

Pohľad na životnú spokojnosť závislých od alkoholu

Marta Popelková

Katedra psychologických vied, FSVaZ UKF Nitra, Slovensko

Zmeny v posledných rokoch ovplyvnili postoj verejnosti k psychoaktívnym látkam, čo sa prejavilo okrem iného aj zdôraznením významu prevencie vzniku závislostí a vznikom mnohých, neštátnych aj zdravotníckych zariadení zameraných na liečbu a prevenciu závislostí.

Hoci súčasnú drogovú scénu na Slovensku charakterizuje veľké spektrum užívaných psychoaktívnych látok, konzum našej „tradičnej drogy“ alkoholu, jeho negatívne následky vrátane závislosti zostávajú stále aktuálnou témou.

Okruhlica a kol. (1998) uvádza v liečebnej a sociálnej starostlivosti o drogovu závislých tri fázy: fázu detoxikácie, ktorej cieľom je zbaviť organizmus návykovej látky a prekonať abstinenčné príznaky; ďalej zdravotnícku liečbu s cieľom vytvorenia základných abstinenčných postojov a zručností a fázu resocializácie, ktorej cieľom je u abstínujúceho závislého obnovenie socializácie, narušenej aktívnym zneužívaním psychotropných látok. Druhou fázou, liečbou mužov a žien závislých od alkoholu, konkrétne problematikou ich životnej spokojnosti sa zaoberáme v našom príspevku.

Životná spokojnosť a pohoda úzko súvisia a tvoria zložku definovania pojmu kvalita života. Model kvality života zahŕňa konkrétne pocit pohody a spokojnosti, schopnosť fungovať v každodennom živote, stráž sa o seba a zastávať sociálne roly, vonkajšie zdroje materiálnej povahy, sociálnu oporu a spirituálnu, transcendentálnu zložku, vyjadrenú zmyslom života (podľa Katschinga, 1997). Kvalita života môže byť v jednej oblasti uspokojivá, v iných oblastiach nedostačujúca a jej komponenty sa menia v čase. Tiež subjektívna pohoda a spokojnosť, závislé na aktuálnom emočnom stave sa môžu rýchlo meniť. Mechanizmus pôsobenia kvality života a jeho zložiek sa mení zrejme v závislosti na veku, osobnostných a iných zvláštnostiach jednotlivca, na situácii, v ktorej sa nachádza i na zvláštnostiach prostredia. Oba konštrukty, životná spokojnosť i kvalita života zahŕňajú mnoho aspektov a nástrojov, ktoré sa snažia postihnúť niektorý z nich. V rôznych výskumných štúdiách (Fahrenberg a kol., 2001) bol sledovaný vplyv životnej spokojnosti vzhľadom na pohlavie, vek, rodinný stav, socioekonomický status i zdravotný stav u psycho-terapeutických pacientov s depresiou, konfliktnými reakciami, psychózou a neuroticizmom. Z celého radu štúdií na pacientoch, ktorým bol administrovaný dotazník životnej spokojnosti, vyplýva relatívne vysoká spokojnosť všetkých pacientov.

Životnú spokojnosť, resp. kvalitu života u mužov a žien závislých od alkoholu, sme sledovali prostredníctvom *Dotazníka životnej spokojnosti* (ďalej DŽS). Zaujímal nás tiež pohľad závislých od alkoholu v úvode a v závere liečby na príčiny ich pitia a na problémy spôsobené užívaním alkoholu i informovanosť a predstavy pacientov o protialkoholickom liečení.

Predpokladali sme nárast životnej spokojnosti po absolvovaní oproti úvodu liečby, zachytenej prostredníctvom škál „zdravie“ a „spokojnosť s vlastnou osobou“.

Autori dotazníka životnej spokojnosti uvádzajú nárast životnej spokojnosti v priebehu rehabilitácie. Keďže zdravotný stav je zrejme najdôležitejším faktorom všeobecnej životnej spokojnosti, možno očakávať úzku súvislosť medzi spokojnosťou a subjektívnymi zdravotnými potiažami, čo sa preukázalo aj vo výskumných štúdiách.

Ďalej sme vychádzali z úvahy, že dobrovoľné absolvovanie protialkolickej liečby a jej ukončenie budú viesť k posilneniu pozitívneho vnímaniu seba a prejavia sa väčšou spokojnosťou so sebou v závere oproti úvodu liečby.

