

Christian Rasmussen

Ośrodek Leczenia Uzależnień - Odense, Dania

PROGRAMOWANIE WIELOMODALNE W LECZENIU NARKOMANÓW

W artykule opisano proces przekształcania podejścia jednomodalnego w wielomodalne, który miał miejsce w latach 1984 - 1987 w okręgu Funen (wyspa Fyn) w Danii. W okręgu Funen żyją 463 tysiące mieszkańców i szacuje się, że liczba uzależnionych od narkotyków, wstrzykujących sobie dożylnie heroinę, sięga 1000.

1. Ewolucja założeń, sposobu organizacji i przebiegu terapii w okręgu Funen

1.1. Leczenie narkomanów rozpoczęto pod koniec lat siedemdziesiątych. Odbywało się ono bez podawania leków, a kierowano się dominującą wówczas w całym kraju filozofią (re) socjalizacji. Zgodnie z tym podejściem uważano, że u podłoża narkomanii leży niedostateczna socjalizacja osoby uzależnionej, a samą narkomanię interpretowano jako próbę ucieczki od problemów egzystencjalnych okresu dorastania, wynikającą z bezsilności. Takie problemy są normalnym elementem rozwoju, ale są one nie do przezwyciężenia, jeżeli brakuje jednostce wystarczających predyspozycji psychologicznych i społecznych oraz umiejętności zaradczych, a tak często dzieje się gdy pierwotna socjalizacja, na przykład w rodzinie, przebiega niewłaściwie.

Zakładano zatem, że nadużywanie narkotyków to strategia przetrwania, stosowana z braku czegoś lepszego i jako taka prowadząca wprost do niezwykle poważnych szkód i nieszczęść natury psychologicznej, fizycznej i społecznej. Zrozumiano wtedy, że wpadając w nałóg, tracąc kontrolę i uzależniając się od narkotyków narkoman nie tylko zostaje wyrzutkiem społecznym; z czasem, w miarę postępującego przejmowania stylu życiowego środowiska narkomanów, nieuchronnie dochodzi do spustoszenia w rozwoju osobowości osoby uzależnionej.

Przy tym sposobie rozumienia narkomanii problem leczenia narkomanów postrzegano wyraźnie w kategoriach społeczno-pedagogicznych, a jako cel terapii stawiano sobie pomożenie narkomanowi w wykształceniu takich umiejętności radzenia sobie z problemami, które umożliwiłyby uporanie się z życiem i problemami egzystencjalnymi oraz stawianie czoła trudnościom bez środków odurzających i zmieniających stan świadomości.

Leczenie opierano na zasadzie abstynencji - jednym istotnym celem terapii było życie bez narkotyków, a jednocześnie wysiłki pedagogiczne polegające na uczeniu nowych umiejętności odraczano aż do momentu osiągnięcia przez klienta abstynencji. Co więcej, abstynencja była warunkiem, bez spełnienia którego nie podejmowano żadnych dalekosiężnych form aktywności resocjalizacyjnej i rehabilitacyjnej, ani wysiłków wychowawczych, przysposobienia do zawodu itp.

Leczeniem zgodnie z tymi założeniami terapeutycznymi, zajmowało się sześciu terapeutów (pedagogów społecznych). Przebieg terapii podporządkowano tradycyjnym zasadom leczenia sekwencyjnego, w skład którego wchodziły:

1. Faza motywacyjna, w której dogłębnie analizowano, testowano i kształtowano motywację klienta do życia w abstynencji i postanowienie radykalnej zmiany stylu życiowego.

2. Faza detoksykacji, w której odtruwano klienta i uniezależniano od narkotyków (likwidowano objawy uzależnienia fizycznego). Detoksykacja trwała 10 dni, polegała na podawaniu coraz mniejszych dawek Phenemalumu (Fenobarbitalu) i odbywała się w warunkach stacjonarnych - na oddziale psychiatrycznym, na turnusie detoksykacyjnym, na obozie letnim lub u rodziny zastępczej.

3. Faza stabilizacji w rodzinie zastępczej, mająca na celu odbudowanie więzi klienta ze światem zewnętrznym w bezpiecznym otoczeniu rodzinnym i gwarantująca dostęp do potrzebnego wsparcia i wpływu pod stałym nadzorem personelu terapeutycznego.

4. Faza resocjalizacji polegająca na stopniowym zrywaniu więzów z rodziną zastępczą w miarę rozwoju kontaktów zewnętrznych ze szkołą, rynkiem pracy itp.

Zakres terapii zaplanowano ambitnie, a klientom stawiano wysokie wymagania przed rozpoczęciem, w trakcie trwania i po zakończeniu terapii. Wymagano od nich dużej motywacji, odpowiedzialności, wiarygodności, nieprzerwanej abstynencji, zmiany otoczenia itp. Personel z kolei odznaczał się dużym idealizmem i zaangażowaniem.

W pierwszym okresie pracy według wymienionych wyżej założeń, Wydział Uzależnień każdego roku nawiązywał kontakt z mniej więcej 120 narkomanami z okręgu Funen. Autentyczny kontakt terapeutyczny udało się nawiązać z nieco mniejszą liczbą przypadków. Zakładano, że wyżej opisana terapia wieloletowa trwać będzie nawet 1,5 - 2 lata, zważywszy jak trudno jest osiągnąć zasadniczą zmianę stylu życiowego i że w najlepszym razie zmiana taka musi długo trwać.

Efekty terapii były zróżnicowane, ale - zważywszy ambitne cele jakie sobie stawiano - przeważały efekty negatywne: liczba przypadków skutecznego wyleczenia, czyli trwałej abstynencji, była zbyt mała, zwłaszcza w porównaniu z wielkością włożonego w terapię wysiłku.

Bardzo często u tak zmotywowanych, odtrutych i lokowanych u rodzin zastępczych klientów obserwowano natychmiast poprawę kondycji i przystosowania. Ale na skutek poprawy kondycji klienci często dochodzili do wniosku, że rozwiązali już swoje problemy. Przerywali więc leczenie i wracali do miasta, gdzie bardzo szybko znowu zaczęli sobie wstrzykiwać opiaty. Klienci reagowali na ten łańcuch wydarzeń rozczarowaniem, poczuciem wstydu - ponieważ „zawiedli”, apatią i brakiem wiary w to, że uda im się kiedykolwiek żyć normalnie.

