

LIDIA CIERPIAŁKOWSKA, JOWITA KUBIAK

Niespecyficzne czynniki leczące a efektywność terapii alkoholików

1. Wprowadzenie

Osoby z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi używaniem alkoholu, zwłaszcza pijące szkodliwie i uzależnione, wymagają wszechstronnej pomocy medycznej (np. gdy wystąpią ostre objawy zespołu odstawienia, symptomy psychozy alkoholowej), psychoterapeutycznej i nierzadko także rehabilitacyjnej (np. gdy wystąpią przewlekłe choroby somatyczne czy inwalidztwo). W podstawowych i zaawansowanych programach leczenia alkoholików psychoterapia stanowi najistotniejszą część oddziaływań, które koncentrują się nie tylko na osiągnięciu przez pacjentów abstynencji, ale przede wszystkim na uaktywnieniu intrapsychicznych mechanizmów prowadzących do odzyskania zdrowia psychicznego. Ponieważ w procesie uzależnienia dochodzi nie tylko do zmian zachowań alkoholowych polegających między innymi na zwiększeniu częstości picia i upijania się, ale przede wszystkim do restrukturalizacji systemu wartości, motywacji i mechanizmów zaradczych jednostki, powszechnie przyjmuje się, że celem terapii nie może być tylko abstynencja (nazywana potocznie „suchością”), ale zmiany w obrębie intrapsychicznych mechanizmów, podtrzymujących psychospołeczne symptomy uzależnienia (Moos, Finney, Cronkite, 1990; Mellibruda, 1997; Miller, Walters, Bennett, 2001).

Analiza ewolucji programów leczenia osób uzależnionych od alkoholu, poczynając od fenomenu Minnesota i ruchu anonimowych alkoholików, kończąc na współczesnych terapiach sięgających do konkretnych psychologicznych koncepcji natury człowieka lub transteoretycznych modeli integracyjnych, pokazuje na kilka istotnych przyczyn i konsekwencji ich przemian. Do niedawna programy leczenia miały bardziej intuicyjny, będący konsekwencją ogromnego doświadczenia klinicznego poszczególnych terapeutów, niż profesjonalny, oparty na przesłankach empirycznych, charakter. Można zaobserwować, że znaczące przemiany w programach terapii pozostają w relacji, z jednej strony, do aktualnego stanu wiedzy na temat uwarunkowań, istoty oraz biopsychospołecznych konsekwencji alkoholizmu, z drugiej do rozwoju różnych koncepcji i szkół psychoterapii zajmujących się leczeniem także innych niż uzależnienie od alkoholu zaburzeń psychi-

cznych oraz coraz większej wiedzy na temat ich efektywności (Cierpiałkowska, 2000; 2005). W konsekwencji powstały nowe programy leczenia, które próbują osiągnąć większą efektywność przez coraz lepsze dopasowanie strategii terapeutycznych do wymagań pacjentów zidentyfikowanych na podstawie ich profilów psychospołecznego funkcjonowania, na przykład projekt MATCH (1997) czy Mesa Grande (Miller, Wilbourne, 2002), albo poprzez dopasowanie strategii i interwencji terapeutycznych do pozytywnej lub negatywnej oceny przebiegu kolejnych etapów terapii, na przykład w transteoretycznym modelu psychoterapii Prochaski i współautorów (1992, 2006) czy terapii skoncentrowanej na motywowaniu do zmiany (por. Miller, Rollnik, 2000). Skuteczność tych przedsięwzięć terapeutycznych nie jest do końca znana, a uzyskane wyniki na tyle rozbieżne, że badacze stanęli przed koniecznością zwrócenia się w stronę metodologii badań typu *efficacy*, wymagających spełnienia standardów wysokiej trafności wewnętrznej. Prowadzone dotąd badania przyniosły rezultaty, które pozwoliły na sformułowanie dwóch głównych wniosków: po pierwsze, programy leczenia alkoholików są skuteczne, bo leczący się alkoholicy uzyskują dłuższe okresy abstynencji bądź większą poprawę funkcjonowania psychospołecznego niż nieleczący; po drugie, konieczne jest pogłębienie wiedzy na temat przyczyn znacznego zróżnicowania końcowych efektów różnych programów leczenia alkoholików. Posiadamy wiedzę o tym, że terapia jest skuteczna, ale nie mamy wiedzy na temat tego, od jakich czynników zależą jej efekty (por. Miller, Walters, Bennett, 2001; Raistrick, Heather, Godfrey, 2006).

Współcześnie podejmuje się ogromne wysiłki w kierunku wykrycia, jakie czynniki po stronie terapii, terapeuty i pacjenta uzależnionego od alkoholu mają wpływ na skuteczność leczenia. Dbałość o trafność zewnętrzną badań została zastąpiona troską o trafność wewnętrzną, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia niespecyficznego czynników leczących uaktywnianych w relacji terapeutycznej.

2. Specyficzne i niespecyficzne czynniki leczące a efektywność psychoterapii

Efektywność psychoterapii jako szczególnej formy leczenia problemów i zaburzeń psychicznych jest wyznaczona uaktywnianą w procesie jej oddziaływania konfiguracją określonych specyficznych i niespecyficznych czynników leczących. Specyficzne czynniki leczące są ściśle związane z leżącymi u podstaw konkretnego systemu psychoterapeutycznego założeniami o naturze człowieka oraz mechanizmach psychicznych prowadzących do zdrowia lub zaburzeń psychicznych. Zwykło się wyodrębniać cztery główne systemy terapeutyczne, takie jak: psychoterapia psychodynamiczna, behawioralno-poznawcza, humanistyczno-egzystencjalna i systemowa (interakcyjna), w których zmiana dokonuje się przy udziale różnych czynników leczących i warunków koniecznych. Na przykład jedne z nich prowadzą do zmiany dzięki uzyskanemu przez pacjenta wglądowi (*insight*), odreagowaniu emocjonalnemu i przepracowaniu problemów, drugie w wyniku

poszerzenia wiedzy, modelowania i naśladownictwa (por. Czabała, 2006; Cierpiałkowska, 2003). W każdym z tych systemów obok czynników specyficznych uaktywniane są czynniki niespecyficzne, zwane wspólnymi (*non-specific, common treatment factors*), które pozostają w związku z konstytuowaną w procesie terapii relacją terapeutyczną, a dokładnie z tym aspektem, który nazywa się przymierzem terapeutycznym (*working alliance*) (por. Luborsky, 1976; Lambert, 1992; Asay, Lambert, 2002). Podczas gdy Greenson (1965) koncentrował się na roli właściwości pacjenta, to Rogers (1957) na roli cech osobowości terapeuty, zwłaszcza bezwarunkowej akceptacji, empatii i kongruencji w facylitowaniu terapeutycznej zmiany. Wiele lat później Bordin (1994) stworzył transakcyjny model przymierza terapeutycznego, w którym uwzględnił rolę różnych czynników leżących po stronie pacjenta i terapeuty w osiąganiu pożądanej zmiany.