Výskumná vzorka a použité metódy

Výskumnú vzorku tvorilo 42 mužov a žien zaradených do terapeutickkej komunity závislých od alkoholu, ktorí boli priebežne hospitalizovaní v Psychiatrickej nemocnici Veľké Zálužie od novembra 2003 do januára 2004.

Liečba závislých od alkoholu je dobrovoľná, jej dĺžka je stanovená na 10 týždňov s následnými opakujúcimi pobytmi pre abstinujúcich alkoholikov a prácou A-klubu. Liečba funguje na princípoch terapeutickkej komunity. Komunitný režim zahŕňa: bodovací systém, skupinovú psychoterapiu trikrát týždenne, individuálnu terapiu podľa potreby, autogénny tréning, písanie denníka a elaborátov, prednášky, voľnú tribúnu, pracovnú terapiu, pohybovo-športové aktivity, terénnu terapiu a biblioterapiu.

Celkovo bolo administrovaných 72 dotazníkov. 42 dotazníkov vyplnili respondenti pri príchode na liečenie, 30 pri odchode z liečenia. 12 respondentov (28,8 %) liečbu neukončilo, z toho 4 ženy (25 % zo súboru žien) a 8 mužov (30,7 % zo súboru mužov). Použili sme dva typy dotazníkov totožné pri vstupe a výstupe z liečenia. Prvý dotazník sledoval základné demografické údaje (graf 1) a tri otázky, zamerané na problematiku závislostí (pohľad na predstavy, príčiny a problémy súvisiace s používaním alkoholu; pracovný názov 3P). Ďalej sme použili štandardizovaný Dotazník životnej spokojnosti (Fahrenberg a kol. 2001), ktorý pozostáva z desiatich škál sledujúcich jednotlivé oblasti životnej spokojnosti: spokojnosť so zdravím, s prácou a zamestnaním, s finančnou situáciou, spokojnosť s voľným časom, s vlastnou osobou, s manželstvom a partnerstvom, so vzťahom k vlastným deťom, so sexualitou, spokojnosť s priateľmi, známymi a príbuznými a spokojnosť s bývaním. Matematicko-štatistické spracovanie sme previedli pomocou štatistického programu SPSS.

Tab. 1 Základná charakteristika súboru

Kategória	Pacienti závislí od alkoholu (N=42)	
	Počet pacientov	%
Pohlavie		
muž	26	62
žena	16	38
Vek		
18-25	8	19
26-35	8	19
36-45	14	33
46-55	12	29
Stav		
slobodný	11	26
ženatý-vydatá	15	37
vdovec(a)	5	11
rozvedený(á)	11	26

Vzdelanie		
základné	5	12
učňovské	13	31
stredoškolské	18	43
vysokoškolské	6	14
Zamestnanosť		
študent	1	2
zamestnaný	15	37
nezamestnaný	20	47
dôchodca	6	14
Pôvodná rodina		
úplná	38	90,5
neúplná	4	9,5
Rodinná záťaž		
matka	2	5
otec	14	33
obaja	-	-
nikto	26	62
Prvá liečba	28	67
Opakovaná liečba	14	33

Z demografických údajov nás zaujala kategória vzdelanie, v ktorej nadpolovičnú väčšinu (57 %) tvorili respondenti so stredo- a vysokoškolským vzdelaním. Podľa výskumu Bútoru (1989) v sedemdesiatich rokoch platilo, že medzi pacientami boli relatívne viac zastúpené robotnícke profesie a osoby s nižším vzdelaním (vo výskume sledujúcom 1000 náhodne vybraných osôb liečených v Bratislave v r. 1974-1983 bolo enormné zastúpenie robotníckych profesií - 85,5 %).

V kategórii zamestnanosti tvorilo skupinu nezamestnaných 47 % (20) respondentov, zamestnaných 37 % (15), dôchodcov 14 % (6) a 1 študent (2 %). Nízke percentuálne zastúpenie zamestnaných možno chápať buď ako následok alkoholizmu aj ako dôsledok nezamestnanosti, ktorá je veľkým psychologickým problémom najmä u ľudí, kladúcich vysokú hodnotu určitej pracovnej činnosti, postaveniu a pod., pretože sú dôležitým zdrojom ich sebavedomia a sebaopotvrdenia. Strata miesta a neúspešné hľadanie vhodného zamestnania môže viesť najmä u konzumentov a abstinujúcich alkoholikov k zvýšenej konzumácii alkoholu.

