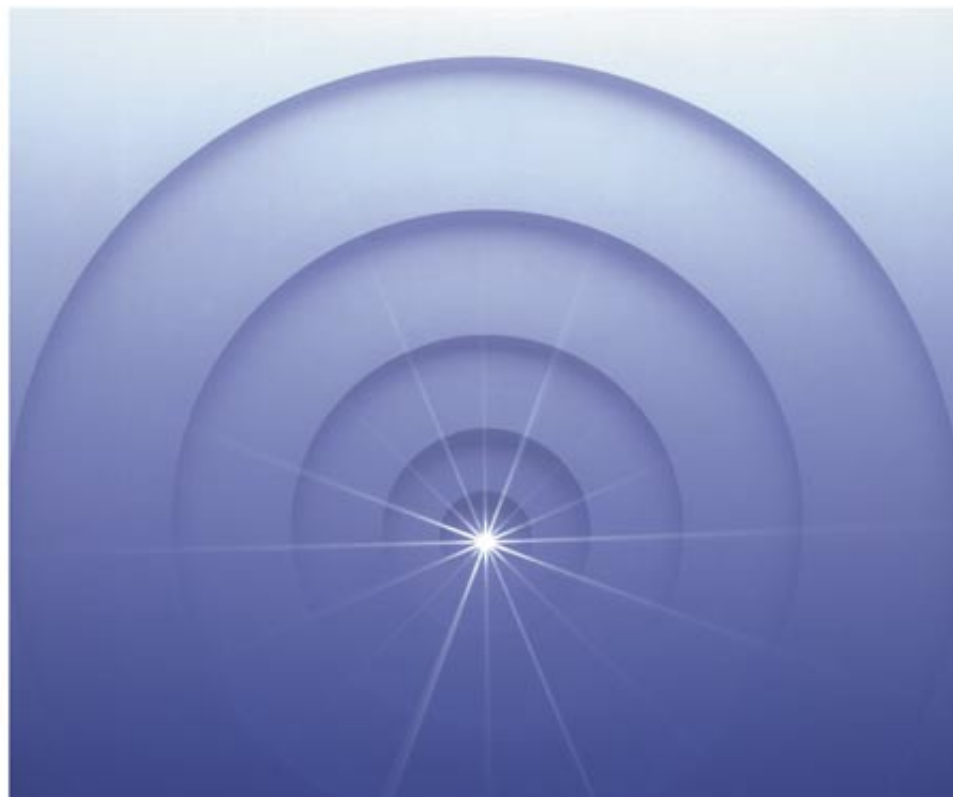


Kamil Kalina a kolektiv

Základy klinické adiktologie



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.





Copyright © Grada Publishing, a.s.



Copyright © Grada Publishing, a.s.

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., a kolektiv

ZÁKLADY KLINICKÉ ADIKTOLOGIE

Autorský kolektiv:

MUDr. David Adameček
PhDr. Jiří Broža
MUDr. Jiří Dvořáček, PhD.
PhDr. Dana Dobiášová
PhDr. Magdalena Frouzová
PhDr. Martin Hajný, PhD.
Mgr. Barbara Janíková
MUDr. Petr Jeřábek, PhD.
Mgr. Aleš Kuda
MUDr. Stanislav Kudrle
MUDr. Jakub Minařík
Mgr. Lenka Miovská
doc. PhDr. Michal Miovský, PhD.
Mgr. Pavlína Gabrhelíková Müllerová
MUDr. Petr Popov
PhDr. Martina Richterová Těmínová
MUDr. Vratislav Řehák
MUDr. Tomáš Zábranský, PhD.

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 3436. publikaci

Odpovědná redaktorka Jana Jindrová
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 392
Vydání 1., 2008

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2008
Cover Photo © profimedia.cz

ISBN 978-80-247-1411-0 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-7010-9 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| PŘEDMLUVA | 11 |
| ČÁST I. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL V TEORII A PRAXI | |
| 1. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI JAKO VÝCHODISKO K PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCÍÁRNÍ PREVENCI A KVALIFIKOVANÉ POMOCI | 17 |
| 1.1 Kořeny závislosti | 18 |
| 1.2 Primární prevence | 18 |
| 1.3 Sekundární prevence | 20 |
| 1.4 Terciární prevence | 22 |
| 2. NEUROBIOLOGIE ZÁVISLOSTI | 25 |
| 2.1 Systém odměny a jeho přirozená funkce | 26 |
| 2.2 Další funkčně blízké mozkové systémy | 27 |
| 2.3 Droga jako umělý zdroj odměny | 28 |
| 2.4 Funkční změna systému odměny – „rozmazlený“ mozek | 33 |
| 2.5 Craving | 33 |
| 2.6 Odvykací stav | 34 |
| 2.7 Důsledky neurobiologického modelu na pojetí závislosti a terapie | 35 |
| 3. PSYCHOLOGICKÉ, VÝVOJOVÉ A RODINNÉ FAKTORY VZNIKU A UDRŽOVÁNÍ ZÁVISLOSTI | 41 |
| 3.1 Rodinné faktory | 41 |
| 3.2 Psychologické mechanismy, vývojové potřeby a závislost | 46 |
| 3.3 Závěr | 51 |
| 4. PSYCHOPATOLOGIE ZÁVISLOSTI | 53 |
| 4.1 Fenomén závislosti | 53 |
| 4.2 Syndrom závislosti | 54 |
| 4.3 Osobnostní dispozice ke vzniku závislosti a kodependence | 56 |
| 4.4 Motivace látkově závislých | 64 |
| 4.5 Psychopatologie komplikací | 67 |
| 4.6 Psychopatologie duální diagnózy | 70 |
| 5. PSYCHIATRICKÁ KOMORBIDITA | 75 |
| 5.1 Vymezení pojmu psychiatrická komorbidita | 75 |
| 5.2 Prevalence psychiatrické komorbidity | 77 |
| 5.3 Diagnostika | 80 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.4 | Důsledky psychiatrické komorbidity pro léčbu | 81 |
| 5.5 | Zvládání psychiatrické komorbidity | 82 |
| 5.6 | Kazuistické ilustrace | 83 |
| 6. | SOMATICKÉ KOMPLIKACE A KOMORBIDITA | 88 |
| 6.1 | Lokální komplikace spojené s aplikací drog | 89 |
| 6.2 | Postižení orgánů a systémů v souvislosti s užíváním drog | 90 |
| 6.3 | Krví přenosné infekční choroby u injekčních uživatelů drog | 92 |

