

DOI: <https://doi.org/10.54937/dspt.2024.24.1.80-107>

Perspectives of Social Work in the Field of Helping People with Anxiety and Depression Caused by the Use of Alcohol

Perspektívy sociálnej práce v oblasti pomoci ľuďom s úzkosťou a depresiou zapríčinenou užívaním alkoholu

František Radi, Pavol Tománek

Abstract

The paper points out the validity and role of the social worker when working with a client suffering from anxiety and depression caused by alcohol, focusing on the possibilities of providing psychosocial therapy in order to improve the client's health and prevent relapse. In the framework of the issue, in the introduction we pay attention to the definition of health and disease, on the basis of which we follow up on alcoholism, depression and anxiety and their mutual connection. On a theoretical level, we continue to engage in social work with alcoholics. In the methodological part, we present the research objective and research questions, characteristics of the researched group, data collection and analysis methods and their use in the work. In the results of our own work, we present a generalized profile of a client with anxiety and depression caused by alcohol use and the results of qualitative research that deals with psychosocial treatment procedures for the treatment of addictions. In the discussion, we discuss the possibilities of psychosocial treatment procedures for improving the health of clients, not only from the point of view of their addictions, but also from the point of view of improving their psychological and social state. At the end of the discussion, we present suggestions applicable in social practice, but also in further research.

Keywords: Alcoholism. Depression. Anxiety. Treatment procedures. Social worker. Addiction.

Úvod

Podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb je alkoholizmus primárne považovaný za duševné ochorenie človeka. Alkoholici často zažívajú epizódy intenzívnej depresie a/alebo ťažkej úzkosti. Depresívni alebo úzkostní ľudia závislí od alkoholu často veria, že pijú, aby zmiernili príznaky smútku alebo nervozity. Vzťah medzi poruchou užívania alkoholu a psychiatrickými

symptómami je klinicky dôležitý a veľmi zložitý. Alkohol ako typický faktor podporujúci depresie ovplyvňuje mozog mnohými spôsobmi a je pravdepodobné, že vysoké dávky spôsobujú počas intoxikácie pocity smútku (t. j. depresie), ktoré prechádzajú do pocitu nervozity (t. j. úzkosti) počas následného procesu vytriezvenia. Čím väčšie je množstvo skonzumovaného alkoholu a čím je jeho príjem pravidelnejší, tým je pravdepodobnejšie, že sa u človeka vyvinú dočasné úzkostné a depresívne symptómy. Keď sa spotreba alkoholu ešte viac zvýši, tieto príznaky sa pravdepodobne zintenzívnia.

Niektorí ľudia s problémami s pitím usilovne pracujú na tom, aby ich vyriešili, s podporou rodinných príslušníkov alebo priateľov sa títo jedinci často dokážu zotaviť sami. Ľudia so závislosťou od alkoholu však zvyčajne nedokážu prestať piť iba silou vôle, navyše, ak pri tom zažívajú epizódy depresií a úzkostí, je samostatné zotavenie ešte oveľa ťažšie. Mnohí potrebujú odbornú pomoc zvonku. Môžu potrebovať detoxikáciu pod lekárskej dohľadom, aby sa vyhlili potenciálne život ohrozujúcim abstinenčným príznakom, ako sú záchvaty. Keď sú fyzicky stabilizovaní, môžu potrebovať pomoc pri riešení psychologických a sociálnych problémov spojených s alkoholizmom, depresiami a úzkosťami. Pomoc pri zotavovaní sa v sfére psychickej a sociálnej je často v kompetencii sociálnych pracovníkov.

Cieľom príspevku je na základe analýzy odborných publikácií osobitne pojednávajúcich o alkoholizme, depresii a úzkosti identifikovať prepojenia medzi týmito chorobnými stavmi, objasniť možnosti sociálneho pracovníka pri pomoci ľuďom závislým od návykových látok, ktorí často trpia psychickými komorbiditami, ktoré im sťažujú ich plné uzdravenie. V neposlednom rade tiež navrhnuť odporúčania pre sociálnu prácu, ktorými možno zlepšiť zdravotný stav klienta, ktorý trpí úzkosťou a depresiou zapríčinenou užívaním alkoholu.

Teoretické východiská skúmanej problematiky

Hlavnou prekážkou úspešnej liečby závislosti od alkoholu je psychiatrická komorbidita. Počas liečby je čas do recidívy kratší, miera predčasného ukončenia liečby je zvýšená a dlhodobá konzumácia alkoholu je väčšia u pacientov s komorbidnou závažnou depresiou alebo úzkostnou poruchou ako u pacientov s poruchou požívania alkoholu bez komorbidnej duševnej poruchy (poznámka – komorbidita znamená prítomnosť jedného či viacero onemocnení (porúch, chorôb) vyskytujúcich sa súčasne s primárnym onemocnením (poruchou, chorobou). Za liečbu závislosti od alkoholu a psychických porúch sú často zodpovedné rôzne služby, čo môže brániť procesu liečby. V súlade s tým existuje potreba účinnej integrovanej liečby závislosti od alkoholu a komorbidnej úzkosti a/alebo depresie.

Ak sa na alkoholizmus pozrieme ako na chorobu, ktorú je potrebné definovať ako v konkrétnom kontexte, tak i vo funkcii, ktorá predstavuje prevenciu voči alkoholizmu a jeho negatívnym dopadom na zdravie tak, ako

ho chápe WHO, potom sa môžeme stotožniť s definíciou: „Alkoholizmus je komplexný, mnohostranný jav, ktorý predstavuje nadmerné a opakované pitie alkoholických nápojov až do takej miery, že alkoholikovi sa opakovane ubližuje alebo alkoholik ubližuje iným. Poškodenie môže byť fyzické alebo duševné; môže byť aj sociálne, právne alebo ekonomické. Pretože takéto užívanie alkoholu sa zvyčajne považuje za nutkavé a pod výrazne zníženou dobrovoľnou kontrolou, väčšina lekárov považuje alkoholizmus za závislosť a chorobu“ (Sher, 2010, s. 5).

V posledných rokoch štúdie skúmali možné spojenie medzi prostredím a rizikom vzniku alkoholizmu. Mnohí výskumníci napríklad skúmali, či blízkosť osoby k predajniam alkoholu alebo barom ovplyvňuje ich šance na alkoholizmus. O ľuďoch, ktorí bývajú bližšie k alkoholovým zariadeniam, sa hovorí, že majú na pitie pozitívnejší názor a je pravdepodobnejšie, že sa tejto aktivity zúčastnia. Výrobcovia alkoholu navyše zavalujú širokú verejnosť reklamami. Mnohé z týchto reklám zobrazujú pitie ako prijateľnú a relaxačnú zábavu. Len za štyri desaťročia – medzi rokmi 1971 a 2011 – vzrástla reklama na alkohol v Spojených štátoch o viac ako 400 %. (Ikeda, 2016) V množstve vypitého alkoholu môže zohrávať úlohu aj ďalší environmentálny faktor, príjem. Na rozdiel od všeobecného presvedčenia, jednotlivci, ktorí pochádzajú z bohatých štvrtí, pijú častejšie ako tí, ktorí žijú pod hranicou chudoby.

Sociálne faktory môžu prispieť k tomu, ako človek vníma pitie. Kultúra, náboženstvo, rodina a práca ovplyvňujú mnohé zo správania, vrátane pitia. Rodina hrá najväčšiu úlohu v pravdepodobnosti rozvoja alkoholizmu. (Valentine, 2018) Deti, ktoré sú od útleho veku vystavené užívaniu alkoholu, sú viac ohrozené tým, že upadnú do nebezpečného pitného režimu. Nástup na vysokú školu alebo nové zamestnanie môže spôsobiť, že jedinec bude náchylnejší na alkoholizmus. V týchto časoch hľadá nových priateľov a rozvíja vzťahy s rovesníkmi. Túžba zapadnúť a byť obľúbený môže spôsobiť, že sa zapojí do aktivít, do ktorých by sa za normálnych okolností nezapojil. (Gavurova, 2020)

Konzumácia alkoholu je spojená s rôznymi kontextovými charakteristikami. Tieto charakteristiky zahŕňajú typ prostredia (napr. miesto na pitie), jeho fyzické vlastnosti (napr. svetlo, teplota, nábytok), jeho sociálne atribúty (napr. typ, veľkosť a pohlavie skupiny pijúcich, prebiehajúce aktivity), a postoje a poznanie užívateľa. (Moser, 2015) Táto koncepcia, aplikovaná na situácie v reálnom živote, podčiarkuje meniaci sa charakter kontextu pitia v tom zmysle, že rôznorodosť situácií, počas ktorých môže byť alkohol konzumovaný, je pomerne veľká. Napríklad počas troch po sebe nasledujúcich dní môže tá istá osoba popíjať v reštaurácii počas rande s romantickým partnerom, zúčastniť sa veľkej párty v nočnom klube s priateľmi a nakoniec sa doma pridať k pokojnej rodinnej večeri.

„Abúzus alkoholu, ako aj alkoholová závislosť, patria k najzávažnejším medicínskym a spoločenským problémom. Alkohol môže mať svojim pôsobením na psychiku a sociálne správanie človeka mnohoraký negatívny

vplyv, a to nielen na samotného jedinca, ale aj na celé sociálne prostredie, napr. na úroveň a etiku správania, dodržiavanie morálnych noriem, spoločenský a profesionálny status, dopravné nehody, trestné činy, rozvodovosť atď.“ (Liba, 2016, s. 122)

Úzkosť a depresia sú spojené s nepriaznivými spoločenskými a individuálnymi korelátmi, vrátane vyšších nákladov na zdravotnú starostlivosť a zvýšeného rizika fyzických komorbidít, ako sú kardiovaskulárne ochorenia. (König, 2019) O vysokej prevalencii a negatívnych dopadoch duševných chorôb na spoločnosť hovorí aj analýza ich dopadov na slovenskú ekonomiku. Duševné poruchy vytvárajú slovenskej spoločnosti náklady vo výške až 2,1 mld. eur ročne (2,4 % HDP v roku 2019). Vyše polovica ľudí s poruchou je v produktívnom veku. Ľudia s duševnými poruchami vo výrazne vyššej miere trpia fyzickými ochoreniami, ktoré vedú k odvrátiteľným úmrtiam. (MF SR, 2020)

Úzkostná porucha je charakterizovaná pretrvávajúcim iracionálnym a nadmerným strachom, ktorý spôsobuje výrazné poruchy v každodennom fungovaní človeka. (Shapiro, 2017) Výskum zistil vysokú mieru komorbidity medzi poruchami súvisiacimi s úzkosťou a závislosťou od alkoholu (McCaul, 2017), ale kauzálny smer tohto vzťahu zostáva nejasný. Niektoré zistenia však naznačujú, že počas rehabilitácie má úzkosť tendenciu narastať u pacientov s už existujúcimi stavmi, čo naznačuje, že úzkostná porucha môže spustiť poruchy súvisiace s alkoholom. Úzkostné poruchy zahŕňajú najmä: generalizovanú úzkostnú poruchu, panickú poruchu a sociálnu úzkostnú poruchu. Generalizovaná úzkostná porucha zvyčajne zahŕňa pretrvávajúci pocit úzkosti alebo hrôzy, ktorý môže zasahovať do každodenného života.

