

COPINGOVÉ STRATÉGIE A ŠKODLIVÉ UŽÍVANIE ALKOHOLU V MUŽSKEJ POPULÁCIÍ

původní práce

Katarína Kubáková¹
Patricia Vesel Ganoczyová¹
Martina Chylová²

¹1. psychiatrická klinika,
Univerzitná nemocnica
L. Pasteura, Košice,
Slovenská republika

²1. psychiatrická klinika LF UPJŠ
a Univerzitná nemocnica
L. Pasteura, Košice,
Slovenská republika

Kontaktní adresa:

PhDr. Martina Chylová, PhD.
1. psychiatrická klinika LF UPJŠ
a Univerzitná nemocnica L. Pasteura
Tr. SNP 1
040 11 Košice
Slovenská republika
e-mail: martina.chylova@upjs.sk

SÚHRN

Kubáková K, Vesel Ganoczyová P, Chylová M. Copingové stratégie a škodlivé užívanie alkoholu v mužskej populácii

Ciel: Práca porovnáva copingové stratégie medzi pacientmi so škodlivou konzumáciou alkoholu a kontrolnou vzorkou. Rozdiely boli sledované v copingu zameranom na problém, v copingu zameranom na emócie, vo vyhýbavých copingových stratégiách a ich jednotlivých subškálach.

Materiál a metóda: Respondentmi boli 50 pacienti mužského akútneho psychiatrického oddelenia s príjmovou diagnózou poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu. Kontrolnú vzorku tvorilo 54 mužov bez škodlivej konzumácie alkoholu. Všetci respondenti odpovedali na položky dotazníka o závažnosti užívania alkoholu (AUDIT) a o efektívnych a neefektívnych copingových stratégiách pomocou skráteného Dotazníka copingových stratégií (Brief-COPE). Dáta boli štatisticky analyzované pomocou t-testu pre dva nezávislé výbery.

Výsledky: Pacienti preukázali štatisticky významne vyššiu mieru využívania copingových stratégií inštrumentálna opora ($t = -4,351$; $p < 0,001$), emocionálna opora ($t = -2,279$; $p < 0,025$), popieranie ($t = -5,62$; $p < 0,001$), sebarozptyľovanie ($t = -1,994$; $p < 0,049$), užívanie návykových látok ($t = -5,242$; $p < 0,001$) a sebaobviňovanie ($t = -2,512$; $p < 0,014$) v porovnaní s kontrolnou vzorkou. Naopak, copingové stratégie akceptácia ($t = 2,57$; $p < 0,012$), humor ($t = 3,217$; $p < 0,002$), pozitívne preformulovanie ($t = 3,975$; $p < 0,001$) a odangažované správanie ($t = 3,446$; $p < 0,001$) využívali

SUMMARY

Kubáková K, Vesel Ganoczyová P, Chylová M. Coping strategies and risk alcohol consumption in male population

Objective: This study focuses on the comparison of coping strategies between patients with harmful alcohol consumption and control sample. Differences were studied in problem-focused coping, emotion-focused coping, avoidant coping strategies, and their subscales.

Method: Responders were 50 male patients hospitalized at the acute psychiatric ward with an alcohol use disorder. The control sample consisted of 54 men without harmful alcohol consumption. All responders answered the questions on the severity of alcohol use (AUDIT), and on effective and ineffective coping strategies using the Brief Coping Strategies Questionnaire (Brief-COPE). Data were statistically analysed using t-test for two independent samples.

Results: Patients showed significantly higher prevalence of coping strategies including instrumental support ($t = -4.351$; $p < 0.001$), emotional support ($t = -2.279$; $p < 0.025$), denial ($t = -5.62$; $p < 0.001$), self-distraction ($t = -1.994$; $p < 0.049$), substance use ($t = -5.242$; $p < 0.001$), and self-blame ($t = -2.512$; $p < 0.014$) compared to the control sample. On the other hand, the coping strategies including acceptance ($t = 2.57$; $p < 0.012$), humour ($t = 3.217$; $p < 0.002$), positive reframing ($t = 3.975$; $p < 0.001$), and behavioral disengagement ($t = 3.446$; $p < 0.001$) were used significantly lesser by the patients than by the control sample. Overall, patients used avoidant coping

pacienti signifikantne v menšej miere v porovnaní s kontrolnou vzorkou. Pacienti celkovo častejšie používali vyhýbavé copingové stratégie oproti kontrolnej vzorke ($t = -3,737$; $p < 0,001$). Signifikantné rozdiely neboli zistené medzi pacientami a kontrolnou vzorkou vo využívaní copingových stratégií zameraných na emócie a zameraných na problém.

Záver: Pacienti so škodlivou konzumáciou alkoholu preferovali neefektívne copingové stratégie oproti kontrolnej vzorke. Preferencia používania vyhýbavých stratégií u pacientov môže znižovať pravdepodobnosť ich abstinencie. Pre úspešnú liečbu pacientov s rizikovým pitím je dôležité diagnostikovať maladaptívne copingové stratégie, pracovať s nimi v rámci psychoterapie a následnej prevencie.

Kľúčové slová: alkohol, copingové stratégie, muži, vyhýbanie, záťaž.

strategies more often than the control sample ($t = -3.737$; $p < 0.001$). No significant differences were proved between patients and controls in the use of emotion-focused and problem-focused coping strategies.

Conclusion: Patients with harmful alcohol consumption preferred ineffective coping strategies in comparison to the control sample. The patients' preference of using avoidant coping strategies may reduce their likelihood of abstinence. It is important to diagnose maladaptive coping strategies for managing stress, for providing psychotherapy and subsequent prevention in order to achieve successful treatment of patients with risky drinking.

Key words: alcohol, avoidance, coping strategies, males, stress.