Pojawieniu się tych uczuć towarzyszył zrozumiały spadek motywacji do ponowienia próby terapii nacelowanej na abstynencję oraz sceptycyzm co do tego, czy ośrodek rzeczywiście będzie w stanie im pomóc. Coraz większa liczba klientów zaczynała rozważać możliwość rozwiązania swoich problemów za pomocą metadonu i reagowała proporcjonalnie silnym obrzydzeniem na postawę personelu terapeutycznego, który bardzo negatywnie odnosił się do leczenia metadonem poza fazą detoksykacji.

Co więcej, pojawienie się takich uczuć skłaniało klientów do coraz dłuższej nieobecności w ośrodku terapeutycznym, mimo że pomoc była im zdecydowanie potrzebna. Zamiast kontynuować terapię klienci woleli się zgłaszać do lekarzy ogólnych w nadziei, że uda im się wyłudzić od nich receptę.

Problemem był nie tylko brak akceptacji żądań klientów dotyczących charakteru terapii, wynikający z przyjętej w ośrodku filozofii leczenia; pojawiły się też spore problemy organizacyjne dotyczące właściwej koordynacji działań władz i instytucji rządowych, okręgowych i lokalnych zajmujących się nieuchronnie ogromną większością klientów (opiekunowie sądowi, więzienia, oddziały szpitalne, schroniska, placówki opieki społecznej itp.). Niezwykle trudno na przykład było namówić lekarzy ogólnych do powstrzymania się

od przepisywania klientom na ich usilną prośbę interesujących ich leków nawet wtedy, gdy klienci objęci byli programem terapii nastawionej na osiągnięcie abstynencji.

Wziąwszy to wszystko pod uwagę, pracownicy ośrodka przyjęli niechętnie do wiadomości, że bardzo często zachodzi zasadnicza sprzeczność między rodzajem terapii oferowanej w ośrodku, a rodzajem terapii jakiej domagają się klienci. Co więcej, nazbyt często okazywało się, że nie da się stworzyć i utrzymać przez wystarczająco długi okres spójnego, konsekwentnego i w związku z tym wiarygodnego trybu współpracy. Wręcz przeciwnie, „system” leczenia, który w założeniu miał przyciągnąć klientów i utrzymać ich w terapii bardzo często funkcjonował w sposób fragmentaryczny i niespójny.

Wiosną 1984 roku „rynek” terapeutyczny charakteryzował się szeregiem cech budzących w ośrodku duży niepokój. Jak już wspomniano, klienci wątpili w to, czy kiedykolwiek uda im się żyć bez narkotyków. Uczuciu temu towarzyszyło do pewnego stopnia przekonanie terapeutów, jakoby bronili się przed oferowaniem terapii, którą klienci skłonni byłiby zaakceptować.

W tym okresie liczba narkomanów nadużywających opiatów rosła w bardzo niewielkim stopniu. Innymi słowy, poza nielicznymi zgonami, sięgającymi co roku 7-8 osób, liczba narkomanów była raczej stała i ustabilizowana. Ci sami narkomani po prostu byli rokrocznie o rok starsi. Ponieważ byli coraz starsi, coraz więcej spośród nich zostawało rodzicami, a warunki w jakich żyły dzieci narkomanów budziły poważny niepokój. Groźba zachorowania na AIDS stawała się coraz bardziej realna, przez co dalsze wstrzykiwanie narkotyków coraz bardziej zagrażało życiu klientów.

Coraz większej liczbie klientów udawało się wyprosić u lekarzy ogólnych recepty na metadon, a nie ulegało wątpliwości, że metadon przepisywany w ten sposób rzadko miał jakąś wartość terapeutyczną. Wręcz przeciwnie - pełnił tylko funkcję jeszcze jednego narkotyku, uzupełniającego nielegalny rynek narkotyczny.

1.2. Zaczątek nowego podejścia

W owym czasie dyskusja o tym, czy stosować metadon czy nie w leczeniu narkomanów toczyła się już od lat, w sposób skostniały i dogmatyczny, i nie uchroniła się od wzajemnych podejrzeń, jakimi obrzucały się obie strony. Ogromnie wiele energii marnowano na klócenie się, czy metadon wspiera wysiłki społeczno-wychowawcze czy też odwrotnie. W znacznym stopniu była

to nieprzejeżdżalna walka o to „czy król jest nagi”, tocząca się między bardzo licznym obozem ludzi o orientacji społeczno-pedagogicznej, a znacznie większą grupą ludzi o orientacji medycznej. Pewna liczba fachowców po obu stronach była zdania, że metadonu w ogóle nie należy podawać.

Tak czy inaczej, pracownicy naszego ośrodka dostrzegali nagą prawdę: metadon stosowany jest coraz częściej, przez co cała ta dyskusja traci proporcjonalnie na znaczeniu.

Jak już wspomnieliśmy, równie jasne było i to, że w większości wypadków metadon stosowany jest aktualnie w najlepszym razie w sposób całkowicie niewystarczający, a zatem źle, a powodem było oczywiście to, że lekarze przepisujący ten środek zupełnie nie starali się o zapewnienie odpowiedniego i potrzebnego wsparcia i wpływu społecznego, pedagogicznego i psychologicznego, uzupełniającego przepisany środek leczniczy (lub odwrotnie), zwłaszcza na dłuższą metę. Tak oceniono aktualną sytuację w naszej placówce, a obserwację tę potwierdziły bieżące dane empiryczne [11].

1.3. Eksperymenty z metadonem

W wyniku opisanych dotychczas doświadczeń i ocen i po dogłębnych dyskusjach i rozważaniach na forum Rady d/s Narkomanii okręgu Funen, nasz ośrodek postanowił uruchomić program społeczno-pedagogiczny i rehabilitacyjny wspomagany tak zwanym przedłużonym podawaniem metadonu, ordynowanego przez lekarza ogólnego klienta. Na bazie aktualnie obowiązujących przepisów rządowych [1], Rada d/s Narkomanii okręgu Funen przygotowała projekt przepisów praktycznych regulujących tryb kierowania klientów na leczenie metadonem w nowych warunkach terapeutycznych.

Rada d/s Narkomanii okręgu Funen podjęła próbę oceny wyników nowej praktyki terapeutycznej: postanowiono oszacować rodzaj i stopień zmiany w poziomie przystosowania fizycznego (ogólnego stanu zdrowia), psychologicznego i społecznego u tych klientów, których podania o przejście na terapię metadonową rozpatrywała Rada. Ocenę przeprowadzono niezależnie od tego, czy podanie rozpatrzono „pozytywnie” ($n = 43$) czy „negatywnie” ($n = 22$). Ewaluację postanowiono przeprowadzić po upływie 4 i 8 miesięcy od daty wydania przez Radę indywidualnej decyzji.