Goldstein (2015) uvádza, že depresia spôsobuje celý rad symptómov, ktoré zasahujú do každodenného života, šťastia a schopnosti spať, pracovať, jesť, rozhodovať sa, stýkať sa a užívať si príjemné aktivity. Medzi príznaky depresie teda patrí skleslá nálada, strata záujmu alebo potešenia, pocity viny alebo nízke sebavedomie, narušený spánok alebo chuť do jedla, pocity únavy, slabá koncentrácia a myšlienky na samovraždu. Depresívne poruchy sú zložité a nemajú jedinú príčinu. Pohlavie, sexuálna orientácia, socioekonomický status, sociálna podpora, stres, užívanie alkoholu a drog, genetické a epigenetické faktory, zápaly, zdravotné ochorenia, endotelálna dysfunkcia a strava, to všetko prispieva k zvýšeným rizikám.

Depresia pramení z kombinácie biologických, environmentálnych a psychologických faktorov. Ľudia s depresiou majú často rodinných príslušníkov s týmto stavom, čo naznačuje, že ide o genetiku. Ak má jedno biologické dvojča depresiou, druhé dvojča má 70-percentnú šancu, že bude mať tento stav. (Kanter, 2008) Vedci objavili rozdiely v mozgu ľudí s depresiou, ako aj vo funkcii chemických poslov nazývaných neurotransmitery. Hormonálne zmeny môžu tiež vyvolať depresívne symptómy; napríklad počas menštruačného cyklu ženy alebo po pôrode.

Terapie, ako je kognitívno-behaviorálna terapia, pomáhajú ľuďom s depresiou identifikovať negatívne myšlienky a správanie, ktoré sú výsledkom

depresie, a nahradiť ich pozitívnejšími stratégiami na budovanie zvládajúcich zručností a psychickej odolnosti. Terapiu je možné vykonávať individuálne s terapeutom, ako súčasť skupiny alebo spoločne s partnerom alebo inými členmi rodiny. Ak tieto liečby nefungujú, ďalšou možnosťou je elektrokonvulzívna terapia. Tá sa vykonáva, keď je človek v celkovej anestézii. Cez mozog prechádzajú malé elektrické prúdy, ktoré vyvolávajú záchvat. Výskum zistil, že elektrokonvulzívna terapia je často účinná v prípadoch, keď anti-depresíva a terapia zlyhajú. Na liečbu depresie sa využívajú aj alternatívne lieky a doplnky, vrátane akupunktúry, meditácie, či tai chi. (Rush, 2022)

Korelácia medzi alkoholizmom, úzkosťou a depresiou

Medzi najčastejšie psychologické poruchy, o ktorých sa zistilo, že sú komorbidné so závislosťou od alkoholu, patrí úzkosť a depresia. (Boschloo et al., 2012)

Spojenie medzi závislosťou od alkoholu a depresívnymi symptómami je v literatúre dobre preukázané. (Sheynin et al., 2016) Epidemiologické štúdie odhadujú, že komorbidita závažnej depresie s užívaním návykových látok sa vo všeobecnosti pohybuje od 32 % do 54 %. (Boschloo et al., 2012) Uvádza sa, že vzťah medzi depresiou a závislosťou od alkoholu je obojsmerný. (Boschloo et al., 2012) To znamená, že jedinci s poruchami užívania látok sú vystavení väčšiemu riziku vzniku závažnej depresívnej poruchy a tí, ktorí majú depresiu, sú vystavení riziku vzniku porúch súvisiacich s užívaním látok.

U ľudí, ktorí pijú alkohol v menších množstvách, je pravdepodobnejšie, že začnú piť viac, ak pociťujú duševné utrpenie. Silní pijani budú pravdepodobne pokračovať v pití vo vysokých dávkach, ak pociťujú duševnú tieseň. Problémy s užívaním návykových látok a duševná tieseň sa bežne vyskytujú súčasne. (Koob et al., 2021) Na opis tohto stavu bol vytvorený termín „dvojitá diagnóza“. Najmä medzi dospelými je bežnejšie, že zažívajú duálnu diagnózu, ako len poruchy spojené s užívaním návykových látok samostatne. Pribúdajú dôkazy o tom, že so skúsenosťami s duševnými ťažkosťami súvisí ako nadmerné užívanie alkoholu, tak aj nižšia konzumácia alkoholu. Zatiaľ čo vzorce sú menej konzistentné ako abúzu alkoholu, existujú dôkazy, že nižšie miery konzumácie tiež zvyšujú riziko depresie, úzkosti, sebapoškodzovania, samovražedných myšlienok, externalizujúceho správania (napr. impulzivnosť, agresivita, nepozornosť). (Newton-Howes, 2018)

Existuje určitá súhra medzi poruchou užívania alkoholu a depresiou, pričom komplexná interakcia medzi nezávislými symptómami oboch porúch ovplyvňuje druhú. Je tiež dôležité pochopiť, že tieto stavy môžu mať spoločnú genetickú príčinu. (Andersen et al., 2017) Genetické predispozície a jedinečné environmentálne faktory môžu vysvetliť komorbiditu depresie, úzkosti a závislosti od alkoholu. (Edwards et al., 2010)

Miery stresu (t. j. kortizolu) a úzkosti korelujú s frekvenciou konzumácie alkoholu, najmä u ťažkých pijanov. (Sinha et al., 2011) Citlivosť na úzkosť je však silnejším prediktorom porúch užívania alkoholu a relapsu u jedincov s poruchou užívania alkoholu ako stres a úzkosť. (McCaul et al., 2017) To naznačuje, že jedinci so zvláštnou úzkosťou – tí, ktorí majú vyššiu citlivosť na úzkosť – sú náchylnejší na odvykanie od alkoholu a túžbu po alkohole, najmä počas obdobia abstinencie, v porovnaní s tými, ktorí pociťujú iba stavovú úzkosť. Napríklad McCaul et al. (2017) zistili, že jedinci s poruchou užívania alkoholu, ktorí dosiahli vyššie skóre v citlivosti na úzkosť, hlásili vyššiu frekvenciu pitia. Autori naznačili, že jedinci s vysokou citlivosťou na úzkosť majú väčšiu pravdepodobnosť, že pijú, aby znížili svoj strach z prežívania symptómov úzkosti. Jedinci s citlivosťou na úzkosť sú vystavení väčšiemu riziku vzniku závislosti na alkohole a majú tendenciu konzumovať väčšie množstvá alkoholu ako jedinci bez citlivosti na úzkosť. Spojenie medzi citlivosťou na úzkosť a poruchou užívania alkoholu môže byť sprostredkované depresiou, úzkosťou a inými demografickými premennými. (Schmidt et al., 2007) Allan et al. (2015) identifikovali priamy vzťah medzi citlivosťou na úzkosť a generalizovanou úzkosťou a depresiou a problémami s užívaním alkoholu. Ďalej autori ukázali, že generalizovaná úzkosť a depresia sprostredkovali vzťah medzi citlivosťou na úzkosť a problémami s alkoholom – čím sa rozšíril predchádzajúci výskum, ktorý ako mediátor identifikoval iba generalizovanú úzkosť. (DeMartini, 2011)

Zaujímavé trendy boli pozorované vo vývoji komorbidnej diagnózy závažnej depresívnej poruchy a poruchy užívania alkoholu vo vzťahu k psychosociálnym faktorom. (Brière et al., 2014) To znamená, že psychosociálne faktory počas dospievania môžu prispieť k rozvoju alkoholizmu; a vývoj alkoholizmu u adolescentov predpovedá veľkú depresívnu poruchu počas ranej dospelosti. (Brière et al., 2014) Napríklad psychosociálne rizikové faktory u adolescentov, ako je rodinná anamnéza alkoholizmu, psychologické ochorenie rodičov, rodinná dysfunkcia a akademické ťažkosti môžu prispieť k rozvoju poruchy užívania alkoholu u adolescentov. (Brière et al., 2014) Tieto psychosociálne dysfunkcie spojené s adolescentným alkoholizmom môžu prispieť k závažnej depresívnej poruche v ranej dospelosti, ktorá vyvrcholí komorbidnou diagnózou. (Brière et al., 2014) Ďalej Essau et al. (2014) zistili, že úzkosť počas dospievania tiež predpovedala vývoj poruchy užívania alkoholu v dospelosti. Tieto zistenia naznačujú, že komorbidita medzi alkoholizmom, úzkosťou a depresiou je obojsmerná (Anker et al., 2016; Brière et al., 2014) a psychosociálny faktor môže sprostredkovať komorbiditu úzkosti, depresie a poruchy užívania alkoholu. (Essau et al., 2014)

Existuje niekoľko psychosociálnych rizikových faktorov spojených s rozvojom komorbidnej diagnózy depresie, úzkosti a alkoholizmu. Napríklad jedinci s komorbidnou diagnózou častejšie uvádzajú nižšiu spokojnosť so životom, sú slobodní a majú zlé rodinné vzťahy, dostávajú slabú sociálnu podporu, sú nezamestnaní alebo zažívajú zlé prispôsobenie sa pracovnému

životu a majú menej schopností zvládať situáciu. (Brière et al., 2014; Essau et al., 2014) Existujú dôkazy, že úzkosť počas dospievania predpovedá tieto psychosociálne výsledky, ktoré môžu nepriamo prispieť k rozvoju komorbidnej diagnózy alkoholizmu a úzkosti v dospelosti. (Essau et al., 2014) Essau a kolegovia ďalej zistili, že porucha užívania alkoholu počas dospelosti sprostredkúva vzťah medzi úzkosťou adolescentov a zlým psychosociálnym fungovaním (t. j. fungovaním rodiny a chronickým stresom). Tieto výsledky naznačujú, že dospievanie je kritickým obdobím pre rozvoj úzkosti, depresie a poruchy užívania alkoholu.

Činnosť sociálneho pracovníka s cieľovou skupinou

Sociálna práca funguje v multisektorových prostrediach a prepája sa s populáciami, ktoré s najväčšou pravdepodobnosťou čelia problémom s pitím alkoholu. (Monezi Andrade, 2016) Profesionál, ktorý je schopný priamo alebo nepriamo odhaliť základné problémy s pitím alkoholu, môže zúžiť rozdiel medzi počtom tých, ktorí potrebujú liečbu a ktorí ju dostávajú. (Moser, 2015) Preto možno sociálnu prácu označiť za primárny zdroj pomoci jednotlivcom s problémami s užívaním alkoholu (a iných látok).

