# Proměny léčby závislostí – terapie bez moci (bezmoci)

**MUDr. Jiří Dvořáček**
Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Odvykací lůžkové programy se v České republice rozvinuly z původního apolinářského modelu, v každém zařízení proběhla adaptace tohoto modelu různě, nicméně programy vykazovaly některé společné znaky – vysokou míru strukturace programu, velkou míru kontroly pacienta, hierarchické léčebné společenství se silnou rolí personálu, rozsáhlá pravidla a sankční systémy, paušální programovou nabídku, vysokou míru omezení v kontaktu s původním prostředím. Mnoho těchto prvků neodpovídá možnostem a potřebám dnešního pacienta, současným společenským hodnotám a neumožňují vytvořit takové terapeutické prostředí a vztah, ve kterém by pacient mohl otevřeně nabídnout své problémy a kde by jeho kompetence rostly. Výběr terapeutického postoje k pacientovi a konkrétních terapeutických přístupů je do značné míry věcí etické volby.

**Klíčová slova:** léčba závislostí, apolinářský model, Jaroslav Skála.

## Transformations of addiction treatment – therapy without power (powerlessness)

In-patient programs for addicted people in the Czech Republic evolved from the original apolinar model. Each treatment facility has adapted this model differently, but the programs have some common features – a high degree of program structuring, a high level of control of patients, a hierarchical therapeutic community with a strong staff role, sanction systems, fixed program offer, high level of limitations in contact with the original environment. Many of these elements do not correspond to the possibilities and needs of actual patients, current civilization values and do not allow to create such a therapeutic environment and a relationship in which the patient could openly offer his problems and where his competence would grow. The choice of therapeutic attitude to the patient and specific therapeutic approaches is largely a matter of ethical choice.

**Key words:** addiction treatment, Apolinar model, Jaroslav Skala.

Ve 2. polovině 20. století se v České republice upevnil v léčbě závislosti přístup k pacientům postavený na některých tezích vycházejících z původního apolinářského, skálovského modelu. Nebyl reprezentován jen ústavními léčebnými programy, ale přes silnou pozici v psychoterapeutických výcvicích se projevoval i v ambulantní práci i v části sociálních služeb pro závislé. Společnými rysy těchto post-skálovských léčebných systémů byl důraz na důsledné dodržování režimu (tento pojem integroval v sobě prvky léčebného řádu a léčebného programu), na bodování pacienta při zvládání/nezvládání tohoto režimu s dominancí sankcí nad odměnami, s výraznou hierarchií ve vztahu terapeut-pacient (i hierarchií v terapeutickém týmu) a s výrazným direktivním přístupem personálu (zčásti realizovaným přes silně expertskou pozici terapeuta a zčásti přes výše zmíněný sankční systém). Post-skálovské systémy se samy v různé míře a docela selektivně na Jaroslava Skálu (1, 2) odvolávaly, aniž by zkoumaly, které momenty Skálova přístupu byly efektivní a které byly vedlejší. Důkladný přehled současné aplikace bodovacích systému v léčbě závislostí zpracovala K. Mladá, 2012 (3).

V tomto textu se nebudeme věnovat kritice přístupu samotného Jaroslava Skály, ale zdůrazníme některé momenty post-skálovských systémů, které dle našeho přesvědčení nemohou vytvářet vhodné podmínky pro efektivní léčbu, či které dokonce mohou škodit. Jde o momenty, které pravděpodobně vznikly deformací některých původních tezí nebo ulpíváním na tezích, které byly možná vhodné v jiné době. Zcela jistě i originální systém tyto dále zmíněné koncepty postuloval už při samotném svém zrodu (1, 2). Všimněme si například vymezení psychoterapie j. Skálou v roce 1982, tedy v době, kdy měl zřejmě největší inspirační sílu pro ostatní zařízení (2): „Psychoterapie patří mezi společensky angažovanou disciplinu medicíny, podobá se výchově, s tím rozdílem, že se snaží změnit pacientovo vadné životní programování, které již bylo vytvořeno… Psychoterapie spočívá v tom,

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Jiří Dvořáček, reditel@cervenydvur.cz
Psychiatrická léčebna Červený Dvůr
Červený Dvůr 1, 381 01 Český Krumlov

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2020; 21(2): 100–104
Článek přijat redakcí: 27. 2. 2020
Článek přijat k publikaci: 12. 5. 2020

že pacienta informuje o jeho špatném programu, že ho v procesu převýchovy učí poznávat, že jedná vlastně ve svůj neprospěch, a snaží se mu nahradit nezralý program programem zralejším. Musí být opraveno chování, které by mu škodilo, i kdyby nepil." Předpokládám, že bychom naše přístupy dnes takto neformulovali.

