

ROLE TECHNIK VYSTAVENÍ ÚČINKŮM V MULTIKOMPONENTNÍ LÉČBĚ VEDOUcí K ODVYKNUTÍ KOUŘENÍ

María Paz GARCÍA-VERA, Jesús SANZ

Abstrakt: *Hlavním účelem tohoto průzkumu je vyhodnotit, zda přidání terapie vystavení účinkům do kombinace multikomponentních kognitivně-behaviorálních terapií a terapií s dávkami nikotinu zvyšuje účinnost této kombinace jako prostředku při odvykání kouření. Tento výzkum zahrnoval porovnání výsledků získaných ze dvou programů léčby, které kombinovaly kognitivně-behaviorální techniky s dávkami nikotinu s tím, že jeden zahrnoval a druhý nezahrnoval terapie vystavení účinkům.*

Klíčová slova: *multikomponentní kognitivně-behaviorální terapie, odvykání kouření, účinnost léčby odvykání kouření*

Poznámka autora Tato kapitola je založena na článku „*¿Qué aportan las técnicas de exposición a la efectividad de la terapia cognitivo-conductual con parches de nicotina para dejar de fumar?*“ („Jak přispívají techniky vystavení účinkům k účinnosti kognitivně-behaviorální terapie s dávkami nikotinu k zanechání kouření?“) publikovaném španělským časopisem *Psicooncología* v roce 2006 (svazek 3, č. 2–3, s. 305–318). Rádi bychom poděkovali kanceláři vice kancléře UCM, která sponzorovala program „Rok bez kouře v Complutense“, zahrnující tento výzkum a dále *Pfizer Consumer Healthcare* za jejich laskavou podporu a poradenství v oblasti dávek nikotinu a také všem interním psychologům na Univerzitní psychologické klinice UCM za jejich neocenitelnou pomoc v několika fázích našeho výzkumu.

Jak klinické, tak i korelační výzkumné studie potvrzují myšlenku, že kuřácké chování kuřáků a recidiva jednotlivců, kteří chtějí s kouřením přestat, se silně váže na určité stimuly a specifické kontexty (Brandon, Piasecki, Quinn, Baker, 1995; Carter, Tiffany, 1999). Ve skutečnosti když jsou kuřáci vystaveni v laboratoři stimulům spojeným s kuřáckým chováním, jakými jsou například zapalovače, popelníky, nebo cigarety, vykazují významné zvýšení kardiovaskulárních reakcí a touhu kouřit ve srovnání s neutrálními stimuly (Maude-Griffin, Tiffany, 1996; Niaura, Abrams, Pedraza, Monti, Rohsenow, 1992; Thewissen, van den Hout, Havermans, Jansen, 2005). Vyšší reaktivita na stimuly spojené s kuřáckým chováním navíc predikuje sníženou pravděpodobnost

dosazení abstinence kouření po léčení a zvýšení pravděpodobnosti recidivy (Abrams, Monti, Carey, Pinto, Jacobus, 1988; Niaura, Abrams, DeMuth, Pinto, Monti, 1989; Waters a kol., 2004). Tyto údaje vedly pracovníky výzkumu k uvážení terapeutických výhod snížení asociativní síly stimulů spojených s kuřáckým chováním pomocí technik vystavení účinkům na základě klasické expozice. Při těchto technikách je kuřákovi bráněno v kouření (bránění reakce), a to při procházení systematickým a pokračujícím vystavení účinkům stimulů a kontextů dříve spojených s kuřáckým chováním, protože konečným cílem je ukončit podmíněnou reakci kuřáka na zmíněný stimul.

Několik výzkumných studií, které otestovaly efektivnost technik vystavení účinkům při odvykání kouření ale nezjistilo, že jsou tyto techniky samy o sobě efektivnější než ostatní psychologické léčby, jakými jsou relaxační cvičení (Götestam, Melin, 1983) nebo rychlé kouření (Corty, McFall, 1984; Raw, Russell, 1980). Dosavadní výzkum navíc ani neprokázal, že kuřáci vystavení účinkům vykazují vyšší poměr abstinence než kuřáci, kteří získávají sociální podporu (Raw, Russell, 1980) nebo jsou na „čekací“ listině (Götestam, Melin, 1983). Z tohoto důvodu je účinnost technik vystavení účinkům jako jediný způsob zanechání kouření v tomto okamžiku sporná.