Aj keď sa sociálni pracovníci bežne stretávajú s problémom užívania alkoholu, zohrávajú dôležitú úlohu pri jeho hodnotení, prevencii, intervencii, liečbe a formulovaní politiky. (Monezi Andrade, 2016) Fenomén multidimenzionálnej závislosti si vyžaduje systematický prístup k problému a sociálna práca môže poskytnúť cestu k dlhodobému zotaveniu tým, že ovplyvní osobné (sociálne zručnosti, každodenné zručnosti atď.), biologické (napr. smerovanie do zdravotníckych zariadení), environmentálne (pracovné návyky, uspokojivý život a pod.) aspekty. (Scheff, 2018) Ako manažér starostlivosti, poskytovateľ služieb alebo tvorca politiky zohráva profesionál v sociálnej práci významnú úlohu pri výbere, poskytovaní a obhajovaní praktík liečby nadmerného užívania návykových látok založených na dôkazoch. (Shortt, 2018) Výskumníci zdôrazňujú prevenciu ako základnú doménu v praxi sociálnej práce, zdôrazňujú intervenciu prostredníctvom vzdelávania, manažmentu sociálnej podpory, rodinných intervencií, skríningu a krátkeho poradenstva (Šip, 2018) a poukazujú na komplexné hodnotenia založené na hodnotách a zručnostiach sociálnej práce. V dôsledku toho má sociálna práca ako profesia jedinečnú príležitosť potlačiť problémy s konzumáciou alkoholu na úrovni jednotlivca, rodiny, komunity a dokonca aj na úrovni väčšieho systému.

Spolu s požiadavkami na zručnosti a praktiky založené na dôkazoch v sociálnej práci s jednotlivcami, ktorí majú problémy s konzumáciou alkoholu, vzniká potreba zmien vo vzdelávaní sociálnej práce. Oblasť problematiky užívania alkoholu v sociálnej práci sa spresňuje a profesionalizuje. Národná asociácia sociálnych pracovníkov (NASW) poskytla štandardy pre prax sociálnej práce s klientmi s poruchou užívania návykových látok. Stručne povedané,

štandardy NASW obsahujú prehľad etiky, kvalifikácií, intervencií, funkcií, rozhodovania, spolupráce atď. v práci s poruchami užívania látok. O niekoľko rokov neskôr Manchester Metropolitan University poskytla prvý popis úloh sociálneho pracovníka v práci s užívateľmi alkoholu a iných látok, ktorými sú angažovanosť, motivácia a podpora pri uskutočňovaní a udržiavaní zmien. (Galvani, 2014)

Odborná literatúra naznačuje, že v sociálnej práci s jedincami s problémami s alkoholom je najčastejšie aplikovanou metódou analýza individuálnych prípadov – teda sociálna práca v tejto oblasti je zameraná na individuálne riešenie individuálneho problému. Ako najstaršia metóda v praxi sociálnej práce je metóda individuálnej sociálnej práce metódou priamej a individuálne orientovanej podpory v konkrétnej situácii. (Šip, 2018) Napriek nepopierateľnej potrebe a použiteľnosti individuálnej prípadovej metódy v sociálnej práci, vedecké výskumy poukazujú na veľkú účinnosť skupinovej metódy u jedincov s problémami s alkoholom. (Sher, 2010) Skupinovú metódu v oblasti závislosti možno úspešne aplikovať vďaka niektorým vlastnostiam metódy: pomáha zvyšovať povedomie prostredníctvom zmien v komunikačných zručnostiach v dôsledku hodnotenia reality medzi podobnými členmi. Okrem toho by komunitný prístup mohol byť aj centrálnou preventívnou metódou sociálnych pracovníkov v problémových situáciách užívania alkoholu. (Kobayashi, 2022) Wolf (2018) dokonca tvrdí, že ľudia sa zotavujú nie v kancelárii terapeuta, ale v komunitách s pomocou profesionálneho sociálneho pracovníka.

Výskum sociálnej práce informuje o politike, programoch a intervenciách, formuje rutinné postupy, skúma stratégie založené na dôkazoch, identifikuje problémy a hodnotí techniky. Praktiky založené na dôkazoch, poháňané vedeckým skúmaním, predstavujú proces hľadania lepších výsledkov pre klientov; zapája aj klienta do hľadania efektívnych riešení a zapája ho do rozhodovania. (MacMillan, 2018) Krull a Lundgren (2014) tvrdia, že integrovaná starostlivosť poskytovaná sociálnymi pracovníkmi v oblasti závislostí by mala byť založená na interdisciplinárnom výskume a praxi. Sociálna práca založená na dôkazoch poskytne príležitosti na zlepšenie výkonu alebo intervenciu pri slabom výkone pri zotavovaní sa zo závislosti od návykových látok, alebo doplní kurz pomoci vedomosťami v reálnom čase pre úspešné posilnenie postavenia klienta. (Wolf, 2018)

Zahraničná literatúra tiež zdôraznila dôležitosť začlenenia zmiešaných metód do sociálnej práce v oblasti zneužívania návykových látok. Napríklad austrálski sociálni pracovníci vykonávajú roly, ktoré zahŕňajú rôzne modely metód. (Fraser, Jarldorn, 2018). Prípadový sociálny pracovník môže viesť skupiny, zúčastňovať sa diskusií o sociálnej politike, vykonávať štúdie pri hľadaní dôkazov osvedčených postupov alebo riešení praktických problémov. Intervencia sociálnej práce na základe prípadovej a skupinovej práce môže viesť k viacerým výsledkom, ako napríklad závislosť od opioidov po systematickej intervencii sociálnej práce viedla k zlepšeniu celkového zdravia, sociálneho fungovania a zníženiu depresie. (Nordby, 2019) Možno, že zmiešanie používaných

metód môže doplniť celý proces sociálnej práce s konkrétnou skupinou klientov a podporiť proces posilnenia klientov z rôznych perspektív.

Problémy s užívaním alkoholu ovplyvňujú celú rodinu; preto je na ňu orientovaná podpora dôležitou líniou sociálnej práce. Podpora rodiny by mala byť zameraná na poradenstvo (poskytnutie zmeny, aby sme mohli hovoriť o probléme), poskytovanie informácií, skúmanie zručností pri zvládaní problémov s pitím, zmenu sociálnej podpory a skúmanie potreby odkazovania na ďalšie možnosti liečby. (Valentine, 2018)

Pomoc osobe s nízkou motiváciou k zmene môže byť náročná; motivačné faktory sú však hlavnými reťazovými ukazovateľmi, ku ktorým by sa mali všetci pomáhajúci profesionáli zamerať. (Monezi Andrade, 2016) Nedostatok motivácie klientov je hlavnou výzvou pri práci s jednotlivcami, ktorí majú problémy s pitím alkoholu. Nie nadarmo sa celosvetovo veľká pozornosť venuje zručnostiam motivačného rozhovoru ako základnej praxi sociálnej práce v oblasti zneužívania návykových látok. Zručnosti motivačného rozhovoru spolu so znalosťami a zručnosťami v stratégiách boja proti závislosti by mohli zlepšiť prax sociálnej práce v tejto špecifickej oblasti. (Munoz et al., 2019) Dalo by sa predpokladať, že rozvoj profesionálnych zručností zameraných na motivovanie klientov sociálnych pracovníkov a ďalšie spomenuté oblasti sociálnej práce môžu pomôcť prekonať chorobný stav.

Ciele kvalitatívneho výskumu

Depresia, úzkosť a nadmerné užívanie alkoholu sa často vyskytujú súčasne. Zatiaľ čo existuje rozsiahla literatúra uvádzajúca účinnosť psychologickéj liečby, ktorá sa zameriava na depresiu, úzkosť alebo abúzus alkoholu oddelene, menej výskumov skúmalo liečby, ktoré riešia tieto poruchy, keď sa vyskytujú súčasne. Preto bol vykonaný systematický prehľad, aby sa zistilo, či sú sociálne intervencie zamerané na nadmerné užívanie alkoholu u ľudí so súčasne sa vyskytujúcimi depresívnymi alebo úzkostnými poruchami účinné. Na základe výskumu sme vytvorili zovšeobecnený profil klienta sociálneho pracovníka, ktorý trpí úzkosťou a depresiou zapríčinenou užívaním alkoholu a venovali sme sa konkrétnym druhom psychosociálnych terapií, ktoré môžu sociálni pracovníci použiť pri práci s takýmito klientmi. Výskum sa zamerail na dve roviny skúmanej problematiky:

- na základe dôkazov uvedených v odborných štúdiách vytvoriť zdravotný profil klienta sociálneho pracovníka, ktorý trpí úzkosťou a depresiou zapríčinenou užívaním alkoholu;
- vytvorenie prehľadu hlavných psychosociálnych liečebných postupov alebo praktík na liečenie závislosti, ktoré by mali poskytnúť odborníkom z oblasti sociálnej práce dostatočné informácie o týchto liečebných postupoch, aby sa mohli ďalej vzdelávať alebo školiť.

Výskumné otázky

Zaoberali sme sa tiež empirickou podporou, populáciami, u ktorých je známe, že liečba bola účinná, a problémami s implementáciou liečby. Pre každý typ liečby sme sa zamerali na zodpovedanie týchto otázok:

- Ako daná terapia prebieha, čo je jej cieľom?
- Aké existujú variácie terapie?
- Aká je empirická podpora výsledkov terapie?
- Aká je použiteľnosť terapie pri práci s klientmi trpiacimi úzkosťou a depresiou zapríčinenou užívaním alkoholu?
- Ako môžu sociálni pracovníci získať vedomosti potrebné pre daný typ terapie a aké sú možnosti jej implementácie?

Metódy získavania dát pre účely výskumu

Údaje boli získané z databázy PubMed, PsychINFO, SSRN (Social Science Research Network) a Google Scholar. Uskutočnili sme individuálne vyhľadávania týkajúce sa alkoholu, depresie a úzkosti. V odborných publikáciách sme identifikovali spoločné znaky ľudí trpiacich alkoholizmom, depresiou a úzkosťami, na základe ktorých sme syntézou poznatkov vytvorili zovšeobecnovaný zdravotný profil týchto klientov sociálnych pracovníkov. V databázach sme ďalej vyhľadávali praktiky pre liečbu závislosti, ktoré sú podporené dôkazmi v realizovaných odborných štúdiách.

Dospeli sme k záveru, že kategórie liečebných praktík zahŕňajú hlavné postupy, s ktorými by mali byť sociálni pracovníci oboznámení pri práci s klientmi, ktorí trpia závislosťou. Patria medzi nich:

- kognitívno-behaviorálna terapia (prevencia relapsu),
- kontingenčný manažment,
- prístup posilňovania komunity,
- motivačný rozhovor,
- 12-kroková facilitačná terapia,
- rodinná terapia,
- maticový model.

Spracovali sme výsledky z viac ako 50 vedeckých štúdií a metaanalýz, ktoré sa zaoberajú skúmanou problematikou, t. j. efektívnosťou terapií určených pre liečenie závislosti od alkoholu, depresiami a úzkosťami. Výborové súbory a metodológie tých najvýznamnejších štúdií (n=21) operovali so 44 339 účastníkmi a 340 ďalšími štúdiami (metaanalýzy).

