

Tréning zručností pre zvládanie úzkosti: Kritický prehľad

pracovný preklad štúdie

Coping-skills training for the management of anxiety: A critical review

Billy A. BARRIOS and Carol C. SHIGETOMI

Vzhľadom prekvapivé množstvo kritických informácií ponúkame pracovný slovenský preklad tejto štúdie umožňujúci získať informatívny obraz o jej obsahu. Prípadne tiež overiť opodstatnenosť kritických hodnotiacich konštatovaní editora a autora blogu psychológa PhDr. Milana Kožiaka a tým snád' získať ich zhovievavejšiu akceptáciu.

Preklad bol uskutočnený s pomocou translátora Google  a obsahuje väčšinu textových častí, bez tabuliek. Tieto, ako aj odkazy pod čiarou a odkazy na zdroje a literatúru možno nájsť vo vyššie zdieľanom anglickom PDF originále v úvode štúdie, č.20.

Vzhľadom na pomerne veľký rozsah štúdie a terminologicky náročný obsah sa môže pozorný čitateľ stretnúť v jej preklade do slovenčiny s menej zrozumiteľným výkladom. Jeho správna interpretácia sa však dá vystopovať dedukciou z kontextu tej -ktorej kapitoly a prechádzajúcich vyjadrení.

Anotácia

Táto práca hodnotí výskum tréningu zručností pre zvládanie úzkosti. Medzi skúmané tréningové techniky patrí tréning zvládania úzkosti, aplikovaná relaxácia, relaxácia riadená signálmi, desenzibilizácia sebakontroly a modifikácia sebayjadrenia. Hoci mnohé štúdie o týchto technikách boli chybné, uvádza sa, že liečebné postupy sú úspešné pri znižovaní situačne špecifických úzkostných reakcií. Zmiešané výsledky sa dosiahli aj pri iných reakciách ako pri tých, ktoré boli priamo liečené (generalizované účinky). Odporúčania pre budúci výskum zdôrazňujú použitie citlivo závislých opatrení, aktívne zapájanie klinicky úzkostných subjektov a skúmanie preventívnych účinkov tréningu zvládacích zručností.

Behaviorálna terapia sa čoraz viac zaujíma o tréning zvládacích zručností, t. j. techniky, ktoré učia klientov aktívnej zručnosti, ako je relaxácia, ktorú možno využiť pri zvládaní rôznych životných situácií vyvolávajúcich úzkosť (Goldfried a Merbeum, 19J3; Mahoney, 197J; Mahoney a Thoresen, 19J4). Tréning zvládacích zručností sa líši od tradičných intervencií, ktoré sa držia modelu „kuna“, v tom, že zahŕňa aktívne inštruktáž klientov v identifikácii indexov úzkosti a vykonávaní správania, ktoré zníži alebo eliminuje napätie. Liečba založená na zvládnutí neposkytuje klientom takéto inštrukcie ani prax v stratégiách zvládania úzkosti, keď ju prežívajú.

Intervencie založené na týchto podmienkach sa môžu považovať za neúčinné a nevhodné (Borkovec, Westrts, A. Bernstein, 1P77; Pačl, 1969). Táto metóda sa považuje za termín úzkosť, ktorý je v súlade so sociálnym teoretickým pohľadom na úzkosť ako na súčasť laboratórnych predpokladov, že sa vzťahuje týka celého komplexu správania. Tento viacrozmerný konštrukt zahŕňa dedičné dispozície (kognitívne, metabolizmus a fyziologické reakcie). Podľa Borkovca (1977) je to, či je jedinec označený za „úzkostlivého“, alebo nie, podmienené rasovou typológiou, tiež vonkajšími a vnútorným vplyvmi.

Tento model zvládnutia nepredpokladá, že liečení klienti budú pociťovať úrovne úzkosti, ktoré znížia ich výkon. Toto očakávanie sa javí ako neopodstatnené.

Ak je, ako mnohí tvrdia, konečným cieľom terapie poskytnúť klientom zdroje na samostatné zvládanie životných stresov, potom výskum takýchto techník zvládania nadobúda určitý význam. Na liečbu úzkosti bolo vyvinutých množstvo postupov zvládania. Medzi ne patrí tréning zvládania úzkosti (Suinn & Richardson, 1971), aplikovaná relaxácia (Deffenbacher, 1976), relaxácia riadená signálmi (Russell & Sipich, 1973), desenzibilizácia sebakontroly (Golfried, 1971) a modifikácia sebavyjadrenia (Goldfried, Decenteceo & Weinberg, 1974; Meichenbaum a Cameron). Záujem o zručnosti zvládania pramení z niekoľkých rôznorodých trendov v psychoterapii, vrátane obáv o sebakontrolu a kognitívne procesy, nespokojnosti s tradičnými prístupmi behaviorálnej terapie a obnoveného záujmu.

Behaviorálna sebakontrola je dnes jednou z najrozsiahlejšie skúmaných oblastí v behaviorálnej teórii. Podľa Bandura majú ľudia sebareaktívne schopnosti, ktoré im umožňujú vykonávať kontrolu nad vlastnými pocitmi, myšlienkami a činmi. Aplikácia postupov sebakontroly ukazuje, že ľudia môžu smerovať svoje správanie k hodnotným cieľom tým, že si vytvoria podmienky prostredia, ktoré s najväčšou pravdepodobnosťou vyvolajú požadované správanie, a vytvoria kognitívne pomôcky a sebaposilňujúce dôsledky na udržanie tohto správania (Bandura, 1977). Programy tréningu zvládacích zručností sú v súlade s týmto dôrazom na sebakontrolu v tom, že sú zamerané na inštrukciú jednotlivca v zovšeobecniteľných metódach na znižovanie úzkosti.

So zameraním na sebakontrolu súvisí aj uznanie užitočnosti zohľadnenia kognitívnych procesov v programoch na zmenu správania. Všetko správanie nemožno úplne vysvetliť z hľadiska predchádzajúcich a následných udalostí vo vonkajšom prostredí. Vonkajšie vplyvy ovplyvňujú správanie prostredníctvom sprostredkujúcich kognitívnych procesov (Bandura, 1977). Jednou z najvýznamnejších revízií v prístupoch teórie učenia bolo prijatie skrytých javov ako legitímnych vyšetrovacích cieľov a klinicky relevantných premenných.