Přesto by zahrnutí výše uvedených technik v psychologických nebo psychofarmakologických multikomponentních programech mohlo zvýšit jejich účinnost. Dosud tuto možnost prověřily jenom tři studie. Lowe, Green, Kurtz, Ashenberg a Fisher (1980) zjistili, že vystavení účinkům významně nezvýšilo účinnost programu psychologické léčby na základě relaxačního cvičení a diskusí o cílech: při ukončení tříměsíčních a šestiměsíčních sledováních dosáhla psychologická léčba, která nezahrnovala vystavení účinkům, poměru abstinence na úrovni 71 % a 29 %, což znamená podobné poměry jako ty, které byly získané psychologickou léčbou zahrnující vystavení účinkům (60 % respektive 27 %). Brandon, Zelman a Baker (1987) analyzovali účinnost léčby na základě rychlého kouření, psychoedukace, sociálního posílení, nácvik opakování reakcí a podmíněné dohody porovnáním použití této léčby samotné s použitím kombinace se třemi dodatečnými sezeními s terapií vystavení účinkům. I když na konci těchto sezení s terapií vystavení účinkům skupina pacientů, kteří byli vystaveni této léčbě, vykazovala mírně vyšší poměr abstinence než skupina pacientů, kteří touto léčbou neprošli (65 % versus 37 %), rozdíl při šestém měsíci sledování již přestal být statisticky významný (50 % versus 37 %), což bylo ještě významnější po roce (40 % versus 37 %). Niaura, Abrams, Shadel, Rohsenow, Monti a Sirota (1999) nakonec nezjistili žádné statisticky významné rozdíly mezi poměry abstinence získanými pomocí čtyř různých typů léčby: krátká kognitivně behaviorální terapie, kognitivně behaviorální terapie se zahrnutím vystavení účinkům, kognitivně behaviorální terapie zahrnující nikotinové žvýkačky a kognitivně behaviorální terapie zahrnující jak nikotinové žvýkačky, tak i vystavení účinkům. Příslušné poměry abstinence byly 34,4 %, 32,3 %, 48,6 % a 38,7 % po jednom měsíci a 12,5 %, 12,9 %, 14,3 % a 3,2 % po jednom roce.

V krátkosti je možné říci, že se nezdá, že by předchozí výzkumy podporovaly myšlenku, že jsou techniky vystavení účinkům samy o sobě účinnou léčbou vedoucí k zanechání kouření, ani že by zmíněné techniky zvýšily účinnosti jiných psychologických nebo psychofarmakologických léčeb. Přesto několik autorů naznačilo, že nízká účinnost dosavadních technik vystavení účinkům by mohla být způsobena tím, že tyto techniky, při jejich aplikaci jak na kuřácké chování, tak na obecnou léčbu závislosti,

nebyly ani navrženy ani zavedeny při uvážení nejnovějších objevů výzkumu v oblasti odstranění závislosti (Conklin, Tiffany, 2002; Conklin, 2006; Thewissen, Snijders, Havermans, van den Hout, Jansen, 2006). Takto například současný výzkum v oblasti procesů učení se lidí a zvířat naznačuje, že odstranění závislosti, ke kterému dochází během terapie vystavení účinkům, nenaznačuje přímé snížení původní asociace mezi podmíněným stimulem (CS) (např. cigaretou) a nepodmíněným stimulem (US) (např. nikotinem), ale naučení se novým inhibičním asociacím s CS (CS – ne US). Tyto nové asociace naučené během aplikace technik vystavení účinkům jsou řízeny kontextem, ve kterém vznikají: v rámci kontextu terapie vystavení účinkům se jednotlivec učí, že US již nepřichází po CS. Následně může v pozdější fázi dojít k fenoménu známém jako „obnovení“: odstraněná podmíněná reakce (např. naléhavá potřeba zapálení při detekci přítomnosti cigarety) je znovu spuštěna, když je jednotlivec vystaven CS (např. cigaretě) mimo kontext terapie vystavení účinkům, což znamená mimo kontext odstranění závislosti. Jinými slovy, nutkání kouřit poháněné stimuly vztaženými na kuřácké chování, jakými jsou například cigareta, může být odstraněno v kontextu kliniky, kde je pacient podroben terapii vystavení účinkům. Je-li ale pacient vystaven cigaretě mimo kliniku (např. v hospodě), potom se mohou tato podmíněná nutkání znovu oživit a učinit techniku vystavení účinkům neúčinnou (Conklin, Tiffany, 2002; Conklin, 2006; Thewissen a kol., 2006).

Logickým následkem tohoto pochopení jak procesu odstranění, tak i obnovení výskytu jevu je potřeba navrhnout techniky vystavení účinkům, které zahrnou alespoň co nepřesnější kopii původních kontextů, ve kterých byla nejdříve vytvořena asociace, a rozšířit kontexty, ve kterých dochází k výše uvedeným vystavením a tedy i odstraněním (Conklin, Tiffany, 2002). Z tohoto důvodu by měly být kontexty používané během aplikace technik vystavení účinkům násobené a co neblíže reálným kontextům, ve kterých jednotlivec našel a opět nalezne stimuly vztažené na kuřácké chování. Z tohoto pohledu je pochopitelné, že celá řada předchozích studií neshledala důkazy o účinnosti technik vystavení účinkům, protože někteří badatelé (Corty, McFall, 1984; Götestam, Melin, 1983) přijali postupy prezentace stimulů (např. imaginace, audio prezentace), které přesně nekopírují skutečné kontexty dříve spojené s kuřáckým chováním, nebo ve kterých pacienti naleznou podmíněné stimuly, které se snaží odstranit.