ČÁST II. METODY PŘEDLÉČEBNÉ INTERVENCE, LÉČBY A NÁSLEDNÉ PÉČE

| | | |
|------------|---|------------|
| 7. | HARM REDUCTION: ČASNÉ INTERVENCE V NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽBÁCH | 99 |
| 7.1 | Harm reduction | 100 |
| 7.2 | Kritika harm reduction | 103 |
| 7.3 | Nízkoprahový přístup a nízkoprahové programy | 104 |
| 7.4 | Závěr | 108 |
| 8. | PORADENSTVÍ V TERÉNNÍ A KONTAKTNÍ PRÁCI | 111 |
| 8.1 | Obecné vymezení | 111 |
| 8.2 | Poradenství v programech pro uživatele návykových látek | 112 |
| 8.3 | Principy poradenství u uživatelů návykových látek | 114 |
| 8.4 | Poradenství v terénu | 116 |
| 8.5 | Poradenství v kontaktním či poradenském centru | 116 |
| 8.6 | Poradenství s uživatelem | 117 |
| 8.7 | Znalosti, dovednosti a osobnost poradce | 118 |
| 9. | PORADENSTVÍ A PRÁCE S MOTIVACÍ | 121 |
| 9.1 | Vývoj pohledu na „motivaci ke změně“ | 121 |
| 9.2 | Cíle motivačního rozhovoru | 122 |
| 9.3 | Teoretická východiska motivačního rozhovoru | 123 |
| 9.4 | Základy metody motivačního rozhovoru | 125 |
| 9.5 | Závěr | 128 |
| 10. | ZVLÁDÁNÍ AKUTNÍ INTOXIKACE A ODVYKACÍCH STAVŮ | 131 |
| 10.1 | Alkohol | 133 |
| 10.2 | Opioidy | 135 |
| 10.3 | Kanabinoidy | 137 |
| 10.4 | Sedativa a hypnotika | 138 |
| 10.5 | Stimulancia (zejména pervitin a kokain) | 140 |
| 10.6 | Halucinogeny | 141 |
| 10.7 | Rozpouštědla | 141 |

| | |
|--|------------|
| 11. FARMAKOTERAPIE PORUCH VYVOLANÝCH ÚČINKEM NÁVYKOVÝCH LÁTEK A SUBSTITUČNÍ LÉČBA | 145 |
| 11.1 Farmakoterapie poruch vyvolaných jednotlivými látkami | 146 |
| 11.2 Substituční léčba u závislosti na opioidech | 152 |
| 12. PSYCHOTERAPIE V LÉČBĚ ZÁVISLOSTÍ | 159 |
| 12.1 Obecně o psychoterapii a psychoterapiích | 159 |
| 12.2 Transteoretické účinné faktory v psychoterapii u návykových poruch | 160 |
| 12.3 Terapeutický vztah | 164 |
| 12.4 Psychoterapie zaměřené na změnu chování | 167 |
| 12.5 Psychoterapie zaměřené na změnu osobnosti a podporu jejího zrání | 172 |
| 12.6 Skupinové terapie | 175 |
| 12.7 Závěr: psychoterapie v kontextu léčby závislosti | 179 |
| Příloha: Původní metody skupinové psychoterapie se závislými: „synanonský“ encounter a bonding | 180 |
| 13. RODINNÁ TERAPIE A PRÁCE S RODINOU | 187 |
| 13.1 Východiska a vývoj rodinné terapie | 187 |
| 13.2 Skupiny s blízkými závislých | 191 |
| 13.3 Rodinná terapie | 192 |
| 13.4 Pravidla pro práci s rodinou | 195 |
| 13.5 Závěr | 196 |
| 14. TERAPEUTICKÁ KOMUNITA A JEJÍ APLIKACE | 199 |
| 14.1 Definice terapeutické komunity | 199 |
| 14.2 Historie a vývoj terapeutických komunit | 199 |
| 14.3 Společné znaky terapeutických komunit | 201 |
| 14.4 Terapeutické komunity v České republice | 202 |
| 14.5 Charakteristika terapeutických komunit pro závislé | 203 |
| 14.6 Cíle a prostředky terapeutické komunity | 206 |
| Příloha: Účinné faktory terapeutické komunity v léčbě závislosti (Kooyman, 1993; úprava Kalina, 2000) | 210 |
| 15. SOCIÁLNÍ REHABILITACE A NÁSLEDNÁ PÉČE | 215 |
| 15.1 Sociální rehabilitace | 216 |
| 15.2 Nezbytné složky programu následné péče | 217 |
| 15.3 Tým programu následné péče | 221 |
| 15.4 Praxe následné péče | 221 |
| 15.5 Návaznost v systému péče | 222 |
| 16. PREVENCE A ZVLÁDÁNÍ RELAPSU | 225 |
| 16.1 Co je vlastně prevence relapsu | 226 |
| 16.2 Recidiva nebo relaps? | 226 |
| 16.3 Vysoce rizikové situace | 229 |
| 16.4 Craving (bažení) | 229 |
| 16.5 Dovednosti zvládání | 230 |
| 16.6 Pocit vlastní účinnosti | 231 |
| 16.7 Syndrom porušení abstinence | 231 |

| | | |
|------|--|-----|
| 16.8 | Dynamika relapsu – skrytí předchůdci | 232 |
| 16.9 | Prevence relapsu v praxi | 233 |