Ďalším primárnym dôvodom vzniku tréningu zvládacích zručností bola nespokojnosť s obmedzeniami tradičnej behaviorálnej terapie. Preskúmanie typických liečebných postupov pre úzkosť, systematickej desenzibilizácie a in vivo modelovania ilustruje tento bod. Systematická desenzibilizácia má obmedzené využitie pre klientov, ktorí nie sú schopní dosiahnuť alebo udržať si živé predstavy, a pre klientov trpiacich viacerými úzkostnými reakciami. Techniky in vivo modelovania sa vyhýbajú ťažkostiam spojeným s predstavami, ale vyžadujú si značný čas terapeuta a môžu byť nevhodné alebo neuskutočniteľné pre určité úzkosti, ako je napríklad test alebo všadeprítomná úzkosť. Keď zdroje a environmentálne obmedzenia robia in vivo modelovanie nepoužiteľným, možno použiť techniky skrytého modelovania (Kazdin, 1974). Avšak, rovnako ako pri desenzibilizácii, ťažkosti súvisiace s predstavami môžu znižovať ich účinnosť.

Možno hlavným nedostatkom postupov desenzibilizácie aj modelovania je, že účinky liečby sa významne nezovšeobecňujú na necieľové správanie alebo necieľové situácie (Liberman a Smith, 1972). Zdá sa teda, že tradičné postupy, ktoré zdôrazňujú diskkrétne, situačne špecifické reakcie, by mohli profitovať z vývoja postupov, ktoré trénujú zvládacie zručnosti, ktoré možno aplikovať v rôznych situáciách a problémoch.

Ďalším hlavným dôvodom záujmu o tréning zvládacích zručností je pozornosť zameraná na prevenciu (Gelfand a Hartmann, 1977; Kessler a Albee, 1975; Poser, 1970, 1976). Viacerí jednotlivci (Cautela, 1969; Goldfried a Merbaum, 1973; Meichenbaum, 1973; Stuan, 1977) navrhli, aby behaviorálni terapeuti učili klientov aktívnym zručnostiam, ktoré sú zovšeobecniteľné a ktoré možno využiť na liečebné alebo preventívne účely. Neklinické populácie sa dajú naučiť zvládať stres pomocou takých rozmanitých kognitívnych techník, ako je vyhľadávanie informácií, riešenie problémov s predvídaním, nácvik imaginácie, organizácia úloh, zmenené atribúcie, sebaoznačenie a relaxácia (Meichenbaum, 1973). Ľudia sa v súčasnosti učia zvládať stres náhodným spôsobom; zdalo by sa rozumnejšie navrhnúť empiricky založené programy, ktoré explicitne učia zručnosti a poskytujú prax v ich aplikácii na rôzne stresory. Cautela (1969) argumentoval, že okrem odstraňovania maladaptívneho správania klientov by sa mal behaviorálny terapeut snažiť znížiť náchylnosť klienta na rozvoj budúceho maladaptívneho správania a poskytnúť jednotlivcovi prostriedky na elimináciu takéhoto správania bez pomoci terapeuta. V dôsledku tohto trendu smerom k príprave klienta na zvládanie budúcich ťažkostí a nedávneho zamerania sa na prevenciu sa medzi behaviorálnymi terapeutmi rozvinula oblasť tréningu zvládacích zručností.

Epidemiologické údaje o úzkostných reakciách a fobických poruchách poskytujú ďalšie opodstatnenie pre programy tréningu zvládacích zručností. Veľké segmenty bežnej populácie trpia úzkostnými reakciami, ktoré oslabujú výkon. Napríklad 20 % školákov (Eysenck a Rachman, 1965) a 25 % vysokoškolákov (Suinn, 1969) má úzkosť z testov. Významná časť dospievajúcej a mladej dospeléj populácie uvádza intenzívnu heterosociálnu úzkosť (Borkovec, Stone, O'Brien a Kaloupek, 1974; Fishman a Nawas, 1973; Martinson a Zerbe, 1970). Medzi neklinickou verejnosťou je všadeprítomná aj úzkosť súvisiaca s verejným vystupovaním (Paul, 1966), asertívnosťou (Gambrell a Richey, 1975) a matematikou (Richardson a Suinn, 1971). Agras, Sylvester a Oliveau (1969) uviedli ako bežné objekty strachu hady, výšky, búrky, lietanie, zubárov, zranenia, choroby, smrť, uzavreté priestory, cesty osamote a samotu. Macfarlane, Allen a Honzik (1954) zistili, že 90 % detí vo veku od 2 do 14 rokov malo aspoň jeden konkrétny strach. Lapouse a Monk (1959) zistili, že 43 % detí vo veku od 6 do 12 rokov malo aspoň 7 z 30 uvedených strachov. Je teda zrejmé, že značná časť bežnej populácie pociťuje úzkosť v rôznych situáciách. Liečebné postupy teda môžu jednotlivca naučiť aktívnej zručnosti na zvládanie úzkosti, aby sa maximalizovali preventívne účinky, znížili viacnásobné úzkostné reakcie a minimalizovala liečba.

Prevažná väčšina problémov spojených s predstavivosťou a konštrukciou hierarchie sa pri tréningu zvládacích zručností zvyčajne nevyskytuje. Tieto techniky sú teda procedurálne uskutočniteľnejšie ako systematická desenzibilizácia a modelovanie v reálnom čase. Zdroje záujmu o tréning zvládacích zručností nemusia byť v súlade s ich teoretickými základmi a dôvodmi pre vývoj. Rôzne programy tréningu zvládacích zručností sa líšia, pokiaľ ide o teoretické princípy, z ktorých boli vyvinuté, a interpretácie aktívnych mechanizmov zodpovedných za vyvolané účinky. Napríklad relaxácia riadená signálmi bola vytvorená z klasickej paradigmy podmieňovania (Paul, 1966), zatiaľ čo desenzibilizácia sebakontroly pochádza z kognitívneho mediačného modelu (Goldfried, 1971). Možno ju považovať

ako lepšiu ako postupy založené na zvládnutí so zovšeobecnenými účinkami a neurčitým preventívnym potenciálom. Hoci programy zvládania sú relatívne nedávnym vývojom, už vygenerovali rozsiahlu výskumnú literatúru. Táto práca skúma údaje o účinnosti piatich postupov tréningu zvládacích zručností: tréning zvládania úzkosti, aplikovaná relaxácia, relaxácia riadená signálmi, desenzibilizácia sebakontroly a modifikácia sebavyjadrenia, ktorá zahŕňa inokuláciu stresu a racionálnu reštrukturalizáciu.

