán amiatt, hogy nem dependensek. Mi több, az abúzussal összefüggésbe hozott drogok többségét (az alkohol és a barbiturátumok kivételével) a rendszeres, tapasztalt fogyasztók sokkal nagyobb kontrollal használják, mint a neofiták.

Végül ami a legrosszabb: a WHO 1964-es definíciója a drogabúzusra körkörös érvelést alkalmaz, s még a korábbi definíciónál is zavarosabb. Ismét Robert Apslert (1975) idézve: „a drogdependencia definícióját. . . a drogfogyasztás egy bizonyos formájának vagy mintázatának a leírására alakították ki. Ennek ellenére, amikor felteszik a »Miért fogyasztanak állandóan drogokat?« kérdést, a leggyakoribb válasz az, hogy »Mert dependensek a drogoktól«. Más szóval, a drogdependencia kifejezés okká változott, s manapság gyakran azon drogfogyasztási mintázat magyarázataként kezelik, amelyiket eredetileg definiálni akartak vele”.

A drogdefiníciók további elemzése, 1957 és 1964. A WHO két definíciója (a függőségről és a habituációról, majd a drogdependenciáról), melyek a drogabúzus moralizáló kulturális koncepciójából nőttek ki, nem pontosak, nem objektívak, és nem támaszthatók alá orvosilag. Ez az ítélet, több mint egy évtizeddel az úgynevezett

drogforradalom után – és a drogprobléma minden lehetséges nézőpontból (farmakológia, orvostudomány, etnológia, szociológia és pszichológia) való tartós kutatása után – magától értetődőnek tűnik. Ám 1956-ban és 1963-ban, a WHO két bizottságának tevékenysége idején nem lehettek ennyire nyilvánvalóak a definíciók hiányosságai. Akkoriban a drogfogyasztók csak egy bűnbánó deviánsokból álló kis csoport voltak – a heroinfüggők és még a marihuána-fogyasztó „bohémok” és zenészek is elfogadták azt a kulturális nézetet, miszerint valami rosszat tesznek. Ebben a történelmi kontextusban, melyben keveset tudtak a legtöbb drogról, s melyben mítoszok és tévképzetek uralkodtak, a bizottságok erőfeszítései arra, hogy objektív módon definiáljanak egy nehezen megfogható témát, mind a bizottságok tanult tagjai, mind az útmutatást kereső tudományos közösség számára indokoltnak tűnhettek.

Mindazonáltal az 1980-as évek elejének szemszögéből nézve a WHO definícióiban és számos egyéb, a drogabúzust és a dependenciát elméletileg tudományosan tárgyaló magyarázatban fellelhető két zavaró hiba. Az egyik az, hogy a szerzők a pszichoaktív drogok káros következményeinek leírása helyett csak a drogfogyasztás mögött rejlő okokkal vagy motivációkkal foglalkoztak. A másik az, hogy általában nem ezeknek a drogoknak a fogyasztását támadták, hanem magukat a fogyasztókat.

Az első hiba nyilvánvalóan látható a WHO bizottsága által 1964-ben az amfetamin-fogyasztásról adott leírásában: „ennek a drogkategóriának az abúzus a maximális eufória elérésére irányuló pszichikai késztetésből ered, s az által állandósul; fizikai dependencia nem jön létre”. A bizottság tagjai nyilván nem tudták káros hatásként felmutatni a fizikai dependenciát, s ezért úgy döntöttek, pejoratív értelemben említik meg a társadalom által törvényen kívül helyezett „pszichikai késztetést” – a maximális eufória elérésére való törekvést.

Amikor a pszichológiai motiváció válik egy anyag abúzuspotenciálja megítélésének az alapjává, kettős mércét lehet felállítani és tetszetős, ám megtévesztő társadalmi-gazdasági eltéréseket lehet kihangsúlyozni, ahogyan azt egy az Amerikai Orvosi Szövetség (American Medical Association) által terjesztett tanulmány is tette (Gottlieb, 1970):

A drogok jelenthetik a személyes beilleszkedésre tett próbálkozást, és jelenthetik a beilleszkedés kudarcára adott személyes reakciót is. A középosztály dilettáns kísérletezése a drogok kiválasztottá élménnyel veszélyes ugyan, mégis az értelmes személyes

beilleszkedés utáni tapogatózást jelenti. Mivel a középosztálybeliek a család, az iskola és a kortárs csoportok révén már megtapasztalják a szocializáció hatását, a legtöbben „visszatérnek a nyájba”. Ezzel szemben a városi szegények sokkal inkább a beilleszkedés kudarcához való alkalmazkodásként fordulnak a drogok felé. Ez a beilleszkedési kudarc a zavaros családi viszonyok, a gyenge iskolai teljesítmény és az uralkodó társadalommal való deprivált, ha nem ellenséges interakciók következménye.

A motivációbeli különbségekkel foglalkozók a drogfogyasztás kultúrákon átívelő jellegére is hivatkozni szoktak. Ennek legismertebb példája a peyote vallásos jellegű fogyasztása a Bennszülött (indián) Amerikai Egyház (*Native American Church*) által, amit törvény is véd. Ugyanennek a növényi terméknek – a peyote „pasztillának” – a fogyasztása a nem indiánok számára illegális, legfontosabb hatóanyaga – a meszkalin – pedig illegális minden fogyasztó számára. Ebben az esetben a fogyasztó motivációját a fogyasztás és az abúzus megkülönböztetésére használják: mindaddig, amíg nem az öröm vagy az eufória a kizárólagos cél, a korlátozott fogyasztás engedélyezett. Richard E. Schultes (1972) szerint „annak, ahogyan a bennszülöttek alkalmazzák a hallucinogéneket, van egy konkrét, konstruktív, szükségszerű célja. Ez a fajta fogyasztás vallásos, nem pedig frivol vagy alkalmi. A hallucinogéneket nem az általuk kiváltott élvezet miatt fogyasztják – sőt, néhány hallucinogén nemhogy nem kellemes érzeteket okoz, hanem kifejezetten próbatétel a fogyasztása” (lásd még De Rios & Smith, 1976).

A WHO definícióinak és a többi tudományos írásnak a másik hibája – az, hogy nem a pszichoaktív drogok fogyasztását, hanem a fogyasztóit támadják – nehezebben megragadható, ugyanakkor sokkal elterjedtebb. A WHO bizottsága szerint a kokain gyakori intravénás befecskendezése a „pszichopatikus hajlamokkal rendelkező személyeket vonzza, s ezeket a pszichopatikus hajlamokat gyakran a drog leplezi le”. Hasonlóképpen a hallucinogének „különös vonzerővel bírnak bizonyos pszichológiai és társadalmi szempontból meghasonlott személyekre, akik nehézségekkel küzdenek az elfogadott társadalmi normáknak való megfelelés terén. Közéjük tartoznak a »művészek«, a nyomorgó írók, festők és zenészek; a frusztrált nonkonformisták; illetve a kíváncsi, izgalmakat kereső kamaszok és fiatal felnőttek” (Eddy és munkatársai, 1965). Az embernek óhatatlanul az a benyomása támad, hogy ha nem ilyen emberek fogyasztanak a drogokat, akkor azokat nem is címkéznék abúzusra

alkalmas drogokként. Az bizonyos, hogy a drogfogyasztók ilyen jellegű személyeskedő becsmérése igen távol áll a tudományos ítéletalkotástól.

Nem szabad megfélemedkeznünk arról, hogy a függőséget és dependenciát leírni próbálók mind a korábbi definíciók által teremtett zűrzavart igyekeztek megszüntetni. Lindesmith-nek a pszichológiai tényezők bemutatására irányuló, úttörő próbálkozását saját korában komoly kritikák érték, melyek a – természetesen erkölcsileg elítélendő – drogfogyasztók apologetájának nevezték. A WHO általam aprólékosan felboncolt definíciói kiváló szakemberek kemény munkájának eredményei voltak, akik megpróbáltak valamiféle rendet teremteni a meglehetősen kaotikus tudományterületen. Míg visszatekintve lehetségesnek tűnik a területen korábban dolgozók előítéleteinek a felismerése, biztos vagyok abban, hogy a közeljövőben a kutatók számára ugyanilyen nyilvánvalóak lesznek az én jelenlegi előítéleteim is. Ezért ennek a fejezetnek a végén és a 7. fejezetben mindenkit óva intek attól, hogy túl tág értelemben definiálja ezeket az állapotokat, és gondos, az eseményeket a lehető legkevesebb címkével leíró esettanulmányok készítését javaslom.

Az abúzus orvosi és jogi definíciói

A WHO valószínűleg az első egészségügyi szervezet volt, amely a drogok helyes felhasználását orvosilag javasolt felhasználásként definiálta, a helytelen felhasználásukat vagy abúzusukat pedig olyan felhasználásként, ami nem orvosi javaslatra történt. Az 1965-ös *WHO Bulletin* kijelentette, hogy „nemigen akad olyan hatóanyag, ami anélkül a szervezetbe juttatható lenne, hogy néhány személy ne a számára kielégítő vagy örömteli reakcióban részesüljön, s így ne érezzen késztetést fogyasztásának akár az abúzusig, azaz az orvosi szükségleten túlmutató, túlzott vagy tartós mértékig terjedő folytatására” (Eddy és munkatársai, 1965; a szerző kiemelése).

A következő évben az Amerikai Orvosi Szövetség az Alkoholizmus és Függés Bizottság révén szintén egyenlőségjelet tett az abúzus és a nem orvosi jellegű felhasználás közé egy, az amfetaminok fogyasztásáról alkotott, jellemző állásfoglalásában:

Jelen szöveggörnyezetben a „felhasználás” a stimulánsok által az orvosi gyakorlatban elfoglalt megfelelő helyre utal, a „téves felhasználás” az orvos szerepét hangsúlyozza egy potenciálisan

veszélyes terápia kezdeményezésében; az „abúzus” pedig *ezeknek a drogoknak orvosi felügyelet nélkül, a felhasználó által ön maga részére történő adagolását jelenti*, különös tekintettel a nagy dózisokra, melyek pszichológiai dependenciához, toleranciához és abnormális viselkedéshez vezethetnek (a szerző kiemelése).

1972-ben az Amerikai Pszichiátriai Szövetség (American Psychiatric Association) ismét a nem orvosi jellegű fogyasztásra alapozva alkotta meg saját drogabúzus-definícióját:

... általános szabályként a drogabúzus kifejezést bizonyos, korlátozott számú anyagok nem orvosi jellegű felhasználására tartjuk fent, mely anyagok többsége drog, s rendelkezik azzal a tulajdonsággal, hogy képes oly módokon megváltoztatni az elmeállapotot, mely módok a társadalmi normák és a törvények meghatározása szerint helytelenek, nem kívánatosak, károsak, veszélyesek, de legalábbis idegenek a kultúrától (Glasscote és munkatársai, 1972; a szerző kiemelése).

Edwin Lipinski még 1972-ben újra megfogalmazta ezeknek a definícióknak az alapgondolatát: „az egyértelműség végett, megkockáztatva a túlzott egyszerűsítést, a helytelen felhasználást [abúzus] a pszichoaktív drogok nem orvosi jellegű felhasználásának fogjuk tekinteni”.

A „nem orvosi jellegű felhasználás” kifejezés meglehetősen összetett; legalább három lehetséges jelentése van. Először is jelölheti olyan drog használatát, aminek nincs elismert orvosi értéke. Az „elismert orvosi érték” kifejezés már önmagában képlékeny és tünékeny fogalom. 1950 előtt a marihuána szerepelt az összes gyógyszerlistában, számos hasznos terapeutikus jellemzőt tulajdonítottak neki, és széles körben ajánlották az orvosok (Grinspoon, 1971). A következő negyed század során orvosi szempontból haszontalannak tartották, ám az 1970-es évek végén ismét kezdte visszaszerezni elismertségét hányás-émelygés elleni és szemlencsenyomás-csökkentő szerként (Sallan, Zinberg & Frei, 1975; Hepler & Frank, 1971). Másodszer, a „nem orvosi jellegű felhasználás” kifejezés vonatkozhat egy elismert orvosi értékkel bíró drog nem orvosi céllal történő felhasználására, mint például amikor a kodeint „feldobódásra”, nem pedig fájdalom- vagy köhögéscsillapításra használják. Harmadszor, a „nem orvosi jellegű felhasználás” vonatkozhat egy drog orvosi

felügyelet nélküli, vagy az orvos utasításai ellenére történő fogyasztásra. Reginald Smart (1974) megállapította, hogy a fenti elv értelmében „az ún. »szakmai felügyelet« nélkül mindenféle alkohol-, dohány-, aszpirin- stb. fogyasztás a drogabúzus körébe tartozna. Ez pedig annyira nevetséges, hogy nemigen kíván kommentárt.” Az elv harmadik értelme Thomas Szaszt és másokat is arra ösztönzött, hogy megjegyezzék: a nem orvosi jellegű felhasználás drogabúzuskénti definiálása a szervezett egészségügy gazdasági és politikai érdekeit szolgálja (Szasz, 1975).

A drogabúzus orvosi definíciójának legnagyobb hibája az, hogy olyan viselkedéstípust akar teljességében és végérvényesen értelmezni, ami az orvostudomány hatókörén kívül esik. A tét természetesen az orvostudomány hegemoniaigénye a legtöbb pszichoaktív anyag alkalmazása fölött, társulva a kultúránk által a kábítószeresek iránt tanúsított természetes érdeklődés tagadásával. Ezt az igényt felesleges túl erősen megkérdőjelezni a jól meghatározott orvosi alkalmazással bíró drogok vonatkozásában – stimulánsok, depresszánsok, nyugtatók, altatók –, még ha ezek kábítószerként is használhatók; ám a pszichedelikus szerek és a marihuána vonatkozásában, melyek jelentős társadalmi és egyéni jelentőséggel bíró rekreációs szerek, ám amelyek orvosi jelentősége legalábbis megkérdőjelezhető, az orvosi és tudományos közösség bizonytalan talajon jár. A jelenlegi társadalompolitika hatókörében, amely arra biztatja az egészségügyben dolgozókat, hogy támogassák a társadalom igényét a „hedonista” viselkedés elnyomására, lázas „tudományos” kutatására a hallucinogén szerek és a marihuána minden lehetséges káros hatásának feltárására. Ennek az a következménye, hogy a kellően alá nem támasztott eredmények épp abban a társadalmi csoportban rontották le az orvostudomány hitelét, amelyiket vizsgálták – maguknak a drogfogyasztóknak a körében. Az a korlátozó fogalom, hogy a pszichoaktív szerek bármilyen nem orvosi jellegű használata abúzív, nemcsak a fogyasztók hitét rendítette meg az orvostudomány hitelességét illetően ezen a területen, hanem komoly kétségeket keltett az abúzus orvosi definíciójával szemben is.

A drogabúzus jogi definíciója – egy illegális drog bármilyen, rekreáció céljából történő fogyasztása – még az orvosnál is hiányosabb. Akárhányszor megkérdőjelezte egy vádlott a drogtörvényeket a bíróságon, a vád mindig hosszas jelentéseket mutatott be, melyek állítólag a drogok által okozott károkat és abúzusra való potenciáljukat bizonyították. Ezek az állítások azonban számos tévhiten alapulnak, melyek közül a legfontosabb az a hiedelem, hogy

bizonyos drogokat, például a heroint lehetetlen akár csak alkalm-szerűen is úgy fogyasztani, hogy ne alakuljon ki függőség (National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1973).

Régi probléma, hogy a törvényhozók vonakodnak tudományos útmutatást kérni a drogtörvények megalkotása során. Így definiálhatta az 1914-es Harrison kábítószer-törvény (Harrison Narcotic Act) „altató”-ként a kokaint, ami nem altató, hanem a központi idegrendszer serkentője – s ezért kerülhetett az opiátok rekreációs célból történő fogyasztását tiltó törvényhozási törekvések hatókörébe. A marihuánaadó törvényjavaslatának (Marihuana Tax Act) 1937-es meghallgatásaira mindössze egy orvost idéztek be, ő pedig ellenezte a legalizálást (Grinspoon, 1971). Úgy tűnik, mintha orvosi és tudományos állásfoglalásokat csak akkor kérnének, amikor azok feltehetőleg alá támasztják a törvényeket előterjesztő politikusok és a törvényeket betarttató szervezetek állításait és céljait. Ám nem csak a törvényhozó és a végrehajtó hatalmi ág tévedett. Még mielőtt Nixon elnök Marihuána- és Drogabúzus Bizottsága (a Shafer-bizottság) nyilvánosságra hozta megállapításait, javasolva a marihuána személyes birtoklásának és nem haszonszerzés céljából történő terjesztésének legálissá tételét, Nixon kijelentette, hogy nem fogja elfogadni ezeket a megállapításokat, és nem fogja engedni az igazságügy-miniszternek a javaslat gyakorlatba való átültetését.

A fogyasztók definíciói

Furcsa módon az sem világít rá jobban a kérdésre, ha a fogyasztókat kérdezzük meg arról, mit jelent a drogabúzus. Az alkoholisták híresek arról, hogy tagadják a szenvedélyük által okozott problémákat: vagy nem hajlandóak, vagy nem képesek elismerni, hogy az ivás hatással van az egészségükre, a személyes kapcsolataikra és képességeik hatékonyságára. Hasonlóképpen sok súlyos drogfogyasztó, különösen a szedatívumok kategóriájában, a tagadást választja. A klinikai jelentések olyan személyekről is írnak, akik annyira szenvednek, hogy járni is alig tudnak, határozott szemtekerezgésük van, beszédük akadozó – mégis makacsul állítják, hogy nem használnak túlzott mértékben barbiturátumokat.

A túlzott fogyasztás tagadása vagy bagatellizálása nem csak a fogyasztók által gyakorolt torzítás. Vannak olyan nem függők, akik függőnek állítják magukat, hogy kezeléshez jussanak valamilyen methadon-klinikán. Mivel ezek a klinikák természetesen nem

szívesen tesznek függővé a methadontól senkit, aki még nem dependens fiziológiailag valamelyik opiáttól, ezért gondosan meg kell szűrniük minden jelentkezőt. Nehéz megérteni, egyesek miért adják ki magukat függőnek. Az egyik ok talán a vágy, hogy csatlakozzanak egy deviáns csoporthoz, és átvegyék annak negatív identitását (Gay, Senay & Newmeyer, 1974). Előfordulhat, hogy valamelyik fiatal fogyasztó le akarja nyűgözni kortársait és másokat, s ezért túlzó kijelentéseket tesz drogfogyasztásáról, és az intenzív faggatás közben is ragaszkodik ezekhez az állításokhoz. Még az is lehet, hogy a laboratóriumi tesztek vagy a szemtanúk állításai ellenére még saját maga is elhiszi a történetét.

Amíg a jelenlegi társadalompolitika a drogabúzust és a dependenciát tekinti kiindulópontjának, addig védekezésre kényszeríti a drogfogyasztókat, s nemcsak a fogyasztással számoltatja el őket, hanem annak a bizonyítását is tőlük várja el, hogy nem dependensek. Azok, akik racionalizálni akarják a szenvedélyes fogyasztás által jellemzett életszakaszaikat, továbbra is a drog vonatkozásában fognak beszámolni dependenciájukról, s nem próbálják megérteni saját viselkedésüket (Zinberg, 1975). Ha a dependencia kapcsán annak elkerülhetetlenségét hangsúlyozzuk ahelyett, hogy elismernénk, hogy a tartós fogyasztás csupán egyik *lehetséges* következménye, akkor megnehezítjük az alannyal való kommunikációt, mert ez azt sugallja nekik, hogy nem fogjuk megérteni őket. Amikor a szakmabeliek a pszichikai dependencia fogalmát alkalmazzák, a fogyasztónak vagy tagadással kell reagálnia, vagy el kell fogadnia az „abuzőr” címkét, és bűnbánatot kell tanúsítania. Azok, akik megadják magukat a bűntudatnak és az önvádnak, képtelenné válnak arra, hogy objektíven felmérjék fogyasztásuk mértékét vagy pusztító következményeit.

Nem a bűntudat az egyetlen tényező, ami ilyen torzulásokat eredményez. Egyéb személyiségbeli és kulturális beállítottságok is hatással vannak a fogyasztók beszámolóinak pontosságára. Az a fiatal, aki elkötelezett a belső élet jelentősége iránt, s aki azon kapja magát, hogy egy újabb joint után sóvárog, mély önvizsgálatba merülhet, s akár eltúlozva is beszámolhat nehézségeiről. Egy másik fiatal, aki hasonlóképpen sóvárog, de neveltetése folytán elfojtja önvizsgálatát, problémás viselkedésbe menekülhet, és megsértődhet, ha erre felhívják a figyelmét.

A fogyasztásnak a tagadás, bagatellizálás, eltúlzás vagy bármi más révén történő torzítására való hajlam természetesen nem korlátozódik a drogfogyasztókra – azokra is jellemző lehet, akik számos

egyéb jellegű, ismétlődő, szokásszerű viselkedést követnek. Míndazonált azek a hajlamok azok, amik értéktelenné teszik a drogfo-
gyasztók próbálkozásait a drogabúzus definiálására.

A droggal „élni”, nem „visszaélni”

A drogabúzus nem definiálható absztrakt módon; minden esetre külön-külön meg kell határozni. Erről az alapról kiindulva válogat-
tuk ki és osztályoztuk munkatársaimmal a kontrollált illegális drog-
fogasztók kutatásában vizsgált alanyainkat. Az egyes esetek meg-
ítélésében két mérési standard állt rendelkezésünkre: a fogyasztás
mennyisége és a fogyasztás *minősége*. A fogyasztás mennyisége a
dózis nagyságára és gyakoriságára vonatkozik. A minőség a drog
fogyasztásának milyenségét vagy körülményeit jelenti, amibe bele-
tartozik a fogyasztási mintázat és a társadalmi környezet is (mennyi
drogot fogyaszt valaki, mikor, hol és kivel).

A fogyasztás mennyisége tűnne a drogabúzus leghasznosabb
mértékének, mivel a túlzott fogyasztás bármely drog esetében sú-
lyos problémákat okozhat. A naponta egy liter tömény italt fo-
gyasztó alkoholisták alig képesek teljesíteni a munkahelyén, koherens
társadalmi és személyes kapcsolatokat fenntartani, vagy megőrizni
egészségét. Ám még itt is akadnak kivételek – például Winston
Churchill, talán. Az Anonim Alkoholisták (N. A.) a *Neked való az N.*
A.? című, tizenkét kérdést tartalmazó röpiratukban olyan kérdéseket
tesznek fel, mint „Ittál reggel az elmúlt évben?”, „Késtél a munkából
az ivás miatt?”, és négy vagy több „igen” választ az ivási problémák
bizonyítékának tekintik (Alcoholics Anonymous, 1954). Így annak a
fogyasztónak a tüneteit, aki átmegy (vagy megbukik) ezen a teszten
ugyanúgy összefüggésbe kell hozni a fogyasztás minőségével, mint
mennyiségével. Ez igaz a Nemzeti Alkohol Tanács (*National Council*
on Alcoholism) huszonhat kérdéses kérdőívére is (1975).

A szélsőséges dózisok esetében a fogyasztás mennyisége általá-
ban megbízható standard a fogyasztás és az abúzus elkülönítéséhez.
Az a barbiturát-fogyasztó, aki annyit vett be drogjából, hogy csak
álmosan tántorog, az amfetaminfogyasztó, aki annyira felpörgött,
hogy egy pillanatra sem képes abbahagyni a beszédet vagy a moz-
gást, és a heroinfogyasztó, aki aznap már a tizenkettedik tüskét döfi
a testébe – ők mind megsértik az elfogadható viselkedés normáját,
s ezért drogabuzórként kell definiálnunk őket. Ám amint elfogynak

az extrém példák, a pusztán mennyiség nem lehet a drogabúzus átfogó vagy praktikus mércéje. Emellett a minőség normája nem alkalmazható azonos mértékben mindenféle drogra. Milyen szintű marihuánafogyasztást kellene abúzusként definiálni? Gyakorlatilag nincs toxikus dózis, és a marihuána fizikai függőséget sem okoz. 1975-ben a *New England Journal of Medicine* ismertette egy négy éves kislány esetét, aki miután megevett 1,5 gramm hasist, ami 150 mg delta-9-tetrahidrokannabinolt tartalmazott, kómába esett, de huszonnégy órával később magához tért (Bro and Schou, 1975). A súlyos marihuánafogyasztók tapasztalatai szerint nagy nehézségekkel jár a drogról való leszokás. Ám ha egyszer sikerül leszokniuk, nem tapasztalnak komoly diszkomfort-érzetet vagy pszichikai dependenciát, és funkcionális képességeik is szinte teljes értékűek. A droghoz való viszonyuk leginkább arra emlékeztet, mint amikor valaki rendszeresen bevesz egy altatót esténként, jóval azután, hogy a gyógyszer szedatív hatása érvényesülhetne. Az álmatlanságtól való félelem és a pirula bevételének szimbolikus aktusa rendkívül megnehezíti a szokásról való lemondást. Miközben munkatársaimmal megpróbáltuk kategorizálni a marihuánafogyasztó alanyainkat, gondosan mérlegelnünk kellett, hogy azok, akik napi egy alkalomnál többször fogyasztották a drogot, vajon kontrollált fogyasztóknak tekinthetők-e, még ha nem is adták tanújelét a szenvedélyes fogyasztásnak. Végül a pontosság végett kizártuk azokat, akik naponta többször fogyasztották a drogot. Ám ez sem segített azoknak a kategorizálásában, akik csak naponta egyszer fogyasztották. Ezekben az esetekben kénytelenek voltunk minden egyes fogyasztónál a fogyasztás minőségét is megvizsgálni ahhoz, hogy eldönthessük, fogyasztásról vagy abúzusról van-e szó.

A fogyasztás mennyisége (beleértve a gyakoriságát is) könnyebben alkalmazható standard volt a skála alsó végén, mint a felsőn. Amikor meg kellett határoznunk azt a minimális mennyiséget, ami a határvonalat jelenti az alkalmi fogyasztók és a drogot pusztán megkóstolók, a droggal kísérletezők között, végül a havi egy alkalomnál nagyobb gyakoriságban egyeztünk meg. Ám sokkal nehezebb volt pusztán a mennyiséget tekintetbe véve döntésre jutni a még elfogadható, nem abúzusnak minősítendő maximális fogyasztás esetében. Itt kénytelenek voltunk egy elismerten szubjektív eljárást alkalmazni – a fogyasztás minőségét tettük fő kritériummá.

Meggyőző példa arra, hogy a mennyiség mellett a minőséget is vizsgálni kell, dr. C. esete, akinek története az *American Journal of Psychiatry* 1976. januári számában került bemutatásra. Dr. C.

évi tíz hónapon át, hetente öt napon, napi négy alkalommal lőtte be magát morfiúmmal (Zinberg & Jacobson, 1976). A hétvégéken és két hónapos szabadsága alatt tartózkodott a drogfogysztástól. Esetét korábban (1964-ben) már ismertette a *New England Journal of Medicine* (Zinberg & Lewis, 1964), s azóta folyamatos utánkövetésben részesült, dokumentált kórházi tartózkodásokkal, melyek során az alany nem kapott drogot, és nem mutatott elvonási tüneteket. Dr. C. 1964 és 1975 között nem alakított ki toleranciát, és nem növelte a dózisát. Ennek ellenére amikor a későbbi cikket először benyújtották a *Science* magazinhoz, a Szövetség a Tudományos Fejlődésért (*American Association for the Advancement of Science*) eme kiváló karának egyik döntéshozója visszautasította a kéziratot, mert a „tanulmány címe [„A csipegetés természetrajza” („The Natural History of Chipping”)] nem tükrözi kellőképpen a tartalmat. Dr. C. függő... olyan függő, aki annak »tartja magát«”. Ez a döntéshozó nem vette észre, hogy a túlzott mértékű fogysztás egyes eseteiben a fogysztás minősége jelentheti a kontrollt.

Amikor kutatócsoportom olyan fogysztókkal találkozott, akik (szemben dr. C.-vel) a fizikai dependencia és a lehetséges elvonási tünetek, vagy az igen gyakori fogysztás jegyeit mutatták, akkor ezeket a fogysztókat nem a kontrollált, hanem a szenvedélyes fogysztók csoportjába sorolta. Ám még ezek a döntések is sokkal bonyolultabbnak bizonyultak, mint vártuk, és a mennyiség standardjának alkalmazása mellett megkövetelték a minőségét is. Találtunk olyan heroinfogysztókat, akiknek voltak bizonyos elvonási tünetei, és nem voltak olyan kontrolláltak, mint dr. C., ám mindazonáltal rendkívüli óvatosságot tanúsítottak dózisuk növelése tekintetében, és igyekeztek odafigyelni egészségük megőrzésére. Az biztos, hogy nem alkalmi fogysztók voltak, de az is biztos, hogy sikeresen fenntartottak egyfajta kontrollt, és nem szándékoztak felhagyni a heroinfogysztással. Ragaszkodtunk a szabályainkhoz, és nem soroltuk őket a kontrollált fogysztók kategóriájába, ám mindeközben megtanultuk, hogy a szenvedélyes fogysztásnak is számos fokozata van.

A fogysztás minőségéről alkotott ítéletnek a tényezők egész sorát kell számításba vennie. A társadalmi elemek gyakran sokkal fontosabbak, mint a farmakológiaiak. Teljesen más az, amikor valaki felveszi azt a szokást, hogy egy hosszú napot már kora reggel egy itallal kezd, mint amikor valaki alkalmanként, de a nap ugyanazon szakában elfogyaszt egy adag LSD-t. Az alkohol – komoly idegrendszeri szedatívum – reggeli, „ébredtőkénti” fogysztása egyér-

telműen problémát jelez. Ez az LSD-re is igaz lenne, ha fogyasztása ugyanolyan szenvedélyes jellegű lenne; ám ha a reggeli dózist gondosan megtervezték, s mindig meghatározott tevékenységek követik – melyeket általában társadalmi keretek között végeznek –, a fogyasztás minősége radikálisan eltérő lesz.

Az LSD és a többi pszichedelikus szer fogyasztóinak esetében drasztikus változások történtek az elmúlt évtizedben a fogyasztás minősége terén – olyan változások, amik csökkentették az élmény kataklizmaszerű jellegét, s ezzel párhuzamosan a súlyos problémák előfordulását (lásd C függelék). Az 1970-es évek elejére szinte teljesen megszűnt a pszichedelikus szer fogyasztók elmeegógyintézetekbe való felvétele a drogfogyasztást követő akut, vagy akár hosszútávú pszichotikus epizódok kezelése céljából, ami pedig gyakran előfordult az 1960-as évek végén és 1970-ben (Grinspoon, 1974; McGlothlin, 1974; Smith, 1975). Fontos megjegyezni, hogy a pszichedelikus drogok fogyasztásának mértéke csak 1973 után kezdett el csökkenni, legalábbis a Marihuána és Drogabúzus Bizottság szerint. Emellett mivel a bevett pszichiátriai erőforrások nem mindig voltak képesek sikeresen kezelni a rossz drogélményeket, az ellenkultúra saját tapasztalt „stábját” kezdte előnyben részesíteni – akármilyen rosszul képzett legyen is az – a rossz utazások kezelésére. Mi több, sok fogyasztó még átvészelt is hajlandó volt egy-egy rossz utazást, tudván, hogy a probléma csak a drog átmeneti hatása, s nem az elmebaj jele. Azon alanyaink között, akik egykor nagy mennyiségben fogyasztottak pszichedelikus szereket, általában nem mutatkozott az az érdeklődés a keleti vallásos gondolkodás és a magasabbrendű tudatállapotok iránt, mely néhány évvel korábban még általános volt. Az új társadalmi környezet – egy minőségi elem – szemmel láthatólag meghatározó tényező volt ebben a változásban.

Az a megállapításunk, miszerint a pszichedelikus szereket valószínűleg nem fogyasztják hosszú távon komoly mennyiségben, nem tagadja azt, hogy a fogyasztók nagyon rosszul is reagálhatnak egy-egy utazásra, talán egészen az akut zaklatottság szintjéig. Azt sem tagadja, hogy a rövid időn belül sűrűn tett utazások eredményeként megváltozhat a fogyasztó életszemlélete, s ez valódi személyiségváltozással is együttjárhat. Azonban vannak parányi változások – feltételezések, vagy még gyakrabban értékek; ugyanis amit egy pszichiáter vagy pszichológus körülményességnek és a valóságérzékelés ambivalenciájának nevezhet, az a fogyasztó számára esetleg csak az absztrakció és a spiritualitás iránti felfokozott érdeklődés.

Egy másik tényező, ami fontossá teszi a kockázatok és a lehetséges károsodások felbecslése során a fogyasztás minőségének és mennyiségének a megkülönböztetését, a tapasztalatlan fogyasztók érzékenysége. Az 1960-as években, a kezdő pszichedelikus szer fogyasztók körében kimutattak bizonyos fokú érzékenységet a rossz drogélményekre. Ám amint azt korábban megjegyeztük, a kezdő alkohol-, marihuána-, barbiturát- és opiátfogyasztók esetében talán sokkal nagyobbak a szubjektív káros reakciók, autóbalesetek, megromló kapcsolatok és általában a nevetségessé válás kockázata, mint a tapasztalt fogyasztóknál.

Összességében a drogabúzus csak egyéni alapon határozható meg. A kutató csak azután döntheti el, hogy történt-e abúzus, miután minden esetet megvizsgált, és részletesen felmérte az azokhoz tartozó tényezőket. Ezért ahelyett, hogy definíciókat próbálnak alkotni a drogabúzusra, a területen dolgozók jobban tennék, ha a „drogfogyasztást” tennék kiindulópontjukká, és részletesen beszámolnának minden káros hatásról, amit a drogfogyasztás során megfigyeltek. Ezután sokkal objektívabban haladhatna előre a kutatás, a kutatók pedig az összegyűjtött esettanulmányok összevetése révén meg tudnák határozni, hogy ugyanolyan típusú drogfogyasztásról beszélnek-e.

A „drogabúzus” kifejezés elvetése az egyik elengedhetetlen előfeltétele annak, hogy megértsük, miért és mikor fogyasztanak az emberek drogokat, hogyan fogyasztják azokat, és mindenekfelett: tudják-e sikerrel, azaz kontrollált módon fogyasztani a szereket. Néhány fogyasztó bemutatása egyértelműen ki fogja mutatni, hogy túlzott mennyiségben fogyasztanak drogokat, mások történetei viszont ugyanazt az összetettséget fogják feltárni, ami a saját esettanulmányainkat jellemezte. Ha megszabadulunk az egyik olyan kódszó homályától, amelynek az a célja, hogy jelezze, mit tart rossznak a társadalom a drogfogyasztásban, akkor a kutatók esélyt kapnak arra, hogy világos, pontos és realisztikus kifejezéseket találjanak és alkalmazzanak. Így pedig hatékonyabban tanulmányozhatják a drogfogyasztás területe által felölelt jelenségek teljes körét, és felválalhatják a drogfogyasztó viselkedés fölötti ésszerű kontroll kialakításának és kiterjesztésének feladatát.

Harmadik fejezet

A kutatás módszertana és adatai

1972-ben, amikor elkezdtem anyagi támogatást keresni a kontrollált illegális drogfogyasztás kutatásához, a területen végzett korábbi kutatások kis száma inkább hátrányt jelentett, semmint előnyt. Noha az anyagi támogatás megszerzésének esélyét növelte az a kilátás, hogy kutatásom új információkat tárna fel a kábítószeres fogyasztásáról és a velük való visszaélésről, gyakorlatilag semmilyen közvetlen bizonyíték nem támasztotta alá azt – eltekintve Douglas H. Powell tizenkét alkalmi heroinfogyasztóról készült tanulmányától (1973) –, hogy hatékonyan fellelhetők lennének az együttműködő és megfelelő alanyok, különösen a kontrollált opiátfogyasztók, illetve hogy hajlandóak is lennének beszélni magánéletükről és illegális drogfogyasztásukról. Az, hogy nem álltak rendelkezésre kipróbált közeledési módszerek a népességnek ehhez a csoportjához, ugyanolyan nehéz és alapvető kérdéseket vetett fel, mint amilyenekkel sok egyéb pilot- és feltáró kutatásnak szembe kellett néznie: Hogyan lehet megtalálni a kontrollált fogyasztókat? A velük kapcsolatos információk közül melyek a legfontosabbak? Milyen eszközöket és megközelítési módokat használjunk adatgyűjtésre? Joggal várhatjuk-e, hogy az adatok megbízhatóak és érvényesek lesznek? A metodológiai bizonytalanságok mellett valószínűnek tűnt, hogy a kontrollált fogyasztók létezését vizsgáló projektet súlyos kritikák fogják érni azok részéről, akik úgy érzik, hogy a kutatás ártana a drogabúzus megelőzése ügyének.

Köszönettel tartozom a Drogabúzus Tanácsnak (Drug Abuse Council) (DAC), amiért a várható bizonytalanságok és eredménytelenség, illetve a valószínűsíthető társadalmi és szakmabeli elutasítás ellenére hajlandó volt pénzt áldozni erre az alapvető, feltáró kutatásra. A DAC anyagi támogatása lehetővé tette, hogy kipróbáljuk

és finomítsuk a kontrollált fogyasztás kutatásának módszereit, és tisztább elméleti modellt alkossunk az ilyen típusú fogyasztásról.

Módszertan

A DAC által finanszírozott kutatás feltáró jellegű és óvatos volt. Négy meglehetősen szerény célt tűzött ki maga elé: (1) megfelelő eszközök kialakítása a kontrollált marihuána-, pszichedelikus szer- és opiátfogyasztók megtalálására; (2) az ezektől a fogyasztóktól való adatgyűjtésre, s ha lehetséges, azok hitelesítésére szolgáló eszközök kialakítása és alkalmazása; (3) a vizsgált személyek, személyiség-struktúrájuk és drogfogyasztási mintázatuk leírása; (4) a kontrollált fogyasztást stabilizáló vagy destabilizáló tényezők azonosításának megkezdése.

Az, hogy az „alkalmi fogyasztás” helyett a „kontrollált fogyasztás” kifejezést használtuk a célok megfogalmazása során, annak a megértésére irányuló érdeklődésemet tükrözte, hogy miként lehet kontrollált – azaz sikeres és konzisztens – az ilyen alkalmi drogfogyasztás, s így hogyan lehet minimalizálni a drogfogyasztás potenciális ártalmait. Ennek megfelelően a vizsgált személyek kiválasztására számos tag kritériumot alakítottunk ki, hogy maximalizáljuk annak az esélyét, hogy olyan alanyokat találjunk, akik mérsékelten és odafigyelve fogyasztanak drogot. A leginkább magától értetődő követelmény az volt, hogy a jelölt ne fogyasszon olyan gyakran drogot, hogy ez zavart okozzon családi életében, barátságaiban, munkahelyén vagy az iskolában és egészségében. A gondot annak a fogyasztási szintnek a felbecsülése jelentette, amelytől már joggal várhattuk, hogy káros hatásokat eredményez. A napi, naponta többszöri fogyasztást automatikusan kizártuk – nem azért, mert biztos volt, hogy ez a fogyasztási gyakoriság mindig destruktív, hanem mert amint arra Jaffe (1975) rámutatott, „minél nagyobb a drogokkal való összefonódás, annál nagyobb a káros következmények valószínűsége”. Emellett úgy éreztem, hogy akármilyen viselkedésbeli bizonyítékok is állnának rendelkezésemre, valószínűleg nem győzhetnék meg másokat arról, hogy a napi rendszerességű drogfogyasztás, különösen az opiátok esetében, akár kontrollált is lehet.

Noha a fogyasztás gyakoriságát illetően nem állítottunk fel további vagy egyértelműbb határpontokat, a kutatócsoport igyekezett

konzervatív lenni: olyan alanyokat válogattunk, akik az első interjút megelőzően legalább egy évig hetente egyszer, vagy ritkábban fogyasztottak drogot. (Ugyanakkor az első szűrésen átvett néhány olyan jelölt is, aki gyakrabban fogyasztott, a későbbiekben pedig már tudatosan kerestük a gyakrabban fogyasztókat, azt próbáltuk felmérni, hogy önmagában véve a fogyasztás gyakorisága mennyire hasznos indikátora a kontrollnak.)

A DAC pilot-projektjében meglehetősen általánosak voltak az alanyok kiválasztásának feltételei; az alanyokat emellett az interjúk előrehaladásával és az adatok kódolásával, elemzésével párhuzamosan rendszeres időközönként felülvizsgáltuk. A kutatást mindvégig kvalitatívnek és kvantitatívnek tartottuk. Az adatokat úgy gyűjtöttük, hogy lehetővé tegyék részletes esetleírások készítését, illetve olyan kivonatokat összeállítását ezekből az esetleírásokból, melyek élethűvé teszik a kutatást, és lehetőséget teremtenek más kutatók számára, hogy összehasonlítsák eredményeinket a saját tapasztalataikkal. A kutatás előrehaladtával az adatokat kódoltuk, számítógépre vittük, majd statisztikai módszerekkel feldolgoztuk, hogy meghatározzuk kvantitatív szignifikanciájukat.

1976-ban a pilot-projekt elé kitűzött célok elérése nyomán a Nemzeti Kábítószerügyi Intézet (NIDA) támogatásban részesítette kutatásomat. Az előző projekt során szerzett ismereteinkre alapozva a kutatócsoport részletes, pontos ismérvek alapján a következő három csoportba tudta sorolni alanyainkat: „kontrollált”, „határeset”, „szenvédélyes”.

Minden alanyra érvényes feltételek:

1. Legalább 18 évesnek kell lenniük.
2. Nem lehet konkrét tervük arra vonatkozólag, hogy az elkövetkező egy év során elköltöznék Bostonból.
3. Legelőször két vagy több éve fogyasztottak opiátot¹.
4. Az első interjút megelőző két év során maximum egy hónapig vehettek részt kezelésen, illetve az első interjú idején nem állhatnak kezelés alatt.

¹ Itt a kritériumok egyszerűsítése végett használjuk az „opiát” kifejezést, ám ugyanezek a feltételek vonatkoztak a marihuána- és pszichedelikus szer fogyasztókra is.

A kontrollált alanyokra érvényes feltételek:

1. Az első interjút megelőző két év során évente legalább tíz alkalommal fogyasztottak opiátot.
2. Az első interjút megelőző két év során *évente* nem fogyasztottak *három* alkalomnál többször *négy-tizenöt* egymást követő napon át opiátot.
3. A megelőző két év folyamán harminc napos ciklusonként az opiátfogyasztással töltött napok száma egyenlő, vagy kevesebb volt azoknak a napoknak a számával, amelyeken nem fogyasztottak opiátot.
4. A megelőző két évben kontrollált módon fogyasztottak mindenféle drogot (legálisat és illegálisat, a dohány kivételével).

A határeseti alanyokra érvényes feltételek:

1. Az első interjút megelőző két év során évente legalább tíz alkalommal fogyasztottak opiátot. Ha a megelőző két év *egyikében* nem tettek eleget ennek a feltételnek, akkor az előző évben fogyasztottak opiátot, illetve az előző négy év során legalább két egymást követő évben eleget tettek az 1., 2., 3., 4. és 5. feltételeknek.
2. A megelőző két év során legalább az egyik évben legalább *négy* alkalommal fogyasztottak *négy-tizenöt* egymást követő napon át opiátot; illetve a két év során *bármikor* volt legalább *egy* olyan harminc napos ciklus, melyben a drogfogyasztással töltött napok száma meghaladta azokét a napokét, melyeken nem fogyasztottak drogot.
3. A megelőző két év során *évente* nem volt *ötnél* több olyan alkalom, amikor *négy-tizenöt* egymást követő napon át opiátot fogyasztottak. (A tizenöt egymást követő, opiátfogyasztással töltött napból álló időszakokat másképp számoltuk: lásd 4. és 5. feltétel.)
4. A két megelőző évben *évente* nem volt *kettőnél* több olyan harminc napos ciklus, amiben a fogyasztással töltött napok száma meghaladta volna azokét, amelyeken nem fogyasztottak drogot.
5. A két megelőző évben *évente* nem volt *egynél* több olyan alkalom, amikor *tizenhat-harminc* egymást követő napon fogyasztottak opiátot.

A szenvedélyes alanyokra érvényes feltételek:

1. A megelőző két év során legalább az *egyik* évben legalább *hat* alkalommal *négy-tizenöt* egymást követő napon fogyasztottak opiátot.
2. Ha nem felelnek meg az 1. vagy 3. feltételnek, akkor a megelőző két év során legalább az *egyik* évben legalább *három* olyan harminc napos ciklusuk volt, melyben a fogyasztással töltött napok száma meghaladta azokét a napokét, melyeken nem fogyasztottak drogot.
3. Ha nem felelnek meg az 1. vagy 2. feltételnek, akkor a megelőző két év során legalább az *egyik* évben legalább *két* alkalommal *tizenhat-harminc* egymást követő napon fogyasztottak opiátot. (Ha harmincegy vagy több egymást követő napon fogyasztottak opiátot, akkor automatikusan szenvedélyes fogyasztóknak minősültek.)

Azok a jelöltek, akik a négy kritériumcsoport egyikének sem feleltek meg, a negyedik, „egyéb” kategóriába kerültek.

Amint az a kritériumokból is látszik, a NIDA kutatást nem jellemezte az a döntési zűrzavar, ami a DAC kutatást. Ehelyett empirikus módon, a pusztán a fogyasztás gyakorisága szerint csoportokba rendezett alanyok összehasonlítása révén határoztuk meg azt, hogy milyen összefüggésben áll a jelenbeli hatékonyság (és egyéb jellemzők) a fogyasztás szintjével.

A DAC pilot-kutatással szemben, amibe eredetileg véletlenül, később szándékosan vontunk be néhány szenvedélyes marihuána-, pszichedelikus szer- és opiátfogyasztót (lásd 1. táblázat), a NIDA kutatásnak fő célja a kontrollált és a szenvedélyes opiátfogyasztó alanyok összehasonlítása volt. Ezen cél elérése érdekében korlátozott erőforrásainkat kizárólag opiátfogyasztókra fordítottuk, a marihuána- és pszichedelikus szer fogyasztók további tanulmányozását elvetettük. Ezt a döntést részben amiatt hoztuk meg, mivel a marihuánafogyasztás lehetséges kontrollált mivoltának gondolata egyre szélesebb körben elfogadott lett az amerikai kultúrában, részben pedig azért, mert bár a pszichedelikus szerek kontrollált fogyasztásának lehetőségét alig ismerték el, a kutatócsoport nem talált valódi hosszútávú szenvedélyes pszichedelikus szer fogyasztókat a vizsgált hat komoly fogyasztó között. Ennek alapján úgy tűnt, hogy annak az eldöntéséhez, hogy lehet-e kontrollált módon fogyasztani bármilyen drogot, a legjobb az opiátfogyasztókra koncentrálni.

Összességében az illegális drogok kontrollált fogyasztását célzó vizsgálatom 1976-ban az általános definíciók használatáról átváltott

a drogfogyasztási kategóriák specifikusabb, objektívabb definícióira, illetve a marihuána, a pszichedelikus szerek és az opiátok helyett kizárólag az opiátokra kezdett koncentrálni. Emellett a kutatócsoport elkezdte összeválogatni a DAC és a NIDA kutatások alanyaiból az általunk Kombinált DAC–NIDA Analitikus Mintának elnevezett csoportot. A jelen könyvben megadott statisztikai adatok ezen a mintán alapulnak, hacsak külön nem jelezzük az egyéb forrásokat. A DAC és a NIDA projektekben vizsgált alanyok számát és típusát az 1. táblázatban foglaltuk össze, a kombinált minta háttérjellemzőit pedig a 2. táblázat mutatja.

Alanytípusok	DAC (N = 150)	NIDA (N = 99)	Kombinált minta (N = 153)
Kontrollált marihuánafogyasztó	37	0	22
Szenvedélyes marihuánafogyasztó	12	0	0
Kontrollált pszichedelikus szer fogyasztó	18	0	15
Szenvedélyes pszichedelikus szer fogyasztó	6	0	0
Kontrollált opiátfogyasztó	41	41	61
Határeseti opiátfogyasztó	0	7	7
Szenvedélyes opiátfogyasztó	12	18	30
Egyéb	24	11	35
Fogyasztók barátai	0	22	0

1. táblázat. A vizsgált csoportok mérete az egyes projektekben

A mintába beválasztott jelölteknek eleget kellett tenniük a NIDA kutatás számára kifejlesztett kritériumok mindegyikének. Az opiátfogyasztók esetében az analitikus mintába tartoztak azok a DAC alanyok is (húsz a negyvenegy kontrollált opiátfogyasztóból, és tizenkét szenvedélyes fogyasztó), akik eleget tettek a NIDA kutatás során negyvenegy kontrollált NIDA opiátfogyasztóval és tizennyolc szenvedélyes NIDA opiátfogyasztóval kialakított szigorúbb és objektívebb feltételeknek. Azok a DAC marihuána- és pszichedelikus szer fogyasztók, akik megfeleltek a NIDA kritériumoknak is, szintén bekerültek a mintába, ám azt a tizenöt kontrollált marihuánafogyasztót és három pszichedelikus szer fogyasztót, akik nem tettek eleget a feltételeknek, kizártuk a statisztikai számításokból. A DAC kutatás alanyait leggyakrabban azért zártuk ki az analitikus mintából, mert a NIDA kritériumaival ellentétben nem voltak elég hosszú ideig kontrollált fogyasztók: legalább két évig kellett volna annak lenniük, szemben a pilot-projekt által megkövetelt egy évvel.

Természetesen ez az eljárás összességében drasztikusan lecsökkentette az analitikus minta méretét. Ez a méretcsökkenés bizonyos

szempontból sajnálatos volt, ám határozottan úgy éreztem, hogy az adatok feldolgozásához a kontrollált és szenvedélyes fogyasztás legkonzervatívabb, legtöbb feltételt alátámasztó definícióit – azaz a legtisztább mintát – kell felhasználnunk. És bár a kvantitatív analízishez felhasznált alanyok száma korlátozott volt, a kutatócsoport számos szűrőinterjút bonyolított le, rendszeres konzultációkon vett részt a legkülönbözőbb típusú fogyasztókkal, kezelés alatt álló függőkkel, ezek családjával és barátaival, s így értékes információkat gyűjtött a projekt kvalitatív oldala számára is.

Háttér-jellemzők	Kontrollált marihuána-fogyasztók (N = 22)	Kontrollált pszichedelikus szer fogyasztók (N = 15)	Kontrollált opiát-fogyasztók (N = 61)	Határeseti opiát-fogyasztók (N = 7)	Szenvedélyes opiát-fogyasztók (N = 30)
Életkor (év)					
Tartomány	18–49	19–70	18–45	23–29	20–42
Átlag	30,1	30,1	25,9	25,7	25,9
Standard deviáció	10,3	12,2	5,1	2,2	5,0
Nem					
Férfi	64%	80%	77%	57%	67%
Nő	36%	20%	23%	43%	33%
Rassz					
Fehér	100%	100%	82%	100%	83%
Nem fehér	0	0	18%	0	17%
Tanulással töltött évek					
Tartomány	11–23	12–20	9–18	11–18	7–19
Átlag	15,5	15,9	12,9	13,6	12,2
Standard deviáció	3,3	2,3	2,0	2,8	2,7
Családi állapot					
Házass	18%	20%	20%	14%	17%
Egyedülálló	82%	80%	80%	86%	83%
A család társadalmi helyzete a gyerekkorban					
Felső-közép	9% ^a	40%	12%	14%	10%
Közép-közép	36%	27%	28%	0	20%
Alsó-közép	27%	33%	37%	71%	37%
Alsó	27%	0	23%	15%	33%

^a A százalékok összegei a kerekítési hibák miatt nem adják ki a 100%-ot.

2. táblázat. A kombinált minta alanyainak háttérjellemzői

Mivel az analitikus minta olyan kontrollált és szenvedélyes opiát-fogyasztókból áll, akiket két hasonló, ugyanakkor időben mégis egymástól távol eső kutatás során vizsgáltunk, lépéseket tettünk annak felmérésére, hogy mennyire hasonlíthatók össze ezek az alanyok. Először is, mindkét kutatás kontrollált és szenvedélyes opiát-

fogyasztóit harminckilenc, különböző célterületről választott kulcsváltozó szerint hasonlítottuk össze: demográfia, személyiség, családtörténet, drogfogyasztó múlt, jelenlegi drogfogyasztás, múlt- és jelenbeli bűnöző tevékenység. A változókat használó harminckilenc *t*-próba és kontingenciatábla (χ^2) figyelemreméltóan kevés különbséget mutatott ki a DAC és a NIDA alanyok között. A kontrollált fogyasztók körében mindössze öt teszt volt szignifikáns $p \leq 0,10$ értéknél; a szenvedélyes fogyasztók körében mindössze három teszt volt szignifikáns $p \leq 0,10$ értéknél. Mivel a pusztán véletlennel számolva ezen a szinten a harminckilenc tesztből hozzávetőlegesen négynek kellene szignifikánsnak lennie, arra a következtetésre jutottunk, hogy a két csoport kellőképpen hasonló ahhoz, hogy az analízisben kombináljuk őket. Ezt a következtetést megerősítette az is, hogy a DAC és a NIDA opiátfogyasztók között a konceptuálisan kapcsolatban álló változók tekintetében nem voltak konzisztens trendek (nem szignifikáns eltérések).

Meg kell jegyezni, hogy a két minta közötti magas fokú konzisztencia alátámasztja azt, hogy eredményeink egyéb, hasonlóan definiált és toborzott minták esetében is általánosíthatók. A NIDA kutatás gyakorlatilag a DAC kutatás megismétléseként szolgált.

Nyilvánvaló, hogy a 0,10 szignifikanciaszint megválasztása hátrónként ezekben az összehasonlításokban megnövelte annak az esélyét, hogy különbségeket találjunk a DAC és a NIDA alanyok között. Mindazonáltal, mivel azt akartuk megállapítani, hogy a két csoport között nincsenek különbségek, ennek a szignifikanciaszintnek a kiválasztása az általánosabban alkalmazott 0,05-dal szemben csökkentette egy II. típusú hiba esélyét, s így megfelelő konzervatív választás volt (lásd például Blalock, 1979, 160–161.). Ezt a gyakorlatot következetesen alkalmaztuk a jelen fejezetben bemutatott adatok elemzésére.

AZ ALANYOK KIVÁLASZTÁSÁNAK KRITÉRIUMAI · A körülbelül 1970 óta, más kutatók által folytatott vizsgálatok (lásd C függelék) arra utaltak, hogy az alkalmi illegális drogfogyasztók, beleértve az alkalmi opiátfogyasztókat is, a drogfogyasztó népesség jelentős részét is kitehetik, ám ez a kutatás nem sokat árult el az ilyen alkalmi fogyasztók által gyakorolt kontroll mértékéről. A legtöbb tanulmány nem foglalkozott azzal, hogyan alakult az idő múlásával az alkalmi fogyasztás mintázata, hosszútávú stabilitása, az egyéb drogok fogyasztásának szintje, illetve figyelmen kívül hagytak még számos, a kontrollal kapcsolatos kérdést. Röviden, nem sokat árultak el a drogfogyasztás minőségéről.

Ezek miatt a hiányosságok miatt alakította ki kutatócsoportom a korábban felsorolt feltételeket a Kombinált DAC–NIDA Analitikus Minta alanyainak kiválasztásához. Minden egyes kritérium kiválasztásának megvolt a maga egyedi oka. Az a követelmény, hogy minden jelöltnek legalább tizennyolc évesnek kell lennie, a DAC kutatás alatt szerzett tapasztalataink eredményeként született, amikor is huszonegy tizennyolc év alatti fiatallal vettünk fel nem hivatalos interjúkat, hogy ismereteket szerezzünk a fiatalkori fogyasztási mintázatokról. Ebben a korcsoportban túl csapongónak tűnt a drog-fogyasztás ahhoz, hogy indokolja a fiatalabb alanyok bevonását akár a végső DAC vagy NIDA mintába. Annak a követelménynek, hogy az alanyok ne tervezzék az első interjút követő egy évben az elköltözésüket Bostonból, nyilvánvalóan az volt a célja, hogy maximalizálja az utánkövetés esélyeit. Az a szabály, miszerint az alanyoknak legelőször az első interjú előtt két vagy több évvel korábban kellett marihuánát, pszichedelikus szereket vagy opiátokat fogyasztaniuk, bizonyos fokú minimális stabilitást biztosított a tanulmányozott fogyasztási mintázatok vonatkozásában. Az a kikötés, hogy az alanyok nem vehettek részt egy hónapnál hosszabb ideig kezelésen az első interjút megelőző két év során, és hogy nem állhatnak ilyen kezelés alatt az első interjú idején, azt biztosította, hogy mindannyian aktív drogfogyasztók legyenek.

Mivel a meginterjúvoltak többségének nem csak egy droggal volt tapasztalata, a kutatócsoportnak minden egyes esetben el kellett döntenie, hogy marihuána-, pszichedelikus szer- vagy ópát-fogyasztónak tekintse-e a jelöltet. Nyilván lehetséges lett volna a mindhárom féle drogot fogyasztókat mindhárom kategóriába besorolni. Ám mi úgy döntöttünk, hogy egy alanyt csak egy kategóriába sorolunk be, annak függvényében, hogy a marihuána, a pszichedelikus szerek vagy az opiátok voltak-e a kedvenc drogjai. Ez a döntés eltávolodást jelentett azoktól a kutatásoktól – és sok ilyen volt –, melyek irrelevánsnak tartották, hogy melyik drog az alany kedvence. Nézetem szerint azt tanulmányozni, hogy hogyan gyakorol valaki kontrollt egy olyan drog fölött, amit nem különösebben kedvel, az olyan, mintha mérsékelt jégkrémfogyasztókat vizsgálva bevonnánk a kutatásba néhány olyan alanyt is, akik nem szeretik a jégkrémet, viszont ínycseck a cukorkák terén.

Miközben kidolgoztuk az alanyok kiválasztásának, illetve a kontrollált, határeseti és szenvedélyes kategóriákba sorolásának pontos kritériumait, öt problémának szenteltünk különös figyelmet.

Először is, nagyobb súlyt kapott a fogyasztási mintázat az idő előrehaladtának függvényében, mint a fogyasztással töltött napok száma. Például a kontrollált fogyasztók az első interjút megelőző két év során fogyaszthattak opiátot akár 20 vagy akár 365 alkalommal is, de háromnál többször nem fordulhatott elő, hogy négy-tizenöt egymást követő napon opiátot fogyasztottak. (Mint később arra kitérünk, egyetlen kontrollált fogyasztó sem közelítette meg a 365 fogyasztással töltött nap jelentette felső határt.) Ezzel szemben a szenvedélyes fogyasztókat több, nagy számú egymást követő napból álló, mindennapos fogyasztással töltött alkalom jellemezte. A határeseti fogyasztók a két szélsőség között kaptak helyet, a gyakori fogyasztás, a ritka fogyasztás és a nem fogyasztás periódusait váltogatva.

Másodszor, miközben az opiátfogyasztókat a három kategória valamelyikébe soroltuk, fontolóra vettük a fiziológiai függőség lehetőségét, ami az egymást követő, fogyasztással töltött napok számával áll korrelációban, mivel az fontosabb, mint önmagában a fogyasztással töltött napok száma. A kutatócsoport biztos akart lenni abban, hogy a kontrollált fogyasztók közé sorolt alanyok legalább két éve nem függők fiziológiailag az opiátoktól. Mivel az egyértelmű fiziológiai dependencia kialakulásához körülbelül kétheti folyamatos, mindennapos fogyasztás szükséges (Jaffe, 1975), a kontrollált fogyasztók mintáját azokra korlátoztuk, akik tizenöt egymást követő napnál hosszabb ideig nem fogyasztottak tartósan opiátot. Ugyanakkor a kritériumok teret engedtek bizonyos mértékű túlzott fogyasztásnak, mivel úgy találtuk, hogy a pilot-projekt azon alanyai, akik meglehetősen jól kezelték opiátfogyasztásukat, és elkerülték a káros következményeket, képesek voltak néhány rövid ideig tartó, mindennapos fogyasztás jellemezte időszakot átvészelni. Például, több olyan alany is volt, aki alapvetően hetente egyszer, vagy ennél is ritkábban fogyasztott, ám szabadsága idején, vagy egyéb különleges körülmények között mindennapossá, vagy majdnem mindennapossá vált a fogyasztása, viszont ezt követően visszatért a megszokott, ritkább fogyasztási mintához. Mint kiderült, kontrollált fogyasztóink túlzott fogyasztási időszakai általában sokkal rövidebbek voltak (négy-öt nap), mint a megengedett tizenöt napos periódus. A kutatócsoport rugalmassága a megelőző két év során engedélyezett túlzott fogyasztás jellemezte időszakok hosszának, illetve a fogyasztással töltött napok számának tekintetében azt a meggyőződésemet tükrözte, hogy valószínűleg csak komoly nehézségek árán tudunk majd megtalálni sok, kifejezetten kontrollált opiátfogyasztót.

Harmadszor, minden kontrollált és határeseti alanynak legalább tíz alkalommal kellett drogot fogyasztania az első interjút megelőző két év során (bizonyos engedményekkel, ha az alany legalább az előző négy év során eleget tett a többi releváns feltételnek). Ennek a szabálynak az egyik célja az volt, hogy biztosítsa: a fogyasztás elég rendszeres ahhoz, hogy mérhető legyen általa az alanyok a bizonyos szintű kontroll fenntartására való képessége. Ez a kikötés gyakorlatilag kizárta a kísérletező vagy minimális szinten fogyasztókat, akik gyakran szerepet kapnak az alkalmi fogyasztást megcélzó kutatásokban, s valószínűleg a C függelékben tárgyalt vizsgálatok alanyainak jelentős részét is kiteszik. A szabály másik célja: biztosítani, hogy az alanyok a közelmúltban vagy a vizsgálat idején aktív fogyasztók.

Az alanyok kiválasztásának kapcsán felmerült negyedik probléma – egy sokkal bonyolultabb kérdés – az egyéb drogok fogyasztásának a szintje volt. A kontrollált alanyok kategóriájába soroltakkal szemben az volt az elvárás, hogy az első interjú előtt legalább két éven át kontrollt gyakoroljanak minden drog fölött, amit fogyasztanak (kivéve a dohányt). Mivel a kutatás a kábítószeres fogyasztás fölötti kontroll általános problémáját vizsgálta, fontos volt például elkerülni azt, hogy kontrollált opiátfogyasztónak minősítsük azokat az alanyokat, akik ugyan az előírt határok között tudták tartani opiátfogyasztásukat, ám emellett az abúzus kategóriájába estek a barbiturátok, az alkohol vagy valamelyik egyéb drog kapcsán. Ennél fogva a mindennapos, de mértékletes alkoholfogyasztást elfogadhatónak ítéltük, viszont bármilyen más legális drog (a dohány kivételével) vagy illegális drog mindennapi fogyasztása kizárta a jelöltet a kontrollált kategóriából. Noha személy szerint úgy vélem, hogy a mindennapos dohányfogyasztás kockázatos és abuzív, ha követelményként támasztottuk volna a kontrollált fogyasztókkal szemben, hogy napi rendszerességnél ritkábban fogyasszanak dohányt, akkor ezzel sok egyébként megfelelő jelöltet elveszítettünk volna. Mint kiderült, a kombinált mintában a kontrollált opiátfogyasztók 83 százaléka, a kontrollált marihuánafogyasztók 59 százaléka és a kontrollált pszichedelikus szer fogyasztók 53 százaléka volt mindennapos dohányfogyasztó.

Ugyanakkor továbbra is megmaradt a kérdés, hogy nem minősül-e abúzusnak a többféle drog mindennaposnál ritkább fogyasztása. Kontrollált alanyok tekinthető-e az a jelölt, aki hetente egyszer fogyaszt heroint, minden másnap marihuánát, minden harmadik nap barbiturátokat, s mindig iszik egy italt vacsora előtt? A

különböző drogok és fogyasztási szokások lehetséges permutációi különösen megnehezítették ezt a problémát. Mivel semmiképpen sem tudtunk volna minden drog fogyasztásáról megfelelő részletességgel adatokat gyűjteni ahhoz, hogy érdemi különbségtételeket tegyünk, a következő követelményt támasztottuk az egyéb drogok fogyasztásával kapcsolatban: ha akár a jelölt, akár az interjúkészítő úgy érezte, hogy a teljes drogfogyasztás (beleértve a mindennaposnál ritkább fogyasztást is) csökkentette a jelölt azon képességét, hogy ellássa hétköznapi, társadalmi kötelezettségeit, akkor a jelölt nem került be a kontrollált fogyasztók kategóriájába.

Ennek a finomításnak megvolt az a hátránya, hogy szubjektívabb lett, mint a többi kritériumunk, ám a gyakorlatban lehetővé tette, hogy viszonylag könnyen hozzávetőleges ítéletet alkossunk a kérdésben. Ha kétségek merültek fel, inkább a konzervatív oldal javára tévedtünk, s nem soroltuk be a megkérdőjelezhető alanyokat a kontrollált kategóriába. Valójában a legtöbb kontrollált alany nem fogyasztott gyakran túl sok másféle drogot, s amint azt az adatok validitásának tárgyalásánál jelezni fogjuk, nem alaptalanul vártuk el, hogy az alanyok pontosan fel tudják mérni, milyen hatással van a drogfogyasztás a hatékonyságukra.

Végül mindössze hét olyan jelöltet zártunk ki a kombinált DAC–NIDA mintából, akiknek az opiátfogyasztása kontrollált volt, ám egyéb drogok fogyasztása zavarta a hatékonyságukat, noha a szóban forgó drogok egyikét sem fogyasztották mindennapos rendszerességgel.

A 3. táblázat mutatja azt, hogy a kombinált mintában szereplő kontrollált opiátfogyasztók átlagosan milyen gyakorisággal fogyasztottak hét eltérő típusú drogot az első interjút megelőző egy évben. Megdöbbentő, hogy ezeknek az alanyoknak legalább a 41,7 százaléka teljes mértékben tartózkodott ötféle drog, a pszichedelikus szerek, az amfetaminok, a barbiturátok, a kokain és az olyan „egyéb” drogok, mint a belélegezhető szerek és a PCP fogyasztásától. Emellett, amikor ezek az alanyok nem opiátot fogyasztottak, általában nagyon mértékletesen tették azt. A minta alanyainak körülbelül 36 százaléka legalább napi rendszerességgel fogyasztott alkoholt. Körülbelül 46 százalékuk minősült „mindennapos” marihuánafoogyasztónak, ám ebben az egyetlen esetben a „mindennapos” szó jelentése a minden *másnapra* korlátozódott, mivel az összes kontrollált alany ilyen időközönként fogyasztott. A kontrollált alanyok egyike sem fogyasztotta a másik ötféle drog egyikét sem hetente egy alkalomnál gyakrabban.

Aktuális gyakoriság	Az egyes drogfeléket fogyasztó alanyok ^a aránya						
	Alkohol	Marhuána	Pszichedelikus szer	Amfetamin	Barbiturát	Kokain	Egyéb
Naponta, többször ^b	6,8	0	0	0	0	0	0
Naponta ^c	28,8	45,8	0	0	0	0	0
Hetente kétszer	44,1	20,3	0	1,6	1,7	5,0	3,3
Havonta egy-három alkalommal	10,2	13,6	4,9	0	10,0	16,7	0
Először (havonta egyszer sem)	8,5	16,9	23,0	21,3	30,0	36,7	1,7
Nem fogyaszt	1,6	3,4	72,1	77,0	58,3	41,7	95,0

^a Drogfelvételként maximum két esetben konkrét gyakorisági adat nem állt rendelkezésre azon túl, hogy a mindennaponnál ritkább a fogyasztás.

^b Naponta két vagy több alkalommal.

^c Naponta egyszer, vagy a marhuána esetében kétnaponta egyszer.

3. táblázat. A nem opiát típusú drogok fogyasztásának gyakorisága hatvanegy kontrollált opiátfogyasztó körében

Összességében a nem opiátok fogyasztásának gyakorisága a kontrollált alanyok körében elég alacsony volt ahhoz, hogy alátámassza azt a kijelentést, hogy minden drogot kontrollált módon fogyasztanak.

Az alanyok kiválasztása során az ötödik probléma egy további, „egyéb”-nek elnevezett kategóriával volt kapcsolatos. Ha egy jelölt egyszerűen nem felelt meg a minden alanyra érvényes általános követelményeknek, akkor nem került be a mintába, ám azok, akik megfeleltek ezeknek az általános követelményeknek, ám nem feleltek meg sem a kontrollált, sem a határeseti, sem a szenvedélyes kategóriák specifikus követelményeinek, az „egyéb” kategóriába kerültek (lásd 1. táblázat). A legtöbb „egyéb” alanyt két nagy csoportba lehetett osztani: (1) azok, akik kontrolláltak minősültek volna, ha nem fogyasztanak szenvedélyesen valamilyen másik drogot, szinte minden esetben marihuánát; (2) azok, akik fogyasztási mintázata nem felelt meg egyetlen kritériumnak sem. Például az egyik alany mintegy nyolc éve fogyasztott opiátokat, az első interjút megelőző évben tizennégy alkalommal, ám azt megelőzően négy évig egyáltalán nem fogyasztott. Noha egyértelműen kontrollált fogyasztó volt, jelenlegi fogyasztási mintázata nem terjedt ki az első interjút megelőző két évre, amit pedig megköveteltünk a stabil fogyasztás bizonyítékeként. Az „egyéb” kategória adatai értékes kvalitatív információkkal szolgáltak azoknak a drogfogyasztási mintázatoknak a tartományáról, melyek kívül estek az általunk a kontrollált, a határeseti és a szenvedélyes fogyasztók meghatározására felállított kritériumokon.

A következő hat eset azokat a fogyasztási mintázatokat illusztrálja, amelyeket a három nagy kategóriához rendeltünk.

1. Arthur „kontrollált fogyasztó”, negyvenéves fehér férfi, tizenhat éve házas, három gyermek apja. Tizenkét éve él saját házában, középosztálybeli kertvárosi környezetben. Ács, szakszervezeti tag, tartósan alkalmazásban áll, öt éve ugyanannál az építőipari cégnél dolgozik. Az első interjút megelőző tíz év során Arthur hétvégéken fogyasztott heroint. Az első öt évben alkalmanként egy-egy hétköznapon is beinjektálta magát, az utóbbi öt évben azonban ez nem fordult elő.
2. Greg „kontrollált fogyasztó”, huszonhét éves fehér férfi, speciális képzésben és diákmunka programban részt vevő egyetemi hallgató. Középosztálybeli ír családból származik, az

interjú idején egy női hallgatótársával él együtt. Az interjút megelőző három évben havonta két-három alkalommal fogyasztott heroint, de egy évvel az interjú előtt havi négy alkalomra, esetenként akár három egymást követő napon való fogyasztással, változott a mintázata. A megelőző egy évben kétszer előfordult az is, hogy négy egymást követő napon fogyasztott heroint.

3. Max „határeseti fogyasztó”, huszonhét éves fehér férfi, alsó középosztálybeli családból, mindössze középfokú végzettséggel. Saját tulajdonú apartmanjában él három szobatársával. Teherautósofőr, de közben szakácsnak tanul. Az interjút megelőző két évben körülbelül havonta négyszer fogyasztott heroint; vagy hetente egyszer, vagy hetente kétszer. Az interjút megelőző évben egy hónapon át naponta fogyasztott heroint (ekkor árulta is).
4. Bert „határeseti fogyasztó”, huszonkilenc éves fehér férfi, alsó osztálybeli családból, az interjú idején munkanélküli. Az előírt egy éves opiátfogyasztás idején, mely másfél évvel az interjú előtt ért véget, szempanaszait eltúlozva szerzett Dilaudidot, amit az orvosi javallatra való tekintet nélkül átlagosan heti három alkalommal szedett be. Néhány alkalommal három-négy egymást követő napon is fogyasztott, s egyszer-kétszer a hónap napjainak több mint a felében. Ezt a szakaszt követően „visszaállt” az interjú során jellemzett mintázathoz: hetente három alkalommal, szigorú rendszer szerint („csak hétvégén és a hét közepén; így nem lehet függővé válni”). Ha további hat hónapig folytatódott volna ez a fogyasztási mintázat, akkor átkerült volna a „kontrollált fogyasztók” csoportjába.
5. Phil „szenvédélyes fogyasztó”, huszonkét éves fehér férfi, alsó osztálybeli családból, elvált anyjával és két testvérével él. Kilencedik osztályban otthagya az iskolát, de később leérettségizett. Az interjú idején munkanélküli, de mióta leszerelt a katonaságtól, több ideiglenes állása is volt, főleg gyári munkásként. Az első interjú előtt két évvel kezdett el Dilaudidot és körülbelül napi húsz Percodant fogyasztani, amikhez gyógyszerárakba való betörések révén jutott hozzá. Gyakran fordult elő, hogy több napon át tartósan fogyasztott – általában három hétig („amíg ki nem fogyott a készlet”). Néhány hónapot börtönben töltött, ezután az

interjút megelőző egy évben körülbelül hetente kétszer fogyasztott heroint és Dilaudidót.

6. Bob „szenvédélyes fogyasztó”, huszonhat éves fehér férfi. Egyedül él, egyetemet végzett, pszichológiából szerzett diplomát. Az interjú előtt három évvel elköltözött feleségétől és gyermekétől, majd rendszertelenül részmunkaidős állásokat vállalt. Heroint az első interjú előtt harminc hónappal kezdett fogyasztani, azóta legalább heti három-négy alkalommal fogyasztja, és többször is előfordult, hogy akár két héten át minden nap fogyasztott.

AZ ALANYOK MEGKERESÉSE · Korlátozott anyagi forrásainkkal és a korábbi kutatások során a kontrollált, vagy akár alkalmi illegális drogfogyasztókról szerzett szilárd adatok segítségével nélkül nem állt módunkban véletlenszerű vagy reprezentatív mintát összeállítani a vizsgálathoz. Egyetlen lehetőség állt nyitva előttünk: az, hogy az alanyok önmagukat válasszák be a kutatásba, ám ez a módszer azt eredményezte, hogy nem tudhatjuk biztosan, alanyaink milyen mértékben reprezentatívak az összes kontrollált, határeseti vagy szenvédélyes fogyasztóra nézve. Prioritást kapott a kontrollált fogyasztók toborzása. Számítottam rá, hogy a kontrollált fogyasztók keresése során néhány szenvédélyes és határeseti fogyasztóra is rábukkunk, s így ha több alanyra lenne szükségünk, s az idő is engedné, legalább a szenvédélyeseket viszonylag könnyen megtalálnánk.

Mind a DAC, mind a NIDA kutatásban öt toborzási technikát alkalmaztunk.

1. A kutatók beszámoltak a projektről azon ismerőseiknek és kollegáiknak, akik szakmai vagy személyes kapcsolatban állhattak drogfogyasztókkal, s arra kérték őket, hogy minél szélesebb körben terjesszék a kutatás hírét, illetve irányítsák hozzánk azokat, akiket esetleg mértékletes marihuána-, pszichedelikus szer- vagy heroinfogyasztóknak lehet tekinteni.
2. Több mint nyolcvan bostoni középiskolának, egyetemnek, drogprogramnak, tanácsadó és szociális segítő szervezetnek küldtük el többször is a kutatás rövid bemutatását, önként jelentkezőket kereső szórólapok kíséretében. Számos szervezet képviselőivel telefonon is beszélünk, vagy a projekt kapcsán felmerült kérdéseikre válaszolva, vagy együttműködésüket kérve. Néhányan a titoktartással kapcsolatos aggodalmaiknak adtak hangot, mások attól tartottak, hogy a kutatás esetleg zavart okozhat a terápiás kapcsolatokban,

megint mások nem voltak biztosak benne, hogy egyáltalán el szabad-e végezni ezt a kutatást – de szinte mindannyian hajlandók voltak annyival segíteni minket, hogy kitettek egy szórólapot.

3. Powell (1973) példáját követve rendszeresen jelentettünk meg önként jelentkezőket kereső hirdetéseket a környékbeli lapokban. A hirdetések szövege változó volt. Például:
„Önként jelentkezőket keresünk a nem függő, nem orvosi jellegű alkalmi opiátfogyasztás kutatásához. A heroint, morfiomot, Demerolt, Dilauididot, kodeint, Percodant stb. kontrollált módon, félig-meddig rendszeresen fogyasztók fizetett, teljes mértékben bizalmas interjún vesznek részt. Jelentkezés hétfőtől péntekig, 10–16 óra között (telefonszám).”
4. Az interjún átesett alanyokat megkértük, hogy irányítsanak hozzánk olyan általuk ismert drogfogyasztókat, akiket esetleg érdekel a kutatásban való részvétel. Nagyon ritkán azoknak az alanyoknak, akik azt állították, hogy sok fogyasztót (különösen opiátfogyasztót) ismernek, 5 dollár jutalmat ajánlottunk fel minden olyan általuk hozott személyért, aki alkalmasnak bizonyult a kutatásban való részvételre. Ugyanakkor a legtöbb jelentkező szemmel láthatólag szívesen szólt ismerőseinek anyagi biztatás nélkül is, pusztán azért, mert jól érezték magukat az interjún, és meggyőződtek róla, hogy a kutatás teljes titoktartás mellett folyik. Ez a „lavina-technika” különösen eredményes alanyforrásnak bizonyult.
5. Korábban, a DAC kutatás során néhány alany beszélt olyan ismerőseiről, akik valószínűleg alkalmas jelöltek lettek volna, ám nem akartak kapcsolatba kerülni a kutatókkal. Annak érdekében, hogy ezt a visszahúzódó csoportot is elérjük, pár hónap eltelte után úgy döntöttünk, hogy kiképezzük néhány alanyunkat is a toborzásra és az interjúkészítésre. Végül nyolc ilyen adatgyűjtőt alkalmaztunk különböző időszakokra, s minden lefolytatott interjú után 15 vagy 20 dollárt fizettünk nekik.

Az alanyok toborzása során szerzett tapasztalatokból nagyon sokat tanultunk a megfelelő jelöltek felkutatásáról.

Először is, amint arra az opiátfogyasztók deviáns megítélése alapján számítani lehetett, sokkal nehezebb volt kapcsolatba lépni a kontrollált opiátfogyasztókkal, mint a szenvedélyes opiátfogyasztókkal, vagy általában a pszichedelikus szer- és marihuánafogyasztókkal. A kontrollált opiátfogyasztók kivétel nélkül aggodalmaiknak

adtak hangot a titoktartást illetően. A kontrollált alanyok mindegyike teljes tudatában volt annak, hogy illegális, amit csinál, ám azt is pontosan tudták, hogy mennyire szélsőségesen deviánsnak tartják őket; ennek ellenére sem azt a közönyt nem tanúsították a társadalmi elfogadottság iránt, amit a marihuánát és a pszichedelikus szereket fogyasztók, sem azt a dacos érdektelenséget a következmények iránt, mint a szenvedélyes opiátfogyasztók.

Másodszor, ismét csak ahogyan arra számítottunk, a kutatókkal kapcsolatba lépők, illetve azok, akiket az általunk kiképzett adatgyűjtők kértek fel az interjúhoz való hozzájárulásra, nagyrészt nem bizonyultak megfelelő jelöltnek. Egy két éves periódus adatai szerint a sűrőbeszélgetéseken a jelentkezők 70 százaléka akadt fent.

Harmadszor, különösen az opiátfogyasztók esetében, sok időt emésztett fel, míg meg tudtunk szervezni akár egyetlen interjút is, nem beszélve a magára az interjúra szánt időről. A kutatók és a kiképzett adatgyűjtők becsléseink szerint körülbelül tíz órát töltöttek azzal, hogy megszervezzenek egy-egy interjút egy-egy opiátfogyasztóval. Ennek az időnek a legtetemesebb részét az alkalmatlan jelöltekkel való foglalkozás vitte el, illetve azok az alkalmak, amikor a jelöltek nem jelentek meg az előre megbeszélte találkozókra.

Negyedszer, az interjúk megszervezésének a leghatékonyabb módját az jelentette, amikor a jelölt személyes kapcsolatban állt valakivel, aki meg tudta nyugtatni a kutatás természetét illetően. A marihuánafogyasztók 77 százaléka, a pszichedelikus szer fogyasztók 67 százaléka és az opiátfogyasztók 42 százaléka más alanyok ajánlása, a kutatócsoportban dolgozó ismerőse vagy valamelyik általunk kiképzett adatgyűjtő révén került kapcsolatba velünk.

Ötödször, az általunk kiképzett adatgyűjtők alkalmazása az alanyok toborzására általában véve sikeresnek volt mondható. Noha a kutatócsoport nem kevés időt fordított ezeknek a különleges interjúfelvevőknek a kiképzésére és szupervíziójára, ők cserébe számos olyan alanyt tudtak bevonni a kutatásba, akik egyébként nem lettek volna hajlandók interjút adni a kutatócsoportnak, ráadásul az adatgyűjtők interjúi nagyon jók is voltak. Négy adatgyűjtőnk annyira ügyesnek és sikeresnek bizonyult, hogy őket a kutatás egyéb területein, például az esetleírások értelmezésénél és a szemelvények kiválogatásánál is alkalmaztuk. Az általunk kiképzett adatgyűjtők alkalmazásának legfőbb hátulütője az utánkövetési adatok elvesztése volt, amiről a későbbiekben fogunk beszélni.

AZ ADATGYŰJTÉS ESZKÖZEI · A potenciális alanyokkal való első kapcsolatfelvételnélkor (mely általában telefonon történt), a kutatócsoport

tagjai vagy az adatgyűjtők ismertették a kutatás céljait, a titoktartást garantáló eljárásokat, az interjú tartalmát és a fizetséget. Mielőtt megállapodtak volna az interjúban, feltettek néhány szűrőkérdést a jelölt koráról, neméről, jelenlegi foglalkozásáról, az aktuálisan fogyasztott drogokról, az esetleges leszokási próbálkozásairól, a választott drogok fogyasztásának gyakoriságáról és a jelölt jövőbeli elérhetőségéről. Mivel a jelöltek nem ismerték a kiválasztási kritériumok részleteit, nagyon nehezen csaphatták volna be szándékosan a kutatócsoportot alkalmasságuk tekintetében, s ennek megfelelően magas lett az elutasítottak aránya.

Noha az interjúkat a hét bármely napjára, a nap bármely szakára szervezhettük, helyileg pedig akár a The Cambridge Hospital kutatóirodáiban, akár máshol, például az alany lakásán is tarthatuk, a legtöbbre mégis munkaidőben, s gyakorlatilag az összesre a kórházban került sor. Az interjú megkezdése előtt megismételtük a szűrő eljárást.

Nyilvánvaló, hogy kritikus hatást gyakorolt a toborzásra és magának az interjúnak a minőségére az, hogy milyen mértékben tudtuk megnyugtatni a jelölteket a titoktartás vonatkozásában. Az interjúalanyok kilétének titokban tartása érdekében kilenc intézkedést foganatosítottunk:

1. A kutatási projekten kívül senki nem fért hozzá az alany nevéhez vagy bármilyen, az azonosítására alkalmas információhoz.
2. Az interjúkat magnószalagra rögzítettük, majd átírtuk. A felvételeket kódszámokkal láttuk el. A kódszámokat és a személyes adatokat az utánkövethetőség céljából egymás mellé rendelő listát egy az Egyesült Államokon kívül élő harmadik fél őrizte, aki hivatalosan semmiféle kapcsolatban nem állt a projekttel, s így gyakorlatilag lehetetlenné vált ezeknek az információknak a jogi eljárás alá vonása. (Később, miután biztosítékot kaptunk a rendfenntartó szervektől, hogy nem foglalják le a felvételeket, áthelyeztük az azonosításra alkalmas információkat egy helyi széfbe.)
3. Az általunk kiképzett adatgyűjtők által meginterjúvált alanyok személyes adatait csak az adatgyűjtők ismerték.
4. Az alanyokkal közöltük, hogy bármelyik kérdés esetében indoklás nélkül dönthetnek úgy, hogy nem válaszolnak.
5. Az alanyoknak megmutattuk, hogyan kell kezelni a magnetofont, és közöltük velük, hogy bármikor kikapcsolhatják, ha

- valamit „jegyzőkönyvön” kívül akarnak megbeszélni, vagy úgy érzik, időre van szükségük annak eldöntéséhez, hogy elárulnak-e bizonyos információkat.
6. Az alanyokat felszólítottuk, hogy változtassák meg azoknak a személyeknek a nevét és egyéb jellemző adatait, akikről esetleg beszélni akarnak.
 7. Az interjú végén az alanyok lehetőséget kaptak arra, hogy újra meghallgassák a hangfelvételt, és tetszőleges részeket töröljenek belőle.
 8. Az esettörténetek megírása során különös gondot fordítottunk arra, hogy bizonyos információkat megváltoztassunk, s így azok az olvasók se tudják azonosítani az alanyokat, akik ismerik őket. (Több alanyt is megkértünk, hogy olvassák el esettörténeteiket, s mindannyian elégedetten nyugtázták, hogy nem lehet felismerni őket, ugyanakkor a leírások megfelelően visszaadták az eseményeket és életük fontosabb vonásait.)
 9. Az alanyoktól kapott információkat nem adtuk tovább más alanyoknak, még akkor sem, amikor esetleg közeli kapcsolatban álltak, és tudták egymásról, hogy részt vettek az interjúban.

A titoktartás biztosítását szolgáló eljárásokat minden résztvevő számára ismertettük az interjú elején és végén, s mindannyian írásban is megkapták az intézkedések felsorolását, az interjú készítője által aláírva. Ha az alanyoktól megköveteltük volna, hogy írásban adják beleegyezésüket a kutatásban való részvételhez, azzal csak megnöveltük volna számukra a vállalt kockázatot; ezért csak szóban kértük a beleegyezésüket, illetve az interjúkészítő feljegyzést készített a szóbeli beleegyezésről, s a saját aláírásával ellátva csatolta azt az alany aktájához.

Mivel oly keveset tudtunk a kontrollált fogyasztókról, valószínűnek tűnt, hogy egy hosszú, félig strukturált interjú lenne a legmegfelelőbb eszköz az adatgyűjtéshez. Ugyanakkor a gazdaságosság érdekében korábban, a pilot-kutatás során, kísérleti jelleggel több különböző drogfogyasztóval felvettünk egy rövidebb, strukturált kérdőíven alapuló interjút is. Ezek a kísérleti interjúk nem bizonyultak megfelelőnek. A válaszok minimálisak voltak; az egyes alternatívák közötti választások okai feltáratlanok maradtak; nem kaptunk elég információt a személyiség felméréséhez; és később az alanyok kellemetlen, monoton élményként jellemezték az interjút.

Hamarosan kialakítottunk egy olyan félig strukturált interjút, ami minden alany esetében rákérdezett bizonyos rögzített információkra, ám hagyta, hogy a saját szavaikkal válaszoljanak, nem pedig előre megadott alternatívák közül kellett választaniuk. Ugyanakkor azt is megengedte, hogy az alanyok történeteket meséljenek, vagy témát váltsanak, ha úgy tartotta kedvük. Ez a megközelítés egyes interjúkészítőket igényelt, s megnehezítette az adatok redukálását a statisztikai analízishez. Ám ez az interjútípus, melyben helyet kaptak olyan kérdések, amiket úgy alkottunk meg, hogy olyan információkat hozzanak felszínre, melyek segítségével képet alkothatunk az alany személyiségstruktúrájáról, érzelmi nehézségeinek mértékéről, illetve koherens, stabil érzelmi működésének fokáról, lehetővé tette számunkra, hogy újonnan felmerülő, fontos pszichológiai és társadalmi problémákkal is foglalkozunk. Emellett az alanyok számára is elviselhetőnek bizonyult.

Az első félig strukturált interjú hét nagyobb területet fedett le:

1. Alapvető demográfiai információk (kor, nem, rassz, társadalmi helyzet, iskolázottság, foglalkozás);
2. Családi háttér;
3. A legális és illegális drogok fogyasztásának története;
4. Jelenlegi társadalmi körülmények, ide értve a munkához, az iskolához, a családhoz, az élettárhoz/feleséghez és a barátokhoz fűződő viszonyt;
5. A drogfogyasztó szituáció részletei, a fogyasztás iránt tanúsított attitűdök;
6. Az interjúkészítő véleménye az általános pszichológiai állapotról;
7. Vélemények a drogtörvényekről, a drogfelvilágosításról, a drogkultúráról és az ezekhez kapcsolódó kérdésekről.

(Az interjú vázlata az A függelékben található meg.)

Az interjú tartalmi részét többször megváltoztattuk a kutatás során, amikor az alanyokkal való kapcsolatunk olyan új területeket tárt fel, melyek figyelmet érdemeltek, illetve amikor az általunk kiképzett adatgyűjtőktől kritikákat és ajánlásokat kaptunk. A változtatások nem feltétlenül jelentik azt, hogy az egyik alanynak feltett kérdéseket ne tettük volna fel a többi alanynak is, mivel a módosításokat szükség szerint az utánkövető interjúba is beépíthettük. (Az alap utánkövető interjú vázlata megtalálható a B függelékben.) Az alanyok személyre szabott kérdéseket kaptak, ha az első interjúban felmerült témák további tisztázást igényeltek. Ezeket a kérdéseket

általában a kététhetente tartott kutatási megbeszéléseken találtuk ki, amikor megtárgyaltuk az alanyokat és felmértük személyiségüket.

Az első interjúk általában két óráig tartottak, bár akadt néhány sokkal hosszabb is. Az utánkövető interjúk valamivel rövidebbek voltak. Az alanyok legalább 10 dollárt kaptak minden interjúért; de kaphattak 20 dollárt is, ha az interjúkészítő úgy érezte, hogy a nagyobb összeg felajánlásával biztosabban megszervezheti az interjút (ez általában a második interjú esetében fordult elő), vagy, ritkább esetben, az utazási költségek fedezésére.

AZ UTÁNKÖVETÉS · Az első szűrésnél és az interjúnál tájékoztattuk az alanyokat utánkövetési szándékunkról, de a kapcsolatba lépés lehetséges módjaiban csak az interjú végén állapodtunk meg. Ezt a gyakorlatot azért alakítottuk így, mert akadt néhány megfelelő jelölt, aki megtagadta az első interjún való részvételt, amikor megtudta, hogy annak előfeltétele a személyi adatainak teljes kiadása az utánkövetés lehetővé tétele miatt. Ám miután bizalmasan, szemtől-szemben beszéltek a kutatócsoporttal, s miután átérték magát az interjút, az alanyok 97 százaléka hajlandó volt valamiféle elérhetőséget megadni. Az elérhetőség lehetett telefonszám, lakcím vagy másvalaki, néha az egyik szülő hasonló adatai, aki akkor is tudhatta, hol érhető el az alany, ha az esetleg elköltözött korábbi lakhelyéről. Az alanyokkal közöltük, hogy (1) ha az interjúkészítő valaki mást ér el, amikor telefonon keresi őket, akkor a kutatást közvélemény-kutatásnak fogja nevezni, és semmiféle utalást nem fog tenni drogfogyasztására; (2) a kapcsolatfelvevő levelekben semmiféle utalás nem lesz a drogfogyasztásra. Az utánkövetést elősegítendő minden alany kapott egy névjegykártyát, rajta az interjúkészítő nevével, telefonszámával és lakcímével, s arra biztattuk őket, hogy hívják az interjúkészítőt, ha új lakcímre költöznek, időpontot akarnak egyeztetni a második interjúhoz, vagy további kérdéseik vannak a kutatással kapcsolatban.

Az alanyoknak vagy az általuk megjelölt személyeknek küldött levelek és az őket elérni akaró telefonhívások mellett az utánkövetés érdekében hirdetéseket is adtunk fel a környékbeli napilapokban, jelentkezésre kérve azokat az alanyokat, akiket nem tudtunk elérni. Egy-egy alany esetében átlagosan három próbálkozást tettünk az utánkövető interjú megszervezésére, kivéve azokat, akiknek semmilyen elérhetősége nem állt rendelkezésre, illetve azokat, akik saját maguk kezdeményezték az utánkövető interjút; ám egyes esetekben több mint tízszer is próbálkoztunk az illető elérésével.

