

Narkomanibehandling¹⁾

Af ass. overlæge MOGENS NIMB, Bispebjerg Hospital

Narkomanibehandling er et emne, som mange steder i verden i disse år bliver taget op til debat. Grunden hertil er nok som bekendt, at narkomaniproblemet mange steder er vokset foruroligende hurtigt, at det i hvert fald på mange måder har ændret karakter og herigennem er nået ud til offentlighedens bevidsthed på en ganske anden akut måde end tidligere. Dette, i forbindelse med usikkerheden om hvem man skal behandle og hvordan, afføder igen pres på myndighederne og samfundets politiske repræsentanter, som ikke sjældent tvinges til at træffe profylaktiske og terapeutiske foranstaltninger på et mangelfuldt kendskab til problemernes nærmere art. På denne måde kan foranstaltningerne blive ejendommeligt prioriterede, mindre hensigtsmæssige og i værste fald rent ud skadelige. Dette sker til trods for, at myndigheder og lovgivere også i denne sag indhenter sagkyndig vejledning, før de handler. I denne forsamling kan det ikke undre nogen, at det så må gælte. Det skyldes ikke, som det undertiden hævdes, at der ikke findes virkeligt sagkyndige på narkomaniområdet. Der findes snarere alt for mange, som ud fra deres specielle forudsætninger har dannet sig faste men ensidige opfattelser af, hvordan problemet skal løses. Men der findes ganske vist efterhånden ikke så få, som ærligt har forsøgt at ansue problemet i hele dets kompleksitet. Dette kan imidlertid være en så knugende erfaring, at den ikke kan udkrystalliseres i konkrete råd, og i hvert fald ikke i råd af den art, man venter at få og er villig til at følge.

I USA, hvor narkomani som samfundsproblem har sin længste historie i moderne tid, var det i mange år god latin — og ikke alene blandt læger — at fremhæve, at narkomani var et *medicinsk* problem i modsætning til den herskende opfattelse af narkomani som et *kriminelt* problem, der bedst blev løst af politi, domstole og fængselsvæsen. For mange var og er der en uoverstigelig kløft mellem at opfatte en narkoman som syg eller som forbryder. Det var amerikanske sociologers fortjeneste (1, 2), at de fik indført den sociale, økonomiske og gruppedynamiske dimension i den efterhånden stivnede stillingskrig om sygdom og kriminalitet. I løbet af 1960-erne, i forbindelse med den hastige udbredelse af hallucinogenerne, kom ideologi og livsanskuelse, generationskonflikt og ungdomsoprør ind som nye aspekter af narkomaniproblematikken. Dette åbnede igen vejen for erken-

¹⁾ Foredrag i Dansk Kriminologisk Selskab den 12. sept. 1968.

delse af problemets dybe rødder i selve den menneskelige eksistens, dets nære forbindelse med spørgsmålet om vor egen tilværelses mening og indhold, om vort forhold til medmennesket og til de fundamentale etiske spørgsmål om godt og ondt (3). Det er måske betydningsfuldt, at en lignende forståelse groede frem hos en kreds af tyske psykiatere i kaos og krise efter 2. verdenskrigs afslutning (4, 5).

For mig hersker der ingen tvivl om, at narkomaniproblemet faktisk har en sådan bredde, dybde og spænding, at enhver tale om enkle, hurtige eller fuldstændige løsninger må forekomme meningsløs. Jeg er heller ikke i tvivl om, at den sidstnævnte dimension er den vigtigste, og netop fordi den i så ringe grad er tilgængelig for vore manipulationer, en dimension, vi ikke må tabe af syne, når vi forsøger at intervenere på andre områder.

Det vil være gavnligt at gøre sig klart for sig selv, at vi *har* en moralsk holdning til narkomaniproblemet, og at det heller ikke ville være ønskeligt, at vi forholdt os moralsk indifferent i denne sag. Lad være, at meget af vor bekymring og ængstelse og reaktioner er noget hykleriske, som de vel altid er, når vi har at gøre med afvigende minoriteter og selv er nogenlunde på den sikre side. Vi må erkende, at vor grænsedragning, f. eks. mellem forbudte og tilladte stoffer og mellem tolererede og ikke-tolererede narkomanier er traditionsbestemt og arbitrær og ikke modsvares af noget velunderbygget rationale inden for de fagområder, der beskæftiger sig med narkomanispørgsmål. Men selvom denne grænse skulle blive noget forskudt i de kommende år, er der ikke rimelig grund til at tro, at narkomaniproblemet *kun* er en selvforskyldt plage i den forstand, at den kan løses alene ved foranstaltninger, som tager sigte på kriminalisering eller legalisering. Der vil fortsat vedblive at være en gruppe tilbage, hvis fysiske og sociale tilstand er blevet forringet på grund af deres kompulsive trang til og afhængighed af psykotrope stoffer. Og selvom vi nok ved, at vi som narkomaniproblemer behandler en række andre — psykiatriske, psykologiske, sociale og endnu flere problemer, som kun har en mere løs tilknytning til stofmisbrug, må jeg dog mene, at vi ikke står overfor et skinproblem, men et reelt problem, som i mange tilfælde kræver behandling.