OPIS TECHNÍK A HODNOTENIE ŠTÚDIÍ VÝSLEDKOV

Predtým, ako sa pristúpi k štúdiám, sú uvedené stručné popisy techník. Následne sú zhrnuté všeobecné zistenia štúdií výsledkov relevantných pre každú techniku. Prehľad literatúry o výsledkoch siaha do konca roku 1978. Tabuľka I predstavuje súhrn každej z preskúmaných štúdií, aby sa umožnilo porovnanie medzi štúdiami. Tieto súhrny naznačujú úspešnosť liečby a metodologickú primeranosť štúdie. Niekoľko kategórií Zahrnuté v tabuľke I si vyžadujú stručné rozšírenie. Pod nadpisom Porovnané podmienky sú uvedené iba experimentálne podmienky, ktoré boli ústredným bodom záujmu. Napríklad, množstvo štúdií skúmalo relatívnu účinnosť rôznych zložiek techniky alebo vplyv menších procedurálnych variácií na výsledok. V takýchto prípadoch je uvedená iba primárna technika. Pod nadpisom Výsledok bola účinnosť terapeutického stavu (podmienk) určená zhrnutím výsledkov vo všetkých závislých mierach pre každý kanál odpovede. Uvádzajú sa výsledky po liečbe a následné sledovanie pre každý z posudzovaných špecifických kanálov. Nadpis Zovšeobecnené uvádza zistenia výskumov, ktoré skúmali účinky liečby na necieľové správanie alebo situácie. Je zrejmé, že do nášho určovania výsledkov mohla vstúpiť určitá miera subjektivity alebo zaujatosti. Každý z autorov však nezávisle vyhodnotil údaje o výsledkoch a dosiahol 100 % zhodu, pokiaľ ide o

„Tréning zvládania úzkosti (AMT) pozostáva z troch základných fáz:

- (a) úvod do princípov AMT a tréning relaxácie, (
- (b) 1hodina tréningu vizualizácie scén spojených s úzkostným vzrušením, relaxáciou a kompetenciou a
- (c) 1 hodina skúseností s indukciou kontrolou úzkosti (Suinn & Richardson, 1971).

Vo fáze I. relaxačný tréning zahŕňa cvičenia na napätie a uvoľnenie svalov špecifikované Jacobsenom (1938).

Vo fáze II. klient dostáva rozsiahle inštrukcie v identifikácii a živej vizualizácii predstavovaných situácií, ktoré vyvolávajú pocity úzkosti, relaxácie alebo kompetencie.

Klient sa učí rozlišovať pocity spojené s každým emocionálnym stavom a rýchlo iniciovať scénu, rýchlo ju ukončiť a okamžite vizualizovať ďalšiu scénu alebo stav relaxácie. Počas tejto fázy sa klient tiež zoznami s používaním signálu hlbokého dychu na rýchle obnovenie

relaxácie a odstránenie úzkosti.“

Fáza III. zahŕňa opakované cvičenie indukcie úzkosti s rýchlym ukončením úzkosti pomocou kontrolného signálu hlbokého dýchania a prechodom na relaxáciu alebo kompetentné zobrazovanie.

Šesť štúdií skúmalo účinnosť AMT. Päť z týchto štúdií používalo skupinový dizajn s adekvátnymi kontrolnými podmienkami bez liečby a bez úzkosti.

Cieľovými správaním boli matematika, verejné vystupovanie, testy a všeobecná úkosť. Všetky štúdie zaznamenali podstatné zníženie

úzkosti po ukončení AMT a preukázali, že AMT je lepšia ako bez liečby. V tých štúdiách, v ktorých sa použila normálna kontrolná podmienka, boli úrovne úzkosti po liečbe u subjektov dostávajúcich AMT rovnaké ako u neúzkostných jedincov. V piatich štúdiách, ktoré skúmali generalizované účinky, sa získala určitá podpora pregeneralizáciu. Bohužiaľ, žiadna zo štúdií nepoužívala podmienku pozornosti s placebom a iba štúdia Deffenbachera a Sheltona (1978) vykonala následné hodnotenie. Štúdia Deffenbachera a Sheltona (1978) je pozoruhodná tým, že zistila, že AMT dosahuje lepšie generalizované účinky (hoci ekvivalentné liečebné účinky). Táto lepšia účinnosť sa zistila iba pri následnom hodnotení, čo zdôrazňuje dôležitosť následného sledovania pri skúmaní generalizovaných účinkov.

Kritickým obmedzením všetkých štúdií bola vysoká miera spoliehania sa na sebahodnotenie.

boli vykonané s cieľom zistiť, či podmienky placebo zamerané na pozornosť boli ekvivalentné aplikovanej relaxácii na tieto nešpecifické liečebné faktory. Hoci sa získala značná podpora účinnosti tejto techniky, absencia silných experimentálnych návrhov, následného hodnotenia a hodnotenia viacerých kanálov a zovšeobecnených účinkov vo veľkom percente štúdií robí väčšinu záverov predbežnými.

Relaxácia riadená signálmi

Cieľom relaxácie riadenej signálmi (CC) je umožniť jednotlivcovi dosiahnuť stav relaxácie v reakcii na samovytvorený signál. Postup pozostáva z dvoch fáz: (a) tréning hlbkej svalovej relaxácie a (b) opakované spájanie uvoľneného stavu s samovytvoreným signálovým slovom, ako napríklad „pokoj“ alebo „kontrola“ (Russell & Sipich, 1973). Po relaxačnom tréningu a kým je jednotlivec úplne uvoľnený, jednotlivec subvokalizoval signálové slovo s každým výdychom. Terapeut spočiatku opakuje slovo synchronne s výdychmi jednotlivca, potom jednotlivec pokračuje sám pre ďalšie párovanie. Jedincovi sa poskytne 60-sekundový čas na to, aby sa sústredil na pocity spojené s relaxáciou. Potom nasleduje ďalšie párovanie subvokalizovaného vodiaceho slova s výdychom. Celý tento postup sa zvyčajne opakuje štyri až šesťkrát. Jedinec je tiež povzbudzovaný, aby precvičoval relaxačné cvičenia a párovanie vodiacich slov mimo terapeutického prostredia.

Relaxácia riadená vodítkom bola najrozsiahlejšie skúmanou technikou zvládania s celkovým počtom 18 štúdií (7 skupinových a 11 prípadových). Všetky okrem jednej (Marchetti, McGlynn a Patterson, 1977) hlásili podstatné zníženie úzkosti u subjektov, ktorí dostávali relaxáciu riadenú vodítkom. Vo všeobecnosti sa zistilo, že technika je lepšia ako žiadna liečba a ekvivalentná tradičnej desenzibilizácii, pokiaľ ide o účinky liečby. Dôkazy o generalizovanom znížení necieľového úzkostného a strachového správania boli nejednoznačné. Hoci všetky prípadové štúdie našli určitú podporu pre zovšeobecnenie, žiadne zo skupinových vyšetrení nezistilo významné rozdiely medzi skupinami v mierach zovšeobecnenia. Zistenia prehľadu treba vnímať ako do istej miery predbežné vzhľadom na veľký počet nekontrolovaných kazuistík. Okrem toho treba poznamenať, že následné a zovšeobecňovacie hodnotenia boli vykonané iba v približne polovici štúdií.

