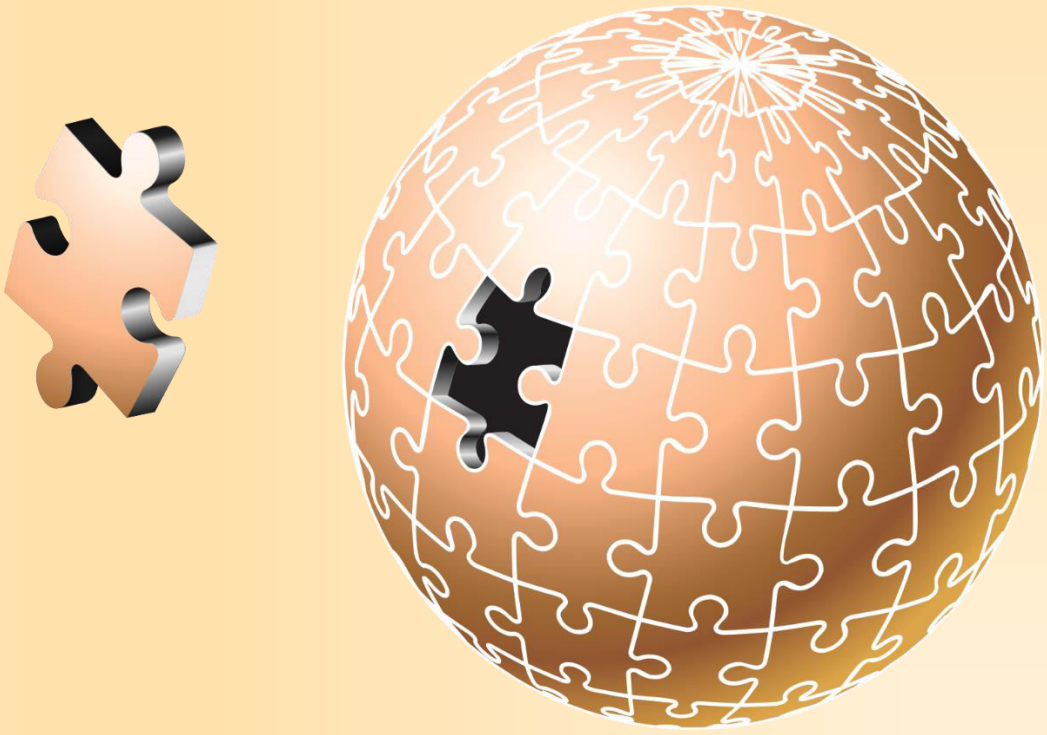
MICHAELA ŠAVRNOCHOVÁ

RODINA SO ZÁVISLÝM ČLENOM

TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ A PRAKTICKÉ KONTEXTY SO ZAMERANÍM NA ZÁVISLOSŤ OD ALKOHOLU



UNIVERZITA
KOMENSKÉHO
V BRATISLAVE

Michaela Šavrnochová

RODINA SO ZÁVISLÝM ČLENOM

Teoretické východiská a praktické kontexty
so zameraním na závislosť od alkoholu

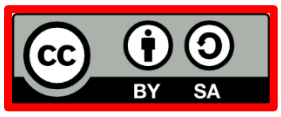
2024
Univerzita Komenského v Bratislave

© Michaela Šavrnochová, 2024

Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce

Recenzentky

prof. PhDr. Eva Mydlíková, PhD.
doc. PhDr. Angela Almašiová, PhD.



Publikácia je šírená pod licenciou Creative Commons CC BY-SA 4.0 (vyžaduje sa: povinnosť uvádzať pôvodného autora, povinnosť odvodené dielo zdieľať pod rovnakou licenciou ako pôvodné dielo). Viac informácií o licencii a použití diela: https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/

https://stella.uniba.sk/texty/PDF_MS_rodina-zavisly_clen.pdf

Vydavateľ
Univerzita Komenského v Bratislave

ISBN 978-80-223-5912-2 (online)

Obsah

Úvod **5**

1. Syndróm závislosti od alkoholu **6**
1.1 Klasifikácia 7
1.2 Následky nadmerného užívania alkoholu 11
1.3 Liečba 13

2. Rodina so závislým členom **19**
2.1 Rodinný systém so závislým členom 20
2.2 Charakteristika rodín so závislým členom 24
2.3 Dôsledky závislosti na členov rodiny 27

3. Kodependencia **36**
3.1 Teoretické koncepty 37
3.2 Fázy kodependencie 39
3.3 Kognitívne a behaviorálne reakcie rodičov závislých detí 45

4. Intervencie pre rodiny **50**
4.1 Prístupy využívané v zahraničí 51
4.2 Prístupy využívané na Slovensku 54
4.3 Sociálne poradenstvo pre kodependentov 58
4.4 Svojpomocné liečebné programy 63
4.5 Socioterapia v prirodzenom prostredí závislého 67

5. Motivačné interview **75**
5.1 Hlavné poradenské ciele podľa fázy procesu zmeny 79
5.2 Základné techniky vedenia motivačného interview 82
5.3 Vzťah medzi princípmi sociálnej práce a aspektmi motivačného interview 85

6. Prípadové štúdie **88**
6.1 Klient č. 1 MAREK 88
6.2 Klient č. 2 MICHAL 91
6.3 Klient č. 3 TOMÁŠ 94

Záver **97**
Zoznam skratiek **98**
Zoznam bibliografických odkazov **100**

Úvod

Závislosti predstavujú závažný problém a spolu so svojimi negatívnymi sociálnymi dopadmi sú predmetom multidisciplinárnej starostlivosti. Na ich riešení sa podieľajú najmä vládne rezorty zdravotníctva, sociálnych vecí a rodiny, vnútra a spravodlivosti. Škody spôsobené alkoholom a drogami však majú dosah nielen na závislého jedinca, ale aj na jeho rodinu, blízke osoby a celú spoločnosť. Hoci fyziologický vplyv užívania psychoaktívnych látok je primárne individuálnym javom, ich zneužívanie preniká do celého rodinného systému. Porozumenie závislosti ako choroby celej rodiny a súčasne systémový prístup k rodine s (nielen) alkoholovo závislým členom umožňuje pochopiť zložitú sieť vzájomných interakcií a modifikácií správania sa jednotlivých členov nielen v kontexte priestorovom, ale aj časovom.

Ponuka intervenčných a podporných programov pre rodiny a blízkych závislých osôb je na Slovensku značne limitovaná a len potvrdzuje názory odborníkov, že zapojenie rodiny do komplexného procesu liečby je historicky zanedbávaným aspektom liečby a rodiny sa často považujú skôr za doplnok liečby než za jej neoddeliteľnú súčasť (Copello & Orford 2002; Csiernik 2002). Zapojenie rodiny do liečby pritom považujeme za dôležité (ak nie podstatné) z viacerých dôvodov. Závislosť je rodinná choroba a širšia ponuka podporných programov môže výrazne zlepšiť fungovanie jednotlivca a rodiny. Viaceré medzinárodné výskumné štúdie (Edwards & Steinglass 1995; Meads et al. 2007; McCrady & Epstein 2009) preukázali, že služby pre rodiny a dlhodobé sprevádzanie rodiny uľahčujú rozhodnutie závislého člena ísť sa liečiť, nastúpiť na liečbu, absolvovať ju celú a následne upevňovať proabstinenčné vzory správania s cieľom trvalej abstinencie.

Predkladaná vysokoškolská učebnica *RODINA SO ZÁVISLÝM ČLENOM. Teoretické východiská a praktické kontexty so zameraním na závislosť od alkoholu* ponúka pohľad na rodinu so závislým členom v kontexte zmeny fungovania rodinného systému i adaptácie celej rodiny na novú životnú situáciu. Obsahovo je koncipovaná tak, aby poskytla komplexný prehľad o danej téme, pričom sa opiera o významné medzinárodné a národné vedecké štúdie, publikácie a články odborníkov v pomáhajúcich profesiách.
Cieľom vysokoškolskej učebnice je v procese vysokoškolského vzdelávania študentiek a študentov pomáhajúcich profesií rozšíriť teoretické poznatky v danej téme a posilniť ich potenciál pre budúcu prácu s rodinami so závislým členom. Poznatkové penzum je doplnené o aplikačnú rovinu, v rámci ktorej si môžu študentky a študenti prostredníctvom prípadových štúdií zhodnotiť posúdenie prípadu z pohľadu sociálnej práce.

Michaela Šavrnochová

1. Syndróm závislosti od alkoholu

KĽÚČOVÉ POJMY

syndróm závislosti
psychická závislosť
fyzická závislosť
závislosť od alkoholu
somatické následky
psychické následky
sociálne následky
forma liečby
kognitívno-behaviorálna terapia
redukcia pitia
kontrolované pitie
cieľ liečby
abstinencia

Závislosť predstavuje vzájomný vzťah, ktorý môže mať podobu potreby niečoho, môže byť však aj obrazom ľudskej krízy, prípadne obrazom patologických vzťahov, hodnôt a tradícií (Šavrnochová 2017). Závislosť však môžeme vnímať aj ako problém, ktorý súvisí so životnou filozofiou, kedy človek nezvláda život podľa vlastného presvedčenia, alebo jeho vlastné presvedčenie nekorešponduje s normálnym, čiže zdravým životným fungovaním. Závislosť jedinca sa začína tam, kde pôvodné životné perspektívy zlyhávajú a význam drogy narastá do takej miery, že nekontrolovateľným spôsobom preberá prvoradé miesto v prežívaní jednotlivca i jeho najbližšieho sociálneho okolia.

Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH-10) definuje syndróm závislosti ako skupinu odchýlok v správaní, poznávaní a vo fyziologických funkciách, ktorá sa vyvíja pri opakovanom užití návykovej látky.

Látková závislosť (angl. *Substance Addiction*), v minulosti označovaná ako toxikománia (pojem pochádzajúci z gréckeho slova *toxikos* – smrteľný, jedovatý a *mania* – šialenstvo), bola Svetovou zdravotníckou organizáciou v roku 1964 doplnená termínom drogová závislosť. Z dôvodu vzostupu tzv. nelátkových závislostí sa postupne upustilo od termínu drogová a nahradil ho pojem látková závislosť.

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok (F10 – F19) sú v súčasnosti platnej 10. revízii MKCH-10 zaradené do V. kapitoly – **Duševné poruchy a poruchy správania.** Patria sem poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním jednej alebo viacerých nasledovných psychoaktívnych látok získaných na lekársky predpis alebo bez neho: F10 – alkohol; F11 – opiáty; F12 – kanabinoidy (marihuana, hašiš); F13 – sedatíva alebo hypnotiká; F14 – kokaín; F15 – iné stimulujúce látky vrátane kofeínu; F16 – halucinogény; F17 – tabak; F18 – prchavé rozpúšťadlá a F19 – viaceré drogy súčasne a iné psychoaktívne látky (užívanie dvoch alebo viac známych psychoaktívnych látok, ale nedá sa určiť, ktorá z nich najviac prispieva k vzniku poruchy).

1.1 Klasifikácia

Závislosť od alkoholu je klasifikovaná pod kódom F10.2, v rámci vymedzenia porúch psychicky a správania figurujú v MKCH-10 aj ďalšie diagnostické jednotky:

F10.0 – Akútna intoxikácia
F10.1 – Škodlivé užívanie
F10.2 – Syndróm závislosti
F10.3 – Abstinenčný syndróm
F10.4 – Abstinenčný syndróm s delíriom
F10.5 – Psychotické poruchy
F10.6 – Amnestický syndróm
F10.7 – Reziduálna a neskoro nastupujúca psychotická porucha
F10.8 – Iné psychické poruchy a poruchy správania
F10.9 – Nešpecifikované psychické poruchy a poruchy správania

Syndróm závislosti je tu definovaný podľa nasledovných diagnostických kritérií:

- Silná, neodolateľná túžba piť (craving – baženie, nutkanie).
- Narušená schonosť kontrolovane piť.
- Dôkazy tolerancie voči účinkom alkoholu (potreba zvyšovať množstvo vypitého alkoholu na dosiahnutie stavu uvoľnenia a eufórie).
- Výskyt abstinenčných príznakov pri nedostatku alkoholu v organizme (syndróm z odňatia).
- Postupná redukcia a strata ostatných záujmov.
- Pokračovanie v konzumácii alkoholu aj napriek vedomosti o jednoznačných škodlivých zdravotných dôsledkoch nadmerného užívania alkoholu.

Samotné stanovenie diagnózy je podmienené **výskytom troch alebo viacerých vyššie uvedených kritérií v priebehu aspoň jedného mesiaca alebo opakovane v kratších časových intervaloch v priebehu 12 mesiacov.** Diagnóza syndrómu závislosti od alkoholu je na Slovensku číslovaná kódom F10.2. Vychádzajúc z definície Svetovej zdravotníckej

organizácie z roku 1979 (Novomeský 1996, s. 14), ktorá klasifikuje závislosť ako *„psychický a často aj fyzický stav vyplývajúci z užívania návykovej látky, charakterizovaný reakciami obsahujúcimi vždy nutkavú potrebu užívať návykovú látku sústavne, alebo periodicky s cieľom prežívať jej psychické účinky, alebo utlmovať nepríjemný stav z nedostatku látky*", rozlišujeme:

- **psychickú závislosť,** ktorá sa prejavuje túžbou človeka užívať drogu a opakovane zažívať príjemné pocity (Pavelová et al. 2013). V praxi býva označovaná aj ako neovládateľná túžba, nutkanie pokračovať v užívaní aj napriek tomu, že závislý vie o rizikách dopadu drogy na svoje zdravie.
- **fyzickú (somatickú) závislosť,** ktorá je sprevádzaná príznakmi presne opačnými ako tie, pre ktoré závislý drogu vyhľadáva a užíva. Mechanizmus vzniku fyzickej závislosti spočíva v prispôsobení sa organizmu novej úrovni homeostázy v dôsledku užívania drogy a reakciami (najčastejšie abstinenčným syndrómom) na porušenie tejto novej homeostázy.

Súčasná formulácia choroby závislosti od alkoholu nadväzuje na model, ktorý rozvinul americký fyziológ Elvin M. Jellinek. Jellinek bol jedným z prvých, ktorí zaujali vedecký prístup k chápaniu alkoholizmu a závislosti ako choroby, a je tiež jedným z prvých, ktorí podporili model choroby na zobrazenie priebehu závislosti. Jeho model závislosti identifikuje postupné štádiá alkoholizmu, pričom v každej fáze podrobne opisuje konkrétne udalosti a okolnosti vyplývajúce zo závislosti. Tento koncept bol v roku 1946 prvýkrát predstavený v časopise *Quarterly Journal of Studies on Alcohol and Drugs* (Jellinek, 1946). Celosvetovo znamenal posun v chápaní alkoholizmu ako cesty závislosťou v jednotlivých fázach alkoholizmu, a nie ako morálneho zlyhania jedinca. Odvtedy sa môžeme stretnúť v odbornej literatúre s množstvom pojmov, ktoré sa používajú ako synonymum syndrómu závislosti od alkoholu a jedinca závislého od alkoholu – alkoholizmus, abúzus alkoholu, chronický alkoholizmus, alkoholik/alkoholička. Z dôvodu moralistického obsahu niektorých pomenovaní pracujeme v celom texte s pojmami „závislosť od alkoholu", „alkoholová závislosť", jedinec „závislý od alkoholu" a „alkoholovo závislý" jedinec.

Jellinek vo svojej publikácii *The Disease Concept of Alcoholism* z roku 1960 (2010 reprint of 1960) bližšie špecifikoval závislosť od alkoholu ako každé užívanie alkoholických nápojov, ktoré spôsobuje nejakú škodu jedincovi alebo spoločnosti. Opierajúc sa o Jellinekovu typológiu rozlišujeme päť základných typov alkoholovej závislosti:

1. **Typ alfa** – problémové pitie, abúzus alkoholu v špecifických situáciách (pri potláčaní úzkosti, tenzie, depresívnych pocitov).
2. **Typ beta** – príležitostný abúzus, pri ktorom zohrávajú rozhodujúcu úlohu sociokultúrne okolnosti (charakteristickým sú somatické komplikácie).
3. **Typ gama** – závislosť od alkoholu s typickou poruchou kontroly, postupným nárastom tolerancie a silnou psychickou závislosťou.
4. **Typ delta** – pravidelné, každodenné užívanie alkoholu bez výraznejších vonkajších prejavov, silne rozvinutá fyzická závislosť.

5. **Typ epsilon** – epizodický abúzus (dipsománia, periodické pitie) charakteristický striedajúcimi sa epizódami nekontrolovaného užívania alkoholu a nepitia (Jellinek 1946).

Podľa Kolibáša a Novotného (2007, s. 71) predstavuje závislosť od alkoholu *„chorobný stav vznikajúci po viacročnom systematickom konzume alkoholu (3 – 15 rokov)"*. Výstižnú definíciu alkoholovo závislého jedinca prezentujú Ühlinger a Tschui (2009, s. 29), podľa ktorých *„za závislého možno považovať každého, kto sa nedokáže obísť bez alkoholu a stráca kontrolu nad pitím"*. Alkoholovú závislosť však môžeme vnímať aj ako problém, ktorý súvisí so životnou filozofiou, kedy človek nezvláda život podľa vlastného presvedčenia, alebo jeho vlastné presvedčenie nekorešponduje s normálnym, čiže zdravým životným fungovaním.

Závislosť od alkoholu je chronické,
doživotné ochorenie, z ktorého sa nedá vyliečiť.
Riešením je dlhodobá, optimálne celoživotná abstinencia.

„Ľudia, ktorí sa liečia z alkoholizmu, sa liečia z choroby" (Geringer Woititz 1997, s. 145). V súvislosti s dopadom chronického abúzu alkoholu jedinca na rodinu, rešpektujúc pritom vzájomnú prepojenosť a ovplyvňovanie všetkých jej členov v rámci rodinného systému, budeme sa v ďalšom texte opierať o klasickú Jellinekovu definíciu alkoholovej závislosti.

Bio-psycho-sociálno-spirituálny model závislostí

Bio-psycho-sociálno-spirituálny model zdravia predstavuje v medicínskych vedách holistický pohľad na človeka a pri starostlivosti o pacienta a posudzovaní akéhokoľvek zdravotného problému treba brať do úvahy biologické, psychologické, sociálne a spirituálne hľadiská (Saad et al. 2017).

Pri vysvetľovaní príčin vzniku závislosti (nielen) od alkoholu väčšina odborníkov vychádzala v minulosti z **bio-psycho-sociálneho modelu psychických porúch**. Predpokladali multifaktorovú etiológiu s možnou príležitostnou väčšou váhou niektorého z faktorov, pričom ich význam a podiel sa pri jednotlivých poruchách líšil a boli zaznamenané aj viaceré významné interindividuálne rozdiely v podiele skupín etiologických faktorov (Heretik et al. 2007).

Samotný vývoj závislosti od alkoholu trvá niekoľko mesiacov až rokov. Ovplyvňujú ho mnohé činitele, spôsoby užívania a druh alkoholu, vek užívateľa (čím je jedinec mladší, tým kratšie trvá vytvorenie závislosti), pohlavie (u žien sa závislosť vyvíja rýchlejšie), zdravotný stav užívateľa, spôsob metabolizácie alkoholu a pod.

V súčasnosti však prevládajú názory, že tento model nie je dostatočne holistický, pretože neberie do úvahy duchovný rozmer človeka. Podľa Kalinu (2013) získava spiritualita veľmi dôležitý rozmer pre svoju úlohu najmä v procese doliečovania, pretože pomáha človeku nájsť zmysluplnosť života a pocit vlastnej hodnoty.

Biologická dimenzia tohto modelu zahŕňa faktory, akými sú najmä výskyt alkoholovej závislosti u prvostupňových príbuzných (prítomnosť závislosti u biologického otca), ale aj účinky alkoholu na plod nenarodeného dieťaťa a priebeh pôrodu.

Psychologická dimenzia zahŕňa osobnosť jedinca a faktor jeho osobnej zodpovednosti (pokiaľ je užívanie alkoholu vôľovým aktom, na začiatku vzniku závislosti sú podstatnými faktormi kontrola správania a vôľa jedinca. Čiže ak aj je rozhodnutie užiť alkohol otázkou vôle, jeho účinok môže byť zásadným spôsobom ovplyvnený genetickými faktormi. Tí, u ktorých bude prvotná mimovôľová odpoveď na alkohol výrazne príjemná, budú skôr náchylní túto skúsenosť zopakovať ako tí jedinci, u ktorých bola odpoveď neutrálna alebo nepríjemná). Taktiež sem môžeme zaradiť aj harmonický vývoj dieťaťa, podporu v čase dospievania, pri hľadaní vlastného JA, ale aj poskytnutie adekvátnej pomoci pri výskyte rôznych duševných porúch.

Sociálna dimenzia zahŕňa najmä prostredie, v ktorom jedinec vyrastá a ktoré má najväčší vplyv na vytváranie jeho budúcich postojov. Kľúčovým je samozrejme *rodinné prostredie*, avšak môžeme sem zaradiť aj *rovesnícke skupiny*, ktorých tlak môže byť na jedinca veľmi vysoký, zvlášť v období dospievania (často skupina rovesníkov nadobúda pre jedinca väčší význam a komunikácia medzi dieťaťom a rodinou sa pretrháva). Ďalším, pomerne častým dôvodom nadmerného abúzu alkoholu je strata zamestnania, denných rituálov, každodenných povinností, únik do apatie (Vaska 2014). Nepochybne veľkú úlohu zohrávajú aj kultúrne normy danej spoločnosti, názory a postoj spoločnosti k užívaniu alkoholu. Rovnako súčasný životný štýl, vysoké pracovné tempo, každodenný stres, tlak okolia na sociálny status, *pracovné prostredie* – to všetko môže byť (v kombinácii napr. s osobnosťou jedinca) dôvod pre nadmerný abúzus alkoholu.

Spirituálna dimenzia znamená *„intímnu oblasť priameho zážitku toho, čo je za každodenným úsilím, čo dáva zmysel tomuto úsiliu, čo dáva zmysel životu vôbec*" (Kudrle 2003, s. 93). Závislí od alkoholu popisujú *„hrozné pocity vnútornej prázdnoty a straty zmyslu, ktoré charakterizujú obdobie aktívneho pitia*" (Rotgers 1999, s. 22). Rizikovými faktormi z tohto hľadiska tak môže byť absencia zmyslu života, vlastnej jedinečnosti, duchovných hodnôt, pocity duchovnej prázdnoty, zúfalstva. Odborníci z oblasti liečby závislosti od alkoholu (Kudrle 2003, Martinove, O. a kol. 2011, Nešpor 2007) zdôrazňujú, že tieto pocity môžu pretrvávať aj v začiatkoch abstinencie (napr. *„Som triezvy, kedy budem šťastný?*"), preto v rámci terapie i následnej starostlivosti odporúčajú využívať alternatívne terapie (napr. relaxačné techniky

ako autogénny tréning alebo joga, ale aj transcendentálnu meditáciu, spiritualitu a modlitby).

1.2 Následky nadmerného užívania alkoholu

Somatické následky

Najcitlivejším a najviac postihnutým orgánom býva spravidla mozog, kedy dlhoročný abúzus alkoholu spôsobuje okrem porúch krátkodobej a dlhodobej pamäti, porúch koordinácie, vnímania a koncepčného myslenia, mozgovej atrofie (úbytku mozgového tkaniva) i jeden z najčastejších prejavov – *alkoholický tremor*, prejavujúci sa trasom rúk, jazyka, hlavy a celého tela. Poškodenie periférnych nervov má za následok *alkoholickú polyneuropatiu*, ktorá sa prejavuje svalovou slabosťou, kŕčmi, pocitmi tŕpnutia až poruchami pohyblivosti rôznych častí tela, najčastejšie dolných končatín. Ďalším, pomerne častým prejavom abúzu alkoholu je *alkoholická epilepsia* – epileptické záchvaty viazané výhradne na alkohol, ktoré môžu byť vyvolané rovnako abúzom alkoholu, ako i náhlym odňatím.
Alkohol je považovaný za jeden z etiologických faktorov kardiovaskulárnych ochorení najmä u mladších ročníkov, viaceré výskumy poukazujú na vplyv alkoholu na urýchlenie tvorby arteriosklerotických zmien, na zvýšený výskyt infarktov myokardu (Skála 1987) a priamy toxický vplyv alkoholu na srdcový sval, nedostatok vitamínu B, nahromadenie lipidov a pokles magnézia spôsobujúci *alkoholickú kardiomyopatiu.*
Medzi najbežnejšie ochorenia tráviacej sústavy patria choroby žalúdka a choroby pečene – *alkoholická steatóza* (zväčšenie pečene), pri ďalšom užívaní *alkoholická hepatitída* a jej prechod do *alkoholickej cirhózy* (stvrdnutiu pečene), ktorá je považovaná za jedno najzávažnejších ireverzibilných ochorení závislých od alkoholu (Skála 1987; Kunda 1988; Szántová 2013).
Z ďalších ochorení spomenieme zhubné nádory (najmä nosohltanu, ústnej dutiny a horného tráviaceho traktu), vredové choroby žalúdka, krvácanie do zažívacieho traktu, zníženú plodnosť a impotenciu, vysoký krvný tlak, časté zápaly priedušiek a pľúc (Nejdlová 2005; Zima 2006).

Psychické následky

Nejdlová (2005) medzi psychické následky abúzu alkoholu zaraďuje precitlivenosť, problémy s vlastnou identitou a sebaporozumením, nedostatok sebaúcty, poruchy nálad, nízku frustračnú toleranciu a depresie. Nepochybne najzávažnejšie škodlivé následky chronického abúzu alkoholu v psychickej oblasti však predstavujú alkoholické psychózy:

- *Ebrieta, intoxikácia alkoholom*, ktorá môže byť simplexná (jednoduchá) a abnormná (komplikovaná a patická).
- *Alkoholická charakteropatia* (alkoholická depravácia) – sprevádzaná poruchami v oblasti etických a morálnych noriem, bagatelizáciou protispoločenského konania

chorého, vzťahovačnosťou, žiarlivosťou, oslabením vôľových schopností a celkovým obmedzením záujmov.

- *Delirium tremens* – rozvíja sa približne u 10 – 30% pacientov so závislosťou od alkoholu hospitalizovaných pre abstinenčný syndróm, je sprevádzaný tremorom, potením, nechuťou do jedla až dávením, celkovou slabosťou, ale najmä masívnymi zrakovými a sluchovými halucináciami, úzkosťou a nepokojom.
- *Alkoholická halucinóza* – sprevádzaná podobnými príznakmi ako pri delirium tremens, súčasne sú prítomné sluchové halucinácie prejavujúce sa formou dialógu, v ktorom sa o chorom hovorí v tretej osobe, príznačné sú taktilné, olfaktorické a vizuálne halucinácie.
- *Alkoholická paranoidná psychóza* – vyskytujúca sa častejšie u mužov, charakteristická bludmi prenasledovania, nedôverčivosti, podozrievavosti a najmä žiarliveckými bludmi nevery, ktoré v strednom a vyššom veku môžu vyústiť do alkoholickej paranoje.
- *Korsakovova psychóza* – pomenovaná podľa Korsakovova, ktorý ju v roku 1889 popísal ako psychózu s organickým psychosyndrómom, masívnymi konfabuláciami a polyneuritídou (atrofiou svalstva najmä na dolných končatinách), pričom najcharakteristickejším sprievodným javom tohto ochorenia sú konfabulácie – postihnutý trpí poruchami novopamäti a prázdne, chýbajúce miesta a spomienky nahrádza konfabuláciami, o pravdivosti ktorých je presvedčený.
- *Alkoholická demencia* – podľa Skálu (1987, s. 72) *„konečné vyústenie alkoholickej kariéry*" predstavuje postupnú stratu záujmov, poruchu sociability a sociálnu degradáciu, kedy chorý jedince potrebuje 24-hodinovú starostlivosť a dohľad (Skála 1987; Kunda 1988; Fiziková 2012; Turček et al. 2012).

Sociálne následky

Nakoľko v našej spoločnosti je tolerancia k alkoholu pomerne vysoká, menšie výkyvy vo vzťahu k alkoholu sú tolerované a nie sú ani sankcionované. Alkohol plní určitú sociálnu funkciu, konzumuje sa pri spoločenských príležitostiach a dokonca v mnohých situáciách je žiaduci. Keď človek stratí schopnosť regulovať svoje pitie, spoločnosť ho prestáva tolerovať a rola „alkoholika" nadobúda nízky sociálny status. Samotná patológia závislosti od alkoholu býva veľmi pestrá, závislí nie sú schopní po istom čase plniť požiadavky bežných sociálnych rolí, čím sa dostávajú do konfliktu so spoločnosťou.

Lindenmeyer (2009) poukazuje na tri základné podmienky sociálneho úpadku jedinca:

- Bezprostredné sociálne následky nadmerného abúzu (napr. rozvod, zlyhanie v práci a následná výpoveď, nezamestnanosť, dlhy, strata bývania, bezdomovectvo).
- Potreba odstupu okolia, odmietnutie závislého spoločnosťou, strata sociálneho statusu.
- Vyhýbavé stratégie závislých (sociálne stiahnutie, prípadne uprednostnenie kontaktu s podobne postihnutými jedincami, aby tak unikli stigmatizovaniu ich problémov s alkoholom).

Narastajúce sociálne problémy sa stávajú čoraz častejším spúšťačom ďalšieho pitia, pričom závislí si pri vnímaní seba samého často zamieňajú príčinu a následok. Sú presvedčení o tom, že pijú kvôli narastajúcim sociálnym problémom, pritom v skutočnosti ich sociálna situácia a stupňujúce sa problémy bývajú do veľkej miery podmienené ich pitím. Vzniknutý sociálny bludný kruh tak umocňuje závislosť a vytvára čoraz menší priestor pre motivovanie jedinca na liečbu.

1.3 Liečba

Od zrušenia protialkoholických záchytných staníc na Slovensku v roku 2010 sú pacienti s akútnou intoxikáciou alkoholom umiestňovaní na urgentnom príjme, prípadne na jednotkách intenzívnej starostlivosti na interných oddeleniach všeobecných nemocníc. Ľahšie formy závislosti s vyššou mierou adherencie a stabilným sociálnym zázemím sa liečia skôr **ambulantnou formou** v denných psychiatrických stacionároch. Pacienti sú v starostlivosti psychiatra, podľa potreby v spolupráci s klinickým psychológom. Ťažšie a komplikované formy je vhodné liečiť predovšetkým **ústavnou formou** špecializovaným multidisciplinárnym terapeutickým tímom. Ten podľa aktuálneho *Komplexného manažmentu pacienta so závislosťou od alkoholu 1. revízia* tvorí:

- Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria
- Lekár v špecializovanej príprave v odbore psychiatria
- Klinický psychológ
- Psychológ s CPČ látkové a nelátkové závislosti
- Psychológ v zdravotníctve bez špecializácie
- Sestra, zdravotnícky asistent / praktická sestra
- Sociálny pracovník
- Liečebný pedagóg (Turček et al. 2023).

Ústavná liečba sa realizuje v **centrách pre liečbu drogových závislostí** (CPLDZ – Bratislava, Psychiatrická nemocnica Philippa Pinela Pezinok, Rieka, Odborný liečebný ústav psychiatrický Predná Hora, Banská Bystrica, Špecializovaná nemocnica Považský Chlmec a Košice), na psychiatrických oddeleniach všeobecných nemocníc (napr. psychiatrické oddelenie HNsP Trstená, psychiatrické oddelenie pre liečbu drogových závislostí Hronovce a i.) a v psychiatrických nemocniciach / liečebniach (napr. Psychiatrická liečebňa Samuela Bluma v Plešivci, Psychiatrická nemocnica Veľké Zálužie a i.).
Odvolávajúc sa na skúsenosti terapeutov Martinove et al. (2011, s. 94) z CPLDZ Odborného liečebného ústavu psychiatrického, n. o. Predná Hora, ktorí zdôrazňujú, že k cieľom liečby závislosti od alkoholu *„po zvládnutí akútneho stavu (akútna intoxikácia) a psychoterapeutickom nasmerovaní do dlhodobej (najlepšie trvalej) abstinencie od alkoholu patrí zásadná zmena životného štýlu závislého*", sa ako najefektívnejšia javí ústavná forma

liečby, pričom veľký význam je nutné klásť štruktúrovanému programu na liečbe ako významnému aspektu v procese zmeny spôsobu života závislého.

S liečbou, s terapeutickými intervenciami a liečebným programom sa neodmysliteľne spája meno celosvetovo uznávaného českého adiktológa doc. MUDr. Skálu, CSc. Dodnes z jeho spôsobu práce (s menšími obmenami) vychádzajú prakticky všetky ústavné liečebné programy na Slovensku.

Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc. bol český psychiater a špecialista na liečbu závislostí, najmä však na liečbu závislosti od alkoholu. V roku 1948 založil socioterapeutický klub pod názvom KLUS (Klub lidí usilujících o střízlivost). V tom istom roku bolo pri psychiatrickej klinike 1. lekárskej fakulty Univerzity Karlovej v Prahe vo Všeobecnej fakultnej nemocnici zriadené prvé špecializované protialkoholické lôžkové oddelenie, známe pod názvom Apolinář, ktoré Skála viedol až do dôchodku v roku 1982. Skála vypracoval komplexný liečebný program, režim a systém doliečovania, ktorý sa stal vzorom pre vznik ďalších oddelení na liečbu závislostí v Čechách a v zahraničí (vrátane Slovenska). Apolinářsky model liečby spájal zásady terapeutickej komunity a behaviorálnych prístupov, ktoré v praxi znamenali náročný a prísny liečebný režim s bodovacím systémom. Pacienti boli zámerne vystavovaní záťažovým (fyzickým aj psychickým) situáciám a boli vedení k väčšej zodpovednosti za svoje správanie. Typickými pre tento model (platí dodnes aj v našich CDRsRP) boli pravidelné ranné a večerné stretnutia celej komunity, skupinová terapia a práca s rodinou. V roku 1951 inicioval zriadenie prvej protialkoholickej záchytnej stanice, ktorá bola vo forme zdravotníckej inštitúcie prvým zariadením svojho druhu na svete. Spolu s ďalšími kolegami rozširoval oblasť skúmania, venoval sa nielen liečbe, ale aj prevencii (Popov 2008).

Doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc. stál pri zrode modernej **ADIKTOLÓGIE** – transdisciplinárneho vedeckého odboru zameraného na liečbu, prevenciu a výskum užívania psychoaktívnych látok, ale aj iných foriem potenciálne závislého správania (napr. gambling, novodobé závislosti), dopadov na jednotlivca, spoločnosť a súčasne na sociálnu integráciu závislých osôb (KA 2019). Spája biologické, psychologické, sociálne a právno-kriminologické aspekty do transdisciplinárneho výskumného odboru zameraného na konkrétnu oblasť súvisiacu s užívaním návykových látok. V rámci klinickej adiktologickej praxi hovoríme o akejkoľvej priamej práci s klientom (napr. terénna sociálna práca s injekčnými užívateľmi

drog, preventívne aktivity pre mládež realizované v nízkoprahových zariadeniach a pod.) (Šavrnochová 2017).

Na zdravotnícku liečbu nadväzujú **Centrá pre deti a rodiny s resocializačným programom**, ktoré v zmysle *zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov* poskytujú odbornú pomoc plnoletej fyzickej osobe na základe odporúčania lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatria alebo dieťaťu po predchádzajúcom poskytnutí zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore detská psychiatria v ústavnom zdravotníckom zariadení v rozsahu najmenej 4 týždňov na základe odporúčania lekára so špecializáciou v špecializačnom odbore detská psychiatria. Prevažná väčšina centier na Slovensku prijíma do komunity klientov závislých od psychoaktívnych látok len pod podmienkou absolvovanej zdravotníckej strednodobej liečby alebo minimálne absolvovanej detoxikácii. U mladistvých klientov je podľa *zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov* pred nástupom do centra nevyhnutná ústavná liečba v rozsahu min. 4 týždne.

V rámci terapie závislostí sa využíva najmä **kognitívno-behaviorálna terapia**, ktorá bola v minulosti vyvinutá na liečbu problémového pitia alkoholu (Kalina 2013; Martinove et al. 2011). *Behaviorálna terapia* vychádza z konceptu teórie učenia a pracuje s podrobnou analýzou a modifikáciou maladaptívneho správania. Jej cieľom je priama zmena viditeľného správania. *Kognitívna terapia* sa zameriava na analýzu a modifikáciu klientovho myslenia takým spôsobom, aby dokázal rozpoznať svoje maladaptívne postoje, názory a spôsoby myslenia a nahradil myslenie funkčným a adaptívnym. Kognitívno-behaviorálna psychoterapia zahŕňa nácvik sociálnych zručností (schopnosť odmietnuť alkohol), nácvik riešenia problémov, relaxačné techniky, nácvik zvládania emócií, kognitívnu reštrukturalizáciu, nácvik vyhýbania sa spúšťačom a nácvik zvládania spúšťačov. V praxi sa osvedčili aj ďalšie postupy, napr. psychodráma, rodinná terapia a príprava na účasť v socioterapeutickej alebo svojpomocnej skupine Anonymných alkoholikov (Martinove et al. 2011).

Protialkoholické ochranné liečenie

Ochranné liečenie predstavuje jeden z najdôležitejších druhov ochranných opatrení, ktoré poskytuje ochranu pred duševne chorými alebo návykovo závislými osobami ich izoláciou v ústavoch. Páchateľovi, ktorého pre nepríčetnosť nie je možné trestne stíhať, sa udeľuje psychiatrické ochranné liečenie a má možnosť liečiť sa. Často ide o páchateľov, ktorí spáchali trestný čin pod vplyvom návykových látok alebo v súvislosti s ich užívaním (Simanová 2021). Autorka v publikácii *Manuál pre terapeutickú prácu s pacientmi na ochrannom liečení protialkoholickom, protitoxikomanickom a ochrannom liečení patologického hráčstva v OLÚP, n. o. Predná hora*, okrem vyššie uvedených terapeutických

postupov v oblasti závislostí, uvádza aj ďalšie, realizované v CPLDZ Odbornom liečebnom ústave psychiatrickom, n. o. Predná Hora:

- Terapia morálneho zotavenia (angl. *Moral Reconation Therapy – MRT*), ktorá vychádza z kognitívno-behaviorálnej terapie a zameriava sa na zníženie pravdepodobnosti návratu k zneužívaniu návykových látok, ako aj na prevenciu opakovaného páchania trestnej činnosti tým, že u jednotlivca podporuje morálne usudzovanie.
- Poradenstvo s využitím máp (angl. *Mapping-Enhanced Counseling*).
- SSC program – Stratégie sebazdokonaľovania a zmeny (angl. *Strategies for Self-Improvement and Change*), využívajúci najmä kognitívnu reštrukturalizáciu, kognitívno-behaviorálne postupy pri antisociálnom a kriminálnom myslení, nácvik komunikačných, sociálnych a interpersonálnych zručností, zmenu negatívnych myšlienok, zvládanie hnevu, zvládanie stresu, nácvik relaxácie (Simanová 2021).

