

Helena Baran-Furga
Karina Steinbarth-Chmielewska

Terapia metadonem

Realizowanie programu metadonowego rozpoczęto w lipcu 1992 roku w oddziale detoksykacyjnym Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Według pierwotnych założeń, każdy z pacjentów powinien być leczony przez 6 miesięcy. Siódmy miesiąc przeznaczony był na ukończenie leczenia, tzn. na detoksykację z metadonu w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych. Założenie to nie zostało w pełni zrealizowane. Presja pacjentów, środowiska medycznego i pozamedycznego spowodowała przedłużenie programu metadonowego. Decyzja ta zapadła 2 października 1993 roku. Program jest kontynuowany w IPN.

Podawanie metadonu w warunkach szpitalnych

Dane ogólne

Do oddziału byli przyjmowani pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do podawania metadonu przez specjalną 2-osobową komisję lekarską. Pacjenci nie otrzymywali pisemnych zawiadomień o terminie przyjęcia, dowiadywali się telefonicznie. Uzależnione małżeństwa, pary, rodzeństwa, były przyjmowane razem.

Od 20 lipca 1992 r. do 27 maja 1993 r. do Oddziału Detox przyjęto 119 pacjentów w celu detoksykacji i ustalenia dawki podtrzymującej metadonu. Średni czas pobytu w oddziale wyniósł 15 dni.

W trakcie leczenia w oddziale Detox, pięciu pacjentów wypisało się na własne żądanie, z czego trzech pacjentów zostało ponownie przyjętych do Detoxu i kontynuowało leczenie w ambulatorium. Jedna osoba została zdyskwalifikowana, jeden pacjent bezpośrednio po ustaleniu dawki podtrzymującej został przeniesiony do ambulatorium metadonowego Szpitala Nowowiejskiego.

W ambulatorium metadonowym Instytutu Psychiatrii i Neurologii leczono 115 pacjentów.

Przy przyjęciu do oddziału u wszystkich pacjentów rozpoznano zespół uzależnienia od opiatów. W grupie tej stwierdzono ponadto:

- 31 uzależnionych od Relanium, Reladormu, amfetaminy
- 26 uzależnionych od Relanium, Reladormu
- 14 uzależnionych od Relanium
- 13 uzależnionych od Relanium, Reladormu, amfetaminy, alkoholu
- 12 uzależnionych od Reladormu
- 6 uzależnionych od amfetaminy

Jak wynika z powyższych danych wyłącznie uzależnionych od opiatów było 17 pacjentów.

Niezależnie od rozpoznania zespołu uzależnienia, u wielu pacjentów rozpoznano następujące choroby towarzyszące:

- toksyczne uszkodzenie wątroby u 90 pacjentów
- nosicielstwo HIV u 46
- padaczkę polekową u 24
- kiłę u 5
- tbc płuc w wywiadzie u 4
- chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy u 4
- ropnie, martwicę skóry u 8
- kacheksję u 4
- znacznego stopnia małopłytkowość poniżej 10 tys. płytek u 2
- głuchotę ucha oraz przewlekłe zapalenie ucha środkowego u 2
- chorobę Meniera u 1
- cukrzycę leczoną insuliną u 1
- nadciśnienie tętnicze u 1
- ciało obce w żołądku u 1
- zespół organiczny u 1

W trakcie pobytu w oddziale u jednej pacjentki stwierdzono ciążę. Biorąc pod uwagę dotychczasowy przebieg nałogu, brak abstynencji opiatowej w poprzedniej ciąży, po dodatkowej konsultacji z ginekologiem prowadzącym pacjentkę w rejonowej poradni, postanowiono kontynuować leczenie metadonem [9,3].

Wśród osób, które zgłosiły się w wyznaczonym terminie, 15 zostało przyjętych następnego dnia, ponieważ znajdowały się pod zbyt dużym wpływem środków odurzających (chwiejny chód, mowa zamazana, spowolnienie psychoruchowe) lub zgłosiły się w godzinach popołudniowych. Większość pacjentów przyjęła ostatnią dawkę środków odurzających na dwie do pięciu godzin przed hospitalizacją.

Przy przyjęciu pacjenci byli w dobrym kontakcie, w pełni zorientowani, bez objawów psychotycznych, współpracujący, bez cech objawów zespołu abstynencyjnego. Wyrażali zgodę na leczenie substytucyjne metadonem.

Po podpisaniu przez pacjenta kontraktu – zgody (zał.1), uzyskaniu wyników analizy moczu potwierdzających obecność opiatów, rozpoczynano stosowanie metadonu według karty podawania metadonu (zał.2).

Średni czas, jaki upływał pomiędzy godziną przyjęcia ostatniej dawki środka odurzającego przez pacjenta, a podaniem pierwszej dawki metadonu wynosił 8 godzin.

Pierwsza dawka metadonu była podawana w wysokości 5 mg, kolejne wynosiły po 10 mg. Częstość podawania metadonu w ciągu pierwszej i drugiej doby była zależna od występowania objawów fizykalnych pierwszej fazy zespołu abstynencyjnego (wystąpienie co najmniej dwóch objawów fizykalnych – zał.3). Zasadą było niedopuszczenie do wystąpienia objawów drugiej fazy zespołu abstynencyjnego.

Dawka stabilizacyjna była ustalana w drugiej lub w trzeciej dobie. Po ustaleniu wysokości dobowej dawki stabilizacyjnej, w ciągu następnych 5 lub 6 kolejnych dni, pacjenci

przyjmowali połowę tej dawki co 12 godzin (9 i 21). Od 5 lub 7 dnia otrzymywali całą dawkę stabilizacyjną raz na dobę.

Od 4 dnia otrzymywania metadonu próbowano zmniejszać dawkę dobową o 5 mg i, o ile nie występowały objawy abstynencyjne pierwszej fazy, powtarzano tę czynność ponownie. U większości pacjentów udało się zmniejszyć dawkę stabilizacyjną metadonu o 10 mg, 15 mg/dobę; średnia dawka podtrzymująca wynosiła 80 mg, najniższa 20 mg i najwyższa 120 mg/dobę.

Z zasady pacjenci dobrze tolerowali metadon [7,10]. U 8 pacjentów obserwowano w ciągu pierwszych dwóch dni leczenia, poranne, słabo nasilone wymioty, a u dwóch lekką euforię.