Az utánkövetésre hozzávetőlegesen tizenkét–huszonnégy hónappal az első interjú után került sor. Az utánkövetés aránya az összes alanyra vetítve 47 százalék volt, a lemorzsolódás kategóriánként a következőképpen alakult:

Kontrollált marihuánafogyasztók	27%
Kontrollált pszichedelikus szer fogyasztók	40%
Kontrollált opiátfogyasztók	61%
Határeseti opiátfogyasztók	71%
Szenvedélyes opiátfogyasztók	33%

Az utánkövető interjút egyetlen olyan alany sem utasította el, akit sikerült újból elérnünk. Az utánkövetés elmaradásának legfőbb oka az alanyok elköltözése (az opiátfogyasztók 72 százaléka esetében), illetve az elérhetőség hiánya (az opiátfogyasztók 28 százaléka esetében) volt. Néhány alany nem volt hajlandó megadni az elérhetőségét a kutatócsoportnak, habár a legtöbbjük később maga kezdeményezte az utánkövetést. Az elérhetőségek hiányáért leginkább az általunk kiképzett adatgyűjtők voltak a felelősek, akik utánkövetési interjúiknak aránya az összes alanyra vetítve mindössze 31 százalék volt, ami nagy mértékben csökkentette az egész kutatás utánkövetési arányát. Néhányuk esetében az utánkövetés saját élethelyzetük megváltozása, például válás, különköltözés, elköltözés miatt nem valósult meg.

Az adatok

VALIDITÁS · A kutatásról folytatott nyilvános viták némelyikében kérdések merültek fel az adatok (különösen a kontrollált opiátfogyasztókra vonatkozó adatok) validitását illetően. Ezeket a kérdéseket oly módon fogalmazták meg, amely azt sugallta, hogy nem léteznek, vagy nem létezhetnek ilyen fogyasztók, s ezek az alanyok bizonyára becsapták a kutatócsoportot úgy a drogfogyasztásuk szintje, mint egyéb fontos kérdések esetében. Az egyik hozzászóló azért kritizálta a kutatócsoportot, mert az nem végzett vizeletvizsgálatot a kontrollált fogyasztókon, ellenőrizendő, hogy nem függők-e – hozzáteve, hogy ha ezeknek az alanyoknak nem lett volna semmi rejtegetnivalója, akkor bizonyára ebben is együttműködtek volna. Az helyénvaló, hogy bármiféle kutatás adatainak validitását illetően kérdéseket

vetünk fel, ám az az előfeltevés, hogy számos drogfogyasztó torz beszámolókat ad fogyasztási szokásairól, nem teljesen megalapozott.

Számos validitásvizsgálat, melyet drog- és alkoholfogyasztó válasszadókkal folytattak le – akiknek nyilvánvalóan jó oka lett volna eltitkolni bizonyos érzékeny információkat – azt mutatta ki, hogy az ilyen személyektől származó adatok általában validak és megbízhatóak. Az alkoholfogyasztók körében végzett vizsgálatok például alátámasztották a kamaszkorú felmérések validitását (Single, Kandel & Johnson, 1975), az önkéntes kezelésben részt vevő alkoholisták élettörténet-beszámolóinak validitását (Sobell & Sobell, 1975), sőt, még az alkohol miatt letartóztatottak önjellemzéseinek validitását is (Sobell, Sobell & Samuels, 1974). Az elsősorban a drogfogyasztással foglalkozó validitásvizsgálatok is hasonló eredményeket hoztak. Ugyanez igaz a pszichotropikus gyógyszerfogyasztás felmérésére is (Parry, Balter & Cisin, 1971), számos illegális drog fogyasztásáról készített tanulmányokra (Whitehead & Smart, 1972; Amsel és munkatársai, 1976), s különösen az illegális narkotimok fogyasztását vizsgáló kutatásokra (Ball, 1967; Maddux, Williams & Lehman, 1969; Stephens, 1972; Maddux & Desmond, 1975; Bonito, Nurco & Schaffer, 1976; Robins, 1979).

Úgy tűnik, van néhány kivétel a nagymértékű megbízhatóságot és validitást alátámasztó eredmények alól. Amikor Newman és munkatársai (1976) eltéréseket találtak az ugyanarra a kérdésre több alkalommal adott válaszok között, hogy hány éves korukban fogyasztottak az alanyok először narkotikumot, két plauzibilis magyarázatot tudtak adni az eltérésekre: először is, az alanyok talán eltúlozták drogfogyasztó múltjuk hosszát, hogy nagyobb eséllyel kerüljenek be az elvonó programba; másodsor láthatólag sem az alanyok, sem az interjúkat felvevő kutatók nem tulajdonítottak nagy fontosságot annak, hogy hány éves korukban fogyasztottak az alanyok először drogot. A megbízható eredményeket hozó vizsgálatok alól a másik kivétel Chambers és Taylor (1973) kutatása, akik azt állapították meg, hogy a metadont szedő pácienseknek mindössze egyharmada közölt pontos információkat illegális drogfogyasztásáról. Ám amint arra Maddux és Desmond (1975) rámutatott: „Egyes páciensek valószínűleg azért tagadták, hogy drogot fogyasztanak, mert féltek a program személyzetének elítélő magatartásától vagy esetleg számukra káros tetteitől.”

Az én projektemben kiváló volt az összhang az alanyokkal. A legtöbb alany úgy érezte, szabadon beszélhet akár élete legintimebb aspektusairól is, s az interjúkészítők általában véve úgy látták, hogy

az alanyok igazat mondanak. Ez az összhang több tényező eredménye lehetett. (1) A kutatócsoport nem állt kapcsolatban semmilyen leszoktató programmal. (2) A kutatócsoport életkora nagyjából az alanyokénak felelt meg, s ezért az alanyok valószínűleg megbízhatónak vagy szimpatikusnak találták az interjúkészítőket. Mi több, sok alany feltételezte, hogy maguk a kutatók is fogyasztanak illegális drogokat. (3) Az interjúk légköre oldott volt, az interjúkra szánt idő teret engedett a „jegyzőkönyvön kívüli” beszélgetéseknek az interjú előtt, alatt és után is. (4) A titoktartás biztosítása érdekében tett különböző lépések elősegítették az alanyok oldott hangulatba kerülését. (5) Minden interjúkészítőt arra képeztünk ki, hogy ugyanazokra az információkra kérdezzenek rá a drogfogyasztással kapcsolatos attitűdök és cselekedetek vonatkozásában, és ne hagyják szó nélkül a felmerülő ellentmondásokat. (6) Az interjúkészítőket arra is kiképeztük, hogy felismerjék a pszichológiai funkcionálás nüanszeit, és rákérdezzenek azokra.

Noha a kutatócsoportnak és nekem jó okunk volt feltételeznünk, hogy a megszerzett információk validak, több eljárást is alkalmaztunk az alanyok kijelentéseinek ellenőrzésére.

Először is, az interjúkat úgy strukturáltuk, hogy bizonyos témák kissé más megfogalmazásban, egymástól időben távol elhelyezve újra és újra felmerültek. Így már az interjúk alatt észlelni lehetett az inkonzisztens válaszokat, és kísérletet lehetett tenni a következetlenségek feloldására.

Másodszor, az utánkövetések újabb lehetőséget teremtettek az ellentmondások felderítésére. A második interjú alkalmával megismétlésre kerültek bizonyos kulcskérdések, melyek nagy része a drogfogyasztásra vonatkozott. Így ha valamelyik alany eredetileg torz beszámolót adott a feleségével való kapcsolatáról, vagy arról, hogyan fogyaszt barbiturátokat, ugyanezeket a torzításokat tizenkét–huszonnégy hónappal később, az utánkövető interjú során is tartania kellett, ha el akarta kerülni, hogy a kutatók felfigyeljenek az eltérésekre. Az utánkövető interjúk lehetőséget nyújtottak a személyiség-felmérés pontosítására, a drogfogyasztás finom árnyalatainak jobb megismerésére, illetve azoknak az első interjú során felmerült kérdéseknek a további tisztázására, melyek esetében a kutatócsoport szükségét érezte az információk ellenőrzését vagy egyértelműbbé tételét.

Harmadszor, azok az alanyok, akiket más alanyok toboroztak, lehetőséget teremtettek az adatok egyeztetésére. A kombinált minta összes alanyának 34 százaléka valamilyen módon társadalmi

kapcsolatban állt a három minta legalább egy másik alanyával. A kontrollált opiátfogyasztók – akikhez a legerősebb a szkepticizmus fűződik – körében az egymással kapcsolatban álló alanyok aránya 43 százalék volt. A titoktartás szabálya, mely kimondta, hogy egyetlen alany sem tudhat arról, mit nyilatkozott egy másik, nagyon fontosnak bizonyult a validitás ellenőrzése szempontjából.

Például az egyik kontrollált opiátfogyasztó, Mary, arról számolt be, hogy aggasztja barátja kissé megnövekedett opiátfogyasztása, és erősen gyanítja, hogy a férfi nem volt őszinte, amikor arról beszélt, hogy másokkal együtt fogyasztja-e a drogot. Barátja, Sam az interjúja során elmondta, hogy másokkal együtt is fogyaszt, és hogy ezt próbálja titkolni Mary előtt. Mindkét alany utánkövetésére körülbelül egy évvel később került sor. Az első interjú és az utánkövetés adatainak részletes elemzése feltárta, hogy a két alany összesen ötvenkét témáról beszélt az első interjú és az utánkövetés során. Az adatok ötvenöt téma esetében támasztották alá egymást. Az egyező témák közé tartozott: demográfiai információk, jelenlegi tevékenységek, drogfogyasztási előtörténet, jelenlegi drogfogyasztás, drogfogyasztási szokások és illegális tevékenységek. Sam titkolt opiátfogyasztása mellett megegyezés állt fenn sok egyéb olyan területen is, ahol a bevallott viselkedést akár negatívan is lehetett értékelni (például kábítószer-forgalmazás, szökés a letartóztatási parancs elől, munkanélküli segély felvétele munka mellett, hepatitisz-fertőzés). A három nem egyező terület viszonylag kis jelentőséggel bírt, és főleg azzal az alkalommal állt kapcsolatban, mely során Sam és Mary először fogyasztott együtt heroint. Mary azt állította, hogy először nővérével és sógorával fogyasztott heroint, s hogy ebben Sam nem vett részt, mert félt a drogtól. A következő alkalommal azonban azt mondta, hogy Sam is csatlakozott hozzájuk, és a tűszúrás után azonnal elájult, mert fél az injekciós tűtől. Sam nem számolt be arról, hogy Mary első alkalommal nélküle fogyasztott-e heroint, vagy hogy ő maga elájult volna (bár azt megemlítette, hogy émelygett). A beszámolóik közötti eltérések nemcsak kicsik, hanem leginkább annak a következményei, hogy Sam bizonyos dolgokat elhallgatott – azaz nem egyértelmű ellentmondásról van szó a beszámolók között.

Mivel az általunk kiképzett adatgyűjtők tartós személyes kapcsolatban álltak azokkal az alanyokkal, akikkel interjút készítettek, számos informális alkalom állt rendelkezésükre a begyűjtött adatok validitásának ellenőrzéséhez. Azáltal pedig, hogy mi is tartós kapcsolatban álltunk az adatgyűjtőkkel, rengeteg alkalmunk volt a velük

kapcsolatos adatok ellenőrzésére. Az általunk kiképzett adatgyűjtők gyakorlatilag belső esettanulmányokként szolgáltak.

A NIDA kutatás alatt az adatok validitásának ellenőrzését tovább formalizáltuk azzal, hogy minden egyes általunk kiképzett adatgyűjtőhöz aktívan kerestünk egy „barátot” vagy ismerőst. Az alanyokat megkértük, hogy küldjék be hozzánk egyik olyan barátjukat, aki legalább két éve tud a drogfogyasztásukról. (A barát drogfogyasztását illetően semmiféle kikötést nem tettünk.) A kérést azzal magyaráztuk, hogy többet szeretnénk tudni arról, milyen hatással lehet ismerőseik attitűdjére az alanyok drogfogyasztása.

A NIDA kutatásban vizsgált mind a tizenhét opiátfogyasztó esetében beszerveztünk egy-két barátot. A barátokkal készített interjúk rövidebbek voltak, mint magukkal az alanyokkal készítettek, s főleg a barátoknak az alanyok drogfogyasztásáról és egyéb viselkedési jellegzetességeiről alkotott megfigyeléseire koncentráltak. Egy barát és egy alany összehasonlítását számos különböző téma révén el lehetett végezni. (Az egyik kontrollált opiátfogyasztó analízise során huszonhat olyan téma bukkant fel, melyben mindkét féltől kaptunk információkat.) Noha a barátoktól származó adatok néha kis mértékben megváltoztatták azt, ahogyan addig mi értettük és értelmeztük az alany kijelentéseit, az adatok kódolásának megváltoztatását elengedhetlenné tévő ellentmondások annyira ritkák és jelentéktelenek voltak, hogy huszonkét interjú után fel is hagytunk a barátok toborzásával. Például az előbb említett kontrollált opiátfogyasztó elemzése során mindössze egy témában került felszínre ellentmondás az alany és barátja 26 közös témája közül. Ez az ellentmondás abban állt, hogy míg az alany szerint három-négy havonta egyszer fogyasztottak együtt opiátokat, addig a barát szerint két-három havonta.

Ezeknek az eljárásoknak az alkalmazása összességében alátámasztotta azt az érzésünket, hogy az alanyaink az igazat mondják. Amikor az eredeti tervet követve elvetettük azokat az interjúkat, melyeknek validitása megkérdőjeleződött, a DAC és NIDA kutatások összes interjúja közül mindössze hármat kellett félretennünk. Az interjúkészítők mindhárom esetben már azelőtt megkérdőjelezték az interjúk validitását, mielőtt a problémát hivatalosan is alátámasztotta volna a barátok interjúinak vizsgálata, vagy az alanyak az első és második interjújában fellelhető ellentmondások feltárása.

Az interjúk talán legdöbbenetesebb vonása az alanyok azon hajlandósága, sőt néha lelkesedése volt, amivel a személyes kapcsolataikról, a drogfogyasztásról, a bűnözésről, a szexuális viselke-

désükről és egyéb olyan problémákról beszéltek, melyek más kontextusban talán zavarba hozták volna őket. Az alanyok szemmel láthatólag biztonságban érezték magukat, és nagyon ritkán éltek a kérdések visszautasításának vagy a magnó kikapcsolásának lehetőségével. Mi több, a kutatócsoport számára egy idő után fárasztó rutinfeladattá vált azoknak az információknak a törlése a szalagokról, melyek alapján sokan összetűzésbe keveredhettek volna a törvénnyel. A csoport és én arra gyanakodtunk, hogy sok alany számára az interjúk kiváló alkalmul szolgáltak arra, hogy olyan információkról számolhassanak be, melyeket nem igazán oszthattak meg mással. A fő problémát nem „az igazság feltárása” jelentette, hanem az, hogy elfogadható korlátokat állítsunk az ilyen fajta „gyónás” elé, s az interjú ne fejlődjön tovább terápiás találkozássá.

AZ ADATOK REDUKÁLÁSA · A projektre szentelt idő legnagyobb része arra ment el, hogy az óriási mennyiségű információt – szó szerint több ezer oldalnyi átiratot – az analízis céljából kezelhető formára redukáljuk, majd elvégezzük az analízist. Az adatok redukálása három formában történt: esettörténet-elemzés, kivonatolás és kódolás.

Legelőször jegyzetek készültek az esetekről, az átiratokból és a szalagokból a kutatócsoport többi tagja számára. Az esetismertetések látogatottsága változó volt, de gyakran részt vett rajtuk egy-egy általunk kiképzett adatgyűjtő, aki a drogokkal és a droggyasztókkal kapcsolatos saját, első kézből származó tapasztalataival egészítette ki a megbeszélést. Rendszeres időközönként meghívtunk egy-egy érdeklődő kívülállót, hogy segítsen azonosítani a kutatócsoport tagjainak előítéleteit. Az időnként meglehetősen forró hangulatú esetmegbeszélésekről készült feljegyzések az alany aktájába kerültek, hogy majd később a stáb más tagjai a jegyzetek és az átiratok alapján elkészítsék és ellenőrizzék az esettörténetet (úgy, ahogyan azok például az 1. és 2. fejezetben megtalálhatók).

Ezt követően, az átiratok gondos áttekintése után kivonatoltuk azokat a részeket, melyekről úgy láttuk, hogy több alany álláspontját is megjelenítik, új megvilágításba helyeznek dolgokat, vagy magukban foglalják egy-egy alany jelen- és múltbeli személyiség-funkcionalitását. Az ilyen, a 4. és 5. fejezetben olvasható kivonatokat körbeadtuk a kutatócsoport tagjai, illetve az általunk kiképzett adatgyűjtők között, hogy fűzzék hozzájuk megjegyzéseiket. Így megőriztük az eredeti anyag gazdagságát, ugyanakkor kiemeltük az alanyok közötti különbségeket és azonosságokat, beleértve attitűdjeiket is.

Végül az átiratok és a szalagok alapján (szükség szerint), a kutatócsoport minden alany első és utánkövető interjúját külön-külön kódolta a számítógépes analízis céljából. Mivel a kódolás során az alanyok nyelvét kizárólagos, rögzített kategóriákba kellett átültetni, az eljárás óhatatlanul szubjektív volt. (A jelen könyvben bemutatott esetek és kivonatok részben épp azzal a szándékkal kerültek be a kötetbe, hogy betekintést engedjenek az olvasónak a feldolgozatlan anyagba.) De legalább a kódolók, akik között a kutatócsoport tagjai és az adatgyűjtők is helyet kaptak, konzisztensnek bizonyultak ítéleteikben. Az új kódolók első próbálkozásait a tapasztaltabb kutatók ellenőrizték. Emellett a munka során véletlenszerűen kiválasztottunk húsz már lekódolt esetet, és odaadtuk más kutatóknak vagy adatgyűjtőknek, hogy kódolják le őket még egyszer. A második kódoló nem tudta, hogy előtte már valaki elvégezte a munkát, ezért semmi sem motiválta, hogy különös gonddal járjon el. Interjúként több, mint 200 tételt kellett kódolni, ám a tételek közötti eltérések aránya nem érte el a 2 százalékot sem.

A projekt során alkalmazott analízis stílusa vegyes volt, felölelte az egyedi, esettörténetet vizsgáló, kvalitatív és a szelektív, kvantitatív, statisztikai megközelítést is. Mindegyik módszerben jelen volt egy szubjektív elem is, és mindegyik más, noha nem feltétlenül ellentétes képet festett a drogfogyasztás kontrolljáról. A fejezet végén ismertetett statisztikai áttekintésnek az a célja, hogy bizonyos fókig bemutassa az általános trendeket, illetve azoknak az eltéréseknek a megoszlását, melyek elhomályosították az esettörténetet vizsgáló megközelítést.

A KONTROLLÁLT FOGYASZTÁS STABILITÁSA · A legsúlyosabb kérdések, melyekkel a kutatócsoport szembesült, az alkalmi, nem függő opiátfogyasztók stabilitásával álltak kapcsolatban. Lehet a kontrollált fogyasztás tartós mintázat, vagy egyszerűen egy rövid, átmeneti állapotnak kell tartani, ami vagy a súlyosabb fogyasztást, vagy a fogyasztás teljes felfüggesztését előzi meg? Mi azt állapítottuk meg, hogy az ilyen jellegű fogyasztás tartós jelenség is lehet (4. táblázat). A kombinált analitikus mintában szereplő kontrollált fogyasztók némelyike nyolc, kilenc, sőt tizenöt éve stabilan tartja ugyanazt a mintázatot. A kutatás során a kontrollált fogyasztás átlagos időtartama 4,5 év volt. Emellett bár a kontrollált fogyasztás kritériumai nagyszámú fogyasztást engedélyeztek, a legtöbb alany ritkán (hetente egyszer sem) fogyasztott. Az első interjút megelőző évben mindössze 26 százalékuk bocsátkozott bármilyen mértékű túlzó fogyasztásba. Ugyanezen időszakban 23 százalékuk átlagosan havi

egy alkalomnál kevesebbszer fogyasztott opiátokat, 36 százalékuk havonta, 41 százalékuk pedig hetente.

Az, hogy kontrollált alanyaink átlagosan 4,5 éve mérsékelten fogyasztottak, kétségtől azt bizonyította, hogy a kontrollált fogyasztás lehet stabil. A kontrollált fogyasztók legalább olyan stabilak voltak fogyasztásuk tekintetében, mint a szenvedélyes fogyasztók; a két csoport között nem találtunk szignifikáns eltérést abban a tekintetben, hogy mióta tartják fent aktuális fogyasztási stílusukat, amint az a 4. táblázatban is látható: $t(89) = -0,85$, $p = 0,40$.

Sajnos a határeseti alanyok adatait nem lehetett bevonni a statisztikai analízisbe, mivel mindössze hét fogyasztó esett ebbe a kategóriába a mintából. Ám az opiátfogyasztásuk gyakoriságáról és a túlzó időszakokról az első interjút megelőző év vonatkozásában szerzett információk azt mutatják, hogy bár ez a csoport semmiképpen sem olyan intenzitással fogyasztja az opiátokat, mint a szenvedélyes fogyasztók, tagjai azt a következetes visszafogottságot és óvatosságot sem tanúsítják, ami a kontrollált fogyasztóra jellemző. Ugyanakkor a határeseti fogyasztók pusztán léte is alátámasztja, hogy az opiátfogyasztási stílusok kontinuumot alkotnak; amint azt a részletes esettörténetek is mutatják, ennél a köztes csoportnál nehéz volt felmérni az abúzus szintjét (Zinberg és munkatársai, 1978).

Mindazonáltal az, aki elfogadja azt a hagyományos nézetet, miszerint az opiátfogyasztók előbb csak kísérleteznek, majd mértékletes fogyasztókká válnak, aztán egyre jobban bevonódnak az opiátfogyasztásba, végül pedig függővé válnak, az továbbra is felhozhatja érvként, hogy alanyaink egyszerűen még nem érték el opiátfogyasztó pályafutásuk azon pontját, ahol a szenvedélyes fogyasztás kialakul (Robins, 1979). A mi eredményeink azonban nem támasztják alá ezt a nézetet. Mivel nem volt szignifikáns eltérés ($t[89] = 0,51$, $p = 0,62$) a kontrollált alanyok és a szenvedélyes alanyok teljes kábítószerfogyasztói múltjának hosszúságában, levonhatjuk azt a következtetést, hogy a két csoportnak ugyanolyan esélye volt arra, hogy szenvedélyes fogyasztóvá váljon. Emellett a kontrollált alanyok kábítószerfogyasztói múltjának hosszúsága – átlagosan 7,2 év – arra utal, hogy már korábban is bőségesen lett volna alkalmuk szenvedélyes fogyasztóvá válni.

Annak az elképzelésnek, miszerint az opiátfogyasztók mindig egyre növekvő drogfogyasztású fázisokba lépnek, a szenvedélyes fogyasztóink pályafutásával kapcsolatos tények is ellentmondanak. Körülbelül a felének (47%) a fogyasztása lényegében soha nem

esett vissza a ritkának nevezhető kategóriába; drogfogyasztói pályafutásuk alatt mindvégig szenvedélyes fogyasztók voltak. Mindössze 23 százalékuk fogyasztott legalább egy évig kontrolláltan. Továbbá ezen alacsony százalék leghosszabb kontrollált fogyasztású időszakának átlagos hossza (1,3 év) szignifikánsan kisebb, mint a kontrollált fogyasztók mintájának aktuális, kontrolláltan töltött időszakáé (4,1 év), fogyasztói éveken számolva: $t(55,3) = -7,07, p < 0,001$. Úgy tűnik tehát, hogy csak néhány régi szenvedélyes fogyasztó ment át egy korai kontrollált fogyasztású időszakra, s akikkel ez történt, azok sem maradtak meg sokáig ebben az állapotban.

Változó	Kontrollált alanyok (N = 61)	Határeseti alanyok (N = 7)	Szenvedélyes alanyok (N = 30)
Mióta tart az aktuális fogyasztási stílus (hónap)			
Tartomány	24–180	24–72	24–174
Középérték	53,4	38,6	59,5
Standard deviancia	31,7	34,5	39,3
Átlagos fogyasztási gyakoriság az elmúlt 12 hónapban			
Naponta többször	0	0	23%
Naponta	0	0	23%
Hetente kétszer	41%	57%	47%
Havonta egy-háromszor	36%	14%	3%
Elszórta (kevesebb, mint havonta egyszer)	23%	29%	3%
Túlzott fogyasztás^a az elmúlt 12 hónapban			
Nincs	75%	43%	46%
Csak túlzott	6%	14%	0
Túlzott és egyéb fogyasztás	20%	43%	54%
Drogfogyasztói múlt hossza (év)			
Tartomány	2–20	6–11	2–15
Középérték	7,2	8,4	6,8
Standard deviancia	3,2	8,3	3,4

^a Négy-tizenöt egymást követő nap.

4. táblázat. Aktuális opiátfogyasztás a kombinált mintában

A kontrollált fogyasztás stabilitásának problémája szempontjából releváns az a kérdés is, hogy kontrollált fogyasztóink közül bármelyik volt-e szenvedélyes fogyasztó a múltban. A kontrollált alanyok közül huszonkilenc (48%) átesett egy vagy több ilyen perióduson drogfogyasztói pályafutása során. Ezért aztán felmerülhet az az érv, hogy aktuális kontrollált periódusuk mindössze ideiglenes visszahúzódás a szenvedélyes fogyasztástól, vagy pedig önkéntes elvonás az absztinenciához vezető úton. Ugyanakkor az adatok ismét csak határozottan arra utalnak, hogy ezeknek az alanyoknak

a kontrollált fogyasztási stílusa kiemelkedően jelentős részét alkotta fogyasztói pályafutásuknak. Például aktuális kontrollált fogyasztású időszakuk (középérték = 3,5 év) szignifikánsan hosszabb, mint a szenvedélyes opiátfogyasztás leghosszabb periódusainak átlaga (középérték = 1,6 év): $t(28) = 4,62$, $p < 0,001$. Emellett aktuális kontrollált fogyasztású periódusuk teljes drogfogyasztói pályafutásuk 45 százalékát teszi ki, márpedig a teljes pályafutásban nem csak szenvedélyes fogyasztású periódusok kaptak helyet, hanem egyéb opiátfogyasztási stílusok is.

Noha nem lehetett előre látni, hogy a későbbiekben vajon az összes kontrollált alanyunk tovább lép-e az intenzívebb fogyasztás felé (Robins, 1979), ez valószínűtlennek tűnt. A kontrollált alanyok 60 százalékának esetében rendelkezésre álló utánkövetési adatok azt mutatják, hogy 49 százalék megőrizte fogyasztási mintázatát, 27 százalék pedig az alá a szint alá csökkentette fogyasztását, amit a kontrollált fogyasztókkal szemben követelményként támasztottunk. (Ezek közül 24 százalék absztinens lett.) Másik 11 százalék megtartotta kontrollált opiátfogyasztási mintázatát, ám túl nagy mértékben kezdett másféle drogokat fogyasztani ahhoz, hogy kontrollált fogyasztónak tartsuk. Mindössze 13 százalék (5 alany) növelte meg annyira opiátfogyasztását, hogy átkerüljön akár a határeseti (8 százalék), akár a szenvedélyes (5 százalék) kategóriába. Aközül a két alany közül, aki szenvedélyes fogyasztóvá vált, az egyik szignifikáns ideig heroinfüggő, a másik pedig barbiturátfüggő volt, mielőtt kontrollált fogyasztóvá lett volna; ráadásul egyikük az utánkövetés idejére ismét visszatért a kontrollált fogyasztáshoz. Még ha az összes alany végül függővé is válna, a kontrollált fogyasztású időszak akkor is hosszú, és elkülönülő szakaszt alkot a drogfogyasztási pályafutásukon belül. Az első interjú idején az aktuális kontrollált fogyasztású periódusuk opiátfogyasztó pályafutásuk 60 százalékát tette ki.

KRITIKUS KÜLÖNBSÉGEK A KONTROLLÁLT ÉS A SZENVEDÉLYES OPIÁTFOGYASZTÓK KÖZÖTT · Noha a kutatásban való részvétel kritériumainak eredményeként nagyon eltérő fogyasztási mintázatú csoportok alakultak ki, kezdetben sokat tűnődtem, hogy vajon ez a csoportosítás mind a drogfogyasztás minőségét, mind következményeit tekintve vajon szignifikáns és valóban elhatároló lesz-e. Mint kiderült, a kontrollált és a szenvedélyes opiátfogyasztók összehasonlítása valóban feltárt több olyan eltérést, melyek szoros kapcsolatban állnak a drogfogyasztók és a drogabuzőrök közötti közhelyszerű különbségtétellel.

Igen szignifikáns különbséget találtunk a kontrollált és szenvedélyes alanyok azon képességében, hogy fogyasztás nélkül tartsanak maguknál opiátokat: a kontrollált alanyok 59 százaléka, a szenvedélyes alanyoknak viszont csak 17 százaléka volt képes tartózkodni a fogyasztástól, ha opiáthoz jutott: $\chi^2_c(1) = 11,798$, $p = 0,001$. (A χ^2_c c indexe itt és máshol a „Yates korrigált khi-négyzet” alkalmazását jelöli.) Emellett a kontrollált fogyasztók opiátfogyasztásának legnagyobb gyakorisága szignifikánsan kisebb volt fogyasztói pályafutásuk során, mint a szenvedélyes fogyasztóké: $\chi^2(4) = 33,678$, $p < 0,001$. A kontrollált alanyoknak mindössze 23 százaléka fogyasztott valaha is naponta egy alkalomnál többször opiátot, szemben a szenvedélyes fogyasztók 87 százalékával. Ez a különbség nem pusztán az alancsoportok meghatározására alkalmazott kritériumok terméke, mivel ezek a kritériumok nem korlátozták a fogyasztás gyakoriságát az első interjú előtti két évet megelőző időszakra, és a kontrollált fogyasztók számára még ebben a két évben is engedélyezettek voltak rövid, túlzó fogyasztás jellemezte időszakok. Emellett figyelemre méltó különbség létezett – részben a kritériumok termékeként – a két csoport között a tekintetben, hogy használtak-e valaha nem opiát típusú drogot szenvedélyesen: $\chi^2_c(1) = 4,337$, $p < 0,04$. Amint az várható volt, sokkal kevesebb kontrollált alanyról (59%), mint szenvedélyesről (83%) lehetett ezt elmondani.

Ezek a példák azt jelzik, hogy a kontrollált fogyasztók sokkal mértékletesebben fogyasztottak drogot, mint a szenvedélyesek, s – ahogy az várható volt – sokkal kevesebb negatív következményt szenvedtek el. Kevesebb, bár nem szignifikánsan kevesebb kontrollált alanyra – 36 százalék szemben a szenvedélyes alanyok 45 százalékával – voltak bármilyen káros hatással az opiátok, s akiknél jelentkeztek is ilyen káros hatások, azoknál is különbözőképpen. A kontrollált alanyok egy-egy negatív élmény után nagyobb valószínűséggel fogantatosítottak újabb óvintézkedéseket, vagy függesztették fel a fogyasztást, ezzel szemben a szenvedélyes fogyasztók nagyobb valószínűséggel tartották meg régi mintázatukat: $\chi^2(1) = 3,970$, $p < 0,05$.

A kontrollált alanyokat szignifikánsan kisebb valószínűséggel kezelték drogfogyasztás miatt (41 százalékukat, szemben a szenvedélyes fogyasztók 77 százalékával: $\chi^2_c(1) = 8,892$, $p = 0,003$). Emellett a kontrollált alanyok sokkal ritkábban kerültek kezelés alá; mindössze 36 százalékukat kezelték egynél több alkalommal, szemben a szenvedélyes alanyok 61 százalékával: $t(28,7) = -2,86$, $p = 0,008$.

A másik releváns eredmény az aktuális funkcionálással, s különösen a munkavállalással állt kapcsolatban. A kontrollált fogyasztók szignifikánsan nagyobb része (37%) dolgozott teljes munkaidőben, mint a szenvedélyes fogyasztóké (10%); $\chi^2_c(1) = 6,267$, $p = 0,01$. Hasonló, bár nem szignifikáns trend érvényesült a részmunkaidős munkavállalásban is: a kontrollált opiátfogyasztók 44 százaléka dolgozott részmunkaidőben, szemben a szenvedélyes fogyasztók 27 százalékával. A munkahelyi teljesítmény önértékelése ugyanazt a várható eltérést mutatta a két csoport között: a kontrollált alanyok 71 százaléka „végezte jól” a munkáját, szemben a szenvedélyes fogyasztók 62 százalékával. Végezetül több kontrollált alany (55%) nyilatkozta azt, hogy szereti a munkáját, mint szenvedélyes alany (39%).

Eredményeinkből nem következett egyértelmű oksági kapcsolat a drogfogyasztás és a munkára való képesség között; a két csoport munkahelyi teljesítménye közötti különbségek számos tényező következményei lehettek. Ugyanakkor, amint azt a társadalmi háttérre vonatkozó változók jelzik, úgy tűnik, nincs kapcsolat a szenvedélyes alanyok gyengébb teljesítménye és a társadalmi lehetőségek hiánya között. A kontrollált és a szenvedélyes fogyasztók között nem volt különbség a saját maguk által a gyerekkori családjuknak tulajdonított társadalmi helyzet tekintetében ($\chi^2[3] = 1,361$, $p = 0,71$). Nem volt különbség az oktatásban töltött évek számában ($t[44,1] = 1,29$, $p = 0,21$). Ha ezek a faktorok hatással voltak a későbbi munkába állásra, akkor azt várhatnánk, hogy a kontrollált és a szenvedélyes fogyasztók egyformán jól teljesítenek a munka területén.

Az eddig tárgyalt változók mellett számos egyéb változót – melyek közül néhány az opiátok hozzáférhetőségével, az opiátokkal szerzett tapasztalatokkal, mások a *settel* (személyiséggel), megint mások a *settinggel* (a körülményekkel) kapcsolatosak – vizsgáltunk, megpróbálva további kritikus különbségeket felfedezni a kontrollált és a szenvedélyes opiátfogyasztók között.

DROGVÁLTOZÓK · Mivel sok döntéshozó a drogok hozzáférhetőségét – vagy inkább hozzáférhetetlenségét – tekinti a legfontosabb tényezőnek a fogyasztás csökkentésében, kontrollált fogyasztóink szemmel látható mértékletessége kevésbé lenne megdöbbentő, ha be lehetne bizonyítani, hogy nem annyira az egyén önuralmának, hanem az opiátfogyasztást lehetővé tevő alkalmak hiányának eredménye. Ennek ellenére a drogok beszerezhetőségének szempontjából releváns változók elemzése nem mutatott ki szignifikáns különbségeket a kontrollált és a szenvedélyes fogyasztók

között. A vizsgált változók közé tartozott: (1) az opiátok beszerzésének aktuális könnyűsége ($\chi^2[2] = 4,495$, $p = 0,14$); (2) opiátforrások száma ($t[89] = -0,71$, $p = 0,48$); (3) bármiféle drog aktuális árusítása ($\chi^2_c[1] = 0,0$, $p = 1,00$); (4) opiátok aktuális árusítása ($\chi^2_c[1] = 0,10$, $p = 0,92$); (5) az aktuálisan használt drogfélék száma ($t[40,5] = 0,98$, $p = 0,32$); (6) a valaha fogyasztott drogfélék száma ($t[46,9] = 0,88$, $p = 0,39$); (7) az opiátfogyasztás hozzáférhetetlenség miatti szignifikáns csökkenésének vagy félbehagyásának története ($\chi^2_c[1] = 0,058$, $p = 0,81$); és (8) az opiátfogyasztás hozzáférhetőség miatti szignifikáns növekedésének története ($\chi^2_c[1] = 1,508$, $p = 0,23$). Röviden, az opiátokhoz való hozzáférés vonatkozásában a kontrollált és a szenvedélyes alanyok egyaránt veszélyben voltak a drogfogyasztásuk fölötti kontroll elvesztése vagy megteremtése tekintetében. Ezek a negatív eredmények kutatásunk legfontosabb megállapításai, mivel a hozzáférhetőséggel kapcsolatos kérdések létfontosságúak a kontrollált fogyasztás bármilyen elmélete, illetve a drogfogyasztással kapcsolatos intézményes politika kialakítása szempontjából.

Egy származékos eredmény az opiátfogyasztás módjával volt kapcsolatos. Több releváns változó elemzése sem támasztotta alá a nézetet, miszerint a szenvedélyes fogyasztók beinjekciózzák az opiátokat, a kontrollált fogyasztók pedig nem. A két csoport között nem volt szignifikáns különbség abban a tekintetben, hogy injekcióval veszik-e be az opiátokat ($\chi^2_c[1] = 0,903$, $p = 0,342$), injekcióval veszik-e be a heroint ($\chi^2_c[1] = 0,536$, $p = 0,46$), vagy hogy valaha injekcióval vettek-e be opiátokat ($\chi^2_c[1] = 0,352$, $p = 0,55$). Mi több, az eltérés iránya mindhárom változó esetében épp az ellentéte volt a várhatónak, azt bizonyítva, hogy valójában a kontrollált fogyasztók nagyobb arányban veszik be injekcióval a drogokat, mint a szenvedélyes fogyasztók.

Az analízis céljából azt is feltételeztük, hogy a kontrollált fogyasztók inkább „lágyabb” opiátokat, például Percodant vagy kodeint fogyasztanak, melyek iránt lassabban alakul ki függőség, illetve hogy a szenvedélyes fogyasztók inkább „kemény” opiátokat, például heroint, morfiomot vagy Dilauidot használnak. Az adatok azonban ezt az előfeltevést sem támasztották alá. Amikor abból a szempontból hasonlítottuk össze a kontrollált és szenvedélyes fogyasztókat, hogy fogyasztanak, vagy valaha fogyasztottak-e hét különféle opiátot, a tizennégy összehasonlítás kettő kivételével nem bizonyult szignifikánsnak $p \geq 0,10$ értéknél.

A két eltérésről kiderült, hogy metadon kezelési programban résztvevő alanyok metadonfogyasztásából ered. Amikor pedig az opiátokat felosztottuk „kemény” (heroin, morfium, Dilaudid, metadon) és „lágý” (kodein, Percodan) opiátokra, nem találtunk szignifikáns eltérést a kontrollált és szenvedélyes fogyasztók között a következő releváns változók tekintetében: fogyasztanak-e „kemény” opiátokat ($\chi^2_c[1] = 0,012$, $p = 0,91$); fogyasztanak-e „lágý” opiátokat ($\chi^2_c[1] = 0,000$, $p = 1,0$); kipróbáltak-e valaha „kemény” opiátot ($\chi^2_c[1] = 0,000$, $p = 1,0$), kipróbáltak-e valaha „lágý” opiátokat ($\chi^2_c[1] = 0,000$, $p = 1,0$).

Végezetül, az analízis a drogváltozók tekintetében nem mutatott ki szignifikáns eltérést a kontrollált és szenvedélyes fogyasztók között számos, a korai opiátfogyasztás körülményeivel kapcsolatos változó vonatkozásában. Ezek közé a változók közé tartozott: (1) egyedül vagy társaságban történt-e az első opiátfogyasztás ($\chi^2_c[1] = 0,000$, $p = 1,0$); (2) pozitív, negatív vagy bizonytalan reakció az első fogyasztáskor ($\chi^2_c[1] = 0,033$, $p = 0,86$); (3) életkor az első fogyasztáskor ($t[43,9] = -0,37$, $p = 0,71$); (4) életkor az első opiátvásárláskor ($t[42,5] = -0,70$, $p = 0,49$); (5) próbálkozások száma az első „beállás” elérése előtt ($t[83] = 0,72$, $p = 0,48$); és (6) az első opiátfogyasztás előtt, vagy azzal egy időben fogyasztott egyéb drogok száma ($t[89] = -0,04$, $p = 0,97$).

Mindezek az eredmények megcáfolják azokat az érveket, melyek a jelenlegi tiltó politikából erednek, vagy legalábbis inkonzisztensek azokkal, melyeket néha annak a megmagyarázására használnak, hogy miért léteznek kontrollált opiátfogyasztók. Sem az opiátok hozzáférhetősége, sem a fogyasztás módja, sem a fogyasztott opiát típusa, sem az opiátokkal szerzett első tapasztalatok nem különböztették meg kontrollált alanyainkat szenvedélyes alanyainktól.

SET (SZEMÉLYISÉG) VÁLTOZÓK · A kutatás során öt személyiségskálát használtunk: (1) passzív – aktív; (2) intimitás – izoláció; (3) lázadás – konformitás; (4) érzelmi tudatosság – érzelmi távolságtartás; (5) a valóság torzítása – a valóság elfogadása. Mindegyik személyiségskálát egytől hatig pontoztuk az alanyokkal készített interjúk anyaga alapján. A kombinált mintában szereplő összes opiátfogyasztó alany eredményei (5. táblázat) azt jelzik, hogy az asszociáció iránya az elvárásoknak megfelelően alakult. Három eredmény volt szignifikáns $p \leq 0,03$ értékénél, jelezve, hogy a szenvedélyes fogyasztók passzívvabbak, érzelmileg eltávolodottabbak, a valóságot jobban torzítók voltak, mint a kontrollált fogyasztók.

Skála dimenzió	t-próba			Az asszociáció iránya
	d. f.	t	p	
Passzív – aktív	(89)	2,16	0,03	A szenvedélyesek passzívabbak
Intimitás – izoláció	(89)	-1,20	0,23	A szenvedélyesek izoláltabbak
Lázadás – konformitás	(89)	1,28	0,20	A szenvedélyesek lázadóbbak
Érzelmi tudatosság – érzelmi távolságtartás	(89)	-2,86	0,01	A szenvedélyesek távolságtartóbbak
A valóság torzítása – a valóság elfogadása	(89)	4,32	0,001	A szenvedélyesek jobban torzítják a valóságot

5. táblázat. Az asszociáció iránya a személyiségskálákon a kombinált mintában szereplő összes opiátfogyasztó alanynál.

A személyiséggel kapcsolatos egyéb eredmények olyan változókkal foglalkoztak, melyeket gyakran tartanak a korai személyiségdeficitnek, például a bűnöző és hanyag viselkedés, illetve a szokatlanul hátrányos családi háttér jeleinek. Az elvégzett próbák nem mutattak szignifikáns különbségeket a kontrollált és szenvedélyes fogyasztók között tizenhét éves vagy fiatalabb korban, a következő faktorok vonatkozásában:

(1) katasztrofális családi nehézség, például valamelyik szülő halála, vagy a szülők válása ($\chi^2_c[1] = 0,454, p = 0,50$); (2) szignifikáns erőszak a családban ($\chi^2_c[1] = 0,242, p = 0,62$); (3) szülői fegyelmezés, szigorú, mértékletes vagy laza ($\chi^2_c[2] = 1,73, p = 0,42$); (4) problémák az általános és középiskolában ($\chi^2_c[1] = 0,954, p = 0,33$); (5) gyerekkori kapcsolat az apával ($\chi^2_c[1] = 2,798, p = 0,25$); és (6) alkohol- vagy drogabuzór szülő ($\chi^2_c[1] = 0,324, p = 0,57$).

Emellett, amint az alanyok munkahelyi teljesítményének kapcsán már megjegyeztük, a gyermekkoruk tekintetében nem volt szignifikáns különbség a társadalmi helyzet vonatkozásban a kontrollált és szenvedélyes fogyasztók körében. Ugyanakkor két, a gyermekkor minőségével kapcsolatos változó megkülönbözteti egymástól a két csoportot. Először is, a kontrollált fogyasztók szignifikánsan nagyobb valószínűséggel ítélték az anyjukhoz fűződő gyerekkori kapcsolatukat „szorosnak”, s nem „tartózkodónak” vagy „határozatlannak”, mint a szenvedélyes alanyok ($\chi^2_c[2] = 6,061, p = 0,05$). Másodszor, a kontrollált fogyasztók nagyobb valószínűséggel értékelték gyerekkori családi összetartásukat „szorosnak”, s nem „mértékelt szorosnak” vagy „tartózkodónak”, mint a szenvedélyes fogyasztók ($\chi^2_c[2] = 5,461, p = 0,07$).

Noha voltak eltérések a kontrollált és szenvedélyes fogyasztók között a személyiségskálákon, ezek az eltérések nem azokban a dimenziókban jelentkeztek, melyeket általában az eredendő személyiségzavarokhoz szoktak társítani. A két csoport között természetesen nyilvánvaló különbséget jelentett az, hogy az egyik aktívan függő volt, míg a másik nem.² Az aktív függőség a gyakorlatban azt jelenti, hogy az egyén sokkal közelebbi kapcsolatban áll azokkal az érzelmeikkel, melyek a drogfogyasztáshoz köthetők, mint bármilyen más érzellemmel, s ennél fogva meghasonlik a külső valóság általános érzékelésével. Ebben a kontextusban különösen érdekes, hogy az a személyiségváltozó, melyben a két csoport eltérést mutatott, az anyához és a családhoz való gyermekkori szoros kötődés volt, mivel a szenvedélyes fogyasztók, szemben a kontrollált alanyokkal, még aktuálisan is rosszabb kapcsolatban voltak családjikkal. Emellett a szenvedélyes fogyasztók élettörténetei feltárták, hogy meglehetősen keserűséget éreztek amiatt, hogy családjaik elutasították őket. Noha nem állnak rendelkezésünkre kvantitatív adatok annak bizonyítására, hogy a szenvedélyes fogyasztók és anyáik, illetve családjaik közötti szoros kötődés hiányának érzete retrospektív torzítás, interjúkészítőinkben az a szubjektív benyomás alakult ki, hogy bizonyos torzítások már korábban megtörténhettek.

Az egyik olyan terület, mely kapcsolatban áll alanyaink *setjével* vagy személyiségével, s amelyikben szignifikáns különbségek álltak fenn a kontrollált és a szenvedélyes fogyasztók között, az opiátfogyasztás motivációja volt. Az interjúk során elejtett megjegyzések alapján az alanyokat az opiátfogyasztás aktuális motivációja szerint csoportosítottuk, a többszörös válaszokat pedig egyeztettük. A 6. táblázat adatai megdöbbentő eltérésmintázatot tárnak fel a két csoport között. Kivétel nélkül több szenvedélyes, mint kontrollált fogyasztó nevezte meg első négy motivációja között a „feldobódást”, a „kilépést”, a „kockáztatást” és a „depresszió enyhítését”. A csoportok közötti különbségek a második és negyedik motiváció vonatkozásában szignifikánsak voltak $p \leq 0,02$ értéknél. Az első négy motivációt úgy fogalmazhatnánk meg, mint amik arra utalnak, hogy a szenvedélyesek „egészségtelen” okokból kifolyólag fogyasztanak

² A 6. fejezetben megvizsgáljuk az aktív függőség hatását a személyiségre, és általános tipológiát adunk az aktív függő személyiségről, illetve azokról az érzelmi reakciókról, melyek ezen élmény eredményeképpen alakulnak ki.

drogot. A második négy motiváció esetében – a „beállás élvezete”, a „társasági fogyasztás”, a „rekreáció” és a „relaxáció” –, melyeket talán társasági vagy ünnepi fogyasztásként fogalmazhatnánk meg, a válaszok mintázata megfordult. Minden esetben a szenvedélyes fogyasztóknál több kontrollált fogyasztó nevezte meg ezeket az „egészséges” motivációkat, s a négyből kettő szignifikáns volt ($p = 0,01$). A motivációk ezen csoportok közötti divergenciáját találtuk akkor is, amikor az alanyokat elsődleges fogyasztási motivációjuk szerint kódoltuk. Szignifikánsan több szenvedélyes fogyasztó (72%) jelölt meg egészségtelen elsődleges motivációt, mint kontrollált fogyasztó (22%); és szignifikánsan több kontrollált fogyasztó (78%) jelölt meg ünnepi vagy társasági motivációt ($\chi^2_c[1] = 18,256, p < 0,001$), mint szenvedélyes fogyasztó (28%).

Motiváció típusa	Kontrollált alanyok (%)	Szenvedélyes alanyok (%)	χ^2_c	p
Feldobódás	23	37	1,273	0,26
Kilépés	41	70	5,662	0,02
Kockáztatás	3	13	1,870	0,17
Depresszió enyhítése	21	80	26,327	<0,001
A beállás élvezete	85	73	1,762	0,28
Szocializáció	46	17	6,225	0,01
Rekreáció	57	23	8,058	0,01
Relaxáció	54	43	0,551	0,46

6. táblázat. Az opiátfogyasztás motivációi

Ezek az eredmények látszólag alátámasztják azt a nézetet, miszerint a szenvedélyes fogyasztás egyfajta öngyógyítást jelenít meg, egy próbálkozást a fájdalmas belső állapot enyhítésére. Ugyanakkor jó okunk van feltételezni, hogy szenvedélyes fogyasztóink esetében ez legalább annyira a *setting* – a függőségből eredő izoláció és környezeti stressz – következménye volt, mint amennyire a függőséget megelőző, tartós személyiségzavar mutatója. És arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy az alanyok által megadott motivációk az aktuális fogyasztásukra vonatkoztak, nem pedig akár az opiátfogyasztás, akár a szenvedélyes fogyasztás kialakulására.

Kontrollált alanyaink motivációválasztásai, amelyek ugyanolyan könnyedén alkalmazhatók lennének a társasági ivásra, mint az opiátfogyasztásra, ismét csak azt hangsúlyozták ki, hogy mennyire eltérő az opiátok rekreációs vagy alkalmi fogyasztása a függő fogyasztástól. Ez az eltérés megjelent azokban az eredményekben is, melyeket az arról beszámoló változóra kaptunk, hogy az alanyok milyen fontosnak ítélik az opiáthasználatot a fogyasztás elsődleges

motivációjának kontextusában. A szenvedélyes alanyok 73 százalékkal szemben a kontrollált alanyok mindössze 20 százaléka érezte úgy, hogy az opiátok rendkívül fontosak számukra ($\chi^2[2] = 24,859$, $p < 0,001$).

A set (személyiség) változók analízise vegyes eredményeket hozott. Voltak különbségek a csoportok között a személyiségskálakon és az aktuális opiátfogyasztás motivációit illetően; ugyanakkor nem sok különbségre bukkantunk a gyermekkor minőségét jelző változók tekintetében. Amint az a következő részből ki fog derülni, a setting (környezeti) változók sokkal élesebben elkülönülnek a kontrollált és a szenvedélyes fogyasztók között.

SETTING (KÖRNYEZETI) VÁLTOZÓK · A barátsági mintázatok és a kortárscsoportbeli tevékenységek fontos szerepet játszottak mind a kontrollált, mind a szenvedélyes fogyasztási stílusok kialakulásában. A kontrollált és a szenvedélyes alanyok között talán az volt a legfontosabb különbség, hogy a kontrollált fogyasztóknak általában több barátjuk és ismerősük volt ($\chi^2[3] = 11,426$, $p = 0,01$). Egyetlen kontrollált fogyasztó sem volt „magának való”, míg a szenvedélyesek 11 százaléka annak nevezte magát. Emellett a kontrollált alanyok 68 százaléka mondta, hogy „több baráti társasága” van, szemben a szenvedélyesek 37 százalékal. Ezt az eredményt alátámasztották az opiátfogyasztásnak a barátsági mintázatokra gyakorolt múltbéli hatását illető megállapítások. A két csoport között nem volt szignifikáns különbség abban a tekintetben, hogy az opiátfogyasztás hatást gyakorolt-e a barátságaikra, vagy együtt járt-e a barátok típusának megváltozásával. Azonban az „egyéb” kategóriába kódolt válaszok vizsgálata feltárta, hogy míg a szenvedélyes fogyasztók 17 százaléka magányos lett a drogfogyasztás elkezdése után, addig egyetlen kontrollált fogyasztóval sem történt meg ugyanez. A kontrollált fogyasztók 7 százaléka említést tett arról, hogy összességében csökkent a barátjai száma, ám ez minden esetben amiatt következett be, hogy önként megszakították a kapcsolataikat azokkal, akik intenzívebb fogyasztók voltak, vagy azzá lettek. A szenvedélyes fogyasztók barátainak száma nemcsak drasztikusan lecsökkent, hanem a magányosak azt állították, hogy azért lettek azok, mert korábbi barátaik elfordultak tőlük.

A barátok számán kívül fontos különbségek voltak a kontrollált és szenvedélyes alanyok között a barátok típusait illetően is. Szignifikáns eredmények születtek a következő három változó vonatkozásában: (1) hány kontrollált opiátfogyasztót ismer az alany

($\chi^2[3] = 13,641$, $p = 0,003$); (2) hány szenvedélyes opiátfogyasztót ismer az alany ($\chi^2[3] = 15,189$, $p = 0,01$); és (3) hány olyan illegális drogfogyasztót ismer az alany, aki nem opiátot fogyaszt ($\chi^2[2] = 7,093$, $p = 0,07$).

Az első két változó, mely a fogyasztás stílusával kapcsolatos, azon a hipotézisen alapul, hogy az egyén drogfogyasztási szokásait befolyásolják ismerőseinek drogfogyasztási szokásai. A kontrollált fogyasztók általában több más kontrollált fogyasztót ismertek, mint a szenvedélyes fogyasztók: a 88 százalékuk „sokat” vagy „néhányat”, szemben a szenvedélyes fogyasztókkal, akiknek csak 56 százaléka ismert kontrollált fogyasztókat. Ugyanakkor a kontrollált fogyasztók 30 százaléka nem ismert szenvedélyes fogyasztókat, szemben a szenvedélyes fogyasztók 11 százalékával.

A harmadik változóra adott válaszok, melyek a nem opiátokat használó illegális drogfogyasztókkal ápoltt kapcsolatokra vonatkoztak, arra utaltak, hogy a kontrollált fogyasztók általában több ilyen fogyasztót ismernek. 70 százalékuk, szemben a szenvedélyes fogyasztók 44 százalékával, „sok” ilyen fogyasztót ismert. Ez az eredmény összhangban állt azzal az elvárással, hogy a kontrollált fogyasztók szélesebb körű társadalmi kapcsolatokat ápolnak, mint a szenvedélyes fogyasztók. Ezt az elképzelést alátámasztotta az is, hogy a kontrollált fogyasztók 62 százaléka, szemben a szenvedélyes fogyasztók 54 százalékával ismert „sok” vagy „néhány” olyan személyt, akik semmilyen illegális drogot nem fogyasztottak. Ez az eredmény azonban nem volt szignifikáns: $\chi^2(2) = 1,371$, $p = 0,50$. Nyilvánvaló az, hogy a kontrollált alanyok tágabb társadalmi kapcsolathálózatot tartottak fenn – nagyobb kortárscsoporthoz tartoztak – ez értékes visszacsatolást szolgáltatott a számukra, és megerősítette őket a mérsékelt fogyasztásban, míg a szenvedélyes fogyasztók, akik általában több szenvedélyes és kevesebb kontrollált fogyasztót ismertek, illetve akik általában magányosak voltak, mint ha el lettek volna vágva a mértéktesebb drogfogyasztók korlátozó hatásaitól.

A kortárscsoport által a fogyasztási stílusra gyakorolt hatás kérdését tovább részletezték két másik változó eredményei: (1) milyen gyakran fordult elő opiátfogyasztás kontrollált opiátfogyasztók társaságában ($\chi^2[3] = 21,417$, $p < 0,001$), és (2) milyen gyakran fordult elő opiátfogyasztás szenvedélyes opiátfogyasztók társaságában ($\chi^2[3] = 11,400$, $p = 0,01$). Például a kontrollált fogyasztók 67 százaléka, szemben a szenvedélyes fogyasztók 23 százalékával, „mindig” vagy „általában” kontrollált fogyasztók társaságában fogyaszt

tott opiátokat. Azonban mindössze egy kontrollált alany fogyasztott „mindig” szenvedélyes fogyasztók társaságában opiátokat, ugyanakkor a szenvedélyes fogyasztók 14 százaléka tett így.

Egy másik, a kortárscsoporttal kapcsolatos bizonyíték az élettárs/szerető lehetséges hatását vizsgálta az alany opiátfogyasztási stílusára. Több változó, köztük a következők esetében nem születtek szignifikáns eredmények: (1) használt-e az élettárs opiátokat ($\chi^2_c[1] = 0,000$, $p = 1,00$); (2) tudott-e az élettárs az alany opiátfogyasztásáról ($\chi^2_c = 0,145$, $p = 0,71$); (3) hogyan érzett az élettárs az alany opiátfogyasztásával kapcsolatban ($\chi^2[3] = 2,419$, $p = 0,49$); és (4) használt-e az élettárs illegális drogokat az opiátokon kívül ($\chi^2_c[1] = 0,000$, $p = 1,00$).

Ugyanakkor, ahogy vártuk, erős kapcsolat állt fenn az élettárs és az alany opiátfogyasztási stílusa között (Fisher-állandó = 0,117). A kontrollált alanyok opiátfogyasztó élettársai közül 91 százalék volt alkalmi fogyasztó, szemben a szenvedélyes alanyok fogyasztó élettársainak 58 százalékával. Hasonló eredmény született az élettárs nem opiát fogyasztási stílusának esetében is. Például míg egyetlen kontrollált alany élettársa sem volt más drogok szenvedélyes fogyasztója, addig a szenvedélyes fogyasztók élettársainak 25 százaléka más drogokat fogyasztott szenvedélyesen ($\chi^2_c[1] = 3,325$, $p = 0,07$).

Ezek az eredmények nagyjából párhuzamosak a barátok kapcsán kapottakkal. Mindkét esetben úgy tűnt, hogy a más, egy bizonyos opiátfogyasztási stílussal rendelkező emberekkel való rendszeres kapcsolat összefüggésben áll azzal, hogy az alany is azt a fogyasztási stílust követi. Érdekes, hogy az élettársak érzései az alanyok opiátfogyasztása kapcsán nem bizonyultak szignifikánsnak. Nyilvánvalóan az volt a kritikus kérdés, hogy az élettárs mit tesz, nem pedig az, hogy mit szeretne, hogy mit csináljon az alany.

A környezet hatásának egy másik, megvizsgálandó aspektusa az alany szokásos társa vagy társasága a drogfogyasztásban. Ennek a változónak a kódtételeit egymástól függetlenül analizáltuk: (1) egyedül; (2) élet- vagy házastárssal; (3) különböző barátokkal; (4) egy bizonyos baráti körrel; (5) több fogyasztó csoporttal; (6) válogatás nélkül. Az első öt tétel eredményei nem voltak szignifikánsak ($p \geq 0,10$), ám a „válogatás nélkül” eredményei ($\chi^2_c[1] = 11,465$, $p = 0,001$) azok voltak. Mindössze egy kontrollált alany nem válogatta meg fogyasztó társaságát, szemben a szenvedélyes fogyasztók 27 százalékával.

Ezeknek a tételeknek az általános eredményei alátámasztják a korábbi eredmények fontosságát: a társaság drogfogyasztási stílusa fontosabb, mint az, hogy kikből áll a társaság. A „válogatás nélkül” kódtételre kapott pozitív eredmény arra utalt, a fogyasztótársak meg nem választása fontosabb volt, mint az, hogy milyen társaságot választott valaki. Emellett ez az eredmény azt sugallta, hogy a drogfogyasztás *mikéntjének* megválasztása – nevezetesen a drogok bizonyos társadalmi szankciókkal és rítusokkal összhangban történő fogyasztása – fontos eleme lehet a kontrollnak.

Szabály	Kontrollált alanyok (%)	Szenvedélyes alanyok (%)	$\chi^2_C(1)$	p
Ne fogyassz idegen helyen!	18	13	0,206	0,65
Ne fogyassz idegenekkel!	31	27	0,038	0,84
Csak „szippants”!	13	0	2,833	0,09
Csak adott időpontokban fogyassz! (Például csak munka után.)	34	20	1,374	0,24
Tervezd meg előre a fogyasztást!	30	0	9,254	0,002
Ne osztozz a „műszereken”! ^a	26	27	0,000	1,0
Takaríts ki fogyasztás előtt!	23	17	0,176	0,68
Soha ne fogyassz egyedül!	26	10	2,299	0,13
„Beszerzési szabályok” (például ismerd személyesen a forrásodat).	53	20	7,428	0,01
Tervezd meg, mennyit költesz drogra!	48	23	3,968	0,05

^a Az erre a szabályra adott reakciókat annyiban korrigáltuk, hogy csak azokat vettük számításba, akik aktuálisan injekcióval veszik be az opiátokat.

7. táblázat. Az opiátfogyasztás szabályai

Azt a feltételezést (mely az interjúk anyagának kvalitatív, esettörténet jellegű megközelítéséből alakult ki), miszerint a társadalmi szankciók és rítusok fontos tényezők lehetnek a kontrollált és szenvedélyes fogyasztók megkülönböztetésében, megerősítették az opiátfogyasztás szabályaira vonatkozó statisztikai eredmények. A kontrollált fogyasztók általában sokkal jobban odafigyeltek arra, hogyan fogyasztják az opiátokat (Harding & Zinberg, 1977; Zinberg, Harding & Winkler, 1981). Egy kivétellel (a „műszereken” való nem osztozás) a kontrollált alanyok a szenvedélyeseknél nagyobb valószínűséggel tettek sajátjukévá számos szabályt, hogy minimalizálják a fogyasztás kockázatait (7. táblázat). A következő szabályok esetében a próbák ezeket a különbségeket mutatták szignifikánsnak $p < 0,10$ értéknél: az opiátok beinjekciójának elutasítása, csak „szippantás”, a fogyasztás megtervezése, óvatosság a „beszerzésnél”, az opiátokra szánt pénz beosztása. A kontrollált fogyasztók át-

lagosan is szignifikánsan nagyobb számú fogyasztási szabályt alkalmaztak, mint a szenvedélyes fogyasztók ($t[89] = 3,53, p = 0,001$).

A kódolásban megjelenő tíz fogyasztási szabályt kiegészítette egy „egyéb” kategória, amibe a legkülönbébb szabályokat soroltuk. Az „egyéb” kategória eredményei a konkrét szabályok trendjét követték, és megerősítették azt a hipotézisünket, hogy mivel az opiátok, s különösen a heroin fogyasztása oly széles körben elutasított, minden fogyasztónak vagy fogyasztói csoportnak ki kell alakítania saját *ad hoc* társadalmi szankcióit és rítusait. A kontrollált opiátfogyasztás kulturális alapon történő megismerésére való lehetőség hiánya azt jelenti, hogy a szabályok általában idioszinkretikusak. A kontrollált alanyok 90 százaléka és a szenvedélyes alanyok 50 százaléka követett „egyéb” szabályokat. Ezek közül mindössze tizenhármat nevezett meg egynél több alany, a fennmaradó huszonegy szabály idioszinkretikus volt. Az „egyéb” szabályok között szerepelt például a „Ne keverd a drogokat!”, a „Ne fogyassz depresszió ellen!”, és a „Ne fogyassz, ha vezetsz!”.

A társadalmi környezet egy másik aspektusa, amit szintén létfontosságúnak tartanak abban, hogy eltántorítja az embereket a drogfogyasztástól, nevezetesen a következményektől való félelem, nem bizonyult szignifikánsnak a kontrollált és a szenvedélyes fogyasztók közötti különbségtételben, ahogyan azt a következő öt tételre adott válaszok is jelezték.

1. Az alany ismer valakit, aki meghalt az opiátfogyasztástól, vagy túlagadolta a drogot: *nincs* szignifikáns eltérés ($\chi^2_c[1] = 0,989, p = 0,32$).
2. Az alany ismer valakit, aki súlyos ellenreakciókat mutatott az opiátokra: *nincs* szignifikáns eltérés ($\chi^2_c[1] = 2,013, p = 0,16$). Ugyanakkor, mint az várható volt, több szenvedélyes, mint kontrollált fogyasztó (77%–58%) ismert olyasvalakit, aki súlyos ellenreakciókat adott.
3. Az alany ismer valakit, aki összeütközésbe került a törvénnyel nem opiát jellegű illegális drogok miatt: *nincs* szignifikáns eltérés ($\chi^2_c[1] = 0,2412, p = 0,62$).
4. Az alany ismer valakit, aki összeütközésbe került a törvénnyel opiátfogyasztás miatt. Ez az eredmény megközelítette a szignifikanciát ($\chi^2_c(1) = 2,719, p = 0,11$ értéknél; ám a szenvedélyesek (97%), nem pedig a kontrolláltak (81%) voltak azok, akik ismertek ilyen személyeket, s talán joggal tartottak az ügybe való belekeveredéstől.

5. Végül nem jelent meg szignifikáns eltérés az arra a kérdésre adott válaszokban, hogy az alanyok *valaha* abbahagyták vagy jelentősen csökkentették-e opiátfogyasztásukat egészségük iránti aggodalmuk ($\chi^2_c[1] = 0,0844, p = 0,77$) vagy a függőségtől való félelmük miatt ($\chi^2_c[1] = 1,308, p = 0,25$).

Ezek az adatok alátámasztották azt a nézetet, hogy nincs különbség a csoportok között abban, ahogyan fogyasztásuk következményeire tekintenek. Az a felfedezés, hogy a szenvedélyes fogyasztókat nem tántorítja el érdemben a következményektől való félelem, nem ért minket meglepetésként: az ilyen fogyasztók kisebb valószínűséggel félhettek attól, hogy szenvedélyesekké válnak, hiszen már azok voltak, és ezzel elkötelezték magukat egy igen kockázatos életmód mellett. Azonban túl könnyű lett volna feltételezni, hogy a következményektől való félelem visszatarthatja a kontrollált fogyasztókat attól, hogy szenvedélyesekké váljanak. Noha, néhány alany mesélt olyan esetekről, melyek egy-egy halálos incidensről, például egy barát túladagolás miatti haláláról szóltak, ellenben ezek az alkalmak igen ritkák voltak, és néha túldramatizáltak tűntek. A büntetéstől való félelem pedig egyértelműen kis mértékben járult hozzá a drogfogyasztás fölötti kontrollhoz.

Mindezek az eredmények, legyenek bár pozitívak vagy negatívak, nagyfokú összefüggést mutattak ki az alanyok opiátfogyasztási stílusa és a két tágabb értelemben vett környezeti változó típus, a barátok és az élettárs fogyasztási stílusa, illetve a fogyasztási szabályok között. Emellett az összefüggések jellege egybeesett azzal az elméleti alapállással, ami az egyes alanyok kvalitatív analíziséből nőtt ki. A környezeti változók fontos, ha nem az elsődleges elemnek bizonyultak a kontroll fokának meghatározásában. Amikor a személyiség (*set*) és a környezeti (*setting*) változókat összevonva vizsgáltuk, akkor sokkal hasznosabbak voltak a drogfogyasztás és a drogabúzus közötti különbségtételben, mint a drogváltozó, ami csak kis szignifikanciával bírt, ha bírt egyáltalán, kvalitatív analízisünkben.

A drogfüggőségről, drogabúzusról és kontrollált használatról készült korábbi kutatások áttekintését illetően lásd a C függelék.

Negyedik fejezet

Kutatási eredmények:

A drogfogyasztás kialakulása és hatásai

AZ ILLEGÁLIS DROGFOGYASZTÁS VIZSGÁLATA SORÁN SZÁMOS KÉRDÉS MERÜL FEL · Hogyan kezdenek el az emberek marihuánát, pszichedelikus szereket vagy opiátokat fogyasztani? Hogyan szerzik be, hogyan fogyasztják a drogokat, és hogyan fizetnek értük? Általában véve mik a fogyasztás hatásai? Hogyan befolyásolják ezek a hatások a fogyasztó pszichéjét, kapcsolatait, munkaképességét és társadalmi funkcionalitását? És mindenekfelett, hogyan sikerül a fogyasztónak – ha sikerül – megfontoltan, kontrollált módon fogyasztani a drogot?

Az előző fejezet kvantitatív válaszokat adott ezekre a kérdésekre. Ez és a következő fejezet kvalitatív módon közelít feléjük, hagyva, hogy a fogyasztók beszéljenek magukról. A két fejezetet főleg olyan interjúrészletek alkotják, melyekben az interjúkészítők (I) különböző kérdéseket tettek fel a válaszadóknak (V) arról, hogy hogyan fogyasztják az illegális drogokat. Néhány válasz szerkesztésen esett át üzenetének egyértelműsítése végett, és mindegyikben megváltoztattuk a személyneveket. A kérdések mindháromféle drog fogyasztói esetében a következő általános témákra irányultak: (1) a fogyasztás kialakulása (a pszichedelikus szerek esetében a korai fogyasztás története), (2) a fogyasztás hatásai és (3) a fogyasztás kontrollját elősegítő társadalmi szankciók és rítusok. Ha külön nem jelöljük másképp, minden részlet *kontrollált* fogyasztóktól származik. Ez a fejezet az első két témával foglalkozik, a rítusok és szankciók kérdése az 5. fejezetben kerül tárgyalásra.

Marihuána

A következő részletek azokat a választípusokat mutatják be, amelyeket marihuánafogyasztó alanyaink adtak az interjúkészítők által

feltett kérdésekre a drog fogyasztásának kialakulása, általában tapasztalt hatásai és különösen a munkájukra, illetve személyes kapcsolataikra gyakorolt hatásai kapcsán.

A FOGYASZTÁS KIALAKULÁSA · Analitikus mintánk reprezentatív jellegének számos bizonyítéka közül az egyik abból eredt, ahogyan az alanyok beszámoltak fogyasztásuk kialakulásáról. Huszonöt évvel Howard S. Becker „Becoming a Marihuana User” (1953) c. könyvének megjelenése után ezek a fogyasztók megerősítették a szerző megfigyeléseit, és alátámasztották a mieinket. Annak ellenére, hogy a becslések szerint Becker ideje óta óriási mértékben megnőtt a marihuánafogyasztás – 57 millióan fogyasztottak azóta –, a kezdő fogyasztók komoly félelmekről számoltak be az első lépés kapcsán. Nem voltak immúnisak a közvéleményben a drog lehetséges hatásaival (azaz a függőség vagy a leépülés lehetőségével) kapcsolatban elterjedt aggodalmak iránt, és tudtak az illegális mivoltáról is, mi több, aggasztotta is őket, amint az a következő párbeszédből kiderül:

I: Mit éreztél a marihuánával kapcsolatban, mielőtt fogyasztani kezdted?

V: Félttem.

I: Konkrétan mitől féltél?

V: Nem igazán tudtam, mi az; csak hallottam, hogy mindenki arról beszél, de korábban azt is hallottam, hogy a fű milyen káros, meg minden, meg hogy azok szívják, akiknek családi problémáik vannak. De nem akartam, hogy bárki is azt higgye rólam, hogy megijedtem, mert akkor azt hitték volna, hogy valami öreg nyanya vagyok, márpedig nem voltam az. Viszont tényleg félttem egy ideig.

I: Mikor kezdett eltűnni a félelmed?

V: Valószínűleg amikor magam is szívni kezdtem.

A kezdő fogyasztó vezetőt keresett, hogy az megmutassa neki, mit csináljon, és hogyan csinálja helyesen és biztonságosan. Keresése során a neofita hajlamos volt nagy mértékben túlértékelni tapasztalt kortársa ismereteit a drogról. A legtöbb fiatal fogyasztó ugyanakkor következetesen túlbecsülte mások fogyasztásának mértékét. Emellett kutatócsoportom azt állapította meg, ahogyan azt korábban Becker is, hogy a legtöbb kezdő fogyasztó az első alkalommal nem „dobódik fel”, ami gyakran csalódással tölti el őket.

V: Az első alkalom? Másodéves voltam a középiskolában, és az egyik barátom. . . nem, nem is, a bátyám. . . adta a kezembe az első jointot. Nem mintha akarta volna. Szinte erőszakkal kellett elvennem tőle.

I: Hogy történt ez?

V: Hát, tudtam, hogy füvezik, és ki akartam próbálni, de nem tudtam, honnan szerezzek, meg egyáltalán, nem tudtam semmit. A bátyám meg nem akart adni, mert, ahogy mondta, aztán majd megkapja, hogy ő szoktatott rá. Tényleg nem akart adni, de aztán végül adott. Azt mondtam neki, hogy valahonnan úgyis szerezni fogok, ha nem ad, így hát adott, én meg elszívtam az egyik barátommal. . . igazából még csak túl jó barátom se volt. . . szerintem nem is éreztünk semmit. Nem, már emlékszem, nem éreztünk. De nem akartam hülyének látszani előtte, ezért úgy tettem, mintha tudnám, miről beszélek.

Az első tapasztalat általában nem sok örömet hozott.

I: Hogy emlékszel, élvezted?

V: Nem, nem volt jó. Úgy értem, nem tudom, hogy elszálltam-e vagy nem, de nekem nem volt olyan nagy durranás az egész.

A nemdohányzók gyakran különösen nehéz perceket éltek át.

I: Hány alkalommal fogyasztottál marihuánát, mielőtt először elszálltál volna?

V: Huh, úgy tíz-tizenkét alkalommal, és úgy éreztem, azért nem sikerül, mert nem tudom, miről szól az egész füstölés. Mint mondtam, nem volt tapasztalatom cigarettával, és a füst beszívása teljesen idegen volt számomra. Ha beszívtam, fájt. Ezért nem sikerült beindulni. . . mert nem tudtam, hogy kell dohányozni.

Egy másik nemdohányzó páciens végül elnyerte jutalmát:

I: Azt mondtad, hat-hét alkalom után szálltál el először?

V: Ó, nem, több volt annál. Körülbelül tizenöt után.

I: Hogy bírtál ilyen sokáig próbálkozni?

V: Nem t'om. . . csak csináltam. Tényleg nem tudom, miért.

I: De először akkor szálltál el, amikor kipróbáltad a hasist?

V: Aha. . . igen. Már korábban is szívtam hasist, de akkor egyszerűen elkapott.

Az volt a benyomásunk, hogy ennek az utolsó fogyasztónak – hiába határozta el szilárdan, hogy elszáll – komoly tudattalan aggodalmi voltak az egész dologgal kapcsolatban, és kitartó küzdelme félelmeivel jellemző lehetett egész személyiségstruktúrájára és általános viselkedésére. Mások másképpen jutottak túl aggodalmaikon, ismét csak összhangban saját személyiségstruktúrájukkal, illetve a nem drogfogyasztó szituációkban jellemző viselkedésükkel. Az egyik óvatos, módszeres fiatalember így fogalmazta ezt meg:

- V: A kollégiumban használták néhányan, és megkínáltak vele, de nem szálltam el tőle az első néhány alkalommal.
- I: Már azelőtt is kínálgattak, hogy elfogadtad volna?
- V: Közvetlenül nem. Körbeadogatták, amikor ott voltam, de én hagytam, hogy továbbmenjen, és semmilyen értelemben nem kényszerítették rám, egyszerűen csak ott volt, aztán végül én is ki akartam próbálni. Tényleg csak kíváncsiságból.

Egy másik fiatal nő, akinek hétköznapi életét a közéletesség jellemezte – sem túl merev nem volt, sem túl laza –, a következőt felelte az „Emlékszel, milyen körülmények között fogyasztottad először?” kérdésre:

- V: Igen, jól emlékszem. A barátaimmal voltam, aztán bejött valaki, a barátaim egyik ismerőse. Nem ismertem a fickót, és mindenki füvezett. . . tudtam, hogy füveznek, de én nagyon skeptikus voltam. Nagyon konzervatívan álltam az egész dologhoz, de igazából nem tudtam, mi is valójában. Még akkor is azt hittem, hogy veszélyes. Nem igazán győzködtek, hogy szívjam én is, csak néztem a többieket. Senkit sem láttam megőrülni, vagy ilyesmi; mindenki nevetett, és jól érezte magát. Hát jó, mondtam magamban. Én is szívtam, és el is szálltam. Tetszett az elszállás, és tovább füveztem.

A marihuána népszerűsége eltántoríthatja a fogyasztás elkezdésétől azokat a független szellemeket, akik személyiségük okán automatikusan ellenállnak annak, hogy passzív hívekké váljanak. Ez több alanyunkra volt igaz, mint korábban hittük volna – s különösen azokra, akiknek az ellenállását társadalmi tényezők is megerősítették.

- V: A bátyám vezetett be a drogozásba, a füvezésbe; középiskolás koromban végig negatívan álltam a drogokhoz. Néhány barátom füvet szívott. Azt mondták: „Gyere, próbáld már

ki!” Igazi „hippik” voltak [nevet]. Nem sértésként mondtam, igazából amolyan álhippik voltak. Mindez 1969-ben történt, amikor igen aktív volt a békemozgalom. Ahol összejöttek, egy vörös izzó világított, mindenfelé üvegek heverték, a falon egy poszter lógott, és nagyon benne voltak a „drogkultúrában”, ahogy ott ültek körben, „betépvé”, meg ilyenek. Szóval nem tetszett a dolog, mert olyan művinek látszott. De azt hiszem, szerepet játszhatott ebben a katolikus neveltetésem is a maga „Ne csinálj semmit!” parancsolatával. Nem tudom, hogy igaz-e vagy sem, de azt hiszem, ez határozottan befolyásolt engem, úgyhogy egyszerűen nem akartam belekeveredni a drogozásba. Aztán végül csak belekeveredtem, egy teljesen más helyzetben, és jó volt. Akkor a barátnőmmel próbáltuk ki, sokkal valóságosabb helyzetben.

Noha több alany is kisebb aggodalomrohamokról számolt be az első próbálkozások kapcsán, ezek gyorsan elmúltak. Az egyetlen fogyasztó, aki komoly katasztrófaként számolt be az első élményről, viccként adta elő az esetet:

I: Mennyi idős voltál? Hogy történt?

V: Tudom, hogy középiskolás koromban egyszer-kétszer szívtam füvet, de nem emlékszem teljesen pontosan. Nem ütöttem ki magam. Ezután jött az, hogy abban a bostoni autókereskedésben dolgoztam, és az egyik munkatársam egyszer megszólított ebédszünetben: „Nincs kedved elszívni egy jointot a tetőn?” Mire én: „Dehogyan nincs, szívjunk.” Aztán úgy három nap múlva megint szívtunk, és elvesztettem az állásomat, úgy elszálltam. Le akartam állni egy kocsival a tetőről, volt egy rámpa, azon kellett volna lehajtani. Én meg egyszerűen nem tudtam irányítani. Levittem a kocsit az üzlethelyiségbe a vevőnek, de lefelé menet két oszlopot is kidöntöttem. És teljesen összetörtem az utasoldalt, amit épp akkor hoztak rendbe. Ja igen, a díztárcsák is hamarabb értek le, mint én [nevet]. Lementem, és a főnök csak annyit mondott: „Vegye fel a fizetését”, és kész, ennyi volt. Akkor először ütöttem ki magam, eltekintve a néhány nappal korábbtól; nem volt nagy dolog... tudod, hogy van, az első alkalom.

Az interjúkészítő számára nyilvánvaló volt, hogy az alany tisztában van az ilyen jellegű kontrollvesztést eredményező drogélmény ve-

szélyével. Válasza felszínre hozta azt a tényt is, hogy a kezdő fogyasztóknak vannak a legsúlyosabb nehézségeik a kontrollal, különösen vezetés közben. A tapasztalt fogyasztóknak is lehetnek vezetési problémáik, de ezek általában más jellegűek, az alkoholfogyasztókéhoz hasonlóak – a kockázatfelméréssel és a kontroll túlbecsülésével kapcsolatosak, nem pedig az öntudat elvesztéséről szólnak.

A legtöbb szülőnek komoly nehézséget jelent részt venni gyermekei marihuánafogyasztásában (lásd 1. fejezet). Önmagában egy illegális tevékenységben részt venni is elég nehéz, ám a tapasztalt szülő-tanár és a tapasztalatlan gyermek-tanuló közötti szokásos viszony megfordítása rendkívül bonyolult lehet, különösen mivel a kábítószer-fogyasztás gyakran a kontroll elvesztésével, sőt, akár tehetetlenséggel is járhat. Íme egy tökéletes beszámoló erről a zavaros helyzetről.

V: Az anyám egyszer szívott marihuánát. Nekem... illetve a bátyámnak meg nekem... volt három jointunk, és tudtuk, hogy szeretné kipróbálni. Megkérdeztem: „Anyá, most van egy kis cuccom, nem próbálsz ki?” „Mit?” – kérdezte ő. „Egy kis füvet?” – feleltem. És kipróbálta, de még azelőtt kellett, hogy a férje hazaért volna. Márpedig két, két és fél órán belül számítani lehetett rá, úgyhogy tizenöt percig szív-tunk, de anyám azt mondta, nem szállt el. De aztán bement a szobájába, és amikor utánamentem, hogy megnézzem, mit csinál, egy könyvet olvasott, csak épp fejjel lefelé tartva... szóval nem is olvasott, csak úgy tett, mintha csinálna valamit, hogy egyedül lehessen, és érezze, hogy milyen, amikor kiüti a marihuána. Aztán becsuktam az ajtót, mert megkért, hogy menjek ki. Aztán bekapcsolta a tévét, hallottam, hogy be van kapcsolva, úgyhogy visszamentem. Tényleg érdekelt, milyenek a reakciói. Szóval úgy tíz percig csak bámulta a tévét, de a kép teljesen elmosódott volt, nem is volt kép... azaz nem akart se tévét nézni, sem olvasni. Csak nevetni akart, meg egyedül lenni, úgyhogy magára is hagytam, és hallottuk a bátyámmal a nappaliban, hogy nevet. Úgy gondoltam, ez jó. De soha többé nem szívott velünk együtt. Egyedül igen, azt hiszem. Úgy értem, a barátnőjével, mert azt tudom, hogy a barátnői szoktak szívni. Idősebb asszonyok, és néha tőlem kérnek egy-egy jointot.

A MARIHUÁNAFOGYASZTÁS ÁLTALÁNOS HATÁSAI · Mintánk túlnyomó többsége pozitív hatásokról számolt be a marihuánafogyasztás kap-

csán, bár csak nagyon kevesen voltak annyira eksztatikusak, mint ez a fogyasztó:

I: Jó volt az első alkalommal?

V: Imádtam, imádtam, imádtam!

I: Mikor próbáltad ki legközelebb?

V: A következő hétvégén. Imádtam, és azóta is imádom!

Kettő kivételével (róluk később szót ejtünk még) az összes alanyunk makacsul állította, hogy mindig is kontrollt gyakorolt a marihuána-fogyasztás fölött. Például:

V: Soha nem volt olyan, hogy el kellett volna szállnom, vagy hogy mindennap meg kellett volna tennem valamit csak azért, mert meg kellett tennem. Akkor szállnék el, amikor akarnék, aztán a következő néhány órában elszívnék egy jointot. Tudod, kontroll alatt van a dolog. Soha nem szükséglet, vagy késztetés, amit ki kell elégíteni. Igen, kipróbáltam a speedet, kipróbáltam a savat, de nem mentem túlságosan bele, mert túl kimerítő. . . én meg nem szeretem az olyan dolgokat, amik megkötnék és kiütnek.

A legtöbb fogyasztónk különleges alkalmakkor fogyasztott. A saját fogyasztási gyakoriságukra való tekintet nélkül mindannyian azt jelezték, hogy a marihuánaszívás összekapcsolódik bizonyos tevékenységekkel. Makacsul állították, hogy a kábítószer hatására megváltozott érzékelés felfokozta ezeknek a tevékenységeknek az élvezetét.

I: Van valamilyen tevékenység, amit megkönnyít számodra a marihuánafogyasztás?

V: Az életemet [nevet]. Azt hiszem, a legtöbb dolgot, amit azért csinálok, hogy jól érezzem magam, ugyanúgy csinálhatom beállva is, mint tisztán. Úgy értem, hogy ha például sportolok. . . néha összejövünk a barátaimmal, és focizunk. . . akkor az legalább olyan jó, ha nem jobb, beállva. A sakk pedig egyértelműen sokkal jobb beállva. Tulajdonképpen részben ezért kezdtem el sakkozni. A legtöbb játék, amit nem játszok, vagy túl gyerekes, vagy túl merev. Néha például kártyázom, és szeretem is, de nagyon agyas időöltés, tényleg. A sakk viszont, ha egyszer megtanulta az ember a szabályokat, néhány megnyitást meg ilyesmit, na akkor a sakk leginkább intuitív. Márpedig erről szól a beállítás.

A harmadik szem megnyitásáról, ennek a képességnek a felfokozásáról, s ezért szeretek beállva sakkozni. Úgyhogy általánosságban is kimondhatom, azok a dolgok, amik az intuícióra építenek, beállva sokkal jobbak.

A leggyakrabban említett hatás talán az evés felfokozott élvezete, a jól ismert „zabálás” volt.

- I: Mit szeretsz a legjobban a marihuánában, a marihuánás elszállásban?
- V: Tudod, minden sokkal élvezetesebb, meg ilyenek. Sokkal többet lehet enni, egyfolytában zabálnék. Nem is tudom. Rengeteg időt el lehet ütni vele.

Sokan eköré a tevékenység köré szervezték a fogyasztást:

- I: Szívtál valaha marihuánát vacsora előtt?
- V: Időnként. Ha elmegyek egy étterembe, és tényleg be akarok lakmározni, és kapni akarok valamit a pénzemért, akkor indulás előtt elszívok egy-két jointot. Így tudom, hogy meg fogom kapni azt, ami a pénzemért jár.

Szintén gyakran számoltak be arról a fogyasztók, hogy a megváltozott érzékelés felfokozta a szexuális tevékenységüket.

- V: Rájöttem, hogy a szex jobb beállva.
- I: Hogy történt? Mi a különbség?
- V: Nos, arról van szó, hogy a fűvel több dologra vagyok képes. Például. . . szóval amikor tiszta vagyok, akkor túl sok minden jár a fejemben. Ha tisztán meg akartam csókolni egy lányt, akkor túl sok minden kavargott a fejemben ahhoz, hogy igazán elmélyedjek a csókban, fűvel viszont sokkal könnyebben elmerülök benne. Valóban érzem a csókot, az energiát a számban, és ez minden, amit érzek. Mint amikor összeolvadnak az energiák. . . sokkal inkább testérzetek vannak, mint olyan gondolatok, hogy „Most vajon jól csinálom, jó neki, jó nekem?” Ehelyett minden csak megtörténik a maga természetes módján, és csak ebben az élményben vagyok benne, nem egy másikban, és nem a fejemben. Még azt is érezni lehet, amit a másik érez. Mármint amit a testével érez. Érzem a testemmel, amikor az ő teste közelít az orgazmushoz, aztán kezdem érezni az orgazmusát is. Olyan ez, mintha egybeolvadnának az érzések, és minden érintés,

minden mozdulat mintha százszorosára nagyítódna. Még a kéz vagy a lábujjak érintése is rendkívül intenzív. Az egyetlen gond az, hogy az ilyen intenzív élmények után én általában a legszívesebben csak aludnék. De ez is oké. Ott van az időtlenség érzése. Semmi sem létezik, csak a pillanat.

A felfokozott öröm ezen leírása, amit valamilyen formában a legtöbb alany megismételt, pontosnak tűnt az interjúkészítők számára. Azonban a kellemes élményekről szóló beszámolók némelyike mint ha arra utalt volna, hogy a fogyasztóknak nehézségeik is támadtak.

Például: „Azt hiszem, háromféleképpen használok. Egyszer azért, hogy menő legyek. Másodszor azért, hogy elrejtőzzek; ha valamilyen problémám támad, ott rögtön kizárom. Harmadszor azért, hogy jól érezzem magam. Elmegyek futni, marihuánát szívok, nevetek meg ilyesmi. Tudod, befordulok a Boston Common park sarkán, és csak futok, vagy elszállok, és kimegyek a terepre, vagy valami; ez minden. Ez a szórakozásom. Ahol elrejtőzhetek.” Ez a fiatalember élete más területein olyan öntudatosságra való hajlamot tanúsított, aminek eredményeképpen védekezővé vált, félt megmutatni önmagát. Ezt a hajlamot pedig felerősítette a marihuánafogyasztás, hiába volt kontrollált.

Egy másik beszámoló a kellemesnek talált drogfogyasztásról még ijesztőbb volt:

V: Beállva könnyebb iskolába járni. Egyszerűen sokkal könnyebb kibírni az órákat. Nincs annyira tudatában az ember a kulimunkának meg a sok halandzsának. Csak ülsz, és ha akarod, otthagysz a tested. Egyszer kettőkor mentem matekórára, az utolsó órára, és elaludtam. Soha nem csináltam még ilyet: nem aludtam délután, nem aludtam nyilvános helyen, nem aludtam az iskolában, de akkor bementem, elaludtam, és amikor meghallottam a csengőt, felébredtem, és azonnal magamhoz tértem. Olyan volt, mintha alfaban lettem volna, mintha meditáltam volna. Ó, persze megijedtem, hiszen átaludtam az egész órát, de azonnal felébredtem a csengőre, úgy értem, teljesen felébredtem, sokkal éberebb lettem, mint amikor bementem az órára. És álmodozni is tudok azon az órán. Képeket felidézni. És jobban tudok figyelni a tanárra is. Ha rá akarok hangolódni a tanárra, és zaj van, és be vagyok állva, akkor jobb érzékelővé válok.

Ez utóbbi beszámoló nemcsak a kutatócsoportot ijesztette meg, hanem a többi alanyt is. Az egyik fogyasztó a következőképpen adott hangot aggodalmának:

V: Szerintem [veszélyes] rászokni a drogokra, különösen a középiskolát éppen csak elkezdő fiataloknak. Tudom, hogy amikor az öcsémrel [és a barátaival] beszélgetek, hihetetlen dolgokat mesélnek a középiskolában folyó drogabúzusról. Amikor én jártam középiskolába, nagyon komoly diák voltam, ők viszont azt állítják, hogy a srácok többsége már reggel beállva megy be az iskolába. Ez olyan, mintha alkoholisták lennének. És tudom, hogy nem lehet beállva iskolába járni és ugyanannyit tanulni, mintha nem lenne beállva. Ez csak egy módszer az iskola kellemetlenségeinek az elkerülésére. De valójában egyfajta menekülés. Ez a meggyőződésemm. Ami a kemény drogokat illeti, a középiskolában egyszerűen túl nagy a csábítás a srácok számára, hogy belekóstoljanak ebbe a teljesen új élménybe, és többre értékelik, mint amennyit valójában ér. Annyi cikket lehet olvasni a drogokhoz való pozitív hozzáállásról... arról, hogy a fizikai hatásokon túl tényleg van bennük valami... hogy ezek a srácok ki fogják próbálni a kemény drogokat, és tetszeni fog nekik és rá fognak szokni. Hirtelen kapnak egy új lehetőséget arra, hogy másféle emberekkel kerüljenek társadalmi kapcsolatba, márpedig éppen, hogy nem erre lenne szükségük. Szerintem ugyanez a helyzet a fűvel is. Hirtelen ott egy kulcs, rákapnak, aztán pedig nagyon sokat veszíthetnek.

Alanyaink közül mindössze 41% számolt be egyértelmű nehézségekről a marihuánafogyasztás kapcsán, és a legtöbbjük általában a drog illegális mivoltát hibáztatta ezért, nem pedig magát a drogot.

- I: Volt valaha bármilyen nehézséged vagy kellemetlen tapasztalatod a marihuánával?
- V: Csak ha nyilvános helyen, például az utcán vagyok elszállva, vagy próbálok meg szívni. Ha egyedül vagyok, vagy a barátaimmal valamelyikünk lakásán, akkor oké, de odakint tényleg nagyon ideges leszek tőle, még akkor is, ha a barátaimmal vagyok. A barátaimnak szemmel láthatólag nincs ilyen gondja, de akárhányszor meglátok egy rendőrautót, vagy akárhányszor furcsán néz rám valaki, rögtön azt hiszem, hogy tudják, hogy el vagyok szállva, vagy hogy van

nálam valami, és ilyenkor paranoiás leszek. Ha alkoholtól vagyok elszállva, sosincs ilyen érzésem. Akár tántoroghatok is egy kicsit, vagy akadozva beszélhetek, nem aggaszt, egyszerűen élvezem. De attól, hogy elméletileg nem lehetne nálam fű, hogy elméletileg nem szívhatnám, félni kezdek, hogy valaki majd csinál valamit. . . mint egy zsaru.

A rendőrség általi rajtakapástól való félelem ugyanebbe a kategóriába tartozik:

V: Igen, többfelé is elmentünk vele a kocsimmal. Elmegyek valahová, és tele lesz csótányokkal a kocsi. De attól is félek, hogy valaki kinyitja a kesztyűtartót, és ott lesz egy adag fű, vagy valami.

