UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

CEZ OSAMELOSŤ K ABSTINENCII:

ALEBO PREČO SÚ ZÁVISLÍ ĽUDIA OSAMELÍ

Ján Kahan, Eva Žiaková

Košice 2019

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

CEZ OSAMELOSŤ K ABSTINENCII:
ALEBO PREČO SÚ ZÁVISLÍ ĽUDIA OSAMELÍ

Ján Kahan, Eva Žiaková

Košice 2019

CEZ OSAMELOSŤ K ABSTINENCII: ALEBO PREČO SÚ ZÁVISLÍ ĽUDIA OSAMELÍ

Vedecká monografia

©2019 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Mgr. Ján Kahan, *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

Recenzenti:

prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD., Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove

doc. PhDr. Ladislav Vaska, PhD., Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta, Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovať, ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.

Za odbornú stránku tejto publikácie zodpovedajú autori. Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Dostupné od: 16.09.2019

ISBN 978-80-8152-761-6 (e-publikácia)

Obsah

Úvod **4**

1 Osamelosť a jej teoretické a metodologické vymedzenie **5**

1.1 Hlavné teórie a prístupy k osamelosti 6

1.1.1 Psychodynamické prístupy 7

1.1.2 Fenomenologický prístup 7

1.1.3 Existenciálny prístup 8

1.1.4 Sociologický prístup 9

1.1.5 Kognitívny prístup 10

1.1.6 Osobný prístup 11

1.1.7 Systémový prístup 12

1.1.8 Interakčný prístup 12

1.1.8.1 Osamelosť z emocionálnej izolácie 12

1.1.8.2 Osamelosť zo sociálnej izolácie 13

1.1.9 Biologický prístup 15

1.2 Osamelosť, sociálna sieť a sociálna opora 16

1.3 Symptómy osamelosti 18

1.4 Osamelosť a afinitné pojmy 19

2 Látková závislosť, jej základné charakteristiky a vymedzenie **21**

2.1 Etiológia závislosti 21

2.2 Diagnostické kritériá syndrómu závislosti (MKCH-10-SK-2016) 22

2.3 Craving (baženie) 23

2.4 Psychická a fyzická závislosť 24

2.5 Diagnostické kritéria poruchy užívania alkoholu (DSM-5) 24

2.6 Bio-psycho-socio-spirituálny koncept závislosti 26

2.7 Abstinencia a jej základné vymedzenie 27

2.8 Abstinencia, „dry drunk syndrome“ a „hardiness“ 28

3 Výskum prežívania osamelosti látkovo závislých klientov a klientok **30**

3.1 Ciele výskumu 30

3.2 Charakteristika a dizajn výskumu 31

3.2.1 Kvantitatívna časť výskumu 32

3.2.2 Kvalitatívna časť výskumu 32

3.2.1 Testovacia batéria osamelosti 34
3.2.2 Charakteristika výskumného súboru 36
3.2.3 Prípadové štúdie 37
4 Cez osamelosť k abstinencii 45
4.1 Abstinencia a osamelosť 45
4.2 Osamelosť ako významný rizikový faktor porušenia abstinencie 47
4.3 Lapsus, relaps a recidíva 48
4.4 Celková miera prežívanej osamelosti 50
4.5 Emocionálna osamelosť 55
4.6 Sociálna osamelosť 57
4.7 Sociálne začlenenie 58
4.8 Anticipovaná sociálna opora 60
5 Metateoretické, teoretické a praktické ekosystémové kontexty osamelosti v perspektíve abstinencie 62
5.1 Definícia paradigmy, metateórie, teórie a modelu 63
5.2 Holizmus a integratívny prístup sociálnej práce 65
5.3 Integratívna ekosystémová metateória 68
5.4 Základné ekologické a ekosystémové koncepty 69
5.5 Vybrané ekosystémové praktické modely 75
5.5.1 Závislý človek v prostredí 75
5.5.2 Model DECLARE 76
5.5.3 Model SCARS 77
5.6 Ekosystémová integrácia iných modelov prevencie porušenia abstinencie 78
5.6.1 Integratívna racionálne emočná behaviorálna teória a terapia (REBT) 80
5.6.2 SMART model prevencie porušenia abstinencie 83
5.6.3 Model podľa G. Alan Marlatt 83
5.6.4 Prevencia relapsu založená na uvedomovaní 84
5.6.5 CENNAPS model 85
5.6.6 Vybrané kognitívne, behaviorálne a emočné techniky 85
Záver 87
Zoznam použitej literatúry 89

Úvod

V monografii „Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation“ Weiss (1985a) konštatuje, že téme osamelosti je venovaná len malá pozornosť napriek tomu, že je to stav, ktorý je výrazný a závažný. Fromm-Riechmann (1959, in: Weiss 1985a) uvádza, že osamelosť nie je diskutovaná vo väčšine psychiatrickej literatúre. O desať rokov neskôr psychiater Leiderman (in: Weiss 1985a, s. 1) píše, že sa zmenilo len málo a dodáva, že preskúmanie odbornej literatúry odhaľuje len málo článkov o tejto téme. Osamelosť nie je opomínaná téma len v psychiatrii, ale aj v psychológii, v sociálnej práci a sociológii. Chýbajú štúdie, ktoré by identifikovali rôzne prejavy a príčiny rôznych druhov osamelosti, v odlíšení od bežných každodenných stavov osamelosti, až po krajné situácie osamelosti emocionálnej a sociálnej izolácie (Weiss 1985a). Uvedené konštatovania sú v súčasnosti do určitej miery prekonané, avšak v slovenských podmienkach je téme osamelosti venovaná len malá vedecká pozornosť. Osamelosť je často skúmaná v korelačnom alebo kauzálnom vzťahu k rôznym oblastiam života človeka, či sa jedná o oblasť fyzickú, psychickú, sociálnu, alebo spirituálnu. Osamelosť sa prelína aj s inými negatívnymi podmienkami a fenoménmi, kedy nie je zrejmé, čo je príčina a čo je následok. V takomto prípade sa osamelosť môže simultánne rozvíjať a prehlbovať s rastúcim prejavom závislého správania a negatívneho vnútorného prežívania.

Cieľom monografie je snaha o poskytnutie metateoretickej explanácie fenoménu osamelosti v kontexte látkovej závislosti a perspektívy udržania abstinencie. K tomuto cieľu v úvodnej kapitole sú definované východiskové teórie osamelosti, o ktoré sa opierajú ďalšie úvahy. Látková závislosť je uchopená pomocou integratívneho prístupu, v rámci ktorého je diskutovaná perspektíva abstinencie vo vzťahu k osamelosti. K následnému preneseniu osamelosti, látkovej závislosti a abstinencie do kontextu sociálnej práce je použitý integratívny prístup a ekosystémový metarámec, na základe ktorého sú načrtnuté vybrané praktické modely pre udržanie abstinencie. Naše metateoretické úvahy vychádzajú z integrácie základných teoretických východísk osamelosti, ktoré sú podložené autorským výskumom a zahraničnými štúdiami.

autori

Ján Kahan, Eva Žiaková

1 Osamelosť a jej teoretické a metodologické vymedzenie

Najhlbšia potreba človeka je prekonať osamelosť a odlúčenosť. Človek ktorejkoľvek doby je konfrontovaný s touto potrebou. V hyperdobe je ideál hedonizmu a divokej individualizácie plne etablovaný, čo každému človeku umožňuje komerčnú spotrebu prakticky čohokoľvek, i za cenu porušovania právnych, sociálnych a kultúrnych noriem. Ľudia túžia mať väčšiu slobodu, menej podliehať ideológiám, ale viac podliehajú módnym trendom, sú otvorenejší, ale i ovplyvniteľnejší, sú vo väčšej miere kritickí, ale zároveň aj vo väčšej miere povrchní, skeptickejší i naivnejší. Stále viac túžia po vzťahoch, láske, bezpečí druhého, vzájomnej intimite, čoho ukazovateľom je rastúce množstvo on-line zoznamovacích portálov, avšak na druhej strane sú vo väčšej miere osamelí, odcudzení vo svojom vnútri, i od seba navzájom. Odcudzenie, vzdanie sa akejkoľvek možnosti byť sám sebou, je stav krajnej osamelosti. Všetky formy intímnych vzťahov, ktoré sú dnes v móde, sa ukrývajú za rovnakú masku falošného šťastia. Pod touto maskou sa objavujú nenaplnené túžby, psychické ťažkosti, bolesti a sklamania z lásky, úzkosť, pokrytectvo, osamelosť a neustále nutkanie vrhať sa do nových vzťahov. Dĺžka týchto vzťahov sa úmerne skracuje s tým, ako klesá vzrušenie z nového vzťahu. A vzrušenie je o to kratšie, čím rastie počet vzťahov. Hnaní túžbou, nenaplnenými základnými potrebami intimity, lásky, bezpečia, muži a ženy v iluzórnom sexuálnom spojení sa zúfalo snažia uniknúť osamelosti, ktorú prežívajú, alebo sa jej obávajú. Ilúzia spojenia, ktoré je dosiahnuté v letmom okamžiku vyvrcholenia, vedie k tomu, že si dvaja cudzí ľudia ostávajú rovnako cudzí a vzdialení ako predtým. Vzťah vzájomnej vnútornej blízkosti a intimity dvoch ľudí nemôže byť nahradený iným druhom vzťahov, takže cítia svoje odcudzenie a osamelosť ešte intenzívnejšie. Sex sa nemôže stať nástrojom skutočného splynutia. Takéto splynutie je iba efemérnym a sebazničujúcim dojmom. Schopnosť sexu vytvárať skutočné intímne spojenie je len v prípade v spojení s láskou. Čím väčšia je prežívaná osamelosť sociálnej a emocionálnej izolácie, tým viac človek hľadá útechu v okamžitom šťastí a uspokojení ponúkanej spotreby. Konzumácia, ako chabá náhrada skutočného života, preberá moc nad človekom pre svoju schopnost otupiť, omámiť, poblázniť a ukojiť sklamané nádeje osamelého človeka (Sullivan, in: Evans 1996; Freud 1990; Lipovetsky 2013; Lipovetsky 2007; Lipovetsky 2008; Bauman 2013; Weiss 1985a,b,c; Rogers 1999; Hegel 2015; Fromm 2014; Frankl 2009; Durkheim 1926; Leško 2008; Gregorová 2017; Žiaková 2017a; Kahan, Žiaková 2018a; Kahan, Žiaková 2015a,b).

1.1 Hlavné teórie a prístupy k osamelosti

Väčšina teoretických východísk, klinických štúdií a empirických výskumov definujú osamelosť ako intenzívnu skúsenosť, subjektívne vnímaný stav, kedy vzniká pre človeka významný kvantitatívny, a/alebo kvalitatívny deficit v oblasti osobnej siete intímnych a sociálnych vzťahov (Bowman 1955; Balogová 2008; Brenner 1974; Cacioppo, Patrick 2008; De Jong Gierveld 1987; Fromm-Reichmann 1959; Perlman, Peplau 1982; Rásczová 2008; Rogers 1961, 1973, 1999; Sullivan 1953; Slater 1966; Weiss 1985a,b,c; Zilboorg 1938; Žiaková 2008) a zároveň platí, že nie je to kvantita, ale kvalita vzájomných medziľudských vzťahov, ktorá je dôležitá (Cacioppo, Hawkley, Kalil, Hughes, Waite, Thisted 2008).

Vynímajúc existenciálny a spirituálny rozmer, kedy je osamelosť spájaná s hlbším poznaním seba samého, v rámci ktorého sú človeku životom kladené existenciálne otázky ohľadom jeho bytia vo svete, je osamelosť spájaná hlavne s negatívnymi situáciami v živote človeka a spoločnosti. Negatívny koncept osamelosti je v prevažnej miere určujúcim smerom súčasných výskumov.

Tab. 1 Prístupy k osamelosti

Prístup	Východisko	Charakteristika		Príčiny	
		pozitívna	normalita/ patológia	osobné/situačné/ genetické	minulosť, detstvo/ súčasnosť
Psychodynamický	klinická prax	nie	patológia	osobné	detstvo
Fenomenologický	klinická prax	nie	patológia	osobné	súčasnosť
Existenciálny	klinická prax	áno	všeľudská univerzálna	ľudská podmienka	celoživotná (trvalá)
Sociologický	sociálna analýza	nie	normatívna	spoločnosť	minulosť a súčasnosť
Kognitívny	výskum	nie	normalita	osobné a situačné	minulosť a súčasnosť
Osobný	teória	nie	normalita	osobné a situačné	súčasnosť
Systémový	teória	áno	normalita	osobné a situačné	súčasnosť
Interakčný	klinická prax	nie	normalita	osobné a situačné	minulosť a súčasnosť
Biologický	klinická prax/výskum	nie	normalita	genetické a situačné	minulosť a súčasnosť

Zdroj: Perlman, Peplau 1982, s. 130; Weiss 1985a,b,c; Cacioppo, Patrick 2008 (upravené autorom)

Jednotlivé teórie a prístupy, ich východiská, charakteristiky a príčiny sú znázornené v Tab. 1. Nasledujúce kapitoly pojednávajú o daných teóriách a prístupoch, o ktoré sa práca ďalej opiera.

1.1.1 Psychodynamické prístupy

Psychodynamické prístupy vychádzajú z klinických štúdií, v ktorých je osamelosť chápaná ako patologický stav spájaný s negatívnymi emóciami (Perlman, Peplau 1982; Evans 1996). Freud (in: Perlman, Peplau 1982) síce neprichádza priamo s teóriou osamelosti, ale v jeho prácach o úzkosti sa zaoberá strachom zo samoty (Spira 2013). Pravdepodobne prvý, ktorý začína cielene skúmať osamelosť, je Zilboorg (1938, in: Perlman, Peplau 1982). Jeho článok *„Loneliness“* v magazíne *„Atlantic Monthly“* z roku 1938 prezentuje psychologickú analýzu osamelosti, v ktorej odlišuje „normálny“, „prechodný“ stav vyplývajúci zo strádania určitej osoby, kedy sa človek cíti *opustený a sám* (being lonesome) od stavu *osamelosti ako zdrvujúceho trvalého zážitku* (being lonely). Cacioppo a Patrick (2008) vyjadrujú osamelosť ako túžbu po spojení, ktorá vychádza z nenaplnenej potreby pripútania, a ktorá nie je v súlade s aktuálnymi alebo očakávanými sociálnymi a možnosťami. Sullivan (1953) definuje *pudovú potrebu* (driving force) ako hnaciu silu pre napĺňanie potrieb ľudskej intimity. Osamelosť chápe ako frustráciu potreby intimity, čo považuje za dôležitú motiváciu v rámci interpersonálneho vývinu. Zilboorg, Sulivan a Fromm-Reichmann (1938, 1953, 1959, in: Perlman, Peplau 1982) uvádzajú, že osamelosť je mimoriadne negatívna skúsenosť, ktorá má svoje korene v detstve, vychádzajúc z narušených, respektíve deficitných interakcií s rodičmi. Osamelosť je v rámci psychodynamického prístupu chápaná ako negatívna subjektívna skúsenosť, ktorá má svoje korene v ranom detstve, vychádzajúc z dysfunkcie, určitého deficitu alebo úplnej absencie vzťahu s človekom, ktorý by poskytoval dieťaťu základné psychické potreby v dostačujúcej miere a dostatočne dlhý čas (Sullivan 1953; Bowlby 1985; Weiss 1985b). Psychodynamické prístupy k osamelosti zohľadňujú črty a orientáciu osobnosti, vývinovú históriu, vzťah k sebe samému, interné a externé vzťahy a konflikty, silu pudov a schopnosť i kapacitu ega vykonávať funkciu regulátora osobnosti (Perlman, Peplau 1982; Spira 2013; Sharp 2005; Žiaková 2017b; Žiaková 2017c).

1.1.2 Fenomenologický prístup

Rogers (1995) ako jeden z najznámejších zástancov fenomenologického prístupu, sa osamelosťou zaoberá vo svojich prácach z roku 1961, 1973 a v monografii *„A Way of Being“* (Spôsob bytia) z roku 1980, kde v ôsmej kapitole rozoberá tragický príbeh a smrť osamelej Ellen Westovej (Rogers 1999). Osamelosť podľa Rogersa (1999) vychádza z dvoch základný aspektov, odrážajúc vnútorný svet človeka a vzťah k sebe samému na pozadí ekosystému, v ktorom sa človek nachádza. Prvý aspekt spočíva v odcudzení človeka od seba samého,

vyjadrené ako odtrhnutie *organizmu* od *skutočného Self* a druhý aspekt osamelosti vychádza z absencie akéhokoľvek vzťahu s iným človekom, v ktorom môže byť komunikované skutočné prežívanie – *reálne Self* (Rogers 1999). Inkongruencia medzi organizmom a Self a diskrepancia medzi reálnym a prezentovaným Self spôsobuje u človeka nedôveru a neúctu voči svojmu prežívaniu, introjikovanie cudzích pocitov a myšlienok, úplnú stratu autonómie, popieranie vlastného prežívania, čo vedie k pocitom prázdnoty, citového ublíženia, úzkosti a ďalším symptómom osamelosti. Chronické prežívanie krajných stavov osamelosti môže vyústiť do rôznych psychických ochorení s výskytom suicidálnych tendencií (Perlman, Peplau 1982; Rogers 1999; Žiaková 2017a). Manifestácia osvojeného a okolím schváleného Self vychádza z potreby pozitívneho hodnotenia, akceptácie a prejavovaného rešpektu inými ľuďmi. Na tomto základe je potom založené vlastné sebahodnotenie, sebadôvera, nezávislosť a sebaakceptácia ako skutočného človeka vo svojom hlbokom prežívaní (Rogers 1999; Maslow 2013). Človek si konštruuje iracionálne presvedčenia, na základe ktorých verí tomu, že iba vtedy bude okolím akceptovaný, ak sa bude prezentovať v rámci spoločenských trendov i očakávaní jeho okolia a vykonávať z toho vyplývajúce role. Stotožňuje sa s okolím pridelenou a vytvorenou sociálnou maskou. Izolácia človeka od svojho hlbšieho bytia, odrezanie skutočného Self od vlastného organizmu nakoniec vedie k celkovému prežívaniu osamelosti (Rogers 1973, in: Perlman, Peplau 1982; Rogers 1999; Hegel 2015; Leško 2008; Maslow 2013; Ellis, MacLaren 2005).

1.1.3 Existenciálny prístup

Existenciálny prístup za východiskový bod považuje fakt, že ľudia sú v konečnom dôsledku sami. Vlastné pocity a myšlienky môže prežívať len človek sám a nikto iný. Osamelosť a ľudské vzťahy sú dva nevyhnutné, podmieňujúce aspekty ľudskej existencie. Moustakas (1961, 1972, in: Perlman, Peplau 1982) ako hlavný predstaviteľ existenciálneho prístupu zdôrazňuje nutnosť rozlišovať medzi *osamelosťou ako úzkosťou* (loneliness anxiety) a *skutočnou osamelosťou* (true loneliness). *Úzkostná osamelosť* vychádza z neschopnosti človeka čeliť rozhodujúcim existenciálnym otázkam života. Neschopnosť, respektíve obchádzanie, či potláčanie tejto konfrontácie vedie človeka k úzkostnej osamelosti, ktorá je rozptyľovaná pri kontakte a aktivitách s inými ľuďmi, čím je človek motivovaný k neustálemu vyhľadávaniu interakcií (Perlman, Peplau 1982; Frankl 2011). *Skutočná osamelosť* vychádza z reality, že každý človek je v konečnom dôsledku sám (Moustakas, Moustakas 2004; Moustakas 1961, 1972, in: Perlman, Peplau 1982) a sám musí niesť

zodpovednosť za angažovanie sa v kľúčových otázkach života (Sartre 1997), ktoré vyvstávajú pri „stretnutí“ s vlastným „Ja“ v prežívaní osamelosti (Moustakas 1961, 1972, in: Perlman, Peplau 1982). Každý skutočný zážitok z osamelosti zahŕňa konfrontáciu, respektíve *„stretnutie“* s vlastným Ja. Tieto stretnutia sú radostnými zážitkami, ktoré sú zdrojom sebapoznania a posúvajú, oživujú náš život v relatívne stagnujúcom svete. Človek má prekonať svoj strach z osamelosti a vyťažiť to pozitívne, čo stretnutie so sebou samým obsahuje. Konfrontácia s vlastným bytím môže byť niekedy bolestivá, ale zároveň tiež tvorivá, produktívna a kreatívna. Existencializmus sa nesnaží vysvetliť osamelosť v patologickom význame a v tomto smere nehľadá ani príčiny alebo faktory znižujúce či zvyšujúce prežívanie osamelosti. Pre existencializmus je charakteristické, že osamelosť chápe ako pozitívny a nevyhnutný aspekt ľudskej existencie (Moustakas, Moustakas 2004).

1.1.4 Sociologický prístup

Sociologický prístup predpokladá niekoľko spoločenských vplyvov, ktoré vedú k vzniku a prehlbovaniu osamelosti – rastúci individualizmus, úbytok vzťahov v primárnej skupine, zvýšenie rodinnej a sociálnej mobility (Bowman 1955, Slater 1976, in: Perlman, Peplau 1982). Riesman, Glazer a Denney (2007, s. 68 – 80) vymedzujú tri charakterové typy človeka – vnútorne riadený (inner-directed), vonkajškom riadený (other-directed) a tradične riadený (traditional-directed). *Vnútorne riadený človek* má od raného detstva vštepované všeobecné, ale presne stanovené ciele, tradície a hodnoty, ktoré mu určujú smer aj v ďalších vývinových obdobiach, keď vplyv primárnej skupiny je oslabovaný. To v ďalšom živote človeka slúži ako určitý psychický gyroskop. Človek prechádza životom menej nezávislý, ako sa navonok javí a riadi sa zvnútornenými hodnotami. Odchýlka od smeru, ktorá ja vyvolaná vnútorným podnetom alebo vplyvom prostredia, môže viesť k *pocitom viny.* Vnútorne riadený človek postupne získava schopnosť zachovávať jemnú rovnováhu medzi požiadavkami, ktoré na neho kladú jeho životné hodnoty, ciele a šikanovaním okolitého sveta, ktorému je vystavený. *Vonkajškom riadený človek*, respektíve človek „riadený inými“, má za zdroj svojho smerovania rovesníkov, ktorých pozná priamo alebo nepriamo prostredníctvom masmédií. Tento zdroj sa stáva zvnútornený v tom zmysle, že závislosť na určujúcom zdroji je vštepovaná od detstva. Ciele, ktoré sa človek snaží dosiahnuť, sa menia v závislosti od tohto činiteľa. Výsledkom je neustále úsilie o dosiahnutie cudzích cieľov na základe pozorne sledovaných signálov prichádzajúcich od iných ľudí. Veľa však závisí od toho, kto sú títo „iní“ ľudia. Nadmerná snaha človeka túžiaceho po spojení, ktorá vychádza z osamelosti,

môže spôsobiť prehnanú citlivosť i na minimálne podnety s následnou nesprávnou, respektíve neprimeranou interpretáciou láskyplných alebo nepriateľských postojov iných. Takíto ľudia sa nechcú len zapáčiť iným. Neustále monitorujú svoje prostredie, ktorému potom prispôsobujú aj svoje správanie. Ľudia „riadení inými“ sú vplyvom spoločnosti odrezaní od vlastného vnútorného sveta, pocitov, ašpirácií a prežívania. Výsledkom tejto konformity je, že sa stávajú úzkostliví a osamelí, vychádzajúc z prílišnej túžby byť populárnym medzi rovesníkmi, kde táto túžba nie je nikdy uspokojená. *Rozptyľovanie úzkosti* je hlavná psychologická páka, ktorou je vonkajškom riadený človek ovládaný (Riesman, Glazer, Denney 2007, s. 68 – 80; Weiss 1985c; Slater 1976, in: Perlman, Peplau 1982, s. 126 – 127). *Tradične riadený* človek pociťuje pôsobenie svojej kultúry ako jednotného celku. Tento vplyv je sprostredkovaný určitou menšou skupinou ľudí, s ktorými je v dennom kontakte. Tí od neho očakávajú, že sa bude správať určitým uznávaným spôsobom. Tradične riadený človek sa v určitom ohľade podobá vonkajškom riadenému človeku. Obidvaja „žijú“ v skupinovom prostredí a chýba im schopnosť riadiť sa samým sebou. Povaha tohto prostredia sa však líši. Vonkajškom riadený človek je kozmopolitný. Hranice medzi poznaným a nepoznaným zmizli, tradičné spoločenské a kultúrne hranice pre neho neplatia, čas a priestor sú rozviazané. Tradične riadený človek prijíma signály od úzkeho okruhu ľudí, ktoré prichádzajú v opakovaných kultúrnych stereotypoch. Podnetom takého správania je *strach zo zahanbenia* (Riesman, Glazer, Denney 2007, s. 68 – 80).

1.1.5 Kognitívny prístup

Kognitívny prístup definuje osamelosť na základe diskrepancie medzi dvomi faktormi. Prvý faktor zohľadňuje silu a veľkosť potreby želanej úrovne afiliácie a druhý faktor odráža mieru a rozsah jej skutočného naplnenia (Perlman, Peplau 1982; Kollárik 2008; Hartl, Hartlová 2010). V rámci kognitívneho prístupu Perlman a Peplau (1982) zohľadňujú osobnostné faktory, súčasné, situačné vplyvy, ale zaoberá sa aj otázkami vývinových aspektov človeka. *Afiliácia* vyjadrená ako *potreba sociálneho začlenenia* obsahuje dve súčasti, motivačnú a behaviorálnu. Motivačná zložka, ako zdroj aktivizujúcej vnútornej sily psychického charakteru, uvádza do pohybu behaviorálnu zložku potreby. Pri samotnej potrebe, ako subjektívne vnímaného nedostatku, treba brať do úvahy aspekt *želaného začlenenia* (desired affiliation) určeného veľkosťou a silou potreby a aspekt *dosiahnutého začlenenia* (achieved affiliation) vyjadreného mierou a rozsahom behaviorálnej zložky v sociálnych interakciách. Disproporcia v týchto dvoch aspektoch môže byť vnímaná ako

nepríjemná, nežiaduca situácia (Kollárik 2008; Janoušek, Slaměník 2008; Žiaková, Hudecová 2017). Z uvedeného možno vyvodiť tri závery:

1. Ak je potreba (želaná úroveň afiliácie) väčšia než dosiahnutá úroveň začlenenia, potom možno predpokladať, že respondent sa bude cítiť *osamelý*, odstrkovaný, neprijímaný sociálnou skupinou; vysoký rozdiel v danom smere môže znamenať, že človek sa nachádza v prostredí, ktoré nie je schopné uspokojiť jeho potreby alebo on sám sa podceňuje, čím sa pripravuje o možnosti sociálnych interakcií.
2. Ak je potreba menšia než dosiahnutá úroveň afiliácie, potom sa človek bude cítiť obťažovaný a utlačovaný zo strany skupiny; príliš veľký rozdiel môže byť prejavom silnej *konformnosti*.
3. Ak je želaná a dosiahnutá úroveň afiliácie rovnaká, respektíve rozdiely medzi motivačnou a behaviorálnou zložkou sú minimálne, človek by mal mať pocit subjektívnej spokojnosti, úspešnosti v medziľudských vzťahoch a veľkosť potreby v tomto prípade nie je dôležitá (Perlman, Peplau 1982; Kollárik 2008).

V prípade nenaplnenej potreby afiliácie sa človek môže cítiť osamelý, avšak aj vysoká miera dosiahnutého sociálneho začlenenia chápaná ako prejav konformity (Kollárik 2008) môže viesť k osamelosti. Podľa Rogersa (1999) (v zhode so sociologickým vysvetlením osamelosti) vysoká miera konformity vyjadruje odtrhnutie *organizmu* od skutočného *Self* ako jedného z aspektov *osamelosti* (Perlman, Peplau 1982).

1.1.6 Osobný prístup

Osobný prístup využíva teoretický koncept súkromia a sebaodhaľovania ako spôsob pochopenia osamelosti. Základom osobného prístupu je predpoklad, že človek sa snaží udržať rovnováhu medzi želaným a dosiahnutým sociálnym začlenením. Derlega a Margulis (in: Perlman, Peplau 1982) poukazujú na to, ako osobná sociálna sieť, očakávania a osobnosť človeka môžu ovplyvňovať túto rovnováhu. Derlega a Margulis (in: Perlman, Peplau 1982) sčasti súhlasia s interakčným prístupom Weissa (1985a,b,c), že sociálne vzťahy pomáhajú napĺňať jednotlivcovi jeho potreby a ciele, avšak hlavné teoretické úvahy čerpajú z kognitívneho prístupu než z vlastného výskumu alebo klinickej praxe. Derlega a Margulis (in: Perlman, Peplau 1982) za hlavný determinant rovnováhy medzi želaným a dosiahnutým sociálnym začlenením považujú aktuálne environmentálne faktory, berúc do úvahy aj osobnostné aspekty človeka.

1.1.7 Systémový prístup

Systémový prístup vychádza zo základnej hypotézy, že správanie sa živých organizmov odráža vplyv viacerých faktorov rôznych úrovní, ktoré pôsobia súčasne ako jeden systém. Pôsobenie faktorov sa pohybuje na rozmedzí od biologickej bunkovej úrovne až po medzinárodné sociálne systémy. Systémová teória definuje osamelosť ako mechanizmus spätnej väzby udržiavajúci človeka a/alebo spoločnosť na optimálnej, stabilnej úrovni sociálnych a ľudských kontaktov (Flanders 1982, in: Perlman, Peplau 1982). Úvahy Flandersa (1982, in: Perlman, Peplau 1982) nevychádzajú z klinickej praxe ani z výskumu, ale z teórie živých systémov. Flanders (1982, in: Perlman, Peplau 1982) vymedzuje osamelosť ako bolestivú skúsenosť, avšak užitočnú spätnú väzbu, ktorá môže prispieť k pocitu „well being" človeka a/alebo spoločnosti. Systémový prístup v rámci osamelosti zohľadňuje časovosť individuálnych, osobnostných a situačných faktorov ktoré sú vysvetľované v rámci prebiehajúcich komplexných ekosystémov (Flanders 1982, in: Perlman, Peplau 1982; Healy 2014; Gitterman, Germain 2011).

1.1.8 Interakčný prístup

Interakčný prístup zdôrazňuje, že osamelosť nie je len funkciou osobnostných faktorov ani výlučne situačných činiteľov. Osamelosť je výsledkom interakcie osobnostných a situačných faktorov v časovom kontexte minulých vývinových období a súčasného ekosystému, v ktorom sa človek aktuálne nachádza. Základné ľudské potreby intimity, afiliácie a lásky sú vsadené do ekosystémového rámca, v ktorom nesýtenie, respektíve nedostatočná saturácia uvedených potrieb, spôsobuje osamelosť v dvoch dimenziách. *Osamelosť emocionálnej izolácie* vychádza z absencie blízkeho, milujúceho človeka, s ktorým by boli sýtené potreby intimity a lásky. *Osamelosť sociálnej izolácie* vzniká ako dôsledok nenaplnenej potreby afiliácie, strádania zmysluplného priateľstva alebo participácie v určitej komunite. *Osamelosť emocionálnej izolácie* a *osamelosť sociálnej izolácie* majú rozdielne príčiny aj následky, navzájom sa môžu prelínať a predchádzať. Osamelosť je v rámci interakčného prístupu do určitej miery chápaná ako normálny stav, ktorý prežíva väčšina ľudí v priebehu života. Problém nastáva, ak základné ľudské potreby intimity, afiliácie, spolupatričnosti a lásky nie sú dlhodobo a v dostatočnej miere napĺňané (Weiss 1985a,b,c; Bowlby 1961, 1985; Maslow 2013).

1.1.8.1 Osamelosť z emocionálnej izolácie

Uvedená dichotomická definícia osamelosti prezentovaná *„interakčným prístupom"* je pravdepodobne najznámejšou definíciou. Weiss (1985a,b,c) kombináciou vlastného výskumu

a reflexie s prácami iných (Fromm-Reichmann 1959; Parkes 1985; Leiderman 1969; Sullivan 1953; Lopata 1985; Bowlby 1985; a ďalší), z analytickej a terapeutickej užitočnosti konštruuje rozlíšenie osamelosti na spomínané dve dimenzie, ktoré definuje ako „*osamelosť emocionálnej izolácie*“ *(loneliness of emotional isolation)* a „*osamelosť sociálnej izolácie*“ *(loneliness of social isolation)*. *Osamelosť z emocionálnej izolácie* vyplýva zo straty alebo nedostatočného sýtenia intímnej dôvernej väzby (najčastejšie medzi manželmi, medzi rodičom a dieťaťom, milujúcim partnerom a pod.). Strach z opustenia, straty bezpečia, intimity a zranenia, plynúce z osamelosti emocionálnej izolácie, odrážajú *prvotnú detskú väzbu* (attachment). Najbližšie intímne vzťahy majú túto kvalitu. V tomto smere sa *interakčný prístup* zhoduje s *psychodynamickým prístupom*. Rany z osamelosti emocionálnej izolácie sa dajú len ťažko vyliečiť, a iba vtedy, ak sa nájde dostatočne silné a intenzívne spojenie s iným človekom. Tento druh vzťahov nemožno nahradiť vstupom do iných druhov vzťahov (Weiss 1985b; Bowlby 1961, 1985).

1.1.8.2 Osamelosť zo sociálnej izolácie

Osamelosť zo sociálnej izolácie je výsledkom absencie sociálnej siete rovesníkov, kolegov, susedov, príbuzných, kamarátov, do ktorej by sa mohol človek zapojiť, v ktorej by bol angažovaný a bol jej súčasťou. Akékoľvek vážne narušenie v oblasti sociálnych rolí a zastávaných sociálnych statusov môže viesť k prežívaniu osamelosti sociálnej izolácie. Existuje mnoho rôznych udalostí, ktoré vyvolávajú psychickú záťaž a ktoré sú umocnené prežívanou osamelosťou. V skutočnosti všetko, čo vedie k strate kontaktov s ľuďmi, s ktorými človek zdieľal spoločné záujmy, môže viesť k osamelosti sociálnej izolácie. Dá sa preto očakávať, že symptómy osamelosti sociálnej izolácie je možné identifikovať v rôznych skupinách, napríklad u rozvedených párov, u nezamestnaných, u tých, ktorí zmenia miesto bydliska, u tých, ktorých správanie a hodnoty sú odlišné od ľudí, s ktorými sa stretávajú, u ľudí, ktorí sú z akýchkoľvek dôvodov stigmatizovaní (ľudia zdravotne znevýhodnení, s menšinovým náboženstvom, etnickou alebo rasovou príslušnosťou, z dôvodu veku – seniori, ľudia s menšinovou sexuálnou orientáciou, ľudia s psychiatrickým ochorením a podobne) (Weiss 1985c; Kahan, Žiaková 2019).

Angažovanie sa v skupine rovesníkov je takmer rovnako dôležité, ak nie rovnocenné ako prvotná materská väzba. Afiliácia sa objavuje neskôr ako pripútanie, ale následná možná dlhotrvajúca absencia spoločných aktivít s rovesníkmi spôsobuje úzkosť podobne ako absencia pripútanosti. Úzkosť a trápenie ako dôsledok osamelosti zo sociálnej izolácie, keď je človek vylúčený z participácie skupinových aktivít, sa objaví veľmi skoro – s bolesťou, ktorá

sa časom zväčšuje. Dieťa, ktoré je samo a čaká, s kým sa bude môcť hrať, len pozoruje iné deti, ako sa hrajú a mrmlavo sa sťažuje dospelým. Keď človek vstúpi do dospelosti, otázka prijatia má existenciálny význam (Weiss 1985c). Sullivan (1953, in: Weiss 1985c) sa domnieva, že väčšina z nás v určitom čase detstva zažila bolesť z úmyselného vylúčenia zo skupiny rovesníkov. Na tieto mimoriadne trpké skúsenosti by sa dal uplatniť pojem „strach z ostrakizmu“. Stavy súvisiace so sociálnou integráciou sú odlišné od tých, ktoré predstavuje prvotné pripútanie a vzájomne sa nemôžu kompenzovať. Deti potrebujú hru s kamarátmi aj starostlivosť rodičov. Podobne dospelí potrebujú sociálnu sieť, ktorá im poskytne oporu a možnosť angažovať sa, a tiež intímne pripútanie, ktoré im poskytne pocit bezpečia a lásky (Maslow 2013; Bowlby 1961, Weiss 1985c).