Do najczęściej zgłaszanych i obserwowanych objawów pierwszej fazy zespołu abstynencyjnego należały: dreszcze, łzawienie z oczu, wysięk z nosa, lekki niepokój, zaburzenia snu. Wielu pacjentów, szczególnie w pierwszych dniach otrzymywania metadonu, zgłaszało obawy czy metadon będzie na nich „działał”, czy nie mają za małej dawki (domagali się większej), czy nie będą występować objawy abstynencyjne przy podaniu dawki jednorazowej. Zaobserwowano również chwilowy niepokój, złe samopoczucie, lekkie rozdrażnienie występujące w godzinach, w których zazwyczaj pacjenci przyjmowali swoje codzienne dawki środków odurzających. Stany te mijały w drugiej połowie pobytu.

Uwagi praktyczne dotyczące podawania metadonu

Metadon wydawany był przez pielęgniarki. Codzienna, całodobowa ilość metadonu (lub na okres wolnych dni) przynoszona była do oddziału z apteki instytucyjnej przez sanitariusza i pielęgniarkę. Z apteki metadon odbierany był w postaci roztworu wodnego (1 ml wody zawierał 5 mg metadonu). Metadon podawany był pacjentom wyłącznie doustnie, jako roztwór wodny mieszany z syropem.

Pielęgniarki zmieniające się na dyżurach każdorazowo przekazywały sobie metadon za pisemnym potwierdzeniem. Duże problemy były związane z mierzeniem roztworu metadonu, co wynikało z niedokładności pipet automatycznych. Oddział posiada zabezpieczenie alarmowe.

Pozametadonowe leczenie farmakologiczne i opieka medyczna

Wszyscy pacjenci, którzy byli w ciągu opiatowym i barbituranowym [12], otrzymywali zmniejszające się dawki fenobarbitalu lub fenytoinę. Siedmiu pacjentów przeniesionych do ambulatorium nadal otrzymywało fenytoinę. Ośmiu pacjentów było leczonych z powodu ropni, w tym u trzech interweniował chirurg. Dwoch pacjentów było leczonych neurologicznie z powodu porażenia nerwów promieniowych. Około 25% pacjentów leczono z powodu infekcji górnych dróg oddechowych i zapalenia oskrzeli. U jednego rozwinęło się zapalenie płuc, u innego kontynuowano leczenie przeciwprątkowe, trzech otrzymywało zydowudynę. Jedna osoba otrzymywała insulinę z powodu cukrzycy, jedna leki obniżające ciśnienie krwi. U jednej przetaczano płytki krwi z powodu małopłytkowości. W 30% przypadków konieczna była pomoc anestezjologa w celu pobrania krwi do badań laboratoryjnych.

U pięciu pacjentów wprowadzono leczenie neuroleptykami z powodu wystąpienia zaburzeń psychotycznych (majaczenie, psychozy polekowe).

Zgodnie z zaleceniami Kliniki Dermatologicznej wszyscy pacjenci byli konsultowani przez dermatologa. U 25 pacjentów wprowadzono leczenie dermatologiczne z powodu zakażeń grzybiczych.

U 70% pacjentów nosicieli HIV rozpoznano limfadenopatię.

Badania laboratoryjne

U wszystkich pacjentów przyjmujących metadon, w ciągu 5 dni wykonywano następujące badania laboratoryjne: morfologia krwi z rozmazem, OB, poziom płytek, ASPAT, ALAT, poziom glukozy we krwi, mocznik, kreatynina, cholesterol, bilirubina, elektrolity, VDRL, badanie ogólne moczu, rtg klatki piersiowej, obecność antygenu HBs. W razie potrzeby wykonywano EIA, o ile pacjent wyrażał zgodę na badanie w kierunku obecności przeciwciał anti-HIV. Tylko jeden pacjent nie wyraził zgody na to badanie. Analiza moczu (jakościowa i ilościowa) na obecność środków odurzających (opiaty, barbiturany, benzodiazepiny, amfetaminy) była wykonywana trzykrotnie, w pierwszym dniu, w połowie pobytu i przy wypisie. Przy wypisie z oddziału u wszystkich pacjentów stwierdzało się brak opiatów w moczu lub bardzo znaczący ich spadek (nie oznaczano obecności metadonu). U pacjentów, którzy otrzymywali leczenie przeciwpadaczkowe, stwierdzano w moczu obecność barbituranów, których poziom wahał się, co stwarzało pewne trudności w ocenie ambulatoryjnej abstynencji od barbituranów.

Pomoc psychologiczna

Trzy razy w tygodniu odbywały się zebrania społeczności terapeutycznej. Poza omawianiem codziennych spraw (przestrzeganie regulaminu, sprzątanie, konflikty między pacjentami itp.), na pierwszy plan wysuwały się problemy pacjentów związane z egzystencją poza oddziałem; problem pracy i pieniędzy na zaspokojenie podstawowych potrzeb. Większość pacjentów była producentami i handlarzami „kompotu”. Było to ich podstawowe źródło zarobkowania. Obecnie, nie mając potrzeby brania „kompotu” odczuwają kłopoty ze zdobywaniem pieniędzy. Zdobyć pracy w ich warunkach (zły stan zdrowia, brak nawyku pracy, brak zawodu, poziom bezrobocia) wydaje się im mało realne. Ci pacjenci, którzy otrzymują rentę, lub mają oparcie w rodzinie, czują się znacznie pewniej, są bardziej optymistycznie nastawieni co do efektów programu metadonowego. W ramach zebrań społeczności wyjaśniano ideę pomocy ludziom uzależnionym przez podawanie metadonu [6,1].

W trakcie pobytu w oddziale pacjenci wielokrotnie domagali się informacji nt. otrzymywanej dawki metadonu. Stosunek pacjentów do wysokości przyjmowanej dawki metadonu był identyczny, jak do dawki przyjmowanych poprzednio narkotyków. Według dawki metadonu ustalano pozycję danego narkomana. Wielu pacjentów było rozgoryczonych; twierdzili, że otrzymali za mało metadonu. Argument, że dawka metadonu ustalana jest na podstawie przesłanek obiektywnych, nie był dla nich przekonujący.

Funkcjonowanie pacjentów w oddziale

Wprowadzenie do leczenia farmakologicznego metadonu zdecydowanie zmieniło charakter oddziału detoksykacyjnego. Zmianie uległo zachowanie pacjentów. Ani razu nie zaobserwowano wniesienia do oddziału nielegalnych środków odurzających (przerzuty). Pacjenci współpracowali z personelem, godzili się z koniecznością wypełniania ankiet, przestrzegali warunków kontraktu.