Emellett több fiatal alanyunk is félt attól, hogy rajtakapják a szüleik:

V: Egyszer hazamentem, és épp ezelőtt adtam el egy kis anyagot vagy valamit, és otthagytam néhány grammnyi füvet az aktatáskámon, mert épp kimentem a boltba valamiért, és eszembe sem jutott, hogy [apám] közben visszajöhet, és nyitva hagytam az ajtót, és [apám] bejött, és meglátta. . . „Hát ez meg mi?” „Nem az enyém”, feleltem, mert nem is volt, hiszen eladtam [nevet]. . . Mire ő: „Hát akkor mit keres nálad?”, mire én: „Csak megőrzöm valakinek.” „Megőrzöd valakinek?” – kérdezte, mire mondtam: „Igen, húsz perc múlva itt lesz, és elviszi.” És persze húsz perc múlva megjelentek, és elvitték. . . úgyhogy ezt megúsztam. Aztán így szólt apám: „Te is szívod azt a vacakot?” „Hát, kipróbáltam”, feleltem. „Sokszor?” „Nem.” Nem sokszor szívtam. . . és egyébként sem láttam benne semmi rosszat. . . és néhányszor még beszéltünk is róla, és apám elmondta, hogy régebben ő is füvezett. Nem tudom, rendszeresen füvezett-e, de fiatalkorában néha elszívott egyet-egyet. Akkoriban Texasban lakott, és szerintem voltak helyek, ahol magától nőtt! Úgyhogy ő sem tartotta annyira rettenetesnek a dolgot. Biztos vagyok benne, hogy leginkább azért volt dühös, mert illegális drog volt, és akár börtönbe is kerülhettem volna miatta. Most már viszont biztosan tudom, mit gondol a dologról: azt gondolja, hogy ez egy hülye törvény.

A marihuána okozta legrosszabb hatás, amiről 4 fogyasztó (18%) számolt be, egy rendkívül izgatott, általában „paranoiás”-nak nevezett állapot volt.

I: Volt valaha bármilyen nehézséged vagy kellemetlen tapasztalatod a marihuánával?

V: Igen, időnként rendkívül paranoiássá váltam. Motoroztam.

I: És ez meggátolt abban, hogy füvet szívj.

V: Nem, rájöttem, hogy belőlem jön, mint ahogy az MDA-val is voltak rossz tapasztalataim. Rájöttem, hogy belőlem jön, nem a drogból.

Ketten arról számoltak be, hogy egy rövid időre felhagytak a marihuánával ilyen jellegű élményeiket követően. Két másik fogyasztó azonban folytatni akarta, és megpróbált rájönni, hogy milyen körülmények között tudják úgy fogyasztani a drogot, hogy ne jelentkezzen a kellemetlen reakció.

V: Nem tudom, hogy ez fiziológiai vagy mentális dolog-e, de nem tudok élvezettel sokat füvezni, mert ideges leszek tőle, márpedig utálok ideges lenni. És ezt elég nehéz volt beismernem. Van itt egy csoportunk, és végül kipakoltam nekik egyszer, amikor elszálltam, és nagyon-nagyon feszült lettem. Ott ültem, és már majdnem elértem azt a pontot, amikor nem is tudom. . . ideges lettem, hogy elmondtam nekik, mert korábban sosem említettem, hogy paranoiás leszek. . . a hallucinogéneket sokkal könnyebb kontrollálni, mint a füvet. A fűtől szinte mindig garantáltan feszült leszek. Ha eljutnék addig, hogy élvezzem, annyit szívnék, amennyihez csak kedvem lenne. Látom ugyanis, hogy sokaknak nagyon fontos szerepet játszik az életében, mégsem uralkodik rajtuk; ismerek terapeutákat, akik iszonyúan el tudnak szállni, mégis képesek rendesen végezni és élvezni a dolgokat. Kicsit rosszul esik, hogy én nem vagyok képes erre, de ezzel együtt kell élnem. De azt mondom, ha egyenesbe tudnám hozni a dolgokat, valószínűleg többet szívnék. Amikor tényleg jó az embernek, az nagyon jó. Néha nagyon bírom.

Az ilyen alanyok bizonyos értelemben a kontroll elősegítésére használják ezt a reakciót, noha meglehetősen ingatag és veszélyes mechanizmus.

A FOGYASZTÁS HATÁSA A MUNKÁRA ÉS A KAPCSOLATOKRA · Az állását az autókereskedésben elvesztő fiatal férfi, illetve néhány iskolai teljesítményromlást felmutató diák kivételével alanyaink tagadták, hogy a marihuána bármiféle kézzelfogható hatást gyakorolt volna munkájukra. Olyan érzésük sem volt, hogy negatívan befolyásolta volna az emberi kapcsolataikat. (Ez a válasz éles ellentétben állt az opiátfogyasztó alanyok válaszával.) A leggyakrabban említett hatás a barátságok szorosabbra kovácsolása volt. Az alanyok egyetértettek abban, hogy az együtt fogyasztás élménye felfokozta a közelség és a szolidaritás érzését.

- V: Mindannyian ott dolgoztunk abban a drogtanácsadóban. Persze a munkánk miatt elméletileg nem fogyaszthattunk volna drogokat, de természetesen fogyasztottunk. Lágy drogokat. Mindannyian különböző személyiségek vagyunk, és szerintem sokkal több sűrűlódás lett volna köztünk a munkánk során, ha nincs meg annak az élménye, hogy összejövünk, és együtt beállunk. Még az is előfordult, hogy a tanácsadóban, zárás után csináltuk! De ez olyan... szóval... a fű lebontja a védőfalaidat, úgyhogy átlátsz mások védőfalain is. Láthatod a... nos... láthatsz valamit, ami olyan, mintha a lényük magva lenne. Tehát ha Jim túl sokat beszél a hívókkal a forró vonalon, vagy ha Alice felkap minden telefont, mielőtt másnak is esélye lenne rá, akkor nem vagy olyan dühös rájuk, mert tudod, hogy voltak ezek az alkalmak, amikor együtt szálltatok el, és együtt lazítottatok. És ezek az idegesítő szokások vagy elkerülték a figyelmedet, vagy egyszerűen nem zavartak.
- V: Olyan ez, mintha valódi bizalomérzet alakulna ki azok iránt, akikkel együtt állsz be. Mindenki bénázik egy kicsit, azok a dolgok is viccesek lesznek, amik egyébként nem azok, fura asszociációi támadnak az embereknek, de ha te is el vagy szállva, akkor érteni fogod őket. Szerintem ugyanolyan bizalom kell ahhoz, hogy valóban elszállj valakivel, mint mondjuk egy közös LSD utazáshoz. Ha pedig kicsit ideges vagy paranoiás leszel, akkor mindig ott van valaki, hogy mondjon valami vicceset, vagy megnyugtasson. Úgy értem, ez olyan élmény, hogy akármit mondasz vagy csinálsz, az rendben van. Más helyzetekben nem vettem még ezt észre. Közelebb érzem magamhoz azokat, akikkel együtt álltam be, mint azokat, akikkel nem.

A fogyasztók gyakran állították, hogy maga a drog hozta létre ezt a közelséget. Ezzel szemben a kutatócsoport úgy vélte, hogy az érzés egy illegális és élvezetes élmény közös átéléséből eredt, ami azt az érzetet keltette, mintha a résztvevők valamilyen különleges, csintalan dologba keveredtek volna, amiből nem vehette ki a részét a józan világ.

V: Emlékszem, magasabb rendűnek éreztük magunkat azokhoz képest, akik nem szálltak el, vagy nem szívtak füvet. Úgy éreztük, olyan dolgokat értettünk meg, amiket ők nem. Egyfajta vallásos utazáson vettünk részt, és úgy éreztük, hogy amikor be vagyunk állva, akkor közel kerülünk Istenhez, vagy az élet forrásához, vagy nevezük, aminek akarjuk. . . azok viszont soha nem élhették át ezt, akik nem füveztek. Persze lehet, hogy átélték; annyi mindent lehet olvasni ezekről az indiai jógikról meg egyebekről, akik egyfolytában el vannak szállva. Mi azonban úgy éreztük, megpillantottunk valamit ebből az élményből, amikor el voltunk szállva, és a füvezés révén bármikor visszatérhetünk ehhez. Nem kell küzdeni érte. Nem kell lemondani, nem kell mantrázni, csak rá kell gyújtani egy jointra!

A marihuánafogyasztás különleges társalgási témát alkotott. A fogyasztó úgy érezte, mintha egy klub tagja lenne.

V: Néhány barátommal rengeteget beszélgettünk a drogozásról, talán azért, mert a legtöbbjük rendszeresen el szokott szállni. Ha olyan barátaimmal vagyok, akik nem drogoznak, nem beszélek róla, de a legtöbb ismerősöm drogozik.

Másfelől nem minden csoport helyeselte a marihuánafogyasztást. Sok alanyunk számolt be arról, hogy elidegenedett azoktól a régi barátaitól, akik nem fogyasztották, mert a fogyasztók féltek a kritikától és a helytelenítéstől:

V: Új barátokkal kezdtem el fogyasztani, mert egyetlen régi barátom sem akart füvezni.

I: Megkérdezted a barátaidat, hogy ki akarják-e próbálni?

V: Nem, nem mondhatnám, ugyanis tudtam, mit válaszolnának. Azt hiszem, nem akartam, hogy túl sokan tudjanak a dologról.

I: Miért?

V: Mert valószínűleg csalódtak volna bennem.

- I: Úgy érted, csalódtak volna amiatt, hogy más lettél, hogy megváltoztál?
- V: Nem is annyira amiatt, hogy más lettem, hanem hogy drogozok. Azt mondták volna: „Nincs rá szükséged, enélkül is boldog lehetsz.”

Alanyaink legalább 23 százaléka említette a dealerkedést (drogárlást). A legtöbb tapasztalt fogyasztó alkalmasint árul is drogot. Általában nem a haszonért (bár sokan megpróbálnak kigazdálkodni maguknak egy-egy potya adagot), hanem a kényelem és a szolidaritás végett. A marihuánafogyasztók világában ha valaki jó üzletet csinál, akkor elvárják tőle, hogy a barátait is bevonja a tranzakcióba. Így dealer lesz belőle. Dealerként pedig újabb ismeretségekre tehet szert, és bizonyos fokú presztízse alakulhat ki.

- I: Csak a barátaidnak árultál marihuánát?
- V: Igen. Időnként egy-egy kívülállónak is, de főleg a barátaimnak. Izgalmas volt.
- I: A haszonért csináltad, vagy a költségeid fedezéséért, vagy...?
- V: Az élvezetért. Úgy értem, az izgalomért, a macsóságért, az egómért. Én voltam a dealer, és az egész országban ismerték a nevem. Annyira büszke voltam, amikor megismerkedtem egy lánnyal, közel kerültünk egymáshoz, s egy idő után azt mondta: „Már hallottam rólad”... és ez tényleg az egómról szólt.

Pszichedelikus szerek

A pszichedelikus szerek abban különböznek a marihuánától (és az opiátoktól is), hogy három különböző jellegzetességet egyesítenek magukban: nem addiktívak, erős hatásúak, és a fogyasztók hamar toleranciát alakítanak ki velük kapcsolatban.

Az összes klinikai leletünk alátámaszt egy mára közismertté vált tényt: nagyon kevesen fogyasztanak nagy mennyiségben (gyakran) pszichedelikus drogokat hosszú időn át (Becker, 1967; McGlothlin & Arnold, 1971; Bunce, 1982); a mi mintánkban nem is szerepelt ilyen fogyasztó. A kontrollált pszichedelikus alanyok közül 56 százalék számolt be napi vagy heti fogyasztásról, mint legnagyobb gyakoriságról. Ezen alanyok legintenzívebb fogyasztással eltöltött időszakának középértéke mindössze 13,78 hét volt (S. D. = 14,14,

tartomány = 1–52), szemben a kontrollált marihuánafogyasztók 86,46 hetével (S. D. = 107,06, tartomány 4,5–364) és a kontrollált opiátfogyasztók 48,11 hetével (S. D. = 56,46, tartomány = 1–260). Ugyanakkor néhány alanyunk az átmenetileg megnövekedett fogyasztásra egyfajta „függőségként” hivatkozott.

I: A saját fogalmaid szerint voltál valaha drogdependens vagy drogfüggő?

V: Igen. Talán drogfüggő. Azt hiszem, egyfajta pszichológiai dependencia lehetett. Középiskolában hetente kétszer-háromszor utaztam savval. Tizenhat éves lehettem.

I: Meddig tartott ez?

V: A húzósabb része két vagy három hónapig ment.

A „függőségnek” az alany általi meghatározása nem a dependencia fiziológiai vagy akár pszichológiai felbecslésén alapult, hanem a szubjektív érzésén. A pszichedelikus szer fogyasztása döbbenetesen nagy hatást kiváltó élmény, lett legyen az a hatás pozitív vagy negatív:

V: Az első savas utazásunkra készültünk.

I: Mit csináltatok?

V: Hát először is, nagyjából megbíztam benne, hogy ő legyen a vezetőm. Olvastam, hogy kell egy vezető, egy guru, ha esetleg valami rosszul sülné el. Szerettük egymást, és ő már utazott néhányszor, és azt mondta, soha semmilyen rossz élménye nem volt.

I: Mit csináltatok?

V: Elmentünk vidékre, a házába. Virágport ettünk, mielőtt bevettük a tablettákat.

I: Virágport?

V: Igen. Én nem tudtam, de Joe azt mondta, hogy a sav lecsökkenti a B-vitamin szintet a szervezetben, és ettől véd meg a virágpor.

I: Értem.

V: Először együtt voltunk egy ideig, hogy közel kerüljünk egymáshoz. Megfésültük egymás haját. Fogtunk egy takarót, és besétáltuk úgy egy mérföldnyire az erdőbe, egy nagyon napos tisztásra, amit sziklák és fák vettek körül. A savról azt mondta Joe egyik barátja, aki már kipróbálta, hogy nagyon finom, remek egy első utazáshoz. Azt mondta, néhány órással az utazás, úgyhogy késő délelőtt kezdtük, hogy délután

kiélvezzük, aztán este, amikor senki sincs a környéken, lemenjünk a házhoz. Másnap nem kellett dolgoznunk, úgy-hogy nem aggasztott, hogy esetleg túl...

I: Mi történt?

V: Ó, finom volt, nagyon finom! Először úgy egy órán át semmi sem történt, és már azt gondoltam: Ó, nem működik, talán velem nem stimmel valami. De aztán észrevettem, milyen gyönyörűek és valahogy valóságosak a sziklákra vetülő napsugarak. Olyan volt, mintha azelőtt sohasem láttam volna napsütést. Úgy nézett ki, mintha tejkaramellából lettek volna a sugarak. És előjöttek a kis állatok, a szöcskék, a mókusok és a madarak, és mintha nem féltek volna tőlünk, mert olyan béke árasztott el minket, és tudták, hogy nem fogjuk bántani őket. Egynek éreztem magam a természettel. Ezt azóta is keresem, de nem éltem át újra. És egymás szemébe néztünk, és barátok voltunk, és nem féltünk, és szeretkeztünk, ott a takarón, az erdőben.

A negatív élmények ugyanilyen intenzívek voltak:

I: Milyenek voltak a rossz utazásaid?

V: Nagyon paranoiásak, egyszerűen nagyon paranoiásak. Nem akartam odamenni senkihez, mindenkitől félttem, és azt hittem, történni fog valami, ami persze nem történt meg. Egyszer... egy buliban voltunk, utaztam, és rossz utazás volt... egyszer azt hittem, hogy mindenkivel összeverek-szem. Nagyon, nagyon rossz utazás volt.

Ilyen szintű stimulációt nemcsak lehetetlen fenntartani, de az élmény hamarosan ismételni kezdi önmagát (Zinberg, Jacobson & Harding, 1975). Emellett gyorsan kialakul a tolerancia, ami hozzájárul ahhoz, hogy a fogyasztó függőnek ítélje magát.

V: Akkoriban nagyon magas toleranciát alakítottam ki a pszichedelikus szerekkel kapcsolatban, mivel igen gyakran fogyasztottam őket. Már olyan fokra jutottam... hogy is mondjam... most úgy érzem, egy fél tableta sav teljesen kiütne. Akkoriban öt vagy hat kellett hozzá, és egyszer huszat vettem be.

Alanyaink a tolerancia kialakulása után azt találták, hogy képesek kontrollálni az utazás hatásait, hogy megbirkózzanak a hétköznapi körülményekkel. Ugyanakkor ezt megelőzően – szemben a

marihuána- és opiátfogyasztókkal – egyikük sem tudta elképzelni, hogy a drog hatása alatt dolgozzon, vagy bármilyen hétköznapi tevékenységet folytasson.

A FOGYASZTÁS KIALAKULÁSA · 1960 előtt a pszichedelikus szereket kísérleti jelleggel, a pszichoterápia kiegészítőjeként használták az alkoholizmus kezelésében, illetve arra, hogy érzékennyé tegyék a terapeutákat a pszichológiai szétesés nüanszaira. Ezek a kísérletek éveken át folytak anélkül, hogy indokolatlan aggodalmat keltettek volna, de természetesen orvosi és egyéb, erősen kontrollált környezetben, ami bizonyos szinten automatikusan jól meghatározott korlátokat biztosított. Az 1960-as évek elején nagy változás következett be, amikor Timothy Leary a „indulj be, hangolódj rá, ugorj ki” jelszóval elindította ezeknek a drogoknak a szélesebb körű fogyasztását, ami bámulatos sebességgel kezdett terjedni, különösen az egyetemisták körében, mivel ezek a szerek nagyszerű vallási élmények átélését, az univerzummal való eggyé válás érzését és az ember saját bensőjének megismerését ígérték. Ugyanakkor természetesen magukban rejtették a kiborulás, a rossz utazás, a tartós pszichózis vagy a visszafordíthatatlan személyiségváltozás veszélyeit is.

Mivel a mi projektünk Cambridge-ben és Bostonban zajlott, ugyanott, ahol Timothy Leary elindította „keresztes hadjáratát”, több olyan fogyasztóval készítettünk interjút, aki ismerte Learyt, és vele kezdte el fogyasztani a pszichedelikus szereket. A kérdéseinkre adott válaszaikból kiragadott részletek jól illusztrálják a fogyasztás jellegét a Leary-érában, illetve ennek az érának és a fogyasztásról való gondolkodás későbbi alakulásának a mindmáig meglévő hatását.

A legelső fogyasztók a spirituális és politikai felhangoktól sem mentes társadalmi kereszteshadjáráthoz való csatlakozás izgalmait közepette olyan bizonyítékokat kerestek, melyeket felmutathattak a közvélemény által a pszichedelikus szerek iránt táplált félelmekkel szemben – azokkal a félelmekkel szemben, melyeket a fogyasztók harsányan leszóltak.

V: Akkor persze haboztam egy kicsit, hogy bevegyem-e, de hamar rájöttem, hogy nem sok alapja van a félelmemnek. Végül is házon belül volt Tim Leary, meg egy szakértő a Harvard Orvosi Egyetemről ... a téma szakértője... aki azt vizsgálta, hogy mit tesz a drog a kromoszómákkal. Ő beszélt rá, hogy hívjam meg Learyt, hogy vizsgáljuk meg az ő kromoszómaikat meg a mieinket, és négyünk közül, akik

– vakon – vért adtunk erre a célra, mindössze egy esetben fordultak elő abnormális szakadások a kromoszómákban. . . annál az illetőnél, aki soha nem fogyasztott még ezekből a drogokból. A barátaim, amikor elmeséltem nekik a történetet, azt mondták: „Aha, akkor azzal kellene reklámozni az LSD-t, hogy javítja a kromoszómákat. . . hiszen a Timé volt a legjobb az összes közül.”

A pszichedelikus szerek korai fogyasztásának egy másik jellemzője – ami sokkal kevésbé volt evidens a marihuána, és alig létezett az opiátok esetében – az ideológiai állásfoglalás kialakulása volt. A pszichedelikus szerek fogyasztói nem egyszerűen elszívtak egy jointot, hanem a felvilágosodás részeivé váltak. A fogyasztás illetén való felfogása, legalábbis részben, Learytól és nagy hatású írásaiból származott.

- I: Mit tudtál a hallucinogénekről, mielőtt kipróbáltad őket?
- V: Nos, csak annyit tudtam, amennyit olvastam róluk, és nagyon homályos kép alakult ki róluk bennem. Ostobaságnak tűnt számomra a gondolat, hogy egy drog vallásos élményt válthat ki, márpedig épp ezt mondta nekünk Tim Leary. Beszélt nekünk azokról, akiknek beadta a szert, s elmondta, hogy úgy beszéltek, mint a középkori misztikusok, s ettől egy kicsit szkeptikus lettem. Ugyanakkor afféle valláspszichológiai szakértőnek tartottak engem, és mivel a vallásról hangzottak el bizonyos kijelentések, úgy éreztem, nem szabad elhamarkodott következtetéseket levonnom anélkül, hogy kipróbálnám. Ez volt az én fő motivációm.

Ezek az erős ideológiai meggyőződések segítettek az egyéneknek túljutniuk a velünk kapcsolatos aggodalmaikon, illetve szembenézni a „tisza” társadalom azirányú kételyeivel, hogy az ilyen jellegű drogfogyasztás érdekes, sőt fontos lehet.

- V: Az újságokban olvastam a savról. . . meg magazinokban, meg hasonló cuccokban, általában a *Life* magazinban. . . és arról, hogy milyenek is az ember kromoszómái. Elég nagy nyilvánosságot kapott az egész. Tudod, kicsit megdöbbenett, hogy az emberek valószínűleg testük legalapvetőbb kémiai építőelemeivel szórakoznak. Aztán ez a bizonyos srác is megcsinálta, aztán elmesélte nekem, és nem úgy láttam, hogy megváltozott volna. Sőt, jobbnak tűnt, mint volt. Nagyon fontos volt neki ez az egész. Valószínűleg ez lehetett

a legeslegfontosabb dolog az életében. És mivel igen közeli barátom volt, nyitott voltam felé.

Nem sok kétség fér hozzá, hogy Lester Grinspoon és James Bakalar (1979) helyesen állapította meg, hogy az első pszichedelikus drog fogyasztókat frusztrálta az, hogy a nyilvánosság nem vette komolyan a drogélményből származó belső változásokkal kapcsolatos pozitív érzéseiket. Az egyik alanyunk a következőképpen fogalmazta ezt meg:

V: Ó, igen, igen, élveztem az első utazásomat. Pedig bizonyos szempontból kész kényszerű volt, és el sem tudom képzelni, hogy valaki ne jó okkal akarna LSD-vel utazni. . . az olyan lenne, mintha valaki szórakozásból járna fogorvoshoz. De számomra nemcsak a jó dolgok voltak értékesek, hanem felismertem a drog értékét is. Az utazás közben eszembe jutott az iskolai helyzet, és rájöttem, hogy ha az intézmény igazgatója az egész tantestületnek LSD-t adhatna, akkor minden problémája megoldódna. Ám amikor véget ért az utazás, hirtelen észrevettem, hogy valami történt az ellenszenvemmel. Az ellenérzéseim jó 90 százaléka elpárolgott, s azóta egy percet sem töltöttem a helyzet miatt álmatlanul forgolódva. Szóval lehet, hogy ez volt a legjobb az egész utazásban.

Az 1960-as évek heves drogellenes propagandája, mely az LSD fogyasztásától próbálta eltántorítani az embereket, nem járt különösebb sikerrel. A zord figyelmeztetések, hogy az LSD fizikai károsodásokat okoz (amikről kiderült, hogy nem igazak), vagy a kitalált történetek a napba néző, s emiatt megvakuló fogyasztókról nem mindig tántorították el a potenciális felhasználókat.

I: Olvastál az LSD-ről, mielőtt fogyasztottad volna?

V: Igen, elég sokat. Mindenféle nézőpontból. És rengeteg marhaságot olvastam. Hallottam azokról is, akik állítólag megvakultak a napba nézéstől, de hallottam azt is, hogy ez hülyeség. A kromoszómaügyről is kiderült, hogy marhaság. És rengeteg Tim Learyt olvastam, aki mintha. . . nem értek egyet mindennel, amit csinált, de akkoriban nagyon fontos volt számomra az a fajta mozgalom, amit ő vezetett. Sokkal szélesebb körű volt, mint az ellenállási mozgalom, amiről csak az látszott, hogy szélsőségesen politikai. Kicsit kiábrándultam abból, hogy egyszerűen csak változtassuk meg a

rendszer. Úgy gondoltam, a tudatállapot megváltoztatásával többet tehetünk ezért. Magával ragadott Leary filozófiája.

A fogyasztókra hatott a drogellenes propaganda, ám nem elfordultak a hatására a pszichedelikus szerek fogyasztásától, hanem hajlamosá váltak az ilyen szerek fogyasztásának idealizására.

V: Úgy érzem, nagyon sokkal tartozom az LSD-nek. Azt hiszem, segített abban, hogy fogékonnyá váljak bizonyos saját magammal kapcsolatos dolgokra... miután készen álltam rá, hogy fogékonnyá váljak ezekre. Kicsit a „tyúk vagy a tojás” probléma... gondolom, a velem történtek egy része akkor is megtörtént volna, ha tiszta maradok, de őszintén hiszem, hogy van valami a drogfogyasztásban, az intelligens drogfogyasztásban, ami szükségszerűen elvezet ahhoz, hogy szembenézzünk saját magunk bizonyos részeivel, méghozzá sokkal tisztábban és erősebben, mint egyébként lehetne. Az egész a becsapottságról, a képmutatásról és a színészkedésről szól. Pszichedelikus szereket fogyasztva sokkal, de sokkal nehezebb színészkedni, mint egyébként.

A fogyasztók ahelyett, hogy felismerték volna, hogy a fogyasztás egyesek számára érdekes élmény, ám a legtöbben nem szívesen kockáztatnák meg, maguk is elkötelezett és aktív térítőkké lettek.

V: Több tapasztalatom volt a drogfogyasztásban, mint a csoport többi tagjának. Azaz kicsit kilógtam közülük. És ettől jól éreztem magam. „Minek használsz azt a szart?” – kérdezték a balfékek, mire én azt mondtam: „Pofa be, nem is tudjátok, mit hagyok ki.” Úgyhogy rávettem néhány embert, hogy szálljon el, pszichedelikus szereket vettek be velem, főleg meszkalint, és tetszett nekik, nagyon tetszett.

A pszichedelikus szerek idealizálása mellett sok fogyasztó rendkívül szigorú morált alakított ki a fogyasztásukkal kapcsolatban.

I: Úgy emlékszem, korábban mintha azt mondtad volna, hogy számodra a sav bevétele azt jelentette, hogy eldöntötted, hogy gondolkodni fogsz valamin, nem pedig egyszerűen elszállni vagy szórakozni akartál. Gyakori ez?

V: Igen, sokan így vannak ezzel az ismeretségi körömben. Úgy értem, nehéz a savval elszállni, és jól érezni magad. Nagyon nehéz. Kemény munka kell hozzá.

V: Nagyon ritkán utazom pusztá élvezetből. Általában akkor fogyasztok pszichedelikus szereket, amikor valamin gondolkodni akarok. Néha persze csak az élvezet kedvéért. Egyértelműen elősegíti a személyiségfejlődésemet. Nagyjából havonta egyszer-kétszer utazom. Az utazások előtt mindig végig kell gondolnom a dolgot. Mire van szükségem a drog kapcsán? Biztos akarok lenni abban, hogy jó okkal veszem be. . . amikor úgy érzem, hogy szeretnék kilépni, nem veszek be pszichedelikus szereket, mert tudom, hogy olyankor nem lesz jó az utazás. Hogy megbizonyosodjam róla, hogy szükségem van egy kis pihenésre, vagy hogy jól akarom-e érezni magam, vagy nem, én nagyon. . . Néha beleütközöm a felelősségérzetembe, és ez zavar [nevet]. De igen, nagyon ügyelek, hogy elég idő legyen arra, hogy helyesen csináljam, és hogy semmi se szakítsa meg az utazás élvezetét. Általában késő délután kezdem, hogy átéljem az éjszaka leszálltát. Alapvetően éjszakai lény vagyok. Szeretek éjszaka utazni. És sohasem utazom egyedül.

I: Van egy bizonyos személy, akivel utazni szoktál?

V: Állandó jelleggel nincs. Van néhány ember, akit ismerek, akivel együtt utazom, de nem feltétlenül ugyanazzal az egy vagy két személlyel. De azoknak a köre, akikkel utazom, mindig állandó.

I: Mekkora ez a kör?

V: Úgy tíz ember.

A drogkultúrában kiemelkedő szerepet kaptak a „szent” és „szentség” szavak.

V: Nem fogyasztottam a városban, vagy olyanokkal, akiknek nem voltam biztos a rezgéseiben, olyanokkal, akiknek rosszak voltak a rezgései. Számomra az LSD majdnem szent; természetes környezetben kell bevenni, olyan helyen, ahol egy lehetsz a földdel.

Sokan valóban megpróbálták egyházat szervezni. Ők katalizmus kifejezésekkel magasztalták az élmény pszichoterápiás értékét.

V: Teljesen kiakadtam az LSD-től. Ugyanakkor ez volt a legjobb dolog, ami valaha történt velem.

I: Hogy érted ezt?

V: Olyannak tűnt, mint az a terápia, amit John Lennon csinált Janoff-fal, akárminek is nevezték. Olyan volt, mintha

visszavitt volna a gyermekkorodba, vissza az ösztöneidhez. Janoffnak két évébe tellett, míg a kérdéseivel eljutott idáig. Nekem két órámba, míg elszálltam az LSD-vel. Az egész létem kitörlődött. Nem tudtam a nevem. Amit most mondok, azt nagyrészt másoktól tudom, én ugyanis nem voltam a tudatomnál. A városban vettem be az LSD-t, és felgyülemlett az energia. És ott voltak azok a gátlások, amikről korábban beszéltem. . . a szüleim és a szexuális gátlásaim. . . és teljesen kitörtem annak a fickónak a szobájában. Hánytam, összevissza dobáltam a dolgokat, üvöltöttem, ezért kivittek a szabadba, és sétáltak velem a hóban. Emlékszem, azt hittem, én vagyok Jézus Krisztus, és az egész világnak hirdetem az ígét. Valójában ostobaságokat üvöltöttem. Nem tudtam, hogy üvöltök. Aztán visszamentem a szobámba, és megpróbáltam megerőszkolni azt a lányt. A többiek megállítottak, de én láttam azt a lányt, és így szóltam: „Akarsz dugni velem?” És akkor megragadtam. Aztán amikor kezdtem magamhoz térni, láttam, hogy a szüleimmel kapcsolatos paranoiám és a szüzességem fölötti frusztrációm hozta ki belőlem az egészet. Arra is rájöttem, hogy mekkora egotripet csináltam, és arra is, hogy egy illúzióban éltem, de még csak nem is tudtam róla. Amikor teljesen magamhoz tértem, azt hiszem, soha nem éreztem ennél rosszabbul magam az egész életemben.

Mivel ezeket a terápiás elvárásokat jelentősen eltúlozták, sok fogyasztó csalódást élt meg a drog használatával kapcsolatban.

V: Hm. Annyiban előre eltervezett volt, hogy korábban olvastam már mások pszichedelikus élményeiről, meg arról, hogy milyen súlyos helyekre jutottak el, például a születésük pillanatába, meg ilyenek. Hű, gondoltam, nagyon szeretnék utazni, és megpróbálni a születésem pillanatára koncentrálni. Aztán az utazás természetesen semmi ilyesmit nem hozott, de ez késztetést jelentett, hogy később is utazzak. Akkor először ismertem fel azt, hogy ha elolvasok valamit, sokkal fontosabb dolgokat tudhatok meg a pszichedelikus szerekről, mint korábban hittem.

I: És akkor elkezdted dolgozni ezen?

V: Igen.

A túlzott elvárások okozta törés gyakran fájdalmas és meglehetősen üres, vallási jellegű fellengzősséghez vezetett. Részben ez a csaló-

dás eredményezte a keleti vallások és a miszticizmus felé fordulást. Ugyanakkor ez a döntés részben magának a drogélménynek a következménye is volt. A teljesen megváltozott tudatállapot érzete – az a tudat, hogy a külső és belső érzékelés egyaránt megváltozhat – kérdéseket vetett fel a tudat és a hétköznapi realitás szokásos állapotának változatlan természetét illetően (Zinberg, 1974). Véleményem szerint az ezeknek a drogoknak a fogyasztása ellen vezetett kampány legalábbis egy időre megfosztotta a használókat attól a lehetőségtől, hogy feldolgozzák drogélményüket, illetve hogy társadalmi és pszichológiai szempontból integrálják azokat szokásos tudatállapotbeli élményeikbe. Így kizárva hétköznapi környezetükből (Zinberg, 1981; Zinberg és Harding, 1982) a drogélmény és a kultúra reakciója által, homályos, néha bizzar filozófiai és vallási eszmék felé fordultak.

I: Mi a legfontosabb, amire emlékszel? Mi történt?

V: Nos, általánosságban szólva az első utazás volt a legszokatlanabb. . . valami sötét, gonosz oldalra vitt el. Belevettem magam a fekete művészetekbe.

I: Tehát mágiával kezdte foglalkozni?

V: Igen, ezután lett valami, amiről szilárdan meg voltam győződve.

Nyilvánvaló, hogy az ilyen jellegű élmények csak tovább fokozták a fogyasztók és a józan társadalom elidegenedését.

Voltak fontos politikai felhangok is. Mint azt Kenneth Kenniston (1969) és mások kimutatták, a drog fogyasztó csoportok eredetileg apolitikusak voltak. Az is bizonyos, hogy a nyíltan politizáló fiatalok, akik az 1960-as évek elején Mississippi és Alabama államokban a polgárjogokért és az egészségügy fejlesztéséért küzdöttek, drogellenesek voltak, és megvetették a drog fogyasztókat. Ám összhangban a régi mondással – „Az ellenségem ellensége az én barátom” – a drogforradalmárok és a polgárjogi forradalmárok egyaránt szűklátókörűnek, elnyomónak és destruktívnak kezdték tartani az uralkodó kulturális életfelfogást.

V: Szerintem ma már sokkal kevesebben fogyasztanak savat. . . az emberek sokkal óvatosabban teremtenek kapcsolatokat a sav kapcsán. Régen a kollégiumban az egész folyosó képes volt egyszerre bevenni csak úgy, a pillanat hevében. Amikor odamentem tanítani, 1969-70 körül, sokszor történt ilyen. Zavargások voltak a campusban, jött a rendőrség meg a

könnygáz, a srácok meg szétutazták az agyukat. Tudom, hogy ma már nem csinálnak ilyet az emberek. Túl okosak hozzá.

Túlzás lenne azt állítani, hogy a „szeretkezz, ne háborúzz” jelszó kizárólag a lizergsavból és néhány egyéb vegyületből származott, de a pszichedelikus szerek fogyasztása ideológiai jelentőséggel bírt a háborúellenes mozgalomban. Lehet amellett érvelni, s valószínűleg helyesen, hogy a mozgalom drogfogyasztó része a peremhelyzetű, elidegenült tagokat képviselte, nem pedig a központi mozgalmárokat és résztvevőket. Ennek ellenére a drogfogyasztás annyiban fontos volt, hogy ideológiai értelemben felkarolta az elnyomás elleni harcot. Pszichedelikus alanyaink közül sokak számára az agresszív politikai tevékenység, mely éles ellentétben állt a drogról korábban kialakított álláspontjukkal, mintha a pszichedelikus élmény fölött érzett csalódásuk kompenzálását szolgálta volna.

I: Vissza tudsz emlékezni az utazásaid során igazán jó pillanatokra, vagy élményekre? Bármire, ami nyomott hagyott benned?

V: Nézzük csak... Hát... nem igazán. Mindig jó hangulatban utaztam, de ez minden.

I: Soha nem volt rendkívüli?

V: Az nem. Mindig nagyon sokat vártam az utazástól. Azonban tudatára ébredtem tőle önmagamnak és a többieknek, akik használták. Csak néztem a többieket, és láttam, hogy a válasz nem az, hogy üldögélünk és hallucinálunk, aztán egyfelől pocskondiázzuk a kenti egyetemet meg Kambodzsát, másfelől viszont nem teszünk semmit. Láttam, hogy nem ez a válasz. Rossz, nagyon rossz dolgok történtek. Rossz, gonosz emberek irányították az országot, hazudtak nekünk és becsaptak minket. Valamit tennem kellett. Ugyanakkor egyre jobban utáltam ezt a „békenépséget”, akik mindig be voltak löve.

I: Azt mondd, valamit tenned kellett. Tettél is?

V: Igen, igen. Beléptem a campus SDS-ébe.³ Épületeket foglaltunk el. Betörték a fejemet. Meg ilyenek.

³ SDS: Students for a Democratic Society, „Hallgatók a Demokratikus Társadalomért”. 1959-ben alapított radikális diákmozgalom. – *A ford.*

A DROG HATÁSAI · A pszichedelikus szereknek a fogyasztó alanyainkra gyakorolt hatásaiik figyelemreméltó konzisztenciát mutattak, akár pozitív, akár negatív értelemben. A drog hatásainak mintázatai sokkal konzisztensebbek voltak, mint a marihuána, az opiátok vagy az alkohol esetében. Az első fontos, az alanyok által újra és újra megemlített hatás a kapcsolatok befolyásolása, az együtt utazó emberek között kialakuló szoros kötelék volt.

V: Megkérdeztem a barátomat, milyen volt az első utazása, és azt mondta, hogy a jelenlévők nem ismerték egymást túl közlelől; hallottak már egymásról, és találkoztak koktélpartikon, de ez minden. Az utazás végére viszont nagyon jól megismerték egymást [nevet]. Így hát azt hiszem, hogy a sav révén jobban meg fogom ismerni ezeket az embereket. Szerintem ez is egy mód arra, hogy az emberek gyorsan megismerjenek engem, ha hajlandóak kipróbálni.

A legtöbb alanyunk átélte ezt a kötődést és a személyes közelség érzését. Sokan számoltak be arról, hogy a pszichedelikus szerek fogyasztása nagy hatást gyakorolt interperszonális kapcsolataikra. Az egymás iránti nyitottság érzete lehetővé tette az együtt fogyasztóknak, hogy bizonyos kritikai képességeiket ellazítsák. A közös élmény mintha egyfajta rokonságérzetet hozott volna létre, amint arról korábban Zinberg (1974), illetve Grinspoon és Bakalar (1979) is beszámolt.

I: Mi történt az utazás során?

V: Beszélgettünk. Soha életemben nem beszéltem még olyan nyíltan magamról. És könnyen ment. Tudod, nem éreztem, hogy bármit titkolnék magammal kapcsolatban, vagy olyan rettenetes lennék. Aztán ő is beszélt nekem magáról, és megértettem, és közel éreztem magam hozzá, és úgy gondoltam, minden, amit rossznak tart magában rendben van, mint ahogy nálam is.

A közös élmény néha a nyitottságnál is többet váltott ki; különleges rokonságnak tűnt azok között, akik valami merészet, veszélyeset és illegálisat tettek.

R: Meglehetősen stabil baráti társaság volt. Mindannyian rendszeresen elszálltunk [nevet]. És nem volt köztünk semmilyen feszültség, jól éreztem magam a csoportban, a részének éreztem magam. Tizenegyedikes voltam, amikor elkezdtem

komolyan savat használni, ősz vége felé és télen. Télen már hetente többször is utaztam. Bizonyos szempontból egyik barátom sem volt túl okos. Az iskola nagyon rémisztő hely volt számomra abban a tekintetben, hogy... egyfelől jó tanuló voltam, másfelől semmi közöm nem volt a többi, szupertiszta jó tanulóhoz. Azok között, akikkel együtt lógtam, voltak okosak, akik nem használták ki az adottságaikat, és voltak olyanok is, akik csak „végigbukdácsolták” az iskolát.

I: Tehát határozott szakadék volt az iskolai életed és a barátaid között, akikkel az iskolán kívül lógtál? Hogy élted ezt meg?

V: Jól éreztem magam. Tetszett az ellentét gondolata. Kis iskola volt, és valószínűleg én voltam ott a legokosabb, de nem dolgoztam az iskolában.

Ez különösen a fiatalabbak csoportjára volt igaz, akik hajlamosak voltak sokat beszélni egymással a közös élményről. Ki csinálta már? Mikor? Kivel? Jó sav volt?

I: Ha a baráti körödre gondolsz, vannak olyanok, akiket jobban érdekel a többiekénél az LSD?

V: Persze.

I: Ők a savcsoport?

V: Aha.

I: Miben nyilvánul ez meg?

V: Beszélnek róla: „Utazzunk együtt”; részletesen elmesélik az utazásaikat. Néha meglep, mennyi időt töltök azzal, hogy az utazásokról beszélgetek. „A múltkor ez és ez történt, ezt és ezt láttam...” „Igen, igen, a múltkor utaztam, és ez és ez történt...” Elég gyakoriak az ilyen beszélgetések.

Ugyanakkor úgy tűnt, ez a szemmel láthatólag ismétlődő beszélgetés megerősítette a szankciókat és a rítusokat. A fogyasztás titkos társaság jellege sok alanyunkat arra vezette, hogy szokatlan időpontokat és helyszíneket válasszon ki az utazásra.

V: Nem lett volna szabad, hiszen hivatalos iskolai kiránduláson voltunk, tudod? Ugyanakkor körülbelül az iskola egyharmada utazott, és hihetetlen volt, ahogy az emberek viselkedtek.

I: Hogyan kezelte a dolgot az igazgató és a tanári kar?

V: Hát ők azt hitték, hogy jól sikerült a hétvége. Ugyanis ott maradt az összes olyan, aki... szóval nem láttak minket egész nap, mert elmentek túrázni, meg ilyenek. Aztán este

visszajöttek, és mi még akkor is utaztunk. . . tudod, ültünk a tábortűz körül, és átbeszélgettük az éjszakát.

I: Rájöttek egyáltalán?

V: Valószínűleg, de soha nem tettek utalást rá.

V: Huh, hát én. . . időnként félretettem a munkát, mondjuk egy hétvégére vagy ilyesmi, vagy egy péntekre vagy szombatra. Emellett minden vasárnap ott voltunk egy csomóan a templomban, és savat vettünk be.

I: A templom előtt vagy a templomban?

V: Nem, délután, amikor senki sem volt a templomban; bementünk, leültünk, beszélgettünk meg ilyenek.

I: És savat vettetek be?

V: Igen.

Amikor a fogyasztók megtanulták, hogyan kontrollálják a drog hatásait, gyakran külön örömet lelték abban, hogy kimentek a világba, és megfigyelték, milyen hatást kelt, vagy hogyan befolyásolja a másokkal való interakcióikat eltérő látásmódjuk.

I: A második alkalom olyan volt, mint az első, vagy más?

V: Annyiban hasonló volt, hogy ugyanazokkal a barátaimmal voltam. Ez alkalommal éjszaka csináltuk, s egy idő után bementünk a városba, hogy vegyünk valamit. Megtanultam, hogyan szálljak le annyira, hogy képes legyek venni valamit egy boltban, meg ilyenek. Megtanultam, hogyan uralkodjak magamon, és hogyan ne legyek paranoiás.

I: Hogy tanultad meg?

V: Hát ez olyan csoport dolog. Mint amikor. . . valaki megmondja, hogy meg tudod csinálni, és tényleg meg tudod. Egyszerűen leszállsz, amikor le kell. Kijössz belőle, mert a sav nem a testre hat. Hanem a fejre. És ha megismered, bármikor ki tudsz jönni a hangulatból.

V: Gyakran titkos örömet jelentett, hogy kimentünk a világba, és megfigyeltük. Tudod, hogy ment ez odakint. Hadd nézzem meg őket nyitott szemmel, életemben talán először. És azt akartam, hogy ők is lássanak engem, hogy tudják, hogy milyen vagyok, amikor elszáll belőlem az ellenségesség.

A fogyasztók és szüleik kapcsolata rendkívül problematikusá tette az ilyen kísérletezést. Az egyik fiatalember, aki nem akart lebukni a szülei előtt, elismerten óriási kockázatot vállalt, amikor a szomszédos szobában utazott:

V: A szüleim ott voltak a másik szobában. Korábban, fiatalabb koromban nagyrészt a saját szobámban, zárt ajtó mögött drogoztam. És általában egy nagyon halványan világító lámpa mellett. A legtöbbször ott utaztam, főleg éjszaka.

Idősebb alanyaink gyakran arról a problémáról számoltak be, hogy nem tudták, hogyan folytassák a drogfogyasztást akkor, amikor gyermekeik is jelen voltak:

I: Szerinted mennyi a túl sok sav?

V: Úgy érted egy adagban?

I: Nem, a fogyasztás szempontjából.

V: Hát, én csak a magam nevében beszélhetek. Ami pedig engem illet, mindig a saját szabályaim szerint fogyasztom. Szeretem, ha van velem valaki, vagy egy kisebb, gondosan megválasztott csoport, egy gondosan megválasztott helyen, ahol nem kell majd olyan dolgokat csinálnom, amikre nem leszek képes. Például soha nem fogyasztom az egyetemen, amikor tanítanom kell, vagy amikor főzök. Vagy ott vannak a gyerekek. A gyerekek igazából nem szeretik. A lányom egyenesen megmondta, hogy nem szereti, hogy utazok. Legalábbis az ő jelenlétében. És ebben meg is egyeztünk. Ez nagyon fontos korlát számomra. Azt mondta: „Apa, nem akarok ott lenni, amikor utazol. Furcsán viselkedsz, és attól félek, hogy karambolozni fogsz, és le fognak tartóztatni.” Ezt egyébként a tévében látta. „Oké, akkor egyezzünk meg ebben”, mondtam én. És mivel felváltva laknak nálam és az anyjuknál, elég gyakran vannak itt. Azaz külön meg kell szerveznem az utazásokat. Általában szombat éjszakára.

Nyilvánvaló, hogy a szóban forgó alany azirányú erőfeszítéseit, hogy fenntartsa azokat a társadalmi szankciókat és rítusokat, melyek lehetővé tennék a sikeres utazást, megzavarták a gyermekével kapcsolatos aggodalmai, a közte és lánya között kialakuló konfliktus.

A drog másik fontos hatása, amit alanyaink gyakran említettek, a személyes megvilágosodás érzése volt, amit átélhettek akár testi érzésként (szexualitásként vagy szenzualitásként, ideértve az evést is), vagy személyes revelációként (az én és a világegyetem filozófiai vagy spirituális megértéseként).

V: Az történt, hogy kedvem támadt beszélgetni azokkal, akik épp velem voltak, meg sétálni egyet odakint. Megint tél volt,

hó borította a talajt, és nagyon szép volt. Ismét vizuális dolgokra reflektáltam, de valahol a fejemben kezdtem felismerni, hogy mindennek van egy súlyosabb dimenziója, amiket korábban nem láttam. . . tudod, ez volt az első revelációm.

A testérzetéről, s különösen a szexuális és szenzuális érdeklődésről adott beszámolók sokkal változatosabbak voltak, mint a marihuánafogyasztók esetében. Sok alany felfokozott szenzualitásról számolt be pszichedelikus szerek fogyasztása után:

V: Minden olyan jónak tűnt. Csak odanéztem a tengerre, és éreztem a bőrömön és a csontjaimban. A megérintése szintizta ekstázis volt. Minden érzés csodálatos volt.

Néhányan azonban arról számoltak be, hogy csökkent a közvetlen szexuális élmények iránti érdeklődésük:

V: Túlságosan mélyre merültem önmagamba ahhoz, hogy meg akarjam érinteni. Gyönyörű volt, és nézni akartam. De szóba sem jöhettek olyan durva dolgok, mint a szex. Ő is ugyanezt mondta. Nagyon szeretett, néha nagyon kívánt, de akkor és ott úgy érezte, hozzá sem tudna kezdeni.

Több férfi is erekciós problémákról beszélt, a nők egy része pedig nem nedvesedett, és testi szinten nem adott semmilyen válaszütemet – a hatalmas érzéki hullámok és a vágyakozás ellenére. Ugyanakkor egy alkalmi alany átlépett ezen a gáton, és a következőket mesélte:

V: Egybeolvadás. Nem tudtam megmondani, kettőnk közül ki kicsoda. Hihetetlen volt, és amikor végül elmentem, olyan orgazmusom volt, amilyenhez foghatót még soha nem éltem át. Az egész testem egyetlen orgazmus volt.

Amennyiben a pszichedelikus drogok, melyek kémiaiilag az amfetaminokkal állnak rokonságban, étvágycsökkentő hatásúak, az alanyok nem számoltak be arról az étkezésben lelt élvezetről, ami a marihuánafogyasztókat jellemezte. Azt azonban gyakran megjegyezték, hogy nagy örömmük telt abban, ha egyszerűen kis mennyiségben megkóstoltak különleges anyagokat, különösen egy-egy hosszú utazás után.

I: Mi másra emlékszel még az utazás kapcsán?

V: Hát, órákig voltunk lent a tengerparton: heverésztük, beszélgettünk, jól éreztük magunkat. Időről-időre felvetette valaki, hogy nem kellene enni vagy inni valamit, de én el sem tudtam képzelni. Aztán valaki... az illető egész nap nagyon energikus volt... felállt, bement a házba és kihozott egy kis szeder málna szörbetet. Häagen-Dazs volt, és ettem egy falatot. Rendkívül finom volt. Úgy éreztem, ennél finomabbat még életemben nem ettem. Éreztem az íz összes apró finomságát, és úgy éreztem, de tényleg úgy éreztem az anyagát is, mint még soha máskor. Ettem még egy falatot, de ez volt minden. Tökéletes volt, de elég is.

A személyes megvilágosodás vagy reveláció érzete nem korlátozódott a testérzetekre, hanem személyes meglátások alakját is ölthette, vagy az énnel, vagy filozófiai-spirituális-vallási értelemben a világegyetemmel kapcsolatban. Ez a reakció nem statikus volt, hanem folyton változott, ahogy a fogyasztó egyre több tapasztalatot szerzett a droggal.

V: Mostanában, amikor utazom, inkább a saját életem történésein gondolkodom, nem pedig azon, hogy valamiféle istenséggel lépek kapcsolatba. Ez így valahogy kevésbé pszichedelikus, viszont sokkal személyesebb. Nem tudom, örökre így marad-e. Tényleg nem tudom.

A pszichedelikus szerek fogyasztásának ezen megvilágosító hatásai összhangban álltak az egyén személyiségstruktúrájával, illetve azal, ami aktuálisan zajlott érzelmi életében. Például azok az alanyok, akik szokásos tudatállapotukban leginkább úgy oldották meg a konfliktusaikat, hogy passzív aggodalmaikat valamilyen aktív formába fordították át, általánosságban véve utazás közben is ugyanígy reagáltak. A szomatizálók szomatizáltak, a töprengők töprengtek, és így tovább.

I: Mi a legnagyobb hiba, amit a drogokkal kapcsolatban elkövettél?

V: Túl magabiztos voltam. Azon a két-három utazáson, amin részt vettem, azt hiszem ez volt a tévedés. Az, hogy az elszállás érzése jobbá teszi azt, ami történik. Rájöttem volna, ha nem gondolkodom annyit rajta; ez a helyzet csak rosszabbodhatott az utazás miatt. A drogok vonatkozásában elkövetett hibáim ugyanazok a hibák, amiket általában

elkövetek... azaz nem lassítok le, hogy végiggondoljam, hogy valójában mi történik.

V: Régen csak vártam, hogy megtörténjenek a dolgok, hogy valaki odajöjjön hozzám. Ez pedig egyfajta paranoiás modell. Gyerekkoromtól kezdve csak vártam, hogy megtörténjenek a dolgok. Ezt az LSD segítségével ismertem fel. Vannak, akiknek több hónapi terápia kell ahhoz, hogy ilyen felismeréseik legyenek. A sav meg csak [csettint az ujjával] odatett arra a helyre, ahol megértettem a mintázatot. Tehát bizonyos értelemben, bár valószínűleg az utazás felét végigzokogtam, nem annyira félelemtől vagy idegességtől volt szó, mint a felismerésről. Ugyanolyan sírás volt ez, mint amilyet a maratoni terápiákon részt vevők szoktak produkálni. Amolyan „megbékélek magammal” sírás. És megint kapcsolatba kerülök azzal a fájdalommal, ami tulajdonképpen valódi tapasztalás, ám amitől elvágtam magam. Azt hiszem, a savas élmények, az utazás és a terápia sok szempontból ugyanaz. Valószínűleg ezért van az is, hogy ennek az évnek az első hat hónapjában nem nagyon savaztam. Mert a terápiám is ugyanerről szól, többé-kevésbé.

A személyiség (*set*) fontossága nem jelenti azt, hogy egy személyiségprobléma vagy nehézség *per se* rossz utazásokat eredményezett volna. Amint azt H. L. Barr és munkatársai (1972) felfedezték, a pszichedelikus drogokra adott reakciók tipizálhatók, és a súlyos reakciók nem szükségképpen esnek egybe a személyiségzavarokkal. Barr legzavarodottabb alanyainak némelyike jól megbirkózott az élménnyel, ugyanakkor a legkiegyensúlyozottabb személyiségstruktúrával rendelkezők között is akadtak olyanok, akiknek problémáik támadtak. A mi eredményeink teljes mértékben alátámasztották ezt a következtetést. A személyiség (*set*) kulcsfontosságú tényező, de az utazás jelentette élmény sokkal szorosabb kapcsolatban állt a környezet (*setting*) bizonyos aspektusaival (például a személyes kapcsolatokkal) és a társadalmi szankciókkal és rítusokkal, mint a személyiségproblémákkal.

I: Volt valaha káros vagy kellemetlen élményed a hallucinogénnel?

V: Igen, sokszor.

I: Igen?

V: Hát különösen egy alkalomra emlékszem, egy szörnyű, rettenetes élményre. MDA-t használtam, ami kifejezetten érzelmi

téren hat. Ám akkoriban épp kisebbfajta válságot éltem meg a szüleimmel, és az internalizált szüleim lettek a szüleim. Ez körülbelül tizenhárom órán át tartott. Ez volt a legszörnyűbb élmény, amit valaha átéltem.

I: Meggátolt ez a szer további fogyasztásában?

V: Nem.

Az ebben a szakaszban bemutatott, rossz utazásokat átélt alanyoktól származó tapasztalatok nagy része egyéni jellegű volt, egyedi személyiségproblémákban gyökerezett, s gyakran a fogyasztók is rossz döntéseket hoztak tapasztalatlanságuk vagy az elfogadott szankciók és rítusok be nem tartása miatt. Az ilyen hibák egyre ritkébbak lettek, ahogy alanyaink tovább folytatták a pszichedelikus drogok fogyasztását. Az a meggyőződésem, hogy a pszichedelikus szerek túlzott fogyasztása valószínűleg nem tarthat huzamosabb ideig, alanyaink hosszútávú, a drog hatásának változásaira rámutató tapasztalataiból táplálkozott. Sokan jelezték, hogy az utazással kapcsolatos aggodalmaik nem csökkentek, hanem épp ellenkezőleg, növekedtek, bár ez nem feltétlenül eredményezte a fogyasztás felfüggesztését: 61 százalék jelezte, hogy nagyon alkalmi jelleggel folytatni szeretné a fogyasztást, s 94 százalék számolt be arról, hogy a fogyasztása csökkent a kezdeti sinthez képest.

V: Nem tudom, lehet, hogy nincs igazam, és lehet, hogy bármilyen savtól ugyanolyan jól elszállnék, mint régen. Mégsem veszek be; félek, és nem éri meg a kockázat, mert ha egyre több és több drogot fogyasztok, végül rossz lesz az utazás, és ki fogok akadni, márpedig azt nem akarom. Ezért nem fogyasztok annyi drogot.

I: Szándékodban áll akár a közeli, akár a távoli jövőben ismét utazni?

V: Nem, nem tervezek ilyesmit, de azt hiszem, bizonyos körülmények között megtenném. Az első utazásom óta mindig azt mondom, hogy nem akarok megint utazni, hacsak nem egy olyan fickóval, akit tényleg kedvelek. . . olyasvalakivel, akinek élvezem a társaságát, és akiben megbízom. Igen, vele utaznék.

Alanyaink kezdeti aggodalmai a drog káros egészségügyi hatásait illetően egyre fokozódtak, ahogy folytatták a fogyasztást. Az élmény sokak számára egyre negatívabbá vált.

V: Elkezdtek rosszak lenni az utazások, ezért le is álltam velük. Emellett a toleranciám is egyre fokozódott. Már két-három adag is kellett, hogy beinduljak, hogy utazzak. Abbahagytam.

Az is megváltozott, ami korábban szelídebb, elfogadóbb világlátáshoz vezető személyes megvilágosodásnak tűnt.

I: Miért hagytál fel a pszichedelikus szerekkel?

V: Kezdtem túlságosan becsavarodni. Kezdtem belemenni egy valóságos utazásba, amiben, hogy is mondjam, felsőbbrendűnek éreztem magam. És ezt másokon is észrevettem, akik sok savat használtak. Belementek egy valóságos utazásba, amiben jobbnak hitték magukat a többi embernél. És ez kezdett túlságosan eluralkodni rajtam. Nem tudom, mintha mindent jobban tudtam volna. Nem igazán tudom elmagyarázni. . . egyszerűen csak mindent tudtam, meg ilyenek. Leginkább idén nyáron figyeltem fel erre, mert amikor a barátom közvetlenül mögöttünk lakott, tele lett a háza savfüggőkkel, és tudod, bennük is ugyanezt láttam.

Ebben az esetben az alany tisztában volt vele, hogy a „megvilágosodás” rosszra fordult. Az interjúkészítők több más esetben lekicsinylőnek, képmutatónak és elidegenedettnek látták azt, ahogyan az alanyok beszámoltak megváltozott világnézetükről, amit ők maguk megvilágosítónak és elfogadónak éltek meg. Ezekben az esetekben az alanyok mintha a legkevésbé sem tudtak volna arról, hogy mások hogyan látják őket.

V: Teljesen másképp nézi az ember a világot, ha már átélte az utazás élményét.

I: Hogy érted ezt?

V: Hát, objektívebben fogja fel, hogy mi folyik a világban. A dolgok továbbra is megtörténnek, de már nincsenek olyan nagy hatással az emberre. Néha látja, hogy azok a dolgok, amik régen talán zavarták, valójában mulatságosak, de legalábbis múlandóak. Például ez is el fog múlni. Azok, akik még nem utaztak, nem értik ezt.

I: Miért nem?

V: Olyan ez, mintha ránéznél a dolgok nagy összképére. Azok, akik nem utaznak, túlságosan bele vannak bonyolódva saját magukba ahhoz, hogy bármit is meglássanak saját kis gondjaikon és bajaikon túl.

I: Egykor te is ilyen voltál?

V: Igen.

Emellett a későbbi utánkövető interjúkon alanyaink több mint fele egy másik tekintetben is következetesen reagált: úgy találták, a drogélmény intellektuális értelemben elszigeteli őket és egyre kevésbé érdekes. Ezen alanyok némelyike eksztatikus hangnemben számolt be első utazásairól, és sokuknak soha nem volt rossz utazása. A legtöbbjük igazából nem is élt át rossz utazást.

V: Vannak olyan dolgok, amiket én szeretnék megtenni, de a savazók közül egyesek nem. Ilyen például az írás, vagy a politikán való gondolkodás, vagy a beszélgetések, meg ilyesmi. Igyekszem a többieket is biztatni, hogy legyenek ilyenek, csináljanak ilyesmit. Hiányoznak azok, akik sok ilyen dologról tudnak beszélni.

V: Azt szeretném érthetően megfogalmazni, hogy most már kevésbé különleges az elszállás, mint régen volt. Jó érzés most is, kapcsolatban tart, és fontosnak tartom, hogy bizonyos körülmények között beálljak. De már nincs meg az a megvilágosodásszerű érzésem az elszállással kapcsolatban, mint régen. . . az a közelebb vagyok Istenhez érzés. Valahogy világibbak lettek a dolgok, azt hiszem.

Végezetül úgy tűnt, a legtöbb alany egyetért azzal, ahogyan a következő fogyasztó összefoglalta tapasztalatait:

V: Végül rájöttem, hogy egyszerűen unalmas. . . igen, unalmas, unalmas. Ki hitte volna? Először annyira, de annyira jó volt. Ó, bárcsak megint azt érezhetném, mint az első néhány alkalommal! Az csodálatos volt! Most már unalmas. És sokáig tart. Már ismerem a gondolatokat, már láttam amit a drog megmutat, és nem nagy buli újra és újra látni. Kár, hogy így alakult, de ez van.

I: Ez csak a *te* reakciód?

V: Nem, a barátaim is ugyanezt érzik. Időnként beszélgetünk róla, hogy milyen nagyszerű. És néha szóba kerül, hogy újra kipróbáljuk, talán valamikor később, sokára. És akkor jobban fog hasonlítani arra, amilyen volt. De amikor legutóbb csináltam, egyszerűen unalmas volt.

Opiátok

A döntés, hogy a fogyasztó használja a kutatásban szereplő három drog – a marihuána, a pszichedelikus szerek és az opiátok – bármelyikét, óhatatlanul bizonyos fokú aggodalmat kelt a fogyasztóban. Ennek az aggodalomnak lehetnek fiziológiai, pszichológiai és társadalmi okai – azaz kapcsolatban állhat a drogváltozóval, a személyiség (*set*) változóval és a környezet (*setting*) változóval.

A marihuána fogyasztásával kapcsolatos döntéshez viszonylag alacsony szintű aggodalom társul. Mivel fogyasztása bizonyos korcsoportokban társadalmilag elfogadott lett, kis mértékű pszichológiai vagy társadalmi aggodalom kapcsolódik hozzá, bár bizonyos államokban még mindig félni kell az illegális tevékenységben való részvételtől. A legnagyobb aggodalom, különösen a kezdők körében, a marihuánafogyasztást követő, nemrégiben a figyelem középpontjába került egészségügyi veszélyekből származik.

A pszichedelikus szerek fogyasztásával kapcsolatos döntés nagyobb aggodalmat okoz, mivel ezek a drogok többet ígérnek mind az élvezet, mind a fájdalom tekintetében. Mindazonáltal a pszichedelikus szerekkel kapcsolatos aggodalmakat – s ez igaz a marihuánára is – enyhíti két tény, egy fiziológiai és egy társadalmi. Először kicsi a kockázata a gyors függővé válásnak; másodsor pedig bár a társadalom nyíltan nem helyesli ezeket a drogokat, nem is társítja őket automatikusan a devianciával, a bűnözéssel és a potenciális leépüléssel, amint teszi azt az opiátok esetében.

Az opiátfogyasztással kapcsolatos döntés mindhárom szempontból aggodalmat okoz. A pszichológiai vagy személyiség tényező vonatkozásában azok, akik a kockázatok vállalása mellett döntenek, a népességnek azon kis hányadából kerülnek ki, mely hányad hajlamos a veszély keresésére vagy az önmegtartás elhanyagolására. Emellett a függőség élménye elhomályosítja a személyiségbeli eltéréseket, és nagyon hasonlóná teszi a szenvedélyes fogyasztókat (Zinberg, 1975). Így nem meglepő, hogy sok kutató meghatározónak találta a személyiség faktort abban a döntésben, hogy valaki opiátot fogyasszon kábítószerként. Mégsem szabad elhanyagolni a társadalmi faktort – a környezeti (*setting*) változót – sem. A környezet jelentősége a kontrollált opiátfogyasztók körében mutatkozott meg a legélesebben, akik – a szokatlanul fejlett belső ellenőrzési rendszerrel rendelkező kevesek kivételével – nem tudtak kontrolláltak maradni pusztán a személyiség faktorokra támaszkodva. Mi több, a mértékletes fogyasztás fenntartására való képességük

jelentős mértékben a társadalmi szankcióktól és rítusoktól, illetve egyéb társadalmi támaszoktól függött. Ugyanakkor érezték azt az aggodalmat, amit az keltett, hogy a társadalom a leépüléssel, a devianciával és a bűnözéssel kapcsolta össze az opiátfogyasztást.

Ha másképp nem jelezzük, az itt következő részletek a kombinált analitikus mintában szereplő hatvanegy kontrollált opiátfogyasztóval készített interjúkból származnak. Néhány interjút (ezeket külön jelöljük) harminc szenvedélyes fogyasztóval vettek fel az interjúkészítők, ugyanabban az időpontban. Megint csak néhány részlet (ezeket is külön jelöljük) bizonyos kontrollált alanyok – akiknek a kijelentéseit ellenőrizni akartuk – „szignifikáns egyéb”-jeivel készített interjúkból származik. Mivel ezek az „egyebek” közeli kapcsolatban álltak a fogyasztókkal, jól ismerték az opiátfogyasztást, és néhányan ki is próbálták.

Gyakran feltételezik, hogy aki kipróbál egy opiátot, különösen a heroint, egyértelműen pozitív tapasztalatot szerez. Ez azonban téves feltételezés. A kombinált mintában szereplő kontrollált fogyasztók válaszai sokkal pozitívabbnak tűntek a kutatócsoport számára, mint a fogyasztók általános népességének véletlenszerű mintájától származó válaszok, noha ezek az alanyok jó és rossz tapasztalatokkal egyaránt rendelkeztek. A kontrollált alanyok pozitív reakciója, akárcsak a mintában szereplő szenvedélyes alanyok többségéé, könnyen megmagyarázható. Mindegyikük többé-kevésbé rendszeres jelleggel fogyasztott opiátokat, azaz rendszeres fogyasztóvá vált. Így az élmény során átélt öröm bizonyára kioltotta félelem- és veszélyérzetüket. A „szignifikáns egyébek” esetében teljesen más volt a helyzet. Noha sokuk kipróbálta a heroint, vagy valamelyik másik opiátot, a legtöbben nem pozitívan reagáltak, s ezért nem is folytatták a fogyasztást. Ezen csoport néhány tagjának a válaszait azért tüntetjük fel, hogy kiegyensúlyozzuk azt a benyomást, hogy aki kipróbálta a drogot, az élvezte is – mely következtetés egyébként elkerülhetetlen lenne amiatt, hogy a mintában a rendszeres fogyasztók voltak többségben.

A FOGYASZTÁS KIALAKULÁSA · A kombinált mintában szereplő alanyok mindegyike osztozott a közvélekedés azon félelmében, hogy a heroin bármilyen jellegű fogyasztása függőséghez vezet, s a fogyasztás kezdetét is ez a mindent átható aggodalom jellemezte:

- I: Hallottál valamit a heroinról, mielőtt elkezdted használni?
V: Igen, azt hiszem. . . például azt, hogy függőséget okoz, meg hogy rettenetes, satöbbi, de azt is, hogy attól még nem lesz

drogos az ember, hogy egyszer kipróbálja. De beszéltem olyanokkal is, akik azt mondták, hogy vannak bizonyos emberek, akik a testük egyedi kémiai működése miatt egy italtól alkoholisták, egy lövettől meg heroinisták lesznek.

I: Hogyan kezdődött nálad a heroinfogyasztás?

V: Rájöttem, hogy a nővérem és a sógorom is fogyasztják. Nem állandóan, csak időnként.

I: Ők kérték rá, hogy fogyaszd?

V: Nem, ők kivártak. Én kértem tőlük. Igen, ki akartam próbálni. A nővérem egyszer azt mondta: „Egyszer ki kellene próbálnod”, mire én azt feleltem: „És mikor fogsz *szerezni* nekem?”. Úgyhogy megtanították, hogy kell csinálni. Végül együtt mentünk el érte. A barátom először nem akarta csinálni. (Mondjuk ő egyébként sem csinálja túl gyakran.) Szóval elmentünk annak a fickónak a házához, vettünk egy kis heroint, aztán hazamentünk, és kipróbáltuk. És *isteni* volt. Akkor a sógorom adta be nekem, és megmutatta, hogy kell csinálni. De azt mondták: „Vigyázz ezzel az anyaggal. Nagyon jó, de ha minden igaz, *tényleg* függőséget okoz.” Úgyhogy úgy használtam, mint ők. Csak időnként.

Még ha az alany jól ismert is egy kontrollált fogyasztót, és el is hitte amit az mondott az élményről, mindez nem volt elég a függővé válástól való félelem kioltásához:

V: Hát végül is ő nővér volt. Tudtam, hogy évek óta fogyaszt alkalomszerűen heroint, és tudtam, hogy nem verne át. Csak azt akarta, hogy vele legyek, és én is élvezzem. Ugyanakkor nem tudtam kivenni a fejemből, hogy nem lehet hülyeség minden, amit az évek során hallottam a szerről. Úgyhogy féltem, nagyon féltem. De azt mondtam magamban: A francba is, meg kell bíznom benne, és hagytam, hogy belőjön.

Ugyanakkor általában véve a társadalmi faktor, azaz a közeli ismerősök megnyugtatása segített a kezdőknek túllépni félelmeiken.

I: Voltak ellenérzéseid vagy félelmeid az első alkalom előtt?

V: Hát, ki akartam próbálni. De féltem, amíg a barátom azt nem mondta: „Nem, nem akarom, nélkülem tanuld meg, hogy kell csinálni.”

A kezdő heroinfogyasztók gyakran ugyanúgy birkóztak meg félelmeikkel, mint ahogy sokan mások az egyéb problémáikkal –

megpróbálták túljárni a saját eszükön. A következő fogyasztó, aki nagyon kíváncsi volt a heroinra, de túlságosan félt ahhoz, hogy megtegye a döntő lépést, azt remélte, hogy a spontaneitás – hogy nem hagy magának időt a gondolkodásra – majd segít legyőzni a félelmét.

V: Tényleg nem akartam [kipróbálni a heroint]. De az egyik barátom épp készült az első alkalomra, mire én azt mondtam: „Rendben, találkozunk itt meg itt, és megfelezzük az anyagot.” Úgyhogy este találkoztunk, megcsináltuk, és hát egész éjjel rosszul voltunk.

Nem alaptalan az a feltételezés, hogy ennek a fogyasztónak a negatív reakciója részben abból az aggodalomból fakadt, amit megpróbált semlegesíteni.

Több alany is könnyebbnek találta a kezdetet, ha nem nekik kellett meghozni a döntést, majd elmenni, és beszerezni a drogot. Ha eléjük tették, mintha kisebb felelősség hárult volna rájuk, s így valamelyest kisebb volt az aggodalmuk is.

I: Hogyan szereztél heroint, amikor először fogyasztottad?

V: Akikkel lógtam. . . épp egy buliban voltunk Jane-nel. . . nekik volt. Nem én vettem. Még azt sem kérték, hogy szálljak be pénzzel. Egyszerűen csak megkínáltak.

Az egyik pár első alkalmát is a megnyugtató, a (jelen esetben hamis) spontaneitás és a drog egy barát általi kínálása jellemezte.

V: Nem olyasmi volt ez, amiről valaha is azt hittem volna, hogy belekeveredek. Meglepetésként ért az egész. Ez a fickó egy közös barátunk volt, egy csomó emberrel lakott együtt, akik már évek óta használták a szert, és bármikor hozzájutott a cucchoz. „Próbáltatok már?” – kérdezte. Mondtam, hogy nem, erre elkezdte mondani, hogy ő hetente egyszer belövi magát. És másokat is ismertem, akik ezt csinálták. „Na, próbáld ki”, mondta. „Rendben”, feleltem. Úgyhogy átjöttek néhányan, és belőttük magunkat.

I: Mikor fogyasztottál legközelebb?

V: Úgy egy hónap múlva.

Sok alanyunk szippantással kezdte a heroinfogyasztást. Azok, akik már az első alkalommal injekciótak, általában a bőr alá adták be („bőrdurrantás”, *skin-popping*). Ha vénába adták az injekciót, ak-

kor valaki más adta be. Teljesen eltérő volt, ha valaki más végezte el a műveletet, mint ha ők maguk.

V: A legnagyobb dolog a heroinban, az egyik legnagyobb dolog, amire rájöttem ezzel kapcsolatban, az, hogy van egy nagy pszichológiai utazás a belövésében. Ez pedig olyasmi, amivel a maga módján kell megbirkóznia az embernek. Vagy el tudja viselni, vagy nem. Emlékszem, min mentem keresztül az első néhány alkalommal, és mégis itt vagyok.

I: Mennyi ideig tartott, míg megtanultad?

V: Az első alkalom után már tudtam, hogy kell csinálni, de egyszerűen... képtelen voltam rávenni magam. Tényleg azt hittem, hogy meg tudom tenni. Eljutottam addig, hogy felforraltam az anyagot, elkötöttem a karomat, felszívtam az egészet a fecskendőbe, és készen álltam. A tű már hozzáért a vénámhoz, és itt kész voltam... nem tudtam megtenni. Úgyhogy ezután három-négy, de talán öt alkalommal is valaki másnak kellett belőnie. Aztán egy nap az jutott eszembe: „Ó, hát ez örület! Ha már minden egyes alkalommal kockára teszem az életem, nem tudva, mi lesz a zsákban, és hagyom, hogy valaki más csinálja helyettem, akkor lennem kellene olyan vagánynak, hogy magam csináljam. Eleve, ha elég vagány vagyok ahhoz, hogy belövéssem magam, akkor képesnek kell lennem rá, hogy saját magam csináljam.” Úgyhogy leültem, elkötöttem a karom, és megcsináltam. Ennyi volt az egész.

Alanyaink aggodalma az intravénás injekciózással kapcsolatban nem volt alaptalan, mivel a heroinfogyasztással társuló legsúlyosabb komplikációk nem magától a drogtól eredtek, hanem a bevételnek ettől a módjától. Az injekciózással kapcsolatos aggodalmak olyan erősek voltak, hogy még a tapasztaltabb, már több alkalommal heroint fogyasztó alanyok sem vállalták (véleményem szerint nagyon helyesen), hogy saját maguknak adják be az injekciót, ha csak nem volt jelen egy még tapasztaltabb fogyasztó is.

I: Meddig tartott, míg megtanultad belőni magad?

V: Hát elég sokáig. Úgy három hónapig. És még az első alkalommal, amikor nekiláttam, akkor sem akartam megtenni. Nem tetszett a gondolat.

I: Az egyik barátod mutatta meg, hogyan kell?

V: Aha. Akkor is ott volt, amikor én próbáltam meg. Ott volt, hogy lássa, nem csinállok semmit rosszul.

Néhány lelkes kezdő sokkal gyorsabban tért át a szippantásról az injekciózásra.

I: És mi a helyzet a heroinnal? Mikor kezdted el?

V: Huh, hát úgy tíz-tizenöt éve.

I: Mesélj róla.

V: Hát, a barátaim beszéltek róla. Jó ideje ki akartam már próbálni, mert néhány barátom használta. Már régóta rajta voltak az anyagon, és én is akartam, de féltem. Úgyhogy leültünk, beszélgettünk róla egy ideig, és rábeszéltek, hogy próbáljam ki. Nagyon jó volt, nagyon-nagyon jó, az elejétől fogva.

I: Legelőször hogy vetted be? Szippantottad vagy belőtted?

V: Huh, hát ez vicces volt, mert először szippantottam, aztán olyan jól éreztem magam tőle, hogy lőni is akartam egy kicsit, úgyhogy lőttem is még aznap este.

I: Nem lettél rosszul?

V: Nem, a legkevésbé sem, ami azért meglepő volt, ugyanis mindenki máson úgy láttam, hogy rosszul lett. És azóta annyira szeretem, hogy nem is akartam abbahagyni. Mármost nem függő lettem, csak nagyon szeretem. A hétvégék... istenem, alig várom a hétvégéket.

Ám akármilyen módszerrel is történt a fogyasztás, a társadalmi támogatásra és interakcióra való vágyakozás szinte minden kezdő fogyasztónál meghatározó volt.

V: A munkahelyemen az egyik barátom hétvégéken fogyasztott heroint... hétfégi csipegető volt... és aztán engem is rákapatott. Elég zavaros volt a helyzet a munkahelyen, sok feszültség gyűlt fel bennünk. És akkor elkezdett mesélni róla, hogy mennyire meg tudja nyugtatni a drog. Aztán egyszer megkértem, hogy mutassa meg, hogyan kell csinálni. A régi szép időkben nagyon olcsó volt az anyag. Szóval ő vitt bele, és néha el is szálltam vele, de a legjobb barátom az a lány volt. Rákapattam a szerre, és a legtöbbször vele szálltam el. De csak szippantottunk, csak szippantottunk.

I: Mire emlékszel az első alkalomból?

V: Ó, az első alkalom csodálatos volt! Az egész testemet melegség árasztotta el, és eltűnt belőlem az összes feszültség. Emlékszem, utána moziba kellett mennem néhány ismerőssémmel, és emlékszem, ahogy ott vártam őket a mozi elő-

terében, és tudod úgy éreztem, nem félek semmitől. Nem mintha korábban féltem volna, legalábbis nem emlékszem, de akkor hirtelen nem féltem. Semmi sem árthatott nekem. Tetszett az az érzés. Nagyon nyitottnak, nyugodtnak, sebezhetetlennek, békésnek és szépnek éreztem magam. Imádtam. Érdekes, hogy ha három-négy hétig nem csinálom, akkor egyszerűen elfelejtem, elfelejtem, milyen elszállni, és nem is vágyom rá. Vagy ha mégis csinálom, akkor érzem, mikor csúsznak ki a dolgok a kezem közül, és alapvetően nem érzem jól magam úgy.

Érdekes módon sem a társadalmi támogatás mértéke, sem a fogyasztó első pozitív reakciójának foka nem állt összefüggésben azazal, hogy végül mennyire kötődött a droghoz. Az első reakciók különbözőek voltak, de gyakoriak voltak az olyan pozitív élmények, mint az előző és a következő alanyokéi.

I: Mennyi idő volt, amikor először fogyasztottad?

V: Tizenkilc lehettem. Aztán az iskolában találkoztam azzal a fickóval, aki opiátokat szedett, és már akkor lőtte magát. És beszélgettünk róla. Barátok voltunk, nagyjából a baráti körömhöz tartozott. Megkértem, hogy szerezzen nekem egy kis morfiumot, és beadtam, bőr alá. Jó volt. Nagyon jó volt, élveztem. Emlékszem, legelőször azzal a lánnyal adtam be, csak barátok voltunk. És igen, ő nagyon egyenes ember volt, én meg amolyan kettős természetű vagyok. Egyfelől szeretek aktív lenni, másfelől szeretek nagyokat lazítani. Imádtam azt a drogot. Csak feküdtem, és nem untam meg, egyszerűen jól éreztem magam. Nagyon jól éreztem magam azzal a lánnyal. Amikor először lőttem be morfiumot, azonnal tudtam, hogy szeretni fogom, és teljesen illik a lelkemhez.

Ezzel szemben néhány válasz sokkal több fenntartást fogalmazott meg:

I: Milyen volt az első alkalom?

V: Hát, akartam, és bizonyos szempontból jó is volt. Valahogy ellazított. Akkoriban elég feszült voltam, és nagyon kellemes volt, bár rosszul lettem, ugyanis meg kell szokni. Ugyanúgy átmentem ezen a szakaszon a heroinnal, mint a dohánnyal.

Néha pedig kellemetlen hatások játszották a főszerepet az első fogyasztás alkalmával.

V: Jó volt, de rosszul lettem. Egyfolytában a fürdőszobába rohagáltam hányni, de valahogy úgy, hogy „Ó, remekül érzem magam!”, aztán hirtelen „Ó, rosszul vagyok!”, és irány a fürdő. Ott két másodperc alatt végzek, és megyek vissza. Aztán nem hányok többet.

Ennek a fogyasztónak komoly kitartásra és erős vágyra volt szüksége ahhoz, hogy folytassa a drog fogyasztását a rosszüllétek után.

Sok alanyrak más szempontból volt szüksége kitartásra, ugyanis legnagyobb meglepetésünkre nem mindenki élte át a drog hatásait azonnal. Annak ellenére, hogy a heroin erős szer hírében áll, néhány kezdő opiátfogyasztónak a kezdő marihuánafogyasztókhoz hasonlóan meg kellett tanulnia elszállni.

I: Sikerült az első alkalommal elszállnod?

V: Nem, nem éreztem semmit. Tudod, először nem érttettem, mi az az elszállás, mert legelőször az ember legszívesebben lefeküdne aludni, meg ilyenek. De aztán fokozatosan megérttettem, mi az az elszállás.

I: Mennyi ideig tartott, míg megérttetted?

V: Hát, azt hiszem, lehetett úgy két-három alkalom, mert az első próbálkozás olyan volt, mintha semmi sem történt volna. Nem csináltam mást, csak borzongtam. De aztán egyszer megint kipróbáltam, és úgy tűnt, mintha éreznék valamit, mintha kikapcsolt és ellazult volna a testem.

Természetesen nehéz elválasztani a drog hatását a személyiség (*set*) és a környezet (*setting*) hatásaitól. Mindazonáltal a beavatási folyamatban részt vevő társadalmi csoport jól körülhatárolható. Valójában úgy tűnt, a kontrollált fogyasztók legsúlyosabb aggodalmak a szenvedélyes fogyasztókkal való kapcsolatukból származtak. Így a következő fogyasztó későbbi állítása – miszerint el tudta kerülni a függőséget – ellenére az, hogy egy korábbi függő avatta be, szemmel láthatólag hatást gyakorolt az első reakciójára.

V: Azután történt, hogy kijött az elvonókúráról. Nagyon jó barátok lettünk, és nem is otthon lakott, hanem nálam. Egy ideje már játszadoztam a gondolattal, hogy kipróbálom a heroínt. Azt hittem, hogy miután kipróbáltam, empatikusabb leszek.

I: Milyen volt az első alkalom?

V: Azt hiszem, kicsit túlzásba vittem. Nem tudtam semmit csinálni, csak mozdulatlanul feküdtem. Ha megpróbáltam fel-

állni, szédülés és erős hányinger tört rám. Nagyon kellemetlen volt bármit is csinálni a mozdulatlan, teljesen mozdulatlan fekvésen kívül. Így visszagondolva azt hiszem, néhányan komolyan aggódhattak miattam, mert néhány percenként hozzám-hozzám szóltak, mintha látni akarták volna, hogy válaszolok, megvagyok.

I: Milyen érzés volt ott fekvüdni?

V: Kellemes, de volt egy kis... nem mondanám, hogy idegesség, a drog azt teljesen megszüntette... szóval volt egy kis kognitív aggodalom a részemről, hogy maradjak öntudatomnál. Ugyanis nagyon sodródós, nagyon lebegős, nagyon álomszerű volt az egész, én meg nem akartam elaludni. Mondom, azt hiszem, túlzásba vittem a dolgot. Mert... szóval nagyon kellemes volt. Ugyanakkor maga az élmény összességében nem volt teljesen kellemes. Attól függött, mennyi anyagot vettem be.

I: Hogy sikerült elkerülnöd a függőséget?

V: Mindig is úgy véltem, hogy a függőség az életmódtól függ, nem pedig magától az anyagtól. Én pedig soha nem éltem olyan drogos életmódot, mint amilyet a barátomnál láttam.

Noha sok olyan alanyunk folytatta a fogyasztást, aki kellemetlen első tapasztalatokat élt át, sokan mások annak ellenére sem folytatták, hogy nem voltak rossz élményeik. A következő interjúalany (a „szignifikáns egyebek” egyike) felhagyott a fogyasztással.

I: Az elsők között próbáltad ki a társaságodban a heroint?

V: Hát, voltak még jópáran, akik ugyanakkor próbálták ki.

I: Mindenkinek az volt az első?

V: Igen.

I: Hányan voltatok?

V: Talán öten lehattunk. Két unokatestvérem, egy nő, meg egy férfi. Előtte is lett volna alkalmam kipróbálni, de mindig kihagytam. Amikor még otthon laktam, fogalmam sem volt arról, mit jelent az elszállás, úgyhogy nem is vágytam rá, nem csórtam el gyógyszereket az orvosságosszekrényből, meg ilyenek. És miután kipróbáltam, azután sem vágytam rá, hogy megint heroinozzak.

Noha a következő fogyasztó hangsúlyozott erkölcsi indokai nem hangzottak túl meggyőzően a kutatócsoport számára, mindenesetre néhány pozitív élmény után felhagyott a fogyasztással.

I: Rettenetes dolgokat hallottál róla?

V: Azt hallottam, hogy nem igazán jó. Hogy olyan, mintha ivás nélkül lenne részeg az ember, meg ilyenek. Úgyhogy kipróbáltam. Azt is tudtam, hogy a gimiben rengeteg gond van a drogokkal, a heroinnal is, úgyhogy nem is akartam kipróbálni, mert akkor még tanár szerettem volna lenni. De meg is akartam ismerni a drogot, ha már annyira népszerű lett. Úgyhogy kipróbáltam, és minden rendben volt vele. Semmi különös nem találtam benne.

I: És utána kipróbáltad még néhányszor.

V: Aha. És tulajdonképpen jó volt.

I: És többször nem?

V: Nem, nem. Nincs elég pénzem egy ilyen drogra. Csak jött a lehetőség, én meg éltem vele.

A következő fogyasztó (egy szignifikáns egyéb) rendkívül negatív tapasztalatai után szemmel láthatólag szóba sem jöhetett a folytatás.

V: Először nagyon féltem, de Alice egyfolytában azt hajtogatta, hogy milyen jó lesz. Szerzett anyagot, én meg szippantottam belőle. Egy kis ideig valamiféle ragyogást éreztem; aztán kezdtem rosszul lenni. Soha életemben nem voltam még olyan rosszul. Órákig tartott, legalábbis nekem úgy tűnt. Végül kétszer vagy háromszor hánytam. Rettenetes volt. Soha többé hozzá sem nyúlok az anyaghoz. Megmondtam Alicének is, hogy ha csak említeni meri előttem, végeztünk.

A DROG PSZICHOLÓGIAI ÉS TÁRSADALMI HATÁSAI · Az opiátfogyasztás hatásainak itt következő leírása bemutatja, hogy bizonyos, a hatásokról széles körben elterjed nézetek tévesek. Fogyasztó alanyainknak sem a tettei, sem az élvezete, sem a nehézségei nem voltak sztereotipikusak. Például nem sok egyértelmű belövés (intravénás injekció) és nem sok hirtelen bóbiskolás (gyors álomba zuhanás) fordult elő. Emellett az alanyok reakciói nem voltak annyira egységesek, mint azt a kutatók a droggal végzett laboratóriumi kísérletek eredményeként várták. A pozitív és a negatív reakciók egyaránt egyediek voltak, ráadásul majdnem olyan mértékben a szenvedélyes fogyasztók körében is, mint a kontrollált fogyasztókéban.

Az alanyok a legkellemesebb hatások között említették a „lázat” (izzás vagy melegérzet), a problémáktól való eltávolodás érzetét, és a drog nyugtató képességét. A testérzetként érzékelt élvezet gyakran átalakult egyfajta pszichológiai jólét érzésévé. Sok alany különleges

alkalmakhoz kapcsolta a drog fogyasztását: szexhez, evéshez, egyéb tevékenységekhez és társasági alkalmakhoz. A drogfogyasztás társadalmi aspektusait nagyon fontosnak tartották – mind azt a társadalmi csoportot, amellyel a fogyasztás folyt, mind a nemfogyasztó csoportokkal való kapcsolatot. A legnagyobb veszély, amivel a kontrollált fogyasztók szembesültek, a függőkkel való kapcsolatba kerülés potenciálisan káros hatásaiban jelent meg. A függőkkel való kapcsolatra pedig szükségük volt a drog beszerzése érdekében, ugyanakkor ez a kapcsolat veszélyt jelentett saját, gondosan kiegyensúlyozott fogyasztási stílusukra is.

Noha interjúkészítőink nyilván nem tudták felmérni, mekkora élvezetet jelentett a fogyasztás egy-egy alanynak, azt az utasítást kapták, hogy szubjektív módon ítélik meg, hogy a válaszok spontánnak és őszintének tűnnek-e, vagy esetleg üresnek. Tudtuk, hogy mivel kontrollált alanyaink nem függők, opiátfogyasztásuk nem mentes a kezdődő megvonási tünetektől. A kutatócsoport számára mégis nehéz volt különbséget tenni a diszkomfort megszűnésével járó élvezet és a pusztán jóleső érzést keltő élvezet között. Az bizonyos, hogy arra számítottunk, többen fogják méltatni a híres „lázat”. A következő alany kissé talán túl mézesmázosan dicsérte a hatást, válasza mégsem volt tipikus.

V: A hernyózás egész értelme a lázban van. Legalábbis számomra. Az az egyetlen dolog a drogban, amivel kapcsolatban nem érdekel, mit mond akárki is... bármilyen drogtól rosszul lehet lenni, a legtöbbből én is rosszul lettem, kivéve a marihuánát, és szeretem ha valami kiüt... de azt a lázat, amit a heroin csinál, semmi mással nem lehet érezni, pedig annál nincs jobb, én mondom. Az a legjobb. A csúcs.

Később arról az érzésről beszélt, hogy a drog egy pillanat alatt „teljesen” átrepítette az egyik tudatállapotból a másikba. Az a benyomása, hogy a drog fogyasztása nyugtató hatással volt rá, hasonlított a következő alany beszámolójára, akinek higgadt szavai meggyőzőbbnek tűntek az interjúkészítők számára.

I: Van valami különleges az opiátokban, ami nagyobb élvezetet okoz neked, mint a többi drog?

V: Hát, igen. Tudod, leginkább a láz, az nagyon lágy. És testi dolog. Érzem, ahogy ellazulok. És néha van valami eufóriaszerű érzés is. Különösen ha cigizel közben. Jól érzi magát

az ember, minden nyugodt és békés. Meleg van, ellazulsz. . .
én legalábbis. De ahogy látom, mások is.

A következő részlet a drogot fogyasztó írók leírásaihoz hasonlóan az opiátbódulatról szól.

- I: El tudnád mondani nekem, milyen az, amikor opiáttól szállsz el?
- V: Hát, megpróbálhatom. Felmelegszel. A látásod határozottan elhomályosodik. Nagyon-nagyon letargikus leszel, ellazulsz, szinte már alszol, de igazából mégsem. Olyan, mintha ébren álmodnál. A szemed lezár, nem is bírnád nyitva tartani, de teljesen a tudatodnál vagy. Hallod, mi történik körülötted; ha zene szól, hallod a zenét, de nem tudsz felállni és járni. Illetve fel tudnál, de olyan lenne, mintha pattognál. Sokkal jobb hanyatt feküdni, félálomban, álom és ébrenlét határán. Az egész nagyon. . . nagyon. . . szinte misztikus.

Szinte az összes opiátfogyasztó sokkal inkább beszélt testi összefüggésben az érzéseiről, mint a marihuánát és a pszichedelikus szereket fogyasztók.

- I: El tudnád mondani a saját szavaiddal, hogy milyen érzés elszállni?
- V: Hát az első, amit érzek, az a meleg, ahogy felgyülemlik, majd az egész testemet elárasztja. Legelőször a combomat és a hasamat. Aztán az egész testem ellazul. Meleg önt el és nyugalom, mintha ködként ereszkedne rám a nyugalom, az egész testemre. Az idő mintha lelassulna, lelassulnak a gondolatok, és valahogy csapongóbbakká, asszociatívabbakká, álomszerűbbeké válnak. Minden elmosódik, a mozdulataim, a beszédem. Noha ezen tudatos erőfeszítéssel túl lehet lépni. A láz időnként sokkal erősebb, mint máskor. Nem tudom, mi ennek az oka. A láz alatt az azonnal rám törő meleget értem.

Az élmény okozta élvezetüket visszaadni próbáló alanyok nagy többsége azt mondta, hogy a testi ellazulás kezdeti érzése fokozatosan átalakult egyfajta szellemi jóllétézzé.

- V: Szerintem az egésznek van egy erősen testi oldala. Olyan, mintha a testedet ütnéd ki. Ugyanakkor a pszichológiai részének épp az a lényege. . . mármint hogy ez visz az utána következő érzésbe. Pszichológiailag jól érzem magam, sőt, remekül. . . Nem is tudom, tényleg jó [nevet].

Az „eltávolodási hatásnak” nevezhető jelenség szinte egyöntetű reakció volt az opiátoktól való elszállásra, szemben a marihuána vagy pszichedelikus szerek által kiváltottal.

I: El tudnád mondani a saját szavaiddal, milyen érzés az elszállás?

V: Mintha négykézláb másznál egy pszichikai felhőbe. Mindenki van párnázva. Nagyon kevés negatív dolog jut el hozzád. Nem is tudom, olyan nagyon nyugodt, nagyon kellemes állapot. Nagyon alacsony az idegesség szintje, és a vágyakozás is. Az elszállás közben. . . huh, olyan teljesnek érzi magát az ember. Akármilyen ürességet is érzett addig a lényében. . . gondolom mindenki úgy érzi, hogy hiányzik belőle valami. . . szóval ez az üresség betöltődik.

I: Mi történik, amikor visszatérsz? Hogy érzed magad?

V: A leszállás nagyon lassú. Általában ha napközben lövöm be magam, akkor még este is be vagyok löve. Reggel viszont teljesen normálisan ébredek. Én nem érzek semmiféle kijózanodást vagy leszállást.