V troch experimentoch (Counts, Hollandsworth a Alcorn, 1978; Marchetti a kol., 1977; McGlynn, Kinjo a Doherty, 1978), ktoré skúmali relatívnu účinnosť relaxácie riadenej signálmi a podmienky, ktorá kontrolovala nešpecifické liečebné faktory, sa dosiahli zmiešané výsledky. Counts a kol. (1978) zistili, že relaxácia riadená signálmi je lepšia, zatiaľ čo ostatné výskumy uvádzajú, že obe skupiny sú v podstate rovnocenné. Subjekty však neboli skrínované na deficity v zručnostiach ani v štúdiu Marchetti a kol. (1977), ani v štúdiu McGlynn a kol. (1978). Preto je celkom možné, že v týchto výskumoch bol ako subjekty zapojený veľký počet jednotlivcov trpiacich deficitmi v správaní.

Ak by to tak bolo, dalo by sa očakávať, že potenciálne rozdiely medzi stavmi budú zmiernené. Programy tréningu zvládacích zručností, ktoré sú v tomto článku preskúmané, sú zamerané na úzkostných jedincov, ktorí nemajú deficit zručností. Zdá sa, že techniky učia iba zručnosť na zvládanie úzkosti oslabujúcej výkon a nie špecifické zložky reakcií potrebné pre vhodné správanie. Napríklad študent s úzkosťou z testov, ktorý prejavoval zlé študijné návyky, vyžaduje tréning vhodného študijného správania. Preto je nevyhnutné, aby boli jednotlivci, ktorí trpia deficitmi behaviorálnych zručností, vylúčení ako potenciálni subjekty z výskumu účinnosti programov tréningu zvládacích zručností.

Desenzibilizácia sebakontroly modifikácií v odôvodnení aj v tradičnej Goldfriedovej (1971) desenzibilizácii sebakontroly (SCD) zahŕňa množstvo systematických desenzibilizácií (Wolpe, 1969). V konečnom dôsledku sa klientom hovorí, že sa učia relaxačnú zručnosť, ktorú aktívne používajú na zvládnutie úzkosti. Procedurálne úpravy spojené s týmto dôrazom na sebakontrolu zahŕňajú využívanie relaxácie klientom ako aktívnej zvládacej zručnosti, udržiavanie expozície hierarchickým položkám na precvičovanie uvoľnenia napätia a využívanie hierarchie primárne na vyvolanie úzkostných signálov, na ktoré by sa mohla zvládacia zručnosť zamerať. Klient je informovaný, že terapeutické sedenia sú venované tréningu relaxácie, rozpoznávaniu napätia ako signálu na začatie relaxácie a precvičovaniu uvoľnenia napätia vyvolaného súborom obrazov vyvolávajúcich úzkosť. Klienti sú tiež poučení, aby aktívne uplatňovali svoje rozvíjajúce sa relaxačné zručnosti mimo terapeutického prostredia na zníženie napätia, ktoré sa vyskytuje v rôznych životných situáciách. Podľa tohto dôrazu na sebakontrolu sa klienti učia vyrovnávať sa so svojimi proprioceptívnymi úzkostnými reakciami a signálmi, a nie so situáciami, ktoré vyvolávajú napätie. Preto sa vytvára jedna hierarchia rôznych situácií vyvolávajúcich rastúcu mieru úzkosti. Počas prezentácie scén v predstavivosti sú klienti poučení, aby si udržali svoje predstavy, aj keď prežívajú úzkosť, a aby napätie uvoľnili. Od publikovania Goldfriedovho článku (1971) o desenzibilizácii sebakontroly bolo publikovaných iba šesť správ, ktoré skúmali túto techniku. Napriek zisteniam o úspešnom znížení testovacej, rečovej a viacnásobnej úzkosti pomocou liečby sa existujúca literatúra vyznačuje množstvom obmedzení a zmiešaných výsledkov. Dve zo šiestich štúdií boli nekontrolované kazuistiky a dve výskumy nezahŕňali žiadny typ následného hodnotenia. Zmiešané výsledky sa získali, pokiaľ ide o nadradenosť desenzibilizácie sebakontroly oproti tradičnej desenzibilizácii (Denney & Rupert, 1977; Spiegler, Cooley, Marshall, Prince, Puckett & Skenzzy, 1976; Zembre, 1975) a zovšeobecniteľnosť účinkov liečby (Denney & Rupert, 1977; Goldfried & Goldfried, 1977; Zembre, 1975). Jedna štúdia (Denney a Rupert, 1977), ktorá zahŕňala placebo bez liečby aj pozornosť, preukázala, že desenzibilizácia sebakontroly je účinnejšia. Bohužiaľ, Denney a Rupert

nevykonali žiadne hodnotenie, aby zistili, či podmienky liečby a pozornosti s placebom vyvolali u subjektov porovnateľné hodnotenia dôveryhodnosti a očakávania.

Modifikácia sebavyjadrenia

Techniky modifikácie sebavyjadrenia (SSM) sú založené na predpoklade, že úzkosti klientov závisia od ich interpretácií situácií, a preto cieľom terapie je zmeniť sebavyjadrenia – to, čo si klienti hovoria a myslia. Táto kategória zahŕňa racionálnu reštrukturalizáciu, kognitívnu reštrukturalizáciu, racionálnu emotívnu terapiu a stresovú inokuláciu.

Meichenbaum a J. Cameron (1974) opisujú terapie modifikáciou sebavyjadrenia ako terapie zahŕňajúce (1) prezentovanie odôvodnenia, že sebavyjadrenia alebo verbalizácie sprostredkovávajú úzkosť, (2) uvedenie si klientov svojich sebavyjadrení v situáciách vyvolávajúcich úzkosť a (3) učenie klientov nahradiť tieto vyhlásenia nekompatibilnými pozitívnymi sebavyjadreniami a správaním prostredníctvom nácviku so stimulmi vyvolávajúcimi úzkosť. Často je súčasťou aj tréning relaxácie.