Vymedzenie osamelosti podľa Weissa (1985a,b,c) zahŕňa sociálny a emocionálny svet človeka, v ktorom existuje celý rad situácií, ktoré môžu viesť k osamelosti. Do uvedenej dichotomickej štruktúry osamelosti možno zaradiť aj ďalšie druhy osamelosti, ktoré reflektujú človeka v kontexte priestoru a času. Na základe uvedeného je možné rozlíšiť nasledujúce typy osamelosti:

a) *krátkodobú alebo každodennú osamelosť (transient)*, kedy ide o občasné nálady osamelosti s krátkou dobou trvania,
b) *situačnú osamelosť (situational),* ktorá nastane, keď človek stratí uspokojujúce vzťahy v dôsledku konkrétnej situácie, napríklad rozvodu alebo odsťahovania sa do iného mesta. Situačná osamelosť môže byť značne stresujúca, no nemusí mať dlhodobý charakter,
c) *chronickú osamelosť (chronic)* človek zažíva v prípade nepretržitej absencie uspokojujúcich sociálnych vzťahov po dobu dvoch rokov a viac. (Young 1982; Cacioppo, Patrick 2008).

Psychologické hľadisko osamelosti možno vymedziť v troch základných rovinách:

a) *kognitívna* osamelosť sa prejavuje potrebou zdieľať myšlienky z profesionálnej oblasti alebo tvorivej činnosti s niekým blízkym, s ktorým si človek rozumie z odborného hľadiska,
b) *behaviorálna* rovina vymedzuje osamelosť ako absentovanie priateľov, s ktorými by človek mohol vykonávať voľnočasové aktivity a podeliť sa o radosť z tejto činnosti,
c) *emocionálna* osamelosť je charakterizovaná ako neuspokojenie potrieb lásky, intimity a istoty. Ide o krajný stav osamelosti s najzávažnejšími dôsledkami, hlavne, ak sú emocionálne osamelé deti (Žiaková 2008).

1.1.9 Biologický prístup

Biologický prístup vychádza hlavne zo sociálnej neurovedy, biopsychológie a kognitívnej psychológie. Fyzická bolesť chráni človeka pred fyzickým nebezpečenstvom. Sociálna bolesť prežívanej osamelosti zo sociálnej a emocionálnej izolácie sa z hľadiska evolúcie človeka vyvinula z rovnakého dôvodu ako stimul, aby ľudia venovali väčšiu pozornosť sociálnym väzbám, prostredníctvom ktorých má jednotlivec väčšiu šancu na prežitie. Bolesť z prežívanej osamelosti chráni človeka pred nebezpečenstvom izolácie od „iných ľudí". Sociálny význam kategórie „iných ľudí" sa odráža na bunkovej úrovni neurónového vedenia cez kognície, emócie a správania sa človeka v kontexte sociálnych systémov. Evolúcia zanechala u ľudí stopy silných emocionálnych skúseností ako pôrod, svadba, smrť, udalostí, ktoré sú spojené so začiatkom alebo koncom sociálnych väzieb. Ľudský život závisí od intímnych a sociálnych väzieb. Tieto väzby a putá sú centrálnou silou, ktorá tvorí a udržiava ľudský život v celej evolúcii ľudstva. Bolesť z prežívanej osamelosti upozorňuje na to, že tieto väzby, ktoré poskytujú nielen pocit uspokojenia z intímneho a sociálneho kontaktu, ale aj pocity bezpečia a istoty, sú narušené, ohrozené alebo nedostatočné. *„Bolesť"* prežívanej osamelosti zo sociálnej alebo emocionálnej izolácie nie je len metaforou. Funkčná magnetická rezonancia (fMRI) preukázala, že pri emocionálnej bolesti sa aktivuje rovnaká oblasť mozgu, ako je to pri fyzickej bolesti. Pocity sociálnej izolácie a emocionálneho strádania majú rovnaký mechanizmus ako fyzická bolesť. Ak sa osamelosť stane chronickou, nie je možné sa jej vyhnúť len odstránením symptómov alebo zmenou okolitých podmienok. Chronická osamelosť je dlhodobo stabilná, môže pretrvávať niekoľko rokov a znamená hlboké narušenie rovnováhy človeka na fyziologickej, behaviorálnej, kognitívnej, emocionálnej a sociálnej úrovni (Cacioppo, Patrick 2008). Podľa biologického prístup prežívanie osamelosti vychádza z troch faktorov:

1. ***Úroveň zraniteľnosti voči sociálnemu vylúčeniu.*** Ide o zdedenú genetickú informáciu, vyjadrenú ako určitú potrebu sociálneho začlenenia (Cacioppo, Patrick 2008). *Introvert* ustupuje do svojho vnútra, v ktorom hľadá pokoj a ticho od zhonu okolitého sveta, veľkých zhromaždení ľudí, kde sa cíti stratený a osamelý. *Extrovert* žije v ruchu spoločnosti, uprostred ľudí, ktorí vo výraznej miere určujú jeho prežívanie. Nebezpečenstvo pre extroverta nastáva, keď je izolovaný od spoločnosti. Extrémny extrovert, vtiahnutý do vonkajších objektov reality, sa vystavuje riziku, že stratí samého seba (Sharp 2005). Táto individuálna genetická informácia funguje na princípe homeostázy, čím udržiava individuálne potreby afiliácie, intimity a lásky na

optimálnej úrovni. V každom prípade genetická výbava je reflektovaná v kontexte životného prostredia (Cacioppo, Patrick 2008).

2. **Schopnosť samoregulácie emócií spojených s pocitom izolácie**. Úspešná samoregulácia znamená, že človek dokáže zvládnuť každodenné situácie i životné výzvy, zároveň ostať na optimálnej úrovni sociálnych kontaktov so zachovaním vnútornej rovnováhy. S rastúcou dĺžkou a mierou prežívanej osamelosti sa samoregulačné schopnosti narúšajú. Na bunkovej úrovni ide hlavne o znižujúcu sa schopnosť zvládať psychickú záťaž a stres. Človek vo všeobecnosti reaguje senzitívnejšie na podnety z okolia a má tendenciu k negativizmu. Narúša sa kvalita, dĺžka spánku a osamelosť má vplyv aj na funkčnosť imunitného a kardiovaskulárneho systému s následnými fyziologickými zmenami, ktoré vedú k urýchľovaniu procesu starnutia (Cacioppo, Patrick 2008).
3. **Mentálne reprezentácie a očakávania.** Ľudia sú konštruktivisti, ktorí sa významnou mierou podieľajú na vytváraní a udržiavaní svojho dysfunkčného myslenia, cítenia a správania. Nie sú to situácie samé, ktoré sú extrémne, znepokojujúce, ale je to subjektívne vnímanie danej situácie, ktoré narúša celkovú rovnováhu. Ľudia sami pripisujú zmysel a význam sociálnym interakciám, čím formujú vlastné poznanie a prispievajú k poznaniu spoločenského sveta. Keď človek prežíva osamelosť, spôsob, akým vníma samého seba, ostatných a environmentálne podmienky, je vo výraznej miere ovplyvnený symptómami osamelosti a narušenou schopnosťou samoregulácie (Cacioppo, Patrick 2008; Ellis, Abrams, Abrams 2009).

Bez ohľadu na individuálnu citlivosť, schopnosť samoregulácie a štruktúru mentálnych máp, pri prežívaní bolesti z emocionálnej a sociálnej osamelosti človek trpí. Utrpenie, bolesť a iné nepríjemné emocionálne stavy, plynúce z osamelosti, sú z hľadiska evolúcie dôležité nielen preto, aby človek cítil uspokojenie z naplnených potrieb afiliácie, intimity a lásky, ale aj preto, aby boli naplnené jeho potreby fyzickej istoty a bezpečia, ktoré mu „iní ľudia“ môžu poskytnúť. Evolúcia viedla človeka k tomu, aby sa cítil neisto a fyzicky ohrozený, keď je izolovaný (Cacioppo, Patrick 2008; Maslow 2013).

1.2 Osamelosť, sociálna sieť a sociálna opora

Štruktúra tvorená z jednotlivých ľudí, presahujúc hranice formálnych a neformálnych skupín, v rámci ktorej sú vymedzené role a väzby, sa nazýva *sociálna sieť*. V užšom význame je sociálna sieť chápaná ako blízky okruh vzťahov, ktoré má človek vytvorené napríklad z

príbuzných, priateľov, susedov, kolegov a podobne. Širší význam sociálnej siete zahŕňa organizácie, služby, informácie a všetko, čo pre človeka môže predstavovať využiteľné zdroje rôznych úrovní. *Sociálna opora* je funkciou *sociálnej siete* (Hartl, Hartlová 2010; Kožený, Tišanská 2013; Matoušek 2008; Harris, White 2013; Šoltésová 2017).

Pri vymedzení sociálnej opory je nevyhnutné rozlišovať medzi tým, čo daný človek očakáva, že mu bude formou sociálnej opory poskytnuté a tým, čo reálne získa (Křivohlavý 2009). *Očakávaná (ináč aj anticipovaná) (expected, anticipated) sociálna opora* podľa Schwarzera a Leppina (1991, in: Křivohlavý 2009) znamená určitú mieru presvedčenia a predpoklad daného človeka, že ak sa ocitne v stave núdze, existujú ľudia, ktorí sú ochotní mu poskytnúť potrebné zdroje. Očakávaná sociálna opora reflektuje kognitívne konštrukcie o kvalite a kvantite osobnej sociálnej siete, a nemusia reflektovať skutočnú kvalitu ekosystému, v ktorom sa človek nachádza. Miera presvedčenia, že je človek akceptovaný, prijímaný, že ho ľudia majú nezištne radi a že sú ochotní mu poskytnúť potrebné zdroje, je reflexiou vzťahov ľudí jeho osobnej sociálnej siete. Tento stav je označovaný aj ako *sociálne začlenenie.* Sociálnou oporou sa v najširšom význame rozumie poskytovanie rôznych foriem zdrojov, ktoré majú človeku pomôcť prekonať záťažové situácie.

V spektre komplexného ekosystému môže byť sociálna opora poskytovaná na mikroúrovni, mezoúrovni a makroúrovni (Hartl, Hartlová 2010; Křivohlavý 2009; Kožený, Tišanská 2013; Gitterman, Germain 2011). Multidimenzionálny konštrukt sociálnej opory obsahuje niekoľko základných faktorov. Křivohlavý (2009) vymedzuje štyri typy sociálnej opory:

1. *Inštrumentálna opora* dáva vecnú, konkrétnu formu hmotnej, sociálnej alebo finančnej pomoci. Táto subdimenzia opory nemusí vychádzať z priamej iniciatívy človeka nachádzajúceho sa v záťažovej situácii, ale môže byť poskytovaná na základe vlastného rozhodnutia iného človeka.
2. *Informačná opora* poskytuje človeku informácie, ktoré mu môžu byť nápomocné pri zvládaní záťažovej situácie.
3. *Emocionálna opora* empatickou formou, láskavým a starostlivým prístupom dáva pocítiť človeku potrebnú náklonnosť, súcit, lásku a emocionálnu blízkosť.
4. *Hodnotiaca opora* vyjadruje spôsob jednania s človekom; napríklad akceptácia, rešpekt a úcta posilňuje kladné sebahodnotenie a sebavedomie, je u človeka

podporovaná autorulácia, sebareflexia a podobne. Patrí sem aj zdieľanie (sharing) ťažkostí a spoločné zvládanie (mutuality) niektorých úloh.

Osamelosť je vyjadrená aj ako túžba po intímnom spojení. Intimita predstavuje stav mimoriadnej vzájomnej dôvery a blízkosti, intímnej komunikácie, emocionálneho spojenia, väzby, prežívania šťastia s milovanou osobou, vzájomného porozumenia a ohľaduplnosti, poskytovania emocionálnej opory a ocenenia (Slaměník 2008a). Multidimenzionálna definícia sociálnej opory obsahuje emocionálnu zložku, ktorá zodpovedá podstatnej časti vnútorného pocitu osamelosti (Wilcox a Vernberg 1985, in: Akerlind, Hornquist 1992). Výskum preukázal, že okruh blízkych priateľov má pre človeka ďalekosiahlejší význam než celková sociálna opora Rook (1987, in: Akerlind, Hornquist 1992).

1.3 Symptómy osamelosti

Osamelosť sociálnej izolácie môže sekundárne vyplývať z osamelosti emocionálnej izolácie, ale taktiež môže byť jej podmienkou. Komplex symptómov osamelosti emocionálnej izolácie je odlišný od symptómov osamelosti sociálnej izolácie, hoci v každej z nich je prítomná určitá *„hnacia sila“* (driving force), vyjadrená ako túžba po medziľudských vzťahoch, ktorá vychádza zo základných ľudských potrieb afiliácie, intimity a lásky. Komplex symptómov emocionálnej izolácie vo výraznej miere pripomína trápenie malého dieťaťa, ktoré sa obáva, že ho rodičia opustili. Príznaky spojené s osamelosťou sociálnej izolácie sa taktiež javia ako súženie malého dieťaťa, ktoré nemá žiadnych priateľov. Pochybnosti o tom, že osamelosť u dospelých ľudí má svoje korene v detstve, môžu byť opodstatnené. Avšak na druhej strane, aj napriek dospievaniu, dospelosti a možným novým silným stránkam človeka, má osamelosť dospelých symptomatologické charakteristiky, javiace sa ako vzťahové deficity z detstva (Sullivan 1953, in: Weiss 1985a; Bowlby 1961; Weiss 1985a; Maslow 2013).

Symptómy sú indikátory poruchy alebo ochorenia postihnutej osoby, ktoré sú skôr subjektívne vnímané ako objektívne pozorovateľné (Colman 2009). Niektoré symptómy osamelosti sociálnej izolácie a osamelosti emocionálnej izolácie sa môžu na prvý pohľad navzájom podobať a prelínať, avšak tie sa zásadne odlišujú. Každá forma osamelosti je charakteristická neostrou, amorfnou nespokojnosťou a nenaplnenou túžbou po určitom druhu vzťahov (Weiss 1985a). Pri identifikovaní druhu a typu osamelosti je vhodné vnímať človeka cez holistickú prizmu neredukovateľnosti bytia, v súvislostiach všetkých teórií osamelosti, s dôrazom na „prirodzený svet“. Fenomenologické chápanie človeka v dimenziách minulosti,

prítomnosti a budúcnosti, vsadené do ekosystémovej metateórie, môžu pomôcť konzistentne uchopiť pojem osamelosti (Patočka 1969; Rezek 2010; Rogers 1999; Frankl 2006; Kovařík 2007).

Dôležité je určiť špecifické príznaky osamelosti. Osamelosť je chápaná ako subjektívne vnímaný negatívny emocionálny stav, v ktorom pocity úzkosti a izolácie sú sprevádzané rôznymi myšlienkami, správaním a pocitmi. Ľudia, ktorí sú osamelí, môžu prežívať množstvo rôznych symptómov. Jednotlivé podmienky, stavy a symptómy osamelosti je možné vzhľadom na svoju amorfnosť a vzájomné prelínanie rozdeliť len veľmi opatrne.

Medzi *symptómy osamelosti emocionálnej izolácie* možno zaradiť hlavne strach z opustenia, pocity straty bezpečia, pocity chýbajúcej intimity, pocity citového ublíženia, pocity, že človek nie je milovaný, odcudzenie, úzkosť, lipnutie na minulosti atď. (Weiss 1985a,b,c; Leutenberg, Liptak 2015; Lipovetsky 2007) .

Za dominujúce *symptómy osamelosti sociálnej izolácie* možno považovať nudu, bezcieľnosť, pocity marginality, vylúčenia, pocity, že je človek odmietaný atď. (Weiss 1985c; Leutenberg, Liptak 2015).

Spoločnými symptómami môžu byť pocity vyčerpanosti, pocity vnútornej prázdnoty, nadmerný smútok, plačlivosť, chýbajúci zmysel života, problémy so spánkom, zmeny stravovacích návykov, pocity, že je človek na všetko sám, že nemá nikoho, na koho by sa mohol obrátiť a spoľahnúť, pocity sebauvedomenia, pocity, že niečo nie je v poriadku, pocity, že človek z rôznych príčin nemôže komunikovať s inými ľuďmi, výčitky, pocity ľútosti a viny, strach a obavy zo sociálnych situácií, nadužívanie alebo zneužívanie návykových látok, atď. (Weiss 1985a; Leutenberg, Liptak 2015; Fromm 2014; Kahan 2014).

1.4 Osamelosť a afinitné pojmy

Pojem osamelosť vyjadruje určitý deficit alebo absenciu podmienok v sociálnych alebo intímnych väzbách odrážajúc vnútorné prežívanie človeka. Osamelosť sa často používa na opísanie množstva iných stavov, ako je depresia, úzkosť a smútok. Aj keď sa zdá byť zrejmé, že tieto stavy majú určitú afinitu k osamelosti, je nevyhnutné tieto stavy terminologicky odlišovať od osamelosti. Osamelosť je stav, ktorý je značne rozšírený a veľmi ťažký. Napriek tomu len málo psychiatrov, psychológov a sociológov študovalo každodennú osamelosť bežných ľudí (Weiss 1985a). Sullivan (1953, in: Weiss 1985a) patrí medzi málo tých, ktorý tak urobil a v rámci spoločenských vied sa pokúsil o opis symptomatológie osamelosti. Jeho opis je veľmi stručný, avšak pritom obzvlášť vnímavý. Ako bolo spomenuté,

v kontexte osamelosti postuluje *„hnaciu silu“* (driving force) – silu dostatočne veľkú na to, aby ľudia, ktorí sú normálne veľmi plachí, podstúpili riziko (napríklad z odmietnutia) a aby vyhľadali sociálnu aktivitu, do ktorej by sa mohli zapojiť s inými ľuďmi. Pri prežívaní osamelosti *„hnacia sila“* vedie človeka k tomu, aby sa zbavil trápenia integráciou nového alebo získaním strateného vzťahu (Sullivan 1953, in: Weiss 1985b; Weiss 1985b). V tomto smere Sullivan (in: Evans 1996) považuje osamelosť a frustráciu potreby intimity za dôležitú motiváciu interpersonálneho vývinu. Sullivan (1953, in: Weiss 1985a) vyvodzuje ďalší záver. Skutočnosť, že ak osamelosť nebude z akýchkoľvek dôvodov prekonaná, a ktorá povedie k úzkosti, automaticky znamená, že osamelosť je sama o sebe horšia než *úzkosť*. Následne sa človek stáva izolovaným od okolitého sveta. *Izolácia* môže predstavovať stav stiahnutia sa do samoty ako reakciu na frustráciu, náročnú životnú situáciu, stav krajnej introverzie (Hartl, Hartlová 2010), alebo prejav depresívneho syndrómu (Probstová, Peč 2014) naproti osamelosti, ktorá reflektuje túžbu po osobnom vzťahu, vychádzajúcu z nenaplnenej potreby priateľstva, afiliácie a lásky (Spira 2013; Slaměník 2008a). Brenner (1974, in: Spira 2013), Sullivan (1953, in: Weiss 1985a) a Weiss (1985a,b) tvrdia, že osamelosť odráža nádej a túžbu po vzťahu, zatiaľ čo *depresia* je charakteristická stratou nádeje v pozitívnu zmenu. V každom prípade pri depresii zmena prežívania osamelosti nemôže byť dosiahnutá novými alebo starými vzťahmi (Weiss 1985a,b).

Osamelosť a *smútok* sú dva odlišné stavy, i keď často spájané. Smútkom sa najčastejšie opisujú stavy ľútosti, pocity žiaľu, sklamania, hnevu, zármutku a bolesti, často ako výsledok traumatickej straty. Osamelosť je často súčasťou smútku, avšak osamelosť je skôr reakcia na neprítomnosť milovanej osoby, ako reakcia na konkrétnu situáciu, kedy došlo k danej strate. Dalo by sa očakávať, že postupom času stavy osamelosti, smútku a ľútosti zo straty milovanej osoby ustúpia. Šok zo straty pominie, hnev a smútok ustúpi, avšak osamelosť, ak sa nevytvorí nový vzťah, bude pokračovať (Weiss 1985a,b).

Všetky uvedené stavy a podmienky vedúce k osamelosti podporujú tvrdenie, že osamelosť je odpoveďou na určitý deficit v oblasti medziľudských vzťahov. Odozva na konkrétny deficit je v rôznej miere špecifická a jedinečná, avšak každá z nich môže zahŕňať spoločné symptómy. Zdá sa, že všetky druhy osamelosti vyvolávajú túžbu po vzťahu, intimite, priateľstve, vzťahu s príbuznými, ktoré by poskytli človeku sýtenie jeho nenaplnených základných ľudských potrieb bezpečia, istoty, priateľstva, afiliácie, intimity a lásky (Maslow 2013; Weiss 1985a,b,c; Cacioppo, Patrick 2008).

2 Látková závislosť, jej základné charakteristiky a vymedzenie

Závislosťou sa rozumie predovšetkým závislosť od psychoaktívnych látok alebo závislosť od behaviorálnych procesov (návykové a impulzívne poruchy). Psychoaktívna látka biochemicky ovplyvňuje systém chemického odmeňovania v mozgu. Opakovaným užívaním psychoaktívnej látky dochádza k rozvoju závislosti. Závislosť od procesov je etiopatogeneticky podobná látkovej závislosti napriek tomu, že systém chemického odmeňovania v mozgu nie je stimulovaný žiadnou substanciou (Jeřábek 2015; Vágnerová 2012; MKCH-10-SK-2016).

V nasledujúcej kapitole je pozornosť venovaná hlavne látkovej závislosti, ktorá je uchopená pomocou holizmu a integratívneho prístupu. Látková závislosť je ďalej explanovaná v kontexte prežívanej osamelosti a perspektívy abstinencie.

2.1 Etiológia závislosti

Látková závislosť je vysvetľovaná na základe symptómov syndrómu závislosti a na základe etiopatogenézy biologickej a psychologickej zložky človeka. Biologické chápanie závislosti sa opiera o poznatky neurovedných disciplín. Závislosť sa v tomto smere odvodzuje od narušených neurobiologických mechanizmov. Z psychologického hľadiska je závislosť vyústením zneužívania psychoaktívnej látky. Závislosť vzniká na základe pozitívnej spätnej väzby spočívajúcej v subjektívne cenenej zmene v oblasti prežívania vnútorného sveta a interpretácie okolitej reality. Závislý človek následne vymení zmenu prežívanej reality za samotnú realitu. Zmenený stav prežívania sa fixuje, dochádza k izolácii človeka od autentického prežívania, odtrhnutia *organizmu* od *skutočného Self* s masívnym rozvojom ego-obranných mechanizmov. Patologický systém sa ďalej upevňuje, s progresívnou a chronickou tendenciou, s vlastnou dynamikou a zákonitosťami (Jeřábek 2015; Kudrle 2003; Rogers 1999; Schlegel 2004; Žiaková 2017d).

Staršia schéma vysvetľuje dynamiku rozvoja závislosti podľa troch základných hypotéz. V kontexte *evolučného procesu ľudstva,* kedy psychoaktívne a psychadelické látky v prírodnej, rastlinnej podobe, zohrali významnú úlohu v kultúrnom, sociálnom a spirituálnom rozvoji civilizácií. V starovekých civilizáciách sa ľudia pomocou psychoaktívnych rastlín snažili preniknúť za hranice dostupného vedomia, rozumového, či intuitívneho poznania. Túžili nájsť cestu k bohom, dosiahnuť stav najvyššej blaženosti, v ktorej by sa človeku odkrylo univerzum súcna, poznania a pravdy, vedenia a večných zákonov. Obradné rituály slúžili k psychologickému a duchovnému zakotveniu človeka

v živote a vo svete (Eschotado 1999; Jeřábek 2015). Evolúcia človeka a hypermoderná doba (Lipovetsky 2013) alebo tekutá modernita (Bauman 2013) spôsobili zmenu chápania psychoaktívnych látok v celej šírke tohto pojmu. *Hedonistická alebo psychostimulačná hypotéza* vychádza zo subjektívnej existencionálnej frustrácie človeka. Frustrácia a úzkosť zo subjektívnej a intersubjektívnej existencie sa stále zhoršuje. Najvýraznejšie pocity nedostatku hyperdoby sa týkajú medziľudských vzťahov, vzájomnej i vnútornej komunikácie, lásky, profesijnej sebarealizácie, uznania, rešpektu, vzájomnej úcty a sebaúcty (Lipovetsky 2007; Jeřábek 2015; Frankl 2011; Žiaková 2017c). Drogy a alkohol predstavujú zdroj uspokojenia dennej spotreby, v ktorej človek hľadá utíšenie bolesti, žiaľu, úzkosti, frustrácie a osamelosti. Látková alebo nelátková závislosť sa stáva len zúfalým pokusom o útek pred osamelosťou sociálnej a emocionálnej izolácie, útekom pred sebou samým. Po odznení orgiastického stavu je prežívaná úzkosť, frustrácia a osamelosť ešte väčšia. Prežívané vnútorné prázdno, emocionálna bolesť osamelosti, absencia zmyslu života a túžba rýchlo sa zbaviť vlastnej i vzájomnej izolovanosti vedie človeka k užívaniu stále väčšieho množstva drogy, so zvyšujúcou frekvenciou užívania a stále kratším a márnejším pocitom útechy (Rogers 1999; Sullivan, in: Evans 1996; Freud 1990; Frankl 2009; Lipovetsky 2013; Lipovetsky 2007; Bauman 2013; Weiss 1985a,b,c; Žiaková 2017c). *Autosanačná hypotéza* predpokladá *homeostatický model*, ktorý vychádza z určitého biologického alebo osobnostného deficitu, ktorý sa človek snaží kompenzovať z externých zdrojov.

2.2 Diagnostické kritériá syndrómu závislosti (MKCH-10-SK-2016)

Závislosť od alkoholu, heroínu, nikotínu, liekov, rovnako ako od každej inej biologicky účinnej psychoaktívnej látky je označovaná ako *látková závislosť* (Hartl, Hartlová 2010; Colman 2009; Harris, White 2013). V medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKCH-10-SK-2016) je látková závislosť definovaná ako *syndróm závislosti*, ako jedna z najzávažnejších porúch psychiky a správania, zapríčinená užitím (užívaním) jednej alebo viacerých psychoaktívnych látok. Syndróm závislosti je súbor fyziologických, kognitívnych, behaviorálnych a emocionálnych fenoménov vytvorených ako dôsledok užívania psychoaktívnej látky (Vágnerová 2012; Nešpor 2011; Jeřábek 2015; Národné centrum zdravotníckych informácií 2018; Žiaková 2017e).

Definitívna diagnóza syndrómu závislosti by sa mala určiť iba za predpokladu, ak po dobu najmenej dvanástich mesiacov sa prejavia minimálne tri z nasledujúcich symptómov:

a) intenzívna túžba, respektíve kompulzívna potreba užívať látku (craving – baženie),

b) znížená alebo úplná strata kontroly v užívaní látky, strata sebaovládania sa týka začiatku užívania, ukončenia užívania alebo množstva užívanej látky,
c) somatický odvykací stav (abstinenčný syndróm),
d) prejavy stúpajúcej tolerancie v užívaní psychoaktívnej látky s cieľom dosiahnuť rovnaký účinok, ktorý bol pôvodne vyvolaný nižšími dávkami,
e) postupné zanedbávanie všetkých ostatných činností v prospech času pre zaobstaranie psychoaktívnej látky, jej užívanie i zotavenie z účinkov; závislému správaniu je progresívne venované viacej času, čím sa potláčajú iné doposiaľ vykonávané aktivity,
f) pokračovanie a zotrvávanie v užívaní psychoaktívnej látky aj napriek zjavným poškodeniam psychického, fyzického zdravia a sociálnym následkom, ktorých si je závislý človek do značnej miere vedomý (Nešpor 2011; Okruhlica 1998a; Jeřábek 2015).

2.3 Craving (baženie)

Hlavnou popisnou charakteristikou syndrómu závislosti je craving (baženie). Craving, ako jeden zo šiestich znakov syndrómu závislosti a komplikácia abstinencie je charakterizovaný silnou túžbou a/alebo kompulziou užívať psychoaktívnu látku (Kuda 2008; Kalina 2008; Colman 2009; Jeřábek 2015; Žiaková 2017f). Na craving možno nazerať troma základnými spôsobmi, ktoré indikujú možnosť rôznych stavov baženia s odlišnou podstatou:

a) craving ako túžba po odmeňujúcich účinkoch drogy,
b) craving ako túžba uniknúť nepríjemným psychickým stavom,
c) craving ako stav s dominujúcim obsedantným charakterom Kuda (2008a).

Craving má subjektívnu psychickú a fyzickú (patofyziologickú) zložku ako súčasť odvykacieho stavu. *Somatické baženie* vzniká pri prerušení užívania psychoaktívnej látky a doznievania jej účinkov. *Psychické baženie* súvisí s emóciami, pamäťou a objavuje sa i po dlhšej dobe abstinencie (Kuda 2008; Kalina 2008).

Nešpor (2011) charakterizuje subjektívne príznaky baženia ako:

a) spomienky na pocity pod vplyvom drogy alebo fantázie, často spojené s denným snením, zameraným na návykovú látku,
b) zvieranie na hrudi, búšenie srdca, zvieranie žalúdku, sucho v ústach, tras, bolesti hlavy, potenie a iné somatické príznaky,
c) silná túžba po návykovej látke, úzkosť, únava, celková slabosť, zhoršenie vnímania a pamäti, podráždenie a podobne.

2.4 Psychická a fyzická závislosť

Na základe toho možno definovať *psychickú závislosť* a *fyzickú závislosť*. *Psychická závislosť* vyjadruje syndrómový komplex s jadrovým psychickým cravingom, spojený so stratou kontroly v užívaní látky a následným pokračovaním v jej aplikácii aj navzdory negatívnym následkom (Jeřábek 2008).

Fyzická (somatická) závislosť je stav biologickej adaptácie organizmu na určitú psychoaktívnu látku, niekedy sprevádzaný zvyšujúcou sa toleranciou. Súčasťou vysadenia drogy je *abstinenčný syndróm* a *patofyziologický craving* (Vágnerová 2012; Jeřábek 2008).

Psychická závislosť niekedy predchádza fyzickú, ale väčšinou sa vyvíjajú obe súčasne (Harris, White 2013; Jeřábek 2008), no nie vždy sa musí bezpodmienečne rozvinúť aj fyzická závislosť (Masár 2009).

Pre vznik psychickej závislosti sú vzorovým príkladom amfetamíny, tetrahydrokanabinol alebo nikotín, a pre fyzickú závislosť sú to opiáty a benzodiazepiny. Klasifikačné schémy jednotlivých psychoaktívnych látok určujú aj časovú charakteristiku vzniku symptómov syndrómu závislosti, ktoré vznikajú až po určitej dobe užívania tej ktorej psychoaktívnej látky. Diagnostické kritériá syndrómu závislosti jednotlivých tried psychoaktívnych látok nie sú podľa MKCH-10-SK-2016 špeciálne definované. Určité špecifické kritériá pre niektoré psychoaktívne látky poskytuje DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Ten však nerozlišuje medzi syndrómom závislosti a škodlivým užívaním, ale používa len označenie *porucha užívania alkoholu* (Jeřábek 2015; American Psychiatric Association 2013; Národné centrum zdravotníckych informácií 2018).

2.5 Diagnostické kritéria poruchy užívania alkoholu (DSM-5)

Podľa DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) možno hovoriť o problematickom užívaní alkoholu, ktoré vedie ku klinicky významnému poškodeniu alebo problémom, ak sa po dobu najmenej dvanástich mesiacov vyskytnú minimálne dva z nasledujúcich znakov:

1. Alkohol je často užívaný vo väčších množstvách alebo po dlhšiu dobu, ako človek pôvodne zamýšľal.
2. Pretrvávajúce snahy a neúspešné pokusy zastaviť alebo kontrovať pitie.
3. Neprimerane dlhý čas strávený aktivitami potrebnými k obstaraniu alkoholu, jeho užívaniu, alebo zotavovania sa z jeho účinkov.

4. Baženie (craving) alebo silná túžba respektíve nutkanie k pitiu.
5. Opakované pitie vedúce k problémom s plnením školských, pracovných alebo rodinných povinností.
6. Pokračovanie v pití aj napriek vedomiu pretrvávajúcich alebo opakovaných sociálnych, interpersonálnych problémov, ktoré sú spôsobené alebo zhoršené konzumáciou alkoholu.
7. Redukcia alebo eliminácia dôležitých sociálnych, pracovných alebo rekreačných aktivít v dôsledku užívania alkoholu.
8. Opakované užívanie alkoholu v situáciách, kedy je to somaticky rizikové.
9. Trvalé pitie aj napriek vedomiu pretrvávajúcich alebo opakovaných somatických alebo psychických problémov, ktoré sú pravdepodobne spôsobené alebo zhoršené alkoholom.
10. Tolerancia, ktorá je definovaná ako potreba zvyšovať dávku alkoholu k dosiahnutiu žiaduceho účinku alebo ako zjavného zníženia účinku pri trvalom užívaní rovnakého množstva alkoholu.
11. Odvykací stav, ktorý je charakterizovaný:
    a) typickým alkoholovým odvykacím stavom, ktorý sa rozvíja v priebehu niekoľkých hodín až dni po prerušení pitia alebo znížení dávky, ktoré bolo masívne alebo prolongované, a ktoré sa prejavuje najmenej dvoma z nasledujúcich príznakov: vegetatívna hyperaktivita – potenie alebo tachykardia; rastúci tras rúk; insomnia; nauzea alebo zvracanie; prchavé vizuálne, taktilné alebo sluchové ilúzie alebo halucinácie; psychomotorická agitovanosť; anxieta; epileptické záchvaty;
    b) užitie alkoholu a látok s podobným účinkom s cieľom oslabiť alebo úplne sa vyhnúť odvykacím príznakom (American Psychiatric Association 2013; Jeřábek 2015).

Ďalšie špecifikácie podľa DSM-5 (American Psychiatric Association 2013):

- ľahká závažnosť – výskyt dvoch až troch symptómov,
- stredná závažnosť – výskyt štyroch až piatich symptómov,
- ťažká závažnosť – výskyt minimálne šiestich symptómov (Jeřábek 2015).

2.6 Bio-psycho-socio-spirituálny koncept závislosti

Integratívny metateoretický *bio-psycho-socio-spirituálny* koncept predstavuje syntézu viacerých aspektov, ktoré je v rámci látkovej závislosti opodstatnené brať do úvahy. Bio-psycho-sociálna paradigma z farmakologického modelu preberá názor, že rôzne psychoaktívne látky pôsobia na ľudský organizmus iným spôsobom a preskúmanie ich účinkov je dôležité pre efektívnu liečbu. Perspektíva sociálneho učenia sa zameriava na determinanty rozdielneho ekosystému, v ktorom sa nachádzajú problémoví užívatelia návykových látok v porovnaní s inými ľuďmi. Ľudské správanie je vysvetľované prostredníctvom nepretržitých a vzájomných interakcií medzi kognitívnymi, behaviorálnymi vplyvmi, sociálnym a fyzickým prostredím – ekosystémom. Pozornosť je zameraná taktiež na pamäť a motiváciu. Sociálne učenie sa uskutočňuje na základe pozorovania a modelovania správania, postojov a emocionálnych reakcií iných ľudí. Z tohto pohľadu je konzumácia psychoaktívnych látok naučeným správaním (Hartl, Hartlová 2010; Volpicelli, Szalavitz 2000; Ondrejkovič 2009; Sollárová 2008). Medicínske hľadisko chápe závislosť ako zdravotný problém a v tomto kontexte Anonymní alkoholici vnímajú závislosť ako nevyliečiteľnú chorobu s jedinou možnosťou, celoživotnou abstinenciou. Anonymní alkoholici poskytujú *sociálnu oporu* pre ďalších alkoholikov a narkomanov, ktorí chcú prekonať závislosť. Bio-psycho-sociálna paradigma taktiež zohľadňuje aj genetické determinanty (Alcoholics Anonymous 2001; Kalina 2015; Volpicelli, Szalavitz 2000; Kudrle 2008; Vágnerová 2012). Prístup vybudovaný na troch pilieroch je stabilný len do tej miery, pokiaľ sú pevné všetky tri piliere. Preto je vhodné doplniť tento prístup o pilier *spirituality*. Jung (in: Nešpor 2011) tvrdí, že jednou z príčin závislosti je nenaplnenie duchovných potrieb. Skála (in: Nociar 1991) označuje závislosť ako za deformovanú podobu ľudského sebahľadania, ktoré Frankl (2009) označuje ako útek pred pocitom nezmyselnosti, existenciálnej frustrácie a prázdnoty, kde v subjektívnom zážitku opojenia človeku uniká pravý *zmysel života*. Existenciálne vákuum s hlbokým pocitom prázdnoty bolo diagnostikované u takmer sto percent ľudí, prepadajúcim alkoholu a drogám. Z tohto pohľadu vyplýva, že absencia *zmyslu života, duchovných hodnôt* a *duchovnej autority* je významným rizikovým faktorom nadužívania a zneužívania psychoaktívnych látok. (Volpicelli, Szalavitz 2000; Křivohlavý 2006; Křivohlavý 2010; Kudrle 2008; Kahan 2014). *Závislosť (látková i nelátková) a osamelosť* sú záťažové situácie, fenomény ľudského života, ktoré sú vo svojej zložitosti vzájomne späté a neoddeliteľné tak, ako spletité je samotné ľudské bytie, ktoré je neredukovateľné na akúkoľvek zo svojich dimenzií. Človeka nie je možné pochopiť, ak nie sú

uchopené všetky jeho dimenzie v komplexnosti jednoty bytia. Frankl (2006, s. 36 – 37) to vyjadruje v dvoch zákonoch dimenzionálnej ontológie. Prvý zákon vypovedá o tom, že tá istá vec premietaná zo svojej dimenzie do dimenzie nižšej úrovne sa zobrazuje takým spôsobom, že ich zobrazenia si navzájom odporujú. Druhý zákon jednoty bytia človeka je vyjadrený spôsobom, že rôzne veci premietané zo svojej dimenzie do jednej a tej istej dimenzie, ktorá je nižšej úrovne než ich vlastná, sa zobrazujú takým spôsobom, že ich zobrazenia sú viacznačné. Cesta k uzdraveniu a abstinencii si v mnohých prípadoch vyžaduje hľadanie nových zdrojov vnútornej sily a *zmyslu*, ktorý dáva *smer a účel životu*.