Hlavním účelem tohoto průzkumu je vyhodnotit to, zda přidání terapie vystavení účinkům do kombinace multikomponentních kognitivních-behaviorálních terapií a terapií s dávkami nikotinu zvyšuje účinnost této kombinace při přestání v kouření. Tento výzkum zahrnoval porovnání výsledků získaných ze dvou programů léčby, které kombinovaly kognitivně behaviorální techniky s dávkami nikotinu s tím, že jeden zahrnoval a druhý nezahrnoval terapii vystavení účinkům. Tato terapie byla navržena pro účely maximalizace odstranění návyku a zabránění vlivů, obnovení na základě použití in vivo postupu na klinice zahrnujícího prezentaci stimulů spojených s kuřáckým chováním v kontextech, které jsou velmi podobné buď reálným kontextům, které byly dříve spojeny s kuřáckým chováním, nebo kontextům, ve kterém pacienti naleznou podmíněné stimuly v pozdější fázi (např. pití kávy, pití v zakouřené restauraci) a naplánování testů sebevystavení účinkům těchto stimulů ve složených kontextech mezi sezeními.

Metoda

Účastníci

Výzkum zahrnoval 48 kuřáků, kteří se účastnili dvou programů léčby závislosti na kouření prováděného na *Clínica Universitaria de Psicología* [Univerzitní psychologická klinika (dříve známá jako *Unidad de Psicología Clínica y de la Salud*)] při Univerzitě Complutense v Madridu (UCM, její španělská zkratka). První program byl realizován v letech 2002–2003 (22 kuřáků) a druhý v letech 2005–2006 (26 kuřáků). Oba tyto programy zahrnovaly multikomponentní kognitivně behaviorální terapie a nikotinové dávky, ale druhý také terapii vystavení účinkům. Oba programy sponzorovala kancelář vice kancléře UCM a z tohoto důvodu byli všichni pacienti, lektoři na UCM nebo zaměstnanci správy a služeb, kteří se mohli tohoto projektu volně účastnit. Hlavní demografické a klinické charakteristiky těchto pacientů v každém programu léčby jsou specifikovány v tabulce 1. Před zahájením posouzení před léčbou podepsali všichni pacienti poučený souhlas se svou účastí na výzkumu.

Tabulka 1. Demografické a klinické charakteristiky pacientů, kteří se účastnili programů kombinujících kognitivně behaviourální terapii (CBT) a dávky nikotinu s terapií s vystavením účinkům a bez nich.

| Charakteristika | Léčba (CBT + dávky) | |
|--|-------------------------------|--------------------------------|
| | s vystavením účinkům (n = 26) | bez vystavení účinkům (n = 22) |
| Věk (průměr v letech; [SD]) | 46,5 [9,8] | 44,5 [8,6] |
| Pohlaví (% žen) | 61,5 | 68,2 |
| Úroveň vzdělání (%) | | |
| Základní vzdělání | 11,5 | 4,5 |
| Střední škola, vyšší střední škola a odborná škola | 26,9 | 4,5 |
| University | 61,5 | 90,9 |
| Rodinný stav (%) | | |
| Ženatý/vdaná nebo de facto | 73,1 | 90,9 |
| Svobodný/á | 23,1 | 9,1 |
| Žijící odděleně nebo/rozvedený/á | 3,8 | 0 |
| Profese (%) | | |
| Univerzitní profesoři | 42,3 | 54,5 |
| Správa a služby | 57,7 | 45,5 |
| Počet cigareta/den před léčbou (průměr [SD]) | 21,3 [8,7] | 19,6 [5,9] |
| Vysoká závislost na nikotinu (% kteří kouří \geq 30 cigaret/den) | 23,1 | 9,1 |

Poznámka SD = standardní odchylka. Testy chí-kvadrát ani testy *t* neposkytly $p < 0.05$ statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami u žádných charakteristik.

Design

Byla provedena pre-, post-, a následná a quasi-experimentální studie dvou skupin. Tato studie byla quasi-experimentální, protože pacienti nebyli do těchto programů léčby rozděleni náhodně (s nebo bez vystavení účinkům).

Postup

Posouzení a léčba pacientů bylo prováděno interními psychology kliniky (García-Vera, 2004a).