Zdecydowanie zmalał poziom agresji, zarówno pomiędzy nimi, jak i w stosunku do personelu. Ani razu nie zaobserwowano zachowań agresywnych, wulgarnych, co w poprzednim okresie występowało dość nagminnie. Nie było również ciągłego żądania leków uspokajających czy nasennych.

Dbali o swój wygląd, myli się. Interesowali się programami telewizyjnymi, próbowali czytać. Byli zdecydowanie pogodniejsi. Chętniej rozmawiali o swoich problemach, uważali codzienne sprawy. Organizowali sobie wspólne posiłki, dbali o czystość w oddziale.

Oddziaływania edukacyjne

Wszyscy leczeni otrzymywali szczegółową informację na temat metadonu [4], typ leku, objawy uboczne, interakcje z innymi lekami (uspokajającymi, nasennymi, alkoholem; przeciwbólowymi, rozkurczowymi), niebezpieczeństwo sumowania działań depresyjnych różnych leków na ośrodek oddechowy, czas potrzebny do całkowitego wydalania leku z organizmu, skutki użycia metadonu z innymi środkami odurzającymi, objawy abstynencyjne przy odstawieniu metadonu. Pacjenci byli pouczeni o potrzebie noszenia przy sobie zaświadczenia ze zdjęciem informującym o fakcie przyjmowania metadonu i informowania lekarzy innych specjalności.

Z każdym z pacjentów przeprowadzane były rozmowy na temat profilaktyki HIV, bezpiecznego seksu i bezpiecznego przyjmowania środków odurzających. Informacje te pacjenci otrzymywali w kontaktach indywidualnych, ponieważ poziom wiedzy na te tematy był różny, często zadawali pytania bardzo intymne.

Kilkakrotnie pacjenci oglądali jedyny dostępny edukacyjny film pt. „Ulica 12”, poruszający sprawy ludzi otrzymujących metadon.

W czasie pobytu w oddziale pacjenci wypełniali następujące ankiety:

1. kwestionariusz objawów
2. kwestionariusz dotyczący wiedzy o AIDS
3. kwestionariusz dla mieszkańców Warszawy używających środki odurzające w zastrzykach (wypełniał lekarz).

Okoliczności przerywania leczenia metadonem

Na własne żądanie wypisało się 5 pacjentów, dwóch – w pierwszej i po jednym w drugiej i trzeciej dobie pobytu. Dwóch pacjentów, którzy wypisali się w pierwszej dobie, to pierwsi pacjenci leczeni metadonem, wieloletni narkomani, przyjmujący bardzo wysokie dawki „kompotu”. Brak doświadczenia lekarza prowadzącego spowodował wystąpienie u jednego z pacjentów drugiej fazy zespołu abstynencyjnego. Z chwilą nasilenia tych objawów pacjent wypisał się. Drugi pacjent otrzymywał prawdopodobnie również zbyt niską dawkę metadonu, która nie łagodziła niepokoju i drażliwości. Oddział

opuścili razem. Ci dwaj pacjenci po okresie trzech miesięcy zostali ponownie przyjęci w celu ustalenia dawki podtrzymującej metadonu. Byli znacznie szybciej nasycani metadonem w ciągu pierwszej doby, co wyeliminowało wystąpienie objawów drugiej fazy zespołu abstynencyjnego. Ich dawki podtrzymujące wynosiły 120 mg i 110 mg na dobę. Ukończyli oni leczenie w oddziale. Trzeci pacjent wypisał się wieczorem drugiego dnia pobytu. Z rozmów z nim wynikało, że jest rozczarowany brakiem efektu po metadonie. W trakcie pobytu nie prezentował nasilonych objawów abstynencyjnych. Czwarty pacjent wypisał się na własne żądanie również w drugiej dobie. Poprzednio był wielokrotnie hospitalizowany, łączył kompot z Reladormem, alkoholem, ciągami przyjmował amfetaminę, po której występowały objawy psychozy polekowej. W trakcie ostatniego pobytu podawał, że amfetaminę przyjmował przed 6 miesiącami. Był przygnębiony, dużo mówił o swojej trudnej sytuacji życiowej (konflikt z żoną). Nie miał objawów psychozy. Wydaje się, że pacjent nie miał motywacji do leczenia metadonem, miał dostęp do słomy makowej, był w dobrej kondycji fizycznej, a zgłosił się do komisji kwalifikacyjnej pod presją rodziny. Piąty pacjent zrezygnował z leczenia w trzeciej dobie pobytu. Był on uzależniony od „kompotu” i Reladormu. Dwadzieścia lat temu rozpoznano u niego schizofrenię, od 4 lat jest nosicielem HIV. W ostatnich miesiącach przyjmował bardzo duże ilości Reladormu – do 20 tabletek. W czasie pobytu w oddziale u pacjenta dominował niepokój, lęk, bezsenność. Ten pacjent również został przyjęty po raz drugi. W okresie dwóch miesięcy poprzedzających ponowne przyjęcie, w warunkach ambulatoryjnych odstawiono Reladorm.

Jedna pacjentka została zdyskwalifikowana, ponieważ w drugiej godzinie pobytu w oddziale zapadła w śpiączkę. W ciągu kolejnych 12 godzin otrzymywała nalokson, wlewy kroplowe, leki diuretyczne. Pacjentka potwierdziła, że parę minut przed przyjściem do oddziału przyjęła około 30 tabletek Reladormu oraz 5 cm „kompotu”, ponieważ nie była w stanie powstrzymać się przed przyjmowaniem leków.

Podawanie metadonu w warunkach ambulatoryjnych

Dane ogólne

Wszyscy pacjenci, którzy ukończyli leczenie metadonem w oddziale detoksykacyjnym kontynuowali leczenie w warunkach ambulatoryjnych [8]. Na terenie IPN przygotowano specjalne pomieszczenie (Punkt Wydawania Metadonu) do dystrybucji metadonu z wejściem od strony ulicy. Znajduje się tam toaleta, gdzie pacjenci pod kontrolą personelu oddają mocz (do badań na obecność środków odurzających). Pomieszczenie ma odpowiednie zabezpieczenie alarmowe. Okresami radiowóz policyjny patroluje ulicę, chroniąc punkt przed włamaniami. Metadon był wydawany do 1.05.1993 r. przez ten sam personel, który pracuje w oddziale. Fakt ten korzystnie oddziaływał na pacjentów, ponieważ były to znane im osoby. Od maja do końca listopada 1993 r. z powodów organizacyjnych, wydawanie metadonu przejęły 2 emerytowane pielęgniarki oraz 2 sanitariuszy zatrudnionych poza Instytutem, co nie spowodowało istotnych zmian w funkcjonowaniu ambulatorium metadonowego. Pacjenci szybko zaakceptowali nowych ludzi.