2.7 Abstinencia a jej základné vymedzenie

Vo všeobecnosti za abstinenciu možno považovať určitú mieru zdržanlivosti a sebaovládania. V užšom význame ide o vyhýbanie sa užívaniu psychoaktívnych látok (Colman 2009; Matoušek 2008). Medicínske hľadisko definuje abstinenciu v troch kvalitatívne odlišných úrovniach:

1. *Neplnohodnotná abstinencia* – za ktorú sa považuje stav:
   - ak je človek v takzvanom chránenom prostredí,
   - ak má prejavy abstinenčného syndrómu,
   - ak abstinuje od určitej látky, ale naproti tomu užíva inú psychoaktívnu látku,
   - alebo ak „rekreačne“ užíva akúkoľvek psychoaktívnu látku.
2. *Abstinencia po prekonanej závislosti* – ide o vynútené neužívanie návykovej látky, kedy pri lapsuse hrozí intenzívnejší a vážnejší relaps.
3. *Abstinencia bez predchádzajúcej závislosti* (Okruhlica 1998b).

Abstinencia v časovom kontexte je vymedzená nasledovne:

1. *Krátkodobá abstinencia* spojená s momentálnym situačným kontextom, ako je vedenie motorového vozidla, užívanie iných liekov, diéta a podobne.
2. *Dlhodobá abstinencia* vychádza z prekonania závažných, dlhodobých ochorení alebo dlhodobej rekonvalescencie.
3. *Trvalá abstinencia,* ktorá môže byť:

a) *dobrovoľná* ako výsledok presvedčenia a súčasť životného štýlu, abstinencia terapeuta pôsobiaceho ako vzor alebo abstinencia partnera závislého ako výraz podpory,

b) *vynútená,* kde patrí hlavne človek abstinujúci v dôsledku závislosti, ale i ľudia s inými duševnými a somatickými ochoreniami (Kredátus 1995).

Podľa *Americkej psychiatrickej asociácie* (American Psychiatric Association), plná remisia nastáva po období šiestich mesiacov plnej abstinencie (DSM-III-R, in: Jeřábek 2008). *Skorá (ranná) remisia* si vyžaduje najmenej tri a najviac dvanásť mesiacov obdobia bez symptómov, s výnimkou cravingu. *Stabilná remisia* si vyžaduje najmenej dvanásť mesiacov bez symptómov, s výnimkou cravingu (American Psychiatric Association 2013; Jeřábek 2015).

V rámci vymedzenia hlavnej pracovnej definície za abstinenciu je považovaný stav, kedy sa jedinec vedome, pod tlakom zdravotných a/alebo sociálnych okolností rozhodol upustiť od užívania jednej alebo viacerých psychoaktívnych látok, za prítomnosti diagnostikovaného syndrómu závislosti alebo rizika jeho pravdepodobného vzniku (Hartl, Hartlová 2010; Okruhlica 1998b).

2.8 Abstinencia, „dry drunk syndrome“ a „hardiness“

„Dry drunk syndrom“ (syndróm suchej opitosti) je pojem Anonymných alkoholikov, charakterizujúci stav, kedy človek, ktorý po dlhšiu dobu síce nekonzumuje alkohol, avšak stále sa drží rovnakých spôsobov, vzorcov správania, myslenia a prežívania ako v období pijanskej kariéry. Ide napríklad o nezodpovedné správanie, netrpezlivosť, nerozhodnosť, rigidita, čierno-biele myslenie, nízka frustračná tolerancia, impulzivita, intolerancia a odcudzovanie iných, úzkosť, nízke sebavedomie, ale i povyšovanie a široká škála ego-obranných mechanizmov. Takýto človek sa naučí do určitej miery existovať bez alkoholu, ale intepersonálne vzťahy naďalej ostávajú povrchné, spôsoby zvládania záťažových situácií sú dysfunkčné, vytváranie nových sociálnych kontaktov je obmedzené vzhľadom na negatívne emócie a neadekvátne vzorce správania. Z uvedeného vyplýva, že samotné „nepitie“ prináša celý rad *vysoko rizikových situácií,* ako je frustrácia, agresivita, hostilita, beznádej, *osamelosť,* interpersonálne a intrapersonálne konflikty a iné negatívne emócie, ktoré môžu predchádzať *relapsu*. Pri rozvoji syndrómu suchej opitosti sa môžu rozvinúť aj ďalšie psychické ochorenia, ako depresia a suicidalita (Dillworth 2009; Pavelová, Žiaková 2017; Žiaková 2017c).

„Hardiness“ predstavuje existencionálne chápanie húževnatej (tuhej) osobnosti, pre ktorú sú príznačné dominantné konfigurácie troch komponentov – *kontrola, záväzok a výzva. Kontrola* súvisí so sebadôverou a uvedomovaním si schopnosti riadiť vlastný život a vyrovnávať sa so záťažou (Hošek 1999). U závislých ľudí psychoaktívna látka preberá kontrolu nad ich životmi, sebadôvera je závislosťou a životnými prehrami systematicky podkopávaná, a preto sa užívanie psychoaktívnej látky môže stať preferovaným spôsobom zvládania záťaže. Aby závislý človek prebral kontrolu nad svojím životom, musí začať abstinovať. *Záväzok* je spojený s cieľovým zameraním životnej orientácie, stabilnými životnými postojmi, odovzdanosťou, oddanosťou a osobnou angažovanosťou v tom, čo je hodnotné a zmysluplné. Ľudia s touto dispozíciou chápu účel a zmysel svojho snaženia v záťažových situáciách (Hošek 1999). Záväzok abstinovať obsahuje prijatie zodpovednosti za svoj život, čo je kľúčové a podmieňujúce ďalšie kroky v abstinencii. *Výzva* je chápanie zmien a všetkej záťaže ako prostriedkov, ktoré pomáhajú človeku v napredovaní, osobnostnom raste a posúvajú ho ďalej. Opakom je fatalizmus (Hošek 1999). *Abstinencia* si vyžaduje celkovú zmenu *životných postojov*, čo zahŕňa oblasť *kognitívnu, behaviorálnu a emocionálnu*. Takáto zmena si vyžaduje veľa energie, času a presahovanie samého seba, čo pre nejedného závislého človeka môže predstavovať *neprekonateľnú psychickú záťaž.* Túto záťaž je možné zvládnuť v terapeutickej skupine, ktorá otvára *bezpečný, autentický* a *akceptujúci* priestor, kde sa človek môže *stávať samým sebou*, byť *kongruentný* vo svojom prežívaní a *komunikovať svoje prežívanie s inými* tak, ako nikdy predtým (Rogers 1999; Brnula 2017a). Snahou terapeutického procesu i vzájomnej skupinovej pomoci závislých je, aby človek v procese doliečovania prostredníctvom *aktívneho sociálneho učenia* prijal zodpovednosť za svoju abstinenciu, aby čelil výzvam života bez drogy a opäť získal kontrolu nad svojím životom. Pre abstinenta môže akákoľvek bežná situácia predstavovať v zásade novú situáciu, ktorá vytvára nové podmienky prostredia, nové emócie a neobyčajné požiadavky, pri spĺňaní ktorých musí človek vyvíjať úsilie s rôznou intenzitou kvality i kvantity, a v ktorej musí pretvárať staré spôsoby správania, myslenia a prežívania (Kredátus 1989; Kredátus 1990; Kredátus 1995; Kahan 2014; Kahan, Žiaková 2016; Kahan, Žiaková 2018a).

3 Výskum prežívania osamelosti látkovo závislých klientov a klientok

Metateoretické úvahy o osamelosti, súvisiacich fenoménov a látkovej závislosti v kontexte komplexných systémov a vo vzťahu k perspektíve abstinencie ponúkajú širší integratívny, ale zároveň kohézny teoretický základ pre empirický výskum. V nasledujúcich kapitolách sú prezentované štatistické výsledky skúmaných fenoménov, ktoré sú ďalej diskutované hlavne v kontexte perspektívy abstinencie a prevencie lapsusu/relapsu.

V klinickom prostredí medzi terapeutmi a klientmi prevláda spoločný názor, že osamelosť a problémy, či nedostatky v sociálnych vzťahoch pôsobia ako významné negatívne faktory, ktoré môžu posilňovať rozvoj závislosti a tiež byť prekážkou v terapeutických procesoch, s dôrazom na perspektívu abstinencie a prevenciu lapsusu/relapsu. Akerlind a Hornquist (1992) uvádzajú, že Anonymní alkoholici označili alkoholizmus za „chorobu osamelých“. Téma závislosti od alkoholu v kontexte osamelosti sa stáva objektom klinických pozorovaní približne od roku 1950. Najväčší rozmach systematických empirických štúdií, zameraných na prepojenie uvedených fenoménov, nastal v osemdesiatych rokoch dvadsiateho storočia (Calicchia, Barresi 1975; Nerviano, Gross 1976, in: Medora, Woodward 1991; O'Leary, Donovan 1976, in: Medora, Woodward 1991; Cutrona 1982; Hojat 1982; Jones, Hobbs, Hoskenbury 1982; Medora, Woodward 1991; Akerlind, Hornquist 1992; Rokach 2002; Orzeck, Rokach 2004; Kelly, Stout, Magil a Tonigan 2011; Kahan, Žiaková 2015). Od deväťdesiatych rokov sa výskumy v danej oblasti objavujú len ojedinele. Jedna z prognostických štúdií, zameraná na spektrum sociálnych, psychologických a medicínskych premenných, vrátane osamelosti, preukázala, že osamelosť patrí medzi najvýznamnejšie prediktory, ktoré komplikujú a negatívne ovplyvňujú úspešnosť liečby, doliečovania a perspektívu abstinencie (Hornquist, Hansson 1988, in: Akerlind, Hornquist 1992).

3.1 Ciele výskumu

Autorský výskum, bol zameraný na deskripciu a explanáciu osamelosti plynúcej zo sociálnej a emocionálnej izolácie, látkovej závislosti a perspektívu abstinencie vo vzájomných vzťahoch, s cieľom prispieť k poznatkovej báze uvedených fenoménov. Z jednotlivých čiastkových analýz vzťahov medzi uvedenými fenoménmi bol postavený hlavný cieľ výskumu, ktorý je definovaný v nasledovne.

V empirickej rovine bola prostredníctvom testovacej batérie, zloženej z viacerých testovacích nástrojov, skúmaná osamelosť na úrovni kognitívnych, behaviorálnych a

afektívnych aspektov u látkovo závislých ľudí v období počas ústavnej liečby a v období abstinencie.

Hlavný cieľ výskumu mal zistiť, ako sa mení úroveň prežívania rôznych druhov osamelosti a príbuzných fenoménov u závislých ľudí v procese liečby, doliečovania a vo vzťahu k perspektíve abstinencie.

Ďalším cieľom výskumu bolo kauzálno-komparatívnym šetrením zistiť možné vzťahy medzi prežívanou osamelosťou a rizikom porušenia abstinencie. Taktiež boli zisťované rozdiely v prežívaní osamelosti medzi mužmi a ženami. Sledované boli aj ďalšie demografické charakteristiky, ktoré vstupovali do vzťahov medzi premennými ako moderujúce činitele.

3.2 Charakteristika a dizajn výskumu

Zmiešaný dizajn výskumu, ktorý bol zvolený, môže poskytnúť nové perspektívy na skúmané problémy a obohatiť tak súčasné poznanie. Zmiešané metódy taktiež môžu vhodne vsadiť individuálne fenomény do kontextu širších ekosystémov. Kombinovanie kvantitatívnych a kvalitatívnych dát prináša komplexnejšie uchopenie vybraných javov. Snahou bolo uplatniť integratívny prístup zmiešaných metód pri skúmaní daných fenomenóv, ktoré sú svojou povahou tiež integratívne. Základný koncept zmiešaných výskumných metód vychádza z integrácie kvantitatívnych a kvalitatívnych dát, pričom sa maximalizujú prednosti a minimalizujú slabiny každého druhu dát. Jedným z najzložitejších problémov je zlúčenie rôznych foriem údajov, ktoré sa vykonáva pomocou definovaných systematických postupov (Creswell, Klassen, Clark, Smith 2011; Balogová 2017b; Miovský 2015).

Existujú tri základné možnosti ako pristupovať k spracovaniu dát, vychádzajúc z dôležitosti (váhy) používaných výskumných metód:

a) kvantitatívne a kvalitatívne metódy majú rovnakú prioritu pri riešení výskumného problému,
b) dominantné je postavenie kvantitatívnych metód a kvalitatívne metódy sú sekundárne,
c) priorita je kladená na kvalitatívne metódy a kvantitatívna zložka je druhoradá (Creswell, Clark 2011, s. 65).

Cieľom zmiešaného výskumu je integrácia získaných dát, ktorá môže mať podobu nasledujúcich stratégií: zlúčenie oboch súborov dát, spájanie dát, vkladanie dát a využitie teoretického rámca alebo modelu (Creswell, Clark 2011). Zmiešaný výskum môže byť dizajnovaný, ako konvergentný paralelný, explanatórny sekvenčný, exploratórny sekvenčný,

vsadený (vnorený), transformatívny a multifázový (Creswell, Clark 2011, s. 53 – 106). V danom výskume mala dominantný status kvantitatívna časť so vsadením kvalitatívnych dát, s využitím ekosystémového metarámca (Creswell, Clark 2011, s. 71 – 91). Takto spracované dáta ponúkajú niekoľko možností interpretácie:

1. Verifikáciu potvrdených štatistických vzťahov a odhalenie prípadných „falošných“ vzťahov na prípadovej úrovni.
2. Overiť reálnosť kontextu týchto vzťahov a možnosť identifikovať podmienky neplatnosti výsledkov štatistickej analýzy.
3. Overiť voľbu (moderujúcich) premenných a ich významnosť v identifikovaných vzťahoch vzhľadom k výskumným cieľom (Miovský 2015; Hendl 2005, 2009; Balogová 2017c; Ferjenčík 2009).

3.2.1 Kvantitatívna časť výskumu

Kognitívne, behaviorálne a afektívne procesy osamelosti sú zachytené pomocou jednotlivých meracích nástrojov, ktoré reflektujú rôzne úrovne vnútorného a vonkajšieho sveta človeka. Niektoré nástroje priamo zisťujú úroveň a druh osamelosti, iné sú považované za reflektívne indikátory osamelosti, ako anticipovaná sociálna opora a afiliácia. V danom výskume považujeme za jeden z konštitutívnych a formatívnych indikátorov látkovú závislosť a abstinenciu, ktoré dotvárajú, umocňujú a modifikujú úroveň a druh osamelosti. Škálovacie nástroje v rozdielnej miere zisťujú prítomnosť a úroveň symptómov osamelosti (Ferjenčík 2009; Hendl 2017a; Lovašová 2017a; Ochrana 2013).

Spôsob získavania dát od respondentov bol zabezpečený pomocou dotazníkovej batérie. Pre kvantitatívnu časť výskumu bol zvolený spôsob získania respondentov na základe dobrovoľnosti, dostupnosti, s kvalitatívnymi kvótami (demografického charakteru) a s neproporcionálnym rozložením. S použitím programu IBM SPSS Statistics 20 bolo vykonané popisné, inferenčné a exploračné štatistické šetrenie. Na základe analýzy a distribúcie získaných dát sboli zvolené alternatívne testy pre korelácie, ako aj pre kauzálne komparácie (Hendl 2009; Hendl 2017b,c; Campbell, Taylor, Mcglade 2017; Pallant 2007).

3.2.2 Kvalitatívna časť výskumu

Kvalitatívna časť výskumu sa opiera o dve základné teoretické východiská, konštruktivizmus a fenomenológiu. Základná myšlienka konštruktivizmu sa týka toho, akým spôsobom ľudia individuálne alebo kolektívne interpretujú, alebo konštruujú svoj vlastný,

vnútorný (psychický) alebo sociálny svet v špecifických kontextoch. Fenomenologická redukcia sa snaží o odhalenie základných esencií myslenia a prežívania. Fenomenológia dáva podnet k novým a hlbším spôsobom a možnostiam interpretácie rôznych situácií z pohľadu subjektu (Hendl 2005; Patočka 1969).

Na základe uvedených teoretických východísk sme za kvalitatívny prístup výskumu zvolili fenomenologické skúmanie formou holistickej prípadovej štúdie. Údaje boli získané od štyroch respondentov. Výber prípadov sa riadil dvoma stratégiami, ktoré sa navzájom môžu dopĺňať:

1. Prípady boli vabrané tak, že sa očakávali porovnateľné interpretácie alebo konštrukcie. Kontext, podmienky a charakteristiky respondentov mali navzájom súhlasiť. Podobné javy a nálezy mali potvrdiť predpoklady a štatistické závery, čím by sa overilo teoretické uvažovanie.
2. Pri ďalších prípadoch sa očakávali teoreticky zdôvodnené rozdiely, v porovnaní s inými prípadmi, ako aj so štatistickými zisteniami. Vzniknuté rozdiely by tak podporovali variabilitu fenoménov a zovšeobecniteľnosť teoretických záverov. V opačnom prípade by sa teoretické úvahy revidovali (Hendl 2005; Hendl 2017d; Balogová 2017c).

Pre kvalitatívnu časť bola snaha vybrať respondentov, ktorí vykazujú určité extrémne hodnoty v skúmaných dimenziách ako takzvané extrémne typy. Tým bol výber respondentov zámerný a na základe dobrovoľnosti. Kvalitatívny rozhovor ako metóda zberu dát mal charakter neformálneho naratívneho rozhovoru o jednotlivých oblastiach života s vybranými témami, ktoré sa pri rozhovore ukázali ako významné. Rozhovor mal aj prvky fenomenologického rozhovoru, kedy bol respondent smerovaný k tomu aby konštruoval významy svojho prežívania a konania v konkrétnych situáciách. S každým respondentom bol počas rozhovoru vytvorený audiozáznam, ktorý bol prepísaný vo forme selektívneho anamnestického protokolu, avšak so snahou o zachovanie kontextuálnych súvislostí. Z teoretických východísk osamelosti a závislosti boli určené predbežné témy, ako indikátory oboch konštruktov, ktoré boli sledované a komparované (Hendl 2005; Balogová 2017c,d; Campbell, Taylor, Mcglade 2017; Lovašová 2017b).

Respondenti pre kvalitatívnu časť boli vybraní podľa nasledujúcich kritérií:

a) dvaja abstinujúci respondenti:
    i. abstinujúci respondent – ktorý je v abstinencii od viacerých psychoaktívnych látok,

ii. abstinujúci respondent s katamnézou po 4 rokoch – ktorý je v abstinencii od alkoholu,

b) dvaja respondenti, ktorí sú v resocializačnom procese:

i. respondent, ktorý je v začiatku procese resocializácie,

ii. respondent, ktorý je na konci procesu resocializácie.

Respondenti z resocializačného strediska boli vybraní s cieľom zachytiť špecifickosť ich kontextuálnej situácie, ktorá môže generovať vyššiu mieru rizika porušenia abstinencie. Respondenti, ktorí po primárnej ústavnej liečbe sú ďalej distribuovaní do resocializačných, stredísk sú vo väčšine prípadov jedinečnými príkladmi ľudí (tzv. extrémnych typov), ktorí ešte nie sú pripravení na samostatný život v abstinencii.

Abstinujúci respondent s katamnestickými údajmi bol oslovený cielene, aby bolo možné zistiť prípadné zmeny v živote abstinujúceho závislého. S daným respondentom bola pred štyrmi rokmi vypracovaná prípadová štúdia, ktorá obsahovala aj testy sociálnej začlenenosti (T-98), ktoré sme následne porovnali so súčasnými hodnotami.

Spracované údaje z prípadových štúdií majú štruktúru narácie a komparácie. Tie sú následne triangulované a vsadené do štatistických zistení, čím sa má docieliť:

1. Zvýšenie zrozumiteľnosti prezentovaných výsledkov.
2. Oživenie výsledkov štatistickej analýzy a pripomenutie existencie konkrétnych ľudských príbehov, skrytých za číslami.
3. Zrozumiteľnejšia a jasnejšia predstava o význame štatistických údajov.
4. Zvýšenie dôrazu na etické aspekty výskumu (Balogová 2017c,d; Miovský 2015).

3.2.1 Testovacia batéria osamelosti

Použitá dotazníková batéria bola zložená zo štyroch samostatných testov a demografických údajov. Išlo o nasledujúce testy:

1. *Škála osamelosti UCLA* (Loneliness Scale – Version 3; Russell 1996) (US) je tretia revidovaná verzia nástroja na meranie osamelosti. UCLA je jednodimenzionálny konštrukt, ktorý primárne hodnotí subjektívny pocit osamelosti zo sociálnej izolácie. Ide o zistenie určitej, všeobecnej (celkovej) úrovni osamelosti, ktorá je v súlade s teoretickými modelmi determinantov a následkov osamelosti. Vyššie skóre indikuje vyššiu mieru osamelosti.
2. *Dotazník sociálnej začlenenosti T-98* je štandardizovaný diagnostický nástroj, zostavený Kollárikom (2008), ktorý je určený pre dospelú populáciu na

diagnostikovanie potreby sociálnej začlenenosti u rôznych skupín, kde je možné predpokladať určité ťažkosti v začleňovaní sa do spoločnosti. Dotazník sleduje motivačnú a behaviorálnu zložku afiliácie v rámci sociálneho začlenenia.

Dotazník tvoria dva teoretické aspekty sociálneho začlenenia:

I. *Želané začlenenie* (desired affiliation) – ide o želanú úroveň sociálneho začlenenia určenú veľkosťou a silou potreby, ktorá je zisťovaná pomocou časti dotazníka *PSZ – potreba sociálneho začlenenia*. Časť dotazníka *PSZ*, ktorá sleduje motivačnú úroveň afiliácie obsahuje 30 otázok s dichotomickými možnosťami (áno – nie). Vyššie skóre vyjadruje vyššiu potrebu sociálneho začlenenia.

II. *Dosiahnuté začlenenie* (achieved affiliation) – je dosiahnutá miera a rozsah sociálneho začlenenia, diagnostikovaná na základe behaviorálnej zložky afiliácie. *Časť dotazníka SZ obsahuje 30 otázok.* Vyššie skóre indikuje vyššiu mieru dosiahnutého sociálneho začlenenia. Odpovede sú tiež na dichotomickej úrovni.

Interpretácia výsledkov vychádza z dosiahnutého skóre jednotlivých dotazníkov**,** ako aj polarity vzájomného rozdielu hodnôt dotazníkov (Kolárik 2008).

3. *Manuál škály osamelosti* (Manual of the loneliness scale, OESL – Overal, Emotional, and Social Loneliness, NL) (De Jong Gierveld, Van Tilburg 1999). Test zisťuje mieru *emocionálnej, sociálnej a celkovej osamelosti*. Jednotlivé dimenzie osamelosti môžu byť spracované a vyhodnotené spolu aj samostatne. Nižšie skóre indikuje vyššiu mieru osamelosti. Povaha otázok má konatívny, kognitívny a emocionálny charakter.

4. MOS – *Dotazník sociálnej opory* (The MOS Social Support Survey) (US/CZ) je zameraný na odhad miery *očakávanej sociálnej opory,* pôvodne určený pre všeobecnú populáciu. Americká verzia dotazníka obsahuje štyri subškály, hmotnú oporu (tangible support), lásku (affection support), pozitívne sociálne interakcie (positive social interaction), emocionálnu a informačnú oporu (emotional and information support). Pri overovaní validity, MOS dotazník americkej verzie, vo všetkých štyroch subškálach štatisticky signifikante *negatívne koreloval s osamelosťou*. Štandardizovaná česká verzia dotazníka obsahuje tri subškály – chápajúcu autoritu, emocionálnu blízkosť a praktickú intervenciu. Vyššie skóre indikuje vyššiu mieru anticipovanej sociálnej opory (Kožený, Tišanská 2003; Sherbourne, Stewart 1991).

3.2.2 Charakteristika výskumného súboru

Celková výskumná vzorka N pozostáva z 235 závislých respondentov. Tí sú rozdelení do dvoch hlavných podskupín. Závislých respondentov, ktorí sú hospitalizovaní, v aktuálnej (primárnej) liečbe od závislosti N_H = 139 a závislých respondentov, ktorí sú aktuálne v abstinencii N_A = 96. Celkovú výskumnú vzorku tvorí 160 mužov a 75 žien s priemerným vekom x=42,51, Med(x)=43 a s rozsahom od 18 do 75 rokov. Nasledujúca Tab. 2 znázorňuje rozdelenie respondentov na základe rodu a hlavných diagnostických charakteristík.

Tab. 2 Základné rozdelenie respondentov

	N_H 139 hospitalizovaní respondenti		N_A 96 abstinujúci respondenti		**N 235** celkový počet respondentov	
	n	%	n	%	n	%
muži	101	72,7	59	61,5	160	68,1
ženy	38	27,3	37	38,5	75	31,9
látkovo závislí	122	87,8	88	91,7	210	89,4
nelátkovo závislí	17	12,2	8	8,3	25	10,6
látkovo aj nelátkovo závislí	4	2,9	5	5,2	9	3,8

Tab. 3 vyčísľuje rozdelenie respondentov podľa ďalších demografických kritérií, rodinného stavu, či respondenti bývajú v domácnosti sami alebo aj s inými rodinnými členmi, či blízkymi a podľa profesijného statusu.

Tab. 3 Demografické rozdelenie respondentov

		N_H 139 hospitalizovaní respondenti		N_A 96 abstinujúci respondenti		**N 235** celkový počet respondentov	
		n	%	n	%	n	%
rodinný stav	slobodní	67	48,2	31	33	98	42,1
	ženatí / vydaté	32	23	35	37,2	67	28,8
	rozvedení / é	26	18,7	22	23,4	48	20,6
	iný vzťah	10	7,2	3	3,2	13	5,6
	vdovec / vdova	4	2,9	3	3,2	7	3
bývanie v domácnosti	sám / sama	34	24,5	25	26	59	25,1
	s inými členmi rod., blízkymi	105	75,5	71	74	176	74,9
profesijný status	študent	8	5,8	5	5,3	13	5,6
	zamestnaní	75	54,3	67	70,5	142	60,9
	nezamestnaní	29	21	5	5,3	34	14,6
	dôchodca	27	19,6	24	25,3	51	21,9
	iné	3	2,2	2	2,1	5	2,1

3.2.3 Prípadové štúdie

Transkript audiozáznamov z jednotlivých rozhovorov je vo forme selektívneho protokolu so zameraním na konkrétne oblasti. Tieto oblasti boli predbežne určené ako témy, ktoré môžu vystupovať ako významné indikátory v kontexte osamelosti a závislosti. Jednotlivé prípady sú prezentované samostatne a v závere kapitoly aj súhrnne komparované a ďalej interpretované spolu so štatistickými zisteniami.

Tab. 4 Prípadová štúdia č. 1 – respondent v abstinencii od viacerých psychoaktívnych látok

Pán Juraj, vek: 40 rokov; 10 rokov v abstinencii od alkoholu a viacerých psych. látok	
Nukleárna rodina	– neúplná rodina; najmladší z troch súrodencov (sestra+2roky., nevlastný brat+13rokov.); od detstva, keď mal asi 6 rokov si pamätá hádky rodičov, opitého otca a plačúcu matku; neskôr ich otec bil, hlavne najstaršieho brata, mladšiu sestru menej a jeho najmenej – bol najmladší – matka ho stále bránila – otec matku psychicky týral a fyzicky jej ubližoval – matka párkrát utiekla s deťmi od otca, no potom sa na naliehanie a prosenie otca vrátili; to sa opakovalo do jeho 14 rokov, kedy odišli od otca natrvalo; nasledoval rozvod rodičov – matka sa sama starala o domácnosť; najstarší brat už s nimi nebýval, ten sa osamostatnil už keď mal 18rokov, kvôli tomu ako ho otec stále bil
Prokreačná rodina	– respondent žije sám; partnerské vzťahy ktoré doteraz mal, nemali perspektívu; v budúcnosti by chcel vlastnú rodinu
Osobná anamnéza a osobné vzťahy	– resp. pôsobí vyrovnane, ale tvrdí, že nebol stále taký, prisudzuje to abstinencii a práci na sebe samom, – to že žije sám mu aj vyhovuje a sám tvrdí, že sa tým bráni cit. ublíženiu – mal pár vážnejších vzťahov, ktorých skončenie veľmi zle znášal a následne to riešil väčším množstvom alkoholu a drog – v začiatkoch abstinencie veľmi vnímal stigmu psychiatrickej diagnózy, čo mu aj sťažovalo nadviazanie novej známosti – keď začal abstinovať prišiel skoro o všetkých kamarátov a priateľov – teraz má jedného dobrého priateľa a pár kamarátov a kamarátok
Emocionálne prežívanie	– bol veľmi hanblivý, vie sa veľmi silno upnúť na vzťahy a následne veľmi zle znáša odlúčenie a rozchody, to platilo aj keď bol malý; teraz si vytvoril spôsob ako sa brániť citom; pred tým to boli drogy a alkohol, v súčasnosti sa drží bokom od ľudí, spoločnosť nevyhľadáva, je skôr samotár, čím sa aj bráni aj sklamaniam z možných vzťahov – má veľmi intenzívne prežívanie rôznych situácií a emócií – v rámci doliečovania potreboval medikamentóznu podporu antidepresív – v súčasnosti nemá žiaden vzťah, i keď mal známosť, s ktorou to vyzeralo vážnejšie, ale zistil, že sa opäť začína trápiť z neopätovanej lásky – v zvládaní silných emocionálnych situácií mu stále pomáha psychoterapeut a psyhoterapeutická skupina
Traumatické udalosti	– traumy z detstva v súvislosti s agresívnym správaním otca – rozvod rodičov – smrť otca vo veku 60 rokov

Sociálna a psychologická patológia	– s cigaretami, alkoholom a drogami začal na strednej škole – hodnotí to ako spôsob úteku od situácií, ktoré zažíval v doma – chcel nejako vyriešiť úzkosť a bolesť, ktorú prežíval – v detstve a v minulosti sa podceňoval, neveril si a riešil to drogami – chcel niekam patriť, cítil sa byť iný ako ostatní – mal pocit, že mu nikto nerozumie a partie, ktoré užívali drogy a alkohol ho prijímali takého, aký bol – neriešené emocionálne problémy, vnútorné konflikty, problém s drogami a alkoholom prerástol do niekoľkodňových opakovaných abúzov – začal mať stále väčšie problémy s peniazmi – zhoršoval sa mu aj zdravotný stav; už nevládal užívať toľko drog a alkoholu – partnerské vzťahy boli veľmi krátke – postupne sa uzatváral stále viac do seba – skúšal sa niekoľkokrát ambulantne liečiť ale bez úspechu – v posledných mesiacoch pred ústavnou liečbou už pil výlučne sám
Zdravotná anamnéza	– závislosť od alkoholu – v abstinencii – závislosť od viacerých psychoaktívnych látok – v abstinencii – závislosť od nikotínu – v abstinencii – sekundárna depresia – v remisii – viacnásobná ambulantná liečba – jedna ústavná liečba a niekoľko posilňovacích liečení – po absolvovaní liečby neuvádza žiadny lapsus/relaps
Školská anamnéza	– na základnej škole patril k lepším žiakom – na strednej škole začali problémy s dochádzkou ale aj so známkami – počas strednej školy začal konzumovať alkohol a drogy – strednú školu ale ukončil a začal chodiť aj na vysokú školu, ktorú ale zanechal a začal pracovať – v období abstinencie vyštudoval vysokú školu
Profesijná anamnéza	– od strednej školy sa snažil zarobiť peniaze, lebo matka, ktorá sa starala o celú domácnosť, nemala peniaze navyše a žili skromne, otec neplatil výživné – peniaze, ktoré zarobil, míňal na diskotéky, alkohol a drogy – nastúpil na civilnú vojenskú službu, keďže odmietol držať zbraň – po skončení civilnej vojenskej služby stále mal nejakú prácu, aby mal financie na alkohol a drogy, ale v žiadnej práci dlho nevydržal – nakoniec si nevedel žiadnu prácu už nájsť a odišiel do zahraničia, kde zarobil viac peňazí ale mal aj veľkú dostupnosť rôznych drog – v zahraničí často pil a drogoval sám – po rokoch sa vrátil na Slovensko, kde pokračoval v pití a užívaní drog – keď mu peniaze došli, začal pracovať a pracoval aj počas liečby závislosti od alkoholu a drog, aby mal peniaze – v súčasnosti je zamestnaný a má prácu, ktorá ho baví a napĺňa
Status praesens	– abstinuje 10 rokov od alkoholu a všetkých drog – pracuje, športuje, stará sa o svoj zdravotný stav – navštevuje psychoterapeutické skupiny a psychoterapeuta – býva sám, ale necíti sa osamelý; vníma však, že mu niečo v živote chýba – túži mať hlboký citovo uspokojujúci vzťah – je z toho často smutný – je sebavedomejší, istejší v živote a v situáciách – lepšie zvláda svoje emócie a ovláda svoje správanie
Testy	UCLA – 41, OESL – 42, EL – 26, SL – 16, SZ –14, PSZ – 10, MOS –84

Tab. 5 Prípadová štúdia č. 2 – respondent v abstinencii od alkoholu

Pán Gabriel, vek: 58 rokov; 12 rokov v abstinencii od alkoholu	
Nukleárna rodina	– žil iba s matkou, starou matkou a starým otcom ako jediný syn vnuk – matka bola slobodná – stará matka nedovolila dcére vychovávať syna, kvôli tomu boli medzi nimi hádky a po týchto hádkach nasledovala bitka od matky – vychovávala ho stará matka, s ktorou mal vrúcny vzťah – matka ho fyzicky trestala a psychicky týrala, matky sa bál
Prokreačná rodina	– vlastnú rodinu nemá – žije sám – nemá ani záujem si založiť rodinu – napísal už aj závet
Osobná anamnéza a osobné vzťahy	– pôsobí veľmi pokojne a vyrovnane – napriek tomu, že žije sám cíti, sa spokojný – samota mu vyhovuje – stará sa o dom, záhradu a má koníčky – rád cestuje a cestuje sám
Emocionálne prežívanie	– v detstve bol veľmi hanblivý a plachý – túto plachosť začal riešiť alkoholom
Traumatické udalosti	– strach pred vlastnou matkou – psychické týranie a emocionálne vydieranie vlastnou matkou – časté fyzické tresty
Sociálna a psychologická patológia	– s alkoholom experimentoval už na základnej škole – počas strednej školy si už sám kupoval alkohol, v noci utekal z domu, pil a túlal sa a ráno sa vracal domov – ako príčinu svojho pitia uvádza výchovu matky – bol jedináčik a matka chcela aby bol niečo viac ako ostatní, ale on chcel byť ako ostatní chlapci v okolí, a preto vzdoroval matke – v dospelosti, keď začal prejavovať záujem o opačné pohlavie, cítil vnútorné napätie, ktoré bolo spôsobené strachom (obavami) zo žien (ako príčinu uvádza trestajúcu výchovu matky) - konzumovaním alkoholu napätie potláčal – keď si nevypil, bol veľmi hanblivý a tichý – keď si vypil, vedel nadväzovať vzťahy a kontakty so ženami – pitie v ťahoch sa prejavilo už v prvom zamestnaní po skončení povinnej vojenskej služby – keď pracoval v zahraničí, pil sám, kde pod vplyvom alkoholu spôsobil autonehodu
Zdravotná anamnéza	– závislosť od alkoholu – v abstinencii – pitie v týždňových ťahoch – asi 5 rokov pred liečbou skúšal prestať (kontrolovane) piť – bez pokusu o ambulantnú liečbu – pred 12 rokmi absolvovaná jedna ústavná liečba, od vtedy abstinuje – ambulantne sa doliečoval a navštevoval psychoterapeutické skupiny – po absolvovaní liečby neuvádza žiadny lapsus/relaps
Školská anamnéza	– vo všeobecnosti sa dobre učil – stredoškolské vzdelanie ukončené – VŠ nedokončená z dôvodu pokusu o emigráciu