Posouzení před léčbou

Všichni pacienti prošli individuálním před léčebním posouzením zahrnujícím strukturovaný rozhovor k získání informací o několika aspektech jejich kuřáckého návyku (např. kouření cigaret, situace, které spouštějí kouření, důvody k přestání s kouřením atd.) a o specifických demografických proměnných parametrech (včetně věku, vzdělání, profese, atd.) a o klinických parametrech (včetně nemocí vyvolaných kouřením).

Multikomponentní kognitivně behaviorální léčba

V programu léčby bez vystavení účinkům zahrnovalo výše uvedené posouzení i zahájení léčby, jejíž část se zaměřila i na aplikaci motivačních technik, specificky na motivační rozhovor a přípravu dopisu s osobním závazkem projít touto terapií. U programu léčby s vystavením účinkům byl pacient pozván na individuální léčebné sezení v pozdější fázi, ve které byly použity výše uvedené motivační techniky.

Na základě motivační léčby zahájili všichni pacienti skupinový multikomponentní program (5–7 jednotlivců ve skupině), který kombinoval několik kognitivně-behaviorálních strategií a technik s nikotinovými dávkami. Skupinové programy s léčbou bez vystavení účinkům zahrnovaly 9 sezení během 11 týdnů – jedno týdně, kromě sezení 2 a 3 a závěrečných tří sezení. Mezi sezením 2 a 3 uplynulo jen 48 hodin, protože účelem sezení 3 bylo poskytnout okamžitou podporu pacientů po sezení, při kterém se zavázali přestat zcela s kouřením (druhé sezení nebo den D, “Den nezávislosti na tabáku”), zatímco závěrečná tři sezení skupiny se uskutečnily s dvoutýdenním intervalem mezi sezeními.

Při léčbě zahrnující vystavení účinkům zahrnoval skupinový program celkem 10 sezení během 10 týdnů, jedno týdně, kromě sezení 2 a 3, kde stejně jako u programu bez vystavení účinkům mezi sezeními uplynulo jen 48 hodin z důvodů stejných jako výše.

Jak je v kognitivně behaviorální terapii běžné, v obou programech léčby (s a bez vystavení účinkům) se od pacientů vyžadovalo, aby splnili sérii úkolů mezi sezeními, které se v zásadě zaměřovaly na nácvik a konsolidaci dovedností získaných během terapií při sezeních. Přibližná délka každého sezení v rámci skupinové terapie byla 90 minut. Hlavní psychologické strategie a techniky používané během sezení skupiny v obou programech léčby – částečně na základě strategií a technik čerpaných z programu pro odvykání kouření “Ex-Moker” (García-Vera, 2004b) – byly následující: (1) psychoedukace (tzn. informace o kuřáckých návycích, závislost, proces odvykání, procesy regenerace organismu (včetně aspektů kontroly hmotnosti), dopady na náladu, kognitivní předsudky a dysfunkční názory kuřáků; (2) techniky posílení (tzn. grafické představení a měření CO ve vydechaném vzduchu a posílení snížení úrovně CO); (3) techniky řízení stimulů; (4) sociální podpora během léčby a (5) technika k utěšení touhy, úzkosti a situací vedoucích k recidivě tak, aby pacienti získali pomoc při jejich úspěšném překonávání a drželi se dál od tabáku (např. odpoutání pozornosti, zastavení myšlení, pozitivní samo instrukce, kognitivní restrukturalizace, nácvik dýchání bránicí, nácvik asertivity, nácvik řešení problémů).

Nikotinové dávky

V obou programech léčby byly při druhém sezení skupin (den D) pacientům podávány 16hodinové dávky nikotinu Nicorette© a byly poskytovány odpovídající uživatelské informace a pokyny, a to jak písemně, tak i ústně. Pacienti si první dávku aplikovali sami během tohoto druhého sezení za dozoru terapeuta a obdrželi požadované dávky (jednu za den), které měly být používány až do dalšího sezení. Pokyny pro užití dávky odpovídaly doporučeným pokynům z klinické praxe (Fiore a kol., 1996, 2000). Na základě výsledků získaných z meta-analytických výzkumných studií, které neurčily žádné další dodatečné výhody prodloužené této terapie nikotinových dávek nad 8 týdnů (Fiore, Smith, Jorenby, Baker, 1994), tyto pokyny doporučují aplikace 16hodinových dávek nikotinu během 8 týdnů s tím, že se uvolňované dávky nikotinu postupně snižují: 4 týdny za použití 15 mg dávek nikotinu, 2 týdny s dávkami 10 mg a dva týdny s dávkami 5 mg [viz Fiore a kol. (1996), obecná strategie, tabulka 3]. Toto byl pokyn použitý v obou programech léčby vyhodnocovaných v tomto výzkumu.