Gdy rezultaty badań pokazały, że wszystkie psychoterapie są w podobnym stopniu skuteczne w leczeniu różnych zaburzeń psychicznych, dla zwiększenia ich efektywności zwrócono się w kierunku czynników niespecyficznych. Klasyczne już dziś metaanalizy wyników badań Wilsona i Lipsey'a (2001) nad uwarunkowaniami efektywności terapii prowadzonej w warunkach naturalnych pokazały, że zmienność końcowego efektu można wyjaśnić niezależnym wkładem następujących grup zmiennych: 1) cechami interwencji terapeutycznej (typ terapii, czas i częstotliwość spotkań, cechy pacjentów, zakładane efekty) – 0,25 wariancji; 2) cechami metody (typ projektu, sposób porównywania grup, wielkość grupy i sposób operacjonalizacji zmiennych) – 0,21 wariancji; 3) błędem próby (np. nasilenie objawów w określonym typie zaburzenia psychicznego, współzachorowalności, czas trwania zaburzenia) – 0,26 wariancji oraz 4) pozostałymi, bliżej nieokreślonymi źródłami zmienności – 0,28 wariancji. Wyniki te potwierdziły wcześniejsze ustalenia, że zmienność końcowego rezultatu terapii zależy w podobnym stopniu od specyficznych, jak i niespecyficznych czynników leczących. Ponieważ badania nad efektywnością różnych szkół psychoterapii prowadzonej w warunkach laboratoryjnych pokazywały, że manipulowanie czynnikami specyficznymi nie poprawia wielkości oczekiwanej zmiany, zwrócono się w kierunku badań nad niespecyficznymi czynnikami leczącymi, a dokładnie w stronę umiejętności utrzymania przez terapeutę odpowiedniej siły przymierza terapeutycznego w przełomowych momentach pracy nad zmianą. Uzyskane rezultaty okazały się bardzo interesujące i zachęcały do bliższej analizy wpływu czynników znajdujących się po stronie terapeuty, pacjenta oraz zasad konstytuowania relacji terapeutycznej w konkretnej szkole psychoterapii na wariancję efektu końcowego leczenia (por. Horvath, Symonds, 1991; Bordin, 1994; Chatoor, Krupnick, 2001).

Koncepcja przymierza terapeutycznego Bordina (1976, 1994), uwzględniająca założenia Greensona (1965) o roli pacjenta w osiąganiu zmiany w terapii, dała możliwość operacjonalizacji tego pojęcia i przeprowadzenia wielu bardzo ciekawych badań. Według założeń tej koncepcji sojusz to pewna część, aspekt relacji między klientem szukającym

pomocy i zaangażowanym na rzecz zmiany terapeutą. Powstaje dzięki tworzącej się między tymi osobami więzi oraz porozumieniu i obopólnemu uzgodnieniu głównych celów i zadań, które podczas terapii będą realizowane na rzecz osiągnięcia oczekiwanej zmiany. Siła przymierza terapeutycznego w procesie terapii ulega różnym fluktuacjom, które powinny być monitorowane przez terapeuta. Jeśli dojdzie do załamania przymierza, a podjęte wysiłki jego odbudowania nie przyniosą pozytywnych rezultatów, wówczas pacjent najczęściej przerywa terapię, często z poczuciem niezrozumienia i zawodu.

Prowadzone badania przynoszą coraz większą wiedzę na temat przyczyn zróżnicowanego poziomu sojuszu oraz czynników wpływających na jego załamywanie się podczas psychoterapii pacjentów z innymi niż alkoholizm zaburzeniami i problemami psychicznymi. Wskazując na różne czynniki leżące po stronie terapeuty, pacjenta i relacji między nimi, podkreśla się w nich związki między wielkością przymierza na różnych etapach leczenia a efektywnością psychoterapii (por. Gelso, 2007).

Po stronie terapeutów wśród czynników sprzyjających formowaniu silnego przymierza najczęściej wymienia się takie zmienne, jak: postawa wobec pacjentów, poziom samoświadomości własnego rozwoju (możliwości i ograniczeń) oraz profesjonalizm, mierzony najczęściej wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, liczbą odbytych szkoleń i certyfikatów (por. Hersoug, 2001, 2009¹). Badania prowadzone przez Henry'ego i Struppa (1994) pokazały, że istotną dla wyniku leczenia jest postawa terapeuty wobec pacjenta, która wpływa na poziom komunikacji między nimi, a to z kolei na trafność diagnozy i adekwatność planu leczenia. Pacjenci, którzy osiągnęli w terapii sukces, znacznie częściej opisywali terapeutów, jako osoby przyjazne, ciepłe, uważne, zaangażowane, rozumiejące i okazujące szacunek. Pacjenci uzyskujący złe wyniki terapii charakteryzowali terapeutów jako: chłodnych, kontrolujących i negatywnie nastawionych. Okazało się, że założenie Rogersa (1957) o tym, że skuteczny terapeuta powinien być w relacji z klientem empatyczny, bezwarunkowo akceptujący i spójny, znalazło potwierdzenie empiryczne. Późniejsze badania Sandella i współpracowników (2007) pokazały, że ciepła i wspierająca postawa terapeuty sprzyja lepszym efektom terapii krótkoterminowej, a bardziej neutralna długoterminowej. Zdolność do reflektowania przez terapeuta doświadczeń i postaw zajmowanych wobec pacjenta stanowi o jego umiejętności monitorowania zmian w nasileniu przymierza terapeutycznego. Umiejętność wzięcia odpowiedzialności za konsekwencje interwencji prowadzących do obniżenia poziomu sojuszu okazały się różnicować terapeutów osiągających sukcesy i ponoszących porażki w pracy terapeutycznej (Gelso, Hayes, 2007; Sandell i in., 2002).

¹ Związki między kompetencjami terapeuty a umiejętnościami tworzenia odpowiednio silnego przymierza na różnych etapach terapii nie są jednoznaczne. Niektóre wyniki badań wskazują na negatywny lub nieznaczny związek między doświadczeniem zawodowym terapeuty a siłą sojuszu (por. Hersoug, 2009).

Po stronie pacjenta Hovart (1994) wskazał na trzy grupy czynników wpływających na poziom przymierza terapeutycznego: 1) interpersonalne umiejętności; 2) poziom organizacji osobowości oraz 3) głębokość podstawowego zaburzenia i jego współwystępowanie z innymi problemami i zaburzeniami psychicznymi (współzachorowalność). Umiejętności interpersonalne pacjenta, zwłaszcza jego elementarna wola do współpracy w osiągnięciu celów terapii, a także bardziej dojrzały poziom organizacji osobowości (mierzona np. typem wewnętrznych modeli operacyjnych przywiązania), umożliwiające utrzymanie większej stabilności w różnych aspektach życia, w tym terapii, oraz współzachorowalność to najistotniejsze właściwości, które modyfikują poziom przymierza i skuteczność terapii. Jeśli jest możliwa zgoda co do celów i zadań terapii i pacjent odznacza się bezpiecznym stylem przywiązania, to są spełnione istotne warunki ukonstytuowania się przymierza terapeutycznego (por. Gelso, Hayes, 2007). Okazuje się także, że najsilniej na ostateczny efekt terapii wpływają zdolności pacjenta do współpracy i poziom jego zaangażowania z sesji na sesję w realizację zadań związanych z osiągnięciem uzgodnionych celów terapii. Niektóre analizy pokazują, zdaniem Hersoug (2001), że na skuteczność terapii znacznie mniejszy, niż się spodziewano wpływ miały aktualne funkcjonowanie pacjenta w środowisku rodzinnym i pozarodzinnym, głębokość zaburzenia i jego negatywne konsekwencje. Hovarth (1994) podkreśla, że głębokość zaburzenia jest czynnikiem wpływającym raczej na czas, a nie siłę ukonstytuowanego sojuszu: pacjenci o głębszych zaburzeniach tworzą podobną siłę przymierza jak pacjenci o umiarkowanym lub słabym nasileniu objawów zaburzeń, ale po upływie większej liczby sesji. Jednak im więcej czasu upływa od rozpoczęcia terapii i braku wyraźnych sygnałów wskazujących na wystarczająco silne przymierze, tym bardziej wzrasta ryzyko jego nieukonstytuowania się.

Aspekt relacyjny przymierza jest najczęściej definiowany stopniem dopasowania terapeuty do pacjenta w zakresie różnych właściwości socjodemograficznych, ich stylu funkcjonowania społecznego oraz cech osobowości. O ile stosunkowo rzadko w badaniach potwierdzone są związki pomiędzy dopasowaniem osobowościowym terapeuty i pacjenta, o tyle przybierają one wyraźny charakter, wskazujący na znaczenie podobieństwa obu osób w zakresie wyznawanych wartości (Sandell i in., 2002; Hersoug, 2009).