Racionálna reštrukturalizácia (Goldfried, 1977; Goldfried a kol., 1974) začleňuje Ellisovu racionálnu emotívnu terapiu do rámca sociálneho učenia. Kroky zahŕňajú pomoc klientovi (a) prijať predpoklad, že sebavyjadrenia sprostredkovávajú emocionálne vzrušenie, (b) vidieť iracionalitu určitých presvedčení, (c) pochopiť, že jeho vlastné maladaptívne emócie sú sprostredkované iracionálnymi sebavyjadreniami a (d) modifikovať tieto vyhlásenia prostredníctvom podnecovanej praxe, hrania rolí, modelovania a (e) aplikovať túto techniku na situácie v každodennom živote. Bohužiaľ, mnohé štúdie používajúce tento postup nie sú publikované alebo sú stále v tlači (pozri Goldfried, 1977). Meichenbaum a Cameron (poznámka 1) formalizovali modifikáciu sebavyjadrení do balíka zručností zvládania stresu nazývaného stresová inokulácia, ktorého cieľom je poskytnúť klientom súbor zručností na zvládanie budúceho stresu. Vzdelávacia fáza je zameraná na poskytnutie klientom vysvetľujúcej schémy ich reakcie na stresové situácie. Predstavuje sa Schachterova a Singerova (1962) teória emócií ako dvojakej reakcie (zvýšené vzrušenie plus myšlienky, obrazy a sebavyjadrenia vyvolávajúce úzkosť) a terapeut poznamenáva, že opisy klientov zodpovedajú teórii, že sebavyjadrenia vyslovené počas vzrušenia sú hlavnými príčinami emocionálneho správania. V druhej fáze, počas nácviku, sa klienti učia rôzne techniky zvládania, vrátane spôsobov, ako znížiť vzrušenie priamou akciou. Tieto techniky zahŕňajú zhromažďovanie informácií o obávanom objekte, fyzickú relaxáciu a zmenu kognitívnych nastavení prostredníctvom prehodnotenia a pripisovania. Osobitný dôraz sa kladie na kontrolu dýchania a relaxáciu napínaním a uvoľňovaním svalových skupín. Sebavyjadrenia sa menia tak, že si klienti uvedomujú a monitorujú svoje sebavyjadrenia vyvolávajúce úzkosť a vytvárajú pozitívne nekompatibilné. Maladaptívne správanie, myšlienky a pocity klientov majú byť podnetom pre používanie techník zvládania. V poslednej fáze, aplikačnom tréningu, si klienti precvičujú nové zručnosti ich používaním v stresových situáciách, ako sú šokové alebo studeno-presorové testy, v laboratóriu. Terapeut a klienti diskutujú o tom, ako môžu tieto techniky aplikovať na situácie v prirodzenom prostredí.

V prehľade bolo identifikovaných 22 štúdií, ktoré skúmali techniky modifikácie sebvýjadrenia. Skúmali sa rôzne cieľové obavy - agorafóbia a úzkosť súvisiaca s testami, rozprávaním, vystupovaním na javiskách, lietanim, randením, tmou, hadmi, potkanmi a obťažovaním detí - ale najčastejšie skúmaným cieľom bola úzkosť z reči. • V 20 štúdiách sa na porovnanie podmienok liečby použili skupinové návrhy. Iba Bruch (1978) použil kontrolnú skupinu normálnych subjektov. Väčšina štúdií použila behaviorálne aj sebahodnotiace miery úzkosti, ale iba Kanter a Goldfried (poznámka 4) a Trexler a Karst (1972) sa pokúsili posúdiť aj fyziologický kanál. ale výsledky skupinových štúdií sú menej jasné.

Obe prípadové štúdie uvádzajú úspešnú liečbu modifikáciou sebvýjadrenia.

Pri porovnaní liečby modifikáciou sebvýjadrenia sa zistilo, že modifikácia sebvýjadrenia je lepšia ako liečba približne v 80 % prípadov. Modifikácia sebvýjadrenia je vždy lepšia ako placebo zamerané na pozornosť. Výsledky porovnaní modifikácie sebvýjadrenia a iných liečebných postupov, ako je systematická desenzibilizácia a dlhodobá expozícia, sú zmiešané. V mierkach sebvýjadrenia aj v správaní je modifikácia sebvýjadrenia lepšia ako iné liečebné postupy v približne 37 % porovnaní a v približne 45 % porovnaní nie sú liečebné postupy rozdielne účinné. Z 11 štúdií, ktoré skúmali zovšeobecnenie účinkov na necieľové úzkosti, približne polovica nenašla účinky liečby. Vo väčšine následných porovnaní, zvyčajne obmedzených na miery sebvýjadrenia vykonané 1 až 8 mesiacov po liečbe, sa zistilo, že špecifické liečebné postupy sú lepšie ako kontrolné skupiny.

Stručne povedané, výskumné údaje podporujú techniky modifikácie sebvýjadrenia ako účinné v porovnaní s placebom zameraným na pozornosť pri znižovaní úzkosti, merané technikami sebvýjadrenia a správaním. Údaje porovnávajúce modifikáciu sebvýjadrenia a iné typy liečebných postupov sú zmiešané. Napríklad dlhodobá expozícia je lepšia ako modifikácia sebvýjadrenia pri agorafóbii (Emmelkamp, Kuipers a Eggeraat, 1978) a opak sa zistil pri úzkosti z testov (Goldfried, Linehan a Smith, 1978). Mnohé variácie prístupu sebvýjadrenia robia porovnania dosť zložitými a na izoláciu kľúčových prvkov by sa mali vykonať analýzy komponentov. Najmä by sa mala posúdiť úloha relaxácie v prístupoch sebvýjadrenia.

METODOLOGICKÉ OTÁZKY A NÁVRHY NA BUDÚCI VÝSKUM

Hoci všetky štúdie, ktoré sme preskúmali, obsahovali jednu alebo viac metodologických nedostatkov, štúdie ako skupina vo všeobecnosti podporujú účinnosť.

Treba poznamenať, že štúdia Kanfera, Karolyho a Newmana (1975) nebola vykonaná s klinickou populáciou a klinická liečba ako taká nebola cieľom.

tréningu zvládacích zručností na liečbu úzkosti. Väčšina štúdií preukázala značné terapeutické účinky vo forme zvýšeného behaviorálneho výkonu a zníženia hlásenej úzkosti pri hodnoteniach po liečbe aj pri následnom sledovaní. Dôkazy podporujúce zovšeobecnené účinky sú oveľa menej jasné, možno preto, že sebahodnotenia typicky používané v týchto štúdiách nie sú dostatočne citlivé na zmenu.