Wyodrębniono dwie grupy wyników, jedną pozytywną, drugą raczej negatywną [9]. Po stronie pozytywów stwierdzono niedwuznacznie, że już po upływie 4 miesięcy da się zauważyć u większości pacjentów przyjmujących meta-

don znaczną poprawę poziomu przystosowania. Poprawa najbardziej widoczna była w funkcjonowaniu psychologicznym i społecznym, zaznaczyła się również pewna poprawa stanu fizycznego. Powtórna ocena po upływie 8 miesięcy nie tylko ujawniła stabilną poprawę u połowy klientów, ale pokazała też, że pozytywne zmiany wystąpiły u większej liczby klientów aniżeli 4 miesiące wcześniej, także w obrębie stanu fizycznego.

W porównaniu z klientami „biorących metadon” klienci, którym odrzucono podanie o przejście na metadon, a którzy uczestniczyli w terapii bezlekowej, po 4 miesiącach nie wykazali żadnej zmiany funkcjonowania fizycznego, psychologicznego ani społecznego, natomiast po upływie 8 miesięcy pewna poprawa nastąpiła u prawie połowy tej grupy.

Zwiększenie szans na pozytywne rozpatrzenie podania o metadon, gotowości personelu do omawiania takiej możliwości z klientami i, być może, do udzielania pomocy w dostarczaniu podania Radzie d/s Narkomanii, doprowadziła do widocznej zmiany nastawienia klientów do ośrodka i personelu - pracownicy ośrodka postrzegani byli teraz jako bardziej „racjonalni i rozsądni”. Poprawił się więc terapeutyczny klimat wzajemnych kontaktów klientów i personelu.

Po stronie negatywów ocena wykazała, że nie wszyscy klienci, których skierowano na kurację metadonową na tym skorzystali. Niektórzy łamali towarzyszący kuracji zakaz przyjmowania innych narkotyków, inni z kolei, mając zapewniony dostęp do metadonu, nie mieli ochoty się angażować w towarzyszące kuracji metadonowej wysiłki socjalizacyjno-rehabilitacyjne. Niektórzy, czując, że życie bez konieczności codziennego zdobywania narkotyków stało się nudne lub czując po prostu rozczarowanie z powodu braku oczekiwanego „cudu”, chcieli przerwać kurację metadonową.

Co więcej, negatywnie oceniono techniczne warunki zdobywania i przyjmowania metadonu. Jak już wspomnieliśmy, metadon zapisywał opiekujący się klientem lekarz ogólny, a klient odbierał codziennie dawkę metadonu w aptecce (tylko niektórzy pobierali codzienną dawkę metadonu w ośrodku terapeutycznym). Z grubsza rzecz biorąc oznacza to, że tylko niewielka ilość zapisywanego metadonu łykana była pod odpowiednią kontrolą. Co więcej, lekarze ogólni bardzo rzadko zlecali badanie moczu w celu sprawdzenia, czy klienci nie brali też i innych narkotyków, a środki jakimi dysponował ośrodek w niewystarczającym stopniu umożliwiały tego typu kontrolę. Z tego powodu kontrola była niewystarczająca. Co więcej, odnosiliśmy wrażenie, że tylko w nielicznych przypadkach wprowadzano konieczne korekty dawkowania metadonu.

Eksperyment potwierdził istnienie jeszcze jednego poważnego problemu: znacznej częstokroć różnicy zdań między ośrodkiem, a lekarzami ogólnymi w kwestii podstawowej filozofii terapii. Różnica ta ujawniła się najwyraźniej wtedy, gdy pracownicy ośrodka, widząc że klient czyni postępy uważali, że podawanie metadonu należy kontynuować, podczas gdy lekarz z tego samego powodu chciał odstawić metadon. Te różnice opinii powodowały u klientów zamieszanie i nie były ani rozsądne ani akceptowane.

Mimo że tylko sporadycznie podejmowano rozważania na temat podstawowych aspektów technicznych terapii metadonowej, co obniżało poziom techniczny eksperymentu, i mimo że liczba przypadków, w których wskazane było podawanie metadonu była nieco mniejsza niż początkowo przewidywano, zarówno pracownicy ośrodka jak i Rada d/s Narkomanii na tyle pozytywnie ocenili przebieg terapii, że podjęte działania oceniono jako pożyteczne.

Poza opisanymi wyżej doświadczeniami dwa zdarzenia wpłynęły w sposób zasadniczy na dalszy rozwój wypadków. Tuż po rozpoczęciu eksperymentu terapeutycznego ukazała się książka zatytułowana „Meeting the other person where he is...” (Spotkanie z drugim człowiekiem na jego aktualnym etapie...), wydana przez Państwowy Komitet d/s Alkoholizmu i Narkomanii [2]. Zawarte w książce analizy i rekomendacje były bardzo interesującą lekturą dla pracowników naszego ośrodka, ponieważ potwierdzały wiele naszych obserwacji. Szczególnie takie tematy jak: leczenie ambulatoryjne, krzyżowanie działań różnych profesjonalistów, zalety i wady podawania metadonu, techniczne zalecenia dotyczące sposobu podawania metadonu, zasada stopniowania celów, indywidualizowanie i zróżnicowanie potrzeb terapeutycznych klientów, elastyczność i koordynacja treści terapii, oraz nacisk na podejście polikliniczne, zgadzały się całkowicie z naszym niedawnym doświadczeniem w ośrodku.

Drugim ważnym wydarzeniem była możliwość wizytacji przez naszego dyrektora kilku ośrodków terapeutycznych na terenie USA. Ta trwająca 5 tygodni podróż możliwa była dzięki hojności Fundacji Egmonta H. Petersena. Celem podróży było przede wszystkim bezpośrednio zapoznanie się ze stylem pracy, możliwościami i implikacjami dla kultury terapeutycznej, wskazaniem terapeutycznymi, podstawowymi założeniami i filozofią podtrzymującej terapii metadonowej oraz powiązań tej terapii z koncepcją rehabilitacji.

