

## ARTYKUŁY

[Articles]

### EFEKTYWNOŚĆ PSYCHOTERAPII I INTERWENCJI SPOŁECZNYCH WOBEC OSÓB NADUŻYWAJĄCYCH I UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU W ŚWIETLE BADAŃ

Lidia Cierpiałkowska

Institut Psychologii, Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu  
Department of Psychology, Adam Mickiewicz University in Poznan

#### THE EFFECTIVENESS OF PSYCHOTHERAPY AND SOCIAL INTERVENTIONS FOR ALCOHOL ABUSERS AND ADDICTS IN THE FIELD OF RESEARCH

**Summary.** Treatment programs for alcohol abusers and addicts are very complex and their most important parts are psychotherapy and psychosocial interventions. The article aims at the presentation of research testing the effectiveness of therapy for alcoholics, conducted according to the evidence-based model, with a special emphasis on specific and non-specific treatment factors. It presents the place in treatment effectiveness ratings that is occupied by short-term interventions related to cognitive-behavioral therapy, motivational therapy and social skills trainings. The power of verification in research on the effectiveness of therapy in alcohol abusers and addicts is relatively low, therefore it is advisable to construct further research projects that will be characterized by external and internal validity.

**Key words:** effectiveness of treatment alcoholics, evidence-based therapy, various therapeutic approaches

#### Wprowadzenie

W obowiązujących do niedawna klasyfikacjach medycznych zaburzeń psychicznych, klasa zaburzeń używanie substancji psychoaktywnych obejmowała nie tylko takie jednostki kliniczne, jak szkodliwe używanie (nadużywanie) i uzależnienie, ale także pewne stany psychiczne występujące w przebiegu uzależnienia. W klasyfikacji DSM-5 (APA, 2013), w której preferuje się bardziej podejście dymensjonalno-kategorialne niż kategorialne, zamiast dotychczasowych dwóch zespołów, wyodrębniono jedno zaburzenie spowodowane używaniem alkoholu (także innych substancji psychoaktywnych) o różnym stopniu nasilenia objawów

---

Adres do korespondencji: Lidia Cierpiałkowska, e-mail, [lcierp@amu.edu.pl](mailto:lcierp@amu.edu.pl)

– łagodnym, umiarkowanym i głębokim oraz inne zespoły kliniczne indukowane używaniem alkoholu, np. zaburzenia psychotyczne, afektywne czy lękowe. Zespoły indukowane alkoholem wymagają innych procedur leczenia niż zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu. Ponieważ dymensjonalno-kategorialne ujęcie zaburzeń spowodowanych użyciem alkoholu funkcjonuje od niedawna, dlatego poniżej przedstawiono przegląd badań nad efektywnością leczenia nadużywania i uzależnienia od alkoholu zgodnie z klasyfikacją ICD-10 (WHO, 1998) i DSM-4 (APA, 2000). Niestety, w badaniach tych nie zawsze różnicowano te dwa zespoły kliniczne, zdecydowanie częściej kierowano się diagnozą głębokości uzależnienia, a dokładnie liczbą objawów nadużywania i uzależnienia od alkoholu występujących u pacjenta.

Szkodliwe używanie i uzależnienie od alkoholu to zaburzenia o bardzo złożonej etiologii i patomechanizmie, w której na różnych etapach ich kształtowania się większą lub mniejszą rolę odgrywają czynniki biologiczne, osobowościowe i środowiskowe (Rose, Dick, 2005). Samo farmakologiczne i toksyczne działanie alkoholu ma także istotne znaczenie nie tylko dla utrwalania się patomechanizmu, ale także dla ujawnienia się niektórych, specyficznych konsekwencji związanych z chronicznym działaniem alkoholu na mózg. Picie alkoholu wpływa znacząco na zdrowie fizyczne, psychiczne (zaburzenia poznawcze i emocjonalne) oraz funkcjonowanie społeczne jednostki. Biorąc pod uwagę zarówno źródła, jak i następstwa zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, oczywiste jest, że programy i procedury terapeutyczne powinny być skierowane na różne sfery funkcjonowania pacjenta poprzez farmakoterapię, psychoterapię i oddziaływania środowiskowe (tzw. składowe lub moduły leczenia). Oferta terapeutyczna musi być na tyle złożona, żeby w indywidualnych przypadkach obejmować wielorakie przyczyny, patomechanizm i skutki picia alkoholu oraz powinna być na tyle zróżnicowana, żeby na kolejnych etapach leczenia można było dopasować procedury i interwencje do indywidualnych problemów i potrzeb pacjenta (por. Cierpiałkowska, Ziarko, 2010; Chodkiewicz, 2012; Habrat, 2013).

Celem leczenia nadużywania i uzależnienia od alkoholu jest, zgodnie ze standardami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2010) oraz rekomendacjami Międzynarodowego Stowarzyszenia Redukcji Szkód (IHRA, 2010), utrzymanie całkowitej abstynencji albo ograniczenie szkód spowodowanych używaniem alkoholu (*harm reduction*). Podobnie jak w wypadku programów terapeutycznych ukierunkowanych na utrzymanie całkowitej abstynencji, programy koncentrujące się na redukcji składają się z różnych procedur i modułów oddziaływań leczniczych.