Det er ikke ualmindeligt at møde den antagelse, at den medicinsk-psykiatriske behandling af narkomaner altid har været dårlig, og at resultaterne altid er skuffende. Denne opfattelse er naturligvis hverken fuldstændig eller korrekt.

Adskillige undersøgelser, hvis pålidelighed ikke kan drages i tvivl, viser særdeles hæderlige prognoser, specielt for de patientgrupper, der fortsat er størst i de psykiatriske institutioner: de symptomatiske medicinmisbrugere, hvis grundlidelse reagerer

rimeligt godt på traditionel psykiatrisk institutionsbehandling (6). Men også med hensyn til behandlingen af disse grupper gør der sig usikkerhed gældende: ofte er den prognostiske vurdering og målsætning uklar, hvis den ikke er bestemt af det endtydige, men ikke helt relevante sort-hvide, abstinent — ikke-abstinent kriterium, og med hensyn til det vigtige, men vanskeligt bedømmelige forhold, hvilke *andre* faktorer end hospitalsbehandlingen, der har haft prognostisk betydning, må man ofte nøjes med helt subjektive skøn. En sådan opgave kan synes uløselig, når det som ved narkomani drejer sig om en multifaktoriel betinget lidelse, hvis naturlige forløbsformer kun er mangelfuldt kendte. Antallet variable prognosedeterminanter er så stort, at man i videnskabelige undersøgelser kun kan søge dem elimineret gennem egnede kontrolmaterialer, som er vanskelige at skaffe. I et politimateriale af narkomaner (7), jeg engang forsøgte at gøre op, fandt jeg i nogle grupper en bedre prognose for dem, der havde undgået hospitalsindlæggelse. Men jeg tvivler på, at grupperne har været sammenlignelige.

Selvom det nu skulle lykkes at forfine og kvantificere både prognosestilling og efterundersøgelsesteknik, vil det kun være af begrænset værdi over for de nye misbrugergrupper. For disse må vi erkende, at de traditionelle behandlingsteknikker og vort gængse behandlingsmilieu ikke strækker til, og at vore nuværende behandlingsinstitutioner ofte ikke er de rette steder at modtage dem.

Systematiske erfaringer fra udlandet og mere spredte indtryk herhjemmefra tyder ikke på, at fængselsvæsenet rummer ideelle institutioner til behandling af narkomaner, hverken gamle eller nye. Dette gælder både traditionelle fængsler og fængselsinstitutioner med mere specielt terapeutisk sigte. De amerikanske specialinstitutioner har, trods alle videnskabelige præstationer, været en fiasko i terapeutisk henseende og står nu — efter 30 års virke — foran nedlæggelse i deres nuværende form. Om det alligevel skulle være muligt på dette område at skabe acceptable behandlingsmuligheder inden for fængselsvæsenets institutionelle rammer, ved jeg ikke. Men jeg tvivler på, at forskning i den retning skal prioriteres særlig højt her i landet.

Socialt orienteret behandling er først og fremmest forsøgt af organisationer med stærk kirkelig-filantropisk baggrund, senere af grupper, som har skabt deres egen ideologi og livsmønster. I USA er „Exodus House“, som blev startet af den protestantiske menighed i East Harlem, eksempel på den første type, „Synanon“ og „Daytop“-bevægelserne på den sidste. I disse bevægelser spiller den direkte ideologiske påvirkning en afgørende rolle. Man arbejder med intensive psykologiske virkemidler og enkle principper, en stærk gruppedynamik, som ikke levner plads for