ČÁST III. PRÁCE SE SPECIFICKOU KLIENTELOU

| | | |
|------------|---|------------|
| 17. | ZÁVISLOST NA PROCESECH | 237 |
| 17.1 | Gambling | 237 |
| 17.2 | Závislost na komunikačních médiích | 243 |
| 17.3 | Závěr | 249 |
| | Příloha: Anketa „podivného chování“ | 249 |
| 18. | DĚTI A MLADISTVÍ | 253 |
| 18.1 | Charakteristika cílové skupiny | 254 |
| 18.2 | Děti | 255 |
| 18.3 | Dospívající | 257 |
| 18.4 | Závěr | 262 |
| 19. | ŽENY A MUŽI JAKO SPECIFICKÉ CÍLOVÉ SKUPINY | 265 |
| 19.1 | Genderová specifika žen – uživatelék drog | 265 |
| 19.2 | Genderově vstřícné léčebné programy | 266 |
| 19.3 | Genderový problém v terapeutické komunitě pro drogově závislé | 268 |
| 19.4 | Genderová specifika mužů – uživatelů drog | 270 |
| 19.5 | Genderová citlivost a rovný přístup | 271 |
| 19.6 | Závislé matky s dětmi | 272 |
| 20. | UŽIVATELE DROG V KONFLIKTU SE ZÁKONEM | 275 |
| 20.1 | Pachatelé drogové kriminality ve statistických datech | 276 |
| 20.2 | Pachatelé drogové kriminality – z jakých cílových skupin se rekrutují | 277 |
| 20.3 | Specifika práce s uživateli drog v konfliktu se zákonem | 279 |
| 20.4 | Specifické služby pro uživatele drog v konfliktu se zákonem | 287 |
| 20.5 | Závěr | 288 |

ČÁST IV. PODPORA ÚČINNÝCH INTERVENČÍ

| | | |
|------------|---|------------|
| 21. | FAKTORY VÝZNAMNÉ PRO LÉČBU, ZMĚNU A ÚZDRAVU | 293 |
| 21.1 | Faktory na straně klienta | 293 |
| 21.2 | Faktory v průběhu léčby | 295 |
| 21.3 | Faktory uzdravy: co znamená změna | 298 |
| 21.4 | Faktory životních etap, vývojové úkoly | 300 |
| 21.5 | Faktory na straně léčebného programu a zařízení | 301 |
| | Příloha: Co znamená účinná léčba | 303 |
| 22. | EVALUACE ADIKTOLOGICKÝCH PROGRAMŮ A SLUŽEB | 307 |
| 22.1 | Základní předpoklady pro provádění evaluace | 307 |
| 22.2 | Teoretická východiska a aplikační možnosti evaluace | 309 |

| | |
|--|------------|
| 23. VÝZKUM V ADIKTOLOGII | 317 |
| 23.1 Kvantitativní drogová epidemiologie | 318 |
| 23.2 Kvalitativní drogová epidemiologie | 331 |

PŘÍLOHY

| | |
|---|------------|
| PŘEHLED PSYCHOTROPNÍCH LÁTEK A JEJICH ÚČINKŮ | 339 |
| 1. Alkohol | 341 |
| 2. Opioidy a opiáty | 344 |
| 3. Zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem | 349 |
| 4. Konopné drogy | 351 |
| 5. Halucinogeny | 354 |
| 6. Psychomotorická stimulancia | 356 |
| 7. Těkavé látky | 360 |
| 8. MDMA a taneční drogy | 362 |
| 9. Tabák | 364 |
| SYSTÉM PÉČE A JEHO SLOŽKY | 369 |
| 1. Terénní programy | 370 |
| 2. Nízkoprahová kontaktní centra | 372 |
| 3. Detoxifikační jednotky | 375 |
| 4. Substituční léčba | 376 |
| 5. Ambulantní léčba | 378 |
| 6. Denní stacionáře | 379 |
| 7. Střednědobá ústavní léčba | 381 |
| 8. Terapeutické komunity | 382 |
| 9. Doléčovací programy | 382 |
| 10. Ostatní zařízení a služby | 384 |
| SEZNAM ZKRATEK | 387 |

PŘEDMLUVA

Pojem „adiktologie“¹ se v naší odborné veřejnosti šíří od počátku tohoto desetiletí a je stále více přijímán. Značnou zásluhu na tom má zejména odborný časopis *Adiktologie*, který vychází od roku 2001, a bakalářský studijní obor *Adiktologie*, zahájený na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v roce 2005.

Adiktologii chápeme jako multidisciplinární obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem potenciálně závislostního chování, jejich dopadů na jedince a na společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových forem chování strádají. Obor vznikl v důsledku postupně narůstajícího propojování nových poznatků o příčinách a rozvoji závislého chování z oborů medicíny, psychologie, sociologie a sociální práce. Jeho jádrem je bio-psycho-sociální model závislosti a léčby podle Světové zdravotnické organizace (WHO), současně však obor reflektuje i poznatky z dalších vědních oborů, jako jsou např. ekonomika, právo, kriminologie, pedagogika, politologie, religionistika či kulturní a sociální antropologie. Ke studiu specifických forem lidského chování s potenciálem vytvoření závislosti tedy adiktologie přistupuje v širším výkladovém rámci studia kulturních, historických, sociálních, ekonomických, environmentálních a strukturálních podmínek a faktorů, jež ovlivňují chování člověka.²

V jádru tohoto pojetí adiktologie je tudíž to, co Jaroslav Skála v minulosti nazýval „ATologie“ (alkoholismus a toxikomanie). Multidisciplinární přístup, který volíme, pak odpovídá jednomu ze zřetelných soudobých trendů vývoje vědních oborů a odborné práce: vedle stále větší diverzifikace a hyper-specializace, která je patrná od samého počátku vědy v naší civilizaci, se stále více dostává ke slovu mezioborová integrace, zaměřená z různých stran na určitý problémový okruh, ohnisko či téma. Příkladem v nám blízké oblasti může být např. obor veřejného zdraví (public health) nebo duševního zdraví (mental health).³ Byl to ostatně právě Jaroslav Skála, zakladatel české adiktologie, který mezioborový přístup zastával a prosazoval v dobách, kdy to bylo neobvyklé a kdy dominoval přístup biomedicínský v konfrontaci s přístupy sociálně-výchovnými a morálními.⁴ Jedním z paradigmat patriarchy oboru, v nichž

¹ Z latinského „addictus“ a řeckého „logos“. Pojem je tvořen obdobně jako např. antropologie, gerontologie nebo neonatologie. Posledně jmenovaný název oboru pak ukazuje, že se připouští i kombinace latinského a řeckého základu, což je v případě adiktologie nezbytné: řecké „exartemenón“ či „exartemené“ je slovo mimo Řecko zcela neznámé a spojení „exartemologie“ by asi všechny překvapilo, zatímco latinský výraz je přes anglické „addict“ široce srozumitelný a občas se setkáváme i s anglickými termíny „addictology“, „addictologic/al“.

