

GEREVICH JÓZSEF–VEÉR ANDRÁS

Az addiktológia megosztottsága

Egy lehetséges integráció vázlata

Gyógyszer vagy kábítószer? Az ősi kultúrával bíró borivás mennyivel károsabb, mint a mák termesztése étkezési célból? A morfium és a cannabis gyógyszer is lehet, de utána ki vállalja a felelősséget az elvonás okozta tragédiáért? A Konrád-vita és a tiltási dilemmák.

Minden tudomány fejlődésében található olyan időszak, amelyben szélsőségesen ellentétes nézetek még nem szabdalták szét az egységet; művelőit több hasonló vonás köti össze, mint amennyi eltérő tulajdonság szétválasztja. Nevezhetjük ezt az adott tudomány „aranykorának” (Gerevich, 1999), ha aranykor alatt valamilyen harmonikus egységet és a lehetőségek végtelen tárházát értjük.

Így van ez az addiktológiával is. Sőt, az addiktológia nem csak egy tudományterület, amelyben példákkal lehet illusztrálni a tudományfejlődés egyes állomásait. Olyan tudományterületről van szó, ahol az érdeklődés középpontjában lévő kémiai szerek jogi státusa jelentősen befolyásolja magát a tudományt is. Ezáltal pedig a különböző nézőpontok jogi és politikai értelemben manipulálhatóak, vagyis hatalmi harcok részévé, eszközeivé válhatnak.

Ebben a tanulmányban megkíséreljük demonstrálni, hogy az addiktológia sokfelé, de különösen két markáns gondolatrendszerre szakadt. Arra is szeretnénk rámutatni, hogy ez a megosztottság nem mindig volt érzékelhető. Sajátos történeti fejlődés eredményeként vált az addiktológia megosztott tudománnyá. Az e megosztottságra vonatkozó, nemzetközi és hazai adatok felvázolása révén talán sikerül az olvasó számára nyilvánvalóvá tennünk, hogy a radikálisan eltérő nézőpontok nagy része egységes szemléleti rendszerré integrálható.

A hazai szakirodalomban e vállalkozás nem előzmények nélkül való. Néhány éve a Belügyi Szemle főszerkesztője hetvenhét kérdésben fogalmazta meg a jelenkori drogügy dilemmáit (Korinek, 1998). A kérdések megfogalmazása azonban nem lépett túl a tradicionalitás látóterén, így a szerző nem jutott el a megosztottság tényleges összetevőinek szembeállításáig. Ugyancsak előzménynek tekintjük a Konrád-vitát, amely Konrád György írónak a magyar parlamenthez írt, nyílt levele után bontakozott ki, igen széles körben.

Binarizmusok

Kezdjük mindjárt magával a jelenséggel: megosztottság. Ellentétpárok mentén törésvonalak alakulnak ki, amelyek sokszor olyan élesen eltávolítják az eltérő véleményeket képviselő szakembereket és laikusokat, hogy kommunikációs zárlat is keletkezhet az ellentétes csoportok között. Azokat az ellentétpárokat, amelyekhez hasonlóakat már más tudományterületek fejlődésének elemzése során is észleltek (Rosario, 1996), binarizmusoknak nevezzük.

Gyógyszer vagy kábítószer?

Binarizmus például a központi idegrendszer működését befolyásoló kémiai szerek gyógyszerként, illetve kábítószerként való felfogása. A kábítószerekkel foglalkozó tudományban és határterületein ugyanis végighúzódik egy sajátos dilemma, amely két, tartalmában eltérő vélemény egymásnak feszüléséből fakad. Az egyik vélemény szerint a drogok rendszeres önadagolása nem véletlen, sőt szükségszerű folyamat, hiszen az akut és krónikus droghatásnak „önmedikalizáló” szerepe van, azaz a drogok fogyasztói funkcionális előnyöket élveznek a drogok révén. A másik vélemény szerint a kábítószerek rendszeres fogyasztásának súlyos neurobiológiai és pszichoszociális következményei vannak. *Gyógyszer vagy kábítószer?* Még világosabbá válik e dilemma, ha arra gondolunk, hogy a mai gyógyászat egyik leghatékonyabb gyógyszere, a morfium egyben kábítószer is, vagyis gyógyít és pusztít. Vagy gondoljunk arra a régi, máig nem csillapodó vitára, amely szerint a marihuána hatóanyaga, a delta-9-tetrahidrocannabinol egyes betegségekben és tünetekben – például zöld hályog, asztma vagy krónikus hányás – igen kedvező gyógy-

Gyógyszer vagy kábítószer? Még világosabbá válik e dilemma, ha arra gondolunk, hogy a mai gyógyászat egyik leghatékonyabb gyógyszere, a morfium egyben kábítószer is, vagyis gyógyít és pusztít.

hatású szer, ugyanakkor ugyanez a drog addikciót alakít ki, „kapudrogként” zöld utat nyit a heroin és a kokain használata felé, és fogyasztói intoxikáns állapotban gyakran fejezik be az életüket autóbalesetben vagy más drámai végkifejlettel. Az ötvenes és hatvanas években a hallucinációkat és illúziókat előidéző, úgynevezett pszichedelikus szerek (prototípusuk az LSD) gyógyászatban való felhasználásáról egy sor kutatás indult, melyeknek a hallucinogének kábítószerlistára való kerülése vetett véget 1968-ban, örök rejtélyként hagyva a nagy kérdést: használatuk valóban segíti-e a pszichoterápiát. Az LSD, az Ecstasy vagy az ibogain vajon gyógyszer vagy kábítószer? Sokan sokféle választ adnak erre (a gyógyszerpártiak: Feldmár, 1998; Grof, 1993; Stafford, 1992; Stolaroff, 1997; Kafkalides, 1995; Zimmer és Morgan, 1997; a „kábítószer-pártiak”: O' Brien, 1997; Tacke, Ebert, 1991; Ungerleider, Pechnick, 1994).

Tiltás vagy megengedés?

Szorosan ehhez a dilemmához kapcsolódik az a kérdés, hogy vajon tiltani kell-e a pszichoaktív kémiai szereket, vagy a fogyasztókra kell bízni, mint a dohányzás vagy az alkoholivás esetében, hogy mit szeretnének fogyasztani vagy nem fogyasztani, mértékkal vagy mértéktelenül, vállalva ennek esetleges következményeit. *Tiltás vagy megengedés*, ez a következő binarizmus tehát, amely annyi fejtörést okozott a világnak és máig le nem záruló viták özönét zúdította szakemberekre és laikusokra egyaránt. A célok és eszközök megválasztásának a kérdéséről van szó, arról, hogy mit tűzhet maga elé egy racionálisan gondolkodó társadalom: bizonyos szerek terén teljes drogmentességet követel, vagy tudomásul veszi, hogy ezt a totális célt lehetetlen megvalósítani; az igazi kérdések azonban nem itt és nem így vetődnek fel (Nadelmann, 1998). A tiltás és megengedés kérdése részben kulturális tradíciók kérdése is. Hiszen ott, ahol a borivás évezredes múltra nyúlik vissza, vagy ahol a máktermesztés mélyen beivódott a népi hagyományokba, mint nálunk, az európai csatlakozás közelsége, az európai gyakorlat mássága sem készíten semmilyen szigorító lépésre Európa „legszigorúbb” büntetőjogi szabályozásának a megalkotásakor sem. Miközben az Európától távolabb lévő Ukrajnában 1992 óta nem lehet mákot termesztetni (Kótyuk, 2000).

Tiltás vagy megengedés, ez a következő binarizmus tehát, amely annyi fejtörést okozott a világnak és máig le nem záruló viták özönét zúdította szakemberekre és laikusokra egyaránt.