ÚVOD

Podľa WHO patrí Slovensku deviata priečka v celosvetovom meradle v užívaní alkoholu. V porovnaní s rokom 2019 bol v roku 2020 zaznamenaný nárast spotreby alkoholu, ktorý za zvýšil počas karantény v dôsledku pandémie spojenej s ochorením Covid-19.¹ Možno sa domnievať, že celosvetová pandémia iba zvýraznila trend zvyšujúceho sa životného tempa a nárokov kladených na jednotlivcov. Stále častejšie sa možno stretávať so stresom vyplývajúcim z ekonomickej situácie ľudí, vysokého pracovného nasadenia, disharmonických alebo nedostatočne rozvinutých blízkych vzťahov. Počas pandémie sa pritom ku každodennej záťaži pridal aj strach z ochorenia a novej smrti, sociálna izolovanosť a obmedzené kontakty s najbližšími, či celková neistota vyplývajúca z prežívanej situácie. Viaceré zahraničné výskumy venujúce sa téme stresu a abúzu alkoholu potvrdili, že ľudia, ktorí vykazovali vyššiu mieru stresu, častejšie siahali po alkoholických nápojoch. Vyššie stresovaní muži siahali po alkohole 1,5krát častejšie ako ženy zažívajúce stres a vykazovali 2,5krát väčšiu pravdepodobnosť porúch spojených s užívaním alkoholu.²

Riegel, Kalina a Pěč³ menujú niektoré funkcie, ktoré majú psychoaktívne látky v organizme človeka. V prvom rade môžu dočasne meniť vnímanie, myslenie a prežívanie, podporujú nevedomé obranné mechanizmy, ktorými človek chráni svoju duševnú rovnováhu, a môžu tiež slúžiť ako vonkajšia obrana pred vnútorným napätím alebo zložitými vzťahovými situáciami. Alkohol nahrádza nedostatočne rozvinuté vnútorné schopnosti zvládať bežné, aj extrémne záťažové emočné situácie. Spomedzi všetkých motívov sa však s rizikovým pitím najčastejšie

spájajú motívy zvládania záťaže, čo dokazujú viaceré domáce i zahraničné výskumy. Frouzová⁴ sumarizuje zistenia výskumov psychologické etiológie závislosti, ktoré sledovali a čiastočne potvrdzovali, že ľudia berú psychoaktívne látky a stávajú sa od nich závislými hlavne pre ich účinky, ktoré buď pomáhali riešiť nastávajúci stav (napr. pocity odcudzenia, nemilovanosti, zlyhania, bezmocnosti, frustrácie, tenzie, apatie, nudy, depresie, emocionálnej bolesti, neistoty, samoty, nízkej sebaúcty či sebavedomia), alebo ponúkali niečo, po čom jedinec túžil (napr. odvahu, vzdor, únik, uvoľnenie, zábavu, poznanie, sex, moc, odmietnutie prítomného, schopnosť bojovať). Psychoaktívne látky vo všeobecnosti zbavujú ich konzumenta nepríjemného stavu, akútneho či permanentného (napr. pocitov neschopnosti, menejcennosti alebo stavov, ktoré sprevádzajú fyzické choroby a duševné poruchy). Tiež vyvolávajú slasť, príjemný stav, zintenzívňujú zmyslové zážitky.³

Pod copingom sa rozumejú neustále sa meniace kognitívne a behaviorálne snaženia zamerané na zvládnutie, redukovanie alebo tolerovanie interných a/alebo externých požiadaviek, ktoré ohrozujú alebo prevyšujú zdroje jedinca. Rôzne copingové stratégie sú popísané v mnohých starších štúdiách o zvládaní stresu.⁵⁻⁷ Copingové stratégie sú významným prediktorom zvýšenej alebo zníženej konzumácie alkoholu. Znížená odolnosť voči záťaži môže patriť k rizikovým faktorom abúzu alkoholu, niekoľko výskumov sledovalo deficit v copingových stratégiách zameraných na emócie, vyhýbavé a neadaptívne copingové stratégie, ktoré predikovali zvýšenú frekvenciu pitia, aj množstvo skonzumovaného alkoholu. Používanie

copingových stratégií zameraných na emócie a vyhýbavé copingové stratégie sú pozitívnym indikátorom rizikového užívania alkoholu, závislosti a problémov súvisiacich s alkoholom.^{8–10} Vyššia úroveň stresu bola spojená s vyššou konzumáciou alkoholu najmä u jedincov, ktorí využívali vyhýbavé copingové stratégie. Predpokladá sa, že jedným z dôvodov, prečo môžu copingové stratégie viesť k problémom s pitím, je, že konzumenti, ktorí pijú kvôli zvládnutiu záťaže, tak konajú preto, že nemajú vo svojom repertoári adaptívnejšie spôsoby zvládania.^{11,12}

Ako adaptívne, funkčné alebo aktívne boli identifikované copingové stratégie zamerané na problém. Adaptívne copingové stratégie predpovedajú lepšie výsledky v oblasti zdravia a konzumácie alkoholu. Copingové zručnosti by tak mohli predikovať výsledok liečby závislých od alkoholu.¹³ Štúdia v súbore liečených alkoholikov zistila, že preferencia aktívnych stratégií zvládania zvýšila pravdepodobnosť abstinencie v porovnaní s používaním vyhýbavých stratégií. Iná štúdia poukázala na fakt, že zlepšenie copingových stratégií počas liečby signifikantne predikovalo abstinenciu medzi pacientmi zneužívajúcimi alkohol.^{14,15} Napriek určitým nezrovnalostiam v literatúre existuje všeobecný konsenzus, že používanie copingových stratégií zameraných na problém sa spája s pozitívnymi zdravotnými výsledkami, zatiaľ čo používanie vyhýbavých stratégií je spojené s negatívnymi zdravotnými výsledkami, ako je zvýšená konzumácia alkoholu. Vzhľadom k tejto nejednoznačnosti vo výsledkoch zahraničných výskumov a vzhľadom k deficitu výskumných výsledkov v tejto oblasti v SR bolo cieľom tejto práce zistiť, ktoré sú najčastejšie používané copingové stratégie využívané pacientami, mužmi so škodlivou konzumáciou alkoholu, oproti kontrolnej vzorke bez rizikového pitia.