Pierwszy, podstawowy wniosek wynikający z tej podróży naukowej jest następujący: podtrzymującej terapii metadonowej nie da się scharakteryzować w sposób jednoznaczny, ponieważ jej praktyczne zastosowania są jako-

ściowo bardzo różne. Czynnikiem decydującym jest stopień, w jakim udaje się kontynuować ten sposób leczenia w szeroko rozumianych celach rehabilitacyjnych. Po drugie, podtrzymującą terapię metadonową można prowadzić równie fachowo jak każdą inną terapię, na przykład terapię bezlekową, zwłaszcza wtedy, gdy odbywa się w klimacie wzajemnego szacunku klienta i personelu terapeutycznego, w sposób prawdziwie ludzki.

2. Zmiana sposobu ujmowania problemu

Doświadczenia wyniesione z dotychczasowej terapii, poglądy i pomysły relacjonowane w dostępnej literaturze oraz wrażenia z podróży do Stanów Zjednoczonych skłoniły personel ośrodka do podjęcia ożywionej dyskusji, której celem było sformułowanie nowego, zrewidowanego sposobu rozumienia istoty narkomanii.

Punktem wyjścia było spojrzenie na narkomanię jako na problem chroniczny i cykliczny, czyli problem długotrwały, charakteryzujący się wyraźną tendencją, by po okresach brania sporadycznego następował okres intensywnego nadużywania (braku kontroli), skłaniający osobę uzależnioną do rozpoczęcia leczenia. Podjęcie leczenia prowadzi często do przywrócenia kontroli nad dotychczasowym, nielegalnym przyjmowaniem opiatów. Klient na jakiś czas przestaje przyjmować narkotyki nielegalnego pochodzenia, choć abstynencja ta jest na ogół nietrwała i cykl rozpoczyna się od początku.

Ta koncepcja naturalnego przebiegu nadużywania narkotyków dobrze przystawała do doświadczeń wyniesionych z terapii bezlekowej, a także do wiedzy o innych typach uzależnień (od tytoniu, alkoholu, jedzenia itp.). Co więcej, została dobrze udokumentowana przez amerykańskie badania podłużne, w których śledzono losy osób uzależnionych przez ponad 20 lat w ramach tzw. „badań nad karierami” [7].

A zatem nawrót narkomanii jest raczej regułą, a nie wyjątkiem. Logiczną konsekwencją tej obserwacji jest to, że do końca życia narkomana nie sposób ocenić, czy okres abstynencji świadczy o remisji czy o trwałym uwolnieniu się od narkotyków [3].

Wychodząc od pojęcia „kariery” i opisanego wyżej naturalnego przebiegu narkomanii w ciągu życia, życie narkomana ująć można jako sekwencję „epizodów”. Na epizody te składają się okresy nadużywania narkotyków o różnym natężeniu, terapii, abstynencji itd., często przeplatane pobytami w więzieniu, szpitalu itp.

Wiedza ta ma duże znaczenie przy próbie określenia istotnych celów terapii: skoro narkomania jest problemem (dysfunkcją, dolegliwością czy nawet chorobą) chronicznym i cyklicznym, jasne jest, że nie można się z niej „wyleczyć” - przynajmniej nie od razu. Nie do utrzymania jest pogląd, że problem rozwiąże odtrucie, nawet jeżeli wierzą w to nie tylko sami narkomani, ich rodziny, znaczne odłamy społeczeństwa, ale także rozmaite grupy specjalistów, w tym wielu lekarzy. Opierając się na swej wiedzy medycznej i długoletnim doświadczeniu w leczeniu narkomanów, Dr Vincent Dole, „twórca” podtrzymującej terapii metadonowej, pisze o tym w sposób następujący: „Jeżeli przystępując do leczenia pacjenta wychodzimy z założenia, że dla stwierdzenia, iż został wyleczony, konieczna jest trwała abstynencja, to ani metadon ani żadna inna znana naukowcom metoda nie jest w stanie doprowadzić do takiego trwałego i wiarygodnego wyleczenia. Powinniśmy zatem zastosować te same kryteria, które stosujemy w wypadku innych tajemniczych i chronicznych chorób, na przykład reumatyzmu, gdzie staramy się na tyle poprawić stan zdrowia pacjenta, by mógł on funkcjonować. W tego typu terapii konieczne jest zazwyczaj podawanie leków. Gdy przyjmujemy takie założenie filozoficzne, słowo „wyleczenie” zniknie z naszego słownika” [5]. A zatem, godząc się z niestosownością przyjęcia jako celu terapii „wyleczenia” stajemy przed koniecznością sformułowania innej alternatywy lub przynajmniej alternatywnej zasady właściwego doboru celu terapii. Mówiąc o właściwym doborze celu terapii mamy na myśli to, że wybierać trzeba cele nie tylko pożądane, ale także - według wszelkiego prawdopodobieństwa - osiągalne, a ponadto zgodne z poglądami samego pacjenta na temat własnych potrzeb terapeutycznych. Przy takim rozumowaniu podstawowa zasada formuowania celów terapii jest następująca: należy koncentrować wysiłki na skróceniu do minimum epizodów narkotyzowania się i dążyć do maksymalnego wydłużenia epizodów terapeutycznych, w trakcie których pacjent zachowuje abstynencję lub wstrzykuje sobie nielegalne narkotyki w sposób kontrolowany.

Wstrzykiwanie sobie narkotyków nie tylko jest niezwykle silnie piętnowane społecznie. Niesie ponadto podstawowe zagrożenie dla życia narkomana i w najlepszym wypadku prowadzi do znacznego pogorszenia stanu zdrowia i poziomu funkcjonowania psycho-społecznego. Z tego wynika, że epizody narkotyczne leczone, zawsze są lepsze od epizodów nieleczonych, a dostęp do leczenia i ponownego leczenia, powinien być łatwy i niczym nie ograniczony.

Punktem wyjścia przy formułowaniu odpowiednich celów terapeutycznych dla narkomana muszą być oczywiście bieżące potrzeby i konstelacje potrzeb konkretnego klienta w danym momencie. W niektórych sytuacjach i dla nie-

których klientów całkowita abstynencja to odległe, mało realistyczne marzenie. Zamiast poddawać w wątpliwość motywację klienta, jak to czyniono dotychczas, lepiej jest stopniować cele, czyli formułować takie cele, które nie tylko są pożądane, lecz także osiągalne. Takie podejście jest korzystne zarówno dla klienta jak i dla personelu terapeutycznego - szybciej osiąga się sukces, choć w bardziej ograniczonym zakresie. Rodzi to optymizm i poczucie, że czyni się postępy, podczas gdy formułując cele pożądane, lecz nie od razu dostępne narażamy klienta na częste niepowodzenia. Co więcej, osiągnięcie celu częściowego często okazuje się dobrą bazą dla formułowania dalszych celów, a to z kolei wzmacnia poczucie rozwoju.

