

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup

Starostlivosť o Ťudí so spoluzávislosťou

| Číslo ŠP | Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|----------|--|-----------|---|
| 0089 | 27. novembra 2019 | schválené | 1. mája 2020 |

Autori štandardného postupu

PaedDr. Erika Kováčsová, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

prof. PhDr. Marta Horňáková, PhD.; PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH.; Mgr. Zuzana Yakhyaev, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hodnotitelia AGREE II, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a pacientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.; MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Miroslav Halecký; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mányá, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliána Hruzíková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina; PhDr. Katarína Gatialová

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193).

Kľúčové slová

spoluzávislosť, závislosti, záťaž, rodinní príslušníci, rodinný systém, reziliencia, kvalita života, terapeutické intervencie

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

| | |
|----------------|---|
| ABCT | Alcohol Behavioral Couple Therapy |
| ACOA | Adult Children Of Alcoholics |
| CPLDZ | Centrum pre liečbu drogových závislostí |
| CRAFT | Community Reinforcement Approach and Family Training |
| DSM | Diagnostic and statistical manual of mental disorders |
| EMCDDA | European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť |
| IFCBT | Integrated family and cognitive-behavior therapy |
| MKF | Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health) |
| MKCH-10 | Medzinárodná klasifikácia chorôb (desiata revízia) |
| NCZI | Národné centrum zdravotníckych informácií |
| NIDA | National Institute on Drug Abuse |
| NLM | National Library of Medicine NIH - National Institutes of Health |
| SSCS | Stress-strain-coping-support |
| WHO | World Health Organization – (SZO - Svetová zdravotnícka organizácia) |
| WHOQOL | The World Health Organization Quality Of Life Questionnaire |

Pojmy:

Spoluzávislosť, kozávislosť či kodependencia – multidimenzionálne (fyzicky, mentálne, emocionálne a duchovne) podmienená porucha osobnosti, ktorá vzniká zameriavaním sa na potreby a správanie druhých. Označujeme ňou súhrn motívov, postojov, spôsobov komunikácie, správania a konania, ktorým rodinní príslušníci závislosť podporujú, rozvíjajú alebo narúšajú snahu o uzdravenie sa z nej.

Reziliencia – odolnosť, pružnosť, nezdolnosť - danosť jednotlivca a dynamický proces úspešnej adaptácie v nepriaznivých okolnostiach (Horňáková, 2010). Berie do úvahy komplexnosť: **osoby** v jej bio-psycho-socio-spirituálnej jedinečnosti; **situácie a reziliencie samotnej**, ktorá sa mení v čase i v závislosti na charaktere záťaže

(Laštincová, 2018). V rámci **rodinnej reziliencie** ide o dynamický a viacdimeziálny proces pozitívnej adaptácie, či schopnosti rodiny konštruktívne pristupovať k riešeniu problémov. Jednotliví členovia rodiny dokážu spoločne zareagovať na záťaž v rámci dynamiky rodinných vzťahov s využitím vnútorných a vonkajších zdrojov.

Kompetencie

V rámci starostlivosti o ľudí so spoluzávislosťou sa predpokladá interdisciplinárna spolupráca multiprofesionálneho tímu:

Pediater, všeobecný lekár, lekár so špecializáciou vnútorné lekárstvo, kardiológia, ortopédia, geriatria, sexuológ (nakolko sa spoluzávislosť, ako diagnóza nenachádza v MKCH-10, ľudia žijúci s osobami so závislosťou často vyhľadávajú pomoc s inými „zástupnými“ ťažkosťami) – case-manažment, diagnostika ochorenia/ochorení, v rámci rodinnej anamnézy zisťovanie škodlivého užívania alebo závislosti u iného člena rodiny, diagnostika prítomnosti spoluzávislosti, indikovanie farmakoterapie, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem a prepustenie pacienta, vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, poradenstvo, motivačný rozhovor, harm reduction terapia, zlepšenie kvality života.

Lekár so špecializáciou v odbore psychiatria (psychiater), psychiater so špecializáciou medicína drogových závislostí – adiktológ (špecifickú starostlivosť vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v adiktológii certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy) – case-manažment zdravotnej starostlivosti o človeka s diagnózou závislosti (F10 - F19, F63) a jeho rodinných príslušníkov, psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorba individuálneho terapeutického plánu, diagnostika ochorenia, indikovanie farmakoterapie, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, príjem a prepustenie pacienta, vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, poradenstvo, motivačný rozhovor, edukácia, harm reduction terapia, zlepšenie kvality života, integrácia do spoločnosti.

Sestra, sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii – case-manažment, komplexná ošetrovateľská starostlivosť, ošetrovateľské postupy, vedenie sesterskej dokumentácie, podávanie farmakoterapie, odber biologického materiálu na toxikologické a virologické vyšetrenie (krv, moč), detekcia alkoholu v dychu, edukácia, motivačný rozhovor, poradenstvo, zlepšenie kvality života, integrácia do spoločnosti.

Psychológ, Psychológ so špecializáciou klinická psychológia, prípadne poradenská psychológia - case-manažment, psychodiagnostika, poradenstvo, motivačný rozhovor, psychologická intervencia formou individuálnou alebo skupinovú, párová a rodinná terapia, nácvik relaxačných techník, krízová intervencia, psychoedukáciu, harm reduction terapia, podpora reziliencie, salutorov, vulnerability, zlepšenie kvality života, resocializácia, integrácie do spoločnosti.

Psychoterapeut, zdravotnícky pracovník so vzdelaním a certifikátom v certifikovanej pracovnej činnosti psychoterapia podľa príslušného psychoterapeutického smeru, zapísaný v zozname psychoterapeutov (špecifickú psychoterapiu vykonáva psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy) - case-manažment, individuálna alebo skupinová psychoterapia, párová a rodinná terapia, nácvik relaxačných techník, krízová psychoterapeutická intervencia, psychoedukáciu, zlepšenie kvality života.

Liečebný pedagóg, liečebný pedagóg so špecializáciou – case-manažment, liečebnopedagogická diagnostika (funkčných disabilít a potenciálov, diagnostika pomocou MKF), liečebnopedagogické poradenstvo, liečebnopedagogická intervencia formou individuálnou alebo skupinovou, párová a rodinná terapia, intervencie s možnosťou využitia prvkov ergoterapie, arteterapie, dramaterapie, didaktoterapie, muzikoterapie, biblioterapie, hagioterapie, terapie pohybom, terapie hrou, hagioterapie, edukácia, motivačný rozhovor, krízová intervencia, podpora reziliencie, salutorov, vulnerability, nácvik relaxačných techník, harm reduction terapia, zlepšenie kvality života, resocializácia, integrácie do spoločnosti.

Nezdravotníckí pracovníci:

Sociálny pracovník – case-manažment, sociálna diagnostika, sociálne poradenstvo, socioterapia, sociálno-právna ochrana, sociálno-právna podpora a poradenstvo, sanácia sociálneho prostredia, podpora reziliencie, salutorov, vulnerability, zlepšenie kvality života, resocializácia, integrácie do spoločnosti.

Špeciálny pedagóg – case-manažment, špeciálnopedagogická diagnostika, špeciálnopedagogické poradenstvo, špeciálnopedagogické intervencie individuálnou alebo skupinovou formou, zlepšenie kvality života, podpora reziliencie, salutorov, vulnerability, resocializácia, integrácie do spoločnosti.

Duchovný – case-manažment, duchovné poradenstvo, pastoračné sprevádzanie, zabezpečenie pastorálnej medicíny v ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, zlepšenie kvality života, integrácia do spoločnosti.

Úvod

Pojem spoluzávislosť sa začal používať v 70. rokoch minulého storočia v rámci spoločenstva Anonymných alkoholikov. Označoval psychologický problém žien, žijúcich s alkoholikom (Go´mez, Delgado, 2003; Noriega a kol., 2008). Základná koncepcia spoluzávislosti sa spájala teda len so ženami alkoholikov. Ďalšie empirické skúmanie však potvrdili, že spoluzávislosť môže vzniknúť aj pri iných typoch závislostí (napr. závislosť od psychoaktívnych látok, či nelátkové závislosti, napr. patologické hráčstvo), ako aj pri iných dlhodobých stresom podmienených záťažach v rodinách (Crozier, Hillock, 2013; Knappek, Kuritárné Szabó, 2014).

Niektoré štúdie konceptualizovali spoluzávislosť ako multidimenzionálny problém ovplyvnený rôznymi faktormi (Whitfield, 1991; Carson, Baker, 1994; Fuller, Warner, 2000; Reyome, Ward, 2007; Noriega a kol., 2008). Okrem toho, že majú v rodine človeka so závislosťou, sem patria stresujúce okolnosti, ktoré bránia zdravému rozvoju osobnosti človeka. Typickým stresovým faktorom je chronická fyzická choroba alebo duševné ochorenie blízkeho člena rodiny, život s ťažko postihnutou, citovo a sociálne narušenou osobou, rodinné násilie, zlé fyzické alebo emocionálne zaobchádzanie, strata rodiča v detstve v dôsledku odlúčenia, opustenia alebo smrti (Laskovská, 2007; Noriega, G. a kol., 2008; Kováčsová, 2010; Krupová, Fialová, 2012; Knappek, Kuritárné Szabó, 2014; Ahmad Abadi a kol., 2015; Kalina a kol., 2015).

Spoluzávislosť sa vyskytuje aj v etiológii závislosti ľudí, ktorí v takých rodinách vyrastali (Kováčsová, 2010). Znaky spoluzávislosti sa podobne môžu objaviť aj u odborníkov, ktorí pacientom a ich rodinám pomáhajú (Kelemen, 1991; Beattieová, 2006).

Pojem spoluzávislosť sa objavuje v literatúre v rôznych kontextoch, ako napríklad:

- individuálna psychopatológia, porucha osobnosti (Cermak, 1986),
- adikcia rodiny (Mulry, 1987),

- adikcia (Ashet, Brissett, 1988),
- vzťahová porucha (Wright, Wright, 1990, 1991, 1995, 1999; Noriega, 2004; Kozma, 2009),
- závislé správanie alebo porucha návykov a impulzov (Kelemen, 1991),
- obsedantno-kompulzívne správanie (Bartz, Hollander, 2006),
- narcistické správanie (Wells a kol., 2006),
- partnerstvo v závislosti (Beattieová, 2006),
- profesijná rola (Beattieová, 2006),
- borderline a závislá porucha osobnosti (Hoenigmann-Lion, Whitehead, 2007; Knappek a kol., 2017),
- skorá maladaptívna schéma (Shorey a kol., 2011; Knappek a kol., 2015),
- adaptačná stratégia zvládania (Cox, Ketner, Blow, 2013),
- sekundárne kreatívne prispôsobenie (Wolt, 2013),
- špecifická rola (Kalina a kol., 2015),
- choroba rodiny (Ahmad Abadi a kol., 2015),
- materská loď všetkých závislostí (Bacon a kol., 2018).

Koncepcia spoluzávislosti vytvorila počas svojho vývoja kontroverziu v oblasti klinickej praxe. Chýba klinický konsenzus v súvislosti s konceptualizáciou spoluzávislosti. Častá je nadmerná generalizácia, zjednodušenie alebo popularizácia koncepcie (Noriega a kol., 2008).

Spoznanie konceptu spoluzávislosti napomáha porozumieť špecifikám myslenia, prežívania, správania a konania osôb so spoluzávislosťou a otvára možnosti pre terapeutické smerovanie v praxi vďaka štandardným a odporúčaným preventívnym, diagnostickým a terapeutickým postupom.

Predkladaný návrh odporúčaného postupu bol vytvorený na základe štúdií, svetových a európskych odporúčaní, rešpektovaných a uznávaných autorít, ako i v praxi klinicky overených skúseností odborných poznatkov v problematike spoluzávislosti a na rodinu zameranej terapie závislostí.

Všetky úrovne dôkazov, týkajúce sa danej problematiky, ktoré boli skúmané počas rokov 2018/2019 v elektronických databázach a v databázach systematických prehľadov (PubMed, Medline, Cochrane Database, PsychINFO, PsychArticle, APAPsycNET, SAGE Journals a SpringerLink), elektronických domácich i zahraničných časopisoch (z oblastí psychiatrie, adiktológie, psychológie, liečebnej pedagogiky, psychoterapie a i.), v ručne prehľadávaných príspevkoch z konferencií, sú zohľadnené.

Hodnotenie váhy dôkazov:

Ia: metaanalýzy alebo systematické prehľady randomizovaných kontrolovaných klinických štúdií

Ib: aspoň jedna randomizovaná klinická kontrolovaná štúdia

IIa: aspoň jedna kontrolovaná štúdia bez randomizácie

IIb: aspoň jedna štúdia iného typu, napr. kvázi-experimentálna, bez randomizácie

III: deskriptívne štúdie, ako napr. komparatívne, korelačné a kazuistiky

IV: odborné odporúčania, názory a klinické skúsenosti rešpektovaných autorít

Predkladaný návrh odporúčaného postupu sa orientuje predovšetkým na oblasť starostlivosti poskytovanej **liečebným pedagógom**, pričom je zasadený do širšieho rámca spolupráce interdisciplinárneho a multiprofesionálneho tímu. Prístup k starostlivosti o ľudí so spoluzávislosťou korešponduje s teoreticky

vymedzeným liečebnopedagogickým prístupom ku človeku a jeho zdraviu, ktorý je orientovaný humanisticky a holisticky na zdroje a silné stránky jedinca, na jeho sociálne prostredie a smeruje k sociálnej inklúzii.

Prevenca

Kým prevenca v problematike závislostí je dobre prepracovanou témou, prevencii spoluzávislosti sa venuje podstatne menej pozornosti. Preventívne stratégie v problematike závislosti zahŕňajú znižovanie rizikových faktorov, ktoré prispievajú k problémom v oblasti duševného zdravia, a zároveň posilňovanie ochranných faktorov spojených s dobrým duševným zdravím (WHO, 2019). Európsky akčný plán znižovania škodlivých účinkov alkoholu (2013 – 2020) navrhol, aby politika v jednotlivých krajinách zahŕňala aj intervencie poskytujúce stimuly pre rodiny, nielen pre jednotlivcov (WHO, 2013).

Ako východisko v primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencii sa v klinickej praxi odporúča prijať bio-psycho-socio-spirituálny model závislosti (Kalina a kol., 2003). Domnievame sa, že podobné stratégie je potrebné prijať a realizovať aj pri prevencii spoluzávislosti.

Stratégie prevencie a včasnej intervencie (Hornáková, 2010; Carney, Myers, 2012) na úrovni rodiny môžu znížiť negatívny vplyv duševných porúch a porúch zapríčinených užívaním psychoaktívnych látok nielen u jednotlivca, ale aj v spoločnosti. Prístupy prevencie v problematike spoluzávislosti treba zameriavať na pomoc rodinných príslušníkov ľudí so závislosťou, umožniť im rozvíjať vedomosti, postoje a zručnosti tak, aby viedli k posilneniu a rozvoju kompetencií a sebareflexie; eliminácii symptómov, obmedzení súvisiacich so spoluzávislosťou; k podpore adaptácie na zmenu (v rodine, v sociálnom uplatnení, v životnom štýle); k rozvoju potenciálu na prípadnú internalizáciu zmeny (nový systém života); k podpore partnerstva pri zvládaní závislosti ako aj k zlepšeniu kvality života celej rodiny.

V rámci prevencie spoluzávislosti treba preventívne postupy zameriavať najmä na celú populáciu (všeobecná prevenca), ale tiež na poskytovaní podpory skupinám (selektívna prevenca) a jednotlivcom (indikovaná prevenca), ktorí sú vystavení zvýšenému riziku (rodiny s členom so závislosťou a s inými záťažovými okolnosťami).

Tento súbor odporúčaní a zásahov, má za cieľ:

- monitorovanie zdravotného a duševného stavu rodinných príslušníkov žijúcich s človekom s ťažkým telesným alebo duševným ochorením, so závislosťou, či v iných stresujúcich okolnostiach (rodinné násilie /psychické, fyzické násilie alebo oboje/, zneužívanie /emočné, fyzické, sexuálne/, emočné zanedbávanie detí/partnera, strata rodiča v detstve, a iné),
- včasné identifikovanie symptómov spoluzávislosti,
- včasné odoslanie rodinného príslušníka na včasnú komplexnú diagnostiku,
- aktívne zapojenie rodinných príslušníkov do procesu starostlivosti svojho blízkeho,
- edukáciu rodinných príslušníkov,
- kooperovanie medziodborovo v rámci starostlivosti o deti a dospelých príbuzných,
- monitorovanie priebehu starostlivosti o rodinu so závislosťou.

Prevenca spoluzávislosti sa zameriava na:

- podporu zdrojov zvládania záťaže u jednotlivých členov rodiny žijúcich s človekom so závislosťou,
- posilnenie protektívnych faktorov a zamedzenie rizikových faktorov vplyvajúcich na jednotlivca, ako aj na rodinu,

- podporu kompetencií jednotlivca, ako aj celého rodinného systému,
- podporu reziliencie jednotlivca i rodiny,
- podpory realizácie zmien v rodinnom systéme,
- podporu zvýšenia kvality života jednotlivcov v rodine,
- posilnenie schopnosti sa motivovať k zdravému spôsobu života a vhodne sa motivovať,
- posilnenie schopnosti chrániť a posilňovať zdravé sebavedomie,
- podporu vo zvládaní zručností potrebných pre život,
- podpory rodičovských zručností,
- zručnosti pri zvládaní rizikových duševných stavov ako napr. úzkosť, depresia,
- zručnosti rozhodovania sa a schopnosť predvídať následky určitého počínania,
- zručnosti týkajúce sa organizácie času,
- schopnosti sa uvoľniť, používať vhodnú relaxačnú techniku, odpočívať,
- schopnosti starať sa o vlastné fyzické i duševné zdravie,
- schopnosti čeliť sociálnemu tlaku, asertívne zručnosti (zručnosti zdravého sebaupresadenia),
- schopnosti vytvárať vzťahy a budovať si primeranú sieť sociálnych vzťahov,
- posilnenie mediálnej gramotnosti a schopnosti čeliť reklame na psychoaktívne látky,
- schopnosti racionálne hospodáriť s financiami.

Podporovať rezilienciu v rodinách je dôležitou úlohou preventívnych snažení. Predmetom rodinnej reziliencie je pomáhať pri budovaní vhodných stratégií zvládania záťaží kladených na rodinu, aktivizovať zdroje zvládania rodiny, podporovať kompetencie preberania zodpovednosti, rozhodovať sa v rizikových situáciách a konať (Šaškievičová, 2014).