MATERIÁL A METÓDA

Výskumná vzorka

Výber výskumnej vzorky sa realizoval na mužskom akútnom psychiatrickom oddelení. Pre účely výskumnej práce bolo oslovených a do prieskumu zaradených 50 pacientov s príjmovou diagnózou „Poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu“ (kategória F10.0–F10.9), ktorí patria do okruhu indikácie duševných porúch a porúch správania podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-10. Ich priemerný vek bol 44,6 (\pm 12,3) rokov, s vekovým rozsahom 20 až 68 rokov.

Kontrolná vzorka bola vybraná náhodným výberom z mužskej populácie, oslovených bolo 60 respondentov. Tento predpoklad, že zdraví respondenti netrpia rizikovým užívaním alkoholu, bol zisťovaný pomocou Dotazníka na zistenie porúch užívania alkoholu (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT). Po jeho vyhodnotení sa preukázalo škodlivé pitie, či závislosť až u 6 oslovených respondentov, preto boli títo z kontrolnej vzorky vylúčení. Výsledný počet respondentov v kontrolnej vzorke tak tvorilo 54 účastníkov. Ich priemerný vek bol 36,5 (\pm 9,4) rokov, s rozsahom 23–60 rokov.

Dáta boli zbierané anonymným spôsobom formou papier – ceruzka v období od apríla 2021 do júla 2021. Metodiky boli administrované psychológom osobne alebo prostredníctvom elektronického formulára u 18 zdravých respondentov, ktorí mali možnosť dopytovať sa v prípade nejasností, čo aj využili. Táto čiastočná on-line administrácia dát bola zvolená vzhľadom k reštrikciám v súvislosti s ochorením covid-19 v čase zberu dát. Účasť všetkých respondentov bola dobrovoľná, títo podpísali informovaný súhlas s anonymnou účasťou vo výskume. Výskum bol odsúhlasený Etickou komisiou Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach dňa 18. 2. 2021.

METODIKY

Výskumná batéria testov pozostávala z dvoch sebaopisovacích dotazníkov. Na potvrdenie závažnosti užívania alkoholu bol u všetkých 104 respondentov použitý dotazník AUDIT. Ide o skrining zameraný na včasnú detekciu škodlivej konzumácie alkoholu. Odhaľuje mieru rizika, umožňuje identifikovať pacientov s problémami s alkoholom a navrhnúť vhodnú intervenciu. Obsahuje 10 položiek, pričom prvé tri sa týkajú rizikového pitia alkoholu, ďalšie tri výroky zisťujú výskyt možných príznakov závislosti a posledné štyri výroky sa zaoberajú indikátormi škodlivého pitia alkoholu. Jednotlivé výroky sa hodnotia na 5-bodovej škále. Výsledné hrubé skóre môže nadobudnúť hodnoty v rozsahu 0–40 bodov. V interpretácii získaných bodov skóre 0–7 indikuje pitie alkoholu s nízkym rizikom, skóre 8–15 poukazuje na zvýšené rizikové pitie, skóre 16–19 predstavuje škodlivé pitie a skóre 20–40 poukazuje na závislosť od alkoholu.¹⁶ Cronbachova α zameraná na zhodnotenie reliability testu dosiahla výbornú hodnotu ($\alpha = 0,90$).

Dotazník copingových stratégií (Brief-COPE) bol vytvorený za účelom merania efektívnych a neefektívnych spôsobov zvládania stresových životných situácií. Za účelom ich posúdenia bol všetkým 104 respondentom predložený skrátený dotazník Brief-COPE. Obsahuje 28 položiek rozdelených do 14 subškál, ktoré možno rozčleniť do skupín: copingové stratégie zamerané na problém a jeho riešenie, stratégie zamerané na emócie a stratégie dysfunkčné – vyhýbavé. Copingové stratégie v Brief-COPE zamerané na problém zahŕňajú subškály: 1) aktívny coping (angl. active coping), 2) plánovanie (angl. planning) a 3) inštrumentálna opora (angl. instrumental support). Copingové stratégie zamerané na emócie predstavujú subškály: 4) akceptácia (angl. acceptance), 5) emocionálna opora (angl. emotional support), 6) humor (angl. humour), 7) pozitívne preformulovanie (angl. positive reframing) a 8) náboženstvo, viera (angl. religion). Copingové stratégie zamerané na únik, vyhýbavé copingové stratégie obsahujú subškály: 9) popieranie (angl. denial), 10) sebarozptyľovanie (angl. self-distraction), 11) užívanie návykových látok (angl. substance use), 12) sebaobviňovanie (angl. self-blame), 13) ventilovanie (angl. venting) a 14) odangažované správanie (angl. behavioral disengagement). Respondenti sa vyjadrovali na škále s Likertovou stupnicou od 1 do 4, pričom 1 znamená „vôbec sa na mňa nehodí“, až 4 „úplne sa na mňa hodí“.⁷ Pomocou

Cronbachovej α bola overovaná reliabilita dotazníka, jej hodnota bola dobrá ($\alpha = 0,82$). Vnútroštruktúrna konzistencia jednotlivých subškál nadobúdala hodnoty od 0,71 až po 0,77. Táto škála sa často používa v zdravotníckych zariadeniach na zisťovanie, ako pacienti reagujú na závažnú diagnózu, ako napr. pri diagnóze rakoviny, srdcovom zlyhávaní, ale aj úrazoch, prírodných katastrofách, či finančnom strese.

Dáta boli spracované v štatistickom programe IBM SPSS v.23. Na opis skúmaného súboru bola využitá deskriptívna analýza. Na zistenie rozdielov v premennej copingovej stratégie medzi pacientmi so škodlivou konzumáciou alkoholu a respondentami bez škodlivej konzumácie alkoholu bol aplikovaný parametrický t -test pre dva nezávislé výbery. Voľba t -testu bola realizovaná na základe splnenia podmienok týkajúcich sa intervalových premenných, normálnej distribúcie dát v súbore

a homogenity variancií. Normalita rozloženia dát bola overovaná Kolmogorovovým-Smirnovovým testom. Výsledky potvrdili, že merané premenné disponujú normálnym rozložením pri stanovenej hladine významnosti $p < 0,05$.