Úgy tűnt, az eltávolodás az az érzés, hogy a fogyasztó „énje”, érzékelő selfje látja, mi folyik odakint, illetve szemmel láthatólag nagyobb mértékben látja, mi folyik odabent, a pszichéjében, ám egy távoli, bölcs nézőpontból. A jelenséget többen többféleképpen írták le.

I: Mi az, amit különösen szeretsz a heroinban?

V: A nemlét érzését.

I: Volt valaha bármilyen kellemetlen reakciód?

V: Ó, persze, rosszul lettem.

I: Zavar, hogy rosszul leszel?

V: Nem idegesít.

I: Milyen hatással van a fogyasztásodra?

V: Hát a legkevésbé sem tántorít el tőle [nevet].

Egy másik alany a következőképpen beszélt erről:

I: Mit szeretsz a heroinban?

V: Szeretem a teljes elzsibbadás érzését, és azt, hogy semmi miatt nem kell aggódni, meg hogy van egy helyem. Úgy értem, hogy olyan az egész, mintha lenne egy biztonságos helyem a világban, ami korábban nem volt.

Ám ennek az élménynek nem minden aspektusa volt kellemes. Több alany is kissé zavarónak találta.

V: Első alkalommal rosszul lettem, és arra gondoltam: „Ez lenne az a remek dolog?” Nem akartam otthon maradni, és egész éjjel úgy lenni. Úgyhogy elmentem. Hideg tél volt, nem gomboltam be a kabátomat, és remekül éreztem magam. Elmentem az egyik barátomhoz, szívtunk egy kis füvet, aztán hátradőltem, és színes pontokat láttam. Csak színeket, mintha egy szivárvány lett volna a fejemben. Olyan volt, mint egy savas utazás. Vagy mintha hallucináltam volna. Vagy mint amikor lehunyom a szemem, és ott van a sok színes pont. És ez teljesen ráállított a heroinra. „Felejtsd el, nem érdekel, hogy rosszul lettem”, mondtam magamban. „Annyira gyönyörű, gyönyörű.”

Az interjúkészítők számára nyilvánvaló volt, hogy több alany is nyugtató hatásúként élte meg ezt az eltávolodást – a drog szorongásoldó gyógyszerként működött.

I: El tudnád mondani a saját szavaiddal, hogy milyen érzés elszállni?

V: Hát legelőször is határozottan enyhül bennem a feszültség. Még ha nem is érzem különösen feszültnék magam, egyértelműen ellazulok, s ez az ellazulás teljesen eláraszt. Megnyugszom, elszáll az idegességem. S ez sokféleképpen megnyilvánul... abban, ahogy az egész életemet látom, és minden gyönyörűnek tűnik. Képes vagyok megbirkózni azokkal a dolgokkal, amikkel meg kell birkóznom. Nem tehernek látszanak a dolgok, hanem szép kihívásnak. Élvezem, hogy megtapasztalom a körülöttem lévő dolgokat. Sokkal jobban el tudom engedni a világot, mint amikor normális vagyok, és mindenben aggódok, amit meg kell tennem, meg a problémákon, meg mindenféle dolgon. Amikor elszálllok, mintha képes lennék sokmindenről megfeledkezni, és egyesével megbirkózni a dolgokkal. Ez amolyan elengedésszerű érzés.

A drogot többé-kevésbé „orvosságként” (nyugtatóként) használó, ugyanakkor az élvezet vagy az eufória említéséhez ragaszkodó fogyasztók szubjektív reakciói megnehezítették számunkra, hogy egyértelműek legyünk a heroin és eufória McAuliffe és Gordon

(1975) általi tárgyalása (lásd 2. fejezet) kapcsán kialakult véleménykülönbség kérdésében.

I: Mennyire fontos számodra a heroin?

V: Az attól függ. Ha például jól mennek a dolgaim, akkor úgy fogyasztom. Ha viszont nem mennek jól a dolgaim, ha valami történik velem. . . mint amikor anyám kábé havonta bevonul a kórházba, és minden rámszakad, meg ott vannak a vizsgák a suliban, meg akkor jöjjenek ki a fehérekkel, meg a baráti köröm ostobaságaival. . . hát ilyenkor nagyon fontos a heroin. És jó is.

Meglepetésként ért minket, hogy a legtöbb fogyasztó mennyire nem akar egyszerűen elszundikálni, hanem ki akarja élvezni az elszállást. Ez az attitűd néha, de nem mindig, hiperaktív személyiséggel párosult.

I: Mi az, amit leginkább szeretsz a heroinban?

V: Inkább azt mondom el, mit nem szeretek. Nem szeretem azért használni, hogy öntudatlan legyek tőle. Nem fokozza fel az érzéseimet, de szeretem addig a pontig használni, amíg ellazít, amíg az idegrendszerem lecsillapodik, amíg nem reagálok olyan hevesen a különböző körülményekre. Egyébként nagyon hiper vagyok. Mintha egyfolytában gyorsulnék. A heroin kicsit lelassít, és úgy világosabban tudok gondolkodni.

I: Akkor nem bóbiskolni szoktál?

V: Nem, természetesen nem. Szerintem a bóbiskolók csak pocskolják a szert, vagy megpróbálják tényleg kivonni magukat a képből.

A heroinhasználat gyakran egyedinek, az egyén szokásaival, a fogyasztás különleges alkalmainak megválasztásával kapcsolatosnak tűnt. Meglepett minket, milyen gyakran említették a heroinfogyasztást a szexuális élvezet felfokozásának különleges alkalmaként.

I: Milyen élményeid vannak a drogokkal és a szexszel?

V: Hm. Hát fel tudják fokozni az érzéki élményeket. Szerintem néha valahogy az érzelmi tartalmat is megváltoztatják. De én elsősorban érzéki, testi okokból használok heroint a szexhez.

Az egyik szexuálisan aktív kontrollált opiátfogyasztó számára a szex élménye szinte eggyéolvadt az opiát jelentette élménnyel.

I: Használtál valaha heroint szexhez?

V: Néha. Ha nem fogyasztasz túl sokat, jobban kapcsolatba tudsz lépni a testeddel. De kifejezetten a szexhez nem használok heroint. Általában inkább csak véletlenül jön össze a kettő. De meglehetősen felfokozódik a testérzetem a herointól, és olyankor jó ha ott van egy hölgy, akivel összebújhatok.

Ugyanakkor több alany is beszámolt egy, az opiátfogyasztók körében meglehetősen általános, szexuális problémáról.

I: Azt mondd, gyakran fogyasztasz heroint szex előtt?

V: Hát, már nem olyan gyakran, mint régebben. Tudod amikor fiatal voltam, kezdő, azt hittem, remek lesz vele a szex. Teljesen ellazultam tőle, és soha nem kellett aggódnom amiatt, hogy túl hamar elmegyek. Előtte volt ez a... azt hiszem, korai magömlésnek hívják. Aztán később, amikor már egy ideje együtt jártunk Susie-val, kezdett nagyon zavaró lenni a heroin. Remekül érzed magad, teljesen fel vagy húzva, egy ideig rettenetesen jó, de aztán szeretnél kijönni belőle, és nem tudsz. Egy idő után már cseppet sem jó, és pokolian idegesítő. Ha Susie nem vett be... márpedig körülbelül harmadannyit fogyasztott, mint én... akkor elzsibbadt, és abba akarta hagyni. És ilyenkor már inkább fájdalom az egész, nem öröm. Nem tudsz pisilni, nem tudsz kakálni, és leginkább nem tudsz elmenni.

Nem a szexuális együttlét volt az egyetlen különleges alkalom, aminek kapcsán fogyasztásról számoltak be az alanyok. A következő részlet több alanyra is jellemző, akik a marihuánafogyasztókhoz hasonlóan rájöttek, hogy az evés élvezetét jelentősen felfokozza a drog – s akiket nem zavart a rosszullet.

I: Heroinoztál, amíg Kaliforniában voltál?

V: Néhányszor. Volt néhány csipegető barátom, meg egy függő haverom, és néha elmentünk, alaposan bevacsoráztunk, és belóttuk magunkat. Én nem hittem el semmit abból a mellédumálásból, amit a heroinról nyomtak. Még most sem hiszem. Ez egy addiktív drog. Oda kell figyelni. Amikor enni mentünk, előtte mindig nyomtunk egy adagot, és úgy ettünk.

I: Amolyan társasági alkalomként?

V: Ja, kifejezetten társasági alkalom volt.

I: Elősegítette a társasági életet az elszállás?

V: Aha. Illetve attól függ, mennyit nyomsz be. Ha sokat, akkor elbóbiskolsz. Ugyanakkor hátborzongató szer ez, mert olyan energiát tud adni, amivel szinte bármire képes az ember. Egyszerűen megfelelő fogalmi keretbe kerülsz. Szerintem a heroinnal való elszállás úgy ahogy van, nem más, mint a nyomottság elleni küzdelem. Sokan ugyanezt csinálják az altatókkal. Aludniuk kellene tőlük, de küzdenek az alvás ellen, és szépen elszállnak közben.

Nyilvánvaló, hogy a legtöbb használó azért vette be a drogot, hogy elszálljon tőle, mely cél meglehetősen pikáns, sőt dekadens tevékenységekre utalhat. Ennek ellenére az egyik alany különleges alkalmakkor történő fogyasztása nehezen lehetett volna üdvösebb:

I: Van olyan tevékenység, amit a drogfogyasztás megnehezít, vagy lehetetlenné tesz?

V: Nincs. Inkább megkönnyíti a dolgokat.

I: Milyen tevékenységekkel szeretsz foglalkozni, amikor el vagy szállva?

V: Hát, szeretek a fiammal moziba vagy valamilyen sporteseményre menni, vagy valami ilyesmi.

Egy másik alany fogyasztása, ami ennél hétköznapiabb tevékenységeket eredményezett, jól illusztrálja, milyen sokfélék lehetnek az elszállt állapot hatásai.

V: Nagyon sokszor elszállok, és elmosogatok, aztán felmosom a padlót, meg ilyenek, ugyanis ezeket a dolgokat akartam megcsinálni, és meg is kellett volna csinálnom, csak épp nem volt hozzá kedvem.

I: De elszállva könnyebb?

V: Ennyi az egész [csettint]. Észre se veszed. „Nem is volt rossz!” Aztán megyek, és csinálom, amihez kedvem van.

Az is nyilvánvaló volt, hogy a funkcionálásra és az elszállt állapot levezetésére való képesség felfokozta a fogyasztó drogélményét.

I: Volt valamilyen különleges oka, hogy hétköznapiakon nem fogyasztottad?

V: Pontosabban hétközben csak este. Amikor először csináltam, nem tudtam utána túl jól működni. Meg tudtam volna csinálni dolgokat, de nem csináltam, csak ültem. És beszéltem,

beszéltem, beszéltem. Rengeteget beszélgettünk. De a beszélgetésen kívül nem sok minden másra voltam képes. Most viszont, ha hétközben akarom csinálni, akkor is működök. Sőt, nagyon jól. Ami azt illeti, néha, vagy inkább gyakran, többre jutok, ha el vagyok szállva [nevet].

I: Igazán?

V: Igen. Ha nem túl sokat veszek be. Ha nem szállok el túlságosan, csak egy kicsit. Akkor tudok mozogni, és céltudatos leszek. Beindulok, és megcsinálok a dolgokat. Mindenfélebe belekezek.

Természetesen nem mindenki szeretett ilyen tevékeny lenni – ez újabb példa a drog hatásának döbbenetes sokféleségére.

I: Általában mit csinálsz azután, hogy elszálltál?

V: Amikor elszállok, akkor leginkább csak feküdni szeretek, tudod. Nem szívesen csinállok semmi mozgalmat, mert minél aktívabb vagyok, annál jobban zavarja a tevékenység az elszállás élményét. Legszívesebben csak fekszem lehunyva szemmel, vagy zenét hallgatok, vagy nem, valamelyik barátommal vagy egyedül. Jó dolog barátokkal elszállni. És csak érezni az elszállást. Volt olyan, hogy mást is csináltam közben, de jobb szeretek a lehető legpasszívabb lenni.

Azok, akik arról a képességről számoltak be, hogy elszállva hatékonyabban tudnak meghatározott, aprólékos feladatokat ellátni, felvették az interjúkészítőkben azt a kérdést, hogy vajon milyen szintű ezeknek az alanyoknak a hiperaktivitása tiszta állapotban, még ha nem is adtak információt erről.

V: A heroinnal nagyon jól tudok zongorázni, teljesen ellazulnak érzem magam, és nagyon el tudok mélyedni benne. Olyan is volt, hogy akkor támadt kedvem zongorázni, amikor nagyon el voltam szállva. Épp belőttem magam, és remekül éreztem magam. Nagyon elszálltam, eljátszottam egy darabot, aztán egy másikat, aztán még egy csomót. Nagyon tetszett, tényleg, és teljesen ellazulnak éreztem magam. Jobban ment az önkifejezés.

A következő részlet egy nem hiperszenzitív nő válaszából jól illusztrálja, milyen széles skálán helyezkednek el a drog hatásai.

V: Igazából nagyon jól megy a munka, amikor el vagyok szállva. Rájöttem, hogy például rengeteget tudok írni anélkül,

hogyan elfáradnék. Sokkal tovább tudok az írásra koncentrálni, mert élvezem, és nem is annyira a végtermék számít, hanem maga a folyamat. És így sokáig képes vagyok csinálni.

Az összes megállapításunk közül talán azok a következetes beszámolók voltak a legmeglepőbbek, melyekben kontrollált fogyasztók állították, hogy a heroint és a többi opiátot aktív társasági alkalmak részeként fogyasztották, nagyon hasonlóan a marihuánához és az alkoholhoz.

V: És amikor beálltunk... tudod, egyszer csak hirtelen mindenki beáll... mindenki nagyon jól érzi magát, mindenki beszélget, mindenki kezdi megismerni a másikat, és az egész nagyon jó. Szerintem a heroin nagyon jó társasági drog. Egyszerre eltünteti az összes kis társasági feszültségedet. Nekem már azt is mondták, például nem heroinozó barátaim... egyszer hazamentem, és bejelentettem: „Épp most lőttem be magam”... mire ők: „Értelmesebb vagy beállva, mint máskor”. És én elhiszem ezt nekik, elhiszem, hogy így van. Szerintem ugyanis, ha nem viszik túlzásba, nagyon jó társasági drog. Érdekelni kezdi tőle az embert minden.

Mindeddig nem sokat írtak az opiátfogyasztás társasági-társadalmi aspektusáról. Ebben a vonatkozásban azonban megvilágosító erővel bírtak azok az interjúk, amiket több iráni személlyel készítettünk, akiknek szülőhazájában régi hagyománya van a ritualizált fogyasztásnak. Az irániak kissé leereszkedően – mivel úgy érezték, a nyugatiak semmit sem tudnak, vagy csak nagyon keveset az opiátfogyasztásról – mutattak rá, hogy Iránban a drogot alapvetően társasági formában fogyasztják. Elmondásuk szerint amikor férfiak egy csoportja vacsora után körbead egy ópiumpipát, akkor kellemes, oldott, beszédes hangulatú este vár rájuk. Néhány alanyunk tapasztalatai közel álltak ehhez az ősi hagyományhoz:

V: Sokkal inkább társasági dolog... alkalmyszerűen fogyasztjuk. Rengeteget beszélgetünk elszállítás közben. De olyat is láttam már, hogy többen összejöttek függők, felmentek egy lakásra, beálltak, aztán ment ki-ki a maga dolgára. Ha viszont alkalmyszerűen fogyaszt valaki, hiába köt le esetleg rengeteg energiát a beállítás rítusa, hiába van rengeteg várakozás, nem tör rá az a fajta kétségbeesett sóvárgás, mint amikor függő, és majd megőrül az anyagért. És nincs az az

elszigeteltség sem. Ha egy nagyvárosban szokik rá az ember, előbb-utóbb magányos farkassá válik. De ezt te is tudod, láthattad a többi fogyasztónál.

Egy másik gyakori megállapítás, ami valamelyest meglepett minket, az volt, hogy milyen mértékben visszhangozta számos kontrollált fogyasztó a marihuána- és pszichedelikus szer fogyasztók által a tiltó törvényeknek az egyébként kellemes társasági fogyasztásra gyakorolt hatása kapcsán megfogalmazott érzelmeit. Több fogyasztó is elég olvasott volt ahhoz, hogy Thomas Szasz (1975) idézze, azt állítva, hogy a drogfogyasztás elleni törvények miatt sokkal több negatív reakció fordult elő, mint maga a drogfogyasztás miatt.

V: A heroinfogyasztásra vonatkozó törvényeket azért tartom elavultaknak és nevetségeseknek... olvastam Thomas Szaszt... mert tudom, milyen mintázatot alakítottam ki a fogyasztása során. Tudom, hogy képes vagyok úgy fogyasztani, hogy azzal senki másnak ne ártsak. Márpedig a törvény erről szól... csak azért, mert illegális narkotikumot használ valaki, már bűnöző... vagy ahogy az emberek felhördülnek: „Heroinfogyasztó?”... tudod, ilyenek. Egyszerűen kiakaszt, amit az emberek azokról gondolnak, akik narkotikumokat használnak. Igazi nyűg, és csak a törvény miatt van.

A társasági opiátfogyasztásnak szemmel láthatólag erős összetartó hatása van. A kutatócsoport azonban megállapította, hogy ennek az összetartozásnak bizonyos aspektusai eltérnek a marihuánához és a pszichedelikus szerekhez kötődőktől. A másik két drog fogyasztói számára a közös élmény tűnt a legfontosabbnak, a maga összes furcsaságával. Az opiátok esetében viszont az illegalitással kapcsolatos félelmek közös mivolta tűnt fontosabbnak.

V: Az illegális drogfogyasztás olyasmi, amihez általában nagyfokú bizalom kell. És ha az nincs meg, akkor bizonyos mértékű paranoia alakul ki, hiszen végül is heroinról beszélünk. Azt hiszem, bizalom dolga az egész. Fogyasztottam már idegekkel is, de az nem ugyanolyan érzés.

A drogélményt követő kötődés rendkívül fontos, és sokáig tartó is lehet.

V: A fogyasztáshoz legmegfelelőbb körülmények? Talán a régi otthoni bandával, igen. Együtt kezdtük, együtt kísérletezgettünk, együtt mentünk át az élet egyéb dolgain, és kifejezetten

bízunk egymásban. Akár a heroin, akár más dolgok kapcsán.

I: Mióta nem laksz otthon?

V: Úgy hat éve.

Azok, akiknek a társadalmi kapcsolatai az opiátfogyasztáson alapulnak, állandó aggodalmat éreztek a fogyasztás rájuk, illetve barátaikra gyakorolt hosszú távú hatásai, továbbá a folytonos ellenőrzés és kontroll szükségessége miatt. Ezek a csipegetők a saját szemszögükből nézve természetesen új utakon jártak.

V: Manuel, Nancy és én már évek óta együtt heroinozunk. A munkánk és egyebek miatt az év első felében általában távol vagyunk egymástól, ilyenkor itt élünk fenn, északon. De tartjuk a kapcsolatot, és csak részben a drogfogyasztás miatt. Úgy értem, meg-megkérdézzük egymástól, hogy hogy van a másik, mennyit hernyózott, meg ilyenek. A heroin mindannyiunkat érdekel, kapcsolatban áll az alkotással, a művészeti tevékenységünkkel, meg a külön-külön végzett munkáinkkal is. Mindannyian azért használjuk, hogy ellazítson. . . igen, néha munka közben is. . . és úgy érezzük, az elszállásnak köszönhetően néhány áttörést is elértünk az alkotásban. Úgyhogy igen, tartjuk a kapcsolatot, és beszélünk róla.

A drog hatásai változatosak, és néha nagyon nehéz megbirkózni velük. Így nagy jelentőséget kapott az, hogy a fogyasztónak legyen olyan köre, ami megértő tagjai rossz hangulatával vagy akár kivonulási vágyával kapcsolatban is.

V: Hát, attól függ, de általában véve azt mondhatom, hogy jobban élvezem a drogokat mások társaságában. Tudom, hogy időnként melankolikus leszek a herointól, és nem mindig a legjobb társaságban melankolikusnak lenni. Ezért néha egyedül lövöm be magam. De társaságban más, és ha mégis melankolikus leszek, a barátaim megértik. Igen, valószínűleg jobb társaságban csinálni.

Kontrollált fogyasztóink számára az is fontos volt, hogy bebizonyítsák – elsősorban maguknak, másodsorban másoknak –, heroinfogyasztásuk nem zavarta meg azon képességüket, hogy több különböző társasághoz is tartozzanak.

V: Még amikor Kaliforniában a legsúlyosabb drogos szakszomban voltam, akkor is fenntartottam a középiskolai kap-

csolataimat. Igyekszem ápolni a kapcsolataimat, és mindig eljátszom a szerepem, akármi is legyen az. Annyira sohasem vesztettem el a kontrollt, hogy teljesen meg kelljen szakítanom a kapcsolatot egy bizonyos társasággal.

Amikor a fogyasztók megpróbálták fenntartani a kapcsolataikat egyéb társaságokkal is, szembekerültek azzal a problémával, hogy el kell titkolniuk heroinfogyasztásukat. A legtöbb kontrollált fogyasztónk, mint a következő kettő is, szöges ellentétben a szenvedélyes fogyasztókkal, morbid aggodalommal ügyelt rá, hogy fogyasztásukra ne derüljön fény.

V: Nagyon közeli kapcsolatban álltam az anyámmal és a többi barátommal, akikkel többet lógtam, mint bárki mással. Ezekkel a fickókkal csak a heroin miatt voltam együtt, de a többi barátom kifejezetten fontos volt számomra. Tudod, szinte már hármas életet éltem. Nem csak az anyám előtt kellett titkolóznom, hanem a jófiúk előtt is, de közben valahogy együtt kellett lennem a rosszfiúkkal is. Ja, és közben mutass valamit a társadalom felé is. . . tudod, nézz ki normálisan, ne lássa rajtad senki, hogy mit művelsz. Nem is bírtam minden nap drogozni.

V: A legtöbb barátom nem tud róla. Esetleg szóba került néhányszor, de aztán annyiban hagytuk, és soha nem merült fel újra. Így hát nem tudom, valójában mit tudnak, vagy mit hisznek, mert nem firtatom a dolgot. Ők ugyanis kicsit másak. . . van, aki még füvet sem szívna. Az első reakciójuk az volt, hogy felszisszentek. . . tudod, akkora sokk volt nekik a dolog. De a barátságuk jelent nekem annyit, hogy fenn akarjam tartani, és nem hagyom, hogy a drog közénk álljon.

Az a félelem, hogy a nem fogyasztók rájönnek a fogyasztásra, szinte minden alanyunk esetében megalapozottnak bizonyult.

V: Azok, akik soha nem csinálták, vagy azok, akik csak régen csinálták. . . tudod, a jó útra tért drogosok. . . annyira ellenzik, hogy még említeni sem érdemes előttük. Nem akarok vitát kiobbantani. Akiknek meg elmondtam, azok egyfolytában figyelnek, hogy vajon csinálom-e, és ha igen, akkor elkezdene papolni. Úgyhogy nem érdemes elmondani.

Azt, ha egy kontrollált fogyasztó áttért a szippantásról az injekciózásra, még azok a barátok sem helyeselték, akik ismerték a drogélmény

bizonyos aspektusait. Ez csak tovább növelte azt a „paranoiát”, amit alanyaink a fogyasztásuk lelepleződése kapcsán éretek.

I: Vannak olyan barátaid, akik nem fogyasztanak, de tudják és helytelenítik, hogy te igen?

V: Igen.

I: És erős szavakkal?

V: Aha.

I: Miket mondtak?

V: Hát, az egyik barátom. . . az egyike a leghajthatatlanabbaknak. . . nagyon aggódik. És állandóan prédikál. És általában mire eljutunk a prédikálásig, már ki vagyok akadva. Egyszer, még mielőtt rendszeresen fogyasztani kezdtem volna, együtt szippantottunk heroint, de ő nem szállt el tőle, és el is mondta. „Tíz dolcsim ment rá, és nem történt semmi”, panaszkodott. Miután először szúrtam magam, elmentem hozzá, és azt mondtam neki: „Nekem teljesen más, mint neked volt. . . egyszerűen fantasztikus!” Mire ő: „Szippantottad?”, én meg mondtam, hogy nem. Na, ekkor kezdődött minden. És rögtön az anyagi résszel kezdte. . . pedig a legjobb barátom: „Na, akkor mostantól kezdhettek vigyázni a hífmre”. Ezzel a felvezetéssel, érted? Aztán jött a prédikáció: „Ha egyszer elkezded, nem tudod abbahagyni; elég egy alkalom, és egész életedre a rabja leszel; hagyd abba, amíg tudod.” Én meg úgy vagyok vele, hogy ha nem kérek ebből, akkor az a legjobb, ha szóba sem hozom a dolgot.

Az interjúkból egyértelműen kiderült, hogy a nem fogyasztók nem képesek elhinni, hogy a heroint kontrollált módon, társasági összejöveteleken is lehet fogyasztani. Ahogy az egyik alany megfogalmazta:

V: Hallgathatnám, hogy „Függő lesz belőled, nem akarok egy függővel élni”. És egyfolytában csak a veszekedés menne. Úgyhogy sokszor inkább nem is hozom szóba. Egyszerűen csak elsállok, és nem mondom meg. És ha megkérdi: „Teljesen össze van szűkülve a pupillád, belőttem magad, vagy mi?”, akkor rábólintok: „Ja, belőttem magam.” De ha nem kérdez rá kifejezetten, akkor sokszor inkább a házban is felteszem a napszemüvegem, hogy eltakarjam a szemem. Hogy ne lássa. (Az alany mindvégig egy nőnemű illetőről, feltehetőleg a feleségéről/élettársáról beszélt. – *A ford.*)

A nem fogyasztó „szignifikáns egyebekkel” rendelkező alanyok egy másik nehézséggel is szembesültek: nemcsak a személyüket, hanem a barátaikat is érintő kritikákkal.

I: Hogy viszonyul a feleséged a barátaidhoz?

V: Egyáltalán nem szereti őket.

I: Miért?

V: Mert úgy érzi, rossz hatással vannak rám.

I: Más szóval, ha nem lennének, és nem hívnának, akkor valószínűleg még hétvégén sem fogasztanál. Így van?

V: Nem, ezt nem mondanám. Egyszerűen arról van szó, hogy szívesebben fogasztom, amikor a barátaimmal vagyok.

A magukra öltött bátor álarc ellenére kontrollált heroinfogyasztóink tudták, hogy rendkívül veszélyes dolgot művelnek. Különösen a függőkkel való kapcsolat volt kellemetlen, sőt rémisztő, pedig ezt fent kellett tartaniuk a drog beszerzése érdekében.

V: A csipegetéssel az a legnagyobb gond, hogy óhatatlanul kapcsolatba kerül az ember a heroinista szubkultúrával. Komoly problémákat okoz, amikor egy-két grammnyi anyagot veszel. Az eladó általában még két hétig naponta kétszer hív, ami nagyon zavaró. Aztán mindig átvernek. Soha nem tudsz jó vásárt csinálni. Állandóan zaklatnak a telefonon. Minden hívás felszólítás is egyben, hogy csatlakozz a függő szubkultúrához, vagy a rendszeresen fogyasztókhoz, és ez ellen nem tehetsz semmit. Azok, akiktől vásárolsz, ehhez a szubkultúrához tartoznak.

A függőkkel való kapcsolat nemcsak megnövekedett fogyasztást és potenciális függővé válást eredményezhet, de magában rejt a letartóztatás veszélyét is.

I: Szóval az utcán szoktad venni?

V: Gyakorlatilag mindig.

I: Van ennek valami oka?

V: Hát igen. Ott látom az embereket. Ismerek egy helyet, egy házat, de ott rettenetes a szer. Még végső kétségbeesésemben sem mennék oda. Vagy ha mégis, akkor nem tudnék elszállni. De szóba sem jöhet. Pedig pár percre van csak a lakásomtól.

I: Tehát előre megbeszélt helyekre kell menned.

V: Igen, és ebből volt a zűr valamelyik este is. Egy ideje, pár hónapja elég forró a talaj a környéken. Mindenfelé rendőrök, ide-oda cirkálnak, figyelnek, úgyhogy nagyon gyorsan le kellett rendezni az üzletet. És egyfolytában a tükröt kellett nézni közben. És ha jobban belegondolok, alig tíz perccel azután, hogy végeztünk, el is kapták az emberemet.

A kontrollált alanyok és az opiátfüggők közötti kapcsolat foka változó volt. Néhány alany semmilyen kapcsolatot nem tartott a függőkkel, mert közvetítő révén vásárolt; a legtöbben csak vásárláskor kerültek kapcsolatba velük, ám akadtak olyanok is, akik többféle kapcsolatba álltak a függőkkel. Ugyanakkor mindegyikük rettegett attól, hogy olyanná válhat, mint a szenvedélyes fogyasztók, akiket megismertek.

I: Amikor fogyasztottad a szert, alkalmi fogyasztónak, csipegetőnek, vagy valami másnak tartottad magad? Milyen identitást, milyen énképet alakítottál ki magadról?

V: A függőkhöz és a tisztákhoz képest?

I: Igen.

V: Hát, olyasvalakinek tartottam magam, aki ismeri a függők világát, aki tudja, mi folyik az utcákon, de aki ugyanakkor nem része az utcai életnek. Kívül álltam azon. A másik lábammal meg a nem fogyasztók életében voltam. Amikor a szervezetnél dolgoztam, vagy amikor részt vettem az egyik programban. . . az ilyen dolgok kint tartották az egyik lábamat, és megakadályozták, hogy páros lábbal beugorjak a tűzbe. Így abba az egyedi helyzetbe kerültem, hogy mindent megfigyelhettem. Ha valaki tényleg belemegy, akkor már nehéz megfigyelnie bármit is. Érted, mindkét lábbal benne vagy, ez vesz körül. . . nehéz. De nekem szerencsém volt, az egyik lábamat kint tartottam, így meg tudtam figyelni, mi történik, és láttam, milyen veszélyek leselkednének rám, ha a másik lábammal is belépnék.

A következő alany függőségtől való félelme szankcióként vagy szabályként működött kontrollált fogyasztása fenntartásában.

I: És miért ért véget ez a szakasz?

V: Eljutottam egy olyan állapotba, ahol nem volt más választásom, mint teljesen elmerülni a heroinisták életében, ami azt jelentette volna, hogy rengeteg dolgot meg kellett volna

tennem. . . prostituálnak állni, meg ilyenek. . . meg lopni, nagyban. Úgy láttam, ez nem vezetne sehová. Mindig is többet akartam ennél.

Az alanyoknak meg kellett birkóznuk ezzel a félelemmel – hogy függővé, pontosabban függő, csavargó életmódot élő heroinistává válnak, ugyanis az életmód legalább olyan rettenetes perspektíva volt, mint a fiziológiai függőség. Az alanyok nagyon sokáig elfojtották félelmeiket és külső kontrolltényezőket kerestek. A következő férfi nem bírta elviselni a feszültséget, és kénytelen volt egyszer és mindenkorra megállapítani, hogy képes-e tolerálni a függőséget anélkül, hogy csavargóvá válna. A hétköznapi pszichiátriai gyakorlatban kontrafóbiásnak neveznék a kísérletet, amit magán elvégzett.

V: Mindegyiknél megjelentek az elvonási tünetek, amikor eljöttek a kórházba.

I: Ezért voltak ott?

V: Igen. Volt néhány komolyabb eset. Nekem muszáj volt megismerni az elvonás jellegét, hogy mivel küzdenek tulajdonképpen ezek a fickók, és hogy milyen szokás ez. . . fiziológiai folyamat-e vagy pszichológiai. Néhányan nagyon ijesztően festettek; úgy néztek ki, mintha a poklok poklát élnék át. Másoknál nem tűnt olyan vészesnek, csak a hideg rázta őket, de kibírták. De miközben az élményeikről, a tapasztalataikról beszélgettem velük, az lett a meggyőződésem, hogy a függőségük nem is annyira az anyagnak szól, hanem a rítusoknak és az életstílusnak. És ezt én is meg akartam tapasztalni. Úgyhogy nem sokkal később vettem egy csomó heroint, és tíz napon át minden nap használtam.

I: Mindvégig egyedül?

V: Igen, bár mások is tudtak róla, mit csinálok. De senki más nem fogyasztott belőle. Úgy voltam vele, hogy azt én vettem magamnak, kifejezetten ahhoz a kísérlethez.

I: Mi volt a kísérlet célja?

V: Megtudni, hogy mit tesz velem. Megtudni, hogy milyen lenne a leszokás.

I: Mi történt, amikor abbahagytad?

V: Nagyon rosszul lettem. Négy-öt órán át rázott a hideg. Két napig fájt a fejem. Ettől eltekintve igazi kaland volt.

A függőkkel közeli kapcsolatban álló alkalmi fogyasztók mindegyikének voltak tapasztalatai arról, hogy milyen szörnyűségekkel járhat a függőség.

V: Bevittem a klinikára... szerintem ha nem rólam van szó, nem ment volna be. Beköltözött egy segítőházba, de aztán nagyon megharagudtam rá, mert nem akart ottmaradni. Kilepett, és börtön várt rá. (Ez néhány éve történt.) Azt mondta: „A fenébe, nem megyek oda, hülyék azok.” Úgyhogy én mentem [nevet], és ott is maradtam. Rosszul volt; tizenhét órában át ültették egy széken, a falat bámulva. Tudtam, mi fog történni... az ember rosszul lesz, ha egész éjjel így kell ülnie. Másfél nap után lelépett. Én még egy ideig vele maradtam. „Tudom, mit érzel”, mondtam [nevet]. Azt hiszem, tényleg sokmindent próbáltam tenni érte. Sok különböző helyre megpróbáltam elvinni.

I: Aggódsz még a drogozása miatt?

V: Nem, nagyfiú már. Magam miatt aggódom. De azt mondta, örülne, ha képes lenne azt csinálni, amit én csinálok most. Éppen csak csipegetni... szerintem ez tényleg nagy dolog.

Mivel alanyainknak közel a fele eljutott a függőség határáig, mielőtt megállapodott volna hosszú távú kontrollált fogyasztási mintázatában, tudták, mitől kell félniük:

V: Igen, ő jobban lőtte magát, mint én.

I: Több alkalommal.

V: Nem feltétlenül több alkalommal, de többet...

I: Mindig több anyagot használt?

V: Igen. És nekem is voltak fájdalmaim, így azt hittem, hogy ettünk valamit, vagy ilyesmi. De ellentétben vele én nem szoktam rá semmire. És én gondoskodtam róla. A nők általában képesek túllépni a saját gondjaikon, hogy gondját viseljék a pasijuknak [nevet]. Akkor tényleg megtudtam, milyen az, amikor hiányzik a szer. És azután nagyon óvatos lettem. És megpróbáltam vele is óvatos lenni. Nehéz volt kordában tartani. Volt néhány rohama, rugdosás, meg ilyenek.

I: Te átmentél valaha ilyenekre?

V: Nem. Illetve nagyon ritkán rossz volt a gyomrom, de ez volt a legtöbb.

I: És folytattad a fogyasztást ezek után is?

V: Igen. De sokkal kisebb mértékben, mint azelőtt. Nem mindennap. Mondjuk két napig csinálom, aztán tudatosan kihagyok egy napot.

A függő heroinistává válástól, azaz a függőség és a függő életstílus elfogadásától való félelem nagyon valós volt azok számára, akik kiterjedt kapcsolatokkal rendelkeztek a függők körében.

V: Nagyon sokat láttam. Egyszer aztán felébredtem, úgy éreztem, rosszul vagyok, és majd beszartam a félelemtől. Meséltem Pennyről... vele álltam be először. Hat hónappal később Penny már kurva volt, ráadásul olcsó kurva. Háromszor dugták meg egy szúrásért. Szerintem még azt sem tudta rendesen csinálni. Egyszerűen rengeteg anyag kellett neki. Úgy, ahogy én csinálom, kábé minden második hétvégén, nem olyan drága. De nem akarok több függőt látni. Olyan távol akarok maradni tőlük, amilyen távol csak lehet.

Önmagában véve elég rossz volt a függőségtől, a heroinistává válástól, a letartóztatástól való félelem is, ám akadtak még súlyosabb aggodalmak is. A legtöbb alanyunk olyan társadalmi szankciókat tartott be, melyek valódi óvintézkedések voltak a túladagolás és a fertőzés veszélyeinek minimalizálásához. Mégis, mindannyian ismertek rémtörténeteket.

V: Egy ideje szúrom magam, de aztán hallottam néhány fickóról, aki túladagolásba halt bele. Ezután hirtelen nem tetszett a gondolat, hogy tűt nyomjak a karomba. Egyfolytában arra gondoltam, hogy minden egyes alkalommal, amikor megsúrom magam, potenciálisan a túladagolással játszok. Mellesleg úgy éreztem, hogy a köhögés elleni szirup meg a Doridens körülbelül ugyanazt a hatást váltja ki, mint a heroin. Tudod, a bóbiskolást, az elszállást... csak a láz nincs hozzá.

És az egyik kontrollált fogyasztó számára a „rémtörténet” egyszer valósággá vált.

V: Nagyon ijesztő volt, mert korábban sohasem történt még velem ilyen, aztán egyszer csak elvörösödött és kidudorodott minden véna a karomban, és láttam, ahogy kúszik felfelé a karomon, és már csak ennyi volt ettől eddig. Gondoltam, hogy ha elér eddig, akkor ott jön az „isten veled”. Most

mit csináljak? Hát, gondoltam, benyomom. És csak nyomtam, mert akkor már túl késő lett volna bármit tenni, és gondoltam, ha már így esett, akár élvezhetem is. És akkor elbúcsúztam Johntól, tényleg. Azt mondtam: „Azt hiszem, ez az, bekaptam.” És aztán mind a ketten teljesen kiborultunk.

Ötödik fejezet

Kutatási eredmények: a drogfogyasztás rítusai, szankciói és kontrollja

A marihuána, a pszichedelikus szerek és az opiátok farmakológiaiájának és kémiaiájának a kutatásai számos kötetet töltenének meg (lásd például Grinspoon, 1971, 1979; Kaplan, 1970; Goodman & Gilman, 1975). Szerencsére ahhoz, hogy megértsük ezeknek a drogoknak a személyiséggel (*set*) és a társadalmi környezettel (*setting*) való szociálpszichológiai kapcsolatát, mindössze minimális farmakológiai ismeretekre van szükségünk. Sokkal fontosabb azt megismernünk, hogy hogyan fogyasztják ezeket az anyagokat.

Marihuána

A marihuána alapanyaga a közönséges kender (*Cannabis sativa*), amit évezredek óta használnak papír- és kötélgyártásra. A növény, különösen a nőivarú példányok csúcshajtása illatos, ragacsos váladékot termel, ez tartalmazza a bódító hatóanyagokat. Amikor magukat a csúcshajtásokat gyűjtik be, marihuánáról beszélünk; amikor csak a váladékot, hasisról. Érdekes módon, ellentétben a legtöbb droggal, a marihuána az általában használatos dózisaiban farmakológiai szempontból nem osztható sem stimulánsként, sem depresszánsként. Nagyobb dózisban valószínűleg pszichológiai depresszánsként, sőt nyugtatóként hat, azonban nagyrészt hiányoznak azok a fiziológiai depresszív hatásai, melyek az alkoholnál, a barbiturátoknál, a benzodiazepineknél és az opiátoknál jelentkeznek – ez magyarázza a kannabisz alacsony méregtartalmát. Noha a marihuána hatását néha pszichedelikusnak nevezik, a kannabisz-csoport kémiaiilag nem áll rokonságban a pszichedelikus szerekkel.

A legaktívabb bódító alkotórészének a THC-t (delta-9-tetrahidrokannabinol) tartják, és a kannabisz-készítmények erősségét ál-

talában THC-tartalmuk alapján határozzák meg. Valójában több mint 200 vegyi alkotóelem található a növényben, melyek némelyike a növény egy-egy adott fajta jellegzetességét határozza meg, aminek eredményeképpen a különböző fajták nemcsak eltérő erősségűek, hanem eltérő, egyedi reakciókat váltanak ki. Sok droggal szemben a kannabisz nem vízben, hanem zsírban oldódó, s ennek következtében a fogyasztását követően néhány napig még megmarad a test zsírszöveteiben.

A marihuánafogyasztás nem túl ritualizált. A legkülönbözőbb körülmények között zajlik: mozi előtt, partikon, tévézés közben, erdei sétákon. Fogyasztják egyedül, otthon ülve, vagy baráti társaságban. A kontrollált fogyasztók általában nem kifejezetten a marihuánafogyasztás miatt jönnek össze; elsősorban társasági életet élnek, s ha fogyasztanak is drogot, azt mellékesnek tekintik (Kaplan, 1983; Trebach, 1982; Weil & Rosen, 1983).

A marihuánarítusok rugalmasságát részben a drog farmakológiája magyarázza. Az adott minta erejétől is függő hatás viszonylag enyhe, és nem tart sokáig. Alanyaink, akik tapasztalt fogyasztók voltak, könnyen kontroll alatt tudták tartani a drog kiváltotta elszállást, és általában képesek voltak normálisan funkcionálni abban az állapotban, ha a helyzet megkívánta. Ez a megállapítás nem lepett meg. Amint azt Becker (1963) megfigyelte, mivel a marihuánaelszállás élvezése és kontrollja tanult dolog, a fogyasztó végül képes lesz a szer hatása alatt is adekvát módon viselkedni. Weil, Nelsen és jómagam (1968) kibővítettük ezt a megállapítást, felfedezve, hogy kontrollált környezetben a tapasztalt marihuánafogyasztók jobban tudták kontrollálni az elszállt állapotot, mint a naiv fogyasztók.

A marihuánarítusok rugalmassága a drog státusának összefüggésében is magyarázható. Társadalmunk ma már széles körben elfogadja, hogy bár a marihuána továbbra is „rossz” drog, „nem annyira rossz”, mint a heroin, az LSD vagy a kokain. Ez az új hozzáállás a marihuánafogyasztás terjedésével társulva olyan környezetet hozott létre, melyben már nincs olyan nagy szükség a rítusok formájában megjelenő merev külső kontrolltényezőkre, mint az 1960-as években. Az 1960-as évek közepének sokkal hangsúlyosabb ritualizációjáról huszonöt éves, vagy annál idősebb alanyok számoltak be. Nosztalgiával és humorral idézték fel a félhomályos szobákat, a bezárt ajtókat, a zenét, a gyertyákat, a füstölőt, a padlón körben ülő embereket, és a szertartásosan körbeadott jointot. Az interjú készítésekor már bizarnak és feleslegesnek tartották korábbi viselkedésüket. Manapság, amikor az alkalmi marihuánafogyasztók

száma mintegy 31,9 millióra emelkedett az Egyesült Államokban, a drogot kipróbálók száma pedig 57 millióra (Miller & Associates, 1983), a marihuánafogyasztás sokat veszített deviáns jellegéből. Ennek megfelelően a kontrollált fogyasztást támogató társadalmi szankciók megerősödtek, és a fogyasztói szubkultúra nagy részében elérhetővé váltak.

Ilyen körülmények között sok mindent meg lehet tanulni a kontrollált fogyasztásról még a tulajdonképpeni fogyasztás megkezdése előtt. Mielőtt eldöntené, hogy fogyaszt-e marihuánát vagy sem, a legtöbb amerikai kamasz már nagyon jól tudja, hogy ettől a drogtól senki sem örül meg vagy esik szét. Fiatalabb alanyainknak (tizennyolc-huszonöt évesek) voltak olyan tanáraik a középiskolában, akik marihuánát szívtak, és voltak olyan idősebb testvéreik, akik szintén fogyasztották a drogot. Ugyanezek az alanyok barátaitól, az underground sajtótól, a popzenéből és a regényekből is szereztek ismereteket a marihuánáról. Első néhány próbálkozásuk a droggal számos rituális elemet ismételt meg az 1960-as évek elejéről. Ezek az első próbálkozások meglehetősen formális alkalmak voltak, melyeken egy-egy tapasztalt fogyasztó megismertette az újoncot vagy újoncokat a droggal, útmutatást adott, megmutatta, hogyan érdemes elszívni az anyagot, és elosztta a kezdők félelmeit. Az újak azonban igen hamar túlléptek ezeken a strukturált helyzeteken, és elkezdtek különböző társadalmi körülményekhez (*setting*) idomítani a fogyasztást. Nem volt nehéz olyan fogyasztó barátokat találniuk, akikkel nem csak a drog iránti érdeklődésben osztoztak.

Ennél fogva az erősen specifikus rítusok hiányát nem szabad arra utaló bizonyítékként felmutatni, hogy a kontrollált fogyasztók meggondolatlan módon fogyasztják a marihuánát. A korábban merev külső kontrolltényezőkként szolgáló rítusokat az elmúlt évtizedben általánosabb, de továbbra is hatékony társadalmi szankciók váltották fel. A marihuánafogyasztás aspektusainak egyre alaposabb megismerése révén ezek a szankciók – hasonlóan az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódókhhoz – internalizálttá váltak, és a szankciók alátámasztására kialakult rítusokat már nem kellett olyan szigorúan betartani.

Kutatócsoportunk számára sokkal nehezebbnek bizonyult abúzoróket találni, mint kontrollált marihuánafogyasztókat. Az egyik alanyunk jellemzése szerint a drog nem különösebben mérgező, könnyen kontrollálható, és nehéz, bár nem lehetetlen abúzus szintjén fogyasztani. Néhányan őszinte hitetlenségüknek adtak hangot, amikor megkérdeztük, jelentett-e bármikor is problémát számukra

fenntartani a kontrollált fogyasztást. Ennek ellenére nem ütöttek meg messianisztikus hangvételt a marihuánával kapcsolatban; felismerték az abúzus lehetőségét, és irányelveket fogalmaztak meg az értelmes fogyasztásról. Ahogy egyikük fogalmazott: „Az anyag nagyszerűségével kapcsolatban született összes racionalizálás ellenére nem gondolom, hogy lenne okom egyfolytában elszállni. S mégis, ha ok nélkül állandóan el vagyok szállva, akkor ez már önmagában ok arra, hogy megvizsgáljam a dolgaimat.” Egy másik alany megjegyezte, hogy ha valaki túl sok marihuánát fogyaszt, csökken az elszállás minősége; s ha ez bekövetkezik, jobban teszi, ha egy időre leáll, majd ritkább fogyasztási mintázatot kezd követni. A kontrollált fogyasztók három érvet hoztak fel amellet, hogy miért nem szabad túl sok marihuánát fogyasztani egyszerre: hogy elkerüljük a múltó, ám kellemetlen pánikreakciót vagy paranoiát; hogy kontrollálható maradjon az elszállás, s így jobban élvezhessük az egyéb tevékenységeket; illetve hogy ne pazaroljuk a drogot. Az alanyok általában követték azt az elvet, hogy nem szállnak el a munkahelyükön vagy az iskolában. Például Susan S., aki hetente több napon is házvezetőnőként dolgozott, úgy nyilatkozott, hogy bár „beállva” is tudna takarítani, inkább a szabadidejére korlátozta a drogfogyasztást.

Noha a joint körbeadása a csoportban már nem lényeges momentum, számos alkalommal még ma is elősegíti az elszállás intenzitásának növelését. Az egyes szippantások között eltelt idő lehetővé teszi a fogyasztó számára bódulata fokának megfigyelését. Több alany is úgy nyilatkozott, hogy amikor egyedül vagy egy-két ember társaságában fogyasztott, akkor néhány szippantás után megálltak, hogy „utolérje” őket az elszállás, majd eldöntötték, hogy akarnak-e többet, vagy sem. Az egyik alany megjegyezte, ez különösen akkor volt okos fogyasztási mód, amikor újféle marihuánát próbáltak ki.

Számos, a marihuánáról az elmúlt években megjelent könyv és cikk figyelmeztette a közvéleményt, a fogyasztókat és a potenciális fogyasztókat a drog veszélyeire. Nagy hangsúlyt kapott a fogyasztás nyomán keletkező potenciális testi, társadalmi és pszichológiai károsodás. Több szerző, például Peggy Mann (1978), Gabriel G. Nahas (1976) és Robert L. DuPont (1983) nagy mértékben visszatért az 1960-as évek eleji állásponthez, amely alig tett különbséget a fogyasztás és az abúzus között (Heller, 1972; Kaplan, 1970; *Marijuana and Health*, 1982; *Report of the Liaison Task Panel*, 1978).

Ezekben a figyelmeztetésekből implicit módon ott rejlik az a felfogás, hogy maguk a fogyasztók nem mérik fel a drogfogyasz-

tásból fakadó veszélyeket. Ez természetesen esetenként igaz lehet, ahogyan a következő két interjúrészlet is bizonyítja:

- I: És mondjuk épp egy görbe éjszakát csaptok... Fogyasztasz marihuánát, vagy sem?
 V: Ó, persze! Jöhet bármi.
 I: Értem, szóval nem probléma. Előfordult, hogy...?
 V: Ha be vagyok állva, iszok is. Mondom, jöhet bármi... beszedem, mint egy bábu, be én!

Sok jel utalt arra, hogy ennek a fiatalembernek a drogfogyasztás terén tanúsított felelőtlensége az élet egyéb területein is megnyilvánul, és kétségesnek tűnt, hogy bármiféle figyelmeztetés eljutna hozzá.

Egy másik alany azt a rendszertelen „abbahagyja-elkezdi” fogyasztási mintázatot követte, ami az alkoholproblémákkal küzdők körében is gyakori.

- I: Leálltál már valamikor vele?
 V: Igen, de nem hosszú időre.
 I: Miért álltál le?
 V: Hát, néha nem tudtam szerezni, máskor meg ki akartam próbálni, milyen nélküle. Nem volt semmi különösebb oka, csak gondoltam, bebizonyítom magamnak, hogy nem vagyok függő, vagy valami.
 I: És mennyi időre sikerült leállni?
 V: Talán egy hét lehetett a legtöbb.
 I: És miért kezdted újra?
 V: Csak, mert kedvem támadt.

Ez a hozzáállás természetesen a fogyasztó bizonytalanságát jelezte abbéli képességében, hogy kontrollálja a drogfogyasztást.

Ettől a két kivételtől eltekintve alanyaink teljes mértékben tisztában voltak a potenciális nehézségekkel, és konkrét figyelmeztetéseket fogalmaztak meg azokkal kapcsolatban.

- V: Vannak olyan kölykök, és hát felnőttek is, akik túlzásba viszik a füvezést. Pedig az gyakorlatilag akár alternatív életstílussá is válhat. És az nem jó különösen a középiskolás srácoknak nem, hiszen más, hasznosabb dolgokkal is eltölthetnék az idejüket. Elkezdenek drogozni, aztán egyszer csak úgy tűnik, ez a válasz minden problémájukra. Már az összes barátjuk füvezik, és tudom, hogy a középiskolákban nagyon

sok problémát okoznak a kemény drogok. Hallucinogének, nyugtatók, ilyenek.

I: Tehát őszintén aggaszt a dolog?

V: Ó, igen. Szerintem egyértelműen veszélyes lehet.

Más interjúk is hasonló érzelmekről tanúskodtak. Mindazonáltal legtöbb alanyunk annyira szerette a marihuánát, hogy a potenciális veszélyek felismerését kiegyensúlyozták a droggal szerzett pozitív tapasztalatok.

Az interjúk arra utaltak, hogy még nagyobb zűrzavar alakulhat ki a hatékony szankciók létezésének kérdésében. Az illegális drogfogyasztás körül kialakuló szankciók gyakran bizarrak és egyediek, mint például a következő alany azon felfogása is, hogy a marihuánafogyasztás évszakhoz kötődő tevékenység:

V: Meg tavasszal is... nem is tudom... de az emberek rengetegszer elszállnak. Nem, hogy naponta egyszer szívnál... hanem többször is elszállsz... és gyakorlatilag ez megy egész tavasszal.

I: Általában ez ismétlődik minden tavasszal?

V: Igen.

I: És mi a helyzet a nyárral?

V: A drogosok szempontjából azok a nyáriak, akik utazás közben drogoznak. Én nyáron, amikor elutazom, alig drogozom.

Az, hogy ez a nő előnyben részesítette a tavaszt a nyárral szemben, számára értelemmel bírt, ha más számára nem is, és öt éven át működött fogyasztási szabályként.

Ám gyakrabban fordult elő, hogy a fogyasztást kontrolláló szankciók nem voltak teljesen tudatosak, vagy az alany nem volt hozzászokva, hogy megfogalmazza őket. A következő férfi csak homályosan tudta, hogy vannak ilyen szankciói:

I: És volt különösebb kellemetlen reakciód?

V: Nem, nem volt. Most is szívok, ha megfelelőek a körülmények. De nem fogok elmenni, és megvenni. Jó társasági drognak tartom. Nagyon jónak.

Ugyanő logikusnak tartotta fogyasztási szabályait:

V: Nem gondolom, hogy okom lenne egyfolytában elszállni. S mégis, ha ok nélkül állandóan el vagyok szállva, akkor ez már önmagában ok arra, hogy megvizsgáljam a dolgaimat.

Itt véget ért a magyarázat. Ám a kutatócsoport számára az egyik legerősebb szankciót az jelentette, ha az alany kitarzott amellett, hogy a drogot csak társaságban fogyasztja, vagy hogy különleges ok, illetve alkalom kell a fogyasztáshoz.

Az ehhez hasonló szankciók nem a semmiből alakulnak ki. A marihuánafogyasztók, szemben az alkoholfogyasztókkal, nem szereznek elég korán ismereteket a fogyasztásról ahhoz, hogy tudatára ébredjenek korlátaiknak, és próbára tegyék azokat (Maloff és munkatársai, 1982; Harding & Zinberg, 1977).

V: Egy időben minden nap füveztem. Még régen, sokáig, mert olyan sok fűhöz jutottam egyszerre, és ez nagyon rossz volt [nevet]. Mielőtt idejöttem, beszélgettem a szobatársammal, és azt mondta, tavalý volt egy időszak, amikor úgy érezte, mintha ködben lenne. Ez minden, a köd. És ha visszagon-dolok, egyet kell értenem vele. Nem lehet minden nap füvet szívni, még késő esténként sem, még társaságban sem. Nem tudom miért, de egyszerűen lezsibbasztja az ember agyát.

Ez a korántsem szokatlan tapasztalat azt jelezte, hogy a fogyasztókban tisztelet alakul ki a drog iránt, és felismerik, hogy szükség van kontrolláló szankciókra.

Mivel nem sok marihuánafogyasztó alanyunknak voltak problémái a munkahelyén, a munkával kapcsolatos szabályaik egyszerűek voltak:

I: Vannak saját magad alkotta szabályaid a drogfogyasztással kapcsolatban?

V: Azt hiszem, az egyetlen szabály az, hogy nem állok be, ha úgy érzem, hogy potenciálisan ellenséges helyzetbe kerülhetek. . . vagy ha nem is ellenségesbe, olyanba, amiben nem lenne helyes a drogfogyasztás. Például nem megyek beállva dolgozni. Ugyanakkor érzem, hogy beállva is tudok vigyázni magamra. Nem is aggódom emiatt túlságosan.

I: Erre az interjúra beállnál?

V: Beállhattam volna, a legkevésbé sem zavarna. A helyzettől függ. Nem szeretnék füvezni a nap közepén, amikor még rengeteg dolgom van. Nem füveznék az órákon. Meg ilyenek.

Ez volt az általános hozzáállás. A legtöbb tapasztalt felhasználó hitt abban, hogy beállva is képes teljesen normálisan funkcionálni, mint

ahogy a tapasztalt alkoholfogyasztók is úgy hiszik, hogy különleges esetben megihatnak délben egy italt, és folytathatják a munkájukat; ugyanakkor felismerik, hogy ez feszültséget okoz, s általában véve nem kívánatos.

Sok alanyunk nagyon határozottan meg tudta fogalmazni az új drogfogyasztóknak adandó tanácsait:

- I: Ha valakinek, aki épp először készül kipróbálni a marihuánát, mondanod kellene három fontos dolgot, amit érdemes végiggondolnia, mit mondanál?
- V: Hogy ne vigye túlzásba. Ne úgy ugorjon bele, mintha az egész bármivel többet jelentene annál, hogy fogyaszt egy drogot, valamit, ami megváltoztatja a gondolkodását. Harmadszor pedig legyen nagyon körültekintő abban, hogy kit vezet be a drogozásba, mert tudnia kell, hogy vannak olyanok, különösen a fiatalok... akikre pusztító hatással lehet, ha rákapnak, ha azt hiszik, hogy több annál, ami.

Néhány fogyasztó pedig teljesen tudatában volt a saját szankcióinak, és rendkívül pontosan meg tudta fogalmazni azokat:

- I: Mit jelent a rendszeres fogyasztás?
- V: Kéthetente egyszer-kétszer, nagyjából. Néha esetleg egy egész hónapot ki kell hagyni, esetleg csak két-három slukkot szabad szívni nem a teljes jointot, meg hogy mindig legalább egyvalaki mással közösen kell szívni.
- I: Van a hétnek vagy a napnak olyan szakasza, amikor inkább az egyik vagy a másik drogot fogyasztanád?
- V: Nincs.
- I: Főleg este szoktad fogyasztani?
- V: Ja, igen. Azt mondanám, hogy este, vacsora közben vagy társaságban inkább iszom, marihuánát pedig inkább késő este fogyasztok.
- I: Vannak szabályaid a drogfogyasztással kapcsolatban? Vannak dolgok, amiket ellenőrzöl, mielőtt fogyasztasz?
- V: Ó, igen. Marihuánát például csak akkor szívok, ha ismerem azt, aki megkínál vele.
- I: Voltak kellemetlen élményeid a marihuánával?
- V: Igen.
- I: Fogyasztanál marihuánát rossz hangulatban?
- V: [Nevet] Nem, de feszült hangulatban talán.

- I: Ha mondanod kellene egy kezdő drogfogyasztónak három fontos dolgot, mik lennének azok?
- V: Hogy fogyasszon mértékletesen, hogy győződjön meg róla, mit fogyaszt. . . tudod, hogy tudja, mit szed be. . . és, hogy ne használja a drogot mankóként.
- I: Van olyan kitüntetett hely, ahol a leginkább fogyasztasz?
- V: Igen, leginkább otthon szeretek tépni.

Az ehhez hasonló alanyok már megtanulták, miért van szükségük a szankciókra. A kezdő fogyasztóknak adandó tanácsokra vonatkozó kérdés azért volt értékes, mert gyakran olyan szabályok megfogalmazására ösztönözte az alanyokat, amelyekről nem is tudták, hogy betartják őket.

A társadalmi rítusok, melyek az alkoholfogyasztáshoz hasonlóan a marihuánafogyasztás szankcióinak alátámasztása érdekében alakulnak ki, magukban foglalják egy különleges hely, egy adott időpont és egy adott tevékenység kiválasztását. A következő részlet egy rítus kialakulásáról számol be:

- R: Egy ilyen hagyományörző bárban voltam, csak üldögéltem, húsz percig kortyolgatva egy sört, hallgatva az ír zenét. Aztán odajött az a vén piás, és egymás után rendelte a köröket, aztán meg elkezdtünk sakkozni. Cserébe, amiért sakkoztam vele, adott egy löket hasist, aztán másokat is megkínált, kivetete az asztalra, de cserébe lépniük kellett néhányat. . . szóval elég bizzar volt az egész. Aztán egyszer csak arra eszméltem, hogy már öt órája ott ülök abban a bárban. Négy sakkparti, meg a velük járó beszélgetés, és már hajnali egy volt. Szédültem. De azért a saját lábamon mentem ki, egyenesen járva; az egészben csak az nem tetszett, hogy egy teljes estét egy bárban töltöttem.

Ez a férfi még éveken át megtartotta azt a rítust, hogy sakkozott, amikor drogot fogyasztott.

Sok alanyunk zenehallgatás közben kezdte el a marihuánafogyasztást. Néhányan azt állították, hogy a marihuána lelassította az időérzésüket, s ezért pontosabban, tisztábban hallották, és élték át a zenét – hangról hangra, ütemről ütemre.

- V: Észrevettem, hogy egyesek sokkal jobban ellágyulnak, mint én [a marihuánafogyasztás következtében]. Az én ellágyulásom olyan. . . tudod, Cat Stevenst meg hasonló zenéket

hallgatok. . . hogy tényleg érzem, mit akar mondani a zene, úgy a szavakban, mint magukban a hangszerekben. Nagyon furcsa élmény beállva zenét hallgatni. Olyan, mintha a zene egyenesen átmenne rajtam, vagy mintha érezném, ahogy behatol a szívembe, vagy valami. Mintha egy darab csokoládétortát ennél: tudod, mit érzel, érzed a csokoládé ízét, és átéled. Na, ugyanez van a zenével is. Nagyon közel kerülsz hozzá, beléd hatol, egészen közel kerülsz hozzá. Nem olyan, hogy akkor most lefogja ezt az akkordot, vagy hogy most a zongora meg a hegedű szól. Egyszerűen érzed magadban a hangokat és az érzelmeket, s magával ragad az egész. Néha hangosan együtt sírok vagy nevetek a zene hangulatával. És úgy érzem, mintha személyesen ismerném a zenészt. Cat Stevens-nél észrevettem a hangulatváltozásait a zenéjében. Rengetegen, akik éneklik a dalait, nehéz időket éltek meg régen. . . már egyfajta intézménnyé váltak a maguk egyéni kis módján. Rengeteg ilyen embert figyeltem meg.

A marihuána-fogyasztást kísérő evés vagy szexuális élet alatt számos alany által megfigyelt felfokozott érzékelés erősen összekapcsolódott a szer használatával. A legtöbb alanyunk megtartotta egyik-másik rítusát, de ezek megváltozhatnak ízlésük és társadalmi körülményeik változásait követve.

Egyes esetekben akkor működtek a rítusok, amikor a szankciók működésképtelennek tűntek.

V: Igen, odaát jártam. . . és amint átértem, megint elkezdtem elszállni [nevet]. Nagyon feszült volt ez a kapcsolat, egyenesnek kellett lennem. Amikor együtt voltam ezzel a lánnyal, olyan volt az idegrendszerem, hogy akkor is feszült maradtam egy kicsit, amikor elszálltam. Miután helyrehoztam a központi idegrendszeremet, és megint elkezdtem elszállni, csodálatos volt. Minden olyan volt, mintha először szálltam volna el, annyira intenzív, semmi paranoia, és csodálatos volt és izgalmas. . . az egész. Aztán úgy két hét múlva rosszkedvű és ingerlékeny lettem, és rájöttem, hogy minden nap szívok, ráadásul valami unciánként 10 dolláros anyagot. Akkor néhány hétre leálltam, és azt mondtam a barátnőmnek: „Naponta legfeljebb egyszer. . . na jó, mondjuk kétszer akárok szívni. Szólj, ha észreveszed, hogy többször csinálom.” És úgy egy hónap múlva rám szólt: „Hé, sok lesz”, én meg

elkezdttem megmagyarázni, aztán észbe kaptam, rájöttem, mit csinálók, és azóta sokkal jobban odafigyelek magamra.

Joggal nevezhetjük egyféle rítusnak azt, ahogyan ez a férfi a barátnőjére támaszkodik külső kontrollért, ám ezt a rítust inkább a szükség szülte, nem pedig egy szankciót támogatott meg, és nem a fogyasztás élvezetét növelte. Ez a rítus azt bizonyítja, hogy az alany tisztában volt a szabályok fontosságával. Ugyanakkor a kutatócsoport megítélése szerint, amikor egy rítust egy szankció pótlására használnak, akkor nagy a kontroll elvesztésének veszélye.

Pszichedelikus szerek

A pszichedelikus szerek közé számos, mind potenciájában, mind hatásának időtartamában eltérő anyag tartozik: LSD, meszkalin, peyote, pszilocibin, MDA, DMT és még néhány másik. Ezt a drogkategoriót eredetileg pszichotomimetikus vagy hallucinogén anyagoknak nevezték, mert úgy vélték, hatásaikban a pszichózist vagy a hallucinációt utánozzák. Az 1962-es drogforradalmat megelőző néhány évben bizonyos pszichiátriai intézmények dolgozói rendszeresen fogyasztottak ezekből az anyagokból, hogy megtapasztalva rövid távú hatásait empatikusabbak lehessenek azokkal a páciensekkel, akik folytonosan a valódi hatásnak megfelelő tudatállapotban éltek. A szakfolyóiratokban számos olyan cikk megjelent, ami ezeknek a kísérleteknek a sikerét bizonyítja (Kafka, 1964; Kafka & Gaarder, 1964; Mogar & Savage, 1954; Savage, 1952).

Idővel világossá vált, hogy ezeknek a drogoknak a hatása nem pszichotomimetikus, és helyette a görög „az elme megnyilvánulása” kifejezésből származó „pszichedelikus” megnevezés került használatba. A természetben több száz növény, kéreg és inda rendelkezik pszichedelikus tulajdonságokkal, melyeket már az írott történelem hajnala előtt felfedeztek, és felhasználtak, nem egyszer vallási rítusok során. A pszichedelikus szerek kémiai szempontból két nagy csoportba sorolhatók: az egyikbe azok tartoznak, melyek a test tobozmirigyi hormonjaival távoli rokonságban álló indolgyűrűn alapulnak, a másikba pedig azok, melyek molekulaszervezete közelebb áll az adrenalinéhoz, és hasonló az amfetaminokéhoz. Mindkét csoport rendelkezik stimuláns jegyekkel, illetve tudattágító hatással. A legismertebb indol pszichedelikus szer, a pszilocibin több mint egy

tucat gombafajtában megtalálható (különösen a *Psilocybe cubensis*-ben), de a hajnalka magva is hasonló, bár mérgezőbb anyagot tartalmaz. Az LSD (lizergsav-dietilamid) az a drog, amit sokan a drog-forradalom kirobbantójának tartanak, egy 1938-ban kifejlesztett, az indolcsoportba tartozó szintetikus szer, melynek hatása 10–20 órán át tart. Az adrenalin-amfetamin csoport legismertebb természetes pszichedelijája a meszkalintartalmú peyotekaktuszrügy, amit az amerikai indiánok ősidők óta használnak rítusaik során. A tapasztalatlan fogyasztók számára a kaktuszrügyek elfogyasztása rosszulérlet, hányást okoz. Számos hasonló szerkezetű szintetikus szer fejlesztettek ki, például az STP-t (2,5 dimetoxi-4-metilamfetamin) és az MDA-t (metildioxi-amfetamin).

Ezeknek a drogoknak az illegális státusa annyiban okoz problémát az átlagos fogyasztók számára, hogy nem lehetnek biztosak abban, mit tartalmaz a drog, amit megvásárolnak. Lehet, hogy amit meszkalinnak hisz, az valójában LSD, vagy meszkalin, de PCP-vel, amfetaminokkal és egyéb anyagokkal szennyezve; s így csak találgatni lehet a megfelelő dózist illetően. A kis számú tapasztaltabb fogyasztók már jobb helyzetben vannak. Beszerzési forrásaik megbízhatóbbak, s néhányan még vegyésszel is ellenőriztetik a drogot fogyasztás előtt.

A marihuánás bódultsággal szemben a pszichedelikus szerek hatása akár hat-nyolc óráig is tarthat, és a szertől függően más és más lehet (Zinberg, 1974). A pszichedelikus bódulat intenzív, bár nem kontrollálhatatlan élmény, amit néha illuzórikus, ám a valódi hallucinációktól megkülönböztethető érzékszervi változások jellemeznek. A rossz utazás mindig meglévő kockázatát bizonyos fokig megnöveli a drog bizonytalan minősége. Többek között ezért is tartják a drog szubkultúrában „valódi” – azaz veszélyes – drogoknak a pszichedelikus szereket. Nem annyira csábítóak, mint a marihuána, és nem is bánnak velük olyan hanyagul. A fogyasztásuk mértékére vonatkozó becslések nem megalapozottak, de gyakran említik, hogy tíz-húszmillióan próbálhatták ki a pszichedelikus szereket. A pszichedelikus szerekhez köthető rítusok és társadalmi szankciók többsége arra vonatkozik, hogy miként lehet a lehető legbiztonságosabbá tenni a drogélményt, nem pedig a drog kémiaiához vagy fogyasztásának gyakoriságához kapcsolódnak, mint egyéb drogok esetében. Ennek ellenére, akárcsak a marihuánafogyasztók esetében, könnyebb volt fogyasztókat találnunk, mint abuzőröket.

A pszichedelikus szerek fogyasztása szinte mindig a drog köré szerveződő csoportos tevékenység. Az alanyok arról számoltak be,

hogyan általában volt velük valaki más, akiben megbízhattak, s aki segített átvészelni a rossz utazásokat vagy a váratlan eseményeket: „Kell valaki, akit jól ismerek, akiben megbízok.” Néha alkalmi ismerősök is bekerülnek egy-egy csoportba, de ilyenkor az utazást általában megelőzi egy beszélgetés, amely során a résztvevők megpróbálják elengedni magukat egymás társaságában, kideríteni, ki nek lehet szüksége segítségre vagy odafigyelésre, és lefektetik az alapszabályokat. Előfordulhat, hogy a beszélgetés során kijelölnek egy-egy tapasztalt fogyasztót, hogy legyen egy tapasztalatlan vagy feszélyezett utazó vezetője. A csoport megtilthatja, hogy bárki anélkül távozzon, hogy előtte szólt volna valakinek; ellenkező esetben valaki aggódni kezdhet érte, márpedig az aggodalom elrontja a pozitív drogélményt.

Az alanyok egyetértettek abban, hogy az utazás megtervezése fontos dolog, még akkor is, ha a résztvevők korábban már fogyasztottak drogot együtt, és közel állnak egymáshoz. A struktúra igénye változó, de az utazás előtti tervezés érinti a szükséges ételeket és italokat, az utazás során folytatható tevékenységeket, a torazin vagy egyéb gyógyszerek készenlétben tartását rossz utazás esetére, illetve azt, hogy a problémás esetekben beszélgetni érdemes-e inkább, vagy gyógyszert adni. Ez a tervezés megerősíti a résztvevők azon érzését, hogy közősek a szándékaik, és megszilárdítja a drogos bódulat kontrollálására való képességüket.

Az alanyok rendíthetetlenek abban, hogy a pszichedelikus szerket megfelelő körülmények között – „jó helyen” – kell fogyasztani. Sokak számára ez valamilyen viszonylag elszigetelt, vidéki helyszínt jelent. A helyiségnek mindenesetre elzártnak és kényelmesnek kell lennie. Egy városi utazó a következőket mondta: „Kimegyek sétálni, de közben végig tudom, hogy bármikor visszamehetek a házbeli menedékbe, tehát nem fenyeget semmi veszély.” Ez az alany, sok másikhöz hasonlóan bizonyos mértékű megvetésnek adott hangot azokkal szemben, akik megsértették azt az elvet, hogy a drogélménynek mindig különleges körülmények között kell megtörténnie. Ahogy az egyikük megfogalmazta: „Tavaly együtt éltem egy tizenhét éves, nyugati parti sráccal. Egyfolytában azt mondogatta, hogy majd, ha főiskolás lesz, úgy fog iskolába járni, hogy minden reggel bevesz egy kis savat. Teljesen kiakasztott. Hiszen akár valami szörnyűségbe is beleszaladhat. Hihetetlen!”

Egy másik társadalmi szankció, amit az alanyok betartottak az, hogy belsőleg fel kell készülni a pszichedelikus szer fogyasztására.

Az egyik alany így írta ezt le: „meg kell békélni a közös valósággal; mentálisan rendbe kell tenni magadat, az ügyeidet; tudod... ahogy a zen mondja... legelőször ki kell üríteni a csészét.” Mások egyszerűen arról beszéltek, hogy „jó hangulatban” kell lenniük, és „energiára” van szükségük az élmény átéléséhez. Néhány alany szemmel láthatólag azzal ritualizálta ezt a belső folyamatot, hogy kitakarította azt a helyszínt, ahol a drogot fogyasztani szándékozott.

A jó utazásokat biztosítani, a rosszakat pedig kiküszöbölni igyekvő konvenciókon kívül léteznek egyéb, a pszichedelikus szerek szenvedélyes fogyasztását megakadályozni hivatott rítusok és szankciók is. Az alanyok többször is a maximum heti kétszeri pszichedelikus szer fogyasztást javasolták, és a gyakorlatban még ennél is ritkábban fogyasztottak. A legjellemzőbb fogyasztási mintázat a havi egy alkalomnál ritkább volt, és általában idővel még ez is tovább ritkult. A szenvedélyes fogyasztás elkerülése ugyanakkor valószínűleg nem annyira a negatív szankciók következménye, hanem két másik faktor együttes hatása: annak a pozitív értéknek, amit a kontrollált fogyasztók a pszichedelikus szerek tudatállapot-módosító hatásának tulajdonítanak, illetve annak a ténynek, hogy az ezek iránt a tudatállapot-módosító szerek iránt kialakuló tolerancia a fogyasztás gyakoriságának növekedésével párhuzamosan, gyorsan növekszik. Azok az alanyaink, akiket éppen ezek a tudatállapot-módosító hatások érdekeltek, azt állapították meg, hogy a túl gyakori fogyasztás a várttal ellentétes hatást vált ki.

Egyes pszichedelikus szer fogyasztók, akiket nem a drogok tudatállapot-módosító tulajdonságai érdekelnek, szenvedélyes fogyasztókká válhatnak. Számukra a gyorsító, stimuláló hatások a csábítóak – azok a hatások, amiket felfokoznak a drog nagyobb, gyakoribb dózisa. Természetesen feltételezve, hogy ezek a szenvedélyes fogyasztók valóban pszichedelikus szereket, s nem tévesen elnevezett amfetaminokat fogyasztanak (mely hibát egyetlen komoly fogyasztó sem követné el), úgy vélem, hogy az ilyen fogyasztók a szubkultúra azon csoportjaival állnak kapcsolatban, melyek vagy negatív értéket rendelnek a tudatállapot-módosuláshoz, vagy nem ismerik el azt a drog elsődleges hatásaként.

Az idősebb és a fiatalabb fogyasztók válaszait összehasonlítva a kutatócsoport azonosítani tudott néhányat azok közül a változások közül, melyek az évek során a pszichedelikus szerek fogyasztásához kötődő rítusokban és társadalmi szankciókban bekövetkeztek. Az idősebb fogyasztók, akik az 1960-as évek közepén kezdték el használni a drogot, általában úgy vélték, hogy a pszichedelikus sze-

reket „személyiségfejlesztésre” kell használni, nem pedig rekreációs célból. Az utazást olyan tevékenységnek tekintették, amit azért végez az ember, hogy elérjen egy méltó célt – hogy többet tudjon meg önmagáról, hogy szellemileg fejlődjön, vagy hogy túllépjen a hétköznapi érzékelés határain. Ezzel szemben a fiatalabb fogyasztók, akik körülbelül öt évvel a vizsgálat előtt kezdtek el pszichedelikus szereket fogyasztani, számos olyan fogyasztási célt neveztek meg, melyek egyértelműen a rekreációt szolgálták. A fiatalabb alanyok is utazhattak racionális okokból, de ugyanolyan hajlamot mutattak arra is, hogy csak a bódult állapot élvezete kedvéért utazzanak. Noha egyelőre még nem tudok beszámolni teljes részletességgel ezekről a célokról, lehetséges, hogy a drogok egyre alaposabb ismeretét, s így a fogyasztásuk kapcsán kialakuló büntudat csökkenését jelzik. Lehetséges, hogy amikor az idősebb fogyasztók elkezdtek használni a drogokat, szükségét érezték, hogy valamilyen értelmes célt rendeljenek az utazáshoz, hogy ezzel igazolják a tárgyalt kategóriába tartozó drogok iránti érdeklődésüket, hisz akkor sokkal veszélyesebbnek és erősebbnek tartották azokat, mint ma.

Ha tovább növekszik a pszichedelikus szereket fogyasztók száma, valószínű, hogy növekedni fog a rekreációs fogyasztás aránya, s a fogyasztás, akárcsak a marihuána esetében, veszít ritualizáltságából, bár ugyanakkor nem veszít kontrolláltságából. Ugyanakkor nem valószínű, hogy a pszichedelikus szerek fogyasztásához kapcsolódó rítusok valaha is olyan rugalmasak és sokszínűek lesznek, mint a marihuánafogyasztáshoz kapcsolódók. Lehetséges, hogy néhány évente fel fog fokozódni az érdeklődés a pszichedelikus szerek iránt, és megjelennek bizonyos társadalmi szankciók – a társadalmi tanulás rugalmasságától függően; ám a drog nagy erejű, hosszan tartó hatásai, és ennek nyomán a pszichedelikus szerek fogyasztásának ritkán tartására való törekvés miatt nincs akkora szükség és nincs annyi lehetőség a társadalmi szankciók internalizálására. Így a rítusoktól (vagyis a külső kontrolltényezőktől) való függés továbbra is korlátozni fogja a pszichedelikus szerek fogyasztásának rugalmasságát.

Még a drogélménnyel elégedett alanyaink is ugyanazt a szélsőséges aggodalmat érezték a pszichedelikus szerek fogyasztása kapcsán, ami az első fogyasztók körében is megnyilvánult. Annak érdekében, hogy semlegesítsék félelmeiket, különböző szabályokat alakítottak ki a biztonságos fogyasztás érdekében, és rítusokat a szabályok megtámogatásához.

A pszichedelikus szerek fogyasztásával kapcsolatos társadalmi szankciók és rítusok erősebbek, jobban megfogalmazottak és gondosabban betartottak, mint akár a marihuána-, akár az opiátfogyasztással kapcsolatosak. Az 1960-as években kialakult szankcióknak két céljuk volt: kontrollálni a túlzó fogyasztást (amiről a korai fogyasztók nem tudták, hogy valószínűleg nem fog előfordulni), illetve kontrollálni magát az élményt, ami sokkal megerőltetőbb, mint bármelyik más drog élménye. A racionális fogyasztás szankcióinak és rítusainak kialakítása és betartása iránti érdeklődés sokkal fontosabb volt, mint az, hogy ezek a szabályok értelmesek-e. Az utazás utánra időzített pihenőnap nyilván értelmes, a virágpor evés viszont meglehetősen romantikus rítus; mégis mindkét szankció a drog iránti tiszteletet jelezte, illetve azt az elhatározást, hogy a pszitító következmények elkerülése érdekében a fogyasztók megpróbálják biztonságosan használni a szert.

A pszichedelikus szer fogyasztók osztottak a marihuánafogyasztók néhány, a lehetséges egészségügyi veszélyekkel, például a kromoszómaszakadással vagy a születési rendellenességekkel kapcsolatos félelmeiben, ám a károsodástól való félelem társadalmi és pszichológiai dimenzió sokkal mélyebbek voltak, mint a marihuánafogyasztók esetében. A marihuána kapcsán általában a kezdők aggódtak ilyesmi miatt, míg a tapasztalt füvezők, bár tudtak néhány igazi abuzorról, általában úgy érezték, elég erős kontrollt gyakorolnak a drog fölött ahhoz, hogy elkerüljék a társadalmi és pszichológiai károsodásokat. A pszichedelikus szerek esetében a tapasztalt fogyasztók felismerték, hogy bajba kerülhetnek, ha nem tartják be a szankciókat; és még ilyenkor is volt mitől tartaniuk:

V: Egyszer csodálatos napsütést érzel, aztán legközelebb mintha egy sarokban lapuló patkány lennél. A torkod kiszárad, alig tudsz beszélni, mert megmérgezted magad, túl nagy adagot vettél be... volt néhány ilyen esetem.

Alanyaink 50 százaléka számolt be legalább egy kellemetlen reakcióról – általában egy-egy rossz utazásról; továbbá 22 százalékuk ismert valakit, akinek kellemetlen reakciói voltak. Ahogy az egyik fogyasztó megfogalmazta:

V: Nagyon jól ismertem a srácot, posztgraduális hallgató volt, és egy politikai magazint is szerkesztett... fizikus volt, már végzett, előrébb járt a tanulmányaiban, mint én, bár én matematikával foglalkoztam... szóval néha hihetetlen dolgokat

szedett be. Aztán azt hiszem 1962-ben. . . igen, '61 vagy '62 telén. . . elment Cambridge-be, ahol akkor épp az eredeti Leary-módszert csinálták, és bevett egy óriási adagot. Szerintem akkoriban még nem tudták, mekkora a helyes adag, és a srác gyakorlatilag pszichotikus lett.

A pszichedelikus drogoknak az érzékszervek összezavarásra való képessége miatt már az 1960-as évek elején felismerték, hogy a kezdő fogyasztók esetleg nem tudhatják, mi történik velük, s ezért útmutatásra van szükségük.

V: Fontos volt, hogy a vezető. . . akárki is legyen az. . . mindig csak kis adagot vegyen be. Két alkalommal pszilocibint vettem be ezzel az illetővel, aztán egy későbbin én is egyfajta vezetőként álltam két évfolyamtársam mellett, akikkel együtt jártunk a szemináriumba.

I: Mit jelentett vezetőnek lenni?

V: Hát, csak ott voltam, mint valaki, aki már átélte. Hogy segítsen nekik, ha segítségre van szükségük.

A vezető állításának szokása hamar átalakul azon társadalmi szankcióvá, hogy az első alkalommal utazók mellett mindig kell lennie egy tapasztalt fogyasztónak.

V: Akkoriban mindenkinek volt bábiszittere; senki nem vett be savat bábiszitter nélkül. Mindenkinek volt bábiszittere. Azok voltak a régi szép idők, haver.

I: Mit hallottál róla, mielőtt kipróbáltad?

V: Igazából semmit, csak amit a barátom mondott, meg ilyenek.

I: Ő mit mondott?

V: Még ő sem csinálta. De hallotta valakitől, aki szintén hallotta valakitől, hogy fantasztikus. Hogy az ember mindenféle fényeket meg zenét lát. Egyszerűen fantasztikus, és az ember rögtön el is kezdte tervezni az utazást. Most viszont úgy csinálom, ahogy akarom. Akkoriban megterveztem a körülményeket, meg mindent. Mindenki attól félt, hogy kiakad.

I: A barátaid kipróbálták már?

V: Néhányan, de nem rendszeresen. Amolyan különlegességnek számított. . . senki nem akart visszaélni vele.

A guru vagy a vezető az aggodalmak eloszlatása érdekében azt mondta a fogyasztónak: „Minden rendben. Ennek kell történnie.

Hagyd, hadd történjen meg. Menj az áramlattal.” Néhány, a fogyasztástól félő neofita különös helyeken akadt vezetőre.

- I: Hány éves voltál?
V: Tizenhat.
I: Ki mutatta meg, hogyan kell fogyasztani?
V: Egy könyvben olvastam [nevet].
I: Melyik könyvben?
V: Hofmann *LSD*-jében.
I: És nagyon ki akartad próbálni?
V: Aha.
I: Ki indított be rá?
V: Egy dealer.
I: Hol próbáltad ki?
V: A hálósobámban, egyedül.
I: A dealer mondott valamit?
V: Csak annyit: „Jó utazást!”

Ugyanakkor még a nagyon fiatal, tapasztalatlan fogyasztók is társadalmi úton ismerték meg ezt a szankciót, anélkül, hogy tudták volna, hogy megismerték – és gondosan be is tartották. A fogyasztók azt is gyorsan megtanulták, hogy megváltozott tudatállapotban mennyire érzékenyekké válhatnak saját hangulataikra és környezetükre.

- V: Mondták, hogy vigyázzak, hol veszem be, hogy vannak olyan helyek, ahol nem szabad savat bevenni, például az ellenállás [a sorozással szemben, a vietnami háború idején] szentélyeiben, meg ilyen helyeken. A fű oké, de a sav túl erős. Szóval mondták, hogy vigyázzak, hol veszek be savat, mert egyszer sikerült valami mást kapnom, és nagyon rossz volt. Majd szétment a fejem. Fizikailag rosszul éreztem magam. Mondták, hogy vigyázzak, hol veszem be, vigyázzak, hol van a fejem, amikor beveszem, és amikor bevettem, nagyjából tudtam is.

Fontos, a fogyasztást korlátozó tényező volt az, hogy a legtöbb fogyasztónak nehézséget jelentett úgy megszervezni meglehetősen elfoglalt életét, hogy beleférjen egy teljes napig tartó, majd még egy napig utóhatásaiban jelentkező „utazás”.

- I: Milyen a másnap?

V: Szeretem, ha van egy napom magamhoz térni, általában elég fáradt vagyok. Nem fiziológiailag feszült, csak nagyon fáradt. Nem akarok túl sok mindennel foglalkozni. Ha vasárnap utazom, és hétfőn három előtt óráim vannak, akkor nem igazán tudok koncentrálni. Ennek ellenére általában utazok egy kicsit, és nem tudok túlságosan odafigyelni a dolgokra. Néha nagyon fontos az iskolai munka, vagy találkozóm van, ahol tényleg meg kell oldanom valamit, és nem tudom... pedig képesnek kellene lennem arra, hogy teljesen odafigyeljek.

A legtöbb fogyasztó számára ennek az időmennyiségnek a felszabadítása komoly tervezést igényelt, s a kérdéses időszakban vagy nem tudtak, vagy nem is akartak hétköznapi dolgokkal foglalkozni (Bieberman, 1967).

V: Akkor szívtam marihuánát, amikor csak kedvem támadt. És akkor ittam alkoholt, amikor csak kedvem támadt. De nem érzem úgy, hogy bármelyiket is csinálnom kellene. LSD-t meg hallucinogéneket meg többet is bevinnék, ha lenne rá időm. De nincs. Mindennap dolgoznom kell. Össze kell tartanom bizonyos dolgokat. Elég drága drog ez. Néha jó lenne, ha leülhetnék, és csak lebeghetnék.

A hely és idő kapcsán tett felfedezésekből kialakult egy másik szankció, ám nemcsak a kezdők, hanem a tapasztalt fogyasztók körében is. „Csak a megfelelő helyen, a megfelelő időben, a megfelelő emberekkel fogyassz.” Ez a szankció eredetileg tanácsként hangzott el két barát között, ám hamarosan az eredeti tanácsadótól igen messze álló fogyasztók is fontos, érvényes szabályként fogadták el, mely révén elkerülhetik a problémákat.

V: Egy kicsit félttem a savtól. Hallottam a rossz utazásokról, és nem akartam, hogy nekem is az legyen. Úgyhogy utaztam néhányszor, de soha nem vettem be egyetlen tablettát sem anélkül, hogy az egyik barátom ki ne próbálta volna előbb.

I: Kipróbálta előtted?

V: Igen. Ők igazi savmániások voltak; egyfolytában utaztak, de tudták, hogy én nem, én pedig megbíztam bennük, elfogadtam tőlük a tablettát, ha azt mondták, hogy az jó, enyhe, vagy bármi.

I: Voltak más óvintézkedéseid is?

- V: Soha nem vettem be a városban, csak vidéken vagy egy parkban. Tisztán is utálok a várost, túl nagy a zaj, rossz a levegő, hülyék az emberek. Ezt az élményt sohasem akartam felerősíteni. Meg amikor valaki utazott, akkor erről mindenki tudott a házban, és ennek megfelelően viselkedtek, gondolom, igyekeztek kedvesek és szelídek lenni. Hogy ne legyenek rossz rezgések, rossz utazások. Általában hétvégén álltam be, vagy amikor nem dolgoztam, hogy másnap leszállva kipihenhessem magam, ugyanis mindig kiürült és fáradt lettem. És mindig egy illetővel utaztam. Sohasem többel. Csak egy jóbaráttal, akiben megbízhattam.
- V: Mindig igyekeztem olyan helyzetbe kerülni, ami a lehető legkevésbé volt veszélyes. Tudod a szobám általában elég rendezett, pontosan tudom, mi folyik körülöttem, minden rendben megy. Úgy értem, kimegyek sétálni, de közben végig tudom, hogy bármikor visszamehetek a házbeli menedékbe, tehát nem fenyeget semmi veszély.
- I: Mi a helyzet a többiekkel, akik a házban vannak?
- V: Ha a házban lévők tudják, hogy valaki utazik, akkor szerintem mindent megtesznek, hogy a lehető legnormálisabban viselkedjenek. És szerintem ez kell is. Tudom, hogy lekezelőnek érzem, ha másképp viselkednek.

A pszichedelikus drogot fogyasztók a marihuána- és opiátfogyasztóknál is jobban rávilágítottak a szankciók és a rítusok közötti kölcsönhatásokra.

- V: Oké. Először is meggyőződöm róla, hogy minden rendben van velem és a környezetemmel. A környezetnek nagyon jónak kell lennie, tetszenie kell az ott lévő embereknek és rezgéseknek, úgyhogy valószínűleg olyasvalakivel érdemes csinálnom, akit jól ismerek, akiben megbízok, és szerencsére van is néhány ilyen ember. Olyan helyen, ahol például szabadon kimehetek, valahol vidéken, vagy valami, és fára mászhatok meg ilyenek. És helyén kell lennie a fejmemnek, hogy ne legyek dühös, vagy ideges, vagy hasonló.

Ezeket a szabályokat vagy szankciókat bizarr egyedi rítusok erősítették meg, melyek az évszakokkal, bizonyos tevékenységekkel vagy azok hiányával, a környezet állapotával, illetve az elszállás és visszatérés teendőivel álltak kapcsolatban.

V: Amikor készen áll az ember az LSD-utazásra, rengeteg előkészületet kell tennie. Kora... vagyis késő tavasszal történt... és hárman voltunk... még ma is jó barátok vagyunk. Nagyon kevés LSD-t vettünk be, nagyon keveset, mert én soha nem próbáltam még azelőtt, viszont a többiek már igen, és szerettük volna együtt kipróbálni. Úgy gondoltuk, ha ugyanannyit veszünk be, akkor ugyanolyan hullámhosszra kerülünk. Leültünk, és az utazás első felében zenét hallgattunk. Én is. Úgy két órán át semmi különös nem történt velem. Nem tudtam, mire számítsak, elkezdtünk mindenféléről beszélgetni... hogy mire számíthatunk, hogyan jövünk majd le, meg ilyenek. Tudod, alapjában véve csak fecsegtünk, vihogtunk, meg ilyenek... főleg idegességünkben. Én elég ideges voltam, aztán jött a dolog, és nagyon finom utazás volt, legalábbis az én utazásaim között. Nem tapasztaltam semmiféle asztrális jelenséget. Megbeszéltük a barátaimmal, hogy mit csináljunk. Későre járt, úgyhogy kimentünk az erdőbe, ahol nem járt senki más.

I: Gloucesterben voltatok?

V: Aha. Az egyik barátom házában. És kimentünk az erdőbe, és a fák a szokásosnál is szebbnek látszottak, és megnéztük a naplementét. Nagyon szép volt. Semmiféle vallásos élményem nem volt; egyszerűen nagyon szép volt minden.

Mindegyik alanyunk felismerte a társadalmi szankciók és rítusok fontosságát. Mi több, mindannyian úgy nyilatkoztak, hogy a drog hosszú távú hatásainak kényelmes átélése érdekében több fogyasztási szabályt is betartottak (a szabályok száma átlagosan = 3,2, S. D. = 1,665, tartomány = 0–6). A csoport egészét tekintve a szabályok között szerepelt: a fogyasztás megtervezése (a minta 61%-a), ne fogyassz idegenekkel (44%), ne fogyassz idegen helyen (39%), ne fogyassz egyedül (39%), a szignifikáns egyebek ne tudjanak a fogyasztásról (22%), jelölj ki különleges időpontokat a fogyasztásra (28%), tedd rendbe a környezeted fogyasztás előtt (11%), legyenek szabályaid a drog beszerzésével kapcsolatban (11%), különíts el pénzt a drogra (11%), illetve különböző egyéb, egyedi szabályok (50%).

Opiátok

Farmakológiai szempontból minden narkotikus drog (narkotikum) depresszáns. Maga a „narkotikus” kifejezés is a „kábulat” görög megfelelőjéből ered. A jogi terminológiában a „narkotikus” kifejezés számos drogkategóriát magába foglal, ám a szó csak az ópiumból származó drogok, illetve az ópiumszármazékok szintetikus változataira vonatkozik. Nem szabad megfeledkeznünk arról, hogy a tág farmakológiai osztályozások, mint például a depresszánsok kategóriája, nem árul el sok mindent az egyes drogok jellegzetes működéséről, különös tekintettel szubjektív hatásaikra. Így a fogyasztó az ópiumszármazékokat teljesen másképp éli meg, mint az egyéb depresszánsokat, például az alkoholt vagy a barbiturátokat, mint ahogy a stimuláló hatású kokain okozta szubjektív élmény is kevés közös vonást mutat fel a pszichedelikus szerek által kiváltott stimulációval, noha mindkét anyag élénkítő hatású.