Opcja formułowania celów w sposób stopniowy musi się jednak opierać na gotowości do odrzucenia idealistycznego nastawienia (mającego czasem charakter niemal polityczny) i zastąpieniu go nastawieniem niedogmatycznym i pragmatycznym. Decydując się na taką a nie inną formę terapii powinniśmy się kierować jednym tylko kryterium: tym czy klient sam uważa tę formę terapii za skuteczną i wartościową. Lub, jak ujął to Dr Dole: „Dla dowolnej terapii istnieje tylko jedno kryterium: Czy ta terapia służy pacjentowi ?” [5].

Nie sposób sensownie ocenić celów terapii w oderwaniu od stosowanych metod i strategii. Podobnie, nie można ocenić metod nie odwołując się do celów terapii. Fakt ten często bywa pomijany w gorzkim częstokroć i bezwzględny sporze o dobór „właściwej” terapii, toczącym się między specjalistami od leczenia narkomanów, także i w Danii. Zwłaszcza spór o podtrzymującą terapię metadonową pozostawia narkomanów na ziemi niczyjej w tej wojnie, w okopach, narażając ich na ostrzał z obu stron. Nie ulega wątpliwości, że wielu narkomanów przepłaciło to życiem.

Przyjąwszy pragmatyczną filozofię terapii łatwo się uporać z problemami związanymi z wyborem metody terapii, ponieważ ograniczeni jesteśmy tylko zakresem własnej wyobraźni, dostępnych środków i doświadczenia.

Punktem wyjścia dla naszych rozważań na temat metod było uświadomienie sobie i wyciągnięcie wniosków z faktu, iż narkomani (tak jak i inni ludzie) różnią się między sobą, a metoda dobra dla jednego nie musi być dobra dla innego, nawet jeżeli między klientami zachodzi podobieństwo rodzaju zażywanego narkotyku, wieku, płci, długości okresu brania itp. Jeżeli chcemy, by terapia była dla klienta skuteczna, musimy go traktować jako odrębną, niepowtarzalną jednostkę i podejść do niego właśnie tak, jak go postrzegamy w danym momencie.

Narkomani nie tylko różnią się między sobą. Zgodnie z koncepcją „kariery”, każdy narkoman zgłaszający się na terapię przechodzi konkretny epizod w swo-

im życiu (epizod brania). Epizod ten scharakteryzować można i określić pod kątem kilku różnych elementów - różniących się zarówno cechami zasadniczymi jak i konkretnymi realiami - od epizodów bezpośrednio poprzedzających uprzednie zgłoszenie się na leczenie. Klient na pewno jest tym razem starszy, być może zabrano mu dzieci, przeżył niedawno rozpad małżeństwa, pogorszył mu się stan zdrowia, nasilił się lęk przed zarażeniem wirusem HIV, itp.

Przy założeniu, że terapia powinna być stosownie adresowana do indywidualnych problemów konkretnego klienta w danym momencie, konieczne jest dokładne rozeznanie w całokształcie sytuacji tego klienta. Nie można się zatem obejść bez jakiejś formy „diagnozy”. Jeżeli chodzi o proces planowania leczenia i podejmowania decyzji, należy problemy klienta formułować operacyjnie, czyli przekładać je na język potrzeb terapeutycznych. Dopiero na tej podstawie można ustalić, dostatecznie precyzyjnie w danym momencie, jakie rodzaje interwencji leczniczej najlepiej odpowiadają zdefiniowanym wcześniej potrzebom klienta.

Wszystkie dotychczasowe doświadczenia wskazują na to, że problemy klientów bywają bardzo rozmaite i obejmują sferę społeczną, psychologiczną i zdrowotną, choć wielu klientów postrzega je w sposób „narkotykocentryczny”, a więc jednostronny. Z tych samych powodów wyobrażenia klienta dotyczące potrzeby pomocy także będą miały charakter „narkotykocentryczny”.

Przy założeniu, że na wysiłek terapeutyczny składa się nieopisanie wiele potrzeb terapeutycznych i konstelacji takich potrzeb, placówka terapeutyczna powinna wyjść na przeciw tym potrzebom oferując równie zróżnicowane odmiany terapii (pod względem metod, technik i rodzajów interwencji), które oddzielnie, w rozmaitych kombinacjach lub stosowane jedna po drugiej, będą stanowiły właściwą odpowiedź terapeutyczną na złożoną, całościową i indywidualną sytuację klienta z punktu widzenia jego stanu zdrowia i potrzeb społecznych, w najszerszym tego słowa znaczeniu. Inaczej mówiąc, nie ma standardowych klientów, nie ma więc też standardowej terapii, tak jak nie ma jednej terapii „poprawnej” czy „właściwej”.

3. System wielomodalny

Doszedłszy do tego miejsca stanęliśmy przed koniecznością przełożenia wyżej wymienionych nowych zasad i ich konsekwencji na praktykę terapeutyczną w taki sposób, by można było jednocześnie rozwiązać jak najwięcej opisanych wcześniej problemów organizacyjnych i koordynacyjnych.

Wielką dla nas inspiracją była praca dr Edwarda Senaya, psychiatry z Chicago [10]. Na terenie całego stanu Illinois leczenie narkomanów zorganizowano w ten sposób, że do wszystkich stanowych ośrodków terapeutycznych klientów kieruje ta sama jednostka - Centralny Ośrodek Rekrutacyjny z siedzibą w Chicago. W ośrodku tym analizuje się wszystkie istotne dane społeczne, psychologiczne i medyczne dotyczące danego klienta, wykonuje się potrzebne badania laboratoryjne i podejmuje odpowiednie decyzje dotyczące leczenia.

Wszystkie te czynności wykonuje się tego samego dnia, po czym klienta kieruje się do jednej z placówek leczniczych w ramach sieci, ta zaś przejmuje odpowiedzialność za dalsze leczenie. Ośrodek rekrutacyjny proponuje jedną z następujących form leczenia: podtrzymującą terapię metadonową na terenie jednej z wielu przychodni, terapię bez leków w społeczności terapeutycznej, leczenie na oddziale szpitalnym lub w innej placówce zamkniętej.