VÝSLEDKY

Výsledky v AUDIT teste pre oba súbory sú znázornené v tab. 1. Priemerné skóre pacientov bolo 22,7 ($\pm 6,48$) bodov, v kontrolnej vzorke 7,3 ($\pm 4,42$) bodov.

Podľa výsledkov deskriptívnej analýzy boli najčastejšími copingovými stratégiami u pacientov plánovanie, inštrumentálna opora a sebaobviňovanie. Respondenti v kontrolnej vzorke najviac využívali plánovanie, pozitívne preformulovanie a aktívny coping. Pacienti so škodlivou konzumáciou alkoholu najmenej využívali humor. Najmenej využívanou stratégiou v kontrolnej vzorke zdravých respondentov bolo popieranie (tab. 2).

Štatisticky významné rozdiely medzi porovnávanými súbormi boli zistené v desiatich subškálach: inštrumentálna opora ($t = -4,351$; $p < 0,001$), akceptácia ($t = 2,57$; $p < 0,012$), emocionálna opora ($t = -2,279$; $p < 0,025$),

Tab. 1. Výsledky v AUDIT teste v skúmaných súboroch (N = 104)

	M (\pm SD)	Minimum	Maximum
Pacienti	22,7 ($\pm 6,48$)	16	39
Kontrolná vzorka	7,3 ($\pm 4,42$)	0	15

Tab. 2. Priemerné hodnoty v subškálach Brief-COPE v skúmaných súboroch (N = 104)

Subškály		M (\pm SD)	t	p
Aktívny coping	pacienti	6,1 ($\pm 1,35$)	0,426	0,671
	kontrolná vzorka	6,2 ($\pm 1,49$)		
Plánovanie	pacienti	6,7 ($\pm 1,35$)	-0,95	0,347
	kontrolná vzorka	6,4 ($\pm 1,56$)		
Inštrumentálna opora	pacienti	6,2 ($\pm 1,60$)	-4,351	0,001
	kontrolná vzorka	4,8 ($\pm 1,69$)		
Akceptácia	pacienti	5,2 ($\pm 1,30$)	2,57	0,012
	kontrolná vzorka	5,9 ($\pm 1,45$)		
Emocionálna opora	pacienti	5,9 ($\pm 1,30$)	-2,279	0,025
	kontrolná vzorka	5,3 ($\pm 1,41$)		
Humor	pacienti	3,9 ($\pm 1,91$)	3,217	0,002
	kontrolná vzorka	5,1 ($\pm 1,73$)		
Pozitívne preformulovanie	pacienti	5,1 ($\pm 1,51$)	3,975	0,001
	kontrolná vzorka	6,3 ($\pm 1,45$)		
Viera	pacienti	4,2 ($\pm 2,33$)	-1,868	0,063
	kontrolná vzorka	3,4 ($\pm 1,99$)		
Popieranie	pacienti	4,4 ($\pm 1,83$)	-5,62	0,001
	kontrolná vzorka	2,7 ($\pm 1,09$)		
Sebarozptyľovanie	pacienti	5,7 ($\pm 1,50$)	-1,994	0,049
	kontrolná vzorka	5,0 ($\pm 1,78$)		
Užívanie návykových látok	pacienti	5,3 ($\pm 1,58$)	-5,242	0,001
	kontrolná vzorka	3,6 ($\pm 1,78$)		
Sebaobviňovanie	pacienti	6,1 ($\pm 1,84$)	-2,512	0,014
	kontrolná vzorka	5,2 ($\pm 1,35$)		
Ventilovanie	pacienti	5,1 ($\pm 1,35$)	-0,583	0,559
	kontrolná vzorka	4,9 ($\pm 1,35$)		
Odangažované správanie	pacienti	5,0 ($\pm 1,35$)	3,446	0,001
	kontrolná vzorka	5,9 ($\pm 1,35$)		

Tab. 3. Rozdiely v používaní copingových stratégií medzi skúmanými súbormi

Copingové stratégie	Pacienti	Kontrolná vzorka	t	p
	M (± SD)	M (± SD)		
Zamerané na problém	24,1 (± 4,27)	23,7 (± 4,56)	-0,454	0,651
Zamerané na emócie	24,4 (± 5,00)	26,0 (± 5,05)	1,589	0,115
Vyhýbavé stratégie	31,5 (± 6,14)	27,2 (± 5,58)	-3,737	0,001

humor ($t = 3,217$; $p < 0,002$), pozitívne preformulovanie ($t = 3,975$; $p < 0,001$), popieranie ($t = -5,62$; $p < 0,001$), sebarozptyľovanie ($t = -1,994$; $p < 0,049$), užívanie návykových látok ($t = -5,242$; $p < 0,001$), sebaobviňovanie ($t = -2,512$; $p < 0,014$) a odangažované správanie ($t = 3,446$; $p < 0,001$). Medzi porovnávanými vzorkami respondentov neexistoval štatisticky významný rozdiel v subškálach aktívne zvládanie, plánovanie, viera a ventilovanie. Pacienti so škodlivou konzumáciou alkoholu dosahovali vyššie skóre vo faktoroch inštrumentálna opora, emocionálna opora, popieranie, sebarozptyľovanie, užívanie návykových látok a sebaobviňovanie oproti kontrolnej vzorke. Na druhej strane, vo faktoroch akceptácia, humor, pozitívne preformulovanie a odangažované správanie dosahovali pacienti nižšie skóre v porovnaní s kontrolnou vzorkou (tab. 2).

Čo sa týka základných skupín copingových stratégií, medzi porovnávanými vzorkami existoval štatisticky významný rozdiel vo využívaní vyhýbavých dysfunkčných stratégií ($t = -3,737$; $p < 0,001$), v ktorých pacienti získali vyššie skóre oproti kontrolnej vzorke. Rozdiely v používaní stratégií zameraných na problém a tiež na emócie medzi pacientmi a kontrolnou vzorkou boli vo všeobecnosti štatisticky nevýznamné. Získané výsledky sú zobrazené v tab. 3.

