

Terapia sebakpresiahnutím v liečbe závislosti od alkoholu

Transcending Self Therapy in the treatment of Alcohol Use Disorder

Adam Kurilla ^{1,2,3}, Zuzana Kamendy ¹

1 Centrum pre liečbu drogových závislostí, Bratislava, Slovenská republika

2 Katedra psychológie, Filozofická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, Slovenská republika

3 Centrum výskumu psychických porúch, Vedecký park, Univerzita Komenského v Bratislave, Slovenská republika

Abstrakt

Skupinová terapia sebakpresiahnutím (TS) je novým psychotherapeutickým prístupom navrhnutým pre liečbu závislostí, vychádzajúcim z kognitívno-behaviorálnej terapie. Cieľom práce bolo porovnať účinnosť TS s obvyklou psychotherapeutickou liečbou (OL) u pacientov vstupujúcich do ambulantnej liečby kvôli závislosti od alkoholu. Štúdie sa zúčastnilo 79 participantov (33 % žien) s priemerným vekom 46,8 rokov ($SD = 12,5$). Pacientom bola poskytnutá buď TS ($n = 39$) alebo OL ($n = 40$). Skupiny boli porovnávané v miere relapsu, v retencii v liečbe, v miere psychopatológie a v kvalite života. Po 20 týždňoch liečby neboli zistené rozdiely v účinnosti liečby medzi TS a OL. O výsledkoch štúdie diskutujeme cez optiku známych faktorov ovplyvňujúcich účinnosť psychotherapie.

Kľúčová slova: terapia sebakpresiahnutím, kognitívno-behaviorálna terapia, skupinová psychotherapia, závislosť od alkoholu, výsledky liečby

Abstract

Group Transcending Self Therapy (TST) is a new psychotherapeutic approach designed for the treatment of addictions, based on cognitive-behavioural therapy. The aim of the study was to compare the effectiveness of this approach with the treatment as usual (TAU) in patients entering outpatient treatment for alcohol use disorder. The study involved 79 participants (33% women) with a mean age of 46.8 years ($SD = 12.5$). Patients were provided with either TST ($n = 39$) or TAU ($n = 40$). The groups were compared in terms of relapse rate, retention in treatment, level of psychopathology and quality of life. After 20 weeks of treatment, there were no differences in treatment efficacy between TST and TAU. We discuss the results of the study through the optics of known factors influencing the effectiveness of psychotherapy.

Keywords: transcending self therapy, cognitive-behavioural therapy, group psychotherapy, alcohol use disorder, treatment outcomes

Publikačný záznam

Datum odeslání redakci
First received
15. 3. 2022

Revize rukopisu přijaty
Revisions received
3. 8. 2022

Rozhodnutí o publikaci
Accepted for publication
3. 1. 2023

Editor článku
Roman Hytych

Terapia sebakpresiahnutím v liečbe závislosti od alkoholu

Užívanie alkoholu predstavuje na Slovensku problém na úrovni verejného zdravia. Ročná prevalencia porúch v dôsledku užívania alkoholu je 12,2 %, zatiaľ čo v prípade závislosti od alkoholu je to 5,5 % populácie (WHO, 2018). V roku 2020 bolo psychiatrami ambulantne vyšetrených 20 941 pacientov kvôli problémom v dôsledku užívania alkoholu (diagnózy F10.0 – F10.9) a psychiatricky hospitalizovaných bolo 9 209 pacientov, čo je najviac spomedzi všetkých psychiatrických diagnóz (Národné centrum zdravotníckych informácií, 2021). Po zohľadnení všetkých ochorení spôsobených chronickým užívaním alkoholu je na Slovensku druhou najčastejšou príčinou úmrtia, hneď po chronickej ischemickej chorobe srdca (Okruhlica, 2020). Z uvedeného je zrejmé, že zdokonaľovanie súčasných preventívnych a liečebných postupov sa javí ako naliehavé.

Neoddeliteľnou zložkou komplexnej liečby závislosti od alkoholu sú psychosociálne intervencie (Turček et al., 2021). Spomedzi tejto skupiny intervencií sa za prístupy založené na dôkazoch považujú kognitívno-behaviorálna terapia (KBT), motivačné rozhovory (MR), kontingenčný manažment a práca s príbuznými (rodinná terapia a párové poradenstvo) (Connor et al., 2016; Coriale et al., 2018; Mann et al., 2017; McGovern & Carrol, 2003). Z dôvodu vyššej efektivity i efektívnosti sú v klinickej praxi využívané najmä skupinové formy terapeutických prístupov (Olmstead et al., 2019; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015). V tejto súvislosti sa vynára jeden zásadný problém. Na dôkazoch založené skupinové psychoterapeutické postupy pre liečbu závislostí boli vyvinuté a testované najmä na uzavretých skupinách. Väčšinou sú sekvenčné, to znamená, že jedno sedenie nadväzuje na druhé (Polak et al., 2020). V zariadeniach na liečbu závislostí na Slovensku je v praxi zaužívaná práca s otvorenými terapeutickými skupinami. Z toho vyplýva, že i keď v zariadení zamýšľajú používať na dôkazoch založenú terapiu, tak tým, že ju prispôbia procesom v danom zariadení (Lundgren et al., 2011), už nemôžeme hovoriť o terapii založenej na dôkazoch, ale o terapii informovanej dôkazmi (Perepletchikova & Kazdin, 2005).