² Viz Výroční zpráva za rok 2006, Centrum Adiktologie, Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK v Praze. Toto pojetí odpovídá okruhu témat, jímž se zabývá současná Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Purkyně (SNN ČLS JEP), která je nejvíce „mezioborová“ ze všech odborných společností ČLS JEP. Za zmínku stojí, že na podporu práce a rozvoje SNN byl v roce 2007 založen Český adiktologický institut.

³ Viz např. Mioviský, M. (2007). Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. *Adiktologie*, 7 (2), s. 138–153.

se – leckdy k vlastnímu překvapení – stále pohybujeme, je i to, že rozvoj oboru má odpovídat na soudobé poznatky i potřeby praxe a jít vždy o krok dál za tuto aktuální reflexi.

Co je tedy „klinická adiktologie“? Tento pojem zužuje ohnisko na témata relevantní pro přímou práci s pacientem či klientem.⁵ Jde tedy o „léčbu“ v širším slova smyslu, kam např. v pojetí EMCDDA⁶ patří nejen medicínské služby, ale všechny specializované služby, medicínské i nemedicínské, které jsou poskytovány současným nebo bývalým uživatelům drog v souvislosti s jejich užíváním psychotropních látek, tj. různé typy ambulantní léčby a služeb, nemocniční péče, rezidenční léčba v terapeutických komunitách, nízkoprahové služby zaměřené na snižování rizik plynoucích ze zneužívání drog, léčba a služby ve vězení atd.⁷ Tento okruh jsme v této publikaci rozšířili o práci s rodinou a blízkými identifikovaného klienta či pacienta, což je nedílná a efektivní součást řady uvedených programů a služeb (v ČR opět Skálovou zásluhou).

Prozatímním vrcholem mezioborového pojetí adiktologie je dvousvazková publikace „Drogy a drogové závislosti“ z roku 2003.⁸ Rozsáhlá publikace (cca 830 stran, 90 kapitol, 40 autorů), známá pod pracovním názvem Textbook, je pokládána za významný ediční i autorský čin, který ukázal, že česká odborná obec je dostatečně kompetentní a sebevědomá, aby mohla takové dílo vytvořit z vlastních zdrojů a netěžit pouze z překladů. Časem se však ukázalo potřebné pokročit dál a více do hloubky. Téměř po pěti letech jsme k tomu přistoupili se zúženým a poněkud obměněným autorským týmem a v zúženém rozsahu (19 autorů, 25 kapitol či obdobných celků) s ohniskem ve výše vysvětleném úseku **klinické adiktologie**. Z mnoha důvodů nebyla možná ani žádoucí pouhá replika kapitol v Textbooku: bylo nezbytné přinést určitou „přidanou hodnotu“, ať už ve formě tematické integrace, nebo ve formě obohacení o nové poznatky z praxe či z literatury. Věřím, že se to podařilo v přesvědčivé míře.

Publikace je rozdělená do několika částí. **První část** zobrazuje různé dimenze bio-psycho-sociálního modelu WHO a pokračuje v pokusu jej rozšířit na model bio-psycho-sociálně-spirituální, přičemž pojem „spirituální“ reflektuje v poslední době vzrůstající zájem zahraničních i našich autorů zabývajících se léčbou závislostí o problematiku smyslu života, o duchovní, hodnotový a existenciální rozměr, jehož deficit u alkoholismu kdysi jasnozřivě spatřil Carl Gustav Jung. **Druhá část** pojednává o metodách, které se v rámci bio-psycho-sociálního modelu používají a které jsme charakterizovali jako „léčba v širším slova smyslu“: jde o metody předléčebné intervence, léčby, sociální rehabilitace a následné péče. **Třetí část** se soustřeďuje na spe-

⁴ Viz Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy k uživatelům drog. In: Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 1/8. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

⁵ „Kliné“ je řecky „lůžko“; pojem „klinický“ však i v medicíně dávno přesáhl okruh nemocniční léčby.

⁶ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, agentura Evropské unie se sídlem v Lisabonu.

⁷ Viz Záborský a Miovský: Výzkum v adiktologii, kapitola 23 v této publikaci.

⁸ Kalina, K., et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR. Publikace vznikla za podpory Rady Evropy – Skupiny Pompidou v rámci programu DDRSTP II (Drug Demand Reduction Staff Training Programme); český projekt DDRSTP II-CR vedl Josef Radimecký. V rámci projektu DDRSTP II-CR vznikla ještě předtím publikace lexikonového typu: Kalina, K., et al. (2001). *Mezioborový slovník pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova / Úřad vlády ČR. Těmito dvěma publikacemi jsme promluvili sami k sobě i do Evropy o své tradici a úrovni: kromě děl v anglickém, francouzském a německém jazyce nic podobného neexistuje.

cifickou klientelu a kromě jiného přivádí do okruhu pozornosti – v duchu výše uvedené pojetí oboru adiktologie – i závislostní chování, ve kterém nehraje roli látka vyvolávající závislost, ale proces (hráčství nebo podlehnutí komunikačním médiím). Jakkoli jejich začlenění může vyvolat spory, je zřejmé, že vnější substance nemusí být výhradní determinantou vzniku chování závislostního typu. Tzv. nelátkové závislosti (dosud řazené do kategorie nutkavých poruch) hrají stále větší roli v našem problémovém okruhu a lze si představit budoucnost, kdy užívání některých návykových látek již bude nahrazeno právě „procesy“. **Čtvrtá část** knihy přináší kapitoly z obecnějších oblastí, významných pro adiktologickou praxi a podporujících účinné intervence. **Přílohy** podávají podle jednotné osnovy přehled jednak o jednotlivých návykových látkách, jejich účinku a riziku, jednak o jednotlivých složkách systému odborné péče o uživatele a závislé.