Hlavný cieľ liečby

Stále otvorenými a medzi viacerými odborníkmi kontroverznými otázkami v liečbe alkoholovej závislosti sú diskusie odborníkov o jej vyliečiteľnosti (resp. nevyliečiteľnosti). V roku 2013 Európska medicínska agentúra schválila nový liek určený na farmakoterapiu závislosti od alkoholu – nalmefén, ktorý priniesol ďalšie pohľady na možnosti liečby (Turček 2013). S uvedením nalmefénu sa stala akceptovaným cieľom liečby aj tzv. **redukcia pitia alebo redukčný prístup v liečbe závislosti od alkoholu** (angl. *Reduced-risk Drinking – RRD*). Tento prístup sa snaží znižovať riziká vyplývajúce z pitia alkoholu znížením jeho konzumu. Redukcia pitia sa zaraďuje medzi stratégiu **harm reduction** (redukcia škôd), ktorá akceptuje abstinenciu ako finálny cieľ v kontinuu stratégií zameraných na zníženie negatívnych dôsledkov pitia (Amsterdam & Brink 2013).

Dlhodobo kontroverzným v otázkach liečby naďalej zostáva aj vyššie uvedené **kontrolované pitie**, ktoré predpokladá, že časť závislých sa môže prepracovať tréningom k zvýšeniu kontroly nad užívaním alkoholu. Podľa Grohola (2014) nejde o synonymum redukcie pitia, s ktorým ho odborná literatúra niekedy stotožňuje. Hoci počet publikovaných štúdií v prospech kontrolovaného pitia narastá a s ním aj povedomie, že môže predstavovať reálny cieľ v liečbe závislosti od alkoholu, naďalej zostáva (najmä v strednej a východnej Európe) medzi odborníkmi diskutabilnou terapeutickou alternatívou (Davis & Rosenberg 2013; Funke et al. 2021; Saladin & Ana 2004). Na Slovensku sa v rámci liečebných prístupov nevyužíva ani jeden zo spomínaných prístupov.

V našich podmienkach sú názory psychiatrov zaoberajúcich sa liečbou závislosti od alkoholu rôzne. Skála (1988 s. 63) definoval závislosť od alkoholu ako chorobu, ktorej *„stabilizácia sa rovná trvalej abstinencii*". Bol presvedčený, že dosiahnuť abstinenciu je podstatne ľahšie ako dosiahnuť pitie s mierou. Hlavný odborník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre drogové závislosti a riaditeľ Centra pre liečbu drogových závislostí v Bratislave

MUDr. Okruhlica (2012) považuje závislosť za vyliečiteľnú chorobu. Z hľadiska cieľa liečby však akceptuje nielen celkovú, ale aj prerušovanú abstinenciu, ktorá je pre pacienta výhodná najmä z dôvodov nižšieho výskytu sprievodných zdravotných komplikácií. Martinove (2006) uvádza, že všetkým terapeutickým cieľom (napr. kompenzácia telesných a psychických porúch v dôsledku dlhodobého pitia, zmena postoja pacienta voči alkoholu) má byť nadradený cieľ trvalej abstinencie. Kontrola pitia by bola *„príliš drahým rizikom, jednoznačne by znamenala stratu abstinencie a návrat k pitiu"* (Martionve 2006, s. 27). Podľa Marianiho (2009, s. 7) *„abstinencia abstinujúceho alkoholika je a aj musí byť trvalá a totálna, pretože každé jej prerušenie, porušenie, teda vypitie si, nesie v sebe riziko, že sa u jedinca spustia mechanizmy nezdržanlivosti a začne piť a správať sa tak, ako vtedy, keď pil pred liečením, so všetkými dôsledkami"*.

Odpovede na otázky týkajúce sa kontrolovaného pitia, redukčného prístupu a vyliečiteľnosti závislosti spadajú do kompetencie odborníkov z oblasti medicíny. Abstinencia sa však z hľadiska dlhodobej prognózy javí byť najlepším cieľom, napriek tomu je potrebné porozumieť tomu, že pre mnohých závislých predstavuje pri nástupe na liečbu ťažkú prekážku a ako taká môže byť dôvodom odmietnutia ústavnej liečby. Nie je možné preto ignorovať aj iné alternatívy, avšak dajú sa považovať skôr za stratégie smerujúce k dosiahnutiu úplnej abstinencie. Nejednotnosť názorov odborníkov však môže byť dôležitá najmä z dvoch aspektov:

NEJEDNOTNÉ INFORMÁCIE *predstavujú rizikový faktor pre pacientov v aktívnej liečbe, ktorí stále neprijali diagnózu závislosti. Informácie o „vyliečení", resp. „kontrolovanom pití" môžu vnímať z istého pohľadu ako kľúčové pre svoj budúci vzťah k alkoholu (môžu spustiť myšlienky typu: „jeden pohárik mi predsa neuškodí..." alebo „mám to pod kontrolou a viem to kedykoľvek stopnúť"), čo môže mať dopad aj na ich opätovné začlenenie sa do spoločnosti.*

INFORMÁCIE O ZÁVISLOSTI*, o priebehu liečby a aspektoch doliečovania, ktoré poskytuje odborník v príslušnom zdravotníckom zariadení rodine závislého člena, môžu byť do budúcnosti pre nich kľúčové z hľadiska charakteru ich zapojenia do komplexného liečebného procesu závislého (najmä porozumenie závislosti ako chorobe a s tým súvisiace potenciálne podporné stratégie rodiny).*

OTÁZKY A ÚLOHY NA ZAMYSLENIE

1. Aké sú diagnostické kritériá závislosti podľa MKCH-10?
2. Opierajúc sa o Jellinekovu typológiu, špecifikujte bližšie päť základných typov alkoholovej závislosti.
3. Bio-psycho-sociálno-spirituálny model závislosti stojí na multifaktoriálnej genéze ochorenia. Bližšie popíšte biologickú, psychologickú, sociálnu a spirituálnu dimenziu tohto modelu.
4. Reflektujúc bio-psycho-sociálno-spirituálny model závislosti, pre klinickú adiktologickú prax je nevyhnutný multidisciplinárny charakter. Ten spočíva súčinnosti viacerých pomáhajúcich profesií. Kto tvorí multidisciplinárny tím v komplexnom procese starostlivosti o klientov závislých od alkoholu?
5. Čím sa zaoberá adiktológia?
6. Akú úlohu v v rámci komplementárnych intervencií následnej starostlivosti zohrávajú Centrá pre deti a rodiny s resocializačným programom?

2. Rodina so závislým členom

KĽÚČOVÉ POJMY

závislosť v rodine
systémový prístup
rodinný systém
funkčný rodinný systém
rodinný systém s neurotickými problémami
rozpadnutý rodinný systém
absentujúci rodinný systém
pravidlá
hranice
parentifikácia
FASD
primárne symptómy
sekundárne symptómy
terciárne symptómy
intervencia

Rodina zohráva ústrednú rolu v etiológii, udržiavaní, na liečbe a doliečovaní závislého člena od návykovej látky. Prítomnosť závislosti v rodine pôsobí na celý rodinný systém a ovplyvňuje jej jednotlivých členov v zmysle ich prežívania a správania sa vo vzťahu k závislému. Pokiaľ u jedného z členov rodiny dlhšiu dobu prevláda problémové správanie z dôvodu užívania psychoaktívnej látky a straty kontroly nad ňou, dovtedy funkčný rodinný systém sa zmení na dysfunkčný. Patologický rodinný systém implikuje pocity sklamania, obáv, frustrácie, hanby, stratu identity najbližších vzťahových osôb a uzatváranie sa rodiny voči širšiemu okoliu (Šavrnochová 2017).

Rodinu môžeme podľa Hovanovej (2021, s. 6) chápať ako *„primárnu sociálnu skupinu, v živote ktorej sa utvárajú a odzrkadľujú zložité mnohotvárne interpersonálne vzťahy manželstva a vzťahy rodičov a detí*". V kontexte prítomnosti alkoholovej závislosti v rodine je pre nás podstatné pozerať sa na rodinu a vnímať ju z aspektu jej štruktúry, väzieb a vzájomných interakcií vo vnútri rodiny medzi jej jednotlivými členmi. Rodina tak zahŕňa ľudí, ktorí sú v záväzných vzťahoch a ktorí fungujú ako organizovaná jednotka. Môžeme sem zahrnúť bezdetných partnerov, náhradné rodiny a rôzne iné rodinné konfigurácie, v ktorých jej jednotliví členovia majú medzi sebou blízky citový vzťah bez ohľadu na pokrvnú skúsenosť, nachádzajú sa v každodennej interakcii a ktorých snahou je podporovať individualitu každého člena v súlade so spoločnými hodnotami.

2.1 Rodinný systém so závislým členom

Rodina so závislým členom predstavuje „systém, v ktorom si akákoľvek zmena postavenia alebo správania u jedného člena vynúti zmenu u ďalších členov rodiny" (Kredátus 2004, s. 6).

Všetky rodiny sú špecifické, avšak zároveň aj univerzálne. Všetky fungujú na základe rodinných pravidiel a rolí s rôznymi typmi hraníc, ktoré ich vedú k vytvoreniu istej úrovne homeostázy – stabilného stavu, v ktorom fungujú. Tieto zložky robia z rodiny systém a umožňujú jej fungovanie.

Systémový prístup chápe rodinu ako systém, ktorý je schopný vlastnej organizácie a všetky jeho časti sú navzájom poprepájané. Predstavuje významný koncept pre teóriu i prax sociálnej práce. Podľa Hudecovej (2017) systémový prístup zasadil jednotlivca do interpersonálneho konceptu a pri práci na terapeutickej zmene tento koncept zohľadňoval s vedomím, že zmena sa vždy dotýka všetkých účastníkov. Liečba využívajúca techniky tohto prístupu berie do úvahy predovšetkým sieť vzájomných spätných väzieb, kde správanie osoby A vyvolá určitú reakciu osoby B a táto jej reakcia spätne ovplyvňuje a modifikuje ďalšie správanie osoby A (Plaňava 2000). Podľa Vymětala (2003, s. 90) je rodina *„dynamický systém, ktorý sa usiluje o aktívnu rovnováhu, teda o prispôsobovanie sa prostredníctvom zásahov do okolitého sveta, čo sa uskutočňuje predovšetkým komunikáciou."*

Typickými črtami rodinného systému sú vzájomná prepojenosť a komunikačno-interakčné ovplyvňovanie všetkých jej členov. Vzťahy v rodine majú podľa Vymětala (2003, s. 91) *„podobu cirkulárnej kauzality, čo znamená, že ovplyvňovanie je vzájomné."* V zmysle takéhoto vnímania systému rodinný systém nepredstavujú len jedinci, ale aj ich vzájomné vzťahy a pravidlá vo vnútri rodiny. Štruktúra rodiny a jednotlivé interakcie medzi členmi rodiny obsahujú v sebe nadväznosť, zasahujú do správania jej jednotlivých členov a pokiaľ dôjde k zmene správania jedného z jej členov, táto zmena nevyhnutne ovplyvní ostatných jedincov. Zmena zároveň ovplyvní aj systém, resp. skupinu ako celok, čo zasa spätne zapôsobí na prvého jedinca, ktorý zmenil svoje správanie. Rodina tak predstavuje ucelený systém, ktorý, pokiaľ nefunguje, vedie k dysfunkcii celej rodiny.

Podľa Mydlíkovej (2019, s. 55) *„systémový prístup pozerá na rodinu ako na otvorený systém, vymedzený a ohraničený voči svojmu okoliu a vo vnútri ktorého prebiehajú vzájomné interakcie".* V publikácii *Rodina a kognitívno-behaviorálny prístup* (Mydlíková 2019) autorka prehľadne spracovala **6 základných charakteristík otvoreného systému:** cirkulárna kauzalita, homeostáza, hranice, celistvosť, ekvifinalita a spätná väzba.

Tabuľka 1 **Charakteristiky rodiny ako systému**

CIRKULÁRNA KAUZALITA	chápaná ako udalosť, ktorá, pokiaľ sa stane jednému členovi, zasiahne do fungovania celej rodiny
HOMEOSTÁZA	ako sa rodina pokúša vyrovnať sa s okolitými požiadavkami v prostredí, v ktorej žije (na mikro, mezo a makro úrovni) a ako sa im vie a chce prispôsobiť v pozitívnom aj negatívnom aspekte
HRANICE	aké hranice má zdravá rodina – kde začína a aj končí a kde sú ostatní – to znamená tí druhí, ktorých rodina vpúšťa a vypúšťa do svojho fyzického, emocionálneho a sociálneho teritória v závislosti od konkrétnej situácie, udalosti
CELISTVOSŤ	chápaná ako celok, t. j. do akej miery je rodina celistvá, či nie je len „komunitou" niekoľkých členov, ale nakoľko sú členovia prepojení, ne/držia spolu, ako a akým spôsobom spolu komunikujú, aké majú medzo sebou vzťahy a pod.)
EKVIFINALITA	nakoľko je rodina schopná dosiahnuť výsledok aj v prípade odlišných podmienok, či je schopná zmien a pružnosti rámci rodinného správania
SPÄTNÁ VÄZBA	či je rodina naučená navzájom si poskytovať medzi jednotlivými členmi spätnú väzbu alebo nie, či je rodina schopná podávať a vnímať spätnú väzbu aj zvonku (od príbuzných, úradov a pod.)

Zdroj: Mydlíková (2019, s. 56)

„Každý člen rodiny – manžel alebo manželka, starý rodič, syn alebo dcéra alebo iný príbuzný – je ovplyvnený" (Daley & Miller 2001, s. 18).

Psychiater Edward Kaufman (1984), jeden z hlavných teoretikov toho, ako sa v rodinách so závislým členom vytvárajú rôzne konštelácie, vymedzil vo svojej štúdii *Family System Variables in Alcoholism* štyri typy rodinných systémov s alkoholovo závislým členom:

Funkčný rodinný systém

Tieto rodinné systémy sú relatívne stabilné a šťastné. Rodičia medzi sebou udržiavajú dobrý vzťah, ktorý majú zároveň aj s deťmi. Pitie závislého nebýva dôsledkom rodinného tlaku, stresu, ale predovšetkým ako reakcia na sociálne alebo osobnostné neurotické problémy. Nadmerné pitie sa často vyskytuje mimo domu, nárazovo, na večierkoch alebo pred spaním. Tieto rodiny majú schopnosť oddeliť sa a izolovať správanie alkoholovo závislého člena. Rodiny fungujú s minimom otvorených konfliktov. Často bývajú citlivé na sociálne normy a hodnoty a veľmi dobre reagujú na spoločenské normy a spoločenské autority. Hoci sa zdá, že takéto rodiny fungujú dobre (reagujú primerane na podnety zvonka), sú mimoriadne odolné voči vnútorným zmenám. Emocionálna rovnováha takejto rodiny je pravdepodobne pozitívna, s túžbou udržať rodinu a úspešne liečiť závislého člena.

Rodinný systém s neurotickými problémami

V týchto rodinách nadmerné užívanie spôsobuje konflikty, mení úlohy a vyžaduje nové prispôsobenie sa členov rodiny vzniknutej situácii. Stres, obavy, neistota u každého jedného člena rodiny ovplyvňujú celú rodinu. Komunikácia medzi členmi nie je priama, ale prostredníctvom tretej strany. Konflikty sa premietajú na iného člena rodiny. Každý v rodine cíti vinu a zodpovednosť za toho druhého, ale najmä za závislého a jeho pitie. Vzťahy medzi manželmi bývajú narušené, každý z partnerov sa považuje za toho, kto sa podriaďuje tomu druhému. Závislý sa snaží vyhnúť zodpovednosti za svoje nadmerné pitie, manželia navzájom obviňujú jeden druhého z rodinných problémov. Táto dvojitá projekcia zaslepuje manželov, aby si uvedomili svoje úlohy pri vytváraní problémov. Často sa závislý člen vzdáva nielen úlohy živiteľa rodiny, ale veľakrát aj úlohy rodiča. Keď ostatní členovia prevezmú riadenie rodiny, závislý býva odsunutý do pozície dieťaťa, čo ešte viac upevňuje jeho pitie.

Rozpadnutý rodinný systém

V tomto rodinnom systéme, v minulosti funkčnom, dochádza u závislého člena k postupnému zhoršovaniu situácie, často sprevádzanej stratou zamestnania, úcty, sebestačnosti, neschopnosťou fungovať v rodine a nakoniec odlúčením od rodiny. Pri vyhľadaní pomoci si zvyčajne vyžaduje okamžitú podporu v podobe nocľahu, jedla a oblečenia. Býva často bez prostriedkov potrebných na návrat k samostatnému fungovaniu. V takomto prípade sa zdá byť irelevantné využitie rodinných intervencií. Tieto rodiny sa nemôžu a ani nechcú obnoviť najmä v počiatočných fázach liečby závislého člena. Samotná liečba sa preto zameriava výlučne na závislého, avšak potenciálne väzby na manžela/manželku, rodinu, príbuzných a priateľov je vhodné podchytiť už na začiatku liečby a neskôr s nimi v rámci terapeutických intervencií pracovať. Pri dosiahnutí a udržaní

abstinencii závislého je možné začať pracovať aj s rodinou s cieľom obnoviť rodinné a príbuzenské vzťahy.

Absentujúci rodinný systém

Tento typ sa vyznačuje úplnou stratou pôvodnej rodiny ešte v úvodných fázach pitia. Ide o závislých, ktorí nikdy nevstúpili do manželstva alebo mali len krátkodobé vzťahy. Môžu byť v povrchnom kontakte s príbuznými, zriedkavo udržiavajú blízke priateľstvá a majú minimálne spoločenské kontakty. Majú len malú schopnosť vytvárať si účinné sociálne vzťahy a najlepšie sa im darí v čiastočne inštitucionalizovaných podporných systémoch. Po absolvovaní liečby inklinujú skôr k podporným, svojpomocným skupinám alebo k cirkevným spoločenstvám.

Závislosť je potrebné vnímať ako rodinnú chorobu, pri ktorej správanie závislého jednoznačne ovplyvňuje ostatných členov rodiny. Nielenže sa partner musí v mnohých prípadoch fyzicky postarať o závislého (keď je opitý alebo rieši následky nedávneho užitia), ale musí aj udržať rodinu „nad vodou". Niekedy býva nevyhnutné, aby starí rodičia podali pomocnú ruku alebo deti prevzali viac rolí dospelých. Podobnú skutočnosť vo svojej publikácii *Addiction in Your Family* zdôrazňujú aj Daley a Miller (2001), ktorí uvádzajú, že ak závislý člen svoje fungovanie v rodinnom systéme zanedbáva a zmenšuje tým svoju zodpovednosť, ostatní členovia rodiny naopak svoje fungovanie v rodine zvyšujú a suplujú funkciu aj za závislého člena. Takto môže dôjsť k zmenám v spôsobe komunikácie a nadväzovania vzťahov s ľuďmi aj mimo rodinného systému.
Rodiny so závislým členom majú tendenciu mať pevné hranice medzi rodinným systémom a inými väčšími systémami. Tie neumožňujú veľký tok informácií z jedného systému alebo subsystému do druhého. Rodina sa tak uzatvára pred tým, aby dala svojmu okoliu vedieť, čo sa v systéme deje.
„Pravidlá v týchto rodinách sú nasledovné: (1) nehovoriť o alkoholizme, (2) nekonfrontovať správanie alkoholika a (3) chrániť a ukrývať alkoholika, aby sa veci nezhoršili" (Lawson a kol. 1998, s. 58).
Wegscheider-Cruse a Cruse (1990) vymedzili niekoľko ďalších pravidiel rodiny s alkoholovo závislým členom:

- Užívanie alkoholu sa stáva ústrednou témou rodiny.
- Problémy rodiny nie sú spôsobené užívaním alkoholu.
- Závislý nie je zodpovedný za problémy rodiny.
- Každý musí zachovať stabilitu rodiny.
- Členovia rodiny nehovoria o rodinných problémoch s ľuďmi mimo rodiny.
- Členovia rodiny nesmú hovoriť o svojich pocitoch dokonca ani v rámci rodiny.
- Ak členovia rodiny prestanú robiť to, čo robia pre udržanie systému, situácia sa zhorší.

V nádeji, že sa situácia nezhorší, členovia rodiny paradoxne umožňujú, aby sa situácia postupne zhoršovala. Celkovo systém rodiny je však zatlačovaný smerom ku zmene vnímania svojej identity, čo má za následok uzatváranie sa rodinného systému, vo vnútri ktorého dochádza k narušeniu intimity rodiny a ku vzniku konfliktu dvoch subsystémov – subsystému závislého člena a subsystému ostatných členov rodiny.

Geringer Woititz (1997) v publikácii *Dospelé deti alkoholikov*, ktorá významným spôsobom ovplyvnila chápanie alkoholovej závislosti v rodine a jej vplyv na jej ostatných členov zdôrazňuje, že závislí majú nepriaznivý vplyv na ľudí, s ktorými prichádzajú do kontaktu. Zamestnávatelia, príbuzní, priatelia a rodiny závislých trpia správaním závislého. Príbuzní a priatelia sú nútení ospravedlňovať správanie závislého a mnohokrát ho aj kryť. A aj napriek tomu, že ich už veľakrát sklamal, mu veria, že sa zmení. Takto sa okolie nevedomky stáva súčasťou štruktúry choroby závislosti. *„Rodina závislého je postihnutá, keď je závislý prepustený z práce. Rodina je postihnutá, keď príbuzní a priatelia nemôžu viac tolerovať správanie závislého a začnú sa jemu aj celej jeho rodine vyhýbať. Rodina je tiež priamo postihnutá alkoholikovým bezprostredným správaním. Členovia rodiny, bezmocní, bez pomoci sa postupne zamotajú do dôsledkov choroby a sami sa stávajú citovo narušenými*" (Geringer Woititz 1997, s. 17). Autorka tiež vyjadruje veľmi podstatnú skutočnosť: *„prevažná časť záujmu verejnosti sa sústredila na syndróm závislosti od alkoholu a samotných závislých, no rodinám závislých sa venuje menšia pozornosť*" (1997, s. 17).

2.2 Charakteristika rodín so závislým členom

Hoci je každá rodina špecifická, existujú určité charakteristiky, ktoré sa zvyčajne vyskytujú v rodinách so závislým členom. Musíme však zdôrazniť, že nie všetkým rodinám sa dajú pripisovať jednotlivé charakteristiky. To, koľko a do akej miery tieto charakteristiky zodpovedajú konkrétnej rodine, závisí od množstva faktorov, ako napr. počet členov rodiny, kultúra rodiny, závažnosť závislosti a pod.
Reilly (1992) vymedzuje niekoľko charakteristických vzorcov interakcií, z ktorých jedna alebo viacero sa pravdepodobne vyskytujú v rodine, v ktorej rodičia alebo deti zneužívajú alkohol alebo nelegálne drogy:

A. Negativizmus

Akákoľvek komunikácia, ktorá prebieha medzi členmi rodiny, má negatívny charakter. Môže ísť o rôzne sťažnosti, kritiku, výčitky a iné vyjadrenia nespokojnosti. Celkovo nálada v domácnosti je výrazne zhoršená a pozitívne prvky v správaní členov rodiny zvyknú byť ignorované ostatnými. Jediný spôsob, ako získať pozornosť v takýchto rodinách, príp. oživiť aktuálnu situáciu, je vytvorenie krízovej situácie. Tento negativizmus v rodine len umocňuje zneužívanie návykových látok.

B. Rodičovská nedôslednosť

Nastavenie pravidiel nie je jednoznačné a fixné, prevláda chaos, presadzovanie je nedôsledné a štruktúra rodiny je neprimeraná. Deti sú zmätené, pretože sa nevedia zorientovať v nedôsledne nastavených hraniciach. Bez jasne vymedzených hraníc deti nevedia predvídať reakcie rodičov a prispôsobiť svoje správanie podľa toho. Tieto nezrovnalosti majú tendenciu byť prítomné bez ohľadu na to, či osoba zneužívajúca látky je rodič alebo dieťa a vytvárajú pocit zmätočnosti – kľúčový faktor u detí.

C. Odmietanie zo strany rodičov

Napriek zjavnému varovaniu príznakov, rodičovský postoj je: (1) *„Aký je problémy s alkoholom/drogami? Nemáme s tým žiadny problém v našej rodine.*" alebo (2) po tom, čo zasiahnu úrady*: „Mýlite sa. Moje dieťa nemá problém s drogami!*"

D. Nesprávne vyjadrenie hnevu

Deti alebo rodičia, ktorí majú odpor k svojmu citovo ochudobnenému domovu a boja sa vyjadriť svoje rozhorčenie, zneužívajú návykové látky ako jeden zo spôsobov, ako zvládať svoj potláčaný hnev.

E. Samoliečba

Samoliečba prebieha v prípade, ak rodič alebo dieťa zneužíva alkohol/drogy, aby sa vyrovnalo s neznesiteľnými myšlienkami alebo pocitmi, ako sú napríklad stavy úzkosti alebo depresie.

F. Nerealistické očakávania rodičov

Ak sú očakávania rodičov nerealistické, deti sa môžu ospravedlniť za všetky budúce očakávania v podstate tým, že povedia: *„Neočakávajte odo mňa nič – som len alkoholik/feťák*". Prípadne, môžu posadnuto pracovať na tom, aby dosiahli viac, a pritom majú pocit, že je jedno, čo sa stane. Nikdy nie sú dosť dobrí, alebo môžu žartovať, aby odvrátili bolesť, alebo môžu stiahnuť sa, aby sa vyhli bolesti. Vo všetkých týchto prípadoch je potrebné reštrukturalizácia celého rodinného systému, vrátane vzťahu medzi rodičmi a vzťahov medzi rodičmi a deťmi.

Middelton-Moz & Dwinell (2010) v publikácii *After the tears: Helping Adult Children of Alcoholics Heal Their Chilhood Trauma* vymedzili nasledovné charakteristiky rodín s alkoholovo závislým členom, ktoré je nevyhnutné brať do úvahy pri voľbe vhodnej intervencie:

- Zameranie sa na alkohol u všetkých členov rodiny.
- Všetci členovia rodiny fungujú na základe hanby.
- Nedôslednosť a neistota (nejednotné reakcie rodičov, disciplína a pravidlá meniace sa v závislosti od štádia intoxikácie alebo reakcie blízkych).

- Popieranie pocitov a závislosti.
- Zacyklená, nepriama komunikácia.
- Opakujúce sa emocionálne cykly členov rodiny.
- Chaotická alebo žiadna interakcia.
- Hypervigilancia a precitlivenosť.
- Nevyslovené pravidlá.
- Pochybnosti o vlastnom vnímaní, nízke sebavedomie členov rodiny, strach z bežného konfliktu.
- Porušovanie sľubov.
- Vytvorenie obranných mechanizmov a rolí prežitia jednotlivých členov rodiny.

Typológia rodín s výskytom alkoholovej závislosti

Haugland (2005) vymedzil štvorstupňovú typológiu rodín a ich bližšiu charakteristiku v rodinách, v ktorých je otec závislý od alkoholu:

1. **OCHRANNÉ RODINY**
   - prítomné malé zmeny rituálov a rutiny medzi fázami otcovho pitia
   - otcovia si napriek zvýšenej konzumácii alkoholu stále zachovávajú rodičovskú úlohu viac-menej ako zvyčajne
   - deti sú chránené pred nadmerným vystavením alkoholu a rodičovským konfliktom
   - prítomné menej závažné problémy s pitím a nízka úroveň komorbidných problémov u otcov
   - nízka úroveň psychologických problémov u matiek a detí
2. **EMOCIONÁLNE NARUŠENÉ RODINY**
   - matky zachovávajú štrukturálne aspekty rituálov a rutiny v obdobiach otcovho pitia
   - častejšie prítomné konflikty a negatívne emócie prenikajúce do rodinných rituálov vo fázach pitia
   - deti častejšie vystavené otcovmu pitiu a rodičovským konfliktom
   - zvýšená úroveň komorbidných problémov u otcov
   - vyššia úroveň psychologických problémov u matiek a detí
3. **ODHALENÉ RODINY**
   - prítomné zmeny v každodenných rituáloch (napr. vynechanie večere), ale aj mimo nich (oslavy a pod.) z dôvodu otcovho pitia
   - výrazné zmeny v rodinnej atmosfére počas fáz pitia a zotavovania
   - deti do veľkej miery vystavené otcovmu pitiu a násilným hádkam

- prítomná snaha detí zabrániť otcovi v pití alebo ho zastaviť
- vysoká miera psychických problémov u oboch rodičov
- vysoká úroveň psychických problémov u väčšiny detí

4. **CHAOTICKÉ RODINY**
   - výrazné zmeny v každodenných rituáloch, ale aj mimo nich (oslavy a pod.) z dôvodu otcovho pitia
   - slabá štruktúra s nízkou úrovňou denných rutín a rituálov v obdobiach triezvosti
   - deti vystavené otcovmu pitiu a fyzickému násiliu voči matke[1]
   - pozorovaná deštruktívna parentifikácia detí
   - závažné problémy s pitím a vysoká úroveň komorbidných problémov u otcov

2.3 Dôsledky závislosti na členov rodiny

„Tí, ktorí sú alkoholikovi najbližší, sa trápia najviac. Rodina je zvyčajne postihnutá materiálnym nedostatkom, vyhýbajú sa jej priatelia aj blízka rodina kvôli patologickému správaniu sa jej člena" (Mariani 2009, s. 17). Život so závislým členom prináša do systému rodiny a jeho funkcií množstvo negatívnych javov. V kontexte základných funkcií rodiny [2] sa v nasledujúcom texte budeme bližšie venovať výchovnej funkcii (dopadu závislosti rodiča na dieťa) a vzhľadom na pomerne málo rozpracovanú tému na Slovensku sa budeme zaoberať témou porúch fetálneho alkoholového spektra.

Deti alkoholovo závislých rodičov

Deti alkoholovo závislých rodičov (angl. *Children of Alcoholics – COA*) sa v detstve môžu stretávať s nevyspytateľným správaním závislého rodiča, niekedy až s hrubosťou, vulgárnosťou, agresivitou voči ostatným v rodine, ale aj voči sebe. Veľmi často sa hanbia za všetko, čo sa doma deje, skrývajú to pred okolím, nehovoria o rodičoch a uzatvárajú sa do seba. Nikdy nevedia, v akom stave príde rodič domov, ako sa bude správať, či bude doma pokoj alebo hádky, či splní, čo sľúbil. Žijú v neustálej neistote, čo sa stane a čo ich postihne.
V oblasti psychického vývinu existuje zvýšené riziko výskytu určitej formy deprivácie, resp. subdeprivácie (Vágnerová 2008). Rodina nebýva za týchto okolností zdrojom istoty a bezpečia. Problémy, ktoré dieťa má, môžu byť osobne významnejšie ako potreba uspieť v škole. To je dôvod, prečo deti nevedia plne využiť svoju inteligenciu a ich prospech býva horší, než by reálne zodpovedalo ich schopnostiam. Môžu sa vyskytnúť aj rôzne adaptačné ťažkosti. Niektoré problémy v správaní sa dajú interpretovať ako pretrvávajúce, nie celkom primerané obranné reakcie, iné vznikajú napodobňovaním rodičovských prejavov, ďalšie

[1] Bližšie Pavelová & Hrozenská (2023)
[2] Bližšie Hovanová (2021)

môžu byť dôsledkom výchovného zanedbávania. Závislý rodič nie je prijateľným modelom a pokiaľ sa s ním dieťa identifikuje, môže byť jeho správanie značne problematické. Vo väčšine prípadov dieťa závislého rodiča prestáva rešpektovať, pretože ho jeho správanie desí (agresívny rodič) alebo vyvoláva odpor (najmä keď je rodič pod vplyvom alkoholu).

Burnett et. al (2006) vo svojej štúdii poukazujú na **parentifikáciu** ako jeden z potenciálnych problémov detí vyrastajúcich v rodine so závislým členom. Parentifikácia nastáva vtedy, keď je dieťa v rodine postavené do rodičovskej role. Najčastejšie ide o najstaršie dieťa, ktoré sa snaží vychovávať mladších súrodencov, určovať pravidlá a tresty v snahe dosiahnuť, aby rodina lepšie fungovala. Parentifikované dieťa však v konečnom dôsledku umožňuje závislému rodičovi, aby sa naďalej vzdával svojich povinností a pokračoval v pití. Deti z alkoholických rodín strácajú svoju bezstarostnosť, skôr dospievajú a osamostatňujú sa. Naučia sa spoliehať len na seba.

V období dospievania sa mládež v rôznych sociálnych situáciách učí vytvárať si vzťahy k iným osobám a súčasne sa učí hodnotiť samého seba vo vzťahu k iným v ich sociálnom prostredí. Adolescenti si v tomto období často kladú otázky typu: *Kto som? Aký som človek? Čo zo mňa bude?...* Pokiaľ mladí ľudia poznajú svoje schopnosti, môžu si vytýčiť reálne ciele. Ak však nepoznajú svoje schopnosti, vytyčujú si nereálne ciele, ktoré nezodpovedajú požiadavkám prostredia, čo môže mať za následok problémy v dospievaní a neskôr i v dospelosti. Preto je pre adolescentov dôležité, aby získali realistický obraz o svojich schopnostiach, ktorý by im neskôr umožnil definovať si pragmatické ciele týkajúce sa ich osobného i pracovného života. Postoje rodičov k osamostatňovaniu sa dospievajúcich bývajú často odlišné. Závisia od ich osobnosti a od vzťahu k dieťaťu. Rodičia môžu v tomto kritickom období dospievajúcim deťom pomôcť objasniť základy svojich hodnôt a poskytnúť určité normy, podľa ktorých sa neskôr dokážu orientovať a zaujať adekvátne stanovisko k iným hodnotám a normám. Obdobie adolescencie je veľmi kritické a pokiaľ rodičia nemajú presne vymedzený systém vlastných hodnôt a nie sú schopní vhodným spôsobom preniesť tieto hodnoty na svoje deti, môžu zapríčiniť, že mladý človek bude prežívať ťažké obdobie, ak bude narážať na hodnoty, ktoré im ponúkajú napr. skupiny vrstovníkov a ktoré sa podstatne líšia od noriem rodičov, prípadne spoločnosti. Vytváranie vlastnej identity dospievajúceho v prostredí narušeného rodinného systému spôsobeného závislosťou jedného z rodičov prebieha za sťažených podmienok, v krajnom prípade môže byť identita mladého človeka narušená úplne. V období dospievania sa mladí len veľmi ťažko stotožňujú s vlastnou rolou a bývajú poznačení silnou nedôverou voči svojmu okoliu. V mladej dospelosti tak majú vyššiu pravdepodobnosť rozvoja depresívnych symptómov, ktoré môžu prameniť z internalizujúcich problémov v správaní, keď neboli schopní operatívne vyjadriť svoju bolesť, ktorú majú v sebe uzavretú (Kelly et al. 2010). Veľmi často si až v dospelosti uvedomia, ako veľmi ich detstvo so závislým rodičom ovplyvnilo.

Geringer Woititz (1997) v publikácii *Dospelé deti alkoholikov* (angl. *Adult Children of Alcoholics – ACOA*) popísala známe fakty o problémov dospelých detí závislých rodičov:

- Dospelé deti alkoholovo závislých rodičov nemajú skúsenosť s tým, aké správanie je normálne a preto iba tušia, čo je správne a čo nie.

- Vyznačujú sa neustálym odkladaním povinnosti a neschopnosťou dokončiť začaté.
- Často klamú, pretože klamstvo a popieranie problému s alkoholom bolo základom ich primárneho rodinného systému.
- Z dôvodu neustálej kritiky a obviňovania v detstve sú na seba veľmi prísne.
- Robí im problém sa zabávať, berú sa príliš vážne a cítia sa byť odlišné od svojich známych.
- V dospelosti majú problémy s nadväzovaním hlbších vzťahov, bývajú blokované a hoci túžia po stabilnom vzťahu, sú presvedčené, že ich nikto nemôže akceptovať takých, akí v skutočnosti sú.
- Majú potrebu neustálej pochvaly a súhlasov okolia, pocit, že priazeň iných ľudí si musia niečím zaslúžiť, majú ťažkosti v interpretácii bežných prejavov, pretože v detstve boli naučené potláčať svoje pocity a spontánne reakcie.
- Ich postoj k alkoholu je takisto väčšinou extrémny – buď začnú piť, alebo majú k alkoholu odpor a stávajú sa celoživotnými abstinentmi.
- Zvyknú byť extrémne zodpovedné alebo naopak úplne nezodpovedné.
- Majú sklony správať sa impulzívne a konať neuvážene, pretože v detstve sa nenaučili predvídať následky svojho správania.