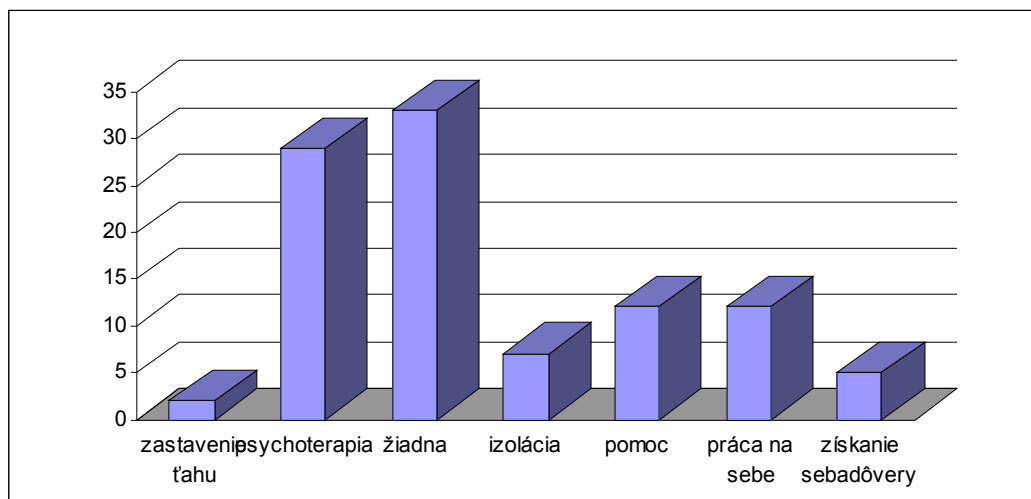
Rodinnú záťaž v zmysle alkoholizmu u jedného z rodičov uviedlo 38 % respondentov a to 5 % u matky a 33 % u otca. Záťaž neuviedlo 62 % závislých. Údaj Kvapila a Svobodovej (1985), podľa ktorého približne 30 % mužov závislých od alkoholu má otca alkoholika, korešponduje s údajom v našom súbore.

Analýza výsledkov dotazníka 3P

Dotazník obsahoval otázky skúmajúce pohľad na predstavy, príčiny a problémy súvisiace s nadmerným pitím alkoholu.

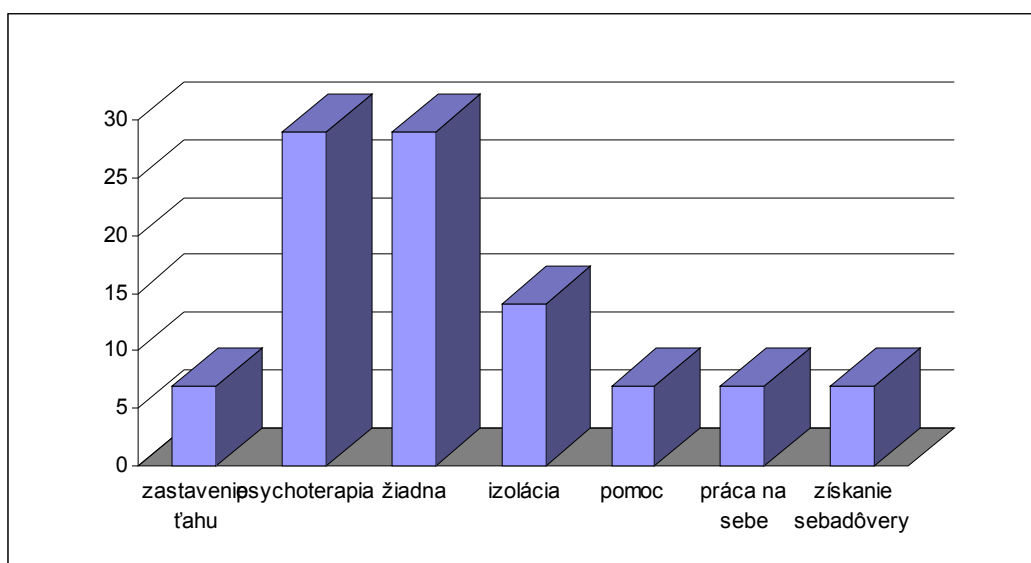
V prvej otázke nás zaujímala predstava závislých o liečbe, na ktorú nastúpili. Vychádzali sme z praktických skúseností pomerne nízkej informovanosti a predstavách pacienta o liečbe (graf 1).