Skuteczność leczenia jest bardzo wysoka. Częściowo można to przypisać bardzo racjonalnej procedurze, częściowo zaś ogromnemu doświadczeniu personelu Centralnego Ośrodka Rekrutacyjnego, wynikającemu z tego, że tak wielu klientów się tam konsultuje i diagnozuje. Nie ulega wątpliwości, że okręg Funen jest znacznie mniejszy pod każdym względem od stanu Illinois, niemniej jednak wydawało nam się, że podstawowa organizacja terapii w stanie Illinois ma wielkie zalety praktyczne. Należałoby ją tylko przenieść w skali 1:100.

Następny ważny problem, który należało rozwiązać to problem treści terapii, czyli rodzajów uwzględnionych terapii.

Z jednej strony jasno wynikało z dotychczasowych doświadczeń, że znaczna liczba klientów odniosłaby korzyści z podtrzymującej terapii metadonowej. Z drugiej strony było równie jasne, że nie każdy miał na to ochotę, a także, że ten rodzaj terapii jest zupełnie niestosowny dla niektórych klientów, szczególnie klientów młodszych, biorących od niedawna.

W każdym razie nie ulegało wątpliwości, że w przyszłości należy także uwzględnić terapię bez leków. W świetle dominującego klimatu dyskusji na temat metadonu było oczywiste, że trzeba będzie włożyć dużo wysiłku w wyjaśnianie, iż podtrzymująca terapia metadonowa nie zastąpi istniejących rodzajów terapii, a jedynie je uzupełni oraz w to, iż terapię metadonową trzeba będzie wmontować integralnie w istniejące ramy terapeutyczne.

3.1. Założenia terapii metadonowej

U podstaw użycia metadonu w naszym ośrodku leży następujące ważne przesłanki:

Metadon to syntetyczny lek makowcowy, którego okres połowicznego rozkładu jest przeciętnie dwukrotnie dłuższy niż okres połowicznego rozkładu heroiny. Proces przetwarzania metadonu przez organizm przebiega o wiele wolniej niż proces metabolizacji heroiny. Ta właściwość farmakologiczna powoduje, że metadon stosować można w leczeniu zastępczym. Podaje się go doustnie co 24 godziny, podczas gdy heroinę trzeba brać kilka razy dziennie ze względu na szybki rozpad w organizmie.

Metadon zastępuje zatem nielegalne opiaty wstrzykiwane dożylnie (stanowi ich substytut) i jest to jedyne wskazanie do jego podawania. Jednym z podstawowych warunków skuteczności zastąpienia heroiny metadonem jest jednak prawidłowe dawkowanie: przy zbyt wysokich dawkach dojdzie do upośledzenia funkcjonowania psychomotorycznego na skutek zatrucia, co byłoby oczywiście niewskazane. I odwrotnie, przy zbyt niskich dawkach pojawią się objawy abstynencji, które także zakłócają stan równowagi fizjologicznej - celem kuracji metadonowej jest przecież przywrócenie pożądanej równowagi fizjologicznej.

Dlatego metadon podaje się doustnie i pod kontrolą. Niezbędne jest ustalenie właściwej dawki leku, którą wyznacza się na podstawie dotychczasowej, nawykowej dawki nielegalnych opiatów. W celu sprawdzenia czy metadon prawidłowo spełnia swoje funkcje zastępcze (czy przypadkiem klient nie uzupełnia dawki metadonu innymi narkotykami) kontroluje się obowiązkowo mocz.

Metadon pełni jeszcze jedną funkcję - psychospołeczną. Gdy działa zgodnie z założeniami, klient zyskuje dużo wolnego czasu i energii, które dotychczas poświęcał na zdobywanie narkotyków, a często także na działalność przestępczą. Zasoby te może teraz wykorzystać w sposób produktywny terapeutycznie i rozwijający osobowościowo, dzięki czemu ma szansę odsunąć się od narkotyków i środowiska narkomanów. W tym kontekście warto raz jeszcze podkreślić, że „ani metadon ani żaden inny lek nie przerwie alkoholizmu, nadużywania narkotyków nie będących opiatami, zachowań psychopatycznych i przestępczości i żaden lek nie zapewni klientowi pracy, stabilnego domu, wysokiej samooceny ani szczęścia” [4].

Właśnie tu pojawiają się zalety innych form terapii i tu przebiega granica między podawaniem metadonu a podtrzymującą terapią metadonową. Nasz

ośrodek wychodzi z założenia, że w najlepszym wypadku, dzięki metadonowi, klient zyskuje wolny czas. Od tego, jak ten czas zagospodaruje będzie zależała jego przyszłość.

Jak już wspomnieliśmy, metadonowi przypisuje się powszechnie wiele mniej lub bardziej magicznych właściwości.

Krąży wiele mitów o efektach i skutkach ubocznych metadonu [6]. Często konieczny jest długotrwały wysiłek zmierzający do zmiany oczekiwań klienta na temat potencjalnych efektów samego metadonu w porównaniu z efektami dodatkowych zabiegów terapeutycznych.

W naszym ośrodku nie tylko chcieliśmy się podporządkować przepisom Państwowej Rady d/s Alkoholi i Narkotyków z 1984 roku, ale chcieliśmy także stosować metadon „ofensywnie” a nie „defensywnie” (czyli wtedy, gdy nie wiadomo już co robić). Z tego wynika, że terapia metadonowa może być pierwszą terapią z wyboru, o ile na podstawie badań klienta stwierdzi się wskazania do podtrzymującej terapii metadonowej.

3.2. Nowe opcje terapeutyczne

Jeśli chodzi o integrację metadonu z innymi formami terapii okazało się, że łącząc podtrzymującą terapię metadonową z istniejącymi typami interwencji ośrodek dysponował dwukrotnie większą liczbą rodzajów terapii choćby dlatego, że metadon można łączyć z dowolną inną formą terapii (oczywiście z wyjątkiem terapii bezlekowych).

Decydując się na wprowadzenie w ośrodku terapii metadonowej musieliśmy stworzyć klientom możliwość rezygnacji z tej formy terapii na rzecz terapii bezlekowej, co wymagałoby terapeutycznego odtrucia [3], i odwrotnie. Z decyzji tej wynikało również, że gdy ktoś oprócz metadonu bierze jeszcze inne narkotyki, nie podporządkowuje się procedurze leczenia, ma problemy z zachowaniem, itp. może zająć konieczność przymusowej detoksykacji.