Middleton-Moz et al. (2010) ich doplnili o ďalšie: pocity viny, lojalita až do konca, prílišná zodpovednosť alebo naopak chronická nezodpovednosť, potreba byť dokonalý, obavy zo závislosti, potreba mať všetko pod kontrolou, opakujúce sa vzorce vzťahov (často negatívne), obdobia depresie, strach z vlastných pocitov, strach z konfliktov a normálneho hnevu, popieranie, prežívanie úzkosti a strachu,

Poruchy fetálneho alkoholového spektra – FASD

Alkohol ako legálnu, spoločensky tolerovanú a najrozšírenejšiu drogu môžeme považovať za najčastejšie teratogénne pôsobiacu látku na ľudský organizmus. Na abúzus alkoholu a jeho vplyv na vyvíjajúci sa plod a následné poškodenia upozorňoval už v roku 1968 francúzsky pediater Lemoin, ktorý zverejnil popis 127 detí narodeným ženám s nadmerným užívaním alkoholu. Zistil u nich poruchy rastu, neobvyklý vzhľad, psychomotorickú instabilitu a u 25% z nich rôzne ďalšie, bližšie nešpecifikované anomálie. Medzinárodný záujem o túto problematiku však vyvolali v roku 1973 výskumné štúdie Jonesa a Smitha (Jones et al., 1973), ktorí ako prví podali vedecky presný obraz dieťaťa postihnutého nadmerným užívaním alkoholu matky v období gravidity. Identifikovaný súbor anomálií vymedzili ako samostatnú klinickú jednotku pod názvom **FETÁLNY ALKOHOLOVÝ SYNDRÓM – FAS.** Spolu so zjavnými fyzickými následkami však pôsobenie alkoholu počas vnútromaternicového vývinu môže zapríčiniť aj veľké množstvo iných symptómov

po narodení, najmä však neuropsychologickú alebo behaviorálnu dysfunkciu (nedostatok sociálnych a komunikačných zručností, zlyhávanie pri zvažovaní dôsledkov skutkov, kompulzívne správanie a pod.) Teratogénny účinok alkoholu závisí od viacerých faktorov. Ide predovšetkým o množstvo alkoholu, pričom aj striedmejšie užívanie môže viesť nielen k fyzickým, ale aj neuropsychologickým a behaviorálnym problémom, pokiaľ žena užíva alkohol v ranom tehotenstve. Paradoxom však je, že vysoká hladina alkoholu v krvi matky, ktorá užije alkohol jeden krát, môže mať väčší vplyv na vyvíjajúci sa plod ako pravidelné užívanie alkoholu počas celého tehotenstva. Ďalší z faktorov predstavuje fáza tehotenstva – pre prvý trimester je špecifický rozvoj dysmorfických čŕt a oneskorený rast, v druhom a treťom trimestri je najcitlivejšou CNS, kedy abnormálny vývin neurónov má za následok poruchy učenia a správania sa aj bez vzniku fyzických abnormalít. Jedným z faktorov je aj zdravotný stav matky a genetická predispozícia (Astley, 2011; Skála et al., 1987; Schmidtová, 2007; Klecka & Janas-Kozik, 2012; Kalina et al., 2015).

Spektrum postihnutia dieťaťa sa pohybuje od plne vyjadreného FAS až po miernejšie, ale klinicky signifikantné špecifické somatické znaky a neurovývojové postihnutia mozgu (predovšetkým hyperaktivitu, poruchy učenia a poruchy správania). Pre uvedené poruchy alebo postihnutia spôsobené užívaním alkoholu matky v období tehotenstva sa od roku 2000 používa súhrnný pojem **FASD – PORUCHY FETÁLNEHO ALKOHOLOVÉHO SPEKTRA** (ďalej v texte FASD). FASD predstavuje spoločný termín pre celé spektrum vývinových porúch vyskytujúcich sa u detí, ktorých matky počas tehotenstva pili alkohol. Tieto poruchy môžu zahŕňať poruchy fyzického a zmyslového vývinu, správania, učenia a môžu pretrvávať celý život. Samotný termín FASD nie je určený pre klinickú diagnostiku, ale podľa jednotlivých kombinácií porúch spojených s prenatálnou expozíciou alkoholu zahŕňa:

- FAS (*Fetal Alcohol Syndrome* – Fetálny alkoholový syndróm);
- PFAS (*Partial Fetal Alcohol Syndrome* – parciálny FAS, tvárové anomálie a ostatné symptómy bez všetkých znakov FAS);
- ARND (*Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders* – poškodenia nervového systému plodu súvisiace s alkoholom, pôvodne označované ako FAE – *Fetal Alcohol Effects*, poruchy CNS prejavujúce sa poruchami abstraktného myslenia, pamäti, sústredenia, úsudku, kognitívne deficity);
- ARBD (*Alcohol Related Birth Defects* – alkoholom spôsobené vrodené poruchy charakterizované samostatnými somatickými anomáliami bez abnormalít CNS, napr. poškodenie orgánov, kostí alebo svalov) (Schmidtová 2007).

V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť aj s pojmom ND-PAE (*Neurobehavioral Disorder Associated with Prenatal Alcohol Exposure*), ktorý je súhrnným pomenovaním pre jedincov s neurobehaviorálnymi poruchami spojenými s prenatálnym pitím alkoholu.

Fetálny alkoholový syndróm (FAS) je syndróm trvalej vrodenej poruchy spôsobený matkinou konzumáciou alkoholu počas tehotenstva. Z hľadiska diagnostických kritérií bol v Medzinárodnej klasifikácii chorôb MKCH-10 donedávna zaradený do Syndrómov

vrodených chýb zavinených známymi vonkajšími príčinami nezatriedenými inde len FAS pod číslom Q86.0, avšak od roku 2013 figuruje pod názvom Alkoholový syndróm plodu (dysmorfický).
Pre dojčatá s plne rozvinutým FAS je charakteristická nízka pôrodná hmotnosť, znížená pohyblivosť v kĺboch končatín, výrazný hypotonický syndróm a zvýšená dojčenská iritabilita. Do skupiny typických tvárových dysmorfií spojenými s FAS patria predovšetkým horné očné viečka siahajúce k zornici, krátke palpebrálne štrbiny (vzdialenosť medzi vrchným a spodným očným viečkom), menšie očné gule, zjavne viditeľne malý alebo neprimerane krátky nos, nedostatočne vyvinutá a vyhladená ryha hornej pery, tenká horná pera a plochý stred tvárovej časti. Aj keď sú tieto tvárové abnormality v detstve veľmi viditeľné, v adolescencii ustupujú a dospelí jedinci s FAS nemusia vykazovať tieto typické črty tváre. Príznaky vývinových porúch spôsobených alkoholom nie sú u malých detí špecifické a odborníci poukazujú na fakt, že sa môžu vyskytnúť aj v priebehu iných ochorení. K najfrekventovanejším zaraďujú podráždenosť a nervozitu (v praktickej rovine často spájanú s ťažkosťami profesionálnych náhradných rodičov porozumieť špecifickým potrebám dieťaťa s FASD), problémy so saním a kŕmením (spojené s nesprávnou stavbou rečového aparátu, nevytvoreným sacím a prehĺtacím reflexom), poruchy spánku, problémy s prijímaním podnetov o polohe vlastného tela, problémy s rovnováhou, s koordináciou pohybu, hrubou a jemnou motorikou, vysokú precitlivenosť na intenzívne zvuky a svetlo, pretrvávajúci plač a tenziu, kompulzívne správanie, návaly zlosti a celkové problémy s adaptáciou. V období medzi 5. a 6. rokom sú pre deti charakteristické príznaky súvisiace s kognitívnou oblasťou, predovšetkým deficit pozornosti a problémy so sústredením, poruchy učenia sa, nedostatočná organizácia činností, problémy s pamäťou, problémy s počítaním, ťažkosti s abstraktným myslením, problémy s porozumením príčiny a dôsledku, poruchy reči, slabá motivácia k učeniu sa (Klecka & Janas-Kozik 2012).
Pre adolescentov s FASD je toto obdobie podstatne náročnejšie ako pre zdravých rovesníkov. Táto náročnosť súvisí s prítomnosťou nielen primárnych, ale najmä sekundárnych porúch, ktoré sa môžu rozvinúť vplyvom prostredia, v ktorom dieťa s FASD vyrastá (Šavrnochová 2016).

Primárne poruchy (primárne neurobehaviorálne symptómy) predstavujú dysfunkčné deficity, ktoré ovplyvňujú funkcie CNS a u dieťaťa s FASD sú vždy prítomné. Do skupiny primárnych neurobehaviorálnych symptómov, ktoré najčastejšie súvisia s narušenými funkciami mozgu, Malbin (2015) zaraďuje mentálny vek a sociálne zručnosti, zmysly a senzomotorickú integráciu, výživu, reč, rýchlosť spracovania (ako rýchlo pracuje mozog), učenie a pamäť, abstraktné myslenie a exekutívne funkcie.

Sekundárne poruchy (sekundárne symptómy) sa objavujú po narodení, ale môžu sa korigovať, prípadne potlačiť ich prijatím a následnou vhodnou intervenciou. Termín sekundárne poruchy prvýkrát klasifikovala profesorka Streissguth v roku 1996 v rámci výskumu adaptačných problémov 61 adolescentov a dospelých s FASD. Centrom záujmu výskumného tímu bola oblasť ich každodenného života, fungovania v skupine a socializácie.

Ani jedna z osôb nedosiahla správny vývin v komunikačnej a socializačnej oblasti, aj adolescenti s normálnou inteligenčnou úrovňou neboli schopní nadväzovať kamarátske a priateľské vzťahy, neprejavovali iniciatívu v činnostiach a mali problém porozumieť viacerým sociálnym situáciám. V ďalšom nadväzujúcom výskume až 58% osôb prejavilo závažné adaptačné problémy v týchto oblastiach: problémy s alkoholom alebo psychoaktívnymi látkami, skorý začiatok sexuálneho života a nezodpovedné rodičovstvo, prerušenie vzdelávania v rôznych etapách štúdia, nezamestnanosť, bezdomovectvo, rôzne zdravotné problémy (vrátane psychických), problémy so zákonom, násilím (Klecka & Janas-Kozik 2012). V ďalších rokoch skúmania do sekundárnych symptómov zaradili problémy mentálneho zdravia (výskyt akýchkoľvek problémov psychického charakteru); problémy v škole (neplnenie si školských povinností, neukončená školská dochádzka, poruchy koncentrácie, konflikty so spolužiakmi); problémy so zákonom (väzobné stíhanie alebo obmedzenie slobody vo forme nútenej hospitalizácie na psychiatrickom oddelení, drobné krádeže); pobyt v inštitúciách (centrá pre deti a rodiny s resocializačným programom, reedukačné centrá) a pobyt vo výkone väzby a vo výkone trestu odňatia slobody; nevhodné sexuálne správanie a nadmerné užívanie alkoholu alebo iných psychoaktívnych látok. Malbin (2015) klasifikuje sekundárne poruchy ako typické kompenzačné a obranné mechanizmy (prejavy v správaní), ktoré si dieťa vytvorí po určitom čase ako dôsledok chronickej frustrácie alebo zlyhania, pričom odrážajú nenaplnenie potrieb dieťaťa prostredím. Sú preventabilné a zaraďujeme sem únavu, frustráciu, záchvaty hnevu, úzkosť, zlosť, tvrdohlavosť, negativistické správanie, agresiu, uzavretie sa, vyhýbanie, obviňovanie, slabú sebaúctu, pseudo-vyspelosť, izoláciu a depresiu. Tieto prejavy v správaní považujeme za istú formu ovládania situácie, za pokus prejaviť svoje potreby vo chvíľach, keď je dieťa zmätené a preťažené a nevie, čo má robiť, resp. ako má reagovať. Na problémy reaguje nevhodným spôsobom a pokiaľ ľudia v jeho blízkosti naďalej nerozumejú jeho potrebám a schopnostiam, problémy so správaním sa len stupňujú. Keď sa správanie opakovane zle pochopí, objaví sa pocit zlyhania.

Vo vyššom veku bývajú tieto prejavy v správaní často jedinou naučenou formou správania sa a môžeme ich klasifikovať ako reakcie na nepochopenie okolia. Výsledkom tohto chronického hnevu (*poor fit* – defenzívneho správania rozvíjajúceho sa v čase oslabenia jedinca), zlyhania a odcudzenia sú v texte vyššie popísané problémy (problémy v škole, odkázanosť na sociálne služby, užívanie návykových látok, závislosti, psychické problémy, bezdomovectvo), ktoré Malbin (2015) klasifikuje ako **terciárne poruchy (terciárne symptómy).**

Diagnostikovanie FASD pred šiestym rokom života je dôležitým ochranným faktorom pred vznikom všetkých vyššie uvedených sekundárnych symptómov, s výnimkou psychických. Odborníci pracujúci s deťmi s FASD z centra Fascinujúce deti v Bratislave poukazujú na ďalšie špecifické faktory, predovšetkým život v stabilnom, bezpečnom a nestresujúcom prostredí, absencia násilia, priaznivá životná situácia, poskytnutie dobrej domácej starostlivosti (najmä v období medzi 8. a 12. rokom života), diagnóza FAS a nie FASD (z dôvodu možného neskorého odhalenia poruchy a tým aj poskytnutia vhodnej

intervencie na individuálnej a rodinnej úrovni) a uspokojenie všetkých základných psychických potrieb (Petrincová 2016).

Profil správania detí a mládeže s FASD pramení z neurologickej poruchy, ktorá je príčinou ich nepredvídateľného a premenlivého správania, v praxi interpretovaného ako tvrdohlavé a cielene vyhľadávajúce pozornosť druhých. Preto pri práci s touto populáciou považujeme za nevyhnutné reagovať na individuálny profil každého jedinca s FASD a zohľadniť ho pri nastavovaní konkrétnych intervenčných postupov. Reflektujúc špecifické potreby detí a adolescentov s FASD odporúčame vo vzťahu k vyššie uvedeným problémovým oblastiam:

- prispôsobiť komunikáciu (rozprávať jednoduchým jazykom, používať konkrétne pojmy, podávať stručné a jasné informácie, hovoriť pomaly s prestávkami, opakovať inštrukcie, udržiavať očný kontakt, spárovať verbálnu informáciu s vizuálnymi podnetmi);
- využívať pohyb a hudbu na lepšie sústredenie (spájať úlohy s aktívnym pohybom, púšťať tichú hudbu v pozadí, použiť stlačiteľnú loptu v prípade potreby fyzickej stimulácie).
- používať prístup krok za krokom a opakovať naučené postupy (pomôcť urobiť abstraktný proces zoraďovania čo možno najkonkrétnejším a najvizuálnejším spôsobom, aký je možný);
- využívať pomôcky na zapamätávanie si (používať kalendár, zvýrazňovače, mnemotechnické pomôcky);
- používať viaczmyslový prístup (spájať ústne informácie s vizuálnymi podnetmi, využívať tanec, hrané scénky, gestá);
- používať audiovizuálne technológie (napr. knižné nahrávky, videá, počítače);
- zredukovať vizuálne a sluchové rušivé vnemy;
- vyhnúť sa bežne používaným frázam a abstraktným úvahám (napr. správaj sa slušne, upokoj sa, poznáš dôsledky, buď zodpovedný, necválaj tu...).

Jedinci s FASD by mohli využiť mnohé ďalšie intervencie na riešenie svojich deficitov v oblasti adaptačných zručností. Ich cieľom je zvýšiť ich schopnosť nadväzovať a udržiavať priateľstvá s primeranými rovesníkmi, a tým znížiť riziko spojené so spoločenskou komunikáciou s nevhodnými rovesníkmi (Paley & O´Connor, 2009).

Aj v oblasti sociálnej práce s deťmi a mládežou národné priority reflektujú potrebu zamerania sa na rozvoj sociálnych zručností. Samotná sociálna prevencia sa orientuje na zamedzenie vzniku nežiadúceho javu, najmä podporou utvárania zdravých postojov, vytváraním priaznivých podmienok pre rozvoj sociálnych zručností a ich upevňovaniu. Jednou z metód, prostredníctvom ktorej môžu deti a mládež s rôznym typom sociálnych problémov získať prístup k rozvoju sociálnych zručností potrebných pre riešenie sociálneho problému, je **metóda ART** (angl. *Agression Replacement Training*) (Šavrnochová & Šolcová 2018). Samotný cieľ a východiská metódy ART poukazujú na možnosti aplikovania tejto metódy pre deti a mládež s FASD aj práve preto, že mnohé potreby nielen reflektuje, ale svojou štruktúrou a metodikou vytvára možnosť naplniť tieto špecifické potreby. Metóda

ART pochádza z USA, kde bola profesorom Arnoldom P. Goldsteinom vyvíjaná a overovaná 15 rokov. V súčasnosti sú v rôznych štátoch ART centrá zamerané na rozvoj metód, výskumné zistenia a i. V Nórsku je ART schválený ako nástroj na prevenciu a nápravu behaviorálnych problémov. Nórske Ministerstvo detí a rodinných záležitostí sa rozhodlo ustanoviť päť nových inštitúcií, jednu v každom regióne, pre deti a mládež s poruchami správania. Dôvodom je skutočnosť, že metóda sa vo výskumoch popisuje ako efektívny nástroj práce s deťmi a mládežou (rôzneho veku), s cieľom redukovať ich problémové či poruchové správanie a naopak podporiť ich prosociálne správanie. Metóda ART sa obzvlášť zameriava na výsledok problémových aspektov správania (napr. nedostatok sebakontroly – tréning zvládania hnevu; obmedzené sociálne zručnosti – tréning sociálnych zručností a antisociálne postoje – morálne zvažovanie). Metóda ART je v niektorých krajinách uplatňovaná aj pri práci s ďalšími cieľovými skupinami, u ktorých riziko problémového správania sa súvisí s interpersonálnymi (sociálnymi) a intrapersonálnymi (psychickými) problémovými situáciami. Metóda sa odporúča používať vo všetkých typoch a stupňoch škôl, v zariadeniach a organizáciách realizujúcich opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí, v zariadeniach sociálnych služieb pre ľudí s mentálnym postihnutím, v inštitúciách psychiatrickej starostlivosti a tiež v ústavoch pre výkon trestu odňatia slobody a i. Aj vďaka možnosti priestorovej divergencii metódy ART vnímame príležitosti uplatnenia metódy v formálneho i neformálneho vzdelávaní detí a mládeže s FASD aj v podmienkach Slovenska (Sabo & Šolcová 2016; Šolcová 2020).

Kľúčovou podstatou pri práci s deťmi a mládežou je podpora ich osobného rozvoja v podnetnom prostredí, ktoré im umožňuje plnohodnotne participovať na aktivitách v rámci systému inštitucionálneho a neinštitucionálneho charakteru.

OTÁZKY A ÚLOHY NA ZAMYSLENIE

1. Charakterizujte bližšie 6 základných charakteristík rodiny ako otvoreného systému.
2. Popíšte niektoré vzorce interakcií vyskytujúcich sa v rodinách so závislým členom.
3. Charakterizujte bližšie rozdiely medzi ochrannými, emocionálne narušenými, odhalenými a chaotickými rodinami.
4. Aké sú rozdiely medzi funkčným, neurotickým, rozpadnutým a absentujúcim rodinným systémom?
5. Aké môžu byť vnútorné pravidlá v rodine s aktívne pijúcim jej členom?
6. Objasnite pojem parentifikácia.
7. S akými problémami sa môžu stretávať deti závislých rodičov v dospelosti?
8. Odborníci pomáhajúcich profesií odporúčajú využívať špecifické intervenčné stratégie pri práci s deťmi a adolescentmi s FASD, reflektujúc pritom osobitý profil správania a ich individuálne potreby. Uveďte príklady niektorých intervenčných postupov.

3. Kodependencia

KĽÚČOVÉ POJMY

kodependencia
emócie
správanie
popretie
hnev
zchraňovanie
smútok
smútok
nenávisť
zmierenie
obrana
obranný mechanizmus
pomoc
svojpomoc

Život so závislým členom prináša do systému rodiny a jeho funkcií množstvo negatívnych javov. Členovia rodiny často zažívajú neistotu, strach, bezmocnosť a beznádej a môžu sa u nich prejaviť známky a príznaky úzkosti a depresie. Aby dokázali čeliť utrpeniu, ktoré vyplýva zo života so závislým členom, ako aj z nedostatku podpory zo strany širšej rodiny a zdravotníckeho systému, často sa uchyľujú k rôznym stratégiám emocionálneho prežitia.
Pri práci s rodinnými príslušníkmi závislého sa môže poradca stretnúť s výrokmi, ako napr.: *„Ja by som mu dal všetko"* alebo *„Keby som mohla, žijem jej život"*. Nie je preto zriedkavosťou, že pri zabezpečovaní efektívnej liečby najbližší príbuzní potrebujú odbornú pomoc rovnako ako závislý (Šavrnochová 2015).

Akýkoľvek terapeutický zásah nasmerovaný na rodinu závislého klienta by mal brať do úvahy veľmi častý výskyt kodependencie v rodinách so závislým členom. Úmerne poznaniu podstaty kodependencie, jej priebehu, špecifickým prejavom (v zmysle prežívania a správania sa najbližších príbuzných vo vzťahu k závislému) zo strany kompetentných rastie nielen efektivita spolupráce rodiny s odborníkmi, ale najmä účinná participácia rodiny na celom liečebnom procese svojho závislého člena.

V praktickej rovine to znamená, že rodina závislého člena nielen chráni (napr. popiera jeho problém so závislosťou), ale patologické správanie svojho blízkeho racionalizuje, ba dokonca obhajuje. Nezriedka sa teda stáva, že v dôsledku psychického vyčerpania a depresií blízki sami môžu siahnuť po psychoaktívnych látkach (napr. alkohol, lieky). Pre bližšie pochopenie podstaty správania sa kodependentnej osoby vo vzťahu k závislému členovi rodiny budeme citovať Marianiho (2009, s. 17), laického terapeuta, ktorý dlhé roky pôsobil v CPLDZ v Odbornom liečebnom ústave psychiatrickom, n. o. Predná Hora : *„Pravda je taká, že alkoholici, ktorí sú sami obeťami choroby, majú negatívny vplyv na ľudí z najbližšej ale aj vzdialenej rodiny, teda na tých, s ktorými žijú. Príbuzní a priatelia alkoholika ho často ospravedlňujú, dlho kryjú, lebo paradoxne veria že sa polepší, i keď veľakrát sklamal a permanentne klame*".

3.1 Teoretické koncepty

Pojem kodependencia – spoluzávislosť (angl. *Codependency*) sa rozvinul v MiCnnesote koncom 70. rokov 20. storočia z pojmu -spolualkoholik- (angl. *Co-alcoholic*), kedy sa závislosť od alkoholu a iné drogové závislosti zoskupili do spoločnej skupiny nazvanej *chemická závislosť* (Beattie 2006; Cermak 1986a). Tento termín sa najčastejšie spája s Anonymnými alkoholikmi a uvedomením si, že závislosť sa netýka len závislého, ale aj rodiny a priateľov, ktorí pre chorého člena rodiny predstavujú najbližšiu sociálnu sieť. Pojem -spoluzávislý- sa prvýkrát použil na opis situácií, ako členovia rodiny a blízki priatelia môžu zasahovať do zotavovania závislej osoby tým, že jej **príliš pomáhajú** (Hendriksen 2017).

V roku 1986 psychiater Timmen L. Cermak, MD. sa vo svojej publikácii *Diagnosing and Trating Co- Dependence. A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children* neúspešne zasadzoval za zaradenie kodependencie ako samostatnej poruchy osobnosti do 3. vydania amerického Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch DSM-III (Cermak 1986a). Poukazoval na fakt, že tento stav môže postihovať blízkych ľudí s akoukoľvek duševnou poruchou, nielen so závislosťou. Vo svojej ďalšej odbornej štúdii *Diagnostic criteria for codependency* vymedzil kodepndenciu ako rozpoznateľný vzorec osobnostných čŕt, ktoré sa predvídateľne vyskytujú u väčšiny členov rodín s chemickou závislosťou a ktoré sú schopné vytvoriť dostatočnú dysfunkciu na to, aby odôvodnili diagnózu zmiešanej poruchy osobnosti tak, ako bola vymedzená v roku 1980 v DSM III (Cermak 1986b). Autor tiež vymedzil špecifické črty typické pre partnerov podporujúcich ľudí s chemickou závislosťou alebo s poruchou osobnosti a poskytol súbor nasledovných diagnostických kritérií:

(1) Neustále investovanie seba do schopnosti ovplyvňovať pocity a správanie seba samého a iných tvárou v tvár zjavným nepriaznivým následkom.
(2) Preberanie zodpovednosti za uspokojovanie potrieb druhých s vylúčením uznania vlastných potrieb.
(3) Úzkosť a narušenie hraníc v situáciách intimity a odlúčenia.

(4) Zapletenie sa do vzťahoch s ľuďmi s poruchami osobnosti, drogovo závislými a impulzívnymi poruchami.
(5) Tri a viac z nasledovných: potláčanie emócií s / bez dramatických výbuchov, depresia, hyperbdelosť, nutkanie, úzkosť, nadmerné spoliehanie sa na popieranie, zneužívanie návykových látok, opakované fyzické alebo sexuálne zneužívanie, zdravotné ochorenia súvisiace so stresom a/alebo primárne vzťah s aktívnym užívateľom návykových látok počas najmenej 2 rokov bez vyhľadania vonkajšej podpory (Cermak 1986b).

Melody Beattie spopularizovala koncept kodependencie v roku 1986 publikáciou *Codependent No More*, v ktorej vychádzala zo svojich osobných skúseností so závislosťou od návykových látok a so starostlivosťou o závislého jedinca. Realizovala tiež rozhovory s ľuďmi, ktorým pomohla svojpomocná skupina Al-Anon. Práca Beattie položila základ vzniku 12-krokovej organizácie Anonymní spoluzávislí, založenej v roku 1986, ktorá ale neschvaľovala a dodnes neschvaľuje žiadnu definíciu a ani diagnostické kritériá spoluzávislosti (Granfield & Irvine 2001). Podľa Beattie (2006, s. 47) je človek spoluzávislý, keď sa *„dáva ovplyvňovať správaním druhého človeka a cíti nutkanie kontrolovať jeho správanie.*" Medzinárodná svojpomocná organizácia anonymných kodependentov CoDA (angl. *CoDependents Anonymous*) neponúka žiadnu definíciu ani diagnostické kritériá spoluzávislosti, ale ponúka nasledovný zoznam vzorcov správania sa a ich bližších charakteristík, ktoré môžu použiť laici na sebahodnotenie – vzorce popierania, vzorce nízkeho sebavedomia, vzorce zosúlaďovania sa s ostatnými, vzorce kontroly a vzorce vyhýbania sa (CoDA.org).
Myšlienka kodepndencie a jej základná podstata boli v minulosti viacerými odborníkmi kritizované (napr. Anderson 1994; Haaken 1990; Hands & Dear 1994) a obmedzený počet empirického skúmania samotného konštruktu spoluzávislosti značne limitoval budúcu vedeckú diskusiu o tejto problematike. Z historického hľadiska, jedným z faktorov, ktorý bránil adekvátnemu testovaniu modelu kodependencie, bol nedostatok psychometricky spoľahlivých nástrojov, pomocou ktorých by bolo možné meranie základných zložiek tohto konštruktu (Dear 2002). Dear et al. (2004) realizovali teoretickú analýzu jedenástich najčastejšie publikovaných definícií kodependencie a poskytli prvé podstatné objasnenie základných znakov tohto konštruktu. Ich analýza identifikovala štyri základné konštrukty kodependentného správania:

- Vonkajšie zameranie (napr. sústredenie pozornosti na správanie, názory a očakávania iných).
- Sebaobetovanie (napr. zanedbávanie vlastných potrieb s cieľom sústrediť sa na uspokojovanie potrieb druhých).
- Interpersonálna kontrola (napr. zakorenené presvedčenie o vlastnej schopnosti napraviť potreby a problémy druhých ľudí, kontrola ich správania).
- Emocionálne potláčanie (napr. zámerné potláčanie alebo obmedzené vedomé uvedomovanie si svojich emócií, až kým sa nestanú ohromujúce).

Z týchto štyroch definičných znakov bolo vonkajšie zameranie zahrnuté vo všetkých jedenástich preskúmaných definíciách a zvyšné tri konštrukty boli prítomné v desiatich z jedenástich definícií (Dear et al. 2004).
Môžeme konštatovať, že napriek dôkazom o terapeutickej účinnosti postupov rodinnej starostlivosti a ich prínosu v liečbe ľudí s poruchami spôsobenými užívaním alkoholu (Bortolon et al. 2017; Hellum et al. 2019), stále neexistuje dostatočný počet inštitucionálnych služieb pre kodependentných rodinných príslušníkov. Aj napriek limitovanému počtu empirických štúdií a neexistujúcim štandardom odborných a odborno-metodických činností v oblasti emocionálnej starostlivosti o rodinných príslušníkov závislého člena rodiny, zostáva kodependencia jednou z najčastejšie využívaných teoretických rámcov, ktorý odborníci z oblasti závislostí na celom svete (vrátane Slovenska) akceptujú a prijímajú pri práci s rodinou so závislým členom.

3.2 Fázy kodependencie

Koncept kodependencie v kontexte závislosti od akejkoľvek návykovej látky stojí na predpoklade, že závislosť člena rodiny závažným spôsobom ovplyvňuje jeho rodinu a najbližšie okolie. Rodinní príslušníci v snahe pomôcť závislému, sa vo vzťahu k nemu začínajú správať často iracionálne a kontraproduktívne. Správanie je však len dôsledok a reakcia na zmeny v prežívaní, ktorými prechádza rodina závislého.

Nasledovné fázy bližšie vymedzujú prežívanie a správanie sa členov rodiny vo vzťahu k závislému[3] .

1. fáza – POPRETIE

Fáza Popretie je charakteristická intenzívnym popieraním reality, ktorou je závislosť blízkeho člena rodiny. Popieranie reality pritom predstavuje vedomú alebo nevedomú obranu, ktorú používame, aby sme sa vyhli úzkosti, keď sa cítime ohrození. Hlavnou funkciou obrany pritom je chrániť naše vedomie od ohrozujúcich, vnútorných podráždení (najmä emócií) ako aj vonkajších preťažujúcich podráždení (tráum). Ignorujeme veci, ktorých uvedomenie si by porušilo našu duševnú rovnováhu. Popretie predstavuje fázu šoku, v ktorej sa spoluzávislá osoba snaží sama sebe nahovoriť, že sa nič vážne nedeje.
Obranné mechanizmy a práca s nimi je súčasťou liečby závislosti a pre závislého od alkoholu sú najtypickejšími vytesnenie, popretie, presunutie, racionalizácia, projekcia a reaktívna formácia (Červená, 2007). Sú však typické aj pre blízkych závislého. Už v tejto úvodnej fáze sa môžeme stretnúť s obrannými mechanizmami, ktorými sa spoluzávislá osoba chráni

[3] Bližšie k výskumu pozri Šavrnochová 2011

pred skutočnosťou. Spolieha sa na sľuby závislého, verí im a hoci jej zdravý rozum hovorí, že so správaním sa závislého nie je niečo v poriadku, svoje skutočné pocity skrýva a vyhýba sa nepríjemným témam, príp. odmieta komunikovať s okolím.

Z obranných mechanizmov, ktoré sa môžu vyskytovať v tejto fáze, spomenieme:

- **bagatelizácia**, t.j. minimalizovanie a skresľovanie rozsahu a závažnosti problému (charakteristické výroky typu: *„...ešte som si hovorila, že veď keď si dá v robote 2 dcl vínka s kolegyňami, na tom nie je predsa nič zlé, veď je to normálne. Pijú aj iní a omnoho horšie.*");
- **zľahčovanie situácie** (charakteristické výroky typu: *„...ale v duchu som si to zľahčoval a neprikladal som tomu príliš veľký význam.*");
- **ignorovanie faktov** (charakteristické výroky typu: *„A keď som to povedala mužovi, ten len kývol rukou a povedal, že zasa raz dramatizujem...*");
- **únik do sebaľútosti** (charakteristické výroky typu: *„Keď začali problémy, neriešila som ich, potom som sa začala ľutovať, svoj život,...*").

Tieto obrany sa môžu v priebehu ďalšieho rozvoja kodependencie posilňovať, obmieňať a opakovane vracať v dôsledku narastajúcich pocitov viny, ľútosti a nízkeho sebavedomia. Sprievodnými emóciami môžu byť šok a pocity strachu: *„...dlho som tomu nechcel veriť a keď bola prvýkrát hospitalizovaná na psychiatrii a lekár mi hovoril ešte aj o jej závislosti od liekov, bol som v šoku.*" alebo *„Keď som zistil, že pije, zľakol som sa,...*"

2. fáza – HNEV

Keď kodependentná osoba prestane popierať vzniknutú situáciu, nastupuje fáza hnevu. Hnev, ktorý pociťuje, môže byť neoprávnený alebo oprávnený. V prvom prípade obviňuje nielen seba, ale aj Boha, prípadne iných ľudí a je charakterizovaný výrokmi typu: *„Dlho som sa hnevala najskôr na Boha a potom na seba, že som ju zle vychovala.*" alebo: *„Potom som sa hnevala sama na seba, že som sa nerozviedla, ešte keď bol malý, aby nevidel, aký opitý chodil domov otec.*"
V určitých momentoch však začne kodependentná osoba pociťovať oprávnený hnev na správanie sa závislého, pretože si začína uvedomovať, že alkoholik často klame, neplní si povinnosti, nedodržuje sľuby a začína manipulovať s ostatnými členmi rodiny. Vtedy môže mať spoluzávislá osoba pocit, že závislému na nej nezáleží a má potrebu úder vrátiť a nejakým spôsobom ho potrestať za bolesť, ktorú jej spôsobil.
Hoci samotné prežívanie hnevu spojené s otvorenou agresiou je charakteristické prevažne u mužov, môžeme sa s podobnými reakciami stretnúť aj u žien, ktoré sa navonok prejavia agresívnym správaním namiereným na svojho závislého partnera.

3. fáza – ZACHRAŇOVANIE

Fáza Zachraňovanie má najdlhší priebeh a väčšina kodependentov (napriek úsiliu zmeniť nielen závislého, ale aj svoj život) zotrváva v tejto fáze celý život. Pre toto obdobie je charakteristické striedanie pomoci závislému s tzv. umožňovaním, čiže podporovaním jeho problémového správania.
Pomoc/podpora zo strany rodiny (napr. vo forme návštev klubov abstinujúcich závislých) môže byť niekedy produktívna a môže viesť k náprave. Pre túto fázu je rovnako charakteristická rola tzv. umožňovateľa, do ktorej sa kodependentná osoba dostáva po viacerých neúspešných pokusoch pomôcť závislému a jeho následných recidívach. Môže sa stať akýmsi -záchrancom- závislého, chráni ho pred následkami jeho problémového správania a dostáva sa do postavenia človeka, ktorý je za chorého zodpovedný. Dôsledkom však často býva -pohodlie- závislého, ktorý nemá žiadny dôvod a motiváciu na zmenu vzhľadom k tomu, že blízka osoba mu vytrvalo dokazuje, že zaňho preberá zodpovednosť tým, že sa stará o všetky jeho potreby. Keď nastane zhoršenie situácie a kodependentná osoba vidí, čo svojím umožňovaním spôsobila, čoraz intenzívnejšie pocity viny spôsobujú opätovné umožňovanie.

Fázu Zachraňovanie charakterizuje nasledovné správanie:

- **priame podporovanie závislého správania** (charakteristické výroky typu: *„...pomohla som jej so sťahovaním, aby mohla začať odznova a tu, doma, v bezpečí. Našla som jej brigádu, aby si zarobila aspoň nejaké peniaze, nemala nič, všetko prepila, ešte aj peniaze, ktoré som jej dávala.*", *„...doma má vždy navarené, opraté...*", *„...bolo obdobie, keď som mu aj sama kupovala fľaše...*" alebo *„...volala do roboty, že je chorý a nepríde...*");
- **ospravedlňovanie** (charakteristické výroky typu:*„...je mi jej ľúto, je to chorý človek, za toto správanie môže jej diagnóza...*", *„Skôr mi jej bolo ľúto, lebo som vedela, k akému mužovi sa vrátila.*", *„Ospravedlňoval som ju pred rodinou a známymi...*", *„...keď je triezvy, chodíme spolu na výlety, venuje sa mi.*");
- **zdôvodňovanie** (charakteristické výroky typu: *„...keď som k nej veľakrát domov prišla, mala taký neporiadok, že mi nedalo neupratať..., aj som jej navarila, lebo ledva stála na nohách, musela niečo zjesť...*", *„...je chorý, potrebuje moju pomoc, je to moja povinnosť.*", *„...vedel som, že pije preto, lebo nemôžeme mať deti...*");
- **bagatelizácia** (charakteristické výroky typu: *„...veď on nie je zlý, keď má robotu, vydrží nepiť niekoľko dní...*");
- **sľubovanie** (charakteristické výroky typu: *„...hovoril som si, ak sa raz z toho dostane, prestanem piť aj ja...*");
- **kontrola** (charakteristické výroky typu: *„...merala som, koľko ubúda z fľaše...*");
- **zdanlivá ľahostajnosť** (charakteristické výroky typu: *„Teraz sa tvárim, že sa nič nedeje...*", alebo *„Teraz je mi to už skoro jedno. Syn má vlastnú rodinu, ja som celý deň v práci a mám svoj vlastný život. Človek si zvykne na všetko.*").

V oblasti emócií dochádza v tejto fáze k náhlym obratom a zmenám. V období pomoci a pobytu závislého na liečení, dokonca aj prvé mesiace po liečbe, spoluzávislá osoba dúfa a verí, že všetko bude v poriadku. Pri recidíve prichádza sklamanie, beznádej a zúfalstvo. Počas celej fázy sú však trvalo prítomné (časovo odlišné a rôzne intenzívne) pocity strachu, vnútorného napätia, ľútosti, viny, hanby a hnevu.

4. fáza – SMÚTOK

Táto fáza nadväzuje na predchádzajúcu, je s ňou úzko spojená, pričom spoluzávislá osoba môže často prechádzať z jednej fázy do druhej a naopak. V tejto fáze si kodependent uvedomuje svoju bezmocnosť a pripúšťa, že na závislosť svojho blízkeho nemá žiadny vplyv. So situáciou však zmierený nie je a napriek vracajúcim sa pocitom smútku, depresie, strachu z budúcnosti, uzatváraniu sa do seba a neochote komunikovať s okolím opakovane zachraňuje závislého.

5. fáza – NENÁVISŤ

Hnev, zachraňovanie, smútok, dlhodobé pocity strachu, ľútosti, hanby a nespracované pocity viny spôsobujú, že spoluzávislá osoba začne cítiť voči závislému odpor a v krajnom prípade nenávisť. Tieto pocity sa nevyvíjajú u každého rovnako, takisto ich intenzita a dĺžka trvania je individuálna. Nenávisť je špecifická najmä u tých spoluzávislých, ktorí sú dlhé roky svedkami toho, ako závislý postupne deštruuje vzťahy v rodine a jeho správanie sa odráža predovšetkým na zdraví ďalších rodinných príslušníkov. Pokým hnev chápeme ako emocionálnu reakciu na správanie sa druhého človeka (čomu zodpovedajú aj následné prejavy správania sa – výbuchy hnevu, agresívne útoky...), podľa odborníkov nenávisť predstavuje dlhodobý vzťah, ktorý je pasívnejší ako hnev. Zahŕňa najmä vytvorenie určitého psychologického odstupu, napr. v partnerských vzťahoch je nenávisť vyjadrená vyhýbaniu sa kontaktu s partnerom a veľmi chladným správaním (Stuchlíková, 2002). Spoluzávislá osoba si v tejto fáze vedome vytvára odstup od závislého a jeho správanie a ďalší osud je jej ľahostajné. Napriek takémuto postoju však aj naďalej prítomné pocity úzkosti, strachu z budúcnosti a hanba.