Graf 1: Predstava pacienta o liečbe



33 % respondentov neudalo žiadnu predstavu o liečbe. Psychoterapiu ako hlavnú náplň liečby uviedlo 29 % respondentov. 12 % závislých si predstavovalo liečbu ako pomoc a prácu na sebe, 7 % ako izoláciu od návykovej látky. 5 % respondentov očakávalo získanie sebadôvery a 2 % zastavenie ťahu. Možno konštatovať, že 67 % respondentov prichádza na liečbu s určitou predstavou. Negatívnym z hľadiska účinnosti liečby je zistenie, že z respondentov, ktorí sú na liečbe opakovane, neuviedlo žiadnu predstavu o liečbe 29 %, čo korešponduje s názorom, že pacienti závislí od alkoholu bývajú často označovaní ako problémoví pre nespoluprácu a nekritický pohľad na seba a svoju závislosť. 29 % opakovane liečených uviedlo ako základ liečby psychoterapiu, 14 % respondentov očakáva od liečby len izoláciu a po 7 % respondentov zastavenie ťahu, pomoc, prácu na sebe a získanie sebadôvery (graf 2).

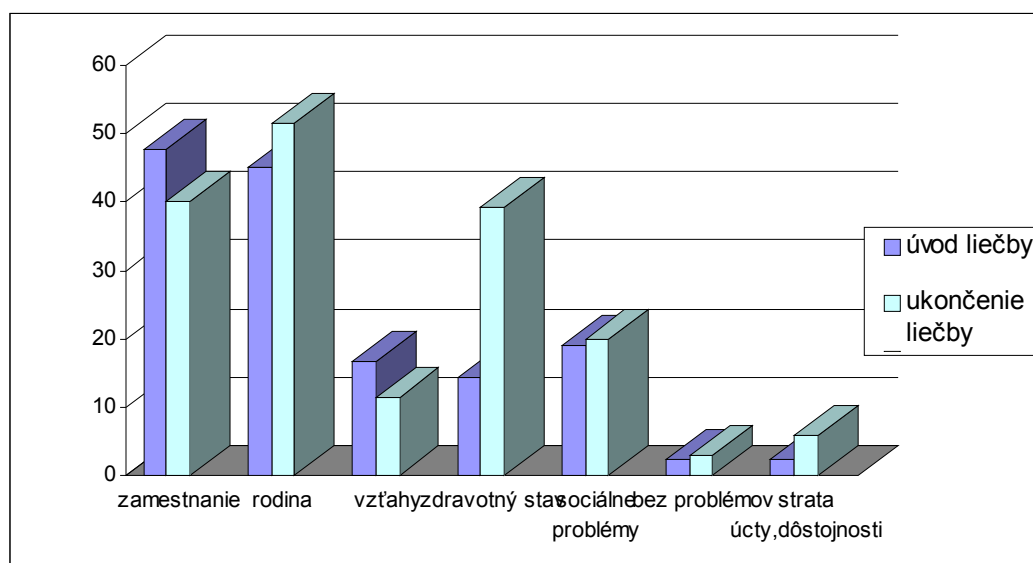
Graf 2: Predstava o liečbe u pacientov, ktorí už liečbu absolvovali



V druhej, otvorenej otázke mali respondenti možnosť uviesť problémy, do ktorých sa dostali kvôli pitiu alkoholu (graf 3). Najviac respondentov uviedlo problém v zamestnaní (48 %), nasledovali problémy v rodine (45 %) a sociálne problémy (19 %). 17 % respondentov uviedlo problémy vo vzťahoch, 14 % zdravotné problémy, stratu úcty a dôstojnosti 2 %. Rovnako 2 % respondentov neuviedlo žiadne problémy, ktoré im spôsobilo užívanie alkoholu. Graf zároveň zachytáva zmeny v pohľade pacientov na problémy, do ktorých sa dostali pre pitie, po absolvovaní liečby. Po 9 týždňov trvajúcej liečbe sa zmenil subjektívny pohľad na problémy, ku ktorým prispelo pitie alkoholu. Najvýraznejší rozdiel medzi úvodom a záverom liečby sme zaznamenali v oblasti zdravotných problémov. Po liečbe o štvrtinu viac, 39 % (oproti 14 % v úvode) probandov uviedlo zdravotné problémy ako následok pitia alkoholu.