Napodobování myšlenek otců zakladatelů v jakémkoli oboru lidské činnosti má několik obecných rizik, která se pravděpodobně projevila i při (de)formování post-skálovských systémů: 1. Každá myšlenka při předávání do následujících generací žáků a následovníků mění svou kvalitu, vyhasíná, degeneruje, je ředěna (je minimálně pravděpodobné, že přenos původní myšlenky na všechny žáky z další generace bude stoprocentní). 2. Díky této interpersonální a trans-generační deformaci se po čase ze žhavé myšlenky stane prázdná forma. 3. Není jisté, že jsou žáky napodobovány ty znaky podstatné a efektivní, a nikoli znaky přitažlivé a efektní = silná osobnost jako nositel myšlenky může být atraktivní pro následovatele mnoha různými momenty, včetně například silou pozice této osobnosti, a nikoliv myšlenkou samou.

Post-skálovské systémy čelily od počátku kritice, že Skálův model je nepřenositelný. Důvody pro přenos modelu byly často i jiné než ryze odborné. Např. V. Kubíček v roce 1976 (4) popisuje zvolení apolinářského modelu takto: „Důvody pro tuto volbu byly především racionální: hledání nového modelu ústavní léčby by znamenalo zbytečnou ztrátu času".

Aplikace terapeutické komunity v léčbě závislosti, včetně účinných nástrojů změny, je v našem prostředí dobře popsána (5, 6). Post-skálovské systémy se na teorii terapeutické komunity často odvolávají a kromě odkazu na skálovskou tradici nacházejí právě mezi účinnými faktory terapeutické komunity (5, 6, 7) argumentaci pro svou obhajobu. Problém je ve zbytnělosti a přebujelosti některých těchto prvků, v odhlížení od těch klíčových faktorů, které se do post-skálovského modelu nehodí (např. důraz na matching či na otevřené, podpůrné prostředí), v ignorování celkových dopadů na atmosféru zařízení a zejména ve způsobu zacházení s mocí.

Na tomto místě zmíníme ty prvky post-skálovských programů, které mohou mít na pacienta (druhotně i na terapeuta) dle našeho názoru nejhorší vliv.

## Hierarchie ve vztahu terapeut – pacient

Nápadným a téměř jistě neefektivním prvkem post-skálovských systémů je zbytnělá hierarchie ve vztahu terapeut – pacient. Tato hierarchie vychází zejména ze třech zdrojů. Prvním zdrojem je expertství terapeuta, který v léčbě závislostí a priori vychází z teze, že ví víc než pacient, neboť pacient v důsledku své závislosti ztratil racionální pohled na svůj život a na svůj problém, bagatelizuje, racionalizuje, problém si nepřipouští, naproti tomu terapeut viděl mnoho podobných případů a ví, jaká realita se za všemi ego-obranými mechanismy skrývá. Důsledkem je pak předpokládaná nemožnost se shodnout na terapeutické zakázce, převzetí kompetencí a kontroly terapeuta a uplatnění prvků přesvědčování, dokazování a indoktrinace v původním systému (1, 2, 4, 8).

Tento problém je udržen nenahlédnutým paradoxem: minimálně část závislých lidí se na svůj problém skutečně dívá málo racionálně a objektivně, výše popsaný přístup by tedy byl logický, nicméně naše terapeutické programy usilují o vytvoření prostředí pro změnu, změna ovšem není možná bez spolupráce pacienta, pacient se musí ke změně kompetentně rozhodnout, terapeutické prostředí nesmí odebírat kompetence pacientů a nesmí rozhodovat za ně. Bylo by to sice mnohdy jednodušší, ale nevedlo by to k výsledku.