Skupinová terapia sebakpresiahnutím (TS; v anglickom origináli *Transcending Self Therapy: Group Integrative Cognitive Behavioral Treatment*) bola vyvinutá v reakcii na tieto problémy (Reisweber & Meyer, 2019). TS je manualizovaná integratívna kognitívno-behaviorálna terapia (Beck, 1991), ktorá obsahuje prvky interpersonálnej terapie (Weissman et al., 2000), motivačných rozhovorov (Miller & Rollnick, 2012), selfpsychológie (Baker & Baker, 1987) a terapie akceptácie a odhodlania (Hayes et al., 1999). TS je založená na bio-psycho-sociálno-spirituálnom modeli, ktorý kladie dôraz na potrebu človeka žiť zmysluplný život v súlade s vlastnými hodnotami. Vychádza z perspektívy zameranej na človeka a uznáva potrebu lepšieho spojenia s ostatnými a rozvíjania zanietenia, ktoré je v súlade s morálnym kompasom a spirituálnym presvedčením jednotlivca (Reisweber & Meyer, 2019).

V porovnaní s obvyklou liečbou (OL) sa TS javí v rámci ústavnej liečby ako účinnejšia. V štúdií Polakovej et al. (2020), ktorá bola realizovaná v podmienkach kliniky pre vojnových veteránov v USA, mali účastníci skupiny TS signifikantne nižšiu pravdepodobnosť pozitívneho moču na prítomnosť psychoaktívnych látok počas liečby i do jedného mesiaca po prepustení z liečby. Skupiny sa nelíšili v retencii v liečbe.

Prezentovaná štúdia bola navrhnutá s cieľom porovnať účinnosť TS a OL u pacientov vstupujúcich do ambulantnej liečby pre závislosť od alkoholu v Centre pre liečbu drogových závislostí Bratislava. Na základe výsledkov štúdie Polakovej et al. (2020) sme predpokladali, že: a) v skupine TS bude v porovnaní s OL nižší výskyt relapsov; b) pacienti v skupine TS budú v porovnaní so skupinou OL vykazovať významne vyššiu kvalitu života po dvadsiatich týždňoch liečby; c) pacienti v skupine TS budú v porovnaní so skupinou OL vykazovať významne nižšiu psychopatológiu po dvadsiatich týždňoch liečby.

Metóda

Výskumná vzorka

Výskumnú vzorku tvorilo 79 participantov (33 % žien) s priemerným vekom 46,8 rokov ($SD = 12,5$), ktorí vstúpili do ambulantného liečebného programu Centra pre liečbu drogových závislostí Bratislava (CPLDZ) pre závislosť od alkoholu. Komplexný ambulantný liečebný program CPLDZ pozostáva zo psychoedukačných skupín, individuálneho poradenstva, skupinovej psychoterapie a farmakoterapie. Pred zaradením do terapeutickú skupinu všetci pacienti absolvujú aspoň štyri krátke skupinové psychoedukačné sedenia a tri individuálne poradenské sedenia. Počas celej doby liečby navštevujú psychiatra v centre aspoň raz za mesiac. Základný odporúčaný terapeutický rámec v CPLDZ je navrhnutý v súlade s diagnostickými kritériami pre závislosť (WHO, 1993) na optimálnu dĺžku 12 mesiacov od začiatku abstinencie v nechránenom (ambulantnom) prostredí. To znamená, že každému pacientovi sa odporúča absolvovať 12-mesačnú liečbu. V prezentovanej štúdii bolo sledované obdobie určené na 20 týždňov, v súlade s manuálom TS. Pacienti však v liečbe mohli pokračovať aj po 20-týždňovom sledovaní. Pacientom bola poskytnutá buď TS ($n = 39$), alebo obvyklá skupinová terapia (OL; $n = 40$).

Sledované premenné

Relaps

Za relaps sa považovalo, ak u pacienta toxikológia moču preukázala prítomnosť metabolitu etanolu – etylglukuronidu (ETG), ak pacient odmietol odovzdať moč alebo ak pacient pri kontrole v psychiatrickej/psychologickej ambulancii uviedol konzum alkoholu.

Retencia v liečbe

Retencia v liečbe bola vypočítaná ako počet dní od návštevy prvej terapeutickú skupiny po poslednú, na ktorú pacient prišiel. Za ukončenie liečby sa považovalo, ak pacient neprišiel na štyri po sebe nasledujúce skupiny. Maximálny počet dní v sledovanom období bol 140 dní, čo zodpovedá 20 týždňom.

Kompliancia

Úroveň kompliance bola určená počtom terapeutických skupín, ktorých sa pacient zúčastnil. Maximom za sledované obdobie bolo 20 skupín.

Psychopatológia

Prítomnosť depresívnych a úzkostných symptómov bola zisťovaná dotazníkom *Hopkins Symptom Checklist-25* (HSCL-25; Derogatis et al., 1974). HSCL-25 bol vytvorený na základe 90-položkového *Symptom Checklist-90*. Skladá sa z 10-položkovej subškály pre úzkosť a 15-položkovej subškály pre depresiu, pričom každá položka je hodnotená na Likertovej škále od 1 (vôbec nie) po 4 (extrémne). Referenčné obdobie bolo posledný týždeň. Celkové skóre predstavuje priemer z celkových 25 položiek (Winokur et al., 1984). Cut-off skóre 1,75 sa zvyčajne odporúča pre symptomatické prípady u dospelých mužov aj žien (Winokur et al., 1984). HSCL-25 preukázal dobré psychometrické vlastnosti (Kleijn et al., 2001).