individuel kritik og tvivl, men hvor til gengæld individuelle problemer og konflikter opløses i gruppekatharsis, hvorefter den enkelte finder ubetinget støtte og livsindhold i gruppens tilværelsesform. Det er helt utvivlsomt, at en sådan behandling kan tilbyde og give de søgende et nyt perspektiv og et nyt indhold i deres tilværelse, og at dette sker på en måde som psykologisk er nært beslægtet med religiøs vækkelse og omvendelse. Der kan på denne måde opnås resultater i narkomanibehandlingen, som andre har svært ved at hamle op med. Har man oplevet et sådant samfund i funktion, kan det ikke undgå at gøre et dybt indtryk i kraft af de resultater, man ser. Man vil da være tilbøjelig til at se gennem fingre med et ideologisk indhold, som kan synes den udenforstående mindre opbyggeligt, med doktrinære absurditeter, utålsomheden over for selv velvillig kritik og den ret aggressive intolerance over for andre, som også arbejder i den gode sags tjeneste. Det kan alt sammen være prisen værd. Når man så alligevel har sine betænkeligheder ved „congregational treatment“ eller „the communiversity“ skyldes det, at den som behandlingsform ikke er noget universalmiddel, og at andre ikke kan lære, hvordan man kan bruge den, så sandt som det ikke drejer sig om en terapeutisk *metode* men om en livsstil, en tro, man tvinges til at akceptere eller forkaste. Under hele omstillingsprocessen gør der sig en række strenge selektionsmekanismer gældende, men om frafaldets art og omfang ved man meget lidt, selv om dette i høj grad var en undersøgelse værd.

„Exodus House“ er fortsat ledet af en præst, men er iøvrigt en selvejende institution, udskilt fra sit kirkelige ophav. Man arbejder ikke mindre hårdt, men mere upretentiøst og udogmatisk med et bredt udsnit af socialterapeutiske og pædagogiske virkemidler i de ganske desolate omgivelser, som præger New Yorks ghettoer. Man lægger ikke skjul på, at resultaterne ikke er strålende, at indsatsen i første række er af humanitær og social karakter, men at dette rent faktisk kommer til at betyde behandling af unge narkomaner, når man arbejder i en bydel, hvor der findes heroin at købe på ethvert gadehjørne, og som er plaget af dette problem oven i alle de andre. Dette arbejde bæres af medarbejdernes egen idealisme og livsholdning, men ikke ved nogen direkte anvendelse af deres egen ideologi som terapeutisk instrument.

Nu er jeg meget vel klar over, at det er begrænset, hvor langt man kan trække analogier fra amerikanske til danske forhold, og at konkrete projekter ikke lader sig overføre fra land til land, ikke engang inden for Norden. Men mange træk med hensyn til udvikling, fordomme, holdning og fejltagelser synes kun at have alt for universel gyldighed. Det er i dag ikke bemærkelsesværdigt at fastslå, at den hidtidige faglige stratificering af behand-

lingen inden for medicin, fængselsvæsen og den sociale sektor, og inden for disse hovedområder igen i indbyrdes modstridende lejre, ikke længere er adæquat. I princippet har man da også draget den slutning, at går behandlingen ikke længere på langs, må vi prøve på tværs. Her må jeg dog gøre den tilføjelse, at vi her i landet vil foretrække at nøjes med 2 egentlige behandlingssektorer, nemlig den medicinsk-psykiatriske og den social-pædagogiske, og at vi skal være taknemmelige for, at vi kun i meget begrænset omfang har været tvunget til at gøre brug af fængselsvæsenet til dette formål.

Derimod kommer vi ikke uden om, at loven, domstolene og i effektorledet politiet rent faktisk repræsenterer det element af tvang, der kan forekomme i behandlingen. Det er også vigtigt, at vi ud fra et behandlingssynspunkt prøver at gøre os klart, ikke alene om vi skal have mere eller mindre tvang, end vi har, men også hvad vi skal bruge tvangen til og på hvilken måde, vi helst ser den administreret.

På dette område har man i USA rige, men desværre ikke entydige eller samstemmende erfaringer. Fra Lexington gjorde man allerede for mange år siden den erfaring, at frivilligt indlagte patienter afbrød behandlingen i utide og havde en højere recidivfrekvens end patienter, som var dømt til behandling og senere blev betinget prøveløsladt (8). De seneste undersøgelser sammesteds fra (9) har bekræftet, at et relativt langt institutionsophold (over 9 mdr.), efterfulgt af intensiv kontrol under prøveløsladelse medfører en høj frekvens af recidivfrihed ($\frac{2}{3}$), dog kun med 1 års observationstid. I Californien har erfaringerne fra de seneste år været mindre optimistiske (10). Siden 1961 har man her, sideløbende med den almindelige fængselsstraf, haft et alternativt program løbende med mulighed for tvangsindlæggelse i et rehabiliteringscenter i mindst $\frac{1}{2}$ år (gennemsnitlig: over 13 mdr.) efterfulgt af en prøveløsladelsesperiode med intensiv kontrol. Under dette program havde kun $\frac{1}{3}$ klarer sig efter 1 år, efter 3 år $\frac{1}{6}$. 1-årsresultaterne svarede iøvrigt ganske til, hvad man opnåede efter almindeligt fængselsophold med rutinemæssig supervision under prøveløsladelsen.