3. Problem badawczy

Znacząca większość programów leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych wywodzi się z podejścia poznawczo-behawioralnego i integracyjnego, łączącego bardziej różne strategie i interwencje terapeutyczne niż ogólne założenia o istocie zmiany mechanizmów i procesów intrapsychicznych prowadzących do zdrowia psychicznego. Od lat dominujący w polskim leczeniu odwykowym program leczenia alkoholi-

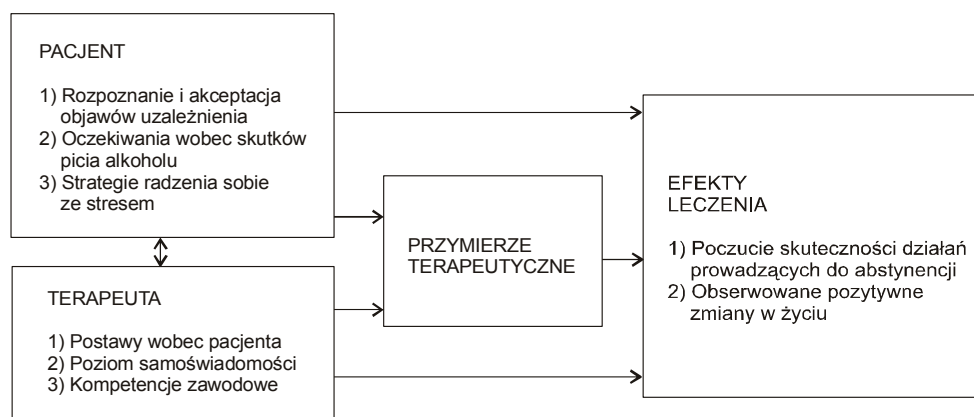
lików i członków ich rodzin, zwany terapią strukturalno-strategiczną, został opracowany przez Mellibrudę wraz z zespołem (1997)². Program ten korzysta z przesłanek leżących u podstaw modelu Minnesota, a także z założeń systemu terapeutycznego poznawczo-behawioralnego i terapii interakcyjnej. Jest to zatem taki typ oddziaływania terapeutycznego, który jest wysoce dyrektywny i ustrukturalizowany, a sojusz terapeutyczny definiowany jest przez stopień wzajemnej akceptacji (lubienia) oraz poziom uzgodnionych celów terapii i zadań, których realizacja służyć ma ich osiągnięciu. Znacznie większą uwagę przywiązuje się do działania czynników specyficznych, takich jak: poszerzenie świadomości, modelowanie i przewarunkowanie (por. Cierpiałkowska, 2000).

Współcześnie opracowania na temat czynników warunkujących efektywność odwykowych programów leczenia zwracają większą uwagę, niż jeszcze kilka lat temu, na znaczenie jakości relacji i sojuszu terapeutycznego między pacjentem i terapeutą (por. Miller, Walters, Bennett, 2001; Castonguay, Beutler, 2005). Wyjaśnia się, że lepsza relacja między pacjentem uzależnionym a terapeutą stwarza dla niego większe szanse wytrwania w terapii, głębsze angażowanie się w eksplorowanie własnych problemów oraz osiągnięcie lepszych rezultatów w różnych obszarach funkcjonowania psychospołecznego w trakcie i po zakończeniu terapii. Niestety przez wiele lat w lecznictwie pomijano wpływ relacji terapeutycznej na efekty leczenia, a postawy terapeutów były często nacechowane wrogością i nieukrywaną wyższością wobec alkoholików (Cobeln, Levy, 1998). Choć wśród polskich terapeutów odwykowych są znane wyniki badań nad znaczeniem czynników niespecyficznych, to wciąż bardziej rozpowszechnione są oddziaływania oparte na dyrektywności i zadaniowości niż podmiotowym i zindywidualizowanym podejściu do pacjentów (Chodkiewicz, 2006, Cierpiałkowska, Ziarko, 2010).

Projekt badawczy koncentrował się na dwóch problemach: 1) jakie czynniki po stronie pacjenta, terapeuty i tych zjawisk, które zachodzą między nimi w relacji, wpływają na siłę sojuszu terapeutycznego oraz 2) jakie znaczenie ma siła sojuszu terapeutycznego w początkowym okresie leczenia, oceniana przez terapeutę i pacjenta, dla ostatecznego efektu terapii osób uzależnionych? Są to pytania, na które jeszcze nie posiadamy wyczerpującej odpowiedzi, zwłaszcza gdy chodzi o znaczenie sojuszu dla realizacji podstawowego programu leczenia odwykowego. W badaniach uwzględniono wybrane czynniki wpływające na poziom przymierza terapeutycznego i efektywność leczenia po stronie terapeutów i osób uzależnionych od alkoholu. U pacjentów zbadano poziom oczekiwań wobec picia alkoholu, style radzenia sobie ze stresem, świadomość i stopień akceptacji uzależnienia, natomiast u terapeutów postawy wobec pacjentów, czynniki uznawane

² Zespół ten stworzył wielostopniowy program szkolenia i certyfikowania terapeutów odwykowych. W związku z uznaniem ich kwalifikacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia, terapeuci pracujący z uzależnionymi od alkoholu tworzą stosunkowo jednorodną grupą, która w oddziaływaniach leczących stosuje podobne procedury i strategie oddziaływania.

przez terapeutów za leczące, poziom samoświadomości (wgląd) oraz kompetencje zawodowe. Na tle przedstawionej analizy literatury i wyników badań uznano, że wpływ czynników występujących po stronie terapeutów i pacjentów na skuteczność podstawowego programu terapii uzależnień jest pośredniczony siłą przymierza terapeutycznego. Graficzny obraz zmiennych i sprawdzane między nimi zależności przedstawiono na ryc. 1.



Ryc. 1. Badane zmienne i związki między nimi (źródło: opracowanie własne)

4. Grupa i metody badań

Badaniami objęto 78 osób uzależnionych od alkoholu oraz 30 terapeutów prowadzących podstawowy program terapii uzależnień w różnych formach, tj. na Oddziale Dziennym, Stacjonarnym i Ambulatoryjnym³. W dwóch pierwszych formułach leczenie trwało sześć tygodni, natomiast w trzeciej dwanaście. Wszyscy badani byli zdiagnozowani przez terapeutów lub lekarzy jako osoby uzależnione według kryteriów ICD-10 (1997).

Badanie przebiegało w dwóch etapach. Pierwszy następował po dwóch lub trzech sesjach terapeutycznych i koncentrował się na pomiarze siły przymierza terapeutycznego u terapeutów i pacjentów. Drugi etap badań zaczynał się po zakończeniu przez alkoholików podstawowego programu leczenia. Pacjenci wypełniali następujące kwestionariusze: oczekiwania wobec alkoholu, stylów radzenia sobie ze stresem oraz świadomości objawów i stopnia akceptacji uzależnienia, natomiast terapeuci ankietę kompetencji zawodowych i kwestionariusze: wglądu w proces leczenia, postawy wobec pacjentów oraz czynników uznawanych za leczące. Pacjenci oceniali także skuteczność podstawowego programu terapii uzależnień.

³ Realizacja projektu była możliwa dzięki współpracy z Polskim Towarzystwem Psychoterapii Uzależnień oraz Szkołą Psychoterapii Uzależnień PTPU i Zakładem Leczenia Odwykowego w Czarnym Borze, zwłaszcza Jackiem Kasprzakiem. Pracującym i szkolącym się tam terapeutom uzależnień oraz pacjentom dziękujemy za udział w badaniach.