V pozadí publikace je nepřilíš snadná editorská práce, nezbytná k tomu, aby publikace tohoto typu byla více než sborníkem. Adiktologie je nejen mezioborovou, ale v naší zemi i mezosobnostní a mezigenerační záležitostí. Stejně jako v předchozích případech je zřejmé, že kolektivní monografie je zrcadlem stavu naší odborné komunity. Kromě jiného ukazuje, že střední či zralejší generace, která část své odborné dráhy prožila (nebo ji alespoň začínala) v podmínkách mezinárodní izolace, nedostatku odborné literatury a minimálních publikačních možností, může i dnes představovat mimořádný zdroj praktických zkušeností a tvořivých myšlenek. Na druhé straně lze zaznamenat dynamický nástup mladé generace, která plně využívá soudobých možností a jejíž příslušníci se v relativně nízkém věku stávají kompetentními profesionály i ve smyslu kultury psaní odborných textů. Mezigenerační soutěž přináší nové podněty; zároveň je jasné i bez rozpletení odborných anamnéz, vlivů a následovnictví, že zde v tom nejlepším smyslu slova existuje i mezigenerační či transgenerační kontinuita.

Při tak velkém rozsahu díla a počtu autorů je pochopitelně problémem vnitřní jednotata, soudržnost a nepřekrývání obsahu jednotlivých kapitol. Některá témata se vícekrát opakují, obvykle však z různých pohledů a v rámci autorské logiky příslušné kapitoly či přílohy. Nahrává tomu i průniková koncepce kapitol a přehledových příloh. V průřezu různých autorských prezentací se také leckdy setkáváme s jakýmsi „panelem“ názorů k určitým tématům a problémům, jako je např. motivace k léčbě, vztah psychoterapie a farmakoterapie, užití medikamentózní léčby v určitých situacích, akcent na behaviorální (či kognitivně behaviorální) a/nebo psychodynamické komponenty v nefarmakologických intervencích apod. I když tyto průniky a vnitřní diskuse často nespĺňují požadavek „učebnicové jednoznačnosti“, nebylo mým záměrem tento zajímavý rozměr publikace eliminovat.

Zároveň se objevuje řada tematických mezer. Přes veškerou snahu jsme stále mnoho dlužni tématu legálních a tolerovaných drog: těkavým látkám, tabáku a zejména alkoholu, i když jeho akční rádius ve smyslu zdravotních a sociálních škod má přibližně desetinásobný rozsah než nelegální drogy. Nejsou zcela sjednocené farmakoterapeutické přístupy a jejich postavení vedle přístupů psychosociálních; v nich pak chybí zejména podrobnější zpracování repertoáru poradenských, časných a skupinových intervencí českými autory. Dalším dluhem je téma „**case management**“ jako rámce a zázemí odborných intervencí. Co se týče specifické klientely, vzrůstá důležitost etnických minorit a migrantů, ale k odbornému zpracování praktických zkušeností čas

zatím ještě nedozrál. Tato prázdná nebo nedostatečně zaplněná místa jsou výzvou k autorské a editorské práci v dalších letech.

Nakonec v celé koncepci publikace i v jednotlivých kapitolách se jistě najde řada nedostatků a na samém konci zůstává, jako vždy, pocit, že by se všechno ještě mělo přepracovat. Ale jednou je nutné dílo uzavřít a poděkovat všem, kteří se na něm v jakékoli roli podíleli, i těm, kteří je v pracovních i osobních vztazích při tom podporovali.

Sám za sebe chci poděkovat:

- nakladatelství Grada za to, že se publikace ujalo, a oborové šéfredaktořce paní Mgr. Gabriele Plickové za trpělivost s poněkud opožděným dodáním publikace (1 rok a 1 měsíc oproti počáteční dohodě);
- autorskému týmu za jeho odpovědný přístup vůči tématům i vůči mé editorské aktivitě – v řadě případů mi to přineslo korektivní emoční zkušenost v pozitivním smyslu ve srovnání se spoluprací v minulosti;
- sdružení SANANIM a Centru adiktologie za kolegiální podporu při této odborné práci;
- své rodině a nejbližším blízkým za osobní podporu a toleranci vůči člověku, který tráví večery, noci a víkendy u počítače s prazvláštní neziskovou motivací; též s vděčnou vzpomínkou na mou zemřelou ženu Janu, která tohle dobře znala celých 30 let.

Jménem autorského týmu věnuji tuto publikaci památce zakladatele české adiktologie, doc. MUDr. Jaroslava Skály, CSc., nositele státního vyznamenání Za zásluhy. Náš velký učitel, který odešel 25. listopadu 2007 ve věku 91 a půl roku, by z ní měl jistě radost.

Praha, listopad 2007

doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

I.

**Bio-psycho-sociální model
v teorii a praxi**

1. BIO-PSYCHO-SOCIÁLNĚ-SPIRITUÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI JAKO VÝCHODISKO K PRIMÁRNÍ, SEKUNDÁRNÍ A TERCIÁRNÍ PREVENCI A KVALIFIKOVANÉ POMOCI

Stanislav Kudrle

Vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti se a priori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom se schopni rozvinout v moudré lidské bytosti *homo sapiens*, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici dost citlivá péče dospělé blízké bytosti. Stejně tak jsme závislí na spoustě dalších okolností a faktorů, které buď neumíme ovlivňovat, jako je vzduch, voda, sluneční energie, zemská přitažlivost, nebo se o to nějak pokoušíme, jako je to u závislosti na podpoře nebo dokonce mínění druhých.

V prvotních fázích naší existence je tedy naše vědomí Vlastního já (Self) formováno prožitky splynutí, spjitosti, jednoty se Vším, co je. Míru závislosti podtrhuje na biologické úrovni fakt, že přestože jsme jedincem již v lůně mateřském, je řada životně důležitých funkcí přímo obstarávána matkou. I po narození je nezbytné vytváření závislého lůna citlivou péčí, bez které by sotva porozený život skončil.