Kľúčovými procesmi v oblasti reziliencie rodiny sú – systémy presvedčení, organizačné procesy a komunikácia / procesy riešenia problémov (Walsh, 2016). Tie zahŕňajú:

- systémy presvedčení rodiny (nepriaznivé situácie ako výzvy; kontextualizovanie trápenia; budúce očakávanie),
- pozitívny výhľad (nádej; optimizmus; dôvera v prekonaní výziev; zamerania sa na potenciál; povzbudenie; aktívna iniciatíva; vytrvalosť; zvládnutie možností a akceptovanie toho, čo nemožno zmeniť),
- flexibilita (prispôsobenie sa zmenám; reorganizácia; obnova; kontinuálnosť; spoľahlivosť; predvídateľnosť; silné autoritatívne vedenie; vzťahy – pár, rodič – vzájomný rešpekt, rovnocenní partneri),
- prepojenosť (vzájomná podpora; tímová práca; záväzok; rešpektovanie individuálnych potrieb, rozdielov; požiadanie o opätovné pripojenie sa, náprava poškodeného),
- mobilizácia sociálnych a ekonomických zdrojov (prijímanie rozšírenej príbuzenskej, sociálnej, komunitnej a inštitucionálnej podpory; budovanie finančnej bezpečnosti; pracovné i rodinné výzvy),
- jasnosť (jasné, konzistentné správy, informácie; objasnenie nejednoznačných situácií, hľadanie pravdy),
- zdieľanie emócií (bolestivých i pozitívnych),
- transcendencia a spiritualita (vyššie hodnoty; cieľ; duchovnosť; viera; inšpirácia – predstava možností; kreatívne vyjadrenie),

- spolupráca pri riešení problémov (tvorivý brainstorming; vynaliezavosť; zdieľanie rozhodovania sa; náprava konfliktov; zameranie sa na ciele - konkrétne kroky, stávanie na úspechu, učenie sa z neúspechov; proaktívny postoj – pripravenosť, plánovanie, prevencia).

Účinným preventívnym nástrojom podpory reziliencie rodiny je **Model SSCS** (stress – strain – coping – support = stres – napätie- zvládanie - podpora), ktorý je modelom rodinného zdravia (Orford a kol., 2010) a zahŕňa podporu rodiny pri zvládaní stresu a napätia, s ktorými sa stretáva.

Pokiaľ je rodina vystavená stresu, napätia a celkovej záťaži, aký predstavuje život s osobou so závislosťou alebo s inou duševnou poruchou v rámci sekundárnej prevencie sa zabezpečujú opatrenia eliminujúce rozvoj následných možných komplikácií u členov rodiny na úrovni bio-psycho-socio-spirituálnej. Pri duševných poruchách, akou je aj závislosť sa ráta aj s možnosťou recidívy (opakovaného rozvinutia závislosti v rodine a spustenie spoluzávislého myslenia, správania a konania), preto predchádzanie recidívy je zmyslom terciárnej prevencie – komplexná pomoc rodine v rámci resocializácie a psychosociálnej rehabilitácie (viď. štandardný postup „Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou“) a obnovenie duševného zdravia.

Epidemiológia

Poruchy psychiky a správania zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok (F10.0 - F19.9), najmä alkoholu u mužov boli na Slovensku v roku 2017 druhou (20,5/10 000) najčastejšiou ambulantne diagnostikovanou psychickou poruchou (NCZI, ZŠ-4/2018).

Najčastejšou diagnózou pre prijatie do ústavnej psychiatrickej starostlivosti za celé sledované obdobie bola porucha psychiky a správania zapríčinená užitím alkoholu (dg. F10), ktorá v roku 2017 predstavovala 26,5 % zo všetkých hospitalizácií. Po prepočítaní na 10 000 obyvateľov to bolo 20,9 hospitalizácií (NCZI, ZŠ-4/2018).

Alkohol alebo iná psychoaktívna látka bola pri samovraždách prítomná v 40,5% prípadov a v 42,2 % samovražedných pokusoch (NCZI, ZŠ-5/2018). Ako najčastejší motív činu pri samovražedných pokusoch dominovali konflikty a rodinné problémy (41,4 %), po nich nasledovali iné vnútorné osobné konflikty a problémy (14,5 %) a existenčné problémy tvorili motív u 8,3 % osôb. U detí a mladistvých do 19 rokov boli hlavným motívom rovnako konflikty a rodinné problémy (43,4 %).

V roku 2017 podstúpilo na Slovensku liečbu pre užívanie nezákonných drog 3106 osôb, čo je po prepočítaní na 100 000 obyvateľov 57,1. Medziročne klesol počet liečených užívateľov o 147, no za posledných desať rokov vzrástol o 1050 (NCZI, ZŠ-44/2018). Uvádza sa, že hlavným dôvodom na vyhľadanie liečby bola vlastná iniciatíva, prípadne iniciatíva rodiny a priateľov (38,4 %).

Predpokladáme, že pribúdajúcim počtom ľudí so závislosťou rastie s veľkou pravdepodobnosťou aj počet rodinných príslušníkov žijúcich v týchto rodinách so spoluzávislosťou (Kováčsová, 2010; Krupová, Fialová, 2012). Podporujú to aj sociálno-ekonomické ukazovatele naznačujúce, že podľa pracovného stavu boli so závislosťou liečení predovšetkým nezamestnaní, teda závislí od inej osoby (47,7 %). Naznačujú to aj údaje súvisiace so spôsobom života užívateľov. Tie tvrdia, že užívatelia sú najčastejšie slobodní (83,9 %), žijúci v jednej domácnosti buď s rodičmi (51,0 %), alebo s partnerom (12,6 %) alebo s dieťaťom/deťmi (10 %). Podľa NCZI (ZŠ-44/2018) len 15,5 % liečených užívateľov žijú sami.

Epidemiologické údaje sa na Slovensku nedotýkajú problematiky samotnej spoluzávislosti, nakoľko problematika spoluzávislosti nie je podľa súčasne platnej MKCH-10 samostatnou medicínskou poruchou zdravia, etiopatogeneticky definovanou diagnostickou kategóriou. Daný pojem sa ťažko zavádza v systéme zdravotníctva,

a to i napriek tomu, že rodinní príslušníci vyhľadávajú zdravotnícku starostlivosť a odbornú pomoc nielen pre svojich blízkych napríklad s problémom so závislosťou, ale aj pre seba.

Ľudia žijúci v rodinách so záťažou, akou je život s členom so závislosťou alebo s inou závažnou duševnou poruchou, s osobou ťažko postihnutou, citovo a sociálne narušenou, prežívaním rodinného násilie, zlého fyzického alebo emocionálneho zaobchádzanie, vyhľadávajú odbornú pomoc s inými zástupnými ťažkosťami.

Výskumné štúdie dokazujú, že medzi blízkymi príbuznými ľuďmi s látkovou závislosťou je vysoká prevencia psychiatrických symptómov. Najčastejšie sa vyskytujúce sú symptómy z okruhu depresívnych a úzkostných porúch (Hughes-Hammer, Martsolf, Zeller, 1998; Martsolf a kol., 2000; Cornelius a kol., 2008; Juibari a kol., 2018).

Prevalencia spoluzávislosti sa skúmala v zahraničí u žien, nakoľko symptómami spoluzávislosti trpia väčšinou ženy (Morgan, 1991; Haaken, 1993; Beattieová, 2006; Molina, 2010; Knappek, Kuritárné Szabó, 2014; Panaghi a kol., 2016; Askian, 2016; da Costa a kol., 2017).

V tejto populácii prevencia dosahuje podľa da Costa a kol. (2017) až 71 %. Národný inštitút pre zneužívanie drog potvrdzuje prítomnosť kodependencie u 80 % matiek detí so závislosťou. Vykazujú určitú úroveň kodependencie - od ľahkej (48,2 %) cez strednú (28,2 %) a závažnú (3,5 %) (Molina, 2010, NIDA).

Patofyziológia

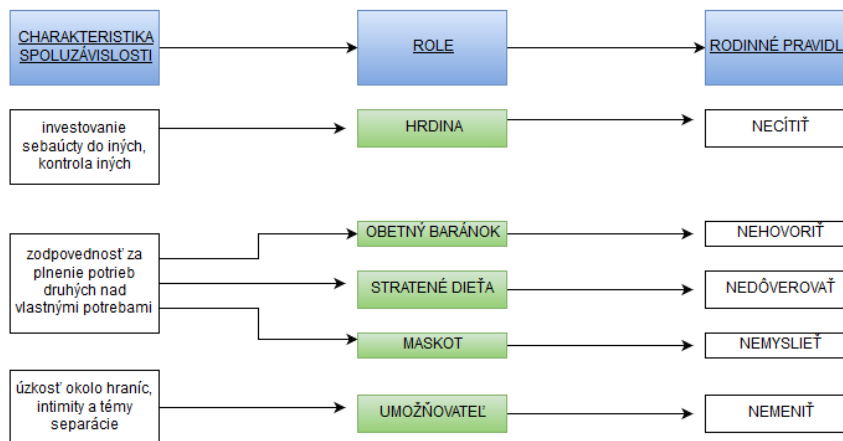
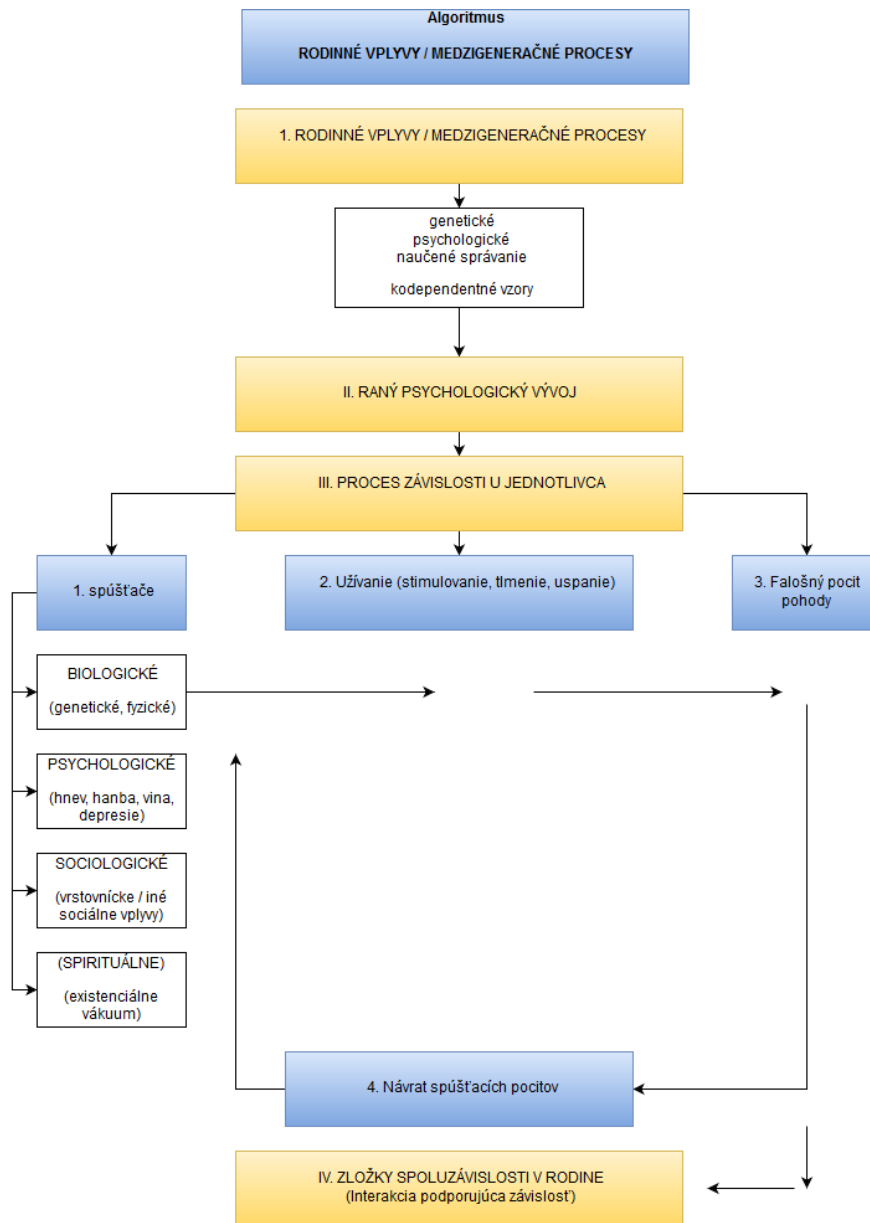
V oblasti závislosti je v súčasnosti prijímaný bio-psycho-socio-spirituálny model, ktorý stojí na multifaktoriálnej géneze ochorenia. To znamená, že pri vzniku závislosti majú význam faktory biologické, psychologické, sociálne i spirituálne. Aj spoluzávislosť, ako samotnú závislosť je nutné vnímať komplexne na týchto úrovniach, kde sa jednotlivé faktory vzájomne dopĺňajú a integrujú (Kalina a kol., 2003; Kozma, 2009; Kováčsová, 2010, 2014; Crozier, Hillock, 2013; Knappek, Kuritárné Szabó, 2014).

Mnoho faktorov pôsobiacich na jednotlivca z vonkajšieho prostredia pôsobí pozitívne: podporuje vývin jeho schopností a zdravie. Rad faktorov pociťuje ako zaťažujúce (takou je aj závislosť v rodine, iná závažná duševná porucha v rodine, domáce násilie, zlé zaobchádzanie, zneužívanie, a iné záťaže, ktoré negatívne ovplyvňujú kvalitu života každého člena), na ich prekonanie sa musí mobilizovať, mať svoje zdroje zvládania a adaptovať svoje správanie. Ak situácia presahuje jeho možnosti, nastupujú mechanizmy patologického zvládania. Jedným z týchto mechanizmov je práve spoluzávislosť. Integrované reaguje na všetkých úrovniach - funkciami centrálného nervového systému, autonómneho nervového systému, endokrinného a imunitného systému. Nervový systém koordinuje a kontroluje interakciu medzi jedincem a vonkajším prostredím. Základnou úlohou endokrinného systému je udržať vnútornú homeostázu. Hlavnou úlohou oboch systémov je maximalizovať odpoveď organizmu na stresové stimuly.

Závislosť od psychoaktívnych látok v rodine pomáha pri vytváraní spoluzávislosti, aj keď jej príčinami sú teda aj iné okolnosti, nielen závislosť.

Isaacson (1991, In Kováčsová, 2010) vytvoril model, ktorý zobrazuje vývoj závislosti a jej udržiavanie v interakcii jednotlivca a rodiny. Štyri fázy modelu určujú jednotlivé úrovne vzájomnej interakcie. Akonáhle sa vyvinie závislosť, stane sa ústredným miestom pre doplnkové interakcie medzi jedincem a rodinou, ktoré podporujú závislosť. Samotný model opisuje dynamické prvky, ktoré sa spolupodieľajú na rozvoji a udržiavaní závislosti a spoluzávislosti z pohľadu rodiny. Opisuje tiež vzniknuté role a rodinné pravidlá v rodinách so závislosťou. Za dôležité pokladáme doplniť biologické, psychologické a sociologické spúšťače procesu závislosti štvrtým

spúšťačom – a to o spirituálne spúšťače (existenciálne vákuum - chýbajúci zmysel života, pocity prázdna a nespokojnosti, nedostatečná sebarealizácia a sebaaktualizácia).



ZAPLETENIE V ZÁVISLOM VZŤAHU
 Vývoj a udržanie závislosti a spoluzávislosti v interakcii jednotlivca a rodiny
 (Isaacson, 1991, In Kováčsová, 2010)

Klasifikácia

Spoluzávislosť nie je akceptovaná v súčasne platnej MKCH ani DSM ako samostatná medicínska porucha zdravia a diagnostická kategória. Daný pojem sa tým pádom ťažko zavádza v systéme zdravotníctva, a to i napriek dopytu po zdravotníckej starostlivosti a odbornej pomoci zo strany rodinných príslušníkov. V zahraničí sa spoluzávislosť nachádza v klasifikačnom systéme NLM, ktorá kodependenciu doplnila v roku 2011 medzi poruchy osobnosti (WM190.5), špecificky k závislej poruchy osobnosti – „WM 190.5.D3“.

Podľa Cermáka (1986b) je pri spoluzávislosti rozpoznateľná štruktúra osobnostných rysov, ktoré môžeme s vysokou pravdepodobnosťou predvídateľne nájsť u väčšiny členov rodín so závislosťou. Tieto črty sú schopné vytvoriť dostatočnú dysfunkciu, ktorá by bola dôvodom pre diagnózu zmiešanej poruchy osobnosti, uvedenej v DSM-III.

Diagnostické kritériá pre spoluzávislú poruchu osobnosti uviedol (Cermak, 1986b) nasledovne:

- A. pokračujúce obetovanie sebaúcty za účelom schopnosti ovládať tak seba, ako aj druhých, tvárou v tvár vážnym nežiadúcim dôsledkom,
- B. preberanie zodpovednosti za uspokojenie potrieb iných a vylúčenie uznania vlastných potrieb,
- C. prežívanie úzkosti a narušenie hraníc súvisiacich s problémami intimity a separácie,
- D. zapletenie do vzťahov s človekom trpiacim poruchou osobnosti, človekom so závislosťou, iným spoluzávislým, a/alebo jednotlivcom s poruchou impulzov,
- E. tri alebo viac z nasledujúcich:
 1. Prílišné spoliehanie sa na popieranie
 2. Zúženie emócií (s alebo bez dramatických výbuchov)
 3. Depresia
 4. Hypervigilancia
 5. Kompulzie
 6. Úzkosť
 7. Zneužívanie psychoaktívnych látok
 8. Bol (alebo je) obeťou opakujúceho sa psychického alebo sexuálneho zneužívania
 9. So stresom - súvisiace fyzické ochorenia
 10. Zotrvanie v primárnom vzťahu s partnerom, ktorý zneužíva psychoaktívne látky po dobu najmenej dvoch rokov bez hľadania pomoci zvonku.

Prítomné musia byť 3 zo 4 (A-D) kritérií a v rámci kritéria E tiež 3 príznaky.

Užitočný nástroj pri klasifikácii spoluzávislosti poskytuje **Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, disability a zdravia – MKF**, ktorá umožňuje identifikáciu príčin a ťažkostí, ktoré môžu prispieť k zlepšeniu kvality života, ako aj k zlepšeniu prognózy pacienta.