Tabela 1. Zmienne i narzędzia badawcze wykorzystane do pomiaru cech pacjentów i terapeutów (opracowanie własne)

Osoba	Zmienna	Narzędzie badawcze
Pacjent	Wynik leczenia: poczucie skuteczności własnych działań prowadzących do utrzymania abstynencji; pozytywne zmiany w różnych obszarach życia	Skala skuteczności działań zmierzających do utrzymania abstynencji (DiClemente i in., 1994); Kwestionariusz do oceny pozytywnych zmian w wyniku leczenia (Kubiak, 2009)
	Objawy i akceptacja choroby Rozpoznanie objawów uzależnienia Poziom akceptacji alkoholizmu	Kwestionariusz rozpoznania objawów uzależnienia (Cierpialkowska, 1997) Skala akceptacji choroby (Felton i in., 1984; adaptacja Juczyński, 1990)
	Oczekiwania wobec picia	Kwestionariusz oczekiwań wobec alkoholu (George, 1995); Społeczne i emocjonalne pozytywne doświadczenia po alkoholu; Redukcja napięcia; Trudności w funkcjonowaniu poznawczym i fizycznym; Agresja; Pozytywny wpływ na sprawność seksualną
	Styl radzenia sobie ze stresem	Kwestionariusz radzenia sobie ze sytuacjami stresowymi (Endler i Parker, 1990, adaptacja Strelau i in., 1994) Styl skoncentrowany na zadaniu Styl skoncentrowany na emocjach Styl skoncentrowany na unikaniu sytuacji
Terapeuta	Postawy wobec pacjentów	Skala postaw terapeutycznych (TASK2 część V, podskala 1; Sandell i in., 2004; adaptacja Kubiak, 2009) Wspieranie; Neutralność; Dyrektywność; Wątpliwości na własny temat
	Czynniki uznawane przez terapeutów za leczące	Skala postaw terapeutycznych (TASK2 część V, podskala 2; Sandell i in., 2004; adaptacja Kubiak, 2009) Dopasowanie; Ciepło; Wgląd
	Kompetencje zawodowe	Skala postaw terapeutycznych (TASK2 część V, podskala 3; Sandell i in., 2004; adaptacja Kubiak, 2009) Wykształcenie; Zdobyte certyfikaty; Ukończone szkoły psychoterapii; Lata pracy; Liczba przyjmowanych pacjentów
	Wgląd w siebie	Skala postaw terapeutycznych (TASK2 część V, podskala 3; Sandell i in., 2004; adaptacja Kubiak, 2009); Superwizja; Psychoterapia własna
Terapeuta i pacjent	Przymierze terapeutyczne	Kwestionariusz przymierza terapeutycznego (Horvath, 1981, adaptacja Kubiak, Cierpialkowska, 2009) Przywiązanie; Cele terapii; Zadania

W związku ze stawianymi przez ów program celami terapeutycznymi dla oceny poziomu ich realizacji użyto dwóch wskaźników: 1) subiektywnego przekonania pacjentów o możliwości utrzymania abstynencji w wielu trudnych sytuacjach związanych uprzednio z pićciem (por. DiClemente i in., 1994); 2) oceny wielkości zmian w różnych dziedzinach życia wprowadzonych w czasie i po zakończeniu terapii (por. Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2010). Uzyskane średnie wyniki obu aspektów efektywności uznano za trzeci wskaźnik świadczący o ogólnym wyniku leczenia. W tabeli 1 przedstawiono zmienne i narzędzia badawcze do ich pomiaru.

5. Wyniki badań

Analiza wyników badań obejmuje trzy procedury. Po pierwsze, w celu stwierdzenia ewentualnych związków pomiędzy właściwościami pacjentów i terapeutów a siłą przymierza terapeutycznego i wynikami terapii zastosowano test parametryczny r-Pearsona. Za właściwy dla testowania wszystkich hipotez statystycznych uznano poziom istotności $p = 0,05$. Po drugie, w celu wyjaśnienia, jakie czynniki po stronie pacjenta i siły przymierza terapeutycznego są istotne dla wyników terapii na trzech wymiarach, zastosowano analizę wariancji metodą krokową. W ten sposób próbowano określić stopień dopasowania weryfikowanego modelu zmiennych wyjaśniających względem zmiennej – rezultaty podstawowej terapii odwykowej. W końcu, dla zweryfikowania hipotezy o mediującym udziale siły przymierza terapeutycznego między właściwościami pacjentów i terapeutów a końcowym efektem terapii odwykowej, zastosowano test Sobela (2001).

Związki między właściwościami pacjentów i terapeuty a siłą przymierza terapeutycznego

Dla weryfikacji hipotezy o związkach między właściwościami pacjentów i terapeutów a siłą przymierza terapeutycznego zastosowano parametryczny test r-Pearsona. Po stronie pacjentów mierzono następujące zmienne: poziom akceptacji uzależnienia, rozpoznawanie objawów uzależnienia, pozytywne (redukcja napięcia, wzrost siły i agresywności oraz wzrost pobudzenia i sprawności seksualnej) i negatywne (spadek sprawności poznawczej i motorycznej) oczekiwania wobec skutków ewentualnego picia alkoholu oraz style radzenia sobie ze stresem – skoncentrowane na zadaniu, na uśmierzaniu emocji i unikaniu (przez poszukiwanie kontaktów i angażowanie się w czynności zastępcze). Siła przymierza terapeutycznego była oceniana przez pacjentów na wymiarach: PW – więź z terapeutą, PC – ocena stopnia uzgodnionych celów terapii, PZ – ocena proponowanych do realizacji zadań oraz PP – ogólna ocena siły przymierza (średnia trzech wymiarów). W tabeli 2 przedstawiono macierz korelacji (istotnych statystycznie) między właściwościami alkoholików a ich oceną siły przymierza na początku podstawowego programu leczenia. Ogólny wynik siły przymierza terapeutycznego oceniany przez alkoholi-

ków na początku leczenia pozostaje w istotnych pozytywnych związkach z rozpoznaniem i akceptacją przez nich objawów uzależnienia ($r = 0,272$; $p < 0,05$), negatywnymi oczekiwaniami w zakresie skutków picia ($r = 0,328$; $p < 0,01$) oraz stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu ($r = 0,330$; $p < 0,01$). Negatywny związek zaobserwowano między siłą przymierza terapeutycznego a wielkością pozytywnych oczekiwań co do aktywności i sprawności seksualnej po użyciu alkoholu ($r = -0,241$; $p < 0,05$).

Tabela 2. Macierz korelacji między charakterystykami pacjentów a przymierzem terapeutycznym – test r-Pearsona (źródło: badania własne)

Wymiary	TW	TC	TZ	TP	PW	PC	PZ	PP
Rozpoznanie objawów uzależnienia	0,045	0,157	0,161	0,161	0,136	0,266*	0,308**	0,272*
Oczekiwanie zysków społecznych	-,037	-0,159	-0,093	-0,093	-0,069	-0,258*	-0,214	-0,206
Oczekiwanie negatywnych skutków	0,253*	0,202	0,145	0,219	0,317**	0,224*	0,321**	0,328**
Oczekiwanie pozytywne w obszarze seksualności	-0,179	-0,096	-0,046	-0,114	-0,179	-0,277*	-0,182	-0,241*
Styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem	0,19	0,294*	0,233*	0,268*	0,172	0,280*	0,412**	0,330**
Styl skoncentrowany na emocjach	-0,061	-0,075	-0,112	-0,096	-0,004	-0,237*	-0,245*	-0,186
Styl skoncentrowany na unikaniu	-0,119	-0,068	-0,101	-0,109	0,014	-0,249*	-0,193	-0,163
Angażowanie się w czynności zastępcze	-0,098	-0,095	-0,101	-0,111	0,028	-0,305**	-0,168	-0,169