Druhým momentem nutně utvářejícím hierarchii, bez ohledu na naše chtění či souhlas, je držení mocenských nástrojů. Léčebný režim omezuje pacienta v mnoha směrech (bude zmíněno ještě dále), terapeut má k dispozici řadu sankcí (nejen abstraktní sankce v podobě bodů, ale i např. omezení vycházek či vyloučení pacienta, v dřívější době byly v tomto směru efektivní tzv. výměry, čilá hlášení o průběhu léčbu zaměstnavatelům atd.), ke zvládání programu pacienta těmito sankcemi nutí. Nelze uvěřit tomu, že ve vztahu dvou lidí, kdy jeden má moc a druhý je této moci vystaven, lze vytvořit funkční dospělý vztah. Do hlídání režimu a rozdělování sankcí bývají porůznu zapojeni i spolupacienti, aniž by bylo domýšleno, zda v takovém prostředí lze skutečně vytvořit terapeutickou komunitu či léčebné společenství, ke kterým se tyto systémy často hlásí.

Třetím momentem vytvářejícím hierarchii je přítomnost společenské zakázky minimálně v té podobě, že terapeut coby reprezentant „normálně žijící" společnosti chce, aby pacient abstinoval mnohem dříve, než to chce sám pacient. Kdybychom chtěli důsledně respektovat partnerský přístup, zahajovali bychom terapii až v momentě, kdy se na ní s pacientem dohodneme = kdy pacient je ten, který změnu chce (ostatně: kdo jiný by změnu v jeho životě měl chtít než pacient sám?).

## Hypertrofie pravidel

Tato hierarchie v rolích a převzetí kompetencí od nerozumného pacienta rozumným terapeutem byla institucionalizována do hypertrofických pravidel (tvrdošíjně přežívajících všechen čas a proměny doby a lidí). Pacient je terapeuty formován, v čem má chodit, jak se má holit, kdy si smí vařit kávu, s kým se má stýkat, kde se může pohybovat, kdy může telefonovat (a zda vůbec!), na jaké filmy se může dívat, o čem má a nemá mluvit, co se mu smí zdát, a dokonce koho má milovat.

Pomiňme nyní jinak těžko pominutelnou skutečnost, že žijeme v etapě svobody člověka, ve společnosti vyznávající ideály humanity a lidská práva a že postavení pacienta je zásadně rovnoprávné terapeutovi. Prostředí omezující kompetenci pacienta a strukturované přebujelými pravidly a sankcemi nemá šanci vytvořit prostor pro navázání dobrého vztahu s terapeutem a autentické vystupování pacienta (i člověk s výrazným intelektovým defektem brzy pochopí, které věci nesmí terapeutovi říci, protože by dostal sankci) a atmosféra se stává pokrytecká.

V roce 1976 vyšel v našem zařízení sborník, který chtěl doložit úspěch vývozu skálovského modelu mimo vlastní přítomnost Skály a formuloval své vnímání pacientů a terapeutů takto (8): Pacient: „Menšina, která buď ztratila nebo konstitučně nikdy neměla náležité sebeovládání, kontrolu, nepatří do běžné lidské pospolitosti, nýbrž do svého speciálního uzavřeného světa… K tomu, aby bývalý hříšník (nezapomínejme zde na důležitost pocitu viny) získal znovu sebeúctu, musí jednak mnoho trpět, ale také mnoho udělat". Terapeut: „Lékař zde přestává být přírodovědeckým pozorovatelem, rádcem a odměřovatelem prášků a tablet, přidělovatelem diet, klystýrů a blinkaček, a stává se jakoby vůdcem skupiny, sekty nebo hnutí".

Z textu je zřejmý i čtvrtý zdroj tvořící hierarchii: přežívající morální postoj k závislým lidem. Oni, kteří jsou hříšníci a nesou vinu, a my, kteří se podle toho k nim chováme. Terapeut je chycen do pasti: chová se k pacientům logicky podle toho, jak se pacienti chovali na vrcholu závislostních

kariér, ale pomíjí, že terapeutické prostředí není nápravně výchovné zařízení a že se musí – chce-li podpořit změnu – k pacientovi chovat nikoli podle minulosti, ale podle pozitivního lidského potenciálu, který by v pacientovi měl vidět.