Primárne oblasti klasifikácie pri symptómoch spoluzávislosti podľa MKF (ICF, Orgonášová, Palát, 2004) môžu byť:

- globálne mentálne funkcie (b110 - b139) - najmä funkcie temperamentu a osobnosti (b126), funkcie energie a motivácie (b130), funkcie spánku (b134)
- špecifické mentálne funkcie (b140 - b189) - najmä emocionálne funkcie (b152), myšlienkové funkcie (b160), kognitívne funkcie vyšších úrovní (b164) a funkcie skúseností so sebou samým a s časom (b180)

- realizácia každodenných rutinných úloh (d230)
- zvládanie stresu a iných psychologických požiadaviek (d240)
- všeobecné interpersonálne interakcie (d710 - d720)
- individuálne interpersonálne vzťahy (d730 - d770)
- rekreácia a voľný čas (d920)
- náboženstvo a duchovný život (d930)
- podpora a vzťahy (e310 - e360)
- postoje (e410 - e465)

V rámci diagnostických kontextov spoluzávislosti sa najčastejšie vyskytujú v súvislosti so spoluzávislosťou nasledovné diagnózy (Kudrle, 2003):

- úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6),
- závislá porucha osobnosti (F60.7),
- anankastická porucha osobnosti / osobnosť „obsedantno-kompulzívna“ (F60.5),
- zmiešaná porucha osobnosti (F61.0),
- zmiešaná úzkostná a depresívna porucha (F41.2),
- fobická úzkostná porucha (F40),
- generalizovaná úzkostná porucha (F41.1),
- posttraumatická stresová porucha (F43.1).

Ľudom so spoluzávislosťou je potrebné poskytnúť adekvátnu starostlivosť. Nakoľko diagnóza spoluzávislosti nie je v súčasne platnej MKCH ani v DSM uvedená samostatne, najčastejšie je klasifikovaná v praxi v rámci XXI. kapitoly MKCH-10 – „FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE ZDRAVOTNÝ STAV A STYK SO ZDRAVOTNÍCKYMI SLUŽBAMI (Z00 - Z99)“. Konkrétne ide o: „**Z55 - Z65 Osoby s potenciálnymi zdravotnými rizikami v súvislosti so socioekonomickými a psychosociálnymi okolnosťami**“ alebo „**Z70 - Z76 Osoby, ktoré vyhľadali zdravotnícke služby pre iné okolnosti**“ (Kováčsová, 2010).

V položke „Z55 - Z65“ sú to diagnózy:

Z63.7 Iné zaťažujúce životné udalosti postihujúce rodinu a domácnosť

Úzkosť (normálna) pri chorobe člena rodiny

Zdravotné problémy v rodine

Chorý alebo psychicky postihnutý člen rodiny

Izolovaná rodina

Z63.8 Iné bližšie určené problémy súvisiace so skupinou primárnej starostlivosti

Rodinný nesúlad

Zvýšené emočné napätie v rodine

Neprimeraná alebo narušená komunikácia v rodine

Z63.9 Bližšie neurčené problémy súvisiace so skupinou primárnej starostlivosti

Z65 Problémy súvisiace s inými psychosociálnymi okolnosťami

V položke „Z70 - Z76“ sú to diagnózy:

Z71.8 Iné bližšie určené poradenstvo

Z71.9 Bližšie neurčené poradenstvo

Z72.8 Iné problémy súvisiace so životným štýlom

Sebapoškodzujúce správanie

Z72.9 Bližšie neurčené problémy súvisiace so spôsobom života

Z73.8 Iné problémy súvisiace s ťažkosťami pri zvládnutí životných situácií

Z73.9 Problémy súvisiace s bližšie neurčenými ťažkosťami pri zvládnutí životných situácií

Klinický obraz

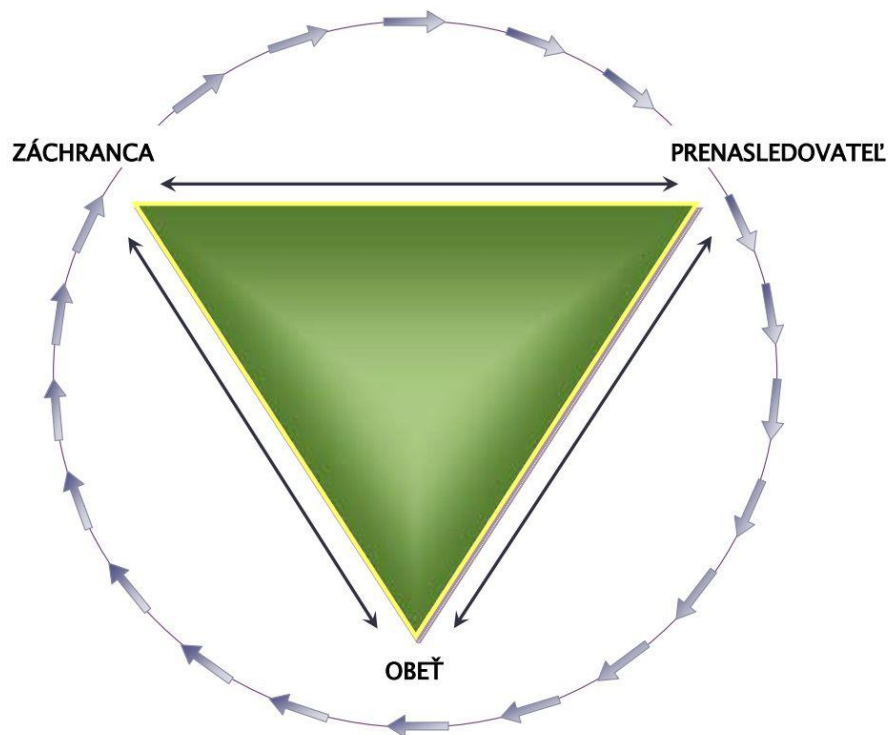
Klinický obraz spoluzávislosti je charakterizovaný prítomnosťou súboru príznakov (Beattieová, 2006; Kozma, 2009; Kováčsová, 2010; Bortolon a kol., 2016): prehnaná starostlivosť o partnera/partnerku či inú blízku osobu cez sebazapretie, sebaobetovanie, sebaobviňovanie, nutkavosť, túžba byť dokonalým, manipulovanie, nutkanie nieť ťarchu problémov druhých, nízke sebavedomie, neschopnosť prijať pochvalu, vytesnenie a popieranie pravdy o sebe, dependencia, pripútania sa k druhých zo strachu so samoty, komunikačné problémy, nehovorenia toho, čo si naozaj človek myslí, nedostatok sebadôvery, nedostatok sebalásky, oslabenie hraníc, nechávania sa ponižovať, reaktivita, výbušnosť, strach z prejavenia hnevu, sexuálne problémy, problémy lojálnosti, korene z dysfunkčných rodín, progresivita – depresia, únava, obezita, sebađeštrukčné správanie, agresivita, beznádejnosť, výčitky svedomia, sebaľútosť a často až samovražedné sklony.

Veľmi dôležitou súčasťou klinického obrazu spoluzávislosti je zachraňovanie (Beattieová, 2006). Slovo zachraňovanie alebo prehnané staranie sa je tiež úzko spojené so slovom umožňovanie, čo je terapeutickým výrazom pre deštruktívnu formu pomoci (Alcoholics Anonymous, 2001; Bindasová, 2007; Kováčsová, 2010; Pavelová, 2011; Nešpor, 2011; Kalina a kol., 2015). Každý čin, ktorý umožňuje závislému pokračovať v bludnom kruhu závislosti, ktorý ho chráni pred následkami užívania alebo mu akýmkoľvek spôsobom uľahčuje ďalšie užívanie, sa považuje za umožňujúce správanie.

Spoluzávislá osoba dobrovoľne prijíma rolu záchrancu a potláča pritom svoje potreby. Najprv zachraňuje, potom začne prenasledovať toho druhého a nakoniec sa dá do pozície obeť (Kováčsová, 2010). To je spôsob, akým ľudia so spoluzávislosťou fungujú v rámci bludného kruhu závislosti.

Toto znázorňuje Karpmanov dramatický trojuholník spoluzávislého správania.

Obr. č. 1 Karpmanov dramatický trojuholník spoluzávislého správania



Ľudia, žijúci s človekom so závislosťou si často ani neuvedomujú, ako sa mení ich správanie, myslenie, spôsob komunikácie, konanie vo vzťahu k svojmu blízkemu, ako i k svojmu okoliu. Mnohí rodičia, partneri, súrodenci alebo iní príbuzní si neuvedomujú, že sami zohrávajú určitú rolu vo vývoji závislosti ich blízkeho, alebo majú skreslené predstavy o svojom podiele na vzniku a udržiavaní tejto duševnej poruchy u svojich blízkych.

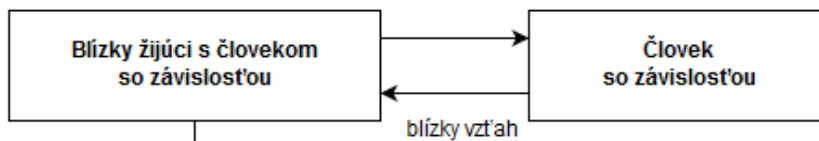
Obzvlášť sú ohrozené deti s rodičom/mi so závislosťou. Duševná porucha rodičov v rodine predstavuje záťažové okolnosti, ktoré majú u detí v dôsledku chronického stresu závažné následky pre ich vývin a zdravie. Najčastejšie reakcie detí na závislosť rodiča sa uvádzajú nasledovne (Bock, 2008; Nešpor, 2011):

- a. rodinný hrdina - najčastejšie ide o najstaršie dieťa, ktoré preberá úlohy rodiča, tie sú avšak nad rámec jeho kompetencií,
- b. stratené dieťa - dieťa sa uzatvára a ťahuje do seba, málo komunikuje a uniká do vnútorného sveta fantázie,
- c. klaun - smiechom a šaškovaním sa snaží odvieť pozornosť od problémov rodiny,
- d. čierna ovca - porušovaním noriem a delikvenciou odpútava pozornosť od problémov dospelých.

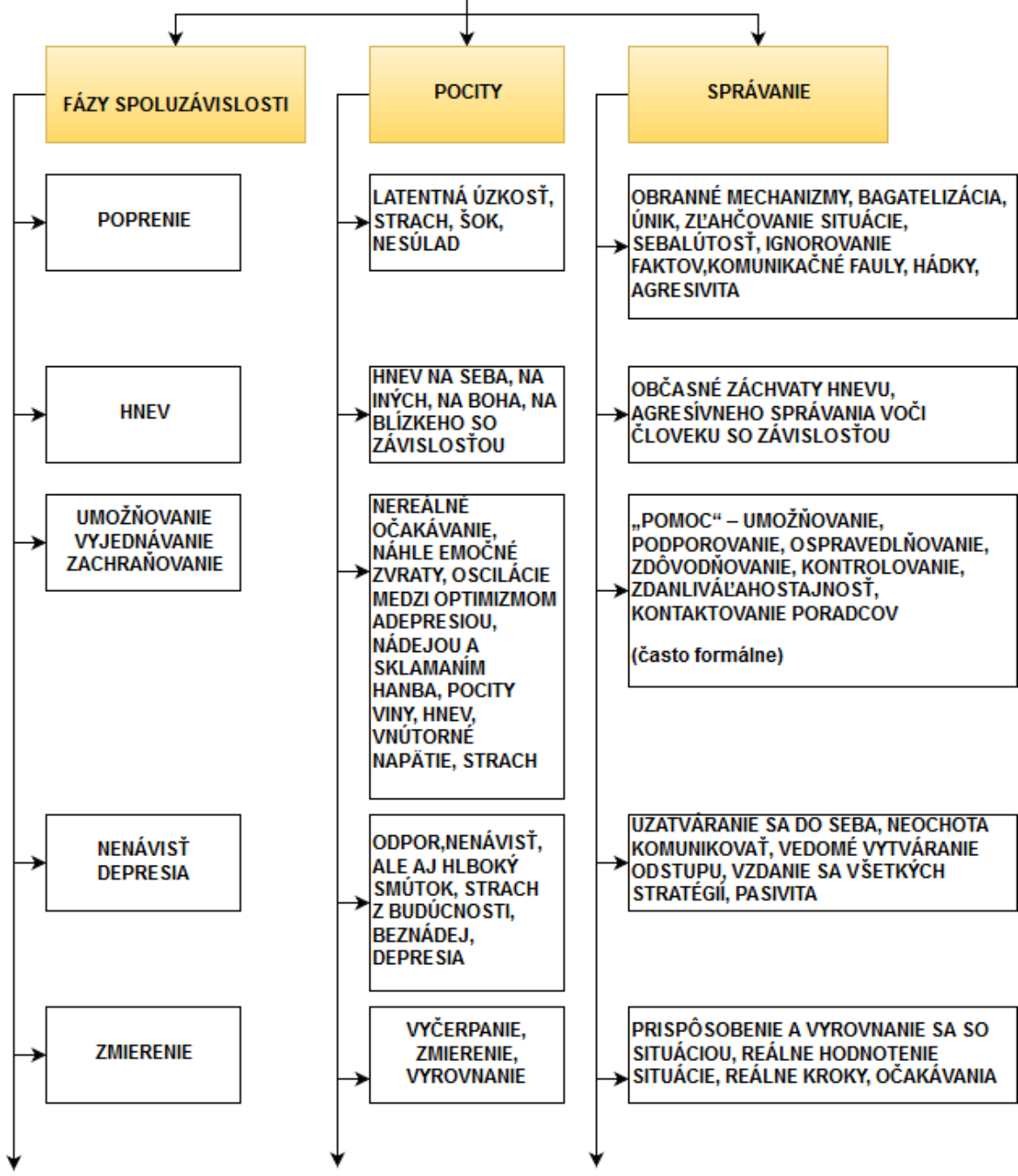
Osoby, ktorých blízky trpí závislosťou, prechádzajú špecifickými fázami v rámci spoluzávislosti (Novotný, 2009; Kováčsová, 2010; Šavrnochová, Rusnáková, 2011).

Tieto fázy sa menia v čase a sú charakteristické emočnými prejavmi a správaním osoby so spoluzávislosťou nasledovne:

Algoritmus - Fázy spoluzávislosti
 (Novotný, 2009; Kováčsová, 2010; Šavrnochová, Rusnáková, 2011)



SPOLUZÁVISLOSŤ



Štádiami neprechádzajú len členovia rodiny, ale aj rodina ako systém (Laskovská, 2007; Kováčsová, 2010; Krupová, Fialová, 2012).

1. V iniciálnom (počiatočnom) štádiu rodina popiera, že sa deje niečo mimoriadne, – rodina navonok neprípúšťa ťažkosti, – situáciu ospravedlňuje, – zároveň vyčítajú závislému užívanie, – nasleduje bludný kruh výčitiek a sľubov, – deti postrehnú hádky, rozpory medzi rodičmi, prítomné neurotické ťažkosti.
2. V prodromálne (varovné) štádiu je rodinná atmosféra nasýtená obavami a napätím, – objavujú sa somatické ťažkosti členov, – časté sú vyhrážky, prosby, taktizovania, – život v očakávaní, v strachu.
3. V kruciálnom (kritickom) štádiu je narušený celkový chod domácnosti, – člen rodiny so spoluzávislosťou preberá na seba úlohy, rola záchrancu, – rodina je v debakli až kalamite, stáva sa dysfunkčnou, zlé finančné zabezpečenie, existenčné ťažkosti, – rodina potrebuje odbornú pomoc.
4. V terminálnom (konečnom) štádiu je rodina v rozklade, spoločnosťou izolovaná a sociálne oslabená, – rozpad rodiny ako systému, rozpad rolí, – návrh na rozvod, – prípadné vylúčenie člena so závislosťou z rodinného života.

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Diagnostická fáza v oblasti starostlivosti o ľudí so spoluzávislosťou zahŕňa komplexné anamnestické vyšetrenie, dôkladné hodnotenie schopností a zdrojov človeka (aj v prostredí), posúdenie motivácie a pripravenosti na terapiu, stanovenie cieľov a naplánovanie intervencií s cieľom posilniť rozvoj zručností a rozvoj zdrojov, budovanie terapeutického vzťahu.

Okrem základných klinických metód diagnostiky, ako je pozorovanie, rozhovor, zber anamnestických údajov, analýzy spontánnych produktov (kresby, básne, výrobkov, listov, denníka a osobných dokumentov), môže diagnostik použiť niektorý z psychometrických nástrojov na zachytenie kodependencie. Na Slovensku zatiaľ nie sú štandardizované, ale vo svete sa používajú v rámci práce s osobami so spoluzávislosťou. Ako príklady uvádzame nasledovné v zahraničnej praxi používané screeningové testy, dotazníky a škály zamerané na kodependenciu.

Diagnostiku odporúčame doplniť aj o diagnostiku osobnosti, projektívne techniky zamerané na rodinu, prípadne diagnostiku zameranú na rezilienciu, kvalitu života, rodinné zázemie či na zvládanie životných situácií, ako aj o diagnostiku podľa MKF.

MKF - Medzinárodná klasifikácia funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) poskytuje užitočný nástroj na klasifikáciu a hodnotenie dlhodobých dôsledkov závažných duševných porúch. Umožňuje identifikáciu príčin, ťažkostí alebo nespôsobilostí, ktoré môžu prispievať k zachovaniu, či obnove sebestačnosti, zlepšeniu kvality života, ale aj zlepšeniu prognózy pacienta.