De nem csak a kultúra meghatározó szerepe mutatható ki ebben a binarizmusban. Kemény gazdasági érdekek alakítják ki a tiltás és megengedés aktuális arányait, minden egyes kémiai szerre nézve. Ezért lehet a dohányipari és alkoholtermékeket hazánkban reklámozni, és ezért üldözik kommandós egységekkel a tenyérnyi helyen termesztett marihuánaültetvényeket. Az utóbbi mögött ugyanis komolyan figyelembe vehető érdemi érdekcsoport nem áll, viszont a tömegkommunikációban hatásos üzenet közölhető: a rendőrség dolgozik.

Büntetés vagy gyógykezelés?

A tiltás vagy megengedés dilemmája a droghoz való hozzáférés lehetőségeit tágítja vagy szűkíti, de nem érinti azt a kérdést, hogy vajon az az ember, aki már rendszeres, napi fogyasztó, hogyan vehető rá arra, hogy abbahagyja a fogyasztását. Egyesek szerint ezt nem lehet másként, csakis személyiségfejlesztő, humán módszerekkel. E megközelítés összefoglaló neve a keresletcsökkentés. Mások viszont úgy gondolják, hogy a drogfogyasztó bűnöző, hiszen tiltott szert használ. A bűnözőt pedig börtönbüntetéssel lehet egyrészt eltávolítani a közösségből (ezáltal megakadályozni, hogy példája nyomán mások is elkezdjék a drogfogyasztást), másrészt a börtön meggátolja azt is, hogy folytassa a kábítószer-használatot. Ez utóbbiról persze ma már tudjuk, hogy illúzió. A kérdés tehát feltehető

TANULMÁNYOK

így is: büntetés vagy gyógykezelés (leszoktatás, személyiségfejlesztés, rehabilitáció). Vagy mindkettő, vagy egyik sem. A „mindkettő” azt jelenti, hogy amennyiben a büntetés és a gyógykezelés fogalmát egyaránt kimerítő rendszer létrehozásával a két megközelítés fontos elemeit kombináljuk, hatékonyabb megoldás születhet. Ezt hívják „kényszergyógykezelésnek”. Ilyenkor börtönkörülmények között folyik a gyógykezelés. De gyógykezelésnek nevezhető-e az, amikor az ember nem maga választja meg gyógyítása, gyógyulása feltételeit? Országonként, földrészenként, kultúránként, embercsoportonként, szakmai irányzatokként más és más válaszok születnek erre a kérdésre.

Pszichopatológiai vagy patopszichológiai dimenzió?

A pszichopatológiai dimenzió a kóros jelenségek sajátos perspektíváján át transzformálja a valóságot. Ilyenkor a klinikai nézőpontból észlelt tapasztalatokat vetítjük ki azokra az emberekre, akiket nem kezelünk, mert nem keresnek fel minket. Mivel vélhetően ugyanazokat a tüneteket mutatják, mint a kezelt páciensek, e láthatatlan populációt felruházunk a pszichopatológia drámai többletével. De nincs-e „vakfoltunk” ilyenkor? Gondoljuk csak el, hogy melyik LSD-fogyasztó keres fel minket rendelőkben. Az, akinek valamilyen problémája támadt az LSD használata közben. Például „szörnyű utazása” volt, és e pszichózis lezajlása után sem tudja a közben szerzett élményeit feldolgozni. Szinte csak ilyen vagy ehhez hasonló problémával keresnek fel minket az LSD-fogyasztók. Ebből azt a következtetést vonhatjuk le, minden LSD-fogyasztónak feldolgozatlan „szörnyű utazása” miatt szüksége van a szakértelmünkre. Az LSD borzasztóan káros szer. Ha találkozunk olyan LSD-használóval, aki nem illik a képbe, azt mondjuk, hogy „rendhagyó eset” vagy: bármikor jöhet a horrorisztikus élmény, és akkor majd felfogja a probléma súlyát.

Csak hogy nem biztos, hogy ez így van. Az LSD-fogyasztók jelentős része az LSD-t nem tekinti káros szernek. Sőt egyesek szerint „ami a teleszkóp volt az asztromiának, s a mikroszkóp volt a biológiának, az az LSD a pszichológiának” (Grof, 1993; Feldmár, 1998). Sokan úgy gondolják, az LSD-nek köszönhetik személyiségük gazdagodását, fejlődését. Eszük ágában sincs orvosi kezelésnek alávetni magukat. Ha „horror tripet” tapasztalnak a környezetükben, ezt a fogyasztó felkészületlenségével, előítéleteivel, és nem a drog biológiai hatásaival magyarázzák (Ruzsa, é. n.). Ezt a vélekedést nevezhetjük patopszichológiai megközelítésnek, melynek révén a kóros jelenségeket is az egészségesség egyfajta szélsőséges variánsának állíthatjuk be.

A kérdés az, hogy vajon hol az igazság: vajon a pszichopatológiai megközelítés aggodalmat, sőt rettenetet keltő tapasztalatai alapján ítéljük-e meg a hallucinogének használatát, vagy higgyünk a szakavatott klinikusoknak? Netán a fogyasztóknak higgyünk? Hiszen végül is az ő

A kérdés tehát feltehető
így is: büntetés vagy
gyógykezelés
(leszoktatás,
személyiségfejlesztés,
rehabilitáció).
Vagy mindkettő,
vagy egyik sem.

hitelességükhöz nem férhet kétség. Leegyszerűsítve és összefoglalva: *pszichopatológiai vagy patopszichológiai dimenzióban gondolkozunk-e, amikor a drogokkal kapcsolatba került emberek problémáit szeretnénk megérteni?*

Szubjektív vagy objektív tudás?

A medicina, így az addiktológiai medicina, röviden az addiktológia is az emberek sajátos problémáit helyezi vizsgálódásai előterébe. Még közelebről: az orvostudomány a humán életproblémák egyik szeletével, a biológiai szervezet egyensúlyzavaraival összefüggő emberi szenvedésfajtákkal foglalkozik. Az addiktológia pedig a központi idegrendszerben ható kémiai szereknek a viselkedésre és az élménymódra tett hatásait kutatja. A drogfogyasztók különös emberek, nem hétköznapi páciensek. Rendkívüli érdeklődést mutatnak a drogok iránt, sőt a drogoknak a saját szervezetükre tett hatásai iránt is. Mint a páciensek jelentős része, ők is igyekeznek fel- és átdolgozni mindazt, ami betegségük kialakulásától kezdve velük történik, különös tekintettel a drogokkal kialakított intim viszonyukra. E fel- és átdolgozás során olyan sajátos felfedezésekre tehetnek szert, amelyek néha megelőzik az orvostudomány kutatásait. Különösen az egyes drogok kombinálásával fellépő, újszerű hatásokra vonatkozó megfigyeléseik figyelemre méltók. Amerikai drogfogyasztók jöttek rá például arra, hogy a codein és a glutethimid együttes fogyasztása növeli az opiátok által okozott eufóriát. Ezt később több ország drogfogyasztói kongeniálisan újra felfedezték. Ma ugyanilyen felfedezésnek vagyunk tanúi, amikor az opiátmegvonás során az orvosok által indokolatlanul túl gyakran felírt clonazepamot a heroinisták a heroin kiegészítőjeként kezdték alkalmazni, éppen a szokásos eufóriaélmény kitágítása céljából. Mindezek alapján bátran megkockáztathatjuk azt a kijelentést, hogy a drogfogyasztók egy része zseniális kémikus, aki önként és ösztönösen kísérletezik a saját szervezetével és a drogokkal, és közben olyan megfigyeléseket tesz, amelyekből a kutatók, klinikusok is tanulhatnak.