Pielęgniarki wydającej metadon zawsze towarzyszył sanitariusz. Metadon wydawany był codziennie w godzinach 9.00 – 11.00 na podstawie karty metadonowej ambulatoryjnej

(zał.4). Pacjentom, którzy podjęli pracę wydawano metadon w dogodnej dla nich porze. To samo rozwiązanie stosowano w stosunku do pacjentów, którzy z różnych powodów życiowych nie mogli zgłosić się do Punktu Wydawania Metadonu w godzinach pracy (każdorazowo ustalano to indywidualnie).

Apteka IPN przygotowywała dla każdego pacjenta, jednorazową dzienną dawkę metadonu w jednakowych plastikowych zamykanych pojemnikach. Każdy pojemnik zawierał opis – imię, nazwisko pacjenta, dawkę metadonu, datę, oznakowanie, że lek jest narkotykiem oraz pieczętą apteki IPN. Syrop dolewany był do metadonu z chwilą zgłoszenia się pacjenta po jego odbiór. Po ukończeniu pracy w punkcie wydawania metadonu, pielęgniarka i sanitariusz odbierali przygotowane pojemniki z metadonem na dzień następny i zamykali w sejfie punktu wydawania. Dawki metadonu nie wydane pacjentom były każdego dnia zwracane do apteki przez lekarza. Prowadzono dwie księgi rozchodu metadonu: oddziałową i ambulatoryjną.

W pierwszych miesiącach 1993 r. w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie rozpoczęto program leczenia substytucyjnego osób uzależnionych od opiatów nosicieli HIV.^{*)} Chcąc zapobiec jednoczesnemu pobieraniu metadonu przez tego samego pacjenta telefonicznie wzajemnie informowano się o przyjęciach i wypisach.

Przebieg leczenia

Pacjenci byli przyjmowani do leczenia ambulatoryjnego sukcesywnie; pierwszy pacjent został przyjęty w sierpniu 1992 roku, ostatni w lipcu 1993 r. Łącznie przyjęto do ambulatorium 115 osób. Założenie, że kuracja metadonowa trwa 6 miesięcy powodowało konieczność zmniejszania dawki metadonu o 5 mg co dwa tygodnie, począwszy od czwartego miesiąca leczenia [2].

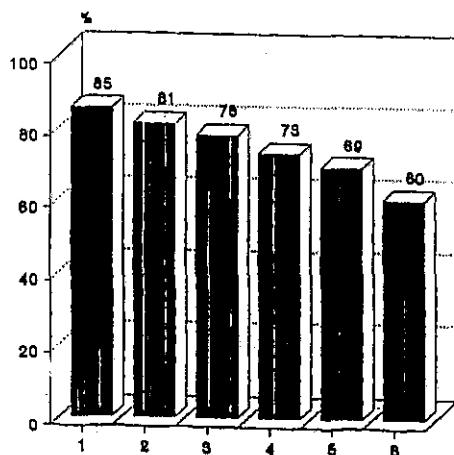
W pierwszych tygodniach realizacji ambulatoryjnego programu metadonowego zmieniono warunek utrzymywania pełnej abstynencji od narkotyków. Z powodu dość dramatycznej sytuacji osobistej, jeden z pacjentów złamał abstynencję, ale nie wypisano go z programu. Spowodowało to konieczność przyjęcia tej samej drogi postępowania z innymi pacjentami.

Od początku programu metadonowego dużym problemem było nadużywanie alkoholu prawie przez wszystkich pacjentów. Pacjenci przyznawali, że piją alkohol w celu uzyskania stanu euforycznego, którego nie uzyskują po zażyciu metadonu. W 10 przypadkach nie wydano metadonu, ponieważ pacjenci byli w stanie upojenia alkoholowego; najczęściej pili piwo i wódkę.

W trakcie badań kontrolnych u każdego pacjenta wykonywano badania laboratoryjne podstawowe krwi i moczu.

* Wprowadzenie drugiego programu metadonowego nie zaważyło na przebiegu realizacji programu pierwszego.

Czas leczenia substytucyjnego metadonem
w okresie 08.1992 – 11.1993



Z powyższego wykresu wynika, że po pierwszym miesiącu z grupy 115 pacjentów pozostawało w leczeniu substytucyjnym 85% pacjentów, trzy miesiące kontynuowało leczenie 78% pacjentów, sześć miesięcy leczyło się 60% pacjentów, mimo zmniejszania dawek po 3 miesiącach stosowania metadonu.

Z grupy 115 pacjentów:

- 4 osoby zostały przeniesione do programu metadonowego Szpitala Nowowiejskiego (nosiciele HIV ze znacznym deficytem immunologicznym)
- 53 osoby zostały wypisane dyscyplinarnie
- 10 ukończyło program do 2.10.1993 r.
- 48 kontynuowało leczenie po 2.10.1993 r.

Przyczyny wypisów dyscyplinarnych

Przyczyna	Liczba pacjentów
Nieobecność przez trzy kolejne dni (porzucenie programu)	23
złamanie abstynencji	30

Dynamika porzucania leczenia w czasie

Miesiące leczenia	I	II	III	IV	V	VI	i powyżej VI
Liczba pacjentów (łącznie 23) porzucających leczenie	4	1	1	4	1	1	11

W pierwszym miesiącu leczenia 4 osoby porzuciły leczenie metadonem, w drugim i trzecim miesiącu leczenia – po jednej osobie, od czwartego miesiąca – 17 osób (w tym 11 osób po 6 miesiącach), co stanowi 43% ogólnej liczby wypisanych dyscyplinarnie. Jak

z tego wyniku, widać zbieżność porzucania leczenia ze zmniejszaniem dawki metadonu [11,5]. Porzucenie programu było jednoznaczne z powrotem do nałogu.

Dynamika wypisów związanych z łamaniem abstynencji

Miesiące leczenia	I	II	III	IV	V	VI	i powyżej VI
Liczba pacjentów (łącznie 30)	11	3	3	1	3	3	6

W pierwszym miesiącu leczenia za złamanie abstynencji wypisano dyscyplinarnie 11 pacjentów, w drugim i trzecim miesiącu leczenia – po trzy osoby, od czwartego miesiąca – 13 osób, co stanowi 57% ogółu wypisanych.