Heller ikke social-psykiatriske ambulante programmer med udadrettet, opsøgende virksomhed har kunnet give det entydige svar på spørgsmålet om betydningen af tvang, som vi gerne ville have, men som sikkert ikke findes. I et projekt i Greenwich Village (11), som blev organiseret på frivillig basis, uden presionsmidler, og som blev drevet efter ikke-autoritære retningslinier, måtte man konstatere et hurtigt patientfracfald på omtrent 60 % og et intermitterende frafald af resten på grund af hyppige hospitalsindlæggelser og arrestationer. Man fandt trods alt en bedre kontakt og åbenhed, end man kunne opnå på hospi-

taler eller inden for andre institutionelle rammer. I et senere projekt fra Washington (12), som ligeledes opererede med en intensiv, udadgående socialservice, men for prøveløsladte og betinget dømte narkomaner, forsøgte man at strukturere tvangen i mere positive og fleksible rammer ved at delegere den autoritet, der ligger i tvangssituationen, til de i projektet aktive socialarbejdere. Herved tilsigtede man, at autoriteten ikke blev udøvet af retshåndhævelsens traditionelle repræsentanter, og at autoritetens udøvelse altid var forbundet med et tilbud om hjælp. Dette lyder jo hverken særlig nyt eller opsigtsvækkende i danske ører, og når dette projekt efter en foreløbig vurdering synes at have været en stor, men endnu uspecificeret succes, kan det vel skyldes forhold, som ikke har direkte relation til arbejdsrammen, men snarere til det implicerede personales interesse, dygtighed og engagement. Som noget nyt på dette område er der i projektet knyttet en undersøgelsesgruppe på to sociologer, en „research analyst“, interviewere og andet teknisk personale, og man må derfor imødesee den endelige vurdering med særlig interesse.

I de foreliggende meddelelser og erfaringer fra de seneste år er der således ikke megen vejledning at hente i spørgsmål om anvendelse af tvang i narkomanibehandlingen. I Norge og i England har man nu betrådt den tiltagende kriminaliserings vej, men det er endnu for tidligt at danne sig noget indtryk af, hvad der vil komme ud af det, og måske bliver det aldrig helt klart. I Norge har man, så vidt jeg kan forstå, faktisk ikke noget større problem, og i England forekommer den strenge lovgivning at være tomt bulder. Sålænge engelske narkomaner kan få deres heroin og kokain på offentlige klinikker og amfetamin og morfin nogenlunde frit hos de praktiserende læger, kræver det mere end almindelig opfindsomhed at blive lovetræder. Men hvis man virkelig mener det alvorligt med kriminalisering, må de amerikanske spor være skræmmende.

Med hensyn til den nugældende danske lov om euforiserende stoffer vil jeg mene, at den fra et terapeutisk synspunkt burde kunne udnyttes bedre. Den gældende praksis med vidtstrakt anvendelse af betingede domme og betingede prøveløsladelser, fungerer ikke tilfredsstillende. De opstillede vilkår kan ikke overholdes, fordi man fra de tilsynsførende organers side ikke har personelle og andre ressourcer nok til at gøre tilsynene tilstrækkeligt intensive og behandlingsorienterede. Dette erkendes også af dem, der har fået denne utaknemmelige opgave pålagt, hvorfor man i alle led er tilbageholdende med at anbefale gensindsættelser for overtrædelse af vilkår. Dette forhold fornemmes også klart af i hvert fald en del narkomaner og medvirker til helt at nedbryde deres respekt for en lov, hvis autoritet i deres

omdømme i forvejen ikke står højt i kurs. Jeg tror, at man her kan yde en virkelig indsats ved at gøre et forsøg efter samme retningslinier som Washington-experimentet: ved at overlade tilsynet og den hermed forbundne støtte og behandling til en interesseret stab af socialpraktikere, måske helst sådanne, som ikke i forvejen er hildet i autoritær kontakt med patienterne, og som i et begrænset tidsrum helt kunne hellige sig denne opgave. Foruden psykiatrisk assistance ville det være en gevinst, om man også kunne få sociologisk hjælp til planlægning og vurdering af resultatet.