Ugyanerre a következtetésre juthatunk, ha az ópiummák nyugtató célú alkalmazásának népi szokásait vesszük górcső alá. A tradicionális orvoslástól (ahol az ópiumot az ókortól alkalmazták gyógyszerként) jórészt függetlenül a görög kultúrától napjainkig nyomon követhető a máknövény főzetének nyugtatás, altatás céljából történő önadagolása (Kovács, 2000).

A drogot fogyasztók, a drogok fogyasztásával összefüggésben álló pszichiátriai betegségekkel bajlódók drogélménye, drogokkal kapcsolatos tapasztalata sajátos közös nyelv, tudáskészlet, kultúra kialakulását hozza létre. Ezt a tudást a „drogfogyasztó kultúra” fogalma fedi. Tekintettel arra, hogy ezt a tudást ugyanakkor csupán önmegfigyeléseket végző emberek alakítják ki, itt nem beszélhetünk arról az objektivitásról, amelyre minden tudomány törekszik. Karl

A drogfogyasztók különös emberek, nem hétköznapi páciensek. Rendkívüli érdeklődést mutatnak a drogok iránt, sőt a drogoknak a saját szervezetükre tett hatásai iránt is.

TANULMÁNYOK

A szubjektív és objektív tudás között járnak kötéltáncot azok a kutatók, akik tudósként önkísérletet végeznek, és ezáltal vagy ennek segítségével jutnak új felismerésekhez.

Popper nyomán ezért nevezzük a drogfogyasztók ismereteit szubjektív tudásnak (Gerevich, 1999). Ahogy Popper írja, objektív tudásról akkor beszélhetünk, ha ilyen megállapításokkal találkozunk: „a víz hidrogénből és oxigénből áll”. A szubjektív tudás akkor jön létre, ha a megfigyelő és a megfigyelt között szubjektív viszony áll fenn: „azt gondolta, hogy az elemi részecskéknek belső szerkezetük van”. Azt is mondhatnánk, hogy a szubjektív és objektív tudás a tudás két pólusa. Közöttük olyan fogalmi kontinuum van, amely mentén mindenfajta tudás elhelyezhető az objektivitás mértéke szerint. A popperi értelemben vett szubjektív tudásnál is lehet még szubjektívebb tudás, amikor ezt halljuk: „miután belőttem magam, rájöttem, ki vagyok én valójában”. A szubjektív és objektív tudás között járnak kötéltáncot azok a kutatók, akik tudósként önkísérletet végeznek, és ezáltal vagy ennek segítségével jutnak új felismerésekhez. Példaként álljon

itt Sigmund Freudnak, a pszichoanalízis kidolgozójának és Albert Hofmann-nak, a Sandoz cég kémikusának esete. Freud tudományos érdeklődése a kokain iránt szorosan összekapcsolódott a kokain fogyasztása során szerzett élményeivel. Hofmann egy véletlen LSD-fogyasztás alkalmával fedezte fel az LSD hallucinogén hatását. Ezt követően megnőtt a drogok iránti önmegfigyeléses kísérletező kedve. (Freud kokaintanulmányára még visszatérünk.) Popper a szubjektív és objektív tudásról szóló tanulmányában a mai tudományos művek jelentős részét a szubjektív tudás részének tekinti, és felhívja a figyelmet arra, hogy a tudósok milyen nagy mértékben elhanyagolják az objektív tudást.

Mindezek alapján feltehetjük a kérdést, hogy vajon *szubjektív vagy objektív tudásra van-e szükség ahhoz, hogy megfelelően tájékozódjunk a drogok emberre tett hatásairól*. Egyikre, mindkettőre, vagy még valami másra?

Tradicionalitás vagy alternativitás?

Nem biztos, hogy mindehhez megfelelőek a fogalmaink. Jobb híján tradicionalitásnak nevezzük mindazt a törekvést, melynek jegyében a mindenkori tudományos játékszabályok szerint tesznek fel kérdéseket, állítanak fel hipotéziseket, alátámasztanak vagy cáfolnak, vitatkoznak és egyetértenek. Olyasmi ez, amihez hasonlót Kuhn érthetett a paradigma-fogalom operacionalizálásakor. Hiszen mi egyéb is lenne a tudomány, egy adott korszakában, mint valamiféle írott és íratlan megállapodások által keretbe foglalt szabályrendszer, ahol az adatok gyűjtésének és feldolgozásának konszenzuális tradíciói vannak? Ha valaki eltér ezektől a tradícióktól, nagy valószínűséggel nem lehet sikeres tudós, még akkor sem, ha kiderül, hogy a tudomány egy jövőbeli fejlődési korszakában az ő gondolatmenetéhez és eljárásaihoz fognak igazodni. A tradicionális addiktológia fogalmán lényegében a tan- és kézikönyvekbe vésett addiktológiát értjük. Mindazt a tudást, amelyet egyetemi katedrákon ok-

tatnak, és amelynek rendszere megfelel a következő kritériumoknak: törekvés a popperi értelemben vett objektív tudásra; a drogok hatásainak megismerésére irányuló, objektív mérőmódszereken alapuló klinikai és laboratóriumi kutatások eredményeire való alapozás; az illegális drogokról vallott felfogásban a pszichopatológiai dimenzió kizárólagossága a patopszichológiai dimenzióval szemben; a drogok funkcionális előnyeivel szemben a drogok által előidézett ártalmak előtérbe helyezése; a drogok hozzáféréssel kapcsolatos, mindenkor jogi szabályozás tiszteletben tartása. Álljunk meg ennél a pontnál egy kicsit.

Ugyanis e legutolsó kritérium egyáltalán nem törvényszerű. Hiszen mit várunk el egy tudóstól, ha nem objektivitást? Az objektivitás kritériumától távol áll a hatalomhoz való lojalitás, ha a hatalom nem tudományos tények alapján hozza meg döntéseit. Drogügyben pedig ez gyakran előfordul. Közismert tény például, hogy sok drog azt megelőzően került kábítószerlistára, hogy befejeződtek volna a droggal kapcsolatos kutatások. Az esetek többségében a döntés természete egyértelműen politikai volt.

Közismert tény például, hogy sok drog azt megelőzően került kábítószerlistára, hogy befejeződtek volna a droggal kapcsolatos kutatások. Az esetek többségében a döntés természete egyértelműen politikai volt.

Alternativitás: ez a kifejezés valamivel egyértelműbb, hiszen a tradicionalitással való szembeállítás valamennyi irányzatát sűríti egybe. Szemben a tradicionális addiktológiával, az alternatív addiktológia ismeretrendszere alig jelenik meg írott formában. Egyfajta rejtőzködő, „földalatti” tudomány, amelyben a személyes kapcsolatok révén átadott tudás, információ sokkal nagyobb szerepet játszik a diszciplináris áttételek rétegein többszörösen megszárt és ezáltal elszemélytelenedett tudáshoz képest. Az alternatív addiktológiában a publikációnak, a tudományos médium impakt faktorának alig van szubkulturális értéke. Egyedül a személyes tapasztalat számít. Nagyobb jelentősége van a drogokkal kapcsolatos saját vagy hozzátartozói élménynek, mint valamilyen rangos egyetem addiktológiai fakultásán szerzett iskolának. Ezért is tekintjük a Névtelen Alkoholisták (AA) mozgalmát az alternatív addiktológia részének. Az AA-ban ugyanis az alkohollal kapcsolatos személyes vagy hozzátartozói (kodependencia pozíciójából szerzett) tapasztalat a sine qua nonja mindenfajta addiktológiai munkának. Az alternatív addiktológia hívei a drogok egyes csoportjait nem tekintik kártékónak (az AA igen!). Sőt egyes kémiai szerek fogyasztását előnyösnek tartják a személyiségfejlődés szempontjából. A természetes drogokhoz mint gyógynövényekhez viszonyulnak, szoros tehát a kapcsolódásuk a népi gyógyászatához, a természetgyógyászatához.