W pierwszym miesiącu leczenia wypisano dyscyplinarnie łącznie 15 pacjentów (28%). Po trzech miesiącach leczenia wypisano dyscyplinarnie łącznie 23 osoby (43%). Od czwartego miesiąca i powyżej wypisano dyscyplinarnie łącznie 30 pacjentów (56%). Ze 115 pacjentów leczonych wypisano dyscyplinarnie 53 osoby (46%).

Pacjentów wypisywanych dyscyplinarnie nie pozostawiano samym sobie. Proponowano im:

- detoksykowanie w Oddziale Detox przez zmniejszanie dawki metadonu w ciągu 10 dni (9 osób)
- stopniowe zmniejszanie dawki metadonu w warunkach ambulatoryjnych w ciągu 10-20 dni (21 osób).

Pozytywne wyniki leczenia

Leczenie do 30.11.1993 r. ukończyło 17 pacjentów (15% leczonych).

Tylko jedna osoba ukończyła leczenie zgodnie z kontraktem, tj. w 7 miesięcy (0,8% leczonych).

Program bez złamania abstynencji przed upływem 6 miesięcy ukończyły 4 osoby (3% leczonych), w tym: 3 w ambulatorium i 1 w oddziale. Leczenie po 7 miesiącach trwania programu bez złamania abstynencji ukończyło 12 osób (10%), w tym w ambulatorium 7 i w oddziale 5.

W związku z decyzją Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z 2.10.1993 r. powstała możliwość kontynuowania leczenia substytucyjnego. W ambulatorium leczyło się wówczas 45 pacjentów, przy czym 25 osób pozostawało w leczeniu powyżej 6 miesięcy. W tym dniu średnia dawka metadonu wynosiła 45 mg. Przy tej dawce większość pacjentów ujawniała średnio nasilone objawy głodu psychicznego i zespołu abstynencyjnego. Było to spowodowane stopniowym zmniejszaniem dawek metadonu począwszy od 4 miesiąca leczenia ambulatoryjnego.

Uwagi praktyczne dotyczące wydawania metadonu

1. Pacjenci nie dostosowywali się do wydawania metadonu w godz. 9.00 – 11.00. Spóźniali się. W pierwszych miesiącach przedłużono wydawanie metadonu o 30 min., co nie dało efektów. Powrócono do dwugodzinnego wydawania metadonu.
2. Po trzech miesiącach funkcjonowania ambulatorium podjęto decyzję o wydawaniu metadonu do domu na dni świąteczne. Tym pacjentom, którym ustalono dawkę

metadonu 50 mg lub mniej i którzy kontynuowali leczenie przez trzy miesiące, metadon wydawano do rąk własnych. Pacjentom, którzy mieli wyższe dawki niż 50 mg, metadon odbierali rodzice. Okazało się, że pacjenci zlewali metadon do jednego pojemnika i przyjmowali go w dowolnych dawkach. Ze względu na podejrzenie, że metadon jest sprzedawany odstąpiono od wydawania metadonu do domu.

3. Bardzo dużo problemów pojawiało się przy pobieraniu moczu dla badań kontrolujących abstynencję. Pacjenci próbowali wprowadzać w błąd personel podmieniającej próbki moczu na różne sposoby. Obecność i kontrola personelu przy oddawaniu moczu wywoływały bardzo wiele napięć i zdrażeń.
4. Dwukrotnie pielęgniarka wydająca metadon omyłkowo podała porcję metadonu innemu pacjentowi. W obu przypadkach dawka była wyższa niż przepisana. Natychmiast zgłoszono ten fakt lekarzowi. W obu przypadkach podano wodę z węglem i spowodowano wymioty, poddano pacjentów kilkugodzinnej obserwacji, ale powikłania nie wystąpiły.
5. Po czterech miesiącach, podczas wydawania metadonu, zaczęli pojawiać się w pobliżu i na terenie Instytutu handlarze i narkomani nie będący pacjentami programu. Wielokrotnie interweniowała policja zatrzymując handlarzy narkotyków.

Terapia podtrzymująca

Celem oddziaływań psychologicznych była terapia podtrzymująca realizowana poprzez terapię grupową. Grupy spotykały się od sierpnia 1992 do lipca 1993 roku i obejmowały 60 osób. Pozostali pacjenci programu nie zostali objęci terapią podtrzymującą z braku chętnych do prowadzenia grup.

Spotkania grup odbywały się raz w tygodniu. Styl prowadzenia grup miał charakter demokratyczny. Wśród problemów przedstawianych przez pacjentów podczas spotkań na plan pierwszy wybijały się:

1. Konflikty rodzinne
2. Trudności finansowe
3. Poczucie samotności
4. Dolegliwości fizyczne i psychiczne
5. Konflikty pomiędzy pacjentami
6. Konflikty z prawem.

W okresie terapii podtrzymującej poprawiał się stan psychiczny pacjentów i ich stosunki z bliskimi. Natomiast w życiu codziennym byli nadal bezradni, mało aktywni, nie nawiązywali kontaktów ze zdrowymi rówieśnikami, nie potrafili wypełniać wolnego czasu. Po przyjęciu metadonu przez wiele godzin „snuli” się po terenie Instytutu Psychiatrii i Neurologii i okolicy.

Pomoc socjalna

W ramach programu nie zapewniono pacjentom specjalnej pomocy socjalnej. Korzystali oni z ogólnie dostępnego systemu pomocy. Rola pracowników ograniczała się do wydawania zaświadczeń o uczestnictwie w programie metadonowym i obecnym stanie zdrowia.

Opieka medyczna

Pacjenci otrzymujący metadon ambulatoryjnie byli pod stałą opieką lekarza internisty, który badał każdego pacjenta dwukrotnie: w pierwszym miesiącu leczenia i w czwartym. W trakcie badań kontrolnych u każdego pacjenta wykonywano badania laboratoryjne podstawowe krwi i moczu. Niezależnie od tych badań internista konsultował i leczył pacjentów w razie potrzeby. Przebadano internistycznie i udzielono 226 porad.