A szájon át bevett vagy elszívott ópium fájdalomcsillapító és mámorító hatása ősidők óta ismert, többek között az ókori görögök, kínaiak és egyiptomiak is tudtak róla. Ha a mák gubóját éppen érés előtt megmetszik, tejfehér váladék távozik belőle, ami megszáradva barnás, ragacsos anyaggá változik. Ez a nyersópium több mint huszonötféle összetevőt tartalmaz. Az egyik összetevőt, a morfint (Morpheus görög álmisten után) 1803-ban izolálták. Ez, illetve az injekciós fecskendő 1853-as feltalálása nyitotta meg a modern fájdalomcsillapítás, és természetesen ezzel együtt a modern függőség korát. A sokkal erősebb, 1898-ban kifejlesztett heroin egyszerű diacetil-morfin. A két másik közismert ópiumszármazék a kodein és a Dilaudid. A legismertebb szintetikus opiátok közé tartozik a Demerol és a metadon, bár a szintetikus szerek új nemzedéke népszerűvé tett a közelmúltban olyan termékeket is, mint a Percodan és a Darvon.

Az opiátok az összes többi illegális drognál súlyosabb elutasítást váltottak ki a közvéleményből. Az opiátok s különösen a heroin kártékonyságáról való meggyőződés mélyen gyökerezik még a drogos szubkultúrában is. Az általunk megkérdezett marihuána- és pszichedelikus szer fogyasztók közül sokan még csak el sem ismerték a kontrollált opiátfogyasztás lehetőségét, noha saját drogaikkal kapcsolatban a tágabb kultúra számos mítoszt ismerték fel, és osztották szét. (Természetesen lehetséges, hogy az opiátfogyasztással szemben a tágabb kultúra mellé állás segít a marihuána- és pszichedelikus szer fogyasztóknak abban, hogy saját drogaikat viszonylag

„jónak” tekintsek.) Talán emiatt az általános elutasítás miatt bizonyult nehezebbnek számunkra a kontrollált opiátfogyasztók megtalálása, mint az abuzőröké, ami épp fordított helyzetet jelentett, mint a másik két drogfogyasztó csoport esetében.

A kutatásban szereplő kontrollált opiátfogyasztók – nagy részük heroint, de néhányan Dilaudidot, kodeint és egyéb gyógyszerészeti opiátot fogyasztott alkalmanként – fájdalmasan tudatában voltak, hogy deviánsoknak tekintik őket. Általában szigorúan titokban tartották fogyasztásuk tényét, eltekintve egy-két dealertől és szintén opiátfogyasztó barátaiktól. A kutatás alatt egy nő, aki évek óta meglehetősen közeli barátja volt az egyik kutatónak, először érezte úgy, hogy nyugodtan „bevallhatja” az illetőnek, hogy egész ismeretségük alatt kontrollált heroinfogyasztó volt.

A kontrollált opiátfogyasztók és a függők avagy szenvedélyes opiátfogyasztók kapcsolata olyan veszélyes és bonyolult, amilyen csak lehet. Bár az egyik módszer, amivel a kontrollált fogyasztók ki tudják fejezni normalitásukat, a függők elutasítása és megvetése, ám gyakran mégis a függőkre kell támaszkodniuk drogjuk beszerzésében. Néhány drogfogyasztó bámulatos leleményességről tett tanúbizonyságot drogforrásai felkutatásában (Zinberg & Jacobson, 1975). A függők a maguk részéről nem értik a kontrollált fogyasztók „különös” hozzáállását az opiátokhoz, s gyakran fenyegetve érzik magukat tőlük. Így egyfelől a kontrollált fogyasztók rossz minőségű opiátokat kapnak igen drágán a függőtől, másfelől állandó csábításnak vannak kitéve, hogy váljanak a függő szubkultúra teljes értékű tagjaivá. A kontrollált fogyasztóknak állandó dilemmát jelent az, hogy hogyan legyenek elég barátságosak a függőkkel ahhoz, megbízható kapcsolatot tudjanak kiépíteni jó minőségű opiátok beszerzéséhez, de ne legyenek annyira barátságosak, hogy a függők szubkultúrájába való belépés elutasítása ne sértse a függőket, s ne vágja el őket a beszerzési forrástól.

A minden oldalról veszélyektől körülvelt kontrollált fogyasztók kicsi, elszigetelt csoportokba tömörülnek, melyek egyedi, merev rítusokat és társadalmi szankciókat alakítanak ki. Ezek a csoportok törékenyek, és a drog köré szerveződnek, mivel nehéz olyan kontrollált fogyasztókat találni, akik jó barátokká is válhatnának – azaz épp fordított a helyzet, mint a marihuánafogyasztók esetében.

A kontrollált opiátfogyasztók számos rítusát nehéz megkülönböztetni a szenvedélyes fogyasztókéitól. Mindkét csoport tagjai vitatkoznak azon, hogy ki álljon be elsőként, övet használnak a vénák elszorítására, szemcseppentőt fecskendő helyett, és gyakori a

„booting” (a vér felszívása a fecskendőbe, majd visszafecskendezése). A rítusok közös mivoltának fő oka az, hogy a kontrollált fogyasztók jól látható, kommunikatív, saját, elkülönült rítusokkal rendelkező közössége számára a függő szubkultúra az egyetlen kéznél lévő szakértői csoport a drog kapcsán. A jelenségnek azonban van két másik oka is. Először is, bár a függők életmódja visszataszító a legtöbb kontrollált fogyasztó számára, néha vonzónak találják a szenvedélyes fogyasztók merész, törvényt kívüli létformáját; s így a függők rítusaiban való részvétel az azonosulási vágy egyik kifejeződése lehet. Másodszor, egyes kontrollált fogyasztók (köztük több alanyunkkal) függőként kezdtek, így megtartották és terjesztették korábbi, szenvedélyes drogfogyasztói rítusaikat, melynek egyik legjobb példája talán a „booting”.

Több kontrollált fogyasztó új elemekkel egészítette ki a függők rítusát. Az egyik alany például azzal vette el a „beállás” hangsúlyát, hogy felelevenítette a középosztálybeli örömeit. A jó házigazdát eljátszva bort és ételt szolgáltat fel fogyasztó vendégeinek (anélkül, hogy a közvélekedés szerint az opiátfogyasztást kísérő hányinger fellépett volna), s az egész estét társalgással töltötték. Egy másik fogyasztó azzal védekezett az esetleges túladagolás ellen, hogy előbb csak egy keveset fecskendezett be a drogból, felmérte a hatását, s csak ezután adta be a többi. Ugyanakkor általánosságban véve a kontrollált fogyasztók rítusai nem különböztethetők meg egyértelműen a szenvedélyes fogyasztókéitól, különösen a drog bevételeinek módozataiban nem.

Ezzel szemben jellegzetesek a kontrollált fogyasztást körülvevő társadalmi szankciók. A kontrollált fogyasztók által betartott opiátfogyasztási szabályok összefoglalhatók a „Ne válj dependenssé!” maximában, mivel a kontrollált fogyasztók tudják, hogy viszonylag könnyen függővé válhatnak. Egykori függő alanyaink például szigorú szabályokat alkottak a fogyasztás gyakoriságáról. Az egyik ilyen alanyunk egy nő volt, aki már több mint négy éve fogyasztott átlagosan havi három-négy alkalommal heroint. Időnként, amikor munkahelyi és családanyai elfoglaltsága megengedte, körülbelül egyhetes intenzív fogyasztási szakaszt tartott. Ám még ezeken a vakációkon sem fogyasztott heroint gyakrabban, mint kétnaponta. Általánosságban véve alanyaink sokkal jobban korlátozták opiátfogyasztásukat, mint amennyire a függőség elkerüléséhez feltétlenül szükséges lett volna. Az egyik alany az elmúlt öt év során kizárólag a hétvégékre korlátozta heroinfogyasztását. Egy másik tizennyolc

hónapon át havi két alkalommal fogyasztott, eltekintve a különleges alkalmaktól, mint a születésnapok vagy a szilveszter. Aztán megijedt attól, hogy tolerancia fejlődött ki nála a drog bizonyos hatásaival szemben, s ezért tudatosan lecsökkentette a fogyasztását havi egy alkalomra. Nem vett tudomást arról a lehetőségről, hogy a tolerancia kialakulása helyett az is okozhatta a problémát, hogy más minőségű drogot fogyasztott abban a két esetben, amikor a probléma felmerült. Mindenesetre kérdéses maradt, hogy toleranciát alakított-e ki, vagy egyszerűen gyengébb heroint vásárolt.

Ezek a példák a többivel együtt azt jelzik, hogy bár sok kontrollált fogyasztó szerint a heroint lehet mértékletesen fogyasztani, úgy vélik, sokkal gyorsabban alakul ki a függőség iránta, mint azt a drog farmakológiája diktálná. Ez a hozzáállás természetesen érthető a heroin erősségéről terjedő mítoszok tükrében, illetve azt tekintve véve, hogy milyen rálátással bírtak a kontrollált fogyasztók a magukat a drognak megadó függők életére.

A kontrollált fogyasztók közös szankciókat tartottak be, hogy ne viselkedjenek úgy, mint a heroinisták és a szenvedélyes fogyasztók, illetve, hogy ne kerüljenek velük túl szoros kapcsolatba. Az egyik fogyasztó megfeddhetette a másikat, ha felelőtlen, függőszerű viselkedésen kapta, vagy úgy látta, hogy képtelen kontrollálni a drog hatásait. Az egyik alany, aki kodeinalapú köhögés elleni szirupot és Dorident használt, azt nyilatkozta, hogy a drogok kiváltotta aluszékonyság ellenére a fogyasztóiktól elvárták, hogy felelősségteljesen viselkedjenek: „Egy eldobott cigarettacsikk, és már ki is rúgtak.” Az, hogy a dealerek becsapják az embert, az élet része volt, de azt a kontrollált fogyasztót, aki becsapta társát, azzal büntették, hogy függőnek nevezték. A kontrollált fogyasztók nem nézték jó szemmel, ha valaki túl sokat költött heroinra, mert ez a kontroll hiányára utalt: „Az, hogy van pénzem, nem jelenti feltétlenül azt, hogy venni fogok. Természetesen nem lopnék, hogy legyen pénzem az anyagra; erre nincs szükség, mert nem vagyok rászokva.”

Az elfogadható volt, hogy valaki úgy löje be magát, mint egy függő, de hogy függőkként löje be magát, az nem, mert az a kontroll elvesztését jelképezte. Egy házaspár, aki a feleség függő húga és sógora révén jutott hozzá rendszeres jelleggel az opiátokhoz, felszámolta ezt a beszerzési forrását, mert társadalmi nyomás nehezedett rájuk, hogy velük együtt fogyasszák a drogot. A házaspár ehelyett kölcsönként egy autót, és több mérföldet tett meg, hogy egy másik városban, utcai dealerektől szerezzék be a heroint.

Ez a viselkedés nem egyedülálló. Azt az odafigyelést jelzi, amivel a kontrollált opiátfogyasztók betartják társadalmi szankcióikat, illetve azt is jelzi, hogy éles ellentétben a szenvedélyes fogyasztókkal, ragaszkodnak magánéletükhöz. És éppen ez a ragaszkodás, nem pedig ritkaságuk vetett fel oly sok kételyt létezésükkel kapcsolatban (lásd C függelék).

A 4. fejezetben az opiátfogyasztás hatásaival kapcsolatban idézett interjúrészletek nem pusztán azt tárják fel, hogy a fogyasztók tudatában vannak annak, milyen hatással van a drog az életükre és pszichéjükre. Ezek a részletek bizonyítják a fogyasztás kontrollját szolgáló társadalmi szankciók és rítusok meglétét is. Például minden, a különleges alkalmakkor történő fogyasztásra vonatkozó válasz felmutatja azt, hogy az alany tudatában van a következőképpen megfogalmazható szankciónak: „Nem fogyasztok opiátot minden adódó alkalommal, mint egy függő, hanem csak vagy főleg különleges alkalmakkor.” Továbbá a kontrollálatlan fogyasztással szembeni szankció meglétére utal a fogyasztók azon állandó félelme is, hogy függőkkel hozzák kapcsolatba, vagy hogy függővé válnak. Kontrollált alanyaink gyakorlatilag létre tudtak hozni egy értékhierarchiát – a számukra fontos tevékenységek listáját –, majd el tudták helyezni az opiátfogyasztást valahol ebben a hierarchiában. A szenvedélyes fogyasztókkal szemben ők nem a lista elejére tették az opiátokat.

I: Szerinted mikor válik egy alkalmi fogyasztó függővé?

V: Akkor, amikor úgy dönt, hogy nem érdekli az egész.

I: Belőled lehetne függő?

V: Nem.

A függők kivétel nélkül a hierarchia csúcsán helyezték el az opiátfogyasztást, amint arra a következő alany, egy hajdani függő is rámutatott.

V: Hát, régen minden nap rengeteget fogyasztottam. Úgy értem, többször is. Többször is belőttem magam.

I: És most, hogy csinálod?

V: Hát, csipegetek. Nem tudom, te hogy érted, de nekem a csipegetés azt jelenti, hogy egy kicsit rá vagy szokva. Az alkalmi fogyasztás azonban teljesen mást jelent számomra.

I: Szerinted mi a különbség egy alkalmi fogyasztó között, és azok között, akik sokat fogyasztanak? Van egyáltalán különbség?

V: Persze, hogy van. Kiütve nem lehet dolgozni. Én legalábbis nem tudok. A végén azért hagytam ott a munkahelyem, mert teljesen kiütöttem magam, munkaidőben is. Amikor viszont alkalomszerűen fogyasztottam, normális életet éltem, minden nap elmentem dolgozni. Én döntöttem el, mikor és ki-vel csinálom, és hogy mi történik velem olyankor. Rengeteg szabályom van, és most már be is tartom őket. Szerintem ez a nagy különbség azokhoz képest, akik sokat fogyasztanak. Holnap vagy elmegyek dolgozni, vagy betelefonálok. Még nem döntöttem el. Ha most be lennék állva, ma este már a városban lennék, és egy adagot keresnék holnap reggelre. Vagy megpróbálnék pénzt szerezni. Szerintem ez nyilvánvaló. Függőnek lenni teljes állás. És nehéz.

A szenvedélyes fogyasztóknak is lehetnek bizonyos szankciói és rítusai, de ezek nem olyan fejlettek, erősek, és olyan következetesen nem kerülnek betartásra. Erre példa a korábban említett „booting”. S ami még fontosabb, a szenvedélyes fogyasztók nagy valószínűséggel olyan szabályokhoz ragaszkodnak, olyan szabályokat fogalmaznak meg, amelyek nem kontrollálják, hanem épp ellenkezőleg, támogatják a szenvedélyes fogyasztást. A szenvedélyes fogyasztó óriási erőfeszítések árán félre tud tenni egy kis heroint – de csak azért, hogy a következő napot megint beállással kezdhesse.

Az összes kontrollált fogyasztónk kénytelen volt meghatározott szankciókhoz és rítusokhoz tartani magát, hogy kontroll alatt tartsa drogfogyasztását. Általában egyszerű biztonsági intézkedéseként, azaz a dolgok „helyes” intézéseként jellemezték szabályaikat és ceremóniáikat.

V: Nem tolom minden nap. Jó ideje nem engedem meg magamnak, hogy minden nap toljam.

Nem akartak függővé válni, de nagyon is tudatában voltak a lehetőségnek.

V: Négy-öt napig minden nap tolom, aztán nem csinállok semmit. Körülbelül egy hétig nem csinállok semmit, legalábbis próbálok. Nagyon vigyázok, nehogy rákattanjak.

I: Ezek szerint naponta egyszer csinálod?

V: Ja, naponta egyszer, néha kétszer, ha van elég pénzem. De néha előfordult, hogy fogok, mondjuk három adagot, beveszem előbb az egyik felét, aztán még aznap a másikat, vagy

beveszek előbb két adagot, aztán meg a harmadikat. Meg ilyenek. De néha egy, vagy akár két hétig sem csinálom. Egyáltalán nem.

I: Azért, hogy ne szokj rá?

V: Aha. Mert érzem. . . tudom, hogy már közel jártam hozzá, és nagyon könnyen menne. Tudod, van ennek egy teljesen pszichológiai oldala. Igazi pszichológiai utazás ez. Tényleg az.

A hozzá hasonló alanyok felismerték külső kötelezettségeiket, és felhasználták azokat, hogy józanul tartsák magukat. Ugyanakkor nem mindig voltak tudatában annak, hogy ez a képességük különbözteti meg őket a függőktől.

I: Voltál valaha függő?

V: Nem.

I: Ha nem, hogy sikerült elkerülnöd a függővé válást?

V: Hát, vannak kötelezettségeim, és alacsony szinten tartom a fogyasztásomat. Ha nem lennék házas, ha nem lenne gyerekem, ha nem lenne vállalkozásom, akkor valószínűleg komoly esélyem lenne rá, hogy függővé váljak.

I: Érezted valaha úgy, hogy rászoktál?

V: Nem.

Még ha a következő alany be is csapta magát az opiátfogyasztás iránti érdeklődése vonatkozásában, akkor is megfogalmazta azt a szankciót, hogy az opiátfogyasztás nem lehet az értékhierarchia csúcán.

I: Mennyire fontos számodra és a barátaid számára a drog fogyasztás?

V: Ez is olyan dolog, hogy ha helyes és működik, akkor megtörténik. Ha nem, akkor nem. Nem igazán foglalkozom vele. Nem olyan fontos számomra.

A kontrollált fogyasztók válaszai többször is utaltak egy szabályra, mely azt határozta meg, hogy mit tennének meg a drogért.

V: A kapcsolatom. . . ? Néhány haver Roxburyből, a South Endről.

I: Értem. Szóval tulajdonképpen. . . a véletlenül múltott, hogy lett kapcsolatod?

V: Igen. Ha volt anyag, korábban is fogyasztottam, de nem is tudom, nem fogok rohángálni utána. Ha meg vitatkozni kell miatta, akkor inkább hagyjuk az egészet.

Annak az eldöntése, hogy mi számít túlzott opiátfogyasztásnak, egyes használók esetében sokkal tudatosabb és egyértelműbb volt, mint a többieknél.

V: Úgyhogy azt mondtam magamnak: „Oké, ember, döntened kell. Azon a ponton vagy, hogy egyértelműen élvezed a dolgot, de tényleg csak ennyiről van szó? És ha többről, akkor így akarod folytatni, mert ha igen, akkor rá kell kapcsolnod. Új bevételi forrást kell keresned, mert így nem fog menni a dolog. Vagy vissza kell fognod magad.” És amikor végig gondoltam, milyen életmódváltást kellene végrehajtanom, egyáltalán nem tetszett az egész. Élvezem az elszállást, de nem akarom, hogy ez legyen az életem.

A pénzt is gyakran említették kontrolláló tényezőként:

V: Van egy szabályom, amit soha, soha nem szegek meg. Nem költök heti 25 dollárnál többet anyagra.

Ugyanakkor a kutatócsoport megdöbbenve látta, milyen sokan képesek pénzt szerezni a drogra, ha feljebb helyezik el a drogfogyasztást az értékskálán.

I: Azt mondtad, kontrollálad magad, hogy ne szokj rá. Hogyan?

V: Általában már az ár is elég, hogy kontrolláljon, mert elkezdek gondolkodni azon, hogy mennyi pénzt pocskolok el. Tudod, összeadom, hogy mennyit költök egy hónapban. Ha 100 dollárnál többet, és épp le vagyok égve, akkor leállok egy időre, és felsóhajtok: „Istenem, mit művelek én?” [nevet].

Az alanyok gyakran úgy fogalmazták meg szankcióikat, mintha azok pusztán személyiségük kifejeződései lennének.

I: Belőled lehetne függő?

V: Nem, soha... a tapasztalataim, meg minden egyéb miatt azt hiszem, nem. Tényleg nem. Nem lennék képes. . . hogy is mondjam. . . nem lennék képes semmibe ennyire belevetni magam. Akármilyen jó dologról is legyen szó, szerelemről

vagy drogfüggőségről. Nem hiszem, hogy bármibe is képes lennék annyi energiát fektetni.

Ám az ehhez hasonló kijelentések kivétel nélkül a függőséggel szemben felállított szankciókat fejezték ki.

I: Milyen típusú fogyasztónak tartod magad?

V: Kezdek rohadtul lelassulni. Azt hiszem, lassan felnövök. Olyan ez, mint a cigarettázás. Ma még csak két cigit szívtam el, és jól estek, viszont ha reggel óta egyfolytában cigiznék, egyfolytában azon járna az eszem, még most is, miközben veled beszélgetek. Úgy érezném, hogy itt ég a fejemben meg a kezemben. És ez azt bizonyítja nekem, hogy a lelkem kezd felnőni, egyre többet tud, és jobban ismerem magam. Lelasultam, hogy többet tanuljak, hogy jobban bánjak magammal. Úgyhogy nem is tudom... egyre fontosabb számomra a mértékletes fogyasztás. Nem akarok függő lenni.

A függőktől és a függőségtől való távolságtartás ismerős témái is egyértelmű megfogalmazásra kerültek.

I: Mit tanácsolnál egy új fogyasztónak?

V: Azt mondanám, ne lógjon függőkkel meg csavargókkal, ne folyják bele abba a létformába. Például, ne az legyen a kiugrási pontja... mondjuk a szabadság szempontjából. Olyan sokan mondják, hogy az opiátok... bezárják az embert a gettóba. Meg hogy mérgezik az agyat. De ez nem igaz. Az én esetemben legalábbis nem. De nem szabad hagyni, hogy a szer uralkodjon az emberen. Van erről néhány hátborzongató történet.

Néhány alany sajátos okokat sorolt fel abban a vonatkozásban, hogy miért akar szankciókat felállítani a fogyasztás gyakoriságát illetően.

V: Csak hetente egyszer, vagy kéthetente egyszer csináltam. Az első alkalommal, amikor elszálltunk a feleségemmel, normálisan tudtunk tevékenykedni, de ha másnap is belövöm magam, akkor teljesen kikészülök, kiakadok. Ha pénteken beállok, de szombaton nem, akkor emlékszem, mit csináltam pénteken, de ha pénteken és szombaton is beállok, akkor nem tudom, mit csináltam pénteken, amikor magamhoz tértem. Az pedig komolyan aggaszt, amikor nem tudom, hogy mi történt.

Amikor tapasztalt fogyasztóink arról beszéltek, hogyan tekintenek saját fogyasztásukra, gyakran úgy tűnt, mintha valamilyen konvencionális tevékenységről, például az alkoholfogyasztásról számolnának be, nem pedig a heroinfogyasztás egzotikus élményéről.

- I: Ha mondanod kellene egy kezdő fogyasztónak három fontos dolgot a használatról, mit mondanál?
- V: Azt mondanám, hogy a legelső dolog, a drogozás alapszabálya, de szinte az élet alapszabálya, a mértékletesség. Ez a legelső. Aztán van néhány fortély a drogfogyasztásnak, amiről tudnék beszélni. Vannak bizonyos dolgok, apróságok, amiket el tudnék magyarázni, de a legfontosabb a mértékletesség. Én nem fogom megmondani senkinek, hogy használja, vagy ne használja. Csak annyit mondok, hogy ha fogyasztani akar, akkor tegye mértékkel. Úgy sohasem égeti meg magát. Mindig egy lépéssel a drog előtt fog járni.

A következő részlet azt hangsúlyozza, hogy a drogot gyakran a társasági időtöltés részeként fogyasztották:

- V: Tetszett a gondolat, hogy emberek között legyek. És hogy együtt készítsük elő a drogot, aztán együtt lőjük be magunkat.

E viselkedés mögött az az alapelv vagy szankció rejlett, hogy alanyaink megpróbálták olyan fogyasztó társakat találni, akiket jól ismertek.

- V: Hát volt úgy, hogy olyan emberekkel fogyasztottam heroint, akik szintén fogyasztottak, de akiket nem ismertem, s emiatt egy kicsit aggódtam is. Eleinte, nem is tudom, történik valami. . . történik valami, amitől nyugtalan lesz az ember a beállással kapcsolatban. Jobb szeretem egyedül vagy azzal a lánnyal.
- I: Nevezzük Mary-nek.
- V: Szóval Mary-vel. Vagy valaki mással, akit jól ismerek, és aki amúgy is tolja. Olyan barátommal nem csinálnám, aki egyébként nem tolja. Akkor inkább elmegyek máshová, aztán visszajövök, de nem tolom.

A legtöbb kontrollált alanyunk nem fogyasztott olyankor, amikor ellenszenves emberek voltak a környezetében, de előfordult, hogy valaki vállalta ezt a kockázatot.

- I: Mikor fogyasztasz szívesebben drogot: amikor egyedül vagy, vagy amikor a barátaiddal?
- V: Hát, igazából nincs jelentősége. Így vagy úgy, de szeretek elszállni. Általában nem függ a környezettől, hacsak nem kötnek nagyon mély érzelmek a körülöttem lévőkhöz, ami előfordult már egy párszor. Ilyenkor vagy elszállok, vagy azt mondom: „Oké, meglátjuk, mi lesz néhány perc múlva; addig kimegyek a fürdőszobába.” Valami ilyesmi, de ez elég ritkán fordul elő. Egyszer-kétszer megtörtént néhány barátommal, amikor szerettem volna belőni magam heroinnal vagy valamivel.
- I: Nekem úgy tűnik, leginkább a heroin esetében fordul elő.
- V: Ó, a heroin az egyetlen. De akármit is lövök, nem csinálom olyasvalaki orra előtt, aki nem csinálja, mert tudod az emberek hajlamosak furcsákat gondolni. És véleményt alkotnak, és sokszor nem tartom igazságosnak a véleményüket. Az jár a fejemben, hogy „Szeretek olyan lenni, amilyen vagyok, amit nem tudok, az nem fáj nekem.” Hát így megy ez.

A kutatócsoport tagjai kételkedtek abban, hogy azok, akik megszegték ezt a mások számára oly fontos szankciót, képesek lettek volna megőrizni a kontrollt. Azonban az előbbieken idézett férfi szemmel láthatólag képes volt rá, mivel voltak más szankciói, amiket gondosan betartott. A következő idézetben szereplő nő szintén megszegtett egy olyan szankciót, amit a legtöbb kontrollált fogyasztó betartott – nevezetesen azt, hogy ne fogyasszon olyan csoportban, amelyekben egyaránt vannak kontrollált és szenvedélyes fogyasztók. Ugyanakkor önmagában az is kontrolláló szankció volt, hogy képesnek bizonyult a drogfogyasztását sokkal alacsonyabbra helyezni az értékhierarchiájában, mint a munkáját.

- I: Elkezdteél rászokni, amikor a délutáni műszakban dolgoztál?
- V: Azt hiszem, elég közel kerültem hozzá, de soha nem lettem rosszul, vagy ilyesmi. A barátom például fél kilenckor kelt, aludtam még, amikor elment otthonról. Legközelebb csak délután egykor láttam, és akkor már be volt löve. „Gyere, menjünk át hozzám, és nyomjunk egy kis anyagot”, hívott. De én nemet mondtam: „Nem, dolgoznom kell, majd este”, és elmentem dolgozni. Egész nap beállhatott négyszer vagy ötször, plusz éjszaka is sokkal többet vett be, mint én, úgyhogy rá is szokott. A hat-hét ember közül, akikkel együtt

lógtam, csak hárman szoktak rá igazán. A többiek... hát a többiek is sokat nyomták, de valahogy kontrollálták a dolgot.

Mint várható volt, a megélhetés biztosítása iránti elkötelezettség kulcsfontosságú tényező a drogfogyasztás korlátozásában.

- I: Hogyan jellemeznéd a drogfogyasztásodat?
 V: Hogy érted ezt?
 I: Hétvégéken fogyasztasz, vagy gyakrabban? Évek óta csinálod már, abbahagyod a hétvégézést, átállsz a mindennapos fogyasztásra?
 V: Családom van, amit el kell tartanom, meg minden, úgyhogy jó fiú leszek.
 I: Hogy érted, hogy jó fiú leszel? Milyen tekintetben? Mit akarsz csinálni?
 V: Visszafogom magam, nem viszem túlzásba. Kontrollálom magam.

Sok alany oly mértékben elköteleződött munkája iránt, ami már túlmutatott a pusztán megélhetés biztosításán. A következő alany nemcsak ilyen elkötelezett volt, hanem megtanulta betartani az Andrew T. Weil által 1972-ben megfogalmazott létfontosságú szabályt is: „A kevesebb több.” Odafigyeléssel és a drogfogyasztás különlegességének megőrzésével képes volt megőrizni a drog élvezetére való képességét.

- V: Tudod, nagyon szeretek dolgozni, mert ha nem dolgoznék, egész nap csak innék, meg füveznék. Pedig, amikor úgy van az ember, nem igazán van kedve hozzá. Sokkal jobban élvezem, ha csak este indulok be, mondjuk iszok néhány sört, meg elszívok egy-két jointot. Sokkal jobb, mintha egész nap csinálnám. Vannak módszereim, amivel kordában tartom magam. Megbeszélem magammal, mikor, hol és kivel fogok drogozni. Olyan, mintha szabályaim lennének rá.

A kontrollált fogyasztók általában véve sokkal többre értékelték a munka révén elért státust, mint a szenvedélyes fogyasztók.

- V: Rengeteget dolgoztam. Ezért nagyon fontos, hogy megőrizzem a kontrollt, mert rengeteget dolgoztam a szakszervezetben. Benne vagyok a központi bizottságban, és mindent tönkretenne [a drog]. Igazából talán teljesen le kellene állnom vele. Különben biztos el fogom veszíteni a státusomat és a pozíciómat. Pedig keményen megdolgoztam értük.

Nem hiszem, hogy befolyásolná a munkámat, de nem akarom, hogy bárki is tudjon róla.

I: Részben ez az oka annak, hogy az abbahagyását fontolgatod?

V: Igen, nagyrészt. Leginkább attól félek, hogy valaki rájön a szakszervezetnél vagy a munkahelyemen. Hét éve dolgozom ezekkel az emberekkel, és úgy nyolc éve a szakszervezetben. Ez túl sok ahhoz, hogy elveszítssem. Mindez nem ellensúlyozza azt a jó érzést, amit a drogtól kapok; egyszerűen nincs egyensúlyban a kettő.

A kontrollált fogyasztók a munkahelyi státusszal járó felelősséget is felvállalták.

V: Hát, természetesen elméletileg senkinek sem lenne szabad narkotikumokat szednie a kórházban. Senki sem tudja, hogy én ezt teszem. Nem vagyok rászokva. Ahhoz túl sok a munkám, mindig is túl sok volt. . . és túlságosan fontos nekem ahhoz, hogy rászokjak. De úgy öt éve rendszeresen csipegetek.

A drogfogyasztás technikájának elsajátítása létfontosságú az opiátok esetében, mivel a mennyiség vagy a beadás elvétése katasztrofális eredményekkel járhat. Így a kezdő fogyasztók fokozatosan sajátítják el a technikai szankciókat és rítusokat, bár néha bosszantó következményekkel:

I: Amikor elszállsz, te készíted el a lövetedet, vagy valaki elkészíti neked, és együtt lövitek be?

V: Általában együtt készítünk el mindent, én csak valamivel kevesebbet kapok, mint a többiek. Eleinte másnak kellett megcsinálnia helyettem, de aztán én is beletanultam. Mivel általában elég kevés időnk volt, mindenki igyekezett saját magát belőni, úgyhogy csak ültem, és vártam, hogy elkészüljenek. Amikor elkészültek, annyira beálltak, hogy a végén megint csak várnom kellett, hogy lejöjjenek, mielőtt én is elszállhattam volna.

A következő válasz azt illusztrálja, hogyan szolgált szankcióként a ritualizált fogyasztási technika iránti lelkesedés mindaddig, míg az alany hinni nem kezdett saját kontrollérzékében. Egyben azt is jól megmutatja, hogy ugyanazok a rítusok nem bírtak kontrolláló erővel a függők számára.

V: Mindig is lenyűgözött a beállítás folyamata. Amikor megismertem a függőket, azt hittem, talán inkább a rítus függői, nem az anyagéi... ahogy körbeülnek, ahogy felmelegítik az anyagot, ahogy beadják maguknak. És, amikor először kipróbáltam, teljesen odavoltam tőle. De már nem tartom olyan nagyra. Egyszerűen ez a drog elfogyasztásának a leghatékonyabb módja. És azt hiszem, volt egy pont, amikor eléggé túljátszottam az elkötetést, meg a beadást, meg mindent. Igazából soha nem mentem bele. Most sem megyek.

Amint arra ugyanez az alany rámutatott, a technikák és a velük járó biztonsági szabályok megtanulása a legkevésbé sem hasonlított egy hivatalos iskolai órára.

I: Az, aki megmutatta neked, elmondta az utasításokat, hogy mit csinálj, és mit ne?

V: Nem, nem hiszem. Ezek olyan dolgok, amiket úgy szedsz föl, magadtól, miközben állsz a sarokban, és figyeled az öregeket. Ott lebzselsz a vén rókák körül, és közben rádragadnak ezek a dolgok. Ha egyszer belemész, megtanulod őket. Mondjuk, összefutsz egy dealerrel, miután egész nap anyag után rohangáltál, és azt mondod: „Akkor most felhevítem. Te is jössz? Velem tartasz?” Leülsz. A dealer azt feleli: „Hé, öreg, ezt meg ezt ne csináld.” És akkor megtanulod, aztán meg tovább adod. Így megy ez, egyiktől a másikig.

Az információ még ezen a nemtörődöm módon is tovább terjed.

V: Néha szólnak, hogy ne használd azt a tüskét, mert az a fajta túl nagy. Azt hívják koksztüskének. De azzal nem szabad heroint lőni, mert nagy lyukat csinál az ember karjára, és csak dől a vér. Egész nap nyomhatja vissza az ember a fecskendővel. Vérzik, mint egy kutya. Ja, meg nem szabad koszos tűvel csinálni, vagy koszos vízzel, meg általában semmivel, ami nem tiszta.

A másik állandó aggodalomforrás a drog megvásárlásának kérdése volt, illetve az, hogy tudhat-e valamit a fogyasztó a minőségéről. Emiatt sok alany alkalmazta azt a szankciót, hogy nem fogyasztott egyedül opiátot, különösen, ha új forrásból szerezte be azt.

I: Van valamilyen szabályod a drogfogyasztással kapcsolatban?

V: Ó, persze, saját szabályok. Mindig óvatos vagyok, amikor veszek egy kis heroint, és nem tudom, milyen erős. Az eladótól hiába is kérdeznéd; mindig „fantasztikus” a szer. Úgyhogy mindig túl keveset veszek be. A végén másodszor is be kell lőnöm magam. A szippantás az más, azt lehet folyamatosan csinálni. Az egyik szabályom az... szerintem ezt több nő tartja be, mint férfi... hogy soha nem lövöm be magam egyedül.

Ez az alany és a következő nő egyaránt betartotta azt a szabályt, hogy egyszerre csak egy keveset fogyasztott, míg meg nem ismerte az anyagot. A függők nagyon ritkán foglalkoztak ezzel a szabállyal.

I: Van valami, amit ellenőrzöl drogfogyasztás előtt?

V: Hát általában tudom, kitől származik az anyag, erről mindig meggyőződöm. Nem vásárolok bárkitől az utcán. És tudom, mennyit akarok bevenni, és annyit is veszek, így nem fenyeget a túladagolás. Ha el kell osztanom az anyagot, és két-háromszorra kell bevennem, akkor azt fogom tenni, semmint hogy egyszerre nyomjam be.

A kontrollált fogyasztók, ismét csak ellentétben a szenvedélyes fogyasztókkal, nemcsak a heroint keresték, hanem olyan dealereket is, akikben megbízhattak.

V: A munkahelyem közelében lakik egy fickó, attól szoktam venni. Véletlenül ismertem meg, amikor odaköltöztem. Akkor épp nem akartam megint ráállni a szerre.

I: Csak tőle veszed?

V: Igen. Megbízom benne, legalábbis abban az értelemben, hogy az anyaga mindig nagyon jó. Nem akarok másokkal is kapcsolatba kerülni.

Ez az óvatosság azt jelentette, hogy a kontrollált fogyasztók csak bizonyos körülmények között fogyaszthattak, mely korlátozást a függők képtelenek lettek volna betartani.

V: Nem akarok belekeveredni a heroinba, ami az én esetemben azt jelenti, hogy nem akarok egy idegen városban drogdealerekkel megismerkedni... errefelé így megy ez mostanában... csak a barátaimmal akarok találkozni. Mindig is olyanoktól igyekeztem szerezni, akiket ismerek.

A másik probléma, ami az opiátfogyasztás tárgyalásakor mindig felmerül, az a különbség, ami a fogyasztók szerint a gyógyszerkészítmények – például a törvényesen felírható Demerol, morfin, Dilaudid, kodein vagy metadon – és az Egyesült Államokban fel nem írható, igen erős hatásúnak tartott heroin között fennáll. A legtöbb farmakológus, tudván, hogy a heroin a szervezetben morfinra bomlik le, tagadta, hogy bármiféle különbség létezne. Ám C. B. Pert, G. Pasternak és S. H. Snyder (1973) szerint a legújabb kutatások kimutatták, hogy nemcsak egyfajta receptortérület van az agyban az opiátok számára, ami azt jelenti, hogy a fogyasztók által felismerni vélt különbségeknek fiziológiai alapjai is lehetnek. Alanyaink általában a heroin felsőbbrendűségét hirdették, és gyanakodva fordultak a gyógyszerkészítmények felé.

V: Sohasem szerettem túlzottan az üvegcsés pirulákat, mert mindig van bennük valami, ami elijeszt tőlük. Ha valaki ad egy pirulát, és nem tudom, mi az, inkább nem foglalkozom vele. Nem veszem be. Nem érdekel, mit mondanak, mi az. És nem adom tovább másnak sem. Inkább kidobom, mint hogy kipróbáljam.

Mindazonáltal néhány alany kifejezetten előnyben részesítette a gyógyszerkészítményeket, és láthatólag szankcióként alkalmazták preferenciájukat. Fogyaszthattak volna heroint is, de például ez a szenvedélyes fogyasztó kevésbé veszélyesnek tartotta a gyógyszerkészítményeket.

I: Mikor kezdett el érdekelni a heroin?

V: Tavaly nyáron, nyár elején. Elloptunk egy kocsit, és volt benne egy orvosi táska, abban meg egy nagy üveg morfin meg egy nagy üveg folyékony Demerol meg mindenféle nyugtató meg egyéb. Azokat szedtük be. Elég volt néhány hétig, talán kettő-háromig. Aztán, épp amikor kifogytunk. . . közben végig kocsikat loptunk. . . megint találtunk egy orvosi táskát, és abban még több volt. Megtartottuk, és legalább egy-másfél hónapig kitartott. Azután meg Dilauidot meg hasonlókat nyomtam, meg Demerolt szereztem az orvosoktól. És tudod, a város összes hernyósa recepteket szerzett. . . elég könnyen meg lehetett venni őket. . . és metadonoztunk. Aztán egyszer-kétszer heroinoztam az egyik haverommal, de nem igazán tetszett, mert általában égetett. Nem érte meg azt

a pénzt, pláne ha tudott az ember valami gyógyszert szerezni helyette.

Néhány alany azért tartotta biztonságosabbnak a gyógyszerkészítményeket, mert úgy érezte, biztos lehet az összetételükben.

V: Jobban szeretem a gyógyászati opiátokat. Azoknál mindig tudja az ember, milyen minőségű és milyen erős drogot vesz be. A heroinnál viszont sosem lehet tudni.

I: Melyik a kedvenced?

V: Mostanában Demerolt szedek. Az ára körülbelül ugyanott van, mint a heroiné, de legalább tudom, mit veszek be.

Természetesen nagyon is lehetséges, hogy a fogyasztók nem lehetnek biztosabbak abban, hogy mit rejt egy „Folyékony Demerol” feliratú üveg, mint abban, hogy mi van egy elméletileg heroint tartalmazó nejlonzacskóban. Bizonyos gyógyszereket egyértelmű jelölésekkel látnak el, másokat viszont nem, és a hamisítványok egyre jobb minőségűek. Feltehetőleg (de csak feltehetőleg) igaz, hogy a gyógyszerkészítmények forgalmazói kisebb valószínűséggel hamisítják termékeiket, mint a heroindealerek. Ennek ellenére kontrollált alanyaink szemmel láthatólag mindennél jobban vágytak arra, hogy biztonságos módszert találjanak nagyra tartott kábítószerük fogyasztására, s ennek nyomán érdekes, néha egyenesen eredeti megoldásokkal álltak elő.

V: Egy ideig szigorúan csak szippantottam, de az elég nagy pocskéolásnak tűnt. Akkor visszatértem a szúrásra. De valahogy állandóan feszült vagyok a gondolattól, hogy esetleg nem teljesen tiszta az anyag. Úgyhogy most feloldom, és oldatban cseppentem az orromba.

I: Miért?

V: Amennyire tudom, az orrnyálkahártya öntisztító. Rengeteg hajszálér van benne. De egyébként így hatékonyabb is az anyag. Kevés megypocskéba, nem kell tűt szúrnom a karomba, ami azért trauma, még akkor is... trauma maga a fogyasztás.

A szabályok és szankciók keresése élesen megkülönböztette a kontrollált fogyasztókat a szenvedélyes fogyasztóktól.

I: Emlékszel rá, hogy az, aki megmutatta, hogyan kell belőni magad, elmondta-e neked azt, hogy mit szabad, és mit nem szabad csinálni?

V: Ó, persze! Emlékszem, mit mondott: „Ha elkötöd a karod a lövés előtt, akkor a lövés után kösd ki magad. Ne szállj el bekötve.” Aztán még azt is mondogatták, hogy kézfejbe ne lőjek, mert szétdurran. Meg, hogy amikor anyagot veszek, és nem vagyok biztos az eladóban, kóstoljam meg az anyagot... győződjek meg róla, milyen az íze.

I: Hogy megtudd, jó vagy rossz heroin-e?

V: Azt nem lehet az ízéből tudni. Csak azt tudhatod meg, hogy heroin-e, vagy nem.

I: Tehát nem jó vagy rossz, hanem igen vagy nem?

V: Ahogy mondod.

Nem lehet eléggé hangsúlyozni a heroinfogyasztási technikák szankcióinak felállítása nem pusztán modor kérdése, hanem fontos biztonsági óvintézkedés.

I: A szemcseppentőt szereted, vagy a fecskendőt?

V: A fecskendőt; soha többé nem cseppentőzők.

I: Miért? Mi a baj a cseppentővel?

V: Volt egy rossz élményem vele. A cseppentőnek nagyobb a hegye, én meg nem szeretek nagy lyukat szúrni a karomba. A tű nyoma viszont apró. És azt sem szerettem a cseppentőben, hogy nem főztük ki... nem akartam volna összeszedni valamit.

Alanyaink válaszai arra is rávilágítanak, hogy miként alakulnak ki rítusok a szankciók körül. Azt a szabályt, hogy a hepatitisz elkerülhető a tűk megtisztításával, megerősítette a drogfogyasztás helyszínének és az elsőként fogyasztó személynek a kiválasztása.

I: Van valamilyen különleges szabályod a drogfogyasztással kapcsolatban?

V: Igen, nem szeretem hagyni, hogy mások is az én tűmet használják. A barátom hagyni szokta, de ő nem kapja el a hepatitiszt. Én félek, hogy megint beteg leszek. Úgyhogy van ez az egész rítus, amikor csinálom, kezdve a víz felforralásával. Saját tűt használok, amit senkinek sem adok kölcsön. Tartunk még tűket a házban. Ha valakinek tű kell, kaphat egy másikat, ha nálunk akarja belőni magát.

I: Tényleg otthon lövöd be magad?

V: Igen, vagy lent a nővérem lakásában.

I: Általában csak te vagy jelen a barátoddal, vagy mások is csatlakoznak hozzátok?

V: Hát volt olyan, hogy mások is ott voltak, és néztek minket.

I: Általában ki szokta elsőként belőni magát?

V: Hát, ha én és a barátom vagyunk ott, akkor általában ő, mivel ő nem csinálja végig ezeket a rítusokat. Egyszerűen csak beadja a szert. A teste már megszokta.

A következő alanyunk azért tért át a fecskendővel beadott heroinról a szájon át szedhető köhögés elleni szirupra, mert félt a tűktől. Mindazonáltal a feleségével együtt megtartották az összes rítust, beleértve a ház kitakarítását is.

V: Először is, nem sokkal a köhögés elleni szirup előtt veszem be a Dorident, mert a szirupot elég nehéz legyűzni. Kiszárad tőle az ember szája, fuldoklik. Általában csak azután kezdünk el takarítani, hogy elszálltam.

I: Azután, hogy elszálltál?

V: Igen. Én így szeretem. A feleségem épp ellenkezőleg. Ő jobb szeretet előtte kitakarítani. Eszik is, mielőtt megissza a szirupot. Én nem. Neki muszáj enni. Nekem igazából mindegy. Általában nem szoktam. A szirup után sem, mert teljesen ki vannak készülve az ízlelőbimbóim. Valamivel később, amikor már elszálltam, semmilyen ízt nem érzek, kivéve talán a 7-Upot vagy a Sprite-ot (állandóan tartok otthon belőlük, nagyobb mennyiséget) vagy a narancslét. Egy másik szabály: „Ne hajts gyorsabban harminc mérföld per óránál” – ugyanis általában én vezetek hétvégente.

Noha a szankciók és rítusok kialakítása általában nem tudatos – azaz a fogyasztó azt hiszi, hogy ő csak azokat a dolgokat teszi meg, amiket a biztonság megkövetel, vagy azért csinál dolgokat úgy, ahogy, mert ő ilyen –, néhány fogyasztó nagyon világosan meg tudta fogalmazni a szabályait.

I: Van valamilyen szabályod a drogfogyasztással kapcsolatban? Valamilyen saját szabály?

V: Általában senki előtt nem mutogatom a pénzemet. Ahányszor megteszem, mindig megbánom. A múltkor is kirabol-tak, majd megőrültem a dühtől. Ilyen szabályokra gondolsz? Nézzük csak, mi van még? Ami a szerszámokat illeti, nos, elég kényes vagyok a szerszámaimra.

I: Megmosod, esetleg kifőzöd őket?

- V: Igen, és nem használom azokat a szerszámokat, amiket olyasvalaki használt, akinek korábban hepatitisze volt. Mint ahogy használt óvszert sem használok.
- I: Van valami, amit ellenőrzöl, mielőtt drogot fogyasztanál?
- V: Megkóstolom. Nem mintha sok értelme lenne [nevet].
- I: Kinint vagy mérget, vagy mit keresel benne?
- V: Igen. Vagy kávé. Régen mindig én akartam elsőnek belőni magam, de most már hagyom, hogy mások legyenek az elsők. Ő, az is szabály, hogy ha nem ismerem az anyagot, akkor egyszerre nem veszek be sokat belőle. Csak ha valaki más már kipróbálta.

Ezzel szemben a következő fogyasztó nem volt a tudatában annak, hogy határozott érvelése a biztonság mellett valójában egy szabály.

- V: Igyekszem nem dohányozni az ágyban. Régen voltak ezzel problémáim. . . elaludtam a számban egy cigivel, és végigégett a takaró alatt, egy kisebb tűzben ébredtem. Erre nagyon-nagyon odafigyelek. Régebben eljárt hozzám néhány haverom, általában beállva, és akkor nagy fémvödröket akasztottam a karjukra hamutartónak, hogy ne égessék össze a bútoraimat.
- I: Értem. Szerintem ez nagyon jó ötlet.
- V: Bevált. Egy égetés engedélyezett, aztán kidobom az illetőt.
- I: Ez a ház szabálya?
- V: Nem tűröm ezt a szarságot. Én fizetek érte. Szerintem erre valók a szabályok. Igazából soha nem gondolkodtam rajtuk, nem soroltam fel, hogy mit szabad, meg mit nem, csak úgy jöttek, maguktól. Elég régóta betartom őket.

Időnként az élmény ritualizálása kezdi hordozni az összes szankció erejét. A következő alany számára az otthoni ópiumfogyasztás nem volt feltétlenül biztonságos, ám megfelelt egyéb szankciók betartásának.

- I: Általában hol szoktál elszállni? Otthon?
- V: A legtöbbször otthon. Csak akkor nem otthon, ha olyanokkal vagyok, akiket nem ismerek elég jól, vagy olyanokkal, akiket ismerek, de épp azért nem szívesen látok. Ha nincs egy hely, ahol belőhetnénk magunkat, inkább a kocsiban, vagy egy étteremben, vagy bárhol csináljuk. De ilyenkor a legszívesebben visszamennék a házamba. Nem lőném be

magam, hanem visszamennék. De ha valamit már megtervezünk, hülyén nézne ki, hogy lelépek, és akkor kíváncsiskodni kezdenének, szóval inkább csinálom azt, amit a többiek. Belövöm magam, üldögélek, zenét hallgatok. Aztán elmegyünk kocsikázni egy kényelmes, sima járású autóval. És csak megyünk, megyünk, esetleg megnézünk egy mozit. Ha megéhezek, eszek valamit.

A következő alany esetében épp ellenkező volt a helyzet: valaki más házának a felkeresése vált ritualizálttá, de ez is ugyanazt a hatást érte el, megerősítette a szankció alkalmazását.

V: Általában másoknál lövöm be magam. Otthon félek egyedül, nehogy valahogy veszélybe sodorjam az állásom. Régebben én szúrtam saját magam, de mostanában hagyom, hogy valaki más csinálja, különösen amióta nem engedhetem meg, hogy nyoma maradjon a karomon. Úgyhogy elmegyek valakihez, ki a konyhába, fogok egy pohár tiszta vizet, bekapcsolom a tűzhelyet. Kifőzöm a szerszámokat, belövöm magam, és csak vagyok.

I: Mit csinálsz utána?

V: Általában zenélek, és sokat beszélgetek. Nagyon kellemes. Csak beszél, csak beszél az ember, gondolom fantáziál is egy csomót, úgy érzi magát, mintha valóra válhatnának az álmai, és csak erre gondol, nem zavarják annyira a kicsinyes dolgok. Általában behúzzuk a sötétítőfüggönyöket. Ez minden. Ja, és bezárjuk az ajtót.

A következő részlet számos olyan rítust megemlít, amit sok fogyasztó követett a kényelmes drogfogyasztás biztosítása érdekében. Az általános takarítás megerősítette a szerszámok megtisztításának szabályát. Több alany is arról számolt be, hogy a belövés előtt ragaszkodott egy hashajtóhoz, hogy azzal enyhítse az opiát által kiváltott székrekedést. Emellett a következő alany azt nyilatkozta, hogy szinte mindenki tisztában volt azzal, hogy a droggal szerzett tapasztalat figyelemreméltó kontrollt eredményezett a bódult állapot fölött.

V: Általában meggyőződöm róla, hogy minden rendben van-e a házban, mielőtt beállok. Így utána nyugodtan lazíthatok, nem kell aggódnom semmi miatt. Egy kicsit kitakarítok, mindezt a helyére teszek, hogy nyugodtan lazíthassak. Kitakarítom a fürdőszobát, megtisztítom a szerszámokat, szarok egy

nagyot. Régen mellétem a telefont, de most már nem teszem, mert rájöttem, hogy képes vagyok annyira kontrollálni az elszállást, hogy értelmesen tudjak beszélgetni a telefonon, ha valaki felhív. Előkészítem a kedvenc lemezeimet. Bezárom az ajtókat.

A kedvenc napszak megválasztása a fogyasztáshoz – ami alanyról alanyra változott – általában megerősítette az elszállás módszerét.

V: Ha van nálam valaki, akkor jobb szeretek ébredés után, viszonylag hamar elszállni. Megreggelizek, egy ideig tisztán üldögélek, elrendezek néhány dolgot, hogy ne kelljen velük később bajlódnom. Utána belövöm magam nappalra, mert úgy hosszabbnak érzem. Nem leszek fáradt. Tudod, bármikor elszállnék. Ha azonban éjszaka szállok el, akkor utálok aludni, mert csak elpocsékolom az elszállást, pedig az elég drága. Úgyhogy ilyenkor az éjszaka nagy részét ébren töltöm, vagy végül elalszom a fáradtságtól.

Az, hogy valaki egy bizonyos időpontot választott ki a fogyasztásra, azt nem pusztán rítusból tette. A meglehetősen rendszerességgel fogyasztó kontrollált alanyoknak erős, meghatározó szabályokra volt szükségük az időpont tekintetében annak meggátlására, hogy a drog átvegye az irányítást az életük fölött.

I: Csak a péntek a hétfégi elszállásé, vagy a péntek és a szombat, vagy...?

V: A péntek és a szombat. Vasárnap meg általában kialszom magam. Néha, nagyon ritkán vasárnap is csinálok valamit. Ha nem megyek dolgozni, mind a három napot kiveszem.

I: Tehát megtervezed az egészet. Ha tudod, hogy nem kell dolgozni menned, ha szabadságon vagy, vagy ha úgy döntesz, hogy szabadságot veszel ki, akkor vasárnap is nyugodtan belövöd magad?

V: Igen.

I: Egyébként...

V: Mindig csak pénteken és szombaton.

A következő részlet nem csak azt illusztrálja, hogy elhatározásra volt szükség a korlátok fenntartásához, hanem azt is, hogy ez a minőség különböztette meg a kontrollált fogyasztókat a szenvedélyesektől. Noha az alany viszonylag súlyos fogyasztó volt, hosszú időszakokra a polcon tudta hagyni a drogot.

- I: Voltak olyan időszakaid, amikor nagyon sokat, vagy nagyon keveset fogyasztottál?
- V: Hát, ahogy mondják, elég magas a toleranciám, úgyhogy hétvégén igencsak bele szoktam húzni. És tudod, nemcsak hétvégén szoktam tolni. Néha akár péntek estétől vasárnap estig is. Máskor csak péntek este, de mostanában minden hétvégén. Így egy vásárolt adag egy teljes hónapig kitart.

A következő alany által leírt luxus – amit fél uncia heroin és fél uncia kokain megvásárlása bizonyít – potenciálisan veszélyesnek tűnik. Ám amint az alany rámutatott, csak társasági alapon fogyasztott, így egy vásárlás egy évig is kitartott. Egy szenvedélyes fogyasztó képtelen lett volna ilyen viselkedésre.

- V: Egyszer, amikor heroinoztunk, az egész nagyon érdekes volt. Volt egy nagy, kerek asztal, és minden tányér mellé odatették a szerszámokat. Volt úgy fél uncia heroinunk és fél uncia kokainunk. Rengeteg anyag volt. . . tényleg sokat vettünk. Elkezdtünk vacsorázni, és remek társasági alkalom lett belőle. Nem olyan volt, mint amikor egy függő belövi magát a fürdőszobában vagy a folyosón. Remekül szórakoztunk, és később még többször is megismételtük.

Hatodik fejezet

Személyiség és társadalmi tanulás: A kontrollált drogfogyasztás elmélete

Első ránézésre magától értetődőnek tűnnek a személyiség (*set*), a társadalmi struktúra (*setting*) és a drog közötti kapcsolatok. Mindenki tudja, hogy a pszichikai állapotok igen változatosak, hogy a környezetnek hatása van, a drogok pedig óriási befolyást gyakorolhatnak rájuk. Ám hiába könnyű elméleti szinten megragadni ezeket a kapcsolatokat, gyakorlati realitásként meglepően nehéz elfogadni őket. A legtöbben ahhoz vagyunk szokva, hogy orvosi kontextusban gondoljunk a drogokra, ahol is meghatározott állapotok kezelésére alkalmazzák őket. Ezáltal tévesen feltételezzük, hogy egy adott drog hatása állandó – hogy ugyanolyan hatással lesz a különböző, de azonos állapotú páciensekre, sőt, hogy hatásai ugyanarra a páciensre nem változnak időről időre. Az orvosok pedig nem szívesen fosztják szét ezt a hiedelmet, hiszen szeretnék maximalizálni a felírt drogok terápiás hatását.

A drogot körülvevő orvosi aura ellenére a legtöbb drogszakértő végső soron elfogadta a személyiség (*set*) és a környezet (*setting*) fontosságát a drogok hatásának befolyásolása szempontjából. A laikusok az alkohollal kapcsolatos élményeik – vagy mások élményei – alapján ismerhetik fel a drog-személy-környezet együttes jelentőségét. Az alkohol mindenkire másképp hat: vannak vidám ivók, mogorva ivók, agresszív ivók és flörtölő ivók. Az alkohol néha feszültségoldó (egy martini a munkahelyen eltöltött nehéz nap után), máskor serkentő (az első ital a partin). Gyakran hangulatfokozó: az adott körülményektől függően elmélyíti a depressziót, vagy fokozza az eufóriát. Esetenként felszabadítja a gátlásokat, de az is előfordul, hogy azért fogyaszt el egy-két italt valaki, hogy társadalmilag elfogadott alibit szerezzen már eleve felszabadult gátlásaira. Farmakológiai szempontból az alkohol elnyomja az agy bizonyos gátlóközpontjainak működését, és ennek megfelelő következmé-

nyeket okoz. A tulajdonképpeni hatások skálája azonban mind a viselkedésváltozás, mind a pszichikai állapotok szempontjából rendkívül széles. Talán épp a lehetőségek széles skálája miatt olyan népszerű drog az alkohol. Nem tagadom, ezek az eklektikus hatások az én elméletemet támasztják alá azzal, hogy rávilágítanak a drog, a személyiség és a környezet kölcsönhatásának fontosságára.

A pszichológiai nézőpont

Ennek a bonyolult, háromirányú kölcsönhatásnak a vizsgálata viszonylag újkeletű jelenség, bár a pszichikai zavarok és a különböző pszichikai állapotok létezését már rég felfedezték. Azonban csak a XIX. század végén jelent meg egy olyan módszer, ami lehetővé tette a személyiség és a személyiségzavarok szisztematikus elméleti tanulmányozását: nevezetesen a Sigmund Freud és követői által kifejlesztett pszichoanalízis módszere. Akármit is gondolunk terápiás hatékonyságáról, ez a módszer lehetővé teszi az egyén alapos tanulmányozását, nyomon követi a személyiségstruktúra kifejlődését a legkorábbi motívumokból és kapcsolatokból, és megmutatja a korai fejlődés és a későbbi viselkedés között fennálló folytonosságot. Az egyén életének freudi tanulmányozása megismerési távlatokat nyitott meg, amelyek nemcsak a pszichológia különböző aspektusait befolyásolták, hanem beágyazódtak a nyugati kultúra gyógyászatába, képzőművészetébe, irodalmába, szociológiájába, sőt politikájába is.

FREUD HATÁSA · A XX. század végén a legtöbb nyugati tisztában van – egyesek azt mondanák: túlságosan is – a belső, gyakran tudatlan meggyőződések erejével és hatásával. Egy mai író – szemben Ruskinnal – nem beszélne úgy naplójában impotenciájáról és erotikus álmairól, mintha azok csak úgy rátörtek volna, mint például a tüdőgyulladás. Ezt a századot sokkal inkább a nyilvánosság derült reakciója jellemezte Richard Nixon elnök nyelvbotlásaira, például amikor 1960-ban, feleségével az oldalán azt mondta: „Ki nem állhatom Pat-et”⁴, vagy amikor munkatársát és alelnökjelöltjét, Henry

⁴ Lefordíthatatlan szójáték. Az „I can't stand pat” jelentése kb. az lenne, hogy „Ki nem állhatom, ha hátbaveregetnek”, ez esetben azonban a „Pat” Nixon feleségének keresztnéve. – A ford.

Cabot Lodge-ot, akivel nézeteltérései voltak, „kitűnő ellenségem”-nek nevezte. Ezek a nyelvbontások nevetést váltottak ki a hallgatóság körében, és felkerültek a *New York Times* címlapjára. A XX. századot joggal nevezhetjük az individuálpaszichológia századának, az „én” éveinek (Lasch, 1979).

Freudnak a nyugati gondolkodásra gyakorolt hatása fényében nem meglepő, hogy a tiltott drogok fogyasztásának az 1960-as években történt hirtelen megnövekedése (az úgynevezett drogforradalom) nemcsak a közvélemény elítélő reakcióját váltotta ki, hanem felvetette a „Miért csinálják?”, vagy „Mi kényszeríti őket erre?” kérdéseket is. És érthető, hogy a kérdések megválaszolására tett próbálkozás során a szakma és a nyilvánosság először egyaránt a mélyen gyökerező és általában tudattalan személyes motivációk felé fordult. A drogforradalmat megelőzően a droggal élők és visszaélők tanulmányozó elméleti és klinikai szakemberek úgy értelmezték a drogproblémákat, mint amik kiterjedt személyiségzavarokból (az úgynevezett addiktív személyiségből) erednek (Zinberg, 1975). Akkoriban az ilyen drogfogyasztók valószínűleg sokkal nagyobb százalékát alkották azoknak, akik függővé váltak, mint ma. Úgy tűnik, az, hogy napjainkban elmozdulás történt a személyiség (set) szerepének túlhangsúlyozásától annak felismerése felé, hogy a személyiség és a környezet egyaránt fontos, egy olyan társadalmi-történeti folyamat része, amelynek kezdete magára a drogforradalomra tehető. Ez a folyamat az 1960-as években indult el, amikor olyan emberek kezdtek illegális drogokat használni, akik nagyon is különböztek a legelső drogfogyasztóktól. Erre 1968-ban ébredtünk rá Weillel és Nelsennel, amikor kontrollált kísérleteket folytattunk marihuánafogyasztókkal. A kutatásban résztvevő úgynevezett krónikus fogyasztók – azok, akik 1965 előtt kezdtek marihuánát szívni –, idegesebbek és antiszociálisabbak voltak, és nagyobb valószínűséggel tartoztak a diszfunkcionális kategóriába (így lélekleben közelebb álltak ahhoz a maréknyi zenészhez, „bohémhez”, feketéhez és barnához, akik már a drogforradalom előtt marihuánával éltek), mint azok a naiv alanyok, akik csak 1968-ban kezdték használni a szert. Megállapítottuk, hogy az 1960-as évek végére a marihuánafogyasztást sokkal elfogadottabbnak élték meg a fogyasztók, mint 1965 előtt. Az 1970-es évek elejére pedig még nyilvánvalóbbá vált ez a változás. A jelen tanulmányban tárgyalt, ellenőrzött körülmények között marihuánát fogyasztókat (akiket Michael jelenít meg a 2. fejezetben) valószínűleg nem valami mélyen gyökerező és önpusztító tudattalan motivációk hajszolták a drogfogyasztásba.

A heroinnal sokkal bonyolultabb a helyzet. A legtöbb heroinfo-gyasztó az 1920-as évektől kezdődően a munkásosztály alacsonyán képzett rétegéből került ki, és általában rossz anyagi háttérű, problémás családokból származott. Az ezekről a droghasználókról készült első tanulmányok a hátrányos társadalmi helyzet által a korai személyiségfejlődésre gyakorolt hatásokra koncentráltak, s így mind a személyiséget, mind a körülményeket számításba vették. Vitatható, hogy ezek a kutatások bebizonyították-e, hogy a fenti társadalmi körülmények álltak a drogproblémák háttérében; ám akárhogyan legyen is, a kutatások közvetlen tárgyát az ilyen körülmények közül származó, megkeseredett, deprivált személyiségek alkották. Ezeknek a korai kutatásoknak a megállapításait pedig még ma is felhasználják arra, hogy közvetlen kapcsolatot mutassanak ki bizonyos súlyos személyiségzavar-fajták és a drogfogyasztás között.

SEMÉLYISÉGELEMÉLETEK · Az az álláspont, miszerint a drogfogyasztás elsősorban a személyiség fogalmi keretei között magyarázható, a Freud követői által a korai fejlődésről alkotott elméletek valamelyikén alapul. Noha a nagyon korai fejlődésen elgondolkodva rendkívül nehéz különbséget tenni a genetikai hajlamok és a születés utáni korai hatások között, a dinamikus személyiségeleméletek képviselői adottnak tekintik, hogy egyes emberek felnövésük során különböző okokból kifolyólag másoknál nehezebben birkóznak meg bizonyos erős, primitív impulzusokkal. A jelen tanulmány készítése során megkérdezett szenvedélyes ópiumfogyasztók némelyikének élettörténete jellemző példa arra, amit „addiktív személyiségnek” szoktak nevezni. Ezek a személyek különböző problémáik miatt – melyek némelyike iskolafóbiának tűnt – gyakran bajba kerültek az iskolában. Már tizenkét éves koruk előtt erős dohányosok lettek, és állandó, heves küzdelmet folytattak szüleikkel vagy más családtagjaikkal. Néha már egészen korán súlyproblémákkal küzdöttek, vagy elszöktek otthonukból. Tizenéves korukban összeütközésbe kerültek a rendőrséggel, amikor alkoholt és egyéb, számukra hozzáférhető kábítószeret is elkezdtek fogyasztani. Ezeket a kábítószeret mértéktelenül használták, aminek következtében újabb, kontrollvesztésre utaló problémákkal szembesültek: közlekedési balesetek, kizárás az iskolából, munkahely elvesztése, verekedések. Végül egyetlen drogra korlátozódott a szenvedélyük, általában a heroinra, de néha valamilyen altatóra is, amit gyakran és kényszeresen használtak. Néhány kényszeres fogyasztóra, akit megkérdeztünk és hozzárendeltük egy kontrollcsoporthoz, illett ez az általános jellemzés, mint ahogy néhány a kezelése során látott függő személyre is.

Az ilyen élettörténettel rendelkező drogfogyasztók sok klinikai és elméleti szakembert arra a következtetésre vezettek, hogy a drogfogyasztás szinte kizárólag a fogyasztó rendezetlen személyiségével hozható összefüggésbe. A páciens múltjában turkálva ezek a kutatók könnyűszerrel előbányáshattak egy sokkal bonyolultabb előtörténetet, amiben aztán megtalálhatták a rendezetlenséget előidéző, súlyos vagy kevésbé súlyos korai traumára utaló jeleket. Az egyik kézenfekvő trauma az anya elvesztése (korai halála, válás, elmebetegség vagy valamilyen függőség miatt), az apa elvesztése, vagy a családstruktúra összeomlása. Az is előfordulhat, hogy a páciens nem mutatja fel a súlyosabb gyermekkori traumára utaló jeleket, mégis az derül ki róla, hogy erős benne a szeretetlenség- vagy elutasítottságérzés, általában az anya, ám esetenként valamelyik más „szignifikáns egyéb” részéről (Mead, 1934). Ez az erős, beteljesületlen vágyódás a szeretetre, az értékes, szeretetre méltó emberi lényként való elfogadásra, illetve a másikba vagy az önmagába vetett alapvető bizalom érzetére, ez vezetett el végül az elhagyatottság és a düh mindent elnyomó érzéseire, amelyek fölött a személy nem tudott megbízható belső ellenőrzést kialakítani.

Egyes személyiségelméletek (Knight, 1937; Rado, 1958; Rosenfeld 1960; Wishnie, 1971) azt feltételezték, hogy a kábítószeres képesek „segíteni” az embereknek ezekben a feszítő konfliktusokban – azáltal, hogy biztosítják azt a frusztrációtól való megszabadulást, amit nem biztosított a távollévő vagy rideg anya. Ezek az elméletek úgy tekintették a fogyasztónak a heroin, alkohol vagy egyéb drog használatára irányuló késztetését, mint – mai szóhasználattal élve – a beteljesületlen gyermekkori vágyódások vagy „szükségletek” átfordítását. Más elméletek (Kaplan & Wieder, 1974; Khantzian, 1975; Khantzian, Mack & Schatzberg, 1974; Krystal & Raskin, 1970) szerint a kábítószeres, különösen a heroin, a rendkívüli frusztrációból eredő düh fájdalomcsillapítói: ha ezek fölött az érzések fölött csak gyenge ellenőrzést tud gyakorolni a személy, vagy egyáltalán nem tud ellenőrzést gyakorolni fölöttük, akkor a drog nyugtatóként hat. Ebben az esetben a drogfogyasztás az öngyógyításra irányuló próbálkozás – tévútra vezető kísérlet a világhoz való alkalmazkodásra és a személy rosszul ellenőrzött érzései destruktív következményeinek redukálására.

Míg a személyiség és a függőség kapcsolatát elsőként vizsgáló pszichoanalitikusok meglehetősen egyszerű képet vázoltak fel a kábítószeres használatához elvezető kielégítetlen késztetésről, a későbbi szerzők sokkal bonyolultabb elmélettel álltak elő. Miközben

megpróbálták magyarázatot adni arra, hogy a kielégítetlen késztetés hogyan eredményezhet szervezetlen és rosszul működő belső pszichikai struktúrát, erőtlen énképet és önbecsüléshiányt, nagy hangsúlyt fektettek a megfelelő szülőalakokkal való azonosulás (vagy annak hiánya) folyamatára. Mivel különösen az alkoholisták esetében megfigyelték, hogy a szignifikáns számú függő családtagot tartalmazó családok újabb függőket nemzenek, azt az elméletet állították fel, hogy az elfogadás és a közelség iránti kielégítetlen vágyak a kívánt személyhez vagy „tárgyhoz” való hasonulási próbálkozások révén is kifejezésre juthatnak – mintha a személy azzal, hogy öntudatlanul is igyekszik olyanná válni, mint a „tárgy”, biztosíthatná, hogy a tárgy szeretni fogja.

Az egyén nem ismeri fel ezt a drámát, ami általában teljesen a psziché belsejében játszódik le, s ennek következtében az a felvetés, hogy azért iszik, mert közel akarja érezni magát utált alkoholista apjához, hihetetlen lenne számára. A legtöbb közvetlen személyiségkutató nagy fontosságot tulajdonít az egyénben, különösen a függőben az érzelmi nyers és kontrollálatlan minősége miatt keletkező óriási büntudatnak. Ezek a kutatók a függő büntudatát okolják önpusztító folyamatának és önmegtartási nehézségeinek nagy részével.

A személyiségkutatók számos formát és kifejezést használnak. Manapság nagy érdeklődés kíséri Heinz Kohut azon elképzelését, hogy minden személy nárcizmusa egy a személyiségstruktúrája többi aspektusától többé-kevésbé elszigetelt vonalon alakul ki. Kohut elméletét felhasználva a kábítószeres fogyasztása a „self-rendszer” egyik funkciójaként is leírható. A nárcisztikus személyiségrendellenességtől szenvedő egyén kábítószer fogyasztásával próbálja elkerülni azt, hogy közvetlen módon kifejezésre juttassa az egyetlen vágyott, idealizált self-tárggyal való eggyé olvadásra való vágyát, az elkerüléssel pedig igyekszik meggátolni a traumatikus visszautasítás lehetőségének reaktiválódását. Ehelyett a self-rendszeren belül, a bódulat csúcspontján képes úgy működni, mintha ő maga lenne a vágyott és idealizált tárgy. Ám amikor csökken a bódulat, más funkciót kap a self-rendszerben a selfnek ez a bódult aspektusa; valószínűleg a megvetett, szerethetetlen selfet képviseli. Mivel eleve a selfnek ez a leértékelt konceptualizálása váltotta ki az idealizált selffel való egybeolvadás eszköze utáni kutatást, az elmélet szerint logikus, hogy hamarosan visszatér a bódult állapot újbóli átélésére való szenvedélyes vágy.

Ezeknek a pszichoanalitikus beállítottságú témáknak számos egyéb kifinomultabb vagy kevésbé kifinomult változata létezik, mint ahogy a viselkedés-tanulás elméleteknek is – ám ezek kívül esnek jelen tanulmány hatókörén. Noha kifejezési módjaik eltérőek, ezeknek az elméleteknek az alapja az, hogy a kábítószer-problémákat alapvetően a személyiség egyik funkciójaként írják le – hogy nyomon kövessék, mint korábban már említettük, a „fejlődési fázisokat” és azokat a „tényezőket [melyek hasznosak voltak] annak a dühnek és depressziónak a legyőzésében, melyek ellen a drogok és az alkohol révén kellett védekezni” (Zaleznik & Schwaber, 1976). És bár kevés olyan írás jelent meg, amelyek kifejezetten a személyiségelméletet alkalmazzák a kontrollált fogyasztás leírására, a személyiségkutatók kétségtelenül ugyanezen címke alatt magyaráznák a függőség hiányát. Például Michael képességét marihuánafogyasztása kontrollálására (2. fejezet) úgy tekintenék, mint ami a koherens gyermekkori fejlődése és a szignifikáns egyebekhez fűződő jó kapcsolata nyomán jött létre – azaz olyan körülmények között, melyek a személyiségstruktúrát megfelelően védetté teszik az önpusztítás és a harag impulzusaival szemben, illetve felruházzák belső kontrolleszközökkel, melyek segítségével kezelni lehet az esetleg elszabadult impulzusokat.

A SZEMÉLYISÉG (SET) ÉS A KÖRNYEZET (SETTING) KÖLCSÖNHATÁSA · Amint azt a közelmúltban megjelent *Theories on Drug Abuse* (Lettieri, Sayers & Pearson, 1980) című kötet is bizonyítja, ma sokkal több teoretikus ismeri el a drogfogyasztás bonyolult mivoltát egy adott társadalmi környezetben, mint néhány évvel ezelőtt. Ez az elmozdulás a szinte kizárólag a személyiség fogalmi keretein belül való gondolkodástól alátámasztja az én álláspontomat, mely szerint a személyiségstruktúrának és a társadalmi környezetnek egyaránt szerepelnie kell minden koherens leírásban, ami arról születik, hogy a társadalmi tanulási folyamat miképpen teszi lehetővé a kontrollált kábítószer-fogyasztást. De hogyan írható le a pszichoanalitikus fogalmi rendszeren belül a személyiség (set) és a környezet (setting) kölcsönhatása? A freudista teoretikusok hagyományosan nem a társadalmi környezetnek az egyénre gyakorolt hatásával foglalkoztak, hanem az alapvető, veleszületett „ösztönös késztetések” hatásaival, illetve az egyén azon szükségletével, hogy kontrollt szerezzen e késztetések fölött, s így érjen el irányítható társadalmi létet. A freudisták továbbra is a gyermekkori fejlődés során kialakult személyiségmagrétegből működő, biológiailag meghatározott, primitív készteté-

sek fogalmi keretein belül gondolkodtak, különös hangsúlyt fektetve az agresszív készítésre (önfenntartás) és a szexuális készítésre (fajfenntartás). Azt feltételezték, hogy mivel ezek a készítesek egyetemesen adóttak és a családi környezet adja tovább őket, s mivel a kontrollálásukra kialakított személyiségstruktúrák viszonylag változtathatatlanok, a társadalmi struktúra számításba vétele kevésbé fontos. Természetesen látták és részletesen feltárták a kora gyermekkor és a korai kapcsolatok fontosságát, ám elmulasztották hangsúlyozni a tágabb fizikai és társadalmi környezet megmaradó jelentőségét.

Mégis, a pszichoanalitikus elmélet két, más kontextusokban sűrűn használt találmánya – a relatív ego-autonómia (*relative ego autonomy* – REA) és az átlagos elvárható környezet (*average expectable environment* – AEE) – nagyon is sokat segíthet annak a feltárásában, hogy a társadalmi tanulás hogyan hoz létre korlátozott hatókörű változásokat az ego struktúrájában és működésében. A legelőször Heinz Hartmann (1939) által megfogalmazott REA az ego azon képességét jelöli, hogy kiegyensúlyozza és szintetizálja a környezeti nyomás következtében az ösztönökből keletkező impulzusokat (Gill & Klein, 1964; Rapaport, 1958; Zinberg, 1975), az AEE pedig azt a fizikai és társadalmi környezetet jelenti, melyben az egyén képes felépíteni és fenntartani a REA-t (Gill & Klein, 1964; Rapaport, 1959, 1960).

Ez a két találmány óriási hatást gyakorolt a posztfreudiánus pszichoanalitikus elméletre. És bár Freud követői soha nem szakítottak az ösztönök fogalmával, megnövekedett az érdeklődésük az ego funkciói és a környezeti változásokhoz történő alkalmazkodásra való képessége iránt. Edward Bibring (1954) például felsorolja az alkalmazkodási képességet is az általa az egónak tulajdonított hat funkció – érzékelési, szelepelletési, végrehajtói, idegességkontrolláló, érzékszervi és alkalmazkodó – között. Emellett más, a metapszichológiai szinttel foglalkozó teoretikusok (Rapaport, 1958; Zetzel, 1949; Zinberg, 1975) is az elme következő öt képessége közé sorolták az alkalmazkodásra való képességet: alkalmazkodó, dinamikus, ökonomikus (nem kvantifikált mentális energiák), fejlődési (genetikus fejlődési szekvencia) és strukturális (a koherens mentális struktúrák, vagyis az id, az ego és a szuperego). Az elme ezen öt képessége, beleértve a társadalmi környezethez való alkalmazkodás képességét is, olyan biológiai adottságok, melyek a személyben gyökereznek és potenciálisan változásra képesek.

Mivel egyetlen biológiai struktúra – azaz egyetlen emberi lény – sem tekinthető végtelen alkalmazkodásra képesnek, az egyén alkal-

mazkodási képességéről feltételezhető, hogy csak bizonyos ésszerű tapasztalati tartományban működik. Ezt a tartományt a születés után a fizikai és a társadalmi körülmények inputjai határozzák meg. Az eltérő biológiai adottságú egyének természetesen másképp élnek a környezetük biztosította lehetőségekkel; különböző személyiség-struktúrákat és alkalmazkodási képességeket alakítanak ki (REA), melyek az ő egyedi környezetük (AEE) által lehetővé tett tartományban működnek. Például az a gyermek, aki a dzsungelben nő fel, más képességeket és ismereteket sajátít el, mint nagyvárosi megfelelője; a dzsungelben élő azt tanulja meg, melyek az ehető növények, a városi pedig azt, hogy ne nyúljon hozzá a forró tűzhelyhez. Ez az összehasonlítás természetesen pusztán kvalitatív; a hangsúlyozott eltérések tudományosan nem bizonyíthatók, és kvantitatív módon nem mérhetők. A pusztán illusztrációként szolgáló AEE és REA fogalmihoz hasonlóan ez az összehasonlítás is csupán utal azoknak a különbségeknek és korlátoknak a lehetséges típusaira, melyek a különböző fizikai és társadalmi környezetben élő, különböző örökletes tulajdonságokkal felruházott egyének között kialakulhatnak.

A relatív ego-autonómia

Azok a pszichoanalitikus teoretikusok, akiket különösen az ego pszichológiája érdekel – például David Rapaport –, felismerik, hogy az élet során nemcsak a fizikai helyzetben, hanem a társadalmi helyzetben (beleértve a társadalmi környezetet és a társadalmi attitűdöt) is bekövetkező változások fenyegetést jelentenek az ego autonómiájára, és folyamatosan arra kényszerítik az egót, hogy új egyensúlyi állapotot vagy homeosztázist érjen el.

RAPAPORT ELMÉLETE · Rapaport azzal kezdte az ego-autonómiáról szóló munkáját, hogy megkülönböztette a környezet hatásait az élő és az élettelen anyagra. Az élettelen anyag, írta, nem képes elkerülni a környezet teljes hatását, és a kölcsönhatások eredményei állandóak és statisztikailag előrejelezhetők (Rapaport, 1958). Mindez azonban nem igaz az élő anyagra, hiába állítják egyes pszichoanalitikus teoretikusok, hogy a belső erők elég erősek ahhoz, hogy semlegesítsék a környezet hatását, s így megjósolhatóvá tegyék az emberi viselkedést.

Rapaport Berkeley és Descartes szemben álló álláspontjaira hivatkozva építette fel érvelését. A berkeley-i nézet szerint az ember

teljesen független a környezettől, és teljes mértékben a belső erőktől és késztetésektől függ. Az embernek nem nagyon kell foglalkoznia a külső világgal, mivel azt inherens erők „teremtik” meg. Ezt az álláspontot képviseli sarkított klinikai formában a pszichiáter képregényalakja, aki ábrázolása szerint a következőt kérdezi páciensétől, akit elütött egy autó: „Hogyan idézte elő, hogy ez történjen magával?”. Ezzel szemben Descartes tiszta lapnak tekintette az embert, amit a tapasztalatok írnak tele. Az ember teljesen a külső világtól függ, s ennél fogva teljes harmóniában létezik azzal, illetve teljesen független vagy autonóm a belső vágyaktól. A karteziánusok egyes behavioristákhoz hasonlóan lényegében nemlétezőnek tekintik az ilyen késztetéseket és a tudattalant, mely elméletileg tartalmazza azokat.

Az ego relatív autonómiájának megtartását lehetővé tévő tényezők feltárása során Rapaport nem fogadta el sem a berkeley-i, sem a karteziánus emberképet. Azzal érvelt, hogy ha meg akarjuk érteni, hogyan őrzi meg relatív autonómiáját az ego – aminek funkciói meghatározzák és felvázolják a self-tudatot –, és hogyan birkózik meg úgy a külső környezet követelményeivel, mint az ösztönös késztetésekkel, akkor mind ezeket az elemeket, mind kölcsönhatásaikat számításba kell vennünk. Egyfelől a primitív késztetések biztosítják az ego számára azt az energiát, ami meggátolja, hogy az ember inger-reakció szintjén működő rabszolgává váljon. Rapaport példaként azt az embert hozta fel, aki nem tartotta a lépést egy menetelő katonai egységben, mert mélyen elmerült gondolataiban, illetve Orwell 1984 című regényének (1949) főhősét, akit az mentett meg – legalábbis ideiglenesen – rátelepedő környezete nyomásától, hogy szerelmes lett. Másfelől a környezeti ingerek állandó jelenléte teszi lehetővé, hogy közvetítse és lecsillapítsa ezeket a késztetéseket azzal, hogy fenntartja az elsődleges ego-apparátust – a motoros képességeket, a gondolkodást, az emlékezetet, a perceptuális és szelepeztető küszöbököt, illetve a logikus kommunikációra való képességet. Rapaport itt annak a nagy királynak a történetére hivatkozott, akinek bölcsei és frenológusai azt mondták, hogy Mózes kegyetlen, üres és kapzsi. Amikor a király szelídnek, bölcsnek és együttérzőnek ismerte meg Mózeset, ki akarta végeztetni tanácsadóit. Mózes azonban közbelépett, mondván: „Valóban azt látták, amilyen vagyok. Amit nem láttak, az az, hogy mihez kezdtem ezzel.”

Állandóan elfelejtjük, írta Rapaport, hogy amit külső valóságként megengedünk magunknak érzékelni, az egy ego funkció. A katona, a festőművész, a dendrológus és a botanikus ugyanazt a fát

látja, mégis mindegyik másképp fogja fel. Mi több, a küszöb, aminél mindegyik szelepeleteti reakcióját, összhangban áll korával, személyiségével, etnikumával, társadalmi körülményeivel és minden egyéb tényezővel, amit az ego összefog. Emellett a külső valóság táplálja a másodlagos ego-apparátust, például a kompetenciát, a kognitív szerveződések, az értékeket, az ideálokat, az érett tudatot, s teszi lehetővé, hogy ezek a jegyek sikeresen leváljanak az eredeti készítés-funkcióktól. A pszichoanalitikus elméletéről terjengő legdurvább tévképzetek egyike az, hogy azok a szadisztikus tényezők, amik például egy légy szárnyainak kitépéséhez vezetnek egy kislányt, később abban játszanak szerepet, hogy a sebészi pályát válassza. Ez a redukcionista magyarázat számos olyan pozitív vonást figyelmen kívül hagy – a kezűgyességét, az intellektuális képességeit, a szorgalmát, a mások egészsége iránti érdeklődését –, amit több szignifikáns egyéb (végül a betegköre is) felismert, táplált és jutalmazott, s ami lehetővé tette, hogy egyáltalán az orvosi pályát válassza, azt sikeresen művelje, és büntudat nélkül használja a szikét.

Így tehát az egónak az id-től való relatív autonómiája és a környezettől való relatív autonómiája közötti kapcsolat kölcsönös függőségi kapcsolat. Másképp fogalmazva, a Rapaport által posztulált autonómia mindig relatív, mindig a belső készetések és a külső környezet egyensúlyától függ. Amikor ez a két erő körülbelül egyensúlyban van, az ego relatíve autonóm mindkettőtől. Ha azonban felborul az egyensúly – ha a készetések elsőbbséget kapnak a környezet felől áramló ingerekkel szemben, vagy ha a külső ingerek felülkerekednek a természetes ösztönökön –, veszélybe kerül az ego működési képessége.

Amikor a készetések feszültsége eléri a csúcspontot, mint például pubertáskorban, veszélybe kerül az ego autonómiája az id-től. Noha a kamaszok megpróbálnak küzdeni a szubjektivitásra, elzárkózásra és lázadásra való hajlamuk ellen azzal, hogy kifelé fordítják, a valósághoz kötik ezeket a jellegzetességeket – intellektualizálással, a totális közösségi léte való törekvéssel és az elsődleges tárgytól való távolságtartással –, egyenlőtlen s gyakran fájdalmas küzdelem ez, amit részben a kábítószerekkel való kísérletezés révén is meg lehet vívni. Az egónak az id-től való autonómiája akkor is sérülhet, amikor a külső valóság kiegyensúlyozó inputja minimálisra csökken. Az ingermegvonási kísérletek (Bexton, Heron & Scott, 1954; Heron, Bexton & Hebb, 1953; Heron, Doone & Scott, 1956; Lilly, 1956) alátámasztják, hogy amikor az egyént megfosztják a külső ingerek normális, változatos áramlásától, akkor autisztikussá válik,

mágikus fantáziái, rendezetlen gondolatsorai támadnak, zavar keletkezik a valóságérzékelésében, előtérbe kerülnek primitív védekezőmechanizmusai, és romlik az emlékezete. Amikor a kísérleti alanyok egójának az id-től való autonómiája lecsökkent, tartósan olyan bizzar utasítások sorának tették ki őket – például megparancsolták nekik, hogy higgyenek a boszorkányságban –, hogy addigi legmélyebb hiedelmeik is megrendültek. Annyira megingott a külső valóságba vetett hitük, hogy két héttel a kísérlet vége után, amikor a boszorkányságról kérdezték őket, továbbra is rájuk nem jellemző képtelenséggel nyilatkoztak a mágia nem létezéséről. A kísérletnek ez a része az ego-autonómia két alapfeltétele közötti kölcsönhatást demonstrálta. Bebizonyította, hogy amikor a környezeti ingerek minimálisra csökkentek, az ego autonómiája meggyengült az id-del szemben, az ego könnyű prédájává vált a külső környezet nyomásának.

A REA-t olyan körülmények is gyengíthetik, melyek az ingerbevétel rémisztő formáit támogatják. A koncentrációs táborokban, ahol a külső tényezők maximalizálták az egyén félelemérzetét, rettegést és hiányt keltettek, ahelyett, hogy az autonómia biztosítói-ként működtek volna a környezettel szemben, sokakat megadásra készítettek. Az ingermegvonási kísérletek alatt a különböző ingerek felváltása a hivatalos utasítások végtelen sorával erőt kölcsönzött az utasításoknak, és kiváltotta az autentikusságukban való hitet. Nem meglepő, hogy Rapaport Orwell 1984 című regényét használta fel olvasmányként, mivel ez a mű klinikai részletességgel írja le, hogyan képes a késztetések és a környezeti ingerek egyensúlyának tudatos felborítása lecsökkenteni a REA-t, és inger-reakció rabszolgákká változtatni az egyéneket. Ha az emberi lények meg akarják őrizni identitástudatukat, értékeiket, ideológiáikat és rendezett gondolati struktúráikat, akkor állandó környezeti támogatásra van szükségük meglévő verbális és emlékezeti struktúráik számára.

Rapaport nem korlátozta tárgyalását az egóra. Rámutatott, hogy a szuperego még jobban függ az állandó ingertáplálástól. Az úgynevezett konvenció-szindróma – az a helyzet, amikor tiszteletre méltó férfiak és nők kikerülve megszokott körülményeik és társadalmi viszonyaik közül impulzív, kontrollálatlan módon kezdenek viselkedni – jól illusztrálja, milyen nagy mértékben függ az öntudat irányítása a társadalmi struktúrától. Amikor elmaradnak a megszokott korlátozó tényezők, és az egyén szembekerül egy új, rövidtávra szóló környezettel, felborul az id és a környezet közötti egyensúly, és a szuperego alárendelődik az id-nek. Így az idegen kikötőben lévő tengerésznek vagy korlátoznia kell az új környezetnek való

kitettségét, vagy elfogadható érdeklődési területeket kell keresnie, hogy ellensúlyozza idegenségét és depresszióját, melyek egyébként valamiféle botrányos viselkedésre készítenék.

A HEROINFÜGGŐ · A REA-nak, az id és a környezet egyensúlyozó inputjaitól való függőségének a megértése jelentős mértékben rávilágíthat a heroinfüggő mentális állapotára és viselkedésére. A függő nyilvánvalóan számos ingertápláló forrást elveszített. Elidegenedett családjától és barátaitól, vagy ha vannak is még ilyen kapcsolatai, azok keserű könyörgések köré szerveződnek, hogy hagyjon fel a drogozással. Emellett az őt deviánsnak tartó, tágabb értelemben vett társadalomtól kapott inputjai is teljesen negatív képet festenek számára önmagáról. Ezen kívül környezeti inputjai is drogfogyasztó csoportja korlátozott litániáiból állnak: „Vettél anyagot? Mikor? Hol? Jó volt? Mi kell ahhoz, hogy vehessek? Mi van, ha nem tudok? Kit kaptak el? Engem el fognak kapni?” Röviden, a függő viszonylag ingermentes környezetben él. A környezete maradványaitól való függőségét tovább fokozza az a szükséglete, hogy koherens kapcsolatot tartson fenn néhány megmaradt külső tárgyával. Állandóan kételyek gyötrik azzal kapcsolatban, hogy képes-e fenntartani ilyen jellegű kapcsolatait, és készséggel elfogadja a társadalom megvetését. Ez a ragaszkodás a külső környezet maradványaihoz maximalizálja az ego autonómiáját az id-től, de azon az áron, hogy gyengíti az ego autonómiáját a környezettől – mivel minimalizálja azoknak az affektív és gondolatképzési jelzéseknek az inputját, melyek általában az ítéletalkotást és a döntést szabályozzák.

A függő így fennakad egy környezeti dilemmán. A környezeti támogatástól való függőségét tovább fokozza a vásárlási kényszer, ám hozzáférését ehhez a támogatáshoz korlátozza a társadalom által ráragasztott „deviáns” címke. Ugyanakkor a függő primitív ösztöneiből származó késztetés-struktúráit csúcspontszűkületen tartja a drogtól nyerhető örömeztetés utáni vágy, illetve az attól való félelem, hogy nem lesz képes megszerezni a drogot – azaz az elvonási tünetektől való félelem. A primitív impulzusok és a szükség mindent legyűrő érzésének játékszere az, amely elnyomja, vagy inkább gátolja a függőnek az „objektív” valóság érzékelésére és integrálására való képességét. Kétségek által meggyötörve, hamisan reagál a külső környezet azon szereplőire, akik varázslatos segítséget kínálnak, s továbbra is keresi a felszabadulást biztosító drogot.

Amikor felborul a REA, az ego igyekszik új homeosztázist kialakítani. A drogfüggő esetében az új egyensúly valószínűleg merev, és

csak lassan változik. Ez az egyensúlyi állapot nagyon kedvezőtlen feltételek közepette alakul ki. Ugyanakkor, amikor mind az id-től, mind a környezettől érkező input elégtelen vagy torz, a készletés-struktúrák változó, de makacs követeléssel lépnek fel a drogtól származó örömmérzés iránt, az ego pedig – mint azt az alanyainktól származó klinikai eredmények is bizonyítják – küzd azért, hogy a megmaradt egoműködést fenntartsa.

Ez a belső küzdelem a fő oka annak a merevségnek, amivel a terapeuták szembesülnek a függőkkel folytatott munkájuk során, úgy a metadon-klinikákon, mint azokon kívül. A függők egofunkcionálásának új homeosztázisa nem képes könnyen felvenni új ingereket, még egy olyan semleges és támogató inputot sem, amilyen egy ésszerű terápiás kapcsolat. Mi több, a terápiás kapcsolat különösen nehezen tolerálható a függő számára, mivel *szándékoltan* más akar lenni, mint a függő megszokott kapcsolata, és meg akarja nehezíteni a függőnek a szelektív érzékelésre, a gyors elfojtásra, a projekcióra és a tagadásra való támaszkodását. A függő arra használja ezeket az intrapszichés védekezési mechanizmusokat, hogy elkerülje a kapcsolatot azokkal az érzékelésekkel, hatásokkal és gondolatokkal, melyek eltérnek attól, ahogyan önmagát, mint függőt elfogadja, és attól a belső állapottól, mely ebből az elfogadásból ered. Ez éles ellentétben áll a kontrollált fogyasztók pszichológiai állapotával. Mégis, mindaddig, amíg a függőket továbbra is deviánsokként bélyegzik meg, rendkívül nehéz lesz számukra más fényben látni önmagukat. Továbbá, amíg a külvilággal való kapcsolatuk csak korlátozott ingertáplálást támogat, addig valószínűleg blokkolni fogják azokat a nagyon hatásos környezeti inputokat, melyek nem a drog okozta örömmérzet és a saját magukról alkotott elfogadott nézet felé irányulnak.