Zistené výsledky korešponujú s názormi a zisteniami odborníkov, napr., Halama a Andraščíková 2003, Nociar 2001, Orosová a kol. 2000, ktorí ako najčastejšie sociálne a osobnostné dôsledky závislosti uvádzajú narušené vzťahy s rodinou a iné vzťahové problémy, narušené sociálne a komunikačné spôsobilosti, stratu zamestnania, majetkové problémy, stratu životnej perspektívy a pod. Uvedené posuny možno interpretovať ako nárast kritickejšieho postoja k negatívnym následkom alkoholizmu na zdravie, rodinné vzťahy i vzťah k sebe vplyvom liečby.

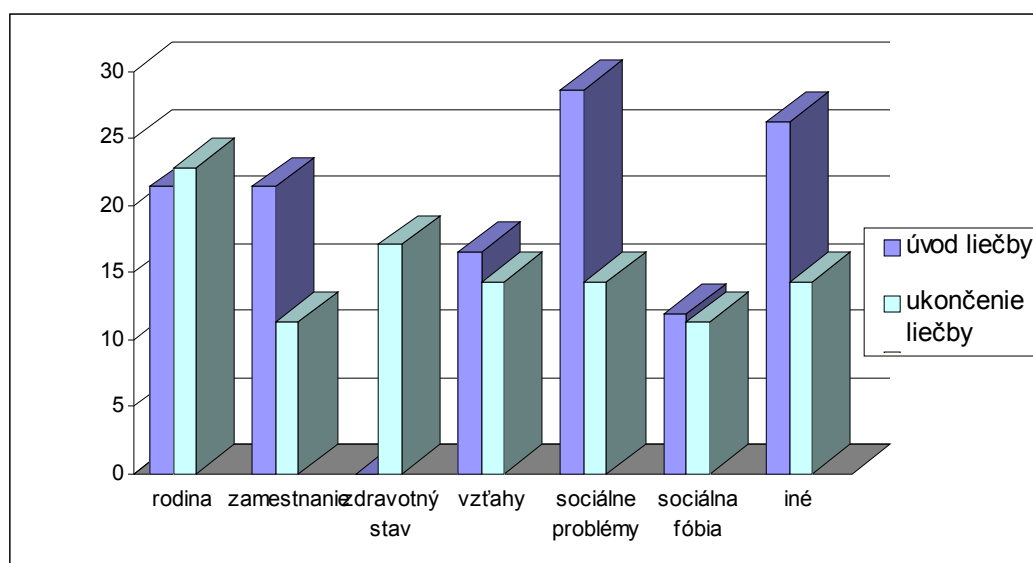
Graf 3: Problémy spôsobené užívaním alkoholu



Tretia otázka bola zameraná na vnímanie príčin nadmerného pitia alkoholu závislými v úvode a po absolvovaní liečby (graf 4). Výberom viacerých zo 7 možností a) rodina (problémy v rodine), b) zamestnanie (zamestnávateľ), c) zlý zdravotný stav, d) problémy vo vzťahoch, e) sociálne problémy, f) sociálna fóbia (strach, úzkosť), g) iné ... sme zistili, že pri vstupe na liečenie 29 % respondentov uviedlo ako príčinu pitia sociálne problémy, čo zrejme súvisí s vysokým zastúpením nezamestnaných respondentov (47 %) v súbore. Možnosť iné príčiny si vybralo 27 % respondentov a ako príčinu uviedli kamarátstvo a konzumný spôsob života. V rovnakom zastúpení 21 % ako príčinu pitia označilo problémy v rodine a zamestnaní a oblasť vzťahov 17 % respondentov. 12 % závislých od alkoholu ako príčinu pitia uviedlo sociálnu fóbriu. Baková a Raboch (2001) uvádzajú sociálnu fóbriu ako často sa vyskytujúcu úzkostnú poruchu u pacientov závislých od alkoholu. 19 % závislých od alkoholu v súbore 100 závislých spĺňalo podľa uvedených autorov kritériá pre sociálnu

fóbiu. Pohľad závislých na príčiny nadmerného pitia alkoholu po absolvovaní liečby sa zmenil najmä v oblasti zdravotných problémov, ktoré za príčinu pitia (nie dôsledok, ako by sme skôr očakávali), uviedlo 17 % respondentov, ďalej v oblasti sociálnych problémov, kategórii iné a zamestnanie. Domnievame sa, že odpovede môžu byť ovplyvnené systémom racionalizácií a obrán fungujúcich i po skončení liečby u závislých. Sme si však vedomí skutočnosti, že cesta k abstinencii je väčšinou dlhodobou záležitosťou sprevádzanou súborom konfliktov, ktorých riešenie si vyžaduje optimálny čas a u každého jednotlivca je individuálny.