* poziom istotności $p < 0,05$; ** poziom istotności $p < 0,001$

TC/PC – TW/PW – Ocena więzi z perspektywy terapeuty/pacjenta

TC/PC – Ocena celów z perspektywy terapeuty/pacjenta

TZ/PZ – Ocena zadań z perspektywy terapeuty/pacjenta

TP/PP – Ocena ogólna przymierza z perspektywy terapeuty/pacjenta

Najmniej istotnych związków wyrażonych wielkością współczynników korelacji r wystąpiło między właściwościami pacjentów a aspektem przymierza terapeutycznego typu ocena wielkości więzi, a najwięcej z aspektem – ocena uzgodnionych celów terapii. Im wyższe negatywne oczekiwania co do skutków picia, tym większa siła przymierza w zakresie więzi pomiędzy pacjentem a terapeutą ($r = 0,328$; $p < 0,01$). Istotne pozytywne związki wystąpiły pomiędzy oceną poziomu uzgodnionych celów terapii a rozpoznaniem i akceptacją objawów uzależnienia ($r = 0,266$; $p < 0,05$), negatywnymi oczekiwaniami co do skutków picia ($r = 0,224$; $p < 0,05$) oraz zadaniowym stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych ($r = 0,280$; $p < 0,05$). Negatywne natomiast między poziomem oczekiwanych zysków społecznych z picia ($r = -0,258$; $p < 0,05$), stylem radzenia sobie skoncentrowanym na uśmierzaniu emocji ($r = -0,237$; $p < 0,05$), unikaniu ($r = -0,249$; $p < 0,05$) oraz angażowaniu się w czynności zastępcze ($r = -0,305$; $p < 0,01$). Niektóre zależności powtórzyły się w przypadku aspektu przymierza typu ocena poziomu akceptacji zadań stawianych pacjentowi w czasie terapii. Okazało się, że istnieją

pozytywne związki między tą częścią przymierza a rozpoznaniem i akceptacją symptomów alkoholizmu ($r = 0,308$; $p < 0,01$), poziomem negatywnych oczekiwań skutków picia ($r = 0,321$; $p < 0,01$) oraz zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem ($r = 0,412$; $p < 0,01$), natomiast negatywne ze stylem radzenia sobie poprzez uśmierzanie emocji ($r = -0,245$; $p < 0,05$).

Sprawdzenie związków między właściwościami pacjentów a siłą przymierza ocenianą przez terapeutów wskazuje na niewielkie zależności. Zarówno ogólna siła przymierza, jak i jego poszczególne aspekty, poza oceną więzi z pacjentem, pozostają w związku z zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem. Wielkość siły więzi terapeuty z pacjentem wykazuje związek z nasileniem negatywnych oczekiwań alkoholika wobec skutków dalszego picia alkoholu ($r = 0,253$; $p < 0,05$).

Związki między siłą przymierza terapeutycznego oraz właściwościami terapeuty przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Macierz korelacji między charakterystykami terapeuty a stopniem przymierza terapeutycznego – test r-Pearsona (źródło: badania własne)

Właściwości terapeuty	TW	TC	TZ	TP	PW	PC	PZ	PP
Kwalifikacje	0,166	0,268	0,307	0,267	0,032	0,201	0,479**	0,266
Czynnik leczący: dostosowanie	0,549**	0,516**	0,490**	0,552**	0,249	0,450*	0,322	0,373*
Czynnik leczący: ciepło	0,307	0,359	0,297	0,340	0,432*	0,367*	0,270	0,387*
Postawa: neutralność	-0,056	-0,190	-0,154	-0,142	-0,348	-0,294	-0,344	-0,379*
Postawa: dyrektywność	0,269	0,442*	0,403*	0,399*	0,338	0,480**	0,485**	0,487**

* poziom istotności $p < 0,05$; ** poziom istotności $p < 0,01$

TC/PC – TW/PW – Ocena więzi z perspektywy terapeuty/pacjenta

TC/PC – Ocena celów z perspektywy terapeuty/pacjenta

TZ/PZ – Ocena zadań z perspektywy terapeuty/pacjenta

TP/PP – Ocena ogólna przymierza z perspektywy terapeuty/pacjenta

Po stronie terapeutów mierzono takie zmienne, jak: kwalifikacje, świadomość procesu terapii, szacowanie znaczenia czynników leczących typu: dostosowanie, ciepło i wgląd oraz postawę wobec pacjenta na wymiarach: neutralność, wsparcie, dyrektywność i wątpliwości dotyczące stosowanych strategii. Ogólna siła przymierza terapeutycznego, jak i jego poszczególne aspekty, wykazują istotne pozytywne związki z wielkością przypisywanej przez terapeutę ważności czynnikowi leczącemu dostosowanie (TP – $r = 0,552$; $p < 0,01$; TW – $r = 0,549$; $p < 0,01$; TC – $r = 0,516$; $p < 0,01$; TZ – $r = 0,516$; $p < 0,01$) oraz nasileniem postawy dyrektywnej w procesie leczenia (TP – $r = 0,399$; $p < 0,05$; TC – $r = 0,442$; $p < 0,05$; TZ – $r = 0,403$; $p < 0,05$). Nie potwierdziły się hipotezy o zależnościach między kwalifikacjami, przekonaniem na temat ważności czynników leczących: wgląd i ciepło oraz aspektami postawy typu: wsparcie, neutralność i wątpliwości doty-

czące strategii oddziaływania a wielkością przymierza terapeuty z pacjentem. Oznacza to, że równoważenie przez terapeutę postawy dyrektywnej, związanej z realizacją kolejnych zadań z jednej strony oraz dostosowaniem tempa ich realizacji do możliwości i oporu pacjenta z drugiej skutkują największą wielkością siły przymierza.

Związki między właściwościami pacjentów i terapeuty a wynikiem terapii

W celu zweryfikowania hipotezy o związkach pomiędzy właściwościami pacjentów i terapeutów, siłą przymierza terapeutycznego i wynikami terapii zastosowano parametryczny test r-Pearsona. Po stronie pacjentów mierzono następujące zmienne: poziom akceptacji uzależnienia, rozpoznawanie objawów uzależnienia, pozytywne (redukcja napięcia, wzrost siły i agresywności oraz wzrost pobudzenia i sprawności seksualnej) i negatywne (spadek sprawności poznawczej i motorycznej) oczekiwania wobec skutków ewentualnego picia alkoholu oraz style radzenia sobie ze stresem – skoncentrowane na zadaniu, na uśmierzaniu emocji i unikaniu (poprzez poszukiwanie kontaktów i angażowanie się w czynności zastępcze). Siłą przymierza terapeutycznego była oceniana przez pacjentów na wymiarach: PW – więź z terapeutą, PC – ocena stopnia uzgodnionych celów terapii, PZ – ocena proponowanych do realizacji zadań oraz PP – ogólna ocena siły przymierza (średnia trzech wymiarów). Poniżej przedstawiono macierz korelacji między właściwościami alkoholików, oceną siły przymierza przez pacjentów i terapeutów a wynikami terapii w postaci: poczucia własnej skuteczności co do utrzymania abstynencji, wielkości zmian wprowadzonych w różne dziedziny życia oraz średniej obu wskaźników zmian. Tabela 4 zawiera tylko istotne statystycznie współczynniki korelacji r-Pearsona określające związki między właściwościami pacjentów a wynikami terapii.

Tabela 4. Macierz korelacji między charakterystykami pacjenta, w tym siłą przymierza terapeutycznego, a wynikami terapii – test r-Pearsona (źródło: badania własne)

Wynik terapii	RO	ON	TW	TC	TZ	TP	PW	PC	PZ	PP
Ocena własnej skuteczności	0,111	0,249	0,236	0,239	0,213	0,261*	0,398**	0,361**	0,394**	0,442**
Ocena wielkości zmian	0,259*	0,339**	0,201	0,185	0,145	0,201	0,410**	0,326*	0,456**	0,459**
Średnia wymiarów	0,199	0,316*	0,233	0,227	0,191	0,025	0,432**	0,367**	0,455**	0,482**

* poziom istotności $p < 0,05$; ** poziom istotności $p < 0,01$

RO – rozpoznanie objawów uzależnienia

ON – oczekiwania negatywnych skutków picia

TC/PC – TW/PW – Ocena więzi z perspektywy terapeuty/pacjenta

TC/PC – Ocena celów z perspektywy terapeuty/pacjenta

TZ/PZ – Ocena zadań z perspektywy terapeuty/pacjenta

TP/PP – Ocena ogólna przymierza z perspektywy terapeuty/pacjenta

Wynik terapii w postaci oceny własnej skuteczności w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi i stwarzającymi znaczne ryzyko użycia alkoholu wykazuje istotne statystycznie związki głównie z siłą przymierza terapeutycznego ocenianego przez pacjentów i terapeutów, natomiast w ograniczonym zakresie z niektórymi właściwościami pacjenta. Jeśli chodzi o związki wyniku terapii z siłą przymierza, to pozostają one istotne dla takich wymiarów, jak: poczucie więzi ($r = 0,398$, $p < 0,01$), poziom uzgodnionych celów ($r = 0,361$, $p < 0,01$) i zadań terapii ($r = 0,394$, $p < 0,01$), a także ogólny wskaźnik siły przymierza ($r = 0,442$, $p < 0,01$). Nie istnieją istotne statystycznie związki między poczuciem własnej skuteczności a rozpoznaniem i akceptacją symptomów alkoholizmu, stylami radzenia sobie ze stresem czy pozytywnymi i negatywnymi oczekiwaniami wobec konsekwencji picia. Istotny statystycznie, choć stosunkowo niski współczynnik korelacji wystąpił między ogólną oceną siły przymierza przez terapeutów a pacjentów z poczuciem własnej skuteczności w radzeniu sobie z sytuacjami ryzykownymi ($r = 0,261$, $p < 0,05$).