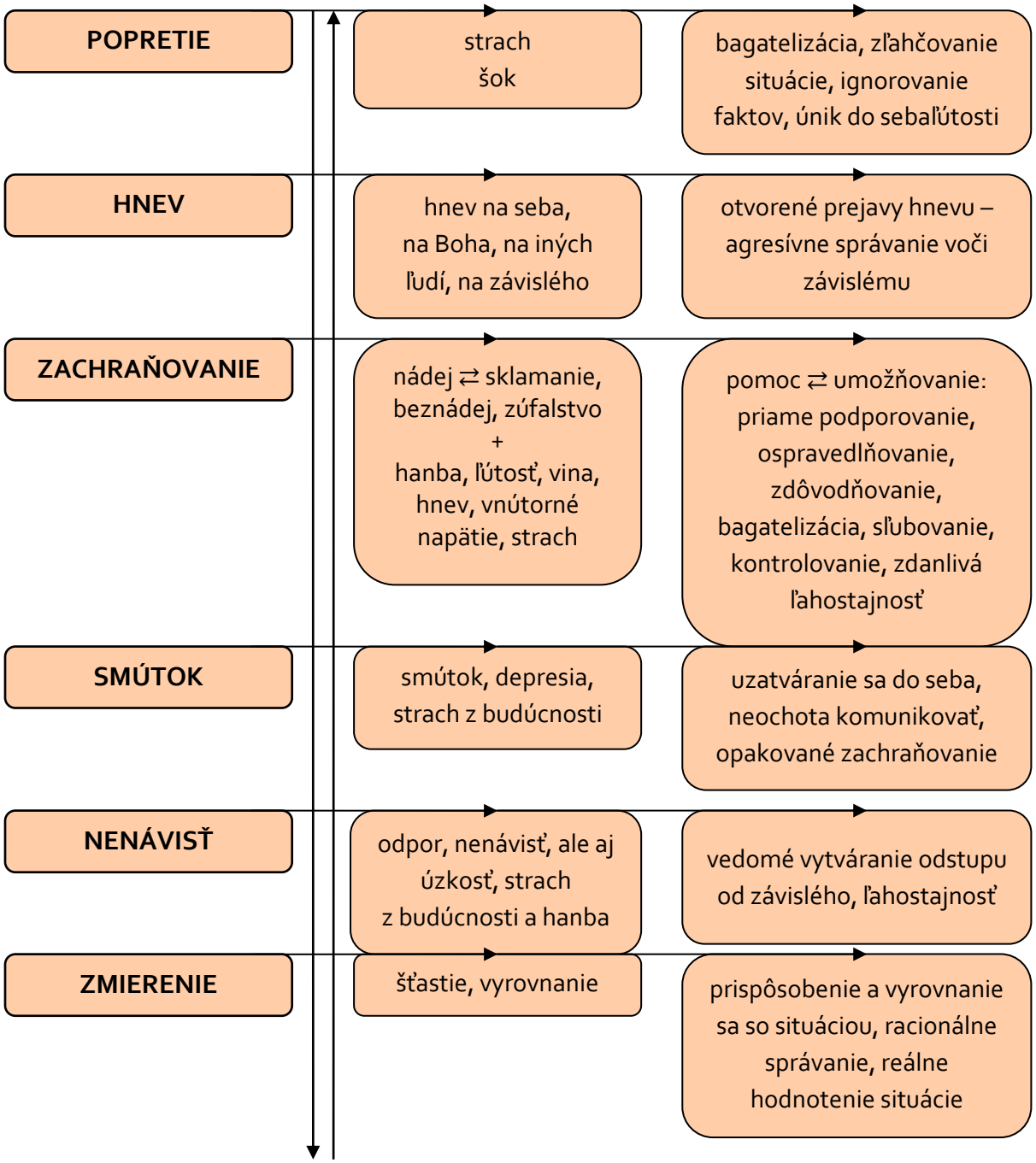
6. fáza – ZMIERENIE

Fáza Zmierenie predstavuje prispôsobenie, vyrovnanie sa so situáciou, prijatie reality a zameranie pozornosti na seba a svoje potreby. Táto fáza prináša spoluzávislej osobe schopnosť reálne zhodnotiť situáciu, schopnosť správať sa racionálne a súčasné prináša

pocity vyrovnanosti a šťastia. Spoluzávislá osoba si v tejto fáze uvedomuje, že závislého svojím správaním (vrátane umožňovania, sľubovania, kontrolovania) nezmení a zmeniť sa musí ona.
Vyplývajúc z vyššie uvedeného možno konštatovať, že kodependencia je špecifický chorobný stav, resp. proces, ktorým rodinní príslušníci reagujú na závislosť svojho člena, pričom prechádzajú nasledovnými fázami: **POPRETIE, HNEV, ZACHRAŇOVANIE, SMÚTOK, NENÁVISŤ A ZMIERENIE.**

Jednotlivé fázy sú bližšie ilustrované v nasledovnom diagrame:

KODEPENDENCIA (SPOLUZÁVISLOSŤ)



Zdroj: Šavrnochová (2011)

3.3 Kognitívne a behaviorálne reakcie rodičov závislých detí

Pre ilustráciu uvádzame kognitívne a behaviorálne reakcie rodičov detí zneužívajúcich návykové látky, ktoré na základe niekoľkoročnej poradenskej práce s rodičmi problémových a závislých detí popísali Pešek a Vondrášková (2007). Nasledovné emocionálne reakcie sa môžu vzájomne striedať, trvať rôzne dlho a môžu byť rôzne intenzívne.

1. Šok, zmätok a panika

Šok je obyčajne bezprostrednou reakciou zistenia rodičov, že dieťa berie drogu. Navonok sa prejavuje úzkosťou, strachom a panickými reakciami, v ktorých prevládajú myšlienky typu: *„Prečo sa to stalo práve nám? Čo máme robiť?*"

Niektorí rodičia môžu cielene vyvolávať dramatické scény, v ktorých podrobne dieťaťu popíšu, kde sa následkom svojej závislosti môžu až dostať. Už v tomto období nastupujú obranné mechanizmy, predovšetkým bagatelizácia a popretie problému. Podľa odborníkov je dôležité už v tomto období navštíviť lekára (aj bez prítomnosti dieťaťa) a spoločne naplánovať konkrétne kroky do najbližšieho obdobia.

2. Pocity krivdy, zrady a sebaľútosti

Pocity krivdy a nespravodlivosti sa prejavujú myšlienkami typu: *„Starali sme sa o teba a takto si sa nám odvďačil.*" Následná sebaľútosť môže zvyšovať pasivitu rodičov a odďaľovať prijatie racionálneho prístupu k riešeniu problému závislosti.

V tejto fáze je vhodné rodičom empaticky vyjadriť pochopenie, nechať ich vyrozprávať sa a následne ich naučiť rozpoznať tieto pocity a rozumovo ich využiť pre ďalšie adekvátne riešenie problému.

3. Zlosť

Pocit krivdy a sebaľútosti často vystrieda zlosť ako emocionálna reakcia namierená proti nespravodlivému osudu, ktorý zažíva rodič pri zistení, že jeho dieťa užíva drogu. Zlosť rodiča môže byť nasmerovaná nielen na závislé dieťa, ale rovnako tak aj na jeho partnera, priateľov, učiteľa alebo lekára. Rodič zvaľuje vinu na všetkých okolo, vrátane seba v mylnej domnienke, že zlyhal vo výchove svojho dieťaťa.

Pocity zlosti sa môžu prejavovať myšlienkami typu: *„Mám dva zamestnania a robím všetko pre to, aby si mohol doštudovať vysokú školu*" alebo *„Čo za odborníkov v rámci protidrogovej prevencie máte na škole*" , ale i *„Urobili sme chybu, že sme ťa tak rozmaznávali.*" Mnohí rodičia si túto zlosť neuvedomujú, iní sa navonok tvária úplne pokojne a nedávajú najavo svoje zlostné myšlienky, niektorí z nich dokonca návštevu odborníka považujú za prejav slabosti a zlyhania samého seba (najmä otcovia). Častejšími sú prvotné návštevy matiek, ktoré sa sťažujú na neprimerané výbuchy zlosti zo strany manžela, vyhýbanie sa téme alkohol/drogy, predstieranie ľahostajnosti niektorého člena rodiny k problému závislosti dieťaťa. Príliš dlhodobá a intenzívne prežívaná zlosť však bráni schopnosti konštruktívne riešiť problém

a zlostné reakcie rodiča môžu vyvolať ešte agresívnejšiu reakciu u závislého dieťaťa a ďalšie užívanie návykovej látky.

4. Pocity viny

Výčitky svedomia sa prejavujú myšlienkami typu: *„Čo sme vo výchove zanedbali?“* alebo *„Kde sme zlyhali?*" Tieto myšlienky rodičov emočne vyčerpávajú a reakciou na ne môže byť hľadanie odpovedí v zmysle *„bolo to určite spôsobené tým a tým…, môže za to ten alebo tamten…*"

Mnohí rodičia hľadajú hlavnú príčinu závislosti svojho dieťaťa celý život a len málokedy pripustia fakt, že príčin môže byť v skutočnosti podstatne viac a hlavná príčina neexistuje.

Ako uvádzajú autori, rodičia by mali byť oboznámení, ako s takto nájdenými príčinami pracovať a správať sa najmä vo vzťahu k závislému dieťaťu, pretože ono môže svojich rodičov vydierať a manipulovať s nimi, napr.: *„Za to, že som závislá na liekoch, môžeš ty* (matka dcéry), *pretože si mi ako zdravotná sestra od malička dávala na každú bolesť nejakú tabletku…*"

Vo fáze prežívania pocitov viny pomôže rodičom kontakt s rodičmi v podobnej situácii, napr. aj prostredníctvom rozhovorov s členmi svojpomocnej organizácie Al-Anon.

5. Vyjednávanie

Vyjednávanie predstavuje potrebu rodičov vyhľadávať najlepších odborníkov v danej oblasti, rôzne terapeutické metódy, alternatívne liečebné postupy, ale aj viera v Boha a modlitby, aby sa ich dieťa čo najskôr vyliečilo.

Stále pretrvávajú pocity viny a sľuby, napr.: *„Ak sa z toho dostane, už sa ani ja nikdy nedotknem alkoholu…*" V tejto fáze môžu rodičia zájsť až do krajných situácií, v ktorých uzatvárajú so závislým dieťaťom dohody vo forme výhod a odmien, ak dieťa prestane s užívaním návykovej látky. Práve takého kontraproduktívne správanie spôsobuje stupňujúce sa citové vydieranie a manipuláciu dieťaťa voči rodičom a tým aj menšiu nádej na akúkoľvek pozitívnu zmenu v jeho správaní.

6. Pocity hanby

Pocity hanby, že ich dieťa užíva návykovú látku, ale aj že oni sami zlyhali vo výchove, spôsobujú, že rodičia nechcú a nevedia otvorene rozprávať o tomto probléme s inými ľuďmi. V krajnom prípade tieto pocity môžu viesť k izolácií rodín a k pretrhnutiu kontaktov napr. s priateľmi z dôvodu obáv, že budú musieť verejne hovoriť o svojom probléme. Opätovne sa doporučuje rodičom stretávať sa s ľuďmi v podobnej situácii, nevyhýbať sa kontaktu s inými ľuďmi a mať pripravenú konkrétnu stratégiu rozhovoru (napr. spôsob odmietania tejto nepríjemnej témy).

7. Smútok a pocity strachu

Ide o výraznú a časovo pomerne dlhú fázu emocionálnej rekacie rodičov, kedy je potrebné zvážiť možnú návštevu odborníka. Navonok sa dané pocity prejavujú častým plačom,

podráždením, nesústredením, ale aj problémom so spánkom či problémami v práci. Sprevádzajú ich myšlienky typu: *„Navždy strácam svoje dieťa*" alebo *„Čo teraz robí, kde je, nepotrebuje pomoc?*", *„Čo ak umrie na ulici a ani nebudem vedieť, kedy a kde?*" Veľký význam v tomto období predstavuje vzájomná podpora všetkých členov rodiny, ale i posilňovanie motivácie zo strany odborníkov pre terapiu, ktorú je vhodné v danom období realizovať.

8. Rezignácia, pocity zbytočnosti a umožňovania

Fázu rezignácie je možné charakterizovať myšlienkami typu: *„Všetko sme vyskúšali, nič nepomohlo, už sa s tým nedá nič robiť…*", *„…ešte šťastie, že sa nám vydarila druhá dcéra…*" Ide o pretrvávajúce pocity smútku, kedy rodičia prestanú navštevovať terapeuta, prípadne svojpomocné skupiny, pretože v tom nevidia žiadny zmysel. Často reagujú dvoma extrémnymi spôsobmi – buď nechávajú svoje dieťa doma, tolerujú a umožňujú jeho problémové správanie, alebo dieťa vyhodia z domu a viac sa nezaujímajú o jeho osud. Dôvodov, prečo mnohí rodičia volia „tolerovanie", „umožňovanie" a „podporovanie" problémového správania závislého dieťaťa, môže byť viacero:

- obava z tvrdého dopadu dieťaťa na dno pijanskej alebo feťáckej kariéry,
- strach z toho, že ak vyhodia dieťa z domu, emočne oni sami túto situáciu nezvládnu,
- strach, že dieťa im bude pod vplyvom drogy robiť hanbu (pôjde za nimi do práce, bude spať opité pred domom…),
- v niektorých prípadoch aj odvedenie pozornosti od ešte závažnejšieho problému, ktorý sa v rodine vyskytuje.

9. Odpor a hnus

Mnohí rodičia najmä v predchádzajúcej fáze môžu opakovane prežívať odpor až hnus voči svojmu dieťaťu, ktorý sa zintenzívňuje vtedy, keď vidia správanie dieťaťa pod vplyvom návykovej látky.

10. Zmierenie

Zmierenie predstavuje reálne uvedomenie si všetkých možností konštruktívneho riešenia problému. Túto fázu charakterizujú myšlienky typu: „Je to síce veľmi závažný problém, ale môžeme s tým niečo robiť. Musíme byť trpezliví a robiť to, čo nám doporučujú terapeuti." Pre rodičov je opätovne veľmi dôležitá vzájomná podpora všetkých členov rodiny, ale aj intervencia odborníka a návštevy svojpomocných skupín.

Fázu Zmierenie charakterizujú obrany, ktoré sa navonok prejavujú napr. výrokmi:

- cynickým humorom typu *„…naša Jana dnes nastúpila na štvrté liečenie, tak s manželom tipujeme, koľko tam vydrží…*",
- anticipáciou (schopnosťou reálneho očakávania a plánovania budúcnosti vrátane uvedomovania si možných problémov a prípadných strát),
- altruizmom (na základe osobnej prežitej skúsenosti pomáhajú iným formou napr. založenia svojpomocnej rodičovskej skupiny v mieste bydliska).

11. Anticipačná úzkosť a neprimeraný optimizmus

Pokiaľ dieťa nastúpi na liečenie alebo do resocializačného strediska, rodičia prežívajú a jednej strane pocity úzkosti, napätia a strachu (najmä prvých pár dní po nástupe na liečenie), na strane druhej aj neprimeraný optimizmus, ktorý charakterizujú myšlienky typu: *„Už je konečne na liečení, bude to všetko v poriadku, vyhrali sme…"* Tieto často nereálne presvedčenia rodičov spôsobujú prerušenie kontaktov s terapeutom, prípadne s členmi svojpomocnej skupiny až do tej doby, kedy dieťa predčasne ukončí liečbu alebo po niekoľkých týždňoch (mesiacoch) abstinencie začne opäť s užívaním návykovej látky. Rodičia opätovne vyhľadávajú pomoc, kontaktujú terapeuta, členov svojpomocnej skupiny a mnohé z vyššie uvedených reakcií sa u nich opäť naplno prejavia.

OTÁZKY A ÚLOHY NA ZAMYSLENIE

1. Aké sú diagnostické kritériá kodependencie podľa Cermaka (1986)?
2. Charakterizujte štyri základné konštrukty kodependentného správania.
3. Akými fázami kodependencie prechádza rodina so závislým členom?
4. Aké správanie najbližších vzťahových osôb závislého jedinca je charakteristické pre fázu Zachraňovanie?
5. V čom spočíva zásadný rozdiel medzi fázami Hnev a Nenávisť?
6. Popíšte kognitívne a behaviorálne reakcie rodičov detí zneužívajúcich návykové látky.

4. Intervencie pre rodiny

KĽÚČOVÉ POJMY

behaviorálna párová terapia
posilňovanie komunity a tréning rodiny
krátka strategická rodinná terapia
multisystemická terapia
multidimenzionálna terapia
tlak na zmenu
sociálna behaviorálna a sieťová terapia
sociálne poradenstvo pre kodependentov
behaviorálne rodinné poradenstvo
párová/manželská terapia
svojpomocná organizácia
socioterapia
podporné stratégie rodiny

Zapojenie rodiny do procesu liečby (optimálne komplexného) pomáha zvýšiť šance závislého na začatie liečby, aktívne zapojenie do nej a jej úspešné ukončenie vrátane doliečovania. Je neefektívne zaujať individualistický pohľad, ktorý lieči závislého člena rodiny izolovane od jeho najbližšieho prostredia. V počiatočných fázach posudzovania alebo získavania anamnézy závislého môže rodina zohrávať primárnu úlohu pri potvrdzovaní závažnosti a rozsahu problému, pri poskytovaní informácií o spôsoboch užívania návykovej látky, jej vplyve na závislého a rodinu ako celok, ale aj o tom, čo v minulosti fungovalo v prospech/proti pozitívnej zmene závislého. V ďalších fázach liečby môže byť rodina opäť kľúčová napr. pri zvládaní cravingu, pri plánovaní prevencie recidívy, môže pomôcť pri plánovaní života po ukončení liečby. Spolupráca rodiny pomáha aj pri zlepšovaní celkového zdravia a pohody, vzťahov a iných aspektov života závislej osoby, ako aj jej rodinných príslušníkov.

Hoci rodinní príslušníci zvyčajne neparticipujú na intervenciách, ktoré sa týkajú priamo liečby závislosti, jednou z oblastí, kedy aj terapeuti uznávajú, že význam rodiny do zapojenia sa do procesu liečby je nespochybniteľný, je motivácia závislého k prijatiu pomoci. Rodina môže pomôcť uľahčiť nástup na liečbu napríklad tým, že pomáha pri rozhodovaní o hľadaní konkrétnej pomoci (zariadenia, kde závislý nastúpi na ústavnú liečbu), ale aj tým, že podporuje svojho člena v jeho rozhodnutí nastúpiť na akúkoľvek formu liečby.

4.1 Prístupy využívané v zahraničí

Párové a rodinné prístupy sa snažia plne zapojiť členov rodiny ako ústrednú súčasť samotnej liečby. Pracujú predovšetkým s rodinou ako so systémom, kde sú všetky časti vzájomne prepojené a teda zmena v ktorejkoľvek časti systému nevyhnutne povedie k zmene v iných časti tohto systému (akákoľvek zmena vo fungovaní rodiny alebo v správaní sa jednotlivcov v tomto systéme povedie k zmene správania závislého člena rodiny).

Najbežnejšie intervenčné prístupy založené na týchto teóriách sú **behaviorálne párové terapie** (angl. *Alcohol-Focused Behavioral Couple Therapy/Behavioral Couples Therapy – ABCT/BCT*) a **systemické rodinné terapie** (angl. *Family Systems Therapy – FST*) (McCrady et al. 2016; O'Farrell & Clements 2012). Viaceré odborné štúdie (napr. Meis et al. 2013; Powers et al. 2008) preukázali, že ABCT/BCT a FST dosahujú lepšie výsledky ako individuálne terapie využívané v rámci liečby závislostí a zapojenia rodiny do samotného procesu.

Behaviorálna párová terapia pracuje so závislým spolu s manželským partnerom alebo partnerom žijúcim v spoločnej domácnosti s cieľom navodiť vzájomné kladné správanie partnerov, nacvičiť potrebné sociálne zručnosti a spoločne vybudovať podporu pre budúcu abstinenciu závislého. BCT vychádza z predpokladu, že závislí zo šťastnejších, súdržnejších vzťahov s lepšou komunikáciou majú nižšie riziko recidívy.
BCT má dve hlavné zložky: intervencie zamerané na priame budovanie podpory abstinencie a intervencie zamerané na vzťah partnerov (zvýšenie pozitívnych pocitov, spoločných aktivít a konštruktívnej komunikácie). Napr. McCradyho program behaviorálnej párovej terapie závislosti od alkoholu (ABCT) využíva metódu tzv. "zapojenie manželov zamerané na alkohol". Táto metóda zahŕňa učenie manželov špecifickým zručnostiam na riešenie situácií súvisiacich s alkoholom. Partner závislého sa učí, akými vhodnými stratégiami môže posilniť jeho abstinenciu, ako eliminovať správanie (príp. mu predchádzať), ktoré vyvoláva pitie alkoholu, ako znížiť správanie, ktoré chráni závislého pred prirodzene sa vyskytujúcimi nepriaznivými dôsledkami pitia, asertívne diskutovať o obavách týkajúcich sa situácií súvisiacich s pitím alkoholu a reagovať tak, aby pomohol pijúcemu človeku pri pití alkoholu (McCrady & Epstein 2009).

Modely liečby založené na systemickém prístupe predpokladajú, že správanie jednotlivých členov rodiny ovplyvňuje všetkých ostatných členov rodiny a že rodiny majú typické a opakujúce sa spôsoby interakcie, ktoré udržiavajú dysfunkčné vzorce správania rodiny ako celku a jednotlivcov v rodine. Tieto modely sa teda zameriavajú na zmenu štruktúry a fungovania rodiny s cieľom dosiahnuť zmenu dysfunkčného správania u jednotlivých členov rodiny. V adiktologickej praxi sa využívajú najčastejšie:

Posilňovanie komunity a tréning rodiny (angl. *Community Reinforcement and Family Training – CRAFT).* V zahraničí ide o jeden z najčastejšie hodnotených a efektívnych

prístupov využívajúcich zameranie pozornosti na rodinu závislého. Prístup CRAFT bol skúmaný v celom rade problémových správaní typu závislosti vrátane alkoholu, nelegálnych drog a hazardných hier (Meyers et al. 2011). Cieľom CRAFT je zapojiť rodinných príslušníkov, aby pomohli svojmu blízkemu nastúpiť na liečbu prostredníctvom porozumenia závislosti ako choroby, ale aj prostredníctvom konštruktívnej komunikácie pri povzbudzovaní vyhľadať odbornú pomoc. Zámerom CRAFT je tiež naučiť rodinu odmeňovať pozitívne správanie a celkovo poskytnúť podporu pri zmene správania (tým aj samozrejme posilniť budúcu abstinenciu svojho člena) (Velleman et al. 2023).

Behaviorálna rodinná terapia (ang. *Family Behavior Therapy – FBT*) predstavuje komplexnú intervenciu, ktorá sa zameriava na zmenu prostredia a súboru zručností osôb zneužívajúcich návykové látky tak, aby účinne zvládali podnety spojené s drogami, oslabovali pozitívne asociácie medzi užívaním drog a im vlastnými posilňovačmi a posilňovali správanie spojené s abstinenciou. FBT sa zameriava na to, ako správanie závislého člena rodiny ovplyvňuje rodinu ako celok, pričom pracuje na zmene tohto správania za účasti celej rodiny.

Krátka strategická rodinná terapia (angl. *Brief Strategic Family Therapy – BSFT*) kombinuje intervencie zo štrukturálnej a strategickej rodinnej terapie a predpokladá, že užívanie návykových látok, ako aj iné problémy v správaní sú symptómami rodinnej dysfunkcie. Liečba sa teda zameriava na ovplyvňovanie maladaptívnych vzorcov rodinnej interakcie, spojenectiev, hraníc a obetných baránkov jednotlivých členov rodiny.

Funkčná rodinná terapia (angl. *Functional Family Therapy – FFT*) sa využíva na pomoc rodinám s dospievajúcimi, ktorí zneužívajú návykové látky. Základnou myšlienkou FFT je presvedčenie, že nezdravá rodinná dynamika vedie k problémovému správaniu. Stratégie zamerané na zlepšenie rodinných interakcií zahŕňajú techniky efektívnej komunikácie, riešenie problémov, riešenie konfliktov, rodičovské zručnosti, zmluvy o správaní a ďalšie.

Krátka na riešenie zameraná terapia (angl. *Solution Focused Brief Therapy – SFBT*) môže pomôcť rodinám, ktoré bojujú so sprievodnými poruchami (závislý člen v rodine trpí zároveň inou poruchou duševného zdravia). Autormi terapie sú Steve de Shazero a Insoo Kim Berg. Cieľom bolo vyvinúť časovo obmedzený, avšak efektívny prístup v prevencii, poradenstve a psychoterapii (Šavrnochová et al., 2020). Nezahŕňa presné určenie príčin rodinnej dysfunkcie. Namiesto toho sa zameriava na hľadanie riešení konkrétnych problémov.

Multisystemická terapia (angl. *Multisystemic Therapy – MST*), vyvinutá pôvodne ako rodinná intervencia pre mládež zapojenú do systému súdnictva pre mladistvých, zasahuje do viacerých systémov vrátane jednotlivca, rodiny, školy, rovesníkov a komunity. MST sa primárne zameriava na antisociálne správanie, ale v porovnaní s bežnou komunitnou liečbou vedie MST k pozitívnym výsledkom v oblasti užívania návykových látok. V kombinácii s intervenciami na posilnenie rodín s rodičovským AUD a zlým zaobchádzaním s deťmi sa

zistilo, že MST znižuje negatívne symptómy detí, zneužívanie návykových látok rodičmi a prípady zlého zaobchádzania s deťmi.

Multidimenzionálna rodinná terapia pre adolescentov zneužívajúcich návykové látky (angl. *Multidimensional Family Therapy – MDFT*) pracuje súčasne v štyroch vzájomne závislých oblastiach: adolescent, rodič, rodina a komunita. Je integráciou viacerých prístupov s dôrazom na vzťahy medzi kogníciou, emocionalitou, správaním a vplyvom prostredia. Terapeutické sedenia sa konajú samostatne s mladistvým, samostatne s rodičmi a spoločne s mladistvým a rodičmi. Po vytvorení terapeutického spojenectva a zvýšení motivácie mládeže a rodičov sa terapeut MDFT zameriava na uľahčenie zmeny správania a interakcií. Záverečná fáza MDFT pracuje na upevnení behaviorálnych a vzťahových zmien a úspešnom naštartovaní rodiny, aby sa liečebné úspechy udržali (McCrady & Flanagan 2021).

Odborná literatúra medzi ďalšie typy intervencie zaraďuje **behaviorálne rodinné poradenstvo** (angl. *Behavioral Family Counselling – BFC*), ktoré má určitú podobnosť s BCT, keďže ide o prístup založený na abstinencii, pričom sa tiež zameriava na zlepšenie vzťahu prostredníctvom eliminovania konfliktov a zlepšením komunikácie (Fals-Stewart & O´Farrell 2003; O´Farrell et al. 2010). Rodinní príslušníci sú vzdelávaní v oblasti zneužívania návykových látok a snažia sa podporovať a posilňovať triezvosť svojich blízkych. K intervenciám, ktoré sa tiež zameriavajú na nápravu vzťahov, patrí tzv. rodinný intervenčný program (Baharudin et al. 2013) a kombinovaná behaviorálna intervencia (Hunter-Reel et al. 2012).

Ďalší z prístupov, označovaný ako **Tlak na zmenu** (angl. *The Pressures to Change – PTC*), sa zameriava na zapojenie rodiny do procesu dosiahnutia zmeny u užívateľa (Barber 1995; Barber & Crisp 1995; Barber & Gilbertson 1996) prostredníctvom psychoedukácie (vzdelávanie rodiny o povahe a vplyve užívania alkoholu), diskusií o tom, ako sa rodinný príslušník vyrovnáva s pitím a ako naň reaguje, prostredníctvom pomoci rodine pri vytváraní aktivít, ktoré odrádzajú od pitia a tiež pomoci pri konfrontácii s pijúcim členom.

Ďalším zaujímavým príkladom terapie, ktorá sa začala využívať v rámci Národnej multicentrickej randomizovanej kontrolovanej štúdii liečby závislosti od alkoholu vo Veľkej Británii (Copello et al. 2002), je **sociálna behaviorálna a sieťová terapia** (angl. *Social Behaviour and Network Therapy – SBNT*). Terapia sociálneho správania a sociálnej siete využíva kognitívne a behaviorálne stratégie a pomáha klientom budovať podporné sociálne siete, ktoré môžu byť nápomocné pri zmene správania a dosahovania cieľov. Terapia je založená na koncepcii posilňovania sociálnej podpory pre pozitívnu zmenu v užívaní látok a pozostáva zo série základných a voliteľných tém používaných v rámci sedení. Medzi základné stratégie patria motivačné techniky, zlepšenie komunikácie a mechanizmy zvládania záťažových situácií. V kontexte zamerania pozornosti na rodinu je však podstatné,

že terapia zahŕňa pozvanie ľudí, ktorí sú súčasťou sociálnej siete závislého, na liečebné sedenia a spoločné vypracovanie ďalších krokov v liečebnom procese. V iných prípadoch môže terapia zahŕňať vytváranie podmienok pre fungovanie podpornej siete. Pri jedincoch bez sociálnych kontaktov, ktorí boli predtým úplne izolovaní, je cieľom zapojiť do liečby aspoň jednu novú podpornú osobu. Zložky liečby sú rovnako relevantné a mohli by sa aplikovať u osôb s dostupnými sociálnymi kontaktmi, ako aj u osôb, ktoré sú v čase liečby izolované. SBNT využíva teda sociálnu sieť závislého, zvyčajne rodinu, ale napr. pri práci s adolescentami aj rovesníkov (v tomto prípade pomáha udržať angažovanosť u zraniteľných mladých ľudí tým, že rozširuje dosah intervencie nad rámec tradičnej rodiny). Niektoré štúdie (napr. UKATT Research Team 2005; Watson et al. 2015) preukázali, že tento prístup je často veľmi účinný v oblasti pomoci ľuďom s problémami súvisiacimi práve s alkoholom, aby zmenili svoje pitie a správanie.

4.2 Prístupy využívané na Slovensku

Vychádzajúc z odbornej literatúry a skúseností terapeutov na Slovensku (Martinove, ml. et al. 2011; Skovayová 2006; Wolt & Kvasnová 2014; Mydlíková 2019), sa v našich podmienkach realizuje taktiež rodinná terapia (najmä v poslednej fáze strednodobej liečby) využívajúca behaviorálny, systémový či psychodynamický prístup. Jej efektivitu ilustrujú aj terapeuti z CPLDZ Odborného liečebného ústavu psychiatrického, n. o. Predná Hora: *„Manželská a rodinná terapia sa v dobrom systéme komplexnej liečby prevádza už v jej priebehu*" (Stanislav & Martinove 2009, s. 36). Zariadenie v súčasnosti poskytuje možnosť využiť vzdelávací pobyt pre jedného rodinného príslušníka pacienta pod názvom Rodinná terapia, ktorej cieľom je predovšetkým umožniť rodinným príslušníkom závislého, aby sa dozvedeli čo najviac informácií o závislosti a aby vedeli byť nápomocní svojmu závislému členovi najmä po návrate domov pri začleňovaní sa do bežného každodenného života. Počas pobytu a rodinnej terapie na Prednej Hore sú rodinným príslušníkom i pacientom k dispozícii vo voľnom čase aj rôzne oddychové, kultúrne a športové aktivity, ktoré môžu absolvovať spoločne ako funkčná rodina (viac na www. olup-prednahora.sk).

Párová/manželská terapia

Na liečbe závislosti od alkoholu primárna rola partnera pri spolupráci spočíva v tom, aby závislý sám navrhoval svoje vlastné riešenia, ktoré by viedli ku zmene, pričom partner poskytuje konštruktívnu podporu a tým pomáha závislému získať z liečby maximum. Existujú isté faktory, ktoré môžu ovplyvniť priebeh zapojenia partnera na liečbe závislého formou účasti na párovej terapii:

- závislý necíti potrebu podpory pri riešení svojho problému s alkoholom,

- závislý v dôsledku dlhoročného pitia trpí somatickými komplikáciami a nie je schopný sa zúčastňovať terapie najmä v začiatkoch liečby,
- partner/partnerka po dlhých rokoch spolužitia so závislým partnerom nemá chuť zúčastňovať sa terapie („vzdal to"),
- partner/partnerka po dlhých rokoch spolužitia so závislým partnerom sám trpí depresiami, úzkosťou, nespavosťou, potrebuje pomoc lekára a nie je schopný sa konštruktívne zapojiť do terapie (Miller & Rollnick, 2003).

V takýchto prípadoch by sa mal terapeut s partnerom závislého skontaktovať a stretnúť osobitne, mal by mu poskytnúť základné informácie o chorobe partnera, o priebehu liečby, prípadne odpovedať na otázky z oblasti financií, právnych úkonov, či z oblasti rodičovstva.

Komunikácia so závislým partnerom

V manželstvách, v ktorých jeden partner dlhodobo užíva alkohol, vznikajú vážne problémy, ktoré sa javia z dôvodu narušenej komunikácie medzi partnermi ako neriešiteľné. Partneri závislých (najmä partnerky/manželky) majú tendenciu vracať sa do minulosti a porovnávať správanie partnera pred obdobím jeho nadmerného pitia a v súčasnosti. Medzi ďalšie deficity v oblasti vzájomnej komunikácie zaraďujeme:

- nejasné vyjadrovanie toho, čo partner cíti a chce,
- nečakané zmeny tém,
- vyhýbanie sa rozhovorom o nadmernom pití,
- v extrémnom prípade až úplné popretie problému výskytu závislosti.

U týchto párov existuje vyššia pravdepodobnosť, že sa snažia kontrolovať správanie druhého partnera prostredníctvom negatívnej komunikácie s cieľom dosiahnuť behaviorálnu zmenu partnera averzívnymi kontrolnými taktikami (Ritvo & Glick, 2009). Deficity sa vyskytujú tak na strane zdravého, ako aj závislého partnera. Považujeme ich za dôsledok obranných mechanizmov závislého partnera, jeho neochoty riešiť svoj problém, na strane druhej je narušená komunikácia vo vzťahu k závislému partnerovi možným dôsledkom dlhodobého spolužitia so závislým, prípadne kodependentnými prejavmi partnera. Lindenmeyer (2009) odporúča v rámci párovej terapie rozpracovať základné pravidlá komunikácie, ktoré terapeut s partnermi precvičuje prostredníctvom hrania rolí:

- navzájom sa na seba pozerať,
- namiesto výčitiek a obviňovania priamo prejavovať svoje pocity a želania,
- akceptujúco počúvať (nechať partnera vyrozprávať sa, čím dáva terapeut jasne najavo, že mu obaja partneri dôverujú),
- parafrázovať.

Otvorená a konštruktívna komunikácia medzi partnermi môže viesť k lepším možnostiam diagnostiky pre samotného terapeuta a k relatívne „bezpečnému" (v prítomnosti terapeuta) nácviku vhodnejších pravidiel komunikácie, ktoré môžu zohrať významnú úlohu v období tesne po liečbe. Obaja partneri okrem toho môžu pociťovať menší strach zo spoločného otvoreného rozhovoru a v konečnom dôsledku sa aj samotný závislý nemusí báť liečby,

nakoľko podpora partnera je výrazným motivačným faktorom pri jeho rozhodovaní liečiť sa, resp. zotrvať v liečbe (Šavrnochová 2015). Chceme podotknúť, že terapeut by mal minimalizovať účinok faktorov, ktoré síce môžu mať istú mieru motivácie (nátlak partnera, priateľov, zamestnávateľa), ale v rámci terapie by sa konečná zodpovednosť za zmenu mala ponechať závislému partnerovi, ktorý sa lieči.

Rodinná terapia

Prevendárová (2001, s. 11-12) definuje rodinnú terapiu ako *„samostatnú formu psychoterapeutickej pomoci, zameranú na proces navodenia prospešných zmien v narušenom, patologicky zmenenom, či dysfunkčnom rodinnom systéme, prostredníctvom terapeutického vzťahu medzi pomáhajúcim a členmi rodiny a prostredníctvom terapeutických intervencií (postupov), špecifiká ktorých závisia od konkrétneho smeru (prístupu, školy) rodinnej terapie*". Podľa Kratochvíla (2000) je rodinná terapia oblasťou, ktorá sa:

- zaoberá rodinnými problémami a snaží sa ich prekonať a dosiahnuť harmonické fungovanie rodiny,
- pracuje formou terapeutických sedení s celou rodinou,
- pristupuje ku každému členovi rodiny tak, že ho vníma ako samostatnú súčasť rodinného systému a v jeho problémoch a poruchách hľadá súvislosti so súčasným fungovaním rodiny.

Rodinná terapia sa začala formovať v päťdesiatych rokoch 20. storočia a v oblasti závislostí sa postupne rozvíjala v troch hlavných vývojových etapách:

- Patologické správanie rodinných členov – rodina bola vnímaná ako zdroj potenciálnych symptómov a výskumy v oblasti alkoholovej závislosti zamerané na rizikové faktory preukázali, že dominantnými v rámci rodiny boli nasledovné pravidlá – o nadmernom užívaní alkoholu a všetkým, čo s tým súvisí, sa nerozpráva; všetci členovia rodiny udržiavajú navonok status stabilnej a spokojnej rodiny; pokiaľ dôjde k riešeniu problému s alkoholom, nikdy nebude na príčine alkohol a jeho nadmerné užívanie, ale iná skutočnosť.
- Patologický rodinný závislostný systém – na rodinu sa začalo nazerať ako na funkčný systém, ktorý svojimi pravidlami „udržiava" závislé správanie jej člena, alebo tiež „rodina je zodpovedná za súčasný stav".
- Využitie sily rodinného systému k úzdrave – pozornosť sa začala upriamovať na interakcie závislého s ostatnými členmi rodiny ako na možnosť dlhodobej úzdravy v zmysle „členovia rodiny sú spoluzodpovední za budúcnosť" (Kalina et al., 2008).