Odporúčané diagnostické postupy v rámci starostlivosti o ľudí so spoluzávislosťou

Diagnostické postupy v liečebnej pedagogike



ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
STAROSTLIVOSŤ O EUDÍ SO SPOLUZÁVISLOSŤOU

Screening a diagnostika

| Poradie | Štandardné a odporúčané postupy | Dôkazová hodnota | Referencie |
|---------|--|--|---|
| 1. | Anamnestické vyšetrenie (osobná, zdravotná, psychiatrická/problémová, rodinná/vzťahová, sociálna, školská/pracovná anamnéza) | | |
| 2. | Diagnostika kodependencie pomocou jedného zo zahraničných dotazníkov - CAI - Codependency assessment inventory - SF CDS - The Spann-Fischer Codependency Scale - BCAS - Beck Codependency Assessment Scale - CQ - Codependent Questionnaire - CAT - The codependency assessment tool - HCI - Holyoake Codependency Index - CODI - Codependent Questionnaire, Codependency index | IV III IV III IV IV Ia | CAI - Friel (1985) SF CDS - Fischer, Spann, Crawford (1991) BCAS - Beck (1991) CQ - Roehling, Gaumont (1996) CAT - Hughes-Hammer, Martsof, Zeller (1998) HCI - Dear, Roberts (2005) Greg, Clare (2005) CODI, HCI - Ahmad Abadi et al. (2015) |
| 3. | Diagnostika osobnosti Eysenckove osobnostné dotazníky pre dospelých, pre deti, VAPO - Vlastnosti a prejav osobnosti | | Štandardizované dotazníky na Slovensku |
| 4. | Projektívne techniky - Kresba rodiny - Kresba začarovanej rodiny | | |
| 5. | Diagnostika funkčnosti - MKF (ICF) | IV | Orgonášová, Palát (2004) Reed, Spaulding, Bufka (2009) |


Diagnostické postupy v liečebnej pedagogike (pokračovanie tab. 1)



ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
STAROSTLIVOSŤ O EUDÍ SO SPOLUZÁVISLOSŤOU

Screening a diagnostika

| Poradie | Štandardné a odporúčané postupy | Dôkazová hodnota | Referencie |
|---------|--|------------------|--|
| 6. | Doplnková diagnostika kvality života - WHOQOL - The World Health Organization Quality Of Life - Dotazník kvality života SZO (WHOQOL 100, WHOQOL BREF, WHOQOL OLD, WHOQOL HIV...) - SQUALA - Subjective Quality of Life Analysis - Zanotti, 1992 | IV | WHOQOL - Dragomirecká, Bartoňová (2006) SQUALA - Valášková, Machů (2000) Hosáková, Jarošová (2016) |
| 7. | Doplnková diagnostika rodinného zázemia v zmysle reziliencie - TRZ - Test rodinného zázemia - ŠRP - Škála rodinného prostredia - LSNS - Lubben Social Network Scale - RSA - Resilience Scale for Adults - RS - Resilience Scale - CD - RISC - The Connor - Davidson Resilience Scale | IV | TRZ + ŠRP - štandardizované testy na Slovensku LSNS - Lubben et al. (2006) RSA – Hjemdal et al. (2011) RS - Wagnild, Young, (1993) CD - RISC - Connor, Davidson (2003) |
| 8. | Doplnková diagnostika úrovne zvládania životných situácií - PCI - Proactive coping inventory | IV | PCI - Greenglass et al. (1999) |
| 9. | Analýza aktuálnych potrieb, motivácií, zdrojov zvládania, rizikových a protektívnych faktorov rodiny | | |
| 10. | Analýza procesov a produktov činností (arteterapia, biblioterapia, dramaterapia, ergoterapia, muzikoterapia, pohybová terapia, terapia hrou) | | |

| Diagnostické postupy v liečebnej pedagogike (pokračovanie tab. 1) | | | |
|---|--|---|---|
|  | | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP STAROSTLIVOSŤ O EUDÍ SO SPOLUZÁVISLOSŤOU | |
| Screening a diagnostika | | | |
| Poradie | Štandardné a odporúčané postupy | Dôkazová hodnota | Referencie |
| 11. | Plánovanie intervencie v spolupráci s pacientom | | |
| 12. | Procesuálna diagnostika - priebežné hodnotenie a korigovanie terapeutických cieľov v závislosti od aktuálneho stavu a potrieb osoby i rodiny | IV | Horňáková (2018) |
| 13. | Doplnková diagnostika zameraná na meranie spirituálneho distresu a kvality života so zameraním na spiritualitu <ul style="list-style-type: none"> - WHOQOL-SRPB - zameraná na spiritualitu, religiozitu a osobné presvedčenie - SSRS - Spirituality Self-Rating Scale - SDAT - Spiritual distress assessment tool - SHS - Spiritual Health Scale | IV IV Ia IV | WHOQOL-SRPB – WHO (2002) SSRS - Galanter et al. (2007) SDAT - Monod et al. (2011) SHS - Dhar et al. (2011) |

Postup určenia diagnózy

V prípade, že rodinný príslušník nevyhľadal pomoc pre seba, len sprevádzal svojho rodinného príslušníka, ako identifikovaného člena rodiny do zdravotníckeho zariadenia, odborný tím zameriava svoju pozornosť na člena rodiny, ktorému lekár (psychiater, adiktológ alebo iný špecialista) stanoví diagnózu. V rámci rodinnej anamnézy pacienta lekár zistí, ktorá vzťahová osoba z rodiny „zachraňuje“ pacienta a „umožňuje“ mu pokračovanie napríklad v závislom správaní. Dospelý pacient je lekárom informovaný o možnosti zapojenia rodinných príslušníkov do liečebného procesu. Informuje o možnosti návštevy lekára spoločne aj s rodinným príslušníkom pacienta. Pokiaľ sa pacient rozhodne využiť túto možnosť a príbuzný súhlasí, na spoločnom stretnutí za prítomnosti pacienta lekár informuje o možnej, resp. potrebnej spolupráci v liečebnom procese svojho blízkeho, ako aj o možnostiach starostlivosti o rodinných príslušníkov i jeho blízkeho osobitne. Pokiaľ sa rodinný príslušník rozhodne, že sa zapojí do terapeutického procesu svojho blízkeho podpisuje informovaný súhlas zariadenia do zdravotnej starostlivosti, ako rodinný príslušník.

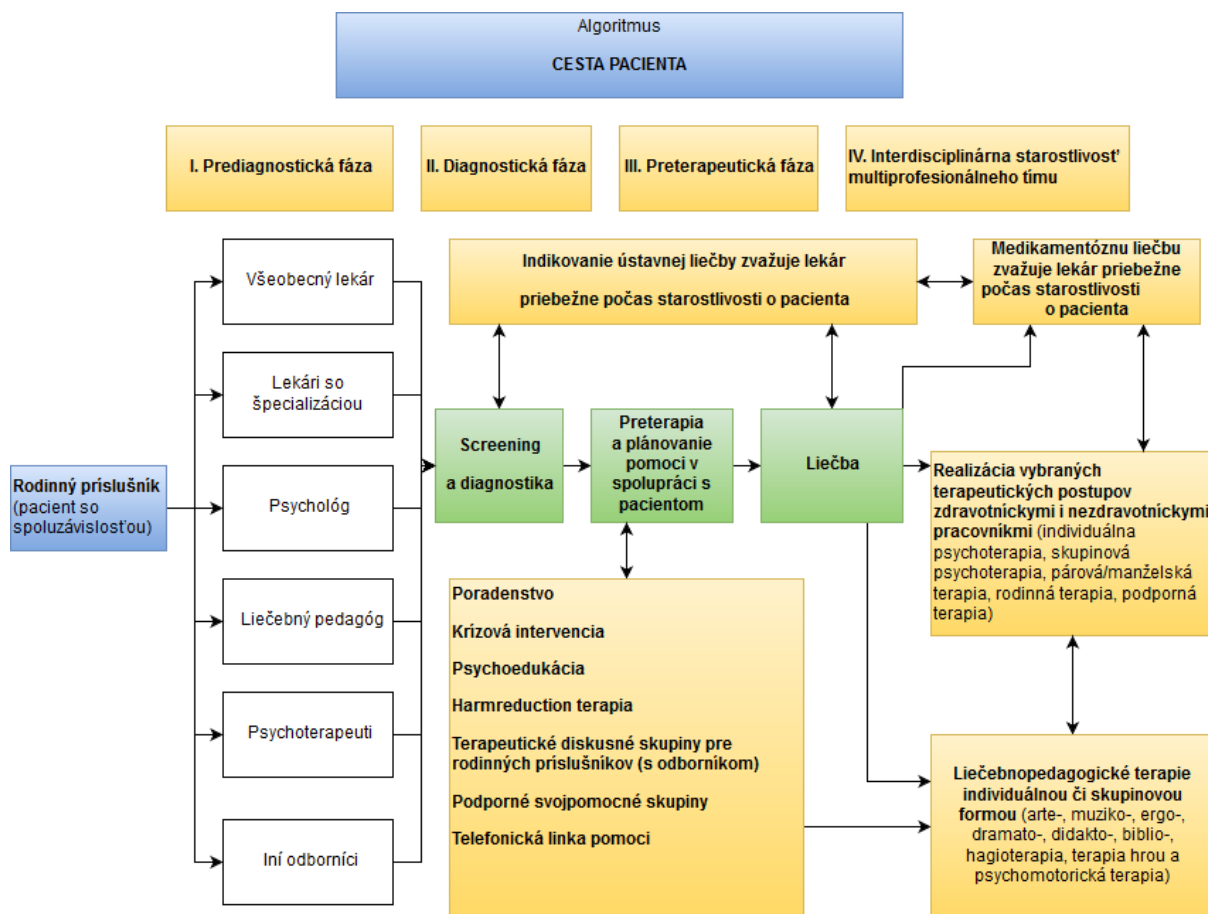
Pokiaľ je však pacientom mladistvý, neplnoletá osoba, lekár zapája rodinného príslušníka (zákonného zástupcu, príp. inú blízku osobu) do liečby svojho blízkeho hneď.

Lekár na základe rozhovoru s rodinným príslušníkom a údajov o zdravotnom stave z osobnej a rodinnej anamnézy stanoví diagnózu (viď. klasifikácia) a následne ho odošle na psychologické vyšetrenie, psychodiagnostiku. Rodinný príslušník v rámci psychologického vyšetrenia vyplní aj dotazník zisťujúci prítomnosť symptómov spoluzávislosti. Použitie doplnkových diagnostických metód zväži psychológ na základe rozhovoru. Psychológ vyhodnotí administrované psychodiagnostické dotazníky a skóre zaznamená do zdravotnej dokumentácie

rodinného príslušníka. V rámci intervízie prehodnotí tím zistené informácie a následne odporučí rodinnému príslušníkovi ďalšie možnosti starostlivosti.

Lekár na základe psychodiagnostiky posúdi a prehodnotí diagnózu stanovenú u rodinného príslušníka a informuje o možnostiach následnej starostlivosti. Ak aj pacient nevykazuje znaky spoluzávislosti, lekár informuje o možnostiach podporných skupín (terapeutických, svojpomocných) pre rodinných príslušníkov. V starostlivosti o rodinného príslušníka pokračuje lekár, sestra, psychológ, liečebný pedagóg, ako aj iní nezdavotnícki pracovníci, ktorí sa zamerajú najmä na edukáciu príbuzného v problematike závislosti alebo v inej problematike a na komplexné sprevádzanie. Stretnutia majú v prípade problematiky závislosti podľa hlavného odborníka medicíny drogových závislostí Okruhlicu (1998) v optimálnom prípade pokračovať počas liečby pacienta. Ak pacient vykazuje znaky spoluzávislosti lekár v spolupráci s pacientom a s ďalšími členmi multiprofesionálneho tímu plánujú ďalšie terapeutické intervencie (viď Liečba).

V prípade, že rodinný príslušník vyhľadal pomoc za seba, so svojimi ťažkosťami (na bio-psycho-socio-spirituálnej úrovni) sa postupuje priamo bez nutnosti anamnestického šetrenia u identifikovného člena rodiny a jeho zapojenia. Rodinní príslušníci so symptómami spoluzávislosťou sú zaradení do procesu liečby svojej spoluzávislosti (viď Cesta pacienta). Nakoľko mnohí ľudia so spoluzávislosťou trpia aj poruchami nálad, depresiou, nespavosťou, nechutenstvom, ako aj inými pridruženými telesnými či duševnými ťažkosťami lekár zvažuje tiež medikamentóznú liečbu na základe symptómov ochorenia, a to počas celej starostlivosti o pacienta. Taktiež zvažuje aj potrebu hospitalizácie (ústavnej liečby) u pacienta počas starostlivosti o neho.



Liečba

Spoluzávislosť je liečiteľná. Jej liečbou sa dnes na Slovensku zaoberajú najmä špecializované zariadenia, ako sú centrá pre liečbu závislostí (CPLDZ) a odborné liečebné ústavy psychiatrické v rámci problematiky závislostí.

Rodina zohráva významnú úlohu vo vývoji a v udržiavaní závislostí, ale je aj významným zdrojom podpory a pomoci v priebehu liečby a doliečovania závislostí (Radimecký, 2007; Kováčová, 2010, 2014; Mackenzie a kol., 2015; Dirik a kol., 2017; Douaihy, Driscoll, 2018; Matthew, Regmi, Lama, 2018; Reupert a kol., 2018).

Kým pre ľudí so závislosťou je dostupná starostlivosť v rámci ambulantnej i ústavnej starostlivosti v zdravotníckom i sociálnom systéme, pre ich rodinných príslušníkov táto starostlivosť vcelku absentuje (Rabinčák, 2017). Dôvodom môže byť už spomínané nezohľadnenie spoluzávislosti, ako samostatnej diagnostickej kategórie, ako aj podceňovanie tejto problematiky. Rodinní príslušníci ľudí so závislosťou pritom vyhľadávajú odbornú pomoc nielen v zariadeniach, kde sa lieči ich blízky, ale často aj u iných odborníkoch, s inými zástupnými ťažkosťami, komorbidnými so spoluzávislosťou (úzkosť, depresia, poruchy nálad, poruchy spánku, psychosomatické ochorenia, suicidálne tendencie, atď.). V tom prípade sa však často nelieči ich základná porucha - spoluzávislosť, len jej symptómy či následky.

Najčastejšie liečba spoluzávislosti prebieha **ambulantnou formou**, ale realizuje sa aj **ústavnou formou**. Pri ústavnej liečbe spoluzávislosti sa podľa potreby a stavu príbuzného odporúča detoxikácia v zmysle odpútania sa od spoluzávislého vzťahu, od osoby, miesta a správania, ktoré blokujú proces uzdravenia (Laskovská, 2007). Častejšie sú však hospitalizovaní pacienti so spoluzávislosťou s inými komorbidnými ochoreniami a spoluzávislosť ako taká ostáva v úzadí. Na ústavnú liečbu nadväzuje ambulantná liečba. Odporúča sa v procese údravy so spoluzávislosti využitie prvkov **podpornej liečby** – ako je režimová liečba a vedenie si denníka.

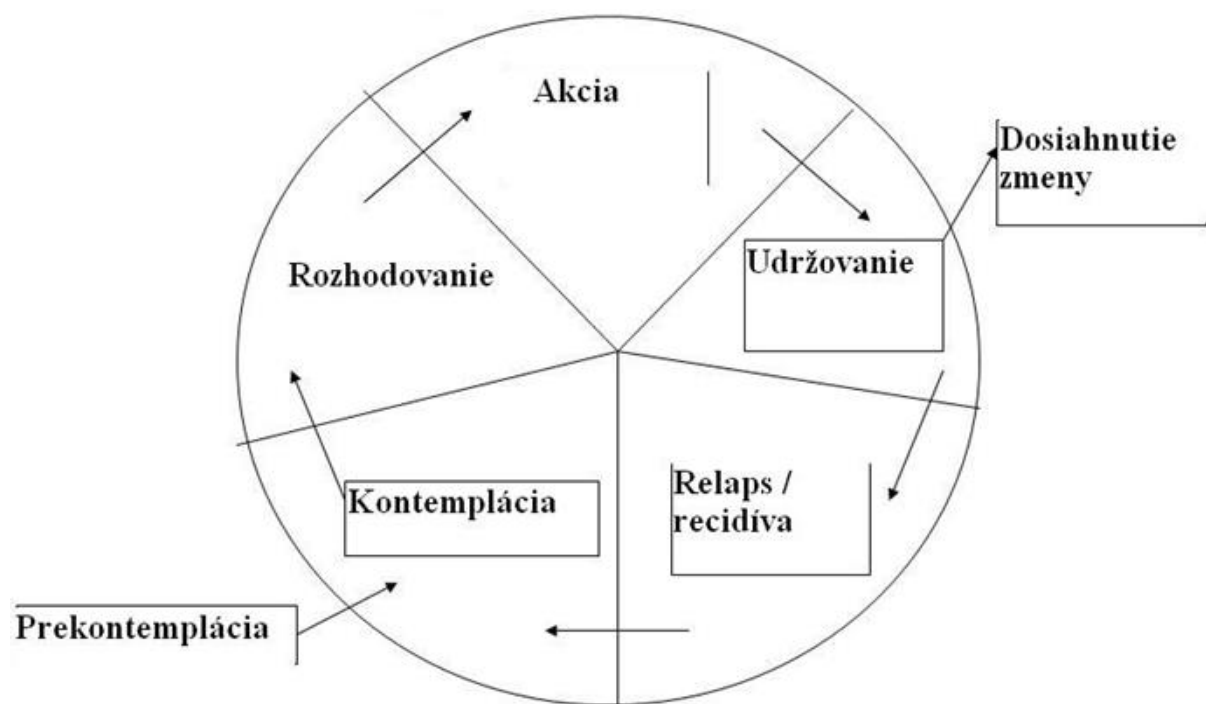
Liečba spoluzávislosti je dlhodobý proces, ktorý spočíva v sebaobjavovaní a postupnom raste osobnosti. Počas liečby je dôležité viesť osobu k identifikovaniu vlastných fyzických, mentálnych, emocionálnych a duchovných potrieb (Krupová, Fialová, 2012). Cieľová intervencia umožňuje rodinným príslušníkom so spoluzávislosťou identifikovať spoluzávislé správanie, eliminovať symptómy spoluzávislosti, prerušiť opakovanie škodlivého vzorca správania nielen svojho, ale aj svojho blízkeho so závislosťou, osvojiť si stratégie zvládania stresu, záťaž, upevniť sociálne vzťahy v prirodzenom prostredí, trénovať zručnosti pre zmysluplný život. Intervencie ponúkajú zážitky, ktoré podporujú rezilienciu pacienta, mobilizujú jeho zdroje a rozvíjajú zrelšie stratégie vo vzťahoch. Umožňuje uvedomenie si osobnej účasti na vývoji závislosti svojho blízkeho a vedie k ozdraveniu vzájomných vzťahov. Proces uzdravovania sa nemá pozitívny vplyv len na samotného spoluzávislého, ale aktívnou spolupracou s terapeutickým tímom sa výrazne podieľa aj na zefektívňovaní terapie príbuzného so závislosťou. Úspešná liečba príbuzného so závislosťou je aj najefektívnejšou pomocou pre príbuzného so spoluzávislosťou (Okruhlica, 1998).

V optimálnom modeli starostlivosti je vhodné kombinovať skupinové programy s individuálnym terapeutickým vedením pacienta, kde sa pracuje výlučne s individuálnymi potrebami a preferenciami človeka so spoluzávislosťou. Návrh intervencie je vytváraný v interakcii medzi pacientom a jeho kľúčovým pracovníkom (case-manážérom). Kľúčový význam v liečbe preto tvorí zapojenie pacienta do procesu stanovenia cieľov terapie a plánovania intervencií, ktoré vedú k vyššej účinnosti starostlivosti o pacienta. V procese realizácie vybraných intervenčných postupov podľa zváženia členov terapeutického tímu je účinné klásť preto dôraz na stanovenie, napĺňanie a hodnotenie individuálnych terapeutických cieľov priamo s pacientom (Vanderplasschen, 2010; Kalina a kol., 2015; Reupert a kol., 2018).

Rodina, ako aj samotný pacient prechádza určitými štádiami v priebehu liečby a týmto štádiám sa prispôsobuje aj liečba. Pri liečbe spoluzávislosti je podobne ako pri liečbe závislosti veľmi dôležitým faktorom motivácia človeka. Motivácia ako stav pripravenosti k zmene sa dá ovplyvňovať **motivačným rozhovorom**.