Na úrovni psychologické, sociální a spirituální se Já dítěte vyvíjí v intimní symbióze s matkou, tedy za absence jiného kontextu, jiného světa. Já a matka Jedno jsme, jsme Vše, co je. Na spirituální úrovni patrně není diferencovaný ani prožitek Já a matka, ale daleko spíše Já se identifikuje se Vším, co je. Chybí prožitek separace, v ideálním případě se plod vyvíjí za absence rušivých elementů, které by informovaly o dualitě a protikladech vnějšího světa.

Záhy však, v okamžiku porodu, začínáme svoji neodbytnou cestu za samostatností, nebo snad zdánlivou samostatností. Zejména pak v období puberty je tento apel zvláště silný: **hledáme cestu od závislosti k nezávislosti**. Napětí, které v dimenzi závislost vs. nezávislost prožíváme, je zároveň součástí vývoje nás všech, celé společnosti. Je hnací silou, je jedním ze základních životních dilemat. Někdy zůstane nezávislost pomyslným životním cílem, když dospěje do své karikované formy, kdy probojovávaná nezávislost končí jinou závislostí, např. na návykových látkách.

1.1 KOŘENY ZÁVISLOSTI

Chceme-li najít hlubší kořeny vzniku závislosti, je třeba zabývat se podstatou životních dilemat. Tedy tím, že život žijeme ve světě vztahu protikladů – zrození a smrt, světlo a temnota, radost a žal, štěstí a utrpení, láska a nenávist apod. Vztah těchto dualit je antagonistický, vyvolává napětí, je zdrojem neklidu, tužeb a hledání, je zodpovědný za základní dynamiku vývoje vůbec.

V onom hledání obvykle nacházíme hlubší lidské motivace a potřeby:

- potřebu vyhnout se bolesti či nalézt zklidnění, ulevit si od bolesti fyzické i duševní na individuální či na kolektivní úrovni. Patří sem i bolest z prožívané nudy, z nespokojení, bolest z pocitů odlišnosti od druhých, z nízkého sebehodnocení;
- potřebu cítit se energický, výkonný, kompetentní, bezproblémový, zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout euforie a radosti;
- potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí a/nebo sebezpřekročení, jednoty se sebou samým a s druhými, jednoty s Bohem a podobně.

Tyto tři vektory jsou hluboce založeny. Jsou zčásti nevědomé, zčásti s uvědomovaným a reflektovaným dopadem. Mají i svoji biologickou komponentu a sílu instinktu. Všechny tři nacházejí i své korespondující drogy, které umocňují tyto prožitky:

- opioidy – látky tlumící bolest,
- stimulantia – látky přinášející slast a euforii,
- psychedelika (složenina slov psyché = duše a delein = zjevovat) – látky zjevující cosi z nejhlubších úrovní lidské psychiky.

Při vytváření programů primární prevence, sekundární prevence (aktivní léčba) a terciární prevence (prevence škod, sociální služba) bychom vždy měli reflektovat úvodní premisu. To znamená respektovat „přirozené“ zákonitosti vývoje závislosti na návykových látkách a programy volit jako jakési možné „výhybky“ v patologickém vývoji.

1.2 PRIMÁRNÍ PREVENCE

Primární prevence si klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo alespoň co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Specifickým cílem je předcházet užívání mezi rizikovou populací (Kalina a kol., 2001, heslo „primární prevence“).

Primární prevence má programově podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity. Má rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální komplexity člověka, působit na celou společnost diferencovaně, se zaměřením na cílové skupiny.

Biologický předpoklad

Sem patří například přiměřený zájem o své tělo, pohyb, starost o výživu, o fyzické zdraví, včasná léčba nemocí, prevence úrazů, účinná rehabilitace fyzických handicapů. V mnoha případech vidíme, že návykové látky jsou zprvu užívány jako analgetika pro chronickou a špatně léčenou bolest, že zranění mladého sportovce bez adekvátní celostní rehabilitace a náhlá ztráta „cíle“ bývají spouštěčem únikového brání. Nerozpoznané poruchy příjmu potravy, například obezita, jsou „lčeny“ pomocí amfetaminů.

Psychologický předpoklad

Nejčastější faktory stojící na počátku abúzu návykových látek jsou prožitky nudy, zvědavost na mimořádné prožitky, absence vlastního programu, narušené hranice, nízké sebehodnocení. Uživatelům drog často chybí zaujetí pro pěstování diferencovaných potřeb a zájmů. Jedinec není veden k samostatnosti v rodinném kruhu, a tak si samostatnost prosazuje v oblastech, kam za ním rodiče nemohou – ve změněných stavech vědomí. Primární prevencí je pak učení se intimně ve vztazích, otevřená komunikaci a sdílení hodnot s druhými. Učení se asertivitě, hranicím, tvorbě vlastních „programových struktur“ a zvládání volného času.

Sociální předpoklad

Časté rizikové faktory abúzu jsou pocity vyčlenění z komunity lidí, inferiorní sociální status, rasová odlišnost, touha identifikovat se se silnější skupinou. K primární prevenci patří starost o sociální integritu, péče o minority, o sociálně potřebné. Starost o to, jak my dospělí předáváme dětem obraz dospělosti. Rozvoj pro-sociálního chování, komunitního cítění, dobrovolnosti a dobročinnosti, soucítění s druhými.

Spirituální předpoklad

Rizikovým faktorem abúzu drog v této oblasti bývá absence smyslu života, duchovních hodnot a duchovní autority. Nevyvážené zaměření k materiálním ziskům, ale i rozčarování nad pomíjivým uspokojením, které přinášejí. Iluzivní štěstí v dopřávaném si maximu požitků. Nerozvíjená introspekce a naslouchání vnitřnímu Já. Nerozvíjení pokory, smyslu pro zázrak, pro mytické a mytologické poznání světa. Absence posvátných rituálů typu iniciačních a přechodových rituálů.