Kvalita života

Kvalita života bola meraná pomocou *WHO Quality of Life-BREF* (WHOQOL-BREF; WHO, 2004). WHOQOL-BREF je skrátená verzia WHOQOL-100 s 26 položkami. Každá položka je hodnotená na Likertovej škále od 1 do 5. Hodnotí sa v štyroch oblastiach: fyzické zdravie, psychické zdravie, sociálne vzťahy a životné prostredie. Dotazník obsahuje aj dve položky, ktoré sa skúmajú oddelene: jedna otázka sa pýta na celkové vnímanie kvality života a druhá sa pýta na celkové vnímanie zdravia jednotlivcom. Štyri skóre domén označujú individuálne vnímanie kvality života v každej konkrétnej doméne. Skóre domény je škálované v pozitívnom smere (t. j. vyššie skóre znamená vyššiu kvalitu života).

Hrubé skóre domény sa následne konvertuje na skóre porovnateľné so skórovaním použitom vo WHOQOL-100. WHOQOL-BREF preukázal dobré psychometrické vlastnosti naprieč rôznymi kultúrami (Skevington et al., 2004).

Závažnosť užívania alkoholu

Závažnosť užívania alkoholu bola meraná pomocou *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Saunders et al., 1993). Ide o 10-položkový skriningový nástroj. Každá položka je hodnotená na päťbodovej alebo trojbodovej Likertovej škále. Skóre sa vypočítava súčtom položiek. Celkový rozsah skóre je od 0 po 40, pričom skóre 8 alebo viac naznačuje rizikové alebo škodlivé užívanie alkoholu. AUDIT preukázal dobré psychometrické vlastnosti (De Meneses-Gaya et al., 2009).

Farmakologická liečba

Do úvahy bola braná len farmakologická liečba, ktorá je indikovaná špecificky pre liečbu závislosti od alkoholu. Bolo zisťované, či počas navštevovania skupín pacienti užívajú niektorý z preparátov: akamprosát, naltrexón, nalmefén alebo disulfiram.

Psychoterapeuti

Psychoterapeuti v skupine TS a v skupine OL boli porovnaní v dosiahnutom vzdelaní, v dĺžke celkovej psychoterapeutickej praxe a v dĺžke praxe v oblasti liečby závislostí.

Postupy

Štúdia bola schválená etickou komisiou CPLDZ a pacienti pred zaradením do štúdie podpísali informovaný súhlas. Pred zaradením do skupiny pacienti absolvovali aspoň tri krátke individuálne stretnutia so psychoterapeutom, štyri psychoedukačné skupinové stretnutia na tému závislosti od alkoholu a jej liečby a dve kontroly v psychiatrickej ambulancii. Podmienkou pre zaradenie do terapeutickej skupiny bolo aj odovzdanie moču negatívneho na prítomnosť ETG dvakrát po sebe. Vymenované intervencie a vyšetrenia sú súčasťou komplexného programu liečby v CPLDZ a dajú sa zrealizovať najskôr v priebehu dvoch týždňov od vstupu do ambulantného liečebného programu. Pacienti neboli do skupín zaradení náhodne, avšak skupinu si vyberali najmä podľa času, ktorý im vyhovoval, pričom nevedeli, v ktorej skupine sa realizuje TS a v ktorej OL. Išlo o štyri skupiny, kde prebiehala OL, a štyri skupiny, kde bola realizovaná TS. Údaje použité pre túto štúdiu boli zozbierané v rámci štandardnej starostlivosti, s výnimkou dotazníkov HSCL-25 a WHOQOL-BREF, ktoré boli pacientom administrované po ambulantnej detoxifikácii, pri zaradení do skupiny a po 20 týždňoch v skupinovej terapii, čo bolo sledované obdobie, keďže TS je dizajnovaná na 20 sedení. Informácie získané zo zdravotnej dokumentácie zahŕňali nasledovné: demografické údaje, skóre v dotazníku AUDIT, farmakologická liečba, výsledky toxikológie moču, retencia v liečbe, subjektívne referovanie o relapse. Každé sedenie skupinovej terapie trvalo 90 minút a bolo vedené jedným psychoterapeutom.

TS skupina

TS je modulárna s formátom otvorenej skupiny, čo umožňuje účastníkom pripojiť sa ku skupine kedykoľvek počas liečby. Žiadne sedenie nevyžaduje znalosti z predchádzajúceho sedenia. Kombinácia opakovania konceptov, ich reflektovania v rámci jednotlivých modulov a odovzdávanie vedomostí novším účastníkom tými, ktorí sú v liečbe dlhšie, je navrhnutá tak, aby každému pacientovi poskytla rovnakú celkovú skúsenosť z liečby bez ohľadu na to, v ktorej časti sa k skupine pripojí. Skupinové sedenia TS začínajú položením dvoch otázok: „Čo si pamätáte z predchádzajúcej skupiny?“ a "Aký je model kognitívno-behaviorálnej terapie?" Tieto otázky pomáhajú posilniť predtým naučené koncepty a zručnosti, predstaviť novým členom dôležité koncepty a zároveň modelovať úprimnú participáciu na liečebnom procese. Účastníci skupiny TS, ktorí sú v liečbe dlhšie, sú často vyzývaní, aby opísali správanie a reakcie spolupacientov z hľadiska KBT.