DISKUSIA

V tejto práci boli porovnávané copingové stratégie pri zvládaní záťaže u hospitalizovaných pacientov so škodlivou konzumáciou alkoholu a kontrolnou vzorkou bez škodlivej konzumácie alkoholu. Zámerom práce bolo zistiť, ktoré efektívne a neefektívne copingové stratégie sa častejšie vyskytovali u pacientov so škodlivým užívaním alkoholu a perspektívne by tak mohli vplývať na recidívy abúzu alkoholu. Zo skúmaných copingových stratégií potvrdili výsledky analýz štatisticky významný rozdiel v prípade inštrumentálnej opory, akceptácie, emocionálnej opory, humoru, pozitívneho preformulovania, popierania, sebarozptyľovania, užívania návykových látok, sebaobviňovania a odangažovaného správania.

Inštrumentálna opora je efektívna stratégia vyznačujúca sa hľadaním sociálnej opory u ostatných ľudí vo forme rád, konkrétnej pomoci či získavania informácií. Pacienti so škodlivou konzumáciou alkoholu v skúmanom súbore ju využívali štatisticky významnejšie než kontrolná vzorka respondentov. Akceptácia ako ďalšia copingová stratégia bola naopak štatisticky významnejšie u zdravých

respondentov než u pacientov so škodlivou konzumáciou alkoholu. Pri akceptácii jedinec prijíma realitu stresujúcej situácie, je pripravený sa s touto skutočnosťou efektívne vysporiadať. Ako naznačili výsledky v subškále akceptácia, pacientom sa oproti zdravým respondentom toto nepodarilo, čo môže byť dôvodom pre rizikovú konzumáciu alkoholu. Rovnako v subškále emocionálna opora bol medzi skúmanými vzorkami potvrdený štatisticky významný rozdiel. Túto copingovú stratégiu využívali vo väčšej miere pacienti so škodlivou konzumáciou alkoholu než zdraví respondenti. Tu pacient vyhľadáva citovú oporu u ľudí vo svojom okolí, snaží sa získať morálnu oporu, sympatie alebo pochopenie jeho situácie. Niektorí pacienti s abúzom alkoholu potrebujú, vyhľadávajú a vynucujú si starostlivosť, záujem o svoju osobu.^{17,18} Možno sa domnievať, že ak takýto pacient k emocionálnej opore nemá prístup, alebo nie je naplnená podľa jeho očakávaní, môže siahnuť po ďalších neefektívnych stratégiách. Zároveň sa môže u svojich blízkych stretávať s odmietaním vzhľadom na rozvinuté škodlivé pitie, čo v ňom môže podporovať prežívanie izolovanosti, nepochopenie a odmietnutie. Tak isto, nadmerná potreba emocionálnej aj inštrumentálnej opory môžu predstavovať u pacienta závislú štruktúru osobnosti, práve pacienti so závislou štruktúrou osobnosti tvoria najpočetnejšiu skupinu závislých od alkoholu.¹⁹ Rozdiel medzi skúmanými vzorkami sa preukázal aj vo využívaní humoru. Humor a smiech sú spôsobom vyrovnávania sa so stresujúcou situáciou, v skúmanom súbore ho využívali štatisticky významnejšie muži bez škodlivej konzumácie alkoholu v porovnaní s pacientmi. Humor môže pomáhať pozitívne prehodnotiť stresory tým, že kladie dôraz na svetlú stránku stresujúcej situácie, problém tak môže byť vyriešený zmenou pohľadu na stresor.²⁰ Zvládanie humorom má mnoho podobných črt s pozitívnym preformulovaním. Humor je zrelý obranný mechanizmus charakteristický pre normálnu organizáciu osobnosti. Deficit zvládania humorom u skúmaných pacientov tak možno vysvetliť aj menej zrelou, neurotickou či hraničnou organizáciou osobnosti. Niektorí autori u závislých pacientov poukazujú na nedostatočne štruktúrovanú a zraniteľnú osobnostnú výbavu, zodpovedajúcu predovšetkým hraničnej alebo narcistickej poruche.^{21,22} Rozdiel medzi súbormi vo využívaní pozitívneho preformulovania bol tiež štatisticky významný, túto stratégiu používali pacienti menej často v porovnaní s kontrolnou vzorkou. Pozitívne preformulovanie je zamerané na zvládanie emócií, kedy pacient prehodnocuje stresujúcu situáciu a snaží sa v nej nájsť pozitívny zmysel. Svojím zameraním nakoniec vedie k efektívnym stratégiám zameraným na dosiahnutie konkrétneho cieľa. Podľa získaných výsledkov môže byť pre pacientov veľmi namáhavé prehodnotiť stresujúcu situáciu v pozitívnom zmysle a snažiť sa efektívne s ňou popasovať. Copingovú stratégiu popieranie používali štatisticky významnejšie vo vyššej miere pacienti so škodlivou konzumáciou alkoholu, pričom u kontrolnej vzorky sa táto stratégia ukázala ako najmenej využívaná. Popieranie je neefektívna stratégia, pri ktorej si pacient odmieta pripustiť existenciu a pôsobenie stresora, správa sa, akoby neexistoval.⁷ Býva naozaj prítomné u pacientov s abúzom alkoholu. Oproti pacientom, respondenti v kontrolnej vzorke nevyužívali popieranie, pravdepodobne disponovali dostatočne rozvinutými efektívnymi