Graf 4: Príčiny nadmerného pitia alkoholu z pohľadu závislých



Analýza výsledkov v Dotazníku životnej spokojnosti

Analyzovali sme výsledky 30 pacientov závislých od alkoholu, ktorí absolvovali celú liečbu a dotazník vyplnili v úvode a po ukončení liečby (tab. 2).

Tab. 2: Významnosť rozdielov hodnôt v DŽS v celom súbore

Škály	1.meranie		2.meranie		t	p	N
	M	SD	M	SD			
Zdravie	27,56	8,74	31,83	6,59	-2,92	** 0,007	30
Práca a zamestnanie	28,73	9,56	31,38	9,96	-1,15	0,259	26
Voľný čas	30,70	8,91	31,53	9,46	-0,52	0,600	30
Vlastná osoba	27,73	7,21	29,96	5,61	-1,89	0,060	30
Vzťah k vl. deťom	38,91	6,78	38,00	5,58	0,72	0,470	23
Sexualita	37,34	7,69	36,00	6,73	1,01	0,320	30
Bývanie	32,96	9,49	33,56	9,04	0,71	0,480	30

Finančná situácia	24,23	8,88	24,93	8,84	0,54	0,580	30
Manželstvo a part.	39,25	7,19	36,18	6,60	2,27	* 0,030	16
Priatelia a známi	34,23	6,92	34,10	6,57	0,14	0,880	30

Legenda: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

V úvode liečby sme z hľadiska súboru ako celku zaznamenali najväčšiu spokojnosť v oblasti manželský a partnerský vzťah ($M=39,25$). Nasledovala škála vzťah k vlastným deťom ($M=38,91$) a sexualita ($M=37,34$), priatelia a známi ($M=34,23$), bývanie ($M=32,96$), voľný čas ($M=30,70$), práca a zamestnanie ($M=28,73$), vlastná osoba ($M=27,73$), zdravie ($M=27,56$) a finančná situácia ($M=24,23$), ktorá zaznamenala najmenšiu spokojnosť.

V druhom meraní rovnako jako v prvom najvyššie skórovala škála vzťah k vlastným deťom ($M = 38$). Nasledovalo manželstvo a partnerstvo ($M = 36,18$), sexualita ($M = 36, 10$), priatelia a známi ($M = 34,10$). Najnižšie skórovala škála vlastná osoba ($M = 29,96$) a finančná situácia ($M = 24,93$), rovnako ako v úvode liečby. Štatisticky významný rozdiel medzi úvodom a záverom liečby sme zistili v škálach zdravie v smere zvýšenej spokojnosti a manželstvo a partnerstvo v smere poklesu spokojnosti po absolvovaní liečby. Domnievame sa, že výrazné zlepšenie subjektívne prežívaného zdravotného stavu súvisí jednak s izoláciou pacienta od alkoholu, primeraným stravovacím režimom i komplexným systémom protialkoholickéj liečby. Podľa štúdie Willitsa a Cridera (1988; in Fahrenberg a kol. 2001) má subjektívny zdravotný stav najväčší vplyv na globálnu životnú spokojnosť.

Štatisticky významný pokles spokojnosti v závere liečby v škále manželstvo a partnerstvo možno vzhľadom na vysoké skóre v úvode považovať za reálnejší a kritickejší pohľad na partnerský vzťah po ukončení liečby. Najväčšiu spokojnosť na začiatku liečby v oblasti manželstvo a partnerstvo u rehabilitovaných somaticky chorých pacientov uvádzajú vo výskume Myrtek a kol., 1987 (in Fahrenberg a kol. 2001).

Nepotvrdil sa náš predpoklad o náraste životnej spokojnosti po absolvovaní liečby v škále spokojnosť s vlastnou osobou. Z hľadiska priemerných hodnôt sa spokojnosť po absolvovaní liečby zvýšila, rozdiel však nie je signifikantný. Výsledok možno interpretovať z viacerých hľadísk. Možno uvažovať o začiatku procesu zmeny v smere osobnostného rastu, a náraste kritičnosti voči sebe i o uvedomení si skutočnosti, že absolvovanie liečby predstavuje len začiatok náročnej práce na sebe a cesty k úspešnému zaradeniu sa do spoločnosti.