Hoci sa údaje zo štúdií tréningu zvládacích zručností zdajú byť sľubné, početné metodologické problémy v predchádzajúcom výskume naznačujú, že je potrebné zaujať opatrný postoj. Ak sa má táto nová oblasť výskumu vyhnúť problémom spojeným s väčšinou predchádzajúceho výskumu analógov terapie a významne prispieť ku klinickej praxi, experimentátori musia byť ostražití voči metodologickým problémom, ako je výber subjektov, hodnotiace nástroje a nešpecifické liečebné faktory.

Výber subjektov

Vzhľadom na prevalenciu úzkostných reakcií sú tieto problémy atraktívnymi cieľmi pre výskum výsledkov terapie. Hoci sa zdá, že vhodných subjektov je veľa, zdá sa, že niektoré štúdie vybrali minimálne úzkostlivé subjekty. Čím väčší je rozdiel medzi experimentálnymi subjektmi a klinicky úzkostlivými jedincami, tým nebezpečnejšie je zovšeobecniť experimentálne zistenia na skutočné klinické populácie. Prehľad výskumu terapeutických analógov zameraných na fobie malých zvierat (Barrios, 1977b, 1978; Bernstein a Paul, 1971) naznačujú, že charakteristiky dopytu môžu byť zodpovedné za zmenu správania, keď sú zamestnaní nedostatočne úzkostliví jedinci. Aby sa zabezpečilo, že minimálne úzkostliví jedinci budú zo štúdií vylúčení, pri skríningu potenciálnych subjektov by sa mala použiť úloha s vysokým dopytom po neúzkostnom správaní. Za účasť by sa tiež nemali ponúkať stimuly a odmeny iné ako úľava od prežívanej úzkosti. Prijatie takýchto krokov zvýši podobnosť výskumných subjektov s klinickými pacientmi, a tým zlepši externú validitu alebo zovšeobecniteľnosť výskumných zistení. Pravdepodobne najlepším postupom, aj keď nie vždy uskutočniteľným, je zabezpečiť subjekty z distresovaných populácií, napr. z klinických vzoriek. Samozrejme, ak sa skúmajú teoretické otázky alebo ak populácia pacientov, ktorá je predmetom záujmu, pozostáva z minimálne úzkostných subjektov, potom sa takéto obavy minimalizujú. Vzhľadom na viacrozmernú povahu úzkosti je dôležité, aby sa vždy, keď je to možné, vykonával viacanálový skríning potenciálnych subjektov (Borkovec a kol., 1977; Lang, 1969). Je tiež dôležité, aby boli ako potenciálni subjekty vylúčení jedinci s deficitom zručností. Ako už bolo uvedené, programy tréningu zvládacích zručností sú zamerané na úzkostných jedincov, ktorí nemajú deficit zručností. Ak v repertoári jednotlivca chýbajú špecifické reakčné zložky potrebné na vykonanie vhodného správania, je potrebný iný zásah ako tréning zvládacích zručností. Komplexný skríning je preto kľúčový nielen na zabezpečenie výberu vysoko úzkostných subjektov, ale aj na obmedzenie účasti na tých úzkostných jedincov, ktorí netrpia deficitmi v správaní.

Hodnotiace nástroje

Aby sa citlivo preskúmala účinnosť liečby, je potrebné použiť závislé miery, ktoré adekvátne vystihujú situácie a správanie, ktoré nás zaujímajú. Napriek popularite škál sebahodnotenia používaných na meranie úzkosti sú potrebné ďalšie údaje týkajúce sa ich psychometrických vlastností a konštruktivej validity. Schémy prieskumu strachu (Geer, 1965; Wolpe & Lang, 1964) sa často používajú ako indikátor subjektívne prežívanej úzkosti. V minulosti sa zistili nízke korelácie medzi správaním a kritickými položkami v Schéme prieskumu strachu. To však bolo pravdepodobne spôsobené nedostatkom špecifickosti, ktorý je vlastný položkám Schémy prieskumu strachu (Lick, Sushinsky & Malow, 1977). Je dôležité, aby hodnotenie rôznych reakčných kanálov zahŕňalo skúmanie rovnakých situácií.

Je tiež dôležité, aby komplexné správanie, ako napríklad rozprávanie a heterosociálna interakcia, boli uspokojivo definované tak, aby pracovné definície zohľadňovali situačnú špecifikáciu sociálnej vhodnosti (Curran, 1977). Rozdiely medzi úzkostlivými a neúzkostlivými jedincami často nebudú zjavné vo všetkých situáciách. Sčítanie medzi situáciami maskuje rozdiely v celej skupine v mnohých konkrétnych situáciách.

Hoci úzkosť z testov bola cieľovým správaním pre množstvo preskúmaných štúdií, behaviorálne merania zriedka odhalili akékoľvek rozdiely medzi skupinami po liečbe. Typicky používané behaviorálne indexy úzkosti z testov, ako je priemer známok a blokové aritmetické a číslicové subtesty WAIS, boli relatívne necitlivé na okamžité zmeny v úrovni úzkosti. Preto je potrebné vyvinúť a používať citlivejšie behaviorálne merania. Niekoľko takýchto meraní bolo navrhnutých (Brown, poznámka 5); je však potrebné rozsiahlejšie skúmanie.

Existuje niekoľko kľúčových otázok, ktorým sa musia výskumníci venovať pri používaní fyziologických indexov úzkosti. Medzi ne patria stereotypizácia autonómnych reakcií (Lacey, 1950, 1956), zákon počiatočných hodnôt (Wilder, 1950) a problém definície reakcie (Benjamin, 1963; Lacey, 1956). Východisková alebo predstimulová úroveň autonómneho fungovania subjektu, jedinečné vzory reakcií na stimulačné situácie a špecifická štatistická transformácia použitých fyziologických údajov sú faktory ovplyvňujúce závery výskumu. V niekoľkých štúdiách, ktoré zahŕňali fyziologické merania, boli tieto otázky do značnej miery ignorované.

Nešpecifické účinky

Okrem hrozieb pre vnútornú validitu, o ktorých diskutovali Campbell a Stanley (1966), musia byť výskumníci citliví na účinky vyvolané nešpecifickými liečebnými faktormi. Štúdie, ktoré hodnotili rozsah, v akom možno terapeutické účinky pripísať špecifickej zložke terapie zameranej na tréning zvládacích zručností nad rámec nešpecifických liečebných účinkov, vo všeobecnosti nestanovili, či sú tréning zvládacích zručností a nešpecifické kontrolné podmienky rovnaké vo vnímanej dôveryhodnosti a v subjektívneho očakávania na zlepšenie. -

Zrejme je potrebné navrhnuť alternatívne podmienky, ktoré kontrolujú dôveryhodnosť a očakávania klienta. Medzi alternatívne stratégie patrí pozornosť s placebom, kontrola prvkom liečby a empiricky odvodená kontrola (Kazdin & Wilcoxon, 1976).