stratégiami zvládania a po vystavení sa stresoru siahali po niektorej z efektívnych stratégií, ktorú zhodnotili v minulosti ako úspešnú. Usudzujeme, že posilnení minulosťou skúsenosťou dôverujú svojim copingovým zručnostiam a nevzniká tak potreba popierania existencie problémovej situácie. Sebarozptyľovanie bola neefektívna copingová stratégia preferovaná signifikantne viac pacientmi v porovnaní s kontrolnou vzorkou. Jej podstatou je, že pacient sa zámernie sústreďuje na iné myšlienky alebo veci, aby nemusel myslieť na svoju záťažovú situáciu. Užívanie návykových látok sa prirodzene vyskytovalo ako copingová stratégia u pacientov so škodlivou konzumáciou v signifikantne vyššej miere než u zdravých respondentov. Je vo svojej podstate dysfunkčná stratégia, keď pacient pred stresormi uniká k nadužívaniu návykových látok. Sebaobviňovanie bola tiež preferovaná copingová stratégia viac pacientmi so škodlivou konzumáciou alkoholu než zdravými respondentami. V nej sa pacient v reakcii na stresujúcu situáciu obviňuje, nadmerne kritizuje sám seba, vidí seba ako príčinu ťažkostí. Táto stratégia môže prispievať k ďalšej psychickej nepohode, keďže v optike pacienta môže za vzniknutú situáciu vo veľkej miere on sám. Sebaobviňovanie pritom môže spúšťať deštruktívny cyklus, pri ktorom pacient odstraňuje pocity viny pomocou alkoholu, čím vzniká začarovaný kruh. Táto stratégia je neefektívna v tom, že odvádza pacienta od hľadania riešenia situácie, v ktorej sa nachádza, fixuje sa na aktuálnu situáciu a hľadá chyby v sebe. Odangažované správanie využívali signifikantne v menšej miere pacienti než kontrolná vzorka. Znamená to, že u pacienta klesá úsilie vyrovnať sa efektívne so stresujúcou situáciou, alebo dokonca jeho úsilie úplne upadne, vzdáva sa akejkolvek snahy svoju situáciu zlepšiť, cíti sa bezmocný.⁷

Nakoniec boli posudzované tri základné skupiny copingových stratégií. Coping vyhýbaním zvyčajne zahŕňa vyhýbanie sa stresujúcej situácii, či premýšľaniu o nej.⁶ Viaceré staršie štúdie sa zhodli, že vyhýbavé stratégie sú spojené s nadmernou konzumáciou alkoholu, súvisia s jeho zvýšenou konzumáciou v obdobiach stresu.^{12,23,24} Význam našich zistení spočíva v tom, že poznanie efektívnych alebo neefektívnych copingových zručností pacientov môže pomôcť predvídať výsledok liečby abúzy alkoholu. Preferencia vyhýbavých stratégií zvládania preto môže znižovať pravdepodobnosť abstinencie pacientov v porovnaní s tými, ktorí využívajú efektívne copingové stratégie.¹⁴ Všetky neefektívne stratégie u pacientov majú spoločného menovateľa, a to prehliadanie alebo unikanie pred stresujúcou situáciou a jej riešením. Možno tak konštatovať, že takáto situácia ostáva neriešená, kumuluje sa, psychická nepohoda narastá a vzniká začarovaný kruh, ktorý môže pacienta znova viesť k opakovanému vyhýbavému správaniu v podobe škodlivej konzumácie alkoholu.

Copingové stratégie zamerané na emócie sa využívajú v situáciách, kedy pacient považuje stresor za neriešiteľný a nezmeniteľný, cieľom je zmena negatívnej emócie na znesiteľnú pre človeka.⁵ Stratégie zamerané na emócie sú považované za pasívne, a preto sú v niektorých psychologických teóriách považované za neefektívne. Ale aj pasívne stratégie zvládania môžu byť užitočné, keď stresor nie je možné ovplyvniť, a preto jediné, čo v danej situácii pacient môže urobiť, je emocionálne sa neangažovať. Tieto

stratégie tak môžu chrániť pred zvýšenou záťažou a zmierniť psychickú nepohodu prostredníctvom akceptovania reality.²⁵ V tejto práci sa v používaní stratégií zameraných na emócie pacienti signifikantne neodlišovali od zdravých respondentov, s výnimkou využívania emocionálnej opory.

Pri používaní stratégií zameraných na problém sa jedinec snaží aktívne hľadať spôsoby riešenia pre daný problém, situáciu. Táto stratégia pritom nespočíva iba v zmene externého prostredia, teda vonkajších podmienok, ale jedinec sa snaží pracovať aj s vlastným vnútorným nastavením, ktorým môže byť zmena vlastného správania alebo očakávania.²⁵ Predchádzajúce výskumy ukázali, že coping zameraný na problém bol volený jedincami v situáciách, kedy mohli zahájiť niečo konštruktívne. Naopak, ak vnímali, že stresor musia iba vydržať, volili stratégie zamerané na emócie.^{6,26} Aj keď sa v tejto práci nepotvrdil signifikantný rozdiel v stratégiách zameraných na problém, zaznamenali sme významné rozdiely pri používaní inštrumentálnej opory medzi skúmanými vzorkami. Ako je zjavné, preferované neefektívne copingové stratégie u pacientov naznačili, že týmito prístupmi môžu iba upevňovať svoju psychickú nepohodu a neschopnosť konfrontovať sa s problémom, ktorého neadaptívne riešenie môže viesť k následnej konzumácii alkoholu.

V praxi, výsledky tejto práce môžu odborníkom pomôcť porozumieť vzniku a udržiavaniu závislosti od alkoholu. Tieto výskumné závery môžu mať pozitívny dopad najmä na oblasť psychoterapeutickej liečby závislosti od alkoholu, keďže takto lepšie poznáme faktory, ktoré sú v negatívnom vzťahu s rizikovým pitím alkoholu. Tieto poznatky sú využívané v zahraničí v terapeutickom prístupe ako kognitívno-behaviorálna terapia zameraná na stratégie zvládania (angl. cognitive-behavioral coping-skills therapy, CBST), ktorý napomáha liečbe závislosti práve cez podporu adaptívnych copingových stratégií. V liečbe závislosti od alkoholu, aj v rámci iných duševných porúch, možno liečiť závislého pacienta zlepšovaním jeho kognitívnych a behaviorálnych schopností zmenou problémového správania. Odstraňovanie neefektívnych, vyhýbavých copingových stratégií a podporovanie efektívnych stratégií môže slúžiť ako prevencia pred recidivami abúzy, keďže pacient v čase záťaže môže využiť efektívnejšie stratégie zvládania percipovanej záťaže. Tie sa postupne dajú implementovať prostredníctvom psychoterapie do každodenného života pacienta. CBST sa klasifikuje ako širokospektrálny prístup, ktorý sa u pacienta primárne nezameriava na samotný problém konzumácie alkoholu, ale zameriava sa na ďalšie oblasti života, ktoré často funkčne súvisia s pitím a relapsom. Napríklad, ak hnev provokuje pacienta k tomu, aby sa napil alkoholu, táto terapia sa bude venovať príčinám a okolnostiam, ktoré u neho vzbudzujú hnev. Pozornosť je teda venovaná procesom myslenia a správania, ktoré sa vyskytujú medzi začiatkom hnevu a pitím pacienta, a na udalosti po abúze. Prostredníctvom aktívnej participácie počas terapie si pacienti osvojujú nové zručnosti a kognitívne stratégie. Následne nahrádzajú maladaptívne návyky zdravšími, kognitívne regulovateľnými.²⁷ Napriek behaviorálnemu prístupu tu platia mnohé zo základných pravidiel vedenia psychoterapie. Terapeuti používajú mnohé tradičné terapeutické schopnosti, ako