Ako je podrobne uvedené v Tabuľke 1, program TS pozostáva zo štyroch modulov, z ktorých každý obsahuje päť sedení v celkovom počte 20 sedení. Okrem štruktúrovaného obsahu každého sedenia sa na skupine TS pracuje na okamžitom spracovaní interakcií a dynamiky za použitia konštruktov KBT. Účastníci aplikujú KBT v reálnom čase a keď sa to nedarí, úlohou psychoterapeuta je, aby pacientom pomohol efektívne aplikovať KBT.

Účastníci TS dostali na každom sedení materiál prislúchajúci téme daného sedenia. Skupiny viedli terapeuti v súlade s manuálom TS. Títo terapeuti nemali predchádzajúcu skúsenosť s týmto prístupom. Absolvovali dvojdnový online tréning v TS a bezprostredne po tréningu sa počas implementácie TS zúčastňovali 20 online supervíznych stretnutí pod vedením Jarroda Reiswebera, spoluautora prístupu. Skupinové sedenia TS facilitovali psychológovia s dosiahnutým II. stupňom vysokoškolského vzdelania.

Tabuľka 1: Moduly, sedenia a opisy sedení skupinovej TS (Polak et al., 2020; Reisweber a Meyer, 2019)

Modul	Sedenie	Popis sedenia
Kognitívne konceptualizácie pre úzdravu	ZPZ	Pacienti sa učia, ako ich myšlienky ovplyvňujú ich pocity a ako zmeniť svoje myšlienky, aby sa optimálnejšie vyrovnali so situáciou.
	Časová os životných skúseností	Pacienti diskutujú o tom, ako skúsenosti ovplyvňujú naše presvedčenie o sebe a naše vzorce myslenia a správania.
	Kognitívne konceptualizácie	Pacienti rozvíjajú pochopenie toho, ako ich minulé skúsenosti ovplyvňujú ich súčasné vzorce myslenia a správania.
	Spätná väzba	Pacienti si navzájom poskytujú anonymnú a empatickú spätnú väzbu o faktoroch, ktoré môžu prispieť k ich relapsu alebo k nešťastnému životu.
	Analýza reťaze	Pacienti sa dozvedia o cykle recidívy a príležitostiach na zastavenie tohto cyklu. Účastníci sa učia, ako používať kontaminačné myšlienky na zníženie intenzity cravingu a prevenciu relapsu.
Behaviorálne intervencie pre úzdravu	Spochybnenie negatívnych automatických myšlienok	Pacienti sa učia, ako čeliť negatívnym myšlienkam a vytvárajú zvládacie kartičky, ktoré im v tom majú pomôcť.
	Monitorovanie aktivity, behaviorálny experiment, aktivácia	Pacienti sa učia o behaviorálnej aktivácii a jej úlohe pri zotavovaní. Účastníci tiež identifikujú potenciálne príjemné aktivity.
	Hlboké dýchanie, riadená imaginácia, sken tela	Pacienti sa učia uzemňovať (hlboké dýchanie, riadené zobrazovanie a skenovanie tela), ktoré im pomôže vyrovnať sa s ohromujúcimi pocitmi a spúšťačmi (napr. cravingom).
	Prevencia relapsu	Pacienti sa dozvedia o svojich varovných príznakoch recidívy, identifikujú opatrenia na prevenciu recidívy a vyplnia formulár presiahnutia relapsu.
	Plán sebaresiahnutia	Pacienti sa učia, ako riešiť problémy tým, že spochybňujú negatívne myšlienky a implementujú behaviorálnu aktiváciu pomocou nástroja plán sebaresiahnutia.
Kognitívne intervencie pre úzdravu	ZPZ	Pacienti identifikujú, ako súvisia situácie, myšlienky a pocity.
	Surfovanie na vlne chutí	Pacienti lepšie porozumejú cravingu a naučia sa „surfovať na vlne chutí“, čo je technika, ktorá pomáha pacientom prekonať craving.

	Analýza reťaze	Pacienti preskúmajú cyklus recidívy a príležitosti na zastavenie tohto cyklu.
	Čas na obavy, zastavovanie myšlienok, zvládacie kartičky	Pacienti preberú všeobecný popis obáv a naučia sa, ako používať techniku „čas na obavy“.
	Asertivita a zvládanie hnevu	Členovia skupiny skúmajú hnev a identifikujú zdravé spôsoby, ako hnev zvládať.
Prekážky v trvalej úzdruhu	Pre a proti užívania psychoaktívnych látok a list na rozlúčku	Pacienti identifikujú pozitívne a negatívne aspekty ich užívania psychoaktívnych látok a sú požiadaní, aby napísali list na rozlúčku so svojou látkou (látkami), ak sa na to cítia.
	Prístavy v búrke a úloha, ktorú hráte	Pacienti si uvedomujú dôležitosť medziľudských vzťahov a hľadania zmyslu v uzdravovaní.
	Aby vaše vzťahy fungovali	Pacienti identifikujú spôsoby, ako napraviť svoje vzťahy a rozvíjať zdravé vzťahy.
	Odolávanie búrkam a uzemnenie	Pacienti identifikujú spôsoby, ako sa pripraviť na budúce ťažkosti osvojením si efektívnych metód zvládania.
	Plán sebapresiahnutia	Pacienti identifikujú možnosti riešenia konkrétneho problému, myšlienky/emócie spojené s problémom a metódy zvládania.