Główne powikłania somatyczne to:

- uszkodzenia wątroby (u 50 pacjentów) manifestujące się, poza dolegliwościami subiektywnymi, podwyższonymi aktywnymi enzymami wątrobowymi (aminotransferazy, GGTP) w badaniach laboratoryjnych, zwłaszcza u pacjentów po przebyłym wirusowym zapaleniu wątroby;
- schorzenia występujące sezonowo (u 50 pacjentów) o ciężkim przebiegu, głównie infekcje grypowe, nieżyty górnych dróg oddechowych powikłane zapaleniem oskrzeli, a w dwóch przypadkach zapaleniem płuc;
- zaostrzeniu ulegały schorzenia psychosomatyczne (u 4 pacjentów);
- w dwóch przypadkach stwierdzono ciężką małopłytkowość wymagającą specjalistycznego leczenia;
- cztery osoby zachorowały na wirusowe zapalenie wątroby (jedna odmówiła hospitalizacji).

Opiekę internistyczną utrudniało niezdiscyplinowanie pacjentów, nadużywanie alkoholu, łamanie abstynencji. Chorzy nie zawsze przestrzegali zaleceń lekarskich, nie poddawali się zalecanych badaniom kontrolnym (laboratoryjnym i specjalistycznym), nie przyjmowali zalecanych leków tłumacząc to złą sytuacją materialną. Sześciu pacjentów nie zgłosiło się w ogóle na obowiązujące ich badania. Na podstawie przeprowadzonych badań laboratoryjnych nie stwierdzono nowych zakażeń HIV.

W trakcie leczenia w ambulatorium siedmiu pacjentów było hospitalizowanych w innych oddziałach szpitalnych: internistycznych, chorych na AIDS, zakaźnych, chirurgicznych i położniczym. Wobec trudności z wkłuwaniem się do żył lekarz anestezjolog u 30% pacjentów pobierał krew w celu wykonania badań podstawowych i zleconych przez innych lekarzy.

Lekarz psychiatra przeciętnie każdego dnia udzielał do 5 porad dotyczących głównie: bezsenności, obniżonego nastroju uwarunkowanego sytuacyjnie, konfliktów rodzinnych, zmiany dawki metadonu, złamania abstynencji.

Lekarz dyżurny Instytutu Psychiatrii i Neurologii miał całodobowy dostęp do pełnej dokumentacji medycznej pacjentów.

Laboratoryjna kontrola abstynencji

Kontrolowanie zachowania abstynencji odbywało się na podstawie analiz moczu na obecność opiatów, barbituranów, benzodiazepin, grupy pochodnych amfetamin. Nie oznaczano poziomu metadonu. Częstość wykonywania analiz moczu wykonywano wg schematu: w pierwszym miesiącu – trzy razy; w drugim, trzecim, czwartym miesiącu – dwa razy; w piątym i powyżej – raz w miesiącu. Dla efektywnego wykorzystania odczynników nie wykonywano pojedynczych analiz próbek moczu, a tylko w pakietach po 20

próbek. W tej sytuacji wyniki badań moczu były dostępne po około 10-14 dniach od pobrania moczu, co niekiedy utrudniało postępowanie terapeutyczne.

Trudniejsze sytuacje w trakcie leczenia

1. Pacjentka w 16 tygodniu ciąży została wypisana z oddziału na dawce podtrzymującej metadonu 100 mg na dobę do leczenia ambulatoryjnego. Przez cały okres trwania ciąży utrzymywała abstynencję od innych substancji odurzających. Leczenie metadonem tolerowała bardzo dobrze, choć w trzecim trymestrze ciąży w godzinach rannych pojawiały się dyskretne objawy zespołu abstynencyjnego fizycznego. W porozumieniu z pacjentką nie podnoszono dawki metadonu. Poród odbył się w czasie. Dziecko urodziło się zdrowe. Po kilku godzinach wystąpiły u niego objawy zespołu abstynencyjnego. Dziecko było leczone przez pediatrów Luminalem i Promazyną. Pacjentka nie karmiła dziecka piersią. Nadal jest pacjentką programu, utrzymuje abstynencję od innych środków.
2. W czasie leczenia metadonem jeden pacjent został aresztowany z powodu sprzedawania „kompotu”. Przebywał i nadal przebywa w areszcie od lipca 1993 r. W porozumieniu z lekarzem aresztu ustalono kontynuowanie leczenia substytucyjnego. Okresowo pacjent był dowożony do lekarza IPN, oddawał mocz na badanie, był badany somatycznie i psychiatrycznie. Metadon odbierała pielęgniarka aresztu raz na dwa tygodnie.
3. W trakcie trwania programu 12-krotnie rehospitalizowano pacjentów z powodów: wystąpienia głodu psychicznego i dużego lęku związanego z możliwością złamania abstynencji; pogorszenia stanu fizycznego – nie posiadali ubezpieczenia i pieniędzy na leki; kilkukrotnego złamania abstynencji i lęku przed rozpoczęciem ciąży; wskazań społecznych.

Podsumowanie

I. Podawanie metadonu w warunkach szpitalnych

W okresie od 20 lipca 1992 r. do 27 maja 1993 r. do Oddziału Detox Instytutu Psychiatrii i Neurologii w celu detoksykacji i ustalenia dawki podtrzymującej metadonu przyjęto 119 pacjentów uzależnionych od opiatów, w tym 46 nosicieli HIV.

Na własne żądanie wypisało się 5 pacjentów, co stanowi 4,2% przyjętych. Zdyskwalifikowano 1 pacjentkę. Średni czas pobytu w oddziale wynosił 15 dni. Średnia dawka podtrzymująca wynosiła 80 mg metadonu na dobę. Nie obserwowano łamania abstynencji wewnątrz oddziału. Pacjenci dobrze tolerowali leczenie metadonem, nie obserwowano działań ubocznych. Pacjenci w czasie pobytu w oddziale byli podporządkowani, aktywni, mniej roszczeniowi, dbali o wygląd zewnętrzny. Nawiązywali kontakt terapeutyczny. Nie obserwowano agresji słownej i fizycznej.

II. Podawanie metadonu w warunkach ambulatoryjnych.

W okresie od 4 sierpnia 1992 r. do 30 listopada 1993 r. do ambulatorium w celu kontynuowania leczenia substytucyjnego metadonem przyjęto i leczono 115 pacjentów.

Z powodu łamania abstynencji i zaprzestania zgłaszania się po metadon zostało wypisanych dyscyplinarnie 53 pacjentów (46% leczonych). Dyscyplinarne wypisy w wyniku

złamania abstynencji były częstsze niż porzucenia programu metadonowego. Porzucenie programu było równoznaczne z powrotem do nałogu.