nadviazanie vzťahu, empatia, autenticita a i. Je potrebné klásť väčší dôraz na možnosti výberu psychoterapeutickej liečby, priblížiť jej indikácie, limity a efektivitu pre daného pacienta.²⁸

Ďalej, v prevencii je potrebná osveta a edukačné programy pre exponovaných jedincov so škodlivým užívaním alkoholu, či príprava intervenčných programov pri zvládaní záťaže u pacientov závislých od alkoholu. Takéto programy sú zamerané na identifikáciu záťaže a porozumenie vplyvu stresu na celkové zdravie, aj na voľbu efektívnych copingových stratégií pri strese.²⁹ S tým súvisí aj využitie intervenčných programov prostredníctvom virtuálnej reality (VR). Podlipný, Levorová a Vevera³⁰ poukazujú na význam využitia simulovanej reality pri zvládaní baženia v protialkoholickú liečbu (PAL) v kontrolovaných intervenčných programoch, kde sa pacienti so závislosťou od alkoholu učia identifikovať a zvládať baženie v bezpečnom prostredí. Vo svojej rešerši referujú o možnostiach kontroly baženia simulovaním VR, ktoré je vyvolané najčastejšie negatívnymi emóciami, ako smútok, stres, frustrácia, anxieta, ale aj pôsobením sociálneho tlaku. Tu predikujeme zmysel merania a kontroly neadaptívnych copingových stratégií v PAL v budúcnosti v zabezpečenom prostredí VR.³⁰

Vzhľadom na prierezový charakter výskumu výsledky poukazujú na možné súvislosti copingu a abúzu alkoholu. V budúcnosti by bolo preto prínosné túto problematiku preskúmať prostredníctvom longitudinálneho výskumu, sledovať zmeny v škodlivej konzumácii alkoholu po psychoterapeutických intervenciách zameraných na podporu efektívnych stratégií zvládania a odstraňovanie neefektívnych copingových stratégií. K limitom tejto práce patria sociodemografické charakteristiky, ako pracovný status, vzdelanie, ktoré neboli vo vzorkách rovnomerne zastúpené. Preto nemožno generalizovať naše zistenia pre celú mužskú populáciu pacientov so škodlivou konzumáciou alkoholu v SR. Výsledky však naznačujú súvislosti, ktoré

je možné použiť v praxi, aj v PAL. Ďalším nedostatkom tohto výskumu bolo, že neboli skúmané ženy pacientky, ktoré sa môžu odlišovať v používaní copingových stratégií od mužov.²⁹

ZÁVER

V tejto práci bola skúmaná problematika copingových stratégií u hospitalizovaných pacientov so škodlivou konzumáciou alkoholu v porovnaní s kontrolnou vzorkou nevykazujúcou škodlivé pitie. Komparáciou súborov sa potvrdilo, že pacienti so škodlivou konzumáciou alkoholu signifikantne častejšie využívali stratégie inštrumentálna opora, emocionálna opora, popieranie, sebarozptyľovanie, užívanie návykových látok a sebaobviňovanie v porovnaní s kontrolnou vzorkou. Naopak, využívanie copingových stratégií akceptácia, humor, pozitívne preformulovanie a odangažované správanie sa signifikantne v nižšej miere vyskytovali u pacientov oproti kontrolnej vzorke. Tieto výsledky potvrdili dávnejšie zistenia, že pacienti so škodlivým pitím využívajú signifikantne častejšie vyhýbavé copingové stratégie ako kontrolná vzorka. V stratégiách zameraných na problém a na emócie sa štatisticky významný rozdiel medzi skúmanými vzorkami nepreukázal, tieto stratégie boli využívané oboma skupinami v porovnateľnej miere. Pre prax to znamená, že výskyt maladaptívnych copingových stratégií u pacientov s rizikovou konzumáciou alkoholu, či u závislých počas PAL, môžu znamenať zhoršenú komplianciu, recidívy abúzu a možný neefektívny výsledok liečby. Týmto neefektívnymi copingovými stratégiami môžu upevňovať svoju psychickú nepohodu a neschopnosť konfrontovať sa s problémom, ktorého neadaptívne riešenie môže viesť opäť k pokračujúcej škodlivej konzumácii alkoholu. Preto je potrebné poznať copingové stratégie pacientov, pracovať s nimi v psychoterapii a myslieť na ne v prevencii abúzu.