## Paušálnost struktur

Nápadným znakem post-skálovských systémů je taky paušálnost struktur (1–4): jako ta pravá léčba pro všechny pacienty bez rozdílu byla vnímána léčba ústavní, s pevným tvarem, s fixní délkou léčby víceméně společnou pro všechny, program léčby měl jasnou strukturu, stejnou pro všechny, všichni pacienti bez ohledu na své potřeby chodili na všechny aktivity programu, léčba měla a má své fáze, stejné pro všechny, terapeutické cíle byly uniformní (trvalá a důsledná abstinence), léčba probíhala vždy v komunitním prostředí. V odborných diskuzích, když už se na téma paušálnosti struktur nějaká našla, byla každá struktura obhajována příkladem typického pacienta (např.: nesmí mít u sebe mobil, protože by si volal pro drogu). Snadno domyslíme, že lidé (i závislí lidé) jsou různí, mají různé možnosti a potřeby a terapeutická struktura, která je vhodná pro jednoho, může druhému škodit.

Některé zavedené struktury mají pro část pacientů samozřejmě smysl, problematická je jejich paušálnost. Paušálnost je sice přehledná a manažersky jednoduchá, má ale potenciál čtyř negativních dopadů na terapii: 1. vytváří pokrytectví a nedůvěru pacienta, 2. není pružná – nereaguje pružně na potřeby a možnosti lidí, 3. zbavuje pacienty i terapeuty kreativity a přemýšlení – jedni regredují na procházení paušální strukturou, druzí na dohlížení na tuto strukturu, 4. lidé s odlišnými potřebami do těchto struktur nevstupovali nebo z nich vypadávali (dobrovolně/nedobrovolně).

Statické struktury (pravidla) navíc nemohou vyhovovat dynamické struktuře (realitě, životu) – nesoulad je vždy nevyhnutelný. Příklad tohoto nesouladu na vztahu pacientů s psychiatrickou komorbiditou k paušálnímu léčebnému řádu a bodovacímu systému popsala v poslední době Malá P. (9).

## Omezení kontaktu s původním prostředím

Nerozumnost pacienta, odejmutí kompetencí za své rozhodování s převzetím kontroly personálu a paušální přístup vedly mimo jiné ke kontraproduktivním omezováním kontaktu pacienta s původním prostředím. Logické by bylo, že pacient má být v co největším možném kontaktu s prostředím mimo léčebný ústav a s lidmi, se kterými bude žít. Stejně tak by mělo být logické, že by mělo být podporováno co nejširší zachování běžných životních rolí a povinností. Místo toho nabízely a nabízejí post-skálovské systémy kompletní vytržení ze života a na různě dlouhou dobu velmi široké omezení v kontaktu například s rodinou. Navzdory tomu, že psychoterapie je obecně nejefektivnější v plném kontaktu s původním prostředím a navzdory časté potřebě zapojit do terapie úzký kruh blízkých lidí. Anachronická omezování dosahují i absurdních podob, například že jeden svéprávný dospělý člověk (terapeut) rozhoduje o druhém svéprávném člověku (pacientovi), zda smí zavolat své rodině nebo zaměstnavateli atd. Kromě etického aspektu tato omezení mohou některým pacientům razantně zhoršit životní situaci a snížit efekt celé terapie: pacient se zachovalou prací (není pravda, že všichni pacienti jsou v práci zkrachovalí), který je na několik měsíců v dnešní době vytržen z práce, o práci pravděpodobně přijde. Rodič, vytržený z kontaktu například s malým dítětem opět na několik měsíců, může mít pak velké potíže po návratu atd.