Profesijná anamnéza	– počas bývalého režimu pracoval ako steward lôžkových vozňov ČSD, kde výrazne konzumoval alkohol a nadväzoval známosti – po roku 1989 pracoval ako šofér v zahraničí – mal nadštandardný príjem, čo mu zabezpečilo heroický život a veľké množstvo alkoholu – v súčasnosti pracuje a to, čo robí ho baví a napĺňa
Status 2015	– pravidelne navštevuje terap. skupiny a v súčasnosti abstinuje siedmy rok – udržiava spoločenské kontakty, rád je ale sám, necíti sa osamelý – adoptoval si dieťa na diaľku (v Indii), vlastné deti nemá – vie nadviazať kontakty so ženami aj bez alkoholu, čo si veľmi pochvaľuje – sám seba si viac váži a cíti sa lepšie, abstinuje sa mu bez problémov
Status praesens	– psychoterapeutické skupiny už nenavštevuje – s abstinenciou nemá problém – stále žije sám – vzťah nemá ale má občasné známosti – stále robí to isté ako pred 4 rokmi a cíti sa v tom dobre
Testy 2015	SZ – 15, PSZ – 12, MOS - 50
Testy 2019	UCLA – 39, OESL – 39, EL – 23 , SL – 16 , SZ – 22, PSZ – 8, MOS–64

Tab. 6 Prípadová štúdia č. 3 – Respondent na začiatku procese resocializácie

Pán Pavol, vek: 40 rokov; 1 rok v resocializačnom stredisku (závislosť od alkoholu, od iných psychoaktívnych látok a hrania hazardných hier)	
Nukleárna rodina	– manipulatívna a direktívna matka – od detstva si pamätá, že otec pil v ťahoch – otec bol voči matke submisívny, mal výčitky, lebo pil a matka ho psychicky vydierala – matka s otcom sa často hádali – boli traja bratia, on je najstarší – on, mladší brat a otec boli závislí od alkoholu, ale každý pil iným spôsobom a mali svoje partie; pili ale aj spolu; otec pil skôr kvartálne – mladší brat aj on mali okrem toho aj depresívne stavy – najmladší brat sa skôr dištancuje a kontakty sú sporadické, nemá žiadne problémy s alkoholom ani s drogami
Prokreačná rodina	– počas VŠ sa oženil, 6 rokov nežijú spolu a chcú sa rozviesť – má dve deti vo veku 13 a 17 rokov, jedno dieťa je nemanželské a žije s vlastnou matkou, druhé dieťa tiež žije s matkou – manželka ho po celú dobu, keď boli spolu, podporovala v liečbe, chodila s ním aj na A-kluby keď mal snahu abstinovať
Osobná anamnéza a osobné vzťahy	– ako uvádza, „má rad spoločnosť ľudí, ale radšej trávi väčšinu svojho voľného času sám“; „vyhľadávam samotu“ – počas manželstva mal aj milenecké vzťahy
Emocionálne prežívanie	– pôsobí veľmi uzavreto, so smutnou až depresívnou náladou – úzkostné stavy – a ako uvádza, život sa mu zdal šedý, smutný, a tak sa ho snažil skrášliť alkoholom a drogami

Traumatické udalosti	– otec zomrel predčasne vo veku 54 rokov ako dôsledok zlyhania vnútorných orgánov vplyvom nadmerného pitia – dva roky po smrti otca sa mladší brat, ktorý pil a zneužíval lieky, obesil
Sociálna a psychologická patológia	– s alkoholom a drogami začal približne vo veku 20 rokov – 1x bol ne liečení už počas VŠ – keď nedokončil VŠ, začal skutočne vnímať, že má problém s alkoholom – keď mal 25 rokov pil takým spôsobom, že už bol niekoľkokrát na liečení – okrem alkoholu, liekov a marihuany, pred pár rokmi začal aj s pervitínom a hraním hazardných hier – po pervitíne už nemal nad sebou vôbec kontrolu – ťahy sám nevedel zastaviť, museli ho hospitalizovať na psychiatrii – pred pár rokmi ukradol aj matke peniaze – bol za to právoplatne odsúdený – do resocializačného strediska prišiel sám, niekoľko mesiacov po absolvovaní ústavnej liečby na Prednej Hore
Zdravotná anamnéza	– závislosť od alkoholu – v abstinencii – závislosť od iných stimulancií – v abstinencii – depresívny syndróm – v remisii – nelátková závislosť – hranie hazardných hier – v bstinencii – spolu asi 14x hospitalizovaný (liečba od závislostí, zastavenie ťahu) – má invalidný dôchodok kvôli psychiatrickým diagnózam
Školská anamnéza	– stredoškolské vzdelanie – VŠ neukončená
Profesijná anamnéza	– počas vysokej školy už pracoval, aby sa postaral o ženu a neskôr aj dieťa – mal súčasne aj dve práce – mal aj firmu s otcom a mladším bratom – keď kvôli pitiu prišiel o firmu, robil rôzne práce, len aby mal peniaze – kvôli dlhom z hrania vyhlásil osobný bankrot
Status praesens	– chce úspešne ukončiť resocializačný proces – chcel by partnerku – do pôvodného bydliska sa nechce vrátiť, aj kvôli matke – chodí na A-kluby, G-kluby a individuálne psychoterapie – t.č. abstinuje 18 mesiacov a z toho je 1 rok v resocializačnom stredisku
Testy 2019	UCLA – 26, OESL – 53, EL – 30 , SL – 23 , SZ – 27, PSZ –8 , MOS–77

Tab. 7 Prípadová štúdia č. 4 – Respondent na konci procesu resocializácie

Pán Marek, vek: 31 rokov; 2,5 roka v resocializačnom stredisku (závislosť od alkoholu, od iných psychoaktívnych látok a hrania hazardných hier)	
Nukleárna rodina	– otec bol a stále je veľmi direktívny – keď bol malý, otec ho podporoval v aktívnom športe – keď však otec odišiel za prácou do zahraničia, túto podporu stratil – v športovom kolektíve sa preto cítil osamelý a často sedel len na lavičke – cítil sa mimo kolektívu, aj preto lebo bol chudý a v kolektíve najvyšší – rodinné vzťahy vníma ako dlhodobo narušené – z detstva si pamätá, že sa rodičia hádali, keď bol otec opitý, ale otec asi nie je závislý (otec vlastní vinohrady a vyrába víno) – starší súrodenci (brat a sestra) z otcovho prvého manželstva bývajú samostatne – hádky s otcom začali, keď mal 17 rokov, neskôr to už bolo veľmi zlé a často býval aj niekoľko dní mimo domu, čo hádky len stupňovalo
Prokreačná rodina	– vlastnú rodinu zatiaľ nemá
Osobná anamnéza a osobné vzťahy	– pôsobí veľmi pokojne, zamyslene až smutne – mal trojročný vzťah, ktorý bol však „toxický“, ona mu tolerovala drogy a on jej alkohol a stále sa hádali, niekoľkokrát sa aj rozišli, ale stále sa vrátili späť k sebe – keď sa v zahraničí dostal do väzenia, získal odstup a poslal list priateľke a natrvalo sa s ňou rozišiel – keď sa vrátil na Slovensko, kamaráti ho vylúčili z kolektívu, lebo to bola ich kamarátka, s ktorou sa rozišiel; našiel si však inú partiu, s ktorou ďalej pokračoval v užívaní drog a ktorá sa „venovala“ umeniu – cítil, že mu niečo v živote niečo chýba – pod vplyvom drog a partie sa začal venovať umeniu a mal pocit, že sa v tom našiel – počas pobytu vo väzení v zahraničí a počas návratu na Slovensku rodičia o ňom nič nevedeli, úplne sa odlúčil od rodiny – neskôr sa uzavrel pred všetkými – cítil, že nie je spokojný so svojím životom, nevedel čo má robiť – vnímal, že môže dokázať v živote viac
Emocionálne prežívanie	– na základnej škole bol veľmi hanblivý a ustráchaný – uvedomuje i svoje emocionálne prežívanie a cíti, že mu v živote niečo chýba – uvádza, že pociťuje určitú vnútornú prázdnotu – pôsobí viac ako introvert – rád sám behá v prírode; cíti sa pri tom uvoľnený a spokojný
Traumatické udalosti	– odchod otca do zahraničia, keď bol ešte malý – výkon trestu odňatia slobody (v zahraničí)
Sociálna a psychologická patológia	– vo veku 14 až 15 rokov začal s cigaretami – vo veku 17 až 18 fajčil marihuanu a čoskoro na to skúsil aj pervitín – vo veku 20 rokov už kombinoval alkohol, pervitín, marihuanu a hral karty o peniaze – ešte sa snažil udržať prácu, ale nakoniec ho vyhodili – chodil si privyrobiť do zahraničia, čo mu poskytlo financie na drogy – v zahraničí pod vplyvom drog spáchal trestný čin a bol odsúdený trestom

Sociálna a psychologická patológia	odňatia slobody, ktorý si odpykával v zahraničí; po návrate na Slovensko pokračoval v užívaní drog – zarábal si sprostredkovaním distribúcie drog – po mesačnom ťahu, keď niekedy nespal aj niekoľko dní mal stavy úzkosti, paranoje, pocity prenasledovania, a dostal na psychiatriu a následne na liečenie na Prednú Horu – niekoľko dní po prepustení z Prednej Hory začal drogy znova užívať – následne mal dvojmesačný ťah, po ktorom sa rozhodol, že zmení prostredie a odišiel opäť do zahraničia – v zahraničí ťažko pracoval – bol sám a všetky zarobené peniaze stále minul na drogy – raz v práci, keď mal absťák a nevládal, si uvedomil, že takto žiť nechce – následne sa vrátil na Slovensko, chvíľu bol u rodičov – po detoxikácii na psychiatrii prišiel do resocializačného strediska
Zdravotná anamnéza	– závislosť od alkoholu – v abstinencii – závislosť od iných psychoaktívnych látok – v abstinencii – závislosť od hazardných hier – v abstinencii – žiadne iné ochorenia neuvádza
Školská anamnéza	– stredoškolské vzdelanie
Profesijná anamnéza	– mal množstvo zamestnaní, ale do všetkých chodil s nechuťou – len potreboval zarobiť peniaze – v súčasnosti má zamestnanie, ktoré ho baví a cíti sa v ňom dobre – vie si predstaviť, že túto prácu bude robiť aj ďalej alebo niečo podobné
Status praesens	– v súčasnosti je 2,5 roka v resocializačnom procese – otec mu naznačil, že sa môže vrátiť domov, no on nechce – vníma, že sa zmenil a bojí sa, že rodičia ho budú vnímať stále rovnako – ďalej uvádza návrat do pôvodného bydliska ako vysoko rizikovú situáciu – cíti aj veľa bariér medzi ním a rodičmi – o mesiac končí res. proces a má zabezpečený podnájom – teší sa, že sa sťahuje do vlastného podnájmu – príjem z práce mu zabezpečí, že sa môže osamostatniť – uvádza, že mu chýba blízka osoba, túži mať partnerský vzťah; tvrdí, že keď to príde, je pripravený mať vzťah s budúcnosťou – plánuje si veľkú zahraničnú cestu za prírodou – vytvoril si nové kontakty, aj v rámci resocializačného strediska – doliečovanie prostredníctvom A-klubov, svojpomocných skupín vníma ako jeho ďalšiu súčasť života v abstinencii
Testy 2019	UCLA – 31, OESL – 43, EL – 21 , SL – 22 , SZ –17, PSZ –16, MOS–72

V nasledujúcej Tab. 8 sú zobrazené teoreticky konceptualizované konštrukty vo vzťahu k indikátorom, ako k témam, ktoré sa pri analýze prípadových štúdií ukázali ako ústredné, a ktoré reflektujú príčiny osamelosti, závislosti a môžu sťažovať celkový proces terapie, doliečovania a perspektívu abstinencie.

Tab. 8 Porovnanie prípadových štúdií – konštrukty a indikátory

Konštrukty			
Osamelosť ⇄ Závislosť / Abstinencia			
Indikátory →	Dysfunkcie v rodine	p. š. 1.	psychické a fyzické týranie otcom; časté hádky rodičov; neúplná rodina
		p. š. 2.	psychické a fyzické týranie matkou; časté hádky rodičov; neúplná rodina
		p. š. 3.	manipulatívna a direktívna matka ; hádky rodičov
		p. š. 4.	direktívny otec; časté hádky rodičov
	Závislosť v rodine	p. š. 1.	závislý otec
		p. š. 2.	bez závislosti
		p. š. 3.	závislý otec a brat
		p. š. 4.	zvýšené konzumovanie alkoholu otcom
	Traumatické udalosti	p. š. 1.	rozvod rodičov; smrť otca
		p. š. 2.	smrť matky uvádza ako úľavu
		p. š. 3.	smrť otca, samovražda brata
		p. š. 4.	v detstve odchod otca do zahraničia; trest odňatia slobody v zahraničí
	Emocionálne prežívanie	p. š. 1.	veľmi hlboké a intenzívne prežívanie emócií a citov, býval veľmi hanblivý a podceňoval sa
		p. š. 2.	hanblivý a veľmi neistý, silné vnútorné napätie, dokonca strach pri stretnutí so ženami
		p. š. 3.	tendencia k depresívnemu ladeniu, úzkostlivý, pôsobí uzavretý
		p. š. 4.	v detstve hanblivý, ustráchaný; pôsobí viac ako introvert, pociťuje vnútornú prázdnotu
	Psychologická a sociálna patológia	p. š. 1.	konzumácia alkoholu a užívanie drog ako spôsob zvládania emocionálnej bolesti a citovo i sociálne vypätých situácií.
		p. š. 2.	konzumácia alkoholu ako reakcia na trestajúcu výchovu matky, konzumácia alkoholu ako spôsob zvládania emocionálnych situácií v kontakte so ženami
		p. š. 3.	konzumácia alkoholu a užívanie drog ako spôsob zvládania reality, ktorá sa mu zdala byť smutná
		p. š. 4.	konzumáciou alkoholu a užívaním drog sa snažil niečo nájsť čo mu v živote chýbalo čo by ho uspokojovalo a napĺňalo

4 Cez osamelosť k abstinencii

Z hlbšieho, spirituálneho alebo existencionálneho významu, abstinencia neznamneá len „jednoduché“ nepitie, ale je chápaná ako *stav duše* (Kredátus 1995; Mariani 2010). Abstinencia znamená reštrukturalizáciu celej osobnosti závislého, kedy prostredníctvom prijatia zodpovednosti za svoju diagnózu, závislý prijíma zodpovednosť za svoj život s odhodlaním zmeniť svoj doterajší spôsob bytia. Snahou terapeutického procesu i vzájomnej skupinovej pomoci abstinujúcich závislých je, aby človek, ktorý ešte stále trpí, začal prežívať svoje skutočné Ja, aby postupne menil celkový postoj k okolitému svetu, k životu, k ľuďom i k sebe samému. Tak sa závislý prepracováva k *zrelej* abstinencii, ako stavu, keď človek už nepotrebuje piť. V takomto prípade možno hovoriť o abstinencii kvalitnej, tvorivej a zmysluplnej (Kredátus 1995).

4.1 Abstinencia a osamelosť

Rozhodnutie ukončiť svoj doterajší spôsob života a vykročiť na cestu abstinencie vytvára pre závislého človeka enormnú *psychickú záťaž*, v ktorej sa môže spájať *prežívanie osamelosti* ako interval medzi koncom starého života a začiatkom (Moustakas, Moustakas 2004) neistej budúcnosti, hanba za bolesť, škody a krivdy, ktoré napáchal, pocity viny za svoje zlyhania, výčitky za premárnený život, úzkosť, strach, frustrácia i deprivácia a množstvo nevyriešených interpersonálnych a intrapersonálnych problémov a konfliktov. V tomto momente možno hovoriť aj o osamelosti ako existencionálnej frustrácii (Frankl 2011), kedy je človek konfrontovaný s vlastným vnútorným a okolitým svetom. Otázky, ktoré boli doposiaľ potláčané, obchádzané a ostali nezodpovedané, nadobúdajú taký kvalitatívny i kvantitatívny rozsah, kedy už nie je možné dané otázky obísť bez hlbšej devalvácie, dekadencie a patologizácie vlastnej osobnosti vo všetkých rozmeroch bytia. *Abstinencia* predstavuje výzvu, ktorá dáva človeku možnosť transformovať vlastné utrpenie na neobmedzený zdroj energie, zaujať zodpovedný a slobodný postoj k svojmu bytiu, kongruentný vzťah k svojmu *organizmu*, nájsť samého seba a odpovedať na bazálnu otázku *„Kto vlastne som?“*. Zodpovedanie otázky *„Kto vlastne som?“* obsahuje aspekty, ktoré sú definované v ponímaní *osamelosti* a *utvárania osobnosti* podľa Rogersa (1999). Nezodpovedanie tejto základnej otázky v súlade s *organizmom* vedie k odtrhnutiu (odcudzeniu) od *reálneho self*, čo je *„najosamelejší stav zo všetkých“* (Rogers 1999, s. 129). Závislosť a abstinencia predstavuje konfrontáciu seba samého a vlastného života, kedy v

úplne novej podobe vyvstávajú aj ďalšie otázky: *Aké sú ciele môjho života? Akú prácu si mám zvoliť? Aké hodnoty mám vyznávať? Aký spôsob života si mám zvoliť?* (Giddens 1992, in: Navrátil 2013a; Gregorová 2017).

Cieľom terapeutického procesu nie je len samotná abstinencia, pretože tá predstavuje podmienku a nástroj zmeny spôsobu života (Kredátus 1995; Kahan 2014). Aby sa závislý stal abstinentom, prebudoval svoj život a zaujal aktívny vzťah k svojmu bytiu, k tomu potrebuje *zdieľať* svoj vnútorný svet prostredníctvom *nápomocného vzťahu* vo *sfére participácie* (Kredátus 1995; Rogers 1995; Fromm 2014; Musil 2013; Kahan 2014; Kahan, Žiaková 2016; Kahan, Žiaková 2017). Prostredníctvom *participácie* v kontexte *sociálneho prostredia* sa človek stáva pozorovateľom i účastníkom vlastnej premeny. Pri osvojovaní si nových spôsobov správania je v terapeutických procesoch efektívne využívaná *teória učenia* (Volpicelli, Szalavitz 2000). Avšak nie každá liečba je rovnako vhodná pre každého. Niektorí ľudia potrebujú racionálne pochopiť sociálne a fyzické podnety, iní cez uvedomenie si svojho prežívania a emocionálnych reakcií dospejú k abstinencii, čím pochopia svoje staré vzorce správania (Nešpor 2011; Ellis, Ellis 2013; Volpicelli, Szalavitz 2000). Samotný *vhľad* môže človeku pomôcť len čiastočne a prílišné zaoberanie sa minulosťou často bráni potrebnej zmene. Je podstatné, aby človek poznal vnútorné a vonkajšie vplyvy, ktoré prispeli k jeho problémom a následne, aby pochopil, čo môže urobiť pre zlepšenie svojho psychického i fyzického zdravia (Ellis, MacLaren 2005). Kognície, emócie, správanie a bio-psycho-sociálny prístup zohľadňujú tri aspekty života človeka. Filozofická alebo spirituálna úroveň otvára priestor pre zmenu na hlbšej úrovni. Vlastná hlboká filozofická zmena postojov k životu, konfrontácia a zodpovedanie existenciálnych otázok a napĺňanie života skutočným zmyslom vedie ľudí k celkovej zmene, ktorá siaha za kognície, emócie a správanie (Ellis, MacLaren 2005; Jung, in: Nešpor 2011; Frankl 2009; Křivohlavý 2010; Skála 1987, in: Nociar, 1991; Alcoholics Anonymous, 2001). Človek začína byť nezávislý v úsudku i správaní (nonkonformita), abstinuje z vlastného presvedčenia a za prítomnosti kritického rozumu (Kredátus 1995; Slaměník 2008b; Fromm 2014). Aktívny vzťah k svojmu bytiu, vnútornému prežívaniu, znamená dať výraz vlastným schopnostiam, talentu, obnovovať sa, rásť, prekračovať vlastné izolované *ego*, čeliť výzve života v abstinencii a meniť seba samého (Fromm 2014; Frankl 2011; Kahan, Žiaková 2017).

4.2 Osamelosť ako významný rizikový faktor porušenia abstinencie

Spoločnosť vystavuje svojich členov stále väčším ekonomickým, sociálnym a psychickým nárokom, ktoré nie každý človek vie zvládnuť so zachovaním psychického a fyzického zdravia. Existuje množstvo príčin, dôvodov, prečo ľudia začínajú s užívaním psychoaktívnych látok, v ktorých je možné identifikovať vplyv rôznych faktorov ekosystému. Ide napríklad o úmysel vyskúšať a zažiť niečo nové, zažiť vzrušenie z rizika, zabaviť sa, získať pocit väčšej sebadôvery, vplyvom okolia, ako prejav konformity so sociálnymi alebo kultúrnymi normami (rovesnícka skupina, komunita, kolegovia), ako výraz protestu, prejav individuality, pre pocit uvoľnenosti a väčšej komfortnosti, snažiac sa zabudnúť na osobné alebo pracovné problémy, s cieľom zbaviť sa emocionálnej a/alebo psychickej bolesti (úzkosť, smútok, osamelosť, absencia zmyslu života, pocity prázdnoty atď.), vrátane minulého alebo súčasného abúzu, vyrovnávanie sa so záťažou, pre umocnenie pocitu šťastia atď. (Frankl 2011; Křivohlavý 2010; Galvani 2012; Lipovetsky 2013). Situácií, spôsobujúcich človeku rôznu mieru záťaže, ktoré sú nad rámec jeho disponibilných kompetencií a schopností, a ktoré generujú riziko porušenia abstinencie, je nespočetne mnoho (Heitmeyer – Olk 1990, in: Ondrejkovič 2009; Hošek 1999).

Psychická záťaž osamelosti vychádza z jej samotnej podstaty. Je určená pomocou troch aspektov – ako interpretácia okolitého sveta na základe *subjektívneho prežívania*, ako určitý *deficit v interpersonálnych vzťahoch* a ako *negatívny stav* (Perlman, Peplau 1982). Osamelosť nadobúda kvalitatívny i kvantitatívny rozmer, ktorý je priamo úmerný druhu a typu osamelosti. Rôzne štúdie potvrdzujú štatisticky významný vzťah medzi osamelosťou a závislosťou od psychoaktívnych látok, čo zvyšuje celkovú psychickú záťaž. Ľudia závislí alebo užívajúci psychoaktívne látky vykazujú pocity osamelosti vo väčšej miere ako iné skupiny obyvateľstva, bez ohľadu na to, či je osamelosť prediktor alebo následok užívania, alebo závislosti (Nerviano, Gross 1976, in: Medora, Woodward 1991; Rokach 2002; Medora, Woodward 1991; Akerlind, Hornquist 1992; Kahan, Žiaková 2015). Taktiež sú potvrdené vzťahy medzi osamelosťou a závislosťou v činiteľoch osobnostných nedostatkov, vývinových deficitov, neuspokojivých intímnych vzťahov, významného intímneho odlúčenia a sociálneho vylúčenia. Potvrdené sú aj rozdiely medzi mužmi a ženami v prežívaní osamelosti (Rokach 2002). Dané zistenia reflektujú *interakčný prístup k osamelosti* v rovinách osamelosti emocionálnej a sociálnej izolácie, opierajúc sa o psychodynamické aspekty, ako aj situačné vplyvy rôznych úrovní sociálneho prostredia (Sullivan 1953, in: Weiss 1985; Bowlby 1985;

Weiss 1985a,b,c). *Abstinencia* vytvára pre závislého človeka v novom spôsobe života často krajné záťažové situácie, ktoré predstavujú rôznu mieru rizika porušenia abstinencie, a v ktorých si nevystačí so starými vzorcami správania, myslenia a prežívania. Situácie, pri ktorých zdravý človek vyvinie len minimum energie, sa pre závislého človeka môžu zdať neprekonateľné. Aby závislý človek začal abstinovať, zmenil svoje postoje, vytvoril a udržal nové a kvalitné sociálne vzťahy, ktoré budú zmysluplné a zdravé, si vyžaduje množstvo učenia, času a úsilia. Takáto zmena nemôže byť vykonaná osamote a vyžaduje si pomoc a podporu, ktorú môže závislý získať v rodine, v osobných intímnych vzťahoch, v svojpomocnej skupine, v terapeutickej skupine alebo v iných podporných skupinách či komunitách, kde môže zdieľať svoje vnútorné prežívanie, subjektívnu interpretáciu okolitého sveta a zbaviť sa tak trýznivého pocitu z prežívanej osamelosti sociálnej a/alebo emocionálnej izolácie.

4.3 Lapsus, relaps a recidíva

Porušenie abstinencie je fenomén, ktorý môže byť chápaný v rôznych kvalitatívnych úrovniach. Lapsus, relaps a recidíva sú pojmy, ktorými sa z rôznych perspektív definujú stavy kedy dochádza u závislého človeka k užitiu alebo užívaniu psychoaktívnej látky, od ktorej abstinuje. Podstatnejšie ako terminologický alebo sémantický výklad týchto pojmom je to, ako chápe a prežíva porušenie abstinencie samotný závislý človek a aké správanie bude po porušení abstinencie u neho ďalej nasledovať.

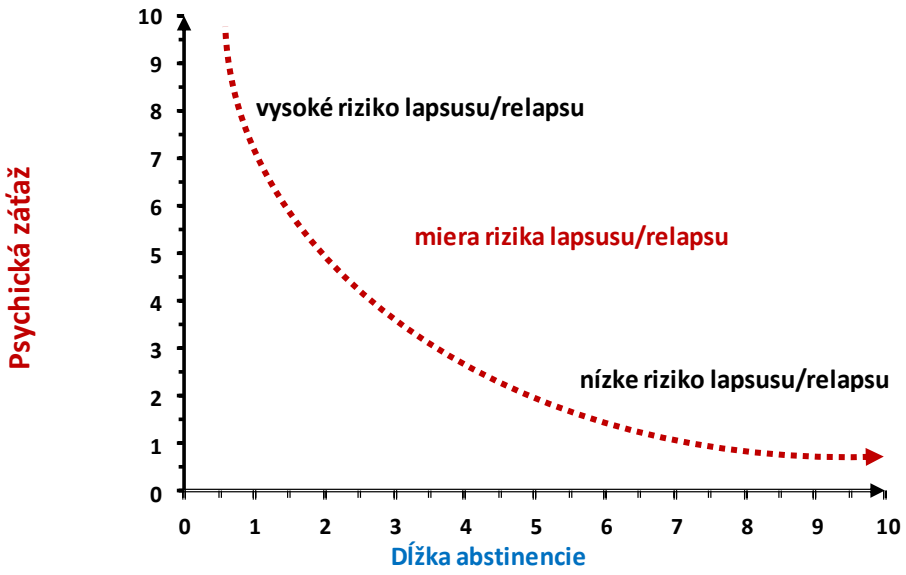
Lapsus znamená jednorazové porušenie abstinencie, ináč označované aj ako „pošmyknutie“, ktoré nemusí nevyhnutne viesť k relapsu. Klinická prax a výskumy dokazujú, že vo väčšine prípadov jednorazové porušenie abstinencie *(lapsus)* nemusí viesť k návratu na pôvodnú úroveň užívania psychoaktívnej látky. Klinická prax na základe dôkazov zohľadňuje opodstatnenosť trojstupňového modelu, ktorý možno znázorniť nasledovne: *abstinencia – lapsus – relaps. Lapsus* možno definovať ako akékoľvek samostatné porušenie pravidiel alebo súboru zásad, ktoré si jedinec sám stanovil a ktoré sa týkajú častosti alebo typu vybraného cieľového správania (Wanigarante et al. 1990, in: Kuda, 2008).

Relaps je proces definovaný ako návrat symptómov po dosiahnutí remisie, kedy sa závislý človek opäť dostáva na približne pôvodnú úroveň užívania psychoaktívnej látky, mnohokrát však s prehlbujúcimi sa problémami. Proces, v ktorom sa vzájomne podmieňujú kognitívne, behaviorálne a afektívne zložky. Vývoj, ktorý vedie k porušeniu abstinencie, začína už niekoľko týždňov pred samotným užitím drogy. Širší základ relapsu spočíva v

celkovej nerovnováhe životného štýlu, z ktorého vyplývajú konkrétne, vysoko rizikové situácie (high-risk situations) ohrozujúce sebakontrolu jedinca a vedúce k porušeniu abstinencie. Tieto záťažové situácie sú kategorizované v kontexte emocionálnych, interpersonálnych a environmentálnych charakteristík ako situácie, ktoré zohrávajú významnú rolu pri relapse. Ide o nasledujúce situácie:

- negatívne emocionálne stavy ako nuda, úzkosť, agresivita, frustrácia, depresia, tiež označované ako *intrapersonálne vysoko rizikové situácie* (medzi ktoré patrí aj *osamelosť*),
- situácie, ktoré zahŕňajú inú osobu alebo skupinu osôb, najmä interpersonálne konflikty, t.j. *interpersonálne vysoko rizikové situácie*,
- *sociálny tlak* (ľudí, ktorí konzumujú alkohol) zahŕňajúci priame verbálne alebo nepriame presviedčanie k užitiu alkoholu,
- *pozitívne emocionálne stavy* – vystavenie sa stimulom alebo podnetom z okolia, testovanie vlastnej kontroly nad pitím a iné nešpecifické stavy, ktoré môžu spôsobovať baženie a relaps (Marlatt, Gordon 1985; Marlatt 1996).

Obr. 1 Riziko lapsusu/relapsu vo vzťahu k psychickej záťaži a dĺžke abstinencie



Kategorizovanie vysoko rizikových situácií, ktoré môžu predchádzať relapsu, vychádzajú z celého radu rovnakých interpersonálnych a intarapersonálnych príčin ako osamelosť a v mnohých aspektoch sa prekrývajú s jej samotnými symptómami. Na Obr. 1 je

znázornený hypoteticky vzťah medzi psychickou záťažou a dĺžkou abstinencie, vo vzťahu k riziku lapsusu/relapsu. Graf znázorňuje, že riziko porušenia abstinencie priamoúmerne klesá tak, ako klesá psychická záťaž, vo vzťahu k rastúcej dĺžke abstinencie. Určitá miera rizika porušenia abstinencie pravdepodobne bude pretrvávať po celý zvyšok života závislého človeka, avšak je predpoklad, že tá sa bude udržiavať na konštantnej úrovni, s občasnými kritickými výkyvmi, ktoré súvisia viac so samotnými životnými situáciami ako so závislosťou alebo abstinenciou.

Recidíva predstavuje návrat k predchádzajúcemu správaniu, hlavne delikventnému (Matoušek 2008). Tento prístup je silne moralistický (Kuda 2008). Pojem recidíva/recidivizmus obsahuje trestno-právnu konotáciu a vo vzťahu k závislosti je častejšie používaný pojem *relaps. Relaps/recidíva* je definovaný ako návrat symptómov po dosiahnutí čiastočnej *remisie*, vyjadrenej opätovným návratom potlačenej choroby alebo správania (Hartl, Hartlová 2010; Pavlovská 2015). *Recidíva/relaps* na jednej strane a *absolútna abstinencia* na strane druhej znamená *„všetko alebo nič“* a neumožňuje opravný krok pri *„pošmyknutí“ (laps)*. V tomto chápaní je jednorazové užitie drogy vnímané ako obnovenie ochorenia. Porušenie abstinencie tu predstavuje úplné zlyhanie a devalváciu všetkého, čo závislý doposiaľ v liečbe závislosti dosiahol (Kuda 2008). Aplikovanie absolútnej definície aj pri zohľadňovaní všetkých aspektov medicínskeho konceptu ochorenia je problematické vzhľadom na to, že:

a) abstinencia je v tomto chápaní jediným cieľom – napriek tomu, že abstinencia je cieľom intervencií pri zneužívaní látok, nie je možné, aby to bolo cieľom v celej šírke závislého správania,
b) táto definícia nemôže zahŕňať dosiahnutie znížených (bezpečných) úrovní aktivity, ktoré vylučuje a neberie v úvahu,
c) recidíva/relaps je chápaný ako pasívny fenomén v absolútnej podobe – výskumy poukazujú na fakt, že relaps je skôr proces, ako jednorazový jav alebo výsledok procesu (Wanigarante et al. 1990, in: Kuda 2008).

4.4 Celková miera prežívanej osamelosti

Dva testy (test UCLA a test De Jong Gierveld – OESL), ktoré odlišným spôsobom zisťujú mieru celkovej osamelosti a ktoré v pilotnej štúdii vzájomne korelovali o sile $r = -0{,}626$ ($p_\alpha < 0{,}01$) a v hlavnom výskume $r = -0{,}759$ ($p_\alpha < 0{,}01$) potvrdili náš predpoklad na

všetkých známych hladinách štatistickej významnosti. Hospitalizovaní respondenti prežívajú celkovú osamelosť vo väčšej miere ako závislí respondenti, ktorí sú v abstinencii (Tab. 9).

Tab. 9 U-test – Miera prežívanej osamelosti u látkovo závislých ľudí

		N	x(skóre)	x∑P	p(α)
UCLA	H	122	46,32	122	<0,001****
	A	88	40,48	82,3	
OESL celková osamelosť	H	122	35,34	91,2	<0,001****
	A	87	40,34	124,4	
EL emocionálna osamelosť	H	122	18,84	88,6	<0,001****
	A	87	22,48	128	
SL sociálna osamelosť	H	122	16,81	98,8	0,08
	A	87	18,07	113,7	

**** $p_{\alpha} < 0,001$

Pri danom zistení treba však zohľadňovať fakt, že samotný situačný kontext hospitalizácie môže mať vplyv na aktuálne, subjektívne prežívanie osamelosti, avšak iba do určitej miery. Osamelosť je definovaná ako stav, kedy vzniká pre človeka významný kvantitatívny, a/alebo kvalitatívny deficit v oblasti osobnej siete intímnych a sociálnych vzťahov. Vyplývajúc z toho, že jednotlivé druhy vzťahov nemôžu byť vzájomne nahradené, celkové prežívanie osamelosti je v určitej miere stabilné v čase, pokiaľ sa nevytvorí nový vzťah, ktorý naplní potrebu reflektovanú osamelosťou. U abstinentov vplyv spirituality skupín Anonymných alkoholikov môže rozptyľovať pocity osamelosti. Výskumnú vzorku abstinujúcich respondentov výskumu tvorili respondenti z psychoterapeutických a svojpomocných skupín, zameraných na sekundárnu a terciárnu prevenciu. To je základný a najdôležitejší rozdiel v odlíšení od skupín iného charakteru, do ktorých môže byť človek začlenený s vytváraním novej osobnej sociálnej siete, kde sa môže cítiť menej osamelý, avšak takéto skupiny nie sú primárne zamerané na vzájomnú pomoc a podporu v abstinencii. Z analýzy prípadových štúdií č. 1 a č. 2 (Tab. 4, Tab. 5) vyplýva, že obidvaja abstinujúci respondenti sú skôr samotári, kedy je osamelosť vyjadrená ako ustálený spôsob prežívania. Potvrdzujú to aj ich výpovede a výsledky testov osamelosti, ktoré vypovedajú o tom, že aj napriek tomu, že obidvaja respondenti žijú sami, majú radi samotu a necítia sa osamelí. Respondenti z resocializačného strediska, ktorí taktiež uvádzali, že radi trávia čas osamote, vykazujú v testovaných kritériách nízku mieru osamelosti, dokonca ešte nižšiu ako abstinujúci respondenti. Tento fakt môže byť spôsobený tým, že jeden respondent je v komunite

resocializačného strediska jeden rok a druhý respondent dva a pol roka. Nasvedčuje tomu aj potvrdený štatisticky významný vzťah medzi osamelosťou a dĺžkou abstinencie (Tab. 10).