Tabela 5. Macierz korelacji między właściwościami terapeuty, siłą przymierza terapeutycznego ocenioną przez terapeutów i pacjentów a wynikami terapii – test r-Pearsona
(źródło: badania własne)

Wynik terapii	KW	SM	CLD	CLC	CLW	PN	PD	PW	PC	PZ	PP	TW	TC	TZ	TP
Ocena własnej skuteczności	0,287	0,038	0,370	0,110	-0,060	-0,060	0,381	0,422**	0,527**	0,416**	0,521**	0,022	0,071	0,230	0,120
Ocena wielkości zmian	0,169	0,025	0,029	-0,060	-0,164	-0,086	0,227	0,432**	0,589*	0,575**	0,628**	0,039	0,059	0,319	0,157
Średnia wymiarów	0,267	0,036	0,290	0,067	-0,093	-0,071	0,355	0,446**	0,570**	0,482**	0,577**	0,028	0,071	0,267	0,136

* poziom istotności $p < 0,05$; ** poziom istotności $p < 0,01$

KW – kwalifikacje; SM – świadomość procesu terapii

CLD – czynnik leczący dostosowanie

CLC – czynnik leczący neutralność

CLW – czynnik leczący wsparcie

PN – postawa nacechowana neutralnością

PD – postawa nacechowana dyrektywnością;

TW/PW – ocena więzi z perspektywy terapeuty/pacjenta

TC/PC – ocena celów z perspektywy terapeuty/pacjenta

TZ/PZ – ocena zadań z perspektywy terapeuty/pacjenta

TP/PP – ocena ogólna przymierza z perspektywy terapeuty/pacjenta

Ocena wielkości zmian wprowadzonych przez leczących się alkoholików w różne obszary życia pozostaje także w istotnych związkach ze wszystkimi wymiarami przymierza

terapeutycznego, tj. z wielkością więzi pacjenta z terapeutą ($r = 0,410$, $p < 0,01$), poziomem uzgodnionych celów ($r = 0,326$, $p < 0,01$), zadań ($r = 0,456$, $p < 0,01$) oraz ogólnym jego wskaźnikiem ($r = 0,459$, $p < 0,01$). Jednocześnie też wielkość wprowadzanych zmian jest skorelowana z większym poziomem negatywnych oczekiwań co do skutków działania alkoholu na możliwości poznawcze i umiejętności motoryczne ($r = 0,339$, $p < 0,01$) oraz poziomem rozpoznawania objawów ($r = 0,259$, $p < 0,05$). Ogólny wynik skuteczności leczenia, odzwierciedlony średnią z dwóch wymiarów efektywności terapii, pozostaje w związku z siłą przymierza (także na różnych wymiarach) oraz wielkością negatywnych oczekiwań co do skutków picia ($r = 0,316$, $p < 0,05$).

Oceniane przez pacjentów wyniki terapii pozostają w nieistotnych statystycznie związkach z właściwościami terapeutów i ocenianą przez nich wielkością przymierza terapeutycznego. Nieistotne dla rezultatów terapii w postaci poczucia skuteczności radzenia sobie z sytuacjami zwiększonego ryzyka powrotu do picia oraz wielkości wprowadzanych przez pacjentów zmian w różnych obszarach życia pozostają takie właściwości terapeutów, jak ich kwalifikacje, świadomość procesu terapii, ocena znaczenia czynników leczących typu: dostosowanie, ciepło i wgląd oraz postawy wobec leczących się na wymiarach: neutralność, wsparcie, dyrektywność i wątpliwości na temat strategii terapii. Stosunkowo wysokie i średnie współczynniki korelacji ujawniły się między wynikami terapii a wielkością przymierza terapeutycznego ocenianego przez pacjentów na wymiarach: więzi (w przypadku oceny skuteczności $r = 0,422$, $p < 0,01$; w przypadku oceny wprowadzanych w życie zmian $r = 0,432$, $p < 0,01$), uzgodnionych celów (w przypadku oceny skuteczności $r = 0,527$, $p < 0,01$; w przypadku oceny wprowadzanych w życie zmian $r = 0,589$, $p < 0,01$) i zadań służących ich realizacji (w przypadku oceny skuteczności $r = 0,416$, $p < 0,01$; w przypadku oceny wprowadzanych w życie zmian $r = 0,575$, $p < 0,01$).

W celu sprawdzenia, jakie czynniki po stronie pacjenta i siły przymierza terapeutycznego są istotne dla wyników terapii na trzech opisywanych wymiarach zastosowano analizę wariancji metodą krokową. Po stronie zmiennych zależnych umieszczono: (1) poczucie skuteczności radzenia sobie alkoholików z sytuacjami zwiększonego ryzyka powrotu do picia; (2) ocenę wielkości wprowadzanych przez pacjentów zmian w różnych obszarach życia oraz (3) ogólny wynik terapii – średnia poczucia skuteczności i radzenia sobie z sytuacjami grożącymi nawrotom picia. Po stronie zmiennych niezależnych znalazły się te, które ujawniały istotne statystycznie związki z wynikami terapii. Są to: (1) rozpoznanie objawów uzależnienia; (2) oczekiwania wobec skutków picia – (2a) negatywne i (2b) pozytywne; (3) style radzenia sobie ze stresem typu – (3a) konfrontacja, (3b) obniżanie negatywnych emocji, (3c) unikanie; (4) siła przymierza oceniana przez pacjenta w aspekcie – (5a) więzi; (5b) uzgodnionych celów; (5c) uzgodnionych zadań; (5d) wartości średniej siły przymierza oraz (6) siła przymierza oceniana przez terapeutę w aspekcie – (6a) więzi; (6b) uzgodnionych celów; (6c) uzgodnionych zadań oraz (6d) wartości średniej siły przymierza.