Rodinná terapia v porovnaní s manželskou terapiou pracuje s celou rodinou vrátane detí, pričom sa zameriava na pozitívny vývoj detí a celej rodiny. Terapeuti odporúčajú využiť rodinnú terapiu najmä v prípadoch, kde súčasné interpersonálne konflikty a problémy

v komunikácii priamo prispievajú k škodlivému užívaniu (prudká hádka medzi manželmi ako spúšťač ďalšieho pitia), ale jej využitie je vhodné aj v prípadoch, kedy členovia rodiny závislého rôznym spôsobom (často neúmyselným, neuvedomujúc si dôsledky choroby závislého) podporujú pitie. Hlavným cieľom rodinnej terapie je oboznámiť sa s problematikou závislostí, s príčinami vzniku, rozvoja a udržiavania závislostí, s problematikou kodependencie, ale aj nadobudnúť základné informácie o tom, ktoré správanie je dôležité zmeniť, ako komunikovať s členom po liečbe, ako postupovať v prípade recidívy, ale aj uvoľniť stres, hnev a napätie.

Problém odporu a obranných mechanizmov

Súčasťou liečby závislosti od alkoholu je práca s odporom a obrannými mechanizmami. Vzhľadom na časové ohraničenie ústavnej liečby na Slovensku je dôležité sústrediť sa hneď v úvode pri práci s rodinou na odbúravanie odporu príbuzných, ktorého prejavy sú nasledovné:

- závislý člen sa často obáva, že pri zapojení príbuzných do terapie sa odhalia údaje o podrobnostiach jeho „pijanskej kariéry" (najmä závislé ženy),
- partner závislého môže mať obavy z obviňovania zo spoluzodpovednosti za rozvoj a udržiavanie závislosti zo strany terapeuta,
- najčastejšie manželia (z nich jeden je závislý) môžu mať strach z toho, do akej miery im terapia zasiahne do ich partnerského vzťahu (Lindenmeyer 2009).

Prítomnosť obranných mechanizmov je charakteristická aj pre najbližšie vzťahové osoby závislého, pričom samotný konštrukt a jednotlivé mechanizmy tak, ako sme ich vymenovali v kapitole Kodependencia, sa následne premietajú aj v správaní členov rodiny:

- **Vytesnenie** v zmysle snahy riešiť problém v rodine vedomému vyhýbaniu sa závislému, resp. situáciám, ktoré s problémom súvisia.
- **Popretie** v zmysle snahy riešiť problém zaujatím postoja, že problém v rodine nie je až tak dôležitý, ako si iní myslia (môžeme hovoriť o *„chorobe rodiny*" založenej na psychodynamickej teórii kodependencie).
- **Presunutie** v zmysle nahradenia a venovania sa iným aktivitám.
- **Racionalizácia** spočívajúca v iracionálnych interpretáciách problémových situácií so závislým zo strany blízkych.
- **Projekcia** v zmysle obviňovania iných ľudí alebo systém za problém, ktorý je v rodine (napr. *„Keby mal prácu, nepil by*" alebo *„Môže za to jeho mama, že mu vždy všetko tolerovala*").
- **Reaktívna formácia** v zmysle snahy rodiny riešiť problém tým, že sa jej jednotliví členovia správajú presne opačne, ako sa v skutočnosti cítia (Šavrnochová 2011).

Poskytnutím dôležitých informácií o chorobe môže terapeut do značnej miery odbremeniť ich pocity viny a zároveň zdôrazniť možnosti vplyvu rodiny na budúcu abstinenciu závislého. Podstatným je poukázať aj na prípadné nové zmeny v rodine po skončení liečby závislého,

pretože tie bývajú často zdrojom nových konfliktov v rodine. Terapeut by mal uistiť aj závislého v liečbe, **že informovanosť príbuzných o chorobe závislosti a o podrobnostiach jeho pijanskej/drogovej kariéry mu môže v konečnom dôsledku v samotnom procese liečby výrazne pomôcť.**

4.3 Sociálne poradenstvo pre kodependentov

Nielen potreby závislého, ale aj potreby jeho rodinných príslušníkov sa vyvíjajú a menia. Posúvajú sa od všeobecných ku konkrétnym a pomoc odborníka vyhľadávajú často až v momente, keď je ohrozená celá rodina a droga sa stala jej súčasťou. Sociálne poradenstvo ako odborná činnosť je zamerané na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii. Vykonáva sa na úrovni základného sociálneho poradenstva a špecializovaného sociálneho poradenstva. Podľa *zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon*) obsahom **základného sociálneho poradenstva** (ktoré je súčasťou každej sociálnej služby podľa tohto zákona) je posúdenie povahy problému fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, poskytnutie základných informácií o možnostiach riešenia problému a podľa potreby aj odporúčanie a sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci.

Špecializované sociálne poradenstvo je zamerané na zistenie príčin vzniku, charakteru a rozsahu problémov fyzickej osoby, rodiny alebo komunity a poskytnutie konkrétnej odbornej pomoci. V kontexte podpory a sprevádzania najbližších vzťahových osôb závislého klienta sa na Slovensku realizuje predovšetkým v **Centrách pre deti a rodiny s resocializačným programom** (CDRsRP), ktoré podľa *zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov* poskytujú odbornú pomoc plnoletej fyzickej osobe alebo dieťaťu po predchádzajúcom poskytnutí zdravotnej starostlivosti v CPLDZ. CDRsRP do portfólia svojich služieb zahrňajú okrem rodinnej terapie aj špecializované sociálne poradenstvo pre rodiny závislých klientov s cieľom zapojiť do procesu resocializácie klienta všetkých členov rodiny. Úlohou sociálneho poradcu pri práci s rodinou je dosiahnuť, aby rodinní príslušníci porozumeli závislému, dozvedeli sa informácie o priebehu liečby, o závislosti ako chorobe, o prístupe k závislému v jednotlivých fázach jeho choroby, uvoľnili sčasti vlastné napätie, získali nadhľad v komunikácii so závislým a boli schopní prijať jeho diagnózu. Kým závislý máva často tendenciu svoju situáciu podceňovať a zľahčovať, u príbuzných (predovšetkým v dôsledku rozvoja spoluzávislosti) prevládajú pocity bezmocnosti, úzkosti, strachu a snahy situáciu čo najrýchlejšie vyriešiť.

Medzi najčastejšie otázky rodinných príslušníkov, s ktorými sa poradca môže stretnúť, môžeme zaradiť napr.:

Kde sme urobili chybu?

Prispeli sme k tomu, že začal/začala piť, fetovať?

Môžeme mu/jej pomôcť, a ak áno, ako?

Ako riešili podobný problém iní?
Aká účinná je liečba závislostí?
Je závislosť vyliečiteľná?
Ako bude vyzerať jeho/jej návrat z liečenia?
Vyriešiť môj/náš vlastný problém.
Ako postupovať v prípade, že si nechce priznať svoj problém?
Získať kontakt na možnú liečbu v mieste môjho bydliska.
Získať informácie o liečebných programoch.
Praktické otázky v prípade liečby (zdravotné poistenie, sociálne dávky a pod.) (Šavrnochová 2011).

Pri práci s rodinou závislého klienta by mal poradca rešpektovať nasledovné:

- Problematiku závislosti je potrebné vnímať ako problém zasahujúci a ovplyvňujúci všetky prvky rodinného systému (teda nielen jej chorého člena).
- Pri riešení problémov vyplývajúcich zo závislosti by sa mal poradca vzdať predstavy, že existuje jednoznačný vzorec, prípadne spôsob komunikácie, ktorý by ho viedol v samotnom procese pomoci. Mal by myslieť na to, že každá rodina a jej systém je jedinečný a vyžaduje do určitej miery špecifické prístupy k riešeniu.
- Poradca by mal rešpektovať skutočnosť, že v komunikácii s rodinou je spochybňované doterajšie sebachápanie nositeľa závislosti, kedy prirodzeným ľudským nastavením je udržať si stále a jednotné videnie seba samého a to i v prípadoch, že je spochybňované najbližšími členmi rodinného systému. Závislý člen má v určitých situáciách „právo" správať sa nerozumne a je úplne prirodzené, že preferuje dominantnú stratégiu, čomu zodpovedajú často podobné stratégie zo strany rodinných príslušníkov. Pomáhajúci by mal na tieto reakcie reflektovať a nie zaujímať hodnotiace stanovisko.
- Poradca by mal zamerať svoju pozornosť nielen na závažné životné problémy vyplývajúce z existencie závislosti v rodine, ale rovnako by sa mal zaoberať témami, ktoré sú závislosťou jedného z členov relatívne ušetrené. Mal by sa snažiť, aby sa téma závislosti neprenášala aj na iné rodinné témy. Je dôležité sledovať nielen procesy rozdeľujúce rodinu ako systém, ale aj procesy, ktoré rodinu stále udržujú. Takýmto spôsobom si vytvára priestor a možnosť udržať s nositeľom problému komunikáciu smerujúcu k vzájomnej kooperácii a súčasne všetkých členov podnecovať k novým pohľadom, ktoré umožňujú prekonávať ich možný odpor a prípadné obranné mechanizmy.
- Poradca by mal rešpektovať, že aj po absolvovaní liečby je dovtedajší rodinný systém nahradený systémom inak problémovým, zmenili sa len témy, okolo ktorých je problémový systém tvorený. Na tzv. **fenomén abstinencie** upozorňoval už Skála (1987), podľa ktorého abstinujúci člen rodiny po liečbe môže svoju rodinu stresovať rovnako ako v období pitia, len iným spôsobom. Táto skutočnosť by mala byť tematizovaná už v priebehu samotného poradenského procesu. Závislý člen by

nemal nadobudnúť pocit, že po absolvovaní liečby sa situácia rodinného systému výrazne a najmä rýchlo zmení v porovnaní s minulosťou. Môže potom disponovať nereálnymi očakávaniami, ktoré v prípade, že sa nenaplnia, spustia negatívnu odozvu aj formou myšlienok na alkohol a možnej recidívy. Intervencia poradcu by mala preto pokračovať aj v doliečovacom procese a mala by byť zameraná predovšetkým na uvoľňovanie komunikácie v rámci rodinného systému. Pomáhajúci pracovník by mal preto vo svojej práci s rodinou závislého myslieť na to, že témy, ktoré súvisia s problémom závislosti, sa budú minimalizovať len vtedy, keď najakútnejšie problémy stratia svoju naliehavosť a stanú sa bezdôvodnými (Barnardová 2011; Kliment 2007).

Sociálny poradca môže pracovať s rodinou závislého klienta počas celého liečebného procesu klienta – pred nástupom na liečbu, počas trvania ústavnej liečby a v následnom doliečovacom procese. V krátkosti predstavíme niektoré základné oblasti intervencie týkajúce sa práce sociálneho poradcu s rodinou závislého klienta (Šavrnochová 2011):

Motivovanie príbuzných

Situácia v rodine po dlhoročnom spolužití so závislým býva často v úvode liečby závislého napätá, jednotliví členovia rodiny sa navzájom obviňujú a často hľadajú *vinníka*, ktorý je za chorobu závislého člena zodpovedný. Tak, ako prenášanie zodpovednosti zo závislého na ostatných členov rodiny z hľadiska jeho budúcej abstinencie je neefektívne, rovnako neefektívne je aj vzájomné obviňovanie sa a napätie v rodine. Nešpor (2007) poukazuje na veľmi dôležitý moment, že rodina väčšinou disponuje podstatne silnejšími motivačnými nástrojmi ako terapeut (predovšetkým v citovej, ale i hmotnej oblasti). Prvý telefonický kontakt, alebo prvé osobné stretnutie s rodinou závislého jedinca môže do veľkej miery ovplyvniť samotné správanie sa a aktívny prístup závislého počas nasledujúcich týždňov ústavnej liečby.

Motivovanie príbuzných k spolupráci pri liečbe závislého člena sa začína prakticky už prvým kontaktom poradcu s príbuznými. Podobne ako pri motivačnom tréningu so závislým, aj pri práci s rodinou by mal poradca prejaviť pochopenie; zistiť, ako jednotliví členovia rodiny vnímajú problém a ako by mohli (každý svojím spôsobom), prispieť k jeho zvládnutiu. V praxi sa stáva, že príbuzní sa zámerne počas prvých týždňov liečby *nezaujímajú* o stav ich závislého člena. Poradca by v takomto prípade mal prejaviť porozumenie, ale v každom prípade by sa mal snažiť o bližší kontakt s rodinou.

Informovanosť rodiny o závislosti ako o chorobe

Len máloktorá rodina so závislým členom (počas užívania návykovej látky) pozná a rozumie podstate závislosti ako choroby. Väčšina rodín nepozná mechanizmy závislosti, veľa rozhodnutí robia podvedome a nevedia, či postupujú správne alebo nie. Keď nastupuje ich závislý člen na liečbu, niektorí z nich majú predstavu úplného vyliečenia ich závislého člena, niektorí neveria v úspešnosť liečby, niektorí si myslia, že na liečbe naučia závislého opäť normálne piť. Už pri prvom stretnutí je dôležité informovať rodinu o chorobe ich člena a dať im k dispozícii informačné materiály. Poskytnutím informácií o chorobe závislého môže poradca do značnej miery odbremeniť ich pocity viny a zároveň zdôrazniť možnosti vplyvu rodiny na budúcu abstinenciu závislého. Za dôležité považujeme poukázať aj na prípadné nové zmeny v rodine po skončení liečby závislého, pretože tie bývajú často zdrojom nových konfliktov v rodine.

Informovanosť rodiny o problematike kodependencie

Sme toho názoru, že poznanie vlastnej účasti na vývoji závislosti chorého člena rodiny môže v budúcnosti zabrániť opakovaniu deštruktívneho správania. Ako sme uviedli, kodependencia v rodine môže smerovať k neefektívnej komunikácii s jednotlivými členmi rodiny a tým aj k neefektívnej a často kontraproduktívnej participácii rodiny na liečebnom procese svojho závislého člena.

V spolupráci s ďalšími odborníkmi je nevyhnutné:

- poučiť rodinu o nebezpečenstve a sebadeštrukcii ich vlastného návykového správania, ktoré vzniká v dôsledku dlhoročného spolužitia so závislým,
- poukázať na neefektívnosť ich „pomoci" a snahy kontrolovať závislého a pomôcť im tak pracovať na potlačení všetkých foriem kontroly a jej prejavov (napr. kontrolovať financie, ospravedlňovať jeho pitie alebo fetovanie, merať množstvo vypitého alkoholu z fliaš, neustále naňho myslieť a báť sa, čo sa mu všetko môže stať...),
- vysvetliť, že takéto správanie im samým znemožňuje nájsť pokoj a vyrovnanie a len oni sami svoje správanie môžu zmeniť,
- podľa potreby ponúknuť členom rodiny účasť na:
    - na individuálnej terapii s cieľom prijať seba samého a zodpovednosť za seba samého,
    - na skupinovej psychoterapii špecifickej pre kodependentov, prípadne pre dospelé deti z dysfunkčných rodín,
    - na absolvovaní vzdelávacích programov o kodependencii,

- spolupracovať a využiť pomoc iných ľudí, ktorí sú v podobnej situácii (napr. členov svojpomocnej organizácie Al-Anon, poskytnúť kontakty na tieto svojpomocné skupiny),
- spoločne hľadať a využívať prvky podpornej liečby (vedenie si denníka, pravidelný kontakt s jedným alebo viacerými dôveryhodnými ľuďmi) (Šavrnochová 2011; Vasilescu 2012).

Dohoda rodiny s poradcom o jednotnom prístupe k závislému

Dohoda, ktorá má presne stanovené ciele, môže znížiť riziko nielen predčasného ukončenia rodinnej terapie, ale aj predčasného ukončenia liečby závislého. Zavedenie základných pravidiel pomôže rodine nájsť stratenú štruktúru fungovania, jasné pravidlá prispievajú k pocitom istoty a opory v terapeutický tím a v priebeh liečby ich závislého člena. Poradca by mal v komunikácii s rodinnými príslušníkmi prejaviť záujem o každého člena rodiny, dať mu priestor a počúvať ho – čím dáva členom rodiny pocit zapojenia a predkladá im vzor, ako medzi sebou komunikovať a navzájom sa počúvať (Kalina, 2008).
Okrem stanovenia si základných pravidiel pre čas, frekvenciu a účasť rodinných príslušníkov na jednotlivých sedeniach s poradcom, je nevyhnutné dohodnúť sa s rodinou, ako budú jej jednotliví členovia počas nasledujúcich týždňov liečby komunikovať so závislým, ako často ho budú navštevovať a aký spôsob komunikácie voči nemu zvolia.

Komunikácia rodiny so závislým počas trvania liečby

V rodinách s výskytom závislosti nie sú ničím výnimočné deficity práve v oblasti komunikácie. Častá je absencia priamej komunikácie na vzťahovej úrovni, nejednoznačný a nepriamy štýl komunikácie, málo rozhovorov o probléme, prípadne úplné popretie, perseverácia, či náhle zmeny témy. Tieto deficity vznikajú často dôsledkom obranných mechanizmov závislého a jeho neochoty riešiť problém, ale rovnako problémy v komunikácii vidíme aj zo strany príbuzných práve v dôsledku rozvoja spoluzávislosti.
Skovayová (2006) poukazuje na isté nepísané pravidlá medzi závislým a jeho rodinou, ktoré sme doplnili o ďalšie, pričom je veľmi vhodné ich aplikovať nielen medzi rodinou (myslíme všetkých rodinných príslušníkov) a závislým členom, ale aj medzi partnermi samostatne:

- Spolupracujte a komunikujte so závislým členom len v prípade, keď Vás o to sám požiada.
- Odovzdajte iniciatívu a zodpovednosť do jeho rúk - je to jeho liečba.

- Nenechajte sa manipulovať a vydierať, určite si počas návštev adekvátne pravidlá komunikácie.
- Nehovorte s ním počas návštev o droge, ktorú užíval.
- Nevyčítajte a nepripomínajte mu jeho minulosť.
- Dávajte mu najavo, že mu dôverujete.
- Nesľubujte odmenu za zotrvanie v liečbe ani za vyliečenie.
- Uvedomte si, že nestačí to, čo chcete Vy. Najdôležitejšia je motivácia Vášho závislého člena liečiť sa, preto priveľmi naňho netlačte, môže to vyvolať opačný efekt, ako očakávate.
- Snažte sa mu ísť príkladom svojím životným štýlom.
- Okrem účasti na rodinnej, prípadne manželskej terapii sa zúčastňujte pravidelne socioterapeutických klubov v zariadení, kde sa Váš závislý člen lieči.

Je nevyhnutné informovať príbuzných o tom, že tieto pravidlá dosahujú maximálny efekt len v prípade, ak rodina ako celok drží pohromade a jej jednotliví členovia sú medzi sebou dohodnutí, aký prístup voči svojmu závislému členovi zvolia. Pokiaľ sú však medzi rodinnými príslušníkmi rozpory a oni sami sa nevedia dohodnúť (napr. inak sa správa manželka závislého, inak sa správa dospievajúci syn a inak sa správajú rodičia závislého), efekt je minimálny, až žiadny. Čím skôr si rodina spoločne s poradcom stanoví jednotné pravidlá v komunikácii a jednotný prístup k závislému, tým rýchlejšie závislý člen pochopí, že prostredníctvom manipulácie a používaním obranných mechanizmov nedosiahne to, čo dosahoval v čase, keď užíval drogu.
Sociálne poradenstvo pre kodependentov odporúčame realizovať aj s využitím vybraných techník a postupov motivačných rozhovorov (viac v kapitole 5).

4.4 Svojpomocné liečebné programy

Svojpomocnú skupina je možné charakterizovať ako skupinu ľudí, ktorých spája spoločný problém, ťažkosť či životná situácia. Je založená na predpoklade, že osobe v určitej životnej situácii môže najviac pomôcť osoba, ktorá zažila alebo v súčasnosti zažíva podobnú životnú situáciu či rieši podobný problém. Čo je spoločné pre všetky zoskupenia ľudí s rovnakým problémom, je vzájomná pomoc. Svojpomocné liečebné programy historicky siahajú do roku 1935, kedy vzniklo hnutie Anonymných alkoholikov (AA), typ svojpomocnej a podpornej skupiny, v ktorej sa členovia a členky navzájom povzbudzujú v abstinencii.
Bohužiaľ stále nie dostatočný počet rodín s pijúcim členom však vie o existencii svojpomocných skupín aj u nás na Slovensku, ktoré pomáhajú rodinným príslušníkom liečiť sa z kodependencie a odstraňovať pocity izolácie a nepochopenia vo vzťahu s pijúcim členom rodiny.

Svojpomocná organizácia Al-Anon

Al-Anon je celosvetové spoločenstvo, ktoré ponúka liečebný program rodinám a priateľom závislým od alkoholu bez ohľadu na to, či si závislý člen rodiny uvedomuje svoj problém alebo sa snaží vyhľadať pomoc. Jej členovia prostredníctvom vzájomnej výmeny skúseností, sily a nádeje prijímajú a poskytujú útechu a porozumenie. Sú si vedomí toho, že závislosť od alkoholu je choroba, ktorá postihuje celú rodinu, pričom cieľom liečebného programu nie je zastaviť pitie závislého člena, ale pomôcť tým, ktorí boli pitím poznačení najviac – rodinným príslušníkom. V roku 1948 rodinná skupina Al-Anon (angl. *Al-Anon Family Group*) upravila program 12 krokov prevzatých od Anonymných Alkoholikov, pričom obsah jednotlivých krokov pretransformovala na potreby rodín s problémovým užívateľom alkoholu (Millerová 2011). V dôsledku dlhodobého spolužitia so závislým si členovia skupiny uvedomujú, že nielen pijúci člen, ale aj oni sa potrebujú vyliečiť zo svojich myšlienok a správania, ktoré aplikovali vo vzťahu k závislému dlhé roky. Môže ísť o:

- obsesiu – nutkavé správanie prejavujúce sa počítaním vypitého alkoholu, vylievaním fliaš, chronickými myšlienkami zaoberajúcimi sa aktuálnym stavom závislého,
- úzkosť a starosť o zhoršujúci sa zdravotný stav chorého, krytie jeho správania, vymýšľanie výhovoriek a klamstiev naprávajúcich narušené vzťahy,
- hnev a zvyšujúcu sa potrebu spôsobenú bolesť závislému vrátiť a potrestať ho,
- popieranie a skrývanie toho, ako sa naozaj cítia a čo si uvedomujú,
- pocity viny, že čiastočne za pitie svojho blízkeho môžu oni sami, že neboli dosť príťažliví, dostatočne pripravení a šikovní na to, aby mohli problém namiesto svojho blízkeho vyriešiť.

„Niekedy som bývala manželovým alkoholizmom a svojím úsilím presvedčiť ho, aby prestal piť, tak zaslepená, že som si nedopriala žiadne potešenie. Vďaka Al-Anonu som pochopila, že pre seba môžem robiť všetko, čo by podľa mojich prianí mal robiť pre mňa manžel" (členka Al-Anonu). Práve prostredníctvom programu 12 krokov sa rodinní príslušníci učia, že nemôžu zmeniť závislé správanie svojho člena rodiny, ale prácou na sebe a zbavovaním sa deštruktívnych vzorcov správania môžu zmeniť seba. Cieľom Al-Anonu je tak ponúknuť priateľstvo a útechu rodinám a priateľom alkoholovo závislým, poskytnúť príležitosť zotaviť sa z následkov choroby celej rodiny, duchovne rozvíjať svoju osobnosť, ale aj zdieľať sa so svojimi skúsenosťami.

Na stretnutiach sa členovia Al-Anon učia, že nemajú:

- trpieť v dôsledku skutkov alebo reakcií iných,
- dovoliť iným, aby ich využívali alebo zneužívali,
- robiť za iných ľudí veci, ktoré môžu urobiť sami,
- snažiť sa riadiť život človeka (aby sa správal podľa ich predstáv),
- skrývať alebo naprávať chyby iných,
- snažiť sa zabrániť kríze, ak je prirodzeným dôsledkom sledu udalostí,
- nechať dovoliť, aby závislí v ich životoch znášali dôsledky svojich skutkov.

Nešpor (2007) poukazuje na to, že priznanie si bezmocnosti voči manželovmu pitiu nezodpovedá skutočnosti, pretože manželky majú veľa dobrých možností, ako môžu ovplyvniť správanie partnera. Priznanie si bezmocnosti (čo je vlastne podstatou Al-Anonu) však môže byť užitočným terapeutickým paradoxom, ktorý ženu závislého partnera orientuje a nasmeruje k jej vlastným hodnotám, robí ju menej závislou na partnerovom správaní a oslabuje jej tendenciu (a aj tendenciu ostatných rodinných príslušníkov) preberať zodpovednosť za správanie pijúceho člena.
Al-Anon nie je vedený odborníkmi, ani nie je chápaný ako náhrada za odbornú liečbu vo forme rodinnej, prípadne manželskej terapie. Ide o program podpory a osobného rastu rodinného príslušníka pijúceho člena. Členstvo v skupine je založené na dobrovoľnosti a jeho jedinou podmienkou je, že členovia nejakým spôsobom znášajú nepriaznivé dôsledky pitia iného človeka. Mnohí z nich, ktorí tam prvýkrát prídu, dúfajú, že sa dozvedia informácie, ako by mali presvedčiť závislého, aby prestal piť a išiel na liečbu. Podstatou ale zostáva prestať sa zaoberať životom, pitím a problémami svojho závislého člena a začať sa sústrediť na seba a svoj život.

V súvislosti s problematikou (nielen) kodependencie uvedieme príklady aj ďalších svojpomocných skupín/organizácií založených a pracujúcich prevažne na princípe 12 krokov:

Svojpomocná organizácia Alateen

Spolužitie s rodičom závislým od alkoholu ohrozuje vývin dieťaťa v samotných základoch jeho osobnosti. Nevhodné utváranie primárnych sociálnych vzťahov, nedostatočné uspokojenie potreby istoty, nedostatok vhodných identifikačných vzorov v najbližších osobách môže viesť k narušeniu zdravého vývinu dieťaťa. Svojpomocná organizácia Alateen vznikla v roku 1957 a je zameraná výlučne na pomoc a podporu deťom, ktorých rodič/rodičia sú závislí od alkoholu a je súčasťou skupiny Al-Anon. Cieľom stretávania sa mladých ľudí nie je zastaviť pitie rodiča/rodičov, ale najmä:

- porozumieť alkoholovej závislosti,
- poskytnúť možnosť porozprávať sa o svojich problémoch s deťmi, ktoré majú rovnaký problém,
- naučiť dieťa emocionálne oddeliť od problémov pijúceho rodiča bez toho, aby ho prestal milovať,
- pochopiť podstatu programu Al-Anon,
- ale predovšetkým mladého človeka informovať, že závislosť rodiča/rodičov je problémom dospelých a on za ich problémy nenesie zodpovednosť (Šavrnochová 2011).

Svojpomocná skupina DDA – Dospelé deti alkoholikov

Dospelé deti alkoholikov (angl. *Adult Children of Alcoholics – ACOA*) je svojpomocná skupina zameraná na uzdravovanie sa z dôsledkov vyrastania v dysfunkčnej rodine. V tejto súvislosti sa používa pojem dospelé dieťa, ktoré reaguje na situáciu seba-spochybňovaním,

sebaobviňovaním alebo pocitom, že sa mýli, či je menejcenná, pretože takýmto vzorcom správania sa podvedome vplyvom vyrastania v dysfunkčnej rodine naučila v rôznych obdobiach svojho detstva (Geringer Woititz 1997). Skupina združuje dospelé ženy a mužov, ktorí si zo svojich biologických rodín preniesli pocity viny, hanby a sklony kontrolovať svojich partnerov. Na skupinách sa snažia pracovať so svojou osobnosťou, aby si nezdravý spôsob života neprenášali na svoje okolie (Vasilescu 2012).

Svojpomocná organizácia CoDa

Medzinárodná svojpomocná organizácia anonymných kodependentov CoDa (angl. *CoDependents Anonymous*) predstavuje svojpomocnú skupina pre kodependentov – spoločenstvo žien a mužov, ktorých spoločným cieľom je získať zdravé vzťahy. Jedinou požiadavkou pre členstvo je túžba po zdravých a láskyplných vzťahoch. Svojpomocná skupina Co-Da je rovnako založená na programe 12 krokov a platia v nej podobné princípy ako v skupine Al-Anon (CoDa 2009).

Svojpomocná organizácia Nar-Anon

Rodinné skupiny Nar-Anon (angl. *Nar-Anon Family Groups*) sú určené predovšetkým pre tých, ktorí poznajú alebo poznali pocit zúfalstva v súvislosti s problémom závislosti od drog niekoho veľmi blízkeho. Táto podpora sa líši od programu Al-Anon, pretože je určená špeciálne pre priateľov a rodinných príslušníkov ľudí, ktorí bojujú s drogovou (nie alkoholovou) závislosťou. Tento program zotavenia taktiež využíva 12 krokov a jedinou podmienkou členstva a účasti na stretnutiach je, aby sa u príbuzného alebo priateľa vyskytol problém s drogami alebo závislosťou. Súčasťou programu Nar-Anon sú svojpomocné skupiny **Narateen** vytvorené s cieľom poskytovať podporu dospievajúcim rodinným príslušníkom a priateľom závislých. Skupina Narateen je bezpečným prostredím, kde sa dospievajúci môžu zdieľať a pracovať na svojom zotavení.

Anonymné rodiny

Anonymné rodiny (angl. *Families Anonymous*) sú 12-krokové spoločenstvo pre rodiny a priateľov, ktorí spoznali pocit zúfalstva v súvislosti s deštruktívnym správaním niekoho veľmi blízkeho, či už spôsobeným drogami, alkoholom alebo súvisiacimi problémami so správaním. Svojpomocná skupina vznikla v roku 1971 a jej členmi sú rodičia, starí rodičia, súrodenci, manželia, blízke osoby, iní rodinní príslušníci a priatelia tých, ktorí majú súčasný, predpokladaný alebo bývalý problém s drogami.

Svojpomocná organizácia GRASP

Organizácia GRASP (angl. *Grief Recovery After Substance Passing*) bola vytvorená s cieľom ponúknuť pochopenie, súcit a podporu tým, ktorí stratili niekoho blízkeho v dôsledku závislosti a predávkovania.

Svojpomocný program Tough Love

Špecifickým je program Tough Love, ktorý v publikácii *Nedajte sa zabiť vlastnými deťmi* predstavil Charles Rubin – rodič závislých detí. V súčasnosti je tento program rozšírený najmä v Austrálii. V porovnaní s predchádzajúcimi skupina nepracuje na princípe 12 krokov. Poslaním programu je však takisto pomôcť rodičom závislých detí prekonať kodependenciu, stretávať sa s rodičmi v podobnej situácií a za ich pomoci si uvedomiť, že je zbytočné pokúšať sa dostať svoje dieťa na liečenie, pretože ono samo musí dospieť k tomuto rozhodnutiu, pokiaľ sa to podarí. Pokiaľ rodič závislého dieťaťa dospeje do bodu, že požiada iných rodičov o pomoc pri odsťahovaní dieťaťa, podstata takejto pomoci je podľa Rubina (1999, s. 140) nasledovná: *„členovia skupiny sprevádzajú rodiča krok po kroku naozaj nepríjemným procesom vysťahovania vlastného dieťaťa z domu*".

O prísnej, resp. tvrdej láske sa zmieňujú aj Pešek, Vondrášková a Veselý (2008), ktorí tvrdou láskou označujú dobrý vzťah k dieťaťu a snahu pomôcť mu, ale zároveň ňou označujú cieľavedomosť a pevnosť zo strany rodičov. Nielen dieťa, ale každý závislý by mal vedieť, aké dôsledky bude mať jeho správanie na okolie a pokiaľ sa bude správať problémovo, mal by dôsledky svojho správania aj znášať.

4.5 Socioterapia v prirodzenom prostredí závislého

Pod socioterapiou v prirodzenom prostredí máme na mysli využívanie prirodzenej pomoci v rámci najbližšieho sociálneho prostredia závislého – rodiny. Hlavným cieľom socioterapie je tak minimalizovať také správanie závislého, ktoré by mohlo akýmkoľvek spôsobom ohroziť začínajúcu abstinenciu a zároveň posilňovať podporné stratégie rodinných príslušníkov (resp. prvky prostredia rodiny) vo vzťahu k závislému, ktoré majú proabstinenčný charakter.

Aktívne zapájanie rodinných príslušníkov do doliečovania abstinujúceho závislého smeruje k obnoveniu narušenej rovnováhy rodinného systému a zároveň posilňuje:

- stabilizáciu nových vzorcov správania abstinujúceho,
- prijatie novej roly abstinujúceho,
- upevňovanie proabstinenčnej klímy v rodinnom prostredí.

Vymětal (2010) chápe socioterapiu v prirodzenom prostredí ako určité vedenie odborného pracovníka, ktorý spolupracuje s blízkymi chorého jedinca pri poskytovaní pomoci. Kapustová (2008) pod socioterapiou v prirodzenom prostredí rozumie socioterapeutickú prípravu v rámci prostredia, do ktorého sa závislý po ukončení liečby vracia, pričom za najdôležitejšie prostredie, ktoré môže formovať postoj budúceho abstinenta, považujeme rodinu závislého. Aby si abstinujúci závislý upevnil vzory správania, ktoré sa naučil na ústavnej liečbe, prípadne v zariadeniach následnej starostlivosti, potrebuje v abstinencii pomoc a podporu. Partner/partnerka, manžel/manželka, rodina, blízki priatelia zohrávajú v tomto období kľúčovú úlohu.

V takto chápanom kontexte **cieľom socioterapie nie je kontrola a vedenie abstinujúceho závislého v jeho abstinencii, ale kooperácia zdôrazňujúca rovnoprávnosť a vlastnú aktivitu partnera, pričom je realizovaná v jeho záujme a v jeho prospech** (Šavrnochová 2015).

Podstatou socioterapie v prirodzenom prostredí je využitie prirodzenej pomoci, ktorá prichádza z najbližšieho sociálneho prostredia závislého, a týmto prostredím je jeho rodina.

Vychádzajúc z tejto definície je hlavným cieľom socioterapie:

- minimalizovať u abstinujúceho závislého jedinca také správanie, ktoré môže akýmkoľvek spôsobom ohroziť jeho začínajúcu abstinenciu
- a súčasne posilňovať prvky prostredia rodiny a správania sa jej členov vo vzťahu k abstinujúcemu, ktoré pôsobia pozitívne a proabstinenčne.

Podporné stratégie rodiny upevňujúce abstinenciu závislého

V nasledujúcej časti sa budeme venovať bližšej špecifikácii konkrétnych podporných prvkov správania sa blízkych vo vzťahu k alkoholovo závislému členovi rodiny, ktoré môžu výrazným spôsobom stabilizovať nové vzorce správania sa abstinujúceho závislého a tým aj ovplyvniť úspešnosť a dĺžku trvania jeho abstinencie.

Rozhodnutie partnera zotrvať vo vzťahu s abstinujúcim závislým

Partneri závislých si kladú často veľmi závažné otázky týkajúce sa ďalšej existencie vzťahu. Keďže prevažná väčšina z nich žila dlhé roky v spoluzávislom vzťahu (hoci oni sami o tom nemuseli vedieť), o to ťažšie je pre nich nájsť vhodný spôsob, ako po liečbe partnera neopakovať správanie, ktoré v minulosti akýmkoľvek spôsobom prispievalo k udržiavaniu závislého správania partnera. Aj táto skutočnosť je dôvodom, prečo je dôležité počas liečby zapojiť do terapie oboch manželov a zároveň ich podporovať, aby komunikovali o tom, čo malo v minulosti pozitívny a negatívny vplyv na nadmerné užívanie alkoholu závislého partnera (Ühlinger & Tschui, 2009). Mnohí partneri sa po liečbe ocitnú v rozporuplnej situácii

balansujúc medzi dvomi smermi – pri spomienke na život a mnohé prežité situácie po boku aktívne pijúceho partnera na jednej strane stále pociťujú hnev, na strane druhej však cítia pocit viny pri predstave, že keby teraz opustili partnera, v jeho abstinencii by mu to nepomohlo, skôr naopak, svojím odchodom by ho pravdepodobne úplne zničili.
Preto prvým a nevyhnutným krokom je, aby sa životný partner závislého rozhodol, či chce zo vzťahu zo závislým (i keď je už po liečbe) odísť, alebo (aj napriek predchádzajúcim možným sklamaniam) sa pokúsi mu dôverovať a ponúkne mu ešte príležitosť. Samozrejme, že do úvahy je potrebné brať aj prítomnosť dieťaťa, prípadne ďalších príbuzných (napr. starých rodičov) a ich vzťah so závislým. Týmto rozhodnutím môže partner výrazne ovplyvniť nielen začiatok abstinencie závislého, ale aj začiatok nových vzťahov v rodine.

Domácnosť bez alkoholu (suchá domácnosť)

Na socioterapeutických kluboch sa pomerne často môžeme stretnúť s otázkami rodinných príslušníkov, čo je (z hľadiska prítomnosti alkoholu v domácnosti a najmä z hľadiska „bezpečnosti" prvých týždňov/mesiacov po liečbe) vhodnejšie. Najbližší príbuzní majú tendenciu zo začiatku kontrolovať počet fliaš, niekedy dokonca sledovať ich obsah vyznačením výšky hladiny alkoholu, niektorí sa zasa pýtajú, či nie je lepšie úplne odstrániť alkohol z domácnosti. Abstinujúci závislí na tieto otázky odpovedajú takisto rôzne. Väčšina z nich si uvedomuje, čo svojím dlhoročným pitím spôsobovali rodine, a preto reagujú slovami: *„Mne to nevadí, keď sa predo mnou manželka napije"*. Pri takomto tvrdení však musíme (aj v období abstinencie) brať do úvahy craving, ktoré je jedným zo šiestich diagnostických kritérií závislosti a je najsilnejšie práve na začiatku abstinovania. Hoci niektorí závislí po ukončení liečby pokračujú vo farmakoterapii (mnohí z nich užívajú farmaká práve z dôvodu zníženia chuti na alkohol), chuť na alkohol (v rôznych intervaloch intenzity) sprevádza abstinujúceho závislého po celý život. Strata kontroly (ako jedno z diagnostických kritérií závislosti), pohľad na pohár vína v kombinácii s prítomnosťou ďalšieho možného rizika (napr. finančné problémy, pracovný tlak) môžu u abstinujúceho spustiť myšlienky na alkohol a spôsobiť mu zbytočný dyskomfort.
Kontrolovanie fliaš a sledovanie hladiny alkoholu považujeme zo strany partnera a rodinných príslušníkov ako prejav kodependentného správania. Úplné odstránenie alkoholu z domácnosti a zavedenie tzv. suchej domácnosti však naopak predstavuje pomoc zo strany blízkych, ktorá síce nie je zárukou, ale môže predísť zbytočnému pokušeniu, pocitom baženia abstinujúceho závislého a tým aj prípadnej recidíve.