Skuteczność terapii ukierunkowanej albo na utrzymanie pełnej abstynencji, albo ograniczenie szkód spowodowanych piciem bada się poprzez ocenę zdolności pacjentów do osiągnięcia tychże celów. Gdy celem jest pełna abstynencja, najczęściej stosuje się pomiar liczby dni bez picia alkoholu w ciągu terapii i po jej zakończeniu (*follow-up*), natomiast gdy celem jest ograniczenie szkód, to mierzy się liczbę dni bez picia i średnią ilość jednorazowo wypijanego alkoholu w porównaniu ze wzorcem picia w okresie poprzedzającym terapię (Samochowiec i in., w druku). Stosowanie tak obiektywnych, jak się wydaje, kryteriów pomiaru efektywności te-

rapii nie zabezpiecza przed licznymi zarzutami, które kieruje się wobec uzyskiwanych rezultatów. Wątpliwości te głównie dotyczą, po pierwsze wiarygodności źródła informacji, czyli prawdomówności badanych alkoholików, po drugie czasu w jakim należy monitorować efekty terapii w zakresie utrzymania abstynencji lub utrzymania bardziej prozdrowotnego stylu picia (Chodkiewicz, 2012). Ponieważ alkoholizm jest chorobą przewlekłą, dlatego podobnie jak w innych przypadkach, co podkreśla McLellan i współpracownicy (2005), trudno ustalić czas abstynencji, po upływie którego istnieją podstawy do uznania, że proces zdrowienia zakończył się, czyli istnieje wysoka pewność i prawdopodobieństwo, że objawy zaburzenia się nie pojawiają.

Biorąc pod uwagę narastającą liczbę badań i metaanaliz nad skutecznością leczenia nadużywania i uzależnienia od alkoholu, które przynoszą często sprzeczne wyniki, próbuję odpowiedzieć na pytanie, które, za sprawą Millera (2005), ciągle powraca w literaturze przedmiotu: jakie oddziaływania psychospołeczne można uznać za skuteczną formę pomocy dla alkoholików.

### **Model *evidence-based practice* w psychologii i psychoterapii**

W ostatnich latach w ocenie wiarygodności badań nad efektywnością psychoterapii różnych zaburzeń psychicznych, w tym leczenia osób nadużywających i uzależnionych od alkoholu coraz większe znaczenie mają standardy wyznaczone przez model zwany *evidence-based practice*. Model ten jest swoistą odpowiedzią na pojawienie się w medycynie ogromnej liczby badań nad efektywnością różnych procedur leczenia schorzeń somatycznych, które okazały się bardzo zróżnicowane pod względem poprawności statystycznej i metodologicznej. W konsekwencji pojawiły się dwa problemy dotyczące ich wykorzystania w praktyce: po pierwsze, które z badań należy uznać za wiarygodne, a ich wyniki za przydatne w leczeniu pacjentów z tym samym schorzeniem, jednak będących w różnym stanie; po drugie, jakie działania muszą być podjęte przez naukowców, żeby wiarygodne badania były dostępne dla lekarzy, którzy na czytanie fachowej literatury poświęcają co najwyżej 30 minut w tygodniu (Mrukowicz, 2005).

Na początku lat 90. po raz pierwszy Gordon Guyatt (1991, za: Spring, 2007) użył określenia *evidence-based medicine* (EBM), wskazując na konieczność uwzględniania przede wszystkim wyników badań naukowych dla uzasadnienia decyzji wyboru procedury leczenia konkretnego pacjenta z określonym zaburzeniem psychicznym. Model *evidence-based practice* (EBP) został oficjalnie zarekomendowany praktyce psychologicznej w 2005 roku przez zespół ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA, 2006), którzy stwierdzili, że praktyka psychologiczna oparta na dowodach odwołuje się do wiedzy pochodzącej z integracji najlepszych wyników badań w połączeniu z biegłością praktyczną i uwzględnieniem cech i kultury pacjenta oraz jego preferencji (APA, 2006, s. 273). W następstwie pojawia się określenie *evidence-based practice in psychology* (EBPP), które początkowo odnoszono głównie do badań nad efektywnością psychoterapii, aktualnie także do eksploracji nad wiarygodnością diagnozy psychologicznej (Hunsley, Mash, 2005; Stemplewska-Żakowicz, 2009; Cierpiątkowska, Sęk, 2015a).

W polskiej literaturze z zakresu medycyny i psychologii określenie *evidence-based practice* nie doczekało się powszechnie akceptowanego tłumaczenia, dlatego stosuje się anglojęzyczną nazwę, która, jak pokazują konteksty prowadzonych analiz, używana jest w dwóch różnych znaczeniach (Rzepiński, 2013; Cierpiałkowska, Sęk, 2015b). W węższym znaczeniu jako pewien sposób uprawiania przez konkretnego psychologa praktyki klinicznej w zakresie postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Każde działanie diagnostyczne i terapeutyczne możemy ocenić jako te, które spełnia lub nie spełnia kryteriów *evidence-based*. Szacuje się wówczas w jakim stopniu decyzje diagnostyczne i terapeutyczne psychologa, posiadającego odpowiednie umiejętności i doświadczenie kliniczne, odwołują się do najlepszych wyników badań naukowych, uwzględniających ważne dla pacjenta wartości i preferencje. W szerszym znaczeniu, może odnosić się do ogólnej koncepcji *evidence-based*, która zawiera założenia i definiuje reguły oceny wiarygodności mocy dowodzenia różnych badań nad skutecznością psychoterapii w konkretnych zaburzeniach psychicznych. W takim ujęciu EBP staje się nową ponadparadygmatyczną koncepcją, którą można uznać za przejaw tendencji do globalizacji reguł oceny wiarygodności i jakości działań diagnostycznych i terapeutycznych w psychologii, niosącej za sobą zarówno pozytywne, jak i negatywne konsekwencje dla nauki i praktyki klinicznej (por. Cierpiałkowska, Sęk, 2015b).