LITERATÚRA

1. Tlačová agentúra SR, TASR, dátum aktualizácie 10. januára 2021. ANALÝZA: Slováci pijú počas lockdownu viac alkoholu doma. Dostupné z: <https://www.teraz.sk/ekonomika/analiza-slovaci-piju-pocas-lockdown/519302-clanok.html>, dňa 13. 8. 2022.
2. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Grant BF et al. Stress and alcohol: Epidemiologic evidence. *Alcohol Res Health* 2012; 34 (4): 391–400.
3. Riegel K, Pěč O, Kalina K. Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi. Vyd. 1. ed. Praha: Portál 2020.
4. Frouzová M. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina K et al. Drogové závislosti. Mezioborový přístup. Vyd. 1. eds. Praha: NMS – Úřad vlády ČR 2003.
5. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C et al. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50 (5): 992–1003.
6. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56 (2): 267–283.
7. Carver CS. You want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *Int J Behav Med* 1997; 4 (1): 92–100.
8. Fromme K, Rivet K. Young adult's coping style as a predictor of their alcohol use and response to daily events. *J Youth Adolesc* 1994; 23 (1): 85–97.
9. Tennen H, Affleck G, Armeli S et al. A daily process approach to coping: linking theory, research, and practice. *Am Psychol* 2000; 55 (6): 626–636.
10. Hasking PA, Oei T. The complexity of drinking: interactions between the cognitive and behavioural determinants of alcohol consumption. *Addict Res Theory* 2004; 12 (5): 469–488.
11. Cooper ML, Russell M, Skinner JB et al. Stress and alcohol use: moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *J Abnorm Psychol* 1992; 101 (1): 139–152.
12. Cooper ML, Frone MR, Russell M et al. Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69 (5): 990–1005.
13. Rask MB, Jørgensen T, Jensen JP et al. Influence of Pretreatment Coping Strategies on the Outcome of Outpatient Treatment of Danish Alcohol Abusers. *Eur Addict Res* 2006; 12 (2): 83–90.
14. Moser AE, Annis HM. The role of coping in relapse crisis outcome: a prospective study of treated alcoholics. *Addiction* 1996; 91 (8): 1101–1113.
15. Litt MD, Kadden RM, Cooney NL et al. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71 (1): 118–128.

16. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction* 1993; 88: 791–804.
17. Kooyman M. Terapeutická komunita pro drogově závislé. In: Nevšímal P. Terapeutická komunita pro drogově závislé I. Vznik a vývoj. Vyd. 1. eds. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje 2005.
18. Mikota V. O ovlivňování duševních chorob. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství Jiří Kocourek 1999.
19. Röhr HP. Závislost: jak jí porozumět a jak jí překonat. Vyd. 1. Praha: Portál 2015.
20. Kuiper NA, Martin RA, Olinger LJ. Coping humour, stress, and cognitive appraisals. *Can J Behav Sci* 1993; 25 (1): 81–96.
21. Rodríguez-Llera MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT et al. Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug Alcohol Depend* 2006; 84 (1): 48–55.
22. Astals M, Domingo-Salvany A, Buena-ventura CC et al. Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse* 2008; 43 (5): 612–632.
23. Britton PC. The relation of coping strategies to alcohol consumption and alcohol-related consequences in a college sample. *Addict Res Theory* 2004; 12 (2): 103–114.
24. Rafnsson FD, Johnsson FH, Windle M. Coping strategies, stressful life events, problem behaviors, and depressed affect. *Anxiety Stress Coping* 2006; 19 (3): 241–257.
25. Medvedová L. Strategie a efektivnost zvládania v kontexte prežívania subjektívnej pohody. In: Zvládanie psychickej záťaže a stresu. Bratislava: Ministerstvo obrany SR, štáb personálneho manažmentu 2000.
26. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54 (3): 466–475.
27. Longabaugh R, Morgenstern J. Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence. Current status and future directions. *Alcohol Res Health* 1999; 23 (2): 78–85.
28. Kleszczewska-Albinska A, Skudlarek M. Motivation for participation in rehab therapy and stress-coping styles in alcohol dependent women and men. *Alcohol Drug Addict* 2020; 33 (3): 219–238.
29. Tabernero C, Gutiérrez-Domingo T, Luque B et al. Protective Behavioral Strategies and Alcohol Consumption: The Moderating Role of Drinking-Group Gender Composition. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16 (5): 900–913.
30. Podlipný J, Levorová S, Vevera J. Využití virtuální reality v léčbě závislosti na alkoholu, marihuaně, opiátech a kokainu. *Čes a slov Psychiat* 2021; 117 (6): 290–298.

referáty z literatury

De Picker LJ, Leboyer M, Geddes JR et al. Association between serum lithium level and incidence of COVID-19 infection

(Spojitost mezi sérovou hladinou lithia a výskytem infekce COVID-19)

Br J Psychiatry 2022; 221 (1): 425–427

Byl předložen antivirový účinek lithia, ale nikdy nebyl zkoumán pro koronavirovou nemoc (COVID-19). Autoři použili elektronické zdravotní záznamy 26 554 pacientů s dokumentovanými sérovými hladinami lithia během pandemie. Autoři prokázali, že výskyt infekce COVID-19 za 6 měsíců byl o 18 % nižší mezi pacienty s terapeutickou (0,50–1,00) proti těm s nižší než terapeutickou (0,05–0,50) hladinou lithia. Mezi pacienty s terapeutickými hladinami lithia byl o 21 % nižší výskyt infekce COVID-19 než u pacientů užívajících valproát pro bipolární poruchu. Nižší poměry infekce byly pozorovány jak pro nové diagnózy COVID-19, tak pro pozitivní PCR testy bez ohledu na základní psychiatrické dg. (bipolární porucha) a očkovací status.

Markham A Daridorexant: First approval

(Orexinové hypnotikum daridorexant schváleno) *Drugs* 2022; 82 (5): 601–607

Daridorexant je perorálně podávaný antagonistu duálního receptoru orexinu (typ 1 a typ 2). Byl vyvinut pro léčbu nespavosti. Byl vybrán z lékových kandidátů na základě očekávaného účinku v délce trvání do 8 hodin v dávce 25 mg a s takovým poločasem rozpadu, aby byly minimalizovány reziduální účinky léku, které by mohly zhoršit fungování jedinců během dne. Na základě výsledků dvou studií ve III. vývojové fázi byl daridorexant nedávno schválen v USA pro léčbu dospělých pacientů s nespavostí charakterizovanou potížemi s usínáním či udržením spánku během noci.

Tento článek novozélandského autora z Aucklandu rekapituluje milníky ve vývoji daridorexantu vedoucí k jeho prvnímu schválení.

MUDr. Jaroslav Veselý