## Proměna doby a lidí

Post-skálovské programy se vyvíjely ve druhé polovině 20. století v zásadně jiných civilizačních podmínkách. Do odvykacích programů vstupovali pacienti vesměs v debaklu, na konci závislostních kariér, v celkovém selhání, tedy pravidelně i s velmi poškozeným somatickým zdravím, škody byly spíše neurologické než psychiatrické, duální diagnózy se vyskytovaly minimálně, pacient byl k zahájení léčby vesměs donucen a pod různými ultimáty ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo společnosti a musel vše vydržet. V minulém režimu také skoro všichni pacienti i terapeuti tvořili jednu širší sociální skupinu s podobnými životními parametry. Převzetí kompetencí terapeutem u méně motivovaného pacienta a paušální terapeutické struktury a cíle tak přeci jen přesněji odpovídaly realitě než dnes. Současní pacienti jsou v mnoha směrech jiní. Úroveň znalostí o nevhodnosti konzumace drog či abúzu alkoholu jsou ve společnosti obecně vysoké, stejně tak je obecně vyšší hodnota zdraví a zdravého životního stylu, pacienti tak přicházejí do terapie mnohem dříve než v debaklu, více životních rolí mají zachovalých, nemají tolik poškozené somatické zdraví, neurologické škody jsou vzácné, naopak je mnohem větší spektrum problémů psychiatrických (možná jinou diagnostikou?), k léčbě obecně nejsou silné vnější tlaky, pacienti jsou sebevědomější a hájí si více svá práva. A na rozdíl od uniformnosti životních stylů minulého režimu, dnes žijí lidé širokým spektrem životních stylů a komplikovaně se hledají paušálně platné terapeutické cíle. Člověk i v roli pacienta je výrazně svobodný, má svobodu činit i nerozumné věci či nečinit vůbec nic.

Nastavení terapeutických programů a rolí terapeutů a pacientů toto musí nutně zhodnocovat. Všechny zákazy a všechna omezení člověka v terapii musí mít rozumný, ideálně terapeutický důvod, paušálnost struktur eticky, ani odborně neobstojí.

## Terapie bez moci (bezmoci)

Co nabídnout místo výše kritizovaných momentů post-skálovských programů? Přiznání si bezmoci a přihlášení se k práci bez moci. Etický postoj lze formulovat jako: „Nejsem kompetentní rozhodovat za druhého člověka" = jsem programově bez moci. Snaha o vytvoření terapeutického prostředí s maximálním léčebným potenciálem může mít v případě adiktologických odvykacích programů situaci zjednodušenou přiznáním si terapeutické bezmoci: kromě některých, vesměs farmakoterapeutických postupů při detoxikaci, nemají terapeuti žádný přímý nástroj na změnu (jsou reálně bezmocní). K dispozici máme jen nástroje nepřímé, kterými lze přispět k maximálně kompetentnímu a zodpovědnému rozhodnutí pacienta ke změně a podpořit ho v prvních krocích. Kompetence a zodpovědnost potřebují ale prostor pro rozhodování a rozhodování potřebuje prostor pro chyby. Takovýto přístup vyžaduje bezpečné, respektuplné a nepokrytecké prostředí, sebevědomého terapeuta a sebevědomého pacienta, téměř nulovou hierarchii a místo paušálů a pravidel dohodu a vztah. Ačkoli post-skálovské programy s pojmem zodpovědnosti často zacházely, nevytvářely z výše uvedených důvodů prostor, aby se projevila, nebo aby dokonce rostla.

Bezpečné, respektuplné a nepokrytecké prostředí je nutnou podmínkou pro to, aby pacient v terapii mohl nabídnout problémy v reálné podobě a aby mohl vystupovat v programu autenticky. Sebevědomý terapeut je nezbytný pro formování otevřeného prostoru a pro formování

pozitivního terapeutického rámce bez ohledu na negativní skutečnosti z minulosti pacienta či na současné chyby.

Terapeuti by mohli mít pozitivní sílu, aby i přes počáteční setrvačnost pacienta navodili novou normu vztahů. Mohli by vycházet z toho, že prvotní je způsob, jakým o pacientovi a terapii přemýšlíme, a že „rysy" pacienta a způsob jeho chování v terapii jsou druhotné – jsou důsledkem mimo jiné toho, jak prostor vymezíme (zavedení pravidel s sebou automaticky vytváří jejich porušení a tím, co zakazujeme, kromě toho, že dáváme najevo, co si o pacientovi myslíme, pacienty i sebe formujeme).

Sebevědomí terapeuta je nutné i pro důvěru v to, že s pacientem se lze dohodnout, že lze brát vážně, co pacienti říkají, a že se nemusí zlobit, když chtějí něco jiného (koneckonců je to jejich život a jejich zodpovědnost).