Režim dňa

Zmena správania formou vytvárania a dodržiavania zmysluplného režimu dňa predstavuje jednu z kľúčových zmien potrebných na dosiahnutie úspešnosti odvykacej liečby

abstinujúceho. Podľa Martinove et al. (2011, s. 196) *„zmena správania predpokladá vytvoriť si namiesto sebaľútosti sebadisciplínu, vytvárať si žiaduce stereotypy na posilnenie a udržanie abstinencie, prijať zodpovednosť za vlastné rozhodnutia a správanie (za seba), plánovať si aktivity (program dňa a dodržiavať plán) a redukovať tie neuvedomované (na náhodu nechané, neprehodnotené aktivity), zvládať napr. aj impulzivitu.*" Rodinní príslušníci veľmi často považujú skončenie liečby za koniec útrap, ktoré ich sprevádzali počas rozvoja závislosti, a nie sú ochotní (často nemajú dosť síl) adaptovať sa na prichádzajúce zmeny. Naopak, ich abstinujúci člen môže nadviazať v domácom prostredí na určitý režim dňa, ktorý vychádza z režimovej liečby alkoholovej závislosti. Tento režim si počas liečby osvojil, pomáha mu najmä v prvých dňoch pri organizovaní denných povinností a v ktorom chce (a na odporučenie terapeutov by aj mal) pokračovať naďalej. Aj táto situácia zreteľne poukazuje na to, aká nevyhnutná je kooperácia celej rodiny pri doliečovaní závislého a jednou z jej foriem je rešpektovanie a podľa možností prispôsobenie (nie v zmysle podriadenia) podmienok v rodine novému režimu dňa abstinujúceho závislého.

Komunikácia v rodine

Príprava abstinujúcich závislých na riešenie životných problémov a plnenie sociálnych rolí si vyžaduje nové vzorce správania a reagovania. Podľa Pavelovej et al. (2014) kvalitu vzťahov medzi členmi rodiny podmieňuje forma, obsah, frekvencia komunikácie a následná kooperácia medzi členmi rodiny. Práve nový spôsob v komunikácii medzi manželskými partnermi navzájom, medzi rodičmi a deťmi považujeme za jeden z najdôležitejších aspektov úspešného doliečovacieho procesu. Otvorená komunikácia, rozprávanie o problémoch a pocitoch plnia podpornú, emočnú, relaxačnú ale aj terapeutickú funkciu. Podľa autorky pre naplnenie týchto funkcií je potrebné, aby:

- abstinujúci člen rodiny môže mať suché recidívy, strach z nového spôsobu života, z nových, pre neho rizikových situácií,
- členovia rodiny komunikovali jasne a otvorene,
- komunikácia prebiehala v uvoľnenej atmosfére, v ktorej by abstinujúci člen nemal mať pocit akéhokoľvek ohrozenia,
- každý (vrátane detí) by mal možnosť vyjadriť svoj názor, súhlas, prípadne nesúhlas,
- obsahom rozhovorov by mal byť aj humor, ktorý môže uvoľniť napätú atmosféru a uľahčiť prekonávanie prípadných názorových rozdielov.
- *„Po liečení sa všetko začalo meniť, pravda s podmienkou mojej zrelšej abstinencie. Najväčší posun sa udial vo vzájomnej komunikácii*" (Štefan, 10 rokov abstinujúci závislý od alkoholu). Efektívna rodinná komunikácia tak predstavuje vzájomné povzbudzovanie a uľahčenie obzvlášť v prípadoch, kedy:
    - abstinujúci člen rodiny môže mať suché recidívy, strach z nového spôsobu života, z nových, pre neho rizikových situácií,

- na druhej strane si aj ostatní členovia rodiny zvykajú na nový život s triezvym členom, pretože kým počas jeho pijanskej kariéry rozhodovali o dôležitých rodinných rozhodnutiach väčšinou sami, po liečbe sa rovnako učia prijímať skutočnosť, že abstinujúci závislý sa postupne stáva plnohodnotným členom rodiny.

Zmeny vo vzájomnej komunikácii v rodine tak môže priniesť konštruktívnu spätnú väzbu medzi jej jednotlivými členmi a smerovať k potrebnej zmene a k upevneniu nového spôsobu života rodiny ako celku.

Posilňovanie spoločných záujmov

Súčasťou abstinencie môže byť aj strata dovtedajších referenčných skupín závislého – prestáva sa stretávať s niektorými ľuďmi z pijanskej minulosti, ktorí predstavujú pre jeho začínajúcu abstinenciu riziko. Nevyhnutne tak u neho vzniká isté vákuum, ktoré so sebou môže priniesť pocit prázdnoty. Hľadanie spoločných záujmov a aktivít s rodinou sa môžu stať nápomocným faktorom pri zmene doterajšieho životného štýlu.

Prevencia recidívy

Recidíva predstavuje návrat k užívaniu alkoholu, k pôvodnému patologickému správaniu a zvykom, ktoré s tým súvisia. Členovia rodiny v rámci doliečovania očakávajú od svojho blízkeho *„abstinenciu, ktorú považujú za ideál, majú obavu z možného zlyhania v danej oblasti"* (Kliment 2012, s. 262). Cielená prevencia recidívy zapojením príbuzných sa má podľa Lindenmeyera (2009) usilovať o nasledovné ciele:

- **Odtabuizovanie recidívy.** Závislí a ich blízki sa často pokúšajú vytesniť existenciu a možnosť recidívy. Abstinujúci sa téme recidívy vyhýbajú zo strachu, že u príbuzných vzbudia podozrenie a obavy, že takýmto rozhovorom môžu svojmu členovi rodiny vnuknúť myšlienku na recidívu. Terapeuti už počas liečby informujú rodinu o možnosti recidívy, ktorá je súčasťou choroby závislosti a odporúčajú otvorene hovoriť o tejto téme aj počas abstinencie.
- **Včasné rozpoznanie a vyhýbanie sa rizikovým situáciám.** Rizikovou situáciou rozumieme každú situáciu, ktorá môže spustiť myšlienky na alkohol. Terapeuti vo všeobecnosti považujú za rizikové (hlavne prvé týždne po liečbe) zbytočné „vysedávanie" v reštauračných zariadeniach, nákup alkoholických nápojov, oslavy v práci a pod.
- **Spoločné zvládanie rizikových situácií.** Pre dosiahnutie synergického efektu je nevyhnutné, aby abstinujúci závislý a jeho najbližší koordinovali pokusy o zvládnutie rizikových situácií.

- **Núdzový (príp. havarijný) plán pre prípad recidívy.** Ten môže mať niekoľko podôb. Väčšinou ide o kartu obsahujúcu dôležité telefónne čísla tých ľudí, ktorých začínajúci abstinent a jeho rodina môže kontaktovať v prípade potreby. Môže ísť o kontakt na terapeuta príslušného zdravotníckeho zariadenia, v ktorom sa závislý liečil, môžu to byť kontakty na členov A-klubov, na blízkych priateľov, ktorí sú informovaní o situácii v rodine, prípadne to môžu byť kontakty aj na členov svojpomocnej skupiny Al-Anon.
- **Spoločné zvládanie recidívy.** Sklamanie a výčitky rodinných príslušníkov závislého často nechtiac zhoršujú recidívu. Samotný fakt, že recidíva nastala, rodina často vníma ako katastrofu. Môže to byť však aj príležitosť naučiť sa lepšie rozpoznať rizikové faktory a osvojiť si stratégie nápomocné v budúcnosti (Ühlinger & Tschui 2009). Pohľady odborníkov na otázku recidívy sa v priebehu posledných rokov veľmi zmenili. Priebeh recidívy, okolnosti jej vzniku môžu naznačovať riešenia a pokiaľ je závislý schopný pomenovať a určiť príčinu svojho zlyhania, môže si s pomocou terapeuta a svojich blízkych nájsť techniky, ktoré mu v budúcnosti, pokiaľ sa ocitne v podobnej situácii, zabránia podľahnúť chuti sa napiť. Preto je nevyhnutný realistický a spoločne dohodnutý postup, ako postupovať v prípade recidívy. Najdôležitejším faktom naďalej ostáva nezatajovať recidívu abstinujúceho závislého, nekryť jeho zlyhanie (ani v prípade, že ide „len" o malé množstvo alkoholu) pred inými členmi rodiny, ale postupovať spoločne podľa vopred dohodnutých pravidiel a okamžite kontaktovať terapeuta.

Spoluúčasť rodiny na socioterapeutických kluboch, A-kluboch a terénnych terapiách

Podľa odborníkov pri reintegrácii závislého do života zohráva socioterapeutický klub (pri závislosti od alkoholu v praxi známe aj pod názvom A-klub, A-sekcia) jednu z najdôležitejších úloh. Socioterapeutické kluby predstavujú skupinovú formu práce spojenú s odbornou pomocou (v praxi sú na kluboch prítomní najčastejšie zdravotnícki pracovníci). Kluby sú súčasťou špecializovaných zariadení, v ktorých sa klient lieči a hoci sú určené primárne pre abstinujúcich závislých a ich rodiny, môže sa stať, že na kluboch sú prítomní aj pacienti aktuálne v liečbe. V praxi môže ísť o špecifické príležitosti – napr. slávnostné kluby, ktoré sa realizujú 1x ročne a na ktorých sú diplomovaní podľa dĺžky abstinencie abstinujúci závislí – bývalí pacienti konkrétneho zariadenia, prípadne kluby spojené s návštevou významnej osobnosti. V kontexte špecializovaného sociálneho poradenstva (podľa *zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon*) v znení neskorších predpisov) môžeme socioterapiu zaradiť do metód sociálnej práce, ktorá predstavuje *„druh intervencie v sociálnej*

práci, ktorý sa môže opierať o rôzne prístupy (koncepty), pričom využíva rozmanité metódy, formy a techniky práce, ktorej cieľom je aktivizácia (sociálneho) potenciálu klienta, s dôrazom na vzťahy klienta k prostrediu, prostrediu klienta a klienta v prostredí, pričom dôležitú úlohu zohráva terapeutický vzťah" (Šoltésová, Bosá, Balogová 2016, s. 134).

Spoluúčasť najbližších príbuzných na stretnutiach abstinujúcich závislých má veľký význam z viacerých dôvodov:

- informácie získané na kluboch môžu vhodným spôsobom využiť a aplikovať v domácom prostredí (zavedenie suchej domácnosti, spôsob komunikácie s abstinujúcim, vyhýbanie sa rizikovým situáciám, rozpoznanie rizikových situácií, postup v prípade opakujúcich sa suchých recidív...),
- stretnutia s dlhoročnými úspešnými abstinentmi môžu byť výrazným motivačným faktorom pre zmenu doterajšieho spôsobu života nielen pre začínajúceho abstinenta, ale aj pre jeho rodinu,
- stretnutia s inými príbuznými abstinujúcich môžu preklenúť u rodiny pocity hanby, pokiaľ ich nespracovali, ale aj umožniť utvárať nové kontakty a priateľstvá, ktoré abstinenciu člena rodiny len posilnia.

Terénna terapia predstavuje osobitnú formu terapie, ktorá spája fyzickú aktivizáciu s prehlbovaním vzťahu k prírode. Pre abstinujúcich v praxi predstavuje skôr dovolenku s charakterom oddychu a súčasne s obohatením o nové skúsenosti. Terénnu terapiu považujeme za vhodné doplnenie pravidelných návštev A-klubov, kde sú abstinujúci závislí spolu s rodinami a terapeutmi v neustálom, často dvojtýždňovom kontakte a majú dostatok času a priestoru intenzívne prežívať svoje pocity a rozprávať o nich. Počas pobytu majú rodiny liečených pacientov, ale aj abstinujúcich závislých možnosť získať viac informácií o závislosti, naučiť sa, ako pomáhať svojmu blízkemu v abstinencii, pri riešení problémov, ktoré abstinencia môže priniesť, ako rozpoznať hroziacu recidívu a kde hľadať pomoc v prípade, že k recidíve došlo. Veľmi prospešná je spoluúčasť len partnerov, pretože pobyt v prírode im dáva priestor na lepšie pochopenie jeden druhého, na riešenie často vytesňovaných pocitov a tým aj šancu na obnovenie ich narušeného vzťahu. Veľkým pozitívom terénnej terapie je aj nadväzovanie nových kontaktov medzi rodinami a partnermi abstinujúcich závislých (Šavrnochová 2015).

OTÁZKY A ÚLOHY NA ZAMYSLENIE

1. Aké sú najčastejšie využívané prístupy pri práci s rodinou závislého člena v zahraničí?
2. Aké deficity v oblasti vzájomnej komunikácie sú typické pre partnerov, z ktorých jeden nadmerne užíva alkohol?
3. Prítomnosť obranných mechanizmov je charakteristická aj pre najbližšie vzťahové osoby závislého jedinca. Vymenujte ich a ku každému uveďte min. 2 príklady.
4. Aké zásady by mal dodržiavať sociálny poradca pri práci s rodinou závislého člena?
5. Charakterizujte štyri základné konštrukty kodependentného správania.
6. V kontexte úspešného ukončenia liečby závislého je jedným z najdôležitejších cieľov poradcu v spolupráci s rodinou stanoviť jednotné pravidlá v komunikácii a jednotný prístup k závislému. Z akého dôvodu?
7. Pokúste sa navrhnúť v rámci prevencie recidívy konkrétny príklad podpory zo strany rodiny (okrem v texte uvedených).
8. Akú rolu zohráva socioterapeutický klub v doliečovaní závislého jedinca a akú rolu zohráva pre jeho najbližších?

5. Motivačné interview

KĽÚČOVÉ POJMY

motivácia
prekontemplácia
kontemplácia
rozhodnutie
akcia
udržovania
relaps
reflektívne počúvanie
otvorené otázky
oceňovanie
zhrnutie
informovanie
reč zmeny
reč zachovania statu quo
evokácia
zásady sociálnej práce
aspekty motivačného interview

Motivačné interview (angl. *Motivational Interviewing* – ďalej v texte MI) je na klienta zameraná metóda posilňovania vnútornej motivácie k zmene cez exploráciu a vyriešenie ambivalencie (Miller & Rollnick 1991; 2003). Ambivalenciou máme na mysli klientovo rozhodovanie pre a proti ohľadom problematického správania. V kontexte využitia tejto metódy s rodinou závislého klienta ide o správanie znemožňujúce racionálne riešiť problémy v rodine vyplývajúce zo správania závislého člena. MI môžeme charakterizovať ako humanistický komunikačný prístup zameraný na rozvoj vnútornej motivácie klientov ku zmene správania, pričom je príkladom krátkych kognitívno-behaviorálnych prístupov v psychoterapii a štruktúrovanom poradenstve (Soukup 2014).

Motivačné interview je špeciálna metóda,
ktorá pomáha ľuďom poznať svoj existujúci
alebo blížiaci sa problém a niečo s ním urobiť.
Je zvlášť účinná v prípadoch ľudí, ktorí so zmenou
váhajú alebo sú veľmi nerozhodní.
Je zameraná na to, aby pomohla prekonať ambivalenciu
a pomohla človeku postúpiť na ceste ku zmene
(Miller & Rollnick 2003).

MI si celosvetovo získal uznanie najmä z dôvodu svojej časovej úspornosti a empiricky preukázanému efektu. Bol pôvodne vyvinutý ako krátka intervencia (spravidla jedno alebo dve sedenia) zameraná na zvýšenie motivácie k zmene u problémových pijanov (Miller 1983), za posledné štyri desaťročia sa však výrazne rozšíril aj do iných oblastí (Arkowitz & Westra 2004; Herman et al. 2014; Makuuchi et al. 2017). Hlavným nástrojom MI sú terapeutické alebo poradenské zručnosti vedenia rozhovoru (podstatou je aktívne počúvanie) a budovanie terapeutického, príp. poradenského vzťahu.

Motivačné interview by nemali byť vnímané ako technika, trik alebo niečo, čo je potrebné urobiť, aby sa ľudia zmenili. Skôr ide o rešpektujúci, nedirektívny spôsob komunikácie s ostatnými ľuďmi o ich ťažkostiach so zmenou a možnosti viesť život, ktorý je v súlade s ich vlastnými cieľmi a hodnotami, pre maximalizáciu ich osobného potenciálu (Naar-King & Suarez 2011).

Pomáhajúci pracovník sa zameriava na klientovo prežívanie, je otvorený voči rôznym aspektom klientovho prežívania (neznamená to ale, že ich schvaľuje) a vyjadruje empatické porozumenie klientovmu vnútornému prežívaniu. Jeho empatia sa zameriava predovšetkým na facilitovanie klientových vyjadrení o potrebe zmeniť problémové správanie a o vlastnej schopnosti dosiahnuť túto zmenu.

Stratégie vedenia MI zamerané na podporu procesu zmeny správania je možné taktiež využiť v rámci dlhodobej systematickej práce s rodinou s výskytom závislosti. V niektorých prípadoch môžeme hovoriť len o krátkodobej časovo ohraničenej intervencii s cieľom motivovať príbuzných pre zapojenie do liečby, vo väčšine prípadov sa však javí efektívnejšia dlhodobá stratégia s cieľom pracovať predovšetkým s ambivalenciou klienta a pomáhať mu hľadať spôsoby, ako postupovať pri zvládaní prekážok bez ohľadu na patologické správanie závislého člena v rodine a jeho postojov k otázkam liečby. Pomáhajúci profesionáli, ktorí využívajú túto metódu pri práci s rodinou, musia zamerať svoju pozornosť na proces rovnako ako na obsah, aby zvládli interakcie zo strany rodinných príslušníkov, ktoré môžu byť v rozpore s podstatou metódy. Aj keď sa môžu vyskytnúť ciele špecificky spojené so znížením užívania návykovej látky v rodine, môžu existovať aj ciele týkajúce sa komunikácie, emocionálneho vyjadrovania a správania sa jednotlivých členov rodiny

(Belmontes et al. 2018). Prostredníctvom jednotlivých techník MI môže pomáhajúci pracovník zapojiť rodinu do liečby závislého prostredníctvom spoločného plánovania a realizácie potrebnej zmeny. Vo fáze pred uvažovaním môžu intervencie zahŕňať vyvolanie pochybností o súčasnom stave, zvýšenie uvedomenia si problému a uznanie možnej potreby zmeny. Rozvíjanie potreby zmeny v rodinnom systéme pomáha poradcovi odhadnúť, kde sa rodina nachádza z hľadiska homeostázy.

Práca s motiváciou

Kľúčový pojem motivácia (máme na mysli pripravenosť ku zmene, resp. túžbu po nej) zahŕňa okrem iných aj integratívne teórie závislostí, ktoré sa najviac približujú k bio-psycho-sociálno-spirituálnej paradigme. Podľa týchto teórií *„závislosť zahŕňa kombináciu mechanizmov, v ktorých faktory prostredia a vnútorné rysy vytvárajú vedomú aj nevedomú motiváciu založenú na vyhľadávaní potešenia a uspokojení alebo vyhýbaní sa nepríjemným stavom. Vonkajšie faktory interagujú s pre-existujúcimi dispozíciami a spúšťajú iniciálne správanie, ktoré potom prostredníctvom interaktívneho procesu vedú k zmenám osobného kontextu a osobných dispozícií. Tým vzrastá sila motivácie angažovať sa do (závislého) správania, ktoré nakoniec preváži nad ostatnými typmi správania*" (Kalina et al., 2015, s. 105-108). Motivácia tak predstavuje veľmi dôležitý prvok pre zmenu v kompulzívnom správaní. Mnohí poradcovia a terapeuti sa zhodnú v tom, že motivácia a práca s motiváciou je pre úspešnú zmenu v správaní nevyhnutná, resp. vysoko dôležitá. Pri tradičnom prístupe sa za motiváciu považuje uvedomenie si svojich problémov, potrebu odbornej intervencie a aktívne zapojenie sa do procesu, ktorý môže zmeniť aktuálny stav. Miller (1983) poukázal na fakt, že motivácia je často používaná ako opak popretia alebo odporu a býva synonymom konštrukcií, akými sú prijatie problému či rezignácia. Fakt, že motivácia sa mení a je možné ju ovplyvňovať, sa radí k významným poznatkom v terapii závislostí v 20. storočí (zahŕňajúc aj prácu s rodinou) (Nešpor 2006). Preto práca s motiváciou býva neoddeliteľnou súčasťou intervencií a tiež podmienkou, aby klient v nej zotrval. To, že nie je nutné, aby klienti prichádzali na terapiu odhodlaní ku zmene, je typické pre kognitívno-behaviorálnu paradigmu. K tejto zmene a k pochopeniu motivácie svojím modelom štádií zmeny prispeli Prochaska a DiCelmente (1983; 1992), ktorí zistili, že závislých (v kontexte rodinného systému aj najlbižších závislého) je možné rozlišovať podľa štádia procesu zmeny správania, v ktorom sa nachádzajú. Samotnú motiváciu ku zmene možno chápať ako určitý proces usmerňovania, udržovania a energetizácie správania, resp. proces zvýšenia alebo poklesu aktivity jedinca. Centrálnou ideou motivácie je, že zmena nastáva v dôsledku funkčnej a motivačnej interakcie s druhými. Vplyvom rizikového správania sa táto základná osobnostná dimenzia zásadne mení a je jednou zo štyroch faktorov (ďalšími sú stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedinca, kvalita jeho okolia vrátane sociálneho), ktoré majú vplyv na úspech intervencie (Kalina et al. 2008). Špecifikom môže byť motivácia negatívna a pozitívna. Negatívna motivácia označuje nevýhody a problémy, ktoré rizikové správanie

prináša. Pozitívna motivácia predstavuje výhody, ktoré by človek získal, ak by zmenil svoje kompulzívne správanie. Prístup poradcu preto môže byť skutočne rozhodujúci v tom, či klient zvolí odpor alebo zmenu.

Pri práci s motiváciou klienta sa odporúča využívať špeciálne techniky smerujúce k jej posilneniu pozitívnym smerom:

- **Odovzdávanie rád**
  Hoci sa môže zdať, že odovzdávanie rád sa prieči nedirektívnemu prístupu, dobre načasovaná rada odporúčajúca zmenu môže mať veľký vplyv na zmenu. Účinné a dobré rady musia jasne smerovať k určitému problému, riziku a mali by obsahovať poučenie, prečo je potrebná zmena a samotná rada by mala navrhovať konkrétnu zmenu.
- **Odstraňovanie prekážok**
  Prekážkou sa myslia tie aspekty, ktoré stoja v ceste snaženiu sa o zmenu. Ide o praktické problémy (napr. problém s dochádzaním na skupiny anonymných závislých z dôvodu veľkej vzdialenosti a pod.), ktoré klient dokáže pomenovať a spolu s poradcom hľadá vhodné riešenia.
- **Ponuka výberu**
  Rozhodnutie posilňuje motiváciu ku zmene, preto poradca klientovi pomáha, aby sa cítil slobodný a zodpovedný uskutočniť takéto osobné rozhodnutie.
- **Znižovanie príťažlivosti**
  Poradca sa snaží znižovať aktuálny stav doterajšieho spôsobu života a odhaliť klientove dôvody pokračovať v súčasnom spôsobe správania. Ako efektívne sa javí informovať klienta o negatívnych následkoch jeho správania. Veľkú rolu zohrávajú aj spoločenské okolnosti a ľudia, s ktorými je klient v kontakte. Ak mu pomáhajú pokračovať v doterajšom spôsobe života, prehliadajú alebo chránia klienta pred následkami jeho konania (kontext kodependentného správania), zmena pravdepodobne nenastane. Pokiaľ ale okolie vyjadrí obavy, poukáže na negatívne následky klientovho nevhodného správania a ponúkne mu pomoc, motiváciu ku zmene to zvyšuje.
- **Uplatnenie empatie**
  Empatia poradcu predstavuje účinný faktor podporujúci zmenu. Ide o špecifickú zručnosť, ktorá obsahuje porozumenie inému človeku (jeho názorom, výrokom, postojom) cez reflexívne počúvanie.
- **Poskytovanie spätnej väzby**
  Poskytovanie spätnej väzby je ďalším významným motivačným prvkom. Poradca poskytuje klientovi jasnú spätnú väzbu o jeho súčasnej situácii, jej následkoch a ohrozeniach, ktoré prináša.
- **Vyjasňovanie cieľov**
  Poskytovanie spätnej väzby a vyjasňovanie cieľov tvoria motiváciu ku zmene. Je dôležité, aby ľudia usilujúci sa o zmenu mali stanovený jasný, dosiahnuteľný

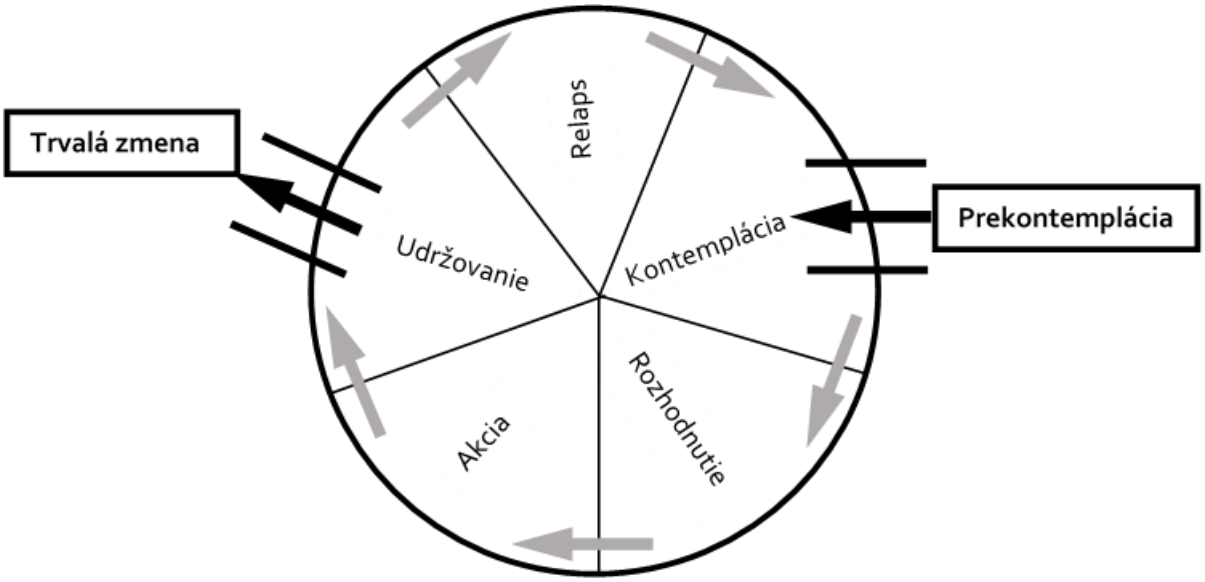
a realistický cieľ a zároveň poznali svoju aktuálnu situáciu vďaka podanej spätnej väzbe.

- **Aktívna pomoc**
  Poradca má na celkový priebeh klientovej zmeny veľký vplyv, a preto je aktívny záujem o zmeny prebiehajúce u klienta nevyhnutný. Poradca by mal svojím konaním a iniciatívou posilňovať klientovu zodpovednosť, klientovo začatie procesu zmeny a pokračovanie v nej. Záujem o klienta a poradcova iniciatíva v podpore zmeny problémového klientovho správania býva účinným faktorom v procese zmeny (Šavrnochová 2017).

5.1 Hlavné poradenské ciele podľa fázy procesu zmeny

Jedným z kľúčových smerov forumujúcim MI, je transteoretický model štádií zmeny Prochasku a DiClementa (označovaný aj ako koleso/cyklus zmeny), ktorý spočíva v chápaní zmeny ako komplexného procesu (obrázok 1). **Motivácia je považovaná za aktuálny vnútorný stav pripravenosti ku zmene,** ktorá sa v rôznych situáciách a v čase mení. Takto chápaná motivácia vyústila do modelu pozostávajúceho z niekoľkých štádií zmeny, v rámci ktorých relaps (u závislých) a zmena postoja voči závislému (zo strany rodiny) je bežnou súčasťou procesu a je vnímaný ako krok bližšie k uzdraveniu (Miller & Rollnick 2003).

Obrázok 1 **Fázy procesu zmeny**



Spracované podľa Miller & Rollnick (2003)

Prekontemplácia

Prekontemplácia predstavuje fázu pred uvažovaním o zmene správania. Klient nespája narastajúce problémy (často sa prejavujúce ako zhoršená nálada, úzkosť, nespavosť) s patologickým správaním pijúceho člena rodiny a silnou potrebou mu pomôcť prestať s pitím. Často je prítomná externalizácia a presvedčenie, že za pitie partnera/partnerky alebo dieťaťa môže niekto iný (tlak v práci alebo naopak prepustenie z práce, vplyv rovesníkov a pod.). Svoje problémy, prípadne nesúlad medzi prežívaním a správaním si rodinný príslušník dokáže dobre racionalizovať a bagatelizovať.

Kontemplácia

Kontemplácia býva označovaná ako fáza uvažovania a zvažovania. Klient je stále presvedčený, že situáciu dokáže zvládnuť sám, avšak zmenou oproti predchádzajúcej fáze je fakt, že človek dokáže aspoň niektoré súčasné problémy spojiť so svojím aktuálnym stavom Pre toto štádium je typická ambivalencia (potreba pomôcť blízkej osobe a rozhodnutie nenechať sa ovplyvňovať správaním pijúceho člena rodiny), u kodependenta špecifická a zosilnená vybudovanými obrannými mechanizmami ako reakciou na dlhé roky spolužitia s pijúcim členom rodiny a snahou zvládnuť chorobu blízkeho ako problém „celej rodiny". V praxi môže ísť najčastejšie o vytesnenie; popretie; racionalizáciu; projekciu a i. Tu je dôležité nezvoliť konfrontačný prístup ku klientovi a zamerať pozornosť skôr na posilňovanie sebadôvery klienta, spoločne s ním preskúmať pozitíva aj negatíva jeho správania a motivovať ho k drobným zmenám.

Rozhodnutie a proces prípravy na zmenu

Rozhodnutie predstavuje fázu, v ktorej problémy narastajú a postoj klienta k riešeniu situácie sa mení. Klient začína reálne uvažovať o tom, že svoju situáciu musí zmeniť a vytvára si plán zmeny. Pre porovnanie pri závislom klientovi sa *„v optimálnom prípade tu končí predliečebná starostlivosť a klient vstupuje do liečby, tým však nekončí potreba klienta motivovať*" (Kalina 2008, s. 123). Pri kodependentnom klientovi môže nastať v tejto fáze prechod do ďalších z fáz kodependencie alebo rozhodnutie o zmene dovtedajšieho spôsobu života bez ohľadu na to, či sa závislý člen rodiny rozhodne liečiť alebo nie.

Akcia

Akcia (konanie) nastáva v momente, ako je klient rozhodnutý zmeniť svoje správanie. Táto fáza spočíva v samotnej realizácii zmeny, akou môže byť napr. stanovenie presných pravidiel fungovania v spoločnej domácnosti so závislým členom, rozhodnutie netolerovať viac užívanie alkoholu v domácnosti, žiadosť o rozvod a pod.

Udržovanie

Udržiavanie je fáza, v ktorej klient udržiava už dosiahnuté pozitívne zmeny v správaní. Toto obdobie je vnímané ako rizikové a ohrozujúce klienta (obzvlášť u kodependentného klienta,

kde poradca musí citlivo pristupovať k rozhodnutiu klienta zotrvať v novom spôsobe života čo najdlhšie z dôvodu jeho silných citových väzieb k závislému).

Relaps

Relaps je vnímaný ako normálny a takmer nevyhnutný moment procesu zmeny. Zahŕňa celý súbor kognitívnych a behaviorálnych procesov, ktoré predstavujú návrat k predchádzajúcemu rizikovému správaniu (Kalina et al., 2003). Relaps predstavuje návrat do fázy prekontemplácie, k pôvodnému problémovému správaniu. Kľúčovými prvkami sú v takomto prípade pravidelný kontakt s klientom, práca s emóciami, podpora a povzbudzovanie k zmene, opätovné zameranie pozornosti na všetky problémové oblasti (zásady pravidiel v domácnosti s pijúcim členom; informácie o kodependencii; komunikácia so závislým a i.).

Hlavné poradenské ciele

Lloyd-Hazlett et al. (2015) vo svojej štúdii *Fa-MI-ly. Experiential Techniques to Integrate Motivational Interviewing and Family Counseling* vymedzili hlavné poradenské ciele pri práci s rodinou závislého člena.

Vo fáze **kontemplácie (rozhodovania)** môžu poradenské úlohy zahŕňať evokovanie výhod a dôsledkov zmeny, posilnenie sebaúčinnosti pri zmene a riešenie ambivalencie v súvislosti so zmenou. Každý člen rodiny má tak možnosť preskúmať svoju ambivalenciu v súvislosti so zmenami, svoju dôveru k uskutočňovaniu zmeny a reflexiu na to, či zmena bude prínosom pre ich rodinu alebo nie. V ideálnom prípade sa členovia rodiny naučia, ako pracovať s prípadným odporom, ktorý prejavia ostatní členovia rodiny. Vyjadrenie týchto myšlienok a pocitov a začlenenie častí MI do rodinného systému umožňuje členom rodiny rozvíjať spoločnú víziu a motiváciu pre zmenu.

Vo fáze **prekonávania prekážok** môžu poradenské úlohy zahŕňať určenie najlepšieho postupu, plánovania, zhromažďovanie zdrojov a posilnenie odhodlania. Akonáhle existuje spoločná vízia zmeny v rámci rodiny, je dôležité spolu s rodinou preskúmať, aké prekážky môžu stáť v ceste tejto vízii. Prekonávanie prekážok pomáha rodine pripraviť sa na zmenu. Pri príprave na zmenu je dôležité zistiť, kto bude rodinu a jednotlivých členov podporovať počas tohto procesu.

V **akčnej fáze** môžu poradenské úlohy zahŕňať vytvorenie akčného plánu, prijatie opatrení, vyriešenie neúspechov a udržanie motivácie a dôvery pre zmenu.

Vo fáze **udržiavania** môžu poradenské úlohy zahŕňať posúdenie aktuálneho plánu zmien, poskytnutie spätnej väzby týkajúcej sa účinnosti plánu a vykonania zmien plánu, ak sú opodstatnené. Keď sa rodina rozhodne, ako by mala v rámci ich rodinného systému zmena prebehnúť, je vhodné diskutovať o udržaní tohto plánu. Platí, že každý člen rodiny má v tomto procese hlas. Táto činnosť môže tiež pomôcť stanoviť zdravú hierarchiu, hranice, úlohy a pravidlá v rámci rodiny. Týmto spôsobom je možné rodinu (ale aj individuálne jej

jednotlivých členov) sprevádzať v procese zotavovania, zlepšiť fungovanie rodinného systému a prospieť celej rodine. To isté však platí aj v prípade, keď je v rodine závislý, ktorý nespolupracuje so zdravotníckym zariadením, odmieta liečbu a naďalej pije.

5.2 Základné techniky vedenia motivačného interview

Pri praktickom použití metódy MI je potrebné, aby poradca s dodržaním základných princípov MI ovládal základné komunikačné techniky a disponoval kľúčovými zručnosťami, ktoré podporujú budovanie klientovej motivácie ku zmene a podporujú jeho reč zmeny. V nasledujúcom texte predstavíme základné techniky vedenia MI tak, ako ich popisujú odborníci (Miller & Rollnick 2002, 2003; Soukup 2014, 2015) s aplikovaním na prácu s rodinou závislého klienta.

REFLEKTÍVNE POČÚVANIE

Použitie reflektívneho počúvania (reflexie) napomáha klientovi porozumieť samému sebe, svojej ambivalencii, motivácii a posilňuje proces porozumenia medzi klientom a poradcom. Soukup (2014) zdôrazňuje, že práve táto technika podporuje porozumenie na hlbšej úrovni, čím sa klient cíti bezpečnejšie a stráca potrebu chrániť sa, prípadne ísť do odporu.

Jednoduchá reflexia je zopakovaním klientovho výroku, ktorým poradca potvrdzuje svoj záujem a pozornosť. Je vhodné ju uviesť vlastnými slovami.

Napr.: *„Ak tomu dobre rozumiem…"*

Komplexná reflexia odhaľuje možný hlbší význam toho, čo klient hovorí a pokúša sa dať výroku jasnejší, prípadne iný rozmer porozumenia.

Napr.: *„Nie je ľahké udržať si v takomto prostredí vlastné názory a presvedčenie".*

Dvojstranná reflexia poukazuje na ambivalenciu alebo nesúlad v tom, čo klient hovorí alebo dovtedy povedal.

Napr.: *„Na jednej strane sa obávate reakcie manžela, na druhej strane mu to nechcete zatajovať a vám samotnej by sa uľavilo".*

Dôležité je, aby pri používaní reflexií poradca dôsledne dodržiaval na konci vety oznamovací tón hlasu a nie opytovací.

OTVORENÉ OTÁZKY

Používanie otvorených otázok najmä v úvodnej fáze MI prispieva k vytvoreniu atmosféry prijatia a dôvery, v ktorej klient môže bezpečne analyzovať s poradcom svoje problémy. Používanie uzatvorených otázok, ktoré si vyžadujú krátke a rýchle odpovede, môže naopak ešte viac posilniť klientovu vybudovanú obranu a zablokovať jeho dôveru v procese pomoci. Spôsob, akým poradca reaguje na prvé odpovede, môže mať veľký vplyv na ďalší priebeh

poradenského procesu. Oproti zatvoreným otázkam tento typ otázok necháva priestor klientovi, aby hovoril o tom, čo je pre neho dôležité a ako on vidí situáciu.

Napr.: *„V telefóne ste spomínali problémy s vašim manželom a jeho pitím. Rád by som sa o tom porozprával. Čo keby ste začali od začiatku až po súčasnú situáciu u vás doma?*"

„Ako vnímate túto situáciu vy?"