Zovšeobecnený profil klienta s úzkosťou a depresiou zapríčinenou užívaním alkoholu

Vedci identifikovali niekoľko rizikových faktorov depresívnych porúch, ktoré sa môžu vyskytnúť u každého. Nie u každého, kto zažije rizikové faktory, sa rozvinie depresívna porucha, ale rizikové faktory môžu hrať úlohu pri jej vzniku. Medzi tieto rizikové faktory patria:

- Genetika a dedičnosť. Gény nie sú osudné, ale rodinná anamnéza depresie sa považuje za rizikový faktor. Rodinní príslušníci prvého stupňa jedincov s veľkou depresívnou poruchou majú riziko dva až štyrikrát vyššie ako bežná populácia.
- Biologické faktory a choroby. Zahŕňa to fyzické zdravie, ako je napríklad vážna choroba, ako je rakovina, cukrovka alebo srdcové ochorenie, ako aj hladiny neurotransmiterov (chemikálie v mozgu), ktoré sa môžu dostať do nerovnováhy a ovplyvniť depresiu.
- Stres, veľké životné zmeny a vystavenie traume. Ktorýkoľvek z nich môže byť rizikovým faktorom, ale najmä ak ich človek zažil v detstve.
- Užívanie určitých liekov. Niektoré z vedľajších účinkov liekov môžu spôsobiť alebo prispieť k symptómom depresie.
- Nízky socioekonomický status. Aj keď socioekonomický stav môže hrať úlohu v ktoromkoľvek bode života, môže to byť osobitný rizikový faktor v ranom veku.
- Užívanie zakázaných látok alebo alkoholu. Rôzne látky môžu zvýšiť riziko vzniku depresie. (Goldstein, 2015)

Dagnino et al. (2020) vo svojej štúdii zistili, že ženy vykazujú vyššie úrovne depresívnych symptómov ako muži. Depresívna symptomatológia je tiež spojená s úrovňou vzdelania so strednou veľkosťou účinku, čo ukazuje, že ľudia s vyššou úrovňou vzdelania majú tendenciu vykazovať menej depresívnych symptómov. Podobne faktor fyzického ochorenia je spojený s depresívnou symptomatológiou so strednou veľkosťou účinku, čo znamená, že jedinci so somatickým ochorením mali vyššie úrovne depresívnych symptómov. Existencia nepriaznivých zážitkov z detstva bola spojená s depresívnou symptomatológiou so stredným až veľkým účinkom, čo ukazuje, že ľudia, ktorí mali nepriaznivé zážitky v detstve, hlásili vyššie úrovne depresívnej symptomatológie ako subjekty, ktoré tento typ skúseností nemali. Korelačné analýzy ukázali, že sociálne zapojenie osobnosti pozitívne a silne súvisí s depresívnou symptomatológiou, t. j. menej integrované osobnosti pociťujú väčšiu prítomnosť depresívnej symptomatológie. Jednotlivci, ktorí utrpeli nejaký druh fyzického a/alebo sexuálneho zneužívania, mali nižšiu úroveň sociálneho fungovania osobnosti.

V štúdii, ktorá sa zaoberala otázkou úzkosti a skúmala tento jav na 34 653 respondentoch, sa zistilo, že jednofaktorový model zodpovedal spoločnému výskytu úzkostných porúch. Pre ľudí s úzkostnými poruchami je typické

nízke sebedomie, rodinná anamnéza depresie, ženské pohlavie, sexuálne zneužívanie v detstve, biela rasa, nižšie vzdelanie, množstvo traumatických zážitkov a narušené rodinné prostredie zvyšovali riziko úzkostných porúch. (Blanco et al., 2014)

Príčina poruchy užívania alkoholu je stále neznáma. Porucha užívania alkoholu sa vyvíja, keď človek pije toľko, že nastanú chemické zmeny v mozgu. Tieto zmeny zvyšujú príjemné pocity, ktoré má, keď pije alkohol. To spôsobuje, že chce piť častejšie, aj keď to spôsobuje škodu.

V prierezovej štúdií, ktorá zahŕňala 159 mladých sociálnych pijanov, ktorí absolvovali laboratórne stretnutie, sa preukázalo, že medzi najvýznamnejšie rizikové faktory u dospievajúcich patria: rodinné zázemie holdujúce alkoholu, vysoká impulzivnosť jedinca a mužské pohlavie. (Gowin et al., 2017)

Úzkosť a depresia podporujú udržiavanie a recidívu poruchy užívania alkoholu. Asi päť faktorových modelových osobnostných dimenzií (napr. vysoký neurotizmus, nízka extravertzia a svedomitosť) a stratégie zvládania (napr. vysoké vyhýbanie sa a nízke zameranie na problém) sú spojené s nadmerným užívaním alkoholu a s úzkosťou a/alebo depresiou. Neurotizmus je spojený s neefektívnym používaním stratégií zvládania. Ďalšie dimenzie, ako je otvorenosť voči skúsenostiam, extravertzia a svedomitosť, vykazujú negatívne vzťahy s vyhýbavým zvládaním a pozitívne prepojenia so stratégiami zameranými na problém. Neurotizmus, vyhýbavé zvládanie a pohlavie sú prediktívne pre úzkosť. Vyhýbavé aj na problém zamerané zvládanie, ale bez osobnostného rozmeru, sú prediktívne pre depresiu. (Lasserre et al., 2022)

Výskumy naznačujú, že existuje veľmi úzke prepojenie medzi alkoholizmom, depresiami a úzkosťami. Vzhľadom na to, je vhodné (a zároveň nutné), aby sa sociálni pracovníci zamerali na liečbu rizikových faktorov týchto patologických stavov. Holistický prístup k zdraviu a liečbe klienta, by mal zabezpečiť efektívne zotavenie s minimalizáciou možností relapsu závislosti.

Výsledky výskumu

V rámci výskumu sme sa zamerali na konkrétne liečebné praktiky (spomínané vyššie v príspevku), ktorými sa môžu sociálni pracovníci podieľať na liečení závislosti a zlepšovaní zdravia klientov. Pričom sme zodpovedali na výskumné otázky.

Kognitívno-behaviorálna terapia (prevencia relapsu)

Terapia sa snaží pomôcť ľuďom rozpoznať situácie, v ktorých sú vystavení riziku požitia, vyhnúť sa týmto „vysoko rizikovým“ situáciám a efektívne sa vyrovnat' s pokušeniami, túžbami a stresovými faktormi.

Liečba kognitívno-behaviorálnou terapiou je časovo obmedzená (v rozsahu 12 až 24 sedení); možno ju prispôbiť individuálnemu alebo

skupinovému formátu; a zahŕňa partnerstvo s osobou, ktorá hľadá liečbu. Dva primárne ciele liečby – funkčná analýza (určenie spúšťačov a dôsledkov užívania) a budovanie zručností – sa dosahujú pomocou rôznych terapeutických techník. Tieto môžu zahŕňať: didaktické vyučovanie; modelovanie; nácvik správania alebo hranie rolí; personalizovaná spätná väzba; kognitívna reštrukturalizácia; expozícia podnetu (učenie sa rôznych reakcií na situácie, ktoré boli spojené s užívaním návykových látok).

V liečebných manuáloch sa kodifikovalo množstvo rôznych prístupov kognitívno-behaviorálnej terapie. Existujú terapie pre špecifické návykové látky, ako je kokain, pre ľudí so špecifickými súčasne sa vyskytujúcimi problémami, ako je posttraumatická stresová porucha, depresie, alebo pre špecifické populácie, ako sú páchatelia trestných činov. Počítačové alebo webové verzie liečby sú nedávnym výsledkom vývoja, ktorý môže rozšíriť účinnosť osobného poradenstva pri odvykaní od užívania návykových látok. (Carroll et al., 2008)

Liečby založené na kognitívno-behaviorálnej terapii boli rozsiahle hodnotené v kontrolovaných klinických štúdiách. Metaanalýza randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií (Magill, 2009) vypočítala malý, ale štatisticky významný účinok kognitívno-behaviorálnej terapie v porovnaní s inými stavmi naprieč charakteristikami štúdie, jej vzorkami a typmi závislostí. Účinok terapie bol najsilnejší v štúdiách závislosti od marihuany, v štúdiách porovnávajúcich kognitívno-behaviorálnu terapiu so žiadnou liečbou a v štúdiách kognitívno-behaviorálnej terapie kombinovanej s dodatočnou psychosociálnou liečbou.

Milby a jeho kolegovia (2008) použili kognitívno-behaviorálnu terapiu pre bezdomovcov užívajúcich alkohol alebo drogy. V štúdiu porovnávali kombináciu dennej liečby založenej na prevencii relapsu, odborného výcviku a bývania podmieneného abstinenciou so samotným podmieneným bývaním a odborným výcvikom. Milby et al. (2008) zistili, že denná liečba obsahujúca kognitívno-behaviorálnu terapiu viedla k väčšej trvalej abstinencii počas 12-mesačného obdobia sledovania.

Rovnako ako iné liečebné prístupy, aj kognitívno-behaviorálna terapia predstavuje komplexný súbor liečebných stratégií. Simpson (2002, s. 179) tvrdí, že pre intervencie na tejto úrovni zložitosti je potrebný „*intenzívny tréning, klinický dohľad a možno aj formálna certifikácia*“. Tréning tohto typu je zriedkavo dostupný v prostredí liečby závislostí od návykových látok; klinickí pracovníci ho teda musia získať buď v rámci počiatočného štúdia/školenia, alebo ako ďalšie vzdelávanie.

Kontingenčný manažment

Kontingenčný manažment je behaviorálna liečba, ktorá zahŕňa poskytovanie stimulov ako odmenu za zmeny v cielenom správaní. Základné princípy všetkých protokolov kontingenčného manažmentu, ktoré sa v praxi

objavujú, zahŕňajú: 1) monitorovanie cieľového správania (napr. prostredníctvom skríningu drog v moči počas liečby); 2) okamžitá odmena za požadované správanie (napr. poskytnutie stimulu po prijatí vzorky moču bez drog); a 3) zadržanie stimulu pri absencii požadovaného správania. (Monezi Andrade, 2016)

V praxi vznikli varianty kontingenčného manažmentu založené na vyššie uvedení princípoch, ktoré sa líšia predovšetkým typom stimulov a harmonogramom. Napríklad sa používajú motivačné štruktúry založené na poukážkach. Klient získava poukážky za želané správanie (napr. za vzorku moču negatívneho na drogy; poukážky začínajú od určitej hodnoty a ich hodnota sa zvyšuje alebo znižuje v závislosti od po sebe nasledujúcich testov na drogy). Klienti majú šancu získať ceny rôznych hodnôt výmenou za získané poukážky. (Petry, 2000)

Metaanalytický prehľad kontingenčného manažmentu podporil jeho účinnosť (Lussier et al., 2006) a jeden nezávislý prehľad psychosociálnej liečby závislostí od návykových látok označil kontingenčný manažment za vykazujúci silnejší účinok ako kognitívno-behaviorálna terapia. (Dutra et al., 2008) Okrem toho sa ukázalo, že kontingenčný manažment je účinný prakticky so všetkými návykovými látkami. (Petry, 2012)

Drebing et al. (2007) skúmali účinnosť kontingenčného manažmentu u vojnových veteránov s komorbídnou závislosťou a inými psychiatrickými poruchami z programu pracovnej rehabilitácie. Skupina, vedená v zmysle kontingenčného manažmentu, preukázala lepšie výsledky pri hľadaní zamestnania ako skupina zameraná len na pracovnú rehabilitáciu. Výsledky využitia kontingenčného manažmentu pri liečení závislostí od návykových látok však neboli také robustné, bez rozdielov medzi skupinami v abstinencii. Iný výskum demonštroval sľubnejšie výsledky pre vplyv kontingenčného manažmentu na duálne diagnostikovaných jedincov (Petry, 2012); tento výskum bol povzbudivý vo všestrannosti kontingenčného manažmentu a jeho potenciály zovšeobecniť sa na rôzne skupiny.