## Závěr

V takovémto pojetí léčba nemusí být bojem (proč bychom ostatně s pacientem měli bojovat?) a role terapeuta může být veselejší. Snaha o nepokrytecké prostředí v terapii je dle mého názoru zcela nezbytná, chceme-li být vůbec jako terapeuti přizváni k nahlédnutí reality života pacienta. Očekává se obecně, že naše přístupy v terapii vyvodíme racionálně z dobře provedených výzkumů. Cesta ověřených přístupů je zcela jistě správná, ale naše role v terapii a naše terapeutické prostředky jsou také věcí etického postoje (10). Jsou věcí vědomé volby, jak budu respektovat druhého člověka, kde mám hranice zasahování a kterých nástrojů nebudu užívat právě proto, že tuto hranici překračují. Partnerský přístup je požadavkem doby. Dokonce tak silným, že se stává postupně obsah ztrácející frází. Dokud neprovedeme několik hlubinných změn, mohou být všechny vynaložené peníze a energie na reformu našich přístupů zbytečné. Ony hlubinné změny by mohly být vyjádřeny tezemi: 1) Pacient není jiný živočišný druh, ale je (plně kompetentní) dospělý člověk. 2) Jeden dospělý za druhého dospělého nerozhoduje. Vzhledem k tomu, že v řeči se s těmito tezemi ztotožníme všichni, lze nabídnout 3 screeningové otázky pro reálnou naplněnost těchto tezí: Pohybuje se pacient po zařízení stejně jako personál? Rozhoduje se o svých věcech pacient sám? Sdílí personál s pacientem otevřeně všechny informace?

Výše uvedené závěry neprezentuji jen jako východiska pro teoretické diskuze, ale jako reálně dosažitelné základní vymezení rámce, ve kterém lze rozvíjet terapeutické programy a ke kterému se v posledních letech snažíme v Červeném Dvoře blížit. Proměna atmosféry je zřetelná, pacienti jsou otevřenější, sebevědomější, s volností přichází zodpovědnost. Bodovací systém se stává zbytečným, momenty, které dříve byly předmětem kontroly, přestaly být tématem a nečiní problémy. S lepší pozicí pacienta získává lepší pozici i terapeut, vznikl prostor a čas pro odvahu být v terapeutickém vztahu zaangažovaný autentičtěji a prostor vůbec začít psychoterapeuticky pracovat – téma psychoterapeutických metod a účinných nástrojů (ač sama změna vztahování se k pacientovi a umožnění autenticity dostatečným nástrojem u někoho být může) není ovšem předmětem tohoto článku.

## LITERATURA

1. Skála J. Současné pojetí alkoholismu jako nemoci. Zásady léčby. In: Skála J a kol. Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Praha: Avicenum 1982: 31–35.
2. Skála J. Problematika ústavní péče. In: Skála J a kol. Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomaniemi. Praha: Avicenum 1982: 45–53.
3. Mladá K. Současná podoba bodovacích systémů na vybraných specializovaných oddělení pro léčbu závislostí v psychiatrických léčebnách a nemocnicích v ČR. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK a VFN, Klinika adiktologie 2012.
4. Kubíček V. Přenositelnost Skálova režimu. In: 10 let psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Vlastním tiskem PL Červený Dvůr 1976: 9–12.
5. Adameček D, Radimecký J. Terapeutická komunita v adiktologii. In: Kalina K a kol. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing 2015: 446–468.
6. Kalina K. Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti. Praha: Grada publishing 2008: 400 s.
7. Kalina K. Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In: Kalina K a kol. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing 2015: 607–622.
8. Dobiáš J. Význam Apolináře pro československou alkohologii. In: 10 let psychiatrické léčebny Červený Dvůr 1976: 3–7.
9. Malá P. Vliv bodovacího systému na léčbu závislosti u klientek s psychiatrickou komorbiditou. Diplomová práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Klinika adiktologie 2015.
10. Richterová Těmínová M, Kalina K. Filozofie, hodnoty a etika v adiktologii. In: Kalina K a kol. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing 2015: 587–606.