Často rozpoznáváme na počátcích abúzu absenci signifikantních autorit, které jsou nahrazeny autoritami disponujícími namísto silou hrubostí, namísto vnitřní krásou vnějšími dekoracemi, namísto mentální silou arogancí. Chybějící rituály jsou nahrazeny rituály gangů ulice, mazáckou nebo internátní „vojnou“. Momentální uspokojování se stává základním motivem života. Poživačnost, intenzita a bezodkladnost těchto potřeb je forsírovaná klipovou rychlostí současného života „in“.

Programy primární prevence by měly zohlednit tyto premisy a svojí náplní a programem korigovat pocíťované nedostatky, případně by měly nabízet jinou alternativu, „výhybku“ těm, kteří již „jedou“.

V podobném duchu hledáme předpoklady i pro terapii či resocializaci, neboť úzdrava není možná bez komplexní změny v člověku, pro kterou jsme předpoklady uvedli již v předchozích řádcích.

1.3 SEKUNDÁRNÍ PREVENCE

Sekundární prevence spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní staly závislými. Obvykle je používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení (Kalina a kol., 2001, heslo „sekundární prevence“).

Léčba se principiálně rozlišuje na léčbu vedoucí k abstinenci, výjimečně na léčbu vedoucí ke kontrolovanému užívání a v posledním směru na léčbu s udržovací substitucí, kdy je podávána v terapeutickém záměru substituční látka. Tak to známe například u opiátové substituce metadonem nebo buprenorfinem. U tohoto typu léčby není vždy cílem abstinence.

Léčebné úsilí se obvykle neomezuje jen na jedince, ale zaměřuje se také na jeho rodinu. Využívá se i nemedicinských přístupů, například resocializace, reedukace, právního poradenství apod.

Léčebné působení je:

- zastavením,
- odpoutáním od prostředí, které mi umožňovalo žít závislým způsobem života,
- detoxifikací v širším smyslu slova (substance, vztahy, prostředí, návyky),
- pohledem zpět na uplynulé životní události,
- konfrontací s tím, co mě poškozovalo a zraňovalo,
- konfrontací s tím, co já jsem poškodil nebo koho jsem zranil,
- rozpoznáváním, pochopením a přijetím odpovědnosti za svůj život,
- vytvářením si náhledu na souvislosti abúzu návykové látky a špatné životní strategie,
- znovu-objevováním pocitů a emocí a učením se jejich adekvátnímu vyjadřování a vlastnění pocitů (namísto projekce),
- možností uvědomit si reálné vztahy a vazby ke svému okolí (rodina, přátelé, pracoviště),
- hledáním smyslu života, životních hodnot,
- hledáním vztahu k nějakému vyššímu ideálu, principu, k pravému Já,
- hledáním nástrojů k provádění změn a jejich udržení v každodenním životě,
- upevňováním hodnot souvisejících s nabytou abstinencí.

Principy, které jsou obvykle základem terapeutické práce, vycházejí z tzv. komunitního uspořádání a z převažujícího stylu práce formou **skupinové psychoterapie**:

- Nejsem sám, mohu sdílet spolu s ostatními své zoufalství a své naděje.
- Jsem otevřený a sdílím své pocity z toho, co prožívám.
- Žiji v realitě, podle principu „tady a teď“.
- Mám právo se vyjadřovat k čemukoli, co se děje v komunitě nebo skupině. „Když vidím to a to, prožívám, nebo cítím to a to...“
- Pečuji o sebe i o druhé, není mi lhostejné, když někdo porušuje pravidla, protože to pak snižuje pocit bezpečí pro všechny, včetně mě.
- Čím více jsem schopen aktivně se skupině otevřít (dát), tím více dostanu zpět (beru).

- Přijímám ochotně zpětnou vazbu od ostatních, byť by vyvolávala nepříjemné pocity, a jsem za ni vděčný.
- Podporuji každého svojí pozorností a vstřícností.
- Respektuji důvěrnost sděleného na skupinách a s nikým mimo komunitu o těchto věcech nemluví.
- Otevřeným a pravdivým vyjadřováním posiluji své sebevědomí a pocit sebejistoty.
- Pracuji pilně a samostatně v každodenním rozjímání a v práci s deníkem.
- O nově objevené poznání se dělím na skupinách.

Léčba se ve standardním léčebném uspořádání vždy rovněž zaměřuje na předpoklady biologické, psychologické, sociální a spirituální.

Biologické předpoklady

Sem patří léčba medicínsky ovlivnitelných **nemocí**, které:

1. **otevřely cestu k abúzu**, jak tomu bývá například u abúzu analgetik a trankvilizérů u algických syndromů nejrůznější povahy nebo u abúzu stimulantů při léčeném bronchiálním astmatu;
2. **dále udržují abúzus**, jako to vidíme při opakujících se relapsech pro somatické komplikace odvykacích stavů, fyzické následky abúzu drog – od banálních dermatitid pervitinistů, které jsou prožívány se studem, až po problémy s udržením životosprávy, narušené imunity a závažné důsledky poruchy zdraví jakožto následku virové hepatitidy, či HIV pozitivivity.

Psychologické předpoklady

Obvykle se zajímáme o celou biografii klienta, v anamnéze se stopují souvislosti mezi psychologickými problémy jedince a rozvojem abúzu, identifikuje se období, kdy návykový abúzus, tj. závislost sama počala vytvářet psychologické problémy a celý systém se stal sebeudržujícím. Psychodiagnostika slouží k identifikaci následných psychologických změn – poruch osobnosti, panických poruch, depresivní symptomatiky či psychotických alterací – projevujících se poruchami vnímání a bludnými interpretacemi a myšlenkami. Pracuje se na tzv. náhledu těchto souvislostí a na získání odpovědnosti za svoje chování. Léčebné prostředky, které jsou z oblasti psychoterapie k dispozici, souvisejí nejčastěji s typem odborného výcviku terapeutického personálu. Jednotlivé psychoterapeutické techniky tým implementuje do systému terapeutické komunity a skupinové psychoterapie. Ta může mít orientaci od kognitivně behaviorálního zaměření přes psychodynamické postupy až po transpersonálně orientovanou psychoterapii.