De civile, administrative tvangsmidler: tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse i psykiatrisk institution, har vi ikke haft til rådighed her i landet. I kølvandet af efterkrigstidens narkomanibølge anbefalede Den almindelige danske Lægeforening i 1952, at man af helbredelseshensyn søgte lovhjælp til tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse af narkomaner. Udvalgsbetænkningen fra 1953 (13) diskuterede udførligt problemstillingen, men kom til den konklusion, at aldrig så tungtvejende lægelige og sociale grunde for tvangsindlæggelse — og særlig for tvangstilbageholdelse — ikke kunne opveje ulemperne ved en yderligere beskæring af det retsgode den personlige frihed er. Havde dette ræsonnement gyldighed overfor den narkomanpopulation, der gav stødet til betænkningen i 1953, må det gælde end stærkere for det problem, vi står over for i 1968.

Mens man i Norge ikke blot har, men også kan bruge loven om edruskapsvern til tvangsbehandling af narkomaner, er det samme ikke tilfældet med den nærmeste danske parallel hertil i lov om offentlig forsorg §§ 42 og 43, som giver hjemmel til tvangsbehandling af alkoholister, som falder familien eller blot det offentlige til byrde, og som nægter at underkaste sig ambulantly behandling. Selv efter sin bestemmelse bliver loven kun sjældent anvendt, ikke alene på grund af myndighedernes uvilje mod enhver form for administrativ frihedsberøvelse, men også fordi mange læger på psykiatriske institutioner finder det urimeligt at tvinge sådanne patienter til en behandling, man selv finder illusorisk inden for institutionens rammer.

Med den voksende erkendelse af, at der må findes nye behandlingsformer og behandlingsexperimenter til supplerung af de traditionelle, kan vi sikkert også lade spørgsmålet om tvangsbehandling få en mere tilbagetrukket prioritet. På nuværende tidspunkt er der en betydelig risiko for, at tvangen vil blive et mål i sig selv, en skinløsning, som kan spærre for nødvendige investeringer i behandlingsexperimenter.

Fra lægelig side er det, for mig at se, navnlig 3 punkter, som trænger sig på for at blive løst i ethvert narkomanibehandlingsprogram:

- 1) Spørgsmålet om „craving“, patienternes kompulsive trang til at skulle have stof for enhver pris.
- 2) Spørgsmålet om at motivere patienterne til behandling og at fastholde denne motivation, samt forebyggelse af recidiv.
- 3) Spørgsmålet om de institutionelle rammer for behandlingen.

Det første spørgsmål om „craving“ er til dels af farmakologisk karakter og kan derfor i en vis udstrækning løses med farmakologiske midler, således som det bliver forsøgt f. eks. i vedligeholdelsesbehandling med methadon (14). Også behandling med antimorfiner (15) kan muligvis være nyttig som led i en konditioneringssterapi, der understøttes på anden måde — i analogi med antabusbehandlingen af alkoholister. Men bortset fra denne mere eller mindre specifikke terapi af „craving“ hos narkomaner, som bruger stoffer af morfingruppen, råder vi ikke over midler med tilsvarende effekt i forhold til andre stofgrupper.

Desuden tyder alting på, at en simpel biokemisk model til forståelse af „craving“-fænomenet ikke slår til. I mange, måske langt de fleste tilfælde kan det kun forstås psykologisk som led i narkomanens karakterstruktur på linie med andre psykopatologiske symptomer, som kun er vanskeligt tilgængelige for andet end langvarig pædagogisk behandling.

Patienternes manglende behandlingsmotivation har længe været et mørkt kapitel i al narkomanibehandling. Det er ikke alene en alvorlig hindring for at få iværksat eller gennemført en behandling — men er også blevet en sovepude for, at man ikke har kunnet komme videre. Efterhånden er der dog kommet en stigende erkendelse af, at motivationen ikke kun bør opfattes som en *forudsætning* for, men som en *del* af behandlingen, at motivationen ikke kun er en egenskab hos patienten, men er påvirkelig af det behandlingstilbud, han stilles over for. For de nye misbrugergrupper er det ikke nok, at „motivationsbehandlingen“ sætter ind, når de først er blevet indlagt. Den må sættes ind allerede i deres eget milieu, gennem frivillige eller professionelle socialarbejdere; i nogle behandlingsprogrammer har man fundet fhv. narkomaner særligt egnede til dette arbejde.