Správne spravovanie kontingenčného manažmentu môže byť náročné, a preto predstavuje ďalšiu prekážku implementácie. Hoci je koncepcie jednoduchý, kontingenčný manažment vyžaduje určitý stupeň presnosti, aby bol účinný pri znižovaní závislosti. (Petry, 2012) Stimuly, ktoré sú zle načasované alebo nekonzistentné, podkopávajú účinnosť liečby, čo vedie k nespokojnosti klientov aj lekárov. Sociálni pracovníci, ktorí sa zaujímajú o túto psychosociálnu liečbu, však majú dostupné zdroje na pomoc pri implementácii kontingenčného manažmentu, kde by sa mali zamerať práve na zvládanie nepredvídateľných udalostí.

Prístup posilňovania komunity

Prístup posilňovania komunity sa poskytuje na individuálnom základe počas viacerých relácií. Je individuálne prispôsobený; nie všetky komponenty sú poskytované každému klientovi. Terapeut je direktívny, spolupracujúci a aktívny. Terapia je štruktúrovaná tak, aby pomohla klientovi dosiahnuť zmenu v štyroch oblastiach života: rodina; rekreácia; sociálne vzťahy; a práca. Obsah terapie, vybraný na základe relevantnosti pre klienta, môže zahŕňať: funkčnú analýzu spúšťačov a dôsledkov závislosti; plánovanie samosprávy; vzorkovanie triezvosti, teda skúšanie obdobia triezvosti; školenie komunikačných zručností; zmeny životného štýlu, vrátane časového manažmentu, meniacich sa spoločenských rekreačných vzorcov, sociálnych zručností a školení na riešenie problémov; monitorovanie nálady, nácvik hľadania zamestnania, relaxačný tréning a pod. U pacientov so závislosťou od alkoholu táto terapia často zahŕňa podávanie disulfiramu (antabusu) a, ak je to vhodné, monitorovanie adherencie disulfiramu druhou osobou. (Meyers, 2011)

Ako individualizovaná liečba sa líši od klienta ku klientovi. Okrem toho existujú dva hlavné varianty, pre dospelých a pre rodiny. Prvý z nich je špecifickou adaptáciou na dospelých, ktorá zahŕňa vývinovo primeraný materiál a zapojenie rodičov. (Meyers, 2011) Druhá z nich je behaviorálna intervencia, ktorá má pomôcť dotknutým členom rodiny zapojiť sa do liečby závislých blízkych. (Meyers, 2011)

Pri liečbe alkoholizmu u dospelých prístup posilňovania komunity pozitívne vplýval na klientom tým, že skracoval počet dní voľných na pitie, čím môže mať vplyv na nepretržitú abstinenciu (Roozen et al., 2004).

Modifikovaná skupinová verzia prístupu posilňovania komunity bola účinná u dospelých bezdomovcov závislých od alkoholu (väčšinou mužov). (Smith, 1998) Slesnick et al. (2007) ďalej zistili, že prístup posilňovania komunity znížil u bezdomovcov mieru užívania alkoholu (v porovnaní s tými, ktorí terapiu nepodstúpili), zlepšila sa ich sociálna stabilita a znížili sa výskyty depresívnych stavov.

Aby mohli sociálni pracovníci používať túto účinnú formu liečby, musia sa naučiť komplexný súbor behaviorálnych liečebných zručností. Rozhovory s komunitnými poskytovateľmi identifikovali zaťažujúci a časovo náročný certifikačný proces ako primárnu prekážku implementácie prístupu posilňovania komunity do ich programu. (Amodeo et al., 2011) Takéto vnímanie by bolo potrebné riešiť, možno prostredníctvom objasnenia očakávaní na začiatku vzdelávacieho procesu alebo prostredníctvom zefektívnenia certifikačného procesu. Prístup je však natoľko komplexný, že si vyžaduje dlhodobú prípravu pred začatím praxe, preto by bolo vhodné, ak by bol zakomponovaný do syllabov sociálnych pracovníkov (spolu s inými konkrétnymi metódami).

Motivačný rozhovor

Intervencie motivačného rozhovoru sa často pohybujú od jedného do štyroch sedení, aj keď neexistuje žiadna smernica proti použitiu počas viac ako 4 sedení. Forma s názvom motiváciu posilňujúca terapia závislosti zahŕňa poskytnutie spätnej väzby klientovi o formálnom alebo neformálnom hodnotení a v niektorých intervenciách to zahŕňa aj použitie písomnej spätnej väzby. V súbore nástrojov klinického sociálneho pracovníka je päť základných zručností motivačného rozhovoru: kladenie otvorených otázok; reflexívne počúvanie; potvrdzovanie; zhrnutie; vyvolávanie zmien. Klinický pracovník môže preskúmať ambivalenciu prostredníctvom získania klientovho vnímania „dobrých“ a „nie tak dobrých“ vecí o ich závislosti. Kľúčovou technikou je aj hodnotenie dôležitosti zmeny, dôvera v schopnosť zmeniť sa a pripravenosť na zmenu. (Monezi Andrade, 2016)

Motivačný rozhovor je postoj a súbor stratégií pre prácu s klientom pri zmene jeho správania. Motiváciu posilňujúca terapia závislosti zahŕňa motivačný rozhovor v štruktúrovanejšom zásahu zahŕňajúcom hodnotenie a spätnú väzbu. Obe formy sa môžu použiť ako primárna intervencia v liečebnom prostredí pred liečbou na zapojenie klienta do inej formy liečby, ako je kognitívno-behaviorálna terapia alebo ako samostatná oportunistická krátka intervencia na motiváciu uvažovania o hľadaní pomoci alebo zmene. Aj keď sa motivačný rozhovor zvyčajne vykonáva individuálne, uskutočnili sa štúdie jeho skupinovej formy. (Brown et al., 2007)

Metaanalýza štúdií motivačného rozhovoru naprieč množstvom rôznych výsledkov súvisiacich so zdravím (Lundahl et al., 2010) dospela k záveru, že motivačný rozhovor má malé, ale významné pozitívne účinky v širokej škále problémových domén, hoci je silnejší v niektorých situáciách v porovnaní s inými, ale nefunguje to vo všetkých prípadoch. Motivačný rozhovor mal najväčšie účinky v porovnaní so žiadnou intervenciou. V mnohých štúdiách sa jeho efektívnosť nelíšila od iných aktívnych liečebných postupov, ako je kognitívno-behaviorálna terapia alebo dvanásťkroková facilitácia. (Lundahl et al., 2010) Existujú dôkazy o účinnosti motivačného rozhovoru u užívateľov alkoholu. (Sellman, et al., 2001)

Pre duálne diagnostikovaných jedincov so závažným duševným ochorením Cleary et al. (2009) vo svojom prehľade dospeli k záveru, že motivačný rozhovor mal najkvalitnejšie dôkazy o znížení závislosti v krátkodobom horizonte a v kombinácii s kognitívno-behaviorálnou terapiou bolo tiež zrejme zlepšenie duševného stavu. Motivačný rozhovor bol schopný zlepšiť mieru nástupu na liečbu u veteránov bez domova (Wain et al., 2011), ale bol menej úspešný pri znižovaní závislosti medzi dospievajúcimi bez domova. (Baer et al., 2007)

Túžba po širokom šírení terapie motivačným rozhovorom viedla výskumníkov k vykonaniu množstva štúdií o tom, aký druh školenia umožňuje najlepšie učenie a udržanie zručností potrebných pre poskytovanie motivačných

rozhovorov. Z týchto štúdií je jasné, že je potrebný neustály koučing alebo supervízia nad rámec počítačného školenia na workshope a že aj pri dobrom tréningu a supervízii nie je učenie a udržanie si zručností motivačného rozhovoru ľahké pre všetkých klinických pracovníkov. (Baer et al., 2007)

12-kroková facilitačná terapia

Účasť a zapojenie sa do programov vzájomnej podpory pri uzdravovaní anonymných alkoholikov sú dôležitou súčasťou uzdravenia mnohých jedincov so závislosťou. Dvanásťkroková facilitačná terapia je typ behaviorálnej terapie, ktorá podporuje dlhodobú abstinenciu povzbudzovaním a uľahčovaním aktívneho zapojenia klientov do 12-krokovej skupiny na zotavenie. Má svoj základ v 12-stupňových spoločenstvách a funguje na základe predpokladu, že závislosť je chronické a progresívne ochorenie, ktoré má biologické, psychologické a sociálne aspekty, pričom všetky sú riešené ako individuálny postup cez 12 krokov. (Sher, 2010) Liečba pozostáva z 12 týždenných individuálnych sedení (alebo 10 individuálnych a 2 spoločných sedení).

Celkom odlišným prístupom k 12-krokovej facilitačnej terapii je skupinová intervencia „Making Alcoholics Anonymous Easier“. (Kaskutas et al., 2009) Namiesto zamerania sa na samotných 12 krokov sa intervencia so 6 sedeniami snaží prekonať potenciálne prekážky účasti a vysvetliť, ako využiť pomoc anonymných alkoholikov. Témy sedení sú: úvod, spirituálnosť, princípy, osobnosti, sponzorstvo a triezvy život. Ďalším prístupom k TSF sú intervencie, ktoré využívajú intenzívny systém odporúčania a „buddy systému“ na zapojenie jednotlivcov do ich prvých stretnutí. (Timko, DeBenedetti, Billow, 2006) Poradca zvyčajne pomáha klientovi nadviazať spojenie s dobrovoľným aktívnym členom svojpomocnej skupiny, ktorý súhlasí, že sa s klientom stretne na stretnutí.

Existuje silná výskumná podpora pre schopnosť intervencií 12-krokovej facilitačnej terapie znížiť, alebo lepšie zvládať, závislosť na alkohole. (Timko et al., 2006) Medzi dospelými závislými od alkoholu a kokaínu Carroll et al. (2008) zistili, že 12-kroková terapia je účinnejšia ako požívanie klinického manažmentu pri znižovaní závislosti. Ďalšia štúdia zistila, že užívatelia stimulantov navštevujúci 12-krokovú facilitačnú terapiu mali väčšiu pravdepodobnosť abstinencie počas liečby ako tí, ktorí boli v kontrolnej skupine. (Donovan et al., 2013) Pokiaľ ide o závislosť od alkoholu, 12-kroková facilitačná terapia bola porovnateľná s kognitívno-behaviorálnou terapiou. (Timko et al., 2006)

Štúdia z roku 2013 dokázala účinnosť 12-krokovej terapie. (Worley et al., 2013) Nezávisle od stavu liečby mali jedinci s väčším poklesom v návštevnosti stretnutí 12-krokovej terapii a aj väčšie zvýšenie frekvencie pitia počas jednoročného sledovania. Štúdia tiež dokázala, že 12-kroková facilitačná terapia mala pozitívne dopady na liečenie komorbidít alkoholizmu, akými sú depresie a úzkosti.