Vajon a radicionalitás vagy az alternativitás közelíti-e meg jobban az igaz-

ságot a drogok emberi hatásairól? Az az olvasó, aki eddig egyik táborhoz sem érezte se közel, se távol magát, az eddigiek alapján tud-e erre a kérdésre válaszolni? Attól tartunk, hogy nem. Talán kiderül a tanulmány végére, hogy a kérdésfeltevésben rejlik a baj.

Az alternativitás adatai és értelmezései

Ez a tanulmány nem alkalmas arra, hogy tradicionalitás és alternativitás valamennyi tételét, kutatási eredményét és megnyilvánulását áttekintsük. Tekintettel arra, hogy a tradicionalitás eddig sokkal több dokumentumban nyilvánult meg, mint az alternativitás, mindössze az utóbbi bővebb kifejtésére vállalkozhatunk.¹

Az alternativitás bölcsője: Freud kokaintanulmánya

Több levél is tanúsítja, hogy Freud 1884 áprilisában hírt ad a kokain iránti tudományos érdeklődéséről. Jóval a pszichoanalízis kidolgozása előtt, egy meghíúsult szakmai sikerrel a háta mögött (arany-klorid-eljárás) úgy érezte, a kokain végre hírnevet hoz számára. Életrajzírója, Ernest Jones idézi azt a levelet, amelyben a következőket olvashatjuk: „Olvas-tam a kokainról, a kokalevelek legfontosabb alkotóeleméről, melyeket egynémely indián törzs tagjai azért rágnak, hogy el tudják viselni a nél-külözéseket és viszontagságokat. Egy német orvos katonákon kísérlete-zett a szerrel, s arról számolt be, hogy a kokain fokozta a katonák ener-giáját és kitartását. Magam is beszerzek némi kokaint, és ki fogom pró-bálni szívbetegesen és idegkimerülteken, különösen abban a nyomorú-ságos állapotban, amely a morfium adagolásának beszüntetésekor köv-etkezik be (dr. Fleischl). Lehet, hogy mások is dolgoznak ezen a problémán, az is lehet, hogy semmiféle eredményre nem jutunk. Én azonban feltét-lenül megpróbálkozom vele, s te is jól tudod, hogy ha valaki állhatatos, előbb-utóbb sikerrel jár” (Jones, 1973).

Freud két irányban indult el a kokain hatásának a tanulmányozása terén. Egyrészt Darmstadtból rendelt egy gramm kokaint, és nyomban kipróbált belőle ötven milligrammot. Azt tapasztalta, hogy nyomott ke-délyállapota megszűnik és egyre vidámabb lesz. Úgy érezte magát, mint-ha egy felséges vacsorát evett volna, de nem pilledt el tőle, hanem egy-nesen megnőtt tőle a munkakedve. Ekkor döntött úgy, hogy súlyosan beteg barátjának, Ernst von Fleischl-Marxownak (1846–1891) javasolni fog-ja a kokain szedését. A szintén orvos Fleischlt kísérletezés közben súlyos fertőzés érte, amely miatt jobb hüvelykujját amputálni kellett. Ezt köv-etően idegdaganatok léptek fel, amelyek elviselhetetlen fájdalmat okoztak neki. Ekkor szokott rá a fájdalomcsillapítóként használt morfiumra. Freud

¹ Szeretnénk hangsúlyozni, hogy mindketten a tradicionalitás gondolatrendszerét képviseljük. Ezt is oktatjuk graduális és posztgraduális képzéseken. Ez következik szakmai szocializációnkból és klinikai tapasztalatainkból. Tradicionalitásunk azonban nem zárja ki nyitottságunkat más tapasztalatok és gondolatrendszerek iránt.

úgy gondolta, a morfium helyett egy kevésbé ártalmas szert kell adni; a kokain kapóra jött, mert ilyennek tűnt a számára. Fleischl le is szokott a morfiumról. Egy másik esetben gyomorhurut során fellépő fájdalmat csillapított hatásosan kokainnal. Közben depresszió és emésztési zavarok ellen a szert maga is szedte, kis adagokban. Meg volt elégedve a hatásával. Annyira bízott a kokainban, és annyira nem érezte annak komolyabb veszélyét, hogy menyasszonyának, Mártának is küldött belőle, „hogyan megerősödjek és kipiruljon az arca tőle”. A klinikai (ön)vizsgálatok mellett az Orvosszövetség könyvtárában Freud áttekintette a kokain szakirodalmát. 1884. június 18-án befejezett tanulmánya bizonyítja, mennyire szerteágazó és jelentős kokainkutatás folyt abban az időben (Freud, 1999).

A kokaintanulmány megírása idején Freud naponta szedte a kokaint. Parenterálisan soha nem adta magának, kizárólag szájon át alkalmazta.

A kokaintanulmány megírása idején Freud naponta szedte a kokaint. Parenterálisan soha nem adta magának, kizárólag szájon át alkalmazta. Egészen pontosan nem tudjuk, mikor és miért, de még ugyanebben az évben, 1884-ben abbahagyta a szedését. A rendelkezésünkre álló adatok szerint a pszichoanalízis bevezetése előtt álló mester nem szokott hozzá a szerhez. A kokain számára döntően intellektuális, gyógyászati probléma volt, annak ellenére, hogy – amint Jones világosan rámutat – a kokain pozitív megerősítő hatása alól ő sem vonhatta ki magát: „Ebben a tanulmányában olyan hangot üt meg, amely soha többé nem tér vissza írásaiban: a tárgyilagosság szubjektív hévvel fonódik össze, mintha szerelmes volna a témájába.”

Egy másik tanulmányunkban részletesen elemeztük Freud e korai művét (Gerevich, 1999), ezért erre most nem térünk ki. E tanulmány még abban a történelmi („arany”) korban született, amikor nyomát nem látjuk az addiktológia megosztottságának. A szakember érdeklődését még nem vezeti más, csak egyfajta egészséges kíváncsiság a témája iránt. A társadalom még nem minősítette devianciának, az igazságügy bűncselekménynek a drogfogyasztást. Nem alakultak ki a közvéleményben megkövesedett elítélések (amelyek esetleg a tudósban is leképeződhetnek). Morális megfontolásokkal sem találkozunk. Olyan pillanat ez, amilyenben például Albert Hofmann lehetett az LSD felfedezésekor. Tradicionalitás és alternativitás egyaránt megtalálható a kokaintanulmányban. Tradicionalitás, amennyiben a tudós az orvostudomány hagyományos megközelítési módjaival, a klinikai tapasztalatok felhasználásával objektíven igyekszik a kokain tulajdonságait összegyűjteni és az adatokat értékelni. Alternativitás, amennyiben magától értetődőnek tekinti, hogy szükség van saját élményre a tájékozottsághoz.

A pszichedelikus kultúra

A tiszta pszichedelikus hatással rendelkező növények fogyasztói annak a meggyőződésüknek adnak hangot, hogy ezek a szerek (főleg az indolok: LSD, pszilocibin, harmalin és a triptaminok, valamint a

fentilaminok: meszkalin, MDA, DOM és mások) különálló farmakológiai csoportot alkotnak, amelyre az jellemző, hogy stimulálják a központi és szimpatikus idegrendszert, és a szerotonerg vagy a dopaminerg rendszerekre (akár együtt a kettőre) hatnak. Ezek a drogok abban is különböznek a többi drogtól, hogy használatuk orvosi szempontból sokkal biztonságosabb. Ez különösen az indolokra igaz.

A pszichédélikus kultúra tagjai képesek több ezer kilométeres „zarándokutakat” tenni csak azért, hogy egy-egy speciális hallucinogén gombafajtához hozzájussanak.