Wziąwszy to wszystko pod uwagę, system wielomodalny dopuszcza znaczną elastyczność: jeżeli po jakimś czasie okaże się, że wybrany rodzaj terapii nie służy klientowi, nie oznacza to przerwania leczenia. Wręcz przeciwnie, w ramach dostępnego systemu można się zastanowić, która z pozostałych form terapii (lub ich kombinacji) będzie bardziej przystawać do potrzeb klienta i jego aktualnej sytuacji. Rośnie zatem szansa utrzymania klienta w terapii w ramach złożonego systemu terapeutycznego. Jest to niezwykle ważne, zważywszy na niebezpieczeństwo AIDS. Nie ulega wątpliwości, że najlepszym sposobem zapobieżenia zachorowa-

niu na AIDS jest skuteczne leczenie, ponieważ jedynie terapia może wyeliminować lub przynajmniej zredukować nielegalne wstrzykiwanie narkotyków.

Trzeba w tym momencie przypomnieć, że przy każdym zastrzyku zachodzi ryzyko użycia tej samej igły przez kilka osób, a tym samym ryzyko zarażenia wirusem HIV. Niebezpieczny seks uprawiany przez prostytutki będące jednocześnie narkomankami to także poważny czynnik zwiększający ryzyko infekcji.

W wyniku dyskusji nad formami terapii, które należałoby uwzględnić, sporządzono następującą listę. Uwzględniono przede wszystkim formy terapii już oferowane, a także te, które należałoby dopiero wprowadzić i te, które wymagałyby współpracy z innymi placówkami.

Pedagogiczne:

Poradnictwo podtrzymujące obejmujące całokształt sytuacji życiowej

Poradnictwo i grupy wsparcia w zakresie ciąży i porodu

Poradnictwo w sprawach związanych z wychowywaniem dzieci

Tradycyjna sekwencyjna terapia bezlekowa

Medyczne:

Podtrzymująca terapia metadonowa

Detoksykacja terapeutyczna (trwająca niekiedy kilka miesięcy)

Detoksykacja przymusowa (10 dni)

Detoks (odtruwanie z opiatów w warunkach ambulatoryjnych, trwające 10-21 dni)

Leczenie na drodze odstawiania (detoksykacja likwidująca uzależnienie od alkoholu, benzodiazepin itp.)

Podawanie innych stosownych leków (w razie chorób somatycznych i psychicznych)

Leczenie antabusem

Diagnoza, leczenie i kontrola stanu somatycznego

Psychologiczne:

Psychoterapia podtrzymująca

Psychoterapia zorientowana na uzyskanie wglądu

Terapia małżeńska

Terapia rodzinna

Zajęcia podczas dnia:

Warsztaty

Wykonywanie zadanych prac (w ośrodku i poza ośrodkiem, praca grupowa itp.)

Praktyka zawodowa i szkolenie zawodowe poza ośrodkiem

Rehabilitacja zawodowa

Nauka, edukacja

Leczenie stacjonarne:

Rodzina zastępcza lub grupa terapeutyczna

Placówka terapeutyczna

Ośrodek rehabilitacyjny, schronisko

Przyjęcie do szpitala psychiatrycznego

Przyjęcie do szpitala ogólnego

Szkoła ludowa, itp.

Jak już wspomnieliśmy, powyższa lista odzwierciedla oczekiwania dotyczące form terapii, na które istniałoby zapotrzebowanie i które możliwe byłyby do wprowadzenia po reorganizacji i rozszerzeniu form działalności naszego ośrodka, jak też doświadczenia, jakie mogłyby wnieść osoby z zewnątrz i placówki poza naszym ośrodkiem dla uzupełnienia repertuaru dostępnych w ośrodku form terapii.

3.4. Interdyscyplinarny personel

Chcąc podawać metadon i - do pewnego stopnia - inne leki, musieliśmy zatrudnić w ośrodku lekarzy. Zgodnie z zaleceniami Państwowej Rady d/s Alkoholizmu i Narkomanii [2] chcieliśmy zwiększyć fachowość personelu, zatrudniliśmy więc personel interdyscyplinarny.

Podstawowa idea, jaka nam przyświecała była następująca. Chcieliśmy realizować interdyscyplinarną koncepcję terapii, opartą na interdyscyplinarnym badaniu wszystkich aspektów istotnych dla terapii i wynikających stąd decyzji interdyscyplinarnych dotyczących przebiegu terapii w konkretnym przypadku. Dzięki temu decyzje byłyby starannie przemyślane i dobrze skoordynowane, ponieważ wszystkie zaangażowane w ośrodku środki byłyby równie wartościowe i stanowiłyby własność wspólną.

W czerwcu 1985 roku nasze założenia, zasady, metody i plany organizacyjne i intencje przedstawiliśmy w formie projektu Radzie Okręgowej okręgu Funen wraz z wnioskiem o ilościową i jakościową rozbudowę dostępnych

środków terapeutycznych i stworzenie odpowiedniego ośrodka ambulatoryjnego dla narkomanów z okręgu Funen.

Latem 1986 roku Rada Okręgowa postanowiła przyznać dodatkowe fundusze na trzyletni eksperyment, który miał się rozpocząć w styczniu 1987 roku.

Można więc było przystąpić do prac organizacyjnych i jednoczesnej rekrutacji dodatkowego personelu interdyscyplinarnego. Docelowo terapią miało być objętych 150 klientów.

Trzeba było uzupełnić dotychczasową ekipę, złożoną z sześciu terapeutów specjalizujących się w pedagogice społecznej, o jednego pedagoga społecznego, jednego pracownika socjalnego, dwóch lekarzy, jedną sekretarkę medyczną, dwóch terapeutów zajęciowych, jedną pielęgniarkę, jednego psychologa i jednego pracownika administracji. Rekrutacja pracowników odbywała się stopniowo w ciągu roku 1987.

4. Organizacja leczenia

Aby spełnić wymóg dokładnego interdyscyplinarnego badania diagnostycznego, umożliwiającego odpowiedni i wyczerpujący opis wszystkich potrzeb terapeutycznych klienta, procedura rekrutacji klientów musiała się składać z trzech elementów:

1. Wywiad terapeutyczny na temat przeszłego i obecnego życia (dzieciństwo, doświadczenia związane z nauką i pracą, kariera narkomana, wzorzec i rozmiary obecnego brania, kariera terapeutyczna, przestępczość, itp.). Ten fragment procedury diagnostycznej był wystandaryzowany - korzystano ze zmodyfikowanej, duńskiej wersji opracowanego w Norwegii schematu wywiadu (Holsten i Duckert, 1986). Co więcej, postanowiono, że ten ważny etap diagnozy poprowadzi dwoje najbardziej doświadczonych pedagogów społecznych. Miało to zapewnić możliwie jak najprecyzyjniejszą ocenę. Proszono jednocześnie klienta o zgodę na wymianę istotnych dla terapii informacji między ośrodkiem, a innymi osobami i władzami. Klient mógł odmówić prawa do przekazywania konkretnych informacji.