Medzi klinickými sociálnymi pracovníkmi, ktorí už dodržiavajú 12-krokový prístup v liečbe, hlavnou prekážkou pri učení terapie nebude postoj k prístupu, ale učenie sa špecifickejšej štruktúry liečby, či už to znamená naučiť sa poskytovať liečebné sedenia z manuálu alebo štruktúrovať počiatočné kontakty medzi klientom a komunitným dobrovoľníkom. Okrem toho pre sociálnych pracovníkov, ktorí nie sú „vnorení“ do filozofie 12 krokov, poznanie dôkazov, ktoré podporujú pozitívne účinky účasti na vzájomnej podpore obnovy, pravdepodobne odstráni prekážky pri učení a implementácii 12-krokovej facilitatívnej terapie.

Rodinná terapia

Výskumníci diskutujú o myšlienke, že vzťah medzi užívaním návykových látok a vzťahovým stresom je transakčný, na rozdiel od lineárneho, citujúc dôkazy naznačujúce, že závislosť zvyšuje vzťahové utrpenie, a naopak, že vzťahové utrpenie môže viesť k zvýšenej úrovni závislého správania. (Fals-Stewart et al., 2009) Myšlienka, že rodinné problémy sú dôležité v kontexte liečby užívania návykových látok, znamenala, že rodinné prístupy k liečbe užívania návykových látok si čoraz viac získavajú pozornosť a empirickú podporu. V štúdií o rodinnej terapii Rowe (2012) zdôrazňuje tento posun, keď dospela k záveru, že rodinné prístupy sú uznávané medzi najúčinnjšími prístupmi k liečbe dospelých aj dospievajúcich s problémami s drogami.

Prístupy založené na rodine zahŕňajú množstvo samostatných liečebných postupov, z ktorých každý má svoj vlastný koncepčný rámec a dôkazovú základňu. Zdá sa, že najsilnejšiu empirickú podporu má päť špecifických terapií. 1) Behaviorálna párová terapia; 2) Stručná strategická rodinná terapia; 3) Multidimenzionálna rodinná terapia; 4) Multisystémová terapia; 5) Funkčná rodinná terapia. (Valentine, 2018)

Štúdie výsledkov rodinnej terapie vykonané s užívateľmi alkoholu a drog naznačujú účinnosť tejto liečby v porovnaní s individuálnou terapiou. (Fals-Stewart et al., 2009) Nedávna metaanalýza štyroch rodinných terapií zameraných na zneužívanie návykových látok u adolescentov ukázala, že tieto terapie mali štatisticky významné účinky v porovnaní s kontrolnou vzorkou alebo alternatívnou terapiou. (Baldwin et al., 2012)

Recenzie rodinných intervencií zameraných na užívanie návykových látok u adolescentov naznačujú, že výskumníci testujúci tieto intervencie dbajú na skúmanie rozdielnych účinkov týchto liečebných postupov na marginalizované skupiny. Napríklad Hogue a Liddle (2009) poznamenávajú, že z väčšiny kontrolovaných štúdií zameraných na užívanie návykových látok mladistvými, ktoré skúmali, najmenej 50 % vzorky tvorili rasovo alebo etnicky mladí ľudia. Iný prehľad (napr. Rowe, 2012) ukazuje podporu rodinných terapií pre ich použitie so špecifickými menšinovými skupinami. Existujú určité dôkazy, ktoré naznačujú použitie rodinných terapií u jedincov s diagnózou závislosti na návykových látkach, depresiami a úzkosťami. (Rotunda et al., 2008)

Aby mohli sociálni pracovníci vykonávať rodinnú terapiu, potrebujú všeobecnejšie a komplexnejšie školenia v rodinnej terapii a jej teoretických základoch. Whittinghill (2002) poukázal na to, že mnohí poskytovatelia liečby užívania návykových látok sú nedostatočne vyškolení v technikách rodinnej terapie. Výskumníci, ktorí vyvíjajú a testujú rodinnú terapiu, majú zjavne podiel na využívaní týchto terapií, a preto sa zdá, že sa zaoberajú medzerou medzi výskumom a praxou. Rowe (2012) sumarizuje snahy o šírenie praktických informácií, ktoré navrhli tímy vykonávajúce rodinné terapie, pričom zdôrazňuje stratégie určené na zvýšenie pravdepodobnosti, že terapie zlepšujú výsledky závislých klientov.

Maticový model

Maticový model kombinuje prvky psychosociálnej liečby, vrátane kognitívno-behaviorálnej terapie (kľúčová zložka), 12-krokovej facilitácie a rodinnej terapie. (Obert et al., 2000) Novosť tohto prístupu spočíva v tom, ako sú tieto komponenty zlúčené a kodifikované, ako aj v dôraze maticového modelu na jedinečnú integráciu podpory rovesníkov a rodiny. Vo svojej súčasnej iterácii pozostáva ambulantný maticový program z troch individuálnych alebo spoločných rodinných sedení a 52 skupinových sedení v trvaní 16 týždňov; klientom sa odporúča, aby sa týždenne počas fázy následnej starostlivosti zúčastňovali na skupinách sociálnej podpory. (Obert et al., 2000) Skupiny sociálnej podpory (ktoré sa tiež považujú za kontinuálnu starostlivosť) začínajú, keď sa intenzívna fáza liečby začína znižovať.

Prvá kontrolovaná štúdia porovnávajúca maticový model s odkazom na iné dostupné zdroje komunity ukázala, že pacienti v skupine s maticovým prístupom preukázali silný pozitívny vzťah medzi dávkou prijatej liečby a negatívnymi výsledkami moču na kokaín; toto nebol prípad kontrolnej skupiny. (Rawson et al., 1995) Účastníci maticovej terapie tiež preukázali pozitívnu súvislosť s inými premennými psychosociálneho výsledku, konkrétne zlepšeniami v zamestnanosti a zložených skóre rodiny. Ďalším krokom pri určovaní účinnosti modelu bola štúdia na viacerých miestach porovnávajúca ho s bežnou liečbou v ôsmich komunitných liečebných programoch v troch regiónoch USA. (Rawson et al., 2004) Toto úsilie, nazývané Methamphetamine Treatment Project, bolo v čase svojho zavedenia v roku 1998 najväčšou randomizovanou klinickou štúdiou zameranou na závislosť od metamfetamínu.

Okrem toho, že maticový model je často užívanou terapiou pre ľudí závislých od alkoholu (Obert et al., 2000), intervencia maticového modelu je účinná pri zlepšovaní kvality života a úzkostno-depresívnych symptómov u pacientov, ako aj u ich opatrovateľov. (Masaeli, 2018) Zdá sa, že intervencie maticovej skupiny zvyšujú účinnosť metadónovej liečby znížením prevencie relapsu, dávky metadónu a zotrvaním v liečbe. (Eghbali, 2013)

Podobne ako v prípade rodinných prístupov, aj začlenenie rodín klientov do maticového modelu vyžaduje od sociálnych pracovníkov zručnosti v práci s rodinami. Sociálni pracovníci, ktorí majú záujem naučiť sa a implementovať maticový model, mali by mať predchádzajúci výcvik v skupinových a individuálnych terapeutických prístupoch a mali by mať vysokú úroveň oboznámenia sa s liečbou návykového správania. Na tento účel, ako aj pri iných intervenciách, by mali vzdelávacie programy sociálnej práce systematicky integrovať školenia v problematike závislostí a lepšie pripraviť sociálnych pracovníkov na prijatie psychosociálnych praktík pre liečenie závislostí.

Sumarizácia výsledkov

V praxi využívajú sociálni pracovníci prvky z rôznych diskutovaných druhov terapií, pričom existujú dôkazy o účinnosti niektorých kombinácií postupov, ktoré sme popísali. Efektívna prax si vyžaduje pochopenie psychosociálnych liečebných postupov založených na dôkazoch a toho, ako zapadajú do holistickej práce s jednotlivcom. Dôležitá je aj schopnosť pracovať v rámci a naprieč behaviorálnymi zdravotnými a medicínskymi (primárna starostlivosť, pohotovostná starostlivosť alebo nemocničná starostlivosť) systémami na výber, obhajovanie alebo poskytovanie týchto psychosociálnych terapií.

Na základe syntézy uvedených poznatkov o profile alkoholika, ktorý trpí depresiami a úzkosťami, a poznatkov o psychosociálnych terapiách možno súhrnne zodpovedať stanovené výskumné otázky:

Ako daná terapia prebieha, čo je jej cieľom? Prezentované psychosociálne terapie majú spoločný prístup k liečbe látkových závislostí v tom, že sa zameriavajú na kontext a riešia otázky holistickeho prístupu k zdraviu. Cieľom terapií je najmä zabránenie relapsu a zlepšenie sociálneho a psychického stavu. Spôsob poskytovania terapií sa odlišuje najmä v ich trvaní a intervenčnom rozsahu, t. j. či riešia krátkodobú krízu (motivačný rozhovor), alebo sa zameriavajú na dlhodobú liečbu (12-kroková facilitačná terapia).

Aké existujú variácie terapie? Terapie majú mnoho variácií, ktoré sa často kombinujú. Existencia variácií potvrdzuje kontextuálne založený prístup terapií k liečbe závislých klientov.

Aká je empirická podpora výsledkov terapie? Pre každú z analyzovaných psychosociálnych terapií sme uviedli odkazy na vedecké štúdie, ktoré potvrdili ich účinnosť pri práci s klientmi závislými od návykových látok. Ich účinnosť sa potvrdila naprieč rôznymi populáciami.

Aká je použiteľnosť terapie pri práci s klientmi trpiacimi úzkosťou a depresiou zapríčinenou užívaním alkoholu? Existuje komorbídny vzťah medzi závislosťou od alkoholu, depresiami a úzkosťami. Dalo by sa povedať, že jedno vedie k druhému a naopak, že ide o „začarovaný kruh“. Preto je dôležité, aby liečebné intervencie pokrývali všetky sféry zdravia jedinca, a teda okrem ochrany jeho fyzického zdravia od škodlivého účinku alkoholu, riešili i otázky

jeho sociálneho stavu, a tým zlepšovali jeho psychiku. Prezentované psychosociálne terapie majú tento potenciál, čo sa potvrdilo i vo viacerých analyzovaných odborných štúdiách.

Ako môžu sociálni pracovníci získať vedomosti potrebné pre daný typ terapie a aké sú možnosti jej implementácie? Všetky z prezentovaných terapií si vyžadujú odbornú prípravu, ktorú však môžu sociálni pracovníci získať mimo školské vzdelávacie inštitúcie, a zároveň si tieto terapie vyžadujú prax. Existuje priestor, ktorý je nutné vyplniť, pre akreditáciu vzdelávacích inštitúcií a ich odbornosť pre prípravu na dané psychosociálne terapie. Tento stav je spôsobený najmä vysokou variáciou terapií poskytovaných v praxi prispôbených rôznym komunitám.