A függő pszichológiai állapota (személyiség, *set*), mely az inger-megvonási kísérletek alanyainak állapotára hasonlít, a REA tárgyalása során leírt regresszív állapotot idézi fel. Ebben az állapotban – ami annak az eredménye, hogy az ego képtelen fenntartani relatív autonómiáját mind az id-del, mind a külső környezettel szemben – az egofolyamatok és az id-folyamatok közötti gátak képlékennyé válnak. Az elsődleges gondolkodási folyamaton (Freud szerint az elme ösztönös mélységeiből eredő gondolkodás) alapuló képek, gondolatok és fantáziák törnek fel a tudatba; regresszív módon aktívvá válik az egoműködésben a mágia iránti érdeklődés, az animizmusban való hit, az általánosított, megalapozatlan gyanakvás, és a rendkívül gyermekes retorika elfogadása. Ahogy az egyén kénytelen

egyre inkább a primitív védelmi mechanizmusokra támaszkodni, úgy kezd eltűnni az önállóságérzete és a cselekedetei fölötti belső kontrollja.

Gyakran úgy tűnik, hogy a függő homályosan tudatában van saját primitív reakcióinak, de nem tudja elég hosszú ideig tudatosítani azokat ahhoz, hogy megkérdőjelezze őket: nemcsak az egója küzd meglévő működési képessége fenntartásáért, mégha elégtelen módon is, hanem primitív érzései is annyira valósnak tűnnek, hogy képtelen áttanszformálni őket másodlagos gondolkodási folyamattá. Elsődleges folyamatú reakciói nem sokban különböznek az 1960-as évekbeli LSD-fogyasztótól, különösen azétól, akinek utazási élményei nem sok megfelelést mutattak korábbi társadalmi és pszichológiai élményeivel. Ugyanakkor az 1970-es évekre a változó társadalmi környezet – azoknak a jól körülhatárolható társadalmi csoportoknak a megjelenése, melyek ismeretekkel rendelkeztek az utazásról – lehetővé tette a fogyasztó számára, hogy másodlagos gondolkodási folyamatú módon reagáljanak (Zinberg, 1974).

Rapaport írásai a REA-ról, melyek egyértelművé tették, hogy a társadalmi környezet hatása az ego fejlődésére tartós folyamat, alátámasztani látszanak azon álláspontomat, miszerint a kései személyiségfejlődés és a társadalmi környezet kölcsönös függőségi kapcsolatban áll. Ahogyan a REA is a belső erők (melyek életszakaszciklusról életszakaszra változnak) és a külső környezet (mely állandóan változik) viszonylag stabil, ám folyamatosan változó egyensúlyán nyugszik, úgy a személyiség és a társadalmi környezet közötti viszony is egy viszonylag stabil, ám folyamatosan változó egyensúlyban van. Ennek az egyensúlynak a megváltozása gyakran eredményezi a társadalmi attitűdök megváltozását bizonyos viselkedésminták irányába. Így az egykor deviánsnak, romboló érzelmi konfliktusok forrásainak tekintett viselkedési minták fokozatosan társadalmi elfogadottságra tehetnek szert, sőt, normatívvá válhatnak.

Átlagos elvárható környezet

Hartmann REA-fogalmának Rapaport általi kifejtése az AEE, hasonlóan fontos, fogalmára épült, s magában is foglalta azt az elképzelést, miszerint az egyén és a társadalmi környezet közötti rendszeres kapcsolat biztosítja a primitív impulzusok uralmától mentes mentális funkciók egy koherens sorát. Ez a fogalom lehetővé teszi a pszichoanalitikus elmélet számára, hogy leírja a társadalmi változás – a társadalmi környezet változó attitűdjei és viselkedésmódjai – szerepét annak a kifinomult öntudati komplexumnak a fejlődésében, amit felnőtt egónak, identitásnak, selfnek vagy az önmegvalósítás tudatának neveznek.

TÁRSADALMI VÁLTOZÁS ÉS SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉS · Noha a pszichoanalitikus teoretikusok írásainak nagy része látszólag azt közvetíti, hogy kizárólag a korai társadalmi környezet alkotja az AEE-t, nyilvánvaló, hogy a környezet változásai egész életünk során hatással vannak az ego fejlődésére, illetve, hogy a csecsemőkorban meg tapasztalt környezet nemzedékről nemzedékre, de akár évtizedenként is megváltozhat. Vegyük például a szoptatás témáját. A szoptatás az egyik évtizedben nem divatos; a következőben divatos. Márpedig az, hogy divatos-e vagy sem, jelentős különbséget jelent a gyermek és a környezet viszonyának legkorábbi szakaszában.

A társadalmi változás által a személyiségfejlődésre gyakorolt hatások kutatása mindeddig nem követelt teljes figyelmet, mivel épp elég feladatot adott önmagában annak a vizsgálat, hogy miként uralkodnak az egyének korai primitív késztetései és vágyaik fölött. Ráadásul *van* némi igazság abban a nézetben, miszerint a környezeti változás *nem* befolyásolja lényegében a személyiségfejlődést. A személyiségnek mindössze néhány alapvető építőeleme van, melyek csak néhány alapvető affekcióból (érzésekből) állnak; és a lényegi struktúra, akár genetikai hajlamokra, korai élményekre vagy korai introjekciókra (a szignifikáns egyebek internalizálására) épül – ezek között pedig lehetetlen különbséget tenni –, nagyon korán kialakul. Ennél fogva a társadalmi változásnak arra van nagyobb hatása, ami a személyiség alapstruktúrájának kialakulása *után* történik, nem pedig a struktúra kialakulására. Az építőelemek a helyükön vannak; a zárókövet nem lehet elmozdítani. Azonban nem elhanyagolható átrendeződés lehetséges a másodlagos struktúrában, mind rövidtávon (tudatállapot-változás), mind hosszútávon

(személyiségmódosulások). Genetikai hajlamainak, korai fejlődésének és társadalmi körülményeinek következtében minden személy csak korlátozott számú olyan egofunkcióval rendelkezik, ami relatíve autonómmá válhat. Azonban a társadalmi környezet határozza meg, hogy ezek közül a percepciók, szelepek és képességek közül pontosan melyik éri el a legnagyobb valószínűséggel a REA-t. A társadalmi tanulás aktív folyamata különbözőképpen hat a különböző személyiségstruktúrákra, de mindig egyensúly fog fennállni a belső késztetések és a külső környezet között.

Az is igaz, hogy a környezet által az egyén pszichológiai állapotainak bizonyos viselkedési formákban való kifejezésére felkínált lehetőségek oly módon is megváltozhatnak, ami alapvető és visszafordíthatatlan változásokat okozhat a kialakulófélben lévő személyiségben. Például a szex irányában tanúsított társadalmi attitűd olyan gyorsan változott az Egyesült Államokban a II. világháború után, hogy akár egy-két évtized is észrevehető különbségeket alakított ki az egyéni szexuális viselkedésben. Illusztrációképpen vegyünk három, szexuális szempontból gátlásos, húszéves nő esetét, akik közül az első az 1950-es, a második az 1970-es, a harmadik pedig az 1960-as években él. (A példában érzékeltetni kívánt kontrasztot tovább erősíti az, hogy nem követjük az időrendet.)

Az 1950-es évekbeli nő pszichológiai konfliktusokat élt meg a szex kapcsán, de távol tartotta magát a szextől, míg csak a szokások bele nem kényszerítették egy megjósolható házasságba és egy élesen meghatározott szexuális szerepkörbe. A hasonlóan gátlásos 1970-es évekbeli nő teljesen másképp viselkedett, házassága előtt sokrétű szexuális tapasztalatokat szerzett, mivel kamaszkorában sokkal megengedőbb társadalmi erkölcsöket internalizált, melyek bizonyos fokú lazítást tettek lehetővé szuperegója számára. A mélyben meghúzódó gátlásai és kételyei ellenére a kortárs csoport nyomása, a technikai „fejlődés” és a változó értékrend a szexualitás közvetlenebb kifejezésére kényszerítette. Végezetül az 1960-as években élő húszéves nő mindkét párjától eltérően viselkedett. Kamaszkorában sokkal jobban aggódott a teherbeesés miatt, mint 1970-es évekbeli megfelelője: a tablettát még nem fogadták el, és a médiából sem kapott sok információt a szexuális tevékenységről és a homoszexualitásról. Ezért aztán fenyegetve érezte magát az új társadalmi attitűdöktől, s bár megpróbálkozott a házasság előtti szex-szel, olyan pszichológiai konfliktusokat élt át, mint az 1950-es évekbeli párja.

A három nő által felmutatott eltérő szexuális viselkedési formákat a legjobban a környezet vonatkozásában írhatjuk le. Pszicholó-

giai szempontból mindhárman szexuális problémákkal küzdöttek, ám mindegyikük viselkedése a saját kora erkölcsseit tükrözte. Az egyes évtizedek társadalmi inputjai kijelölték az AEE-t, és végrehajtották azt az egofejlődést, ami lehetővé tette a nők számára, hogy alkalmazkodjanak az új szituációhoz.

A TECHNIKAI ÉS SZOCIÁLPSZICHOLÓGIAI VÁLTOZÁS · A szociálpszichológiai változást gyakran a (tudományos-) technikai változás indítja el – az 1960-as és az 1970-es években élő nők esetében a fogamzásgátló tabletta feltalálása. A technikai változás bekövetkezése nyilvánvaló és viszonylag gyors, s ezért a változás gyorsan elterjed a társadalmi tanulás folyamata révén. Ezzel szemben a szociálpszichológiai változás lassan megy végbe, és sokkal rejtettebb, ám nem kevésbé kritikus a személyiségfejlődés szempontjából. A technikai változásra és annak szociálpszichológiai hatásaira a két legjobb példa a drogfogyasztás területén lelhető fel.

A drogok előállításának fejlődése két fő hatást gyakorolt az amerikai drogfogyasztásra. Először is, a technikai előrelépések, melyek nyomán nagy számban jelentek meg az új, erős drogok, illetve újra előtérbe kerültek a régiek, óriási mértékben megnövelték a pszichotróp anyagok számát és beszerezhetőségét. Ezek némelyike koncentrátum, amiket természetes drogok aktív alkotórészeinek kivonásával állítanak elő: a heroint például már rég az ópiumból vonják ki. Más szerek szintetikusak, mint például az LSD – ezek általában erősek, de fogyasztásuknak nincs története. Több megfigyelő, nevezetesen Andrew T. Weil (1972) és James V. DeLong (1974) is hangsúlyozta az új drogtechnika eme első hatásának a fontosságát.

Azonban még ennél is jelentősebb a másik hatás. Noha széles körben nem ismerték még fel ezt a tényt, de a tudatállapot-változtató illegális drogok iránti érdeklődést megelőzte a tudatállapot-változtató *legális* drogok iránti érdeklődés. Az 1950-es éveket megelőzően kevés pszichoaktív anyag állt az orvosok rendelkezésére, s a meglévő kevésnek, például a barbiturátoknak és az amfetaminoknak csak nagyon általános depresszáns vagy stimuláns hatásuk volt. Az 1950-es évek vége előtt szó szerint több tonna fenobarbitalt írtak fel minden évben azt remélve, hogy a szer egyesek esetében csökkenti a szorongást. Aztán egyszer csak megjelentek a fenotiazinok, a triciklikus antidepresszánsok, a monoamino-oxidáz (MAO) gátlók, a benzodiazepinok és a többi új drog. Az antipszichotikus, antidepresszáns vagy szorongáscsökkentő gyógyszerek

minden új osztályából számos variáns és kombináns alakult ki azzal a céllal, hogy meghatározott pszichoaktív változásokat idézzenek elő több különféle embertípusnál. Nem túlzás azt állítani, hogy az egész mentálhigiéniai mozgalom és a hatalmas állami kórházrendszer leépítését követelő nyomás nem jöhetett volna létre a fenotiazin nélkül.

Meglepetést okoz-e ezután, hogy abban a társadalomban, mely tudatára ébredt számos, a tudat állapotát jó irányba megváltoztató anyag létének, egyesek elkezdtek új szemmel nézni a drogokat, a legálisokat és az illegálisokat egyaránt? A közelmúltban részt vettem egy meghallgatáson, amin egy élen járó pszichofarmakológus arról számolt be, hogyan kezelt sikeresen egy paranoiától, depressziótól és szorongástól szenvedő beteget. A doktor elmondta, hogy egy gondosan kimért és adagolt, fenotiazin, triciklikus és benzodiazepin keverékkel jelentősen javítani tudta a páciens állapotát. Válaszul azt mondtam, hogy épp akkor tértem vissza Washingtonból, ahol fontos politikai posztokat betöltő fiatal férfiak meséltek nekem a mindennapi életükről: a kemény, intenzív munkával töltött hosszú órák után hivatalos koktélparkon vesznek részt. Azt mondták, jól estek nekik a feszültségoldó italok, és a partikon, amiken kongresszusi képviselők, titkárok, politikai vezetők és egyéb washingtoni „hatalombrokerek” is jelen voltak, még munkakapcsolatokat is ki tudtak építeni. Valamivel később az est folyamán, amikor megakartak szabadulni az alkohol hatásától, hogy folytassák a munkájukat, egy kis adag fehér por felszippanthásával segítettek magukon. Aztán amikor végre kimerülten hazatértek, úgy lazítottak, hogy rágyújtottak egy barna anyaggal megtöltött vékony cigarettára, amit jointnak hívnak. „Mennyiben különbözik ez a gondosan kimért és adagolt *illegális* drogkeverék – eltekintve az érzelmi nehézségektől – a pszichofarmakológus által felírt gyógyszerhalomtól?” – kérdeztem a hallgatóságot.

A TÁRSADALMI TANULÁS HATÁSA · Bizonyos fajta személyiségstruktúrával rendelkező egyének számára – például azok számára, akik gondosan betartják a szabályozásokat, vagy akik erkölcsileg szembehelyezkednek mindenféle illegális dologgal – a legális tudatállapot-változtató drogok AEE-jének léte nem volt elég hangsúlyos ahhoz, hogy megváltoztassa a drogfogyasztó viselkedésről alkotott felfogásukat. Más, eltérő személyiségstruktúrával rendelkező egyének számára nagyon is sokat jelentett ez a társadalmi input. Nyilvánvaló például, hogy azoknak az esetében, akik azt követően döntöttek a marihuána fogyasztása vagy nem fogyasztása mellett,

hogy a marihuána széles körben elterjedt, már nem feltétlenül a nem fogyasztók voltak a jó fiúk, noha nagyon sok rendes, megbízható, nyitott és vállalkozó szellemű fiatal vélte úgy, hogy a marihuána nem neki való. És viszont, már nem feltétlenül a fogyasztást választók voltak a rosszfiúk, noha nagyon sok élvhajász, szorongáskerülő, passzív fiatal döntött a marihuána mellett.

A társadalmi tanulás hatása nem korlátozódik a viselkedésre. Hatással van a belső percepcióra és a belső kontrolltényezők aktiválására való képességre is. A marihuánafogyasztókkal készített interjúinkból kiderült, hogy a naiv fogyasztóknak már nem kell többször kipróbálniuk a marihuánát ahhoz, hogy átéljék az elszállást – noha az 1960-as évekre ez volt a jellemző, amint azt Weil, Zinberg & Nelsen (1968) és mások (Becker, 1953; Goode, 1972; Kaplan, 1970) megfigyelték. Manapság a marihuánafogyasztás hatásairól felhalmozódott ismeretek eredményeként már a kezdő fogyasztók is fel vannak készítve az elszállás átélésére, s így sokan át is élik azt.

A LSD közelmúltbeli története szintén a társadalmi tanulás hatását példázza. Igaznak bizonyult Howard S. Beckernek a drogforradalom elején tett előrejelzése (1967), miszerint azután, hogy a pszichedelikus szerek kiváltotta bódulat ismertté válik, és a fogyasztók tudni fogják, mire számítsanak, félelmeik minimalizálódnak, reakcióik kevésbé hevesek és ritkábbak lesznek (lásd 1. fejezet). Becker nem becsülte alá az LSD által létrehozott tudatállapot-változás mértékét; tudta, hogy ez a drog sokkal-sokkal erősebb, mint a marihuána. Ugyanakkor azonban ismerte a társadalmi tanulási folyamat erejét is, amely szocializálta a fogyasztókat az élményhez. Becker álláspontjának verifikációjául kínákozott az „elszállásról” készített fenomenológiai tanulmányom (Zinberg, 1974). Felfedeztem valamit, ami Becker és mások számára nem volt annyira magától értetődő: hogy amikor az egyén megtapasztalja az LSD pszichoaktív hatásait, akkor a rendelkezésére álló kognitív és emocionális szabályok köréből választ magyarázó elméleteket, reakciói pedig szituációjának lehetséges magyarázatait fogják követni. Gyakorlatilag a fogyasztónak a részben a társadalmi tanulási folyamat által meghatározott AEE-je nagy mértékben meghatározta a drogra adott reakcióját is.

Lehet, hogy a társadalom nemcsak a széles körben elterjedt drogfogyasztásnak az egyén viselkedésére és belső képességeire gyakorolt erőteljes hatásaival szembesül, hanem a társadalmi tanulás befolyásának megdöbbentő változásával is. A technikai változás, pontosabban a tudás gyarapodása az egyik legfontosabb, az AEE-re hatást gyakoroló elemek közül. A tudományfilozófusok rámutattak,

hogy a tudás gyarapodásának sebessége exponenciálisan növekszik, legalábbis a publikációk, szabadalmak és egyéb számszerűsíthető adatok alapján. 1945 előtt 100 év kellett az összes tudás megkétszereződéséhez; aztán 1945 és 1960 között bámulatos módon megkétszereződött, majd 1960 és 1970 között ismét. Mi több, az 1980-as évek elején úgy tűnik, hogy az emberiség tudásának összessége körülbelül tizenkét évenként meg fog duplázódni.

Ez a gyors változás egyfelől azt jelenti, hogy a gyermekek AEE-je más lesz, mint a szüleiké volt. Az 1920-as vagy 1930-as években született szülők gyakran furcsának és ijesztőnek találják a számítógépeket és azok kellékeit. Vissza kell fogniuk magukat, nehogy vágyaiknak engedve „elgömböcskés, szétszedjék, összetörjék” őket. Ezzel szemben az 1960-as években és később születettek számára a számítógép – legyen bár zseb-, asztali vagy bármilyen modell – csak egy újabb ismert eszköz, amiről tanultak az iskolában, amit használtak az iskolában.

Thomas Hardy olyan társadalomról ír ragyogó műveiben, melyben a tanulás nagy része vertikálisan, egyik nemzedékről a másikra szállva zajlott. Hardy *Wessex* című művében a gyerekek a szülőtől tanultak a munkáról, a kapcsolatokról és a szokásokról, és a családi mintázatot követték. Óriási lépésnek számított, ha valaki elhagyta a szülőfaluját. Amikor Jude elköltözött otthonából a távoli Oxfordshire-be, akkor szakított a családi mintázattal, és ennek következtében tönkre is ment az élete (Hardy, 1895). Egy ilyen társadalomban a társadalmi tanulás alig terjed túl a család vagy a szűk társadalmi csoport határain.

Ma a tanulás és talán a társadalmi tanulás nagy része horizontális, azaz nemzedéken belüli. A munkával, a kapcsolatokkal és a szokásokkal kapcsolatos információk terjedése nagyrészt a kortárs csoport révén történik. Az bizonyos, hogy a drogfogyasztással, különösen a szankciókkal és rítusokkal kapcsolatos információk döntő többségét a kortárs csoportok adják tovább, bár az adott információtartalom csoportról-csoportra hihetetlen módon megváltozhat. Valószínűnek tűnik, hogy az ismeretek gyarapodása lehetővé fogja tenni az eljövendő nemzedékek számára, hogy olyan különbségtételeket végezzenek el a drogok és fogyasztási módjaik között, melyeket ma sem szüleik, sem a politikai döntéshozók nem végeznek el. Az is lehetséges, hogy a drogfogyasztással kapcsolatos társadalmi tanulás a jövőben visszakerül a családba, mint ahogy a családon belül történik ma az alkoholfogyasztással kapcsolatos információk továbbadása is, s így a kortárs csoport szerepe nem lesz olyan

fontos. Ilyen irányú változások nyomai már most felfedezhetők bizonyos illegális drogok, különösen a marihuána kapcsán.

Az illegális drogok fogyasztóinak első nemzedékét mindig deviánsnak tartják. Erős személyes motivációjuk van az olyan drogok fellelésére, mint a marihuána, és nagy szorongással fogyasztják ezeket a drogokat. A deviáns tevékenység elterjedésével párhuzamosan (ahogyan az 1960-as évek közepén történt) fokozatosan nő a tudás, helyükre kerülnek a téveszmék, magabiztosabbá válnak a fogyasztók, és egyre kevésbé gondolnak deviánsként magukra.

A fogyasztók második nemzedéke nem elsősorban azért próbálja ki az illegális drogokat, mert lázadni akar a tiszta társadalom (a tágabb társadalmi környezet) ellen, hanem kíváncsiságból vagy a hatások iránti érdeklődésből. S amikor a második nemzedék támogatja az első nemzedék érveit, és szembefordul a marihuánafogyasztásról és -fogyasztókról alkotott sztereotípiákkal, nagyobb valószínűséggel hallják meg a hangját; motivációjuk, ami láthatólag kevésbé személyes és kevésbé ellenséges az uralkodó kultúrával szemben, elfogadhatóbb a társadalom számára.

Ekkorra már a tiszta társadalom is elmozdul korábbi merev álláspontjáról a marihuána felé, és leginkább zavarba jön. Ez a zavar arra bátorítja a tágabb társadalmi környezet azon tagjait, akiket elsősorban nem a drogéhség vagy a társadalmi lázadás motivál, hogy kísérletezni kezdjenek a droggal. Beszámolóik óriási hatással vannak a tágabb értelemben vett társadalomra; s emellett a fogyasztó populáció újonnan kialakult sokfélesége lehetővé teszi különböző, jobban működő és kevesebb problémát okozó fogyasztási stílusok kialakítását.

AZ ÚJ TECHNIKA NEGATÍV HATÁSAI · Noha a drogelőállítás technikai fejlődése óriási mértékben megnövelte mind a legális, mind az illegális anyagok hozzáférhetőségét és fogyasztását, ugyanakkor meggátolta az olyan rítusok és szankciók kialakulását, amilyenek számos természetes drog társadalmi fogyasztását veszik körül. Az észak-amerikai indiánok a peyote fogyasztása előtt mindannyian részt vesznek a drog elkészítésének rítusában. Ez a rítus a fogyasztáshoz megfelelő lelkiállapotba hozza őket, ismereteket nyújt számukra a drogról, és a fogyasztás minőségét hangsúlyozva biztosítja a társadalmi tanulást és a drog társadalmi kontrollját. Ám amikor – mint a mi kultúránkban – a drog elkészítése átkerül a szakértőhöz vagy a gyártóhoz, elvész a kontroll természetes társadalmi módszere. A kezdő fogyasztó elé egyszer csak odakerül egy anyag, amiről semmit

sem tud, s amihez nem alakultak ki (vagy elvesztek) a rítusok, a szankciók és az egyéb társadalmi kontrolltényezők.

Amellett, hogy új, erősebb, ám beépített társadalmi kontrolltényezők nélküli drogokat biztosított a társadalomnak, a technika adta az új drogok legrosszabb hatásainak nyilvánosságra hozatalára szolgáló eszközöket is. Az 1960-as években, a drogforradalom kezdetén az újságolvasó és tévénéző nagyközönség váratlanul, rendkívül szétszórt médiabeszámolókból (főleg a televízió révén) értesült egy pszichedelikus utazás katasztrofális következményeiről. Az új élmény felfedezése, néhány teljesen eltérő reakciót produkáló személy kísérletei mind belekerültek a harsány médiablokkokba. Ezek a beszámolók azt a benyomást keltették – s a közvélemény el is fogadta –, hogy a pszichedelikus drogok fogyasztásának az ilyen katasztrófák a normális végkimenetelei. Azok, akik személyes tapasztalataik vagy megfigyeléseik alapján más meggyőződést vallottak, ellenzéki helyzetbe kerültek, amint az gyakran történt az illegális drogokkal kapcsolatban. Ezen reakciók egyike sem hagyott teret az ésszerű társadalmi tanulásnak arról, hogy milyen reakciókat válthat ki a drog, hogyan kell ezeket kezelni, mint ahogy nem hagyott teret azon társadalmi szankciók és rítusok kialakításának sem, melyek elejét vehették volna a negatív reakciók jelentős részének.

Drogfogyasztás, személyiség és társadalom

A freudi ösztönelmélet legtöbb ellenzője nem tagadja, hogy a technikai változás társadalmi változást vált ki, azonban megkérdőjelezi azt a nézetet, miszerint a társadalmi változásnak szerepe van a kései személyiségfejlődésben. Ehelyett azt mondják, hogy a két domináns késztetés, a szex és az agresszió minden egyénben feltámad, és a társadalom módszereket dolgoz ki arra, hogy ezek az impulzusok elfogadható körülmények között bizonyos mértékig szelepelhessenek. Például amikor valaki a gátlásai megszüntetése érdekében fogyaszt alkoholt, a társadalom bizonyos korlátok között elfogadja közvetlenségét és okoskodásait – mely határokat a különböző etnikai csoportok és társadalmi osztályok, ha kis mértékben is, de eltérően határoznak meg. De vajon az ilyen freudiánus teoretikusok miért nem alkalmazzák ugyanezt az érvelést arra az egyénre, aki *kontrollált* módon fogyaszt marihuánát, hogy egy bizonyos eseményre összpontosítsa a figyelmét, vagy hogy megszüntesse a határokat

önmaga és az érzései között? Az alkohol- és a marihuánafogyasztó egyaránt olyan érzések között vergődik, melyek többfelé húznák, és megnyugvást találnak abban a képességükben, hogy egy ideig valamilyen társadalmilag elfogadott szelepeltetési módszerre, vagy egy primitív impulzus áttételes szelepeltetésére tudnak koncentrálni. Az ego szokásos, az id-től való relatív autonómiáját mindkét esetben ennek a stabilitásnak a hagyományos biztosítója, a szelepeltetés minden formájának elfogadhatóságát meghatározó külső környezet tartja fenn.

Az Andrew Weilhez hasonló gondolkodóktól eltérően – akik úgy hiszik, hogy a bódulat és a tudatállapot-változtatás keresése ösztönös tevékenység – én az ego szerves funkciójának tartom az ilyen irányú érdeklődést, vagyis azon képessége részének, hogy küszöbököt állítson fel, és változtasson meg szelepeltetése számára, illetve, hogy korlátozza perceptuális képességeit. S az ego rendelkezik azzal a potenciállal, hogy többféleképpen szelepeltesse a primitív affekciókat és fantáziákat, ide értve a tudatállapot-változtatást is. Így a mi társadalmunkban és sok más társadalomban a kábítószeres fogyasztása szoros kapcsolatban áll az impulzusok szelepeltetésével. A primitív társadalmak által kialakított csoportos ceremóniák és egyéb bonyolult társadalmi mechanizmusok nemcsak elfogadhatókként definiálják ezeket a szelepeltetéseket, hanem kontrollálják is azokat, gyakran vallási szerepet ruházva rájuk. A pszichedelikus drogokat különleges alkalmakkor fogyasztó dél-amerikai indián társadalmaknak is így sikerült kontrollálniuk fogyasztásukat. Ugyanakkor érdekes, hogy az ilyen társadalmak nem voltak képesek megbirkózni egy új, technikailag fejlettebb kábítószerrel – az alkoholpárlattal.

Egyetlen társadalom sem képes útját állni a technikai és társadalmi változásnak. Folyamatosan új anyagok bukkannak fel, a fogyasztásukra vonatkozó új elképzelésekkel, s a társadalomnak időre van szüksége ahhoz, hogy eldöntse, melyik anyag hogyan hat a személyiségfejlődésre és a személyes kapcsolatokra. Nem csak a drogot és a fogyasztó személyes szükségleteit kell számításba venni, hanem a történelem és a társadalmi körülményeik apró részleteit is. Senki sem értette ezt meg jobban Griffith Edwardsnál, az angliai Maudsley Kórház kábítószer-kutató központjának igazgatójánál, aki egyszer, rámutatva arra, hogy milyen hiábavaló kísérletet tenni a drogfogyasztás egyedi esetének elválasztására annak társadalmi mátrixától, megjegyezte: „Senki sem remélheti, hogy megérti a vidéki angol nemesek rókavadászátát, ha egyszerűen csak a róka iránti attitűdjüket tárja fel” (Edwards, 1974).

Az a nézet, miszerint a kábítószer-fogyasztás csak a drogtól vagy a zavart személyiségtől függ, csábító lehet azok számára, akik elfogadják azt az erkölcsi megvetést, amiben a társadalom az illegális drogok fogyasztását részesíti. Ám ha szakemberek használják arra a pszichoanalitikus elméletet, hogy továbbfejlesszék ezt a nézetet, akkor ezzel leértékelik saját klinikai és elméleti céljaikat, továbbá ennek a nagy hatású elméletnek azt a lehetőségét, hogy beépítse magába a társadalmi struktúra változóit és a társadalmi tanulás folyamatát.

Hetedik fejezet

Gondolatok a társadalompolitikáról és a drogművelésről

Azok, akik nem fogyasztanak bódítószereket (akár alkoholt, akár illegális drogokat), vagy csak ritkán, a barátaik miatt fogyasztják ezeket, gyakran nem értik meg, hogy másokra jótehető hatással lehet ezeknek az anyagoknak a rendszeres, kontrollált fogyasztása, mert kikapcsolja őket, és biztosítja számukra a gátlásoktól való mentesség érzetét. Ez a fajta meg nem értés nem feltétlenül jelent helytelenítést. Ha valaki egy-két pohárral többet iszik a kelleténél egy koktélpartin, akkor elnéző toleranciával kezelik, s különösen középosztálybeli körökben vigyáznak rá, sőt, esetleg haza is viszik, hogy ne történjen semmi baja. Más társadalmi csoportokban engedélyezett lehet a marihuánával való „beindulás”, egy szippantásnyi fehér por vagy a pszichedelikus élmények megbeszélése. Mindazonáltal a kábítószereket, különösen az illegális szereket fogyasztók általános meg nem értése a közvélemény helytelenítéséhez és erkölcsi felháborodásához vezetett, illetve ahhoz a vágyhoz, hogy tiltsák be a drogfogyasztást – ahelyett, hogy megkeresnék annak a módját, hogy miként lehetne kontroll alá vonni. Ez a tiltó attitűd legalább két szempontból súlyos problémát jelent napjaink Amerikájában.

Először is, a tiltó mentalitás szöges ellentétben áll a legtöbb fogyasztó érdekeivel, hiszen ők értékhierarchiájuk csúcsának közelében helyezik el a kábítószereket. A nem kifejezetten drogfogyasztó mivoltuk miatt kiválasztott személyekkel készített interjúk alapján a kábítószerek (és az élelem) közvetlenül a Freud által az élet két legfontosabb tevékenységének – „dolgozni és szeretni” – nevezett dolog mellett helyezkednek el. Kétségkívül igaz, hogy a munka s ezáltal az önbecsülés iránti elkötelezettségünk, illetve a másokhoz fűződő kapcsolataink alkotják mindennapjaink meghatározó kérdéseit. Energiánk nagy részét az ezek között való egyensúlyozásra, ezek fejlesztésére, s időnként leértékelésükre fordítjuk. Egykor a val-

lást tartották a harmadik legfontosabb érdeklődési területnek; mára azonban a kábítószeres és az élelem iránti érdeklődés kezdett igényt formálni erre a helyezésre. Ugyanakkor a táplálkozási igény annyiban eltér a munka és a szerelem iránti érdeklődéstől, hogy a legtöbb ember elítéli, és csak vonakodva ismeri el mások, vagy akár saját maga előtt is. Mivel a társadalom és így a kormány is ezt a személyes ambivalenciát tükrözi, egyik sem hajlandó ráfordítani azt az időt és gondolkodást, amire szükség lenne az ilyen anyagokkal kapcsolatos koherens személyes és intézményes politika megalkotásához.

A kulturális probléma másik aspektusa onnan ered, hogy a közelmúltban nagyon gyorsan terjedt a nem alkohol jellegű kábítószeres fogyasztása, illetve ezen szerek társadalmi elfogadottságának (vagy elutasíthatóságának) időzítése és tempója. Amerika körülbelül 1962 óta egy drogforradalommal vajúdik, melyben több millióan (a marihuána esetében 57 millióan, pszichedelikus szerek: 16,5 millió; kokain: 22 millió) (Miller & Associates, 1983) próbáltak ki olyan szereket, amelyekkel korábban csak egy könnyűszerrel deviánsnak bélyegezhető elenyésző kisebbség élt. Az 1970-es évek elejére a pszichedelikus szerek, a marihuána és különösen a heroin fogyasztásának óriási növekedése elvezetett – magában a Fehér Házban! – a Különleges Akcióiroda a Drogabúzus Megelőzéséért (Special Action Office for Drug Abuse Prevention, SAODAP) megalapításához, illetve a Nemzeti Marihuána és Drogabúzus Bizottság (National Committee on Marihuana and Drug Abuse), azaz a Shafer-bizottság kinevezéséhez. A legkülönbözőbb területekről válogatott kiemelkedő és elismerten konzervatív (drogellenes) szakértőkből álló Shafer-bizottság két jelentést készített – *Marihuana, A Signal of Misunderstanding* (National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1973), illetve *Drug Use in America: Problem in Perspective* (National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1972) – amelyek sorra vették azokat a rettenetes nehézségeket, amik az illegális anyagok újonnan támadt, kiterjedt fogyasztásából származhattak. Mindazonáltal a jelentések lényegi tartalmát az alkotta, hogy kérték a társadalmat, barátkozzon meg a jelenséggel, amely nem fog eltűnni az előrelátható jövőben. Ezek a jelentések (melyek hisztériaellenes üzenete központi szerepet tölt be ebben a könyvben) azért is említésre méltóak, mert csak kevés figyelmet szenteltek a kokainfogyasztásnak. Megírásuk idején senki sem látta előre, hogy a kokain iránti érdeklődés olyan mértékben fog növekedni, ahogyan az elmúlt néhány évben történt.

A drogfogyasztás mégsem korlátozódott az elmúlt húsz évben az említett négy drogra. Jelentős érdeklődés mutatkozott az amfetaminok, a PCP és számos „altató” használatára, például a Valium és a Quaaludes iránt is. Ám a pszichedelikus szerek, a marihuána, a heroin és a kokain négy hulláma volt a legkiemelkedőbb, s ezek adtak teret annak a spekulációnak, hogy kultúránk öntudatlanul is egy hatalmas kísérletet folytat. A kultúrának legalábbis bizonyos részei állandó erőfeszítéseket tesznek, hogy „megismerjék” a különböző kábítószereket, és megállapítsák, hogy használhatók-e kontrollált és ésszerű módon – a közvélemény azon vágya ellenére, hogy az ilyen anyagok tűnjenek el.

A jelenlegi szociálpolitika bírálata

Mivel ez a hatalmas társadalmi kísérlet már folyik, fel kell tenni, és meg kell válaszolni azt a kérdést, hogy mennyit hajlandó társadalmunk fizetni bármiféle kábítószer fogyasztásának törvényi szabályozásáért. Az egyértelmű, hogy a jelenlegi tiltó politika, ami előírja a társadalom számára, hogy minden illegális drogfogyasztót bűnözőnek, deviánsnak, sőt „torzszülöttnek” tartson, s ami arra készteti az orvosokat, hogy minden fogyasztót mentálisan zavartként diagnosztizáljon, csak súlyos áron tartható fenn. És sikeresnek sem mondható, ha a sikert a letartóztatott csempészek és terjesztők számával mérik, továbbá azoknak a számával, akiket sikerült meggyőzni, hogy ne próbálják ki az illegális drogokat, illetve azoknak a fogyasztóknak a számával, akiknek sikerült megakadályozni a szenvedélyes fogyasztóvá válását, és legvégül azoknak a szenvedélyes fogyasztóknak a számával, akiket sikerült rábeszélni, hogy vegyenek részt elvonókúrán. Emellett a drogpolitikáról folytatott viták folyamatosan figyelmen kívül hagynak két tényezőt, amelyek meglehetősen akadémikussá teszik a teljes tiltást. Először is, noha a drogfogyasztás – a terhességhez hasonlóan – absztinencia révén elkerülhető, az emberiség egyelőre még sem választotta a teljes önmegtartóztatást sem a drogok, sem a szex vonatkozásában. Másodszer, a drogfogyasztás betiltására irányuló próbálkozás semmivel sem volt eddig hatékonyabb ebben az országban, mint az 1920-as években az alkoholfogyasztás betiltása.

A jelenlegi szociálpolitika körvonalazói, akik a drogforrások korlátozásával és mindenféle fogyasztás büntetésével remélik csökken-

teni a fogyasztók számát, azzal érvelnek, hogy ha kevesebb fogyasztó lenne, akkor automatikusan csökkenne a diszfunkcionális esetek száma is (Moore, 1982). Például ha 10 000 fogyasztó van és a 10 százalékuk kerül bajba, akkor 1000 esetben fordul elő káros hatású fogyasztás; ha azonban a fogyasztók száma 2000-re csökken, akkor csak 200 eset alakul ki. Ez az érv egyenes matematikai arányosságot tételez fel a fogyasztás és a károsodás között, ami azonban nem létezik. Ha ugyanezt az érvelést az alkoholfogyasztásra alkalmaznánk, elvezethetne ahhoz az igen vitatható döntéshez, hogy emelni kell az alkohol árát a fogyasztástól való eltántorítás érdekében! Az áremelés valóban visszafogná valamelyest a fogyasztást, s ez elméletileg automatikusan csökkentené a káros hatásokat is. Ez a megközelítés természetesen figyelmen kívül hagyja azt, hogy valószínűleg csak a társadalmi szankciókat szorgalmazó, kevésbé elkötelezett fogyasztók állnának el a fogyasztástól. A létező alkoholfogyasztási mintázatokat megzavarni az általános fogyasztáscsökkentés céljából a mértékletes, kontrollált fogyasztási mintázatok ajánlása helyett más, mint hivatalos törvényi szabályozást alkalmazni a kábítószeres esetében, melyeknél kevés lehetőség nyílt eddig az informális társadalmi kontrolltényezők kialakulására, mint például a heroinnál. Mindazonáltal a fenti matematikai érvelést követve, és hozzátevé azt a feltételezést, hogy minden fogyasztó abuzőr is, arra a következtetésre vezet a jelenlegi szociálpolitikát, hogy a fogyasztók nagy száma miatt elengedhetetlen a fogyasztás *totális* tiltása. Azt mondják, nem a politika módosítására, hanem ugyanennek a politikának a fokozására van szükség – azaz szigorúbban be kell tartatni a törvényeket, szigorúbb büntetéseket kell kiróni a terjesztésre és a fogyasztásra.

De milyen eredményeket tud felmutatni a jelenlegi drogpolitika? A durva drogellenes jogszabályok a törvény iránti tisztelet elvesztéséhez, a törvény folyamatos megsértéséhez vezettek, és gyakorlatilag konszenzus alakult ki azok között a tájékozott személyek között, akik bár elvileg talán támogatták is ezeket a jogszabályokat, mégis mindent megtettek a kijátszásuk érdekében, ha közeli barátaikról vagy rokonaikról volt szó. A drogtörvények értelmében sokkal több olyan személy minősült bűnözőnek, aki egyébként nem minősült volna annak, mint az alkoholtilalmi törvény idején. Az érintettek döntő többsége fiatal, a büntetések szigorúbbak, s ennek megfelelően sokkal nagyobb hatást gyakorolnak az egyén életére, s a vétkes gyakran kénytelen választani aközött, hogy bűnözőként megbélyegezzék, vagy „kezelésnek” vesse alá magát. Ez a választás, ami összekapcsolja a terápiás folyamatot a büntető igazságszol-

gáltatással, leértékelte és befeketítette az elmeorvosi rendszer egyik fontos aspektusát, és komoly hatást gyakorolt a drog fogyasztónak mint individuumnak az önmagáról alkotott képére, illetve a társadalomban való működésére. Ezek a jogi és társadalmi körülmények valójában sokkal rosszabb hatással voltak az elmeorvósra, mint maga a kontrollált drogfogyasztás – egyes esetekben ugyanolyan károsak voltak, mint a szenvedélyes fogyasztás. Végezetül, valószínű, hogy a jelenlegi szociálpolitika elsősorban azok számára bír visszatartó erővel, akik csak mértékletesen fogyasztják a drogokat, ugyanakkor a komoly fogyasztók, akik számára életbevágó a drog, kijátsszák a törvényt, hogy beszerezzék adagjaikat. Így pedig – mivel a mértékletes, alkalmi fogyasztók alakítják ki a kontrolláló szankciókat és rítusokat – az a politika, melynek célja a diszfunkcionális fogyasztók számának minimalizálása, talán épp az ilyen fogyasztók arányának növekedését eredményezheti.

1972-ben a Shafer-bizottság változtatást javasolt a drogpolitikában, mégpedig abba az irányba, hogy az egyes kábítószereket egyedileg és reális módon kezeljék. Az Elnöki Elmeorvosi Bizottság Pszichoaktív Drogfogyasztási/visszaélési Összekötő Tanácsa (The Liaison Task Panel on Psychoactive Drug Use/Misuse of the President's Commission on Mental Health) hasonló javaslatot tett 1978-ban. Emellett a kormány *White Paper on Drug Abuse* (1975), illetve a Drogabúzus Stratégiai Tanácsa (Strategy Council on Drug Abuse) *Federal Strategy for Drug Abuse and Traffic Prevention* (1977) című tanulmányai, melyek egyaránt a drogabúzus megszüntetését célozták, árnyaltabb különbségtételt szorgalmaztak a fogyasztási típusok között, elismerve, hogy a „drogabúzus” megszüntetése társadalmunkban irreális cél (1975), illetve hogy a drogok „eltérő mértékben veszélyesek” (1977). Ugyanakkor a Shafer-bizottság bizonyos fokig, az Elnöki Bizottság pedig jelentősen tovább ment ennél. Ez a két, jelentős pénzügyi támogatással és nagy létszámmal dolgozó bizottság nem csak azt állapította meg, hogy fontos lenne különbséget tenni az egyes drogfélék és a különböző fogyasztási típusok között, hanem azt is, hogy a differenciálás elmulasztása eredményeként rendkívül költséges szociálpolitika alakult ki, mint ahogy az alkoholtilalom idején is.

A Shafer-bizottság jelentésének 1972-es nyilvánosságra hozatala után körülbelül tucatnyi állam dekriminalizálta a marihuána fogyasztást; azaz miközben továbbra is büntetőjogi felelősségre vonták a drog terjesztőit, a magánjellegű fogyasztást szolgáló, kisebb mennyiségek birtoklását mindössze a tilosban parkoláshoz hasonló

nagyságú bírsággal büntették, anélkül, hogy ezzel bűnözőként bélyegezték volna meg az érintetteket. Nem sok hatóság hitt abban, még a Shafer-bizottság sem, hogy ez a politika, mely szigorúbban büntette a terjesztőt, mint a fogyasztót, megoldaná a marihuána-problémát. A dekriminalizációt köztes megoldásnak szánták: időt akartak vele nyerni, hogy megvizsgálják, integrálható-e a társadalomba ennek a drognak a fogyasztása – azaz, hogy elkerülhetőek-e a súlyos egészségügyi és társadalmi következmények.

A Shafer-bizottság a hagyományos, konzervatív választ is megadta a drogkérdésre. Tagjai megpróbálták késleltetni a nagy horderejű döntéseket, újabb kutatásokat kérve. Azt feltételezték, vagy remélték, hogy a kutatók majd új tényekkel állnak elő, melyek egyértelmű, teljes válaszokat adnak a szociálpolitika súlyos problémáira – hogy az új adatok varázslatos módon megszüntetik a nehéz intellektuális vagy morális döntések szükségességét. Hiszen a kutatások akár azt is bebizonyíthatták volna, hogy a drogok nem orvosi alkalmazása súlyosan károsítja az egészséget!

Maga a dekriminalizációs kísérlet is létfontosságú adatokkal szolgált. A több államban elvégzett kutatások – nevezetesen Oregonban (*Marihuana Survey – State of Oregon*, 1977), Kaliforniában (*Impact Study of S. B. 95*, 1976) és Maine-ben (*An Evaluation of the Decriminalization of Marihuana in Maine*, 1978; *Maine: A Time/Cost Analysis of the Decriminalization of Marihuana in Maine*, 1979) – azt jelezték, hogy a dekriminalizációt követően nem emelkedett szignifikánsan a marihuánafogyasztás, és hogy felszabadultak bizonyos mértékű bűnüldözési erőforrások, melyeket így a súlyosabb bűntettek felderítésére lehetett fordítani. Ám ennek ellenére a drogpolitika nem változott abba az irányba, hogy bátorította volna a formális társadalmi kontrolltényezők kialakítását; azaz nem bátorította új törvények és intézményi szabályozások elfogadtatását. Mi több, épp ellenkező irányba indult el.

Több olyan tanulmány is megjelent, ami azt állította, hogy a marihuána sokkal nagyobb veszélyt jelent az egészségre, mint korábban feltételezték. Ezeknek a tanulmányoknak a valóságtartalma legalábbis is megkérdőjelezhető – eltekintve azoktól, melyek kimutatták, hogy a drog ugyanolyan súlyos tudókárosodást okozhat, mint a dohányzás, illetve, hogy valószínűleg nem használ a szívbetegeknek (*Marijuana and Health*, 1982). Ám azok számára, akik bíztak a teljes tiltás politikájától való elmozdulásban, még nagyobb kárt jelentett azoknak a felméréseknek a megjelenése, melyek szerint lényegesen korábbra tevődött a marihuána első kipró-

bálásának életkora, illetve jelentősen megnőtt a marihuánafogyasztás a fiatalabb korcsoportokban. Ezeknek a megállapításoknak a nyomán szülői szervezetek alakultak, amelyek azzal próbáltak tenni gyermekeik „megmentéséért”, hogy „felvilágosítást és megelőzést” (marihuánaellenes agymosást és a fogyasztás teljes tiltását) követeltek – és persze szigorúbb büntetéseket és hatékonyabb bűnüldözést. Ezek a csoportok nagyon hatékonyan gyakoroltak közvetlen nyomást a politikusokra, hogy követeléseik átkerüljenek a gyakorlatba.

A formális és informális kontrolltényezők kölcsönhatása

A kábítószeres kontrollált fogyasztása kapcsán folytatott kutatásaim egyik megállapítása az, hogy ésszerű *formális* társadalmi kontrolltényezők híján az először kipróbálók életkora általában csökken. Ez azért van így, mert az *informális* társadalmi kontrolltényezők – szankciók és rítusok – kevésbé hatékonyak akkor, amikor nincsenek az ezeket alátámasztó, elfogadható formális társadalmi kontrolltényezők. (1979-ben, 1980-ban és 1981-ben a marihuánát először kipróbálók átlagéletkora növekedett – hogy ez a fokozott marihuánaellenes tevékenységnek köszönhető-e, vagy bizonyos informális társadalmi kontrolltényezők még kedvezőtlen körülmények között is működni kezdenek, az további vizsgálatot igényel.)

A formális és informális kontrolltényezők közötti kapcsolat meglehetősen bonyolult. Kétfajta formális kontrolltényező létezik: azok, amiket a törvények testesítenek meg, és azok, amelyeket a kontrolláló intézmények biztosítanak. Például egy középiskola megtilthatja a szalagavató bálon az alkoholfogyasztást, és megbüntetheti azokat, akik nem engedelmessékednek – még akkor is, ha néhány diák az adott állam törvényei alapján már elég idős ahhoz, hogy alkoholt fogyasszon. Hasonlóképpen, egy ilyen intézmény akkor is kizárhat egy marihuánafogyasztót, ha az adott állam már dekriminalizálta a fogyasztást. Az informális kontroll és a formális kontroll közötti kölcsönhatás egyik példája annak a fiúnak az esete, aki lévén már tizenkilenc éves, a törvény szerint joga van alkoholt fogyasztani, s örömmel kínálja meg sörrel tizennyolc éves öccsét, de egy kortyot sem adna tizenhárom éves öccsének.

Mivel a marihuánafogyasztásnak nincs semmilyen egyértelmű, hivatalos standardja, például korhatár, a fiatalok úgy gondolják,

hogy aggodalom vagy ellenkezés kiváltása nélkül leszállíthatják az első fogyasztás életkorát. Ezek a fiatalok tudják, hogy bár a társadalom törvényen kívül helyezte a marihuánát, ennek a hatása nem ugyanaz, mintha a drog társadalmi szempontból hozzáférhetetlen lenne. Nagyon eltérő fokú devianciáról és büntetésekről van szó. Ugyanakkor a marihuánafogyasztás hivatalos elítélése például a tizennyolc éven aluliak esetében sokkal hatékonyabb lehetne a diszkrimináló standardok felállításának szempontjából, mint a teljes tiltás. A szalagavató bálon az ivást tiltó középiskolai rendelet ugyanakkor nem tiltja meg a diákoknak, hogy minden más társasági eseményen igyanak. Ugyanakkor a szabály jelzi, hogy nem biztonságos és nem helyénvaló inniuk, ha nem tudják kontrollálni a fogyasztásukat. Ugyanígy a „Tudd, hol van a határ” társadalmi szankció nem az ivást ítéli el, hanem a részegséget.

A formális és informális társadalmi kontrolltényezők kölcsönhatása a kamaszok esetében a legéletbevágóbb. Először is, társadalmunk hagyományosan tiltja ennek a korcsoportnak minden legális és illegális kábítószer fogyasztását. Másodszor, amikor kísérletezgetni kezdenek az illegális drogokkal (és ez a fajta fogyasztás mindig rejtve történik), különösen nehéz fogyasztási standardokat felállítani, akár formálisakat, akár informálisakat (szülőket). Sok szülő számolt be arról, hogy könnyebben boldogulnak azzal, ha a gyerekük dohányzik, mint azzal, ha marihuánát szív. Ahogyan az egyik szülő megfogalmazta: „A cigarettáról legalább beszélhetünk. Megvesztegethetem, hízeleggetek neki, kényszeríthetem, fenyegethetem. De az illegális drogokról hallgatni kell. Attól félek, hogy ez az attitűd át fog helyeződni az alkoholra is, amiről régen pedig tudtunk beszélni.” Amint azt az előző fejezetekben már megjegyeztük, a mai szülők nagyon nehéz helyzetben vannak az illegális drogok esetében. Ami a legális drogot, az alkoholt illeti, az sokkal könnyebb feladat, mivel a hozzá kapcsolódó formális társadalmi kontrolltényezők (például a jogilag szabályozott korhatár) amellett, hogy biztonságot nyújtanak, gyakran egybeesnek a szülők céljaival is, s így sok család meg tudja velük erősíteni a saját informális szankcióit.

Az illegális anyagok esetében az intézményi kontrolltényezők legalább valamiféle segítséget képesek nyújtani. Egy középiskola meg tudja erősíteni a szülők kezét azzal, hogy kikényszerít olyan formális kontrolltényezőket, mint az illegális alkohol és drogfogyasztás tiltása, és ezzel párhuzamosan ésszerű felvilágosító programot nyújt ezekről az anyagokról. Ekkor a kísérletező kedvű fiatalok nem mondhatják, hogy „Biztos oké bárhol, bármikor, hiszen még az

iskola sem csinál ügyet belőle”. Az intézményi szabályozásra irányuló ilyen jellegű próbálkozások lehetőséget biztosítanak a szülők számára, hogy gyermekeikkel közösen gondolkodjanak az olyan kérdéseken, hogy milyen kábítószereket szabad használni, hol, mikor, hogyan és kivel – olyan kérdéseken, melyek létfontosságúak mind a formális, mind az informális kontrolltényezők kialakítása szempontjából.

Drogkutatás és szociálpolitika

Mivel a jelenlegi szociálpolitika az illegális anyagok fogyasztásának csökkentését célozza meg (*Report of the Liaison Task Panel*, 1978), felmerül a kérdés, hogy ragaszkodniuk kell-e a kutatásoknak ehhez a politikához, ha etikusak akarnak lenni. Ha a kutatásokat etikai szempontból kell megítélni, márpedig nem kis mértékben abból kell, akkor milyen hatása van ennek a támogatandó kutatási projektek kiválasztására, a kutatások lefolytatására, illetve a megállapítások közvélemény általi kezelésére a szakmabeliek és a média körében egyaránt?

Szinte minden drogkutatással foglalkozó szakember egyetértene abban, hogy rendkívül nehéz objektívnek és viszonylag értéksemlegesnek láttatni az e területen végzett munkát. Nem csak a drogokkal kapcsolatos bármilyen információkat a nagy tömegek számára közvetítő eszközök ragaszkodnak ahhoz a „kiegyensúlyozottsághoz”, amely magában foglal egy meghatározott „drogellenes” tematikát is, hanem gyakran a tudományos programokat is hasonló eljárás követésére kötelezik. Ebben a hangulatban szinte minden kutatást vagy kutatót villámgyorsan vagy „fogyasztáspártinak”, vagy „fogyasztásellenesnek” bélyegeznek – középút nincs. A Nemzeti Szervezet a Marihuánatörvények Reformjáért (National Organization for the Reform of Marijuana Laws, NORML) megrögzött hívei például minden olyan bizonyítékot vitatni fognak, amelyek arra utalnak, hogy a marihuána káros lehet. Amikor egy nemrég tartott tudományos találkozón felvetődött, hogy a marihuánafogyasztóknak bódult állapotban nem lenne szabad vezetniük, több hozzászóló is sietve rámutatott, hogy egyes tapasztalt fogyasztók azt állítják, bódult állapotban még jobban is vezetnek, mint józanul. S fordítva: amikor később valaki kijelentette, hogy az elmúlt tizenöt évben egyetlen halálesetet sem tulajdonítottak a marihuánafogyasztásnak,

noha több mint 57 millióan fogyasztották a drogot a kérdéses időszakban, a hallgatóság azzal vágott vissza, hogy a marihuána nem vízben oldódó szer, s ezért megmarad a testben. Ez a válasz nyilván nem az eredeti állítást akarta cáfolni, hanem pusztán azt mutatta meg, hogy senki sem úszhatja meg, ha valami jót mond a marihuánáról.

Könnyű kinevetni ezeket a szélsőséges álláspontokat, ám maguk az etikai problémák komolyak; és a drogok hatásainak elbűvölő módon történő publikálása és feltárása – Timothy Leary módjára – súlyos aggodalmakra ad okot. Nem kétséges, hogy az LSD-fogyasztás '60-as évekbeli robbanásszerű terjedését a szer fogyasztása körül kialakult széles körű nyilvánosság váltotta ki. Noha ez a robbanás nem elsősorban a drogművelők eredményeinek közzétételéből eredt, a droghisztéria nagyon hamar befolyásolni kezdte a kutatásokat, amint azt az egyik korábban objektív kutató állásfoglalása is bizonyította: az illető kijelentette, hogy a drog potenciális káros hatásait fogja bebizonyítani (Cohen, Marinello & Bach, 1967; Cohen, Kirschhorn & Frosch, 1967). Ennek az attitűdnek a felbukkanása óta – márpedig sok helyen felszínre került, még a Nemzeti Kábítószerügyi Intézet (National Institute on Drug Abuse) köreiben is (1977, 1980; Johnston, Bachman & O'Malley, 1982) – minden kutatónak el kell gondolkodnia azon, hogy munkája a fogyasztástól való eltántorításról, vagy a tények kereséséről szól-e.

Az igazság a maga alapértelmében nem kérdés. A területen valószínűleg függetlenül attól, hogy mennyire van félrevezetve, senki sem áll neki céltudatosan meghamisítani a tényeket. Ám egy bizonyos értékrendszerben – azon az állásponton belül, hogy az illegális drogok annyira rosszak, hogy káros mivoltuk bizonyítása jogos és a nagyobb jót szolgálja – az igazság keresése hajlamos induktív helyett deduktív válni. És mivel minden tudományos vizsgálódásnak egy munkahipotézis felállításával kell kezdődnie, a kutatás céljainak kérdése nem fekete-fehér probléma. Felmerül az a nehezen megválaszolható kérdés, hogy szabad-e hagyni, hogy a kultúra aktuális, az illegális drogfogyasztás visszaszorítására irányuló politikája az objektivitás fölébe kerekedjen. Azok a kutatók, akik sokra tartják az objektivitást, a semlegességet, s akik pontosan mutatják be adataikat, akármik is legyenek azok, végül olyan tevékenység közepette találhatják magukat, amely ellentmond a nagy becsben tartott kulturális hiedelmeknek. Ezeket a hiedelmeket azért kell szentnek érezni, mert elméletileg segítenek megakadályozni,

hogy valami rossz dolog, nevezetesen az illegális drogfogyasztás növekedése bekövetkezzen.

Amint azt az előszóban említettem, 1968-ban, amikor Andrew T. Weil, Nelsen és jómagam elkezdtük az első kontrollált kísérleteket, s marihuánát adtunk naiv alanyoknak, hogy tanulmányozhassuk az akut bódultság hatásait (Weil, Zinber & Nelsen, 1968), súlyos kritikák érték tevékenységünket. Kritikusaink úgy vélték, ha a marihuánáról bebizonyosodik, hogy olyan káros az egészségre, mint ahogy sokan hiszik, akkor azt kockáztatjuk, hogy függővé tesszük ártatlan, önként jelentkező alanyainkat, vagy más módon ártunk nekik. Ám azt is sokan mondták (bámulatos módon a Harvard Orvosi Egyetemet képviselő jogi cég egyik vezető munkatársa is), hogy ha a marihuánára *nem* bizonyul annyira halálosnak, akkor megállapításaink morális szempontból lehetnek károsak, mivel megszüntetik a drogfogyasztás ártalmas hatásaitól való félelem alkotta gátat. Természetesen lehetetlen megmondani, hogy ezek a kísérletek, illetve a hasonló eredményeket hozó egyéb vizsgálatok szignifikáns szerepet játszottak-e a drogfogyasztás népszerűségének növekedésében. Már 1968-ban, a kísérlet lefolytatásának idején nyilvánvaló volt, hogy a marihuána nem a „joint-örület” ördögi drogja. A kritikák első szakaszában (és azóta is) Weil és én úgy véltük, hogy az a legfontosabb, hogy hiteles és felelősségteljes információkkal szolgáljunk a drogról, akár egybeestek ezek az információk a mi személyes véleményünkkel, akár nem.

Ezen a területen azok, akik visszatartják vagy eltorzítják az információkat annak érdekében, hogy támogassák az aktuális szociálpolitikát, azt a kockázatot vállalják, hogy a potenciális fogyasztók észreveszik ezt a hamisítást, s később a fogyasztás káros hatásairól szóló többi jelentésnek sem fognak hinni (Kaplan, 1970; Zinberg & Robertson, 1972). S fordítva: azok, akik azt az információt hozzák nyilvánosságra, hogy nem minden drogfogyasztás káros, s így szembefordulnak a hivatalos szociálpolitikával, hasonlóképpen azt kockáztatják, hogy munkájukat úgy fogják értelmezni és hivatkozni, mint ami támogatja a fogyasztást.

Rémisztő dilemma ez a kutatók számára, különösen azok számára, akik nem képesek elhinni, hogy az igazság valamilyen misztikus, filozofikus módon szabaddá teszi az embert. Természetesen azt sem hiheti senki, hogy a tények, az igazság leplezése majd mindent rendbetesz. Amikor pedig a kutatás erős kábítószerrel foglalkozik, az igazságról és objektivitásról szóló absztrakt elvek a legkevésbé sem jönnek számításba: emberi életek forognak kockán.

Viszonylag könnyű volt szembesülni marihuánakutatásunk kritikáival. A drog növekvő népszerűsége magától értetődő volt, nem jelentettek a fogyasztásával összefüggésbe hozható halálesetet, és szükség volt pontosabb információkra a hatásairól, hogy szétválasszuk a mítoszt és a tényeket. Például, akkoriban a rendőrök és az orvosok azt hitték, hogy a marihuánától kitágul a pupilla, és ezt a tévképzetet tisztázni kellett, mivel mind a letartóztatásokra, mind az orvosi ellátásra hatást gyakorolt. Ám amikor a heroinhoz hasonló drogok tanulmányozása következett, amiknek a fizikai jellemzői – szemben a marihuánáéival – katasztrofális hatásokat okozhattak, ha nem tartotta fenn a fogyasztó a kontrollt, sokkal komolyabb lett az etikai probléma. Emellett azok az erőfeszítések, hogy tájékoztassuk a szakmai közösséget és a közvéleményt (a média révén, ami mindennek örül, ha az a drogok területén történik) arról, hogy a heroinfogyasztás nem szükségszerűen okoz függőséget, és nem szükségképpen romboló hatású, azzal a kockázattal jártak, hogy eltávolítjuk azt az akadályt, ami talán visszatartott addig valakit a fogyasztástól. Ez akkor is kínzó lehetőség volt, s mindmáig az maradt. Akármilyen fontos is a tudás, úgy nem lehet kutatásokat folytatni, hogy az alanyokat nem óvjuk meg a lehetséges káros hatásoktól, akár közvetlen módon, akár információk visszatartásával – mint például az Egyesült Államok Közegészségügyi Szolgálat (U. S. Public Health Service) által a szifilisz kapcsán végzett, balul elsült kutatás esetében, ami még jóval azután is visszatartott egy gyógymódot, hogy bebizonyosodott annak hatásos mivolta (Hershey & Miller, 1976).

Mindazonáltal, még a heroin- és egyéb opiátfogyasztás kapcsán végzett előzetes vizsgálataink is megerősítették azt, ami a drog fogyasztás minden egyéb vizsgálatánál is kiderült: a valóság sokkal bonyolultabb, mint egy egyszerű farmakológiai előadás az orvosi egyetemen. Kétségtelen, hogy a heroin erős, addiktív drog, mely potenciálisan nagy veszélyeket rejt, ám egyes fogyasztóknak sikerült kontrollált módon élniük vele, s még a problémákkal küzdők is a sztereotipikus drogosokétól nagyon eltérő reakciómintákat mutatnak fel. Emellett más kutatók, például Leon Hunt és Peter Bourne hasonló jelenségről kezdtek beszámolni (Abt Associates, 1975; Bourne, Hunt & Vogt, 1975); Hunt & Chambers, 1976). Amint nyilvánvalóvá vált, hogy ezek a jelenségek kiterjedtek és szignifikánsak, az is egyértelmű lett, hogy bármilyen, az ehhez hasonló viselkedésmintáknak a tudományos vizsgálat köréből való eltávolítására irányuló kísérlet – azzal az indokkal, hogy erkölcsileg elutasítandók

vagy társadalmilag helytelenítettek – mindenféle tudományos vállalkozás hitelét csorbítaná. Emellett lehetséges volt, hogy ezek a heroinfogyasztók fogyasztásuk kontroll alá vonásának folyamata során kialakítottak egy olyan kontrollrendszert, ami rendkívül értékes alapul szolgálhat a függőség kezelésének új megközelítési módok megtervezésében (Zinberg, Harding & Winkeller, 1981; Zinberg, Harding & Apsler, 1978; Zinberg és munkatársai, 1978; Zinberg & Harding, 1982).

Ugyanakkor az nem játszik szerepet annak az elvnek a meghatározásában, hogy mi tesz egy munkát tudományosan elfogadhatóvá, hogy az ilyen kutatások nemcsak információkkal szolgálnak, hanem potenciálisan pozitív alkalmazási lehetőségekkel is rendelkeznek. Ebben a megközelítésben az alapkutatások nem szorulnak védelemre. Az viszont súlyos problémákat vethet fel, ahogyan az eredményeket fogadják és kezelik, különösen a média. Hiába igyekeznek a lehető legpontosabban és legóvatosabban fogalmazni a kutatók, azt nem tudják befolyásolni, hogy mások mit mondanak az általuk adott információkról, vagy mit tesznek azokkal. Mégis, a drogműködéseket jelenleg körülvevő emocionalista légkörben valóban naivak lennének, ha nem vennék észre, hogy bizonyos megállapításokat jó eséllyel el fog torzítani a sajtó. Sajnos sok kutató még a publikációt megelőzően sajtótájékoztatót hívott össze, hogy bejelentse megállapításait (*New York Times*, 1974. február 4. és 1974. április 9.), s még arra is hajlandó volt, hogy messzire vezető spekulációkba bocsátkozzon, igencsak túllépve a publikált adatokon.

Nem elég, hogy elkerüljük munkánkban a gondatlanságot, s nem elég beszámolni az eredményeinkről. A kutatóknak minden tőlük telhetőt meg kell tenniük azért, hogy miattuk és munkájuk miatt senki olyan ne kezdjen el drogokat fogyasztani, aki egyébként nem tette volna. Az illegális fogyasztásnak szentelt kitüntetett figyelmet például át lehet terelni a kutatás potenciális pozitív alkalmazási lehetőségeire. Ám a munkájukról mint terápiás segédeszközzől beszélő kutatók még itt is beleütközhetnek a szenzációhajhászás és a félreértelmezés egy másik válfajába.

Az objektivitás meghatározásának és fenntartásának nehézsége, illetve az egyes kutatások elvégzésével és eredményeik nyilvánosságra hozásával kapcsolatos etikai problémák nem korlátozódnak az illegális drogok kutatására. Ma, amikor az egyének nyomasztó számú választási lehetőséggel szembesülnek, nem sok kutató képes fenntartani a közömbös tudós látszatát, akit kizárólag a tudomány tisztasága iránti elkötelezettség motivál. Egy élvonalbeli újságíró,

David L. Bazelon 1979-ben megjelentetett a *Science* magazinban egy oknyomozó cikket, melyben olyan problémákat tárgyal, amik kapcsolódnak ehhez az íráshoz, még ha nem is említi kifejezetten az illegális drogokat:

A közvélemény által a kockázatra adott, gyakran érzelmi alapú válaszokra reagálva a tudósok hajlamosak a tudományos objektivitás köntösébe burkolva leplezni vitatható értékdecíziókat, elrejtve így ezeket a döntéseket a politikai felelősségre vonhatóság elől.

A legszélsőségesebb eset, amit tudósoktól hallottam az, hogy kétszer is meggondolnák, nyilvánosságra hozzanak-e olyan kockázati tényezőket, melyek szerintük jelentéktelenek, ám a szövegkörnyezetből kiemelve megrémítenék a közvéleményt. Ez a probléma nem pusztán spekuláció. Gondoljunk csak azokra a felvételekre, amik nemrég kerültek nyilvánosságra az NRC állásfoglalásáról a Three Mile Island-i baleset kapcsán.⁵ Ezek a felvételek drámai módon illusztrálják, hogyan győzheti le a tudományos őszinteséget a közvélemény reakciójának minimalizálására való törekvés.

Ez az attitűd kétszeresen is veszélyes. Egyrészt a tudósokra ruházza a jogot, hogy kimondják a végső szót abban, hogy mely kockázati tényezők elég fontosak ahhoz, hogy méltóak legyenek a nyilvános tárgyalásra. Másrészt, s talán ez a fontosabb, olyan információk elnyomásához vezet, melyek kritikusak lehetnek a kockázatokkal kapcsolatos újabb ismeretek megszerzése, vagy akár a kockázatok elkerülése szempontjából.

Ki hajlandó ma felvállalni a felelősséget tudományos ismereteink korlátozásáért? Ennek a korlátozásnak súlyos következményei lennének. A heroinfogyasztás kutatási területeinek megnyitásával együtt járó társadalmi kockázat aligha fogható a nukleáris reakciókkal kapcsolatos problémák feltárása elmulasztásának rémisztő következményeihez, de az elv hasonló. Érthető, hogy a döntéshozatal előtt számításba veendő tényezők súlya alatt roskadozó, ugyanakkor a közjóért való cselekvés jogos érzete által megtámogatott kor-

⁵ NRC: Nuclear Regulatory Commission, Nukleáris Felügyelőbizottság, a nukleáris erőműveket felügyelő szövetségi szervezet az Egyesült Államokban. Three Mile Island-i baleset: 1979. március 28-án, az erőmű 2. számú reaktorában. – *A ford.*

mányhivatalok meg akarják óvni a társadalmat attól a zűrzavartól, ami akkor alakulhatna ki, ha még több egymásnak ellentmondó információ kerülne nyilvánosságra. A bürokrácia elvileg minden rendelkezésre álló információt össze akar gyűjteni, ám ha egyszer ráállt egy pályára, vagy elfoglalt egy értékpozíciót, elkezdi azt hinni, hogy az új, további kételyeket felvető információk nagyobb veszélyt jelentenek, s ezért el kell hallgatni azokat. Ahogy szétfoszlik a közömbös tudósba vetett társadalmi hitünk, és egyre növekszik a mindenható bírósági döntésből, mint a rossz helyrehozójából való kiábrándultságunk, úgy válik a bürokratikus paternalizmus a magától értetődő alternatívává. Ám sajnos, amikor a döntések felelősségének kormányzati elfogadása átváltozik azzá a feltételezéssé, hogy a döntéseket alátámasztó meggyőződés (az illegális drogfogyasztás rossz) fontosabb, mint maga a döntés, akkor szükségszerűen nehéz lesz rugalmas szociálpolitikát kialakítani. És pontosan ez történt az illegális drogok kapcsán alkotott politikával is.

Bazelon (1979) rámutat egy másik tényre, ami alátámasztja az én álláspontomat, akárcsak a John Kaplanét (1970, 1983), illetve több más kutatóét (McAuliffe & Gordon, 1975; Herman & Kozlowski, 1982; Waldorf & Biernacki, 1982). A kockázatokat korlátozni szándékozó szabályozásnak megvan a maga társadalmi ára. Ez nem azt jelenti, hogy ne legyenek törvényeink. Azonban éles szemmel fel kell mérni maguknak a törvényeknek a kockázatait is. Különösen igaz ez a drogfogyasztás területén, ahol a napjainkban okozott kár nagy része a marihuánához és a heroinhoz rendelt illegális státusból ered, nem pedig ezeknek az anyagoknak a farmakológiájából.

Javaslatok

Számos szakértő, aki kritikával illette jelenlegi drogpolitikánkat, felvetette azt a radikális javaslatot, hogy minden illegális drogot vagy dekriminalizálni, vagy legalizálni kellene. Ide tartozik például Thomas Szasz *laissez-faire* megközelítése (Szasz, 1975). Mindazonáltal, amint arra John Kaplan (1982) és Mark H. Moore (1982) rámutattak írásaikban, ez a megközelítés növelné a drogfogyasztók számát, s ennek következtében a drog okozta halálesetek abszolút számát is. Emiatt a kockázat miatt óvatosabban kell megközelítenünk a változást, úgy, hogy felelősségteljes és működő alternatívát kapjunk a jelenlegi tiltó politikával szemben.

A legfontosabb javaslat, amire a kontrollált drogfogyasztás kutatásával töltött évek után jutottam az, hogy minden lehetséges erőfeszítést meg kell tenni – jogilag, orvosilag és társadalmilag – a pszichoaktív drogok fogyasztása két alapvető típusának szétválasztásáért: a kísérletező, rekreációs és körülményektől függő, s ezért minimális társadalmi költséget jelentő, illetve a diszfunkcionális, felfokozott és szenvedélyes, s ezért nagy társadalmi költséget jelentő fogyasztások között (*Report of the Liaison Task Panel*, 1978). Az első típust „fogyasztásnak” címkéztem, a másodikat pedig „káros fogyasztásnak” vagy „abúzusnak”.

A fogyasztás és az abúzus szétválasztása érdekében nagyobb figyelmet kell fordítani arra, hogy *hogyan* használják a drogokat (vagyis a fogyasztás körülményeire) mint a fogyasztás megelőzésére. A kutatóknak tanulmányozniuk kell azokat a körülményeket, melyek között a diszfunkcionális fogyasztás megtörténik, illetve hogy miként lehet ezeket a körülményeket megváltoztatni, ugyanakkor azokat a körülményeket is, melyek fenntartják a nem abuzőrök kontrollját, illetve hogy miként lehet ezeket másokra is kiterjeszteni. A prevenciót, mint célt nem kell teljes mértékben elvetni, de a hangsúlyt át kell helyezni a fogyasztás teljes megelőzéséről a diszfunkcionális fogyasztás megelőzésére. Ennek az új fókuszának a kialakítása után a döntéshozók talán nem fognak minden kábítószerrel úgy kezelni, mintha azok egyformák lennének. A különféle drogok fogyasztásának és a fogyasztás eltérő körülményeinek alapos tanulmányozása feltárhatja, hogy a különféle drogok esetében eltérő politikára és stratégiára van szükség.

Az egyes drogok fogyasztási körülményeinek tanulmányozásához a következő témákat kell számításba venni: dózis, a fogyasztás módszere, a fogyasztási mintázat (beleértve a gyakoriságot), a társadalmi környezet és magának a drognak a farmakológiája. Vegyük például a fogyasztás gyakoriságát. A gyakoriság csak a szélsőséges esetekben nem áll szükségszerű kapcsolatban a drog károságával, amint arról a 2. fejezetben is szóltunk. A kizárólag (vagy főleg) a gyakoriság csökkentését megcélzó politika nemcsak elfedné az egyes drogok közötti szignifikáns különbségeket, hanem tagadná a társadalmi környezet fontosságát is, ideértve azt, hogy mikor, hol és kivel fogyasztják a használók a drogot. Ezek a kultúránként és etnikumunként változó társadalmi tényezők a fogyasztás gyakoriságát és mennyiségét összefogva határozzák meg a fogyasztás minőségét. Az a politika, mely az általában a legártalmasabbnak tartott drogokról a minden szempontból legkevésbé ártalmas (bár esetleg illegális)

drogokra való áttérést szorgalmazza nagy mértékben csökkentené a drogfogyasztás társadalmi költségeit.

A fogyasztók számára a kontroll kialakítását és fenntartását lehetővé tévő drogfogyasztási körülmények és mintázatok további tanulmányozása alá fogja támasztani mindazt, amit már az én kutatásaim is jeleznek – hogy jelenleg is a kialakulás állapotában vannak már fontos, az illegális drogfogyasztásra vonatkozó informális társadalmi kontrolltényezők. A drogpolitikának támogatnia kellene ezeknek a kontrolláló rítusoknak és társadalmi szankcióknak a kialakulását és elterjedését a jelenlegi drogfogyasztók körében, miközben továbbra is meg kellene próbálnia visszaszorítani az illegális drogok fogyasztását. Ennek a stratégiának az lenne a célja, hogy semlegesítse a jelenlegi társadalmi körülményeknek a drogfogyasztókra gyakorolt legrosszabb hatásait, ám anélkül, hogy nagy mértékben megnövelné a drogok hozzáférhetőségét.

Az informális társadalmi kontrolltényezőket nem lehet készen a fogyasztók elé tenni, és a hivatalos politika sem hozhatja létre őket. Természetes módon jelennek meg, a drogfogyasztók társadalmi interakciói révén, és fokozatosan változnak meg, válaszul a változó kulturális szubkulturális körülményekre. Ez a fő oka annak, hogy miért lenne helytelen a jelenlegi politika bármilyen jellegű hirtelen megváltoztatása. A marihuána hirtelen legalizálása például teljes zűrzavart teremtene azok számára, akik még nem internalizálták az informális társadalmi kontrolltényezőket. Ugyanakkor vannak bizonyos lépések, amiket már most meg lehetne tenni a drogfogyasztás demisztifikálásáért, ezzel is elősegítve a megfelelő rítusok és szankciók kialakulását. Ezek közé a lépések közé tartozik az információk terjesztése (felvilágosítás), a leszokást segítő programok (a kezelés) fejlesztése, az orvosi kutatások támogatása, a drogfogyasztókkal kapcsolatos negatív attitűd korrigálása és a jogi szabályozás reformja. Az első két lépésre, a felvilágosításra és a kezelésre részletesebben is kitérünk.

Felvilágosítás és megelőzés

Sok döntéshozó azt feltételezi, hogy a viselkedést alakítani lehet azáltal, ha „információkkal” látják el az egyéneket a viselkedési döntések következményeivel kapcsolatban. A hangsúlyt azonban mindig is azoknak a viselkedésmódoknak a megelőzésére vagy elkerülésére

helyezték, melyekről azt feltételezték, hogy negatív hatással vannak az egyénre vagy a társadalomra. Az ilyen információkat gyakran etikai és morális ítéletekkel terhelték, s így eleve elrendeltetett, mi legyen az egyén számára a „helyes” döntés.

A drogabúzzsal kapcsolatos felvilágosító és megelőző erőfeszítések 1968 óta zajlanak az Egyesült Államokban, azaz az illegális pszichoaktív anyagok, kezdve a marihuánával és az LSD-vel, fogyasztásának gyors növekedése óta. 1968 és 1973 között például a Nemzeti Lélekegészségügyi Intézet (National Institute of Mental Health) több mint huszonkétfélmillió röpiratot állított össze és terjesztett a drogabúzzsról, kiegészítve ezt a tömegtájékoztatásban zajló folytonos közszolgálati kampányokkal. Ugyanebben az időszakban az egyes államok mentálhigiénés minisztériumai drogfelvilágosító programokat indítottak, s az Egyesült Államok 17 000 iskolakörzete közül sok önálló drogfelvilágosító erőfeszítéseket tett. A Reklámszövetség, a hirdetőipart képviselő országos testület becslése szerint a magánszektor által a drogokkal kapcsolatos információk terjesztésére szánt idő és tér értéke 1971-ben megközelítette a 937 millió dollárt. Emellett számos felvilágosító programot szerveztek az egyházak, a civil szervezetek, a vállalatok, az országos önkéntes szervezetek és a katonai szolgálatok. Ahogy Nixon elnök mondta, totális háború folyt a drogok ellen, mely során a felvilágosító és megelőző programok az illegális pszichoaktív drogok fogyasztásának megszüntetésére törekedtek.

A drogfelvilágosítást folytató magán- és állami ügynökségek egyaránt hozzátették saját értékeiket az átadott információkhoz, nem egyszer eltorzítva azokat és hiteltelenné téve forrásaikat. 1973-ban, amikor a Drogfelvilágosítás Országos Koordináló Tanácsa (National Coordinating Council on Drug Education) 220 felvilágosító filmet értékelt pontosságuk és hatásosságuk szempontjából (*Drug Abuse Films*, 1973), azt találta, hogy a filmek 33 százaléka elfogadhatatlan mértékben pontatlan vagy torz volt, 50 százaléka nem volt alkalmas a nagyközönség előtti bemutatásra képzett instruktor jelenléte nélkül, s mindössze 16 százalék volt tudományos és konceptuális szempontból egyaránt elfogadható. Egy másik kormányzati tanulmány, a *Federal Strategy* (1977) megjegyezte, hogy gyakran még a legjobb tényszerű információk is felkeltették a drogok iránti érdeklődést, s ez a kíváncsiság egyre inkább a kísérletezés fő okává vált. A Shafer-bizottság szerint ezek a hatalmas programok, melyek kizárólag az absztinencia hirdetésére koncentráltak, valójában fokozhatták a pszichoaktív szerek fogyasztását.

1973-ban a Shafer-bizottság két következtetést vont le a drog-felvilágosító és megelőző programokkal kapcsolatban: a legtöbb információ ezen a területen tudományos szempontból pontatlan volt; illetve a legtöbb felvilágosító program a legalapvetőbb kommunikációs elméletek teljes figyelmen kívül hagyásával tevékenykedett. A bizottság javasolta, hogy az iskolákban mindaddig függessenek fel minden működő programot, míg azok értékelésre nem kerülnek, illetve míg ki nem alakítanak egy reális célkitűzéseket felmutató, koherens megközelítést. Ugyanabban az évben szövetségi szinten elrendelték a drogabúzus megelőző anyagok használatának felfüggesztését.

Az új szövetségi irányelvek 1974-ben jelentek meg, azt hangsúlyozva, hogy lehetséges olyan „diszkrimináló” tananyagot kialakítani, mely képes megerősíteni vagy támogatni a drogmentes viselkedést. Ezek az anyagok feltehetőleg még utalás szintjén sem említették volna az egyes fogyasztók által a drogfogyasztás mellett felhozott pozitív érveket, kerülték volna a különböző drogok és fogyasztási mintázatok viszonylagos előnyei és hátrányai közötti differenciálást, illetve a drogmentes lét értékeit hangsúlyozták volna. Ez furcsamód hasonlítani látszott az 1973-ban elvetendőnek ítélt stratégiához, azaz a különbséggel, hogy az új csapásirányt „diszkriminatívnak és fejlettnak” címkézték.

A jelenlegi országos felvilágosító és megelőző stratégia kifejtését egy ügynökségek közötti jelentés – *Recommendations for Future Federal Activities in Drug Abuse Prevention* (Cabinet Committee, 1977) – tartalmazza, melyet 1977-ben állítottak össze a Nemzeti Kábítószerügyi Intézet vezetésével, s amit a szövetségi prevencióspolitikai „jelentős kiigazításaként” harangoztak be. A szövetségi stratégiák három módszert javasoltak az általuk drog okozta halálesetnek nevezett jelenség visszaszorítására: a fogyasztott drogok körének korlátozását, a drogmentes élet megerősítését és a fogyasztás gyakoriságának csökkentését. Úgy hitték, a megelőző tevékenységeknek a legnagyobb társadalmi költségekkel járó drogfogyasztásra, illetve általában véve a drogfogyasztásra kell koncentrálniuk, s a fő erőfeszítéseket a drogfogyasztás hatásainak mérséklésére kell irányítani. A stratégiák, a normális fejlődési folyamat részeként fogadva el a kamaszkori kísérletezést a pszichoaktív drogokkal, nem tekintették különösebben tragikusnak ezt a jelenséget. A szövetségi kormány legfőbb célja az, mondták, hogy csökkentse az új fogyasztók (a bekerülők) számát, hogy késleltesse a bekerülést, és hogy csökkentse a gyakori vagy mindennapos használatot. Jelentésükben a következő

konkrét célkitűzéseket fogalmazták meg (*Report of the Liaison Task Panel*, 1978):

a 8–20 éves korosztályon belül 15 százalékkal csökkenteni a három belépő drog (dohány, alkohol és marihuána) gyakori fogyasztóinak a számát;

a 14–20 éves korosztályon belül 20 százalékkal csökkenteni az alkohol- és egyéb drogabúzással kapcsolatos destruktív viselkedést, a túladagolásos halálesetek, a sürgősségi ellátásban résztvevők, a bódult állapotban történő vezetés miatti letartóztatások és az egyéb alkohollal/droggal kapcsolatos balesetek számát; visszatartó attitűdöt népszerűsíteni és megerősíteni a pszichoaktív anyagok fogyasztása esetében, különös tekintettel a belépő drogokra, a heroin és az alkohol addiktív mivoltáról való jelenlegi tudásszint fenntartásával, illetve a dohány addiktív mivoltáról való tudásszint 50 százalékos növelésével.

A kutatásaim azt is jelezték, hogy a drogfelvilágosító és megelőző programoknak ki kell terjedniük az alkoholra és a dohányra is (ez az első két pszichoaktív anyag, amit a legtöbb fiatal fogyaszt). A figyelmen kívül hagyásuk lerombolná az ilyen programok hitelességét, mivel bár ezek a drogok legálisak, attól még drogok, kábítószeres és pszichoaktívak – s az alkohol mégis hasznos lehet. Emellett a felvilágosító törekvéseknek alaposan körül kell járniuk azt a kérdést, hogy míg a társadalom képes bizonyos fokú kontrollt gyakorolni az alkoholfogyasztás fölött, addig miért nem képes kontrollt gyakorolni a dohány fölött?

A kutatási eredményeim azt is megmutatták, hogy figyelmet kell szentelni a különböző fogyasztási mintázatoknak, melyeket a különböző típusú drogok esetében követni lehet, illetve ezen eltérő fogyasztási mintázatok következményeinek. Ezt követő fejlettebb felvilágosító munkát lehet végezni a drogok destruktív hatásainak – úgymint túladagolás, balesetek, bódult állapotban való vezetés miatti letartóztatások – csökkentése érdekében, s ezekhez az erőfeszítésekhez csatlakozhatnak azok, melyek az alkohollal kapcsolatos hatásokat igyekeznek redukálni. Ahhoz, hogy az ilyen kampányok hitelesek és sikeresek legyenek, fel kell ismerniük, óriási különbség van azok között a drogfogyasztási mintázatok között, melyeknek potenciálisan veszélyes következményei vannak, és azok között a gyakoribb, kontrollált fogyasztási mintázatok között, melyek nem *per se* destruktívak. A társadalom biztonságát nagy mértékben alá-
ásó drogfogyasztó magatartást határozottan vissza kell szorítani, ám

ennek előfeltétele az, hogy a közvélemény elfogadja, hogy nem minden pszichoaktív szer fogyasztása destruktív.

Azokon az egészségügyi és elmeorvosi területeken, melyek nem állnak kapcsolatban a drogfogyasztással, általános, hogy a megelőzési törekvések ugyanúgy irányulnak a pozitív megoldásokra, mint a nemkívánatos következmények elkerülésére. Például bár társadalmunk nem helyesli a kamaszkori szexuális életet, mégis úgy döntött, hogy biztosítani kell a betegségek és a nemkívánatos terhesség elkerüléséhez szükséges legalapvetőbb információkat azok számára, akik nem hajlandók követni az előírásokat. A drogfelvilágosításnak és megelőzésnek sem lenne szabad kevesebbel beérnie. Információval kellene szolgálni arról, hogyan lehet elkerülni a destruktív drogkombinációk (például barbiturátok és alkohol) destruktív hatásait, az ismeretlen tisztaságú drogok fogyasztásának kellemetlen következményeit, a nagy függőségi faktorú drogok fogyasztásának kockázatait, bizonyos drogfogyasztási módok veszélyeit, illetve a különböző dózisok és különböző környezetek váratlan hatásait. Ezek a potenciális veszélyforrások különösen a kísérletező fiatalokat fenyegetik, akik öntudatlanul számos kellemetlen drogreakción teszik ki magukat. Tényleg továbbra is tolerálni akarja a társadalom azokat a felvilágosító és megelőző stratégiákat, melyek olyan információkat tartanak vissza, amik több százezer fiatalnak segíthetnének elkerülni a bajt? Már nem tartható az az álláspont, hogy „csak azt kapják, amit megérdemelnek”, és hivatalos támogatása is megszűnt. Mégis megmaradt a félelem, hogy ha felvilágosító és megelőző törekvéseink nem ítélik el a kábítószereket, akkor a potenciális fogyasztók a drogfogyasztás hallgatólagos elismeréseként foghatják fel az elítélés hiányát. Ez a dilemma meggátolta a hatékony oktatást a drogok területén.

A drogfelvilágosító programok céljának és tartalmának megváltoztatására vonatkozó javaslatok ugyanúgy vonatkoznak azon „új” prevenciók módszerekére is, melyek állítólag jelentősen eltérnek a hagyományos megközelítéstől. Az egyik legkiemelkedőbb ilyen program azzal hirdeti a drogmentes élet elméletét, hogy az olyan „természetes elszállások” iránti érdeklődést igyekszik felkelteni, mint a jóga, a meditáció és egyéb nem vegyi jellegű élmények. Azonban sok szülő jobban örülne annak, ha gyermekeik a marihuána felelősségteljes fogyasztásáról kapnának információkat, nem pedig „magasabb” tudatállapotok elérésére ösztönöznék őket. Ezek a szülők talán szkeptikusak a drogfogyasztással kapcsolatban, ám az

is feszélyezi őket, amikor a hagyományos felvilágosítás nem vegyi jellegű elszállásokat reklámoz.

A másik probléma az úgynevezett természetes elszállással az, hogy a kamaszok nem tartják a drog által kiváltott elszállással egyenértékűnek, vagy attól magasabb rendűnek. De még akkor is, amikor a két módszert hasonlónak tapasztalják meg, sok kamasz inkább igyekszik bővíteni az elszállás módszereinek tárházát, semmint hogy lemondjon a drogokról. Évekkel ezelőtt, amikor egy előkelő felkészítő iskola a drága úszómedence megépítése mellett és ellen szóló érveket mérlegelte, sikerült meggyőzni a döntéshozókat, hogy az úszás rekreációs alternatívát jelenthet majd a drogozással szemben. Miután bejelentették a medence megépítéséről szóló döntést, az iskolavezetés döbbenten hallotta, hogy több tanuló is előre örült annak, hogy majd beállva úszhat a medencében! Nem meglepő, hogy ha a kamaszok rájönnek, hogy az úszás vagy egyéb „természetes” módszerek révén nem tudnak elszállni, akkor a drogokhoz fognak fordulni, hogy elérjék ezt az állapotot.

Egy másik viszonylag új drogfelvilágosítási stratégia úgy szakított azzal a hagyománnyal, mely korábban az információknak a drogkurzusokon való közvetlen átadására helyezte a hangsúlyt, hogy ugyanazokat az információkat családfejlesztési, táplálkozási, higiénés, biztonsági vagy kapcsolatépítő kurzusokon adta át. Noha a felvilágosításnak ez a szétszórt megközelítése más technikákat alkalmaz, az üzenete ugyanaz. A régi vonalat, miszerint a pszichoaktív drogok fogyasztása destruktív, egyszerűen átnevezték „értéktisztázásnak”. Ez az új megközelítés is figyelmen kívül hagyja a drogfogyasztás és az abúzus közötti különbséget, és nem kínál információt arról, hogyan lehet minimalizálni vagy elkerülni a drogokkal kapcsolatos nehézségeket.

Ha a drogfogyasztás következményeiről szóló „tények” nem tudják meggyőzni a potenciális fogyasztót a rá leselkedő veszélyekről, akkor vajon ezeket az úgynevezett tényeket kell a politikához igazítani, vagy a politikát kell úgy megváltoztatni, hogy megfeleljen a valódi tényeknek? A prevenciós stratégiák arról beszélnek, hogy „meggyőzőbb” kommunikációs csatornákat kell kiépíteni, és „diszkriminatívabb” anyagokat kell készíteni. De nem azt jelenti ez, hogy nem csak vonzóbb csomagolásban találják a tényeket, hanem meg is változtatják azokat, vagy fontos információkat hallgatnak el? Nem lenne jobb egyértelműen elismerni azokat az előnyöket, amiket egyesek a pszichoaktív drogok fogyasztásából nyernek, legyenek azok a drogok illegálisak vagy legálisak? Vagy továbbra is el kell

fogadnunk, hogy az illegális drogok *ipso facto* károsak, függetlenül attól, hogy hogyan fogyasztják őket? A drogfelvilágosítók számára érthető módon igen nehezen kezelhető a legalitás-illegalitás ellentéte.

Számos akadályt kell még legyőzni ahhoz, hogy a drogfelvilágosítás és megelőzés reális alapokon működhessen. A legelső akadály az ismeretek hiánya azok részéről, akik a leginkább érintettek a felvilágosító törekvésekben, s közülük is az orvosok részéről. Az orvostanhallgatókat arra tanítják, hogy a nem felírt drogok mindenféle fogyasztása káros fogyasztás vagy abúzus. Egy az orvosi egyetemek kurzusait vizsgáló felmérés kimutatta, hogy csak a szélsőséges mértékű drog- vagy alkoholfogyasztás patológiájával foglalkoznak, tudomást sem véve a kontrollált fogyasztás és mértékletesség lehetőségeiről. Így az orvosok gyakran nem tudnak válaszolni pácienseiknek a különböző fogyasztási mintázatokról vagy gyakoriságról feltett kérdéseikre. Ha nem tanítják meg az orvosokat arra, hogy hogyan különböztessék meg egymástól a különböző drogokat és hatásait, akkor a pácienseik kérdései megválaszolatlanok fognak maradni. Az orvosi képzést ki kell terjeszteni, hogy átfogó információkat is felöleljen a pszichoaktív drogok hatásairól, a különböző fogyasztási mintázatokról (beleértve az alkoholfogyasztást is), a kontrollt elősegítő tényezőkről, illetve a diszfunkcionális fogyasztás jeleiről és tüneteiről. Az orvosok így olyan helyzetbe kerülnének, hogy előre tudnák jelezni a pozitív megoldásokat, segíthetnének a nemkívánatos következmények elkerülésében, és idejekorán diagnosztizálhatnák a drogokkal kapcsolatos diszfunkcionális viselkedést. Az orvosokat és a többi egészségügyi szakma képviselőit meg kell tanítani arra, hogy felismerjék azokat az apró, egyedi, drogokkal kapcsolatos viselkedésbeli változásokat, melyek előrejelzik a súlyos diszfunkciót. Emellett meg kell tanulniuk azonosítani a különböző fogyasztási mintázatok – a kísérletezőtől kezdve egészen a szenvedélyesig – következményeit, és meg kell érteniük, hogy nem minden nem orvosi jellegű drogfogyasztás szükségképpen veszélyes.