Terapie vystavení účinkům

U programu léčby s vystavením účinkům, bylo od pátého sezení terapeutické skupiny zahájeno in vivo vystavování účinkům stimulů spojených s kuřáckým chováním, což zahrnovalo vystavení účinkům hierarchie 7 stimulů během následujících sezení skupiny. První stimul například zahrnoval otevření krabičky cigaret, vytažení cigarety, manipulaci s ní oběma rukama, očichání cigarety při jejím držení oběma rukama, umístěním cigarety na ruku, kterou pacient obvykle cigaretu drží při kouření, uchopení zapalovače druhou rukou a nakonec zažehnutí zapalovače. Další stimuly (např. vložení cigarety do úst, držení cigarety mezi rty, popotáhnutí) postupně zvyšovaly objem akcí vztahených na kuřácké chování. I objem prvků spojených s kontextovým kuřáckým chováním (např. zapálení cigarety přede všemi, zaplnění místnosti kouřem, pití kávy nebo jakéhokoliv nápoje, které pacienti obvykle kombinují s cigaretami) – až do bodu, kde poslední stimul v hierarchii zahrnoval například provádění všech výše uvedených kroků, kdy pacienti pili kávu (nebo jakéhokoliv nápoje, které pacienti obvykle kombinují s cigaretami) v pouliční kavárně s kuřáky zaplněné cigaretovým kouřem.

Kromě toho se od pacientů vyžadovalo, aby si zbuodovali svou vlastní osobní hierarchii zahrnující čtyři stimuly spojené s návykem na kouření podobné hierarchii používané během sezení. Úkoly zahrnující postupné sebevystavení účinkům prvních dvou stimulů v hierarchii skupiny a čtyř stimulů v osobní hierarchii (s minimálně dvěma každodenními vystaveními účinkům odpovídajících stimulů) byly naplánovány mezi sezeními. Tato sebevystavení účinkům byla posuzována pomocí vlastních záznamů pacientů a byla diskutována během sezení skupiny.

Vyhodnocení po léčbě a další sledování

Na začátku posledního skupinového sezení byli pacienti požádáni o sdělení informace o jejich spotřebě tabáku od doby, kdy přestali kouřit (D-Day), a dále prošli analýzou CO ve vydechaném vzduchu pomocí *Mini 2 Smokerlyzer (Bedfont Scientific)*. Vzhledem k technickým problémům ovlivňujícím databázi se ale veškerá měření CO z programu léčby bez vystavení účinkům ztratila. Poléčební abstinence byla tedy základě vlastních zpráv o pokračující abstinenci ode dne D (9 a 7 týdnů u programů

s vystavením účinkům i bez nich). U pacientů v programu s vystavením účinkům byla vlastní zpráva o abstinenci porovnána s 24hodinovým měřením abstinence na základě určení CO pod 8 ppm (Becoña, Vázquez, 1998).

O měsíc později byli všichni pacienti telefonicky kontaktováni a proběhl strukturovaný rozhovor, při kterém jim byly kladeny dotazy včetně toho, zda během tohoto měsíce kouřili. Při tomto sledování po měsíci definovala negativní odpověď na tuto otázku abstinenci.

Všichni pacienti byli opět telefonicky kontaktováni po 6 a 12 měsících kromě těch, kteří léčbu zahájili v polovině roku 2006, a u kterých tedy ještě neuplynulo 6 měsíců od ukončení jejich léčby. Při obou těchto následných sledováních pacienti také prošli stručným strukturovaným telefonním rozhovorem, při kterém byli dotazováni, zda během posledních šesti, resp. dvanácti měsíců kouřili. Jak u tohoto šestiměsíčního, tak u dvanáctiměsíčního pozorování definovala negativní odpověď na tuto otázku.

Výsledky

Demografické a klinické charakteristiky a účast na léčbě

Testy chí-kvadrát byly provedeny pro účely určení výskytu rozdílů mezi oběma léčenými skupinami, s nebo bez vystavení účinkům, a to podle pohlaví, úrovně vzdělání, rodinného vztahu a profese (viz tabulka 1). Mezi oběma skupinami nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly spojené s výše uvedenými charakteristikami ($P^2 = 0,23, 5,65, 2,71$ a $0,71$, respektivně, všechny z nich nevýznamné s $p < 0,05$). Kromě toho byly provedeny testy t pro nezávislá měření, a to pro účely určení výskytu rozdílů mezi oběma léčenými skupinami podle věku pacienta a počtu cigaret pravidelně vykouřených před léčbou. Opět nebyly zjištěny významné rozdíly mezi skupinami ve spojení se zmíněnými proměnnými ($t = 0,73$ a $0,75$, respektivně, obě-významné s All in all $p < 0,05$). Při uvážení vykouření 30 nebo více cigaret denně jako ukazatele vysoké závislosti na nikotinu (De León, Díaz, Becoña, Gurpegui, Jurado, González-Pinto, 2003) nebyly mezi skupinami s vystavením a bez vystavení účinkům zjištěny žádné statisticky významné rozdíly ve spojitosti s počtem kuřáků s vysokou závislostí na nikotinu ($23,1\%$ versus $9,1\%$; $P^2 = 1,68$, nevýznamný s $p < 0,05$).