Poznámka. ZPZ = zachytiť, preskúmať, zmeniť

OL skupina

Porovnávacia skupina pacientov nedostala TS, ale inak dostali takmer rovnakú starostlivosť ako účastníci skupiny TS prebiehajúcu v rovnakom čase. Skupiny OL viedli terapeuti, ktorí neboli informovaní o konceptoch TS. Taktiež šlo o otvorené skupiny. Namiesto TS dostali pacienti v OL nemanualizovanú skupinovú terapiu, ktorá obsahuje psychoedukačné a podporné prvky, ktoré sú aplikované spôsobom, ktorý je informovaný teóriou učenia a behaviorálnymi postupmi v terapii. Sedenia OL boli, podobne ako v skupine TS, facilitované psychológmi s dosiahnutým II. stupňom vysokoškolského vzdelania. Jedinou významnou programovou zmenou bolo, že v troch skupinách OL došlo v priebehu protokolu k výmene terapeuta z organizačných dôvodov.

Analýza dát

Na určenie, či medzi skupinami TS a OL existovali pred liečbou rozdiely v demografických charakteristikách, psychopatológii, kvalite života, závažnosti užívania alkoholu a farmakologickej liečbe, boli použité chí-kvadrát analýzy a *t*-testy pre nezávislé výbery. Následne sa po 20 týždňoch za rovnakých postupov zisťovali rozdiely v miere relapsu, retencii v liečbe, kompliance v liečbe, psychopatológii a kvalite života. *T*-testom pre nezávislé výbery boli tiež porovnaní terapeuti v skupinách, a to v dĺžke psychoterapeutickej praxe a v dĺžke praxe v oblasti liečby závislostí.

Výsledky

Pred intervenciou

Rodová príslušnosť participantov bola medzi TS a OL rovnomerne zastúpená, $X^2(1) = 0,31$, $p = 0,58$. Rovnako, druh farmakologickej liečby bol medzi TS a OL rovnomerne rozložený, $X^2(3) = 4,32$, $p = 0,23$. Shapiro-Wilks test ukázal, že skóre v oboch skupinách spĺňalo predpoklad normálneho rozloženia len v prípade skóre dotazníka AUDIT ($p > 0,19$) a subškály WHOQOL-BREF životné prostredie ($p > 0,05$). V prípade ostatných premenných sa rozloženie hodnôt signifikantne líšilo od normálnej distribúcie v aspoň jednej zo skupín. Lavenov test nebol signifikantný

v žiadnom prípade, čo naznačuje, že bol splnený predpoklad homogenity rozptylu. Pre porovnanie skóre v dotazníku AUDIT a v životnom prostredí bol teda použitý Student test, pre porovnanie veku a skóre v HSCL-25 a v ostatných subškálach WHOQOL-BREF bol použitý Mann-Whitney *U* test. V žiadnom prípade sa skupiny signifikantne nelíšili (viď tabuľka 2).

Tabuľka 2: Porovnanie charakteristík TS a OL pred intervenciou

	OL			TS			t-test
	n	M	SD	n	M	SD	
Vek	40	44,9	11,26	39	48,82	13,53	ns
AUDIT	37	22,51	8,37	35	22,71	7,4	ns
HSCL-25	39	1,53	0,36	39	1,53	0,38	ns
Celková QOL	39	3,87	0,8	39	3,74	0,72	ns
QOL spojená so zdravím	39	3,54	0,97	38	3,45	0,72	ns
Fyzické zdravie	37	75,0	12,95	39	73,15	15,84	ns
Psychické zdravie	37	70,87	16,9	39	67,49	16,48	ns
Sociálne vzťahy	38	69,92	18,63	39	68,13	17,63	ns
Životné prostredie	37	74,65	13,35	39	77,28	12,72	ns

Poznámka. OL = obvyklá liečba; TS = terapia sebakpresiahnutím; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; HSCL-25 = Hopkins Symptom Checklist – 25; QOL = kvalita života

Po intervencii

Miera relapsu bola medzi TS (33,3 %) a OL (30 %) rovnomerne zastúpená, $X^2(1) = 0,1$, $p = 0,75$. V priebehu sledovaného obdobia 20 týždňov liečbu predčasne ukončilo 49,37 % participantov a počet týchto pacientov bol v skupinách TS (46,2 %) a OL (52,5 %) rovnomerne rozložený, $X^2(1) = 0,32$, $p = 0,57$. Porovnanie pacientov, ktorí predčasne ukončili liečbu, s tými, ktorí zotrvali v terapii 20 týždňov, ukázalo, že tí, ktorí ukončili liečbu predčasne, boli častejšie ženy (65,4 % žien vs. 41,5 % mužov; $p < 0,05$) s vyšším skóre v dotazníku AUDIT ($M = 24,4$ vs. $M = 20,6$; $p < 0,05$) a mladšieho veku ($M = 43,1$ vs. $M = 50,5$; $p < 0,01$). Shapiro-Wilks test ukázal, že rozloženie hodnôt v jednotlivých premenných sa signifikantne líšilo od normálnej distribúcie v aspoň jednej zo skupín. Lavenov test bol signifikantný len v prípade retencie ($p < 0,03$). Pre porovnanie hodnôt retencie bol teda použitý Welch test, pre porovnanie skóre v HSCL-25, v subškálach WHOQOL-BREF a v kompliancii bol použitý Mann-Whitney *U* test. Skupiny sa signifikantne nelíšili ani v jednom prípade (viď tabuľka 3).