Z hľadiska pohlavia sme v súbore 18 mužov, ktorí dokončili liečbu, zaznamenali štatisticky významný rozdiel v závere oproti úvodu liečby v škále manželstvo a partnerstvo v smere poklesu spokojnosti (tab.3). S oblasťou manželstva a partnerstva uviedli muži v úvodnom meraní najvyššiu spokojnosť z pomedzi všetkých 7 škál. Nasledovala škála vzťah k vlastným deťom ($M = 38,21$) a spokojnosť so sexualitou ($M = 36,52$).

Tab. 3: Významnosť rozdielov hodnôt v DŽS v súbore mužov

Škály	1. meranie		2. meranie		t	p	N
	M	SD	M	SD			
Zdravie	28,55	9,65	31,33	6,38	-1,68	0,11	18
Práca a zamestnanie	28,31	10,18	30,00	11,56	-0,47	0,64	16

Voľný čas	30,61	8,92	32,16	8,83	-0,70	0,48	18
Vlastná osoba	28,16	7,12	29,27	5,76	-0,84	0,41	18
Vzťah k vlastným deťom	38,21	6,94	37,07	5,67	0,77	0,45	14
Sexualita	36,52	8,76	36,23	7,81	0,17	0,86	18
Bývanie	33,88	9,10	34,44	8,06	-0,44	0,66	18
Finančná situácia	25,33	8,63	24,27	7,62	0,59	0,55	18
Manželstvo a partnerstvo	44,00	9,64	37,00	6,51	3,33	** 0,008	11
Priatelia a známi	34,44	6,64	34,11	6,96	0,35	0,73	18

Z praxe v práci s alkoholikmi môžeme konštatovať, že závislí muži si ťažšie priznávajú problémy v manželstve než ženy a menej reálne hodnotia danú situáciu, alebo krízu, ktorá v rodine prebieha. Očakávajú skôr zhovievavosť a lojalitu, prípadne sa spoliehajú na silné emocionálne puto ženy, ktorá chce väčšinou rodinu udržať. Počas liečby sa situácia zväčša mení, pacienti začínajú reálnejšie uvažovať o problémoch, ktoré im spôsobuje alkohol, čo môže viesť k celkovej zmene ich postoja.

Tab.4 : Významnosť rozdielov hodnôt v DŽS v súbore žien

Škály	1. meranie		2. meranie		t	p	N
	M	SD	M	SD			
Zdravie	26,08	7,32	32,58	7,12	-2,46	* 0,03	12
Práca a zamestnanie	29,40	8,95	33,60	6,61	-2,20	* 0,05	10
Voľný čas	30,83	9,28	30,58	10,67	0,11	0,91	12
Vlastná osoba	27,08	7,62	29,25	5,67	-0,87	0,40	12
Vzťah k vlast. deťom	39,88	6,71	39,11	5,27	0,34	0,37	9
Sexualita	38,88	5,23	35,55	4,39	1,69	0,12	12
Bývanie	31,58	10,29	32,25	10,58	-0,67	0,51	12
Finančná situácia	22,58	9,38	25,91	10,70	-2,08	0,06	12
Manželstvo a part.	36,00	7,61	33,40	6,58	0,83	0,45	5
Priatelia a známi	33,91	7,60	34,08	6,24	-0,08	0,93	12

Výsledky meraní v Dotazníku životnej spokojnosti u žien (tab. 4) poukazujú na najvyššiu spokojnosť v škále vzťah k vlastným deťom v úvode (M = 39,88) aj na záver liečby (M = 39,11) a možno ju interpretovať ako odraz emocionálnej väzby matky a dieťaťa. V súbore žien prišlo v záverečnom oproti úvodnému meraniu k štatisticky významnému nárastu spokojnosti v škále zdravie. V škále práca a zamestnanie sme zistili u žien štatisticky významný rozdiel smerom k vyššej spokojnosti v závere oproti úvodu liečby. Pri interpretácii tohto údajja uvažujeme

o možnosti podnikania krokov pri hľadaní zamestnania a riešení problémov v sociálnej oblasti už počas liečby, čo sa závislým odporúča, skôr však uvažujeme o vplyve nárastu celkovej spokojnosti a najmä výrazne zvýšenej spokojnosti so zdravotným stavom, ktorý patrí medzi najdôležitejšie faktory podieľajúce sa na všeobecnej životnej spokojnosti.