Z takiego podejścia wywodzą się aktualne analizy i ustalenia, co do procedury i sposobu oceny wiarygodności badań nad efektywnością leczenia osób nadużywających i uzależnionych od alkoholu. Analizując przedstawione wyniki badań, należy pamiętać, że najczęściej pokazują one jaka jest liczba dowodów empirycznych przemawiających za ich skutecznością, a nie wskazują *per se* na ich skuteczność (Raistrick, Heather, Godfrey, 2006; Maisto, Connors, Dearing, 2007).

### **Badania nad efektywnością oddziaływań psychospołecznych w leczeniu alkoholików**

Programy leczenia nadużywania i uzależnienia od alkoholu są odmienne dla dwóch etapów zdrowienia: podstawowego (najczęściej program obejmuje etap wstępny i podstawowy) i zaawansowanego (programy zapobiegania nawrotom lub podtrzymania zmiany), na których w różnej konfiguracji i różnym nasileniu stosuje się farmakoterapię i psychoterapię. Oddziaływania te na obu etapach leczenia, w zależności od stanu i zgody pacjenta, mogą być stosowane równocześnie albo naprzemiennie (sekwencyjnie). Analizując badania nad efektami farmakoterapii i psychoterapii zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu, można stwierdzić, że znacznie więcej wiemy o skuteczności oddziaływań w leczeniu podstawowym niż na etapie podtrzymania osiągniętej zmiany. Jak dotąd także więcej badań przeprowadzono nad skutecznością każdego z tych typów oddziaływań z osobna niż nad efektami ich równoczesnego lub sekwencyjnego działania na pacjenta (Martin, Rehm, 2014).

Efekty wielomodułowych programów leczenia osób z zaburzeniami związanymi z używaniem alkoholu zależą od wielu czynników, wśród których podkreśla się ważność typu interwencji psychospołecznych i terapii psychologicznych z jed-

nej strony oraz znaczenie stanu pacjenta i właściwości terapeuty z drugiej strony. Generalnie, wyniki badań pozwalają przyjąć, że niektóre interwencje psychoterapeutyczne i społeczne, które zwykle się nazywało w literaturze amerykańskiej oddziaływaniami psychospołecznymi uzyskały na podstawie wielu badań wsparcie empiryczne (*empirically supported*) (Maisto, Connors, Dearing, 2007; Miller, Forchimes, Zweben, 2014). Podkreśla się konieczność dalszego prowadzenia badań o zwiększonej trafności wewnętrznej i zewnętrznej (respektujące tzw. złotą regułę).

Najstaranniejsze pod względem metodologicznym, zarazem największe i najdroższe badania nad efektywnością leczenia podstawowego alkoholików przeprowadzono w ramach projektu MATCH (1997), które przyniosły tak bogaty materiał, że nadal prowadzone są jego analizy statystyczne i merytoryczne (Cutler, Fishbain, 2005; Miller, 2005; Gamble i in., 2010). Chociaż głównym celem tych badań było zweryfikowanie hipotezy o tym, czy efektywność terapii zależy od jej dopasowania do cech alkoholików, to jednocześnie porównano skuteczność trzech typów terapii, tj. terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) (12 cotygodniowych sesji), terapii opartej na trzech spośród 12 kroków AA, facylitującej udział w AA (TSF) (12 cotygodniowych sesji prowadzonych przez profesjonalistów) oraz terapii motywującej (MET) (4 sesje w ciągu 12 tygodni). Analizy zmierzały do stwierdzenia, czy osoby uzależnione, np. o różnych cechach demograficznych, odmiennej głębokości uzależnienia, motywacji do podjęcia leczenia, poziomie objawów psychopatologicznych czy wielkości spostrzeganego wsparcia społecznego osiągają podobne rezultaty, mierzone liczbą dni abstynencji i liczbą wypitych codziennie drinków. W badaniach uczestniczyli alkoholicy ochotnicy ( $N = 1726$ , z czego 25% to kobiety, a 75% mężczyźni), którzy losowo byli przydzielani do trzech typów terapii, prowadzonych w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych. Wszystkie sesje terapeutyczne były nagrywane, bo sprawdzano także, w jakim stopniu terapeuci byli dopasowani do stylu i strategii postępowania w każdym typie oddziaływań.

Wyniki tego kosztownego projektu były bardzo rozczarowujące. Generalnie nie potwierdzono hipotezy o wpływie na efektywność leczenia stopnia dopasowania typu terapii do cech alkoholików. Po roku od zakończenia terapii CBT, MET i TSF całkowitą abstynencję utrzymywało 35% pacjentów leczonych w warunkach szpitalnych, natomiast 19% alkoholików odbywających terapię w warunkach ambulatoryjnych. Wynik ten był bardzo zaskakujący, ponieważ pacjenci leczeni w warunkach szpitalnych mieli więcej objawów uzależnienia niż leczeni ambulatoryjnie (Project MATCH, 1993, 1997).