Pri posudzovaní dôveryhodnosti liečby a očakávaní klientov vznikajú dva hlavné problémy.

Po prvé, je potrebné zvoliť formát alebo metódu hodnotenia. V ideálnom prípade by sa v jednej štúdii malo použiť niekoľko rôznych metód hodnotenia, t. j. hodnotenia sebahodnotenia, simulátory a nenápadné merania. Každý pokus o hodnotenie môže byť metodologicky slabý, ale spoločne poskytnú konvergentné dôkazy týkajúce sa dôveryhodnosti liečby a očakávaní klientov (Campbell & Fiske, 1959; Webb, Campbell, Schwartz a Sechrest, 1966).

Po druhé, je potrebné zvážiť časový okamih, kedy sa posudzuje očakávanie zlepšenia. Očakávania klientov na zlepšenie by sa mali hodnotiť v niekoľkých bodoch terapie. Hodnotenie by sa malo vykonávať na začiatku, počas a na konci liečby. Ak je to možné, hodnotenie by sa malo vykonávať aj nezávisle od samotnej terapeutickkej štúdie, ako je to v štúdiách využívajúcich techniku predbežného dopytovania a kvázi-kontroly (Borkovec a Nau, 1972). Treba poznamenať, že načasovanie hodnotenia môže priamo prispieť k očakávaniam, ktoré klienti uvádzajú. Rôzne časy hodnotenia očakávaní tiež vedú k rôznym metodologickým a interpretačným problémom. Napríklad hodnotenie očakávaní na začiatku liečby môže klientov senzibilizovať na liečbu alebo nemusí adekvátne odrážať očakávania generované liečebným postupom z dôvodu nedostatočnej expozície intervencii (Kazdin a Wilcoxon, 1976). Hodnotenie očakávaní počas liečby a po nej môže tiež predstavovať interpretačné ťažkosti v tom, že rozsah, v akom sa uvádza očakávanie zmeny, môže byť výlučne funkciou zmien správania vyplývajúcich z liečby. V súčasnosti je najrozšírenejšou odporúčanou stratégiou, aby výskumníci hodnotili očakávania zlepšenia v niekoľkých rôznych bodoch terapeutického procesu. Externá validita

Okrem obáv týkajúcich sa charakteristík analogických subjektov (Barrios, 1977b) existuje množstvo faktorov, ktoré ovplyvňujú externú validitu laboratórneho hodnotenia strachu a úzkosti. Medzi ne patrí povaha postupu hodnotenia správania (Lick & Unger, 1975), výber vzorky situácií (Eisler, Hersen & Miller, 1975), rozdiely v topografii reakcií a reaktivita laboratórneho kontextu (Bernstein, 1973). Je zrejme, že sú potrebné údaje z nenápadného hodnotenia a údaje z krížovej validácie, t. j. údaje korelujúce výkon subjektov v laboratórnych testoch s informáciami o ich fungovaní mimo laboratória.

Lick a Unger (1977) preskúmali dostupný teoretický a empirický materiál relevantný pre externú validitu laboratórnych testov a dospeli k záveru, že merania neposkytujú údaje, ktoré by v súčasnosti umožnili predpovedať, ako budú subjekty fungovať v naturalistických situáciách, na ktoré sa zameriava liečba.

V tomto ohľade nie je jasné, či súčasné laboratórne testy majú túto prediktívnu schopnosť a ak áno, aké úrovne laboratórneho výkonu zodpovedajú podstatnému zlepšeniu fungovania v prirodzenom prostredí. Jediný spôsob, ako odpovedať na túto otázku, je zhromaždiť údaje o fungovaní subjektov v prirodzenom prostredí a korelovať tieto údaje s výkonom laboratórnych testov. Lick a Unger (1977) navrhujú niekoľko rôznych prístupov k skúmaniu mimolaboratórneho správania subjektov, vrátane nenápadného pozorovania, rušivého pozorovania, sociálnej validácie (Kazdin, 1977) a sebamonitorovania. Hoci s každou z týchto metód súvisia problémy, v poslednom čase boli vyvinuté postupy, ktoré zvyšujú ich spoľahlivosť (Bornstein, Hamilton, Carmody, Rychtarik a Veraldi, 1977). Je zrejmé, že výskumníci by mali v krížovo validačnom výskume použiť niekoľko z týchto prístupov, pretože konvergentná zhoda aj medzi dvoma z nich by podstatne zvýšila našu dôveru v platnosť naturalistického hodnotenia¹).

Následné hodnotenie a zovšeobecnené účinky

Vzhľadom na náklady, ťažkosti so zberom údajov a pravdepodobnosť experimentálnej kontaminácie je špecifikácia vhodného intervalu sledovania kritickou otázkou (Mash & Terdal, 1977). Bolo navrhnuté, aby dĺžka intervalu sledovania bola funkciou povahy hodnotenia, charakteristík cieľového správania, praktických úvah a nákladov a spoločenského významu správania. Pokiaľ ide o tréning zvládacích zručností, interval sledovania by mal byť do značnej miery určený účelom hodnotenia a charakteristikami správania (správaní), ktoré sa má skúmať.

Následné hodnotenie programov tréningu zvládacích zručností sa zaoberá predovšetkým udržiavaním účinkov liečby a aplikáciou zručnosti na necieľové situácie vyvolávajúce úzkosť. Klientovi musí byť poskytnutý dostatok času na to, aby bol vystavený rôznym situáciám vyvolávajúcim úzkosť, a príležitosť uplatniť zvládacie zručnosti. Napríklad klient, ktorý podstúpil liečbu fóbie z hadov, potrebuje po ukončení liečby primerané časové obdobie, aby sa zistilo, či je technika účinná pri znižovaní úzkosti spojenej s absolvovaním testov. Keďže čím dlhší je interval sledovania, tým väčšia je pravdepodobnosť experimentálnej kontaminácie a zmätku, následné hodnotenie by sa malo vykonať v primeranom časovom rámci. Na základe zistení z nášho prehľadu sa zdá, že 6- až 8-týždňový interval sledovania môže byť vhodný pre mnohé programy. Štúdie, ktoré využívali následné hodnotenie tejto dĺžky, vo všeobecnosti získali určitú podporu pre výskyt zovšeobecnených účinkov.