Perspektívy sociálnej práce do praxe

Na základe výsledkov výskumu, môžeme tvrdiť, že psychosociálne terapie predstavujú vhodný, dôkazmi podložený nástroj pre liečenie závislostí a ich komorbidít, a teda ich možno aplikovať pri práci s klientom, ktorý trpí úzkosťami a depresiami zapríčinenými alkoholom. Pre prax sociálnej práce je dôležité, aby boli tieto terapie poskytované na odbornej úrovni, t. j. je nutné zabezpečiť odborné vzdelávanie sociálnych pracovníkov v oblasti psychosociálnych terapií (aspoň tých, ktoré sme v práci rozobrali).

Vzdelávacia politika a akreditačné štandardy potvrdzujúce požadované kompetencie v oblasti poradenstva pri práci so závislými jedincami môžu spoločne položiť základy vzdelávania sociálnych pracovníkov v psychosociálnej liečbe ľudí závislých od návykových látok. Štandardy by sa mali uplatňovať v dynamickej interakcii s novými dôkazmi, aby sa vytvoril špecializovaný učebný plán zameraný na politiky a služby v oblasti závislostí. Úsilie o zvýšenie vzdelávania v sociálnej práci v liečbe závislostí bude v ideálnom prípade zahŕňať prácu v kurze, prax a iniciatívy ďalšieho vzdelávania. Môžu tiež vyžadovať spoluprácu s odborníkmi mimo škôl sociálnej práce, ako sú výskumníci v oblasti liečby závislostí a poskytovatelia behaviorálnej zdravotnej starostlivosti. Súčasný štandard a súbor intervenčných výskumov podporujú skvalitňovanie praxe sociálnej práce v oblasti závislostí a je úlohou jednotlivých inštitúcií určiť, ako tieto zdroje čo najlepšie využiť.

Rozširovanie a prijímanie/implementácia psychosociálnych terapií organizáciami zameraných na liečbu je zložitý proces a výskum šírenia a implementácie týchto praktík so zameraním na liečenie závislostí na alkohole je v počiatočnom štádiu. Schopnosť preniesť výskum do praxe v teréne je recipročný proces medzi výskumníkom a sociálnymi pracovníkmi z praxe. Oba tieto typy sociálnych pracovníkov budú zohrávať kľúčovú úlohu v napredovaní sociálnej práce ako vedy. Sociálni pracovníci sú už dlho identifikovaní ako primárna profesionálna skupina, ktorá posúva nové postupy a adaptácie vpred prostredníctvom inovatívnych translačných metodológií, ako sú zmiešané metódy a zapojenie komunity; metodológie, ktoré sú zakorenené v osobitnej,

kultúrne relevantnej praxi sociálnej práce založenej na sile a rámci sociálnej spravodlivosti. Pokračujúce zapojenie sociálnej práce do translačného výskumu v oblasti závislostí výrazne posilní existujúce úsilie. Ďalším spôsobom, ako môžu sociálni pracovníci zohrávať kľúčovú úlohu vo výskume psychosociálnych terapií pre liečenie závislostí, je zamerať sa na populácie s nedostatočnými službami.

Bibliografia

- AMODEO, M. – LUNDGREN, L. – COHEN, A. – ROSE, D. – CHASSLER, D. – BELTRAME, C. – D'IPPOLITO, M. 2011. Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: Comparing staff reports on Motivational Interviewing, Adolescent Community Reinforcement Approach, Assertive Community Treatment, and Cognitive-Behavioral Therapy. In *Evaluation and Program Planning*. ISSN 0149-7189, 34, 4, s. 382-389. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.02.005>
- ANDERSEN, P.R. – TIRIAN, L. – VUNJAK, M. – BRENNECKE, J. 2017. A heterochromatin-dependent transcription machinery drives piRNA expression. In *Nature*. 549, 7670, s. 54-59. <https://doi.org/10.1038/nature23482>
- BAER, J. S. – GARRETT, S. B. – BEADNELL, B. – WELLS, E. A. a P. L. PETERSON. 2007. Brief motivational intervention with homeless adolescents: Evaluating effects on substance use and service utilization. In *Psychology of Addictive Behaviors*. ISSN 0893-164X, 21, 4, s. 582-586. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.21.4.582>
- BLANCO, C. – RUBIO, J. – WALL, M. – WANG, S. – JIU, C. J. a K. S. KENDLER. 2014. Risk factors for anxiety disorders: common and specific effects in a national sample. In *Depression and Anxiety*. 31, 9, s. 756-764. <https://doi.org/10.1002/da.22247>
- BOSCHLOO, L. et al. 2012. Alcohol-use disorder severity predicts first-incident of depressive disorders. In *Psychological Medicine*. 42, 4, s. 695-703. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001681>
- BROWN, T. G. – DONGIER, M. – LATIMER, E. – LEGAULT, L. – SERAGANIAN, P. – KOKIN, M. a D. ROSS. 2007. Group-delivered brief intervention versus standard care for mixed alcohol/other drug problems: A preliminary study. In *Alcoholism Treatment Quarterly*. ISSN 0734-7324, 24, 4, s. 23-40. https://doi.org/10.1300/J020v24n04_03
- CARROLL, K. M. – BALL, S. A. – MARTINO, S. – NICH, C. – BABUSCIO, T. – GORDON, M. A. – PORTNOY, G. A. a B. J. ROUNSAVILLE. 2008. Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: A randomized trial of CBT4CBT. In *The American Journal of Psychiatry*. ISSN 0002-953X, 165, 7, s. 881-888. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07111835>

- DAGNINO, P. et al. 2020. Risk Factors for Adult Depression: Adverse Childhood Experiences and Personality Functioning. In *Frontiers in Psychology*. ISSN 1664-1078, 11, 10 s.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.594698>
- DONOVAN, D. M. – DALEY, D. C. – BRIGHAM, G. S. – HODGKINS, C. C. – PERL, H. I. – GARRETT, S. B. – DOYLE, S. R. – FLOYD, A. S. – KNOX, P. C. – BOTERO, C. – KELLY, T. M. – KILLEEN, T. K. – HAYES, C. – KAU'IBAUMHOFER, N. – SEAMANS, C. a L. ZAMMARELLI. 2013. Stimulant abuser groups to engage in 12-Step: A multisite trial in the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. In *Journal of Substance Abuse Treatment*. ISSN 1873-6483, 44, 1, s. 103-114. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.04.004>
- DREBING, C. E. – VAN ORMER, E. A. – MUELLER, L. – HEBERT, M. – PENK, W. E. – PETRY, N. M. – ROSENHECK, R. a B. J. ROUSAVILLE. 2007. Adding contingency management intervention to vocational rehabilitation: Outcomes for dually diagnosed veterans. In *Journal of Rehabilitation Research and Development*. ISSN 0742-3241, 44, 6, s. 851-865. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2006.09.0123>
- DUTRA, L. – STATHOPOULOU, G. – BASDEN, S. L. – LEYRO, T. M. – POWERS, M. B. a M. W. OTTO. 2008. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. In *The American Journal of Psychiatry*. ISSN 0002-953X, 165, 2, s. 179-187.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851>
- EGHBALI, H. – ZARE, M. – BAKHTIARI, A. – MONIRPOOR, N. a A. GANJALI. 2013. The effectiveness of matrix interventions in improving methadone treatment. In *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. ISSN 2251-8711, 1, 4, s. 159-165.
<https://doi.org/10.5812/ijhrba.7906>
- FALS-STEWART, W. – LAM, W. K. K. a M. L. KELLEY. 2009. Learning sobriety together: behavioural couples therapy for alcoholism and drug abuse. In *Journal of Family Therapy*. ISSN 0163-4445, 31, 2, s. 115-125.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2009.00458.x>
- FRASER, H. – JARLDORN, M. 2018. Helping alliances with stigmatised, impoverished women in neoliberal South Australia. In VILKA, L. – ABELE, A. – LOTKO, M. – BRUVERS, O. – RAZGAKE, I. (Eds.) *Social work case analysis: Global perspective*. Riga Stradins University, Latvia, s. 11-32.
- GALVANI, S. – ALLNOCK, D. 2014. The Nature and Extent of Substance Use Education in Qualifying Social Work Programmes in England. In *Social Work Education*. 33, 5, s. 573-588.
<https://doi.org/10.1080/02615479.2014.919067>
- GAVUROVA, B. – IVANKOVA, V. – RIGELSKY, M. 2020. Relationships between Perceived Stress, Depression and Alcohol Use Disorders in University Students during the COVID-19 Pandemic: A Socio-Economic

- Dimension. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*. ISSN 1660-4601, 2020, 17, 23, s. 1-25.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17238853>
- GLASNER-EDWARDS, S. a R. RAWSON. 2010. Evidence-based practices in addiction treatment: Review and recommendations for public policy. In *Health Policy*. ISSN 0168-8510, 97, 2 – 3, s. 93-103.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.013>
- GOLDSTEIN, E. 2015. *Uncovering Happiness: Overcoming Depression with Mindfulness and Self-Compassion*. Londýn : Simon & Schuster UK, 2015. 320 s. ISBN 978-1471149238.
- GOWIN, J. L. et al. 2017. Vulnerability for Alcohol Use Disorder and Rate of Alcohol Consumption. In *The American Journal of Psychiatry*. ISSN 0002-953X, 174, 11, s. 1094-1101.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16101180>
- HOGUE, A. a H. A. LIDDLE. 2009. Family-based treatment for adolescent substance abuse: Controlled trials and new horizons in services research. In *Journal of Family Therapy*. ISSN 0163-4445, 31, 2, s. 126-154.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2009.00459.x>
- IKEDA, S. – KATO, H. K. – OHTAKE, F. – TSUTSUI, Y. (Eds.). 2016. *Behavioral Economics of Preferences, Choices, and Happiness*. Tokyo : Springer Japan, 2016. 716 s. ISBN 978-4-431-55402-8.
- KANTER, J. W. – BUSCH, A. M. – WEEKS, C. E. a S. J. LANDES. 2008. The nature of clinical depression: symptoms, syndromes, and behavior analysis. In *The Behavior analyst*. ISSN 0738-6729, 31, 1, s. 1-21.
<https://doi.org/10.1007/BF03392158>
- KASKUTAS, L. A. – SUBBARAMAN, M. S. – WITBRODT, J. a S. E. ZEMORE. 2009. Effectiveness of Making Alcoholics Anonymous Easier: A group format 12-step facilitation approach. In *Journal of Substance Abuse Treatment*. ISSN 1873-6483, 37, 3, s. 228-239.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.01.004>
- KOBAYASHI, N. H. C. et al. 2022. Ketamine plus Alcohol: What We Know and What We Can Expect about This. In *International Journal of Molecular Sciences*. ISSN 1422-0067, 23, 14, s. 1-45.
<https://doi.org/10.3390/ijms23147800>
- KÖNIG, H. – KÖNIG, H. H. a A. KONNOPKA. 2020. The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. In *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. ISSN 2045-7979, 29, e30.
<https://doi.org/10.1017/S2045796019000180>
- KOOB, G. F. et al. 2021. *Alcohol: Neurobiology of Addiction*. Cambridge : Academic Press, 2021. 402 s. ISBN 978-01-2816-794-6.
- KRULL, I. – LUNDGREN, L. – BELTRAME, C. 2014. Association between addiction treatment staff professional and educational levels and perceptions of organizational climate and resources. In *Substance Abuse*. 35, 1, s. 3-6. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.792313>