Výsledky merania v DŽS v našom súbore sme porovnali s hodnotami normovacieho výberu, ktoré uvádzajú jeho autori Fahrenberg a kol. (2001). Hodnoty dosiahnuté v súbore mužov a žien závislých od alkoholu dosahujú v úvode i v závere liečby výrazne nižšie hodnoty než normovací výber(muži: priemerné hodnoty v poradí normovací výber, úvod, záver liečby: 257,6; 217,5; 224,7; ženy: 255,8; 210,9; 220,2). Relatívne veľkú nespokojnosť vo všetkých skúmaných oblastiach uvádzajú Schors a Sodemann (1990; in Fahrenberg a kol. 2001), u 562 ambulantných psychoterapeutických pacientov. Podľa Fahrenberga a kol. (2001) sa životná spokojnosť v priebehu liečby zvyšuje, neskôr opäť klesá.

Záver

Výsledky analýzy životnej spokojnosti a jej komparácia v úvode a závere komplexnej protialkoholickéj liečby mužov a žien poukazujú na celkový nárast životnej spokojnosti. Po absolvovaní liečby, ktorú dokončilo 71 % závislých, ktorí dobrovoľne na liečbu nastúpili, štatisticky významne vzrástla spokojnosť so zdravím a znížila sa spokojnosť v oblasti manželstvo a partnerstvo. Nezistili sme významné interpohlavné rozdiely v životnej spokojnosti. Výsledky poukazujú na všeobecne nižšiu životnú spokojnosť závislých od alkoholu oproti zdravej populácii.

Hoci výsledky vzhľadom na nízky počet probandov nemožno zovšeobecňovať, domnievame sa, že životná spokojnosť je dôležitou sprostredkujúcou premennou úspechu komplexnej liečby závislých od alkoholu a výsledky jej sledovania môžu sprostredkovať zainteresovaným pohľad na účinnosť jej vplyvu.

Literatúra:

- Baková, N.; Raboch, J.; Popov, P. Sociální fobie u pacientů se syndromem závislosti na alkoholu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 97, 2001, s. 276 – 279.
- Bútora, M. *Sociologické kapitoly s alkoholizmu*. Martin : Osveta 1989.
- Fahrenberg, J. a kol. 2001. *Dotazník životní spokojenosti*. Praha : Testcentrum, Praha 2001.
- Halama, T.; Andraščíková, M. Práca v resocializácii drogovovo závislých. *Práca a jej kontexty*. Stimul, Bratislava 2003, s.197-201.
- Heather, N. Treatment Approaches To Alcohol Problems. *WHO Regional Publications, European Series*, No.65, Copenhagen, Regional Office for Europe, 1995.
- Katsching, H. *Quality of Live in mental Disorders*. Chichester : John Wiley and Sons Ltd, England, 1997.
- Kondáš, O. *Klinická psychológia*. Osveta : Martin 1980.
- Kvapil, J.; Svobodová a kol. *Člověk a alkohol*. Praha : Avicenum 1985.
- Nociar, A. *Alkohol, drogy a osobnosť*. Bratislava : Asklepios 2001.
- Orosová, O. a kol. *Prevenia drogových závislostí*. Košice :UPJŠ, 2000.

Sunegová, R. *Pohľad na liečbu závislosti od alkoholu*. Diplomová práca. KPsV FSVaZ UKF Nitra, 2003.

Zaťková, M. Reflexia na SPV. In: Kol. autorov: *Intervenčné programy v príprave pracovníkov v pomáhajúcich profesiách*. FSV UKF v Nitre, 2003, s.83-91.

POPELKOVÁ, Marta. Pohľad na životnú spokojnosť závislých od alkoholu.

In HELLER, Daniel; PROCHÁZKOVÁ, Jana; SOBOTKOVÁ, Irena (ed.). *Psychologické dny 2004 : Svět žen a svět mužů : polarita a vzájemné obohacování : sborník příspěvků z konference Psychologické dny, Olomouc 2004*. Olomouc : Universita Palackého v Olomouci, 2005. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Facultas Philosophica, Psychologica 35 - suppl. Plný text příspěvku o rozsahu 10 s. je dostupný na přiloženém CD-ROM. ISBN 80-244-1059-1.