Doplňujúce otázky

Väčšina terapeutických výskumov zahŕňala aplikáciu komplexného liečebného balíka u jednotlivcov s definovaným problémom, ktorí však boli heterogénni z hľadiska mnohých ďalších charakteristík. Štúdie, ktoré tu boli preskúmané, nie sú výnimkou. Takéto výskumy môžu udržiavať

mýtus o uniformite (Kiesler, 1971) a neodpovedajú na otázku, aké špecifické liečebné postupy sú účinné u akého typu jednotlivca. Na preskúmanie vzájomného pôsobenia medzi charakteristikami subjektov a zložkami liečby je potrebný ďalší výskum. Napríklad behaviorálni terapeuti (Best, 1975; Best & Steffy, 1975; Snowden, 1978) s použitím osobnostnej premennej lokus kontroly navrhli variácie liečby na uľahčenie redukcie návykového správania u interných a externých subjektov. Tento prístup sa môže ukázať ako plodný pre výskumníkov v oblasti zvládacích zručností. Výskumníci musia tiež preskúmať účinnosť tréningu zvládacích zručností u iných populácií ako vysokoškolákov. Osemdesiatpäť percent skúmaných štúdií využívalo ako subjekty vysokoškolákov. Všeobecná užitočnosť postupov by sa lepšie pochopila, keby budúce výskumy použili deti, dospievajúcich a ďalšie potenciálne relevantné populácie subjektov.

Náš prehľad odhalil množstvo selektívne menších, ale bežných chýb v analýze údajov, ktoré si zaslúžia stručnú zmienku.

Po prvé, viacero štúdií nezistilo žiadne významné rozdiely medzi skupinami, ale potom pristúpilo k analýze zmien pred a po štúdiu a v rámci skupiny. Keď sa významné zmeny pred štúdiou zistili iba v liečebnej skupine, výskumníci dospeli k záveru, že to bol dôkaz superiority techniky oproti inému stavu. Takýto záver je neopodstatnený. Údaje môžu naznačovať trend a nie nejednoznačnú demonštráciu superiority (Wade & Hartmann, 1978). Výskumníci by mali byť k tejto otázke citliví.

Po druhé, viacero výskumov využívalo skupinovú aplikáciu liečby. Analýzy údajov však nezohľadnili možnosť, že skóre subjektov môže byť čiastočne ovplyvnené skupinou, ktorej sú členmi. Nezohľadnenie príspevku zloženia skupiny k analýze údajov môže viesť k nesprávnym zisteniam (Meyers, 1972).

Barrios (poznámka 6) načrtnol niektoré metodologické ťažkosti pri hodnotení účinnosti programov tréningu zvládacích zručností, najmä pri dizajnoch pre jedného subjektu. Medzi faktory, ktorým musia výskumníci venovať pozornosť, patria problémy s hodnotením generalizovaných účinkov, rozdielny nástup úzkostných reakcií a rozdielne oneskorenie v účinkoch liečby. Barrios (poznámka 6) odporučil, aby sa vykonali intenzívne výskumy jednotlivých subjektov s cieľom získať cenné informácie, ktoré by nám umožnili predpovedať, kedy sa očakávajú účinky liečby.

Z prehľadu je zrejmé, že existuje značná potreba vykonať analýzy komponentov rôznych liečebných programov. Vo všeobecnosti neboli aktívne zložky každého tréningového programu izolované. Existuje tiež potreba porovnávacích štúdií výsledkov. Relatívna účinnosť rôznych techník nebola dostatočne preukázaná. Aby sa zabezpečila najefektívnejšia a najlacnejšia liečba, mali by sa takéto výskumy vykonať. Hoci viacerí výskumníci špekulovali o preventívnom potenciáli techník, žiadna štúdia sa doteraz nezamerala konkrétne na prevenciu. Netreba dodávať, že takéto výskumy sú opodstatnené.

ZÁVERY

Napriek metodologickým nedostatkom každej zo štúdií ako skupiny poskytujú konvergentnú podporu účinnosti tréningu zvládacích zručností. Prehľad naznačuje, že niektoré z techník boli skúmané rozsiahlejšie a získali väčšiu empirickú podporu ako iné. Napríklad tréning zvládania úzkosti bol najmenej preskúmaným postupom, napriek tomu, že táto technika bola opísaná začiatkom 70. rokov 20. storočia (Suinn a Richardson, 1971). Je zrejmé, že na zodpovedanie otázok týkajúcich sa AMT je potrebných oveľa viac výskumov.

Hoci prehľad odhaľuje, že programy tréningu zvládacích zručností sú účinnejšie ako žiadna liečba, boli získané zmiešané výsledky, pokiaľ ide o ich nadradenosť tradičným behaviorálnym terapiám a kontrolným podmienkam s placebom. Okrem toho je potrebné pozastaviť úsudok o zovšeobecnených účinkoch vyvolaných tréningom zvládacích zručností. Rozdiely medzi štúdiami, ktoré zistili zovšeobecnené účinky, a tými, ktoré ich nenašli, nie sú jasné. Budúci výskum v týchto oblastiach je jednoznačne opodstatnený. Možno oblasťou, ktorá si vyžaduje najväčšie skúmanie a v ktorej majú zručnosti v oblasti zvládania úzkosti značný potenciál, je prevencia. Shigetomi a Barrios (poznámka 7) špekulovali o mnohých výhodách, ktoré majú programy tréningu zvládania úzkosti oproti predchádzajúcim pokusom o prevenciu strachu a úzkosti. Výskum o aplikácii tréningu zvládania úzkosti na prevenciu, žiaľ, prakticky neexistuje. Významnými výnimkami sú štúdie Petersona a Shigetomiho (poznámka 8) a Langer, Janisa a Wolfer (1975), ktoré skúmali účinky prístupov zameraných na zvládanie úzkosti pri prevencii bolesti a úzkosti u pacientov podstupujúcich operáciu. Zistilo sa, že stratégie zvládania sú veľmi úspešné, ale použité liečebné postupy, žiaľ, pozostávali z rôznych aspektov všetkých skúmaných techník a boli krátke. Vzhľadom na ich multimodálnu povahu boli štúdie z tejto recenzie vylúčené. Táto recenzia zhodnotila literatúru o piatich programoch tréningu zvládania úzkosti a diskutovala o niekoľkých odporúčaníach pre budúce vylepšenia výskumu. V súčasnosti dôkazy podporujú celkovú použiteľnosť a účinnosť týchto techník. Dúfame, že táto analýza a súčasný záujem o sebakontrolu, prevenciu, udržiavanie a zovšeobecnenie účinkov liečby budú stimulovať dôkladný výskum týchto postupov zvládania stresu.

REFERENCNÉ POZNÁMKY