Špecifickými otvorenými otázkami sú tzv. **evokatívne otázky**, ktoré klienta aktivizujú a zameriavajú sa na osobné relevantné aspekty s cieľom evokovať reč zmeny.

Napr.: *„Čo ste mohli urobiť inak, aby syn nastúpil na liečbu?*"

„Čo sa vám páči na stretnutiach Al-Anonu?"

OCEŇOVANIE

Potvrdzovanie a oceňovanie klienta v poradenskom procese predstavuje ďalšiu formu budovania vzťahu s klientom, vedie k posilňovaniu jeho sebavedomia, dôvery vo vlastné schopnosti a ochoty pracovať na zmene správania. Predpokladom je poradcova schopnosť vidieť klientove úspechy, snahu a schopnosť ich úprimne a citlivo vyjadriť, aby klient takéto ocenenie prijal. Oceňovanie sa môže týkať aktuálnych, ale aj minulých drobných úspechov, či pokusov zmeniť svoju situáciu.

Napr.: *„Ďakujem, že ste dnes prišli, viem, že to bolo pre vás veľmi ťažké*"

„Asi nebolo ľahké sa rozhodnúť, že ho (manžela) nebudete kryť pred zamestnávateľom a dodržali ste všetko, na čom sme sa dohodli na našom poslednom stretnutí"

„Je dobré, že ste si našli čas aj na seba."

ZHRNUTIE

Zhrnutie predstavuje rozšírenú reflexiu, ktorou poradca zreflektuje podstatné výroky klienta v rámci predchádzajúcej konverzácie. Pomocou tohto postupu poradca pomáha klientovi aj sebe objasniť si možné súvislosti, poukázať na podstatné veci, ale aj dávať klientovi najavo, že ho pozorne počúva a akceptuje. *„Zhrňovaním pomáhame klientom zorganizovať ich zážitky, ponúkame im určitý rámec či uhol pohľadu, dávame najavo záujem a pozornosť, zároveň máme sami možnosť si utriediť a ujasniť, čo sme počuli* (Soukup 2014, s. 48). Zhrnutie je možné využívať počas celého procesu MI, v úvodnej časti stretnutia s klientom, v priebehu rozhovoru (zhrnutie ambivalencie, reflexia dôvodov ku zmene) a na jeho konci (rekapitulácia celého procesu, poukázanie na nové veci).

INFORMOVANIE

Poskytovanie informácií a rád klientovi je dôležitou zložkou MI. Odborná informácia by mala byť poskytnutá klientovi na jeho vlastnú žiadosť, v opačnom prípade môže vyvolať

u klienta obhajovací reflex a klient sa začne brániť. Soukup (2015) odporúča v troch krokoch nasledovný postup informovania:

(1) Poradca sa najskôr snaží zistiť, čo klient už vie a čo ho ešte zaujíma.
(2) Pri poskytovaní vlastnej informácie môže poradca požiadať o súhlas (napr. *„Niečo ma napadlo, rád by som vám to povedal…"*), vyjadriť, že informáciu môže odmietnuť (napr. *„Neviem, či sa vám to bude zdať užitočné…"*), informáciu poskytnúť neutrálnou formou s využitím skúseností iných ľudí (napr. *„Niektorým ľudom pomáha…"*).
(3) Po každej informácii, ktorú poradca poskytne klientovi, je vhodné zistiť, čo si o tom klient myslí, ktorá z alternatív mu pripadá najprijateľnejšia pre jeho situáciu.

Pokiaľ klient hovorí pozitívne o potrebe zmeny alebo o spôsoboch, ako ju uskutočniť, zmena v jeho správaní bude pravdepodobnejšia. Výroky klienta, ktoré smerujú ku žiaducej zmene, sa nazývajú **REČ ZMENY** (angl. *change talk*), pôvodne označované ako „sebamotivujúce prehlásenie". Na reč zmeny reaguje poradca využitím základných techník MI, ktoré sme popísali vyššie (otvorené otázky, reflexie, ocenenie, zhrnutie). Soukup (2015) delí tento typ vyjadrovania klienta podľa intenzity do dvoch hlavných kategórií:

a) Výroky poukazujúce na <u>proces prípravy ku zmene správania</u> (prianie zmenu uskutočniť).
   „Chcela by som s tým konečne niečo urobiť..
   „Musíme to zmeniť."
   <u>nevýhody súčasného stavu</u>
   „Ak to pôjde takto ďalej, zasa skončím sama na liekoch."
   „Manželovi sa zhoršil zdravotný stav a ja už tiež nevládzem takto ďalej fungovať".
   <u>výhody zmeny</u>
   „Budete mať viac času venovať sa veciam, ktoré ste zanedbávali."
b) Výroky poukazujúce na <u>záväzok zmenu uskutočniť</u> (t. j. konkrétny plán alebo záväzok uskutočniť krok smerom ku zmene).
   „Porozprávam sa o tom s manželom."
   „Stanovíme si jasné pravidlá, ak máme žiť v spoločnej domácnosti."

Schopnosť **evokovať reč zmeny** je ďalšou významnou zručnosťou poradcu pri práci s klientom. Miller a Rollnick (2002, 2013) medzi najčastejšie spôsoby evokácie reči zmeny zaraďujú:

- používanie otvorených evokujúcich otázok, napr. *„V čom by to bolo pre vás výhodnejšie, keby ste sa dohodli na presných pravidlách?"*
- detailnejšie rozpracovanie klientových dôvodov ku zmene, napr. *„Akým spôsobom sa chcete doma dohodnúť?"*
- ohliadnutie sa späť do obdobia, keď sa klientovi v živote darilo, napr. *„Ako ste trávili spoločné chvíle predtým, než začal manžel s pitím?"*

- pozeranie klienta do budúcnosti, napr. *„Predstavte si, že vaša dcéra zostane s vami bývať. Ako to bude u vás doma za 2 roky?*"
- skúmanie extrémov (skúmanie najlepších a najhorších možných scenárov), napr. *„Čo najhoršie sa môže stať, ak niečo nezmeníte?*" alebo *„Čo najlepšie sa môže stať, keď zmeníte svoje správanie?*"
- skúmanie cieľov a hodnôt klienta, napr. *„Čo je pre vás v živote najdôležitejšie?*"
- pridanie sa na negatívnu stranu klientovej ambivalencie, napr. *„Chápem, že momentálne vám takáto situácia pravdepodobne vyhovuje*".

Výroky, v ktorých klient obhajuje svoju súčasnú situáciu, vymenúva dôvody, prečo zmenu nechce, nepotrebuje alebo nemôže uskutočniť, je pesimisticky naladený ohľadom zmeny, sa nazýva **REČ ZACHOVANIA STATU QUO**. Čím viac takýchto výrokov klienta v komunikácii s poradcom prevláda, je nižšia pravdepodobnosť, že zmení svoje správanie. Reč statu quo sa vyskytuje v situáciách, v ktorých klient všetky intervencie zamerané na zmenu správania aktívne odmieta (angl. resistence talk), prípadne vtedy, keď obhajuje súčasný stav a výhody, ktoré z neho vyplývajú (angl. sustain talk).
Typickými výrokmi pre túto kategóriu sú vety začínajúce na „áno, ale..."

Napr.: *„Ale nebude mať kde ísť bývať.*"
„Z čoho si bude platiť nájom?"

Aj napriek rizikám, že pri snahe poradcu tento odpor zlomiť a zintenzívniť argumentáciu sa reč statu quo u klienta ešte zvýši, môžu výroky z tejto kategórie predstavovať pre poradcu cenný zdroj informácií o tom, ako postupuje pri práci s klientom a kde sa klient aktuálne nachádza (Šavrnochová 2017).

5.3 Vzťah medzi princípmi sociálnej práce a aspektmi motivačného interview

Aspekt spolupráce v duchu MI naznačuje, že sociálni pracovníci sú vnímaní ako partneri, ktorí spolupracujú s klientmi, aby pochopili ich ciele a motiváciu v súvislosti so zmenami správania. Môžu vo všeobecnosti poskytovať informácie alebo rady, avšak v MI tak robia len so súhlasom klientov. Predpokladom je, že klienti disponujú tým, čo potrebujú na uskutočnenie zmien. Potrebujú mať zrozumiteľne podané informácie, aby mali dostatok priestoru prijať ich, rešpektovať a v optimálnom prípade aj realizovať. Medzi zásady sociálnej práce pri práci s klientom patria dôstojnosť, rešpekt, individualizácia, vízia, účasť klienta, sebaurčenie a posilnenie. Všetky tieto zásady sú v súlade s duchom MI, ktorým je súcit, evokácia, akceptácia a spolupráca. Keďže MI je založený na teórii a prístupoch zameraných na klienta, klienti sú považovaní za odborníkov na svoj život, pričom úlohou sociálneho pracovníka spolupracovať pri hľadaní nápadov, myšlienok a spôsobov riešenia problémov identifikovaných klientom.

V nasledujúcej tabuľke uvádzame vzťah medzi princípmi sociálnej práce a aspektmi MI podľa Hohmana (2021).

Tabuľka 2 **Vzťah medzi princípmi sociálnej práce a aspektmi MI**

ZÁSADY SOCIÁLNEJ PRÁCE	**ASPEKTY MI**
Sociálny pracovník by mal s klientom zaobchádzať dôstojne.	Duch MI zahŕňa akceptovanie absolútnej hodnoty každého klienta, spoluprácu s klientmi ako rovnocennými partnermi.
Sociálny pracovník by mal klienta individualizovať.	Duch MI zahŕňa vyvolávanie jedinečných názorov a myšlienok klientov na ich problémy.
Sociálny pracovník by mal klientovi prepožičať víziu.	Sociálny pracovník vzbudzuje nádej a dôveru v zmenu tým, že s klientom diskutuje o jeho minulých úspechoch a predstavách o tom, ako sa má zmena uskutočniť. Afirmácie sa zameriavajú na silné stránky, ktoré sociálny pracovník alebo klienti vidia v sebe.
Sociálny pracovník by mal stavať na silných stránkach klienta.	V kompetenčnom modeli je úlohou v MI, aby sociálny pracovník určil, čo klienti považujú za svoje silné stránky, zdroje alebo schopnosti a ako v minulosti došlo k pozitívnej zmene.
Sociálny pracovník by mal maximalizovať účasť klienta.	V rozhovore MI by mal väčšinu rozhovoru viesť klient, pričom sociálny pracovník by mal uplatňovať presnú empatiu a podporovať autonómiu klienta. Spolupráca znamená, že plány zmeny sa vytvárajú na základe potrieb a želaní klientov.
Sociálny pracovník by mal maximalizovať sebaurčenie klienta.	Rady sa poskytujú so súhlasom klienta a sú poskytované v rámci ponuky možností. Zdôrazňujú sa schopnosti a autonómia klienta, pokiaľ ide o rozhodovanie.
Sociálny pracovník by mal klientovi pomôcť osvojiť si zručnosti samostatného riešenia problémov.	MI sa môže podľa potreby kombinovať s inými metódami, napríklad s kognitívno-behaviorálnou terapiou, ak sa klient chce naučiť zručnosti riešenia problémov.
Sociálny pracovník by mal maximalizovať posilnenie postavenia klienta.	Podpora autonómie klienta a viery v jeho schopnosti pomáha klientom posilniť v konečnom dôsledku byť tými, ktorí rozhodujú o svojom vlastnom živote.

Zdroj: Hohman (2021)

OTÁZKY A ÚLOHY NA ZAMYSLENIE

1. Akú úlohu zohráva motivácia v procese zmeny?
2. Aké špeciálne metódy posilňujúce motiváciu klienta môže využiť pomáhajúci pracovník v praxi?
3. Popíšte bližšie rozdiely medzi jednotlivými fázami procesu zmeny podľa Millera a Rollnicka (2003).
4. Vymedzte hlavné ciele sociálneho poradcu pri práci s rodinou závislého člena podľa fáz procesu zmeny.
5. Uveďte aspoň 3 príklady dvojstrannej reflexie pri práci s rodinou závislého člena.
6. Čo je cieľom evokatívnych otázok v motivačnom interview? Pokúste sa formulovať 3 príklady evokatívnych otázok.
7. Schopnosť evokovať reč zmeny je dôležitou zručnosťou sociálneho poradcu pri práci so závislým klientom alebo s jeho rodinou. Formulujte aspoň 5 príkladov otázok evokujúcich reč zmeny určených pre rodinných príslušníkov závislého člena.
8. Bližšie charakterizujte vzťah medzi princípmi sociálnej práce a aspektmi motivačného interview podľa Hohmana (2021).

6. Prípadové štúdie

6.1 Klient č. 1 MAREK

Priezvisko a meno klienta	MAREK
Vek	13
Klient prišiel na podnet	rodičov
Klient prišiel v sprievode	matky
Diagnóza klienta	F15.2

Osobná anamnéza

Klient je žiakom 7. ročníka základnej školy. Klient nemá súrodencov, je jediným dieťaťom svojich rodičov. Žije v spoločnej domácnosti s rodičmi, ktorí sú manželmi. Maloletý klient uviedol, že v minulosti rád hrával futbal, ale posledný rok ho nezaujíma nič. S rodičmi má dobrý vzťah, no bližšia mu je matka, ktorá mu vychádzala vždy v ústrety a pomáhala, otec bol podľa vyjadrenia klienta prísnejší. V živote nemal nejaké vážnejšie problémy, ktoré by nevedel vyriešiť, prípadne mu pomohla pri ich riešení matka, a to často aj bez vedomia otca. Klient netrpel núdzou a v osobe matky vždy našiel podporu. Starí rodičia klienta zo strany matky nežijú, zo strany otca žije len starý otec, s ktorým však nie sú ako rodina v kontakte. Matka má sestru, s ktorou má klient dobrý vzťah.

Analýza problému

Prvý kontakt s návykovými látkami mal klient ešte v 5.ročníku základnej školy, kedy vyskúšal marihuanu, ktorú mu ponúkol starší kamarát. Okrem toho už mal skúsenosti s príležitostným užívaním alkoholu. Vzhľadom na fakt, že nemal žiadne mimoškolské aktivity a naopak mal veľa voľného času, trávil ho v spoločnosti kamarátov na ulici. Údajne začal užívať návykové látky z nudy a bol presvedčený, že ich užívanie udrží pod kontrolou. Postupne začal odchádzať z domu aj v noci. Matka mu dávala opakovane aj domáce väzenie, avšak cez mobilný telefón sa dohodol s kamarátmi, ktorí mu priniesli marihuanu alebo pervitín pod okno. Matka sa mu síce vyhrážala, že to bude riešiť jeho odchodom z domu, avšak neurobila tak, práve naopak, pred otcom ho chránila, zatajovala a situáciu neriešila. Klient opakovane brával matke z peňaženky financie na zakúpenie drog. Klient tiež odcudzil financie sestre matky, ktorú požiadala matka o pomoc, aby klientovi dohovorila. Následne došlo ku konfliktu medzi matkou a jej sestrou, pričom matka obhajovala klienta. Situácia sa stupňovala až do momentu, keď klient odišiel z domu a vrátil sa na druhý deň večer. Po jeho návrate ho rodičia odviezli do najbližšieho CPLDZ, kde ho okamžite prijali a zaradili

do detoxifikačného procesu (pozn.: medicínsky postup napomáhania vylučovaniu drog z organizmu a zvládnutia prvých abstinenčných príznakov). V CPLDZ vydržal 2 dni, ušiel a vrátil sa domov. Matka okamžite kontaktovala CPLDZ a vysvetlila, že syn je doma a do centra sa už nevráti, nakoľko ona na syna už dokáže dohliadnuť a je presvedčená, že synovi takéto ponaučenie stačilo. Klient vnímal podporu matky akoby ju mal na svojej strane, naopak zo strany otca vnímal veľkú nedôveru a medzi rodičmi dochádzalo ku konfliktom. Na piaty deň od návratu z CPLDZ došlo u klienta k recidíve. V neskorých večerných hodinách vyskočil z okna a domov sa vrátil až v skorých ranných hodinách zjavne pod vplyvom návykových látok. Otec klientovi stanovil ultimátum, buď sa pôjde klient liečiť dobrovoľne alebo to bude riešiť s príslušným orgánom SPODaSK, spíše návrh na súd a z domu ho vyhodí. Klient pod nátlakom súhlasil s umiestnením do CDRsRP.

Hodnotenie situácie z pohľadu klienta

- klient prišiel a priznal, že užíva drogy, no nechce zhoršiť situáciu doma a poškodiť matke
- drogy začal užívať z nudy, nakoľko nemal nijakú zmysluplnú činnosť, ktorou by trávil voľný čas
- bol presvedčený, že užívanie drog dokáže udržať pod kontrolou
- vzdelanie mu bolo ľahostajné, nemal žiadny režim, nikto na neho nedohliadal
- sám sa z toho nedostane, lebo kým bude doma, tak bude takto zabíjať čas

Dôsledky závislosti klienta na jeho život a život rodiny

- strata dôvery
- narušené vzťahy klienta najmä s otcom
- narušené vzťahy medzi rodičmi klienta
- narušené vzťahy medzi matkou a jej sestrou

Priebeh riešenia / intervencia sociálneho kurátora pre deti

V čase príchodu klienta s matkou na oddelenie SPODaSK príslušného ÚPSVaR, klient deklaroval záujem o liečbu a umiestnenie v CDRsRP. Vyjadril súhlas s resocializáciou, prejavil ľútosť nad svojou situáciou a konštatoval, že vlastne nemá inú možnosť, nakoľko dostal podmienku od otca a nechce prísť o domov a rodinu. Sociálny kurátor realizoval rozhovor samostatne s klientom a samostatne s matkou klienta. Vzhľadom na skutočnosť, že sa jednalo o dobrovoľný nástup, bola postačujúca dohoda podpísaná medzi zákonným zástupcom dieťaťa a riaditeľom vopred dohodnutého CDRsRP. Sociálny kurátor oboznámil matku klienta o postupe v prípade opakovaného predčasného ukončenia resocializačného procesu. Matku motivoval v rámci rozhovoru k trpezlivosti vo veci resocializačného procesu, vysvetlil jeho prínos pre klienta aj pre rodinu. Sociálny kurátor sa taktiež telefonicky spojil s oddelením detskej psychiatrie vo veci dohodnutia nástupu klienta na povinnú liečbu v rozsahu 4 týždňov. Vzhľadom ku skutočnosti, že rodičia dieťaťa spolupracovali s orgánom

SPODaSK [4], sociálny kurátor vypísal odporúčanie na vykonanie odborných metód v príslušnom CDRsRP.

Návrhy opatrení

- rozhovor s klientom a zákonným zástupcom klienta
- poskytnutie základného sociálneho poradenstva (podľa *zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní*)
- nástup klienta na deské psychiatrické oddelenie v rozsahu 4 týždne (podľa *zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov*) a následný plynulý prechod do vybraného CDRsRP
- po absolvovaní prvej (adaptačno – motivačnej) fázy resocializačného procesu a splnenia dohodnutých cieľov v rámci individuálneho resocializačného programu pravidelný kontakt klienta s rodinou

  Individuálny resocializačný program klienta (ďalej IRP) je procesom, ktorý zahŕňa identifikáciu individuálnych potrieb, voľbu cieľov IRP, voľbu metód na dosiahnutie želaného cieľa, plán činností a aktivít napĺňania IRP a jeho hodnotenie. IRP klienta sa vytvorí pri nástupe klienta do centra podľa *zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov*, pričom ho aktívne tvorí klient v spolupráci so psychológom a sociálnym pracovníkom centra. Pri práci s klientom a jeho IRP odborný tím centra v zložení sociálny pracovník a psychológ aktívne spolupracuje so sociálnym kurátorom príslušného ÚPSVaR a rodiny. V spojení sú telefonicky, písomne a osobne počas návštev sociálneho kurátora v centre, vždy podľa potreby a podľa aktuálnej situácie, v ktorej sa klient centra nachádza.
- spolupráca rodiny s CDRsRP
- participácia rodiny na procese resocializácie v CDRsRP (kontakt, účasť na terapeutických aktivitách, v ďalších fázach resocializácie krátkodobé pobyty klienta v domácom prostredí)
- pravidelný telefonický a osobný kontakt sociálneho kurátora s klientom v CDRsRP
- ponuka možnosti využiť služby RPPS na ÚPSVaR pre rodičov maloletého s cieľom zlepšiť vzťahy v rodine.

[4] Ak je to potrebné v záujme dieťaťa, orgán SPODaSK môže rozhodnúť o uložení výchovného opatrenia, v tomto prípade uloží dieťaťu povinnosť zúčastniť sa na liečbe v CDRsRP, pričom na základe rozhodnutia súdu resocializácia trvá najmenej 8 mesiacov (podľa *zákona č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov* a *zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov*).

Dopad opatrení na rodinu klienta

Situácia v rodine sa upokojila, komunikácia medzi rodičmi klienta sa zlepšila aj napriek tomu, že nevyužili služby referátu poradensko-psychologických služieb. Matka v druhej (nápravno – výchovnej) fáze resocializačného procesu pravidelne telefonicky kontaktovala klienta, v tretej (sociálno – rehabilitačnej) fáze sa zúčastňovala terapeutických stretnutí, pričom zotrvanie klienta v CDRsRP a úspešný prechod jednotlivými fázami resocializačného procesu motivovalo aj otca k participácii na terapeutických sedeniach. V rámci zabezpečenia školskej dochádzky klient pokračoval vo vzdelávacom procese a v poslednej fáze resocializačného procesu a prípravy na povolanie si v spolupráci so sociálnym pracovníkom z CDRsRP podal prihlášku na strednú školu. V štvrtej (reintegračnej) fáze, po dohode s CPDsRP, klient absolvoval víkendové pobyty s rodinou vo svojej domácnosti.

6.2 Klient č. 2 MICHAL

Priezvisko a meno klienta	Michal
Vek	43
Klient prišiel na podnet	z vlastnej vôle
Klient prišiel v sprievode	sám
Diagnóza klienta	F10.2

Osobná anamnéza

Klient je ženatý, má dve maloleté deti. 17-ročná dcéra pochádza z predchádzajúceho vzťahu a druhá 5-ročná dcéra zo súčasného manželstva. S predchádzajúcou partnerkou nie je v kontakte, rovnako ani so svojou staršou dcérou. Najvyššie ukončené vzdelanie je stredoškolské s maturitou – odbor elektrikár. Klient má brata, ktorý žije v spoločnej domácnosti s rodičmi a ktorý sa ho vždy snažil podporovať a usmerňovať. Klient žije v spoločnej domácnosti so svojou manželkou a dcérou, ale ich vzájomné vzťahy sú do veľkej miery narušené z dôvodu opakovanej recidívy klienta. Rodičia s klientom nekomunikujú a dištancujú sa od neho. Klient je nezamestnaný, je zaradený do evidencie uchádzačov o zamestnanie na ÚPSVaR v mieste svojho bydliska. Okrem svojej profesie sa príležitostne živil ako kuchár a čašník a sám seba hodnotí ako zručného a rýchlo sa učiaceho.

Analýza problému

Prvý kontakt s návykovými látkami mal klient vo veku 17 rokov, kedy príležitostne užíval alkoholické nápoje a marihuanu. K pravidelnejšiemu užívaniu alkoholu sa dostal v čase partnerskej krízy a následného rozchodu s prvou partnerkou. Po rozchode absolvoval 10-týždňovú ústavnú liečbu v CPLDZ. Po jej ukončení sa vrátil do spoločnej domácnosti k rodičom. Istý čas vďaka podpore rodičov a brata viedol usporiadaný život, zoznámil sa

so svojou súčasnou manželkou a narodilo sa im dieťa. Neschopnosť primerane zabezpečiť rodinu s malým dieťaťom vytvárala na neho priveľký tlak, ktorý riešil návratom k užívaniu alkoholu. Situácia sa vyostrila natoľko, že v práci dostal výpoveď za hrubé porušenie pracovnej disciplíny. Problémy s finančným zabezpečením rodiny a začínajúce sa dlžoby začali ešte viac narúšať atmosféru v domácnosti, kde klient trávil čoraz menej času a hľadal z nej čoraz častejšie únik. Podporu nachádzal len v prítomnosti svojho brata, lebo rodičia jeho správanie a prístup odsudzovali. Odmietli celkovo pomoc rodine, pričom manželke klienta vyčítali, že ich syna kryla a nechala situáciu zájsť do kritického bodu aj napriek tomu, že vedela o jeho problémoch s alkoholom už z minulosti. V rodine klienta dochádzalo aj medzi rodičmi a bratom klienta k častým hádkam a konfliktom. Impulzom pre riešenie situácie bolo podanie návrhu na rozvod zo strany manželky a riziko straty ďalšieho dieťaťa. Klient spolu s manželkou vyhľadal pomoc a hoci bol pôvodne rozhodnutý pre ambulantnú formu liečby, po nátlaku manželky a hrozbou rozvodu nastúpil na ústavnú liečbu v CPLDZ a vzhľadom k problémom v minulosti sa klient dokonca dobrovoľne rozhodol pokračovať v resocializácii v CDRsRP, ktoré sa nachádzalo v blízkosti jeho trvalého pobytu.

Hodnotenie situácie z pohľadu klienta

- klient sám hodnotí svoju situáciu ako zlyhanie – recidívu
- klient sa vníma ako slabý
- má strach z rozpadu rodiny, nechce prísť najmä o svoju dcéru
- rešpektuje odmietavý postoj svojich rodičov, hoci by prijal väčšiu podporu z ich strany
- klient si je vedomý, že je potrebná zmena prostredia a absolútna zmena režimu
- od spolupráce očakáva podporu, pomoc, zlepšenie vzťahov s rodinou, obnovu dôvery manželky a najmä, aby neprišiel o dieťa
- má obavy z resocializačného zariadenia i zo samotného pobytu a procesu v ňom

Dôsledky závislosti klienta na jeho život a život rodiny

- narušené vzťahy medzi klientom a rodičmi (strata dôvery, neochota pomôcť, odmietavý postoj)
- narušené vzťahy s manželkou
- nevhodný výchovný príklad pre maloleté dieťa v domácnosti
- klient bez zamestnania a príjmu – finančná neistota, finančné problémy rodiny

Priebeh riešenia / intervencia sociálneho kurátora

Klient sa v čase kontaktu so sociálnym kurátorom na oddelení SPODaSK príslušného ÚPSVaR nachádzal v CPLDZ na detoxifikácii. Sociálneho kurátora kontaktoval primár oddelenia CPLDZ, s cieľom dohodnúť osobnú návštevu v priestoroch CPLDZ. Počas návštevy vykonal sociálny kurátor s klientom rozhovor, v rámci ktorého zisťoval všetky relevantné informácie týkajúce sa situácie klienta vrátane rozvoja a priebehu závislosti.

Vzhľadom k opakovaým recidívam v minulosti zisťoval motiváciu klienta k rozhodnutiu absolvovať dlhodobý resocializačný program v CDRsRP. Oboznámil klienta s ďalším postupom, so skutočnosťami týkajúcimi sa vystavenia odporúčania ÚPSVaR a následným postupom spolupráce po nástupe do CDRsRP. Tiež ho oboznámil so základnými podmienkami procesu resocializácie. Po ukončení osobného rozhovoru s klientom vykonal sociálny kurátor rozhovor aj s primárom oddelenia a vyžiadal si písomné odporúčanie na prijatie klienta do CDRsRP. Sociálny kurátor vypracoval plán sociálnej práce s klientom a vystavil písomné odporúčanie pre klienta. Telefonicky kontaktoval riaditeľa vybraného CDRsRP a dohodol s ním termín nástupu. Pozitívnou správou bola možnosť prevozu klienta po absolvovaní detoxifikačnej a ústavnej liečby priamo z CPLDZ do CDRsRP.

Návrhy opatrení

- rozhovor s klientom
- nástup klienta do CDRsRP
- postupné zapojenie rodiny (manželka, brat, rodičia klienta) do procesu resocializácie v CDRsRP (kontakt, účasť na terapeutických aktivitách, v ďalších fázach resocializácie krátkodobé pobyty klienta v domácom prostredí)
- pravidelný telefonický a osobný kontakt sociálneho kurátora s klientom v CDRsRP
- pomoc pri vybavení dávky v hmotnej núdzi (podľa *zákona č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov*)
- komunikácia sociálneho kurátora s rodinou klienta – povzbudenie a motivácia rodiny na spoluprácu s CDRsRP pri procese resocializácie
- sprostredkovanie služieb referátu poradensko-psychologických služieb pre manželku a maloleté dieťa, ale aj rodičov klienta

Dopad opatrení na rodinu klienta

Po uplynutí prvej fázy resocializačného procesu bol s klientom v kontakte najmä jeho brat a manželka. Manželka tiež spolupracovala s referátom poradensko-psychologických služieb, kde sa v rámci plnenia úloh z plánu sociálnej práce pripojili aj rodičia klienta Nakoľko manželka mala záujem porozumieť hlbšie problematike závislosti od alkoholu a chcela vedieť, ako môže svojmu manželovi po ukončení liečby pomôcť, na odporúčanie sociálneho kurátora a psychiatra z CPLDZ pravidelne navštevovala A-sekciu (socioterapeutický klub pre abstinujúcich závislých od alkoholu a ich rodiny) v príslušnom zariadení. Vďaka novým informáciám sa postupne obnovila komunikácia medzi manželkou a rodičmi klienta a došlo k postupnej náprave vzájomných vzťahov. Vzhľadom na skutočnosť, že sociálny kurátor bol v pravidelnom kontakte s CDRsRP, rovnako s klientom už počas prvej fázy resocializačného procesu, komunikoval s rodinou a informoval ju o úspešnom postupe klienta v jednotlivých fázach resocializácie. Po absolvovaní prvej fázy resocializačného procesu sa skupinových stretnutí zúčastnili postupne manželka, brat aj rodičia klienta. Keďže rodičia klienta videli

synovu snahu o zmenu svojho života, rozhodli sa finančne pomôcť rodine a podporiť manželku klienta. Klient vďaka odporúčaniu a vybaveniu dávok v hmotnej núdzi na ÚPSVaR finančne nezaťažil rodinu ešte viac, takže rodina sa mohla sústrediť na zotavovanie. V spolupráci so sociálnou pracovníčkou a psychológom z CDRsRP spoločne plánovali návrat klienta z CDRsRP s tým, že si vopred stanovili pravidlá a režim, aby podporili klienta po jeho návrate domov. Klient si počas poslednej fázy resocializačného pobytu dokázal s podporou sociálnej pracovníčky v CDRsRP nájsť pracovné miesto, na ktoré nastúpil hneď po svojom návrate domov. Klient absolvoval v poslednej fáze aj niekoľko víkendových pobytov v domácom prostredí bez recidívy.
Manželia na odporúčanie viacerých odborníkov, ale aj rodinných príslušníkov iných abstinujúcich závislých klientov, pokračovali po ukončení Michalovej liečby spoločne v pravidelných návštevách A-klubu v CPLDZ, kde Michal absolvoval ústavnú liečbu.

6.3 Klient č. 3 TOMÁŠ

Priezvisko a meno klienta	Tomáš
Vek	35 rokov
Klient prišiel na podnet	manželky
Klient prišiel v sprievode	sám
Diagnóza	F10.2

Osobná anamnéza

Klient má 35 rokov, je ženatý, má dve maloleté deti vo veku 3 a 7 rokov. Má ukončené stredné odborné vzdelanie s maturitou, je zamestnaný na daňovom úrade. Žije v spoločnej domácnosti s manželkou a ich deťmi. Z rodičov žije už len matka, starí rodičia nežijú. Má mladšiu sestru, ktorá žije v usporiadanom manželskom zväzku v inom meste ako klient a má dve deti vo veku 2 a 4 roky.

Analýza problému

Klient v mladosti užíval len príležitostne alkoholické nápoje, iné skúsenosti s návykovými látkami nemal. Do veku 30 rokov žil usporiadaným harmonickým životom, mal veľmi dobré vzťahy s rodičmi. Po náhlom úmrtí otca sa klient začal uzatvárať do seba. V krátkej dobe bol nútený zmeniť aj pracovisko, kde bol vystavený väčšej zodpovednosti a zvýšenému psychickému tlaku. U klienta sa začali prejavovať psychosomatické problémy, ktoré klient riešil užívaním alkoholu. Zmeny nálad a správania viedli v rodine klienta k menším či väčším konfliktom medzi ním a jeho manželkou. Vzhľadom na fakt, že manželka žiadala o pomoc klientovu matku, klient obmedzil kontakt s matkou, lebo to vnímal zo strany matky ako zásah do jeho súkromia. Konflikty sa v rámci rodiny naďalej vyostrovali. Keď sa pokúsila

o kontakt a pomoc sestra klienta, pohádal sa s ňou a prestal s ňou komunikovať. Manželku klienta opakovane upozorňovali známi na zmenu jeho správania, za čo sa hanbila. V dôsledku toho sa začala vyhýbať kontaktom a začala sa izolovať. Až na základe ostrejšieho konfliktu, v ktorom si klient uvedomil možnosť straty manželky a detí, sa rozhodol nastúpiť na liečbu v CPLDZ. Liečbu však predčasne ukončil na vlastnú žiadosť po 7 dňoch s presvedčením, že to zvládne aj doma sám. Bol však neúspešný a na tretí deň došlo k recidíve. Vtedy požil značné množstvo alkoholu a po tom ako sa prebral, zistil, že manželka aj jeho deti odišli z bytu. Po telefonickom rozhovore s manželkou sa rozhodol pre opätovné liečenie. Manželka nechcela do situácie zaťahovať deti a vysvetlila im, že otec je na dlhodobom pracovnom pobyte v zahraničí.

Hodnotenie situácie z pohľadu klienta

- uvedomuje si, že má problém, aj že zlyhal, nezvláda situáciu, bojí sa o svoje manželstvo a deti
- má záujem o liečenie a zmenu
- alkohol a lieky sú pre neho uvoľnením
- očakáva usmernenie, podporu, pomoc pri úprave narušených vzťahov, pomoc celej rodiny

Dôsledky na život klienta a rodiny

- narušené vzťahy medzi klientom a rodinou (manželkou, matkou, sestrou)
- hrozba straty zamestnania
- negatívny vplyv na maloleté deti (nevhodné rodinné prostredie)
- sociálna izolácia

Priebeh riešenia / intervencia sociálneho kurátora

Klient vyhľadal sociálneho kurátora pre plnoleté fyzické osoby priamo na oddelení SPODaSK príslušného ÚPSVaR. Sociálna kurátorka zrealizovala s klientom rozhovor, v rámci ktorého klient popísal svoju situáciu a uviedol, že od obvodného lekára dostal odporúčanie na SPODaSK, kde mu údajne dajú doporučenie na zariadenie určené na liečbu drogových závislostí. Sociálna kurátorka zisťovala všetky relevantné informácie zo života klienta, pýtala sa na obdobie, kedy klientovi zomrel otec, zisťovala motiváciu klienta a následne preverovala aktuálne možnosti pomoci klientovi. Vzhľadom k tomu, že najbližšie CPLDZ bolo plne obsadené, zisťovala možnosti ambulantnej formy liečby s možnosťou pokračovania ústavnej liečby, keď sa uvoľní miesto v zariadení. Klient však nesúhlasil s ambulantnou formou liečby, obával sa svojho zlyhania a nechcel sa vrátiť do prázdneho bytu. Z tohto dôvodu požiadal o preverenie situácie v ďalších zariadeniach aj mimo jeho trvalého bydliska. Sociálna kurátorka preverila niekoľko možností, napokon našla najbližšie voľné miesto v CPLDZ vzdialené od miesta bydliska cca 120 km s možným nástupom o 3 dni. Klient súhlasil a sociálna kurátorka dohodla s primárom zariadenia príchod klienta.

Klient požiadal sociálnu kurátorku, či môže v jej prítomnosti zavolať svojej sestre. Až do nástupu na liečbu nechcel byť totiž sám, pretože sa obával, že opäť začne piť. Sestra bola prekvapená bratovým telefonátom, okamžite však súhlasila s tým, že do 2 hodín bude pri klientovi. Sociálna kurátorka ponúkla klientovi možnosť počkať na svoju sestru v budove ÚPSVaR. Po telefonickej rezervácii miesta sociálna kurátorka vypracovala plán sociálnej práce s klientom. Zdôraznila nevyhnutnú potrebu spolupráce rodinných príslušníkov vrátane manželky a manželky klienta. V čase nástupu klienta do CPLDZ sa telefonicky kontaktovala s s manželkou a matkou klienta, so sestrou klienta sa stretla osobne ešte pred nástupom klienta do CPLDZ. Matka prejavila vážny záujem o spoluprácu a ochotu podporiť klienta. Manželka klienta prejavila ochotu spolupracovať, až keď bude vidieť na svojom manželovi snahu a nejaký pokrok.

Návrhy opatrení

- vykonanie rozhovoru s klientom
- kontaktovanie osôb blízkych klientovi (manželka, matka)
- nástup klienta do CPLDZ
- komunikácia sociálnej kurátorky s rodinou klienta – povzbudenie a motivácia rodiny na spoluprácu
- sprostredkovanie psychologickej pomoci v rámci referátu poradensko psychologických služieb pre manželku
- poskytnutie kontaktu na
- pomoc pri komunikácii so zamestnávateľom (vybavenie dlhodobej PN)

Dopad opatrení na rodinu klienta

Klient nastúpil do CPLDZ v dohodnutý termín a po siedmich dňoch detoxifikácie nastúpil na riadnu ústavnú liečbu v tom istom zariadení. Po vybavení dlhodobej PN a po sprostredkovaní komunikácie so zamestnávateľom, bola zachovaná istota pracovného miesta po úspešnom zvládnutí ústavnej liečby a návrate domov. Sestra klienta sa skontaktovala s jeho manželkou a navrhla spoločnú účasť na A-klube s cieľom získať čo najviac informácií o závislosti. Manželka spolu s matkou klienta absolvovali aj niekoľko terapeutických sedení s psychiatričkou v zariadení, kde bol umiestnený klient. Po absolvovaní 6 týždňov liečby vďaka dobrému správaniu dostal klient priepustku na víkend domov. Rodina vnímala u klienta badateľné zmeny v správaní aj v prístupe k nim. Klient sám ocenil podporu zo strany rodiny, ktorá bola pre neho kľúčová a motivujúca.