Fontos, hogy a pszichoaktív drogoknak a tudatállapot és a hangulat megváltoztatása céljából történő fogyasztását társadalmi, tudományos és irodalmi kontextusban értékeljük. A felvilágosítóknak tisztában kell lenniük az ópiumháborúk történelmi jelentőségével, a különböző pszichoaktív drogok hagyományos rituális fogyasztásával, illetve az olyan nagy írók, mint Homérosz, Ovidius, Baudelaire, de Quincey vagy Coleridge drogokra történő irodalmi utalásaival. A tanulók így meg fogják tanulni, hogy az embernek mindig is a

rendelkezésre álltak pszichoaktív drogok, hogy az ezek iránt tanúsított attitűd folyamatosan változott, s hogy az ilyen drogokat számos különböző célra használták. Amint elmúlik a drogfogyasztást körülvevő túlfeszített érzelmi légkör, lehetségessé válik beépíteni ezt a megközelítést az oktatási rendszerbe.

Kezelési rendszerek

Mivel az én kutatásaim a kontrollált fogyasztásra és a kontrollált fogyasztókra összpontosítottak, viszonylag kevés figyelmet szenteltünk ebben a tanulmányban a diszfunkcionális fogyasztóknak és annak, hogy nyilvánvalóan szükségük van kezelésre és szabályozásra. Az ilyen fogyasztókkal régóta fennálló kapcsolataim feltárták, hogy napjainkban a drogkezelési (elvonó) rendszer súlyos dilemmában van abban a tekintetben, hogy mit is kellene kezelnie. A rendszer hivatalos intézményi struktúrái nemcsak hogy nem hajlandók feltárni a pszichoaktív drogok fogyasztása és káros fogyasztása közötti különbséget, de még azt sem tudják, hogy drogabúzust kezelnek vagy bűncselekményt. Tulajdonképpen ki ismerheti fel és ítélheti meg a drogfogyasztás káros hatásait – a páciens, az orvos vagy a tanácsadó, vagy a bűnüldözési-igazságszolgáltatási rendszerhez tartozó hivatalok? A törvény az illegális pszichoaktív anyagok mindenféle fogyasztását káros fogyasztásnak (vagy abúzusnak) címkézi, míg az egészségügyi intézményrendszer csak a nem egészségügyi jellegű fogyasztást tartja károsnak. Így a jogi definíció értelmében a pszichoaktív drogok bármilyen fogyasztását törvényi közbelépést igénylőnek kell tekinteni, az egészségügyi definíció értelmében viszont bármilyen nem egészségügyi jellegű fogyasztás orvosi kezelést igényel.

Minden kezelési-elvonó program, ideértve az úgynevezett metadon fenntartó programokat (szubsztitúciós, hosszú távú fenntartó programok – *a ford.*) is, az absztinenciát célozza meg, s mindössze abban különböznek egymástól, hogy mennyi időt hagynak ennek a célnak az elérésére. Ez nem volt mindig így. Az úttörő Dole-Nyswander metadonprogramokat (Dole & Nyswander, 1965, 1966, 1967; Dole, Nyswander & Warner, 1968) valódi fenntartó programoknak tervezték. Noha a páciensek opiátfüggőségét (különösen heroinfüggőségét) kezdetben a metadonfüggőség váltotta fel, a projekt kidolgozói arra számítottak, hogy végül a metadon szenvedélyes fogyasztása át fog alakulni kontrollált fogyasztássá, s ez a

jelentősen kedvezőbb szituáció válhat majd a társadalmi és pszichológiai rehabilitáció alapjává. Így nem a helyettesítő drog fogyasztása volt a meghatározó tényező. A metadonnak számos előnye volt: be lehetett venni szájon át, hosszú ideig tartott a hatása, látszólag nem zavarta az egyén működési képességét, s mindenekelőtt legális volt. A program azonban azt tűzte ki alapvető céljául, hogy olyan klinikai szituációt alakítson ki (a helyettesítő szer kontrollált fogyasztását), amelyben a heroinfüggőségtől megszabadított páciensek képesek lesznek átgondolni problémáikat, és megerősödhetnek a belső állapotaik irányítására illetve az elfogadható társadalmi funkcionálásra való képességeikben.

A fenntartó programokat kezdetektől fogva viták kísérték, főleg azért, mert visszaléptek az absztinenciától, illetve mert bevezettek egy szintetikus opiátot. Mivel valahogyan igazolni kellett a fogyasztásukat, és mivel a bűnözés és a drogok összekapcsolva alkották az ország első számú belügyi problémáját, ésszerűnek tűnt a „kezelés sikerét” a letartóztatások számának és a bűnöző tevékenységnek a csökkenésével mérni. A kezelés ily módon történő igazolása elfogadhatóbbá tette egy szintetikus drog alkalmazását a heroinfüggőség kezelésére azok szemében is, akik az absztinenciát tartották az egyetlen elfogadható megoldásnak.

Ami azt illeti, az első értékelő tanulmányok azt mutatták, hogy a metadon fenntartó programon lévő páciensek valóban sokat fejlődtek a legtöbb társadalmi indikátor mentén. Ezek a tanulmányok és a bűnözés valamilyen kezelésére irányuló politikai nyomás a kezelési rendszer óriási kiterjesztéséhez vezettek. A metadon fenntartást, amit eredetileg önkéntes páciensek orvosi kezeléseként fejlesztettek ki, úgy mutatták be a nagyközönségnek, mint egy eszközt, ami megállítja a drogabúzust és a bűnözést azáltal, hogy kivonja a deviánsokat az utcákról.

Ma már téves elnevezés a metadon „fenntartás”. A metadonklinikák radikálisan megváltoztak: nyíltan az absztinencia felé orientálódnak. A szövetségi törvények értelmében kötelező orvosokat és nővéreket alkalmazniuk a gyógykezelésekhez. Néhány klinika kiegészítő szolgáltatásokat, foglalkoztatási rehabilitációt, egyéni és csoportterápiát is kínál.

A kezelési programok másik nagy osztályának, a különböző nem hivatásos terápiás közösségeknek mindig olyan céljaik voltak, melyek teljes mértékben illeszkedtek a tágabb értelemben vett társadalom célkitűzéseihöz. Azt a célt tűzték ki maguk elé, hogy megszüntetik a drogfogyasztást, s azt feltételezik, hogy az absztinencia elérése

után klienseik mintapolgárokká válnak. Az első közösségek csak néhány gondosan megválogatott, önként jelentkező heroinfüggővel foglalkoztak, ám amikor a „drogjárvány” nyomása alatt, az 1960-as évek végén megszorodtak a jelentkezők, a közösségek azzal kezdték próbára tenni a motivációjukat, hogy akadályokat gördítettek a felvételük elé, nagyon hasonlóan ahhoz, ahogy a titkos társaságok szűrik meg jelentkezőiket. Mindemögött az a feltételezés állt, hogy ha az egyén képes leküzdeni ezeket az akadályokat, akkor őszinte a drogoktól való megszabadulás iránti vágya.

A terápiás közösségek az önsegélyezést hangsúlyozzák, ahogyan például az Anonim Alkoholisták is teszik; és a drogmentes viselkedés megerősítése érdekében intenzív interakciót igyekeznek kialakítani a csoporton belül, illetve szigorú viselkedési szabályokat tartatnak be, szigorúan büntetve a kihágásokat. A közösségi környezet nemcsak a drogfüggés legyőzésében való segítségnyújtással mozdítja elő az egyén megváltozását, hanem pozitív önkép biztosításával is. Mindazonáltal az, hogy valaki egy terápiás közösség üvegházi légkörében szocializálódik, még nem garantálja sikerét a tágabb értelemben vett társadalomban. Kezdetben, az ehhez hasonló heroinkezelési programok gyors szaporodása idején sok sikeresen „végzett” a területen tudott maradni, tanácsadóként vagy adminisztrátorként dolgozva. Később, amikor megszűntek az ilyen munkalehetőségek, és a „végzeteknek” vissza kellett térniük a tágabb értelemben vett társadalomba, hogy munkát találjanak, egyre nehezebbnek bizonyult számukra a fennmaradás. Az egyik első közösség, a Synanon egyszer megpróbált úgy reagálni erre a problémára, hogy önellátó kommunákat hozott létre, melyekben a tagok együtt éltek és dolgoztak, meg sem próbálva visszailleszkedni a társadalomba. Az utánkövető tanulmányok megerősítették, hogy a terápiás közösségek önsegélyező technikái jótékony hatásúak lehetnek, ám a gyógyulási arányuk sokkal alacsonyabb, mint a metadonprogramoké.

A drogkezelési programok – irányuljanak akár a drogfüggés gyógyítására, akár a bűncselekmények csökkentésére – céljai körüli zűrzavar az 1970-es években tovább fokozódott a nem opiát jellegű pszichoaktív drogok (kokain, Quaaludes, Valium) egyre terjedő fogyasztása miatt. Ezekről azt feltételezték, hogy ugyanazokkal a hatásokkal és következményekkel rendelkeznek, mint az opiátok – erős függőség, motiválatlanság, bűnözés –, s ezért a megoldást is ugyanabban látták: vagy börtönbe kell küldeni a fogyasztókat, vagy kezelésre kell kötelezni őket. Az ilyen jellegű drogok fogyasztásának

gyors terjedése a fiatalok körében a tovább folytatódó „heroin-járvány” mellett, elvezet a Shafer-bizottság által „drogabúzus ipari komplexumnak” nevezett jelenség gyors növekedéséhez. A NIDA által a kezelésekre szánt anyagi keret az 1966-os 18 millió dollárról 1977-ben 350 millió dollárra nőtt, majd az 1981-es pénzügyi évben 155,4 millió dollárra zsugorodott, összesen 3449 drogkezelési központtal és 208 000 kezelési férőhellyel, melyek közül a szövetségi költségvetés körülbelül 102 000-et fedezett. Ám sajnos a pszichóaktív drogok összes fogyasztójának kezelése melletti elkötelezettség nem vett tudomást a különböző típusú drogok és azok fogyasztási mintázatai közötti lényegi eltérésekről.

Az opiátfüggők által igényelt kezelési szolgáltatások mások, mint az egyéb drogokat fogyasztók által igényelték. Szolgáltatásokra azokra a klienseknek is szükségük van, akik érzelmi nehézségei nem állnak összefüggésben a drogokkal. Tekintettel arra a trendre, hogy egy adott egyén többféle drogot fogyaszt, így nagyobb szükség lenne arra, hogy a drogkezelési szolgáltatásokat összehangolják a tágabb értelemben vett egészségügyi és elmeegógyászati rendszerekkel, hogy meg tudjanak felelni az ügyfelek egyre összetettebbé váló problémáinak. A Nemzeti Kábítószerügyi Intézet adatai szerint (Miller & Associates, 1983) 1981-ben a drogkezelési programokba bekerülő ügyfelek 15,1 százaléka számolt be arról, hogy a felvételt megelőző egy hónap során *nem* fogyasztott drogot; 5,9 százalékuk hetente egy alkalomnál ritkábban fogyasztott; további 5,1 százalék pedig csak hetente egyszer fogyasztott. A nem opiátokat fogyasztók közül 19,1 százalék fogyasztott marihuánát, 8,5 százalék alkoholt, 7,7 százalék (nem receptre felírt) amfetaminokat és 5,8 százalék kokaint; a legalacsonyabb az inhalánsok (1,1 százalék), a (nem receptre felírt) barbiturátok (2,9 százalék), a hallucinogének (4 százalék), az egyéb nyugtatók és hipnotikumok (3,1 százalék) volt (Miller & Associates, 1983). A nem opiátokat fogyasztók mindegyike drogmentes kezelést igényelt.

Hasonló kezelési problémák léteznek a törvényesen felírt amfetaminok, barbiturátok és enyhébb altatók esetében is. Ezeknek az erős függőséget okozó drogoknak a fogyasztói kórházi elhelyezést igényelhetnek a detoxikáció időtartamára. Mivel általában sokkal zavartabbak emocionális szempontból, mint az opiátfogyasztók (Benvenuto & Bourne, 1975; Khantzian, 1978; Smith, 1975b; Vaillant, 1978), szükségleteiket csak felszínesen elégítik ki a tipikus drogkezelési programok; s ennek ellenére mégsem illeszkednek be az elmeegógyászati kezelés egyéb, hagyományos területeire sem.

Valószínű, hogy hatékonyabb ellátásban részesülhetnének közösségi elmeorvosászati körülmények között, ha lenne erre megfelelő hely és szakembergárda. Akkor a drogkezelési férőhelyeket és pénz-alapokat kizárólag azon kliensek ellátására lehetne fordítani, akik a krónikus és hosszú távú opiátfogyasztás diszfunkcionális hatásaitól szenvednek.

A kezelési központokba kerülő opiátfogyasztók általában olyan területeken élnek, ahol nyomasztó szegénység, munkanélküliség és diszkrimináció uralkodik, s ilyen körülmények között a kétségbeesés egyetlen alternatívájának a drogfogyasztás tűnik. 1981-ben (Miller & Associates, 1983) ezeknek a pácienseknek körülbelül a 64 százaléka fekete vagy latin-amerikai volt, bár a két etnikai csoport összesen csak a 18,1 százalékát alkotja az összlakosságnak (11,7 százalék fekete és 6,4 százalék latin-amerikai) (U. S. Bureau of the Census, 1980a, 1980b). A kezelés alatt álló csoportok közel 74 százalékát fekete férfiak tették ki, közel 50 százalékuknak a középis-kolainál alacsonyabb szintű végzettsége volt, és 60 százalékuk volt huszonhat éves vagy idősebb. Alig kevesebb, mint a felüket az előző huszonnégy hónap során letartóztatták, s a letartóztatottak felének már korábbi is volt priusza.

A kisebbségi csoportok a drogkezeléseket gyakran a társadalmi kontroll egyik ártalmas formájának tekintették, különösen ha az egyik vegyi anyagtól való függőséget egy másiktól való függőséggel váltották fel. Ez az aggodalom tovább erősödik, amikor hosszú távú fenntartó programokat ajánlanak nekik. Azonban a közelmúltban számos kisebbségi csoport vezetőjét egyre kevésbé kezdi lekötni a drogfogyasztás gonosz mágiája, s jobban érdekelní a kezelési programok minősége, illetve azoknak a munkalehetőség-mintázatoknak a szükségessége, melyek elég sokszínűek ahhoz, hogy a kulturális különbségek egész skáláját lefedjék. A megnövekedett hangsúly, amit a kisebbségi vezetők a kezelési ellátások minőségére fektettek még fontos tényező lehet ezeknek az ellátásoknak a fejlesztésében.

Noha fontosak azok a kezelési programok, melyek az illegális drogok fogyasztásának megszakítását célozzák meg, a kezelés csak akkor tekinthető sikeresnek, ha meggátolja, hogy a kliensek visszatérjenek a destruktív drogfogyasztáshoz, és ha biztosítja számukra azt az érzelmi stabilitást, illetve azokat a technikai képzettségeket, melyek az adekvát társadalmi funkcionáláshoz szükségesek. A számok azt mutatják, hogy ez még nem valósul meg. 1981-ben a kezelésben részt vevő opiátfogyasztók 65 százaléka volt munkanélküli felvételtkor és elbocsátáskor egyaránt; a kezelés során mindössze

3,5 százalék vett részt képzési programban, és további 11,5 százalék járt valamilyen oktatási vagy képzési programba az elbocsátás időpontjában. A kezelésre bekerülő kliensek kétharmada korábban már részt vett kezelésen, és közel kétharmaduk együtt nem működés miatt kikerült a programból, börtönbe csukták, vagy egyszerűen lemorzsolódott a kezelés befejezése előtt. Nyilvánvaló, hogy ezeknek a klienseknek a rehabilitációs igényeit nem sikerült kielégíteni.

1977-ben V. P. Dole és H. Joseph felmérést készített New Yorkban egy 85 000 aktuálisan és korábban metadonkezelésen részt vevő kliensből álló, rétegzett véletlenszerű mintán. Az eredmények, melyek egybeesengtek a hasonló kutatások megállapításaival, azt jelezték, hogy a kezelések azon páciensek esetében voltak a legnagyobb valószínűséggel „sikeresek” (definíció szerint az illegális drogok fogyasztásának a megszűnése és megfelelő funkcionálás), akik a leghosszabb ideig maradtak a kezelésben, ám összességében a siker szintje igen alacsony volt. A kezelési programból távozók utánkövetése arra világított rá, hogy bár a kezelés alatt drámaian csökkent az illegális drogfogyasztásuk, a többség a kezelés befejezése után visszaesett. Ez igaz volt azokra is, akik másodszor, vagy akár harmadszor vettek részt a kezelésen. Általánosságban véve a fenntartó kezelés addig hatékony, amíg a gyógykezelés tart, de általában nem gyógyítja a mélyben rejlő problémát, akármi is legyen az.

Nyilvánvaló, hogy azoknak, akik hosszú és nyomonkövethetetlen drogfogyasztói múlttal tekintenek vissza, a kezelésben kellene maradniuk, akár a drogmentesen, akár kemoterápiásan. A korábbi megmerítkezés a deviáns szubkultúrában identitást, közösséget és egy a kultúra fő áramától elszigetelő életstílust adott nekik. A kezelésben tartásuk elengedhetetlen ahhoz, hogy létrejöjjön az a fajta terápiás kapcsolat, amire ezeknek az embereknek szüksége van, hogy megkezdjék személyes, társadalmi és gazdasági problémáik feldolgozásának hosszú, lassú folyamatát.

A hosszú távú kezelés szükségességét jelző nyomok kevésbé egyértelműen azok esetében, akik kedvező jelzőkkel írhatók le – mint például a felelősségteljes, dolgozó, stabil családi háttérrel rendelkező, alkoholista múlttal nem terhelt fiatalok. Egy ilyen csoport számára – mely valamelyest hasonló a jelen könyvben bemutatott kontrollált fogyasztók csoportjához – szignifikánsan nagyobb a detoxifikáció utáni pozitív kimenetel elvárhatósága, mint általában a páciensek összességénél.

A „minőségi gondozást” nem könnyű úgy definiálni, hogy mindenki elégedett legyen vele, aki érintett az egészségügyi, elmegyógyászati és drogkezelési szolgáltatásokban. Annak a nehézségeit, hogy konszenzus alakulhasson ki abban a kérdésben, hogy pontosan miben is áll ez a fajta gondozás az egészségügyben vagy elmegyógyászatban, a drogkezelés jelentette környezetben megsokszorozza az absztinenciának mint a siker kritériumának az általános alkalmazása. Ha ezt lecserélnénk a kontrollált fogyasztás alacsonyabb igényeket támasztó elvárásával, akkor sokkal nagyobb arányú sikert érhetnének el ezek a programok. Legalábbis ezt a következtetést látszik valószínűsíteni az, hogy a kutatásomban szereplő kontrollált opiátfogyasztók közel 50 százaléka korábban függő volt. Nyilvánvaló, hogy ha sokaknak hosszú kábítószerfogyasztói múltjuk van is, s ha nem is akarnak lemondani az általuk élvezetesnek talált élményről, mégis meg lehet nekik mutatni, hogyan kontrollálják fogyasztásukat. Sajnos, ma teljesen irreális ez a kritérium, s ez így is marad mindaddig, míg érvényben lesz a jelenlegi tiltó politika. Azokat a programokat, melyek az általam javasolt megközelítést alkalmaznák, joggal vádolhatnák illegális cselekmény elkövetésével – illegális drogok fogyasztásával.

Mindazonáltal amint egyértelművé válik, hogy a drogkezelés célja a drogabúzus, s különösen az opiátfüggőség diszfunkcionális aspektusainak a megszüntetése, azokat a hamis reményeket, melyek a drogfogyasztás teljes megszüntetését és a bűnözés visszaszorítását illetően születtek, felváltják majd a siker sokkal ésszerűbb kritériumai – például a fogyasztás csökkenése, a foglalkoztatottság növekedése, és az alkalmazkodóbb társadalmi kapcsolatok.

Az absztinencia, mint célkitűzés mögött rejlő szűklátókörű és irreális feltételezés – nevezetesen az, hogy mindenféle drogfogyasztás káros fogyasztás vagy abúzus – nemcsak olyan drogpolitikát adott a társadalomnak, melynek célja megvalósíthatatlan, hanem gyakran magukat a hatalmon lévők is meggátolta a diszfunkcionális fogyasztás felismerésében és konstruktív kezelésében. Ez különösen a kamaszok esetében igaz. Nemrégiben egy szülői csoport aggodalmának adott hangot az egyik körzeti állami középiskolában ijesztően elterjedt drog- és alkoholfogyasztás kapcsán. Felmérés készült, s a szülők történetei eltúlzottnak bizonyultak: az iskolában előforduló kábítószer-fogyasztás valamelyest még alatta is maradt az országos átlagnak. A tanárokkal, a szülőkkel, az adminisztrátorokkal és tanulókkal készített mélyinterjúk során csak néhány diákról derült ki, hogy komoly bajban van, s a kiletüket illetően nagyfokú egyetértés

mutatkozott az interjúkészítők körében. Ekkor vált világossá, hogy a fogyasztásról adott túlzó beszámolók annyira lekötötték a szülők és az iskolai dolgozók figyelmét, hogy semmiféle konstruktív erőfeszítést nem tettek annak érdekében, hogy a valóban komoly bajban lévő diákok kezelésben részesüljenek. Az, hogy sokan túl hevesen aggódtak a fogyasztás miatt, meggátolta, hogy aktívan oda tudjanak figyelni kevesek káros fogyasztására és komoly nehézségeire.

A jövőbeli kutatások

Őszintén remélem, hogy ez a kutatás arra fogja ösztönözni a többi kutatót, hogy hosszú távú, longitudinális kutatásokat végezzenek a pszichoaktív drogok fogyasztói magatartásának, mint egy társadalmilag fejlődő, a fogyasztó népesség nagy részére hatással lévő kontrolltényezőket kialakító folyamat vonatkozásában. Mivel az ilyen kutatásokhoz gondosan válogatott és kiképzett kutatókra van szükség, a kutatásokra fordított költségvetési alapok szerény emelésére lehet szükség; de elsősorban mindig a kutatás tárgyával kell foglalkozni, nem pedig a pénzösszegek nagyságával.

Mindmáig összesen öt nagy és fontos longitudinális kutatási területet negligáltak, vagy érintettek csak felszínesen: (1) a fogyasztott drogok sorrendje és a különböző drogfogyasztási mintázatok kialakulása; (2) az egyéni, a csoport- és a társadalmi tényezők, melyek hatással vannak az alacsony kockázatú és magas kockázatú végkifejletre egymásnak megfeleltethető drogfogyasztók között; (3) a fogyasztók és nem fogyasztók attitűdjének változása a pszichoaktív drogok irányában; (4) a média hatása a drogfogyasztásra és a drogok megválasztására; (5) a szocializáció folyamata a drogfogyasztási mintázatokra vonatkoztatva. A jövőbeli kutatásoknak ezek mellett még három témát kell vizsgálniuk: hogyan hatnak a drogok az egyén egészségére és viselkedésére, hogyan hasznosítják a drogfogyasztók eredményeit, és hogyan befolyásolják az eredmények a politikai döntéseket.

Mivel az Egyesült Államok lakosságának alig 1 százalékát kitevő (lásd C függelék) illegális opiátfogyasztók felkutatása rendkívül nehéz feladat, talán okosabb elfogadni Lee N. Robins 1980-ban tett javaslatát. A kutatónő azt javasolta, hogy amikor a kutatók rábukhatnak egy opiátfogyasztóra, kérdezzék meg tőle, hogy „hajlandó-e részt venni egy későbbi alkalommal egy utánkövető ülésen”, s így

alakítsanak ki véletlenszerűen kiválasztott alanyokból csoportot az intenzív longitudinális vizsgálat számára. Ez a minta sokkal jobban reprezentálná a normális népességet, mint akár a ma általában alkalmazott, intézményi környezetből kiemelt csoportok, vagy akár a jelen könyvben elemzett csoport, mely inkább összeállított, semmint véletlenszerű vagy reprezentatív minta volt.

Az illegális drogok fogyasztását vizsgáló kutatások kiterjedt mivolta mellett ott van még a definíciók problémája. Egy kutató nem egyszer csak nagy nehézségek árán értheti meg, hogy egy másik kutató pontosan mit is ért saját terminológiája alatt (lásd 3. fejezet). Ennek a problémának a minimalizálása érdekében a kutatók részletes esettanulmányokkal illusztrálhatnák, miért helyezték el egy adott kategóriába a vizsgált fogyasztást vagy fogyasztót. Bizonyos mértékben az én kutatásom is alkalmazta ezt a módszert, ahogyan más kutatók, például Bruce D. Johnson és P. J. Goldstein (1979) is. Ők néhány hónapos időközönként legalább huszonnyolc napon át minden nap interjút készítettek alanyaikkal. Előzetes adataik között értékes részleteket találhatunk a fogyasztás mintázatba rendeződéséről, stabilitásáról és következményeiről (például a drogokra költött pénz mennyiségéről), s ez megkönnyíti a többi kutató számára az ő kategóriáik mibenlétének megértését. Sok alanyuk az én kontrollált alanyaimra emlékeztet.

Akármilyen óriási munka is összeállításuk, az átfogó és részletes esettanulmányok szintén megalapoznák a fogyasztás L. G. Hunt és mások (Hunt, 1977; Zinberg & Harding, 1982) által követelt természetrajzát. Ma rengeteg tévképzet létezik az illegális drogok, különösen az opiátok fogyasztási mintázatairól. A legkevesebb, amire szükség lenne, némi ismeret az opiátfogyasztás egyik fázisából a másikba való átalakulásáról vagy átmenetéről. A legújabb adatok (Johnson & Goldstein, 1979) például azt mutatják, hogy a közvélekedéssel – mely szerint a heroinfüggők legalább naponta egyszer beinjekciózzák magukat – szemben a legtöbb függő teljes fogyasztói pályafutásának mindössze 10–20 százalékát tölti fogyasztással.

Az ilyen adatok óriási jelentőséggel bírnak a kezelési programok számára. Sajnos nem sok programértékelő próbálja megvizsgálni a kliensek drogfogyasztási stílusát a kezelést megelőzően és követően. Mindazonáltal fel kellene tudni ismerni a kezelés során azokat, akikben megvan a lehetőség a kontrollált fogyasztásra. Ha bizonyos számú, erre a lehetőségre utaló változót (például hogy az illető képes egy ideig anélkül drogot tartani magánál, hogy fogyasztana

belőle) meg lehetne határozni, akkor az ezekre a változókra vonatkozó kérdéseket be lehetne építeni a drogkezelési programok által alkalmazott szűrőfolyamatba. Hasonlóképpen, az opiátfogyasztás során kontrollt kialakítani nem tudó függők jellemzőit is azonosítani lehetne, s össze lehetne hasonlítani ezeket az egykori függők (mint akik a mi mintánkban is szerepeltek) jellemzőivel, akiknek sikerült addiktív fogyasztási mintázatukat kontrollált fogyasztási mintázattá átalakítaniuk.

Amikor meghatározásra került azoknak a függőknek az aránya és jellemzői, akik ésszerű esélyt mutatnak a kontrollált fogyasztókká válásra, és bizonyos fokig megértettük a kontrollált fogyasztásra való áttérést elősegítő tényezőket, minden készen áll egy kicsi, kísérleti programhoz, mely néhány gondosan kiválasztott függőnek segítene a kontroll kialakításában, majd felmérné a kontrollált fogyasztás fenntartására való képességüket. Ez a kísérlet kivitelezhető; és rengeteg hasznos információt nyújtana a heroinfogyasztásról, illetve a heroinfüggők kezeléséről. A drogokról alkotott jelenlegi vélemény hangulatában egy ilyen kísérlet elindításának legfőbb akadálya a kormányzati szervek vonakodása lenne, hogy egy olyan kezelési program kutatását támogassák, mely helyesli a heroin vagy valamelyik másik opiát fenntartott, rekreációs fogyasztását.

Annak a legmeggyőzőbb bizonyítása, hogy a kontroll kontrollt szül, valószínűleg George E. Vaillant longitudinális vizsgálatában (1983) lelhető fel. Vaillant számos körülmény révén hozzáfért két teljesen eltérő anyagi háttérrel rendelkező csoport alanyainak több mint negyven éven keresztül összegyűjtött adataihoz, s folytatta a csoportok hosszú távú utánkövetését. Az absztinensek és a majdnem absztinensek ugyanolyan rosszul szerepeltek a kapcsolatépítés, a szoros baráti vagy családi kötelékek fenntartása, a testi és lelki egészség megőrzése szempontjából, mint a komoly ivásproblémákkal küzdők vagy az alkoholisták. Statisztikailag a mérsékelt ivók minden szempontból szignifikánsan jobb eredményt értek el. Vaillant azt mondta, csak félig-meddig tréfálkozva, hogy „az eredmények láttán elkezdtem többet inni”.

Ez a kutatási megközelítés – hosszú távon tanulmányozandó minták kialakítása, részletes esettanulmányok publikálása, a kontrolláló és nem kontrolláló változók elemzése – nagy lépést jelentene a fogyasztás változó történelmi mintái kapcsán felmerült kérdések megválaszolása felé. Néhány, a múltra vonatkozó kérdés természetesen megválaszolhatatlan. Honnan tudhatnánk például, hogy az

alkalmi opiátfogyasztás és a társadalmi környezet hatása a fogyasztó viselkedésére régóta létezik már, vagy viszonylag új jelenség? Mindazonáltal ez a megközelítés így is fontos információkat tárhat fel a változó fogyasztási mintázatokról – milyen drogokat fogyasztanak, hogyan fogyasztják azokat, és hogyan integrálja a társadalom a fogyasztásukat. Az biztos, hogy ha jobban akarjuk érteni a drogfogyasztás jelenségét, akkor több információt kell szereznünk a fogyasztás társadalmi kontextusáról, beleértve annak az ismeretét is, hogy a csoportszokások és -normák hogyan alakítják a különböző fogyasztási stílusokat, hogyan alakulnak ki maguk ezek a szokások (kontrolltényezők), és hogyan sajátítják el őket az új fogyasztók. A további kutatások feltárhatják, hogyan lehet megerősíteni ezeket az informális társadalmi kontrolltényezőket (szankciókat és rítusokat), melyek támogatják az absztinenciát, biztonságosabb fogyasztást ígérnek, és elítélik a káros fogyasztást.

S még valami. A kutatásom időtartama alatt alanyaim újra és újra egyértelműen leszögeztek egy dolgot: ha nem is fogyasztói pályafutásuk teljes ideje alatt, de néha előnyük származott a kábítószeres fogyasztásból és a különböző fogyasztási mintázatokból. Így pedig az uralkodó kulturális erkölcs ellenére a kábítószeres jövőbeli kutatásának nemcsak a drogfogyasztás, illetve a különböző fogyasztási minták hátrányait, hanem ezek előnyeit is figyelembe kell vennie.

A függelék Az első interjú vázlata

Háttér-információk

Hány éves?

Jelenleg hol lakik?

Kivel él együtt?

Mi a foglalkozásuk?

Mióta él ott?

Szeret ott élni?

Hol töltötte gyerekkora nagy részét?

Milyen életkorban?

Gyermekkorában kikkel élt együtt?

Összetartó volt a családja?

Jelenlegi családi állapota?

Korábban volt már házas vagy eljegyzett?

Ha házas, mivel foglalkozik a házastársa?

Mi a véleménye a vasárnapokról?

Mit csinál vasárnapokon?

Mindig szereti a vasárnapokat?

Rendben tartja a lakását?

Mennyire fontos önnek a ruházata, a hajviselete, általában a külső megjelenése?

Elmesélni szereti a történeteket, vagy inkább hallgatni?

Vannak ambíciói?

Mindig voltak?

Szülők, család

Mivel foglalkoznak a szülei? Mióta?

Voltak-e nagyobb foglalkozás- vagy állásváltoztatásaik?

Hogyan jönnek ki a szülei egymással?

Ön jobban kijön az egyikükkel, mint a másikukkal?

Melyikükkel?

Milyen értelemben?

Hány testvére van?

Ön hanyadikként született?

Közelebb áll valamelyikükhöz, mint a többiekhez?

Milyen értelemben?

Milyen volt a fegyelem az otthonukban?

Előfordult erőszak a családjában?

Hogyan értékelné a szülei viszonyulását önhöz?

Mi a szülei családi állapota?

Úgy jönnek ki a testvérei a szüleivel, mint ön?

Jobban?

Rosszabbul?

Volt bármilyen hatással a testvéreire az ön drogfogyasztása?

Volt a közvetlen vagy tágabb értelemben vett családjában alkoholisták vagy drogfüggők?

Ki?

Milyen anyaggal?

Jelenleg, vagy mikor és meddig?

Munka

Dolgozik?

Mit?

Fizetése? (nagyságrendileg)

Szereti a munkáját?

Jól teljesít a munkájában?

Milyen dolgok okoznak problémát önnek?

Milyen dolgok mennek könnyen?

Hogyan jön ki a munkatársaival?

Hogyan jön ki a főnökével vagy felettesével?

Tanulmányok

Hány évig járt iskolába?
Milyen fokozatot, diplomát, oklevelet szerzett?
Hogyan teljesített az iskolában?
Mit szeretett különösen az iskolában?
Milyen dolgok okoznak problémát önnek?
[Ha jelenleg is iskolába jár:]
Milyen tanórán kívüli tevékenységekben vesz részt?
Hogy jön ki az iskolatársaival?
Hogy jön ki a tanáraival, edzőjével stb?

Jogi státus

Került valaha összeütközésbe a törvénnyel, az iskolában vagy a munkahelyén (drog vagy egyéb okok miatt)?
Mi miatt?
Mi történt? (Mennyi ideig?)
Ha nem került összeütközésbe, de voltak komolyabb „balhéjai”?

Tevékenységek

Milyen politikai nézeteket vall?
Szavazott a legutóbbi választáson?
Tagja valamilyen klubnak, egyesületnek, szervezetnek?
Mennyi időt tölt televíziózással hetente?
Mivel tölti szabadidejét?
(Például: mozi, sportesemények, koncertek, múzeumok)
Egyedül tölti a szabadidejét?
Mit csinál?
Mik a céljai a jövőre nézve?
Meggyeznek a céljai a szülei által kitűzött célokkal?

Barátok

Hány különböző baráti köre van?

Jellemezné az egyes csoportokat (csoport típusa: munkahelyi, iskolai, lakóhelyi stb; a csoportok létszáma; nemek; életkor; vallás; ismeretség ideje)?

Van valamilyen hely, ahová rendszeresen együtt járnak?

Hová?

Miért?

Felnőtté válása során történtek nagyobb változások baráti köreiben?

Mennyi idős volt a változások idején?

Milyen változások történtek?

Kapcsolatban állt bármelyik változás a drogfogyasztással?

A különböző baráti köreihez tartozók ismerik egymást?

Mindegyik barátja fogyaszt drogokat?

Van olyan barátja vagy baráti köre, mely a többenél komolyabb drogfogyasztó?

Van absztinens barátja vagy baráti köre?

Van legjobb barátja, vagy legjobb baráti köre?

Mióta a legjobb barátja(i)?

Melyik baráti köréhez tartozik a legjobb barátja?

Változik a drogfogyasztási stílusa ha más-más barátjával vagy baráti körével van, vagy pedig mindig ugyanolyan, attól függetlenül, kikkel van együtt?

Vannak olyan barátai, akiket gondolatban a többiekénél jobban összekapcsol a drogfogyasztással?

Kikkel?

Miért?

Mikor fogyaszt szívesebben drogot: amikor egyedül van, vagy amikor a barátaival?

Mennyire fontos a drogfogyasztás önnek és a barátainak?

Általában a baráti körén belül vagy kívül érzi magát?

Vannak olyan barátai, akikkel gyakrabban találkozik, mint a többivel?

Kikkel?

Fogyasztott már drogot idegenek társaságában?

Ugyanolyan volt, vagy más, mint amikor a barátaival fogyasztott?

Mi lett azokkal a barátaival, akikkel együtt kezdett drogot fogyasztani?

Találkoznak még? Fogyasztanak még együtt drogot?

Kapcsolat más alannal, alanyokkal

(Ezt a kérdéssort akkor használjuk, amikor az alany társadalmi kapcsolatban áll egy másik alannal. Tegyük fel a kérdéseket azoknak is, akikkel kapcsolatban áll.)

Tudomásom szerint ismeri X-et, aki szintén járt itt interjúfelvételen.

Ismer mást is, akivel interjút készítettünk?

Milyen kapcsolatban áll X-szel?

Mióta ismeri X-et?

Hogy jönnek ki egymással?

Milyen gyakran találkozott X-szel az elmúlt két évben?

Milyen gyakran beszélnek telefonon, vagy leveleznek?

Mikor szokott találkozni X-szel?

Különleges alkalmak?

Ebéd?

Egyedül vagy mások társaságában?

Volt-e komolyabb változás az X-hez fűződő kapcsolatában?

Mikor?

Mi okozta a változást?

Milyen drogokat fogyaszt jelenleg X, beleértve a legális drogokat, például az alkoholt és a dohányt?

Körülbelül milyen gyakorisággal használja ezeket X?

Történt változás az elmúlt két év során abban, hogy milyen drogokat fogyaszt X, illetve abban, hogy milyen módon fogyasztja azokat?

Mikor?

Mi változott?

Mivel magyarázná a változást?

Fogyasztott valaha együtt drogot X-szel?

Milyen drogot?

Milyen gyakran?

Mikor?

Ugyanúgy fogyasztják a drogokat ön és X?

Ugyanabban a dózisban?

Ugyanolyan körülmények között?

Megosztottak valaha drogot egymással?

Adott el valaha valamelyikük drogot a másiknak, akár haszonnal, akár beszerzési áron?

Befolyásolta bármilyen módon a drogfogyasztás a kapcsolatukat?

Ésszerűnek tartja azt, ahogyan X drogot fogyaszt?

Zavarja az életében?

Jót tesz neki?

Hogyan hasonlítaná össze saját drogfogasztását X-ével?
Jellemzi olyasmí az ön drogfogasztását, amiről X nem tud?
Miért nem?
Mit gondol, az ön számára fontosabbak vagy kevésbé fontosabbak a drogok, mint X számára?
Aggasztotta valaha X drogfogasztása?
Milyen értelemben?
Okozott bármilyen jogi, iskolai vagy munkahelyi problémát a drog X-nek?
Ön érintett volt valamilyen formában?
Adott valaha X negatív reakciókat a drogra? Mikor?
Kikerült valaha X drogfogasztása a kontrollja alól?
Mit gondol, X a jövőben is fog még drogot fogyasztani?

Barát/barátnő, férj/feleség

Van barátja/barátnője, férje/felesége?
Mióta ismeri?
Mit gondol a párja a barátairól?
Hány komoly kapcsolata volt eddig?
Meddig tartottak? (és/vagy)
Inkább több, rövidebb kapcsolata volt?
Van szexuális kapcsolat ön és a partnere között?
Kielégítő a szexuális kapcsolatuk, vagy vannak problémáik?
Milyen a kapcsolatuk általában?
Kellemes?
Problémás?
Aggódik miatta?
Állandóan veszekednek?
Szokott ön vagy a partnere drogot fogyasztani szex közben?
Mindig, vagy alkalmasszerűen?
Mi a véleménye a szex közbeni drogfogasztásról?
Azonos nemű barátaihoz képest korán, későn vagy körülbelül egy időben létesítette első szexuális kapcsolatát?
Körülbelül mennyi időse volt?
Volt valaha homoszexuális kapcsolata?
Rendszeresen? Kizárólagosan, vagy heteroszexuális kapcsolatok mellett?
Mit gondol a homoszexuális kapcsolatáról?

Drogtörténet – alkohol és dohány

Melyik anyagot fogyasztotta először?

Mi a legkorábbi emléke vagy asszociációja az ivásról, azaz nem arról, hogy ön iszik, hanem:

Látta valamely családtagját részegen?

Látott részeg embert a tévében, moziban stb?

Milyen érzéseket keltett ez önben?

Milyen emlékei vannak arról, amikor először ivott?

Kivel ivott?

Hol?

Mennyi idős volt?

Milyen idősök voltak a barátai?

Aktívan kereste a lehetőséget, vagy véletlenül jött?

Mennyi idő után kezdett rendszeresen alkoholt fogyasztani?

Mit jelentett a rendszeres fogyasztás?

Általában hol ivott?

Kivel?

Meddig tartott ez az időszak?

Komolyan ivott, mérsékelten, vagy éppen csak?

Elvesztette valaha a kontrollt?

Mindig konzisztensen ivott, vagy voltak erősebb és gyengébb periódusai?

Felhagyott valaha az ivással? Miért? Mennyi időre?

Visszaesett? Miért? Miért nem?

Milyen most az alkoholfogyasztása?

A szülei fogyasztanak/fogyasztottak alkoholt?

Milyen ivók voltak?

Látta valaha a szüleit részegen, vagy hallott arról, hogy elvesztették a kontrollt?

Aggódott valaha amiatt, hogy esetleg alkoholisták?

Szednek/szedtek a szülei felírt gyógyszereket, például nyugtatókat, altatókat, amfetaminokat stb?

Mi a véleménye erről?

Beszélgettek önrel a szülei az alkoholról vagy a dohányról?

Mit mondtak?

Ők fogyasztották valamelyiket ekkor?

Mikor kezdte el fogyasztani ezeket?

Emlékszik olyan időszakra, amikor a szülei felhagytak az alkohol- vagy dohányfogyasztással?

Miért?

Mennyi időre?
Később folytatták?
Előfordult, hogy a szülei formálisan itallal kínálták?
Cigarettával?
Kiskorában megosztották önnel az italukat, vagy adtak önnek egy-egy kortyot?
Mikor tudták meg a szülei, hogy ön fogyaszt alkoholt?
Milyen körülmények között?
Mi volt a reakciójuk?
Volt valaha nyilvánosan részeg?
Rosszul lett valaha alkoholtól? Szédülés, hányás? Ájulás?
A barátaihoz képest ritkábban vagy gyakrabban szokott rosszul lenni?
Történt olyan, hogy annak ellenére kiszolgálták egy bárban, hogy még nem töltötte be a korhatárt?

Drogtörténet – az első illegális drog

(Ezt a kérdéssort csak az első alkalommal fogyasztott illegális drog kapcsán használjuk.)
Az alkohol és a dohány után melyik drogot próbálta ki?
Mennyi idős volt?
Ki mutatta meg, hogyan fogyassza?
Milyen konkrétumokra emlékszik az első fogyasztás kapcsán?
Hogyan reagált az élményre?
Amikor először kezdett rendszeresen drogot fogyasztani, általában egyedül fogyasztott vagy másokkal?
Kikkel?
Általában hol fogyasztott?
Aktívan kereste a lehetőséget, vagy csak véletlenül adódott?
A fogyasztás előtt is gondolkodott már azon, hogy ki kellene próbálnia?
Kíváncsi volt? Félt? Izgult?
Megfogadta valaha, hogy tartózkodni fog tőle?
Ha visszagondol, mikor hallott először a _____ről (drog)?
Mit hallott róla?
Mi a véleménye róla?
Mikor próbálta ki legközelebb a _____t (drog)?
Kivel?

Miért?

Milyen körülmények között?

Az első kipróbálás után mennyi ideig tartott rendszeres fogyasztóvá válnia?

Mit jelent az ön számára a rendszeres fogyasztás?

Mikor próbálta ki első alkalommal egyedül?

Hogy érezte magát?

Mikor vásárolt először _____-t (drog)?

Hogy érezte magát?

Mesélne a _____ (drog) fogyasztásáról a kezdetektől a jelenig?

Voltak olyan szakaszok, amikor komolyabban fogyasztott, vagy amikor kevésbé?

Elvesztette valaha a kontrollt a fogyasztás fölött?

Abbahagyta valamikor a fogyasztást?

Miért?

Mennyi időre?

Ha abbahagyta egy drog fogyasztását, írja le a folyamatot.

Hogy érezte magát?

Beszéltek önnel valaha a szülei a _____-ről (drog)?

Mit mondtak?

Fogyasztotta akkoriban?

A fogyasztás kezdete után mennyi idővel beszéltek róla?

Mit gondol, miért döntöttek úgy, hogy beszélnek róla?

Mennyi idő telt el, míg a szülei rájöttek, hogy drogot fogyaszt?

Hogyan jöttek rá?

Hogyan reagáltak?

Volt valaha kellemetlen reakciója a drogra?

Részletesen?

Milyen hatást gyakorolt ez a fogyasztására?

Mit szeret a legjobban a _____-ban (drog)?

Ki tud arról, hogy _____-t (drog) fogyaszt?

Drogtörténet – egyéb drogok

(Ezt a kérdéssort az opiátokon kívüli egyéb illegális drogok fogyasztásának feltárására használjuk.)

Melyik drogot próbálta ki ezután?

Mennyi idős volt?

Milyen konkrétumokra (körülményekre) emlékszik az első alkalom kapcsán?

Hogyan reagált az élményre?

Amikor először kezdett fogyasztani, általában egyedül fogyasztott vagy másokkal?

Kérem beszéljen a _____ (drog) fogyasztásáról, a kezdetektől a jelenig.

Voltak olyan szakaszok, amikor komolyabban fogyasztott, vagy amikor kevésbé?

(Komolyabb fogyasztás esetén) Hogy érezte magát, amikor abbahagyta, vagy visszafogta a fogyasztást?

Elvesztette valaha a kontrollt a fogyasztás fölött?

Abbahagyta valamikor a fogyasztását?

Volt valaha kellemetlen reakciója a drogra?

Részletesen?

Milyen hatást gyakorolt ez a fogyasztására?

Ki tud arról, hogy _____-t (drog) fogyaszt?

Az opiátok

Hány éves volt, amikor elkezdte fogyasztani?

Ki mutatta meg, hogyan kell fogyasztani?

Milyen konkrétumokra emlékszik vissza az első alkalom kapcsán?

Amikor először fogyasztotta, kik voltak önnel, ha volt egyáltalán valaki?

Általában hol fogyasztotta?

Aktívan kereste az alkalmat?

Véletlenül adódott az alkalom?

A _____ (opiát) fogyasztása előtt mit tudott róla, mi volt a véleménye róla?

A fogyasztás előtt is gondolkodott már azon, hogy ki kellene próbálnia?

Kíváncsi volt? Félt? Már alig várta?

Megfogadta valaha, hogy tartózkodni fog tőle?

Beszéltek valaha a szülei önnel a _____-ről (opiát)?

Mit mondtak?

Fogyasztotta akkoriban?

A fogyasztás kezdete után mennyi idővel beszéltek róla?

Mit gondol, miért döntöttek úgy, hogy beszélnek róla?

Mennyi idő telt el, míg a szülei rájöttek, hogy drogot fogyaszt?
Hogyan jöttek rá?
Hogyan reagáltak?
Mikor próbálta ki legközelebb?
Kivel?
Milyen körülmények között?
Az első kipróbálás után mennyi ideig tartott rendszeres fogyasztóvá válnia?
Mit jelent az ön számára a rendszeres fogyasztás?
Mikor vett először drogot?
Milyen érzés volt?
Kérem jellemezze a fogyasztását a kezdetektől a jelenig.
Voltak olyan szakaszok, amikor komolyabban fogyasztott, vagy amikor kevésbé?
Abbahagyta a fogyasztást? Miért? Mennyi időre?
Mikor fogyasztott először _____-t (opiát) egyedül?
Milyen érzés volt?
Rászokott valaha? (Hányszor és mennyi időre?)
Mikor jött rá először, hogy rászokott?
Hogyan hagyta abba?
Meddig volt tiszta (fiziológiailag nem függő)?
Képes lenne függővé válni?
Ha nem, hogyan kerül el a függővé válást?
Érezte valaha úgy, hogy kezd rászokni?
Mit tett?
Mit jelent önnek az „amatőr” szó?
Mit jelent önnek a „csipegető” szó?
Írja le, mi történik, amikor más csipegetők vagy szenvedélyes fogyasztók költöznek a szomszédságába.
Ki tud arról, hogy opiátot fogyaszt?
Csak más alkalmi fogyasztók?
Mit szeret a legjobban az opiátfogyasztásban?
Általában egyedül vagy társaságban fogyaszt opiátot?
Volt valaha kellemetlen reakciója a _____-ra (kedvenc opiát)?
Mi volt a reakció?
Milyen hatást gyakorolt ez a fogyasztására?
Most arra kérném, hogy írjon le egy átlagos fogyasztási helyzetet, olyan részletesen, amilyen részletesen csak tud. Kérdésekkel fogom segíteni.
Először is mondja el, hogyan lát neki a drog megszerzésének.

Beszerezés

Kitől vásárol? Függőtől vagy egy ismerős amatőrtől?

Mióta ismeri az illetőt?

Hogy alakult a minőség az idők során?

Ki vásárol? Mindig ő vásárol a csoport számára?

Mekkora adagért mennyit fizet?

Ez a mennyiség meddig elég?

Kap a vásárló „ajándékba” egy extra adagot?

A felkészülés

Általában hol szokott elszállni? Kinek a lakásán? Melyik szobában?

Milyen a világítás?

Szokott szólni zene? Milyen zene?

Használ üveget, fecskendőt és elkött?

Ezeket ki biztosítja? Ki tisztítja? Mindenki ugyanazt használja,
vagy mindenkinek megvan a saját készlete?

Szemcseppentőt használ, vagy fecskendőt?

Mit csinál az ajtókkal, az ablakokkal, a telefonnal?

Van kedvenc szerszáma – például a kupak vagy az elkött?

Mennyi idő telik el az ötlet és az elszállítás között?

Általában szabadtéren vagy lakásban fogyaszt?

Vannak otthon egyéb drogjai is (az elszállítás fokozására, vagy csak
úgy)?

Mit gondol a gyümölcslevekről (alkoholos italokról)?

Ki takarít ki a lakásban fogyasztás után?

Az elszállítás

Ki száll el elsőként?

Mindenki magát injekciózza be, vagy egymást szokták?

Egyedül el tud szállni?

Van olyan a csoportban, aki egyedül nem tud elszállni?

Hányszor szokott elszállni?

Szokott „szivattyúzni”? Meddig?

Miről szokott beszélgetni elszállítás közben?

(Például: a drog minőségéről.)

Rosszul lesznek általában a többiek?

Van a csoport egészére jellemző szomatikus panasz, például fejfájás?

Mit szokott csinálni elszállt állapotban?

Zenét hallgat? Tévét néz?

Miről szokott beszélgetni elszállva?

Például a csoport azon mereng, hogy milyen volt drogozni a régi szép időkben, vagy arról beszélget, hogy kinek van jó drogja.

Meghatározott napszakban, héten, évszakban szokott elszállni?

Meddig maradnak együtt a csoport tagjai:

Elszállva?

Miután lejöttek a szerről?

Tudom, hogy nehéz ezt leírni, de próbálja meg elmondani a saját szavaival, hogy milyen érzés az elszállás.

Mit szeret benne a legjobban?

Más hatása van a drognak eltérő alkalmakkor vagy eltérő helyzetekben?

Más szóval az elszállás állandó dolog, amire mindig számíthat, vagy az adott helyzettől és emberektől függ?

Mi történik, amikor visszatér?

Mit csinál, amikor visszatér?

Hogy érzi magát másnap?

Olyan, mint bármelyik másik nap, vagy valamitől más?

Fáradt, kimerült, kiégett?

Könnyebb vagy nehezebb ilyenkor a kedvében járni?

Gyorsan túljut az élményen, vagy bizonyos hatások eltartanak még egy-két napig?

Segíti ez a fogyasztás kontrollját, vagy inkább fogyasztásra csábítja?

Általában a drogokról

Volt egy vagy több olyan időszak, amikor több drogot is kipróbált:

Első alkalommal?

Mikor?

Meddig tartott?

Milyen drogokat próbált ki?

Milyen drogokat fogyasztott rendszeresen ebben az időszakban?

Mikor ért véget ez az időszak?

Miért ért véget?

(Elköltözött?

Egy vagy több barátja elköltözött?

Visszament dolgozni vagy az iskolába?

Letartóztatták?

Új barátságokat kötött, új dolgok kezdtek érdekelni?

Egyéb?)

Általában főképpen egy bizonyos drogot fogyaszt, vagy folyamatosan váltogatja a drogokat?

Egyedül vagy társaságban élvezi jobban a drogot/drogokat?

Vannak olyan drogok, amiket bizonyos emberekkel, illetve olyanok, amiket más emberekkel fogyaszt?

Általában megtervezi, mikor fogyaszt drogot, vagy inkább a véletlenek múlik?

Vannak olyan időszakok egy napon, egy héten, egy hónapon vagy egy évszakon belül, amikor inkább hajlamosabb drogot fogyasztani, mint máskor?

(Például: Pszichedelikus szereket jó időben?

Pszichedelikus szereket tavasszal?

Heroint hétvégéken?

Marihuánát vacsora előtt?

Inkább nappal, mint éjszaka?)

Miért?

Melyik múltban vagy jelenleg is fogyasztott drogot kedveli a legjobban?

Miért?

Keveri a drogokat, vagy jobban szereti őket külön-külön?

Vannak szabályai a drogfogyasztással kapcsolatban?

Van valami, amit ellenőriz, mielőtt fogyasztana egy drogot?

Ismer bárkit is, akinek jogi problémái támadtak a drogfogyasztás miatt?

Mi történt?

Önnek támadtak valaha jogi problémái a drogfogyasztás miatt?

Mi történt?

Ismert olyan személyt, aki túladagolásban vagy a drogfogyasztás miatt halt meg?

Hányat?

Ön adagolt-e már túl drogot, vagy voltak-e kellemetlen reakciói drogra?

Fogyasztana idegen helyen drogot?

Az ön számára könnyű vagy nehéz a drogok beszerzése?
Mekkora adagért mennyit fizet?
Képes úgy drogot birtokolni, hogy ne fogyassza el hamar?
Milyen tevékenységeket élvez különösképpen elszállva?
Hajlamosabb egy bizonyos helyen drogot fogyasztani, vagy bármilyen hely megteszi?
Ha mondania kellene három fontos dolgot egy új fogyasztónak (kedvenc drog), mik lennének azok?
Ön honnan szerezte ezeket az információkat?
Volt olyan személy, akit ön vezetett be a drogozásba?
Hogy történt?
Vannak olyan drogok, amiket nem volt hajlandó kipróbálni?
Melyeket?
Miért?
Vannak olyan drogok, amiket nagyon szeretne kipróbálni?
Melyeket?
Miért?
Árult valaha drogot?
Melyeket?
Pénzkereset céljából, vagy a költségei fedezésére?
Részt vett-e valaha drogfelvilágosító programon, vagy hallott-e speciális előadásokat?
Miről beszéltek?
Ki vezette a programot?
Ön szerint tudta az előadó, hogy miről beszél?
Hogyan reagált a hallottakra?
Megváltozott ennek hatására bármilyen szempontból is a drogfogyasztása?
Olvasott valaha bármit is a drog(ok)ról?
(Könyveket?
Magazinokat?
Röplapokat?
Napilapokat?)
Hogy reagált?
Befolyásolták az olvasottak a drogfogyasztását?
Hogyan?
Meddig?
Látott valaha olyan filmet vagy tévéműsort, amiben említést tettek a drogfogyasztásról?
Milyen jellegű volt ez?
Hogyan reagált rá?

Amikor valaki mond valamit önnek a drogokról, mitől függ, hogy hisz, vagy nem hisz neki?

Milyen forrásokból szerezte a legmegbízhatóbb információit a drogokról?

Mi volt a legkevésbé megbízható forrása?

A drogos vagy a nem drogos világhoz érzi magát közelebb?

Mi a véleménye most a drogos kultúráról, összehasonlítva azzal, ami akkor volt, amikor elkezdte a fogyasztást?

Ön szerint merre tart a drogos kultúra?

Mi a véleménye a drogokra vonatkozó törvényekről?

Túl szigorúak, vagy túl enyhék?

Legalizálni vagy dekriminalizálni kellene a drogokat?

Ha legalizálnák a drogokat, ön szerint megváltozna a saját fogyasztása?

Mi okozott változásokat a fogyasztási mintázatában?

Költözés?

Barátok megváltozása?

Munkába állás, iskolakezdés, felmondás, iskola befejezése?

Barát/barátnő, férj/feleség megismerése, szakítás?

Egészségi állapotának megváltozása?

Érdeklődési körének megváltozása?

Beszélt valaha orvossal, nővérrel, tanácsadóval a drogfogyasztásáról vagy általában a drogokról?

Mikor? (Miért?)

Milyen körülmények között? (Kórházban? Drogproblémákat kezelő központban? Rendszeres ellenőrzés során?)

Hogyan kerültek szóba a drogok?

Hogyan reagált a másik fél az ön drogfogyasztására?

Mit mondott a másik fél a drogokról?

Segítőkész volt? Szívesen beszélgetne vele, vagy hozzá hasonló személlyel ismét?

Szándékában áll folytatni a drogfogyasztást?

Mi a véleménye a jelenlegi fogyasztási mintázatáról?

Elégedett vele?

Úgy véli, túl sokat fogyaszt?

Szeretne többet fogyasztani?

B függelék

Az utánkövető interjú vázlata

Háttér-információk

Hány éves?

Jelenleg hol lakik?

Ugyanott, ahol a legutóbbi beszélgetésünk idején?

Ugyanazokkal, vagy másokkal?

Ha voltak változások az élethelyzetében, kérem, részletezze azokat.

Történt változás a családi állapotában?

Ha igen, mikor és mi?

Ha a közelmúltban házasodott vagy vált el, mivel foglalkozik vagy foglalkozott a partnere?

Vannak gyerekei? Életkoruk?

Család

Történt haláleset, születés vagy házasságkötés a családjában?

Mikor?

Történt-e önt is érintő családi veszekedés vagy kibékülés?

Mikor és mi?

Beszélne a szüleihez és a testvéreihez fűződő jelenlegi kapcsolatáról?

Jobban kijön egyesekkel, mint másokkal?

Munka

Jelenleg dolgozik?

Mit?

Fizetése?

Szereti a munkáját?

Jól végzi a munkáját?

Milyen dolgok okoznak problémát önnek?

Milyen dolgokkal boldogul könnyen?

Hogy jön ki a munkatársaival?

Van közöttük barátja?

Hogy jön ki a főnökével vagy felettesével?

Ugyanazt a munkát végzi, mint a legutóbbi beszélgetésünk idején?

Mikor történt a változás?

Konkrétan mi történt?

Mivel tölti a szabadidejét?

Iskola

Jelenleg iskolába jár?

Hányadik osztályba?

Milyen tárgyakat hallgat?

Szereti az iskolát?

Milyen dolgokkal boldogul könnyen?

Milyen dolgok okoznak problémát?

Hogy jön ki az iskolatársaival?

Van közöttük barátja?

Hogy jön ki a tanáraival?

Milyen tanórán kívüli tevékenységeket folytat?

Mikor fogja befejezni az iskolát?

Mit fog csinálni utána?

Mi történne, ha meg kellene szakítania tanulmányait?

Ismer olyat, akinek félbe kellett hagynia a tanulmányait?

Mi történt vele?

Barátok

Mostanában hogyan tölti a barátaival az időt?

Milyen tevékenységeket folytat?

Még mindig ugyanazokkal találkozgat?

Vannak új ismerősei?

Mikor ismerte meg őket?

Van olyan, akivel megszűnt a kapcsolata?

Mikor?

Történt változás abban, ahogyan másokkal együtt tölti az idejét?

Részletezze.

A legjobb barátja lett barátai közül valamelyik, és megfordítva: eltávolodott korábbi legjobb barátjától?

Ki? Mikor?

Egy baráti körrel találkozik, vagy többel?

Ismerik egymást, vagy elszigetelten érintkezik velük?

Van olyan barátja vagy baráti köre, akivel gyakrabban találkozik, mint régen?

Olyan, akivel ritkábban?

Mikor történt a változás?

Ha több baráti köre van, ugyanazokat a dolgokat csinálja mindegyikkel, vagy mást-mást?

Mik a különbségek?

A drogfogyasztása baráti körönként változik, vagy a baráti körtől függetlenül állandó?

Igaz ez a barátaira is?

A jelenlegi barátaival a munkája révén találkozik a leginkább? Vagy szórakozás közben? Iskolában? Együtt nőttek fel? Egyéb? Részletezze.

Van kedvenc szórakozóhelye?

Mióta ismeri az egyes barátait?

Beszéljen a barátairól: koruk, nemük, bőrszínük, hátterük, vallásuk.

Több vagy kevesebb időt tölt magányosan, mint korábban?

Több vagy kevesebb drogot fogyaszt, mint a barátai?

Vannak olyan barátai, akik több drogot fogyasztanak, mint a többiek?

Mi a különbség?

Van olyan barátja, aki egyáltalán nem drogozik?

Van olyan barátja, aki felhagyott a drogozással?

Mikor?

Hogyan változtak meg barátai drogfogyasztási mintázatai, ha megváltoztak egyáltalán?

Vezetett valaha egy csoportot, vagy érezte úgy, hogy ön köré szerveződik?

Vannak olyan barátai, akik élesen elítélik a drogokat, vagy olyanok, akik megőrzölnek értük?

Mit gondolnak a szülei, mit gondol a partnere a barátairól?

Megváltozott a szülei/partnere attitűdje a barátai iránt? Mikor?

Barát/barátnő, férj/feleség

Jelenleg van barátja/barátnője, férje/felesége?

Mióta vannak együtt?

Hány komoly kapcsolata volt a múltban?

Meddig tartottak? (és/vagy)

Inkább több, rövidebb kapcsolata volt?

Ugyanaz a partnere, mint a legutóbbi beszélgetésünk idején?

Ha más, vagy ha legutóbb nem volt partnere, hogyan ismerkedtek meg?

Milyen a kapcsolatuk?

Mióta ismerik egymást?

Van szexuális kapcsolatuk?

Kielégítő, vagy sok problémájuk van?

Használ ön és/vagy partnere drogot szex közben?

Általában?

Néha?

Soha?

Azonos nemű barátaihoz képest viszonylag korán létesített szexuális kapcsolatot? Vagy ugyanakkor, mint mindenki más?

Később, mint mások?

Volt valaha homoszexuális kapcsolata?

Rendszeresen?

Kizárólagosan, vagy heteroszexuális kapcsolatok mellett?

Általános információk

Általában, hogy mennek a dolgai?

Milyen problémák, gondok merültek fel az elmúlt hat hónap során?

Milyen dolgok mentek jól?

Kipróbált mostanában új tevékenységeket? Van valami új, ami érdeklí? Például zene, meditáció stb.

Mióta?

Belépett bármilyen csoportba, klubba, szervezetbe?

Mikor?

Milyen egyéb szervezetek tagja még?

Aktív tag?

Szerzett említésre méltó vagyontárgyat?

Hifit? Autót? Házat?

Megszabadult bármelyiktől?

Mikor?

Milyen az egészségi állapota? Testi? Lelki?

Ha van komolyabb változás, mikor történt?

Utazott mostanában?

Van valami, amit már alig vár, hogy megtehessen?

Mióta?

Volt problémája a törvénnyel, a munkahelyével, az iskolájával?

Milyen típusú probléma? Mi történt?

Mikor történt?

A legutóbbi beszélgetésünk óta beszélt a drogfogyasztásáról orvossal vagy tanácsadóval?

Mikor?

Drogok

Milyen drogokat fogyasztott az elmúlt hat hónapban, és milyen gyakorisággal?

Alkoholt?

Dohányt?

Marihuánát?

Amfetaminokat? Kokaint?

Barbiturátokat, nyugtatókat, Quaaludest?

Opiátokat, heroint, Dilaudidot stb.?

Kisebb vagy nagyobb adagokat, ritkábban vagy gyakrabban fogyaszt, mint legutóbbi beszélgetésünk idején?

Ugyanazokkal fogyaszt, másokkal, egyedül?

Ha történt változás, részletezze.

Milyen számukra új drogokat fogyasztanak a barátaik, vagy milyen drogok fogyasztásához tértek vissza?

Például, alkohol.

Mikor történt a változás?

Használnak a barátai olyan drogokat, amiket ön nem?

Ez változás, vagy mindig is így volt?

Ha változás, mikor történt?

A barátai gyakrabban vagy ritkábban fogyasztanak, mint korábban?

Különböző alkalmakkor, vagy bármikor?

Milyen a partnerével együtt történő drogfogyasztás a barátaival együtt történő drogfogyasztáshoz képest?

Több? Kevesebb? Ugyanannyi?

Tudomást szerzett a drogfogyasztásáról olyasvalaki, aki a közelmúltig nem tudott róla? Például a szülei?

Mikor?

A drogfogyasztása gondosan őrzött titok, vagy a legtöbb ismerőse tud róla?

Egyenletes a fogyasztása, vagy vannak benne hullámvölgyek és kiugrások?

A közelmúltban voltak olyan időszakok, amikor sokat fogyasztott? Amikor keveset? Amikor nem fogyasztott? Olyan időszakok, amikor elvesztette a kontrollt?

Mikor történtek a változások?

Ha visszatért egy drog fogyasztásához, mondja el, hogy miért.

Általában egy bizonyos drogot fogyaszt, vagy felváltva többfélét?

A legutóbbi beszélgetésünk óta kipróbált-e valamilyen új drogot?

Melyiket?

Mikor?

Milyen gyakran? Milyen fogyasztási mintázatot alakított ki?

Egyedül vagy társaságban élvezi jobban a drogfogyasztást?

Általában megtervezi, hogy mikor fog drogot fogyasztani, vagy ez a véletlenül múlik?

Vannak olyan időszakok egy napon, egy héten, egy hónapon vagy egy évszakon belül, amikor inkább hajlamosabb drogot fogyasztani, mint máskor? Például pszichedelikus szereket jó időben vagy tavasszal? Heroint hétvégéken?

Marihuánát vacsora előtt? Inkább nappal, mint éjszaka?

Melyik múltban vagy jelenleg is fogyasztott drogot kedveli a legjobban?

Miért?

Keveri a drogokat, vagy jobban szereti őket külön-külön?

Az elmúlt hat hónap során előfordult, hogy túladagolta magát, vagy kellemetlen reakciója volt a drogra?

Vannak szabályai a drogfogyasztással kapcsolatban?

Van valami, amit ellenőriz, mielőtt egy drogot fogyasztana?

Van olyan tevékenység, amit a drogfogyasztása megnehezít, vagy lehetetlenné tesz? Amit könnyebbé?

Milyen tevékenységeket élvez különösképp elszállva?

Általában egy bizonyos helyen fogyaszt drogot, vagy bármilyen hely megteszi?

Van-e olyan tevékenység, akár a droggal kapcsolatban, akár nem, amit a barátai szeretnek, de ön nem?

Például betörés, magánterület-sértés?

Ha mondania kellene három fontos dolgot egy új fogyasztónak, mik lennének azok?

Ön honnan szerezte ezeket az információkat?

Van valamilyen a fogyasztás helyére és idejére vonatkozó szabálya, vagy akkor fogyaszt, amikor kedve támad?

A közelmúltban előfordult, hogy valakinek először adott drogot?

Mikor?

Hogy történt?

A közelmúltban árult drogot?

Mikor?

Melyiket?

Milyen gyakran?

Pénzkereset céljából, vagy a költségei fedezésére?

Milyen forrásokból szerezte a legmegbízhatóbb információit a drogokról?

Mi volt a legkevésbé megbízható forrása?

A drogos vagy a nem drogos világhoz érzi magát közelebb?

Mi a véleménye a drogokra vonatkozó törvényekről?

Megváltozott a véleménye az elmúlt hat hónap során?

Ha igen, mikor és hogyan?

Visszatekintve a drogfogyasztására, voltak változások a fogyasztási mintázatában?

Mikor?

Mi okozta a változást?

Költözés? A barátok megváltozása? Barát/barátnő, férj/felenség megismerése, szakítás? Egészségi állapotának megváltozása? Érdeklődési körének megváltozása?

Szándékában áll folytatni a drogfogyasztást?

Mit gondol a jelenlegi fogyasztási mintázatáról?

Túl sokat fogyaszt? Nem fogyaszt eleget?

Miért?

C függelék

A korábbi kutatások áttekintése

Egyes drogok esetében már megalapozott a különböző fogyasztási mintázatok egymástól való megkülönböztetésének a gyakorlata. Például a társasági ivást megkülönböztetik az alkoholizmustól, még ha kissé pontatlanul is. Ám a marihuána, a pszichedelikus szerek és az opiátok tekintetében csak a közelmúltban ismerték fel az ilyen különbségtételek jelentőségét. A számítógépes MEDLINE File (ami több mint 1000 folyóirat cikkeit katalogizálja) segítségével végzett szakirodalmi kutatás során mindössze egyetlen olyan tanulmányt találtam 1969 januárja és 1972 novembere között, ami kifejezetten az illegális drogok alkalmi fogyasztásával foglalkozott. Egészen a közelmúltig a tanulmányok általában három egymással összefüggésben álló módon tükrözték azt a kulturális hiedelmet, hogy az illegális drogok fogyasztása abuzív.

Először is, sok kutató nem tesz különbséget a mérsékelt és a túlzó fogyasztás között. Margaret Heller 1972-es áttekintésében, amelyben harmincöt 1954 óta publikált, az opiátfogyasztással foglalkozó tanulmányt ismertet, azt a következtetést vonta le, hogy a tanulmányok „legkomolyabb” hibája az, hogy „egységes tömegként kezeltek minden drogfogyasztót, tekintet nélkül a fogyasztás mértékére”.

Másodszor, az a néhány próbálkozás, amit a drogfogyasztó stílusok definiálásra tettek, mindössze a homályos és zavaros szakkifejezésekben való tobzódáshoz vezetett. Ez leginkább a mérsékelt fogyasztási mintázatok – a majdnem absztinenciától a majdnem szenvedélyes fogyasztásig – esetében nyilvánult meg, de megjelent a szélsőséges fogyasztás (általában a heroinfüggőség) jellemzéseiben is, pedig ez utóbbit alaposabban és behatóbban tanulmányozták. A legátfogóbb kifejezések, mint az „illegális drogok fogyasztása” és a „nem orvosi jellegű drogfogyasztás” túl általánosak voltak ahhoz,

hogya leíró értékük legyen. A specifikusabb kifejezéseket – például a „csipegető”, „kísérletező” vagy „kobak”; „alkalmi”, „habituális”, „krónikus”, „súlyos”, „rituális”, „rekreációs”, „függő”, „elkötelezett”, „eseti” vagy „rendszeres” fogyasztó; „drogdependens személy” és „abuzőr” – a fogyasztás intenzitásának és gyakoriságának az érzékeltetésére, vagy a fogyasztó valamely jellegzetességének leírására használták. Ugyanakkor ezeket a kifejezéseket annyira esetlegesen és inkonzisztensen alkalmazták, hogy – amint azt a Nemzeti Marihuána és Drogabúzus Bizottság (National Commission on Marihuana and Drug Abuse) megállapította (1973) – „gyakran nehéz megbizonyosodni arról, kit jellemez a leírás, milyen viselkedést minősít. . . vagy hogy milyen aktuális és potenciális veszélyeket valószínűsít a szóban forgó viselkedés”. Isidore Chein és munkatársai (1964) megállapították, hogy még a látszólag precíz „heroinfüggő” kifejezést is oly sok különböző értelemben használják, hogy „értelmetlenné vált abból a szempontból, hogy egy adott személyt »függőként« azonosítson”. Bruce D. Johnson (1977) helyesen mondta a „függő” szóról, hogy „harmonikaszó, amit a hallgatóság tetszésének megfelelően húznak szét vagy nyomnak össze”, illetve hogy néha „olyan tág értelemben definiálják, hogy mindenkire vonatkozik, aki valaha is napi heroinfogyasztó volt”.

Harmadszor, az a néhány kutató, aki elismerte a mérsékelt vagy nem szenvedélyes fogyasztási stílusok létét, főként a marihuánára koncentrált, figyelmen kívül hagyva a pszichedelikus szereket és az opiátokat, szemmel láthatólag amiatt a közhiedelem miatt, hogy a drogváltozó – azaz az egyes drogok kémiaija – a fogyasztás eredményének fő determinánsa. Például Erich Goode szociológus (1969) az alkalmi marihuánaszívót úgy jellemezte, mint „aki a társasági ivóhoz hasonlítható, aki számára a marihuána az élet kellemes, de nagy mértékben hanyagolható és nem különösebben fontos aspektusa”, és gyanította, hogy a marihuánafogyasztók körében az ilyen mérsékelt fogyasztási mintázatok az uralkodók. Emellett Herbert Blumer és munkatársai (1967) felismerték a marihuána tartós nem szenvedélyes fogyasztásának lehetőségét, de úgy vélték, hogy a heroint nem lehet alkalmi alapon fogyasztani, mivel nagyobb dependenciát okoz. A pszichedelikus szerek vagy az opiátok mértékletes fogyasztási mintázatai megkülönböztetésének és leírásának elmulasztása érthető lenne, ha ezen két drogféle mértékletes és szenvedélyes fogyasztóinak arányát alacsonynak találták volna a marihuánafogyasztók ugyanezen arányához képest. Ám ezekről az arányokról még nem álltak rendelkezésre kielégítő adatok; mi

több, a teljes lakosság körében csak a közelmúltban végezték el az illegális drogok fogyasztásának felmérését. A Nemzeti Marihuána és Drogabúzus Bizottság (1973) szerint 1965 előtt nem végeztek ilyen jellegű kutatásokat, s bár az 1970-es évek közepére több tanulmány is elkészült, ezek közül nem egy súlyos hiányosságokat mutatott fel. „A legtöbb tanulmány a fiatal korosztályt vizsgálta. . . a marihuánára koncentrált a többi illegális drog és az alkohol háttérbe szorításával. . . Egyszerűen a »valaha fogyasztotta« és a »jelenleg fogyasztja« megkülönböztetéseket alkalmazták, s ritkábban alkalmaztak árnyaltabb különbségtételt”.

Különösen 1972-ben, a DAC által finanszírozott kutatásom elindításakor vált megdöbbenően evidenssé, hogy a korábbi vizsgálatok elmulasztottak különbséget tenni a mértékletes és túlzott drogfogyasztás között, nem alakítottak ki precíz és pontos terminológiát, és nem számoltak be a pszichedelikus szerek és az opiátok mértékletes fogyasztásáról. Mivel a DAC kutatás, majd utódja (amit a NIDA támogatott), s így ez a könyv is az opiátok fogyasztására helyezte a fő hangsúlyt, az 1957 és 1981 között megjelent szakirodalom most következő áttekintése szintén az opiátfogyasztás vizsgálataira fókuszál. Az áttekintésből kiderül, hogy bár manapság egyre több kutató méri fel komolyan a különböző fogyasztási mintázatok közötti eltéréseket, a nem addiktív fogyasztásról még mindig viszonylag kevés információ áll rendelkezésre. Több száz tanulmány foglalkozik a függőség valamilyen aspektusával, ám alig egy tucat méri fel érdemben az alkalmi fogyasztást. Emellett az ezeket a kutatásokat ismertető cikkek jelentős része kizárólag a kezelési központok „fogoly” vagy orvosi populációjával foglalkozik, s csak néhány vizsgálja a „szabad”, nem orvosi populációhoz tartozó fogyasztókat.

Az alkalmi opiátfogyasztás kutatását gátló tényezők

Legalább négy oka van annak, hogy mindeddig miért nem tanulmányozták adekvát módon a nem addiktív és nem orvosi jellegű opiátfogyasztást.

Az első ok azoknak a kulturális hiedelmeknek a makacsságával áll kapcsolatban, melyek szerint a heroin inherensen „rossz” drog. Joseph R. Gusfield (1975) megjegyezte, hogy mivel a kutatók nem immunisak arra a kulturális légkörre, melyben dolgoznak, a heroinfogyasztás iránti uralkodó attitűdök megnehezíthetik számukra

annak az elismerését, hogy a szakirodalomban található konvencionális ismeretek túlnyomó része nem helytálló. Az a tendencia, hogy minden heroinfogyasztót automatikusan „függőnek” nyilvánítottak, nehézséget teremtett a kutatók számára azon csoportok elkülönítésében, melyek nem illettek bele ebbe a kulturális sztereotípiába, illetve annak a felismerésében, hogy milyen értékes lehetne az ilyen csoportok tanulmányozása.

A második, s valószínűleg fontosabb ok az, hogy a nem szenvedélyes, s így kezelésre nem szoruló fogyasztókat nagyon nehéz megtalálni és tanulmányozni (Geber, 1969; Catton & Shain, 1976; Rittenhouse, 1977). Az opiátfogyasztás még ma is annyira ritka, hogy nagyon sokat kívánó feladat bármilyen fogyasztói csoportot beazonosítani az össznépességben. Általános az egyetértés abba, hogy az amerikaiak kevesebb mint egy százaléka nem orvosi opiátfogyasztó: így 10 000 személlyel kellene interjút felvenni ahhoz, hogy egy mindössze 100 fős reprezentatív mintát hozzunk létre, s ennek a száz főnek is csak egy része fogyasztana a drogot alkalmi jelleggel. Természetesen igaz, hogy az opiátfogyasztókról hatékonyan lehet adatokat gyűjteni a kezelésbe, az igazságszolgáltatási és büntetőrendszerbe bekerülő, és az egyéb „fogoly” populációból. Ám ezek a források meglehetősen válogatott mintát biztosítanak a fogyasztókról, akik „jelentős személyes, orvosi, társadalmi vagy jogi problémákba ütköztek drogfogyasztásuk miatt, s így gyakran a fogyasztói spektrum leghatározottabb végét képviselik” (Greene, Nighthingale & DuPont, 1975).

Harmadszor, valószínűleg az etikai felelősség kérdései is gátolták a nem addiktív fogyasztás kutatását. Egyes kutatók teljes mértékben egyetértenek azzal a közhiedelemmel, hogy a heroin bármiféle fogyasztása züllést és függőséget eredményez, illetve hogy ez a hiedelem kétségtől eltántorító hatással bír a heroinfogyasztás kapcsán, s ezért talán vonakodnak felvállalni az alkalmi fogyasztás kutatását, nehogy megingassák ezt az attitűdöt. Emellett egyes kutatók talán attól félnek, hogy ha beszámolnak az alkalmi fogyasztók létezéséről, akkor az opiátokkal való kísérletezés vádjá érheti őket (Zinberg, 1981). Ezek az etikai megfontolások természetesen nekem is fejfájást okoztak.

Negyedszer, lényegi akadályként állt a kutatások előtt az opiátfogyasztás szintjére és minőségére vonatkozó szakkifejezések általános zűrzavara (Lasagna, 1965; Smart, 1974; Robins, 1977; Apsler, 1978). Ez a zűrzavar nemcsak a különböző kutatások eredményeinek összehasonlítását és értelmezését nehezítette meg, hanem lega-

lább egy kutatót a következő kérdés felvetésére is ösztönzött: „Vajon függő-e a »veszélyes« vagy narkotikus drogok alkalmi fogyasztója? Függő-e a »felhígított«, komoly toleranciát vagy testi függőséget kialakítani nem tudó heroin fogyasztója? »Visszaeső«-e az, aki éveken át nem fogyasztott drogot, aztán egyetlen alkalommal belövi magát?” (Lasagna, 1965).

A szakirodalomban az „alkalmi fogyasztás” és a „csipegetés” kifejezéseket a leggyakrabban a nem addiktív opiátfogyasztási mintázat jelölésére használják, ám nem feltétlenül a mértékletes fogyasztást jelölik. Ehelyett általában a mindennaposnál ritkább fogyasztásra és a testi függőség hiányára utalnak. Ugyanakkor semmit sem árulnak el a fogyasztás időbeli konzisztenciájáról, vagy egyéb drogok fogyasztásának a gyakoriságáról, minőségéről.

A kutatók érdeklődésének feltámadása az alkalmi opiátfogyasztás iránt

Alfred Lindesmith (1947) a heroinkutatás egyik úttörője a XX. századi kutatók között elsőként hivatkozott a nem addiktív fogyasztásra. Az „élvezeti fogyasztót” a következőképpen definiálta: „Az »élvezeti fogyasztó« egyszerűen az a személy, aki időszakosan fogyasztja a drogot, s aki soha nem »szokott rá«” (eredeti kiemelés). Mivel az élvezeti fogyasztókról csak néhány példája volt, hosszú távú adatai viszont nem, Lindesmith arra a következtetésre jutott, hogy az ilyen fogyasztók többsége végül függővé válik. Ugyanakkor kihangsúlyozta ennek a csoportnak az egyedülálló mivoltát: „Mindaddig, amíg kellő mértékletességet gyakorolnak a súlyos elvonási tünetek elkerülése érdekében, élesen elkülönülnek a »rászokottaktól«, és nem is tartják magukat függőeknek.”

Jordan M. Scher (1961, 1966) a Cook megyei (Illinois) Narkotikum Bíróság és Börtön (Cook County Narcotics Court and Jail) alkalmazásában végzett munkája révén olyan „függőkkel” került kapcsolatba, akik hétvégékre vagy partikra korlátozták a fogyasztásukat. Noha úgy érezte, hogy ez a mintázat nem egyszer gyakoribb fogyasztássá fejlődött, több olyan esetet is megfigyelt, „melyben viszonylag eredményes és állandó munkavállalás folyt két-három éven át, miközben a fogyasztó *szabályozottnak vagy kontrolláltnak nevezhető módon hódolt szokásának*” (eredeti kiemelés).

Isidore Chein és munkatársai (1964) kijelentették, hogy bizonyítani tudják a „hosszú távú, nem addiktív heroinfogyasztók” létét,

de nem elégséges számban ahhoz, hogy el tudják végezni azt a kutatást, amit szerettek volna.

Amikor Harold Alksne, L. Lieberman és L. Brill 1967-ben felállított egy modellt a függőség életciklusára, jelezték, hogy meglátásuk szerint bizonyos drogfogyasztók képesek „kontrollálni fogyasztásukat”, és „határozatlan ideig” fenntartani az alkalmi vagy korlátozott fogyasztást. A szerzők megjegyezték, hogy „az ilyen típusú fogyasztásról nincsenek kutatási adatok”, és valószínűnek tartották, hogy ezek a „kísérletező” fogyasztók vagy még jobban el fognak mélyedni az opiátfogyasztásban, vagy teljesen fel fognak hagyni vele. Ugyanakkor azonban jelezték, hogy a jövőben még kutatásokat kell végezni elméletük alátámasztásához.

Az alkalmi fogyasztás első kutatóival szemben Erich Goode (1972) úgy vélte, hogy „az alkalmi (hétvégi) heroinfogyasztó valószínűleg sokkal gyakoribb, mint legtöbbünk hinné”. Ugyanakkor abban hasonlított a többi kutatóra, hogy ő is úgy vélte, az alkalmi heroinfogyasztók többsége végül függő lesz. Ezt a véleményt azoknak a kulturális normáknak (amiket én szankcióknak és rítusoknak nevezek) a hiányára alapozza, melyek korlátoznák a heroinfogyasztást, azt a sebességet, mellyel egy fogyasztó fiziológiailag függővé válhat, és az új fogyasztók hajlamát arra, hogy ne számoljanak a függővé válás veszélyével. Ez utóbbi pont kifejtése során Goode Alan G. Sutterre (1969) hivatkozik, aki azzal érvelt, hogy a „mágikus hiedelem”, miszerint az ember képes „csipegetni”, és közben kontrollálni a heroinfogyasztását, olyan önámítás, mely hozzájárul a függőség kialakulásához. „Ha valaki tapasztalatból tudja, hogy *mindig is képes volt kontrollálni* a drogfogyasztását, és közben »tovább vinni az üzletet«, akkor meg fog nyugodni szilárd »akaraterében«, s azt fogja hinni, hogy csak a »jellemgyenge emberek szoknak rá«. Ez a meggyőződés pedig megteremti a függőség alapját” (eredeti kiemelés).

Látva annak többszöri leszögezését, hogy az esetek többségében az alkalmi fogyasztás hamar függőséghez vezet, nem meglepő, hogy az első tanulmány, mely kifejezetten az alkalmi opiátfogyasztásra koncentrált, csak 1973-ban jelent meg, amikor Douglas H. Powell publikálta adatait arról a tizenkét alkalmi fogyasztóról, aki válaszolt újságokban feladott hirdetéseire. Powell arra a következtetésre jutott, hogy ezek az alanyok nem váltak függővé, noha legalább három egymást követő éve fogyasztottak már heroint. Ugyanakkor néhányuk szemmel láthatólag olyan opiátfogyasztási mintázatot követett, mely az én projektem standardja szerint aligha

nevezhető „jól kontrollált”-nak: az egyikük például „hat héten át folyamatosan” fogyasztott heroint a megelőző hat hónap során. Powell emellett a csoport által fogyasztott egyéb kábítószereket sem írja le egyértelműen. Mindazonáltal munkája bebizonyította azoknak az opiátfogyasztási mintázatoknak a létezését, melyek jelentősen eltértek az intenzív és destruktív heroinfogyasztás klasszikus modelljétől. Kutatása, mely legitimizálta a további, ezeknek az alternatív mintázatoknak a feltárása érdekében folytatott vizsgálatokat (köztük az enyémét is), felfokozott kutatói érdeklődést váltott ki az alkalmi opiátfogyasztás iránt.

Az alkalmi opiátfogyasztók a kezelési központokban

Az, hogy a kezelésbe bekerülő populáció körében felbukkannak alkalmi fogyasztók is, aggodalmat váltott ki azt illetően, hogy helyese az ilyen fogyasztókat kezelésben részesíteni. Az Amerikai Orvosi Szövetség útmutatásai (1972), melyek leszögezik, hogy egy opiát „puszta” fogyasztása, „még ha periodikus vagy időszakos is... nem feleltethető meg a drogfüggőségnek”, azt javasolja, hogy minden egyes esetben készüljön részletes orvosi diagnózis. W. H. Dobbs (1971) úgy vélte, hogy a metadon fenntartásra jelentkezők némelyikét el kellene utasítani, mert csak alkalmi fogyasztók. Paul H. Blachly (1973) bebizonyította, hogy a Naloxone, egy opiát ellenszer a vizeletvizsgálattal szemben felhasználható arra, hogy a fizikailag függőket megkülönböztessék az alkalmi fogyasztóktól. Azt javasolta, hogy e célból adjanak Naloxone-t azoknak, akik metadon fenntartásra jelentkeznek. Az egyik metadonklinikán azt állapította meg, hogy az elvonásról korábbi intézményi dokumentációval nem rendelkező jelentkezők egyharmada „nem mutatott fel fizikai függőségre utaló jeleket”; s azt a következtetést vonta le, hogy „jelentős a kockázata” annak, hogy a kezelés a metadontól tenné függővé ezeket az alkalmi fogyasztókat.

Amikor Charles P. O'Brien (1976) Naloxone-t adott metadon fenntartásra jelentkezőknek, azt kapta, hogy 55 százalékuknál kimutatható volt az opiátfüggőség, 18 százalékánál gyengén kimutatható, 15 százalékánál pedig nem volt kimutatható. A fennmaradó 12 százalék nem kapott Naloxone-t, mert „megállapították, hogy nem fogyasztanak napi rendszerességgel heroint”. Frederick B. Glaser (1978) felvetette, hogy csak azok voltak egyértelműen függők,

akik O'Brien kutatásában pozitív reakciót adtak (55%), és emellett érvelt, hogy a fennmaradó 45 százalékot nem kellene függőnek tekinteni.

William L. Minkowski, R. C. Weiss és G. A. Heidbreder (1972) a Los Angelesi Egészségügyi Intézet ifjúsági klinikáján több alkalmi heroinfogyasztót talált egy véletlenszerű mintában, mint mindennapos fogyasztót. A 300 kérdőívre adott válaszok és a 100 alannyal felvett interjúk alapján a megkérdezettek 12 százaléka fogyasztott heroint havonta egyszer, vagy ritkábban, 1,1 százaléka havonta kettő-négy alkalommal, 1,2 százaléka minden hétvégén, vagy gyakrabban, 1,7 százaléka naponta.

John Newmeyer (1974), a Haight-Ashbury Free Medical Clinic munkatársa is arról számolt be, hogy olyanok jelentkeznek drogkezelésre, akiket „úgy lehetne jellemezni, hogy »heroint fogyasztanak, de nem lesznek függők«”.

Yoav Santo, E. C. Farley és A. S. Freedman (1980) 2750, drogkezelésen részt vevő, 18 év alatti alanyt vizsgálva megállapította, hogy míg a programba való felvételt megelőző három hónap során 6,7 százaléuk fogyasztott „valaha” heroint, mindössze 4,3 százaléuk fogyasztott „hetente vagy gyakrabban legalább négy héten át” ugyanabban az időszakban. Az egyéb opiátok fogyasztása hasonló mintázatot mutatott.

Az alkalmi fogyasztók is szembesülhetnek azokkal az egészségügyi veszélyekkel, melyeket általában a heroinfüggéssel szokás összefüggésbe hozni. Edward Kersh (1974) megállapította, hogy egy bizonyos New York-i kórház sürgősségi osztályán narkotikum túladagolással kezelt páciensek 70 százaléka alkalmi fogyasztó volt. R. W. Light és T. R. Dunham (1974) két személyen, akik a tünetek megjelenését megelőzően legalább nyolc hétig nem fogyasztottak heroint, s akik „egyértelműen nem voltak függők”, az intravénás bevétel során keletkezett fertőzés miatti gerincvelő-gyulladást diagnosztizáltak. Roger Lewis, S. Gorbach és P. Altner (1972) öt olyan alkalmi fogyasztóról számoltak be, akikkel egy éven belül találkoztak, s akik csigolyaporc-gyulladásban szenvedtek. Ezek a páciensek mind intravénásan fogyasztottak heroint a kórházi felvételüket megelőző egy héten, ám nem voltak függők.

A Macro Systems, Inc. elvégzett egy kutatást (1975) az 1971-ben a New York-i kezelési programokra felvettek körében, és azt találta, hogy a minta körülbelül egy harmada a kezelést megelőző két hónap során naponta egy alkalomnál ritkábban fogyasztott heroint.

S. B. Sells (1977) az 1969. június 1. és 1974. március 31. között különböző kezelési programokra országosan felvett 27 460 személy adatait tanulmányozta. A több mint négy éves időszakban a páciensek 8–12 százaléka jelezte, hogy naponta egy alkalommal, vagy annál ritkábban fogyasztott opiátot a kezelést megelőző két hónap során.

Ezek a kutatások a következő kérdést vetik fel: „Miért jelentkeznek kezelésre az alkalmi fogyasztók?” Számos lehetséges válasz létezik, melyek mindegyike érvényes lehet bizonyos esetekben.

1. Amint arra néhány kutatás is utal (Lewis, Gorbach & Altner, 1972; Kersh, 1974; Light & Dunham, 1974; Macro Systems, 1975), a drogfogyasztással kapcsolatos egészségügyi problémáktól szenvedő alkalmi fogyasztók önként is jelentkezhetnek a kezelésre. Akármilyen mértékletes is a fogyasztás, az utcai heroin szennyezettsége és az opiátok beinjekciózása komoly fertőzésveszélyt hordoz magában. Emellett mindig fennáll a túladagolás kockázata, amikor bizonytalan hatóerejű drogokat fogyasztanak.
2. Noha sok kutatás „nem függő” és „napi egy alkalomnál ritkábban fogyasztó” droghasználókat említ alanyai között, ebből még ne következik szükségszerűen, hogy az ilyen jellegű fogyasztás nem abuzív. A függőséghez szükséges mennyiség és gyakoriság alatt maradó fogyasztás is zavarhatja a munkát, a házasságot és általában a funkcionálást, s így kezelést igényelhet.
3. Az alkalmi fogyasztók azért is kérhetnek kezelést, hogy segítséget kapjanak olyan személyes problémáik megoldásában, melyek nem feltétlenül a drogfogyasztásukból erednek. Például a drogkezelési programokban részt vett 2750 kamasznak közel a fele azt állította, hogy csak azért jelentkeztek, hogy segítséget kapjanak személyes problémáik megoldásához (Santo, Farley & Friedman, 1980).
4. Egynéhány olyan fogyasztó is jelentkezik kezelésre, aki azt hiszi, hogy függő, de valójában nem az. O'Brien (1976) megállapította, hogy az ilyen fogyasztók „sértésnek vették, ha megmondták nekik, hogy valójában nem drogfüggők”. Ezek a fogyasztók talán elhitték azt a kulturális mítoszt, miszerint még a ritka heroinfogyasztás is függőséget eredményez. És viszont, amint az Frederick B. Glaser (1974), illetve B. J. Primm és P. E. Bath (1973) cikkeiből kiderül, egyes

heroint gyakran fogyasztó jelentkezők az utcai drog alacsony hatóanyagtartalma miatt nem lettek fizikailag függők.