- LASSERRE, A. M. et al. 2022. Socioeconomic status, alcohol use disorders, and depression: A population-based study. In *Journal of Affective Disorders*. ISSN 0165-0327, roč. 301, s. 331-336.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.132>
- LIBA, J. 2016. *Výchova k zdraviu v školskej edukácii*. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2016. 243 s. ISBN 978-80-555-1612-7.
- LUNDAHL, B. W. – KUNZ, C. – BROWNELL, C. – TOLLEFSON, D. a B. L. BURKE. 2010. A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. In *Research on Social Work Practice*. ISSN 1552-7581, 20, 2, s. 137-160.
<https://doi.org/10.1177/1049731509347850>
- LUSSIER, J. P. – HEIL, S. H. – MONGEON, J. A. – BADGER, G. J. a S. T. HIGGINS. 2006. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. In *Addiction*. ISSN 1360-0443, 101, 2, s. 192-203. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01311.x>
- MACMILLAN, T. – SISSELMAN-BORGIA, A. (Eds.). 2018. *New Directions in Treatment, Education, and Outreach for Mental Health and Addiction*. Cham : Springer, 2018. 317 s. ISBN 978-3-319-72778-3.
- MAGILL, M. a L. A. RAY. 2009. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. In *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. ISSN 0033-5649, 70, 4, s. 516-527. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- MASAEI, N. – ZARKOB, H. – KHEIRABADI, G. R. – SOLEIMANI, N. a M. AMINI. 2018. The Effect of Matrix Model on Depression, Anxiety, and Quality of Life in Methamphetamine Users and Their Caregivers. In *Addictive Disorders & Their Treatment*. ISSN 1531-5754, 17, 4, s. 186-190. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000136>
- MCCAUL, M. E. et al. 2017. Anxiety, anxiety sensitivity, and perceived stress as predictors of recent drinking, alcohol craving, and social stress response in heavy drinkers. In *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. ISSN 1530-0277, 41, 4, s. 836-845.
<https://doi.org/10.1111/acer.13350>
- MEYERS, R. J. – ROOZEN, H. G. a J. E. SMITH. 2011. The Community Reinforcement Approach. An update of the evidence. In *Alcohol Research and Health*. ISSN 1535-7414, 33, 4, s. 380-388.
- MILBY, J. B. – SCHUMACHER, J. E. – VUCHINICH, R. E. – FREEDMAN, M. J. – KERTESZ, S. a D. WALLACE. 2008. Toward cost-effective initial care for substance-abusing homeless. In *Journal of Substance Abuse Treatment*. ISSN 1873-6483, 34, 2, s. 180-191.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.03.003>
- MF SR. 2020. *Duševné zdravie a verejné financie*. Bratislava : MF SR, 2020. 69 s.

- MONEZI ANDRADE, A. L. – DE MICHELI, D. (Eds.). 2016. *Innovations in the Treatment of Substance Addiction*. Cham : Springer, 2016. 240 s. ISBN 978-3-319-43172-7.
- MOSER, J. C. – TURK, C. L. – GLOVER, J. G. 2015. The Relationship Between Participation in Alcoholics Anonymous and Social Anxiety. In *Psi Chi*. ISSN 2164-8204, 2015, 20, 2, s. 97-101.
<https://doi.org/10.24839/2164-8204.JN20.2.97>
- NEWTON-HOWES, G. a J. FOULDS. 2018. Personality disorder and alcohol use disorder: An overview. In *Psychopathology*. ISSN 0254-4962, 51, 2, s. 130-136. <https://doi.org/10.1159/000486602>
- NORDBY, H. 2019. Who are the rightful owners of the concepts disease, illness and sickness? A pluralistic analysis of basic health concepts. In *Open Journal of Philosophy*. ISSN 2163-9442, 9, 4, s. 470-492.
<https://doi.org/10.4236/ojpp.2019.94029>
- OBERT, J. L. – MCCANN, M. J. – MARINELLI-CASEY, P. – WEINER, A. – MINSKY, S. – BRETHEN, P. a R. RAWSON. 2000. The matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: History and description. In *Journal of Psychoactive Drugs*. ISSN 0279-1072, 32, 2, s. 157-164.
<https://doi.org/10.1080/02791072.2000.10400224>
- PETRY, N. M. 2012. *Contingency Management for Substance Abuse Treatment: A Guide to Implementing This Evidence-Based Practice*. New York: Taylor & Francis Group, 2012. 334 s. ISBN 978-04-1588-289-7.
- PETRY, N. M. – MARTIN, B. – COONEY, J. L. a H. R. KRANZLER. 2000. Give them prizes and they will come: Contingency management for treatment of alcohol dependence. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 68, 2, s. 250-257.
<https://doi.org/10.1037//0022-006X.68.2.250>
- RAWSON, R. A. – MARINELLI-CASEY, P. – ANGLIN, M. D. – DICKOW, A. – FRAZIER, Y. – GALLAGHER, C. – GALLOWAY, G. P. – HERRELL, J. – HUBER, A. – MCCANN, M. J. – OBERT, J. – PENNELL, S. – REIBER, C. – VANDERSLOOT, D. a J. ZWEBEN. 2004. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. In *Addiction*. ISSN 1360-0443, 99, 6, s. 708-717. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00707.x>
- RAWSON, R. A. – SHOPTAW, S. J. – OBERT, J. L. – MCCANN, M. J. – HASSON, A. L. – MARINELLI-CASEY, P. J. – BRETHEN, P. R. a W. LING. 1995. An intensive outpatient approach for cocaine abuse treatment – The Matrix Model. In *Journal of Substance Abuse Treatment*. ISSN 1873-6483, 12, 2, s. 117-127.
[https://doi.org/10.1016/0740-5472\(94\)00080-B](https://doi.org/10.1016/0740-5472(94)00080-B)

- ROTUNDA, R. J. – O'FARRELL, T. J. – MURPHY, M. a S. H. BABEY. 2008. Behavioral couples therapy for comorbid substance use disorders and combat-related posttraumatic stress disorder among male veterans: An initial evaluation. In *Addictive Behaviors*. ISSN 0306-4603, 33, 1, s. 180-187. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.06.001>
- ROWE, C. L. 2012. Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003–2010. In *Journal of Marital and Family Therapy*. ISSN 1752-0606, 38, 1, s. 59-81. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00280.x>
- ROOZEN, H. G. – BOULOGNE, J. J. – VAN TULDER, M. W. – VAN DEN BRINK, W. – DE JONG, C. A. J. a A. J. F. M. KERKHOF. 2004. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. In *Drug and Alcohol Dependence*. ISSN 0376-8716, 74, 1, s. 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.12.006>
- RUSH, A. J. 2022. *Patient education: Depression treatment options for adults (Beyond the Basics)*. [online]. B. m. : UpToDate, 2022. [cit. 2023-09-22]. Dostupné na internete: <<https://www.uptodate.com/contents/depression-treatment-options-for-adults-beyond-the-basics>>.
- SELLMAN, J. D. – SULLIVAN, P. F. – DORE, G. M. – ADAMSON, S. J. a I. MACEWAN. 2001. A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. In *Journal of Studies on Alcohol*. ISSN 1934-2683, 62, 3, s. 389-396. <https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.389>
- SHAPIRO, L. E. 2017. *Overcoming Depression*. Norwalk : Between Sessions Resources, 2017. 112 s. ISBN 978-1-947009-01-1.
- SHER, L. – VILENS, A. (Eds.). 2010. *Suicidal behavior in alcohol and drug abuse and dependence*. New York : Nova Science Publishers, 2010. 552 s. ISBN 978-1-61122-666-9.
- SINHA, R. – SHAHAM, Y. – HEILIG, M. 2011. Translational and reverse translational research on the role of stress in drug craving and relapse. In *Psychopharmacology*. 218, 1, s. 69-82. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2263-y>
- SHORTT, T. 2018. *Alcohol Consumption, Depression, Anxiety and Stress Levels Amongst University Students*. Dublin : Dublin Business School, 2018. 44 s.
- SIMPSON, D. D. 2002. A conceptual framework for transferring research to practice. In *Journal of Substance Abuse Treatment*. ISSN 1873-6483, 22, 4, s. 171-182. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00231-3](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00231-3)
- SLESNICK, N. – PRESTOPNIK, J. L. – MEYERS, R. J. a M. GLASSMAN. 2007. Treatment outcome for street-living, homeless youth. In *Addictive Behaviors*. ISSN 0306-4603, 32, 6, s. 1237-1251. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.08.010>

- SMITH, J. E. – MEYERS, R. J. a H. D. DELANEY. 1998. The Community Reinforcement Approach with homeless alcohol-dependent individuals. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022-006X, 66, 3, s. 541-548. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.66.3.541>
- ŠIP, M. 2018. Teoretická reflexia sociálnej práce so závislým jedincom. In *Nová sociálna edukácia človeka VII. Medzinárodná interdisciplinárna vedecká konferencia*, Prešov, 6. 11. 2018, s. 156-166.
- TIMKO, C. – DEBENEDETTI, A. a .R. BILLOW. 2006. Intensive referral to 12-Step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. In *Addiction*. ISSN 1360-0443, 101, 5, s. 678-688. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01391.x>
- VALENTINE, C. (Ed.). 2018. *Families Bereaved by Alcohol or Drugs*. Abingdon : Routledge, 2018. 210 s. ISBN 978-1-315-67029-4.
- WAIN, M. R. – WILBOURNE, P. L. – HARRIS, K. W. – PIERSON, H. – TELEKI, J. – BURLING, T. A. a S. LOVETT. 2011. Motivational interview improves treatment entry in homeless veterans. In *Drug and Alcohol Dependence*. ISSN 0376-8716, 115, 1–2, s. 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.006>
- WORLEY, M. J. – TATE, S. R. – MCQUAID, J. R. – GRANHOLM, E. L. a S. A. BROWN. 2013. 12-step affiliation and attendance following treatment for comorbid substance dependence and depression: a latent growth curve mediation model. In *Substance Abuse*. ISSN 1547-0164, 34, 1, s. 43-50. <https://doi.org/10.1080/08897077.2012.691451>

Doc. PhDr. František Radi, PhD.

Ústav sociálnej práce

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Nám. 1. mája č. 1, 811 06 Bratislava

radifrantisek@gmail.com

Prof. PaedDr. PhDr. ThDr. Pavol Tománek, PhD., MBA, MHA

Ústav sociálnej práce

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Nám. 1. mája č. 1, 811 06 Bratislava

fam.tomanek@gmail.com