W pierwszym miesiącu leczenia wypisywali się głównie pacjenci o słabej motywacji do leczenia. Po trzech miesiącach leczenia najczęstszym motywem przerwania uczestniczenia w programie były objawy wynikające z obniżenia dawki metadonu.

Program metadonowy do 30.11.1993 r. ukończyło 17 pacjentów (15% leczonych). Średnia dawka podtrzymująca metadonu wynosiła 45 mg na dobę. W ostatnim dniu programu 30.11.1993 roku pozostało do dalszego leczenia 39% pacjentów z grupy przyjętych do leczenia. Wśród nich około 50% pozostawało w leczeniu ambulatoryjnym dłużej niż 6 miesięcy. Pacjenci pozostawali pod stałą opieką internistyczną. Zachowywanie abstynencji kontrolowano przez badanie moczu na obecność opiatów, benzodiazepin, barbituranów, amfetamin i na podstawie obserwacji klinicznych.

Raz w tygodniu 52% pacjentów leczonych uczestniczyło w grupach terapeutycznych przez 6 miesięcy. Przyjmowanie metadonu stało się dla pacjentów źródłem nowych doświadczeń. Mieli trudności w zorganizowaniu wolnego czasu, nawiązywaniu nowych kontaktów. Podstawowym problemem dla części z nich stał się brak pracy i pomocy socjalnej. W konflikt z prawem weszła 1 osoba. Dorywcze prace zarobkowe podjęło 10 osób. Metadon od 3 miesiąca ciąży przyjmowała 1 pacjentka. Urodziła zdrowe dziecko.

Wnioski

1. Metadon jest skuteczny w substytucyjnym leczeniu osób uzależnionych od tzw. polskiej heroiny (kompotu).
2. Pacjenci dobrze tolerują metadon, nie obserwowano objawów ubocznych metadonu.
3. 6-miesięczny program leczenia jest zbyt krótki do uzyskania u pacjentów z wieloletnim uzależnieniem od opiatów poprawy w funkcjonowaniu społecznym.

Załącznik nr.1

Zgoda pacjenta na uczestniczenie w programie (Umowa)

Program składa się z dwóch części:

1. Część pierwsza: odtrucie na oddziale detoksykacyjnym IPiN przy podawaniu odpowiedniej dawki metadonu. Pobyt na oddziale przez dwa do trzech tygodni.
Obowiązki pacjenta
 - a) nieprzyjmowanie jakichkolwiek środków, leków poza zaleconymi przez lekarza
 - b) nieopuszczanie oddziału w czasie leczenia
 - c) udział w badaniach przy pomocy ankiety
 - d) poddanie się badaniom laboratoryjnym, rutynowym (2 – 3 razy badanie krwi oraz badanie moczu)
 - e) poddanie się badaniom lekarskim.
2. Część druga: leczenie ambulatoryjne; po opuszczeniu oddziału dalsze przyjmowanie metadonu w warunkach ambulatoryjnych przez okres 6 miesięcy.
 - a) metadon będzie wydawany codziennie w IPiN w godzinach 9.00 – 11.00

- b) bezwzględne zachowanie abstynencji od wszelkich środków odurzających
- c) uczestnictwo w grupowej psychoterapii raz tygodniowo półtorej godziny (na terenie IPiN lub w innym wyznaczonym miejscu)
- d) poddanie się wrywkowej kontroli laboratoryjnej (badanie moczu) w celu sprawdzenia abstynencji od środków odurzających innych niż metaodn (2 –4 razy w miesiącu)
- e) 1 – 2 razy w miesiącu badanie krwi
- f) poddanie się badaniom lekarskim 1 – 2 razy w miesiącu
- g) poddanie się badaniom przy pomocy kwestionariusza pod koniec 6 miesiąca
- h) odtrucie od metadonu (odstawianie sukcesywne) w warunkach ambulatoryjnych lub w oddziale detoksykacyjnym w zależności od potrzeby.

Przy przyjęciu na oddział niezbędne jest:

1. posiadanie dokumentu tożsamości (dowód osobisty lub inny dokument)
2. dwa aktualne zdjęcia jak do paszportu
3. podpisanie kontraktu – zgody na uczestnictwo w programie z uwzględnieniem jego warunków.

Zerwanie kontraktu następuje w sytuacji gdy pacjent:

1. złamie abstynencję od środków odurzających lub alkoholu
2. nie podporządkowuje się regulaminowi oddziału lub zachowuje się w sposób agresywny
3. nie poddaje się badaniom wyszczególnionym w kontrakcie
4. nie przyjmuje zalecanych przez lekarza leków, zarówno w warunkach szpitalnych, jak ambulatoryjnych
5. nie zgłasza się w wyznaczonych terminach w poradni po metadon
6. nie uczestniczy w psychoterapii grupowej.

Wyrażam zgodę na uczestniczenie w programie na wyżej wymienionych warunkach

Nazwisko i imię..... Nr rejestracyjny:

Data..... (Podpis).....

Załącznik Nr 2

Karta podawania metadonu (detoksykacja, stabilizacja)

Nazwisko..... imię.....

Data urodzenia..... nr rejestracyjny.....

Lekarz..... leczący.....

Data przyjęcia..... (dzień, miesiąc, rok, godzina)

Data przyjęcia ostatniej dawki środka odurzającego wg relacji pacjenta.....

1. opiaty –rodzaj (dzień, miesiąc, godzina).....

2. benzodwuzepiny – rodzaj (dzień, miesiąc, godzina)

3. barbituraty – rodzaj (dzień, miesiąc, godzina)

4. amfetamina (dzień, miesiąc, godzina)

Wynik badania laboratoryjnego

–opiaty

–benzodwuzepiny

–barbituraty

–amfetaminy

5. Uczulenie na leki Tak Nie

I. Medykacja opiatowa

1. Obserwacja – ocena – stabilizacja

Stosowanie metadonu

Metadon przygotowany w roztworze $1 \text{ cm}^3 = 1 \text{ mg}$, stosowanie doustne

LL	Data godzina	RR Tętno	Inne objawy obiektywne	Po- dpis	LL	Data godzina	RR Tętno	Inne objawy obiektywne	Po- dpis
1					2				
3					4				
5					6				
7					8				
9					10				
11					12				
13					14				

Instrukcja dla lekarza

1. Zalecenie pierwszej dawki metadonu..... mg w związku z pierwszymi objawami zespołu abstynencyjnego opiatowego.

2. Zalecenie następnej dawki metadonu..... mg przy pojawieniu się późniejszych obiektywnych objawów zespołu abstynencyjnego opiatowego w ciągu 24 godzin od podania pierwszej dawki.