Nincs halálos adagjuk és komolyabb fizikai toxicitásuk sincs. Fogyasztóikra mégis leselkednek veszélyek. E veszélyek – a pszichédélikus kultúra tagjai szerint – elsősorban pszichológiai természetűek. Sokszor az előítéletes elvárások reprodukálódnak a droghatás során; ha valaki borzalmakra számít, meg is kapja azokat a „szörnyű utazásban”. Ez a szorongásteli állapot időről időre visszatérhet anélkül, hogy az élményt átélő újabb adag LSD-t venne be. Ez a jelenség a „flashback” (visszaemlékezés). A „szörnyű utazás” pánikhoz vezető ördögi kör eredménye, és nem az LSD neurobiológiai hatásával van összefüggésben.

Az alternatív addiktológia hívei – tapasztalataik alapján – azt állítják, hogy a szörnyű utazás pszichózisa elkerülhető, ha a fogyasztót a drog elfogyasztása előtt előítélet-mentesen felkészítik a várható eseményekre és élményekre, felhívják a figyelmét a lehetséges veszélyekre, és arra, hogy milyen jelentősége van a barátságos emberi környezetnek a pánik és ellenségességérzés elkerülése szempontjából. A pszichédélikusok szerint a tradicionális addiktológia által közreadott tankönyvek félrevezetik a potenciális fogyasztókat. Olyan veszélyhiedelmeket fogalmaznak meg, amelyek hamis elvárásokat alakítanak ki. Ezek az elvárások a kezdőkben önmagát beteljesítő jóslatokként valóban előidéznak pánikszerű állapotokat. Ezeknek az állapotoknak a klinikai észlelése pedig visszaigazolja a tankönyvekben foglaltakat.

A pszichédélikus kultúra tagjai képesek több ezer kilométeres „zarándokutakat” tenni csak azért, hogy egy-egy speciális hallucinogén gombafajtához hozzájussanak (Stafford, 1992). Az utóbbi években egyre több hazai drogfogyasztó csatlakozott e kultúrához. Az internet lehetőségeit kihasználva több olyan magyar nyelvű addiktológiai tanulmány került nyilvánosságra, amely a pszichédélikus kultúra szemléletét és ismeretrendszerét jeleníti meg (Ruzsa, é. n., Grof, 1993).

A drogélmény kognitív modellje

Az egyik legnagyobb hatású gondolkodó, akinek a gondolatmenete folyamatosan felismerhető az alternatív addiktológia megnyilvánulásaiban, Howard Becker amerikai szociológus. Már a hatvanas években kidolgozta azt a modellt, amelyet a kognitív pszichológia egyik előfutárának is tekinthetünk. Becker szerint a szubjektív drogélményt több tényező határozza meg.

1. Válogatunk az objektív hatások között. Gyakran fontos hatásokat

nem a drognak tulajdonítunk. A droghatás elhanyagolása annál nehezebb, minél erősebb az objektív (fiziológiai) hatás ereje.

2. A hatás megjelenése viszonylagos. Egyazon drog hatásait a különböző emberek különbözőképpen élhetik meg. Egyazon embernél is különböző lehet a hatás különböző időpontokban. Aberle vizsgálataiban például a peyotlélmény egészen másféle volt az indiánoknál, mint a kísérleti személyeknél (Aberle, 1966).

3. A nem hétköznapi élmények nagyobb hangsúlyt kapnak. Azok a fogyasztók, akik azért drogoznak, hogy eljussanak bizonyos, közönséges módon nem elérhető szubjektív állapotba, azokra a hatásokra fognak számítani és nagy valószínűséggel azokat fogják átélni, amelyek a külső és belső tapasztalat hagyományos percepciójától és értelmezésétől való eltéréseket nyújtják: a tér- és időérzékelés eltorzulása, a hétköznapi események fontosságának és értelmének megítélésében bekövetkező változások, és folytathatnánk.

4. Egy-egy hatást különösen kedvesnek tarthatunk. Olyan effektusokat is célként tűzhetünk ki, amelyeket a be nem avatottak kellemetlennek, taszítónak vagy ijesztőnek találnak.

5. Más fogyasztók (beavatottak) vélekedése a fogyasztásról erősen befolyásolhatja a drogélményt, ugyanakkor a nem beavatottak (nem fogyasztók) droggal kapcsolatos véleménye is meghatározó lehet egy-egy esetben.

George Herbert Mead szerint az objektumoknak csak akkor van jelentőségük az egyén számára, ha az a velük kialakított interakcióban jelentést (jelentőséget) is tulajdonít nekik, meghatározott módon. A tárgyak – így a kábítószeresek – jelentése nem immanens tulajdonságaikból vezethető le, hanem a társadalmi interakció folyamatában jön létre. Jellegétől függ, hogy a szóban forgó tárggyal kapcsolatban a résztvevők milyen konszenzusra jutnak.

A drogélmény intenzitásának növekedése mentén eljutunk a legsúlyosabb drogélményhez, a drog által indukált pszichózis átéléséhez. Becker szerint minden társadalom megfogalmazza az épelméjűség és elmezavar jellemzőit. A társadalmi közmegegyezésnek megfelelően a fogyasztó is minősíti a saját állapotát. Ezáltal egyfajta elmezavarnak, pszichózisnak is felfoghatja azt. Kitűnő példa erre Burroughs Meztelen ebéd című, 1959-ben megjelent regénye, amely tele van pszichózisélménnyel. A később publikált saját élményre alapozott leírásokban a pszichotikus regresszióra utaló tünetek csökkennek, majd eltűnnek, utólag igazolva Becker gondolatmenetét. Ha a fogyasztó azt észleli, hogy elméje megzavarodott, egy sor prekonceptiót kapcsol az élményhez. Ilyeneket például, mint hogy „ebből az állapotból soha nem fogok kijönni”; „ez az anyagozás végzetes lesz a számomra” stb. Ezek a gondolatok pánikot, szorongást válthatnak ki. A pánik eluralkathatja a drogélményt anélkül, hogy a drognak ehhez bármilyen közvetlen köze lenne. A már említett Burroughs-könyv is tele van pánikleírással.

Becker példájában a fogyasztó azt éli át, hogy az ablak szintjétől egy méterre van a föld, miközben valóságosan az ablak két emelet magasságában található. Erre a jelenségre kétféle interpretáció adható. Az első szerint a fogyasztónál a drog hatására súlyos észlelési zavar jelentkezett.

TANULMÁNYOK

Ez az észlelési zavar pszichózis fennállására utal. A második értelmezés alapján egyszerűen arról van szó, hogy a fogyasztó elmulasztotta korrigálni a drog által okozott rendellenességeket. Ez – Becker szerint – megtanulható.

A drog által okozott, nemkívánatos lelki hatások részben tehát fiziológiai folyamatoktól függenek, nagyobb részben viszont azoktól a definícióktól és koncepcióktól, amelyeket a fogyasztó ezekhez a folyamatokhoz kapcsol.

A drog által okozott, nemkívánatos lelki hatások részben tehát fiziológiai folyamatoktól függenek, nagyobb részben viszont azoktól a definícióktól és koncepcióktól, amelyeket a fogyasztó ezekhez a folyamatokhoz kapcsol.

A drogfogyasztó kultúra funkciói szintén ebben az összefüggésben érthetők meg. A kultúra tagjai ugyanis éppen azokra a teendőkre készítik fel az újonnan belépőt, amelyek elkerülhetetlenek ahhoz, hogy a drog nem kívánt hatásai megjelenjenek. Az újonc a gyakorlott fogyasztóktól megtanulja, miként kell az adott perceptumot értelmezni. Az egyik legfontosabb értelmezés az, hogy az éppen átélt élmény átmeneti és nem tartós vagy örökkévaló. Ezáltal a különös észlelés elveszíti végzetszerűségét.