Procento terapeutických sezení, kterých se pacienti zúčastnili, bylo též spočítáno. Procento skupiny bez vystavení účinkům bylo vypočteno během celkem 10 sezení (1 individuální posouzení léčby + 9 skupinových terapií). Procento skupiny s vystavením účinkům bylo vypočteno během celkem 11 terapeutických sezení (1 individuální posouzení léčby + 10 skupinových terapií). Test t pro nezávislé měření neodhalil mezi skupinou s vystavením účinkům a nevystavením účinkům žádné statisticky významné rozdíly v procentu účasti na terapeutických sezeních (79% versus $82,3\%$; $t = -0,38$, nevýznamné s $p < 0,05$). Neúčast na polovině sezení byla považována za přerušeni léčby. Neúčast byla počítána jako $13,6\%$ ve skupině s vystavením účinkům a jako $13,6\%$ ve skupině bez vystavení účinkům – a v procentu přerušeni nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly ($P^2 = 0,29$, nevýznamný s $p < 0,05$).

Abstinenční poměry

Pacienta, který přerušil léčbu bez vystavení účinkům, nebylo možné kontaktovat a z tohoto důvodu nebyly shromážděny údaje o abstinenci po léčbě a při dalším

sledování. Ztracené údaje odpovídající tomuto pacientovi byly zahrnuty jako selhání a procento abstinujících pacientů v ohledem na všechny pacienti, kteří zahájili léčbu v době dokončení a sledování po 1, 6 a 12 měsících, je uvedeno v tabulce 2. Před analýzou těchto údajů je důležité uvážit, že sledování po 6 a 12 měsících nezahrnovala údaje odpovídající skupině pacientů vystavených účinkům, kteří léčbu zahájili v polovině roku 2006 a u kterých nebylo provedeno žádné sledování po 6 a 12 měsících, protože od doby jejich léčby v této fázi ještě neuplynulo 6 měsíců.

Test chí-kvadrát byl proveden pro účely zjištění výskytu rozdílů mezi oběma léčenými skupinami, s vystavením účinkům a bez něj, v procentu abstinujících pacientů po léčbě a po 1 měsíci (viz tabulka 2). Mezi těmito skupinami nebyly zjištěny žádné statisticky významné rozdíly spojené s procentem abstinence (obě $P^2 = 0,20$ a nevýznamné s $p < 0,05$).

Při uvážení pouze těch pacientů, kteří léčbu dokončili s dostatečným časem k provedení sledování po 6 a 12 měsících (viz tabulka) testy P^2 nezjistily žádné statisticky významné rozdíly mezi oběma léčenými skupinami spojitosti s procentem abstinujících pacientů ani při dokončení léčby ani při pozorování 1 měsíc poté (obě $P^2 = 0,79$ a nevýznamné s $p < 0,05$). Tento zmíněný test opět nezjistil mezi oběma skupinami žádné statisticky významné rozdíly ve spojitosti s procentem abstinujících pacientů během dalších 6 a 12 měsíčních fázích ($P^2 = 2,37$ y $3,28$, respektivně obě nevýznamné s $p < 0,05$). Ve fázi jednoho roku ale rozdíly obou skupin, které upřednostňovaly skupinu s vystavením účinkům (66,7 % versus 36,4 %), téměř dosáhly statistické významnosti ($p < 0,07$). Tento rozdíl se stal ve skutečnosti tak velkým (30,3 %) , že nedostatek statistické významnosti naznačoval, že výzkum postrádal v době vyhodnocení abstinence ve fázi po 12 měsících statistickou hodnotu.

Tabulka 2. Poměry abstinence ve dvou programech kombinujících kognitivně behaviorální terapii (CBT) a nikotinové dávky s a bez terapie vystavení účinkům.

| Abstinence | Léčba (CBT + dávky) | |
|---|-----------------------|----------------------|
| | bez vystavení účinkům | s vystavením účinkům |
| Všichni kuřáci (n) | 26 | 22 |
| Abstinence ve fázi po léčbě | 65,4% | 59,1% |
| Abstinence při pozorování po 1 měsíci | 65,4% | 59,1% |
| Kuřáci, kteří podstoupili 6- a 12-měsíční pokračování (n) | 15 | 22 |
| Abstinence ve fázi po léčbě | 73,3% | 59,1% |
| Abstinence při pozorování po 1 měsíci | 73,3% | 59,1% |
| Abstinence při pozorování po 6 měsících | 66,7% | 40,9% |
| Abstinence při pozorování po 12 měsících | 66,7% | 36,4% |

Poznámka Testy chí-kvadrát neposkytly s $p < 0,05$ statisticky významné rozdíly mezi oběma skupinami pro abstinenci jakéhokoliv měření.