V kontexte terapeutickje starostlivosti v problematike závislosti a spoluzávislosti v rodine sa odporúča použiť najčastejšie používaný integratívny **model procesu zmeny - Transteoretický model DiClemente a Prochaska** (1984, Miller, Rollnick, 2003; Kováčová, 2010; Živný, 2007), ktorý má päť štádií. V každom štádiu sa realizujú rôzne intervencie pomoci.

Obr. č. 3 Model procesu zmeny (DiClemente, Prochaska, 1984)



V štádiu prekontemplácie, kedy osoba so spoluzávislosťou nerozmýšľa o zmene, je dôležité zo strany odborníkov zapojiť rodinných príslušníkov aspoň do terapie závislosti svojho blízkeho a v rámci procesu jeho uzdravovania pracovať s motivovaním rodinného príslušníka. Kľúčové zameranie je na uznanie problému a porozumenie možnostiam, podmienkam i rizikám liečby závislosti, ako aj významu zapojenia blízkych do komplexnej starostlivosti o osobu so závislosťou. Prvoradá je motivácia, aktivácia, posilnenie angažovanosti smerom k sebe, utlmenie angažovanosti smerom k blízkeho so závislosťou. Motivačné a aktivačné rozhovory sú zamerané najmä na povzbudenie k zmene na rovine individuálnej a aj v kontexte rodinného/partnerského systému. Prekontemplačné štádium je priestorom najmä na realizovanie preterapie, motivačných i podporných intervencií, sprevádzania, psychoedukácie, krízovej intervencie, harm reduction terapie, poradenstva, ako aj tréningu zručností a stratégií zvládania stresu, záťaže a riešenia konfliktov.

V rámci preterapie a poradenstva odporúčame použiť pri práci s rodinou so závislosťou **päťkrokový prístup**, ktorý vytvorili Copello, Templeton, Orford a Velleman (2010). Podľa nich je dôležité:

- 1. vytvoriť priestor pre členov rodiny hovoriť o probléme**

- počúvať, upokojiť a skúmať obavy rodinného príslušníka,
 - umožniť členovi rodiny opísať situáciu,
 - identifikovať príslušné napätie,
 - identifikovať potrebu ďalších informácií,
 - komunikovať realisticky s optimizmom,
 - identifikovať potrebu budúcich kontaktov.
- 2. poskytnúť rodine relevantné, špecifické a ciele informácie o závislosti**
- zvýšiť vedomosti a porozumenie,
 - znížiť stres spôsobený nedostatkom vedomostí alebo mylných predstáv,
- 3. preskúmať ako členovia rodiny reagujú na užívanie psychoaktívnych látok svojim príbuzným**
- identifikovať aktuálne reakcie pri zvládaní,
 - preskúmať výhody a nevýhody aktuálnych odpovedí,
 - preskúmať alternatívne odpovede na zvládnutie,
 - preskúmať výhody a nevýhody alternatívnych spôsobov zvládania.
- 4. preskúmať a podporovať sociálnu podporu rodiny**
- vytvoriť schému sociálnych sietí,
 - zlepšiť komunikáciu v rámci rodiny,
 - zamerať sa na jednotný a koherentný prístup,
 - preskúmať potenciálne nové zdroje podpory.
- 5. diskutovať a preskúmať ďalšie potreby, možnosti a aj dôvody pre pokračujúce vedenie členov rodiny**
- zistiť, či je potreba ďalšej pomoci,
 - diskutovať o možných možnostiach s členmi rodiny,
 - uľahčiť kontakt medzi členmi rodiny a inými zdrojmi špecializovanej pomoci.

Veľký význam v rámci preterapie, ale aj terapeutickej práce s rodinnými príslušníkmi žijúcimi s osobou so závislosťou má psychoedukácia. Ukázala sa ako vysoko účinná, pretože umožňuje rodinným príslušníkom poznať závislosť holistickým spôsobom (Matthew, Regmi, Lama, 2018). Psychoedukačný prístup Ditricha a Trapolda (1984, In Wolt, Kvasnová, 2013) je založený na porozumení závislosti ako choroby rodiny. Zameriava sa na podporu členov rodiny, na zdravé spôsoby zvládania ochorenia, dôležitosť efektívnej komunikácie a hraníc, vysvetlenie umožňujúceho správania v závislosti a podporného správania pri liečbe a doliečovaní ich blízkych.

Tabuľka č. 2

| Klinická otázka 1 | | |
|---|---|--|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP STAROSTLIVOSŤ O ĽUDÍ SO SPOLUZÁVISLOSŤOU | | |
| 1. Klinická otázka | Dôkazová hodnota | Referencie |
| Psychoedukácia ako súčasť komplexnej zdravotnej starostlivosti o človeka so závislosťou, významne znižuje výskyt recidív u pacienta so závislosťou a pôsobí ako prevencia vzniku spoluzávislosti. | Ia IIb | Zhao, Sampson, Xia, Jayaram (2015) Sin et al. (2015) Foster et al. (2016) Morin, Franck (2017) Matthew, Regmi, Lama (2018) |

V **štádiu kontemplácie**, kedy osoba so spoluzávislosťou zvažuje zmenu je potrebné smerovať osobu k uvedomeniu si závažnosti problému, pripusteniu si dôležitosti zmeny, k zastaveniu problémového spoluzávislého správania a poskytnúť pocit bezpečia pre emočného zdieľania. Je dôležité zmobilizovať zdroje pomoci cez podpornú psychoterapie podľa príslušného psychoterapeutického smeru psychoterapeuta, krízovú intervenciu, harm reduction terapiu, prípadne zvážiť medikamentóznú liečbu či hospitalizáciu. **Krízová intervencia** tvorí dôležitú súčasť tohto štádia. Realizovať sa môže ambulantnou formou alebo aj prostredníctvom telefonickej linky pomoci pre ľudí s problémami so závislosťou a so spoluzávislosťou. Na ochranu verejného zdravia redukciami negatívnych dôsledkov niektorých foriem škodlivého správania sú v tomto štádiu orientované stratégie **Harm reduction terapie** (Terapia znižovania poškodenia). Koncept harm reduction je uvádzaný ako jeden zo štyroch pilierov európskej drogovej politiky. Cieľom terapie je znižovanie zdravotných rizík, sociálneho poškodenia a podpora správania, ktoré vedie k zmene životného štýlu. Tiež je dôležité podporiť pacienta v **nácviku relaxačných techník**. V rámci **liečbopedagogických intervencií** využívame rôzne kreatívne činnosti, ktorých úlohou a cieľom je podporiť abreaktívne procesy a zároveň navodzovať zmenu - rast.

V **štádiu rozhodovania alebo prípravy** sa osoba pripravuje na uskutočnenie zmeny. Je dôležité podporiť kompetencie, hľadať zdroje zvládania, osvojiť stratégie na riešenie problémov, vyvolať a vypracovať potrebné zmeny, vytvoriť plán pomoci a realizovať terapeutické intervencie (psychoterapeutické, liečbopedagogické), postupne konfrontovať s realitou (práca so základným symptómom spoluzávislosti – popieranie reality).

V **rámci individuálnej starostlivosti** o rodinných príslušníkov ľudí so závislosťou sa javí efektívnou terapiou najmä **kognitívne-behaviorálna terapia** a jej najnovšie prístupy, tzv. prístupy tretej vlny kognitívne-behaviorálnej terapie (A-Tjak a kol., 2015; Sohrabnejad a kol., 2017; Nourian, 2017; Špelecký a kol., 2018), ktoré tvoria prienik aj do iných terapeutických smerov. Napríklad úlohou „Acceptance and Commitment Therapy - **Terapie prijatia a záväzku - ACT terapie**“ je podporiť pacienta, aby porozumel funkcii svojho správania, myslenia a prežívania, ktoré je vo svojej podstate „dysfunkčné“, „maladaptívne“ alebo „patologické“ (Špelecký a kol., 2018). **Kognitívna terapia založená na všímavosti (Mindfulness-Based Cognitive Therapy)** rozvíja zručnosti všímavosti k tomu, čo je hodnotné (Hale a kol., 2013; Witkiewitz a kol., 2014; Parsons a kol., 2017;

Bahrammasiri, Kiyani-Ersi, 2019) a **Schema terapia** je terapia zmien raných maladaptívnych schém (Shorey a kol., 2011; Masley a kol., 2012; Bamelis a kol., 2014).

V rámci terapie má dôležité miesto aj **Gestalt terapia** (Brownell, 2012; Wolt, 2013), ktorá kladie dôraz na prežívanie „tu a teraz“, ako aj na prácu s emóciami. V prítomnom vzťahu s terapeutom či so skupinou, či s rodinou pacient zvyšuje svoje uvedomovanie v emočnej, kognitívnej a telesnej zložke a učí sa preberať zodpovednosť za slobodné vyjadrenie svojich potrieb. Terapeut skúma a objasňuje ako sú vnímané, prežívané, interpretované vnútorné procesy, skúsenosti a interakcie s inými v prostredí a aké reakcie na tieto vznikajú. Zdôrazňuje rešpekt pre integritu jednotlivca a podporuje vynárajúce sa uvedomovanie osobnej účasti vo vytváraní deštruktívnych návykov a spôsobov správania, myslenia a konania. Cieľom gestalt terapie je, aby si pacient uvedomil to, čo robí, ako to robí, ako to môže zmeniť a zároveň aby sa naučil akceptovať a vážiť si seba samého (Wolt, 2013).

V klinickej praxi sa pri terapeutických intervenciách v prípade dospelých pacientov so závislosťou žiaľ rodina vníma skôr ako pozadie a kontext (Šramová, 2001; Kováčová, 2010; Bortolon a kol., 2016). Pozornosť sa väčšinou zameriava len na osobu so závislosťou. V prípade mladistvých pacientov sa ale odporúča okrem individuálnej starostlivosti o pacienta pracovať aj s rodinou ako systémom. Starostlivosť by mala byť multidimenzionálna v súlade s praxou založenou na dôkazoch. Zapojenie rodiny a jej členov je dôležité za účelom opory rodiny, skvalitnenia fungovania rodiny, posilnenia jej reziliencie, skvalitnenia komunikačných a interakčných vzorcov (Kalina, 2003; Beattieová, 2006; Weinhold, Weinhold, 2008; Šavrnichová, 2011, 2015; Röhr, 2011, 2015).


V rámci intervencií a formy práce s rodinou existujú dva typy intervencií zameraných na rodinu: **párová/manželská a rodinná**. Párového poradenstva a terapie sa zúčastňuje osoba so závislosťou a ďalší člen (manžel/ka, partner/ka). Do rodinnej terapie sú zapojení aj ostatní členovia rodiny (súrodenci, rodičia, starí rodičia, alebo iné významné osoby v živote osoby so závislosťou).

V rámci párovej/manželskej terapie sa na princípoch kognitívno-behaviorálnej terapie zakladá **Behaviorálna párová terapia** (ABCT, Epstein, McCrady, 2002). Jej hlavnými zložkami sú: kognitívno-behaviorálne stratégie napomáhajúce príbuznému so závislosťou zastaviť svoje užívanie, nadobudnúť copingové zručnosti pre zvládanie problémov spojených so závislosťou, podporiť úsilie závislého o zmenu, získať lepšie zručnosti pre vysporiadanie sa najmä s negatívnymi afektami, zlepšiť partnerský vzťah podporou pozitívnych výmen, zlepšením komunikácie a zručností pri riešení problémov.

Randomizované klinické štúdie a metaanalýzy potvrdzujú účinnosť rodinnej terapie pri liečbe závislosti. Z dlhodobého hľadiska je účinná najmä u mladistvých (Lock a kol., 2010; Yap a kol., 2017; Bo, Hai, Jaccard, 2018). Štúdia Latimer a kol. (2003) vyhodnotila vysokú účinnosť **integrovanej rodinnej a kognitívno-behaviorálnej terapie (IFCBT)**. Najúčinnším terapeutickým zásahom sa však podľa klinických štúdií javí **multidimenzionálna rodinná terapia** (Liddle a kol., 2001, 2008, 2009, 2010, 2016, 2018; Austin a kol. 2005; Hartmann a kol., 2010; Wolt, Kvasnová, 2013; Rigter a kol., 2013; Ahmad Abadi a kol., 2017; Yap a kol., 2017; Carr, 2018; Winters a kol., 2018; van der Pol a kol., 2018), ktorá je integráciou viacerých prístupov s dôrazom na vzťahy medzi kogníciami, emocionalitou, správaním a vplyvom prostredia (Wolt, Kvasnová, 2013). Rodičia môžu byť podľa Yap a kol. (2017) pre svoje dieťa rizikovým a ochranným faktorom. Vo svojej metaanalýze

identifikovali tri rizikové faktory počiatočného konzumu alkoholu mladistvými - poskytovanie alkoholu rodičmi, pozitívne rodičovské postoje k užívaniu alkoholu a konzumáciu alkoholu rodičom/mi. Identifikovali aj štyri ochranné faktory - monitoring rodičmi, kvalita vzťahu rodičov a dieťaťa, rodičovská podpora a rodičovská angažovanosť.

Tabuľka č. 3

| Klinická otázka 2 | | |
|---|------------------------|---|
|  ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP STAROSTLIVOSŤ O ĽUDÍ SO SPOLUZÁVISLOSŤOU | | |
| 2. Klinická otázka | Dôkazová hodnota | Referencie |
| Efektivita komplexnej zdravotnej starostlivosti o pacienta so závislosťou sa významne zvyšuje pri súbežnej intervencii v rodine pacienta. | Ia Ib IV | Austin et al. (2005) Hartmann et al. (2010) Yap et al. (2017) Winters et al. (2018) van der Pol et al. (2018) Liddle et al. (2001, 2008, 2009, 2010, 2016, 2018) Rigter et al. (2013) Ahmad Abadi et al. (2017) Copello, Templeton, Orford, Velleman (2010) McGovern, Carroll (2003) Gold, Brady (2003) Wolt, Kvasnová (2013) Carr (2018) |

V rámci **skupinovej práce s rodinnými príslušníkmi** (manžel/-ky, partnerov, rodičov, starých rodičov, deti a iné blízke osoby pacienta) sa najčastejšie využívajú **terapeutické ako aj svojpomocné diskusné skupiny**. Skupiny majú najmä informačný a motivačný charakter. Napomáhajú otváraniu sa novým možnostiam rastu rodinných príslušníkov (Kalina, 2008). Zaoberajú sa úpravou vzťahov a komunikáciou v rodine, pomáhajú pri stanovovaní pravidiel fungovania v rodine, zameriavajú pozornosť na to, ako sa závislosť premietla do rodiny v minulosti a súčasnosti. Cieľom skupín je vzájomná podpora, diskusia o riešeníach problémov, destigmatizácia (McCann, Lubman, 2018; Wilkens, Foote, 2019). Taktiež je cieľom dosiahnuť, aby manžel/manželka, partner/partnerka, rodič, prípadne dieťa závislého člena rodiny pochopili, že nemôžu zmeniť závislosť svojho blízkeho, ani svoju bezmocnosť vo vzťahu k jeho názorom, myšlienkam, postojom, rozhodnutiam a správaniu, ale naopak môžu zmeniť a „objaviť“ moc nad svojím správaním. Okruhlica (1998) odporúča pre osoby žijúce s členom so závislosťou dochádzať do svojpomocných podporných skupín, kde sa stretávajú ľudia, prevažne príbuzní s rovnakým osudom a na modeloch druhých hľadať zdroj poučenia. Často práve vzájomné zdieľanie a poučenie sa napomôže pre zvažovanie zmeny v rámci vlastnej spoluzávislosti.

Svojpomocné skupiny (Al-Anon - skupina pre príbuzných a priateľov závislého pacienta, Co-Anon – Anonymné kodependentné osoby, ACOA – dospelé deti alkoholikov, Alateen – dospievajúci alkoholikov, Anonymné rodiny, Anonymní rodičia a ďalšie) fungujú pre ľudí so spoluzávislosťou na princípoch 12 krokového programu na spirituálnom základe. Spiritualita, ako aj duchovné zdravie je dôležitou dimenziou zdravia a je súčasťou komplexnej starostlivosti o človeka, aj zdravotníckej (Miller a kol., 2008; Monod a kol., 2011). Ešte v roku 1998 sa na valnom zhromaždení WHO hovorilo o nutnosti zohľadniť tzv. 4. dimenziu zdravia, dopĺňujúcu fyzickú, psychickú a sociálnu dimenziu (Dhar a kol., 2011). Na základe toho sa v rámci starostlivosti o ľudí, ktorých sa problematika závislosti či spoluzávislosti dotýka odporúča aj **pastorálna medicína - pastoračné sprevádzanie, duchovné poradenstvo** (Trebski, 2017). Cieľom je spojiť prvky duchovného sprevádzania s vybranými poznatkami a metódami humanitných a sociálnych vied, a tak sa stať účinným nástrojom uzdravenia človeka, ktorý má problémy so závislosťou, či spoluzávislosťou. Z pastoračnej terapie a duchovného poradenstva sa vyvinula aj **hagioterapia** a rozvinula sa v biblioterapeutickú prácu s biblickým textom. V rámci psychoterapeutickej práce je dôležitá z tohto pohľadu **existenciálna analýza a logoterapia**, ktorej účinnosť v zlepšení zmyslu života a duševného zdravia u manželiek alkoholikov, potvrdili aj výskumy (Brent, 1993; Cho, 2008).


V **štádiu akcie alebo konania** osoba zavádza zmenu. Zásadný význam pri realizácii zmeny majú intervencie zamerané na nácvik nových, resp. posilnenie efektívnych spôsobilostí reagovať na závislé správanie svojho blízkeho a riešiť záťažové situácie s ním súvisiace. Dôležitým krokom je tiež navigovať rodinu a jej jednotlivých členov k vnútorným a vonkajším zdrojom. V tejto fáze je kľúčovou úlohou spracovanie emócií, zážitkov z minulosti; uvedomenie vlastnej zodpovednosti bez potreby preberať zodpovednosť za druhých; identifikácia vlastných potrieb na úrovni bio-psycho-socio-spirituálnej; formovanie nového životného štýlu s novými pravidlami, rituálmi, vzorcami správania. Dôležitá je pomoc a podpora pri realizácii žiaducich individuálnych i systémových zmien a ich začlenenie do nového životného štýlu pomocou interdisciplinárnej starostlivosti multiprofesionálneho tímu.