Ahhoz, hogy ilyen kultúra működhessen, Becker szerint a következő feltételekre van szükség: A drognak nem szabad a használó értelmezésétől függetlenül tartós szellemi és fizikai károsodást okoznia. Ennek alapján tehát az adott kultúra nem szerveződhet néhány kémiai anyag, így az alkohol, a barbiturátok és a heroin köré. A fogyasztóknak jó néhány dologban összhangra kell jutniuk. Rendelkezniük kell olyan ismeretrendszerrel, amely a drog megszerzéséhez és fogyasztásához szükséges feltételeken túl magában foglalja azokat a definíciókat, amelyek a tipikus hatásokra, az élmény tipikus lefolyására, a hatások tartóságára, valamint azokra a módszerekre, eljárásokra vonatkoznak, amelyek akkor szükségesek, ha baj van. Végül a drogot csoportosan kell használni, hogy átadhatók legyenek e kultúra definíciói és értelmezései. E feltételek leginkább a marihuána, valamint a pszichedelikus szerek fogyasztására érvényesek.

A drogok jogi szabályozásának következményei

Aki áttanulmányozza egy-egy drog sorsát azt követően, hogy a megengedett és tiltott kategóriából végérvényesen a tilalmi listára száműzték, érdekes megállapításokat tehet. Berridge és Edwards korszakos könyvében, amely a tizenkilencedik századi Anglia ópiumhasználatával foglalkozik, már rámutattak, hogy addig, amíg az emberiség informálisan ellenőrizte a kábítószer-fogyasztást, a drogok használata és a fogyasztás során megjelenő problémák igen jól kezelhetőnek bizonyultak. A drogtörténészek szerint a drogok formális ellenőrzése óta beszélhetünk társadalmi, sőt világméretű, globális problémaként a kábítószerekről (Berridge, Edwards, 1981).

A részleteket illetően sem derűsebb a kép. Az illegalitásba kényszerült drognak például romlik a minősége, hamisítani kezdik, ezáltal szennyezett, fertőzött lesz. A fogyasztás szomatikus szövődményeinek jelentős része a hamisításhoz használt adalékanyagokra vagy az oldószerként alkalmazott, toxikus ágensekre vezethető vissza (Vandlik, 1995). Mihelyt az addig gyógyszerként alkalmazott szer feketelistára és ezáltal margón kívülre, az utcára kerül, hatóanyag-tartalma 40–60 százalékot is csökkenhet. Valójában teljesen bizonytalan, hogy azt tartalmazza-e, amiként árulják. Az biztos, hogy ugrásszerűen megnőnek azok az ártalmak, amelyek a fogyasztásával függenek össze (Weil, Rosen, 1983).

A tiltás másik következménye, hogy az adott (betiltott) drog fogyasztása szintén ugrásszerűen megnő. Ez történt a marihuána, az LSD és az amfetaminok betiltása után is (Miller, 1991, Galanter és Kleber, 1994). Ezt sokan a „tiltott gyümölcs” jelenséggel magyarázzák, mások a tiltás provokatív aspektusára hívják fel a figyelmet. A stigmatizáció veszélye is jelentősen megnövekedik. A drogfogyasztók élete a „föld alá” kerül, rejtőzködniük, hazudniuk kell. Láthatatlanná, ezáltal elérhetetlenné válnak a segítő szolgáltatások és epidemiológiai kutatások számára. A drog árának aránytalan növekedése miatt kénytelenek a magas árat kriminális eszközökkel előteremteni, lopni, strichelni, „pusherként” kereskedni. A tömegkommunikáció ezt a képet rögzíti a közvélemény számára (Csorba, 1999).

Ha megfordítjuk a kérdést, és azt nézzük, az adott drog dekriminálizációja következtében hogyan változik a fogyasztása, a marihuána esetében fordított eredményre jutunk (a többi droggal kapcsolatban dekriminálizációs tapasztalatok nincsenek). Mind a holland, mind az amerikai dekriminálizációs adatok szerint (Model, 1991, Kleiman, 1992; Spruit, 1998) a büntetés eltörlésével csökkent a marihuána fogyasztása.

A drogtörténelem szerint a drogok formális ellenőrzése óta beszélhetünk társadalmi, sőt világméretű, globális problémaként a kábítószerokról

Kábítószeres és pszichoterápia

Mint ahogy már említettük, az LSD felfedezését követően pszichiáterek és pszichológusok kezdték a szert pszichiátriai betegek gyógyításában alkalmazni. Az LSD tiltott listára kerülését követően, 1968 után, e kezelési eljárások nagy része félbemaradt, más részük illegálisan tovább folyt. A kilencvenes évek tankönyvei és kézikönyvei e kísérletekről egy-egy mondatban adnak hírt. E híradás lényege az, hogy a hetvenes években azért maradtak abba az LSD-terápiák, mert az LSD mint gyógyszer, illetve mint a pszichoterápia hatását elősegítő szer nem vált be (Hollister, 1986; Tacke, Ebert, 1991; O'Brien, 1997). Ugyanez a tradicionális addiktológia híveinek összegző véleménye a marihuánáról, az Ecstasyról, a ketaminról, az ibogainról és a meszkalinról. Tegyük rögtön hozzá, a jeles szerzőknek feltehetően igazuk van, hiszen a mai napig nem találtunk e kí-

TANULMÁNYOK

sérletekről módszertanilag megalapozott és a pozitív hatást egyértelműen igazoló összefoglalást.

Ugyanakkor differenciáltabb és részletekbe menő képet kapunk erről a pszichedelikus irodalomból. Az LSD-pszichoterápiának három korszaka különíthető el. Az első korszak a negyvenes évek második felétől az ötvenes évek végéig tartott. Ebben az időszakban a pszichiátriai betegségek legszélesebb spektrumában kipróbálták az LSD-t. Az első kísérlet során tizenhat egészséges személynek és hat skizofrén páciensnek adtak 20–30 mcg-t. Egyes esetekben az LSD-t Ritalinnal, Libriummal, Dramaminnal és amfetaminnal kombinálták. Az ötvenes évek végétől szűkítették a kezelésbe bevont páciensek diagnosztikai spektrumát (a pszichotikusokat és mentálisan retardáltakat kizárták a kezelésből). Ekkor lényegesen nagyobb, egyszeri adagolást alkalmaztak, és nem kombinálták más szerrel az LSD-t. A kezelés módszertanáról, céljairól és eredményeiről a kifejezetten e téma köré alakult *Journal of Psychedelic Drugs* című folyóirat számolt be. Később a folyóirat neve megváltozott: *Journal of Drug Use and Misuse* lett. A pszichedelikus terápiák harmadik korszaka a hetvenes évektől máig tart: ez az underground korszak, amikor a hallucinogének használatának betiltásával a gyógyító tevékenység illegalitásba került. Ezt az illegalitást szüntette meg átmenetileg néhány újra felfedezett szer (Ecstasy, ibogain, ketamin) gyors alkalmazása. Majd e szerek is tiltott listára kerültek.

Grof szerint a nyugati, úgynevezett newtoni-karteziánus, azaz materialista kultúra talajából kinőtt tudomány az egyénnek pusztán biológiai adottságaira, születés utáni élményeire, illetve a freudi egyéni tudattalanra szorítkozik.