Rozwiązane równania regresji odnośnie do wyniku terapii mierzonego poczuciem skuteczności radzenia sobie przez alkoholików z sytuacjami wysokiego ryzyka nawrotu picia wskazują na ich związek z dwiema zmiennymi, tj. ogólną oceną siły przymierza terapeutycznego przez pacjenta ($\beta = 0,175$; $p < 0,05$) oraz coraz słabszymi pozytywnymi oczekiwaniami co do uczuć i zysków społecznych związanych z dalszym pićciem ($\beta = -0,228$; $p < 0,05$). Skorygowany współczynnik korelacji wielokrotnej wynosi $R^2 = 0,228$ ($F = 9,998$; $p < 0,000$), co pozwala przyjąć, że te dwie zmienne wyjaśniają około 23% wariacji wyniku terapii mierzonego poczuciem skuteczności własnych działań. Natomiast wynik terapii mierzony wielkością zmian w różnych obszarach życia ujawnia związki pomiędzy ogólną siłą przymierza terapeutycznego ocenianego przez pacjenta ($\beta = 0,189$; $p < 0,05$) oraz unikającym stylem radzenia sobie ze stresem ($\beta = -0,249$; $p < 0,05$). Dla tego równania regresji skorygowany współczynnik korelacji wielokrotnej osiągnął $R^2 = 0,249$ ($F = 10,085$; $p < 0,000$), co oznacza, że wymienione zmienne wyjaśniają około 25% wielkości zmian wprowadzanych przez alkoholików w różnych dziedzinach życia. Ogólny rezultat terapii uzyskany na podstawie średniej wyników cząstkowych jest wynikiem działania podobnej grupy zmiennych, jak w przypadku poczucia skuteczności radzenia sobie przez alkoholika z wysoko ryzykownymi sytuacjami zagrażającymi abstynencji. Wskazuje na znaczenie ogólnej oceny siły przymierza terapeutycznego przez pacjenta ($\beta = 0,212$; $p < 0,05$) oraz poziomu pozytywnych oczekiwań co do uczuć i zysków społecznych związanych z dalszym pićciem ($\beta = -0,262$; $p < 0,05$). Skorygowany współczynnik korelacji wielokrotnej osiągnął wartości $R^2 = 0,262$ ($F = 11,093$; $p < 0,000$), czyli weryfikowany model zmiennych wyjaśnia około 26% wariacji końcowego rezultatu terapii. Wyniki przeprowadzonej analizy regresji metodą krokową wskazują, że zaproponowany model prostoliniowy wyjaśnia średnio około 25% wariacji ogólnego i wyodrębnionych aspektów końcowego efektu podstawowej terapii odwykowej alkoholików na podstawie siły przymierza terapeutycznego ocenianego przez pacjenta, jak i niektórych jego właściwości, zwłaszcza stylu radzenia sobie ze stresem i niskiego poziomu oczekiwań pozytywnych wobec skutków społecznych i emocjonalnych picia.

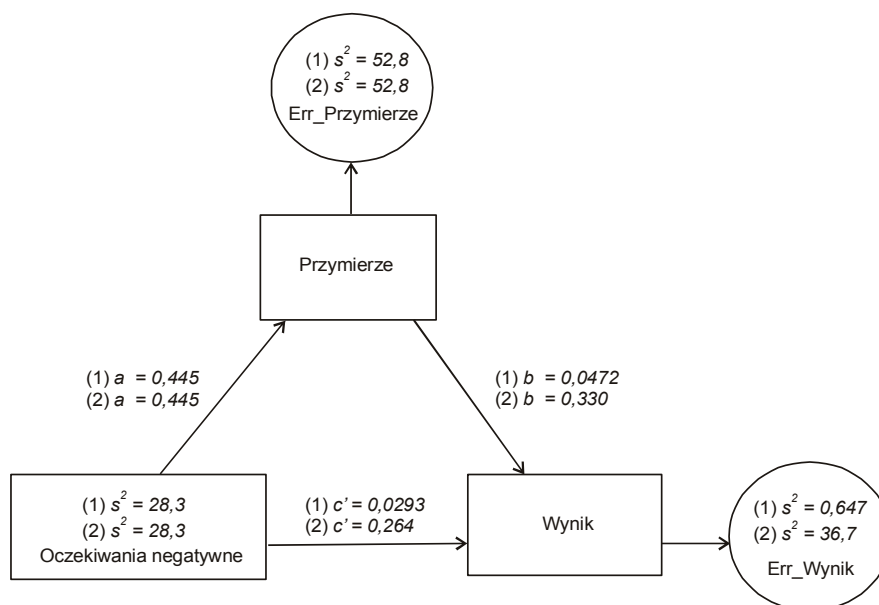
Przymierze terapeutyczne jako zmienna mediująca wyniki terapii

W celu zweryfikowania hipotezy o mediującym udziale przymierza terapeutycznego między właściwościami pacjentów (nie uwzględniano właściwości terapeutów, które nie pozostawały w istotnych związkach z rezultatami terapii) a końcowymi rezultatami terapii odwykowej zastosowano test Sobela. Procent wariacji zmiennej zależnej wyjaśniano przez ścieżkę od zmiennej niezależnej X (kolejne właściwości pacjentów) → przez mediator Z (siła przymierza terapeutycznego) do zmiennej zależnej → Y (wynik terapii), który jest równy różnicy $c - c'$. Wartość ta w przybliżeniu jest równa iloczynowi $a \cdot b$. Zmienna: przymierze terapeutyczne oceniane przez pacjentów okazała się całkowitym

mediatorem niektórych rezultatów terapii odwykowej dla zmiennej niezależnej opisującej właściwości badanych, tj. poziomu negatywnych oczekiwań wobec skutków picia alkoholu. Pośredniczący wpływ przymierza terapeutycznego okazał się istotny dla dwóch spośród trzech mierzonych aspektów rezultatów terapii odwykowej: 1) ogólny wynik terapii oraz 2) wielkość zmian wprowadzonych przez alkoholika podczas leczenia odwykowego. Ponieważ uzyskane wyniki testu Sobela są bardzo zbliżone, dlatego omówiono tylko rezultaty odnośnie do ogólnego wyniku terapii podstawowej. Niemniej tabela 6 i rycina 2 zawierają wszystkie wartości statystyk dla obu badanych aspektów efektów terapii.

Tabela 6. Wartości statystyk analizy regresji dla ścieżek *a*, *b*, *c* i *c'* wg testu Sobela (źródło: badania własne)

Wynik terapii	Ścieżka	B ± SE	β	df	<i>t</i>	Istotność
Ogólny wynik terapii (1)	a	20,45 ± 0,18	0,31	59	2,5	0,015
	b	0,047 ± 0,013	0,43	58	3,59	0,001
	c	0,050 ± 0,020	0,32	59	2,55	0,013
	c'	0,029 ± 0,019	0,18	58	1,55	0,127
Ocena przez alkoholika wielkości zmian w różnych obszarach życia (2)	a	20,45 ± 0,18	0,31	59	2,5	0,015
	b	0,33 ± 0,10	0,39	58	3,28	0,002
	c	0,41 ± 0,15	0,34	59	2,77	0,007
	c'	0,26 ± 0,14	0,22	58	1,83	0,073



Ryc. 2. Ilustracja ścieżek *a*, *b* i *c'* wraz z parametrami równań strukturalnych
Źródło: Badanie własne

Jak pokazują rezultaty analizy regresji, związek między zmienną: oczekiwania negatywne wobec skutków picia alkoholu a zmienną zależną: ogólny wynik terapii jest statystycznie istotny, bo wynosi $t(59) = 2,55$; $p = 0,013$ (ścieżka c). Istnieje również istotny związek między zmienną niezależną: negatywne oczekiwania wobec konsekwencji picia a zmienną mediującą: wielkość siły przymierza terapeutycznego ocenianego przez pacjenta potwierdzony wielkością $t(59) = 2,50$; $p = 0,015$ (ścieżka a) oraz między zmienną mediującą a zmienną zależną: wynik terapii – $t(58) = 3,58,50$; $p = 0,001$ (ścieżka b) (por. ryc. 2). Spełnione zatem zostały podstawowe warunki określone przez Sobela (2001), dające podstawy do oczekiwania statystycznie istotnych efektów działania zmiennej mediującej.

W celu zweryfikowania założenia, że zmienna: wielkość przymierza terapeutycznego ocenianego przez pacjentów wywiera pośredniczący wpływ na siłę związku między oczekiwaniami a wynikiem terapii zastosowano test Sobela. Uzyskane wartości $u = 2,05$; $p = 0,040$ oznaczają, że siła przymierza terapeutycznego jest istotnym mediatorem związku między właściwościami pacjentów a ogólnym wynikiem terapii i tym aspektem, który dotyczy wielkości zmian wprowadzonych przez alkoholika w różne obszary własnej aktywności. Kontrolowanie wpływu zmiennej mediującej powoduje, że związek między negatywnymi oczekiwaniami wobec picia alkoholu a ogólnym rezultatem terapii odwykowej okazuje się nieistotny statystycznie – $t(58) = 1,550$; $p = 0,127$ (ścieżka c'). Siła przymierza terapeutycznego występująca na początku podstawowej terapii uzależnienia od alkoholu odgrywa doniosłą rolę w uzyskiwanych przez pacjentów końcowych efektach terapii odwykowej.