V **štádiu udržovania** osoba udržiava zmenu, ktorú vykonal počas komplexnej starostlivosti. Pokračuje sa v realizovaní intervencií najmä za účelom posilnenia a podpory už dosiahnutých zmien, ako aj rozvoja ďalších zručností potrebných ku kvalitnejšiemu životu. Zameraním je tiež postupná príprava na samostatné fungovanie s efektívnejšími spôsobmi zvládania záťaže a schopnosťou mobilizovať a využívať vnútorné aj vonkajšie zdroje pomoci. Cieľom zásahov je tiež zníženie ďalších rizikových faktorov a zraniteľnosti rodiny (Walsh, 2002). Rámec rodinnej reziliencie sa môže považovať za cennú koncepčnú mapu na usmernenie intervenčných snažení pri podpore a posilnení rodiny. Štúdia Zerbettoa, Galera, Ruiza (2017) definuje odolnosť rodiny ako schopnosť rodiny spúšťať a mobilizovať silu, keď je člena rodiny ohrozený kritickou a stresujúcou udalosťou. Sila rodiny je definovaná ako kompetencia rodiny v procese pozitívneho zvládania nepriaznivých situácií a výziev v každodennom živote takým spôsobom, aby sa zlepšila funkčnosť a integrita rodiny. Táto sila sa tak stáva mechanizmom odolnosti rodín. Odolnosť systému podporuje odolnosť jednotlivca (Hadfield, Ungar, 2018).


Veľký spoločný menovateľ liečebnopedagogickej starostlivosti a podpory odolnosti jednotlivca, ako aj systému predstavuje tvorivosť. **Liečebnopedagogické terapie** (dramatoterapia, biblioterapia, hagioterapia, didaktoterapia,

ergoterapia, arteterapia, muzikoterapia, psychomotorická terapia, terapia hrou, Snoezelen terapia) dávajú veľký priestor k podpore tvorivosti pacienta a zároveň sú dôležitým terapeutickým nástrojom (Maslow, 2000; Pretis, 2012; Macbeth a kol., 2015).

Tabuľka č. 4

| Klinická otázka 3 | | |
|--|------------------|--------------------------------------|
|  | | |
| ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP STAROSTLIVOSŤ O ĽUDÍ SO SPOLUZÁVISLOSŤOU | | |
| 3. Klinická otázka | Dôkazová hodnota | Referencie |
| Aplikovanie liečebnopedagogických intervencií v rámci zdravotnej starostlivosti o rodinných príslušníkov so spoluzávislosťou, zvyšuje rezilienciu pacienta vo vzťahu k relapsu/recidíve. | IV | Živný, Krčmáriková, Kováčsová (2004) |
| | Ia | Gold et al. (2009) |
| | Ib | Cook, Chambers, Coleman (2009) |
| | Ia | Arbesman, Logsdon (2011) |
| | Ia | Stubbs et al. (2018) |

Tabuľka č. 5

| Štandardné preterapeutické a terapeutické postupy u ľudí so závislosťou | | | |
|---|---|---|--|
|  | | ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP STAROSTLIVOSŤ O ĽUDÍ SO SPOLUZÁVISLOSŤOU | |
| Poradie | Štandardný postup - | Dôkazová hodnota | Referencie |
| 1. | Poradenstvo pre rodiny s členom so závislosťou The 5-Step method / 5 kroková metóda | IV | Copello, Templeton, Orford, Velleman (2010) |
| 2. | Motivačný rozhovor - nadviazanie kontaktu, sprevádzanie | IV IV IV Ia Ib Ia | Miller, Rollnick (2003) Timuľáková, Timuľák (2005) Grenard et al. (2006) Jensen et al. (2011) Haller et al. (2014) Mallinckrodt, Jeong (2015) |
| 3. | Psychoedukácia Racionálna náhľadová terapia | Ia Ia Ia Ia IIb | Zhao, Sampson, Xia, Jayaram (2015) Sin et al. (2015) Foster et al. (2016) Morin, Franck, (2017) Matthew, Regmi, Lama (2018) |
| 4. | Krízová intervencia - stratégie zvládania stresu, záťaž, riešenia konfliktov Model SSCS (stress - strain - coping - support) (stres - napätie - zvládanie - podpora) | III Ia | Plummer, (2013) Kourgiantakis, Ashcroft (2018) |
| 5. | Harm reduction terapia | III IIa III | Denning (2010) Logan, Marlatt (2010) Hawk et al. (2017) |

**Štandardné preterapeutické a terapeutické postupy u ľudí so spoluzávislosťou
(pokračovanie tab. 5)**



ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP
STAROSTLIVOSŤ O ĽUDÍ SO SPOLUZÁVISLOSŤOU

| Poradie | Štandardný postup - | Dôkazová hodnota | Referencie |
|---------|--|-----------------------------|---|
| 6. | Liečbopedagogické intervencie - individuálna alebo skupinová intervencia s využitím špeciálnych foriem, metód a prostriedkov (biblioterapia, hagioterapia, arteterapia, dramaterapia, ergoterapia, muzikoterapia, didaktoterapia, psychomotorická terapia, terapia hrou, Snoezelen terapia) | III Ia Ib Ia Ia | Živný, Krčmáriková, Kováčová (2004) Gold et al. (2009) Cook, Chambers, Coleman (2009) Arbesman, Logsdon (2011) Stubbs et al. (2018) |
| 7. | Svojpomocné skupiny Al-Anon (pre príbuzných a priateľov závislého pacienta), Co-Anon (Anonymné kodependentné osoby), ACOA (Dospelé deti alkoholikov), Alateen (dospievajúci alkoholikov), Anonymní rodičia (Parents Anonymous), Anonymné rodiny, a ďalšie skupiny pre rodinných príslušníkov | IV IIb IIb | Woititzová (1998, 2002) Copello, Velleman, Templeton (2005) Timko, Laudet, Moos (2016) |

Štandardné preterapeutické a terapeutické postupy u ľudí so spoluzávislosťou (pokračovanie tab. 5)



ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP STAROSTLIVOSŤ O ĽUDÍ SO SPOLUZÁVISLOSŤOU

| Poradie | Štandardný postup - | Dôkazová hodnota | Referencie |
|---------|---|------------------|---|
| 9. | Detoxikácia (v zmysle odpútania zo závislý-spoluzávislý vzťahu) | IV | Laskovská (2007) |
| 10. | Podporná liečba: zápisky alebo vedenie si denníka | IV | Laskovská (2007) |
| 11. | Nácvik relaxačných techník, neurorelaxácia | IV | Doidge (2017) |
| 12. | Tréning zručností Program CRAFT (Community Reinforcement Approach and Family Training) | Ia IV | Gühne et al. (2012) Smith, Meyers (2004) Kourgiantakis, Ashcroft (2018) Douaihy, Driscoll (2018) |
| 13. | Pastoračná medicína - pastoračné sprevádzanie a poradenstvo Hagioterapia | IV | Carr, Buchanan (1997) Trebski (2017) |
| 14. | Bezplatná telefonická linka pomoci pre rodinných príslušníkov ľudí so závislosťou | III IV | Mackenzie et al. (2015) Bortolon et al. (2016) |
| 15. | Case-manažment navrhovaný psychiatrom - adiktológom - spoluorganizácia a plánovanie liečby, optimalizácia služieb a zdrojov pacienta v rámci interdisciplinárnej starostlivosti multiprofesionálneho tímu | IV IIb | Vanderplasschen (2010) Kalina et al. (2015) Reupert et al. (2018) |
| 16. | Intervízna a supervízna činnosť odborníkov zapojených do starostlivosti o pacienta - koordinácia zdravotnej starostlivosti, výmena informácií a prehodnocovanie pomoci | | |

System pomoci je v našich podmienkach nastavený najmä na pomoc závislému, jeho rodine stále nie je venovaná adekvátna podpora. U príbuzných (najmä v dôsledku rozvoja spoluzávislosti) prevládajú pritom pocity bezmocnosti, úzkosti, strachu a snahy situáciu čo najrýchlejšie vyriešiť. Rodina často nevie, ako sa má správať voči závislému členovi pred liečbou, akým spôsobom ho môže motivovať na liečbu, ako sa má správať voči abstinujúcemu po liečbe a práve tento fakt môže byť jedným z príčin recidívy a opakujúcich sa liečení závislého jedinca. Aj to je jeden z ďalších dôvodov, aby sa predmetom zdravotníckej starostlivosti stala celá rodina, nielen jej chorý člen.

Prognóza

Ak sa dosiahne, že sa rodinný príslušník zapojí do liečby svojho príbuzného alebo sa začne liečiť so svojej spoluzávislosti, naučí sa pracovať s jej symptómami tvorivo a začne žiť svoj život zameraný na svoje potreby v oblasti bio-psycho-socio-spirituálnej, je predpoklad obnovy a udržania duševného zdravia a prognóza je pozitívna.

Pri neliečení, naopak hrozí vznik pridružených ochorení (Okruhlica, 1998; Ray, Mertens, Weisner, 2009; Komáromi, 2010; Akram a kol., 2014; Knappek, Kuritárné Szabó, 2014; Horňáková, 2017) somatických (napr. hypertenzia, žalúdočné vredy, rakovina, astma, diabetes, enuréza, oslabenie imunity, poruchy príjmu potravy a iné) i duševných (napr. depresie, fóbia, úzkostná porucha, poruchy nálad, psychosomatické ochorenia, poruchy pozornosti, manické poruchy, závislosť a iné), až suicidálny pokus. A to nielen u dospelých, ale aj u detí rodiča/ov so závislosťou. Albrecht-Böhnke a kol. (2011, In Horňáková, 2017) popisujú u detí, ktoré žijú s rodičom so závislosťou časté: - psychosomatické ochorenia (astma, enuréza, oslabenie imunity, poruchy príjmu potravy), - psychické a socializačné poruchy - depresie, fobie, delikvencia, poruchy pozornosti, znížené komunikačné schopnosti, hyperaktivita, manické poruchy, - sú obeťami násillia, zneužívania a aj oni sami siahajú po psychoaktívnych látkach.

Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízna činnosť, PZS a pod.)

Vzhľadom na relatívne pozitívnu prognózu ochorenia v prípade remisie ochorenia obvykle nedochádza k zníženiu schopnosti zárobkovej činnosti. Preterapeutický i samotný terapeutický proces často vyžaduje častejšiu účasť v procese ako je dané zákonom. Vyšetrenie alebo ošetrovanie u lekára alebo sprevádzanie rodinného príslušníka k lekárovi patrí medzi dôležité osobné prekážky v práci na strane zamestnanca podľa § 141 ods. 2 Zákonníka práce. Zamestnávateľ je však povinný poskytnúť zamestnancovi pracovné voľno na vyšetrenie alebo ošetrovanie zamestnanca v zdravotníckom zariadení a pracovné voľno na sprevádzanie rodinného príslušníka do zdravotníckeho zariadenia s náhradou mzdy najviac na sedem dní v kalendárnom roku, ak vyšetrenie alebo ošetrovanie nebolo možné vykonať mimo pracovného času. Starostlivosť o pacienta však tento čas často presahuje. Ak teda zamestnanec vyčerpal 7 dní na vyšetrenie alebo ošetrovanie v zdravotníckom zariadení, ako aj na sprevádzanie svojho príbuzného a potrebuje znova navštíviť lekára alebo iného odborníka, zamestnávateľ je povinný poskytnúť mu síce pracovné voľno, v tomto prípade však už bez poskytnutia náhrady. V takom prípade môže dôjsť k zníženiu zárobkovej činnosti u pacienta, čo môže byť prekážkou v dôležitej a nutnej starostlivosti o pacienta.

Z posudkového hľadiska u ľudí so spoluzávislosťou, u ktorých došlo k rozvoju duševnej choroby, ktorá si vyžaduje liečbu a spĺňa podmienku dlhodobosti, t. j. že choroba trvá aspoň jeden kalendárny rok, je možné takéhoto jedinca uznať invalidným podľa zákona č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov, s mierou poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť podľa závažnosti duševného postihnutia.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Intervencie v liečbe spoluzávislosti je potrebné realizovať medziodborovo, v rámci komplexného bio-psycho-socio-spirituálneho prístupu. Odborníci v terapeutickom tíme musia pôsobiť jednotne, podporne a inkluzívne v zmysle rešpektovania práv na potrebnú pomoc pri ochrane zdravia a zlepšovaní kvality života rodinných príslušníkov ľudí so závislosťou. V tomto zmysle je potrebné aj legislatívne zabezpečiť jej dostupnosť.

Rodinám s členom so závislosťou, ako aj spoluzávislosťou zabezpečujú a organizujú starostlivosť v prvom rade: Centrá pre liečbu drogových závislostí; Odborné liečebné ústavy psychiatrické; Ambulancie medicíny drogových závislostí; Psychologické ambulancie; Ambulancie liečebného pedagóga; Ambulancie psychoterapeutov; Resocializačné zariadenia; Poradensko-psychologické poradne a Poradne zdravia. Poskytovatelia zdravotníckej

starostlivosti disponujú s potrebným materiálno – technickým a personálnym vybavením podľa príslušnej legislatívy.

Zdravotnícke organizácie sú poskytovateľom zdravotnej starostlivosti založenej na smerniciach SZO a s poslaním podieľať sa na plnení úloh v rámci Národného programu boja proti drogám a Národného akčného plánu pre alkohol. Zameriavajú sa na pomoc pri zabezpečení a udržaní čo najdlhšieho a čo najkvalitnejšieho života každého pacienta. Zabezpečujú ochranu a podporu zdravia každému, kto má problémy spôsobené v súvislosti s rôznymi formami závislostí, ako aj ich rodinným príslušníkom. Najmä s ohľadom na minimalizáciu poškodení zdravia všetkých vekových kategórií. Poskytujú služby všetkým občanom bez ohľadu na ich rasovú, náboženskú, politickú, či rodovú príslušnosť.

Starostlivosťou o rodinných príslušníkov sa zvyšuje efektívnosť liečby aj u ich blízkeho. U pacientov so závislosťou je to obzvlášť dôležité. Rodinným príslušníkom je nutné poskytnúť možnosť účasti na preterapii i terapii. Môže zahŕňať – poradenstvo, krízovú intervenciu, psychoedukáciu, racionálnu náhľadovú terapiu, individuálnu psychoterapiu, skupinovú terapiu, párovú /manželskú terapiu, rodinnú terapiu, liečebnopedagogické intervencie – individuálne i skupinové intervencie s využitím špeciálnych foriem, metód a prostriedkov.

Do komplexnej starostlivosti o človeka so spoluzávislosťou patrí aj realizácia pravidelnej supervízie a intervízie zdravotníckych pracovníkov, ktorí s pacientom pracujú. V rámci jedného zdravotníckeho zariadenia je odporúčaná prípadová intervízia alebo supervízia zdravotníckych pracovníkov (lekár, sestra, psychológ, liečebný pedagóg, ...) hradená z verejných zdrojov, s frekvenciou 1x týždenne, v prípade potreby častejšie.

Pri viacerých poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti pacientovi zabezpečiť pravidelnú výmenu informácií o zvolených liečebných postupoch, prípadovú konzultáciu hradenú z verejných zdrojov, s frekvenciou 1x mesačne. Aby bol však proces úspešný je potrebné intervenovať aj na strane spoločnosti a to predovšetkým snahou o znížovanie miery negatívnych postojevých stereotypov a stigmatizácie ľudí so závislosťou, čo negatívne vplyva na prežívanú kvalitu života celej rodiny, ich sociálne vzťahy a pracovné uplatnenie. K štandardným a odporúčaným postupom by preto mala patriť podpora aktivizácie sociálnej role ľudí so závislosťou i spoluzávislosťou, čím sa prispieva k prekonávaniu stigmy v spoločnosti i komplexnej prevencii v oblasti duševného zdravia.

Ďalšie odporúčania

Hlavným princípom starostlivosti o pacienta so spoluzávislosťou je interdisciplinárna starostlivosť multiprofesionálneho tímu. Je dôležité vybudovať kvalitný, koordinovane prepojený systém pomoci, aby osoba, ktorá pomoc potrebuje, neprepadla cez tento systém bez adekvátnej starostlivosti.

Je potrebné začlenenie diagnózy spoluzávislosti do MKCH, či DSM.

Je potrebná legislatívna úprava zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, kde je potrebné doplniť k Medzinárodnej klasifikácii MKCH aj Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia MKF (ICF International Classification of Functioning, Disability and Health).

Pri použití MKF môže byť pacientom stanovená presnejšia a kompletnejšia diagnóza, môžu dostať primeranejšiu starostlivosť s lepšími výsledkami, s odbúraním neúčelných služieb. V MKF každá úroveň zahŕňa teoretický základ, pre ktorý môže byť formulovaný intervenčný zásah.

Zabezpečiť plnú úhradu výkonov pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, a to aj pri Z diagnózach.

Je potrebné zaviesť ďalšie telefonické linky pomoci pre rodinných príslušníkov žijúcich s ľuďmi s rôznymi formami závislostí – telefonické linky pomoci pre ľudí s možnou spoluzávislosťou.

Alternatívne odporúčania

Integrálnou súčasťou komplexného bio-psycho-sociálno-spirituálneho prístupu k spoluzávislosti (ako doplnok k farmakoterapii a psychoterapii) sú psychosociálne intervencie.

Vznik komunitných centier duševného zdravia, poskytujúcich špecializovanú zdravotnú starostlivosť, ktorú zabezpečujú interdisciplinárne tímy odborníkov. Minimálne jedno centrum v každom kraji.

Špeciálny doplnok štandardu

Každý zdravotnícky pracovník je povinný poučiť pacienta pred poskytnutím zdravotnej starostlivosti o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytovanej zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Túto povinnosť upravuje zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len “zákon č. 576/2004 Z. z.”).

Pri liečbe závislosti sa používa informovaný súhlas s jednotlivými liečebnými programami (upravené podľa vzoru vydaného Úradom pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou zverejneného na webovej stránke www.udzs-sk.sk).

V prípade zapojenia rodinných príslušníkov do procesu liečby svojich blízkych ide o prispôsobený **Informovaný súhlas pri vstupe rodinného príslušníka do procesu liečby svojho blízkeho**.

Súhlas pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa nevyžaduje v prípadoch stanovených v § 6 ods. 9 zákona č. 576/2004 Z. z., teda v prípade život ohrozujúcich príznakov ochorenia, – ide o poskytovanie ambulantnej starostlivosti alebo ústavnej starostlivosti, ak ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej choroby alebo s príznakmi duševnej poruchy ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí vážne zhoršenie jej zdravotného stavu (§ 6 ods. 9 písm. d) zákona č. 576/2004 Z. z.).

Posúdenie rizika ohrozovania seba/okolía/vážneho zhoršenia zdravotného stavu je výlučne v kompetencii psychiatra. Ak sa lekár/psychiater dozvie okolnosti (napr. od príbuzných pacienta, inštitúcií a iné) svedčiace o tom, že človek pod vplyvom duševnej poruchy svojím správaním ohrozuje seba/svoje okolie alebo hrozí vážne zhoršenie jeho stavu, zabezpečí prevoz pacienta do psychiatrického ústavného zariadenia cestou RZP (v prípade potreby i s asistenciou PZ).