Diskuse

Hlavním účelem tohoto výzkumu bylo posoudit, zda by přidání technik vystavení účinkům významně zlepšilo účinnost kombinované kognitivně behaviorální tera-

pii a terapii s nikotinovými dávkami, a to jak v krátkodobém (po léčbě a měsíc poté), tak i ve středně/dlouhodobém horizontu (sledování po šesti a dvanácti měsících). Zdá se, že naše výsledky zmíněnou hypotézu nepotvrzují. I když kombinovaná kognitivně behaviorální terapie a program dávek nikotinu včetně technik vystavení účinkům poskytl během fáze po léčbě po 1, 6 a 12 měsících sledování vyšší poměry než ty odpovídající účinkům kognitivně behaviorální terapie a programu dávek nikotinu bez technik vystavení účinkům (viz tabulka 2), zmíněné rozdíly nebyly statisticky významné. Z tohoto důvodu musíme přijmout nulovou hypotézu absence rozdílů mezi oběma programy léčby a následně dojít k závěru, že přidání technik vystavení účinkům nezvyšuje významně účinnost kombinovaných kognitivních-behaviorálních programů s programy dávek nikotinu.

Zmíněná absence statisticky významných rozdílů byla patrná navzdory skutečnosti, že oba programy léčby zaměřené na odvykání kouření vedly ke skvělým výsledkům. V obou zvažovaných programech jsme zjistili poměry abstinence až 65 % ve fázi po léčbě, 52,8 % ve fázi po šesti měsících a 50 % po 1 roce. Tyto výsledky jsou podobné nebo vyšší než výsledky získané v předchozím výzkumu o účinnosti kognitivně behaviorální terapie, nikotinových dávek nebo kombinaci obou. Další analýza údajů shromážděných na základě meta-analytického posouzení, které provedli Sánchez Meca, Martín Martínez, Olivares Rodríguez, a Rosa Alcázar (1999) v oblasti účinnosti kognitivně behaviorální terapie vedoucí k zanechání kouření ve Španělsku tedy například vedou k odhadovaným poměrům abstinence 67,2 % během fáze po léčbě, 31,9 % během šesti měsíců a 29,3 % za dvanáct měsíců (García-Vera, Sanz, 2006). Jinak další analýza údajů shromážděných na základě meta-analytického posouzení, které provedli Fiore a kol. (1994) o účinnosti nikotinové dávky, vede k očekávaným poměrům abstinence na úrovni 7,2 % během fáze po léčbě, 22,4 % během šesti měsíců a 10,2 % za dvanáct měsíců – zatímco aplikace nikotinové dávky v kombinaci s kognitivně behaviorální terapií dosahuje poměrů abstinence na úrovni 50,4 % během fáze po léčbě, 28,9 % během šesti měsíců a 27,6 % po dvanácti měsících (García-Vera, Sanz, 2006).

Z tohoto důvodu musí být při pokusu o vysvětlení nepřítomnosti rozdílů mezi programy léčby s nebo bez vystavení účinkům vyloučen jakýkoliv zásadní vliv. Tato absence rozdílů je vlastně konsistentní s výsledky předchozích publikovaných studií, které také došly k závěru, že techniky vystavení účinkům nezvýšily významně účinnost ani multi-komponentního programu kognitivního-behaviorálního vystavení účinkům (Brandon a kol., 1987; Lowe a kol., 1980) ani multi-komponentních programů léčby kombinujících kognitivně behaviorální terapii s nikotinovými dávkami (Niaura a kol., 1999). V tomto výzkumu a ve srovnání s ostatními předchozími výzkumy byla navíc tato terapie vystavení účinkům navržena podle doporučení Conklin y Tiffany (2002) tak, aby bylo maximalizováno odstranění návyku a zabránění obnovení a která navíc pro tento účel zahrnovala in vivo prezentace stimulů spojených s kuřáckým chováním – prezentující tyto stimuly v takových kontextech, které přesně vytvářejí skutečné kontexty dříve spojené s kuřáckým chováním, při kterých pacienti čelí podmíněným stimulům v pozdější fázi – a naplánování multikontextových situací sebevystavení účinkům mezi sezeními. Přesto i když byla doporučení Conklin a Tiffany (2002) při návrhu terapie s vystavení účinkům důsledně dodržena, naše výsledky nenaznačují, že zmíněná terapie významně zvyšuje poměry abstinence

multikomponentního programu kombinujícího kognitivně behaviorální terapii s dávkami nikotinu.