Instrukcja dla pielęgniarek

1. Pielęgniarka wpisuje odpowiednio dane w rubrykach (stwierdzone objawy abstynencyjne, wielkość dawki metadonu).

Stabilizacja obliczenie: całkowita dawka metadonu w mg podana wg programu detoksykacji:

Stawka stabilna = mg

Dawkę stabilizacyjną oblicza lekarz i wpisuje powyżej.

Dawkę stabilizacyjną podaje się: połowa o godzinie 9.00 rano i drugą połowę o godzinie 18.00

Data	Czas	Dawka	Podpis	Uwagi
dzień 1	9.00			
	18.00			
dzień 2	9.00			
	18.00			
dzień 3	9.00			
	18.00			
dzień 4	9.00			
	18.00			
dzień 5	9.00			
	18.00			
dzień 6	9.00			
	18.00			
dzień 7	9.00			
	18.00			
dzień 8	9.00			
	18.00			
dzień 9	9.00			
	18.00			
dzień 10	9.00			
	18.00			
dzień 11	9.00			
	18.00			
dzień 12	9.00			
	18.00			
dzień 13	9.00			
	18.00			
dzień 14	9.00			
	18.00			
dzień 15	9.00			
	18.00			

Data	Czas	Dawka	Podpis	Uwagi
dzień 16	9.00			
	18.00			

Załącznik nr 3

Zespół abstynencyjny opiatowy

Stopień nasilnia	Objawy subiektywne	Objawy obiektywne	Czas w godz.od przyjęcia ostatniej dawki opiatów godziny
0	pożądanie narkotyku, niepokój, zachowanie poszukującego (požadającego) narkotyku		4-6
1	jak wyżej	ziewanie, poty, wysięk z nosa, łzawienie	8-14
2	nasilenie objawów powyższych, skurcze mięśniowe, drżenia, zimne i gorące poty, bóle mięśniowe i kostne, jadłowstręt, skurcze żołądka, drażliwość, gniewliwość	nasilenie powyższych objawów, mydriasis, gęsia skórka (skurcze drobnych naczyń)	12-16
3	nasilenie intensywności powyższych objawów, bezsenność, niepokój, nudności	wzrost ciśnienia krwi, wzrost temperatury ciała, przyspieszenie i pogłębienie się oddechu, przyspieszenie tętna	17-36
4	nasilenie objawów wyż.wym. zwinięta pozycja, spontaniczne wzdwy i wytrysk, wzrost ciśnienia krwi, wzrost cukru we krwi	wymioty, biegunka, utrata wagi, drżenia, „rozgorączkowana twarz”	24-48 i później

Uwaga: Nie wszystkie objawy występują w podanej kolejności

Załącznik nr 4

Karta metadonowa ambulatoryjna

Nazwisko..... Imię.....

Data ur..... Nr rejestracyjny.....

Pobyt na oddziale – DTX od..... do.....

Ustalona dawka metadonu.....

Tydzień leczenia.....

Data	Dawka metadonu	Podpis wydającego	Zlecenia	Podpis zlecającego	Uwagi

Summary

The methadone program had been applied in the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw for the period of July 1992 through December 1993.

The number of methadone treated patients equaled 115, and 15% of them were dependent on the poppy compute solely, while 85% were dependent on the poppy compute and other psychoactive substances. The sustaining ration of methadone was determined in the conditions of the detoxication ward. The average dose equaled 70 mg/per day.

The assumption regarding the six months long treatment imposed the necessity to reduce the dose by 5 mg every second week, starting with the fourth month.

After the first month of treatment 85% of individuals continued the substituting treatment, 78% continued the treatment for three months and 60% continued the treatment for six months, despite the dosage reduction.

The psychoactive substances, other than methadone, abstinence was controlled through urine checks on the presence of amphetamine, opiates, barbiturans and benzodiazepine, every second week. In the course of the treatment, the patients were provided with the opportunity of group therapy (one a week), general medical services, psychiatric services and the public welfare allowances. No side effects of the methadone treatment were observed. Methadone is effective in treatment of individuals dependent on the poppy compute. We consider the six-month period of methadone treatment too short to cause the betterment of the social performance of the patients with long dependency records.

Piśmiennictwo

1. Ball J.C., Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment, Springer Verlag, New York, 1991.

2. Berry G.J., Kuhn K.L. Dose-related response to methadone: Reduction of maintenance dose. In: National Association for the Prevention of Addiction to Narco-

tics. Proceedings of the Fifth National Conference on Methadone Treatment. The Association, New York, 1973.

3. Blinick G., Jerez E., Wallach R.C. Methadone maintenance, pregnancy and progeny. JAMA, 225: 447, Chicago, 1973.

4. Bowman W.C., Rand M.J. Drugs Used to Relieve Pain. In: Textbook of Pharmacology, Blackwell S.P., chapter 16, London, 1980.

5. Caplehorn J.R., Bell J. Methadone dosage and retention of patients in maintenance treatment. The Medical Journal of Australia, 154: 195-199, 1991.

6. Dole V.P., Nyswander M.E. A medical treatment for diacetylmorphine addiction. JAMA, 193: 646-650. Chicago, 1965.

7. Goldstein A., Judson B.A. Efficacy and side effects of three widely different methadone doses. In: National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics. Proceedings of the Fifth National Conference on Methadone Treatment. The Association, New York, 1973.

8. Gossop M., Grant M. The content and structure of methadone treatment programmes: a study in six countries. World Health Organization Geneva, 1990.

9. Kaltenbach K., Finnegan L.P. Methadone maintenance during pregnancy: implications for perinatal and developmental outcome. In: Perinatal Substance Abuse: Research Findings and Clinical Implications. John Hopkins University Press, Baltimore, 1992.

10. Kreck M.J. Medical safety and side effects of methadone intolerant individuals. JAMA, 223: 665-668, Chicago, 1973.

11. Millstein R.A. Methadone revisited. Treatment effectiveness depends on lifting restrictions on dose and length of treatment. NIDA Notes, July/August, 3-5, 1992.

12. Piotrowski A.: Narkomania. W: Psychiatria, T.II, roz.11 ed.: S. Dąbrowski, Jaroszyński J., Pużyński S. PZWL, Warszawa 1988.