Tab. 10 Korelácia (r_s) medzi celkovou dĺžkou abstinencie a osamelosťou

			Dĺžka abstinencie (mesiace) (látkovo + nelátkovo závislí)			Celková dĺžka abstinencie (látkovo závislí)
			0 - 12	13 - 36	36<	
Spearmanov koeficient korelácie (r_s)	UCLA	r_s	**-,422***	-,236	-,141	**-,265***
		p(α)	,025	,228	,412	0,015
		N	28	28	36	84
	OESL celková osamelosť	r_s	**,482****	,236	,021	**,328****
		p(α)	,009	,237	,903	0,002
		N	28	27	36	83
	OESL emocionálna osamelosť	r_s	**,483****	,280	,076	**,340****
		p(α)	,009	,158	,659	0,002
		N	28	27	36	83
	OESL sociálna osamelosť	r_s	,331	,119	-,058	**,291****
		p(α)	,086	,555	,738	0,008
		N	28	27	36	83
	MOS ∑	r_s	,316	,228	,165	0,174
		p(α)	,108	,263	,342	0,123
		N	27	26	35	80

** $p_\alpha < 0,01$; * $p_\alpha < 0,05$

Tento nepriamúmerný vzťah sa najsilnejšie prejavil v prvých dvanástich mesiacoch abstinencie. Z uvedeného možno predpokladať, že celkové prežívanie osamelosti vystupuje ako významný rizikový faktor porušenia abstinencie v rozhodujúcom období dvanástich mesiacov po ukončení primárnej liečby od závislosti. Tento predpoklad bol potvrdený na úrovni celkovej osamelosti OESL a sociálnej osamelosti SL, vo vzťahu k porušeniu abstinencie (Tab. 11).

Tab. 11 U-test – Porušenie abstinencie vo vzťahu k osamelosti

	porušenie abstinencie	N	x (skóre)	x∑P	p(α)
UCLA	áno	19	43,63	51,1	0,06
	nie	64	39,41	39,3	
OESL celková osamelosť	áno	19	35,74	27,6	0,004***
	nie	63	41,94	45,7	
EL emocionálna osamelosť	áno	19	20,95	32,8	0,069
	nie	63	23,08	44,1	
SL sociálna osamelosť	áno	19	14,79	23,8	<0,001****
	nie	63	19,14	46,8	

**** $p_\alpha < 0,001$; *** $p_\alpha < 0,01$

Celkový test osamelosti (OESL) štatisticky potvrdil, že respondenti, ktorí porušili abstinenciu, sa cítia vo väčšej miere osamelí ako tí, ktorí abstinenciu neporušili. Celkový test osamelosti (UCLA) dosiahol hraničnú hodnotu štatistickej významnosti, kde môžeme predpokladať, že s rovnomerným a väčším počtom respondentov v porovnávaných skupinách by sa štatisticky významný rozdiel taktiež potvrdil. Abstinujúci respondenti z prípadových štúdií č. 1. a č. 2. nemali počas svojej abstinencie lapsus/relaps a ich hodnoty testov celkovej osamelosti sa zhodujú so štatistickými zisteniami. Z hľadiska rodu boli zistené rozdiely medzi hospitalizovanými mužmi a ženami v prežívaní celkovej osamelosti, ktoré boli potvrdené na všetkých známych hladinách štatistickej významnosti (Tab. 12).

Tab. 12 U-test – Rozdiel medzi mužmi a ženami v prežívanej osamelosti (hospitalizovaní)

	rod	N	x (skóre)	x∑P	p(α)
UCLA	muži	84	44,5	54	<0,001****
	ženy	38	50,34	78	
OESL celková osamelosť	muži	84	36,93	67,7	0,004***
	ženy	38	31,82	47,8	
EL emocionálna osamelosť	muži	84	19,58	66,1	0,032*
	ženy	38	17,18	51,3	
SL sociálna osamelosť	muži	84	17,68	67,4	0,006***
	ženy	38	14,89	48,5	

**** $p_\alpha < 0{,}001$; *** $p_\alpha < 0{,}01$; * $p_\alpha < 0{,}05$

Medzi respondentmi mali väčšie zastúpenie muži, čo tiež vytvorilo značný nepomer v početnosti porovnávaných skupín. Na dopočítaných priemeroch skóre z jednotlivých testov sú rozdiely tiež evidentné. Hospitalizované ženy prežívajú celkovú osamelosť vo väčšej miere ako hospitalizovaní muži. Tento fakt môže byť zapríčinený viacerými dôvodmi. Hlavný dôvod môže byť ten, že ženy sú často matkami odlúčenými od rodiny a od svojich detí. Toto odlúčenie môže výrazne pôsobiť na prežívanú osamelosť. Ďalší dôvod môže byť ten, že v ústavných zariadeniach je zastúpenie mužov v desiatkach, zatiaľ čo žien býva iba niekoľko. Na rozdiel medzi mužmi a ženami v prežívaní osamelosti poukazuje aj Weiss (1985c), keď konštatuje, že muži často vedia rýchlejšie nadviazať sociálne kontakty v novom prostredí (Medora, Woodward 1991). U abstinujúcich respondentov sa tento predpoklad nepotvrdil, neexistujú štatisticky významné rozdiely medzi abstinujúcimi mužmi a ženami v prežívaní

sociálnej, emocionálnej a celkovej osamelosti (Tab. 13). Z toho môžeme usudzovať, že abstinencia, ako spôsob usporiadania života a stabilizácia v jednotlivých oblastiach sociálneho a súkromného života vo vzťahu k osamelosti pôsobí rovnako na mužov aj na ženy.

Tab. 13 U-test – Rozdiel medzi mužmi a ženami v prežívanej osamelosti (abstinujúci)

	rod	N	x (skóre)	x∑P	p(α)
UCLA	muži	51	40,25	44,8	0,882
	ženy	37	40,61	44	
OESL celková osamelosť	muži	51	40,49	44	0,997
	ženy	36	40,14	43,9	
EL emocionálna osamelosť	muži	51	22,59	44,1	0,938
	ženy	36	22,33	43,7	
SL sociálna osamelosť	muži	51	18,25	45,1	0,622
	ženy	36	17,81	42,4	

U hospitalizovaných respondentov boli zistené aj štatisticky významné rozdiely v miere celkovej osamelosti medzi tými, ktorí sú slobodní a tými, ktorí majú akýkoľvek vzťah (Tab. 14). Vedľajším výpočtom sme zistili, že tento rozdiel sa u abstinujúcich respondentov nepotvrdil.

Tab. 14 U-test – Rozdiel v prežívanej osamelosti podľa kritéria rodinný status (hospitalizovaní)

	Rod. status	N	x (skóre)	x∑P	p(α)
UCLA	ženatí/vydaté /iný vzťah	39	42,95	47	0,002****
	slobodní/é	83	47,9	68,3	
OESL celková osamelosť	ženatí/vydaté /iný vzťah	39	38,95	75,8	0,002****
	slobodní/é	83	33,64	54,8	
EL emocionálna osamelosť	ženatí/vydaté /iný vzťah	39	20,77	73,7	0,009***
	slobodní/é	83	17,93	55,8	
SL sociálna osamelosť	ženatí/vydaté /iný vzťah	39	18,69	74,9	0,004***
	slobodní/é	83	15,93	55,2	

**** $p_\alpha < 0{,}001$; *** $p_\alpha < 0{,}01$

4.5 Emocionálna osamelosť

Emocionálna osamelosť vychádza z deficitov spôsobených nesýtením základných potrieb intimity, afiliácie a lásky. U všetkých respondentov z prípadových štúdií (Tab. 8) sa vyskytli výrazné dysfunkcie a traumatické udalosti v nukleárnej rodine. V dvoch prípadoch išlo o závislosť rodiča. V troch prípadoch išlo o psychické a v dvoch prípadoch aj o fyzické týranie v detstve. Medora a Woodward (1991) porovnávali skupinu respondentov, u ktorých sa vyskytla alkoholová závislosť v rodine so skupinou respondentov, u ktorých sa v rodinnej histórii nevyskytla závislosť od alkoholu. Dospeli k zisteniam, že respondenti, u ktorých bola prítomná závislosť v rodine sa cítili vo väčšej miere osamelí ako členovia rodín, u ktorých závislosť prítomná nebola. Všetci respondenti prípadových štúdií (Tab. 8) uvádzali výrazné ťažkosti s emocionálnym prežívaním, ako hanblivosť, podceňovanie, neistotu v nadväzovaní intímnych známostí a sociálnych kontaktov, vnútorné napätie, hanblivosť, neistotu úzkosť a strach. Medora a Woodward (1991) vo svojom výskume tiež zistili negatívny vzťah medzi osamelosťou a sebaúctou. Čím viac boli závislí ľudia osamelí, tým nižšia bola ich sebaúcta. V autorskom výskume sa na všetkých známych hladinách štatistickej významnosti potvrdilo (Tab. 9), že hospitalizovaní respondenti prežívajú emocionálnu osamelosť vo väčšej miere ako abstinujúci respondenti. Je preto veľký predpoklad, že závislí ľudia majú rôzne ťažkosti so zvládaním vlastných emócií rôzneho charakteru, ktoré majú pravdepodobne príčiny vo vývinovej histórii. Rodičia sú vzorom pre svoje deti. Netýka len oblasti konzumácie alkoholu alebo iných drog, ale týka sa to všetkého vzorového správania, sociálnych spôsobilostí a modelových situácií, ktoré sa dieťa v priebehu vývinu učí od svojich rodičov. Človek – dieťa potrebuje pre svoj zdravý a optimálny vývin istotu a bezpečie. Ambivalentné postoje a city, nevypočítateľné správanie, často s agresívnymi tendenciami spôsobujú zmätok a disharmóniu v celom rodinnom systéme (Bock 2008; Woititz 2002). Aj keď závislý alebo spoluzávislý rodič hovorí dieťaťu „ľúbim ťa“, hovorí to v zúfalstve a trápení. Túto inkongruentnosť dieťa cíti, čo sa následne môže prejaviť u dospelých detí alkoholikov ambivalentnosťou v interpersonálnych vzťahoch, iracionálnymi presvedčeniami a musturbačnými spôsobmi správania a myslenia s negatívnym emocionálnym prežívaním (Woititz, 2002; Ellis, MacLeren 2005). Woititz (2002) uvádza všeobecné charakteristiky v rôznej miere vyskytujúce sa u dospelých detí alkoholikov: dospelé deti alkoholikov len tušia, aké správanie je normálne; majú problém s dokončením začatých vecí; klamú, aj keď povedať pravdu je ľahké; hodnotia sa veľmi prísne, bez zľutovania; majú problém sa zabávať; vnímajú sa veľmi vážne; majú ťažkosti v intímnych vzťahoch; reagujú prehnane na zmeny, nad ktorými nemajú

kontrolu; neustále sa dožadujú pochvaly a súhlasu; cítia sa byť odlišné od ostatných ľudí; sú prehnane zodpovedné, alebo prehnane nezodpovedné; dospelé deti alkoholikov sú extrémne oddané, aj keď táto oddanosť nie je zaslúžená resp. opodstatnená; sú impulzívne a majú tendenciu konať bez uváženia, prehodnotenia alternatívneho správania a zhodnotenia následkov. To vedie k pocitu zmätku, strate kontroly nad situáciou, čo má za následok averziu voči vlastnej osobe. Všetky tieto charakteristiky vychádzajú z dysfunkcií vo vývinovej histórii a vznikajúcich iracionálnych presvedčení – kognitívno-behaviorálnych konštruktoch, ktoré človeku spôsobujú v dospelosti celý rad (emocionálnych) ťažkostí a s ktorými si nevie poradiť. Užívanie alkoholu alebo drog v rodine pôsobí ako významný rizikový faktor, nie len na vznik drogovej závislosti u človeka – dieťaťa, respektíve iného člena rodiny, ale aj na riziko vzniku iných psychosomatických ochorení a psychosociálnych problémov. Traja respondenti uvádzali, že samota im vyhovuje a ďalší respondent uvádzal, že pociťuje vnútornú prázdnotu. Všetci respondenti z prípadových štúdií súhlasne konštatovali, že konzumovali alkohol a užívali drogy ako spôsob zvládania emocionálnej bolesti, „smutnej reality“ alebo ako vyplnenie vnútornej prázdnoty. Abstinencia neznamená len zbavenie sa závislosti, ale aj spracovanie dávnych emocionálnych zranení a vyriešenie kognitívnych a behaviorálnych problémov, ktoré sa viažu s týmito zážitkami. Štatisticky významný rozdiel v prežívaní emocionálnej osamelosti medzi respondentmi, ktorí porušili abstinenciu a tými, ktorí abstinenciu neporušili síce potvrdený nebol ($p(\alpha) = 0{,}069$), ale z uvedených priemerov (Tab. 11) je možné vidieť výrazný rozdiel. Porovnávané skupiny boli síce značne disproporčné, ale tí respondenti, ktorí porušili abstinenciu, prežívajú emocionálnu osamelosť vo väčšej miere ako tí, ktorí abstinujú bez porušenia abstinencie. Je preto oprávnené sa domnievať, že nevyriešené emocionálne ťažkosti a vnútorné konflikty, ktoré generujú emocionálnu osamelosť pôsobia ako významný rizikový faktor lapsusu/relapsu. Zdá sa, že toto riziko je väčšie u žien ako u mužov, vzhľadom na to, že sa potvrdil štatistický rozdiel v prežívaní emocionálnej osamelosti medzi hospitalizovanými mužmi a ženami (Tab. 12). Tento rozdiel medzi mužmi a ženami už pri abstinujúcich respondentoch potvrdený nebol (Tab. 13). Existencia partnerského vzťahu môže pôsobiť ako významná opora v liečbe. Medora a Woodward (1991) zistili negatívny vzťah medzi osamelosťou a hodnotením subjektívnej spokojnosti manželského vzťahu u ľudí závislých od alkoholu. Tí, ktorí sa cítili osamelí vo väčšej miere mali nižšie skóre spokojnosti vo vzťahu. V našom výskume bol potvrdený štatisticky významný rozdiel v prežívaní emocionálnej osamelosti medzi tými respondentmi, ktorí sú slobodní a tými, ktorí sú ženatí/vydaté alebo majú iný vzťah (Tab. 14).

Slobodní respondenti prežívajú emocionálnu osamelosť vo väčšej miere. Ich emocionálne potreby nie sú saturované, čo následne môže pôsobiť ako komplikácia v terapii a riziko v abstinencii. Toto riziko je štatisticky významné hlavne v prvých dvanástich mesiacoch (Tab. 10). Štatisticky významný vzťah medzi emocionálnou osamelosťou a abstinenciou v prvých dvanástich mesiacoch dosiahol silu korelácie r_s=0,483, na hladine štatistickej významnosti p_α<0,01.

4.6 Sociálna osamelosť

Sociálna osamelosť má podľa Weissa (1985c) svoje príčiny v detstve. Úzkosť a trápenie, ako dôsledok sociálnej osamelosti, keď dieťa nie je prijímané rovesníckou skupinou a je vylúčené z participácie na spoločných aktivitách, sa prenáša do dospelosti v zmysle ne/schopnosti vytvárať sociálnu sieť, nadväzovať sociálne kontakty a začleniť sa do niektorých zo skupín spoločnosti. Respondent z prípadovej štúdie č. 1 (Tab. 4) sa v minulosti a v detstve často podceňoval. Mal pocit, že mu nikto nerozumie ale chcel niekam patriť. Respondent z prípadovej štúdie č. 2 (Tab. 5) uvádzal, že chcel byť taký ako iní chlapci v okolí, kde býval. Respondent z prípadovej štúdie č. 4 (Tab. 18) uvádza, že keď bol dieťa sa cítil často vylúčený z kolektívu. V dospelosti túto skúsenosť opäť prežil, keď ho odmietli kamaráti jeho bývalej priateľky. Myslel si, že sa našiel v partii, ktorá užívala drogy a „venovala“ sa umeniu. Pri štatistickom spracovaní sa rozdiel medzi hospitalizovanými a abstinujúcimi respondentmi v prežívaní sociálnej osamelosti nepotvrdil (p(α) 0,08), ale z priemerných hodnôt v Tab. 9 je zrejmé, že hospitalizovaní respondenti prežívajú sociálnu osamelosť vo väčšej miere ako abstinenti. Sociálna osamelosť bude pravdepodobne zohrávať významnú úlohu v prevencii porušenia abstinencie. Usudzujeme to na základe toho, že tí respondenti, ktorí porušili abstinenciu, prežívajú sociálnu osamelosť v štatisticky výrazne väčšej miere ako abstinenti, ktorí abstinenciu neporušili (Tab. 11). Ako bolo spomenuté skôr, tieto výpočty majú svoje limity. Je však zrejmé, že respondenti, ktorí sa po ukončení primárnej liečby od závislosti cielene nedoliečujú, sú vystavení zvýšenému riziku lapsusu/relapsu. Toto riziko je pravdepodobne vyššie u žien, vzhľadom na to, že boli zistené štatistické významné rozdiely medzi hospitalizovanými mužmi a ženami v prežívanej osamelosti zo sociálnej izolácie (Tab. 12). U abstinujúcich respondentov, tento rozdiel nebol zistený (Tab. 13). To, že neboli zistené rozdiely medzi abstinujúcimi mužmi a ženami v celkovej osamelosti, emocionálnej osamelosti a ani v sociálnej osamelosti, sme predpokladali, vzhľadom na to, že všetci abstinujúci respondenti boli získaní zo

svojpomocných, socioterapeutických a psychoterapeutických skupín. Tieto skupiny saturujú potreby bezpečia, intimity a afiliácie. Do určitej miery môžu pravdepodobne sýtiť aj potreby intímneho spojenia s iným človekom, avšak jednotlivé druhy vzťahov nemožno vzájomne zamieňať. Slobodní hospitalizovaní respondenti prežívajú sociálnu osamelosť v štatisticky významne väčšej miere ako hospitalizovaní respondenti, ktorí sú ženatí/vydaté alebo majú iný vzťah (Tab. 14). Z toho môžeme tiež usudzovať, že sociálne a blízke intímne vzťahy sa môžu s časovým obmedzením a iba do určitej miery vzájomne kompenzovať, avšak človek potrebuje oba druhy vzťahov. Vzťah sociálnej osamelosti sa k dĺžke abstinencie štatistky významne potvrdil iba na úrovni celkovej dĺžky abstinencie, a to slabou koreláciou $r_s = -0{,}291$ ($p_\alpha < 0{,}01$) (Tab. 10). Jednodimenzionálny test UCLA, ktorý síce zisťuje celkovú úroveň osamelosti, je primárne zameraný na subjektívny pocit osamelosti zo sociálnej izolácie. Test UCLA v hlavnom výskume koreloval s dimenziou sociálnej subškály OESL na úrovni $r_s = -0{,}649$ ($p_\alpha < 0{,}001$) a s dimenziou emocionálnej subškály OESL $r_s = -0{,}657$ ($p_\alpha < 0{,}001$). V pilotnom výskume išlo o hodnoty – UCLA s dimenziou sociálnej subškály OESL – $r_s = -0{,}534$ ($p_\alpha < 0{,}001$) a s dimenziou emocionálnej subškály OESL $r_s = -0{,}543$ ($p_\alpha < 0{,}001$). Testom UCLA bol zistený stredne silný vzťah medzi osamelosťou a dĺžkou abstinencie 0–12 mes. a slabý vzťah pri celkovej dĺžke abstinencie. Z jednotlivých výpočtov môžeme súhrnne konštatovať, že sociálna osamelosť je vo vzájomnom vzťahu s dĺžkou abstinencie, hlavne čo sa týka prvých dvanástich mesiacov, kedy predstavuje rizikový faktor porušenia abstinencie (Tab. 10; Tab. 11).

4.7 Sociálne začlenenie

Kognitívny prístup vysvetľuje osamelosť prostredníctvom dvoch zložiek afiliácie. Ide o motivačnú zložku afiliácie, ktorá je určená veľkosťou a silou potreby a behaviorálnu zložku, ktorá vyjadruje mieru dosiahnutej afiliácie. Optimálne je, ak sú tieto dve zložky v rovnováhe. Priveľký rozdiel v jednom alebo druhom smere naznačuje, že človek sa môže cítiť osamelý alebo obťažovaný sociálnym okolím (kapitola 1.1.5). Testami bolo potvrdené, že v oboch zložkách afiliácie sú štatisticky významné rozdiely medzi hospitalizovanými a abstinujúcimi respondentmi. Hospitalizovaní respondenti sú v menšej miere sociálne začlenení (behaviorálna zložka) ale majú vyššiu mieru potreby sa sociálne začleniť (motivačná zložka). U abstinentov je to naopak. Abstinujúci respondenti sú vo väčšej miere sociálne začlenení (behaviorálna zložka) čím bola naplnená ich potreba afiliácie a miera motivačnej zložky

klesla. Môžeme konštatovať, že podľa kognitívneho prístupu a štatistických výpočtov sú hospitalizovaní respondenti vo väčšej miere osamelí ako abstinenti. Z priemerných hodnôt dopočítaného skóre (Tab. 15, x-skóre) je zrejmé, že veľké rozdiely medzi behaviorálnou a motivačnou nie sú ani u abstinentov, ani u hospitalizovaných respondentov, avšak smer rozdielu vypovedá o tom, že hospitalizovaní respondenti sa môžu cítiť osamelí.

Tab. 15 U-test – Miera sociálnej začlenenosti

		N		x (skóre)	x∑P	p(α)
SZ	H	114		15,54	89	<0,001****
	A	86		19,12	115,7	
PSZ	H	115		17,59	110,1	0,016**
	A	87		15,93	90,2	
SZ - PSZ	H	114	115	-2,05		
SZ - PSZ	A	86	87	3,19		

**** $p_\alpha < 0,001$; ** $p_\alpha < 0,025$

Predpokladá sa, že u abstinujúcich respondentov budú motivačná a behaviorálna miera afiliácie v relatívnej rovnováhe. To sa potvrdilo v dvoch prípadových štúdiách č. 1 (Tab. 4) a č. 4 (Tab. 7). Respondent č. 1 dosiahol skóre SZ – 14 a PSZ – 10, čo je relatívne malý rozdiel z maximálneho možného skóre 30. Ešte väčšiu rovnováhu v testoch SZ a PSZ dosiahol respondent č. 4 SZ – 17 a PSZ – 16. Títo dvaja respondenti sú podľa uvedených hodnôt pravdepodobne v stave subjektívnej spokojnosti v kontexte sociálnych interakcií. Naopak je to u respondentov z prípadových štúdií č. 2 a č. 3 (Tab. 5, Tab. 6). Obidvaja vykazujú vysokú mieru dosiahnutého sociálneho začlenenia, pričom ich motivačná zložka afiliácie je výrazne nižšia (respondent č. 2 – SZ – 22, PSZ – 8; respondent č. 3 – SZ – 27, PSZ – 8). U daných respondentov je teda veľký predpoklad, že sa môžu cítiť obťažovaní okolím. Nasvedčujú tomu aj výpovede respondenta č. 2, ktorý uvádzal, že samota mu vyhovuje a žije sám. U daného respondenta bol zistený nevhodný posun v motivačnej aj behaviorálnej zložke afiliácie, v porovnaní s rokom 2015. Jeho behaviorálna zložka afiliácie sa zvýšila a motivačná zložka afiliácie sa znížila, čím sa zväčšil rozdiel medzi týmito zložkami a respondent sa môže cítiť obťažovaný okolím (2015 – SZ – 15, PSZ – 12; 2019 – SZ – 22, PSZ – 8) (Tab. 5). Táto situácia môže vzhľadom k jeho spôsobu života predstavovať diskomfort, ktorý potenciálne znamená určité riziko porušenia abstinencie. Respondent č. 3, ktorý je v resocializačnom stredisku, napriek tomu, alebo aj práve preto, že žije v komunite, väčšinu svojho voľného času trávi sám. Je preto opodstatnené tvrdiť, že okrem toho, aby bola len sýtená potreba afiliácie, je dôležité, aby aj jej zložky boli v rovnováhe, čo zabezpečí, že budú zohľadnené individuálne

potreby sociálnych interakcií v takej miere, aby sa v nich človek cítil komfortne a vyhol sa disharmónii.

4.8 Anticipovaná sociálna opora

Anticipovaná sociálna opora a jej dimenzie v pilotnom, aj v hlavnom výskume stredne silne korelovali s testom osamelosti UCLA ($r_{s(p)}$ = -0,540; $r_{s(h)}$ = - 487; p_{α} < 0,001) a s testom osamelosti De Jong Gierveld – OESL ($r_{s(p)}$ = 0,588; $r_{s(h)}$ = 0,552; p_{α} < 0,001), ako aj s jednotlivými subškálami. Napriek tomu sa štatisticky významný rozdiel medzi hospitalizovanými a abstinujúcimi respondentmi v miere anticipovanej sociálnej opory ani v jej dimenziách nepotvrdil.

Tab. 16 U-test – Miera anticipovanej sociálnej opory

		N	x (skóre)	x∑P	p(α)
MOS celkové skóre	H	118	74,66	98	0,314
	A	84	77,75	106,4	
MOS praktická intervencia	H	118	16,12	96,7	0,164
	A	84	17,01	108,2	
MOS emocionálna blízkosť	H	118	16,23	99	0,472
	A	84	16,71	105	
MOS chápajúca autorita	H	118	38,61	98,7	0,418
	A	84	40,11	105,5	

S veľkou pravdepodobnosťou tento výsledok mohla ovplyvniť rozsiahlosť celej batérie, kde test anticipovanej sociálnej opory (MOS) bol zaradený na jej koniec. To mohlo spôsobiť, že respondenti už boli unavení čítať otázky a nedokázali udržať pozornosť pre seriózne dokončenie celého testu. Tento fakt sa prejavil aj pri spracúvaní dát, kedy nie všetci respondenti vyplnili všetky testy, čím sa jednotlivé štatistické výpočty líšia v početnosti porovnávaných skupín. Aj keď sa nepotvrdili štatisticky významné rozdiely, je značný predpoklad, že sociálna opora je kľúčová v liečbe, doliečovaní a prevencii lapsusu/relapsu. Dokazujú to aj predchádzajúce interpretácie sociálnej osamelosti a prípadové štúdie. Respondent č. 1 (Tab. 4), ktorý abstinuje desať rokov a napriek tomu, že žije sám, má pravdepodobne vytvorenú takú sociálnu sieť, ktorá by mu bola v prípade potreby poskytnúť oporu. Jeho skóre bolo výrazne vysoké MOS – 84 (max. 95) a vyššie aj ako priemery porovnávaných skupín (Tab. 16). U respondenta č. 2, ktorý abstinuje 12 rokov je anticipovaná sociálna opora taktiež celkom vysoká MOS – 64 a dokonca vyššia ako v roku 2015, kedy dosiahol skóre MOS – 50. Je zrejmé, že aj keď vedie samotársky spôsob života,

pravdepodobne existuje u neho osobná sociálna sieť, ktorá mu v prípade núdze vie poskytnúť oporu. U respondentov z resocializačných stredísk je sociálna opora poskytovaná prevažne v rámci komunity a ich skóre tiež dosiahli vysoké hodnoty (respondent č. 3 MOS – 77, respondent č. 4 MOS – 72). Respondent, ktorý bol na konci resocializačného procesu, uvádzal, že nové kontakty abstinentov z A-klubov aj z resocializačného strediska vníma ako súčasť jeho doliečovania. Pre človeka, ktorý opustí po dva a pol roku chránené prostredie resocializačného strediska a usadí sa v novom meste, ktoré nebolo jeho bydliskom, má tento krok svoje pozitíva aj negatíva. V novom mieste bydliska absentujú staré drogové partie, staré sociálne väzby, ktoré boli často patologické. Nové prostredie nevytvára situačné a kontextové spomienky, ktoré by sa viazali na užívanie drog. Na druhej strane nové bydlisko môže spôsobovať situačnú osamelosť, neistotu v novom prostredí alebo slabo vybudovanú sociálnu sieť. Preto sociálna opora A-klubov v danom meste a určitú dobu pretrvávajúce väzby na resocializačné stredisko, terapeutov a abstinentov poskytuje potrebnú istotu a bezpečie v abstinencii.

5 Metateoretické, teoretické a praktické ekosystémové kontexty osamelosti v perspektíve abstinencie

Predmetom skúmania sociálnej práce je sociálna realita ako špecifická forma existencie a bytia človeka v ekosystéme. Ekosystémom v tomto prípade rozumieme sociálne štruktúry, ktoré fungujú ako relatívne samostatné komplexné systémy, živé – biologické (nesociálne) systémy a neživé prírodné systémy. Napriek tomu, že sociálna realita je výsledkom ľudí ako subjektov, spoločenský systém vystupuje vo forme objektívnej danosti. Na úrovni každodennej sociálnej praxe sa ľuďom môžu zdať tieto danosti známe a samozrejmé. V prežívanej osamelosti ako špecifického fenoménu, v ktorom sa prelína vnútorný svet človeka s okolitým ekosystémom, sa táto skúsenosť objektívnej danosti potláča. Ľudia – členovia komplexných spoločností sa často ocitajú v pozícii, kedy ich vnútorné, skutočné Ja je úplne oddelené od vonkajšieho sveta. Rozvrátený obraz človeka ako úplne autonómnej bytosti môže odrážať veľmi skutočné pocity osamelosti sociálnej a emocionálnej izolácie. Vysoká miera autonómnosti a individualizmu je príznačná pre špecifickú štruktúru ľudí nášho veku, vo vysoko rozvinutých spoločnostiach. Na ľudí v týchto spoločnostiach je vo väčšine ohľadov vytváraný enormný sociálny tlak a vysoká miera sebakontroly spôsobuje, že ľudia medzi sebou budujú steny a blokujú spontánne, skutočné impulzy vnútorného prežívania. Každá ľudská bytosť žije v určitom prostredí – ekosystéme, v ktorom vystupuje v roli aktéra, obklopená určitými existujúcimi, meniacimi sa podmienkami, ktoré na seba pôsobia a navzájom sa formujú. Tieto atribúty ekosystému zahŕňajú taktiež časové podmienky. Minulé udalosti ovplyvňujú súčasnosť a súčasný vývoj vytvára predpoklady a otvára možnosti voľby pre budúcnosť, s určitými poznanými aj nepoznanými tendenciami vývoja časových trajektórií. Jednotlivé teórie a prístupy k osamelosti v rôznej miere zohľadňujú vplyvy minulých zážitkov, osobnostných a situačných faktorov na vznik a rozvoj osamelosti (Elias 2001; Ochrana 2013; Fay 2002; Gitterman, Germain 2011; Kahan, Žiaková 2018a). Taktiež látková závislosť je multifaktoriálne podmienené psychické ochorenie (Kalina 2015). Vzhľadom k relatívnej povahe sociálnych javov ani poznanie skúmaných fenoménov nemôže byť absolútne, a teda ani paradigmy v sociálnych vedách ako najširšie teoretické a myšlienkové rámce, prostredníctvom ktorých je pristupované k skúmaným problémom, neplatia absolútne.

5.1 Definícia paradigmy, metateórie, teórie a modelu

Paradigma predstavuje najširší teoretický rámec, ktorý ovláda určitú vedeckú komunitu, respektíve celý vedný odbor v určitom historickom kontexte a je definujúcim aspektom metodológie a predmetu výskumu. Vedecký výskum a myslenie sú definované prostredníctvom paradigiem, koncepčných pohľadov na svet, formálnych teórií, klasických experimentov a dôveryhodných metód (Kuhn 1982; Blackburn 2008; Popper 1985, in: Ellis, MacLaren 2005). Kuhn (1982), v porovnaní s prírodnými vedami pochybuje o existencii paradigmy v spoločenských vedách. Paradigmy *normálnych vied* (prírodných vied) sú vedcami dogmaticky prijímané a cieľom ich výskumov nie je prekračovať stanovené limity teórií, ani testovanie paradigiem, ale prehlbovanie informácií o tom, čo daná paradigma ponúka. Ale ak v určitom časovom horizonte nastane situácia, keď sa nahromadí množstvo anomálií, ktoré už nie je možné vysvetliť súčasnou paradigmou, nastáva krízová situácia v danej vede, kedy dochádza k revízií anomálií a ponúkajú sa alternatívne paradigmy. Stará paradigma je následne nahradená novou paradigmou. Tento proces zmeny paradigmy Kuhn (1982) označuje ako *vedeckú revolúciu*. Existujú však ďalšie *vedecké revolúcie* (Einsteinovská revolúcia, Hamiltonova revolúcia), ktoré vyvracajú platnosť Kuhnovej sociologickej teórie vedeckých revolúcií (Kvasz 2003).

Sociálna práca nepatrí do skupiny takzvaných *normálnych vied*. Sociálna práca patrí do skupiny spoločenských vied a spolu s humanitnými vedami tvoria takzvanú skupinu „mäkkých“ vied. Presnejšie určenie rozdielu medzi „mäkkými“ a „tvrdými“ vedami sa dá dosiahnuť pomocou termínu „paradigmatické disciplíny“ a „eluzívna oblasť paradigmy“ (oblasť unikajúca paradigmatickému uchopeniu) (Kvasz 2003). Sociálna práca, ako veda i praktická činnosť, zahŕňa široké spektrum aspektov individuálneho života človeka, života človeka v ekosystéme a zložitosť ekosystému. Vyplývajúc z tejto komplexnosti a zložitosti sociálna práca nemôže disponovať jednou paradigmou, ktorou by bolo možné vysvetliť a vyriešiť existujúce problémy (Mátel 2017a,b; Levická, Levická 2017). Payne (2014) taktiež tvrdí, že sociálna práca nedisponuje jednou paradigmou. Paradigma sa v mnohom prelína s metateóriou a často sa stotožňuje s teóriou. Z tohto dôvodu Kuhn (1982) zavádza pojem *„disciplinárna matica“*, ktorý má nahradiť pojem *„paradigma“*. Štruktúru disciplinárnej matice tvoria štyri zložky: a) „symbolické generalizácie“ logickej štruktúry, formálne zložky vedeckých teórií, b) metafyzické tvrdenia, c) hodnoty, d) vzory a modely, ako konkrétne spôsoby riešenia problémov. Podľa uvedenej matice je zrejmé, že sociálna práca má

predpoklady pre budovanie nových paradigiem, ale na druhej strane sa nemôže opierať len o jednu paradigmu. Sociálna práca disponuje systémom paradigiem a teórií, ktoré v rôznej miere zohľadňujú atomistické a/alebo holistické chápanie života človeka vo svete. Koncept paradigmy sa často a v mnohom prelína s metateóriou. Metateória môže byť chápaná ako filozofia na pozadí teórie. *Metateória* je súbor základných myšlienok o tom, ako nazerať a skúmať konkrétne fenomény, ktoré sú objektom vedeckého záujmu (Vakkari 1997). Metateória vzniká aj pri skúmaní, analýze a deskripcii konkrétnej teórie alebo teórií (Bates 2005). *Teórie* sú súbory všeobecne akceptovaných zásad, princípov a procedurálnych pravidiel spojených s praxou (étos), ktoré slúžia na vysvetľovanie ľudského myslenia, emócií, správania, vrátane príčin dynamických zmien v kontexte sociálneho a fyzického prostredia. Teória je určitý druh kompasu, ktorý spája pomáhajúceho profesionála s praxou (Ellis, Ellis 2013; Blackburn 2008). *Modely* majú nezastupiteľné miesto vo vede. Zohrávajú heuristickú úlohu, poskytujúc štruktúru poznatkov o spôsoboch fungovania určitých fenoménov a správania systémov, na základe ktorých možno vyvodiť vedecké vysvetlenie. Model skutočnosť – realitu vždy zjednodušuje, izoluje niektoré aspekty a abstrahuje ich od jednotlivého prípadu. Model v určitom smere zastupuje teóriu alebo jej podstatnú časť, respektíve predstavuje konštrukt vytvorený na základe teórie. *Testovací teoretický model* vo všeobecnosti zisťuje konzistenciu axiomatizovaných systémov. *Potvrdzujúci teoretický model* skúma deduktívne vzťahy medzi štruktúrami systému (Blackburn 2008; Jandourek 2007; Ludewig 2011; Navrátil 2013b). *Praktický model sociálnej práce* poskytuje sociálnemu pracovníkovi systematický, analytický rámec pre posúdenie situácie klienta, identifikovanie jeho okamžitých potrieb, zdrojov alebo ich absencií (Payne 2014; Galvani 2012; Navrátil 2013c; Levická 2017a). V danom chápaní paradigma zahŕňa metateóriu, teóriu, metodológiu a éthos (Bates 2005; Mátel 2017a). Rôzne psychologické teórie, z ktorých čerpá aj sociálna práca, sa obyčajne označujú ako „vlny“. Prvou vlnou sú psychodynamické teórie (adleriánske, psychoanalytické), druhá vlna zahŕňa teórie učenia (behaviorálne, kognitívne, kognitívne-behaviorálne), treťou vlnou sú humanistické teórie (človekom centrovaný prístup, existenciálne teórie, teória gestalt psychoterapie), feministické a multikultúrne teórie sú štvrtou vlnou a piatu vlnu tvoria postmoderné a konštruktivistické teórie (Ellis, Ellis 2013). Uvedené členenie je len orientačné a nie je možné vytvoriť presné a absolútne hranice medzi teóriami. Jednotlivé teórie sa v rôznej miere navzájom podmieňujú, obohacujú, ovplyvňujú, integrujú, či je to v rámci jedného vedného odboru alebo medzi vedami navzájom. Napríklad, ako Ellis, Ellis (2013) a Ellis, MacLaren (2005) uvádzajú, že *racionálne emočná*

behaviorálna teória (terapia) (REBT), ktorá položila základy multimodálneho, integratívneho terapeutického prístupu, bola prvá moderná kognitívne-behaviorlána teória s významným terapeutickým potenciálom. Ellis, Ellis (2013) a Ellis, MacLaren (2005) ale súčasne považujú REBT za postmodernú, konštruktivistickú terapiu, ktorá čerpá viac z filozofie ako zo psychológie, zohľadňuje multikultúrne aspekty, je prepojená s psychodynamickou a psychoanalytickou terapiou, systémovou a rodinnou terapiou, čerpá myšlienky aj z existenciálnej teórie a zároveň REBT považujú za jeden z najhumanistickejších psychologických prístupov (Ellis, Ellis 2013, s. 35).