Záver

Vysokoškolská učebnica má za cieľ poskytnúť čo najkomplexnejší pohľad na problematiku rodiny so závislým členom v kontexte zmeny fungovania rodinného systému, adaptácie celej rodiny na novú životnú situáciu a odbornej pomoci v jednotlivých fázach liečebného procesu. Jej cieľom je tiež posilniť potenciál študentiek a študentov pomáhajúcich profesií (sociálnych pracovníkov, psychológov, sociálnych a liečebných pedagógov) pre budúcu prácu s rodinami so závislým členom.

V texte sme sa venovali syndrómu závislosti od alkoholu a aktuálnym možnostiam liečby na Slovensku, rodine s členom závislým od alkoholu v kontexte jej štruktúry, väzieb a vzájomných interakcií vo vnútri rodiny medzi jednotlivými členmi. Pozornosť sme venovali dopadom závislosti na členov rodiny, ako aj vzniku a rozvoju kodependentného správania a jej základným konštruktom. V práci sme sa ďalej venovali intervenčným prístupom v komunikácii s rodinou závislého jedinca a podporným stratégiám rodiny vo vzťahu k svojmu blízkemu s cieľom upevniť jeho proabstinenčné vzory správania. V samostatnej kapitole sme predstavili motivačné interview ako jednu z najčastejšie využívanú a efektívne hodnotenú intervenciu v starostlivosti o závislého klienta a jeho rodinu. V závere učebnice sme predstavili 3 prípadové štúdie rodín so závislým členom a návrhy opatrení v kontexte sociálnej práce.

Ako sme uviedli v úvode, ponuka podporných programov pre rodiny a blízkych závislých osôb je na Slovensku značne limitovaná a rodiny sa často považujú skôr za doplnok liečby než za jej neoddeliteľnú súčasť. Spôsob ich zapojenia do liečebného procesu je často postavený na informáciách, ktorými ne/disponujú, ale aj na fázach kodependencie, v ktorej sa členovia rodiny nachádzajú a nerozumejú svojim pocitom a svojmu správaniu k závislému členovi. Preto aj komunikácia s ním a spolupráca s terapeutmi môže byť neefektívna a pôsobí proti hlavnému cieľu komplexnej liečby závislosti (nielen) od alkoholu – trvalej, dôslednej a úplnej abstinencii. Špecifiká rodinného systému a znalosť individuálnych aspektov potrieb jej jednotlivých členov nám však umožňujú nazerať na rodinu ako na systém zdrojov a podpory, ktorý môžu odborníci pri práci so závislými využívať s cieľom dosahovať pozitívne a trvalé zmeny nielen u závislého člena, ale aj v celom rodinnom systéme.

Zoznam skratiek

AA	Anonymní alkoholici (Alcoholics Anonymous)
ABCT	Behaviorálna párová terapia so zameraním na alkohol (Alcohol-Focused Behavioral Couple Therapy)
ACOA	Dospelé deti alkoholikov (Adult Children of Alcoholics)
ARBD	Alkoholom spôsobené vrodené poruchy (Alcohol Related Birth Defects)
ARND	Neurologické vývojové poruchy súvisiace s alkoholom (Alcohol Related Neurodevelopmental Disorders)
BCT	Behaviorálna párová terapia (Behavioral Couple Therapy)
BFC	Behaviorálne rodinné poradenstvo (Behavioral Family Counselling)
BSFT	Krátka strategická rodinná terapia (Brief Strategic Family Therapy)
CDRsRP	Centrum pre deti a rodiny s resocializačným programom
COA	Deti alkoholovo závislých rodičov (Children of Alcoholics)
CoDA	Organizácia anonymných kodependentov (CoDependents Anonymous)
CPČ	Certifikovaná pracovná činnosť
CPLDZ	Centrum pre liečbu drogových závislostí
CRAFT	Posilňovanie komunity a tréning rodiny (Community Reinforcement and Family Training)
DSM	Diagnostický a štatistický manuál mentálnych porúch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
FAE	Účinky alkoholu na plod (Fetal Alcohol Effects)
FABS	Škála správania sa s FAS (Fetal Alcohol Behavior Scale)
FAS	Fetálny alkoholový syndróm (Fetal Alcohol Syndrome)
FASD	Poruchy fetálneho alkoholového spektra (Foetal Alcohol Spectrum Disorder)
FBT	Behaviorálna rodinná terapia (Family Behavior Therapy)
FFT	Funkčná rodinná terapia (Functional Family Therapy)
FST	Terapia rodinných systémov (Family Systems Therapy)
F10 – F19	Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok
GRASP	Grief Recovery After Substance Passing
IRP	Individuálny resocializačný program
MDFT	Multidimenzionálna rodinná terapia (Multidimensional Family Therapy)
MI	Motivačné interview (Motivational Interviewing)
MKCH-10	Medzinárodná klasifikácia chorôb (10. Revízia)
MRT	Terapia morálneho zotavenia (Moral Reconation Therapy)
MST	Multisystemická terapia (Multisystemic Therapy)
ND-PAE	Neurobehaviorálne poruchy spojené s prenatálnou expozíciou alkoholu (Neurobehavioral Disorder Associated with Prenatal Alcohol Exposure)

PFAS	Parciálny fetálny alkoholový syndróm (Partial Fetal Alcohol Syndrome)
PTC	Tlak na zmenu (The Pressures to Change)
RPPS	Referát poradensko-psychologických služieb
RRD	Redukčný prístup v liečbe závislosti od alkoholu (Reduced-Risk Drinking)
SBNT	Sociálna behaviorálna a sieťová terapia (Social Behaviour and Network Therapy)
SFBT	Krátka na riešenie zameraná terapia (Solution Focused Brief Therapy)
SPODaSK	Sociálnoprávna ochrana detí a sociálna kuratela
SSC	Stratégie sebazdokonaľovania a zmeny (Strategies for Self-Improvement and Change)
ÚPSVaR	Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny

Zoznam bibliografických odkazov

AMSTERDAM, V. J. & BRINK, W., 2013. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. In: *Journal of Psychopharmacology* [online]. 27(11), s. 987-997. ISSN 1461-7285. Dostupné z: doi:10.1177/0269881113495320

ANDERSON, S. C., 1994. A Critical Analysis of the Concept of Codependency. In: *Social Work* [online]. Roč. 39, č. 4, s. 677-685 [cit. 12. augusta 2024]. Dostupné z: doi:10.1093/sw/39.6.677

ARKOWITZ, H. & WESTRA, H. A., 2004. Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety. In: *Journal of Cognitive Psychotherapy* [online]. Roč. 18, č. 4, s. 337-350 [cit. 13. júna 2024]. Dostupné z: doi:10.1891/jcop.18.4.337.63998

ASTLEY, S. J., 2011. Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD). In: *Prenatal Alcohol Use and Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Diagnosis, Assesment and New Directions in Research and Multimodal Treatment* [online]. [cit. 12. júla 2024]. Dostupné z: http://depts.washington.edu/fasdpn/pdfs/astley-FASD-chapter2011.pdf

BAHARUDIN, D. F., HUSSIN, A. H. M., SUMARI, M. et al., 2013. Family intervention for the treatment and rehabilitation of drug addiction: an exploratory study. In: *Journal of Substance Use* [online]. 1-6 [cit. 25. mája 2024]. ISSN 1465-9891. Dostupné z: DOI:10.3109/14659891.2013.799239

BARBER, J. G., 1995. Working with resistant drug abusers. In: *Social Work*, 40(1), 17–23.

BARBER, J. G., & CRISP, B. R., 1995. Social support and prevention of relapse following treatment for alcohol abuse. In: *Research on Social Work Practice*, 5, 283-296. Dostupné z: doi:10.1177/104973159500500302

BARBER, J. G. & GILBERTSON, R., 1996. An Experimental Study of Brief Unilateral Intervention for the Partners of Heavy Drinkers. In: *Research on Social Work Practice* [online]. Roč. 6, č. 3, s. 325-336 [cit. 5. júla 2024]. Dostupné z: doi:10.1177/104973159600600304

BARNARDOVÁ, M. 2011. *Drogová závislost a rodina.* 1. vyd., Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-386-8.

BEATTIE, M. 2006. *Koniec spoluzávislosti.* Trnava: Spolok Svätého Vojtecha. ISBN 80-7162-631-7.

BELMONTES, K. C., 2018. When Family Gets in the Way of Recovery: Motivational Interviewing With Families. In: *The Family Journal* [online]. Roč. 26, č. 1, s. 99-104 [cit. 6. júla 2024]. Dostupné z: doi:10.1177/1066480717753013

BORTOLON, C. B., MOREIRA, T., SIGNOR, L. et al., 2016. Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent

Behavior of Family Members of Drug Users. In*: Substance Use & Misuse* [online]. Roč. 52, č. 2, s. 164-174 [cit. 6. augusta 2024]. Dostupné z: doi:10.1080/10826084.2016.1223134

BURNETT, G., JONES, R. A., BLIWISE, N. G. & ROSS, L. T., 2006. Family Unpredictability, Parental Alcoholism, and the Development of Parentification. In: *The American Journal of Family Therapy* [online]. Roč. 34, č. 3, s. 181–189 [cit. 12. júna 2024]. ISSN 1521-0383. Dostupné z: doi:10.1080/01926180600550437

CERMAK, T. L., 1986a. *Diagnosing and treating co-dependence. A guide for professionals who work with chemical dependents, their spouses and children.* Johnson Institute Books. ISBN 9780935908329.

CERMAK, T. L., 1986b. Diagnostic criteria for codependency. In: *Journal of Psychoactive Drugs* [online]. Roč. 18, č. 1, s. 15–20 [cit. 20. júna 2024]. ISSN 2159-9777. Dostupné z: https://doi.org/10.1080/02791072.1986.10524475

CO-DEPENDENTS ANONYMOUS. 2009. *Co-dependents Anonymous*, Inc. 2ndEdition. Dallas: CoRe Publications, P.O.Box 670861. ISBN 0-9647105-0-1.

CoDA.org., 2024. *„What is Codependence*" [online]. [cit. 22. júla 2024]. Dostupné z: https://coda.org/newcomers/what-is-codependence/

COPELLO, A. & ORFORD, J., 2002. Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? In: *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs* [online]. 97(11), s. 1361-1363 [cit. 10. apríla 2024]. Dostupné z: https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00259.x

COPELLO, A., ORFORD, J., HODGSON, R. et al., 2002. Social behaviour and network therapy. In: *Addictive Behaviors* [online]. Roč. 27, č. 3, s. 45–366 [cit. 12. mája 2024]. Dostupné z: doi:10.1016/s0306-4603(01)00176-9

CSIERNIK, R., 2002. Counseling for the Family: The Neglected Aspect of Addiction Treatment in Canada. In: *Journal of Social Work Practice in the Addictions* [online]. 2(1), s. 79-92 [cit. 12. apríla 2024]. ISSN 1533-2578. Dostupné z: https://doi.org/10.1300/J160v02n01_05

DALEY, D. C. & MILLER, J., 2001. *Addiction in Your Family.* Florida: Learning publications. ISBN 1-55691-227-7.

DAVIS, A. K. & ROSENBERG, H., 2013. Acceptance of non-abstinence goals by addiction professionals in the United States. In: *Psychology of Addictive Behaviors* [online]. Roč. 27, č. 4, s. 1102–1109. ISSN 1939-1501. Dostupné z: doi:10.1037/a0030563

DEAR, G. E., 2002. The Holyoake Codependency Index: further evidence of factorial validity. In: *Drug and Alcohol Review* [online]. Roč. 21, č. 1, s. 47–52 [cit. 8. apríla 2024]. ISSN 1465-3362. Dostupné z: doi:10.1080/09595230220119354

DEAR, G. E., ROBERTS, C. & LANGE, L., 2004. Defining codependency: A thematic analysis of published definitions. In: *S. SHOHOV, eds. Advances in Psychology*. Č. 34, s. 189-205. New York, United States of America: Nova Science Publishers.

EDWARDS, M. E. & STEINGLASS, P., 1995. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. In: *Journal of Marital and Family Therapy* [online]. Roč. 21, č. 4, s. 475-509 [cit.

2. apríla 2024]. ISSN 1752-0606. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1995.tb00176.x

FALS-STEWART, W. & O´FARRELL, T. J., 2003. Behavioral Family Counseling and Naltrexone for Male Opioid-Dependent Patients. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. Roč. 71(3), s. 432-442 [cit. 15. júna 2024]. ISSN 1939-2117. Dostupné z: https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.432

FIZIKOVÁ, I., 2012. Alkoholická halucinóza. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti: Protialkoholický obzor.* Roč. 47, č. 1, s. 15-26. ISSN 0862-0350.

FUNKE, M. et al., 2021. Kontrolovaná konzumace alkoholu: možnosti a limity nového terapeutického přístupu. In: *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi* [online]. Roč. 4, č. 2, s. 86-94. ISSN 2570 – 8120. Dostupné z: doi: 10.35198/APLP/2021-002-0004

GERINGER WOITITZ, J., 1997. *Dospelé deti alkoholikov.* Bratislava: SOFA. ISBN 80-85752-50-6.

GRANFIELD, R. & IRVINE, L., 2001. Codependent Forevermore: The Invention of Self in a Twelve Step Group. In: *Contemporary Sociology* [online]. 30(1), 87 [cit. 24. mája 2024]. ISSN 1939-8638. Dostupné z: doi:10.2307/2654370

GROHOL, M., 2014. Redukčný prístup v liečbe závislosti od alkoholu. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti: Protialkoholický obzor.* Roč. 49, č. 2, s. 41-64. ISSN 0862-0350.

HAAKEN, J., 1990. A Critical Analysis of the Co-dependence Construct. In: *Psychiatry* [online]. Č. 53, s. 396-406 [cit. 15. mája 2024]. ISSN 1476-1793. Dostupné z: 10.1080/00332747.1990.11024522

HAJNÝ, M. 2001. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0135-9.

HANDS, M. & DEAR, G., 1994. Co-dependency: a critical review. In: *Drug and Alcohol Review* [online]. Roč. 13, č. 4, s. 437-445 [cit. 18. júla 2024]. ISSN 1465-3362. Dostupné z: doi:10.1080/09595239400185571

HAUGLAND, B. S. M., 2005. Reccurent Disruptions of Rituals and Routines in Families With Paternal Alcohol Abuse. In: *Family Relations* [online]. 54(2), s. 225 – 241. Dostupné z: DOI:10.1111/j.0197-6664.2005.00018.x

HELLUM, R., NIELSEN, A., BISCHOF, G. et al., 2019. Community reinforcement and family training (CRAFT) – design of a cluster randomized controlled trial comparing individual, group and self-help interventions. In: *BMC Public Health* [online]. 19(1) [cit. 16. augusta 2024]. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-019-6632-5

HENDRIKSEN, E., 2017. „Is Your Relationship Codependent? And What Exactly Does That Mean?" In: *Scientific American* [online]. Retrieved 12 January 2017 [cit. 19. júna 2024]. Dostupné z: https://www.scientificamerican.com/article/is-your-relationship-codependent-and-what-exactly-does-that-mean/

HERETIK, A., HERETIK, A. jr. et al., 2007. *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof, spol. s.r.o., 2007. ISBN 978-80-89322-00-8.

HERMAN, K. C., REINKE, W., FREY, A. & SHEPARD, S. S., 2014. *Motivational interviewing in schools: Strategies to engage parents, teachers, and students.* Publisher: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-4877-3.

HOHMAN, M., 2021. Why Social Work and Motivational Interviewing? (Chapter 1). In: *Motivational Interviewing in Social Work Practice Second Edition* [online]. The Guilford Press. ISBN 9781462545636. Dostupné z: https://www.guilford.com/excerpts/hohman_ch1.pdf?t=1

HOVANOVÁ, M., 2021. *Rodina ako priestor sociálnej práce.* Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. ISBN 978-80-8152-965-8.

HUDECOVÁ, A., 2017. *Rodina.* In: BALOGOVÁ Beáta a Eva ŽIAKOVÁ, eds., 2017. Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 258-260. ISBN 978-80-8152-483-7.

HUNTER-REEL, D., WITKIEWITZ, K. & ZWEBEN, A., 2012. Does session attendance by a supportive significant other predict outcomes in individual treatment for alcohol use disorders? In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* [online]. 36(7), s. 1237-1243 [cit. 30. marca 2024]. ISSN 2993-7175. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01719.x

JELLINEK, E. M., 1946. Phases in the drinking history of alcoholics. Analysis of a survey conducted by the official organ of Alcoholics Anonymous (Memoirs of the Section of Studies on Alcohol). In: *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* [online]. 7(1), s. 88. Dostupné z: https://doi.org/10.15288/QJSA.1946.7.1

JELLINEK, E. M., 2010. *The Disease Concept of Alcoholism.* Reprint of 1960 Edition.Martino Fine Books. ISBN 9781578989362.

JONNES, K. L. & Smith, D. W., 1973. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. In: *Lancet* [online]. 302(7836), s. 999-1001 [cit. 12. apríla 2024]. Dostupné z: DOI: 10.1016/s0140-6736(73)91092-1

KALINA, K. et al., 2008. *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K. 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4361-5.

KALINA, K. et al., 2015. *Klinická adiktologie.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.

KANTORKOVÁ, A., 2007. Kognitívno-behaviorálna terapia. In: *Poradenstvo pre oblasť závislostí* [CD-ROM]. Zborník prednášok z celoslovenského odborného kurzu. Bratislava: Inštitút drogových závislostí, Centrum pre liečbu drogových závislostí.

KAPUSTOVÁ, K. 2008. Socioterapia. Kde všade je prítomná a užitočná? In *Čistý deň.* 2008, roč. 6, č. 3, s. 3-5. ISSN 1336-4243.

KAUFMAN, E., 1984. Family System Variables in Alcoholism. In: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* [online]. 8(1). s. 4-8 [cit. 12. apríla 2024]. ISSN 2993-7175 Dostupné z: doi:10.1111/j.1530-0277.1984.tb05023.x

KELLY, S. M., O'GRADY, K. E., SCHWARTZ, R. P. et al., 2010. The Relationship of Social Support to Treatment Entry and Engagement: The Community Assessment Inventory. In: *Substance Abuse* [online]. 31(1), s. 43–52 [cit. 12. marca 2024]. ISSN 1547-0164. Dostupné z: doi:10.1080/08897070903442640

KLECKA, M. & JANAS-KOZIK, M. 2012. *Dieťa s FASD: Diferenciálna diagnostika a základy terapie.* Návrat, o. z. ISBN 978-80-969621-7-4.

KLIMENT, P. 2012. Význam sociální práce s rodinným systémem se závislým na alkoholu. In: *Metódy sociálnej práce s rodinou*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2012. ISBN 978-80-8132-050-7. s. 258-267.

KLIMENT, P. 2007. Rodinný systém se závislým na alkoholu. In *Sociální práce/Sociálna práca.* 2007, č. 3, s. 61-67. ISSN 1213-6204.

KOLIBÁŠ, E. & NOVOTNÝ, V., 2007. *Alkohol – drogy – závislosti.* Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-2315-4.

KRATOCHVÍL, S. 2000. *Základy psychoterapie.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-414-1.

KUDRLE, S., 2003. Psychopatologie závislosti a kodependence. In: K. KALINA, eds. *Drogy a drogové závislosti 1: Meziobořový přístup.* Praha: Úřad vlády České republiky. s. 107-112. ISBN 80-86734-05-6.

KUNDA, S. et al., 1988. *Klinika alkoholizmu.* Martin: Osveta. 70-020-88 KAL.

LAWSON, A. & LAWSON, G., 1998. *Alcoholism and the Family: A Guide to Treatment and Prevention.* Maryland: Aspen Publishers, Inc. ISBN 978-0834210585.

LINDENMEYER, J., 2009. *Závislosť od alkoholu. Pokroky v psychoterapii.* Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana, s. r. o. ISBN 978-80-88952-54-1.

LlOYD-HAZLETT, J., HONDERICH, E. M. & HEYWARD, K. J., 2015. Fa-MI-ly. Experiential Techniques to Integrate Motivational Interviewing and Family Counseling. In: *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Familie* [online]. 24(1), s. 31-37 [cit. 22. marca 2024]. Dostupné z: doi:10.1177/1066480715615666

MALBIN, D. V., 2015. *Fetal Alcohol/Neurobehavioral conditions: Understanding and application of a brain-based approach. Fetal Alcohol Spectrum Disorder & Other Neurobehavioral Conditions: Understanding & Application of a Brain-Based Approach.* Centrum diagnostiky, terapie a prevencie FAS. Ružomberok.

MAKUUCHI, A., TAKEMOTO, Y., OKAMURA, H. et al., 2017. Favorable effects of motivational interviewing and support in a patient with schizophrenia and alcohol abuse. In: *Journal of General and Family Medicine* [online]. 18(5), s. 271-274 [cit. 25. marca 2024]. ISSN 2189-7948. Dostupné z: doi:10.1002/jgf2.36

MARIANI, J., 2009. *Abstinencia je stav duše. Výpoveď abstinujúceho terapeuta.* Liptovský Mikuláš: BIANKO. ISBN 978-80-970202-9-3.

MARTINOVE, M., 2006. „Liečba je začiatok zmeny." In: *Čistý deň.* Roč. 4, č. 3, s. 26-27. ISSN 1336-4243.

MARTINOVE, M. & MARTINOVE, M., ml., 2009. Alkoholizmus a jeho dôsledky u jedincov s vysokoškolským vzdelaním. In: *Psychiatria pre prax.* 10 (4). s. 166–170. ISSN 1339-4258.

MARTINOVE, M. et al., 2011. Úspešnosť odvykacej liečby. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti: Protialkoholický obzor.* Roč. 47, č. 4, s. 193-205. ISSN 0862-0350.

McCRADY, B. S. & EPSTEIN, E. E., 2009. *Overcoming alcohol problems: A couples-focused program: Therapist guide. Oxford University Press.* https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195322811.001.0001

McCRADY, B. S., WILSON, A. D., MUNOZ, R. E. et al., 2016. Alcohol-Focused Behavioral Couple Therapy. In: *Family Process* [online]. 55(3), s. 443-59 [cit. 11. apríla 2024]. ISSN 1545-5300. Dostupné z: doi:10.1111/famp.12231

McCRADY, B. S. & FLANAGAN, C. J., 2021. The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. In: *Alcohol Res* [online]. 41(1):06 [cit. 18. apríla 2024]. Dostupné z: DOI: 10.35946/arcr.v41.1.06

MEADS, C., TING, S., DRETZKE, J. & BAYLISS, S., 2007. *A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependen*ce [online]. [cit. 2. apríla 2024]. Dostupné z: https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/WMHTAC/REPreports/2007/FamilyTherapy.pdf

MEIS, L. A., GRIFFIN, J. M., GREER, N. et al., 2013. Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. In: *Clinical Psychology Review* [online]. 33(2), s. 275-286 [cit. 19. mája 2023]. ISSN 1873-7811. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860533/

MEYERS, R. J., ROOZEN, H. G. & SMITH, J. E., 2011. The Community Reinforcement Approach. In: *Alcohol Research & Health* [online]. 33(4), 380-388 [cit. 18. mája 2024]. Dostupné z: doi:10.1017/s0141347300006583

MIDDELTON-MOZ, J. & DWINELL, L., 2010. *After the Tears: Helping Adult Children of Alcoholics Heal Their Childhood Trauma.* Florida: Health Communications, Inc. ISBN 0757315135.

MILLER, W. R., 1983. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. In: *Behavioural Psychotherapy* [online]. 11(02), s. 147 [cit. 18. júna 2024]. Dostupné z: doi:10.1017/s0141347300006583

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S., 1991. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.* The Guilford Press.

MILLER, W. R. & ROLLNICK, S., 2003. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování.* Tišnov: Scan. ISBN 80-86620-09-3.

MILLEROVÁ, G. 2011. *Adiktologické poradenství.* Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-765-3.

MYDLÍKOVÁ, E., 2019. *Rodina a kognitívno-behaviorálny prístup.* Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS. ISBN 978-80-568-0374-5.

NAAR-KING, S. & SUAREZ, M., 2011. *Motivational Interviewing With Adolescents and Young Adults.* New York: Guilford Press. ISBN 9781462546985.

NEJDLOVÁ, D., 2005. Alkoholizmus nie je iba problém alkoholikov, je omnoho širší. In *Čistý deň.* Roč. 3, č. 2, s. 10-11. ISSN 1336-4243.

NEŠPOR, K., 2006. *Zůstat střízlivý. Praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké* [online]. Brno: HOST. Dostupné z: https://www.drnespor.eu/tyka06e.pdf

NEŠPOR, K., 2007. *Návykové chování a závislost.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.

NOVOMESKÝ, F., 1996. *Drogy: História – medicína - právo.* Martin: Advent Orion. ISBN 978-80-887-1949-6.

O´FARRELL, T. & CLEMENTS, K., 2012. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. In: *Journal of Marital and Family Therapy* [online]. 38(1): 122-44 [cit. 12. februára 2024]. Dostupné z: doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x.

O'FARRELL, T. J., MURPHY, M., ALTER, J. & FALS-STEWART, W., 2010. Behavioral family counseling for substance abuse: A treatment development pilot study. In: *Addictive Behaviors* [online]. 35(1), s. 1-6 [cit. 26. mája 2024]. ISSN 1873-6327. Dostupné z: DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.07.003

OKRUHLICA, Ľ., 2012. *Negatívne dopady nadmerného pitia na Slovensku.* [online]. Dostupné na internete: http://www.euractiv.sk/fileadmin/images/Brozura_Negativne_dopady_nadmerneho_pitia_na_Slovensku.pdf

PALEY, B. & O´CONNOR, M. J., 2009. Intervention for individuals with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Treatment Approaches and Case Management. In: *Developmental Disabilities. Research Reviews* [online]. 15(3): 258-267 [cit. 12. marca 2024]. Dostupné z: DOI: 10.1002/ddrr.67

PAVELOVÁ, Ľ. et al., 2013. *Komunitná sociálna práca. Sociálna práca v komunite.* Bratislava: IRIS – Vydavateľstvo a tlač, s. r. o. ISBN 978-80-89238-79-8.

PAVELOVÁ, Ľ. & HROZENSKÁ, M., 2023. Deti ako priami účastníci násilia v párových vzťahoch. In: *Psychológia a patopsychológia dieťaťa.* 57(2), s.71-83. ISSN 0555-5574.

PETRINCOVÁ, Z., 2016. Fetálny alkoholový syndróm ako neviditeľné telesné znevýhodnenie. In: *Zborník príspevkov z Medzinárodnej vedeckej konferencie „Perspektívy ochrany detí a mládeže na Slovensku, v Nórsku a v iných krajinách*". s. 103-108. ISBN 978-80-557-1142-3.

PEŠEK, R. & VONDRÁŠKOVÁ, A., 2007. Kognitivní a emocionální reakce rodičů dospívajících dětí, ktoré užívají drogy. In *Adiktologie.* 2007, roč. 7, č. 1, s. 52-61. ISSN 1213-3841.

PEŠEK, R., VONDRÁŠKOVÁ, A. & VESELÝ, O., 2008. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati.* [online]. 2. Písek: ARKÁDA, 2008. ISBN 978-80-239-9405-6.

POPOV, P., 2008. Skála adiktolog – životní dráha zakladatele. In: *Zaostřeno na drogy 1.* s. 3-4. ISSN 1214-1089.

POWERS, M. B., VEDEL, E. & EMMELKAMP, P. M. G., 2008. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review* [online]. 28(6), s. 952-962. [cit. 10. júna 2024]. ISSN 1873-7811. Dostupné z: doi:10.1016/j.cpr.2008.02.002

PREVENDÁROVÁ, J. 2001. *Rodinná terapia a poradenstvo.* Bratislava: Humanitas, 2001. ISBN 80-968053-6-3

PROCHASKA, J. O. & DiCLEMENTE, C., 1983. Stages and Processes of Self-Change of Smoking - Toward An Integrative Model of Change. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 51(3):390-5 [cit. 15. mája 2024]. ISSN 1939-2117. Dostupné z: DOI: 10.1037/0022-006X.51.3.390

PROCHASKA, J. O., DiCLEMENTE, C. & NORCROSS, J. C., 1992. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. In: *American Psychologist* [online]. 47(9), s. 1102-1114 [cit. 15. mája 2024]. ISSN 1935-990X. Dostupné z: doi:10.1037/0003-066x.47.9.1102

REILLY, D. M., 1992. Drug-abusing families: Intrafamilial dynamics and brief triphasic treatment. In: Kaufman, E., and Kaufmann, P., eds.: *Family Therapy of Drug and Alcohol Abuse.* 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon. s. 105-119.

RITVO, E. C. & GLICK, I. D., 2009. *Párová a rodinná terapia. Stručný sprievodca.* Trenčín: Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o.. ISBN 978-80-88952-56-5.

ROTGERS, F. et al., 1999. *Léčba drogových závislostí.* Praha: Grada Publishing. ISBN 8071698369

RUBIN, CH. 1999. *Nedajte sa zabiť vlastnými deťmi. Poradca pre rodičov, ktorých deti sú závislé od drog a alkoholu.* Bratislava: SOFA, 1999. ISBN 80-85752-71-9.

SAAD, M., de MEDEIROS, R. & MOSINI, A. C., 2017. Are We Ready for a True Biopsychosocial–Spiritual Model? The Many Meanings of „Spiritual". In: *Medicines* [online]. 4(79). ISSN 2305-6320. Dostupné z: 10.3390/medicines4040079

SABO, R. & ŠOLCOVÁ, J., 2016. Metóda ART- tréning nahradzovania agresivity iným správaním. In: Mikloško, J., Miklošková, M., Bezáková, E. *Mosty k rodine 2015.* Bratislava: Typocon. s. 36-46. ISBN 978-80-972326-9-6.

SALADIN, M. E. & ANA, E. J. S., 2004. Controlled drinking: more than just a controversy. In: *Current Opinion in Psychiatry* [online]. 17(3), s. 175-187. ISSN 1473-6578. Dostupné z: doi:10.1097/00001504-200405000-00005

SELBEKK, A. S., SAGVAAK, H. & FAUSKE, H., 2014. Addiction, families and treatment: A critical realist search for theories that can improve practice. In: *Addiction Research & Theory* [online]. 23(3), s. 196–204 [cit. 18. apríla 2023]. ISSN 1476-7392. Dostupné z: doi:10.3109/16066359.2014.954555

SCHMIDTOVÁ, J. 2007. Fetální alkoholový syndrom (FAS) a spektrum vrozených alkoholových poruch (FASD). In: *Adiktologie*. Roč. 7, č. 3, s. 352-365. ISSN 1213-3841.

SIMANOVÁ, Ľ., 2021. *Manuál pre terapeutickú prácu s pacientmi na ochrannom liečení protialkoholickom, protitoxikomanickom a ochrannom liečení patologického hráčstva v OLÚP, n. o. Predná hora* [online]. Liptovský Mikuláš: Bianko. ISBN 978-80-973787-2-1. Dostupné z: https://olup-prednahora.sk/wp-content/uploads/2021/10/manual.pdf

SIMPSON, D. D. & JOE, G. W., 1993. Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* [online]. 30(2), s. 357-368 [cit. 16. apríla 2024]. ISSN 00333204. Dostupné z: doi:10.1037/0033-3204.30.2.357

SKÁLA, J. et al., 1987. *Závislost na alkoholu a jiných drogách.* Praha: AVICENUM – ZDRAVOTNICKÉ NAKLADATELSTVÍ. 08-077-87.

SKÁLA, J., 1988. *…až na dno!? Fakta o alkoholu a jiných návykových látkach (Zneužívaní a závislost).* 4Praha: AVICENUM – ZDRAVOTNICKÉ NAKLADATELSTVÍ. 08-045-88.

SKOVAYOVÁ, Ľ., 2006. Terapeutické prístupy v liečbe závislostí zamerané na rodinu. In: *Čistý deň.* Roč. 4, č. 2, s. 6-7. ISSN 1336-4243.

SOUKUP, J., 2014. *Motivační rozhovory v praxi.* Praha: Portál. ISBN 9788026217053.

SOUKUP, J., 2015. Motivační rozhovory. In: K. KALINA et al. *Klinická adiktologie.* (316-326). Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024743318.

STANISLAV, V. & MARTINOVE, M., 2009. Ako udržiavať abstinenciu u závislých od alkoholu. In: *Neuro magazín.* Roč. 2, č. 3, s. 35-39. ISSN 1337-8767.

SZÁNTOVÁ, M., 2013. Alkoholová choroba pečene. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti: Protialkoholický obzor.* Roč. 48, č. 1, s. 25-35. ISSN 0862-0350.

ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2011. *Sociálne poradenstvo pre rodinných príslušníkov závislého klienta v kontexte spoluzávislosti.* Ružomberok: Verbum. ISBN 978-80-8084-810-1.

ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2015. *Závislosť od alkoholu v kontexte rodinného systému.* Banská Bystrica: Belianum. ISBN 978-80-557-0833-1.

ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2016. Špecifické potreby detí a mládeže s FASD (Poruchy fetálneho alkoholového spektra) v oblasti vzdelávania. In: *Mládež a spoločnosť.* ISSN 1335-1109. 22(1), s. 31-42. ISSN 1335-1109.

ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2017. *Látkové a nelátkové závislosti.* In: BALOGOVÁ Beáta a Eva ŽIAKOVÁ, eds., Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. 220 s. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2017. *Rodina so závislým členom.* In: BALOGOVÁ Beáta a Eva ŽIAKOVÁ, eds., Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. 220 s. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2017. *Adiktológia.* In: BALOGOVÁ Beáta a Eva ŽIAKOVÁ, eds., Vademecum sociálnej práce. Terminologický slovník. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. 220 s. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2017. Stratégie vedenia motivačného rozhovoru s kodependentným klientom. In: *Res socialis 2017 Sociálna práca v meniacej sa Európe: zborník vedeckých prác.* Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce.

ŠAVRNOCHOVÁ, M., HOLDOŠ, J. & ALMAŠIOVÁ, A., 2020. *Excesívne používanie internetu u adolescentov na Slovensku.* Banská Bystrica: Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. ISBN 978-80-557-1798-2.

ŠAVRNOCHOVÁ, M. & ŠOLCOVÁ, J., 2016. Innovative method of aggressive behavior management of children and youth with FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder). In: *Choosen areas of social work.* Warszawa: Wydawnictwo "SIGMA-BARTOSZ", 2018. ISBN 978-83-936947-2-3. S. 90-109

ŠOLCOVÁ, J., 2020. Behaviorálne poruchy mladých fokusom rozvoja sociálnych zručností prostredníctvom tréningu regulácie agresívneho správania sa (metóda art). In:

Behaviorálne závislosti v kontexte sociálneho fungovania: zborník vedeckých štúdií / eds. Michaela Šavrnochová, Jana Vrťová. Banská Bystrica: Vydavateľstvo Univerzity Mateja Bela Belianum. ISBN 978-80-557-1747-0. S. 102-112.

ŠOLTÉSOVÁ, D., BOSÁ, M. & BALOGOVÁ, B., 2016. *Socioterapia v sociálnej práci.* Prešovská univerzita v Prešove. ISBN 978-80-555-1680-6.

TURČEK, M. et al., 2012. Rizikové faktory a prediktory delíria tremens. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti: Protialkoholický obzor.* Roč. 47, č. 5, s. 293-302. ISSN 0862-0350.

TURČEK, M., 2013. Nalmefén. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti: Protialkoholický obzor.* Roč. 48, č. 5, s. 229-236. ISSN 0862-0350.

TURČEK, M. et al., 2023. *Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu. 1. revízia* [online]. Dostupné z: https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve

UKATT, 2005. *Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT).* BMJ, 331(7516), 541. [online]. [cit. 25. marca 2024]. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.331.7516.541

ÜHLINGER, C. & TSCHUI, M., 2009. *Když někdo blízký pije: rady pro rodiny osob závislých na alkoholu.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807367-610-0.

VASILESCU, A., 2012. *Edukatívna príručka pre klientov spoluzávislých (spolutrpiacich). Dospelé deti alkoholikov (DDA) a iné dospelé deti (z inak nefungujúcich rodín).* [online]. Ambulantné krízové centrum Otvorené srdce. [cit. 13. mája 2024]. Trnava, 2012. s. 9.

VASKA, L. 2014. *Služby zamestnanosti a vybrané aspekty sociálnej práce s nezamestnanými.* Bratislava: IRIS – Vydavateľstvo a tlač, s. r. o. ISBN 978-80-89726-25-7.

VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VELLEMAN, R., BHATIA, U. & SEQUEIRA, M., 2023. Supporting and Including Families in Professional Care for Alcohol Use. In: *Alcohol Use: Assessment, Withdrawal Management, Treatment and Therapy* (pp.129-149) [online]. Dostupné z: DOI:10.1007/978-3-031-18381-2_8

VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-X.

VYMĚTAL, J., 2010. *Úvod do psychoterapie.* Praha: Grada Publishing, a.s., ISBN 978-80-247-2667-0.

WATSON, J., BACK, D., TONER, P. et al., 2015. A randomised controlled feasibility trial of family and social network intervention for young people who misuse alcohol and drugs: study protocol (Y- SBNT). In: *Pilot and Feasibility Studies* [online]. 1(1). 997 [cit. 21. apríla 2024]. ISSN 2055-5784. Dostupné z: doi:10.1186/s40814-015-0004-4

WEGSCHEIDER-CRUSE, S. & CRUSE, J., 1990. *Understanding Co-Dependency.* Florida: Health communications. ISBN 1-55874-077-5.

WOLT, R. & KVASNOVÁ, M., 2014. Rodinná terapia v liečbe závislostí. In: *Alkoholizmus a drogové závislosti: Protialkoholický obzor.* Roč. 49, č. 1, s. 5-12. ISSN 0862-0350.

ZIMA, T., 2006. Metabolismus alkoholu a jeho důsledky pro poškození organismu. In *Adiktologie.* Roč. 6, č. 2, s. 153-161. ISSN 1213-3841.

ŽIVNÝ, H., 2012. *Teoretické a praktické koncepty liečby a doliečovania závislostí. Základné informácie o látkových (substančných) a nelátkových (behaviorálnych) závislostiach a o ich liečbe a doliečovaní.* Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-3193-7.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov)

Michaela Šavrnochová

RODINA SO ZÁVISLÝM ČLENOM

Teoretické východiská a praktické kontexty so zameraním na závislosť od alkoholu

Vydala Univerzita Komenského v Bratislave, 2024

Rozsah 111 strán, 7,00 AH, prvé vydanie,
vyšlo ako elektronická publikácia

ISBN 978-80-223-5912-2 (online)