Ve světle omezení této studie je ale třeba brát tento závěr obezřetně. Prvním omezením je, že tento návrh nebyl experimentální. Protože byli pacienti do léčení přiřazeni nahodile, mohlo dojít k tomu, že se obě skupiny pacientů lišili v některých relevantních charakteristikách spojených s dosaženým poměrem abstinence, což by potažmo mohlo vysvětlovat absenci rozdílů mezi poměry abstinence v obou léčeniích. I když je pravdou, že žádná z těchto dvou skupin pacientů nevykázala statisticky významné rozdíly v celé řadě demografických a klinických proměnných (pohlaví, věk, rodinný stav, úroveň vzdělání, profese, počet vykouřených cigaret, závislost na nikotinu, účast na terapeutických sezeních), je jasné, že může existovat celá řada proměnných veličin, které mohou abstinenci predikovat (Míguez, Becoña, 1997; Ockene a kol., 2000) a absence nahodilosti zvyšuje pravděpodobnost možného výskytu rozdílů mezi skupinami s ohledem na zmíněné proměnné veličiny a tedy i jejich možný vliv na výsledky získané v tomto výzkumu.

Druhé omezení je spojeno s postupem použitým k měření abstinence, protože použití vlastních zpráv je stále kontroverzní. Velký objem dat ale naznačuje, že jsou tyto vlastní zprávy přesné i při zásazích s nízkou intenzitou. Popření v těchto situacích může být nízké, a to až na úrovni 2–4 % (Jolicoeur a kol., 2000). V tomto výzkumu jsme byli schopni měřit abstinenci pomocí oximetrie CO ve fázi po léčbě skupiny s vystavením účinkům s tím, že tyto výsledky zcela potvrdily údaje ve vlastní zprávě o abstinenci, protože úroveň CO u 65,4 % pacientů, kteří prošli léčbou s vystavením účinkům, byla ve fázi po léčbě pod 8 ppm. Kromě toho se odhaduje, že spolehlivost odpovědí uvedených ve vlastních zprávách ve Španělsku dosáhla u telefonních rozhovorů 71,4 % (Nebot a kol., 1990). Na základě tohoto údaje lze tedy odhadovat, že poměry abstinence získané v obou programech léčby (s a bez vystavení účinkům) dosáhly během fáze po léčbě 43,7 %, 28,7 % po šesti měsících a 36,1 % po dvanácti měsících. Tyto poměry se dobře porovnávají, a dokonce i předčí, poměry získané v předchozím výzkumu účinnosti kognitivně behaviorální terapie, nikotinových dávek nebo kombinace těchto dvou metod (Fiore a kol., 1994; García-Vera, Sanz, 2006; Sánchez Meca a kol., 1999), což je povzbuzující při porovnání s poměry abstinence odpovídající jednotlivcům, kteří neprošli žádnou terapií (3–5 %) (García-Vera, Sanz, 2006).

Třetím omezením v této studii je malý počet pacientů zahrnutých do obou terapeutických skupin (celkem 48 pacientů ve fázi po léčbě a fázi pozorování měsíc poté a 36 pacientů ve fázi pozorování šest a dvanáct měsíců poté), které zpochybňuje statistickou hodnotu tohoto výzkumu ke zjištění statisticky významných rozdílů v poměrech abstinence mezi léčeními s vystavením účinkům a nevystavením účinkům. Toto je ve skutečnosti velice reálná možnost s ohledem na výsledky získané ve fázích pozorování po šesti a dvanácti měsících, protože i když léčba s vystavením účinkům poskytla vyšší poměry abstinence než léčba bez vystavení účinkům (o 25,9 % více abstinujících pacientů při sledování po šesti měsících a o 30,3 % více abstinujících pacientů při sledování po dvanácti měsících), zmíněné rozdíly se nezdály být statisticky významné. Z tohoto důvodu může být nezbytné výsledky získané na tomto výzkumu zopakovat na větším vzorku kuřáků k zajištění požadované statistické hodnoty a tam, kde to bude možné, experimentálního návrhu ke zvýšení možnosti dosažení pevnějších a bezpečnějších

závěrů s ohledem na dodatečné terapeutické výhody při začlenění technik vystavení účinkům v programech odvykání kouření kombinujících kognitivně behaviorální terapii s dávkami nikotinu.

THE ROLE OF EXPOSURE TECHNIQUES IN MULTI-COMPONENT SMOKING CESSATION TREATMENTS

Abstract: The main purpose of this research is to assess whether adding exposure therapy to the combination of multi-component cognitive-behavioural and nicotine patch therapies increases the efficacy of this combination for smoking cessation. The research involved the comparison of results obtained from two treatment programmes that combined cognitive-behavioural techniques and nicotine patches, one including and the other excluding exposure therapy.

Keywords: multi-component cognitive-behavioural therapy, smoking cessation, efficacy of smoking cessation treatment