Tabuľka 3: Porovnanie charakteristík TS a OL po intervencii

	OL			TS			t-test
	n	M	SD	n	M	SD	
HSCL-25	17	1,36	0,26	18	1,5	0,33	ns
Celková QOL	17	4,0	0,61	18	3,94	0,64	ns
QOL spojená so zdravím	17	3,53	0,72	18	3,61	0,78	ns
Fyzické zdravie	16	79,81	12,02	17	71,41	14,68	ns
Psychické zdravie	16	74,13	9,0	17	70,29	17,28	ns
Sociálne vzťahy	16	69,13	17,06	17	66,24	15,17	ns
Životné prostredie	16	78,13	10,37	17	76,24	8,31	ns
Kompliancia	40	8,25	5,63	39	10,1	5,57	ns
Retencia	40	81,38	57,7	39	97,54	51,89	ns

Poznámka. OL = obvyklá liečba; TS = terapia sebakpresiahnutím; HSCL-25 = Hopkins Symptom Checklist – 25; QOL = kvalita života

Porovnanie terapeutov

Shapiro-Wilks test ukázal, že rozloženie hodnôt v jednotlivých premenných sa signifikantne líšilo od normálnej distribúcie v prípade celkovej dĺžky praxe terapeutov v skupine OL ($p < 0,04$). Lavenov test bol signifikantný v prípade celkovej dĺžky praxe terapeutov ($p < 0,001$). Pre porovnanie hodnôt celkovej dĺžky praxe terapeutov bol teda použitý Welch test, pre porovnanie dĺžky praxe v oblasti liečby závislostí Student test. Terapeuti v TS sa od tých v OL signifikantne líšili v dĺžke celkovej praxe, $t(7) = 2,88$; $p = 0,037$. Priemerná dĺžka praxe v rokoch u terapeutov v skupine OL ($M = 6,8$, $SD = 3,85$) bola signifikantne dlhšia v porovnaní s dĺžkou praxe terapeutov v skupine TS ($M = 1,63$, $SD = 1,03$). V prípade dĺžky praxe v oblasti liečby závislostí sa TS a OL terapeuti signifikantne nelíšili, $t(7) = 1,58$; $p = 0,158$.

Diskusia

Skupina TS sa po 20 týždňoch od vstupu do liečby signifikantne nelíšila od skupiny OL v meraných výsledkoch psychoterapeutickej liečby – teda v miere relapsov, retencii v liečbe, v miere psychopatológie a v kvalite života. Tieto zistenia sú v rozpore s výsledkami štúdie Polakovej et al. (2020), z ktorej sme vychádzali pri formulácii našich hypotéz. Existujú však dôležité rozdiely v kontextoch, v ktorých boli obe štúdie realizované. Polaková et al. (2020) aplikovali TS v podmienkach ústavnej liečby v omnoho intenzívnejšom liečebnom programe. Z predchádzajúceho výskumu vieme, že intenzita psychoterapie, teda frekvencia sedení, je silným prediktorom žiadúcich výsledkov (Erekson et al., 2015; Gergov et al., 2021). V našej práci, podobne ako v práci Polakovej et al. (2020) však dostali pacienti v oboch skupinách rovnako intenzívnu liečbu. Je však možné, že pri nižšej intenzite liečby sa rozdiely medzi štruktúrovanou manualizovanou terapiou a OL stierajú viac, ako v prípade terapie na dennej báze v ústavnej liečbe. Túto hypotézu by bolo potrebné overiť v budúcom empirickom výskume. Taktiež samotný fakt, že štúdie boli realizované na dvoch rôznych pracoviskách, v rôznych kultúrnych kontextoch, môže prispieť k rozdielnym výsledkom, čo je realitou aj v prísne kontrolovaných randomizovaných štúdiách (viď prehľad Miller & Moyers, 2015).

Výsledky prezentovanej štúdie boli pre nás prekvapujúce, avšak to, že štruktúrovaná manualizovaná liečba sa ukáže v praxi rovnako efektívna ako nemanulizovaná OL, nie je v psychoterapeutickom výskume výnimočné (viď prehľad Miller & Moyers, 2015). Okrem efektivity pôvodnej OL, môže mať na výsledky porovnania vplyv viacero faktorov, a to charakteristiky terapeutov, charakteristiky pacientov a ich interakcia (Meier et al., 2005; Miller & Moyers, 2015; Najavits et al., 2000; Owen et al., 2015). V prezentovanej štúdii neboli terapeuti náhodne pridelení do skupín a tí v skupine OL boli signifikantne skúsenejší vo vykonávaní psychoterapie. Tento fakt mohol mať pozitívny vplyv na výsledky terapie v skupine OL, a naopak v skupine TS (Goldberg et al., 2016; Huppert et al., 2001; Stein & Lambert, 1995). Ostatné charakteristiky terapeutov, ako i ďalšie faktory súvisiace s výsledkami psychoterapie, neboli v štúdii kontrolované, a preto nevieme, aký mali vplyv na výsledky. Rovnako, dôslednosť uplatňovania princípov TS a postupov v manuáli nebola rigorózne kontrolovaná. Terapeuti mali síce možnosť konzultovať svoje postupy s tvorcom TS na týždennej báze, avšak sedenia neboli nahrávané, ani na nich nebol prítomný supervízor. Terapeuti v skupine TS sa mohli odkloniť od manuálu vo výraznej miere, čo mohlo ovplyvniť efektivitu TS (Lorencatto et al., 2013; Lundgren et al., 2011).