5.2 Holizmus a integratívny prístup sociálnej práce

Integratívny prístup k sociálnym javom vychádza z predpokladu integrity atomistického a holistického chápania fenoménov človeka a sociálneho života. *Atomizmus* ako *metodologický individualizmus* zdôrazňuje samostatné postavenie a konanie každého jednotlivca – človeka v chápaní individuálnych a spoločenských fenoménov. Týmto javom je podľa atomizmu možné porozumieť len cez perspektívu človeka – jednotlivca ako samostatnej, nezávislej, oddelenej entity. Každý jednotlivec prežíva svoje vlastné jedinečné stavy, ku ktorým má iba on výsadný prístup. Na druhej strane holizmus *(metodologický holizmus)* a jeho novšia verzia štrukturalizmus vychádza z axiómu, že ak chcú spoločenské vedy porozumieť individuálnemu ľudskému správaniu, musia venovať pozornosť vnútornej logike usporiadania jednotlivých prvkov, z ktorých sa skladajú systémy rôznych úrovní. Podľa štrukturalizmu jednotlivé činitele nevytvárajú systém významov, v ktorom existujú, ale ako subjekty tohto systému sú samotným systémom utváraní. Atomizmus a holizmus so separatistickým pohľadom na entity sociálneho systému reflektujú súčasnú spoločnosť, v ktorej skupinová identifikácia je jedným z najdôležitejších faktorov. Sociálne myslenie väčšinou vychádza z protichodných kategórií (ja vs. iní, jednotlivé vs. všeobecné, subjektívne vs. objektívne, homosexuál vs. heterosexuál, závislý vs. abstinent atď). Dané uvažovanie predstavuje čierno-biely pohľad na svet. Celý rad kategórií je však otvorený a premenlivý. Často sa stáva, že jedna strana dichotómie závisí od druhej, a tým sa dichotómia ruší. Inokedy jednotlivé entity spadajú do oboch kategórií alebo prechádzajú do svojho protikladu (Fay 2002; Ochrana 2013; Payne 2014).

Selektívne využívanie teórií je prístup preferovaný hlavne v praktickej oblasti. Pri selekcii konkrétnych teórií sú zohľadňované hlavne kompetencie a schopnosti odborníka, ktorý dané teórie využíva, opodstatnenosť výberu teórie založenom na výskumnom overení a vhodnosti využitia pre konkrétneho človeka, vo vzťahu k relevantnosti situácie. Sociálny

pracovník tak môže disponovať skupinami teórií, ktoré tvoria základ jeho praxe. V niektorých prípadoch je vhodné vybrať iba jednu hlavnú teóriu, v rámci ktorej spolupracujúci odborníci z rôznych oblastí zdieľajú spoločné myšlienky. Táto teória vytvára styčné body v medziodborovej spolupráci a slúži ako prostriedok komunikácie medzi všetkými zúčastnenými odborníkmi (Payne 2014; Hudecová 2009; Barth 2014; Šlosár 2017b; Labáth 2017; Vaska 2017; Kalina 2013).

Eklekticizmus predstavuje empiricky podloženú formu integrácie myšlienok niekoľkých teórií a ich kombináciu, ktorá je sústredená na praktickú účelnosť. Cieľom takejto intervencie je predovšetkým konkrétny klient s konkrétnym problémom (Evans, Gilbert 2011; Payne 2014; Barth 2014; Vaska 2017). Lehmann a Coady (2007, in: Payne 2014) argumentujú opodstatnenosť a využívanie eklekticizmu v sociálnej práci. Jedno z viacerých rizík eklekticizmu je, že teoretický eklekticizmus, využívaný v poradenstve, klinickej psychológii a psychoterapii, sa nemusí podariť vhodne preniesť do rozdielneho kontextu sociálnej práce (Payne 2014; Šlosár 2017b; Kalina 2013). Dané tvrdenie sa týka aj nasledujúceho integratívneho prístupu.

V rámci terapie závislosti a doliečovania je možné načrtnúť integratívny prístup nasledovne:

1. *Psychoanalýza* sa pýta hlavne na otázku „Prečo?“ – hľadá pochopenie a vhľad, odkrýva človeku niektoré príčiny jeho ťažkostí, ktoré môžu mať svoj základ v histórii jeho vývinu.
2. *Behaviorizmus* sa pýta „Čo?“ – vysvetľuje dysfunkčnosť závislého správania a spolu s racionálnou a kognitívnou terapiou pomáha, aby si človek uvedomil vzťah medzi jeho myslením, prežívaním a správaním. Ukazuje človeku alternatívne možnosti zmeny v jeho správaní, myslení a prežívaní.
3. *Humanizmus* kladie otázku „Ako?“ – sa človek cíti, aké sú jeho emócie a aké je jeho prežívanie. Využíva princípy Rogersovej terapie zameranej na človeka.
4. *Systémové teórie* sa pýtajú „ Kde?“ – sa nachádza človek v časovom a priestorovom kontexte jeho sociálnych vzťahov.
5. *Existencionalizmus* sa pýta „V čom?“ – je zmysel ľudskej existencie. Zaoberá sa témami zmyslu života, smrti a izolovanosti ľudského bytia (Clarkson 1992, in: Evans, Gilbert 2011; Barth 2014; Rogers 1995; Ellis, MacLaren 2005; Kalina 2013; Kalina 2015; Labáth 2017).

Sociálny pracovník v rámci svojich kompetencií selektívne, eklekticky alebo integratívne využíva rôzne metódy viacerých teórií. Aj keď v liečbe závislostí prevláda dominantné postavenie kognitívne behaviorálnej terapie, v súčasnosti sa explicitne alebo implicitne využívajú integratívne prístupy (Hudecová 2010; Jeřábek 2015; Nešpor 2013; Balogová 2017a). Často ľudia podstúpia celú liečbu bez toho, aby sa úprimne rozhodli zmeniť svoj život. Sociálny pracovník v procese liečby pomáha človeku posilňovaním motivácie vytvárať pochybnosti ohľadom závislého správania, pomáha, aby lepšie vnímal riziká a problémy spojené so závislosťou. Sociálny pracovník poskytuje závislému človeku empatické porozumienie, bezpodmienečné prijatie a bezpečie, v ktorom človek môže odkrývať svoje vnútorné prežívanie. V rámci toho pomáha explorovať a explanovať rôzne problémy, pomáha človeku pochopiť súvislosti medzi jeho závislým správaním, emóciami, myšlienkami a zasadzuje ich do ekosystémového kontextu v zmysle života so závislosťou a života v abstinencii. Sociálny pracovník integratívne využíva viacero teórií a terapeutických postupov, ktorými sa má docieliť motivácia človeka k zmene a jeho stabilizácia v roli abstinenta aj v prípade lapsusu/relapsu. Správne zvolený *integratívny prístup* so širokým záberom pomáha sociálnemu pracovníkovi, aby pomohol človeku pri rozhodovaní sa pre zmenu. Zdôrazňuje napríklad riziká, keď zmena nenastane. Posilňuje sebadôveru a motiváciu klienta. Pomáha pri zmene správania a myslenia, ktorým sa má docieliť pozitívna zmena. Poskytuje nové alternatívne vzorce myslenia a správania. Direktívne aj nedirektívne smeruje človeka k zmene. Učí, aby človek vedel zvládať problémové situácie a emócie. Poskytuje priestor pre vyjasnenie a zodpovedanie základných existenciálnych otázok. Poskytuje alternatívne rámce pri uskutočňovaní a chápaní zmien v novom spôsobe života. Pomáha a podporuje človeka v dodržiavaní abstinencie. Pomáha, aby človek lepšie prijal novú *osobnú identitu abstinenta* a poznal samého seba. Pomáha, aby sa začal človek vnímať v inom, lepšom svetle – aby cez sebauvedomenie menil svoje nežiaduce správanie a aby pozitívnym sebavnímaním začal kladne vnímať aj realitu okolo seba a iných ľudí. A v neposlednom rade integrácia rôznych teórií pomáha pri zvládaní prípadného lapsusu/relapsu. Porušenie abstinencie (lapsus) nemusí viesť k úplnému návratu na pôvodnú úroveň užívania psychoaktívnej látky alebo iného návykového správania (relaps). „Pošmyknutie“ nepredstavuje úplnú devalváciu všetkého, čo závislý doposiaľ dosiahol a čo sa naučil. Lapsus sa môže stať nástrojom, ktorý posunie človeka vpred tým, že posilní motiváciu k zmene, pomôže identifikovať tzv. spúšťače a vypracovať efektívnejšie techniky zvládania cravingu (baženia), odhalí iné iracionálne presvedčenia a ďalšie aspekty, ktoré môžu predstavovať

vyťaženie osobného prospechu, avšak to neznamená, že porušenie abstinencie je dobré (Jeřábek 2015; Nešpor 2011; Ellis, Ellis 2013; Galvani 2012; Kuda 2008; Volpicelli, Szalavitz 2000). Takto spracované porušenie abstinencie je omnoho efektívnejšie ako sebaľútosť, pocity viny, hanby a podobne.

Sociálna práca disponuje radom teórií, ktoré v rôznej miere zohľadňujú atomistické a/alebo holistické chápanie života človeka vo svete. Pri implicitnom, neuvedomovanom a nereflektovanom, selektívnom, eklektickom alebo integratívnom využívaní teórií, modelov, prístupov alebo len ich častí vzniká problém, že takáto štruktúra ostáva sociálnemu pracovníkovi skrytá a neumožňuje mu sa oprieť o celú jednotnú koncepciu. Z toho vyplýva, že selektívne, eklektické alebo integratívne využívanie rôznych teoretických konštruktov prináša so sebou aj riziká, ktorým klient nesmie byť vystavený, respektíve takéto riziko musí byť minimalizované. Snahu o minimalizovanie rizík holistického a atomistického prístupu predstavuje perspektíva ekosystémového metarámca s integráciou vhodne vybraných konštruktov.

5.3 Integratívna ekosystémová metateória

Podľa uvedeného vývoja, ako aj spôsobu kontemplácie, možno ekosystémovú metateóriu radiť medzi postmoderné a konštruktivistické teórie (Kemp, Whittaker, Tracy 1997; Montuori, Purser 1996). V súvislosti so súčasnosťou, ktorú Bauman (2013, 2008) definuje ako tekutú modernitu a Lipovetsky (2007, 2008, 2013) ako hypermodernú dobu alebo hyperdobu, je možné uvažovať aj v kontexte tretej vlny systémových teórií. Táto tretia vlna komplexných systémov, ktorej predchádzali ekosystémové teórie, ekologické teórie a všeobecná teória systémov, je charakterizovaná hlavne nelinearitou, premenami komplexných sociálnych systémov, ktorých spätné väzby prispievajú k ich rastúcej zložitosti, mimoriadnou citlivosťou na podmienky, v ktorých i malé zmeny, respektíve deficity v počiatočných fázach vývinu človeka a vývoja systémov, môžu viesť k podstatným a komplexným zmenám v správaní celého systému, v ktorých sa systémy správajú skôr komplexne ako náhodne (Healy 2014; Šlosár 2017d). Ekosystémová teória je metateória, ktorá ponúka sociálnym pracovníkom spôsob ako premýšľať, posudzovať súvislosti životných situácií ľudí v kontexte vplyvov sociálneho a fyzického prostredia (Meyer 1983, in: Kemp, Whittaker, Tracy 1997). Ľudia a ich prostredie sú považované za vzájomne závislé. Sú súčasťou recipročnej výmeny komplexného systému pôsobiaceho v čase, v ktorom sa človek a prostredie ako celok neustále menia a vzájomne formujú (Germain 1978, in: Kemp, Whittaker, Tracy 1997; Gitterman,

Germain 2011). Ekosystémová teória nie je praktickým modelom. Jedná sa o integratívny metateoretický rámec, spôsob myslenia o praxi sociálnej práce, ktorá umožňuje zvážiť zložitosť a komplexnosť fenoménov. Snaží sa to dosiahnuť bez zjednodušenia a skreslenia, ktoré je často spôsobené zvýšenou tendenciou zameriavať sa na človeka. Prístup umožňuje komplexné posúdenie prípadu a umožňuje použitie akéhokoľvek praktického modelu v súlade s cieľmi sociálnej práce, hodnotami a etikou. Ekosystémová perspektíva ponúka sociálnym pracovníkom spôsob, ako konceptualizovať vzťahy medzi ľuďmi a prostredím a podporuje vyvážený prístup k obom oblastiam praxe (Meyer 1983, in: Kemp, Whittaker, Tracy 1997; Šlosár 2017d; Brnula 2017b).

5.4 Základné ekologické a ekosystémové koncepty

Ekologické a ekosystémové koncepcie umožňujú sociálnym pracovníkom sústrediť sa súčasne na ľudí, prostredie, ich vzájomné vzťahy, a to nielen v priamej reakcii s jednotlivcami, skupinami, rodinami, ale aj v ovplyvňovaní/pôsobení na organizácie, komunity a politiku. Ekologický koncept zdôrazňuje reciprocitu človeka a životného prostredia, v ktorej každá strana ovplyvňuje a tvaruje tú druhú (Gitterman, Germain 2011). Ekologické myslenie dáva do popredia komplexný recipročný vzťah namiesto jednosmerného lieneárneho. Toto vzájomné pôsobenie mení a ovplyvňuje všetky prítomné fenomény, čím vytvára nepretržitú slučku cirkulárnych kauzalít a recipročných vplyvov v priebehu času. Každý prvok v slučke priamo alebo nepriamo ovplyvňuje každý ďalší prvok a spätne pôsobí na štruktúry v systéme. V dôsledku toho jednoduché lineárne pojmy príčiny a následku strácajú svoj význam. Sociálni pracovníci by sa preto mali sústrediť na pomoc pri zmene narušených a nefunkčných vzťahov medzi ľuďmi a ich prostredím. Kľúčové sú otázky: Čo sa deje? Radšej ako, prečo sa to deje? Čo môžeme zmeniť, akým spôsobom a aké máme prostriedky? Skôr ako, kto je na vine a mal by sa zmeniť? (Gitterman, Germain 2011; Ludewig 2011; Hartl, Hartlová 2010). Komplexnosť psychologických fenoménov je najlepšie chápaná prostredníctvom integrovaného prístupu atomizmu a holizmu, v rámci ktorého sú udalosti zložené z neoddeliteľných a vzájomne definujúcich psychologických procesov, fyzického prostredia, sociálneho prostredia a časových vlastností. Holizmus ale môže viesť k strate pôvodného zamerania sa na konkrétny problém a zlyhaniu človeka (Payne 2014). V takom prípade je vhodné selektívne, eklektické, alebo integratívne využite iných teórií alebo modelov, s cieľom kompenzovať možné riziko. Napríklad P-C-S analýza (Personal Cultural Structural) v rámci antiopresívneho prístupu poskytuje sociálnemu pracovníkovi (Thompson 1997a, in: Navrátil 2013c) model posúdenia situácie závislého človeka so zameraním na konkrétne životné

úrovne a priestor. Vo fenomenálnom poli nie sú žiadni samostatní aktéri. Akcie jedného človeka sa chápu vo vzťahu k činnostiam iných ľudí, vo vzťahu k situačným, priestorovým a časovým podmienkam, v ktorých sú aktéri zakotvení. Správanie je funkciou človeka v prostredí B = f (P:E). Odlišné aspekty udalostí sú prepojené a pochopenie jedného aspektu si vyžaduje simultánne zahrnutie ďalších podmienok a aspektov do analýzy (Warner, Altman, Oxley, Haggard 1987, in: Gitterman, Germain 2011; Lewin 1936, in: O'Neill, Gaffney 2011; Fay 2002;).

Life model (životný model) sociálnej práce je operacionalizovaný koncepčný rámec, ktorý praktizuje ekologickú perspektívu. Cieľom life modelu je zlepšiť úroveň súladu medzi ľuďmi a ich prostredím, najmä medzi potrebami ľudí a environmentálnymi zdrojmi. Pri poskytovaní priamych služieb jednotlivcom, rodinám a skupinám je účelom sociálnej práce odstrániť alebo zmierniť životný stres tým, že pomáha ľuďom mobilizovať a využívať osobné a environmentálne zdroje na účinné zvládanie rôznych situácií a ovplyvňovať sociálne a fyzické environmentálne sily tak, aby v adekvátnej miere reagovali na potreby ľudí. Pri sprostredkovaní výmen medzi ľuďmi a ich prostredím sa sociálni pracovníci stretávajú s nevhodným nastavením úrovne rovnováhy medzi potrebami ľudí a životným prostredím, ako aj nedostatkom potrieb. Z toho vyplýva, že účelom modelovania života je aj profesionálna zodpovednosť za ovplyvňovanie životného prostredia a interakcie voči sociálnym nerovnostiam a nespravodlivosti (Gitterman, Germain 2011; Levická 2017b).

Vzťah *„ľudia a životné prostredie"* (P:E – People:Environment) vyjadruje stav prispôsobenia medzi potrebami jednotlivcov alebo skupín, ich ašpirácií, kapacít, kvalít a vzájomných operácií s ich spoločenským a fyzickým prostredím v rámci kultúrneho a historického kontextu. Rovnica P:E označuje ľudí a relatívne vzťahy k životnému prostrediu a transakčnú povahu týchto vzťahov. Počas života sa ľudia snažia o riešenie a zlepšenie úrovne prispôsobenia sa prostrediu. Keď je situácia medzi ľuďmi a ich prostredím „dobre" nastavená, ľudia vnímajú osobné a environmentálne zdroje ako dostačujúce, prežívajú situáciu ako stav optimálnej adaptácie a prispôsobenia. Ak je situácia v určitých aspektoch deficitná a nastavenie systémov je dysfunkčné, nastáva u ľudí vnímanie a prežívanie stresu, plynúce z nerovnováhy medzi ľudskými potrebami, ašpiráciami, schopnosťami a dostupnými zdrojmi prostredia. Ak sú transakcie, prebiehajúce v čase vo všeobecnosti negatívne, môže dôjsť k narušeniu ontogenézy jedinca, fyzického, psychického zdravia a sociálneho fungovania a taktiež k poškodeniu životného prostredia. Prekonávanie každodenného stresu a náročných životných situácií vo veľkej miere závisí od vnímanej úrovne rovnováhy medzi osobnými a

environmentálnymi zdrojmi. Ak je úroveň nastavenia systémom a transakcií subjektívne vnímaná ako neprimeraná alebo nepriaznivá, je možné tento diskomfort zlepšiť úrovňou prispôsobenia adaptívnym správaním. *Adaptívne správanie* pomáha aktívne zlepšiť alebo získať nové zručnosti, spôsobilosti na strane aktéra, alebo skupiny aktérov, ovplyvniť životné prostredie, alebo zlepšiť transakciu medzi aktérmi a životným prostredím. *Adaptácia* je niekedy zamieňaná s pasívnym alebo konzervatívnym prispôsobením. Z ekologickej perspektívy a life modelu je adaptácia pevne orientovaná a zameraná na akcie a zmenu. Adaptácia a prispôsobenie nevylučuje problémy a konflikty, ktoré v prostredí a v spoločnosti vznikajú často ako výsledok zneužívania moci ekonomicky a politicky zvýhodňovanými skupinami obyvateľstva. Zneužívanie moci odráža deštruktívne vzťahy medzi ľuďmi navzájom a ich prostredím, v ktorom spoločenský poriadok núti niektorých ľudí, aby konali nespravodlivo a spôsobovali utrpenie iným. Chudoba, inštitucionálny rasizmus, stigmatizácia, sexizmus, homofóbia, xenofóbia, heterostereotypy, autostereotypy a iné sociálno-patologické javy sú vytvárané a udržiavané prostredníctvom zneužívania moci dominantnými skupinami obyvateľstva (Gitterman, Germain 2011; Levická 2017b). Štrukturálny model životnej situácie človeka (P-C-S) demonštruje, že opresia a diskriminácia nemôže byť vysvetlená len na individuálnej úrovni, ale že je odrazom aj kultúrnych a štrukturálnych nerovností stratifikovanej spoločnosti ako súčasť sociálneho poriadku, ktorý je touto nerovnosťou posilňovaný (Thompson 1997a, in: Navrátil 2013c; Zábranský, Mravčík 2015) .

Habitat a *nika* vymedzujú povahu spoločenského a fyzického prostredia. Životné prostredie, v ktorom sa ľudia nachádzajú, evokuje priestorové a časové správanie, ktoré pomáha formovať transakcie a sociálne podmienky intersubjektívnych a interpersonálnych procesov v rodinnom, skupinovom a komunitnom živote, v intimite a súkromí, v oblasti potrieb, kompetencií, zdrojov a podobne. Životné podmienky majú vplyv na základné funkcie rodinného, komunitného a spoločenského života. Prostredie a podmienky, ktoré nepodporujú rast, zdravie a sociálne fungovanie jednotlivcov, rodín a skupín a ktoré neposkytujú optimálnu komunitnú vybavenosť sú zdrojom dezorientácie, bezmocnosti a *sociálnej izolácie* (Gitterman, Germain 2011; Weiss 1985a,c).

Nika odkazuje na stav, ktorý zaujíma človek, jednotlivec, rodina alebo skupina v sociálnej štruktúre komunity. Rozdielne kultúry, spoločnosti, v rôznych historických érach rôzne definujú podmienky niky, ktoré podporujú sociálny rast človeka, jeho psychické a fyzické zdravie. V širšom a všeobecnom chápaní sa jedná o súbor práv, vrátane práva na rovnaké zaobchádzanie a príležitosti. Napriek tomu množstvo ľudí žijú v podmienkach, ktoré

nepodporujú ľudské potreby, práva a túžby, často kvôli určitým osobným, kultúrnym charakteristikám, ako je rasová príslušnosť, etnicita, miesto narodenia, pohlavie, vek, sexuálna orientácia, chudoba, fyzické alebo duševné zdravie. Stigmatizované a deštruktívne podmienky označujú ľudské bytosti za drogovo závislých, deviantov, delikventov, duševne chorých, infikovaných vírusom HIV atď., čo vedie k ich ďalšej izolácii. Tieto podmienky sú formované a podporované spoločenskou toleranciou zneužívania moci v politických, sociálnych a ekonomických štruktúrach (Gitterman, Germain 2011; Weiss 1985a,c; Thompson 1997a, in: Navrátil 2013c; Kahan, Žiaková 2019).

Life course (životný cyklus) reflektuje jedinečné špecifické cesty vývinu a rozvoja osobnosti, ktoré sa týkajú každej ľudskej bytosti človeka od počatia, narodenia, až po starobu a smrť. Tento životný cyklus odráža, rôznorodosť prostredia a nekonečné možnosti životných skúseností. Na rozdiel od vývinového modelu, ktorý predpokladá ontogenetické štádiá v predvídateľných sekvenciách, je biopsychosociálny vývin koncipovaný ako pozostávajúci z nerovnakých, neurčitých ciest v rôznych sociálnych, kultúrnych prostrediach a historických obdobiach. Ľudský vývin sa odohráva v kontexte individuálneho, historického a spoločenského času. *Individuálny čas* sa týka kontinuity a významu individuálnych životných skúseností v priebehu života. *Historický čas* sa vzťahuje na formovacie účinky historických a spoločenských zmien v rôznych kohortách a segmentoch populácie, narodených v rovnakom čase, ktoré pomáhajú zohľadňovať generačné a vekové rozdiely v biopsychosociálnom vývoji, príležitostiach a sociálnych očakávaniach. Individuálny a historický čas odráža životné príbehy, ktoré ľudia vytvárajú, hovoria o nich a zdieľajú s inými ľuďmi. Vytváranie a zdieľanie životných príbehov poskytuje zmysel a kontinuitu v životných udalostiach. *Spoločenský čas* sa vzťahuje na načasovanie individuálnych a komunitných prechodov a životných udalostí, ktoré sú ovplyvnené zmenou biologických, ekonomických, sociálnych, demografickcých a kultúrnych faktorov. V dnešnej dobe sa rôzne životné prechody do určitej miery stávajú nezávislými na veku. Rodinné a pracovné úlohy, doposiaľ rodovo určené, sa dramaticky zmenili v oblasti starostlivosti o deti, starostlivosti o domácnosť, v oblasti kariéry atď.. Súbežne sa postupne rozširuje aj fenomén zmeny pohlavia. Súčasná hyperdoba, resp. tekutá modernita, charakteristická oddelením moci a kapitálu, času a priestoru, ľahkosťou a krehkosťou ľudských vzťahov, lásky na počkanie, okamžitým uspokojením vlastných túžob a potrieb s možnosťou zmeny podľa ponuky, bezbrehého relativizmu a individualizmu, súčasne s novými sociálnymi rizikami a stratou doposiaľ existujúcich istôt a hodnôt, vrhá človeka do sveta neustálych, turbulentných zmien pod neustálym globalizovaným informačným tokom.

Život v takomto svete môže byť pravdepodobne radostný i veľmi rušný, ale určite tiež plný neistoty, riskovania, obáv, *úzkosti* a *osamelosti*. V takom svete neostáva veľa záchytných bodov, ku ktorým by mohol závislý a osamelý človek upriamiť svoje nádeje na záchranu a kde by si mohol vydýchnuť v prípade osobného zlyhania a stroskotania. Väzby medzi ľuďmi sú síce pohodlne uvoľnené, ale práve pre túto voľnosť sú desivo nespoľahlivé (Gitterman, Germain 2011; Lipovetsky 2013; Bauman 2008). Hyperdoba, tekutá modernita enormnou rýchlosť prináša so sebou nové a neustále sa meniace životné podmienky, ktoré vytvárajú a kumulujú záťažové a stresujúce životné situácie.

Životné stresory, záťažové situácie a *zvládanie,* respektíve *copingové stratégie* sú dobre uchopiteľné pomocou ekosystémovej teórie. Tá zohľadňuje charakteristiky človeka a dynamicky vyvíjajúci systém životného prostredia, ako aj výmeny, transakcie medzi človekom a fyzickým, sociálnym prostredím. Životné stresory, ktoré majú vo väčšine prípadov externý zdroj, majú formu skutočnej alebo vnímanej ujmy alebo straty, ako napríklad choroba, smrť, strata zamestnania, náročné životné zmeny, interpersonálne a intrapersonálne konflikty, nespočetné množstvo rôznych druhov záťažových situácií, traumatických situácií, náročných životných situácií s rôznou kvalitou a kvantitou záťaže, vrátane *osamelosti zo sociálnej* a *emocionálnej izolácie*, taktiež *abstinencie od psychoaktívnych látok*, *zvládanie cravingu*, učenie sa novým efektívnym spôsobom zvládania situácií a podobne. Rôzne situácie vytvárajú akútne a/alebo chronické stresové stavy a situácie, ktoré sťažujú a komplikujú ďalšie stresové a negatívne záťažové situácie. Výsledný stres, ktorý je vnútorne generovaný, má často následné fyziologické a/alebo psychické dôsledky (Gitterman, Germain 2011; Weiss 1985a,b,c; Nešpor 2011). Z holistického hľadiska stresujúca situácia významne prispieva k narušeným emóciám a problémovému správaniu a spätnou väzbou emócie a správanie rovnako významne ovplyvňujú naše vnútorné presvedčenia, čím je vytvorená cirkulárna kauzalita (Ellis, MacLaren 2005, s. 39 – 43). Fyziologické a emocionálne napätie je výsledkom určitej anticipácie, vnútornej interpretácie konštrukcie okolitej reality, respektíve intuitívneho alebo odôvodneného posúdenia okolitej štruktúry, že ťažké životné podmienky, traumatické udalosti, environmentálny a/alebo interpersonálny tlak prevyšuje vnímané dostupné osobné a/alebo environmentálne zdroje na zvládnutie konkrétnych situácií a podmienok. Keď ľudia posudzujú svoje osobné alebo environmentálne zdroje ako dostačujúce na zvládnutie záťažových situácií a riešenie životných stresorov, prežívajú pozitívne reakcie a očakávajú prekonanie záťaže alebo zvládnutie životnej výzvy. *Osobné zdroje* zahŕňajú vnútornú alebo vonkajšiu motiváciu,

porozumenie a poznanie vlastných myšlienok, pocitov a emócií, schopnosť racionálne riešiť problémy, schopnosť flexibilne sa orientovať v novom prostredí, je prítomná nádej a pozitívna perspektíva, schopnosť učiť sa a rásť, vyhľadávať nové externé zdroje a efektívne ich využívať vo svoj prospech.

Environmentálne zdroje zahŕňajú siete formálnych služieb, ako sú verejné a súkromné inštitúcie, neformálne siete príbuzných, priateľov, susedov, spolupracovníkov, kolegov, terapeutické skupiny, svojpomocné skupiny (napríklad abstinujúcich závislých, ich rodinných príslušníkov a podobne). Formálne a neformálne siete slúžia ako určité nárazníky, ktoré pomáhajú ľuďom zvládať záťaž a stres. Dôležitá je dostupnosť týchto sietí, ale i samotné vnímanie existencie takejto záchrannej siete môže uľahčiť zvládanie záťaže a stresu. Životné a pracovné prostredie, ubytovanie a jeho štruktúra životného priestoru taktiež vo výraznej miere prispieva k fyzickému a psychickému zdraviu (Gitterman, Germain 2011; Šoltésová 2017; Kahan, Žiaková 2016).

Reziliencia je ekologický koncept, ktorý odzrkadľuje komplexnosť človeka a environmentálne transakcie. Niektorým ľuďom sa aj napriek pozitívnym osobnostným charakteristikám nepodarí v rôznych životných situáciách dosiahnuť úspech. Na druhej strane iní ľudia dokážu prosperovať a mať úspech aj v nepriaznivých životných podmienkach. Faktory na úrovni biologických, psychologických a environmentálnych procesov môžu pôsobiť protektívne pred životnými stresormi tým, že znižujú a zmierňujú vplyv stresových faktorov. Ochranné faktory zahŕňajú temperament, rodinnú štruktúru a vzorce, sociálnu oporu a externé zdroje životného prostredia. Temperament zahŕňa také aspekty, ako je úroveň aktivity, zvládacie stratégie, sebaúcta a kompetencie. Pocity sebaúcty a sebestačnosti vychádzajú z *pozitívneho intímneho vzťahu* a úspešného plnenia úloh. V rodinnom systéme slúži vzťah medzi rodičom a dieťaťom ako protektívny faktor pri potláčaní dysfunkčných rodinných procesov, ako aj pri zvyšovaní detskej sebaúcty. Prítomnosť dospelej osoby, ktorý sa stará o dieťa, napríklad prarodič, vedie k podobným výsledkom. Vonkajšia opora susedov, rovesníkov, učiteľov, alebo sociálnych pracovníkov taktiež slúži ako významný protektívny faktor. Širšie spoločenské a fyzické prostredie a štruktúra príležitostí vytvárajú podmienky, ktoré ovplyvňujú všetky ostatné faktory. Keď sociálne štruktúry a inštitúcie poskytujú základné zdroje a oporu, sú to kľúčové faktory, ktoré pomáhajú ľuďom vyrovnať sa so životnými zmenami, prostredím a záťažovými situáciami, vznikajúcimi z medziľudských vzťahov (Gitterman, Germain 2011; Sobotková 2012; Maslow 2013; Weiss 1985a,b,c; Kahan, Žiaková 2016; Kahan, Žiaková 2014).

5.5 Vybrané ekosystémové praktické modely

Látková závislosť, abstinencia a osamelosť zasahujú človeka vo všetkých sférach života (biologickej, psychickej, sociálnej a spirituálnej), navzájom sa ovplyvňujú a môžu sa podmieňovať. Uvedené komplexné fenomény nachádzajú množstvo styčných bodov v rámci jednotlivých teórií, pomocou ktorých sú vysvetľované. Integratívny prístup sociálnej práce otvára možnosti, ako využiť existujúce teórie pri explanácii daných fenoménov (Brekke 2014; Ochrana 2013; Balogová 2017a). Ekosystémové uvažovanie o fenoménoch vnútorného sveta človeka a fyzického, sociálneho prostredia ponúka metarámce, pomocou ktorých je snaha o komplexné uchopenie problémov v živote človeka.

5.5.1 Závislý človek v prostredí

Človek v prostredí (PIE – Person in Environment) je systém hodnotenia štyroch faktorov. Systém vznikol v rámci sociálnej práce s použitím klasifikačného systému DSM-IV, ale so zameraním na sociálne a environmentálne faktory. V rámci daného systému hodnotenia je snaha o komplexné popísanie, hodnotenie a následné riešenie problémovej životnej situácie človeka (Williams, Karls, Wandrei 1989; Karls, Wandrei 1994).

Faktor I. – identifikuje problémy v sociálnom fungovaní:

a) závislý človek postupne stráca schopnosť v plnej miere vykonávať svoje *sociálne roly*, či sa to týka rodinných, pracovných alebo iných,
b) závislý človek je vo väčšine prípadov *mnohoproblémový klient,* ktorý má problém so zodpovednosťou, osamelosťou, izoláciou, stratou sociálnych istôt,
c) *vážnosť problému* je u závislého človeka vo veľkej miere úmerná dĺžke jeho trvania a neriešenia,
d) *dĺžka trvania problému* je pri závislosti obzvlášť kľúčová,
e) schopnosť *vyrovnávať sa s problémami*, ktoré v rámci závislosti kumulujú a progredujú, sa u závislého človeka postupne znižuje.

Faktor II. – popisuje problémy v prostredí:

a) *sociálny systém* v kontexte závislosti a osamelosti kumuluje a generuje problémy v oblasti ekonomickej, pracovnej, vzdelávacej, sociálno-právnej, zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb; sociálne systémy sa týkajú aj sociálnych väzieb;

b) závislí ľudia sa dostávajú do rôznych *špecifických problémových situácií* (diskriminácia, opresia, stigmatizácia, sociálna izolácia a pod.),

c) *vážnosť problému,* ako napríklad diskriminácia a opresia, nie sú len výsledkom jednotlivca ale aj nastavením spoločnosti;

d) *dĺžka trvania problému,* vytváraná a udržiavaná jednotlivými systémami.

Jednotlivé problémy sociálneho fungovania prostredia sú hodnotené na šesťbodovej škále.

Faktor III. – klasifikuje problémy duševného zdravia:

a) osobnostné, vývinové ochorenia a

b) klinické syndrómy, vrátane duálnych diagnóz podľa DSM-IV (DSM-5; MKCH-10-SK-2016). Syndróm závislosti je podľa MKCH-10-SK-2016 len jedným z následkov užívania psychoaktívnych látok (Národné centrum zdravotníckych informácií 2018; American Psychiatric Association 2013).

Faktor IV. – označuje problémy s fyzickým zdravím:

a) Ochorenia diagnostikované lekárom – somatické komplikácie alebo ochorenia spôsobené užívaním psychoaktívnych látok.

b) Iné zdravotné problémy alebo ochorenia.