Analizując szczegółowo związki abstynencji z cechami pacjentów, stwierdzono pewne związki, które utrzymywały się najczęściej przez okres roku po zakończeniu leczenia. Ujawniły się jednak istotne związki tylko w grupie osób leczonych ambulatoryjnie, które wskazały na znaczenie takich cech, jak: nasilenie objawów psychopatologicznych, głębokość uzależnienia, nasilenie złości oraz utrzymywanie kontaktów z grupami osób wzmacniających picie alkoholu u pacjentów. Okazało się, że pacjenci o mniej nasilonych objawach, którzy byli leczeni terapią opartą na pierwszych 3 krokach AA, w porównaniu z osobami leczonymi terapią poznawczo-behawioralną mieli więcej dni abstynencji w ciągu miesiąca (efekt ten zanikał

w okresie 3 kolejnych lat po leczeniu). Pacjenci o znacznie nasilonej złości uzyskiwali więcej dni abstynencji i pili mniej drinków w dniach picia, gdy byli leczeni terapią motywującą niż poznawczo-behawioralną. Alkoholicy, którzy znaleźli się w grupie uzyskującej wsparcie po odbyciu 12-tygodniowej CBT, MET i TSF o słabo nasilonych objawach uzależnienia zgłaszali więcej dni abstynencji, będąc po CBT niż po TSF, podczas gdy alkoholicy o bardziej nasilonych objawach wskazywali na więcej dni abstynencji, gdy byli po TSF niż CBT (wyniki te uzyskano po upływie roku od zakończenia terapii, nie wiadomo czy się utrzymały po upływie trzech lat, bo nie przeprowadzono takich badań na grupie TSF). Po upływie trzech lat od zakończenia terapii, pojawił się jeszcze jeden ważny efekt. Otóż pacjenci, których sieć wsparcia społecznego sprowadzała się głównie do osób, które intensywnie piły wskazywali na więcej dni abstynencji, gdy byli w programie zachęcającym do udziału w AA niż pacjenci, którzy uczestniczyli w MET (Miller, 2005; Raistrick, Heather, Godfrey, 2006).

Przeprowadzona po latach przez Cutlera i Fishbaina (2005) ponowna analiza wyników projektu MATCH pokazała efekty poszczególnych typów terapii, dzięki porównaniu trzech grup pacjentów: tych, którzy odpadli od razu po ich zakwalifikowaniu do projektu z tymi, którzy odpadli po pierwszej sesji oraz tych, którzy odbyli 12 sesji terapeutycznych. Okazało się, że tylko 3% osiągniętej przez pacjentów liczby dni abstynencji oraz liczby wypitych codziennie drinków można przypisać leczeniu. Ponadto wykazano, że wielkość uzyskanego efektu przez alkoholików, którzy nie podjęli leczenia była do pewnego stopnia podobna do pozostałych grup. Na najgorsze efekty wskazywały osoby, które uczestniczyły w jednej sesji, na najlepsze pacjenci, którzy odbyli 12 sesji. Uznano, że odbycie jednej sesji może mieć charakter negatywnie naznaczający.

Nigdy już potem nie przeprowadzono tak szeroko zakrojonych badań nad efektywnością leczenia, chociaż każdego roku pojawiały się wyniki wielu projektów badawczych prowadzonych w różnych krajach. Warto wspomnieć o dwóch różnych przedsięwzięciach, tj. metaanalizie przeszło 381 badań (do 2001 roku) w ramach projektu Mesa Grande (Miller, Wilbourne, 2002) oraz szeroko zakrojonych, niemieckich badaniach COMBINE (2006), obejmujących 8 grup pacjentów korzystających z farmakoterapii i/lub terapii behawioralnej. Potwierdzono w nich z jednej strony skuteczność krótkoterminowych interwencji terapeutycznych, z drugiej, że najlepsze efekty uzyskują alkoholicy, którzy korzystają zarówno z terapii behawioralnej, jak i farmakoterapii (akamprozat, naltrekson). Pacjenci uczestniczący w obu modułach leczenia mieli więcej dni abstynencji w ciągu roku niż pacjenci leczeni tylko farmakoterapią lub psychoterapią. Zależność ta jest potwierdzana w licznych badaniach i statystykach prowadzonych w różnych krajach, np. w Wielkiej Brytanii, Szwecji (por. Raistrick, Heather, Godfrey, 2006).

Analiza wyników badań nad efektywnością terapii zaburzeń psychicznych i zachowania spowodowanych używaniem alkoholu pozwala stwierdzić, że zależy ona z jednej strony od specyficznych czynników leczących uaktywnianych pod wpływem konkretnej interwencji terapeutycznej (modalności terapii), z drugiej w podobnym, nierzadko w większym stopniu, od wspólnych czynników leczą-

cych, związanych z cechami i kompetencjami terapeuty do utrzymania relacji i sojuszu terapeutycznego, a także zależy od cech i preferencji pacjenta (DiClemente i in., 2003; Reisner, 2005; Lebow i in., 2006; Haaga, McCrady, Lebow, 2006). Poniżej przedstawiono wpływ specyficznych i niespecyficznych czynników, które w świetle badań mają istotne znaczenie dla osiągniętych przez alkoholików w procesie leczenia celów.