Psychoterapeutické intervencie v liečbe závislosti od alkoholu sú účinné (Connor et al., 2016; Coriale et al., 2018; Mann et al., 2017; McGovern & Carrol, 2003). Otázka, akými mechanizmami dochádza k therapeutickej zmene, ešte stále nie je uspokojivo zodpovedaná, ale zdá sa, že na účinnosti sa podieľa súbor viac a menej špecifických faktorov (Morgenstern & Longabaugh, 2000; Miller & Moyers, 2015). Ďalší výskum v tejto oblasti by nám mohol pomôcť lepšie porozumieť týmto mechanizmom, čo by zároveň mohlo byť predpokladom účinnejších intervencií.

Limitácie

Okrem vyššie spomínaných limitov prezentovanej štúdie považujeme za najväčšiu limitáciu veľkosť výskumnej vzorky. Z prevádzkových dôvodov v centre nebolo možné zber dát predĺžiť. Miera predčasného ukončenia liečby je v liečbe závislostí vysoká, v priemere okolo 30 %, avšak v naturalistických štúdiách dosahuje často viac ako 50 % (Lappan et al., 2019). V našom prípade dosahovala miera predčasného ukončenia liečby takmer 50 % v oboch skupinách, čo malo za následok malý počet participantov na porovnanie v psychopatológii a kvalite života, čo mohlo pri analýze dát viesť k chybe typu II. Mladší vek pacientov a vyššia závažnosť užívania alkoholu je konzistentným prediktorom predčasného ukončenia liečby naprieč štúdiami. Pohlavie sa neukazuje v štúdiách ako spoľahlivý prediktor a výsledky doterajšieho výskumu sú v tomto zmysle zmiešané (Brorson et al., 2013).

To nás privádza k ďalšiemu limitu štúdie – a to, že klinické charakteristiky výskumnej vzorky boli zisťované len skriningovými metódami. Hlbšie preskúmanie, napríklad závažnosti závislosti u participantov, by mohlo odhaliť rozdiely medzi skupinami, ktoré použité nástroje nemuseli zachytiť.

Ďalším nedostatkom štúdie je chýbajúce následné meranie na overenie a porovnanie trvácnosti účinnosti TS či OL. Rovnako z prevádzkových dôvodov nebolo možné do výskumného protokolu zaradiť aj následné merania.

Záver

TS je manualizovaný psychoterapeutický program, ktorý sa svojimi vlastnosťami hodí do štandardných ústavných i ambulantných liečebných programov. V slovenských podmienkach sa jeho účinnosť zatiaľ nepreukázala ako nadradená OL, ale javí sa minimálne rovnako efektívny. Ukazuje sa, že TS môže byť vhodným prístupom najmä pre začínajúcich terapeutov s malými skúsenosťami s poskytovaním psychoterapie.

Úlohy autorov

Prvý autor a druhý autor sa spoločne podieľali na tvorbe dizajnu štúdie. Prvý autor manažoval zber dát, vykonal rešerš literatúry, vykonal analýzu dát a navrhol pracovnú verziu rukopisu. Druhý autor supervidoval analýzu dát a pripomienkoval rukopis. Všetci autori prispeli k vzniku textu článku a schválili jeho konečnú podobu.

Konflikt záujmov

Realizácia výskumu bola čiastočne finančne podporená zdrojmi z Alumni Impact Award pre absolventov Hubert H. Humphrey Fellowship Program, ktorú získal prvý autor. Cena je spoločne financovaná Ministerstvom zahraničných vecí Spojených štátov amerických a Fulbrightovho dedičského fondu Inštitútu medzinárodného vzdelávania. Autori si nie sú vedomí akéhokoľvek konfliktu záujmov vo vzťahu k prezentovanej štúdi.

PodĎakovanie

Autori by sa chceli poďakovať kolektívu psychoterapeutov CPLDZ, ktorí sa podieľali na realizácii štúdie: Mgr. Monika Brošková, Mgr. Petra Bártová, Mgr. Františka Semanová, Mgr. Dana Špringelová, Mgr. Jozef Petrovič, Mgr. Alžbeta Krištienová, Mgr. Kinga Kuráková, Mgr. Boris Rášo, Mgr. Juraj Kačo. Rovnako kolegom z Virginia Commonwealth University Jarrodovi Reisweberovi, Psy.D., Ed.S. za odovzdanie svojich vedomostí a skúseností s TS a citlivé vedenie terapeutov začínajúcich prácu v tomto prístupe a tiež Kathryn Polak za konzultáciu výskumného protokolu.