2. Ogólne badanie lekarskie ze szczególnym uwzględnieniem tych aspektów stanu zdrowia, które wiążą się z braniem narkotyków, zarażeniem wirusem HIV, weryfikacją informacji uzyskanych podczas wywiadu, higieną seksualną i higieną wstrzykiwań, itp. Pobierano jednocześnie próbki moczu i krwi. Informacje te uzupełniano informacjami od opiekującego się klientem lekarza ogólnego, epikryzami szpitalnymi itp.

3. Wstępny kontakt z wyznaczonym pracownikiem ośrodka, którego zadaniem było sformułowanie opinii na temat stylu zachowania klienta, poziomu funkcjonowania społecznego, życzeń co do terapii itp.

Po zebraniu istotnych (i, jak mieliśmy nadzieję wystarczających) informacji dotyczących punktu wyjścia terapii i odnotowaniu tych informacji w dzienniczku, z którego mógłby korzystać personel interdyscyplinarny, stanęliśmy przed problemem interdyscyplinarnej oceny zdobytych informacji pod kątem wyboru form terapii najbardziej przypuszczalnie odpowiadających potrzebom klienta.

W tym celu powołano komisję terapeutyczną, która zbiera się raz w tygodniu i stanowi najwyższą władzę fachowo-administracyjną ośrodka. W skład komisji wchodzi zarówno przedstawiciele dyrekcji jak i przedstawiciele wszystkich dyscyplin reprezentowanych w ośrodku.

Każdy przypadek referuje najpierw osoba, która przeprowadziła wywiad, a następnie swoje obserwacje i diagnozy przedstawiają lekarz badający oraz przydzielony danemu klientowi pracownik ośrodka. Procedura ta kończy się podjęciem decyzji co do form terapii dla omawianego przypadku z zestawu opanowanych przez zespół interdyscyplinarny fachowych technik, metod i doświadczeń. Zapewnia się następnie koordynację wybranych form terapii na terenie ośrodka oraz z formami leczenia realizowanymi poza ośrodkiem w ramach wzajemnej współpracy.

Streszczenie wyników badań, diagnozy i decyzji dotyczących terapii wysyła się do instytucji, która klienta skierowała oraz do innych władz i instytucji mających kontakt z klientem.

Starano się jednocześnie, by proces ten trwał nie dłużej niż tydzień. Decyzji tej przyświeca idea, że gdy ktoś chce się leczyć ważne jest, by coś się zaczęło dziać, choćby na elementarnym poziomie.

Wybór form terapii pełni rolę nadrzędną i główną wobec planu terapii. Plan ten ma charakter konkretny i zindywidualizowany, w zależności od możliwości i ograniczeń wynikających z życzeń i ogólnej sytuacji klienta. Plan terapii opracowuje i realizuje pracownik ośrodka we współpracy z klientem.

W wypadku, gdy pracownik ośrodka odczuwa potrzebę omówienia postępów (lub braku postępów) danego klienta, może to zrobić podczas cotygodniowych spotkań z klientem, w których uczestniczy możliwie jak najwięcej przedstawicieli personelu tworzącego interdyscyplinarne forum. Celem tych spotkań jest pomoc osobie odpowiedzialnej za dany przypadek w ustaleniu, realizacji i w - razie potrzeby - zmianie planu leczenia. Jest to także jedyne

forum, na którym podejmuje się decyzje dotyczące zmiany formy terapii i zakończenia terapii.

W taki oto sposób opracowano strukturę i sposób organizacji pracy terapeutycznej i zatrudniono potrzebny personel. Pierwszego stycznia 1988 roku nasza placówka rozpoczęła prace zgodnie z naszkicowanymi wyżej zasadami.

Tłumaczyła: Helena Grzegolowska-Klarkowska

Christian Rasmussen

Multi -modality programming in the treatment of drug addiction

Summary

Transformation of the mono-modality approach into a multi-modality one in the treatment of drug dependence is presented in the paper. The transformation process took place in the years 1984-1987 in the County of Funen (island Fyn), Denmark. It is estimated that in the County population of 463000 there are about 1000 drug dependent IV-heroin abusers.

The multi-modality treatment consists in the provision of a variety of therapies, together with social and vocational support, including e.g. counselling, methadone maintenance treatment, detoxification, treatment of physical conditions, psychotherapy, marital and family therapy, occupational therapy, vocational training and rehabilitation, education, and many other forms.

It is possible to provide such a diversified range of services adapted to individual needs and complicated careers of drug addicts only through creation of an interdisciplinary team cooperating with various health care, educational and social welfare facilities, as well as with employers (Eds.).

Piśmiennictwo

1. Kontaktudvalget vedr. Stof- og Alkoholproblemer: Metadon og Stofmisbrugere, København, 1979.

2. Alkohol- & Narkotikarådet: „At møde mennesket hvor det er...”, København, 1984.

3. Cushman, P.: Detoxification After Methadone Treatment. In: Lowinson, J. H. & Ruiz, P.: Substance Abuse, Clinical Problems and Perspectives, Baltimore, 1981.

4. Dole, V.: Performance-based Rating of Methadone Maintenance Programs, *The New England Journal of Medicine*, 303, 3, 1982.
5. Dole, V.: Personal communication, 1985.
6. Goldsmith, D. S., Hunt, D. E., Lipton, D. S. & Strung, D. L.: Methadone Folklore, Beliefs about Side Effects and their Impact on Treatment, *Human Organization*, 43, 4, 1984.
7. Maddux, J. F. & Desmond, D. P.: *Careers of Opioid Users*, New York, Praeger, 1981.
8. Rasmussen, C.: *Metadonvedligeholdelsesbehandling: Rapport over studierejse til USA*, Odense, 1985 (unpublished report).
9. Rasmussen, C.: Unpublished research-data, 1986.
10. Senay, E.: *Substance Abuse Disorders*, Boston, John Wright, 1983.
11. Winslow, J. H. & Ege, P.: *Metadon - og hvad så?*, København, 1983