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý audit a plánovaná revízia tohto štandardného postupu po roku a následne každých 5 rokov resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby a tak skoro ako je možnosť zavedenia tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Klinický audit a nástroje bezpečnosti pacienta budú doplnené pri 1. revízii.

Literatúra

1. AHMAD ABADI, F.K. a kol. 2015. Models and interventions of Codependency treatment, Systematic Review. *J UMP Social Sciences Technology Management*, 3(2): 572-583. (váha dôkazov Ia)
2. AHMAD ABADI F.K. a kol. 2017. Effectiveness of Satir-Informed Family-Therapy on the Codependency of Drug Dependents' Family Members in Iran: A Randomized Controlled Trial. *J Evid Inf Soc Work*. Jul-Aug 2017; 14(4): 301-310. PubMed PMID: 28644761. (váha dôkazov Ib)
3. AKRAM, Y. a kol. 2014. Family-based interventions for substance misuse: a systematic review of systematic reviews. *Systematic Reviews* (1), 3: 90. DOI: 10.1186/2046-4053-3-90. (váha dôkazov Ia)
4. ALCOHOLICS ANONYMOUS, W. S., 2001. *Alcoholics Anonymous — Big Book*. 4th ed. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc. 575 p. ISBN 978-1-893007-16-1. (váha dôkazov IV)
5. ARBESMAN M, LOGSDON DW. 2011. Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: a systematic review. *Am J Occup Ther*, May-Jun 2011; 65(3): 238-246. Review. PubMed PMID: 21675329. (váha dôkazov Ia)
6. ASHER, R., BRISSETT, D. 1988. Codependency: a view from women married to alcoholics. *International Journal of the Addictions*, April 1988, 23(4): 331-350. (váha dôkazov IV)
7. ASKIAN, P. a kol. 2016. Characteristics of co-dependence among wives of persons with substance use disorder in Iran. *Int J Ment Health Addiction*, 14(3): 268-283. (váha dôkazov III)
8. A-TJAK, J.G.L. a kol. 2015. A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1): 30–36. ISSN 1423-038. (váha dôkazov Ia)
9. AUSTIN, A. M. a kol. 2005. Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systemic review. *Research on Social Work Practice*, 15(2): 67–83. (váha dôkazov Ia)
10. BACON, I., a kol. 2018. The Lived Experience of Codependency: an Interpretative Phenomenological Analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, Springer US, p.1-18.. ISSN1557-1882. DOI: 10.1007/s11469-018-9983-8. (váha dôkazov IIa)
11. BAHRAMMASIRI, A., KIYAN-ERSI, F. 2019. The Effectiveness of Mindfulness Training on Reduction of Obsessive Compulsive Disorder Symptoms and Increase Marital Satisfaction of Married Women. *J Arak Uni Med Sci*. 2019; 21(7): 18-27. (váha dôkazov IIa)
12. BAMELIS, L. L. M. a kol. 2014. Result of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171: 305-322. ISSN 0002-953X. (váha dôkazov Ib)
13. BARTZ J. A., HOLLANDER, E. 2006. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, may 2006, 30(3): 338–352. (váha dôkazov III)
14. BEATTIEOVÁ, M. 2006. *Koniec spoluzávislosti*. Trnava: Spolok svätého Vojtecha. 275 s. ISBN 80-7162-631-7. (váha dôkazov III)
15. BECK W.H. 1991. *William Beck Assessment Scale Manual*. Chicago: Administrative Services. In Corcoran, K., Fischer, J. 2013. *Measures for Clinical Practice and Research*, vol. 1: Couples, Families, and Children. p.211-214. ISBN 978-0-199-77858-4. (váha dôkazov IV)

16. BINDASOVÁ, O. 2007. Rodina so závislým členom. In Oravcová, J., Ďuricová, L., Bindasová, O. Psychológia rodiny. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici, Fakulta humanitných vied, s.201–220. ISBN 978-80-8083-490-6. (váha dôkazov III)
17. BO, A., HAI, A. H., JACCARD, J. 2018. Parent-based interventions on adolescent alcohol use outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 191: 98-109. (váha dôkazov Ia)
18. BOCK, M. 2008. The role of family as/and social environment in the professional work with alcohol addicted persons. In *IUC Journal of social work*, 16 (2). (váha dôkazov IV)
19. BORTOLON, C.B. a kol. 2016. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1): 101-107. (váha dôkazov IIb)
20. BRENT, J. S. 1993. An Outline for an Existential Approach to the Treatment of Codependency. *Journal of Pastoral Care*, 47(2): 157–166. (váha dôkazov III)
21. BROWNELL, P. 2012. *Gestalt Therapy for Addictive and Self-Medicating Behaviors*. New York: Springer Publishing Company, LLC. ISBN 978-0-8261-0696-4. (váha dôkazov Ia)
22. CARNEY, T., MYERS, B. 2012. Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, jun 2012, 7: 25. (váha dôkazov Ia)
23. CARSON, A. T., BAKER, R. C. 1994. Psychological correlates of codependency in women. *International Journal of Addiction*, 29(3): 395–347. (váha dôkazov III)
24. CARR, A. 2018. Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base. In *Journal of Family Therapy*, 2018. ISSN 1467-6427. (váha dôkazov Ia)
25. CARR, A., BUCHANAN, D. 1997. A Theological Analysis of Codependency Theories. *Journal of Pastoral Care*, 51(3): 303–314. (váha dôkazov IV)
26. CERMAK, T. L. 1986a. *Diagnosing and Treating co-dependence: A Guide for Professionals Who Work with Chemical Dependents, Their Spouses, and Children*. USA: Johnson Institute, Hazelden Publishing, 112 s. ISBN 0-935908-32-3. (váha dôkazov IV)
27. CERMAK, T. L. 1986b. Diagnostic Criteria for Codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(1): 15-20. (váha dôkazov IV)
28. CONNOR, K. M., DAVIDSON, J. R. T. 2003. Development of a new resilience scale: The Connor – Davidson Resilience Scale. In *DEPRESSION AND ANXIETY* 18: 76–82. (váha dôkazov III)
29. COOK, S., CHAMBERS, E., COLEMAN, J.H. 2009. Occupational therapy for people with psychotic conditions in community settings: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 23: 40-52. (váha dôkazov Ib)
30. COPELLO, A., VELLEMAN, R. D., TEMPLETON, L. J. 2005. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev*, 24(4): 369-385. (váha dôkazov IIb)
31. COPELLO, A., TEMPLETON, L., ORFORD, J., VELLEMAN, R. 2010. The 5-Step method: principles and practice. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(1): 86-99. (váha dôkazov IIb)
32. CORNELIUS J.R. a kol. 2008. Husbands' SUD is Associated with higher levels of co-occurring but not non-co-occurring psychiatric disorders among their wives. *Addict Behav*. Sep 2008, 33(9): 1231-1234. (váha dôkazov III)

33. COX, R., KETNER, J., BLOW, A. 2013. Working With Couples and Substance Abuse: Recommendations for Clinical Practice. *American Journal of Family Therapy*, 41(2): 160-172. (váha dôkazov III)
34. CROZIER M.K., HILLOCK C. 2013. Codependence with hypersexual and gambling disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(1): 10–16. (váha dôkazov III)
35. DA COSTA, B. a kol. 2017. Feelings and codependent behavior in the family of illicit drugs users. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 39(2): 175-181. ISSN 1679-9291 (váha dôkazov III)
36. DEAR, G. E., ROBERTS, C.M. 2005. Validation of the holyoake codependency index. *Journal of psychology*, Jul 2005, 139(4): 293-313. (váha dôkazov IV)
37. DENNING, P. 2010. Harm reduction therapy with families and friends of people weith drug problems. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2): 164-174. (váha dôkazov III)
38. DHAR, N. a kol. 2011. Spiritual Health Scale 2011: Defining and Measuring 4 Dimension of Health. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 36(4): 275-282. (váha dôkazov IV)
39. DIRIK, A. a kol. 2017. Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. *BMJ Open* 2017; 7: e017680. (váha dôkazov III)
40. DOIDGE, N. 2017. *Váš mozek se dokáže uzdravit*. Brno: CEREBRUM PRESS. 2017. ISBN 978-80-264-1432-2. (váha dôkazov Ia)
41. DOUAIHY A., DRISCOLL H. P. 2018. Working with Family and Significant Others. In *Humanizing Addiction Practice*. Springer, Cham. ISBN 978-3-319-91005-5. (váha dôkazov Ia)
42. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN: 80-85121-82-4. (váha dôkazov IV)
43. EPSTEIN, E., MCCRADY, B. S. 2002. Couple therapy in the treatment of the alcohol problems. In Gurman, A., Jacobson, N. *Clinical handbook of marital therapy*. New York: Guilford Press, p. 597 – 628. (váha dôkazov III)
44. FISCHER, J. L., SPANN L., CRAWFORD, D. 1991. Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8: 87-100. (váha dôkazov III)
45. FOSTER, K. a kol. 2016. Family Focused Practice in Mental Health Care: An Integrative Review. *Child and Youth Services*, 37(2): 129-155. (váha dôkazov Ia)
46. FRIEL, J.C. 1985. Co-dependency assessment inventory: A preliminary research tool. *Focus on Family and chemical dependency*. 8: 20-21. (váha dôkazov IV)
47. FULLER, J., WARNER, R. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 126 (1): 5–22. (váha dôkazov III)
48. GALANTER, M. 2007. Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, October 2007, 33(3): 265-272. (váha dôkazov III)
49. GOLD, P.B., BRADY, K.T. 2003. Evidence-based treatments for substance use disorders. *The journal of lifelong learning in psychiatry*, Focus 2003, 1(2): 115-122. (váha dôkazov Ia)

50. GOLD, C. a kol. 2009. Dose-response relationship in musictherapy for people with serious mental disorders: systematic re view and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, Apr 2009; 29(3): 193-207. PubMed PMID: 19269725. (váha dôkazov Ia)
51. GO'MEZ, A. P., DELGADO, D. D. 2003. Codependency in families of drug users and non-users. *Psicothema*, 15: 381–387. (váha dôkazov III)
52. GREENGLASS, E., a kol. 1999. The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument. (váha dôkazov IIa)
53. GREG, E. D., CLARE, M. R. 2005. Validation of the Holyoake Codependency Index. *The Journal of Psychology*, 139(4): 293-314. (váha dôkazov IV)
54. GRENARD, J. L. a kol. 2006. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *Int Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1): 53–67. (váha dôkazov IIa)
55. GÜHNE, U. a kol. 2012. Social Skills Training in Severe Mental Illness - Is it Effective? A Systematic Review. *Psychiatrische Praxis*, 39: 371-80. (váha dôkazov Ia)
56. HAAKEN, J. 1993. From Al-Anon to ACOA: Codependence and the Reconstruction of Caregiving. *Signs*, 18(2): 321–345. (váha dôkazov III)
57. HADFIELD K., UNGAR, M. 2018. Family resilience: Emerging trends in theory and practice. *Journal of Family Social Work*, 21(2): 81-84. (váha dôkazov IV)
58. HALE, L. a kol. 2013. The effectiveness and acceptability of mindfulnessbased therapy for obsessive compulsive disorder: a review of the literature. *Mindfulness*. 2013; 4(4): 375-382. (váha dôkazov Ia)
59. HALLER, D. M. a kol. 2014. Effectiveness of training family physicians to deliver a brief intervention to address excessive substance use among young patients: A cluster randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 186(8): 263–272. (váha dôkazov Ib)
60. HARTMANN, M. a kol. 2010. Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79:136–148. (váha dôkazov Ia)
61. HAWK, M. a kol. 2017. Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm reduction journal*, 14(1):70. (váha dôkazov III)
62. HERRMAN, H. a kol. 2011. What Is Resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5): 258 – 265. (váha dôkazov IV)
63. HJEMDAL, O. a kol. 2011. The Resilience Scale for Adults: Construct Validity and Measurement in a Belgian Sample. *International Journal of Testing*, 11: 53-70. (váha dôkazov III)
64. HOENIGMANN-LION, N.M., WHITEHEAD, G.I. 2007. The Relationship Between Codependency and Borderline and Dependent Personality Traits. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(4): 55–77. (váha dôkazov III)
65. HORŇÁKOVÁ, M. (ed.) 2010. Včasná intervencia orientovaná na rodinu. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. 260 s. ISBN 978-80-223-29156. (váha dôkazov III)
66. HORŇÁKOVÁ, M. 2017. Deti vulnerabilných rodičov ako skrytá riziková skupina. In: *Revue liečebnej pedagogiky. PRO LP Asociácia liečebných pedagógov*, 10(1): 3-7. ISSN 1337-5563. (váha dôkazov III)
67. HORŇÁKOVÁ, M. 2018. *Liečebnopedagogická diagnostika*. UK Bratislava, 2018. ISBN 978-80-2234613-9. (váha dôkazov III)

68. HOSÁKOVÁ, J., JAROŠOVÁ, D. 2016. Možnosti hodnocení kvality života pacientů se schizofrenií. *Psychiatrie pro praxi*, 17(1): 3-8. (váha dôkazov III)
69. HUGHES-HAMMER C., MARTSOLF D. S., ZELLER R. A. 1998. Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5): 264-272. (váha dôkazov IV)
70. CHO, S. 2008. Effects of Logo-autobiography Program on Meaning in Life and Mental Health in the Wives of Alcoholics. *Asian Nursing Research*, 2(2): 129-139. ISSN 1976-1317. (váha dôkazov IIa)
71. ISAACSON, E. B. 1991. *Chemical Dependency: Theoretical Approaches and Strategies Working with Individuals and Families*. New York: Haworth Press, 1991. 185 s. ISBN 1-56024-148-9. In KOVÁCSOVÁ, E. 2010. *Spoluzávislosť v rodinách ľudí so závislosťou od psychoaktívnych látok*. Rigorózna práca, Univerzita Komenského. Pedagogická fakulta: Katedra liečebnej pedagogiky. 133 s.
72. JENSEN, C. D. a kol. 2011. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4): 433–440. (váha dôkazov Ia)
73. JUIBARI, T. A. a kol. 2018. Characteristics and Correlates of Psychiatric Problems in Wives of Men with Substance-related Disorders, Kermanshah, Iran. *Oman medical journal*, 33(6): 512-519. (váha dôkazov III)
74. KALINA, K. 2003. *Rodinná terapie a práce s rodinou*. In KALINA, K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, s. 45-52. ISBN 80-86734-05-6. (váha dôkazov IV)
75. KALINA, K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 320 s. ISBN 80-86734-05-6. (váha dôkazov IIa)
76. KALINA, K. 2008. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2. (váha dôkazov IV)
77. KALINA, K. a kol. 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0. (váha dôkazov III)
78. KALINA, K. a kol. 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 1.vyd. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8. (váha dôkazov IIa)
79. KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 263 s. ISBN 80- 200-1307-5. (váha dôkazov III)
80. KELEMEN, G. 1991. A kodependenciáról. *Psychiatria Hungarica* 1991, VI. évf./2. 93–108. (váha dôkazov IV)
81. KUDRLE, S. 2003. *Psychopatologie závislosti a kodependence*. In KALINA K. a kol. 2003. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, s. 107-113. ISBN 80-86734-05-6. (váha dôkazov IV)
82. KNAPEK, É., KURITÁRNÉ SZABÓ I. 2014. A kodependencia fogalma, tüneteí és a kialakulásában szerepet játszó tényezők. *Psychiatria Hungarica*, 29(1): 56-64. (váha dôkazov IIa)
83. KNAPEK, É. a kol. 2015. Reziliencia és korai maladaptív sémák kodependens, borderline és egészséges személyek körében. *Alkalmazott pszichológia*, 15(1): 111-127. (váha dôkazov IIa)

84. KNAPEK, É. a kol. 2017. The substance abuser's partner: Do codependent individuals have borderline and dependent personality disorder? *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 19(5): 55-62. (váha dôkazov IIa)
85. KOMÁROMI, É. 2010. A kodependencia. In Demetrovics, Zs. (eds): *Az addiktológia alapjai IV*. 2010, ELTE, Eötvös Kiadó. 546s. ISBN 978-96-3312-003-3. (váha dôkazov III)
86. KOURGIANTAKIS, T., ASHCROFT, R. 2018. Family-focused practices in addictions: a scoping review protocol. *BMJ Open* 2018; 8(1): e019433. (váha dôkazov Ia)
87. KOVÁCSOVÁ, E. 2010. Spoluzávislosť v rodinách ľudí so závislosťou od psychoaktívnych látok. [Rigorózna práca]. Univerzita Komenského v Bratislave. Pedagogická fakulta: Katedra liečebnej pedagogiky, 2010. 133 s. (váha dôkazov III)
88. KOVÁCSOVÁ, E. 2014. Faktory a príčiny vzniku drogovej závislosti mládeže. [Dizertačná práca]. Univerzita Komenského v Bratislave. Filozofická fakulta: Katedra pedagogiky, 2014. 130 s. (váha dôkazov III)
89. KOZMA, N. 2009. Kodependencia a szenvedélybeteg párkapcsolatban. *Psychiat Hung*, 24(6): 388-413. (váha dôkazov IV)
90. KRUPOVÁ, D., FIALOVÁ, A. 2012. Problematika spoluzávislosti ako existujúceho sociálneho problému súčasnej rodiny. In HARDY, M. – BRIŠŠÁKOVÁ, J. – PAVELOVÁ E. – TOMKA M. 2012. *Metódy sociálnej práce s rodinou. Zborník z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. s. 299-308. ISBN. 978-80-8132-050-7. (váha dôkazov IV)
91. LASKOVSKÁ, Š. 2007. Kodependencia. In *Psychiatria pre prax*, 4: 163-165. ISSN 1335-9584. (váha dôkazov IV)
92. LAŠTINCOVÁ, Z. 2018. Podpora reziliencie v liečebnej pedagogike. In *Revue liečebnej pedagogiky*. 1/2018, PRO LP Asociácia liečebných pedagógov. Roč. XI., s.18-21. ISSN 1337-5563. (váha dôkazov III)
93. LATIMER, W. W. a kol. 2003. Integrated family and cognitive-behavior therapy for adolescent substance abusers: A stage I efficacy study. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(3): 303–317. (váha dôkazov Ib)
94. LIDDLE, H. A. a kol. 2001. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *Am. journal drug alcohol abuse*, 27(4): 651–688. (váha dôkazov Ib)
95. LIDDLE, H.A. a kol. 2008. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*, 103: 1660–1670. (váha dôkazov Ib)
96. LIDDLE, H. A. a kol. 2009. Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1): 12-25. (váha dôkazov Ib)
97. LIDDLE, H.A. 2010. Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment System. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31(2): 133-148. (váha dôkazov Ia)
98. LIDDLE, H.A. a kol. 2016. Multidimensional Family Therapy: Evidence Base for Transdiagnostic Treatment Outcomes, Change Mechanisms, and Impkementation in Community Settings. *Family Process*, vol.x: 1-19. (váha dôkazov Ia)