Zoznam literatúry

- Baker, H. S., & Baker, M. N. (1987). Heinz Kohut's self psychology: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 144(1), 1–9.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy as the integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1(3), 191–198.
- Brorson, H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010–1024.
- Connor, J. P., Haber, P. S., & Hall, W. D. (2016). Alcohol use disorders. *The Lancet*, 387(10022), 988–998.
- Coriale, G., Fiorentino, D., Rosa, F. D., Solombrino, S., Scalese, B., Ciccarelli, R., Attilia, F., Vitali, M., Musetti, A., Fiore, M., & Ceccanti, M. (2018). Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Rivista di Psichiatria*, 53(3), 141–148.
- de Meneses-Gaya, C., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2009). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience*, 2(1), 83–97.
- Derogatis, L., Lipman, R., Rickels, K., Uhlenhuth, E., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15.
- Erekson, D. M., Lambert, M. J., & Eggett, D. L. (2015). The relationship between session frequency and psychotherapy outcome in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1097–1107.
- Gergov, V., Lindberg, N., Lahti, J., Lipsanen, J., & Marttunen, M. (2021). Effectiveness and predictors of outcome for psychotherapeutic interventions in clinical settings among adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12, 628977.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1–11.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 747–755.
- Lappan, S., Brown, A., & Hendricks, P. (2020). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(2), 201–217.
- Lorenzatto, F., West, R., Christopherson, C., & Michie, S. (2013). Assessing fidelity of delivery of smoking cessation behavioural support in practice. *Implementation Science*, 8(1), 40.
- Lundgren, L., Amodeo, M., Cohen, A., Chassler, D., & Horowitz, A. (2011). Modifications of evidence-based practices in community-based addiction treatment organizations: A qualitative research study. *Addictive Behaviors*, 36(6), 630–635.
- Mann, K., Batra, A., Fauth-Bühler, M., Hoch, E., & the Guideline Group. (2017). German guidelines on screening, diagnosis and treatment of alcohol use disorders. *European Addiction Research*, 23(1), 45–60.
- McGovern, M. P., & Carroll, K. M. (2003). Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(4), 991–1010.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304–316.

- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment: Forest and trees. *Addiction*, *110*(3), 401–413.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: Guilford Press.
- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, *95*(10), 1475–1490.
- Najavits, L. M., Crits-Christoph, P., & Dierberger, A. (2000). Clinicians' Impact on the Quality of Substance Use Disorder Treatment. *Substance Use & Misuse*, *35*(12–14), 2161–2190.
- Národné centrum zdravotníckych informácií. (2021). *Psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike 2020*. Národné centrum zdravotníckych informácií. Získané 3. januára 2022 z www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Psychiatricka_starostlivost/Pages/default.aspx
- Okruhlica, L. (2020). Alkoholizmus: Slovensku chýba tvrdá reflexia – tu je! *Alkoholizmus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*, *55*(3-4), 177–180.
- Olmstead, T. A., Graff, F. S., Ames-Sikora, A., McCrady, B. S., Gaba, A., & Epstein, E. E. (2019). Cost-effectiveness of individual versus group female-specific cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *100*, 1–7.
- Owen, J., Drinane, J. M., Idigo, K. C., & Valentine, J. C. (2015). Psychotherapist effects in meta-analyses: How accurate are treatment effects? *Psychotherapy*, *52*(3), 321–328.
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*(4), 365–383.
- Polak, K., Meyer, B. L., Neale, Z. E., & Reisweber, J. (2020). Program Evaluation of Group Transcending Self Therapy: An Integrative Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *14*, 117822182094765.
- Reisweber, J., & Meyer, B. (2019). *Transcending Self Therapy: Group Integrative Cognitive Behavioral Treatment Manual for Facilitators*. Richmond, VA: Carter Press.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, *88*(6), 791-804.
- Skevington, S., Lotfy, M., & O'Connell, K. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, *13*(2), 299-310.
- Stein, D. (1995). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical Psychology Review*, *4*(2), 127–142.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Získané 3. januára 2022 z <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma15-3991.pdf>
- Turček, M., Kamendy, Z., Grohol, M., Višňovský, E., Bodnár, B., Somora, M., & Okruhlica, L. (2021). *Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu*. Ministerstvo zdravotníctva SR. Získané 3. januára 2022 z <https://www.health.gov.sk/?Standardne-Postupy-V-Zdravotnictve>
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Winokur, A., Winokur, D., Rickels, K., and Cox, D. (1984) Symptoms of emotional distress in a family planning service: Stability over a four-week period. *British Journal of Psychiatry*, 144(4), 395-99.

World Health Organization. (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health*. World Health Organization. Získané 3. januára 2022 z <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2004). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - BREF*. World Health Organization. Získané 3. januára 2022 z https://who.int/iris/bitstream/handle/10665/77773/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.02_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Medailonky autorů

Mgr. Adam Kurilla pracuje ako klinický psychológ a psychoterapeut v Centre pre liečbu drogových závislostí Bratislava. Je certifikovaným psychoterapeutom, absolvoval dlhodobý výcvik v kognitívno-behaviorálnej terapii. Zároveň je interným doktorandom na Katedre psychológie Filozofickej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave. Medzi oblasti jeho výskumného záujmu patrí klinický výskum v oblasti látkových i nelátkových závislostí a implementácia nástrojov mobilného zdravia do klinickej praxe. E-mail: adam.kurilla@gmail.com

PhDr. Zuzana Kamendy, PhD. pracuje ako vedúca výskumná pracovníčka Inštitútu drogových závislostí pri centre pre liečbu drogových závislostí v Bratislave. Zároveň pracuje ako klinický psychológ. Venuje sa prevažne klinickému výskumu v oblasti látkových a nelátkových závislostí. E-mail: zuzana.kamendy@gmail.com