Poszczególne szkoły psychoterapii, takie jak: psychodynamiczna, poznawczo-behawioralna czy humanistyczna wskazują na znaczenie specyficznych czynników leczących dla uzyskania zmiany u pacjenta. Choć szkoły te efekty terapii i mechanizmy zmiany wyjaśniają poprzez uaktywnianie w procesie oddziaływań specyficznych czynników leczących, to wszystkie z nich stosują strategie skoncentrowane przede wszystkim na wzbudzaniu nadziei, odreagowaniu emocjonalnym, poszerzaniu świadomości i samokontroli. Programy terapii nadużywania i uzależnienia od alkoholu najczęściej stosują transteoretyczny model procesu i etapów terapii Prochaski i DiClemente (1984), który odwołuje się do założeń podejścia behawioralno-poznawczego. Wyjaśniając wpływ modalności terapii na efekty leczenia, należy uwzględnić najbardziej poprawne metodologicznie badania i metaanalizy, które zostały przeprowadzone, między innymi, w ramach wspomnianego już projektu Mesa Grande (Miller, Wilbourne, 2002; Raistrick, Heather, Godfrey, 2006), projektu MATCH (1998b) oraz przez niektóre zespoły badawcze, np. Millera wraz ze współpracownikami (2003) czy Finneya (2000). Wprawdzie zaproponowane rankingi modalności najefektywniejszych terapii różniły się zajmowanymi przez konkretne typy interwencji pozycjami w obrębie pierwszych 20 miejsc, niemniej każdy z rankingów wskazywał na skuteczność następujących typów modalności: krótkiej interwencji, terapii motywującej do zmiany, treningu samokontroli zachowania, programu pozyskiwania i korzystania ze wsparcia społecznego, także w kontekście rodziny, treningu umiejętności społecznych, kontraktów behawioralnych, behawioralnej terapii par i rodziny. Wszystkie z nich wywodzą się z teorii społecznego uczenia się i terapii poznawczo-behawioralnej, żadne z nich nie nawiązuje do założeń podejścia psychodynamicznego. Potwierdzenie empiryczne uzyskały także interwencje poznawcze, polegające na przekształcaniu dezadaptacyjnych przekonań na bardziej adaptacyjne poprzez analizę zniekształceń poznawczych w spostrzeganiu siebie i otoczenia (Maisto, Connors, Dearing, 2007).

Do grupy najczęściej wymienianych w rankingach, potwierdzanych empirycznie interwencji psychologicznych i społecznych w leczeniu nadużywania i uzależnienia od alkoholu, skoncentrowanych zarówno na utrzymaniu całkowitej abstynencji, jak i ograniczaniu szkód spowodowanych piciem, należą:

1. Krótkie interwencje (*brief interventions*, BIs) – celem tych oddziaływań jest udzielenie konkretnej porady dostosowanej do stanu pacjenta, trenowaniu umiejętności samomonitorowania ilości wypijanego alkoholu oraz uczenie behawioralnych strategii redukcji ilości wypijanego alkoholu.
2. Terapia motywująca (*motivational enhancement therapy*, MET) – dialog i terapia motywująca koncentrują się na zwiększeniu zaangażowania się pacjenta w dokonanie zmiany, pobudzanie i utrzymanie nadziei na osiągnięcie zmiany proz-

drowotnej, podjęcie bardziej prozdrowotnej decyzji w zakresie używania alkoholu.

3. Programy wsparcia społecznego z treningiem lub bez treningu rodziny (*community reinforcement approach, CRA*) – celem programów jest uczenie pacjenta umiejętności pozyskiwania wsparcia społecznego, radzenia sobie w sytuacji ryzyka wystąpienia nawrotu, poszerzanie umiejętności poszukiwania pracy, planowania zajęć i poszukiwania nowych sposobów spędzania wolnego czasu, a członków rodziny umiejętności pozytywnego wzmocnienia abstynencji i osłabienia nagród związanych z używaniem alkoholu.
4. Treningi samokontroli behawioralnej (*behavioural self-control training, BSCT*) – celem treningu jest uczenie pacjentów umiejętności samomonitorowania oraz behawioralnych strategii redukcji ilości wypijanego alkoholu, dzięki zwiększeniu umiejętności samokontroli i uważności.
5. Kontraktowanie zachowań (*behaviour contracting, BC*) – strategia terapeutyczna nastawiona jest na zawieranie z pacjentem kontraktów w zakresie wspólnie uzgodnionych celów, zwłaszcza zachowań ukierunkowanych na ograniczenie używania alkoholu oraz podtrzymania zachowań abstynenckich.
6. Trening umiejętności społecznych (*social skills training, SST*) – celem treningu jest poszerzanie umiejętności społecznych pacjenta, rozwiązywania sytuacji konfliktowych i poszerzania jego możliwości radzenia sobie w sytuacjach trudnych i ryzykownych relacjach interpersonalnych.
7. Terapia par i rodziny (*behavioral couples therapy, family therapy, BCT*) – celem terapii jest analiza wzorców komunikacji i relacji, które pośrednio lub bezpośrednio pozostają w związku z używaniem alkoholu oraz zachowaniem abstynencji przez pacjenta.
8. Terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioural therapy, CBT*) – celem terapii jest analiza schematów poznawczych, zniekształceń poznawczych i zachowań, które sprzyjają picciu alkoholu oraz kształtowaniu takich przekonań, które sprzyjają zachowaniu abstynencji (por. Project MATCH, 1997; Miller, Wilbourne, Hettema, 2003; Cutler, Fishbain, 2005; Raistrick, Heather, Godfrey, 2006; Maisto, Connors, Dearing, 2007).

Skuteczność przedstawionych powyżej modalności terapii najczęściej była oceniana na podstawie losowego doboru badanych do grup w ramach tzw. badań *effectiveness*, charakteryzujących się wysoką trafnością zewnętrzną, przy niższej trafności wewnętrznej, którymi odznaczają się badania *efficacy*. Moc dowodzenia tych badań jest niższa od badań *efficacy*, dlatego podkreśla się, że nie można im przypisać najwyższego poziomu wiarygodności w modelu *evidence-based interventions* (EBIs) (Maisto, Connors, Dearing, 2007).

Ponieważ znaczący udział w leczeniu alkoholików mają grupy samopomocy, zwłaszcza program 12 Kroków i 12 Tradycji Anonimowych Alkoholików (AA), dlatego od lat prowadzone były badania nad skutecznością tej formy terapii. Badania wielokrotnie potwierdzały związki między efektywnością programu AA, liczoną dniami abstynencji alkoholików a poziomem ich zaangażowania w realizację kolejnych kroków. Z powodu niskiej mocy dowodzenia tego typu badań, przez wiele

lat kontestowano wykazywaną efektywność grup AA (Miller, Wilbourne, Hetteema, 2003; Martin, Rehm, 2012). Dopiero niedawno poprawne pod względem metodologicznym analizy porównawcze potwierdziły, że członkowie grup AA uzyskują podobne rezultaty jak pacjenci pozostający w terapii poznawczo-behawioralnej i terapii motywującej (Nowinski, Baker, 2003). Skuteczność AA potwierdzają też najnowsze analizy statystyczne w ramach projektu MATCH (Magura, Cleland, Tonigan, 2013).

Druga grupa czynników, które w znaczącym stopniu mogą modyfikować efekty interwencji psychospołecznych i terapii uznanych za skuteczne, to kompetencje terapeuty w zakresie utrzymania relacji terapeutycznej i sojuszu terapeutycznego. Bordin (1976) zdefiniował przymierze jako poziom współpracy pacjenta z terapeutą, który wyznaczony jest siłą więzi między nimi, poziomem uzgodnionych celów terapii i zadań koniecznych do ich osiągnięcia. Jak pokazały analizy Luborsky'ego i Auerbacha (1985), w procesie psychoterapii wyodrębnić można dwa typy przymierza terapeutycznego. Typ I oparty jest na doświadczaniu przez pacjenta terapeuty jako osoby wspierającej i budzącej nadzieję na zmianę oraz typ II, gdy pacjent i terapeuta podzielają przekonania o sensie wspólnej pracy nad zmianą, pomimo wystąpienia różnych trudności i niepowodzeń. Siła obu typów przymierza zależy od różnych czynników po stronie pacjenta i terapeuty, a ich fluktuacja znajduje się pod wpływem typu interwencji stosowanych przez terapeutę. Generalnie, interwencje wspierające i akceptujące zwiększają siłę przymierza, zaś konfrontujące i interpretujące ją zmniejszają. W projekcie MATCH uczestniczyło 80 terapeutów, którzy prowadzili wspomniane typy terapii w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych. Okazało się, że we wszystkich grupach siła przymierza terapeutycznego była dobrym predyktorem końcowego efektu terapii (DiClemente i in., 2003). Bardziej trafnym, gdy ocena była dokonana przez pacjentów niż przez terapeutów. Zależność ta została potwierdzona w polskich badaniach Cierpiałkowskiej i Kubiak (2012), w których większe zmiany w zachowaniach prozdrowotnych zaobserwowano u alkoholików wyżej oceniających siłę przymierza. Istotną rolę w kształtowaniu i podtrzymywaniu siły przymierza odgrywały różne cechy i umiejętności terapeutów.

Zdecydowana większość wyników badań wskazuje, że istotny wpływ na skuteczność tej samej modalności terapii alkoholików mają kompetencje zawodowe terapeuty, zwłaszcza ich umiejętności słuchania i rozumienia pacjenta, zdolności do empatii, utrzymywania celu terapii i odwoływania się do zewnętrznych źródeł wsparcia. Średnio te cechy terapeuty, poza kompetencjami i doświadczeniem zawodowym, mierzonym latami pracy z alkoholikami (Project MATCH, 1998a), wyjaśniały od 12% do 77% efektu końcowego terapii (Najavits, Weiss, 1994). Poza tym zaobserwowano negatywny wpływ obwiniania i poniżania pacjenta przez terapeutę oraz zachowań dyskredytujących, odrzucających i nadmiernie konfrontujących pacjenta (Najavits, Weiss, 1994; DiClemente i in., 2003; Lebow i in., 2006). Plastyczność terapeuty i jego umiejętności przechodzenia od akceptacji do konfrontacji z jednej strony oraz umiejętności budowania, podtrzymywania i naprawiania siły przymierza terapeutycznego z pacjentem z drugiej uznaje się za bardzo istot-

ne, wpływające na efekt końcowy terapii (Connors i in., 2000; Raistrick, Heather, Godfrey, 2006; Cierpialkowska, Kubiak 2012).

W świetle współczesnych badań największy moderujący wpływ na efekty terapii i interwencji społecznych, których skuteczność empirycznie potwierdzono, może mieć współwystępowanie u osób nadużywających lub uzależnionych od alkoholu innych zaburzeń psychicznych z osi I lub II DSM, np. zaburzeń nastroju, lękowych czy zaburzeń osobowości (Flynn, Brown, 2008). Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i zachowania wymaga włączenia dodatkowych specjalistycznych oddziaływań psychoterapeutycznych i farmakologicznych. W tym zakresie powinny być prowadzone dalsze badania, które uwzględniłyby różne problemy psychiczne występujące zarówno przed, jak i pojawiające się w przebiegu nadużywania i uzależnienia od alkoholu.

## Zakończenie

Prowadzone od lat projekty badawcze i metaanalizy wyników badań miały na celu pokazanie, które z interwencji psychospołecznych i terapii osób z zaburzeniami psychicznymi i zachowania, spowodowanymi używaniem alkoholu są bardziej skuteczne od innych na etapie leczenia podstawowego. Warto pamiętać, że metaanalizy, w porównaniu z badaniami podłużnymi, pokazują jaka jest liczba dowodów empirycznych przemawiających za efektywnością konkretnego typu/modalności terapii, a nie potwierdzają *per se* skuteczności. Większość badań w obszarze skuteczności leczenia podstawowego uzależnienia od alkoholu ma charakter *effectiveness*, a nie *efficacy*, czyli charakteryzują się one wyższą trafnością zewnętrzną niż wewnętrzną (poza badaniami MATCH).

Pomimo hipotez o znaczeniu różnych czynników okazało się, że najbardziej efektywne w leczeniu podstawowym alkoholików są krótkoterminowe terapie indywidualne i skoncentrowane na rozwiązywaniu problemów związanych z czynnikami ryzyka przerwania abstynencji i kontrolowania picia. Terapie te nie powinny być jednak krótsze niż 16 sesji terapeutycznych (Flam-Zalcman i in., 2012). Nieuzasadnione jest stosowanie terapii długoterminowych skoncentrowanych na procesie, problematyczne jest dopasowywanie procedury i interwencje do indywidualnych cech i głębokości uzależnienia pacjenta. Leczenie skojarzone, obejmujące psychoterapię i farmakoterapię daje najlepsze efekty w postaci dni abstynencji i ilości wypijanych drinków w dniach picia. Niektóre kwestie pozostają do wyjaśnienia, zwłaszcza wpływ na efektywność leczenia współwystępujących z nadużywaniem i uzależnieniem od alkoholu innych zaburzeń psychicznych i zachowania z osi I i II DSM-4 (APA, 2000).

Kontynuowanie badań nad efektywnością terapii nadużywania i uzależnienia od alkoholu jest konieczne, ponieważ w niezadowalającym stopniu wyjaśniono znaczenie niespecyficznych czynników leczących. Relacja i sojusz terapeutyczny mogą w istotnym stopniu modyfikować efekty poszczególnych typów terapii. Znaczenie sojuszu terapeutycznego wydaje się szczególnie istotne, gdy z alkoholizmem współwystępują zaburzenia osobowości, które wymagają bardziej specjalistycznych oddziaływań psychoterapeutycznych.

## Literatura cytowana

- APA – *American Psychiatric Association* (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association.
- APA – *American Psychiatric Association* (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Fife Edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- APA – American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bordin, E.S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 26, 252-260.
- Chodkiewicz, J. (2012). *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Cierpiąkowska, L., Kubiak, J. (2012). Efektywność terapii podstawowej alkoholików a niespecyficzne czynniki leczące. *Alkoholizm i Narkomania*, 25, 57-79.
- Cierpiąkowska, L., Sęk, H. (2015a). Wyzwania dla psychologii klinicznej XXI wieku. Prezentacja na I Krajowej Konferencji Psychologii Klinicznej. *Nauka*, 2, 23-45.
- Cierpiąkowska, L., Sęk, H. (2015b). Społeczne i naukowe wyzwania psychologii klinicznej (Niepublikowany materiał).
- Cierpiąkowska, L., Ziarko, M. (2010). *Psychologia uzależnień: alkoholizm*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence. The COMBINE Study: A randomized controlled trial (2006). *JAMA*, 295, 2003-2017.
- Connors, G.J., DiClemente, C.C., Dermen, K.H., Kadden, R., Carroll, K.M., Frone, M.R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Study on Alcohol*, 61, 139-149.
- Cutler, R.B., Fishbain, D.A. (2005). Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *Public Health*, 5, 75, doi: 10.1186/1471-2458-5-75
- DiClemente, C.C., Carroll, K.M., Miller, W.R. et al. (2003). A look inside treatment: therapist effects, the therapeutic alliance, and the process of intentional behavior change. W: T.F. Babor, F.K. Del Boca (red.), *Treatment matching in alcoholism* (s. 166-183). Cambridge: Cambridge Press.
- Finney, J.W. (2000). Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction*, 35, 1491-1500.
- Flam-Zalcman, R., Mann, R.E., Stoduto, D., Nochajski, T.H., Rush, B. i in. (2012). Evidence from regression-discontinuity analyses for beneficial effects of a criterion-based increase in alcohol treatment. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22, 1, 59-70.
- Flynn, P., Brown, B. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: issues and prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 36-47.

- Gajewski, P. (2003). Evidence based medicine (EBM) współczesną sztuką lekarską. Cele Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine. *Medycyna Praktyczna*, [www.mp.pl](http://www.mp.pl) [pobrano 10.04.2015].
- Gamble, S.A., Conner, K.R., Talbot, L., Yu, X.M., Connors, G.J. (2010). Effects of pre-treatment and posttreatment depressive symptoms on alcohol consumption following treatment in Project MATCH. *Journal of Study on Alcohol and Drugs*, 71, 71-77.
- Haaga, D.A., McCrady, B., Lebow, J. (2006). Integrative principles for treating substance use disorders. *Journal of Clinical Psychology* 6, 2, 675-684.
- Habrat, B. (2013). Poszerzenie celów i strategii w leczeniu uzależnienia od alkoholu. *Alkoholizm i Narkomania*, 26, 27-36.
- Hunsley J., Mash, E.J. (2005). Introduction to the special section on developing guidelines for the evidence-based assessment (EBA) of adult disorders. *Psychological Assessment*, 17, 3, 251-255.
- iCAT, <http://sites.google.com/site/icd11revision/home/icat> [pobrano 25.09.2015].
- IHRA – *International Harm Reduction Association*, [www.ihra.net](http://www.ihra.net). 2010/05/31.
- Lebow, J., Kelly, J., Knobloch-Fedder, L.M. i in. (2006). Relationship factors in treating substance use disorders. W: L.G. Castonguay, L.E. Beutler (red.), *Principles of therapeutic change that work* (s. 293-318). New York: Oxford Press Inc.
- Luborsky, L., Auerbach, A. (1985). The therapeutic relationship in psychodynamic psychotherapy: The research evidence and its meaning for practice. W: R. Hales, A. Frances (red.), *Psychiatry update annual review* (s. 550-561). Washington: American Psychiatric Association.
- Magura, S., Cleland, Ch.M., Tonigan, J.S. (2013). Evaluating Alcoholics Anonymous's effect on drinking in Project MATCH using cross-lagged regression panel analysis. *Journal of Study Alcohol and Drugs*, 74, 3, 378-385.
- Maisto, S.A., Connors, G.J., Dearing, R.L. (2007). *Alcohol use disorders. Advances in psychotherapy – evidence-based practice*. Massachusetts: Hogrefe & Publishing GmbH.
- Martin, G.W., Rehm, J. (2012). The effectiveness of psychosocial modalities in treatment of alcohol problems in adult: A review of the evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 350-358.
- McLellan, A.T., McKay, J.R., Forman, R., Cacciola, J., Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 4, 447-458.
- Miller, W.R. (2005). Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH Data: Response. *Public Health*, 5, 76, doi: 10.1186/1471-2458-5-76
- Miller, W.R., Forcehimes, A.A., Zweben, A. (2014). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 3, 265-277.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L., Hettema, J.E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. W: R.K. Hester, W.R. Miller (red.), *Handbook*

- of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (wyd. 3, s. 13-63). Boston: Allyn & Bacon.
- Mrukowicz, J. (2005). Podstawy evidence-based medicine (EBM), czyli o sztuce podejmowania trafnych decyzji w opiece nad pacjentami. *Medycyna Praktyczna*, [www.mp.pl](http://www.mp.pl) [pobrano 10.04.2015].
- Najavits, L.M., Weiss, R. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review. *Addiction*, 89, 679-688.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1997). *Alcohol Alert*, 36, pubs.niaaa.nih.gov [pobrano 10.05.2015].
- Nowinski, J., Baker, S. (2003). *The twelve-step facilitation handbook: A systematic approach to recovery from alcoholism and addiction*. Center City, MN: Hazelden.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984). Toward a comprehensive model of change. W: W.R. Miller, N. Heather (red.), *Treating addictive behaviors. Process of change* (s. 3-27). New York London: Plenum Press.
- Project MATCH Research Group (1988a). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, 455-474.
- Project MATCH Research Group (1988b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clinical Experimental Research*, 22, 1300-1311.
- Project MATCH Research Group (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 6, 1130-1145.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Raistrick, D., Heather, N., Godfrey, C. (2006). *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. London: National Treatment Agency for Substance Abuse.
- Reisner, A.D. (2005). The common factors, empirically validated treatments and the recovery models of therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 55, 377-399.
- Rose, R.J., Dick, D.M. (2005). Gene-environment interplay in adolescent drinking behavior. *Alcohol Research & Health*, 28, 4, 222-229.
- Samochowicz, J., Habrat, B., Cierpiałkowska, L., Wojnar, M., Bieńkowski, P. (w druku). Farmakoterapia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
- Spring, B. (2007). Evidence-Based practice in clinical psychology: What It Is, Why It Matters; What You Need to Know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 7, 611-631.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2009). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- WHO – *World Health Organization* (1998). Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- WHO – *World Health Organization* (2010). Global strategy to reduce harmful use of alcohol. Geneva, Switzerland.

**Streszczenie.** Programy leczenia osób nadużywających i uzależnionych od alkoholu są bardzo złożone, a najważniejszą ich częścią są oddziaływania psychoterapeutyczne i interwencje psychospołeczne. Celem artykułu jest przedstawienie badań prowadzonych zgodnie z założeniami modelu *evidence-based* nad efektywnością terapii alkoholików, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia specyficznych i niespecyficznych czynników leczących. Pokazano, jakie miejsce w rankingach efektywności terapii zajmują krótkoterminowe oddziaływania odwołujące się do terapii poznawczo-behawioralnej, terapii motywującej i treningów umiejętności społecznych. Moc dowodzenia badań nad efektywnością terapii osób nadużywających i uzależnionych od alkoholu jest niezbyt wysoka, dlatego zaleca się opracowanie kolejnych projektów badawczych, które będą miały nie tylko wysoką trafność zewnętrzną, ale i wewnętrzną.

**Słowa kluczowe:** efektywność leczenia alkoholików, terapia oparta na dowodach, różne typy terapii