Heller ikke recidivforebyggelsen har man ofret tilstrækkelig opmærksomhed, sandsynligvis fordi behandlingen hidtil har været ret ensidigt institutionsorienteret. Efterbehandlingsambulatorier og mere intensiv socialrådgiverassistance har længe været et savn, som må afhjæpes.

Endelig er vore hidtidige hospitalsrammer for narkomanbehandling dårligt egnede specielt for de unge. De føler sig fremmede i hospitalsmilieuet, og vi på vor side magter ikke at udfylde deres dag på en meningsfyldt måde. De øvrige patienter og personalet føler sig hyppigt provokeret af deres adfærd, som ikke

kan holdes inden for rammerne af den almindelige husorden. og anbringelse på de ofte overfyldte lukkede afsnit sammen med senile eller svært psykotiske patienter kan kun være en midlertidig nødløsning. Med det stigende indlæggelsestal, vi de sidste år har haft i København, er det en påtrængende nødvendighed at få indrettet specialafsnit for denne patientgruppe, og at disse afdelinger bliver forsynet ikke blot med læger, sygeplejersker, psykolog og socialrådgiver, men også med undervisningsmæssige og rekreative faciliteter.

Lad mig til sidst fremhæve, at selv en ideel udbygning af den lægelige service ikke kan løse behandlingsproblemet eller kan erstatte de nødvendige investeringer inden for den social-pædagogiske sektor og revalideringen. Tværtimod er disse områder så snævert forbundne og afhængige af hinanden, at ingen af dem kan fungere optimalt uden den andens eksistens og trivsel.

Det store spørgsmål er, om samfundet er villigt til at investere de betydelige midler, som et udbygget behandlingsapparat vil koste. Her er der sikkert grund til forsigtigt optimisme, fordi det nye narkomaniproblem griber dybt ind, også i de klasser, som har et særligt ansvar for fordelingen af samfundets midler.

Mogens Nimb.

LITTERATUR

1. *Lindesmith, A. R.*: *Addiction & Opiates*, Aldine Publishing Co., Chicapo 1968 (revideret udg. af: *Opiate Addiction*, Principia Press, Bloomington, 1947).
2. *Chein, I. et al.*: *Narcotics, Delinquency and Social Policy*, Tavistock, London 1964.
3. *Blum, R. et al.*: *Utopiates*, pp. 265—293, Atherton Press, New York 1966.
4. *Gebattel, V. E. v.*: *Zur Psychopatologie der Sucht. Studium Generale: 1: 258—264*, 1948.
5. *Zutt, J.*: *Über das Wesen der Sucht nach den Erfahrungen und vom Standpunkt des Psychiaters. Ibidem 1: 253—57*, 1948.
6. *Retterstøl, N. & A Sund*: *Drug Addiction and Habituation. Acta Psychiatr. Scand. suppl. 179*, 1965.
7. *Nimb, M.*: *Some Aspects of Drug Addiction in Denmark (1949—58)*. W.H.O./ADP/118, Geneve 1959 (restricted circulation).
8. *Pescor, M. J.*: *Follow-up study of treated narcotics addicts. U.S. Pub. Health Rep. suppl. 170*, 1943.

9. *Vaillant, G. E. & R. W. Rasor*: The Role of Compulsory Supervision in the Treatment of Addiction. Fed. Prob. Juni 1966.
10. *Kramer, J. C. et al.*: Civil Commitment for Addicts: The California program. Proc. First National Conf. Methadone Treatment, Rockefeller University, New York, Juni 1968.
11. *Osnos, R. & D. Laskowitz*: A Counseling Center for Drug Addicts. U. N. Bull. Narcotics 18: 31—46, 1966.
12. *Liebermann, L. & L. Brill*: Rational Authority and the Treatment of Narcotics Offenders. U.N. Bull. Narcotics 20: 33—37, 1968.
13. Betænkning om misbrug af euforiserende stoffer, afgivet af det af Indenrigsministeriet under 10. november 1950 nedsatte udvalg, pp. 57—61, København 1953.
14. *Dole, V. P. et al.*: Narcotic Blockade. Arch. Int. Med. 118: 304, 1966.
15. *Martin, W. R. et al.*: An experimental study in the treatment of narcotic addicts with cyclazocine. Clin. Pharmacol. Ther. 7: 455, 1966.