5.5.2 Model DECLARE

Model *DECLARE* (McCarthy, Galvani 2004, in: Paylor, Measham, Asher 2012), predstavuje procesný model, ktorý určuje priestor pre hodnotenie a následnú intervenciu v rámci kompetencií sociálneho pracovníka. Ide o modifikáciu *prípadovej sociálnej práce (casework)* so špecifickými cieľmi pre vymedzenú cieľovú skupinu, s nasledujúcou štruktútou:

a) *užívanie drog alebo alkoholu (drug or alcohol use)* – je považované za súčasť života užívateľa služieb a predpokladá sa, že spôsobuje alebo zväčšuje človeku problémy,

b) *skúmanie (explore)* - je explorácia skutočných problémov a postojov človeka a jeho okolia vo vzťahu k užívaniu drog alebo alkoholu,

c) *konzultovanie (consult)* – zahŕňa okruh ľudí úzko súvisiacich s človekom, ako aj konzultácie s kolegami, supervízorom, inými odborníkmi či inštitúciami,

d) *spolupráca (liaise)* – so špecialistami, ktorí majú väčšie znalosti v danej oblasti a uistenie sa, či užívanie alkoholu a drog je jedinou príčinou problémov,

e) *zhodnotenie (assess)* – je zváženie ďalších krokov a konzultácia s inými inštitúciami pre prípadné distribuovanie človeka – klienta,

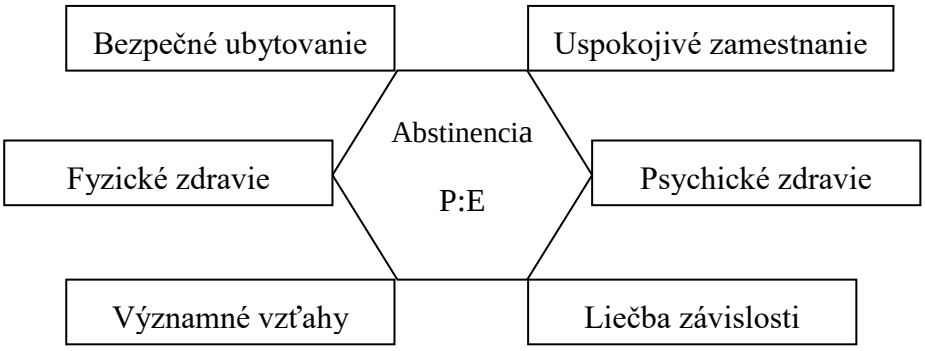
f) *postúpenie (refer)* – ak distribúcia ďalšej organizácii prebehne nepremyslene a bez oboznámenia sa s prijímajúcou organizáciou a nie je vhodne vysvetlená klientovi, môže ľahko zlyhať; človeku sa vždy poskytuje opora pri distribuovaní,

g) *vyhodnotenie (evaluate)* – distribúcia a vyhodnotenie nie je konečná fáza; s prijímajúcou organizáciou, respektíve aj s klientom, je udržiavaný kontakt a vytvára sa záchranná sieť v prípade, že distribúcia zlyhá.

5.5.3 Model SCARS

Systém záchrany so šiestimi rohmi (*SCARS – The Six Cornered Addiction Rescue System),* vypracovaný na ekosystémovej metateórii, poskytuje sociálnemu pracovníkovi systematický, analytický rámec pre posúdenie situácie klienta, identifikovanie jeho okamžitých potrieb, zdrojov (alebo ich absencií), čím sa optimalizujú šance na dosiahnutie úspechu celkového procesu terapie. Model *SCARS* zobrazuje virtuálnu sieť so šiestimi rohmi, kde v ideálnom prípade je každý roh zastúpený osobou alebo inštitúciou. Model znázorňuje, že liečba závislosti je len jeden zo základných elementov klientovej *záchrannej siete*. Sociálny pracovník sa môže kedykoľvek stať súčasťou tohto systému a vstúpiť do ktoréhokoľvek rohu v závislosti od jeho *kompetencií*. Ochranné faktory, ktoré podporujú celkovú *reziliencíu* človeka, ako *zamestnanosť, bezpečné bývanie, významné vzťahy, psychické a fyzické zdravie*, majú podstatný vplyv na výsledky celého procesu terapie a následného doliečovania (Galvani 2012; Payne 2014; Vaska 2014; McCarthy, Galvani 2004).

Obr. 2 SCARS - šesťrohový systém záchrany



Zdroj: Galvani 2012, s. 34, upravené autorom

Bezpečné bývanie predstavuje miesto, kde sa človek môže vrátiť, nazvať ho vlastným, kde nie je ohrozený a cíti sa spokojný (McCarthy, Galvani, 2004, in: Paylor, Measham, Asher 2012; Šlosár 2017a). Bezpečné prostredie jeden z kľúčových faktorov pri zvládaní cravingu (Nešpor 2012).*Uspokojivé zamestnanie* znamená akceptovateľnú štruktúru dňa, ktorá zabezpečí človeku zmysel každodenného života. *Fyzické zdravie* je chápané ako primeraná úroveň fyzickej kondície. *Psychické zdravie* predstavuje adekvátnu úroveň emocionálnej stability, relatívne dobrý duševný stav, čo znamená, že človek by nemal trpieť žiadnym neliečeným psychickým ochorením (McCarthy, Galvani 2004, in: Paylor, Measham, Asher 2012; Vaska 2014). Osamelosť je silný rizikový faktor, pôsobiaci na celkový zdravotný stav človeka, v širšom spektre spojený aj s morbiditou a mortalitou (Cacioppo, Hawkley, Berntson 2003). *Významné vzťahy* predstavujú jeden zo základných aspektov *sociálnej opory*. Je dôležité, aby v živote závislého človeka bol niekto významný. Tento bod záchrannej siete je zabezpečený, ak ide o vytváranie pozitívnych vzťahov, ktoré sa neviažu na závislosť, respektíve na patologické prostredie (McCarthy, Galvani 2004, in: Paylor, Measham, Asher 2012). Modely *DECLARE* a *SCARS* sú vhodnými nástrojmi holistického prístupu. Model *SCARS* môže identifikovať a zvýrazniť vzťahy medzi závislosťou a inými problémami, vďaka čomu klient začne zreteľnejšie vnímať, že závislosť nie je jeho jediný problém, ale ovplyvňuje aj iné aspekty jeho života. Dôležité je využiť tento klientov *vhľad (insight)* (Colman, 2009; Strmeň, Raiskup 1998) a podporiť jeho väčšiu zaangažovanosť v liečbe. Na druhej strane, ak je závislosť vyňatá z kontextu prostredia a klientových iných problémov, môže sa cítiť neistý pri dosahovaní zmien, čo vytvára podmienky pre lapsus/relaps (Paylor, Measham, Asher 2012).

5.6 Ekosystémová integrácia iných modelov prevencie porušenia abstinencie

Závislé správanie a osamelosť, ako výsledok súčasného pôsobenia biologických, psychických, sociálnych, kultúrnych, ale i spirituálnych faktorov, vysvetľované cez holisticko-atomistickú prizmu, využívajúc vybrané teórie hlavných psychologických smerov na pozadí ekosystémových metateoretických úvah, ponúka rámec, v ktorom je možné uchopiť spoločné faktory, ovplyvňujúce vznik závislého správania a rôznych druhov osamelosti. V najvýraznejšej miere ide o sociálne a psychické faktory, ale je možné sa domnievať, že osamelosť a závislosť majú spoločný menovateľ aj na biologickej úrovni, ako zvýšená

citlivosť (zraniteľnosť) organizmu na vnútorné a vonkajšie podnety. Medzi spoločné sociálne faktory, ktoré vo výraznej miere môžu prispieť k vzniku závislosti a zároveň k prežívaniu osamelosti patria hlavne: dysfunkčná rodina, závislosť v rodine a neadekvátne napĺňaná potreba sociálnej afiliácie. Spoločné psychické faktory sa týkajú emocionálneho prežívania, myslenia a správania. Ide o prežívanie vnútorného nepokoja, tenzie, úzkosti, frustrácie, depresie, všeobecného pocitu nespokojnosti a prázdnoty. Ťažkosti so zvládaním vlastných vnútorných emocionálnych stavov, v kontexte sociálnych interakcií, môžu viesť k vyhýbaniu sa určitým sociálnym situáciám alebo k negatívnemu zvládaniu týchto situácií pomocou drogy. Za závislým správaním a osamelosťou sa vo veľkej miere skrývajú iracionálne presvedčenia, ktoré si ľudia v priebehu života vytvorili. Tieto iracionálne presvedčenia následne spôsobujú ďalšie problémy ako napríklad znížená sebaúcta, nízka sebadôvera, rigidné myslenie a správanie, neprimerané vzorce správania, neschopnosť flexibilne reagovať na podnety z okolia, čierno-biele a absolutistické myslenie, popieranie a racionalizácia patologického správania a podobne. Taktiež následky osamelosti sa v niektorých prípadoch prelínajú s dôsledkami závislosti. Týka sa to hlavne vylúčenia z určitých spoločenských situácií, zníženej kvality sociálnej opory a sociálnych kontaktov a zníženie celkovej kvality života. Osamelosť a závislosť sa spoločne podieľajú na zhoršovaní psychosomatického a somatického zdravotného stavu, v krajnom prípade končiacim smrťou. Analýza jednotlivých prístupov osamelosti, ako i empirických výskumov, preukazuje v niektorých prípadoch explicitnú, inokedy implicitnú zhodu s etiológiou závislého správania (Kasal 2013; Vágnerová 2012; Matoušek, Matoušková 2011; Akerlind, Hornquist 1992; Rogers 1999; Langmeier, Matejček 2011; Perlman, Peplau 1982; Weiss 1985a,b,c).

Snaha o komplexné uchopenie problému môže predstavovať riziko prílišného zamerania sa na vzájomné pôsobenie systémov, a tým môžu uniknúť pozornosti podstatné individuálne aspekty človeka. Na druhej starne, pri riešení iba tých najpálčivejších otázok, napríklad prostredníctvom človekom centrovaného prístupu, sa stráca komplexné zohľadnenie človeka v sociálnom, fyzickom prostredí a v ich vzájomných interakciách (Kemp, Whittaker, Tracy 1997; Payne 2014). Vychádzame pritom z toho, že za celým radom záťažových situácií, s ktorými sa závislý človek stretáva nielen počas svojej drogovej kariéry a v začiatkoch terapie, ale aj v ďalších obdobiach abstinencie, sa skrýva emocionálna, sociálna alebo iné druhy osamelosti, ktoré odrážajú deficity vzniknuté vo vývinovej histórii, prenesené do súčasného iracionálneho myslenia, dysfunkčného správania a negatívneho až patologického emocionálneho prežívania.

Aplikáciou ekologických a systémových koncepcií v tandeme ekosystémová perspektíva prekonáva aspoň teoreticky niektoré obmedzenia spojené so spoliehaním sa iba na jednu z teórií. Ekologický pohľad vyvažuje abstrakciu a mechanizmus systémov, zatiaľ čo systémové koncepty podporujú sústredenie na procesy, zmeny a adaptáciu. Perspektíva širších, respektíve komplexných systémov, tiež umožňuje vytvorenie metateoretického rámca, ktorý v praxi môže zahŕňať rôzne metodologické prístupy (Kemp, Whittaker, Tracy 1997; Healy 2014; Payne 2014).

5.6.1 Integratívna racionálne emočná behaviorálna teória a terapia (REBT)

REBT je *integratívna* kognitívne behaviorálna *psychoterapia*, ktorá má prepojenie s psychoanalytickou a psychodynamickou terapiou, gestalt terapiou, humanistickou a existenciálnou terapiou, konštruktivistickou terapiou, interpersonálnou terapiou, rodinnou a systémovou terapiou. Napriek tomu teoretické základy REBT vychádzajú viac z filozofie ako zo psychológie. Filozofické a teoretické základy vytvárajú spoločný priestor s klinickou sociálnou prácou. REBT určitým spôsobom uprednostňuje, aby klienti urobili hlboké filozofické zmeny vo svojom živote miesto toho, aby iba vyvrátili svoje konkrétne iracionálne presvedčenia a automatické negatívne myšlienky a nahradzovali ich rozumnejšími. REBT sa snaží pomôcť ľuďom, aby od základu zmenili svoj pohľad na život a udržali ho zmenený. Uvedené tvrdenie je zhodné s perspektívou dlhodobej a plnohodnotnej abstinencie, kedy sa závislý človek učí úplne novým spôsobom ako žiť život v abstinencii. Zdá sa, že REBT siaha za zmenu automatických negatívnych myšlienok a ďalej, za zmenu vnútorných „jadrových“ iracionálnych presvedčení, k filozofickej podstate života človeka (Ellis, Ellis 2013; Ellis, MacLaren 2005; Balogová 2014; Barth 2014). REBT je vo veľkej miere konštruktivistickým terapeutickým prístupom, v ktorom sa zdôrazňuje flexibilné a adaptívne ľudské *myslenie* a *správanie*. Ľudia sa často dostanú do problémov len na základe rigidných a absolutistických príkazov, ktoré sú kultúrne naučené alebo podmienené vlastnými kreatívnymi a biologickými tendenciami. REBT pomáha ľuďom ukázať, akým spôsobom si sami vytvárajú svoje dysfunkčné vzorce myslenia a myšlienkové konštrukcie o sebe samom a okolitom svete, a následne ich *učí premýšľať o svojom myslení* a *konštruktívne ho meniť*. REBT v tomto smere vystupuje *direktívne a aktívne*. Aktívne učí a povzbudzuje ľudí, aby sami tvorivo využívali konštruktivistické a existenciálne myšlienky a princípy. Existencialistická a humanistická pozícia zameraná na človeka sa snaží pomôcť klientom, aby sami seba bezpodmienečne prijali len na základe toho, že sú ľuďmi. Odmieta akékoľvek podmieňovanie akceptácie a bezpodmienečného prijatia vo vzťahu k sebe samému, alebo vo vzťahu k okolitým systémom.

K tomu človek musí upustiť od vytvorených fasád, vytvoreného obrazu o sebe samom – „mal by som...“, alebo „musím...“ (Rogers 1995; Ellis, MacLaren 2005; Šlosár 2017c). *Musturbácia* (musturbation; must – musieť) je jeden z ústredných pojmov Ellisovej teórie. *Musturbácia* je termín na opis absolutistického čierno-bieleho myslenia, pri ktorom „mal by som...“ a „musím...“ sú súčasťou iracionálnych presvedčení, nezdravých emócií a dysfunkčného správania (Ellis, MacLeren 2005; Ellis, Abrams, Abrams 2009; Kalina 2013). Niektorí závislí ľudia sa v začiatkoch abstinencie sami často dostanú do situácie, kedy si vytvoria iracionálne presvedčenia, založené na musturbácii a čierno-bielom myslení. Sú presvedčení že musia abstinovať z rôznych dôvodov, ktoré ale nezodpovedajú skutočnému prijatiu zodpovednosti za vlastný život, ako napríklad: „...musím už abstinovať, a začnem veľa pracovať a zarábať peniaze, aby som vynahradil rodine, manželke a deťom všetko o čo som ich doteraz svojím pitím pripravil...“. Takéto myslenie a trýznivé pocity viny vytvárajú základ pre lapsus/relaps. Preto je dôležité, aby závislý človek v začiatku abstinencie pochopil a neskôr si aj na hlbšej úrovni uvedomil, že hlavný zmysel jeho abstinencie nespočíva v materiálnom zabezpečení rodiny a napĺňaní rôznych pseudozmyslov. REBT sleduje líniu existenciálneho prístupu a ľuďom sa snaží poskytnúť bezpodmienečné prijatie v maximálnej miere. Bezpodmienečné sebaprijatie a akceptácia (ako začiatok cesty sebapoznania a sebauvedomenia), ktoré sú založené len na empatii, akceptácii a kongruencii zo strany terapeuta, môžu u niektorých klientov vytvoriť vysoko podmienené sebaprijatie. REBT si to uvedomuje a klientov *aktívne učí* bezpodmienečnému sebaprijatiu a jeho dôležitosti. REBT je jedna z existenciálnych teoretických a praktických prístupov, a zatiaľ čo väčšina týchto prístupov je pomerne pasívna (ako bol aj sám C. R. Rogers), REBT používa rôzne aktívne a direktívne metódy. REBT bezpodmienečné prijatie (seba, iných a sveta okolo) aktívne učí a modeluje (Rogers 1995; Ellis, MacLaren 2005; Ellis, Ellis 2013; Žiaková, Hudecová 2017). Vychádzajúc z filozofickej a existenciálnej roviny je zrejmé prepojenie REBT s konceptom zmyslu života. „*Zmysel života sa chápe ako osobný systém presvedčení, cieľov a hodnôt, ktorý človeku umožňuje prežívať a uvedomovať si a riadiť svoj život ako hodnotný, účelný, a napĺňajúci* “ (Halama 2007, s. 56). Uvedenú definíciu možno bližšie interpretovať z hľadiska REBT – zmysel života nemôže byť skutočne naplnený, ak je jeho život v kľúčových, existenciálnych, ale i bežných otázkach založený na iracionálnych presvedčeniach. Ak človek žije podľa absolutistických a iracionálnych presvedčení, bez akceptácie a súladu vo svojom prežívaní a uvedomovaní – kongruencie, bez kongruencie k druhým, ani jeho postavené hodnoty mu nie sú vlastné, čím napĺňa cudzie ciele. Kognitívne, behaviorálne a afektívne

komponenty zmyslu života podľa Popielskeho (1987, in: Halama 2007), Rekera a Wonga (1988, in: Halama 2007) majú jednoznačné prepojenie na zložky REBT ako je znázornené v Tab. 17.

Tab. 17 Komponenty zmyslu života a aspekty REBT

	Komponenty zmyslu života	REBT (A. Ellis)
Popielsky	intelektuálny	racionálne aspekty
Reker, Wong	kognitívny	
Popielsky	emocionálno-citový	emočné aspekty
Reker, Wong	afektívny	
Popielsky	vôľovo snahový	behaviorálne aspekty
Reker, Wong	motivačný	
Popielsky	existenciálno-činnostný	existenciálne a humanistické aspekty

Aj keď je zrejmé, že nie všetci klienti budú schopní kontemplácie a hlbokej filozofickej zmeny, REBT disponuje rôznymi kognitívnymi a behaviorálnymi metódami a technikami, ktoré direktívne a aktívne učia klienta – človeka kongruencii k sebe a iným, čím je vytvorený súlad v prežívaní, uvedomovaní, správaní a komunikovaní. V komunikovaní v rámci vlastného vnútorného nastavenia a komunikovaní vo vzťahu k okolitým systémom (Kahan, Žiaková 2018; Ellis, MacLaren 2005; Ellis, Ellis 2013).

REBT vychádza z hypotézy, že ľudia sa stávajú racionálnymi a iracionálnymi nielen prostredníctvom sociálneho učenia, ale že táto tendencia má aj svoju biologickú podstatu. Tento predpoklad sociálneho učenia a biologického základu iracionality nie je možné s istotou dokázať. Ellis (Ellis, MacLaren 2005, s. 27) na podporu svojej hypotézy ponúka niekoľko téz:

1. Prakticky všetci ľudia často a najrôznejšími spôsobmi konajú sami proti sebe a proti druhým aj napriek tomu, že majú snahu a prianie sa zlepšiť.
2. Napriek tomu, že kultúrne skupiny majú rôznorodé ciele a hodnoty, ich členovia často vnášajú do skupiny iracionálne názory (absolútne príkazy a požiadavky) na pravidlá a normy, ktoré následne vyvolávajú problémy a konflikty.
3. Napriek užitočným radám, ktoré ľudia získavajú od rodičov, učiteľov, vrstovníkov, atď., často konajú nezodpovedne, nedisciplinovane a majú mnoho iných zlozvykov.

4. Ľudia, ktorí energicky vystupujú proti „hlúpemu“ správaniu, takéto správanie často praktizujú; agnostici obhajujú absolutistické myšlienky a hlboko veriaci ľudia často konajú nemorálne.
5. Množstvo ľudí si priznáva, že svojím správaním si škodí, napríklad nadmerným pitím alkoholu, fajčením a pod., aj napriek tomu, že vedia, že im to škodí.
6. Veľa ľudí sa často uchyľuje k deštruktívnemu správaniu aj napriek tomu, že sa ho chcú zbaviť.
7. Pre mnohých ľudí je často jednoduchšie správať sa sebadeštruktívne, ako by mali takéto správanie zastaviť.
8. Psychoterapeuti a iní pomáhajúci odborníci, ktorí údajne najlepšie vedia, čo je to deštruktívne správanie, sa často správajú deštruktívne.

Všetci ľudia sa správajú aj racionálne, aj iracionálne. Často sa svojím iracionálnym myslením a správaním dostávajú do ťažkostí, ktoré im spôsobujú psychické problémy. Existujú aj ľudia, ktorí majú jedinečnú vlastnosť – vlastnosť kontemplácie. Uvažovanie o uvažovaní predpokladá, že ľudia sú konštruktivisti a majú dobre rozvinutú vnútornú i vonkajšiu reč. Na týchto základoch je postavený praktický model SMART.

5.6.2 SMART model prevencie porušenia abstinencie

SMART je akronym pre program *„Self Management and Recovery Training“*, čo znamená riadenie a plánovanie vlastnej činnosti a učenie sa sebestačnosti, ako zvládať závislé správanie. SMART vychádza z princípov racionálne emočnej behaviorálnej terapie (REBT). Program SMART má štyri kľúčové body: 1. Budovanie a udržanie motivácie abstinovať. 2. Zvládanie cravingu. 3. Riadenie a ovládanie myšlienok, emócií a správania. 4. Žiť vyrovnaný život. Program SMART učí ľudí rôznymi metódami a technikami REBT a KT (kognitívna terapia), aby získali schopnosť sebestačnosti a aby získali silu vlastnými myšlienkami a racionálnymi presvedčeniami vykonávať v živote také rozhodnutia, ktoré im prinesú pozitívnu zmenu a harmóniu (Volpicelli, Szalavitz 2000; Myers 2015).

5.6.3 Model podľa G. Alan Marlatt

Ide o kognitívne-behaviorálny prístup, ktorý sa opiera o bio-psycho-sociálny model závislosti. Model disponuje širokou škálou stratégií v prevencii predchádzania relapsu a v procese zmeny spôsobu života. Všeobecné ciele prevencie relapsu sú určené ako:

a) zvládanie – vybavenie človeka technikami a nácvikom zručností pri zvládaní rizikových situácií a stratégiami ako zabrániť rozvoju relapsu; tým sa zvyšuje „*pocit vlastnej účinnosti*“, ktorý je vyjadrený ako schopnosť optimálne zvládať konkrétne situácie; zvládanie rizikových a záťažových situácií, plynúcich z osamelosti, má svoje špecifiká, ktoré si človek musí v prvom rade uvedomiť,
b) uvedomovanie – vzájomných interakcií myslenia, prežívania a správania v kontexte sociálneho a fyzického prostredia, čím dochádza k identifikácii a predvídaniu rizikových situácií; uvedomenie si uzavretého vzťahu medzi myslením a správaním v kontexte prežívanej osamelosti je kľúčom k zmene,
c) zmena životného štýlu – zahŕňa určenie zdrojov psychickej záťaže, pomenovanie a prácu na odstránení nezdravých návykov, hľadanie pozitívnych aktivít a podobne (Pavlovská 2013; Marlatt, Barrett 1994).

Zložky prevencie relapsu možno zhrnúť nasledovne: a) psychoedukácia – človek sa oboznamuje s modelom relapsu, čo mu umožňuje orientáciu vo vlastnom správaní; b) uvedomovanie – človek mapuje svoje skúsenosti a rozpoznáva signály rizikových situácií; c) hľadanie alternatív – poskytovanie alternatív v spôsobe myslenia, správania a prežívania v kontexte predvídania a zvládania záťaže a rizík, b) tvarovanie správania a nácvik – vybavenie človeka poznatkami a zručnosťami pozitívnych zvládacích stratégií, e) intervencia v životnom štýle – nevyvážený životný štýl je zdrojom rôznych rizikových situácií (Kalina 2015).

5.6.4 Prevencia relapsu založená na uvedomovaní

Ide o myšlienkovú meditáciu ako kognitívne-behaviorálny doplnok k existujúcim liečebným metódam. Cieľom je rozvinúť uvedomenie si vlastných myšlienok a pocitov. Prostredníctvom nácviku a zameraním sa na dýchanie učí ľudí uvedomiť si svoje prežívanie a myslenie a následne túto schopnosť využiť ako efektívnu pozitívnu stratégiu pri zvládaní vysoko rizikových situácií. Uvedený druh kontemplácie zameriava pozornosť na takzvané *spúšťače* cravingu. Opakované uvedomovanie vo vysoko rizikových situáciách bez lapsusu vedie k zvýšenému pocitu účinnosti (Witkiewitz, Marlatt, Walker 2005; Pavlovská 2015). Rokach (2005) vo výskume štatisticky preukázal významnosť podobnej stratégie (sebarozvoj a porozumenie – self-development and understanding) zvládania osamelosti u látkovo závislých ľudí.

5.6.5 CENNAPS model

Daný model vychádza z princípov Anonymných alkoholikov a 12-krokového programu. Tento model je vhodný napríklad pre ľudí, ktorí sa snažia o abstinenciu, ale bez úspechu. Model pozostáva z deviatich princípov, ktoré terapeutom pomáhajú vytvoriť plán liečby: 1. Sebaregulácia – fyzická, psychická a sociálna stabilizácia. 2. Integrácia sa týka techník zameraných na sebahodnotenie. 3. Porozumenie problému znamená vzdelávanie v problematike relapsu. 4. Sebapoznanie predstavuje identifikáciu varovných signálov relapsu. 5. Stratégie zvládania varovných signálov a rizikových situácií. 6. Zmena – ide o stanovenie cieľov na každý deň a hodnotenie plánu abstinenta. 7. Vedomý tréning zručností a evidencia zmien. 8. Podpora pri zapájaní okolia človeka do procesu terapie. 9. Udržiavanie a plánovanie budúcnosti (Alcoholics Anonymous 2001; Gordon 2003; Pavlovská 2015).

5.6.6 Vybrané kognitívne, behaviorálne a emočné techniky

Kognitívna reštrukturalizácia patrí medzi hlavné kognitívne techniky, kedy sa človek učí identifikovať a zmeniť myšlienkové „pasce“ zdanlivo bezvýznamných rozhodnutí, ktoré môžu viesť k lapsusu/relapsu. K tomu sa vhodne využíva technika *„zastaviť sa a pozorovať“*. Pri tejto technike si človek môže uvedomiť, že často je on sám svojím vlastným nepriateľom. Ďalšou účinnou technikou je nácvik lapsusu/relapsu respektíve nácvik *„havarijného plánu“*. Cieľom tejto techniky nie je lapsus/relaps privolať, ale vybudovať presný postup krokov v prípade, ak takáto situácia nastane alebo sa ku nej bude schyľovať. Takéto spracovanie plánu tiež motivuje človeka v abstinencii. *Verbalizácia* citových obsahov emocionálneho prežívania a *racionálne emočná imaginácia* pri zvládaní rizikových situácií umožňuje človeku zvoliť vhodnejšie a rozumnejšie emócie, také, ktoré by chcel prežívať v problémových situáciách. Dôležitou behaviorálnou technikou je sebamonitorovanie, kedy si človek robí podrobné záznamy o určitej aktivite s cieľom sústrediť sa na správanie, ktoré chce zmeniť. Takto sa lepšie identifikujú takzvané „spúšťače“, rizikové situácie a je možné explicitne odhadnúť dôsledky deštruktívneho správania. Táto technika využíva rozhodovaciu maticu alebo je možné použiť techniku formuláru REBT pre samostatnú prácu. Táto tabuľka obsahuje stĺpce podľa modelu ABCDE, do ktorých sa zapisujú jednotlivé udalosti tak, ako postupujú a ako danú situáciu človek rieši. Ide o praktický model: A – *activating event* or *adversities* (aktivačná alebo nepriaznivá udalosť), B (iB) – *irrational beliefs* (iracionálne presvedčenia), C – *consequences* (výsledné emócie, správanie, dôsledky), D – *disputing* (filozofické, realistické, logické a pragmatické spochybňovanie), E – *effective new*

philosophies (nový efektívny pohľad na život, nová filozofia). Ďalšou technikou, ktorá explicitne pracuje s osamelosťou je technika HALT (Hungry, Angry, Lonely, Tired; hladný, nahnevaný, osamelý, unavený). Ide o techniku, ktorú človek tiež môže využívať sám, a ktorá ho má varovať pred rizikovou situáciou, respektíve prípadným lapsusom/relapsom. Ak sa už človek dostane do rizikovej situácie táto technika mu má zabezpečiť, aby sa zastavil a pozoroval, ktorý z týchto stavov (hladný, nahnevaný, osamelý, unavený) je prítomný a následne sa postaral o jeho odstránenie. Lapsus/relaps je jedným z hlavných dôvodov, kvôli ktorým závislí ľudia predčasne ukončia liečbu alebo doliečovanie. Prevencia lapsusu/relapsu vychádza z princípov kognitívno-behaviorálnej teórie, že človek je schopný svoje správanie meniť. Tri hlavné ciele kognitívnych techník sú identifikovať, spochybniť a aktívne nahradiť iracionálne myslenie. Emočné techniky sa používajú na doplnenie a poslinenie kognitívnych intervencií, ktoré presúvajú pozornosť na hľadanie iracionálnych presvedčení a na posilňovanie pozitívnych zmien v myslení. Aj keď REBT do určitej miery uprednostňuje, ak závislí ľudia urobia hlboké filozofické zmeny vo svojom živote (čím abstinencia bez pochýb je), pretože tieto zmeny môžu vyvolať trvalé a pozitívne zmeny v emóciách a správaní. Behaviorálne techniky sú často praktické cvičenia, ktoré sú potrebné na posilnenie a potvrdenie *„vhľadov“*, ktoré závislí ľudia získavajú v novom spôsobe života, v abstinencii (Millerová 2011; Pavlovská 2015; Ellis, MacLaren 2005; Ellis, Ellis 2013; Kalina 2013).

Uvedené vybrané modely a techniky v rôznej miere kladú dôraz na sociálno-kognitívne a behaviorálne faktory, ktoré zahŕňajú schopnosť monitorovať a kontrolovať sociálne a fyzické prostredie, ovládať vlastné emócie, využívať sociálnu oporu, zvyšovať pocit vlastnej účinnosti, sebadôveru a pocit zmysluplného života. Tieto faktory, ktoré ovplyvňujú dosiahnutie a udržanie abstinencie (Cheung, Lee, Lee 2003, in: Pavlovská 2013), rovnako dobre spadajú aj do ekosystémového metarámca a zároveň reflektujú všetky aspekty racionálne emočnej behaviorálnej terapie. Široká koncepcia ekosystému a integratívna multimodálna racionálne emočná behaviorálna teória a terapia, ponúka mnoho výhod, vrátane silného výrazu, tradičného záujmu o človeka a jeho životné prostredie. Integratívny, komplexný a holistický prístup ponúka otvorený systém myšlienok a tvorivý integratívny prístup v intervencii sociálnej práce pri činnostiach zameraných na prevenciu lapsus/relapsu a perspektívu abstinencie.

Záver

Cieľom monografie bolo komplexné myšlienkové uchopenie konštruktov osamelosti v kontexte látkovej závislosti a perspektívy abstinencie, s využitím viacerých teórií, pomocou ktorých sme mali snahu vysvetliť vzájomné vzťahy, skúmaných fenoménov. Cieľom tejto explanácie bolo aj vsadiť teoretické východiská osamelosti a bio-psycho-socio-spirituálny prístup látkovej závislosti do ekosystémového metarámca. Ekosystémová metateória predstavuje jeden z najvhodnejších konštruktov, ktorý má schopmnosť integrovať diskutované teórie osamelosti a látkovej závislosti ako v teoretickej rovine, tak aj na úrovni praktických modelov a techník.

Závislé správanie a osamelosť, ako výsledok súčasného pôsobenia biologických, psychických, sociálnych, kultúrnych, ale i spirituálnych faktorov, bolo vysvetľované cez holisticko-atomistickú prizmu, využívajúc vybrané teórie hlavných psychologických smerov na pozadí ekosystémových metateoretických úvah. Faktory, ovplyvňujúce vznik závislého správania, sa v mnohom zhodujú s príčinami vzniku rôznych druhov osamelosti. V najvýraznejšej miere ide o sociálne a psychické faktory, ale je možné sa domnievať, že osamelosť a závislosť majú spoločný menovateľ aj na biologickej úrovni, ako zvýšená citlivosť (zraniteľnosť) organizmu na vnútorné a vonkajšie podnety. Medzi spoločné sociálne faktory, ktoré vo výraznej miere môžu prispieť k vzniku závislosti a zároveň k prežívaniu osamelosti patria hlavne: dysfunkčná rodina, závislosť v rodine a neadekvátne napĺňaná potreba sociálnej afiliácie. Spoločné psychické faktory sa týkajú emocionálneho prežívania, myslenia a správania. Ide o prežívanie vnútorného nepokoja, tenzie, úzkosti, frustrácie, depresie, všeobecného pocitu nespokojnosti a prázdnoty. Ťažkosti so zvládaním vlastných vnútorných emocionálnych stavov, v kontexte sociálnych interakcií, môžu viesť k vyhýbaniu sa určitým sociálnym situáciám alebo k negatívnemu zvládaniu týchto situácií pomocou drogy. Za závislým správaním a osamelosťou sa vo veľkej miere skrývajú iracionálne presvedčenia, ktoré si ľudia v priebehu života vytvorili. Tieto iracionálne presvedčenia následne spôsobujú ďalšie problémy ako napríklad znížená sebaúcta, nízka sebadôvera, rigidné myslenie a správanie, neprimerané vzorce správania, neschopnosť flexibilne reagovať na podnety z okolia, čierno-biele a absolutistické myslenie, popieranie a racionalizácia patologického správania a podobne. Taktiež následky osamelosti sa v niektorých prípadoch prelínajú s dôsledkami závislosti. Týka sa to hlavne vylúčenia z určitých spoločenských situácií, zníženej kvality sociálnej opory a sociálnych kontaktov a zníženie celkovej kvality života. Osamelosť a závislosť sa spoločne podieľajú na zhoršovaní psychosomatického

a somatického zdravotného stavu, v krajnom prípade končiacim smrťou. Analýza jednotlivých prístupov osamelosti, ako i empirických výskumov, preukazuje v niektorých prípadoch explicitnú, inokedy implicitnú zhodu s etiológiou závislého správania (Kasal 2013; Vágnerová 2012; Matoušek, Matoušková 2011; Akerlind, Hornquist 1992; Rogers 1999; Langmeier, Matejček 2011; Perlman, Peplau 1982; Weiss 1985a,b,c).

Snaha o komplexné uchopenie problému môže predstavovať riziko prílišného zamerania sa na vzájomné pôsobenie systémov, a tým môžu uniknúť pozornosti podstatné individuálne aspekty človeka. Na druhej starne, pri riešení iba tých najpálčivejších otázok, napríklad prostredníctvom človekom centrovaného prístupu, sa stráca komplexné zohľadnenie človeka v sociálnom, fyzickom prostredí a v ich vzájomných interakciách (Kemp, Whittaker, Tracy 1997; Payne 2014). Vychádzame pritom z toho, že za celým radom záťažových situácií, s ktorými sa závislý človek stretáva nielen počas svojej drogovej kariéry a v začiatkoch terapie, ale aj v ďalších obdobiach abstinencie, sa skrýva emocionálna, sociálna alebo iné druhy osamelosti, ktoré odrážajú deficity vzniknuté vo vývinovej histórii, prenesené do súčasného iracionálneho myslenia, dysfunkčného správania a negatívneho až patologického emocionálneho prežívania. Paralelnými testami sme zistili, že osamelosť je fenomén, ktorý sa vo výraznej miere prejavuje u závislých ľudí, ktorí sú aktuálne v liečbe. Prípadové štúdie kvalitatívne podporili a dopĺnili naše štatistické zistenia a zároveň potvrdili teoretické východiska osamelosti.

Osamelosť sa ukázala ako rizikový faktor hlavne v prvých dvanástich mesiacoch abstinencie. Skúmanie osamelosti je dôležité z hľadiska toho, že rôzne druhy a formy osamelosti odrážajú špecifické deficity v základných ľudských potrebách. Nedostatočnou saturáciou základných ľudských potrieb spolupatričnosti, súnaležitosti, afiliácie, intimity a lásky sa ľudia stávajú odcudzení, osamelí, izolovaní od okolitého sveta, od seba navzájom a od vlastného vnútorného prežívania, čoho následkom môžu byť rôzne prejavy patologického správania. Ekosystémový rámec štruktúry životného priestoru, sociálneho prostredia, formálne a neformálne siete a blízke intímne vzťahy výrazne ovplyvňujú to, ako ľudia zvládajú liečbu závislostí, ako sa vyrovnávajú s prijatím konkrétnej diagnózy a ako akceptujú nový spôsob života s cieľom abstinovať.

Zoznam použitej literatúry

AKERLIND, I., and J. O. HORNQUIST, 1992. Loneliness and Alcohol Abuse: A Review of Evidences of an Interplay. *Social Science & Medicine* [online]. 34(4) [cit. 2017-09-08]. ISSN 0277-9536/92. Dostupné z: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027795369290300F

ALCOHOLICS ANONYMOUS, W. S., 2001. *Alcoholics Anonymous - Big Book.* 4th ed. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc. ISBN 978-1-893007-16-1.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, United States: American Psychiatric Publishing. ISBN13 9780890425558.