Az „acidterápia” szakmailag legszínvonalasabb összefoglalását két könyvben találhatjuk meg: Stanislav Grof: *LSD pszichoterápia* (1980) és Milan Hausner, Erna Segal: *Felüljáró a lelki egészséghez: LSD pszichoterápia* (*The Highway to Mental Health: LSD Psychotherapy*, 1979). 1980-ban jelent meg Kafkalides könyve görögül azokról a pszichedelikus kezelésekről, melyeket a szerző terhes nőknél alkalmazott. E könyv angolul 1995-ben újra megjelent és ekkor vált széles körben ismertté. Ugyancsak nemrég jelent meg egy interjúkötet Jacobról, a legendás LSD-, majd Ecstasy-terapeutáról (Stolaroff, 1997). E könyvből megtudhatjuk, hogy illegális tevékenysége ellenére Jacobnak soha nem volt hatósági ügye. Ezt feltehetően annak köszönhetjük, hogy kezelése során nem történt olyan esemény, amely jelentőségében kikerült volna a rendelő falain túlra. Pedig csaknem 3000 pszichedelikus pszichoterápiát végzett és mintegy 150 szakembert képezett ki e tevékenységre.

Az LSD-pszichoterápia (s tegyük hozzá, az alternatív addiktológia egyik) elméletét a legjobban Grof könyvéből ismerhetjük meg. Grof szerint a nyugati, úgynevezett newtoni-karteziánus, azaz materialista kultúra talajából kinőtt tudomány (ez nagyjából megfelel annak, amit tradicionális addiktológiának nevezünk) az egyénnek pusztán biológiai adottságaira, születés utáni élményeire, illetve a freudi egyéni tudattalanra szorítkozik.

Az LSD használatával a lélek perinatális és transzperszonális szintjeiről eredő megnyilvánulásokat is meg lehet ragadni. Ilyen megnyilvánulások a pszichológiai halál- és újjászületés élménye, az archetipikus létezőkkel való találkozás, a különféle kultúrák mitologikus lényei világába tett látogatások, az érzéken kívüli észlelés, a testen kívüli élmények. Olyan élmények tehát, amelyekről különféle sámáni rítusok, beavatási szertartások, halál-újjászületés misztériumok dokumentumaiban olvashatunk. A „pszichedélikus” kifejezés szó szerint tudatmanifesztálót jelent. Ez a fogalom jól tükrözi azt, hogy az LSD elsősorban a lelki folyamatok nem specifikus katalizátora, mivel megnöveli a lélek és a test energianívóját, ezáltal érzékelhetővé teszi, manifesztálja az egyébként látens pszichológiai folyamatokat.

A pszichedélikus terápiákról szóló híradások anekdotisztikusak. Kétségtelen viszont, hogy a gyógykezelés e módszerébe vetett hit máig nem lankadt azoknál, akik páciensek sokaságát gyógyították ilyen módon, és kártérítési perekről sem tudunk, ahol fehéren feketén kiderült volna az eljárás kártékony volta. A gyógyító folyamat, a terápiás hatékonyság tudományos feldolgozásával azonban az alternatív addiktológia napjainkig adós maradt.

Az addiktológia megosztottsága

Konfliktus vagy békés egymás mellett élés?

Egyelőre háború van. A frontvonalak meglehetősen élesek és szélesek. Az alternativitás elmélete és gyakorlata alig jelenik meg a médiumokban, és egyáltalán nem jelenik meg az egyetemi katedrákon. Az internet, mint a legújabb elektronikus médium, eleinte biztos közlési térnek tűnt, mára kétségessé vált, hogy mennyire alkalmas az alternativitás megjelenítésére. Készülnek azok az új büntető jogszabályok, amelyek alapján bárki ellen eljárás indítható, aki az interneten a drogok fogyasztására buzdít. Véleményünk szerint nem a nyílt konfliktus, nem az alternativitás bosszorkányüldözése vezet a tradicionalitás és alternativitás ellentétének, az addiktológia megosztottságának a feloldása felé.

Egy vagy két paradigma?

Először azt szeretnénk tisztázni, hogy a tradicionalitás és alternativitás paradigma-e, s ha igen, egy vagy két paradigmát testesítenek-e meg.

Thomas Kuhn paradigmaelméletében sajátos alaklélektani példával világítja meg a paradigmák és a valóság viszonyát. A „nyúl-kacsa dilemmáról” van szó. E dilemma egyetlen képbe sűrítődik. A képen kétféleképpen is látható, illetve értelmezhető alakzat jelenik meg. Van, aki nyúlnak, van, aki kacsának látja a képet. Tradicionalitás és alternativitás viszonyára alkalmazva a példát, úgy is fogalmazhatunk, hogy a tradicionalitás paradigmáját képviselők nyulat látnak, az alternativitás hívei ka-

csát. Ugyanaz a jelenség (az alakzat vagy a drogprobléma) kétféle módon jut el a tudati feldolgozás szintjére. Ha ez így van, kézenfekvő, hogy ennek alapján két, különálló paradigmaként értékeljük a két megközelítést. Ha pedig két paradigma áll a tradicionalitás és alternativitás mögött, igen nehéz valamilyen integrációt elképzelni az ellentétek áthidalására.

Változtat-e eddigi következtetéseinken, ha abból a nézőpontból gondoljuk át a kérdést, hogy vajon ugyanarról a valóságról gondolkodnak-e a tradicionalitás és alternativitás hívei?

Változtat-e eddigi következtetéseinken, ha abból a nézőpontból gondoljuk át a kérdést, hogy vajon ugyanarról a valóságról gondolkodnak-e a tradicionalitás és alternativitás hívei? Ha ugyanis ugyanarról a valóságról van szó, kétségtelennek látszik, hogy az addiktológia két paradigma mentén oszlik meg. De valóban ugyanarról a valóságról beszélünk?

Az eddigiekben felvázolt adatok arra engednek következtetni, hogy nem ugyanarról a valóságról, hanem a valóságnak két, különböző szeletéről közvetítenek számunkra. A tradicio-

nalitás híveinek látóterébe súlyosabb esetek kerülnek olyan klinikai ártalmakkal, amelyek a drog(ok) fogyasztására vezethetők vissza. Az alternativitás képviselői ezzel szemben a klinikai szintet el nem ért fogyasztók körében, sőt, ha az LSD-pszichoterápiára gondolunk, a nem drogfogyasztó klinikai populáción végzett megfigyelések alapján alakítják ki drogokkal kapcsolatos vélekedéseiket. Ez pedig azt jelenti, hogy tradicionalitás és alternativitás nem két paradigma. Az addiktológia jelenkori megosztottságáért nem két különálló paradigma tehető felelőssé.

Egy lehetséges integráció felé

Mindebből az következik, hogy tradicionalitás és alternativitás paradigmátikusan nem egymást kizáró, egymást helyettesítő gondolkodásmódok. Ellenkezőleg, viszonyuk komplementer, azaz egymást kiegészítik, hiszen más-más valóságszelet megfigyeléseiből táplálkoznak, vonnak le következtetéseket. A tradicionalitás esetében a popperi értelemben vett tudomány játékszabályai, az objektív tudásba vetett hit sokkal markánsabban nyomon követhető. Az alternatív addiktológia hívei elhanyagolják ezeket a játékszabályokat; nem kívánnak betörni a hagyományos tudomány piacára.

Az alternatív addiktológia létjogosultságát a tradicionális addiktológia ismeretrendszerének hiányosságai alapozzák meg. A klinikum szelektivitása, a módszertan markáns kritériumai, a gyógyító intézményeket körülvevő zsilipek és a büntető jogszabályok szigorúsága a drogfogyasztó populáció megismerésének korlátaivá válnak. Ha a tradicionális addiktológia fejlődését kívánjuk elősegíteni, nem hagyhatjuk figyelmen kívül mindazokat a tapasztalatokat, amelyek a laboratóriumok és a klinikum világán kívül keletkeznek és halmozódnak fel. A jelenkori addiktológia fejlődése nem képzelhető el másként, csakis megosztottsága megszüntetésével, a két megközelítés integrációja révén.