Sociální předpoklady

Sociální předpoklady jsou v léčbě reflektovány na úrovni sociální práce, eventuálně sociologického výzkumu a výrazně ovlivňují prognózu výsledků léčby a dalšího uplatnění klienta. Zkoumání sociogenních vzorců, které podporovaly vznik abúzu, případně udržovaly závislost, jako je vliv skupiny vrstevníků (tzv. party), jako jsou její normativní rituály, sdílení pro-drogové ideologie a tím se vytvářející skupinová identita, dále politické a kulturní fenomény, které jsou pozorovatelné ve spektru funda-

mentalistických společenských orientací, etnické zvyklosti, problematika minoritních skupin, ale i sklony radikalizovaných skupin žijících v útlaku a bídě často přinášejí zvýšený abúzus psychotropních látek. Terapeutické postoje musí reagovat na tato specifika a respektovat je. Re-socializace je nedílnou součástí léčby, doslova návrat k socializovanému, tedy společenskému uplatnění je jedním z výrazných měřítek efektu léčby.

Spirituální předpoklady

Spirituální předpoklady jsou reflektovány v léčebných systémech, které jsou například založeny na filosofii „Anonymních alkoholiků“, anebo přejímají z těchto programů „**Program 12 kroků a 12 tradic**“ jako jakousi páteř léčebné filosofie. Dále jsou to programy, které považují univerzální spiritualitu za primární dimenzi lidské existence. Zaměřují se na aspekty životního smyslu nebo údělu, na aspekty víry v Boha, lidské sounáležitosti a soucítění, pokory a respektu k tomu, co přesahuje individuální Já. Jsou to programy, které vycházejí z jungiánských tradic nebo z transpersonální psychologie, případně programy na religiózní bázi reprezentované například hnutím „Teen Challenge“.

Pokud má léčba přesáhnout za pouhou stabilizaci abúzu návykových látek, tzn. aspirovat na komplexní úzdravu jedince, pak musí obsahovat nástroje, metodiky a techniky, které působí na všech čtyřech úrovních. Velkou důležitost vidíme v pochopení významu změněných stavů vědomí pro člověka. Ty mohou být indukovány účinkem psychotropních látek v samém počátku vývoje závislosti. Dopad těchto zkušeností je v širokém rozsahu od pozitivního ovlivnění až po destruktivní a násilné. Podle našich zkušeností je terapeutické využití změněných stavů vědomí na nedrogové bázi také nejmočnějším nástrojem vedoucím k podpoře úzdravy na konci tohoto vývoje. Využití meditačních technik, holotropního dýchání, jógických cvičení, transových rituálů až po terapeutické využití některých psychedelických látek může být velkou podporou úzdravného procesu.

1.4 TERCIÁRNÍ PREVENCE

Pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V tomto smyslu je terciární prevencí: 1. resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog, 2. intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat (souborně zvané „harm reduction“), se zaměřují především na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog (Kalina a kol., 2001, heslo „terciární prevence“).

Terciární prevence využívá zejména přístupů z **úrovně sociální**. K sociální práci patří pomoc při hledání zaměstnání a bydlení, v kontaktu s úřady či zdravotními poskytovateli, ale i chráněné bydlení, pomoc rodině, chráněná pracovní aktivita.

Dále tento přístup zlepšuje **biologické předpoklady** elementární péčí o zdraví uživatelů drog. Jde zejména o předcházení vážným přenosným onemocněním díky

výměnným programům jehel a stříkaček a díky poskytování informací o možných komplikacích ve formě abscesů, flebitid a trombóz žilního systému, včetně léčby těchto komplikací. U postižených jedinců rizikové populace se významně zlepšuje zdravotní stav díky zprostředkování cílené zdravotnické pomoci a předcházení zdravotnímu úpadku drogově závislých, který s sebou nese i riziko epidemiologické. Významnou součástí je také zájem a péče o bezpečný sexuální život těchto jedinců.

Psychologickou pomocí je komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, motivační trénink, prevence relapsu, rodinné poradenství a edukace rodiny. Za významnou považujeme i psychologickou podporu v terminálních fázích vývoje závislosti, kdy medicínská pomoc již selhává nebo není jedincem akceptována.

Zvláštní úlohu pak vidíme v pomoci nemocným s terminálním vývojem choroby AIDS a umírajícím. V tomto aspektu se propojuje psychologická pomoc s **dimenzí spirituální**, jejíž snahou je najít smíření s fyzickou smrtí.

LITERATURA

- AA. Anonymní alkoholici (1989). *Příběh o tom, jak se tisíce mužů a žen vyléčilo z alkoholismu*. New York: Alcoholic Anonymous World Service.
- Achtenberg, J. (1985). *Imagery in Healing*. London: New Science Library Shambhala.
- Beattie, M. (1999). *Přestaňte být závislí*. Praha: Pragma.
- Bradshaw, J. (1990). *Návrat domů*. Bratislava: Gardenia Publisher.
- Kalina, K., et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Grof, S. (1980). *LSD Psychotherapy*. Alameda: Hunter House.
- Grofová, C. (1998). *Žízeň po životě*. Praha: Chvojko nakladatelství.
- Houston, J. (1982). *The Possible Human*. Los Angeles: J. P. Tarcher.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 2/1. Praha: NMC/Úřad vlády ČR.
- Kudrle, S. (2003a). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*. Kapitola 2/10. Praha: NMC/Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K., Csémy, L. (1996). *Léčba a prevence závislosti. Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Rotgers, F., et al. (1999). *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada.
- Sparks, T. (1993). *The Wide Open Door*. San Francisco: A Harper/Hazelden Book Harper & Row Publishers.
- Walsh, R. N. (1990). *The Spirit of Shamanism*. Los Angeles: J. P. Tarcher.
- Weil, A. (1983). *Chocolate to Morphine*. Boston: Houghton Mifflin.
- Weil, A. (1991). *Cesty ke zdraví*. Praha: Nakladatelství J.A.M.