5. Néhány alkalmi fogyasztó számára (valószínűleg csak néhány százalékról van szó) a kezelésben való részvétel jelentheti a belépést a deviáns drogfogyasztó szubkultúrába. A kezelés során a függőkkel való megismerkedés új eszközöket kínál az alkalmi fogyasztónak az illegális drogok beszerzésére; s fontos hozadéknak tekintheti az összetartozás érzését, illetve a deviáns csoport tagjaként szerzett státust is (Gay, Senay & Newmeyer, 1974). Hasonló esetről számol be Zinberg és Lewis (1964): egy huszonnégy éves férfi hepatitiszsel került kórházba, és azt állította, hogy függő. Végül bevallotta, hogy csak kétszer fogyasztott heroint, de arra kérte az orvost, hogy „ne szóljon a feleségének, mert ő úgy tett előtte és »vagány« barátai előtt, mint aki »rászokott«”.
6. Sok alkalmi fogyasztót rákényszerítenek a kezelésre. Az ügyvédek és az „együttérző” nevelőtisztek nem ritkán azzal a javaslattal állnak elő, hogy a fogyasztó a büntetőeljárás megkezdése előtt jelentkezzen kezelésre, mert így enyhébb büntetésre számíthat. Dan Waldorf (1973) úgy vélte, a kezelésben résztvevők közül kiemelt mintájának 27 százaléka nem volt függő a kezelést megelőzően, ugyanis „a minta nagy része (89%) a New York állami polgári törvénykönyv hatálya alatt jelentkezett kezelésre, és a valódi fizikai függés nem feltétele a kezelésnek”.
7. Végül, maguk a kezelési programok toborzói is a részvételre biztathatják a nem függőket. A kezelési programoknak nyilvánvalóan érdekében áll a jelentkezők számának növelése, hiszen általában ennek arányában kapják az anyagi finanszírozást.

A kezelési adatok mint az alkalmi fogyasztás egyik mércéje

Ha feltételezhetnénk, hogy előbb-utóbb minden heroinfogyasztó kezelést kér, akkor a fentiekben tárgyaltakhoz hasonló adatok nyilvánvalóan a teljes fogyasztói populációra nézve reprezentatívak lennének, s így többé-kevésbé pontos becsléseket lehetne tenni az alkalmi fogyasztók számát illetően. Azonban nem elhanyagolható

mennyiségű bizonyíték utal arra, hogy sok fogyasztó nem jelentkezik kezelésre.

Wyomingban egy a heroinfogyasztókra vonatkozó felmérés számos olyan függőt talált, akik mind a rendőrség, mind az állami egészségügyi intézmények drogkezelési központjai számára ismeretlenek voltak (Bourne, Hunt & Vogt, 1975; Hunt, 1977). Stuart Nightingale (1977) szintén arról számolt be, hogy az országos becslések szerint több opiátfogyasztó van kezelésen kívül, mint kezelésben: bármilyen adott időpontban 170 000 személy részesül kezelésben opiátfüggőséggel, 100 000 függő van börtönben, és „további 300 000–400 000 nincs kezelésben”, illetve „a többség... soha nem részesült kezelésben”.

Egy kisebb területen, a New York-i Brooklynban található Bedford-Stuyvesantban Carl D. Chambers és John A. Inciardi (1972) végzett felmérést az aktív heroinfüggőkkel, akik az interjút megelőző hat hónap során nem voltak kezelésen vagy börtönben. A kilencvenöt válaszadó demográfiai jellemzőinek elemzése „semmi olyat nem tárt fel, ami arra utalna, hogy szignifikáns eltéréseket mutatnának New York »utcai heroinfüggőinek« társadalmától”. Hetven százalékuk férfi volt, ezek közül 40 százalék fekete, 32 százalék fehér és 22 százalék puerto ricói. Életkoruk tizenhét évtől negyvenhat évig terjedt (középérték 24 év). Mindegyikük függőként volt nyilvántartva; középértéken négy „adagot” fogyasztottak naponta, legalább kilenc hónapja, de akár huszonhárom éve is. Ennek ellenére a mintának közel a felét soha nem kezelték még drogfogyasztása miatt.

Patrick H. Hughes és munkatársai (1971) egy chicagói utcai járványügyi kutatás során azt találták, hogy a dealeri szerepet betöltő függőket különösen nehéz „bevonni a kezelésbe, s ha be is vonódnak, nagy valószínűséggel nem csinálják végig”. Ezzel szemben az állásukat megtartó függők nagy valószínűséggel részt vettek és benn is maradtak a kezelésben, általában legalább hat hónapra. A harmadik kategória, az „álfüggők” a két másik csoport közé esnek a kezelésre való jelentkezés és a kezelésben való bentmaradás szempontjából.

Andrew T. Weil (1972) azokat a San Franciscóban megismert „stabil függőket” tárgyalta, akik „elrejtőztek” a szociális hatóságok elől. Megállapítása szerint ezek a fogyasztók külvárosi, munkásosztálybeli fehérek, állandó munkahellyel, fizetésükből vásárolt drogokkal. Életmódjuk teljesen eltért a sztereotipikus heroinfüggőkéétől. Egy részük naponta egyszer lőtte be magát heroinnal, mások reggel és este is, s a legtöbben „évek óta ugyanazt a mintázatot követték”.

Az is nyilvánvalónak tűnik, hogy a fogyasztó populáció alulreprezentáltsága a kezelési mintákban a fiatalabb és idősebb függőkre egyaránt vonatkozik. James V. DeLong (1972) megjegyezte, hogy a kezelés jelenlegi megközelítései nem képesek nagy számban vonzani a fiatal függőket. Ennek az az oka, mondja, hogy a legtöbb fiatal függő vagy „nem eléggé kiábrándult a heroinista életmódból és a heroin hatásaiból” ahhoz, hogy kezelést kérjen, vagy „még nincs róla meggyőződve, hogy valóban rászokott a szerre”. Hasonló következtetések az idősebb függők kapcsán is születtek. Charles Winick (1974) arról számol be, hogy annak az 1300 New York-i heroinfogyasztónak, aki a bűnüldöző vagy egészségügyi hatóságok látókörébe került, egy „tekintélyes része minden jelét felmutatta a meghatározatlan ideig folytatni szándékozott drogfogyasztásnak”. Korábban W. C. Capel és munkatársai (1972) harmincnyolc, negyvenöt és hetvenöt év közötti opiátfogyasztóval vettek fel interjút New Orleansban, akik közül sokan „nem hagytak fel az opiátfogyasztással, viszont életmódjuk protektív adaptációt testesített meg, ami elterelte a figyelmet illegális tevékenységeikről”. Ezeknek az idősebb alanyoknak kevesebb mint a fele (47%) fogyasztott napi rendszerességgel, a többiek különböző, heti nagyságrendű fogyasztási mintázatokról számoltak be. Sokan éveken át elkerülték a letartóztatást (egyesekeket még soha nem tartóztattak le), és egyikük sem állt jelenleg kezelés alatt. A szerzők ismét csak arra a következtetésre jutottak, hogy sem a metadon fenntartás, sem a drogmentes kezelési csoportok nem tűntek „vonzónak ezen korcsoport számára”.

Ezek a kutatások alátámasztják azt az általános nézetet, hogy a kezelésben részt vevő populáció, melybe kevesebb alkalmi fogyasztó tartozik, mint függő, alulreprezentálja a „szabad”, aktív drogfogyasztó populációt. Noha az előbbieken több okot is felsoroltunk, amik miatt az alkalmi fogyasztók *esetleg* kezelésre jelentkezhetnek, a bemutatott adatokból arra következtethetünk, hogy a kezelésbe végül bekerülő alkalmi fogyasztók aránya sokkal kisebb, mint a kezelésbe bekerülő komoly fogyasztók (függők) aránya. Az alkalmi fogyasztóknak a kezelési adatokban való alulreprezentáltsága ellensúlyozására kénytelenek vagyunk egy másféle forráshoz fordulni – a nem kezelési (intézményen kívüli) mintákból származó adatokhoz.

Intézményen kívüli alkalmi fogyasztók

Az intézményen kívüli opiátfogyasztókat megcélzó kutatások adatainak nagy része azt mutatja, hogy a „szabad” közösségben sokkal nagyobb az alkalmi fogyasztók aránya, mint a kezelésben részt vevő populáción belül. Ezek a kutatások egy kivételével arra is rávilágítanak, hogy a kezelésbe nem kerülő fogyasztók körében nagyobb az alkalmi fogyasztók aránya a függőkénél. A kivételt alkotó kutatás az egyik első, a drogfogyasztást a normális népességen belül, fiatal St. Louis-i fekete férfiak körében vizsgáló felmérés. Az 1967-ben megjelent tanulmányban Lee N. Robins és G. E. Murphy megállapította, hogy a heroint kipróbáló 13 százalék közül 10 százalék vált függővé. Ami azt illeti, azok közül, akik hat alkalomnál többször fogyasztották a drogot, senki sem került el a függőséget. Így a St. Louis-i kutatás azt jelezte, hogy az 1930-as és az 1950-es évek között a feketék körében ritka volt a nem függő fogyasztás. Ám azóta ugyanaz a kutató (Robins) megállapította, hogy a nem függő fogyasztás sokkal általánosabb (Robins, 1979), és számos egyéb, az intézményen kívüli fogyasztókat vizsgáló felmérés és kutatás is alátámasztotta ezt a nézetet.

1971-ben és 1972-ben Albert Levensgood, P. Lowinger és K. Schooff (1973) hatvan egyedülálló, 15–24 éves, Detroit egyik külvárosában élő fehér férfi heroinfoogyasztóval vett fel interjút. Közülük 22 (37 %) „rendszeresen vagy napi alapon” fogyasztott; 24 (40 %) alkalmi módon, széles tartományban változó minőséggel és gyakorisággal; illetve 14 (23 %) „egykori fogyasztónak” minősült, mivel a megelőző évben fogyasztott heroint, de az interjú előtti hónapban nem. Az „egykori fogyasztók” csoportjába került néhány korábbi napi fogyasztó is, ám ennek a csoportnak a tagjai közül senki nem részesült semmiféle kezelésben. Levensgood, Lowinger és Schooff megemlítette, hogy sok alkalmi fogyasztó legalább egy éven át fenntartotta „ugyanazt a gyakoriságot és dózist”, de hangsúlyozták, hogy minden fogyasztási mintázat megváltozhatott.

David S. Nurco és munkatársai (1975) 267 intézményen kívüli, a baltimore-i rendőrség által narkotikumfüggőként nyilvántartott férfi körében végeztek kutatást. A minta 68 százaléka elismerte, hogy legalább egy időszakban függő volt. A fogyasztás gyakoriságának adatai azt jelezték, hogy az adott időszakok bármelyikében azok az alanyok, akik a napi rendszerességnél ritkábban fogyasztottak az előző hónapban, mindig többen voltak, mint a napi fogyasztók, legalább 56 százalékát alkotva az összes fogyasztónak.

David B. Graeven és Andrew Jones (1977) egy külvárosi San Francisco-i középiskolában vizsgálták a kamaszok heroinfogyasztását 1966 és 1974 között. A kutatás során azonosított 294 heroinfogyasztó körében a nem függők („kísérletezők”) aránya közel azonos volt azoknak az arányával, akik függővé váltak: 49, illetve 51 százalék. A kutatás időtartama alatt a kísérletezők 38 százaléka mindössze egyszer vagy kétszer fogyasztott heroint, 33 százaléka 3–33 alkalommal, 19 százaléka 31–100 alkalommal, a maradék 10 százalék pedig több mint 100 alkalommal. Ugyanakkor a kutatás utolsó évében az első kísérletezők nagy része (60 %) arról számolt be, hogy egyáltalán nem fogyaszt, 33 százalék havonta maximum két alkalommal fogyasztott, és csak 7 százalék fogyasztott hetente egyszer vagy kétszer. A kutatás végére a függő csoport is jelentősen csökkentette heroinfogyasztását: 20 százalék arról számolt be, hogy egyáltalán nem fogyaszt, „8 százalék havi egy-két alkalommal történő, hangulattól függő fogyasztásról, 16 százalék heti egy-két alkalommal történő, hangulattól függő fogyasztásról, 47 százalék pedig heti három vagy több alkalommal történő, hangulattól függő fogyasztásról számolt be”.

Talán a legkiemelkedőbb kutatás, ami az alkalmi fogyasztással foglalkozik, Lee N. Robins (Robins, 1973, 1974; Robins, Davis & Goodwin, 1974; Robins, Helzer & Davis, 1975; Robins és munkatársai, 1979) kutatássorozata a vietnami veteránok körében. Robins 1971-es hazatérésük előtt 12–18 hónappal 900 besorozott férfival vett fel interjút, majd 617-tel (közel a kétharmadukkal) újabb interjút készített 1974-ben. 1974-ben 248 nem veteránnal is felvett összehasonlítható adatokat – ez a csoport hasonló korú, szolgálati alkalmasságú, iskolázottságú és lakóhelyű alanyokból állt, mint a veteránoké. Robins megállapította, hogy a Vietnámban opiátfüggő férfiak közül mindössze 12 százalék esett vissza a függőségbe a hazatérést követő három év alatt. Még fontosabb és meglepőbb az a megállapítása, hogy bár a Vietnámban függő veteránok fele hazatérése óta is fogyasztott heroint, mindössze 12 százalékuk vált ismét függővé. „Még amikor gyakran, azaz hetente egy alkalomnál többször is fogyasztottak heroint, és hosszú időtartamon át, a gyakori fogyasztóknak akkor is mindössze a fele vált ismét függővé” (Robins és munkatársai, 1979). A nem veteránokból álló kontrollcsoport adatai arra a következtetésre vezették Robinst, hogy a veteránoknál a harctér elhagyását követően megfigyelhető alacsony függőségi arány összhangban állt az amerikai népességben belül uralkodó általános fogyasztási mintázatokkal.

Egy az ohiói intézményen kívüli illegális drogfogyasztókat megcélzó felmérésben (Abt Associates, Inc., 1975) a válaszadók 1,4 százaléka vallotta be, hogy fogyasztott heroint – sokkal magasabb százaléka, mint ami bármelyik korábbi becslésben előfordult. Közülük 8,7 százalék „hetente többször” fogyasztott, 18,7 százalék „havonta néhányszor”, 17,4 százalék „évente néhányszor”, 65,2 százalék pedig „még ritkábban”.

1974-ben a 20 és 30 év közöttiek országos reprezentatív mintájában (N=2510) végzett vizsgálat során John A. O'Donnell és munkatársai (1976) megállapították, hogy csak 6 százalék „fogyasztott valaha” heroint (a nagy részük mindössze néhányszor, azaz 10-nél kevesebb alkalommal), 76 százalék pedig 99-nél kevesebb alkalommal fogyasztott (enyhe fogyasztás). A többi opiát fogyasztása is nagyrészt alkalmi jellegű volt. Noha a mintának mindössze 31 százaléka „fogyasztott valaha” opiátokat, 11 százalékuk „a törvényes orvosi használattól nem túl távol eső módon” fogyasztotta őket. A kutatók megállapították, hogy a mintának mindössze 20 százaléka fogyasztott opiátokat „oly módon, amit joggal lehet abúzusnak tekinteni”, és hogy csak 8 százalék lépett túl a „kísérletező” fogyasztás szintjén. A nem orvosi jellegű opiátfogyasztók 61 százaléka minősült kísérletezőnek (kevesebb, mint 10 alkalommal fogyasztott), 29 százaléka enyhe fogyasztónak (10–99 alkalom) és csak 10 százalék súlyos fogyasztónak (100 vagy több alkalom).

Középiskolai végzősök – több mint 15 000 diák 1975 és 1979 között – nagy mintáin végzett felmérések szintén arra utalnak, hogy az alkalmi opiátfogyasztás az egész öt éves időszak alatt túlsúlyban volt a súlyos fogyasztással szemben (Johnston, Bachman & O'Malley, 1982). Például 1979-ben a felsősök 0,5 százaléka fogyasztott heroint egy harminc napos időszakon belül, ám a napi fogyasztók aránya a 0,1 százalékot sem érte el. A fogyasztások számának adatai, akár a megelőző 30 napra, akár 12 hónapra, akár az egész életükre vonatkoztatva szintén arra utaltak, hogy az alkalmi fogyasztás sokkal gyakoribb, mint az intenzív. Például az 1975-ös, 1976-os és 1977-es végzősök egész életre vonatkoztatott adatai azt mutatják, hogy hozzávetőlegesen a minta 1,6 százaléka fogyasztott opiátokat 1–19 alkalommal, szemben a (maximum) 0,2 százalékkal, akik 19 alkalomnál többször fogyasztottak.

1971-ben és 1972-ben a Response Analysis Corporation két országos felmérést végzett a Nemzeti Marihuána és Drogabúzus Bizottság számára. 1974 óta hasonló felmérések készültek a Response Analysis Corporation és a George Washington Egyetem társadalmi

kutatócsoportja együttműködésével, a Nemzeti Kábítószerügyi Intézet (NIDA) támogatásával (Cisin, Miller & Harrell, 1979; Fishburne, Abelson & Cisin, 1980; Miller & Associates, 1983). Mindegyik felmérés olyan adatokat hozott napvilágra, melyek azt bizonyítják, hogy az alkalmi opiátfogyasztás sokkal gyakoribb, mint a súlyos fogyasztás. Az 1974 előtti felmérések például azt mutatták, hogy az opiátot fogyasztó diákok körében a legtöbben hetente egy alkalomnál ritkábban fogyasztottak (a középiskolás fogyasztók 75 százaléka és az egyetemista fogyasztók 98 százaléka) (National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1973). Egy 1979-es, 18–25 éves, nem drogfogyasztás alapján kiválasztott felnőtteket vizsgáló felmérés szerint 2,5 százalék nyilatkozott úgy az interjúk során, hogy 11 alkalomnál kevesebbszer fogyasztott heroint, szemben a 11 vagy több alkalommal fogyasztó 1,3 százalékkal (Fishburne, Abelson & Cisin, 1980).

Az 1975-ben 1426 fiattól Detroitban, Baltimore-ban, Cincinnati-ban és Providence-ben, területi alapon gyűjtött adatok szintén azt mutatták, hogy az alkalmi fogyasztás viszonylag gyakori (Watkins & McCoy, 1980). Ezt a mintát két csoportra osztották, hogy elemezhesék az etnikai különbségeket a drogfogyasztásban: az alanyok 31 százaléka Appalachiában született, vagy „legalább az egyik nagyszülője Appalachia vidéki területein élt”; a másik 69 százalék a „nem appalachiai” címkét kapta. Az interjút megelőző két hónap során heroint és egyéb opiátokat fogyasztó appalachiai fiatalok (17,1 %) közel 50 százaléka mindössze hetente egyszer fogyasztott. Az opiátfogyasztó nem appalachiai fiatalok (8 %) körében még többen fogyasztottak mindössze hetente egyszer (59 %).

Szemben az egyik első kutatással, mely nagy arányú függőséget állapított meg a fiatal St. Louis-i feketék körében (Robins & Murphy, 1967), az általános (intézményen kívüli) népességről szerzett összes későbbi adat arra utal, hogy az alkalmi opiátfogyasztók bármely adott időpontban a teljes opiátfogyasztó populáció legalább 40 százalékát kitehetik. Egy utánkövetéses technikákat alkalmazó becslés ennél sokkal nagyobb értéket jelöl meg, azt állítva, hogy a nem függők és függők aránya tíz az egyhez lehet (Hunt & Chambers, 1976; Hunt, 1977, 1982). Még a kezelésben részesülő és nem részesülő populáció kombinált adatai alapján is ésszerű az a következtetés, hogy a nem függő, az intézményrendszerbe bekerült és be nem került opiátfogyasztók száma körülbelül azonos a függők számával, vagy nagyobb annál. Noha nem minden kutató értene egyet ezzel a nézettel, a kételkedők közül is sokan elismernék, hogy az

alkalmi fogyasztás közel sem olyan ritka, mint hajdan feltételezték. Például a heroin és az egyéb narkotikumok epidemiológiájával foglalkozó tanulmányok áttekintése során Jane D. Rittenhouse (1977) megjegyezte, hogy „egyre nagyobb számú bizonyíték támasztja alá azt, hogy nem ritka a társadalmi és egészségügyi problémák nélküli enyhe fogyasztás”. Hasonlóképpen, Bruce D. Johnson (1977) arra a következtetésre jutott, hogy a tipikus függő „viszonylag rövid függő időszakokon megy át... melyeket önkéntens absztinencia, rendszertelen fogyasztás, intézménybe kerülés, vagy kezelésben való részvétel szakít meg”.

Megválaszolatlan kérdések az alkalmi fogyasztás kapcsán

Noha az elmúlt évtizedben óriási mennyiségű adat gyűlt össze az alkalmi opiátfogyasztókról, megválaszolatlanok maradtak bizonyos, a fogyasztásukkal és az abúzzsal kapcsolatos, létfontosságú kérdések.

Először is, gyakorlatilag semmit sem tudunk arról, hogyan alakul az idő múlásával az alkalmi opiátfogyasztás mintázata. 1970 előtt a legtöbb felmérés nem ment „túl a fogyasztás egyszerű tényén, s nem szerzett adatokat a fogyasztási mintázatokról” (Rittenhouse, 1977). A későbbi kutatásokban gyakran kitérnek a fogyasztás gyakoriságára a megelőző hónapban, évben, vagy a fogyasztó élete során történt fogyasztások számának megnevezésével, ám azt nem tüntetik fel, hogyan oszlanak meg ezek az alkalmak. Például az az alkalmi fogyasztó, aki egy évben 99-nél kevesebb alkalommal fogyasztott drogot, elméletileg fogyaszthatott egy hónapon át napi három alkalommal, vagy egész évben három-négy naponként egy-egy alkalommal. Noha ez a két hipotetikus példa két nagyon eltérő opiátfogyasztási mintázatot vagy kontrollszintet jelöl, az adatok nem világítanak rá az ilyen eltérésekre.

Másodszor, keveset tudunk arról, hogy mennyire stabilak a különböző alkalmi fogyasztási mintázatok. Van néhány bizonyíték (Powell, 1973), miszerint a fogyasztók évekig képesek fenntartani nem addiktív fogyasztásukat, ám adatok még nincsenek azoknak az alkalmi fogyasztóknak az arányáról, akik különböző időszakokon át fenntartják ezt a stílust. Ha az alkalmi fogyasztás nem stabil mintázat – azaz, ha az ilyen fogyasztók többsége vagy hamar felhagy az opiátfogyasztással, vagy függővé válik –, akkor úgy tűnhet, hogy

az alkalmi fogyasztás látszólagos mintázatának nincs túl nagy jelentősége a drogpolitika alakítása szempontjából.

Harmadszor, az áttekintett kutatások egyike sem tartja az alany *nem* opiát fogyasztásának szintjét relevánsnak abból a szempontból, hogy alkalmi fogyasztóként kategorizálja-e a fogyasztót. Egészen a közelmúltig alig lehetett relevánsnak tekintetni azoknak az alkalmi opiátfogyasztóknak a létét, akik egyben alkoholisták vagy barbiturátfüggők is lehetnek.

Negyedszer, a rendelkezésre álló adatok nagy része nem viszonyítja egyértelműen a fogyasztás gyakoriságát a fogyasztás minőségével. (Robins kutatása figyelemreméltó kivétel.) Noha csábító azt feltételezni, hogy a kevésbé gyakori fogyasztás kevésbé abúzív is, nem mindig ez a helyzet. A szélsőségektől eltekintve (az évi egyszeri fogyasztás szemben a napi többszöri fogyasztással), a gyakoriság nem jelzi előre megbízhatóan a droggal kapcsolatos problémákat (Zinberg, Harding & Apsler, 1978). A problémák okozta ivás például igen tág fogyasztási gyakoriságtartományban figyelhető meg (Smart, 1974; Pattison, 1979). És amint arra Jerome H. Jaffe (1975) rámutatott, noha a negatív reakciók kockázata általában együtt növekszik a drogra való rászokás mértékével, fontos kivételek is vannak ez alól a szabály alól, mint például a túladagolás megnövekedett kockázata, vagy az új fogyasztók pszichológiai diszkomfort-érzete. Mivel a kutatók nem tanulmányozták következetesen az opiátokkal kapcsolatos problémákat az opiátfogyasztás minőségének vonatkozásában (Smart, 1974), nem derült fény az opiátfogyasztók számára és jellemzőire, szemben az opiát abuzőrök számával és jellemzőivel.

Ötödször, keveset tudunk a demográfiai jellemzőkről, a társadalmi háttérrel, a személyiségstruktúráról és egyéb fontos tényezőkről, melyek általában összekapcsolhatók a különböző opiátfogyasztási mintázatokkal.

Szószedet

Amatőr (dabbler):	utcai kifejezés azokra, akik kísérleteznek a narkotikumokkal, de akiknek alkalmi fogyasztása nem következetes.
Beállítás (getting off):	a kábítószerrel való „elszállást” leíró kifejezés, például „Sokáig tartott, de végül beálltam”.
Beszerzés (cop, copping vagy score, scoring):	az illegális drog beszerzésének folyamatát jelölő kifejezés. Eredetileg csak narkotikumokra használták, de napjainkban már minden illegális anyagra vonatkozik.
Bóbiskolás, elbóbiskol (nod off, go on the nod):	álmosság, alvás egy narkotikum fogyasztása után.
Bőrlukasztás (skin-popping):	a drog, különösen a heroin bőr alá való fecskendezése az izomba vagy vénába való beadás helyett.
Cseppenteni (drop):	drogot, általában pszichedelikus szert fogyasztani, például „savat cseppenteni”.
Cseppentő (dropper):	az eszközöknek (a „szerszámoknak”) azt a részét leíró kifejezés, mely a tűn keresztül befecskendezendő anyagot tárolja. Erre a célra gyakran szemcseppentőt használnak, innen ered a kifejezés.
Csipegetés (chipping):	narkotikum fogyasztása alkalmi alapon, a függőség elkerülése érdekében. A „csipegetők” fogyasztják így a narkotikumokat.
Csótány, dekk (roach):	a marihuánás cigaretta legvége elszívás után.
Dzsons (Jones):	utcai kifejezés arra, hogy valaki tudatában van, hogy pszichológiailag függő.

Elszállás (high, getting high):	eredetileg az illegális drogok fogyasztása által előidézett bódult állapot általános leírása, napjainkban azonban inkább a kábítószer kiváltotta megváltozott tudatállapotot vagy eufóriát jelöli, néha pedig minden, a tudatállapot megváltoztatására tett próbálkozást.
Emelés (boosting):	utcai kifejezés a lopásra.
Falatozás (munchies):	annak a felfokozott étvágnak az érzése, ami gyakran követi a marihuánafogyasztást.
Főzés (cook):	a por alakú drog, általában narkotikum néhány csepp vízben való feloldása, hogy a drog kényelmesen beinjekciózható legyen.
Gomb (button):	a peyote kaktusz azon részének megnevezése, amit pszichedelikus szerként fogyasztanak. Néha, de nem túl gyakran más pszichedelikus szereket is neveznek gombnak.
Joint:	a marihuánás cigaretta utcai elnevezése.
Kobak (head):	utcai kifejezés a marihuánafogyasztóra; néha egyéb illegális drogok fogyasztóira is alkalmazzák.
Kötés, elkötés (tie, tie on):	a végtag elkötése övvel, nyakkendővel, kötéllel stb. annak érdekében, hogy a vénák megduzzadjanak, és így könnyebb legyen beléjük szűrni a tút.
Láz (rush):	egy drog beinjekciózása, vagy ritkább esetben felszívása utáni éles tudatállapot- és testérzetváltozás.
Pumpálás, szivattyúzás (booting):	egy drog intravénás fogyasztása során a vér ki-, beszivattyúzása a fecskendőbe.
Sopers:	utcai kifejezés a metakvalonra (Quaaludes), egy nyugtató-hipnotikumra, amit sok fogyasztó jobban szeret a barbiturátoknál vagy a benzodiazepineknél.
Szemét (junk):	utcai kifejezés a narkotikumokra, általában a heroinra.
Szerszámok (works):	a drogok beinjekciózásához használt eszközök. Közéjük tartozik a fecskendő, a tű, vagy kihelyezett szemcseppentő; egy kis fémedény, amiben feloldják és felmelegítik a drogot; és

	valamilyen anyag, például pamut a drog átszűrésére. Néha a „szerszámok” közé tartozik egy vékony drót is, amivel a tűt tisztítják, illetve egy öv, kötél stb., a „kötő”.
Szippantás (snort):	általában por alakú, de néha folyékony drogok orron át történő felszívása.
Szívás (toke):	utcai kifejezés a marihuána jointből (marihuánás cigarettából) vagy pipából való fogyasztására.
Tabi (tab):	az LSD és egyéb pszichedelikus szerek kimért dózisát jelölő kifejezés.
Terjesztő, árus (dealer):	illegális drogokat eladó személy.
Tüske (spike):	a narkotikumok és egyéb kábítószeres befecskendezésére használt tű utcai elnevezése.
Utazás (trip, tripping):	a pszichedelikus drogok általi bódult állapotot leíró kifejezés.
Zizzenés (buzz):	az „elszállás” egyik megnevezése, azaz „elszáll”, „bezizzen”.

Irodalomjegyzék

- ABT ASSOCIATES, INC. (1975), *Drug Use in the State of Ohio: A Study Based upon the Ohio Drug Survey*. Dr. Robert Jarrett, Principal Investigator. Cambridge, Mass.: Abt Associates, Inc.
- ALCOHOLICS ANONYMOUS (1954), *Is A. A. for You?* New York: Alcoholics Anonymous Publishing, Inc.
- ALKSNE, H., LIEBERMAN, L. & BRILL, L. (1967), A conceptual model of the life cycle of addiction. *Int. J. Addictions*, 2:221–240.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COMMITTEE ON ALCOHOLISM AND ADDICTION AND COUNCIL ON MENTAL HEALTH (1966), Dependence on amphetamines and other stimulant drugs. *JAMA*, 197:193–197.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION COUNCIL ON MENTAL HEALTH AND COMMITTEE ON ALCOHOLISM AND DRUG DEPENDENCE (1972), Oral methadone maintenance techniques in the management of morphine-type dependence. *JAMA*, 219:1618–1619.
- AMERICAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION (1967), *Handbook on Non-Prescription Drugs*. Washington, D.C.: American Pharmaceutical Association, 5th ed.
- AMSEL, S., MANDELL, L., MATHIAS, L., MASON, C. & HOCHERMAN, I. (1976), Reliability and validity of self-reported illegal activities and drug use collected from narcotic addicts. *Int. J. Addictions*, 11:325–36,
- An Evaluation of the Decriminalization of Marihuana in Maine* (1978). Augusta, Maine: Office of Alcoholism and Drug Abuse Prevention.
- APSLER, R. (1978), Untangling the conceptual jungle of „drug abuse”. *Contemp. Drug Prob.*, 7:55–80.
- BALL, J. C. (1967), The reliability and validity of interview data obtained from 59 narcotic drug addicts. *Amer. J. Sociol.*, 72:650–654.
- BARR, H. L., LANGS, R. J., HOLT, R. R., GOLDBERGER, L. & KLEIN, G. S. (1972), *LSD: Personality and Experience*. New York: Wiley Interscience.
- BAZELON, D. L. (1979), Risk and regulation. *Science*, 205:277–280.
- BECKER, H. S. (1953), Becoming a marihuana user. *Amer. J. Sociol.*, 59:235–243.

- _____. (1963), *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Glencoe, Ill.: Free Press of Glencoe.
- _____. (1967), History, culture and subjective experience: an exploration of the social bases of drug-induced experiences. *J. Health and Social Behavior*, 8:162–176.
- BENVENUTO, J. A. & BOURNE, P. G. (1975), The federal polydrug abuse project. *J. Psychedelic Drugs*, 7:115–120.
- BEXTON, W. H., HERON, W. & SCOTT, T. H. (1954), Effects of decreased variation in the sensory environment. *Canad. J. Psychol.* 8:70–76.
- BIBRING, E. (1954), *Lectures on Psychoanalytic Ego Psychology*. Boston University, Graduate School of Psychology.
- BIEBERMAN, L. (1967), *Session Games People Play*. Cambridge, Mass.: Psychedelic Information Center.
- BLACHLY, P. H. (1973), Naloxone for diagnosis in methadone programs. *JAMA*, 224:334–335.
- BLALOCK, H. M. (1979), *Social Statistics*. New York: McGraw–Hill, 2nd ed. rev., pp. 160–161.
- BLUMER, H., SUTTER, A. G., AHMED, S. & SMITH, R. (1967), Becoming hard-core narcotic addicts. In *The World of Youthful Drug Use*. Berkeley: University of California, School of Criminology, pp. 73–75.
- BONITO, A. F., NURCO, D. N. & SHAFFER, J. W. (1976), The verticality of addicts' self-reports in social research. *Int. J. Addictions*, 11:719–724.
- BORIS, H. N., ZINBERG, N. E. & BORIS, M. (1978), Social education for adolescents. *Psychiatric Opin.*, 15:32–37.
- BOURNE, P. G., HUNT, L. G. & VOGT, J. (1975), *A Study of Heroin Use in the State of Wyoming*. Report for the Department of Health and Social Services, State of Wyoming. Washington, D.C.: Foundation for International Resources.
- BRECHER, E. M. & THE EDITORS OF CONSUMER REPORTS (1972.), *Licit and Illicit Drugs*. Boston: Little, Brown.
- BRO, P. & SCHOU, J. (1975), Cannabis poisoning with analytical verification, *New Engl. J. Med.* 293:1049–1050.
- BUNCE, R. (1982), Social and political sources of drug effects: the case of bad trips on psychedelics. In *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations*, ed. N. E. Zinberg & W. M. Harding. New York: Human Sciences Press, pp. 105–125.
- Cabinet Committee on Drug Abuse Prevention, Treatment, and Rehabilitation (1977), *Recommendations for Future Federal Activities in Drug Abuse Prevention*. Report of the Committee on Prevention. U.S. Department of Health, Education, and Welfare. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- CAPEL, W. C., GOLDSMITH, B., WADDELL, K. J. (1972), The aging narcotic addict: an increasing problem for the next decades. *J. Gerontol*, 27:102–106.

- CATTON, K. & SHAIN, M. (1976), Heroin users in the community: a review of the drug use and life styles of addicts and users not in treatment. *Addictive Dis.*, 2:421–440.
- CHAFETZ, M. E. & DEMONE, H. W., JR. (1962), *Alcoholism and Society*. New York: Oxford Univ. Press.
- CHAMBERS, C. D. & INCIARDI, J. A. (1972), An empirical assessment of the availability of illicit methadone. In *Proceedings of the Fourth National Conference on Methadone Maintenance*. San Francisco, 8–10 January, pp. 149–151.
- CHAMBERS, C. D. & TAYLOR, W. J. R. (1973), The incidence and patterns of drug abuse during maintenance therapy. In *Methadone: Experience and Issues*, ed. C. D. Chambers & L. Brill. New York: Behavioral Publications.
- CHEIN, I., GERARD, D. L., LEE, R. S. & ROSENFELD, E. (1964), *The Road to H*. New York: Basic Books.
- CHRISTIE, N. & BRAUN, K. (1969), Alcohol problems: the conceptual framework. In *Proceedings of the 29th International Congress on Alcohol and Alcoholism*, vol. 2. Highland Park, N.J.: Hillhouse.
- CISIN, I., MILLER, J. & HARRELL, A. (1979), *Highlights from the National Survey on Drug Abuse: 1977*. DHEW Publication No. (ADM)79–620. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- CLAUSEN, J. A. (1968), Drug addiction: social aspects. In *International Encyclopedia of the Social Sciences*, vol. 4, ed. D. L. Sills. New York: Macmillan, pp. 298–304.
- COHEN, S. (1968), The cyclic psychedelics. *Amer. J. Psychiat.*, 125: 394–395.
- COHEN, M. M., KIRSCHHORN, K. & FROSCH, W. A. (1967), In vivo and in vitro chromosomal damage induced by LSD-25. *New Engl. J. Med.*, 277:1043–1049.
- COHEN, M. M., MARINELLO, M. & BACH, N. (1967), Chromosomal damage in human leukocytes induced by lysergic acid diethylamide. *Science*, 155:1417–1419.
- DELONG, J. V. (1972), Treatment and rehabilitation. In *Dealing with Drug Abuse: A Report to the Ford Foundation*. New York: Praeger Publications, pp. 173–254.
- ____ (1974), Introduction. In „High” States: A Beginning Study, N. E. Zinberg. Drug Abuse Council Publication #SS-3. Washington, D.C.: The Drug Abuse Council, Inc.
- DE RIOS, M. D. & SMITH, D. W. (1976), Using or abusing? An anthropological approach to the study of psychoactive drugs. *J. Psychedelic Drugs*, 8:263–266.
- DOBBS, W. H. (1971), Methadone treatment of heroin addicts. *JAMA*, 218:1536–1541.
- DOLE, V. P. & JOSEPH H. (1977), Methadone maintenance, outcome after termination. *N. Y. State J. Med.* 77:1409–1412.

- DOLE, V. P. & NYSWANDER, M. E. (1965), A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction, *JAMA*, 193:646–648.
- ____ (1966), Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone. *N. Y. State J. Med.*, 66:2011–2017.
- ____ (1967), Heroin addiction – a metabolic disease. *Arch. Int. Med.*, 120:19–24.
- DOLE, V. P., NYSWANDER, M. E. & WARNER, A. (1968), Successful treatment of 750 criminal addicts. *JAMA*, 206:2708–2711.
- Drug Abuse Films* (1973). Washington, D.C.: National Coordinating Council on Drug Education.
- DUPONT, R. L. (1983), Letter to the Editor, *New York Times*, 15 January.
- EDDY, N. B., HALBACH, H., ISBELL, H. & SEEVERS, M. H. (1965), Drug dependence: its significance, and characteristics, *Bull. World Health Org.*, 23:721–722.
- EDWARDS, G. F. (1974), Drugs, drug dependence, and the concept of plasticity. *Q. J. Studies on Alcohol*, 35:176–195.
- ERIKSON, K. T. (1964), Notes on the sociology of deviance. In *The Other Side: Perspectives in Deviance*, ed. H. S. Becker. Glencoe, Ill.: Free Press of Glencoe.
- ____ (1966), *The Wayward Puritan*. New York: Wiley.
- Federal Strategy for Drug Abuse and Drug Traffic Prevention* (1977). Report for the President by the Strategy Council on Drug Abuse. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- FISHBURNE, P. M., ABELSON, H. I. & CISIN, I. (1980), *National Survey on Drug Abuse: Main Findings*, 1979. DHEW Publication No. (ADM)80–976. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- FOOD AND DRUG ADMINISTRATION (1977), Safety and effectiveness of over-the-counter drugs: the FDA's OTC drug review. *Pediatrics*, 59:309–311.
- FORT, J. (1969), *The Pleasure Seekers: The Drug Crisis, Youth and Society*. New York: Bobbs-Merrill.
- FREEDMAN, D. X. (1970), Drugs and culture. *Triangle*, 10:109–112.
- GAY, G. R., SENAY, E. & NEWMEYER, J. A. (1974), The pseudo junkie: evolution of the heroin life style in the non-addicted individual. *Anesth. Analg.*, 53:241–247.
- GEBER, B. A. (1969), Non-dependent drug use: some psychological aspects. In *Scientific Basis of Drug Dependence*, ed. H. Steinberg. London: J. & A. Churchill, pp. 375–393.
- GILL, M. M. & KLEIN, G. S. (1964), The structuring of drive and reality: Rapaport's contributions to psycho-analysis and psychology. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45:483–498.
- GLASER, F. B. (1974), Psychologic vs. pharmacologic heroin dependence. *New Engl. J. Med.*, 290:231.
- ____ (1978) Personal communication. 9 January.

- GLASSCOTE, R. M., SUSSEX, J. N., JAFFE, J. H., BALL, J. & BRILL, L. (1972), *The Treatment of Drug Abuse: Programs, Problems, Prospects*. Washington, D.C.: Joint Information Service of the American Psychiatric Association and the National Association for Mental Health.
- GOODE, E. (1969), Multiple drug use among marihuana smokers. *Social Problems*, 17:48–64.
- ____ (1972), *Drugs in American Society*, New York: Knopf.
- ____ (1973), *The Drug Phenomenon: Social Aspects of Drug Taking*. New York: Bobbs-Merrill.
- GOODMAN, L. S. & GILMAN, A. (1975), *The Pharmacologic Basis of Therapeutics*, New York: Macmillan, 5th ed.
- GOTTLIEB, D. (1970), Alienation and rebellion among the disadvantaged. In *Drug Dependence: A Guide for Physicians*. Chicago: AMA.
- GRAEVEN, D. B. & JONES, A. (1977), *Addicts and Experimenters: Dynamics of Involvement in an Adolescent Heroin Epidemic*. Paper presented at National Drug Abuse Conference, San Francisco.
- GREENE, M., NIGHTINGALE, S. & DUPONT, R. L. (1975), Evolving patterns of drug abuse. *Ann. Int. Med.*, 83:402–411.
- GRINSPOON, L. (1971), *Marihuana Reconsidered*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- ____ (1974), Personal communication, 20 March.
- GRINSPOON, L. & BAKALAR, J. (1979), *Psychedelic Drugs Reconsidered*. New York: Basic Books.
- GUSFIELD, J. R. (1972), *Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*. Chicago: Univ. Illinois Press.
- ____ (1975), The (f)utility of knowledge: the relation of social science to public policy toward drugs. *Ann. Amer. Acad. Polit. Soc. Sci.* 417:1–15.
- HARDING, W. M. & ZINBERG, N. E. (1977), The effectiveness of the subculture in developing rituals and social sanctions for controlled use. In *Drugs, Rituals and Altered States of Consciousness*, ed. B. M. du Toit. Rotterdam: Balkema, pp. 111–133.
- HARDY, T. (1895), *Jude the Obscure*. New York: Norton, 1978.
- HARTMANN, H. (1939), *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*, tr. D. Rapaport. New York: Int. Univ. Press, 1958.
- HELLER, M. (1972), *The Sources of Drug Abuse*. Addiction Services Agency Report. New York: Addiction Services Agency.
- HELLMAN, A. D. (1975), *Laws Against Marihuana: The Price we Pay*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- HELMER, J. (1975), *Drugs and Minority Oppression*. New York: Seabury Press.
- HEPLER, R. S. & FRANK, I. R. (1971), Marihuana smoking and intraocular pressure. *JAMA*, 217:1392.
- HERMAN, C. P. & KOZLOWSKI, L. T. (1982), Indulgence, excess, and restraint: perspectives on consummatory behavior in everyday life. In *Control over intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social*

- Considerations*, ed. N. E. Zinberg & W. M. Harding. New York; Human Sciences Press, pp. 77–88.
- HERON, W., BEXTON, W. H. & HEBB, D. O. (1953), Cognitive effects of a decreased variation in the sensory environment. *Amer. Psychol.*, 8:366–372.
- HERON, W., DOONE, B. K. & SCOTT, T. H. (1956), Visual disturbances after prolonged perceptual isolation. *Canad. J. Psychol.*, 10:13–18.
- HERSHEY, N. & MILLER, R. D. (1976), *Human Experimentation and the Law*. Germantown, Md.: Aspen Systems Corporation.
- HUGHES, P. H., CRAWFORD, G. A., BARKER, N. W., SCHUMANN, S. & JAFFE, J. H. (1971), The social structure of a heroin coping community. *Amer. J. Psychiat.*, 128:551–558.
- HUNT, L. G. (1977), Prevalence of active heroin use in the United States. In *The Epidemiology of Heroin and Other Narcotics*, ed. J. D. Rittenhouse. NIDA Research Monograph No. 16. DHEW Publication No. 78–559. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- ____ (1982), Growth of substance use and misuse: some speculations and data. In *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations*, ed. N. E. Zinberg & W. M. Harding. New York: Human Sciences Press, pp. 149–157.
- HUNT, L. G. & CHAMBERS, C. D. (1976), *The Heroin Epidemics: A Study of Heroin Use in the United States, 1965–1975*. Holliswood, New York: Spectrum.
- HUXLEY, A. (1954), *The Doors of Perception*. New York: Harper & Row.
- Impact Study of S. B. 95* (1976). Sacramento: California Health and Welfare Agency, Office of Narcotics and Drug Abuse.
- INGELFINGER, F. J. (1977), The handbook on non-prescription drugs. *New Engl. J. Med.*, 297:48–49.
- JACOBSON, R. C. & ZINBERG, N. E. (1975), *The Social Basis of Drug Abuse Prevention*. Drug Abuse Council Publication No. SS-5. Washington, D.C.: The Drug Abuse Council, Inc.
- JAFFE, J. H. (1975), Drug addiction and drug abuse. In *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, ed. L. S. Goodman & A. Gilman. New York: Macmillan, 5th ed., pp. 284–324.
- JOHNSON, B. D. (1977), *Once an Addict, Seldom an Addict*. Paper presented at the National Drug Abuse Conference, San Francisco.
- JOHNSON, B. D. & GOLDSTEIN, P. J. (1979), *What is an Addict? Empirical Patterns and Concepts of Addiction*. Paper presented to the Drinking and Drugs Section of the Society for the Study of Social Problems. Boston, Mass., 26 August.
- JOHNSTON, L. D., BACHMAN, J. G. & O'MALLEY, P. M. (1980), *Drug Use among American High School Students, 1975–1977*. Rockville, Md.: National Institute on Drug Abuse.
- ____ (1982), *Student Drug Use in America, 1975–1981*. DHHS Publication No. (ADM)82–1221. Rockville, Md.: National Institute on Drug Abuse.

- JOSEPHSON, E. (1974), Trends in adolescent marihuana use. In *Drug Use: Epidemiological and Sociological Approaches*, ed. E. Josephson & E. E. Carroll, New York: Wiley, pp. 177–205.
- KAFKA, J. S. (1964), Technical applications of a concept of multiple reality. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45:575–578.
- KAFKA, J. S. & GAARDER, K. R. (1964), Some effects of the therapist's LSD experience in his therapeutic work. *Amer. J. Psychother.*, 18:236–243.
- KAPLAN, E. H. & WIEDER, H. (1974), *Drugs Don't Take People, People Take Drugs*. Secaucus, N.J.: Lyle Stuart.
- KAPLAN, J. (1983), *The Hardest Drug: Heroin and Drug Policy*. Chicago: Univ. Chicago Press.
- KENISTON, K. (1969), Heads and seekers: drugs on campus, countercultures, and American society. *Amer. Scholar*, 38:97–112.
- KERSH, E. (1974), Narcotic overdosage. *Hosp. Med.*, 10:3.
- KHANTZIAN, E. J. (1975), Self-selection and progression in drug dependence. *Amer. J. Psychother.*, 36:19–22.
- _____ (1978), Drug-alcohol problems in women: a clinical perspective. *Psychiatric Opin.*, 15:18–20.
- KHANTZIAN, E. J., MACK, J. E. & SCHATZBERG, A. F. (1974), Heroin use as an attempt to cope: clinical observations. *Amer. J. Psychiat.*, 131:160–164.
- KNIGHT, R. P. (1937), Psychodynamics of chronic alcoholics. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 9:538–548.
- KRYSTAL, H. & RASKIN, H. A. (1970), *Drug Dependence: Aspects of Ego Functions*. Detroit: Wayne State Univ. Press.
- LASAGNA, L. (1965), Addicting drugs and medical practice: toward the elaboration of realistic goals and the eradication of myths, mirages, and half-truths. In *Narcotics*, ed. D. M. Wilner & G. G. Kassebaum. New York: McGraw-Hill, pp. 53–66.
- LASCH, C. (1979), *Culture of Narcissism*. New York: Norton.
- LEAVITT, F. (1974), *Drugs and Behavior*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- LETTIERI, D. J., SAYERS, M. & PEARSON, H. W., eds. (1980), *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. NIDA Research Monograph 30. DHHS Publication No. (ADM)80-967. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- LEVENGOD, A., LOWINGER, P. & SCHOOFF, K. (1973), Heroin addiction in the suburbs – an epidemiologic study. *Amer. J. Pub. Health*, 63:209–213.
- LEWIS, D. C. & ZINBERG, N. E. (1964), Narcotic usage: II. A historical perspective on a difficult medical problem. *New Engl. J. Med.*, 270: 1045–1050.
- LEWIS, R., GORBACH, S. & ALTNER, P. (1972), Spinal pseudomonas chondroosteomyelitis in heroin users. *New Engl. J. Med.*, 286:1303.
- LIGHT, R. W. & DUNHAM, T. R. (1974), Vertebral osteomyelitis due to pseudomonas in the occasional heroin user. *JAMA*, 228:1272.

- LILLY, J. C. (1956), Mental effects of reduction of ordinary levels of visual stimuli on intact healthy persons. *Psychiatr. Res. Rep.*, 5:1–9.
- LINDESMITH, A. R. (1947), *Opiate Addiction*. Evanston, Ill.: Principia Press.
- ____ (1965), *The Addict and the Law*. Bloomington: Indiana Univ. Press.
- LIPINSKI, E. (1972), Motivation in drug misuse: some comments on agent, environment, host. *JAMA*, 219:171–175.
- LOLLI, G. (1970), The cocktail hour: physiological, psychological, and social aspects. In *Alcohol and Civilization*, ed. S. P. Lucia. New York: McGraw-Hill.
- LOLLI, G., SERRIANNI, E., GOLDER, G. & LUZATTO-FECIZ, P. (1958), *Alcohol in Italian Culture*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- MACRO SYSTEMS, INC. (1975), *Three-Year Followup Study of Clients Enrolled in Treatment Programs in New York City*. Rockville, Md.: National Institute on Drug Abuse.
- MADDUX, J. F. & DESMOND, D. P. (1975), Reliability and validity of information from chronic heroin users. *JAMA*, 228:1272.
- MADDUX, J. F., WILLIAMS, J. E. & LEHMAN, P. E. (1969), Results of a pre-release program for narcotic addicts. *Int. J. Addictions*, 4:203.
- Maine: A Time/Cost Analysis of the Decriminalization of Marihuana in Maine* (1979). Augusta, Maine: Office of Alcoholism and Drug Abuse Prevention.
- MALOFF, D., BECKER, H. S., FONAROFF, A. & RODIN, J. (1982), Informal social controls and their influence on substance use. In *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations*, ed. N. E. Zinberg & W. M. Harding. New York: Human Sciences Press, pp. 53–76.
- MANN, P. (1978), *The Washington Post*. 23 July.
- MARCOVITZ, E. (1969), On the nature of addiction to cigarettes. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 17:1094–1096.
- MARCUSE, H. (1955), *Eros and Civilization*. New York: Vintage Books.
- Marihuana Survey – State of Oregon* (1977). Washington, D.C.: The Drug Abuse Council, Inc., 28 January.
- Marijuana and Health* (1982). Report of a Study by a Committee of the Institute of Medicine, Division of Health Sciences Policy. Washington, D.C.: National Academy Press.
- MCAULIFFE, W. E. & GORDON, R. A. (1975), A test of Lindesmith's theory of addiction: the frequency of euphoria among long-term addicts. *Amer. J. Sociol.*, 79:795–840.
- MCGLOTHLIN, W. H. (1974), The epidemiology of hallucinogenic drug use. In *Drug Use: Epidemiological and Sociological Approaches*, ed. E. Josephson & E. E. Carroll. New York: Wiley, pp. 279–301.
- MCGLOTHLIN, W. H. & ARNOLD, D. O. (1971), LSD revisited – a ten-year followup of medical LSD use. *Arch. Gen. Psychiat.*, 24:35–49.
- MEAD, G. H. (1934), *Mind, Self and Society*. Chicago: Univ. Chicago Press.

- MILLER, J. D. & ASSOCIATES (1983), *National Survey on Drug Abuse, Main Findings*, 1982. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- MINKOWSKI, W. L., WEISS, R. C. & HEIDBREder, G. A. (1972), A view of the drug problem: a rational approach to youthful drug use and abuse. *Clin. Pediatr.*, 11:376–381.
- MOGAR, R. E. & SAVAGE, C. (1954), Personality change associated with psychedelic (LSD) therapy: a preliminary report. *Psychother.: Theory, Res. Pract.*, 1:154–162.
- MOORE, M. H. (1982), Limiting supplies of drugs to illicit markets. In *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations*, ed. N. E. Zinberg & W. M. Harding. New York: Human Sciences Press, pp. 183–200.
- MUSTO, D. F. (1973), *The American Disease: Origins of Narcotic Controls*. New Haven: Yale Univ. Press.
- NAHAS, G. G. (1976), *Keep off the Grass*. New York: Reader's Digest Press.
- National Commission on Marihuana and Drug Abuse (1972), *Marihuana: A Signal of Misunderstanding*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- ____ (1973) *Drug, Use in America: Problem in Perspective*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- National Council on Alcoholism (1975), *13 Steps to Alcoholism: Which Steps Are You on?* New York: National Council on Alcoholism.
- National Institute on Drug Abuse (1977), *Marihuana and Health*. Sixth Annual Report to the Congress from the Secretary of Health, Education, and Welfare. DHEW Publication No. (ADM)77–443. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- ____ (1980), *Marihuana and Health*. Eighth Annual Report to the Congress from the Secretary of Health, Education, and Welfare. DHEW Publication No. (ADM)80–945. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- NEWMAN, R. G., CATES, M., TYTUN, A. et al. (1976), Reliability of self-reported age of first drug use: analysis of New York City narcotics register data. *Int. J. Addictions*, 11:611–618.
- NEUMEYER, J. (1974), Five years after: drug use and exposure to heroin among the Haight Ashbury Free Medical Clinic clientele. *J. Psychedelic Drugs*, 6:61–65.
- NEUMEYER, J. & JOHNSON, G. (1982), Drug emergencies in crowds: an analysis of „rock medicine,” 1973–1979. In *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations*, ed. N. E. Zinberg & W. M. Harding. New York: Human Sciences Press, pp. 127–137.
- New York Times* (1974), Interview with G. G. Nahas. 4 February.
- ____ (1974), Interview with R. C. Kolodny. 9 April.
- ____ (1966), Patterns and profiles of addiction and drug abuse. *Arch. Gen. Psychiat.*, 15:539–551.

- SCHULTES, R. E. (1972), The utilization of hallucinogens in primitive societies – use, misuse, or abuse? In *Drug Abuse: Current Concepts and Research*, ed. H. Keup. Springfield, Ill.: C. C. Thomas.
- SELLS, S. B. (1977), Reflections on the epidemiology of heroin and narcotic addiction from the perspective of treatment data. In *The Epidemiology of Heroin and Other Narcotics*, ed. J. D. Rittenhouse. NIDA Research Monograph No. 16. DHEW Publication No. (ADM)78-559. Rockville, Md.: National Institute on Drug Abuse.
- SINGLE, E., KANDEL, D. & JOHNSON, B. D. (1975), The reliability and validity of drug use responses in a large-scale longitudinal survey, *J. Drug Issues*, 5:426-443.
- SMART, R. G. (1974), Addiction, dependency, abuse, or use; which are we studying with epidemiology? In *Drug Use: Epidemiological and Sociological Approaches*, ed. E. Josephson & E. E. Carroll. New York: Wiley.
- SMITH, D. E. (1975a), Personal Communication, 17 June.
- SMITH, D. E. (1975b), North American Congress on Alcohol and Drug Problems – A Report to the American Psychiatric Association.
- SOBELL, L. C. & SOBELL, M. B. (1975), Outpatient alcoholics give valid self-reports. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 161:32-42.
- SOBELL, M. B., SOBELL, L. C. & SAMUELS, F. (1974), Validity of self-reports on alcohol-related arrests by alcoholics. *Q. J. Studies on Alcohol*, 35:276-281.
- STEPHENS, R. (1972), The truthfulness of addict respondents in research projects. *Int. J. Addictions*, 1:549.
- SUTTER, A. G. (1969), Worlds of drug use on the street scene. In *Delinquency, Crime, and Social Process*, ed. D. Creasey D. A. Ward. New York: Harper & Row, pp. 802-829.
- SZASZ, T. (1975), *Ceremonial Chemistry: Tin: Ritual Persecution of Drugs, Addicts and Pushers*. Garden City, N.Y.: Anchor Press/Doubleday.
- TINKLENBERG, J. R. (1975), *Marihuana and Health Hazards*. New York: Academic Press.
- TREBACH, A. A. (1982), *The Heroin Solution*. New Haven: Yale Univ. Press.
- U.S. Bureau of the Census (1980a). 1980 Census of Population, Supplementary Reports. Persons of Spanish Origin by State. PC80-S1-3. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- ____ (1980b), 1980 Census of Population, Supplementary Reports. Race of Population by States. PC80-S1-7. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- VAILLANT, G. E. (1978), Alcoholism and polydrug dependence. In *Harvard Guide to Modern Psychiatry*, ed. A. M. Nicholi. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- ____ (1983), *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- WALDORF, D. (1973), *Careers in Dope*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

- WALDORF, D. & BIERNACKI, P. (1982), Natural recovery from heroin addiction: a review of the incidence literature. In *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations*, ed. N. E. Zinberg & W. M. Harding. New York: Human Sciences Press, pp. 173–182.
- WALDORF, D., ORLICK, J. & REINARMAN, C. (1974), *Morphine Maintenance: The Shreveport Clinic, 1919–1923*. Drug Abuse Council Publication No. SS-1. Washington, D.C.: The Drug Abuse Council, Inc.
- WATKINS, V. M. & MCCOY, C. B. (1980). Drug use among urban Appalachian youths. In *Drug Abuse Patterns among Young Polydrug Users and Urban Appalachian Youths*. DHHS Publication No. (ADM)80–1002. Rockville, Md.: National Institute on Drug Abuse.
- WEIL, A. T. (1972), *The Natural Mind*. Boston: Houghton Mifflin.
- WEIL, A. & ROSEN, W. (1983), *Chocolate to Morphine: Understanding Mind-Active Drugs*. Boston: Houghton Mifflin.
- WEIL, A. T., ZINBERG, N. E. & NELSEN, J. (1968), Clinical and psychological effects of marihuana in man. *Science*, 162:1234–1242.
- White Paper on Drug Abuse* (1975), Report to the President from the Domestic Council Drug Abuse Task Force. Department of Health, Education, and Welfare. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- WHITEHEAD, P. C. & SMART, R. G. (1972), Validity and reliability of self-reported drug use. *Canad. J. Criminol. Correct.*, 14:83–87.
- WILKINSON, R. (1970), *The Prevention of Drinking Problems*. New York: Oxford Univ. Press.
- WINICK, C. (1974), Some aspects of careers of chronic heroin users. In *Drug Use: Epidemiological and Sociological Approaches*, ed. E. Josephson & E. E. Carroll. New York: Wiley, pp. 105–128.
- WISHNIE, H. (1971), Opioid addiction: a masked depression. In *Masked Depression*, ed. S. Lesse. New York: Jason Aronson, 1974.
- World Health Organization, Expert Committee on Mental Health (1957). *Addiction Producing Drugs*. 7th Report of the WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series No. 116. Geneva, Switzerland: World Health Organization, pp. 17–25.
- YOUNG, J. (1971). *The Drugtakers: The Social Meaning of Drug Use*. London: MacGibbon & Kee.
- ZALEZNIK, A. & SCHWABER, E. (1976), Discussion of ORNSTEIN, P. H. & ORNSTEIN, A., On the continuing evolution of psychoanalytic psychotherapy: reflections and predictions. *Annual of Psychoanalysis*, 5:329–370.
- ZETZEL, E. R. (1949), Anxiety and the capacity to bear it. *Int. J. Psycho-Anal.*, 30:1–12.
- ZINBERG, N. E. (1972), Heroin use in Vietnam and the United States. *Arch. Gen. Psychiat.*, 26:486–488.
- ____ (1974), „High” States: A Beginning Study. Drug Abuse Council Publication No. SS-3. Washington, D.C.: The Drug Abuse Council, Inc.

- _____. (1975), Addiction and ego function. *Psychoanal. Study Child*, 30:567–578.
- _____. (1976), The war over marijuana. *Psychology Today*. April, pp. 10, 14, 52, 102–106.
- _____. (1981), Social interactions, drug use, and drug research. In *Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives*, ed. J. H. Lowinson & P. Ruiz. Baltimore: Williams and Wilkins, pp. 91–108.
- ZINBERG, N. E. & DELONG, J. V. (1974), Research and the drug issue. *Contemp. Drug Prob.*, 3:71–100.
- ZINBERG, N. E. & FRASER, K. M. (1979), The role of the social setting in the prevention and treatment of alcoholism. In *The Diagnosis and Treatment of Alcoholism*, ed. J. H. Mendelson & N. K. Mello. New York: McGraw-Hill. pp. 359–385.
- ZINBERG, N. E. & HARDING, W. M. (1982), Introduction – control and intoxicant use: a theoretical and practical overview. In *Control over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations*, ed. N. E. Zinberg & W. M. Harding. New York: Human Sciences Press, pp. 13–35.
- ZINBERG, N. E., HARDING, W. M. & APSLER, R. (1978), What is drug abuse? *J. Drug Issues*, 8:9–35.
- ZINBERG, N. E., HARDING, W. M., STELMACK, S. M. & MARBLESTONE, R. A. (1978), Patterns of heroin use. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 311:10–24.
- ZINBERG, N. E., HARDING, W. M. & WINKELLER, M. (1981), A study of social regulatory mechanisms in controlled illicit drug users. In *Classic Contributions to the Addictions*, ed. H. Shatter & M. E. Burglass. New York: Brunner/Mazel, pp. 277–300.
- ZINBERG, N. E. & JACOBSON, R. C. (1975), The social basis of drug abuse prevention. In *Developments in the Field of Drug Abuse*. Proceedings of the National Drug Abuse Conference, 1974. Cambridge, Mass.: Schenkman, pp. 3–13.
- _____. (1976), The natural history of chipping. *Amer. J. Psychiat.*, 133:37–40.
- ZINBERG, N. E., JACOBSON, R. C. & HARDING, W. M. (1975), Social situations and rituals as a basis of drug abuse prevention. *Amer. J. Drug Alcohol Abuse*, 2:165–182.
- ZINBERG, N. E. & LEWIS, D. C. (1964), Narcotic Usage: 1. A spectrum of a difficult medical problem. *New Engl. J. Med.*, 270:989–993.
- ZINBERG, N. E. & ROBERTSON, J. A. (1972), *Drugs and the Public*, New York: Simon & Schuster.
- ZINBERG, N. E. & WEIL, A. T. (1970), A comparison of marijuana users and non-users. *Nature*, 226:119–123.

Név- és tárgymutató

- abúzus 287
~ (visszaélés) 65
~ mint amfetaminok nem orvosi
 fogyasztása 70
abúzus, lásd: drogabúzus
adatok 102
~ redukálása 107
~ validitása a NIDA
 kutatásban 106
addiktív fogyasztás kutatásának
 etikai szempontjai 318
addiktív személyiség 235
addiktív személyiség leírása 236
addiktív triád 55
AEE 240–241, 248, 250–253
~ (average expectable
 environment), lásd:
 átlagos elvárható környezet
aggodalom 160–161
~ a drogfogyasztás miatt 160
aktuális opiátfogyasztás
 (táblázat) 110
álfüggő 325
alkalmi fogyasztás 315, 319
alkalmi fogyasztó 323
alkalmi fogyasztó kezelésének
 okai 323
alkalmi marihuánaszívó 316
alkalmi marihuánaszívó
 definíciója 316
alkohol 14
~ (felvilágosítás) 34
~ fogyasztása az íreknél 34
~ hatása 233
~ kérdőív 75
~ összehasonlítása a
 marihuánával 65
~ társasági fogyasztása 32
~ társasági fogyasztása az
 amerikai történelemben 33
~ történelme 16
alkohol, lásd még: dohány,
 heroin, marihuána, opiátok,
 pszichedelikus szerek
alkoholtilalom 33, 56
Alksne, Harold 320
Altner, P. 322
American Journal of
 Psychiatry 56, 76
American Medical Association,
 lásd: Amerikai Orvosi Szövetség
American Psychiatric Association,
 lásd: Amerikai Pszichiátriai
 Szövetség
Amerikai Pszichiátriai
 Szövetség 71
Amerikai Orvosi Szövetség 68,
 70, 321
~ állásfoglalása a
 drogabúzusról 70
amfetaminok 64
~ (tolerancia) 64
~ fogyasztásának WHO általi
 leírása 70

- ~ nem orvosi fogyasztása mint
 abúzus 70
 angyalpor (PCP) 28
 Anonim Alkoholisták 75, 283
 ~ kérdőív 75
 Apsler, Robert 28, 59, 67
 átlagos elvárható környezet 240
 ~ (társadalmi változás és
 személyiségfejlődés) 248
 ~ (technikai és
 szociálpszichológiai
 változás) 250
 átlagos elvárható környezet, lásd
 még: relatív ego-autonómia
 average expectable
 environment, lásd:
 átlagos elvárható környezet
- Bakalar, James 144
 barátság 119
 ~ (kontrollált és
 szenvedélyes fogyasztók
 összehasonlítása) 119
 ~ és a marihuánafogyasztás 137
 ~ -i mintázat 119
 barbiturátumok 64
 ~ (tolerancia) 64
 Barr, H. L. 156
 Bath, P. E. 323
 Bazelon, David L. 271–272
 Becker, Howard S. 37, 126, 252
 belépő drog 277
 Bellevue Hospital 36
 Berkeley, George 241
 Bibring, Edward 240
 Blachly, Paul H. 321
 Blumer, Herbert 316
 Bourne, Peter G. 18, 269
 Brill, L. 320
- Capel, W. C. 326
 Chambers, Carl D. 325
 Chein, Isidore 316, 319
 Churchill, Winston 75
 Clausen, John 64
 családi háttér 100, 116
- családi összetartás
 gyerekkorban: kontrollált
 és szenvedélyes fogyasztók
 összehasonlítása 116
 csipeget 49
 csipegetés 77
- DAC 16, 18, 80
 ~ (Drog Abuse Council), lásd:
 Drogabúzus Tanács
 DAC, lásd még: DAC kutatás
 DAC kutatás 18, 80, 87
 ~ (toborzási technikák) 95
 ~ céljai 81
 ~ összehasonlítása a NIDA
 kutatással 84
 DAC kutatás, lásd még: NIDA
 kutatás
 Daytop Village 61
 dealer 139
 ~ (marihuána) 139
 ~ (opiát) 211, 213, 224
 definíció 46, 289
 ~ (alkalmi marihuánaszívó) 316
 ~ (drogfüggőség) 59
 ~ (droghabituáció) 59
 ~ (élvezeti fogyasztó) 319
 ~ (kezelési siker) 286
 dél-amerikai indiánok
 (pszichedelikus drogok) 256
 DeLong, James V. 250, 326
 dependencia 59–60, 66
 ~ definícióinak kritikája 70
 ~ és illegális anyagok 67
 ~ mint a drogabúzus-definíció
 alapja 59
 dependencia, lásd:
 drogdependencia
 depresszáns 72
 Descartes, René 241–242
 deviáns 15, 41
 ~ (kontrollált
 opiátfogyasztó) 211
 ~ -ok hasznossága 65
 Dobbs, W. H. 321

- dohány (felvilágosítás a fogyasztásáról) 277
Dole, V. P. 286
Dole-Nyswander metadonprogram 281
drog 11–12
~ -abúzus 27, 46, 53, 58
~ -abúzus (fogyasztók definíciói) 73
~ -abúzus és függőség 46
~ -abúzus faji aspektusai 54
~ -abúzus jogi definíciója 72
~ -abúzus megkülönböztetése a fogyasztástól 76
~ -abúzus mércéi (fogyasztás minősége és mennyisége) 75
~ -abúzus orvosi definíciója 70, 72
~ -dependencia 67
~ -előállítás technikai fejlődése 254
~ -felvilágosítás 265, 274, 278, 280
~ -felvilágosítás (film) 275
~ -felvilágosítás orvosok részéről 280
~ -felvilágosítási stratégia 279
~ -felvilágosító program 35, 278
~ -felvilágosító program (dohány) 277
~ -felvilágosító program (következtetések) 276
~ -fogyasztás 11, 28
~ -fogyasztás (három determináns) 28
~ -fogyasztás (tiltó attitűd) 258
~ -fogyasztás (uralkodó kulturális hiedelem) 30
~ -fogyasztás felvilágosító program 35
~ -fogyasztás formális és informális társadalmi kontrolltényezői 264
~ -fogyasztás kultúrákon átívelése 69
~ -fogyasztás technikái 222
~ -fogyasztás története 12
~ -függőség definíciója 59
~ -habituáció 59
~ -habituáció (szokás) 59
~ -habituáció definíciója 59
~ -kutatás 26, 64, 266–267, 270, 288
~ -kutatás (etikai szempontok) 266
~ -kutatás (moralizáló hatások) 26
~ -kutatás (negligált területek) 288
~ minősége 223
~ -politika 260–261, 263, 272
~ -törvény 261
~ -törvények kijátszása 261
~ vásárlása 223
Drogabúzus Stratégiai Tanácsa 262
Drogabúzus Tanács 80
Drogabúzus Tanács, lásd: DAC (Drug Abuse Council)
drogabúzus, lásd még: drogfogyasztás
drogfogyasztás, lásd még: drogabúzus
droghabituáció, lásd: habituáció
Drug Abuse Council 80
Dunham, T. R. 322
DuPont, Robert L. 192
Edwards, Griffith 256
egészségügyi felvilágosítás 280
ego funkciói 240
elismert orvosi érték 71
elkötelezettség a megélhetés biztosítása iránt 221
elkötelezettség a munka iránt 258
elme öt képessége 240
Elnöki Elmeegógyászati Bizottság Pszichoaktív Drogfogyasztási/visszaélési Összekötő Tanácsa 262
elsődleges ego-apparátus 242
elszállás 172

- eltávolodás 169, 172–173
 ~ -i hatás 172
 élvezeti fogyasztó 319
 ~ definíciója 319
 elvonási tünet 55, 57, 59
 esettanulmány 47
 ~ (Carl) 23, 25
 ~ (Dawn) 47, 53
 ~ (dr. C.) 76–77
 ~ (Jim) 47, 53
 ~ (Mary és Sam) 105
 ~ (Michael) 47, 53
 etika 266
 ~ (drogkutatás) 266
 ~ -i felelősség 318
 étvágycsökkentő hatás 154
- Falco, Mathea 60
 Farley, E. C. 322
 farmakomitológia 25
 felvilágosító és megelőző
 stratégiák 278
 felvilágosító film 275
 felvilágosító program 265
 fizikai dependencia 59–60, 68
 fizikai függés 66
 fizikai függőség 76
 fiziológiai függőség 49
 fiziológiai függőség, lásd:
 drogfüggőség
 fiziológiailag addiktív 58
 fogamzásgátló tabletta által
 kiváltott szociálpszichológiai
 változás 250
 fogyasztás 16
 ~ gyakorisága 212, 273
 ~ -i szabály 123, 228
 ~ mennyisége 75
 ~ minősége 75
 fogyasztás, lásd: drogfogyasztás
 fogyasztó (kezdő) 79
 fokozott vágyakozás 55
 Freedman, A. S. 322
 Freud, Sigmund 234
 ~ (az élet legfontosabb
 tevékenységei) 258
- ~ hatása 234–236
 freudi ösztönelmélet 255
 függő 182
 ~ (kapcsolat
 függőkkel) 183–184,
 211–212
 ~ definíciója 316
 függőség 46, 53, 67, 184, 186
 ~ definícióinak kritikája 70
 ~ és drogabúzus 46
 ~ jelentése 54–55
 ~ -től félelem 184–185, 187
 függőség, lásd még:
 Világegészségügyi Szervezet,
 drogabúzus, drogfüggőség,
 szenvedélyes fogyasztó
- Glaser, Frederick B. 321, 323
 Goldstein, P. J. 289
 Goode, Erich 316, 320
 Gorbach, S. 322
 Gordon, Robert A. 57–58
 Graeven, David B. 328
 Grinspoon, Lester 144, 150
 Gusfield, Joseph R. 317
- habituáció 59–60, 67
 ~ (pszichológiai) 60
 habituáció, lásd: droghabituáció
 Haight-Ashbury Free Medical
 Clinic 63, 322
 hallucinogén 199
 hallucinogének 69
 Harding, Wayne M. 18, 21
 Hardy, Thomas 253
 Harrison kábítószer-törvény, lásd:
 Harrison Narcotic Act
 Harrison Narcotic Act 54, 73
 Hartmann, Heinz 240, 248
 hasis 76
 ~ forrása 189
 határeset 82
 ~ -i alany 83
 ~ -i fogyasztó 88–89
 ~ -i fogyasztó (esetleírás) 94

- ~ -i fogyasztó (háttér jellemzők) 85
 ~ -i fogyasztó (NIDA kutatás) 83
 háttér jellemzők (táblázat) 85
 Heidbreder, G. A. 322
 Heller, Margaret 315
 Hellman, Arthur 56
 Helmer, John 54
 hepatitisz 227, 229
 heroin 14, 54, 58, 210
 ~ (Bedford-Stuyvesant felmérés) 325
 ~ (fogyasztás kezdete (esetleírás) 161–169
 ~ (függés) 245–247
 ~ (függőség) 57
 ~ (New Orleans-i felmérés) 326
 ~ (San Francisco-i felmérés kamaszok körében) 328
 ~ (szankciók) 226–228
 ~ (wyomingi fogyasztók felmérése) 325
 ~ -dealer 226
 ~ fogyasztásának elkezdése 161
 ~ -fogyasztó (kezdő) 162
 ~ -függőség 315
 ~ összehasonlítása a gyógyszer-készítményekkel 225–226
 heroin, lásd még: drogabúzus, drogfogyasztás, kontrollált opiátfogyasztó, marihuána, opiátok, pszichedelikus szerek, szenvedélyes opiátfogyasztó, Vietnam
 hétvégi harcosok 16
 Hughes, Patrick H. 325
 Hunt, Leon G. 18, 269, 289

 illegális drog 41, 43
 ~ és társadalmi tanulás 41
 Inciardi, John A. 325
 indol 199
 indolgyűrű 199
 ingermegvonási kísérlet 243–244, 246
 intuitív tevékenységek és a marihuánafogyasztás 131

 Irán (ritualizált opiátfogyasztás) 178

 Jacobson, Richard C. 17–18
 Jaffe, Jerome H. 332
 javaslatok drogpolitikára 272
 Johnson, Bruce D. 289, 316, 331
 joint-örület 268
 Jones, Andrew 328

 Kalifornia (marihuána dekriminalizáció felmérés) 263
 kamaszok 243
 ~ drogfogyasztása 265
 ~ formális és informális társadalmi kontrolltényezők 265
 Kaplan, John 61, 272
 káros fogyasztás 287–288, 291
 káros hatás 64–66, 68, 72, 79
 katonabetegség 54
 Kersh, Edward 322
 kettős norma 56
 kezdő fogyasztó 79
 kezdő fogyasztóknak útmutatás 205
 kezelési programok (költségvetés) 284
 kezelési programok (metadon fenntartás) 281–282
 kezelési programok (nem hivatásos terápiás közösségek) 282
 kisebbségi csoportok a drogkezelésekről 285
 kodein 96, 114
 ~ kontrollált fogyasztása 96, 114–115
 Kohut, Heinz 238
 kokain 28, 73
 ~ beszerezhetősége 39
 ~ definiálása 73
 ~ -fogyasztás 53
 ~ fogyasztásának terjedése 28
 ~ fogyasztójának jellemzése 67

- kontrollált 82
 ~ fogyasztás 81, 84
 ~ fogyasztás (barátságok) 119
 ~ fogyasztás stabilitása 108
 ~ fogyasztó 16
 ~ fogyasztó (esetleírás) 93
 ~ fogyasztó (fogyasztási szabályok) 231
 ~ fogyasztó (háttér jellemzők) 85
 ~ fogyasztó (személyiségskála) 115
 ~ fogyasztó létezése 16
 ~ fogyasztó, lásd még: opiátok
 ~ opiátfogyasztás pszichológiai és társadalmi hatásai 169
 ~ opiátfogyasztó 84, 96
 ~ opiátfogyasztó (adatok validitása) 102
 ~ opiátfogyasztó fogyasztási technikái 222
 ~ opiátfogyasztók deviánsnak tekintése 211
 ~ opiátfogyasztók elkötelezettség a megélhetés biztosítása iránt 221
 ~ opiátfogyasztók kapcsolata a függőkkel 211
 ~ opiátfogyasztók megkülönböztetése a szenvedélyes fogyasztóktól 115, 231
 ~ opiátfogyasztók rítusai és szankciói 211
 kontrolltényező 252
 kortárcsoport befolyása a kontrollált és szenvedélyes opiátfogyasztókra 120–121
 költségvetés (kezelésekre) 284
 környezet 233
 környezet (setting) 15
 ~ (heroinfogyasztás Vietnamban) 16
 ~ jelentősége a kontrollált opiátfogyasztók körében 160
 ~ kölcsönhatása a személyiséggel (set) 239
 környezet (setting), lásd még: személyiség (set)
 környezet (setting): kontrollált és szenvedélyes opiátfogyasztók összehasonlítása 119
 kötődés 150
 középiskolások opiátfogyasztása 328
 kulturális determinizmus 64
 Különleges Akcióiroda a Drogabúzus Megelőzéséért 259
 láz 169–171, 187
 Leary, Timothy 36, 142–144, 267
 Leavitt, Fred 60
 legális drog 27, 65–66
 ~ (tudatállapot-változtatás) 250–251
 Lennon, John 146
 Levensgood, Albert 327
 Lewis, David C. 11
 Lewis, Roger 322
 Lieberman, L. 320
 Light, R. W. 322
 Lindesmith, Alfred 57–58, 70, 319
 Lipinski, Edwin 71
 Lodge, Henry Cabot 235
 Lowinger, P. 327
 LSD 15, 18, 137, 143–147, 151, 156, 199–200
 ~ (a fogyasztás minősége) 78
 ~ (a társadalmi tanulás hatása) 252
 ~ (leírása) 200
 ~ fogyasztójának jellemzése 67
 LSD: Personality and Experience 36
 LSD: Személyiség és tapasztalat 36
 Élelmiszer- és gyógyszerbiztonsági törvény 55
 Macro Systems, Inc. 322
 Maine 263

- Mann, Peggy 192
Marcuse, Herbert 56
marihuána 12
~ (mennyiség és minőség) 79
~ (rítusok) 190–191, 197, 199
~ (szabályok a fogyasztásához) 195
~ (szankciók) 191, 194–199
~ (tolerancia) 62–63
~ -adó törvényjavaslat 73
~ alapanyaga 189
~ alkalmi fogyasztójának meghatározása 316
~ és a zene 197–198
~ -fogyasztás 26, 62
~ -fogyasztás dekriminalizációja 262–264
~ -fogyasztás hatása 12–14, 130–131, 136
~ -fogyasztás hatása (esetleírás) 131, 133, 136
~ -fogyasztás hatása a munkára és a kapcsolatokra 137
~ -fogyasztás kezdete 126, 128
~ -fogyasztás kezdete (esetleírás) 126, 128
~ -fogyasztás kutatása 268–269
~ összehasonlítása az alkohollal 65
~ THC tartalma 189
marihuána, lásd még: heroin, opiátok, pszichedelikus szerek
marihuánáról könyvek és cikkek 192
Marihuana Survey – State of Oregon 263
Marihuana Tax Act 73
Marijuana and Health 27, 64
másodlagos ego-apparátus 243
Massachusetts Mental Health Center 36
Maudsley Kórház 256
McAuliffe, William E. 57–58
MEDLINE File 315
meszkalin 43, 69
metadon fenntartó program 281–282
metadon fenntartás 282, 321, 326
~ Naloxone-nal 321
mindennapi fogyasztás 90
Minkowski, William L. 322
minőség 223, 285
minőségi gondozás 287
Moore, Mark H. 272
morfium 54
~ a polgárháborúban 54
motivációk (opiátfogyasztás) 117–118
Murphy, G. E. 327
Musto, David F. 53
Nahas, Gabriel G. 192
Naloxone 321
nárcisztikus 238
nárcizmus 238
narkotikum 210
narkotikus drog 210
National Commission on Marihuana and Drug Abuse 36, 55, 59
National Commission on Marihuana and Drug Abuse 73
National Commission on Marihuana and Drug Abuse 259, 330
National Commission on Marihuana and Drug Abuse, lásd: Nemzeti Marihuána és Drogabúzus Bizottság
National Council on Alcoholism, lásd: Nemzeti Alkohol Tanács
Native American Church 69
nem opiát drogok 91
nem opiát drogok, lásd még: opiátok
nem opiát drogok: fogyasztási gyakoriság (táblázat) 93
nem orvosi drogfogyasztás 53–54, 64, 70–71

- nem orvosi jellegű felhasználás 71–72
- Nemzeti Alkohol Tanács 75
- Nemzeti Marihuána és Drogabúzus Bizottság 316
- Nemzeti Szervezet a Marihuánatörvények Reformjáért, lásd: NORML (National Organization for the Reform of Marihuana Laws)
- Nemzeti Kábítószerügyi Intézet, lásd: NIDA (National Institute on Drug Abuse)
- Nemzeti Lélekegészségügyi Intézet 13, 275
- Nemzeti Lélekegészségügyi Intézet, lásd: NIMH (National Institute of Mental Health)
- New England Journal of Medicine 76–77
- Newmeyer, John 322
- NIDA 21, 82
- ~ (National Institute on Drug Abuse), lásd: Nemzeti Kábítószerügyi Intézet
- NIDA, lásd még: NIDA kutatás
- NIDA kutatás 82, 87
- ~ (adatok validitása) 106
- ~ (az alanyok kiválasztásának kritériumai) 87–90
- ~ (drogváltozók) 115, 124
- ~ (feltételek) 82–85
- ~ (kontrollált, marginális és szenvedélyes fogyasztók esetleírása) 93–95
- ~ (titoktartás) 98, 104
- ~ (toborzási technikák) 95
- ~ (utánkövetés) 104–105, 108, 111
- ~ célja 84
- ~ interjústruktúra 100, 104
- ~ összehasonlítása a DAC kutatással 84
- NIDA kutatás, lásd még: DAC kutatás, heroin, kontrollált opiátfogyasztó, marihuána, opiátok, pszichedelikus szerek, szenvedélyes opiátfogyasztó
- Nightingale, Stuart 325
- NIMH (National Institute of Mental Health), lásd: Nemzeti Lélekegészségügyi Intézet
- Nixon, Richard M. 73, 234, 275
- Nixon, Richard M. nyelvbotlásai 234
- NORML 28, 266
- ~ (National Organization for the Reform of Marihuana Laws), lásd: Nemzeti Szervezet a Marihuánatörvények Reformjáért
- növekvő tolerancia 55
- Nurco, David S. 327
- nyögető sör 33
- O'Brien, Charles P. 321–323
- O'Donnell, John A. 329
- O'Neill, Eugene: Utazás az éjszakába (Long Day's Journey into Night) 54
- OJ (ópiumjoint) 40
- opiát 12, 82
- ~ (kemény és lágy) 114–115
- ~ -fogyasztás (aggodalom) 160
- ~ -fogyasztás (alkalmi): kezelési adatok mint a fogyasztás mércéi 324
- ~ -fogyasztás (alkalmi): kutatási érdeklődés feltámadása 319
- ~ -fogyasztás (alkalmi): kutatást gátló tényezők 317–318
- ~ -fogyasztás (alkalmi): megválaszolatlan kérdések 331
- ~ -fogyasztás (heroin összehasonlítása a gyógyszerkészítményekkel) 225–226
- ~ -fogyasztás (közvélemény elutasítása) 210
- ~ -fogyasztás kialakulása 161
- ~ -fogyasztás motivációi 117
- ~ -fogyasztás motivációi (táblázat) 118
- ~ -fogyasztás pszichológiai és társadalmi hatásai 169
- ~ -fogyasztás szabályai 122

- ~ -fogyasztási szabályok 124
- ~ -fogyasztó (kontrollált) 84
- ~ -fogyasztó (szenvédélyes) 84
- ~ -fogyasztók (alkalmi) a kezelési központokban 321
- ~ -fogyasztók (intézményen kívüli, alkalmi) 327
- opiátok 12
- opiátok, lásd még: drogabúzus, drogfogyasztás, kontrollált opiátfogyasztó, szenvédélyes opiátfogyasztó
- ópiumfogyasztás (szankciók) 229
- Oregon (marihuána dekriminalizáció felmérés) 263
- Orwell, George: 1984 244

- PCP (angyalpor) 28
- Peele, Stanton 58
- pejote vallásos fogyasztása 69
- Pekkanen, John 60
- Percodan 94, 96, 114–115
- ~ kontrollált fogyasztása 96
- peyote 69, 199
- ~ fogyasztása 254
- ~ -kaktuszrügy 200
- polgárháború 54
- Powell, Douglas H. 16, 80, 96, 320
- prevenciók módszerek 278
- Primm, B. J. 323
- prohibíciós törvény 33
- Psychology Today 64
- pszichedelikus 199
- ~ szer 12
- pszichedelikus szerek 12, 57, 63, 139
- ~ (fogyasztás gyakorisága) 200, 202
- ~ (fogyasztás megtervezése) 209
- ~ (fogyasztás minősége) 78
- ~ (fogyasztási szabályok) 201, 203–204, 207
- ~ (indol) 199
- ~ (korai fogyasztása) 143
- ~ (kutatási eredmények) 63
- ~ (morál) 145
- ~ (politikai felhangok) 148
- ~ (rossz utazás) 204, 208
- ~ (szankciók) 200–209
- ~ (társadalmi tanulás) 35, 37, 42
- ~ (utazás megtervezése) 201, 205, 207
- ~ (utazás) 203–204, 206, 209
- ~ (utazások leírása) 140–141
- ~ (vezető) 201, 205
- ~ hatása 150, 155, 157–158
- ~ hatásának időtartama 199
- ~ kategóriái 199
- pszichedelikus szerek, lásd még: heroin, marihuána, opiátok
- pszichikai dependencia 60, 66, 74
- pszichikai függés 66
- pszichikai késztetés 68
- pszichoanalitikus elmélet 240
- pszichológiai habituáció 60
- pszichotomimetikum 36
- pszichotomimetikus 199
- pszichózisutánzó 36
- pszilocibin 199, 205
- Pure Food and Drug Act 55
- puritán attitűd 57
- puritán erkölcsiség 56–57

- Rapaport, David 241–244, 247–248
- REA 240–241, 244–249
- ~ (relative ego autonomy) lásd: relatív ego-autonómia,
- Recommendations for Future Federal Activities in Drug Abuse Prevention 276
- Reklámszövetség 275
- relatív ego-autonómia 240–241
- relatív ego-autonómia, lásd még: átlagos elvárható környezet
- relative ego autonomy, lásd: relatív ego-autonómia
- rítus 122, 228, 230–231
- rítusok (kontrollált opiátfogyasztók) 211–212

- rítusok (marihuána-fogyasztás) 190–191, 197, 199
 rítusok és szankciók közti kölcsönhatás 208
 rítusok, lásd még: szankciók
 Robins, Lee N. 27, 38, 288, 327
 röhgicselés 63
- Santo, Yoav 322
 Scher, Jordan M. 319
 Schooff, K. 327
 Schultes, Richard E. 69
 Science 77, 271
 self-rendszer 238
 Sells, S. B. 323
 set 233
 setting 233
 siker 285–286
 Special Action Office for Drug Abuse Prevention, SAODAP 259
 stabil függő 325
 Strategy Council on Drug Abuse: Federal Strategy for Drug Abuse and Traffic Prevention 262
 Sutter, Alan G. 320
 Synanon 283
 szankció 122
 szankciók (kontrollált opiátfogyasztás) 211
 szankciók (marihuána-fogyasztás) 191, 194–199
 szankciók és rítusok (szenvedélyes opiátfogyasztás) 215
 szankciók és rítusok közti kölcsönhatás 208
 szankciók, lásd még: rítusok
 Szasz, Thomas 179, 272
 személyiség 233
 személyiségelméletek 236–237
 ~ (addiktív személyiség) 236
 személyiségskála 115, 119
 ~ (kontrollált fogyasztó) 115
 ~ (szenvedélyes fogyasztó) 115
 személyiség (set) 15
 ~ (heroinfüggő) 246
- ~ (NIDA kutatás változói) 115
 ~ kölcsönhatása a környezettel (setting) 239
 személyiség (set), lásd még: környezet (setting)
 szenvedélyes 82
 ~ fogyasztás 77
 ~ fogyasztás (barátságok) 119
 ~ fogyasztó 84
 ~ fogyasztó (esetleírás) 94–95
 ~ fogyasztó (háttér jellemzők) 85
 ~ fogyasztó (NIDA kutatás) 82, 102
 ~ fogyasztó (szankció) 220
 ~ fogyasztó (személyiségskála) 115
 ~ fogyasztó szankciói és rítusai) 215
 ~ fogyasztó, lásd még: opiátok
 ~ opiátfogyasztó 84, 96
 ~ opiátfogyasztók megkülönböztetése a kontrollált fogyasztóktól 115, 231
 szexuális tevékenység (marihuána hatása) 132
 szexuális tevékenység (társadalmi attitűdök) 249
 szexuális tevékenység és a heroin 174
 szignifikáns egyéb 161, 169, 237, 243
 szignifikáns egyebek 161, 168, 183, 209, 239, 248
 szociálpolitika 266
 ~ bírálata 260
 szülő-gyermekek (drogfogyasztás) 41–42, 265
 szülő-gyermekek (marihuánafogyasztás) 130, 265, 278
- társadalmi attitűd 241
 társadalmi kontrolltényező 255, 261, 263
 társadalmi környezet 241
 társadalmi tanulás 35, 37

- társadalmi változás és személyiségfejlődés 248
- technika negatív hatásai 254
- technika negatív hatásai, lásd: átlagos elvárható környezet
- technikai és szociálpszichológiai változás 250
- természetes elszállítás 278–279
- THC 189
- The Liaison Task Panel on Psychoactive Drug Use/Misuse of the President's Commission on Mental Health, lásd: Elnöki Elmeógyógyászati Bizottság Pszichoaktív Drogfogyasztási/visszaélési Összekötő Tanácsa
- Theories on Drug Abuse 239
- tiltó attitűd 258
- tiltó politika 260, 287
- titoktartás 98, 105
- tolerancia 55, 59, 61–62, 64
- ~ (növekvő) 55
- toleranciadefiníció 62
- Towns, Charles B. 55
- tömegtájékoztató (drogfogyasztási információk) 42
- ugyanazon hatás elérése 55, 62
- új fogyasztó 291
- utazás, lásd: pszichedelikus szerek
- Vaillant, George E. 290
- validitás 102
- vásárlás 223
- vezetés 130
- Vietnam 15
- ~ (heroinfogyasztás) 15–16, 35, 37–40, 328
- Vietnam, lásd még: heroin
- Világegészségügyi Szervezet 58–59
- Világegészségügyi Szervezet, lásd: WHO
- visszaélés (abúzus) 65
- visszaesők (vietnami veterán heroinfogyasztók) 37
- Waldorf, Dan 324
- Weil, Andrew T. 12–13, 63, 235, 250, 252, 256, 268
- Weiss, R. C. 322
- White Paper on Drug Abuse 262
- WHO 58–62, 64–67
- ~ (amfetaminok) 70
- ~ (definíciók kritikája) 70
- ~ (drogabúzus definíciója) 58
- WHO, lásd: Világegészségügyi Szervezet
- Wilkinson, Rupert 56
- Winick, Charles 326
- Winkeller, Miriam 21
- World Health Organization, lásd: WHO
- Wyoming (heroinfogyasztók felmérése) 325
- zene és marihuána 197