99. LIDDLE, H.A. a kol. 2018. Multidimensional Family Therapy as a community-based alternative to residential treatment for adolescents with substance use and co-occurring mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, July 2018, 90: 47-56. (váha dôkazov Ib)
100. LOCK J. a kol. 2010. Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents With Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 67(10): 1025–1032. (váha dôkazov Ia)
101. LOGAN, D. E., MARLATT, G. A. 2010. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *Journal of clinical psychology*, 66(2): 201-214. (váha dôkazov IIa)
102. LUBBEN, J. a kol. 2006. Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community–Dwelling Older Adult Populations. *Gerontologist*, 46(4): 503–513. (váha dôkazov III)
103. MACBETH, A. a kol. 2015. Parenting: systematic review and meta-analysis of an intervention to promote sensitive parenting. *Dev Med Child Neurol*, 57(12): 1119–1128. (váha dôkazov Ia)
104. MACKENZIE, J. a kol. 2015. Evaluating the effectiveness of support programs for family members affected by a relative's substance use. *Turning Point, Eastern Health, Fitzroy. Commonwealth Department of Health*. (váha dôkazov III)
105. MALLINCKRODT, B., JEONG, J. 2015. Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52(1): 134-139. (váha dôkazov Ia)
106. MARTSOLF D.S. a kol. 2000. Codependency and related health variables. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(3): 150–158. (váha dôkazov III)
107. MASLEY, A.M. a kol. 2012. A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy, Cognitive Behaviour Therapy, 41(3): 185-202. (váha dôkazov Ia)
108. MASLOW, A. H. 2000. *K psychológii bytia. Modra: Persona*. ISBN 8096798049 (váha dôkazov III)
109. MATTHEW, K. J., REGMI B., LAMA L. D. 2018. Role of Family in Addictive Disorders. *Int J of Psychosocial Rehabilitation*, 22(1): 65-75 (váha dôkazov IIb)
110. MCCANN, T.V., LUBMAN, D. 2018. Stigma experience of families supporting an adult member with substance misuse. *Int J Mental Health*, 27: 693–701. (váha dôkazov IIa)
111. MCGOVERN, M. P., CARROLL, K. M. 2003. Evidence-based practices for substance use disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 26(4), 991–1010. (váha dôkazov Ia)
112. MILLER, W. R., ROLLNICK, S. 2003. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: SCAN. 332 s. ISBN 80-86620-09-3. (váha dôkazov IIa)
113. MILLER, W. R. a kol. 2008. Spiritual Direction in Addiction Treatment: Two Clinical Trials. *J Subst Abuse Treat*, 35(4): 434–442. (váha dôkazov IIa)
114. MOLINA, D. 2010. *Codependency on Drug Abusers' Mothers*. NIDA – National Institute on Drug Abuse, 2010. (váha dôkazov III)
115. MONOD, S. a kol. 2011. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *Journal of general internal medicine*, 26(11): 1345-1357. (váha dôkazov Ia)
116. MORIN, L., FRANCK, N. 2017. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8. (váha dôkazov Ia)

- 117.MORGAN, J.P. 1991. What is codependency? J Clin Psychol. Sept 1991, 47(5): 720-729. (váha dôkazov IV)
- 118.MULRY, J.T. 1987. Codependency: a family addiction. Am Fam Physician. April 1987, 35(4): 215-219. (váha dôkazov IV)
- 119.NCZI. 2018. ZŠ-44/2018. Drogová závislosť - liečba užívateľa drog v SR 2017. EDÍCIA ZDRAVOTNÍCKA ŠTATISTIKA, Ročník 2018. Národné centrum zdravotníckych informácií. Bratislava, 2018. (váha dôkazov III)
- 120.NCZI. 2018. ZŠ-4/2018. Psychiatrická starostlivosť V SR 2017. EDÍCIA ZDRAVOTNÍCKA ŠTATISTIKA, Ročník 2018. Národné centrum zdravotníckych informácií. Bratislava, 2018. (váha dôkazov III)
- 121.NCZI. 2018. ZŠ-5/2018. Samovraždy a samovražedné pokusy v roku 2017. EDÍCIA ZDRAVOTNÍCKA ŠTATISTIKA, Ročník 2018. Národné centrum zdravotníckych informácií. Bratislava, 2018. (váha dôkazov III)
- 122.NEŠPOR, K. 2011. Návykové chováni a závislosť. 4. vyd. Praha: Portál. 176 s. ISBN 9788073679088. (váha dôkazov III)
- 123.NORIEGA, G. 2004. Codependence: A transgenerational script. Transactional Analysis Journal, 34: 312–322. (váha dôkazov IV)
- 124.NORIEGA, G. a kol. 2008. Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. Am Journal Orthopsychiat, 78(2): 199-210. (váha dôkazov III)
- 125.NOURIAN, L. 2017. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Resiliency and Codependency of Mothers of Addicts. Conference: ACBS ANNUAL World Conference 15, At Seville, Spain. (váha dôkazov IIa)
- 126.NOVOTNÝ, M. 2009. Spoluzávislosť jako specifický krizový stav. [Diplomová práce]. Brno : Masaryková Univerzita, Fakulta pedagogická. Katedra sociálnej pedagogiky, 2009. 88s. (váha dôkazov III)
- 127.OKRUHLICA, L. a kol. 1998. Ako sa prakticky orientovať v závislostiach. Bratislava: Inštitút drogových závislostí pri Centre pre liečbu drogových závislostí, 1998. 276 s. ISBN 80-968111-1-8. (váha dôkazov III)
- 128.ORFORD, J. a kol. 2010. Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. Drugs: Education, Prevention and Policy, 2010, 17(1): 36-43. ISSN 0968-7637. (váha dôkazov IV)
- 129.ORGONÁŠOVÁ, M., PALÁT, M. 2004. MKF - Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – príručka. Bratislava, 2004. ISBN 80-968689-1-8. (váha dôkazov IV)
- 130.PANAGHI, L. a kol. 2016. Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. Addiction & health, 8(2): 98-106. (váha dôkazov III)
- 131.PARSONS C.E. a kol. 2017. Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. Behaviour Research and Therapy, 95(1): 29-41. (váha dôkazov Ia)
- 132.PLUMMER, D. M. 2013. Učíme deti zvládať úzkosť, obavy a stres. Praha: Portál, 2013. (váha dôkazov III)

- 133.PRETIS, M. 2012. Pestovanie reziliencie detí rodičov s ťažkosťami v oblasti duševného zdravia. 2012, (váha dôkazov IIb)
- 134.RABINČÁK, M. 2017. Kodependencia – tichý (ne)priateľ závislosti. In Vansač, P. a kol. (eds). Zborník III. medzinárodnej vedeckej konferencie komunitná starostlivosť v pomáhajúcich profesiách. Katedra Filozofii Wydział Psychologii Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie. Tlačiareň svidnicka, s.r.o., 2017. ISBN 978-83-61087-41-0. s.372-377. (váha dôkazov IV)
- 135.RADIMECKÝ, J. 2007. Terapeutická komunita pro drogově závislé II: Česká praxe. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-80-7106-937-9. Programy pro rodinné příslušníky, s. 136-150. (váha dôkazov IV)
- 136.RAY G.T., MERTENS J.R., WEISNER C. 2009. Family members of people with alcohol or drug dependence: health problems and medical cost compared to family members of people with diabetes and asthma. *Addiction*, 104(2): 203-14. (váha dôkazov III)
- 137.REED, G. M., SPAULDING, W. D., BUFKA, L. F. 2009. The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to mental disorders and their treatment, 3(4): 340-359. (váha dôkazov IV)
- 138.REUPERT, A. a kol. 2018. Developing a model of family focused practice with consumers, families, practitioners and managers: a community based participatory research approach. *BMC Health services research*, 18(1): 66. (váha dôkazov IIb)
- 139.REYOME, N. D., WARD, K. S. 2007. Self-reported history of childhood maltreatment and codependency in undergraduate nursing students. *Journal of Emotional Abuse*, 7(1): 37–50. (váha dôkazov III)
- 140.RIGTER, H. a kol. 2013. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1): 85–93. (váha dôkazov Ib)
- 141.ROEHLING, P.V., GAUMOND, E. 1996. Reliability and validity of the Codependent Questionnaire. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 14: 85-95. (váha dôkazov III)
- 142.RÖHR, H. P., 2011. Závislé vztahy: léčba a uzdravení závislé poruchy osobnosti. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-853-1. (váha dôkazov IV)
- 143.RÖHR, H. P., 2015. Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat. Praha: Portál. ISBN 978-80-2620-927-0. (váha dôkazov IV)
- 144.SHOREY, R.C. a kol. 2011. Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: A preliminary investigation. *Addictive Disorders and Their Treatment*, Dec 2011, 10(4): 169–179. (váha dôkazov IIa)
- 145.SIN, J. a kol. 2015. Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, (5). (váha dôkazov Ia)
- 146.SHOREY, R.C. a kol. 2011. Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: A preliminary investigation. *Addictive Disorders and Their Treatment*, Dec 2011, 10(4): 169–179. (váha dôkazov IIa)
- 147.SOHRABNEJAD a kol. 2017. Therapy (ACT) on the Co-dependency of a Group of the Mothers of Addicted Individuals. *Iranian Journal of Positive Psychology*, 3(3): 57-66. (váha dôkazov IIa)

148. STRATTON, P. 2016. The Evidence Base of Family Therapy and Systemic Practice. Association for Family Therapy, UK. (váha dôkazov Ia)
149. STUBBS B. a kol. 2018. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). Eur Psychiatry, Oct 2018; 54: 124-144. (váha dôkazov Ia)
150. ŠAŠKIEVIČOVÁ, S. 2014. Podpora reziliencie rodín s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením v rámci včasnej intervencie. In MITAŠÍKOVÁ, P. (ed). 2014. Európska iniciatíva za kompetentnosť vo včasnej intervencii. Spolupráca s rodičmi pri podpore vývinu. Zborník z medzinárodnej vedecko-odbornej konferencie a pilotného tréningu k projektu ECI 2.0. Bratislava: Univerzita Komenského, 2014, s. 98 – 119. ISBN 978-80-223-3685-7. (váha dôkazov III)
151. ŠAVRNOCHOVÁ, M. 2011. Sociálne poradenstvo pre rodinných príslušníkov závislého klienta v kontexte spoluzávislosti. Ružomberok: PF KU v Ružomberku. ISBN 978-80-8084-810-1. (váha dôkazov III)
152. ŠAVRNOCHOVÁ, M., RUSNÁKOVÁ, M. 2011. Spoluzávislosť v rodine s členom závislým od alkoholu. In MÁTEL, A., JANECHOVÁ, L., ROMAN, L.(eds.). 2011. Sociálna patológia a intervencia sociálnej práce. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, s. 65 – 77. ISBN 978-80-8132-018-7. (váha dôkazov III)
153. ŠAVRNOCHOVÁ, M., 2015. Závislosť od alkoholu v kontexte rodinného systému. Banská Bystrica: Belianum. ISBN 978-80-557-0833-1. (váha dôkazov III)
154. ŠLEPECKÝ, M. a kol. 2018. Tretí vlna v kognitívne-behaviorálnej terapii. Nové smery. Praha: Portál, 2018. 1.vyd. 232 s. ISBN 978-80-262-1340-6. (váha dôkazov IIb)
155. ŠRAMOVÁ, Z. 2001. Rodinná terapia schizofrenikov. In Liečebnopedagogická intervencia, niektoré možnosti u detí, mládeže a dospelých. Zborník z referátov v rámci ukončenia výskumnej úlohy Grantu Vega 1/5121/98. Bratislava : Humanitas, 2001. s. 101-117. ISBN 80-968053-5-5. (váha dôkazov IV)
156. TIMKO, C., LAUDET, A., MOOS, R. H. 2016. Al-Anon newcomers: benefits of continuing attendance for six months. The American journal of drug and alcohol abuse, 42(4): 441-449. (váha dôkazov IIb)
157. TIMULÁKOVÁ, K., TIMULÁK, L. 2005. Motiváciu posilňujúca terapia závislostí: predstavenie, účinnosť a možnosti jej využitia na Slovensku. Psychiatria, 12(1): 52-56. (váha dôkazov III)
158. TREBSKI, K. 2017. Pastoračné sprevádzanie osôb závislých od alkoholu. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor), 52(3): 129-146. (váha dôkazov IV)
159. YAP, M.B.H. a kol. 2017. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Addiction. 2017 Jul; 112(7): 1142-1162. (váha dôkazov Ia)
160. VALÁŠKOVÁ, K., MACHŮ, V. 2000. Kvalita života psychiatrických pacientů. In Sborník prací FILOZOFICKÉ FAKULTY BRNĚNSKÉ UNIVERZITY. P 4, 2000. (váha dôkazov IIb)
161. VANDERPLASSCHEN, W. 2010. Provádění a hodnocení case managementu pro uživatele návykových látek s komplexními a mnohočetnými problémy. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1. LF UK a Sdružení SCAN. (váha dôkazov Ia)

162. VAN DER POL, T. M. a kol. 2018. Multidimensional family therapy in adolescents with a cannabis use disorder: long-term effects on delinquency in a randomized controlled trial. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 12(44). (váha dôkazov Ib)
163. WAGNILD, G. M., YOUNG, H. M. 1993. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1: 165-178. (váha dôkazov III)
164. WALSH, F. 2002. A Family Resilience Framework: Innovative Practice Applications. *Family Relations*, 51(2): 130-137. (váha dôkazov IV)
165. WALSH, F. 2016. Family resilience: a developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 2016: 1-12. (váha dôkazov IV)
166. WEINHOLD, J. B., WEINHOLD, B. K. 2008. *Breaking Free of the Co-Dependency Trap*. California: New World Library. ISBN 978-1-57731-614-5. (váha dôkazov IIa)
167. WELLS M.C. a kol. 2006. Codependency's relationship to defining characteristics in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 20(4): 71–84. (váha dôkazov III)
168. WHITFIELD, CH., L. 1991. *Co-dependence: Healing the Human Condition: The New Paradigm for Helping Professionals and People in Recovery*. Florida: HCI, 1991. 327 s. ISBN 1-55874-150-X. (váha dôkazov IV)
169. WHO. DIVISION OF MENTAL HEALTH. 1996. WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. Geneva : World Health Organization. (váha dôkazov IV)
170. WHO. 2002. WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument. WHOQOL SRPB Group, Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO, CH-1201 Geneva 27, Switzerland. (váha dôkazov IV)
171. WHO. 2013. *Národný akčný plán pre problémy s alkoholom na roky 2013–2020*. World Health Organization 2013. (váha dôkazov IV)
172. WHO. 2019. *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*, citované 8.3.2019, dostupné online, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2013/the-european-mental-health-action-plan-20132020> (váha dôkazov IV)
173. WILKENS, C., FOOTE, J. 2019 “Bad Parents,” “Codependents,” and Other Stigmatizing Myths About Substance Use Disorder in the Family. In Avery J., Avery J. (eds) *The Stigma of Addiction*. Springer, Cham. ISBN 978-3-030-02580-9. (váha dôkazov Ia)
174. WILLIS, S. 2011. NLM Classification. Edition Now Available. *NLM Tech Bull.* Mar-Apr 2011; (379): e26. (dostupné na: <https://www.nlm.nih.gov>)
175. WINTERS, K.C. a kol. 2018. Adolescent Substance Abuse Treatment: A Review of Evidence-Based Research: Evidence-Based Approaches to Prevention and Treatment. In Leukefeld, C.G., Gullotta, T.P. (eds.) 2018. *Adolescent Substance Abuse, Issues in Children's and Families' Lives*, p.141-171. (váha dôkazov Ia)
176. WITKIEWITZ, K. a kol. 2014. Mindfulnessbased treatment to prevent addictive behavior relapse: theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance use & misuse*, 49(5): 513-524. (váha dôkazov III)

177. WOITITZOVÁ, J.G. 1998. Dospělé děti alkoholiků. 2. vyd. Praha: Columbus. 179 s. ISBN: 80-85928-73-6. (váha dôkazov IV)
178. WOITITZ, G. J. 2002. Adult Children of Alcoholics: at Home, at Work, and in Love. Florida: Health Communications, Inc. 415 p. ISBN 978-155874-960-3. (váha dôkazov IV)
179. WOLT, R. 2013. Gestalt terapeutický prístup k závislosti od alkoholu. Čes a slov Psychiat, 109(1): 20–23. (váha dôkazov IV)
180. WOLT, R., KVASNOVÁ, M. 2013. Rodinná terapia v liečbe závislosti. Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor). 48(5): 5-12. (váha dôkazov III)
181. WRIGHT, P. H., WRIGHT, K. D. 1990. Measuring codependents close relationships: A preliminary study. Journal of Substance Abuse, 2(3): 335–344. (váha dôkazov III)
182. WRIGHT, P. H., WRIGHT, K. D. 1991. Codependency: Addictive love, adjustive relating, or both? Contemporary Family Therapy, October 1991, 13(5): 435–454. (váha dôkazov IV)
183. WRIGHT, P. H., WRIGHT, K. D. 1995. Codependency: Personality syndrome or relational process? In Duck S., Wood, J.T. (Eds.), Understanding relationship processes series, Vol. 5. Confronting relationship challenges (p.109-128). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc. (váha dôkazov Ia)
184. WRIGHT, P. H., WRIGHT, K. D. 1999. The two faces of codependent relating: A research-based perspective. Contemporary Family Therapy, December 1999, 21(4): 527–543. (váha dôkazov Ia)
185. ZHAO S., SAMPSON S., XIA J., JAYARAM MB. 2015. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, (4). (váha dôkazov Ia)
186. ZERBETTO S.R., GALERA SAF, RUIZ BO. 2017. Family resilience and chemical dependency: perception of mental health professionals. Rev Bras Enferm, 70(6): 1184-1190. (váha dôkazov III)
187. ŽIVNÝ, H. 2007. Hľadanie zmyslu existencie : proces zmeny u abstinujúcich závislých. In Čistý deň, 5(1): 12-13. ISSN 1336-4243. (váha dôkazov III)
188. ŽIVNÝ, H., KRČMÁRIKOVÁ, Z., KOVÁCSOVÁ, E. 2004. Kapitoly z terapie závislostí od psychoaktívnych látok. 1. vyd. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004. 90 s. ISBN 80-89185-07-X. (váha dôkazov III)
189. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Vestník MZ SR, Ročník 56, Čiastka 32-51, 2008.
190. Zákon č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov
191. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 1. mája 2020.

Peter Pellegrini, v. r.
predseda vlády
poverený riadením Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky