

Co to jest terapia oparta na dowodach naukowych?

James L. Sorensen, Jennifer E. Hettema i Sandra Larios

University of California, San Francisco, Stany Zjednoczone

*Święcie wierzę w naród. Poradzi sobie z każdym kryzysem,
jeśli tylko pozwoli mu się poznać prawdę.
Najważniejsze to przedstawić mu fakty.*

Abraham Lincoln

STRESZCZENIE

- Określenie „oparte na dowodach naukowych”¹ definiowano na wiele sposobów; w większości definicji kładzie się nacisk na potrzebę posługiwania się metodami naukowymi i kumulowanie wiedzy pochodzącej z badań empirycznych. W niniejszym rozdziale terminu „terapię oparte na dowodach naukowych” używa się na określenie tych rodzajów terapii, które zostały naukowo przetestowane i poddane ocenom klinicznym, w wyniku czego zostały uznane za odpowiednie do leczenia danej osoby, populacji lub problemu/zaburzenia.
- Ocena i interpretacja dostępnej wiedzy często wiążą się z koniecznością rozstrzygania różnych zagadnień z zakresu metodologii. Czynniki, które należy uwzględnić przy ocenie metodologicznej jakości publikacji, to między innymi dobór badanych grup (czy badani byli losowo przypisywani do grup), uwzględnianie informacji przekazanych przez bliskich pacjenta, obiektywna weryfikacja wskaźnika ukończenia leczenia, zasadność formułowania uogólnień oraz stopień zgodności z założeniami i procedurami przyjętymi dla określonej interwencji terapeutycznej.

¹ Angielski termin *evidence based treatment* nie ma jednego uzgodnionego odpowiednika w polskim środowisku naukowym. Najczęściej używa się sformułowań: terapia oparta na dowodach naukowych lub terapia oparta na wiedzy; inne określenia to: terapia naukowo udokumentowana, terapia o skuteczności potwierdzonej naukowo (przyp. red.).

- Metody terapii oparte na dowodach naukowych podzielono – w zależności od sposobów ich oceny – na następujące kategorie: terapie weryfikowane w randomizowanych badaniach klinicznych, w badaniach skuteczności, oceniane w przeglądach publikacji naukowych oraz wpisane do Narodowego Rejestru Skutecznych Programów i Praktyk.
- Metody interwencji obejmują: terapię poznawczo-behawioralną, dialog motywujący, krótkie interwencje, zapobieganie nawrotom, behawioralną terapię małżeńską, wsparcie społeczne z systemem zachęt oraz wspomagającą farmakoterapię.

Wyobraźmy sobie, że ktoś z naszych przyjaciół lub bliskich jest uzależniony od alkoholu lub innej substancji i zapragnął poddać się leczeniu. Osoba ta zwraca się do nas z prośbą o pomoc w wybraniu możliwie najlepszej terapii. Odwiedzamy więc kilka ośrodków, aby zapoznać się z ich sposobem pracy. Jakie pytania warto zadawać? Jakie odpowiedzi uznać za zachęcające? Czy powinniśmy wybrać taki sposób leczenia, o którym usłyszymy wzruszającą i najzupełniej prawdziwą opowieść, jak bardzo komuś on pomógł (może nawet samej opowiadającej o tym osobie)? A może należałoby spróbować dowiedzieć się czegoś innego, na przykład, ile osób skorzystało z takiej terapii i u jakiego odsetka odnotowano poprawę? Może nawet trzeba by się upewnić, w jakim stopniu te osoby, którym dana terapia pomogła, podobne są do naszego uzależnionego bliskiego, a także, w jaki sposób zbiera się dane świadczące o poprawie i jak poprawa ta jest mierzona? To drugie podejście określane jest jako oparte na dowodach naukowych. Wiele pytań, które zapewne zadalibyśmy w tej sytuacji, coraz częściej stawiają dziś naukowcy, a także twórcy polityki społecznej i instytucje świadczące usługi w zakresie leczenia uzależnień.

W dziedzinie profilaktyki i leczenia uzależnień coraz częściej odchodzi się od osobistych doświadczeń i subiektywnych opinii na rzecz podejścia bardziej obiektywnego, opartego na dowodach naukowych. Dotychczas władze publiczne zajmujące się tworzeniem polityki społecznej w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień nie miały do dyspozycji naukowo potwierdzonej wiedzy – musiały polegać na jednostkowych doniesieniach na temat sukcesów bądź porażek poszczególnych metod (Sorensen, Masson, Clark, Morin 1998). W ostatnich jednak latach obserwuje się wzrost zainteresowania metodami leczenia uzależnień mającymi solidne podstawy naukowe. Władze stanu Oregon wprowadziły na przykład przepis mówiący, że w okresie budżetowym 2009–2011 75% funduszy stanowych przeznaczonych na leczenie uzależnień będzie kierowanych na pokrywanie kosztów terapii opartych na dowodach naukowych (Oregon Department of Human Services 2008). W różnych stanach obserwuje się coraz większą presję, aby programy, które mają być refundowane ze środków publicznych, były analizowane i porównywane z innymi programami, a ich rezultaty monitorowane. Coraz częściej warunkiem kontynuacji programów są wiarygodne wyniki badań naukowych.

Nacisk na badania jest czymś nowym w dziedzinie leczenia uzależnień. Przez znaczną część XX wieku leczenie uzależnień odbywało się poza głównym nurtem instytucji medycznych czy naukowych, często było prowadzone przez osoby niebędące profesjonalistami, które podejmowały się takiej pracy pod wpływem własnych

doświadczeń (Lamb, Greenlick, McCarty 1998). Osoby takie, będące raczej współtowarzyszami niedoli niż specjalistami w swej dziedzinie, zbudowały system opieki stosunkowo niezależny od społeczności medycznych czy naukowych. Dla nich też osobiste doświadczenie miało znacznie większą wartość niż ustalenia czysto naukowe. Choć lecnictwo uzależnień stopniowo integruje się z medycyną i nauką, w wielu placówkach terapii uzależnień wciąż duże znaczenie przywiązuje się do osobistych doświadczeń i z pewną nieufnością traktuje analizy naukowe. Z drugiej jednak strony programy leczenia uzależnień podlegają coraz ściślejszej kontroli zewnętrznej i muszą się opierać na rzetelnej wiedzy, pozwalającej uzasadnić ich obecność w systemach opieki zdrowotnej, pozostających pod nieustanną presją konieczności cięcia kosztów. Na szczęście można wskazać programy leczenia oparte na dowodach naukowych.

W rozdziale tym skoncentrujemy się na naukowo udokumentowanych interwencjach w dziedzinie leczenia uzależnień. Podamy kilka definicji określenia „oparte na dowodach naukowych”. Czytelnik będzie miał okazję zapoznać się ze sposobami zdobywania danych, stanowiących punkt wyjścia do wyboru określonej terapii. Podpowiemy również, na co warto zwrócić uwagę, aby dokonać krytycznej analizy i właściwej oceny uzyskanych informacji na temat skuteczności danej interwencji. Przedstawimy badania, które istotnie przyczyniły się do pogłębienia wiedzy o uzależnieniach od substancji psychoaktywnych. Wreszcie podamy listę powszechnie akceptowanych, naukowo potwierdzonych metod leczenia oraz zastanowimy się nad ich przyszłością.

CO TO ZNACZY „OPARTY NA DOWODACH NAUKOWYCH”?

Wydaje się oczywiste, że większość z nas gotowa jest uznać za ważne stosowanie metod potwierdzonych przez badania naukowe, trudno jednak dokładnie zdefiniować samo to określenie. Sformułowano wiele różnych definicji. Niektóre z nich koncentrują się na ocenach interwencji opisanych w dostępnej literaturze naukowej. Na przykład Drake ze współpracownikami definiują określenie „metody oparte na dowodach naukowych” jako „interwencje, co do których istnieją wyraźne dowody naukowe, że prowadzą one do poprawy stanu pacjentów” (Drake i in. 2001, s. 180). Inne definicje podkreślają rolę poszczególnych klinicystów w poszukiwaniu, ocenie i uwzględnianiu w praktyce ustaleń naukowych. Center for Evidence Based Medicine (Centrum Medycyny Opartej na Dowodach Naukowych) zaznacza, że do poprawnego interpretowania wyników publikowanych w literaturze przedmiotu niezbędne są także określone kompetencje. Płyne stąd wniosek, że aby trafnie ocenić jakość i wiarygodność publikowanych badań, konieczne jest posiadanie odpowiedniej wiedzy (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, Richardson 1996). Jeszcze inne definicje postulują koncentrowanie się na pacjencie w procesie określania, co jest metodą leczenia opartą na dowodach naukowych. Na przykład Institute of Medicine (Instytut Medycyny) (2001, s. 147) domaga się, aby dowody naukowe uwzględniały ocenę kliniczną oraz „określone preferencje, obawy i wartości, z jakimi każdy pacjent zgłasza się na terapię”. Jeszcze większa rozważa jest konieczna przy korzystaniu z wiedzy dostępnej

w publikacjach na temat terapii osób o bardzo specyficznych cechach indywidualnych i społecznych. Dla potrzeb niniejszego rozdziału zostaną uwzględnione wszystkie te ważne czynniki i metodą „opartą na dowodach naukowych” nazwiemy taką metodę leczenia, której skuteczność została naukowo udokumentowana i poddana klinicznej ocenie oraz uznana za właściwą do leczenia danej osoby, populacji lub zaburzenia.

W dalszych częściach tego rozdziału podkreśla się znaczenie metody naukowej i kumulatywnego gromadzenia wiedzy, ale także zwraca uwagę, że właściwa ocena wyników badań rzadko kiedy jest zadaniem prostym i zwykle wymaga podejmowania subiektywnych decyzji. W rozdziale tym opiszemy kilka metod identyfikowania i dokonywania oceny zgromadzonej wiedzy, przedstawimy kilka najważniejszych badań empirycznych uznawanych za punkty zwrotne w dziedzinie terapii uzależnień oraz zaprezentujemy metody terapii, które powszechnie uznaje się za oparte na dowodach naukowych.

OCENA DOSTĘPNYCH WYNIKÓW BADAŃ

Terapeuta, który pragnąłby zastosować metodę leczenia uzależnień opartą na dowodach naukowych, może sięgnąć po literaturę przedmiotu w poszukiwaniu badań skupiających się na interesującym go zaburzeniu, określonej populacji bądź rodzaju interwencji. Problem w tym, że niektóre badania są bardziej niż inne podatne na pewne zniekształcenia i błędne interpretacje. Dlatego opracowano wskazówki ułatwiające wyrobienie sobie opinii na temat wiarygodności różnych badań. W tabeli 1.1 podano podstawowe kryteria umożliwiające właściwą ocenę badań dotyczących skuteczności interwencji terapeutycznych.

Tabela 1.1. Podstawowe kryteria oceny jakości badań dotyczących skuteczności interwencji terapeutycznych

Kryterium	Wyjaśnienie
Trafność wewnętrzną	Poziom prawdopodobieństwa uzyskania poprawnych i wolnych od zniekształceń wyników. Zniekształcenia mogą wynikać z reguł publikowania wyników (tzw. wiedzy ukrytej w szufladzie, ang. <i>file drawer problem</i>), niedostatecznej/wadliwej randomizacji, efektu placebo i wielu innych.
Trafność zewnętrzną	Odnosi się do stopnia, w jakim wyniki danego badania można uogólniać na inne sytuacje i/lub populacje niż uwzględnione w badaniu. Inaczej mówiąc, na ile wyniki mogą być ekstrapolowane na działania w różnych okolicznościach realnej rzeczywistości (ang. <i>generalizability, relevance and transferability</i>).
Skuteczność	Odpowiedź na pytanie: czy ta metoda/terapia działa w idealnych warunkach? Badania, których celem jest ocena skuteczności, koncentrują się na maksymalizowaniu prawdopodobieństwa uzyskania efektu w ściśle określonym schemacie eksperymentalnym. Badania te skupiają się na trafności wewnętrznej.
Efektywność (skuteczność)	Odpowiedź na pytanie: Czy terapia działa w praktyce? Badania efektywności koncentrują się na trafności zewnętrznej.
Poziom zgodności (ang. <i>fidelity</i>)	Ocena: Czy/w jakim stopniu interwencję realizowano zgodnie z założeniami i procedurami stosowanej metody?

Ocena dowodów dostarczanych przez badania kliniczne

W badaniach behawioralnych stosuje się randomizowane badania kliniczne z wyodrębnianymi grupami badanymi i kontrolnymi lub badania skuteczności. Metody te przez lata uznawano za „złote standardy” metodologiczne w ewaluacji stosowanych interwencji.

W randomizowanych badaniach klinicznych uczestnicy badania są losowo przypisywani do grupy eksperymentalnej i kontrolnej. Kontroluje się również wpływ czynników zewnętrznych, które mogłyby utrudnić ustalenie związków przyczynowych. Ostatnio jednak pojawiły się głosy, że wniosków z tak rygorystycznie kontrolowanych badań nie da się wykorzystać w codziennej praktyce klinicznej. Wielu badaczy uważa, że właściwsze byłyby badania różnych metod stosowanych w naturalnych warunkach, wobec realnych pacjentów i przez realnych terapeutów, którzy na co dzień się nimi posługują. Ten schemat badawczy z kolei ogranicza zakres analizowanych interwencji do rzeczywiście stosowanych przez dany zespół terapeutyczny w dostępnych ramach czasowych i przy posiadanych zasobach (Hunsley, Lee 2007).

Również w badaniach farmakologicznych wyniki eksperymentów medycznych różnią się poziomem przystawalności do życiowych sytuacji. The National Institute of Health (Narodowy Instytut Zdrowia) wyróżnia cztery rodzaje eksperymentów, z których każdy ma określone wady i zalety [<http://clinicalresearch.nih.gov/how.html>]. Badania takie prowadzone są zwykle w kilku fazach i wdrażane na ogół dopiero wówczas, gdy określona interwencja wydaje się obiecująca na etapie laboratoryjnych prób przedklinicznych lub badań na zwierzętach. W tym systemie faza pierwsza eksperymentu polega na badaniu działania nowego leku stosowanego u niewielkiej próby z populacji. Ponieważ liczba uczestników takiego badania jest niewielka, jego wyników zwykle nie można uogólniać na całą populację, dostarczają one jednak ważnych wstępnych informacji na temat bezpieczeństwa i/lub działań niepożądanych testowanego leku. Druga faza eksperymentu polega na podawaniu leku większej grupie ludzi przy dalszym starannym monitorowaniu bezpieczeństwa jego stosowania. W fazie trzeciej lek testuje się na jeszcze większej populacji i porównuje jego działanie z innym lekiem bądź z placebo, aby określić jego względną skuteczność. Te pierwsze trzy fazy badań medycznych zwykle prowadzi się w warunkach zapewniających ścisłą kontrolę nad cechami uczestników, którzy dopuszczani są do udziału w badaniach, oraz nad sposobem podawania leku. Przestrzeganie tych zasad daje pewność, że wnioski na temat efektów stosowania danego leczenia są poprawne (trafność wewnętrzna), ale nie pozwala na uogólnianie wyników badania na całą populację (trafność zewnętrzna). Czwarta faza eksperymentu medycznego to monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leku, wprowadzonego już na rynek i powszechnie stosowanego, ze szczególnym uwzględnieniem jego działania długoterminowego. Tu mamy do czynienia ze słabszym kontrolowaniem sposobu podawania leków i przyjmujących je osób, dlatego w tym przypadku prawdopodobieństwo, że różne zmienne wpłyną na wyniki badania, jest większe. Mimo to

wyniki tej fazy są najbardziej istotne, gdyż oceniają efekty interwencji podejmowanych w warunkach naturalnych.

Ocena dowodów skuteczności metod leczenia w publikacjach przeglądowych

Początkowo przeglądy literatury przygotowywali zainteresowani danym problemem badacze, którzy dokonywali syntezy wyników badań dotyczących określonych metod terapeutycznych i formułowali wnioski co do ich ogólnej skuteczności, posługując się głównie stylem opisowym. Choć przeglądy takie mogły być pomocne w wyrobieniu sobie ogólnej opinii na temat danej interwencji terapeutycznej, to często brakowało im naukowej dyscypliny i były podatne na zniekształcenia, wynikające ze stronniczości i osobistych przekonań przygotowujących je osób. Wkrótce jednak pojawiły się lepiej dopracowane metodologicznie przeglądy literatury dostarczające bardziej zobiektywizowanych podsumowań. Jednym z wykorzystywanych w nich rozwiązań jest tworzenie tabeli (ang. *box tally*), do której wprowadza się dostępne dane na temat pozytywnych i negatywnych wyników badań dotyczących konkretnej interwencji, co pozwala uzyskać kumulatywny wynik skuteczności analizowanej terapii. Metodę tę można udoskonalać przez przyznawanie różnym badaniom różnych wag na podstawie takich istotnych czynników, jak ich jakość metodologiczna czy stosowalność w odniesieniu do populacji będącej przedmiotem zainteresowania badacza.

Innym sposobem dokonywania syntezy wielu badań jest metaanaliza. Polega ona na statystycznym opracowaniu rozmaitych zmiennych będących miarą rezultatu, tak aby ostatecznie uzyskać standardowe miary skuteczności. Dzięki tym miarom naukowcy mogą porównywać różne metody terapeutyczne, analizować wagi jakości metodologicznej badania, dzięki czemu ich wyniki w mniejszym stopniu podlegają zniekształceniom, wynikającym na przykład z niedostatecznej liczebności grupy eksperymentalnej (co jest ważne w testach istotności statystycznej). Metaanalizy pomagają podsumowywać dostępne badania przez filtrowanie informacji i ustalanie wspólnej miary (np. wielkości efektu), którą można wykorzystywać przy porównywaniu różnych interwencji.

Metaanaliza jednak podlega także pewnym ograniczeniom. Na przykład w dziedzinie leczenia uzależnień, w badaniach poświęconych jego wynikom, stosuje się różne wskaźniki poprawy, takie jak utrzymywanie abstynencji, ilość przyjmowanej substancji, częstość przyjmowania substancji, problemy związane z jej używaniem. Rozpatrywanie tych rozbieżnych wskaźników w jednym modelu statystycznym może prowadzić do nieporozumień. Dodatkowym, dość powszechnym w nauce źródłem zniekształceń, jest tzw. wiedza ukryta w szufladzie (ang. *file drawer problem*), czyli tendencja do publikowania jedynie wyników pozytywnych (przy pozostawianiu negatywnych w szufladzie), co prowadzi do tworzenia niereprezentatywnego obrazu, nieodzwierciedlającego wszystkich wyników uzyskanych w badaniach. Niemniej jednak metaanaliza jest ważnym narzędziem przydatnym przy dokonywaniu oceny skuteczności leczenia. Metaanalizy i inne metody wykorzystują badacze działający na rzecz organizacji Cochrane Collaboration (www.cochrane.org), przygotowującej

i publikującej systematyczne przeglądy badań dotyczących behawioralnych i farmakologicznych metod stosowanych m.in. w leczeniu uzależnień.

Ocena dowodów naukowych – czemu warto się przyjrzeć

Choć przeprowadzono wiele badań poświęconych skuteczności interwencji stosowanych w odniesieniu do osób nadużywających substancji psychoaktywnych, ocena ich jakości i znaczenia wcale nie jest łatwa. Trzeba uwzględnić wiele czynników, zanim się określi, jaką wagę można przypisać poszczególnym ustaleniom.

Niektórzy terapeuci twierdzą, że metoda naukowa nie jest najlepszym sposobem oceniania interwencji. Jest to koncepcja popularna wśród terapeutów psychodynamicznych, czyli pracujących w nurcie psychologii freudowskiej. Niektórzy krytycy twierdzą wręcz, że pomimo iż w obrębie teorii psychodynamicznej formuluje się pewne tezy o związkach przyczynowych, to ona sama nie powinna podlegać ocenie w badaniach eksperymentalnych. Twierdzi się, że interwencje należy oceniać na podstawie subiektywnych doświadczeń. W przypadku uzależnień przekonanie to cieszy się poparciem terapeutów należących także do innych szkół. Wielu terapeutów twierdzi, że wiedzę na temat metod interwencji i ich skuteczności zdobywają na podstawie osobistych doświadczeń, a nie dzięki jakimkolwiek programom edukacyjnym (Miller, Sorensen, Selzer, Brigham 2006).

Nawet jeśli przyjmiemy, że metody interwencji powinny podlegać ocenom zgodnym ze standardami naukowymi, interpretacja danych naukowych wcale nie będzie łatwa, wymaga bowiem uwzględnienia kilku ważnych elementów. Przede wszystkim badania różnią się znacznie pod względem jakości stosowanej metodologii. Czytelnicy literatury naukowej zwykle wyżej cenią badania o wysokich standardach metodologicznych. Rozważmy dwa badania dotyczące terapii A. W jednym z nich stwierdza się, że wyniki zastosowania terapii A są pomyślne, a w drugim stwierdza się brak takich efektów. Nie jest to wcale nietypowa sytuacja, aby więc podjąć trafną decyzję o stosowaniu bądź niestosowaniu danej terapii, należy odnieść się do metodologicznej strony analizowanych badań. Wyobraźmy sobie, że w pierwszym badaniu mierzono rezultaty tuż po ukończeniu terapii, że badacze dokonujący ewaluacji zdążyli dotrzeć jedynie do połowy pacjentów i że badacze ci wiedzieli, którzy pacjenci przypisani byli do grupy badanej, a którzy do kontrolnej. Wszystko to mogło prowadzić do zniekształcenia wyników pierwszego badania. Niska ocena metodologicznej jakości badania może spowodować, że klinicyści i badacze uznają płynące z niego wnioski za mało wiarygodne. W drugim badaniu dokonano ewaluacji po roku od ukończenia terapii; charakteryzowało się ono dużym poziomem dotarcia do badanej populacji (ang. *response rate*), przy czym osoby dokonujące ewaluacji nie wiedziały, którzy z badanych należeli do grupy badanej, a którzy do grupy kontrolnej. W tym wypadku uzyskane wyniki mogą być postrzegane jako znacznie bardziej wartościowe. Oprócz takich wymogów, jak odpowiednio długi czas, po jakim przeprowadzono ewaluację, poziom dotarcia i wymóg, aby ewaluatorzy nie wiedzieli, które osoby były w jakiej grupie, należy uwzględniać także inne czynniki wpływające na wiarygodność wyników badań: zasady alokacji do grup (czy było to

przypisywanie losowe), uwzględnianie dodatkowych danych (czy przeprowadzono wywiad z bliskimi pacjentów w celu potwierdzenia podawanych przez nich informacji), obiektywna weryfikacja (próbki biologiczne, zapisy i inne obiektywne miary stosowane w celu potwierdzenia danych podawanych przez pacjentów), wskaźnik wytrwania w leczeniu (ilu uczestników wytrzymało do końca terapii, a ilu wykruszyło się wcześniej) i czym charakteryzowali się ci, którzy nie byli uwzględniani w analizach statystycznych z powodu przerwania terapii.

Innym czynnikiem, który należy uwzględnić przy ocenie jakości wyników badań, jest poziom zgodności (ang. *fidelity of the intervention*). Poziom zgodności to stopień, w jakim stosowana metoda terapii była zgodna z przyjętymi dla niej założeniami i procedurami. Borrelli i in. (2005) wskazali kilka kwestii dotyczących zgodności, które należy uwzględnić przy ocenie badań nad skutecznością leczenia uzależnień: intensywność i zawartość modułu terapeutycznego, charakterystyki i przygotowanie profesjonalne osób wprowadzających interwencje, stosowane procedury monitorowania przestrzegania modelu leczenia.

Dodatkowo należy uwzględnić odpowiedź na pytanie, czy wyniki badania można uogólnić na szerszą populację. Badania nad skutecznością metod leczenia uzależnień różnią się między sobą w znacznym stopniu, ponieważ dotyczą interwencji o różnych kryteriach włączania do leczenia, różnym nasileniu uzależnienia i zróżnicowanej charakterystyce demograficznej klientów. Wyniki badań na pewnych próbach badawczych mogą być bardziej lub mniej użyteczne z perspektywy osoby poszukującej odpowiedzi na konkretne pytania. Niektóre grupy – np. kobiety, mniejszości etniczne, osoby ze współwystępującymi zaburzeniami psychiatrycznymi – przez długie lata były niedostatecznie uwzględniane w badaniach nad uzależnieniami, co sprawia, że wyniki wielu badań trudno uogólniać na te populacje. Więcej informacji na ten temat zawiera część IV (Specyficzne populacje).

I wreszcie badania powinny być oceniane pod kątem ich praktyczności czy też stosowalności w warunkach rzeczywistych. Rygorystyczne standardy metodologiczne stosowane w celu podwyższenia trafności wewnętrznej badań mogą powodować obniżenie możliwości wykorzystania wyników w realnych sytuacjach. Choć wszystkie aspekty wyznaczające metodologiczną jakość badań są istotne, to jednocześnie ograniczają możliwości uogólniania wyników poza sytuacje odbiegające od warunków badania. Dlatego też analizując elementy badania wprowadzone w celu uniknięcia zniekształceń i zwiększenia zdolności formułowania wniosków o związkach przyczynowo-skutkowych, należy się zastanowić, czy opisane interwencje uda się zastosować w typowej poradni leczenia uzależnień.

Ocena danych – efekt ptaka dodo

Bardzo często w wyniku analiz porównawczych, przeglądów literatury i metaanaliz dochodzi się do wniosku, że wszystkie oceniane metody leczenia przynoszą podobne rezultaty. Porównano tę sytuację do wyścigu organizowanego przez ptaka dodo w *Alicji w Krainie Czarów*, w którym w entuzjastycznej ocenie dodo „wszyscy wygrali i wszyscy muszą dostać nagrody” (Wampold, Mondin, Moody, Stich, Ben-

son, Ahn 1997). Choć niektóre metody leczenia, jak np. terapia konfrontacyjna, okazały się nieskuteczne w przypadku uzależnień, to większość programów behawioralnych uzyskuje w badaniach porównywalne oceny. Jest to jeszcze bardziej zaskakujące, gdy uwzględnimy fakt, że większość z nich istotnie różni się założeniami na temat przyczyn zaburzeń i procesu leczenia.

PRZYKŁADY NAJWAŻNIEJSZYCH BADAŃ I ICH USTALENIA

Randomizowane badania kliniczne

Zajmiemy się teraz kilkoma najważniejszymi badaniami dotyczącymi leczenia uzależnień. Wielkie badania prowadzone wspólnie przez kilka ośrodków, określane jako randomizowane badania kliniczne (ang. *randomized clinical trials*, RCTs), dowiodły, że wiele metod terapeutycznych jest rzeczywiście skutecznych. Badania te zwykle odznaczają się wysoką jakością metodologiczną i w związku z tym charakteryzują znakomitą trafnością wewnętrzną. Osoby zajmujące się leczeniem uzależnień zwracały jednak uwagę, że ten metodologiczny rygor, w połączeniu z wyśrubowanymi kryteriami włączania uczestników do programu, ogranicza możliwość uogólniania ich wyników na przeciętne warunki kliniczne. Kilka wieloośrodkowych badań okazało się szczególnie wartościowych. Chodzi tu zwłaszcza o projekt MATCH (Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity – Dostosowanie metody leczenia alkoholizmu do cech klienta), badanie COMBINE (Combining Medications and Behavioral Interventions – Połączenie leczenia farmakologicznego z interwencjami behawioralnymi) oraz Cannabis Youth Treatment Study (Badanie nad metodami prowadzenia terapii u młodzieży uzależnionej od kanabinoli). Poniżej zostaną one omówione bardziej szczegółowo.

Projekt MATCH

Projekt MATCH został przeprowadzony we współpracy kilku ośrodków i przy wsparciu National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Narodowy Instytut ds. Nadużywania Alkoholu i Alkoholizmu). Celem badania było sprawdzenie hipotezy o dopasowaniu, która zakłada, że dla klientów o określonych cechach indywidualnych określony rodzaj terapii jest lepszy niż inne. Każdego z uczestniczących w badaniu klientów przypisano więc losowo do jednej z trzech metod leczenia – terapii poznawczo-behawioralnej (ang. *cognitive-behavioral therapy*, CBT), terapii wzmacniającej motywację (ang. *motivational enhancement therapy*, MET) oraz programu 12 kroków (ang. *twelve step facilitation*, TSF). Uzyskane rezultaty porównywano w połączeniu z analizą danych dotyczących klientów. Analiza uwzględniała 10 zmiennych, między innymi nasilenie zaburzeń psychiatrycznych oraz poziom motywacji (Project MATCH Research Group 1993). W wyniku ewaluacji przeprowadzonej po dwunastu miesiącach od zakończenia leczenia stwierdzono, że uczestnicy wszystkich trzech typów interwencji terapeutycznych przez większą liczbę dni utrzymywali abstynencję, a gdy pili, to spożywali mniej porcji alkoholu niż osoby z grupy kontrolnej. Nie udało

się jednak potwierdzić większości hipotez o dopasowaniu. Stwierdzono bowiem, że CBT, MET i TSF były równie skuteczne w ograniczaniu spożycia alkoholu leczonych osób i że osoby te nie reagowały na poszczególne rodzaje leczenia w sposób zróżnicowany w zależności od swoich cech indywidualnych.

COMBINE

Studium COMBINE miało na celu rozwinięcie wyników projektu MATCH, aby określić, czy dodanie leczenia farmakologicznego (naltrekson, akamprozat) poprawia skuteczność interwencji behawioralnych. W COMBINE zastosowano interwencję behawioralną łączącą elementy wszystkich trzech metod analizowanych w projekcie MATCH. Dodatkowo w COMBINE analizowano interwencję zwaną *medical management* (MM) – wzmacnianie prostych interwencji terapeutycznych lekami i nadzorowanie ich przyjmowania. Aby przekonać się, które leki i jakie elementy interwencji behawioralnych przynosiły najlepsze rezultaty, przypisano uczestników losowo do dziewięciu różnych sytuacji badawczych. Stwierdzono, że zastosowanie krótkiej interwencji w połączeniu z podawaniem naltreksonu okazało się skuteczną i ekonomicznie korzystną metodą leczenia uzależnienia od alkoholu i że połączenie leków z terapią behawioralną jest skuteczniejsze od samego podawania leków (Anton i in. 2006). Wynika stąd, że można skutecznie leczyć uzależnienie od alkoholu w podstawowej opiece zdrowotnej, łącząc proste oddziaływania terapeutyczne z podawaniem naltreksonu.

Badanie CANNABIS youth treatment

Badanie Cannabis Youth Treatment (Badanie nad metodami prowadzenia terapii u młodzieży uzależnionej od kanabinoli) miało na celu porównanie skuteczności i ekonomicznej efektywności pięciu różnych modeli terapeutycznych stosowanych w realnych placówkach (Dennis i in. 2002). Młodzież (12–18 lat) uczestnicząca w programie została losowo przypisana do jednego z pięciu modeli terapeutycznych: terapia wzmacniająca motywację/terapia poznawczo-behawioralna (MET/CBT) – 5 sesji; MET/CBT – 12 sesji; wspieranie młodzieży przez społeczność lokalną (Adolescent Community Reinforcement Approach, ACRA); wielowymiarowa terapia rodzinna (Multi-dimensional Family Therapy) oraz sieć wsparcia dla rodziny (Family Support Network). Stwierdzono, że udział w każdym z tych pięciu programów terapeutycznych prowadził do znaczącej poprawy, ale z ekonomicznego punktu widzenia najkorzystniejsze były MET/CBT5, MET/CBT12 i ACRA (Dennis i in. 2002).

Badania skuteczności

Wielkie, wielośrodkowe randomizowane badania kliniczne (RCT) dostarczają wyników o wysokim poziomie trafności wewnętrznej, ale ich trafność zewnętrzna jest zwykle niska. Surowe kryteria uczestnictwa w programie i administrowanie interwencji przez znakomicie wykształconych terapeutów (zgodnie ze standaryzowanymi protokołami opracowanymi na użytek danej metody) pozwalają nam wprowadzić z większą dozą pewności wypowiedać się na temat ujawniających się