Összefoglalás

E tanulmány keretében nem vehettük számba a kémiai szerekkel foglalkozó tudomány valamennyi problémáját. Egyetlen kérdéskörre szorítottunk: azokra a binarizmusokra, ellentétpárookra, amelyek megosztják a jelenkori addiktológiát. E binarizmusok végiggondolása alapján jutottunk arra a következtetésre, hogy az addiktológia megosztottsága legalább két megközelítés szembenállására vezethető vissza: tradicionálisra és alternativitásra. A megosztottság hátterében a drogok fogyasztása szempontjából aszkéta, illetve önkísérletet végző tudósok, fogyasztók, illetve nem fogyasztók, törvénytisztelő kutatók és klinikusok, illetve a kábítószeres hozzáférhetőségét tiltó jogszabályokkal szemben nem lojális, független gondolkodók eltérő tapasztalatai állnak.

Kuhn paradigmaelmélete alapján kimutattuk, hogy tradicionális és alternativitás nem két különálló paradigma. Nem ugyanannak a jelenségnek két, eltérő interpretációjával van dolgunk, hanem a valóság különböző szeleteinek vizsgálata során szerzett eltérő tapasztalatokról. Ebből pedig arra következtettünk, hogy a két tudásrendszer nemhogy jól megfér egymás mellett, hanem egymást kiegészítheti és gazdagíthatja. Az alternatív addiktológiának célszerű lenne átvennie a tradicionális addiktológia módszertanát, a tradicionális addiktológia pedig olyan populációval ismerkedhet meg az alternativitás látóterén keresztül, amely – történeti és politikai okok miatt – kívül került horizontján.

Irodalom

- Aberle, David F.: *The Peyote Religion Among the Navaho*. Aldine Publishing Co., 1966.
- Becker, Howard S.: *History, Culture and Subjective Experience: An Exploration of Social Bases of Drug-Induced Experiences*. *Journal of Health and Social Behavior* 8, 1967, 163–176.
- Berridge, Virginia, Griffith Edwards: *Opium and the People. Opiate Use in Nineteenth-Century England*. Allen Lane/St Martin's Press, London, New York, 1981.
- Csorba József: A hangsúly a pszichiátria kompetenciáján van. Válasz a PH körkérdésére: Bűncselekmény-e a kábítószer-fogyasztás? *Psychiatria Hungarica* 14, 3, 1999, 254–255.
- Csorba József: A drogfogyasztók „elterelésének” klinikai vonatkozásai. In: Németh A., Gerevich J. (szerk.): *Addikciók*. Medicina, Budapest, 2000, 73–88.
- Feldmár András: *A tudatállapotok szivárványa*. Második kiadás. Grafo-School Bt, Debrecen, 1998.
- Freud, Sigmund: A kokainról. *Psychiatria Hungarica* 14, 1, 1999, 7–22.
- Galanter, M., H. D. Kleber (eds.): *Textbook of Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, London, 1994.
- Gerevich József: Tradicionalitás és alternativitás Sigmund Freud kokaintanulmányában. *Psychiatria Hungarica* 14, 1, 1999, 23–29.
- Gerevich József: Ártalmak és ártalomcsökkentés az addiktológiában. In: Füredi János (szerk.): *A magyar pszichiátria kézikönyve*. Második kiadás. Medicina, Budapest, 2000.
- Grof, Stanislav: *LSD Psychotherapy – Exploring the Frontiers of the Hidden Mind*. Hunter House, Inc. Alameda, 1993. Magyarul: Stanislav Grof: *LSD pszichoterápia*. Előszó. Internet: <http://www.vekoll.vein.hu/droglapok/grof.html>

TANULMÁNYOK

- Hollister, L.: Clinical Aspects of Abuse of Phenylalkylamine and indolealkylamine hallucinogens. *Psychopharmacological Bulletin* 22, 1986, 977–979.
- Huxley, Aldous: *Az észlelés kapui*. Göncöl, Budapest, 1997.
- Jones, Ernest: *Sigmund Freud élete és munkássága*. Európa, Budapest, 1973.
- Kafkalides, Athanassios: *The Knowledge of the Womb. Autopsychognosia with Psychedelic Drugs*. Triklino House, Corfu, 1995.
- Kleiman, Mark, A. L.: *Against Excess. Drug Policy for Results*. Basic Books, New York, 1992.
- Korinek László: 77 kérdés a kábítószeréről. *Psychiatria Hungarica* 13, 3, 1998, 340–347.
- Kovács Ákos: *A mák és a mákból készült bódító ital magyarországi kultuszáról*. Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia, Budapest, 2000.
- Kótyuk Erzsébet: *Mákkultusz és drogfogyasztás egy kárpátaljai magyar faluban szerzett tapasztalatok alapján*. Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia, 2000.
- Kuhn, Thomas S.: *A tudományos forradalmak szerkezete*. Gondolat, Budapest, 1984.
- Miller, N. S. (ed.): *Comprehensive Handbook of Drug and Alcohol Addiction*. Marcel Dekker, Inc., New York, Basel, Hongkong, 1991.
- Model, Karyn E.: *The Effect of Marijuana Decriminalization on Hospital Emergency Room Drug Episodes: 1975–1987*. Harvard University Department of Economics, Cambridge, Mass., 1991.
- Nadelmann, Ethan: *Commonsense Drug Policy*. *Foreign Affairs*, Vol. 77, 1, 1998, 111–126.
- O'Brien, Charles P.: *Recent Developments in the Pharmacotherapy of Substance Abuse*. G. Alan Marlatt, Gary R. VandenBos (eds.): *Addictive Behaviors. Readings on Etiology, Prevention, and Treatment*. American Psychological Association, Washington, DC, 1997, 646–667.
- Popper, Karl R.: *Test és elme. Az interakció védelmében*. Typotex Kiadó, Budapest, 1998.
- Rosario, Vernon A. (ed.): *Science and Homosexualities*. Routledge, New York, London, 1996.
- Ruzsa Balázs: *Drog(a)lapok*. Internet: <http://www.vekoll.vein.hu/droglapok>
- Sieber, Samuel D.: *Fatal Remedies*. Plenum Press, New York, 1981.
- Spruit, Inge: *Deviant or Just Different? Dutch Alcohol and Drug Policy*. In: Michael Bloor, Fiona Wood (eds.): *Addictions and Problem Drug Use. Issues in Behaviour, Policy and Practice*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia, 1998, 107–121.
- Stafford, Peter: *Psychedelics Encyclopedia. Third Expanded Edition*. Ronin Publishing, Berkeley, 1992.
- Stolaroff, Myron J.: *The Secret Chief. Conversations with a Pioneer of the Underground Psychedelic Therapy Movement*. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, Charlotte, 1997.
- Tacke, Ulrich, Michael H. Ebert: *Hallucinogens*. In: *Clinical Manual of Chemical Dependence*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, London, 1991, 259–278.
- Ungerleider, J. Thomas, Robert N. Pechnick: *Hallucinogens*. In: Marc Galanter, Herbert D. Kleber (eds.): *The American Psychiatric Press Textbook of Substance Abuse Treatment*. American Psychiatric Press, Inc., Washington, London, 1994, 141–148.
- Vandlik Erika: *A drogfogyasztás szomatikus szövődményei*. *Psychiatria Hungarica* 10, 4, 1995, 389–396.
- Weil, Andrew, Winifred Rosen: *Chocolate to Morphine. Understanding Mind-Active Drugs*. Houghton Mifflin Company, Boston, 1983.
- Zimmer, Lynn, John P. Morgan: *Marijuana Myths, Marijuana Facts. A Review of the Scientific Evidence*. The Lindesmith Center, New York and San Francisco, 1997.