BARTH, F. D., 2014. *Integrative Clinical Social Work Practice.* New York: Springer. ISBN 978-1-4939-0351-1.

BALOGOVÁ, B., 2008. Prežívanie osamelosti seniorov a senioriek. In: E. Žiaková a kol. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov: Filozofická fakulta PU v Prešove, s. 156 – 172. ISBN978-80-8068-731-1.

BALOGOVÁ, B., 2014. Vybrané otázky etiky klinického sociálneho pracovníka. *Fórum sociální práce*, 5(1), s. 11 – 22. ISSN1804-3070.

BALOGOVÁ, B., 2017a. Hybridné teórie. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 59. ISBN 978-80-8152-483-7.

BALOGOVÁ, B., 2017b. Kvantitatívny výskum. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 342 – 343. ISBN 978-80-8152-483-7.

BALOGOVÁ, B., 2017c. Kvalitatívny výskum. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 341 – 342. ISBN 978-80-8152-483-7.

BALOGOVÁ, B., 2017d. Prípadová štúdia. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 131. ISBN 978-80-8152-483-7.

BATES, M. J., 2005. An introduction to metatheories, theories, and models. In: K. E. FISHER, S. ERDELEZ, and L. McKECHNIE, eds. *Theories of Information Behavior*. Medford, NJ: Information Today, pp. 1 – 24. ISBN 1-57387-230-X.

BAUMAN, Z., 2008. *Tekuté časy: Život ve věku neistoty*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1656-0.

BAUMAN, Z., 2013. *Tekutá láska: O křehkosti lidských pout*. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-2270-7.

BLACKBURN, S., 2008. *Oxford Dictionary of Philosophy.* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-954143-0.

BOCK, M., 2008. The role of family as/and social environment in the professional work with alcohol addicted persons. *IUC Journal of social work* [online]. 16(2) [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: http://www.bemidjistate.edu/academics/publications/social_work_journal/issue16/articles/bock.htm

BOWLBY, J., 1961. Processes of Mourning. *International Journal of Psychoanalysis.* 62, pp. 317 – 340.

BOWLBY, J., 1985. Affectional Bonds. In: R. S. Weiss. *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation.* Cambridge: The MIT Press, pp. 38 – 52. ISBN 978-0-262-73041-9.

BOWMAN, C. C., 1955. Loneliness and Social Change. *American Journal of Psychiatry*, 112, 194 – 198.

BREKKE, S. J., 2014. A Science of Social Work, and Social Work as an Integrative Scientific Discipline: Have We Gone Too Far, or Not Far Eoungh? *Research on Social Work Practice* [online]. 24(5) [cit. 2016-09-08]. Dostupné z: http://rsw.sagepub.com/content/24/5/517.full.pdf+html

BRENNER, C., 1974. On the nature development of affects: A unified theory. Psychoanalytic Quarterly. 43, 635 – 654.

BRNULA, P., 2017a. Prístup zameraný na človeka. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 69 – 70. ISBN 978-80-8152-483-7.

BRNULA, P., 2017b. Cieľ sociálnej práce. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 53 – 54. ISBN 978-80-8152-483-7.

CACIOPPO, J. T., L. C. HAWKLEY, and G. G. BERNTSON, 2003. The Anatomy of Loneliness. *Current Directions in Psychological Science* [online]. 12(3), 71 – 74 [cit. 2016-01-10]. Dostupné z: http://cdp.sagepub.com/content/12/3/71.full.pdf+html

CACIOPPO, T. J., L. C. HAWKLEY, A. KALIL, M. E. HUGHES, L. WAITE, and R. A. THISTED, 2008. Happiness and the Invisible Threads of Social Connection. In: M. EID, and R. J. LARSEN, eds. *The Science of Well-Being* [online]. New York: Guilford, pp. 195 – 219 [cit. 2017-01-20]. ISBN-13 978-1-59385-581-9. Dostupné z: http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/CacioppoHawkly2008.pdf

CACIOPPO, J. T., and W. PATRICK, 2008. Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection. New York: W. W. Norton & Co. ISBN 978-0-393-33528-6.

CALICCHIA, J. P., and R. M. BARRESI, 1975. Alcoholism and Alienation. *Journal of Clinical Psychology* [online]. 31(4), 770 – 775 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-4679%28197510%2931%3A4%3C770%3A%3AAID-JCLP2270310448%3E3.0.CO%3B2-3

CAMPBELL, A., B. J. TAYLOR, and A. McGLADE, 2017. Research Design in Social Work. Lndon: SAGE. ISsN 978-1-4462-7123-0.

COLMAN, A., M., 2009. *A Dictionary of Psychology.* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN978-0-19-953406-7.

CRESWELL, W. J., and V. L. P. CLARK, 2011. *Designing and Conducting Mixed Methods Research.* 2nd ed. London: Sage Publications, Ltd. ISBN 978-1-412975179.

CRESWELL, W. J., A. C. KLASSEN, V. L. P. CLARK, and K. C. SMITH, 2011. *Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences.*[online]. Bethesda: OBSSR [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: https://obssr-archive.od.nih.gov/mixed_methods_research/index.aspx

CUTRONA, C. E., 1982. Transition to College: Loneliness and the Process of Social Adjustment. In: L. A. PEPLAU, and D. PERLMAN eds. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: Wiley.

DE JONG GIERVELD, J., 1987. Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychologis* [online]. 53(1), 119 – 128.[cit.2017-10-25]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3612484

DE JONG GIERVELD, J., and VAN TILBURG, G. T.,1999. *Manual of the loneliness scale* [online]. Amsterdam: VU University Amsterdam, Department of Social Research Methodology [cit. 2017-10-20]. Dostupné z: https://home.fsw.vu.nl/tg.van.tilburg/manual_loneliness_scale_1999.html

DILLWORTH, M. T. 2009. Dry Drunk Syndrome. In: G. L. FISHER, and N. A. ROGET, eds. *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment & Recovery*. London: Sage Publication, Inc., pp. 345 – 346. ISBN 978-1-4129-5084-8.

DURKHEIM., É. 1926. *Pravidla sociologické methody.* Praha: Masarykova sociologická společnost.

ELIAS, N., 2001. *The Loneliness of the Dying.* London: Bloomsbury Publishing PLC. ISBN 9780826413734.

ELLIS, A., M. ABRAMS, and L. D. ABRAMS, 2009. *Personality Theories: Critical Perspectives*. London: Sage. ISBN 978-1-4129-7062-4.

ELLIS, A., and D. J. ELLIS, 2013. *Rational Emotive Behavior Therapy*. Wshington, DC: American Psychological Association. ISBN 978-1-4338-0961-3.

ELLIS, A. a C. MacLAREN, 2005. *Racionálně emoční behaviorální terapie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-947-X.

ESCOHOTADO, A., 1999. A Brief History of Drugs. Rochester, Vermont: Park Street Press. ISBN 978-0-89281-826-6.

EVANS, B. F., 1996. *Harry Stack Sullivan, Interpersonal Theory and Psychoterapy*. London: Routledge. ISBN 0-415-11972-3.

EVANS, R. K., and M. C. GILBERT, 2011. *Úvod do integrativní psychoterapie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-446-9.

FAY, B. (2002). Současná filosofie sociálních věd. Praha: Slon.

FERJENČÍK, J., 2009. *Základy štatistických metód v sociálnych vedách.* Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Fakulta verejnej správy. ISBN 978-80-7097-739-2.

FRANKL, V. E., 2006. *Lékařská péče o duši.* Brno: Cesta. ISBN 80-7295-085-1.

FRANKL, V. E., 2009. *Psychoterapia pre laika.* Bratislava : LÚČ. 176 s. ISBN 978-80-7114-690-2.

FRANKL, V. E., 2011. *Hľadanie zmyslu života.* Bratislava: Eastone Books. ISBN 978-80-8109-159-9.

FREUD, S., 1990. *O člověku a kultuře.* Praha: Odeon. ISBN 80-207-0109-5.

FROMM, E., 2014. *Umenie milovať*. Bratislava: Citadella. ISBN 978-80-89628-38-4.

FROM-REICHMANN , F., 1959. Loneliness. *Psychiatry.* 22 (1), pp. 1 – 15.

GALVANI, S., 2012. Supporting People with Alcohol and Drug Problems: Making a Difference. Bristol: Policy Press. ISBN 978-1-84742-116-6.

GITTERMAN, A., and C. B. GERMAIN, 2011. Ecological Framework. In: L. E. DAVIS, and T. MIZRAHY, ch. eds. *The Encyklopedia of Social Work*. New York: Oxford University Press, pp. 97 – 102. ISBN 978-0-19-935988-2, V 2.

GORDON, S. M., 2003. Relapse & Recovery: Behaioral Strategies for Change. Pennsylvania: Caron Foundation.

GREGOROVÁ, B. A., 2017. Sloboda. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 45. ISBN 978-80-8152-483-7.

HALAMA, P., 2007. *Zmysel života z pohľadu psychológie*. Bratislava: SAP. ISBN 978-80-8095-023-1.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.

HARRIS, J., and V. WHITE, 2013. *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford: Oxford University Press. ISBN978-0-19-954-305-2.

HEALY, K., 2014. *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice.* 2nd ed Basingstoke: Palgrave MacMillan. ISBN 9781137024244.

HEGEL, F. W. G., 2015. *Fenomenológia ducha.* Bratislava: Kalligram. ISBN 978-80-8101-861-9.

HENDL, J., 2005. *Kvalitatívní výzkum: základní metody a aplikace.* Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

HENDL, J., 2009. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 3. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-482-3.

HENDL, J., 2017a. Měření. In: HENDL, J. a J. REMR. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha: Portál s. 93 – 120. ISBN 978-80-262-1192-1.

HENDL, J., 2017b. Přehled metod sběru dat. In: HENDL, J. a J. REMR. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha: Portál s. 81 – 92. ISBN 978-80-262-1192-1.

HENDL, J., 2017c. Metody analýzy dat. In: HENDL, J. a J. REMR. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha: Portál s. 215 – 270. ISBN 978-80-262-1192-1.

HENDL, J., 2017d. Případová studie. In: HENDL, J. a J. REMR. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha: Portál s. 201 – 214. ISBN 978-80-262-1192-1.

HOJAT, M., 1982. Loneliness as a Function of Selected Personality Variables. *Journal of Clinical Psycholgy* [online]. **38**(1), 137 – 141 [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/1097-4679%28198201%2938%3A1%3C137%3A%3AAID-JCLP2270380122%3E3.0.CO%3B2-2

HOŠEK, V., 1999. *Psychologie odolnosti.* Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-889-1.

HUDECOVÁ, A., 2010. Kompetencie sociálnych pracovníkov. In: A. HUDECOVÁ a kol. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií.* Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela v Banskej Bystrici. s. 7 – 17. ISBN 978-80-557-0112-7.

JANDOUREK, J., 2007. *Sociologický slovník.* 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-73672690.

JANOUŠEK, J. a I. SLAMĚNÍK, 2008. Sociální motivace. In: J. VÝROST a I. SLAMĚNÍK, eds. *Sociální psychologie.* Praha: Grada, s. 147 – 159. ISBN 978-80-247-1428-8.

JEŘÁBEK, P., 2008. Psychopatologie závislosti. In: K. KALINA a kol. *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 53 – 74. ISBN 978-80-247-1411-0.

JEŘÁBEK, P., 2015. Psychopatologie závislosti. In: K. KALINA a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 190 – 210. ISBN 978-80-247-4331-8.

JONES, W. H., S. A. HOBBS, and D. HOSKENBURY, 1982. Loneliness and social skill deficits. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. 42(4), 682 – 689[cit.2018-01-20]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7077525

KAHAN, J., 2014. Zmysel života abstinujúcich alkoholikov. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. Ako nájsť zmysel života v sociálnej práci s rizikovými skupinami: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 22.11.2013 v Košiciach. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice, s. 143 – 148. ISBN 978-80-8152-140-9.

KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2014. Rodinný systém a závislosť. *Fórum sociální práce.* 14(1), s. 30 – 44. ISSN1804-3070.

KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2015a. Prežívanie osamelosti látkovo závislých klientov. *Sociální práce/Sociálna práca*. 15(4), s. 71 – 89. ISSN 1213-6204.

KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2015b. Kvantitatívna analýza vs. výsledky prípadových štúdií. *Journal socioterapie.* 1(1), s. 28 – 29. ISSN 2453-7543.

KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2016. Záťažové situácie ako implikácie abstinencie a osamelosti závislých klientov. In: E. ŽIAKOVÁ, ed. Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce. 4. ročník Košických dní sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 27.11.2015 v Košiciach. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice, s. 32 – 42. ISBN 978-80-8152-405-9.

KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2017. Laický terapeut v oblasti závislostí: osobnosť alebo odbornosť? In: E. ŽIAKOVÁ, ed. Význam a miesto resocializácie a reedukácie v sociálnej práci. 5. ročník Košických dní sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 25. 11. 2016 v Košiciach. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice, s. 140 – 145. ISBN 978-80-8152-502-5.

KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2018a. Osamelosť látkovo závislých ľudí a perspektíva abstinencie v kontexte ekosystémovej metateórie. In: P. FEDOROČKO, ed. *Zborník príspevkov z 5. ročníka Jarnej internacionalizovanej školy doktorandov UPJŠ 2018 konanej dňa 11.– 14. 06. 2018 v Liptovskom Jáne.* Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 181 – 187. ISBN 978-80-8152-612-1.

KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2018b. Racionálne emočná behaviorálna terapia v praxi sociálnej práce: možnosti a limity. In: E. ŽIAKOVÁ a L. TÓTHOVÁ, eds. *Premeny sociálnej práce v čase. 6. ročník Košických dní sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej*

konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 08.12.2017 v Košiciach. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice, s. 34 – 44. ISBN 978-80-8152-601-5.

KAHAN, J. a E. ŽIAKOVÁ, 2019. Stigmatizácia látkovo závislých ľudí ako významný rizikový faktor relapsu. In: L. TÓTHOVÁ a K. ŠIŇANSKÁ, eds. *Sociálne riziká v spoločnosti XXI. Storočia. 7. ročník Košických dní sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 30.11.2018 v Košiciach.* Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice, s. 93 – 102. ISBN 978-80-8152-722-7.

KALINA, K., 2008. *Terapeutická komunita*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2449-2.

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

KALINA, K., 2015. Bio-psycho-socio-spirituálny model a jeho implikace pro odbornou péči. In: K. KALINA a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 101 – 128. ISBN 978-80-247-4331-8.

KARLS, J. M., and K. E. WANDREI, 1994. *Person-in-Environment System*: The PIE classification system for social functioning problems. Washington, DC: NASW Press. ISBN 0-87101-240-5

KELLY, F. J., R. L. STOUT, M. MAGILL, and J. S. TONIGAN, 2011. The Role of Alcoholics Anonymous in Mobilizing Adaptive Social Network Changes: A Prospective Lagged Mediational Analysis. *Drug and Alcohol Dependence* [online]. 114(2–3) [cit. 2017-02-28].Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3062700/#__ffn_sectitle

KEMP, P. S., J. K WHITTAKER, and E. M. TRACY, 1997. *Person-Environment Practice: The Social Ecology of Interpersonal Helping.* New York: Aldine de Gruyter. ISBN 0-202-36103-9.

KOLLÁRIK, T., 2008. *Dotazník sociálnej začlenenosti - T-98.* Bratislava: Psychodiagnostika, a.s.

KOVAŘÍK, J., 2007. Sociálněekologický model a *fenomenologická* tradice. In: O. Matoušek a kol. *Základy sociální práce.* Praha: Portál, s. 248 – 265.

KOŽENÝ, J. a L. TIŠANSKÁ, 2013. Dotazník sociální opory - MOS: Vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie.* XLVII(2), 135 – 143. ISSN 0009-062X.

KREDÁTUS, J., 1989. Abstinent v záťažových životných situáciách. Košice: KÚNZ.

KREDÁTUS, J., 1990. K otázkam životného spôsobu abstinujúcich alkoholikov. *Sociológia.* 22(2), 207 – 213. ISSN 0049 – 1125.

KREDÁTUS, J., 1995. *Diagnóza: Abstinencia*. Banská Bystrica: Závislosť. Obal 000029314.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2006. *Psychologie zmysluplnosti existence*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-5684.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Mať pre čo žiť*. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo. ISBN 978-80-89231-23-2.

KUDA, A., 2008. Prevence a zvládaní relapsu. In: K. KALINA a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 225 – 234. ISBN 978-80-247-1411-0.

KUDRLE, S., 2008. Bio-psycho-sociálně-spirituálni model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: K. KALINA a kol. *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada, s. 17 – 24. ISBN 978-80-247-1411-0.

KUHN, S. T. (1982). *Štruktúra vedeckých revolúcií.* Bratislava: Pravda.

KVASZ, L. (2003). Niekoľko poznámok vzťahu prírodných a spoločenských vied. *Organon F*. 10(2), s. 157–172.

LABÁTH, V., 2017. Integratívny prístup. . In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 60 – 61. ISBN 978-80-8152-483-7.

LEIDERMAN, P. H., 1969. Loneliness: A Psychodynamic Interpretation. International *Psychiatry Clinics*. 6, pp. 155 – 174.

LEŠKO, V., 2008. Heidegger a fenomenológia ducha. In: V. LEŠKO a Z. PLAŠIENKOVÁ, eds. Hegelova fenomenológia ducha a súčasnosť. Košice: Filozoficka fakulta UPJŠ v Košiciach, s. 125 – 150. ISBN 978-80-7097-709-5.

LEUTENBERG, E. R. A., and J. J. LIPTAK, 2015. *Coping with Loneliness, Workbook.* Minesota: Whole Person Associates. ISBN 978-157025-322-5.

LEVICKÁ, J., 2017a. Modely sociálnej práce. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 65 – 66. ISBN 978-80-8152-483-7.

LEVICKÁ, J., 2017b. Life model. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 64 – 65. ISBN 978-80-8152-483-7.

LEVICKÁ, K. a J. LEVICKÁ, 2017. Definícia sociálnej práce. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 54 – 55. ISBN 978-80-8152-483-7.

LIPOVETSKY, G., 2007. *Paradoxné štěstí: Esej o hyperkonzumní společnsoti.* Praha: Prostor. ISBN 978-80-7260-184-4.

LIPOVETSKY, G., 2008. *Éra prázdnoty: Úvahy o současném individualizmu.* Praha: Prostor. ISBN 978-80-7260-190-5.

LIPOVETSKY, G., 2013. *Hypermoderní doba: Od požitku k úzkosti*. Praha: Prostor. ISBN 978-80-7260-283-4.

LOPATA, Z. H., 1985. Loneliness: Forms and Components. In: R. S. Weiss. *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation.* Cambridge: The MIT Press, pp. 102 – 115. ISBN 978-0-262-73041-9.

LOVAŠOVÁ, S., 2017a. Konceptualizácia. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 340. ISBN 978-80-8152-483-7.

LOVAŠOVÁ, S., 2017b. Kazuistika, prípadová štúdia. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 339. ISBN 978-80-8152-483-7.

LUDEWIG, K., 2011. *Základy systemické terapie.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3521-4.

MARIANI, J. 2010. SPAS - Spoločnosť priateľov abstinentov Slovenska [online]. [cit. 2015-12-18]. Dostupné z: http://www.spasklub.szm.com/historia.html

MARLATT, G. A. 1996. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* [online]. 91(12), 37 – 49 [cit.2015-11-15] Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8997780

MARLATT, G. A., and K. BARRETT, 1994. Relapse Prevention. In: M. GALANTER, and H. KLEBER, eds. The Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington, D. C.: American Psychiatric Presspp, pp. 285 – 299. ISBN 97-816-153700-30.

MARLATT, G. A., and J. R. GORDON, 1985. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. USA: The Guilford Press. ISBN13 978-0898620092

MASLOW, H. A., 2013. *A Theory of Human Motivation.* Mansfield Centre, CT: Martino Publishing. ISBN 978-1-61427-437-7.

MASÁR, O. 2009. Konzumácia drog a drogové závislosti, alebo prečo ľudia užívajú drogy. In: P. ONDREJKOVIČ a kol. *Sociálna patológia*. 3. vyd. doplnené, prepracované. Bratislava: Veda, s. 265 – 292. ISBN 978-80-224-1074-8.

MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-3680.

MÁTEL, A. 2017a. Hodnoty sociálnej práce. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 32 – 33. ISBN 978-80-8152-483-7.

MÁTEL, A. 2017b. Sociálna práca. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 71 – 72. ISBN 978-80-8152-483-7.

McCARTHY, T., and S. GALVANI, 2004. SCARS: New Model for Social Work with Substance Users. *Practice: Social Work in Action* [online]. 16(2) [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09503150412331313060#.VN-mkPmG8uN

MEDORA, P. N., and J. C. WOODWARD, 1991. Factors Associated with Loneliness Among Alcoholics in Rehabilitation Centers. *The Journal of Social Psychology* [online]. 131(6) [cit. 2017-10-10]. Dostupné z: http://dx.doi.org/10.1080/00224545.1991.9924664

MILLEROVÁ, G., 2011. Adiktologické poradenství. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2765-3.

MIOVSKÝ, M., 2015. Kvalitatitvní přístup a jeho přínos pro klinickou adiktologii. In: K. KALINA a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 666 – 685. ISBN 978-80-247-4331-8.

MONTUORI, A., and R. PURSER, 1996. Ecological futures: Systems theory, postmodernism, and participative learning in an age of uncertainty. In D. BOJE, D. GEPHART, and T. JOSEPH, eds. *Postmodernism and Organization Theory.* Newbury Park: Sage. pp.181 – 201.

MORAHAN-MARTIN, J. ,1999. The Relationship Between Loneliness and Internet Use and Abuse. *CyberPsychology & Behavior* [online]. 2(5), 431 – 439 [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19178216

MORAHN-MARTIN, J., and P. SCHUMACHER, 2003. Loneliness and Social Use of the Internet. *Computers in Human Behavior* [online]. 19(6), 659 – 671[cit. 2018-12-12]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0747563203000402

MOUSTAKAS, C., and K. MOUSTAKAS. 2004. *Loneliness, Creativity & Love: Awakening Meanings in Life.* Bloomington: Xlibris Corporation. ISBN 1-4134-3627-7.

MUSIL, L., 2013. Sociální prostředí. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 213 –2015. ISBN 978-80-262-0366-7.

MYERS, J., 2015. *SMART Recovery: Relaps Prevention* [online]. [cit. 2017-12-12]. Dostupné z: http://blog.smartrecovery.org/tag/julie-myers/

NÁRODNÉ CENTRUM ZDRAVOTNÍCKYCH INFORMÁCIÍ, 2018. Medzinárodná klasifikácia chorôb - MKCH-10-SK-2016 [online]. [cit. 2018-12-12]. Dostupné z: http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx

NAVRÁTIL, P., 2013a. Existenciální teorie. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 21 – 26. ISBN 978-80-262-0366-7.

NAVRÁTIL, P., 2013b. Sociální konstrukvizmus. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 26 –31. ISBN 978-80-262-0366-7.

NAVRÁTIL, P., 2013c. Antiopresívni přístup. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 92 – 96. ISBN 978-80-262-0366-7.

NEŠPOR, K., 2011. *Návykové chování a závislost.* 4. vyd. aktualizované. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, K., 2012. Bažení (Craving): Kombinovaná obrana je najefektivnejší. *Alkoholizmus a drogové závislosti.* 47(4), 205 – 2013. ISSN 0862-0350.

NEŠPOR, K., 2013. Lidé závislí na alkoholu. In: O. MATOUŠEK a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, s. 380 –381. ISBN 978-80-262-0366-7.

NOCIAR, A., 1991. *Alkohol a osobnosť*. Bratislava: Veda. ISBN 80-224-0281-8.

OCHRANA, F., 2013. Metodologie sociálních věd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. ISBN 978-80-246-2380-1.

ONDREJKOVIČ, P., 2009. Konzumácia drog a drogové závislosti, alebo prečo ľudia užívajú drogy. In: P. ONDREJKOVIČ a kol. *Sociálna patológia*. 3. vyd. doplnené, prepracované. Bratislava: Veda, s.265 – 292. ISBN 978-80-224-1074-8.

OKRUHLICA, Ľ., 1998a. Ako nazerá na problematiku návykových látok Svetová zdravotnícka organizácia. In: Ľ. OKRUHLICA a kol. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava: CPLDZ, s. 40 – 45. ISBN 80-968-111-1-8.

OKRUHLICA, Ľ., 1998b. Základné pojmy a princípy. In: Ľ. OKRUHLICA a kol. *Ako sa prakticky orientovať v závislostiach*. Bratislava: CPLDZ, s. 13 – 39. ISBN 80-968-111-1-8.

ORZECK, T., A. ROKACH, 2004. Men Who Abuse Drugs and Their Experience of Loneliness. *European Psychologist* [online]. 9(3), 163 – 169. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: https://psycnet.apa.org/record/2004-18743-008

O'NEILL, B., and S. GAFFNEY, 2011. Strategie teorie pole. In: P. BROWNELL a kol. *Gestaltterapie - Teorie, výzkum a praxe.* Praha: Triton, s. 277 – 308. ISBN 978-80-73874193.

PALLANT, J., 2007. *SPSS – Survival Manual*. Maidenhead: Open University Press. ISBN-10:0-335-22366-4.

PARKES, M. C., 1985. Separation Anxiety: An Aspect of the Search for a Lost Object. In: R. S. WEISS. *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation.* Cambridge: The MIT Press, pp. 53 – 68. ISBN 978-0-262-73041-9.

PATARÁK, M., 2016. Patologické hráčstvo. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 51(2), 77–98. ISSN 0862-0350.

PATARÁK, M., 2018. Kontroverzie okolo klasifikácie poruchy v dôsledku hrania počítačových hier. *Alkoholizmus a drogové závislosti*, 53(2), 67–79. ISSN 0862-0350.

PATOČKA, J., 1969. *Úvod do Husserlovy fenomenologie*. Praha: SPN.

PAVEOVÁ, Ľ. a E. ŽIAKOVÁ, 2017. Agresia a agresivita . In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 206 – 207. ISBN 978-80-8152-483-7.

PAVLOVSKÁ, A., 2015. Prevence a zvládaní relapsu. In: K. KALINA a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 480 – 491. ISBN 978-80-247-4331-8.

PAYNE, M., 2014. *Modern Social Work Theory.* 4th ed. Basingstoke: Palgrave MacMillan. ISBN 978-0-230-24960-8.

PAYLOR, I., F. MEASHAM, and H. ASHER. 2012. *Social Work and Drug Use*. Maidenhead: Open University Press. ISBN 978-0-33-523455-4.

PEPLAU, A. L. 1988. Loneliness: New Directions in Research. Participate in the Challenge of Mental Health and Psychiatric Nursing in 1988. In: *Proceedings of the 3rd National Conference on Psychiatric Nursing* [online]. Montreal: American Psychiatric Nurses Association, pp. 127 – 142 [cit. 2016-11-19]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Peplau%2088.pdf

PERLMAN, D., and L. A. PEPLAU, 1982. Teoretical Approaches to Loneliness. In: L. A. PEPLAU, and D. PERLMAN, eds. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* [online]. New York: Wiley, pp. 123 – 134 [cit. 2017-12-08]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Perlman_Peplau_82.pdf

PROBSTOVÁ, V. a O. PEČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.

RÁCZOVÁ B., 2008. Prežívanie osamelosti u adolescentov. In: E. ŽIAKOVÁ a kol. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov: Filozofická fakulta PU v Prešove, s. 119 – 132. ISBN978-80-8068-731-1.

REZEK, P., 2010. *Jan Patočka a věc fenomenologie*. 3. vyd. Praha: Jan Placák – Ztichlá klika. ISBN 978-80-903898-6-1.

RIESMAN, D., N. GLAZER a R. DENNEY, 2007. *Osamělý dav.* Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-062-5.

ROGERS, C. R., 1961. Ellen West and Loneliness. *Review of Existential Psychology and Psychiatry.* **1**(2), pp. 94 – 101.

ROGERS, C. R., 1973. *Carl Rogers on Encounter Groups.* New York: Harper and Row. ISBN 978-0060870454.

ROGERS, R. C., 1995. *Ako byť sám sebou*. Bratislava: Iris. ISBN 80-88778-02-6.

ROGERS, R. C., 1999. *Spôsob bytia.* Modra: Persona. ISBN 80-967832-0-3.

ROKACH, A., 2002. Determinants of Loneliness of Young Adult Drug Users. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* [online]. 136(6), 613 – 630 [cit. 2018-09-08]. Dostupné z:http://dx.doi.org/10.1080/00223980209604823

ROKACH, A., 2005. Drug Withdrawal and Coping With Loneliness. *Social Indicators Research* [online]. 73(1), 71 – 85 [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-004-2008-y

RUSSELL, W. D., L. A. PEPLAU, and C. E. CUTRONA, 1980. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and disriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* [online]. 39(3), 472 – 480 [cit. 2018-10-8]. Dostupné z. https://pdfs.semanticscholar.org/9a8f/3d85de78c2fe20eda64eddfb1edaefa46d24.pdf

RUSSELL, W. D.,1996. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Strusture. *Journal of Personality Assessment* [online]. 66(1), 20 – 40 [cit.2017-12-12]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8576833

SARTRE, J. P., 1997. *Existencializmus je humanizmus.* Bratislava: Slovenský spisovateľ. ISBN 802-200-775-7.

SCHLEGEL, L., 2004. Základy hlbinnej psychológie s osobitným zreteľom na neurózológiu a psychoterapiu. Diel I, II, III. Trenčín: Vydavateľstvo F. ISBN 80-88952-20-4.

SHARP, D., 2005. *Slovník základních pojmů psychologie C. G. Junga.* Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka. ISBN 80-85880-39-3.

SHERBOURNE, D. C., and A. L. STEWART, 1991. The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine* [online]. 32(6), 705 – 714 [cit. 2018-09-08]. Dostupné z: http://cmcd.sph.umich.edu/assets/files/Repository/Women%20Take%20Pride/The%20MOS%20Social%20Support%20Survey.pdf

SLAMĚNÍK, I., 2008a. Afiliace, atraktivita, láska. In: J. VÝROST a I. SLAMĚNÍK, eds. *Sociální psychologie.* 2. vyd., přepracované, rozšířené. Praha: Grada, s. 249 – 265. ISBN 978-80-247-1428-8.
SLAMĚNÍK, I., 2008b. Konformita. In: J. VÝROST a I. SLAMĚNÍK, eds. *Sociální psychologie.* 2. vyd., přepracované, rozšířené. Praha: Grada, s. 339 – 356. ISBN 978-80-247-1428-8.

SLATER, P., 1990. *Pursuit of Loneliness.* 3rd. ed. Boston: Beacon Press. ISBN 978-0807042014.

SOBOTKOVÁ, I., 2012. *Psychologie rodiny.* 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-02172.

SOLLÁROVÁ, E., 2008. Socializace. In: J. VÝROST a I. SLAMĚNÍK, eds. *Sociální psychologie.* 2. vyd., přepracované, rozšířené. Praha: Grada, s. 49 – 68. ISBN 978-80-247-1428-8.

SPIRA, L., 2013. Shades of Loneliness: Psychological and Social Perspectives. In: A. K. RICHARDS, L. SPIRA, and A. A. LYNCH, eds. *Encounters with Loneliness: Only the Lonely*. 2nd ed. New York: IPBooks, pp. 71 – 83. ISBN 97809895622-3-2.

STRMEŇ, L. a J. CH. RAISKUP, 1998. Výkladový slovník odborných výrazov používaných v psychológii a v jej príbuzných a hraničných vedných odboroch. Bratislava: Iris. ISBN 80-88778-69-7.

SULLIVAN, H. S., 1953. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

ŠLOSÁR, D., 2017a. Bezdomovectvo. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 210. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŠLOSÁR, D., 2017b. Integračné teórie. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 60. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŠLOSÁR, D., 2017c. Kognitívna mapa. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 63. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŠLOSÁR, D., 2017d. Všeobecná teória systémov. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 77 – 78 . ISBN 978-80-8152-483-7.

ŠOLTÉSOVÁ, D., 2017. Svojpomocné a podporné skupiny. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 303. ISBN 978-80-8152-483-7.

VAKKARI, P., 1997. Information Seeking in Context: A Challenging Metatheory. In: P. VAKKARI, R. SAVOLAINEN, and B. DERVIN, eds. Information seeking in context: Proceedings of an international conference on research in information needs, seeking and use in different contexts; August 14 – 16, 1996, Tampere, Finland. London: Taylor Graham, pp. 451 – 464.

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

VASKA, L., 2017. Prístupy v supervízii. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 159 – 160. ISBN 978-80-8152-483-7.

VÁGNEROVÁ, M., 2012. *Psychopatologie pro pomáhajíci profese.* 5. vyd. rozšířené, přepracované. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VOLPICELLI, J., and M. SZALAVITZ, 2000. *Recovery Options: The Complete Guide - How You and Your Loved Ones Can Understand and Treat Alcohol and Other Drug Problems.* New York: John Wiley & Sons Inc. ISBN 0-471-34575-X.

WEISS, R. S., 1985a. The Study Of Loneliness. In: R. S. WEISS. *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation.* Cambridge: The MIT Press, pp. 7 – 30. ISBN 978-0-262-73041-9.

WEISS, R. S., 1985b. The Loneliness of Emotional Isolation. In: R. S. WEISS. *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation.* Cambridge: The MIT Press, pp. 87 – 101. ISBN 978-0-262-73041-9.

WEISS, R. S., 1985c. The Loneliness of Social Isolation. In: R. S. WEISS. *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation.* Cambridge: The MIT Press, pp. 143 – 154. ISBN 978-0-262-73041-9.

WILLIAMS, J. B. W., J. M. KARLS, and K. WANDREI, 1989. The person-in-environment (PIE) system for describing problems of social functioning. *Hospital and Community Psychiatry* [online]. 40(11), 1125 – 1127 [cit. 2018-07-15]. Dostupné z: https://psycnet.apa.org/record/1990-10685-001

WITKIEWITZ, K., G. A. MARLATT, and D. WALKER, 2005. Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol ans Substance use Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly.* 19(3), pp. 211 – 228. ISSN 0889-8391.

WOITITZ, G. J., 2002. *Adult Children of Alcoholics: at Home, at Work, and in Love.* Florida: Healt Communications, Inc. ISBN 978-1-55874-960-3.

YOUNG, J. E., 1982. Loneliness, Depression and Cognitive Therapy: Theory and Application. In: L. A. Peplau, and D. Perlman, eds. *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy.* New York: Wiley, pp. 1 – 18.

YOUNG, S. K., 1998. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology & Behavior* [online]. 1(3), 237 – 244. [cit. 2018-09-08]. Dostupné z: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/cpb.1998.1.237

ZÁBRANSKÝ, T. a V. MRAVČÍK, 2015 Epidemiologie návykových látek. In: K. KALINA a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 648 – 665. ISBN 978-80-247-4331-8.

ZILBOORG, C., 1938. Loneliness. *Atlantic Monthly.* 161(1), 45 – 54.

ŽIAKOVÁ, E., 2008. Teoretické vymedzenie pojmu osamelosti. In: E. ŽIAKOVÁ a kol. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov: Filozofická fakulta PU, s. 9 – 27. ISBN 978-80-8068-731.

ŽIAKOVÁ, E., 2017a. Humanistická teória. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 58 – 59. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŽIAKOVÁ, E., 2017b. Psychoanalytické teórie. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 71. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŽIAKOVÁ, E., 2017c. Frustrácia. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 216 – 217. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŽIAKOVÁ, E., 2017d. Psychopatológia. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 228 – 229. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŽIAKOVÁ, E., 2017e. Medzinárodná klasifikácia chorôb – 10. revízia (MKCH-10), medzinárodne označovaná ako ICD alebo ICD-10. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 221 – 222. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŽIAKOVÁ, E., 2017f. Obsedantno-kompulzívna porucha. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 226. ISBN 978-80-8152-483-7.

ŽIAKOVÁ, E. a A. HUDECOVÁ, 2017. Behaviorálna teória. In: B. BALOGOVÁ a E. ŽIAKOVÁ, eds. *Vademecum sociálnej práce.* Košice: Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, s. 52 – 53. ISBN 978-80-8152-483-7.

Cez osamelosť k abstinencii: alebo prečo sú závislí ľudia osamelí
Vedecká monografia

Autori: Mgr. Ján Kahan
prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Vydavateľstvo ŠafárikPress
Rok vydania: 2019
Počet strán: 104
Rozsah: 6,75 AH
Vydanie: prvé

ISBN 978-80-8152-761-6 (e-publikácia)