6. Podsumowanie i dyskusja

Po dość długim okresie intuicyjnego określania czynników odpowiedzialnych za skuteczność leczenia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zwłaszcza alkoholików, nadszedł czas prowadzenia wielu badań i metaanaliz nad znaczeniem specyficznych i niespecyficznych czynników leczących dla końcowego efektu leczenia (Martin, Grasse, David, 2000; Lebow i Kelly, 2006). Ponieważ w polskim leczeniu odwykowym powszechnie stosuje się podobne podstawowe i zaawansowane programy leczenia alkoholików, istnieją doskonałe warunki do zweryfikowania hipotez o związkach między właściwościami pacjentów i terapeutów, wielkością przymierza terapeutycznego na początku terapii a końcowymi wynikami leczenia. W związku z celami programu podstawowego końcowe efekty terapii badano przy użyciu trzech wskaźników: 1) subiektywnego przekonania pacjentów o możliwości utrzymania abstynencji w wielu trudnych sytuacjach związanych uprzednio z piciem; 2) oceny wielkości zmian w różnych dziedzinach życia wprowadzonych w czasie i po zakończeniu terapii oraz 3) ogólny wynik terapii.

Tylko częściowo uzyskała potwierdzenie hipoteza o związkach między właściwościami pacjentów, tj. rozpoznaniem i akceptacją objawów alkoholizmu, nasileniem pozytywnych i negatywnych oczekiwań wobec picia i stylów radzenia sobie ze stresem a siłą przymierza terapeutycznego i wynikiem terapii. Podobne tendencje ujawniły się w przypadku związków między właściwościami terapeutów. Uzyskane wyniki potwierdziły przypuszczenie, że siła przymierza terapeutycznego szacowanego przez pacjentów pozostaje w związku z końcowymi wynikami terapii podstawowej. Rozpoznanie objawów uzależnienia od alkoholu szacowane na podstawie wyników kwestionariusza Rozpoznania objawów alkoholizmu Cierpiałkowskiej (1997) pozostawało w istotnym związku z siłą przymierza terapeutycznego ocenianego przez pacjenta, jak i terapeutę oraz wynikiem terapii mierzonym wielkością pozytywnych zmian w życiu pacjenta podczas i po zakończeniu terapii. Podobnych zależności nie stwierdzono między wynikami kwestionariusza AIS Feltona i współpracowników (1984 za Juczyński, 2001), który bada poziom akceptacji choroby i stosunek pacjentów do utraty zdrowia. Ponieważ duża część alkoholików nie identyfikuje własnego stylu picia jako przewlekłej i nieodwracalnej choroby, dlatego też ich informacje o radzeniu sobie z objawami alkoholizmu mogą mieć charakter deklaratywny. Rozpoznanie alkoholizmu jako zaburzenia polegającego na bezpowrotnej utracie kontroli nad ilością wypijanego alkoholu po rozpoczęciu picia pozwala pacjentom konstituować lepsze przymierze terapeutyczne prawdopodobnie także ze względu na zaistnienie podstaw do przyjęcia przez nich celu terapii w postaci konieczności zachowania całkowitej abstynencji. Badania Nielsen (2004) wskazują, że zgodność percepcji problemów alkoholowych przez alkoholików i ich terapeutów wpływa na poziom współpracy w terapii. Podzielane przez nich poglądy na temat obrazu klinicznego uzależnienia i cele terapii odwykowej przyczyniają się do większego zaangażowania w proces leczenia. Ponieważ terapeuci prowadzący podstawowe programy podzielają pogląd, że jedynym możliwym do zaakceptowania celem terapii jest abstynencja, dlatego uznanie nieodwracalności utraty kontroli ilościowej jawi się jako kluczowy warunek współpracy pacjenta i uaktywnienia się większej motywacji do zaangażowania się w leczenie.

Badania nad alkoholikami pokazują, że istotne znaczenie w procesie uzależnienia się, jak i skutecznego przebiegu leczenia, mają pozytywne i negatywne oczekiwania wobec bezpośrednich skutków użycia alkoholu (por. Leonard, Blane, 2003). W omawianych badaniach wystąpiły również istotne związki między oczekiwaniami związanymi z pićm a siłą przymierza terapeutycznego, jak i wynikami terapii. Wyższy poziom pozytywnych oczekiwań związany jest w ocenie pacjentów ze słabszą siłą sojuszu terapeutycznego, natomiast wyższy poziom negatywnych oczekiwań koreluje pozytywnie z jego siłą. Poziom pozytywnych i negatywnych oczekiwań względem działania alkoholu na organizm pozostaje także w związku z wynikami terapii. Potwierdzono hipotezę, że predyktorem zaangażowania się w relację terapeutyczną i wielkością osiągniętego wyniku

końcowego leczenia jest bardziej obecność oczekiwań negatywnych wobec picia niż brak oczekiwań pozytywnych. Można przyjąć, że szansa na pozytywny wynik leczenia wzrasta, gdy alkoholicy rozpoznają objawy własnego uzależnienia oraz posiadają negatywne oczekiwania co do bezpośrednich skutków picia alkoholu. Większe prawdopodobieństwo stworzenia silnego przymierza terapeutycznego i uzyskania pozytywnych efektów leczenia mają pacjenci będący w fazie kontemplacji problemu niż jego prekontemplacji (Prochaska i Norcross, 2006; Igen, McKeller, Moss, Finney, 2006). Ponieważ wielu alkoholików rozpoczyna leczenie w stanie prekontemplacji problemu, powinno się wobec nich używać takich strategii i procedur terapii, które są ukierunkowane na refleksowanie problemu. Wydaje się, że poważnym uchybieniem jest kwalifikowanie do terapii grupowej alkoholików bez uprzedniego zdiagnozowania ich możliwości rozpoznania objawów zaburzeń związanych z używaniem alkoholu.

Założenia o związkach między stylami radzenia sobie ze stresem a jakością przymierza terapeutycznego oraz wynikami terapii zostały częściowo potwierdzone. Siła przymierza okazała się umiarkowanie skorelowana z zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem, natomiast ujemnie ze stylem skoncentrowanym na uśmierzaniu emocji i unikaniu. Początek leczenia, zwłaszcza ten etap, który jest skoncentrowany na konfrontowaniu pacjentów z objawami uzależnienia, jest doświadczany przez nich bardzo negatywnie, bo pobudza poczucie bezradności i mniejszej wartości. Badania prowadzone przez innych badaczy także nie potwierdzają bezpośredniego związku między stylami radzenia sobie ze stresem a wynikami terapii. Stwierdza się raczej istotne związki między nasileniem afektów pozytywnych, na przykład w postaci nadziei podstawowej, i zaangażowaniem się pacjentów w terapię (por. Lebow, Kelly, 2006).

Siła przymierza terapeutycznego ocenianego przez pacjentów pozostaje w istotnym związku z wynikami terapii, tj. oceną wielkości zmian w różnych dziedzinach życia wprowadzonych w czasie i po zakończeniu terapii, oraz poziomem ogólnego wyniku terapii. Przymierze okazało się jednocześnie całkowitym mediatorem związku między negatywnymi oczekiwaniami wobec działania alkoholu na organizm a wynikiem terapii podstawowej. Nasilenie negatywnych oczekiwań może motywować do większej współpracy pacjenta z terapeutą, natomiast ich brak może sprzyjać wytworzeniu się specyficznego oporu przed kontrolą i zmuszaniem do przyjęcia nieakceptowanego celu w postaci konieczności utrzymywania całkowitej abstynencji. W konsekwencji zamiast angażować się w tworzenie sojuszu, pacjenci nasilają opór przed zmianą. Badania Mossa i in. (2006) pokazały, że pacjenci z niskim poczuciem skuteczności bardziej korzystali z terapii i osiągnęli lepsze wyniki w sytuacji, gdy terapeuci angażowali się we wspólne określanie problemu i celu terapii.

Założenie o istnieniu związku między niektórymi właściwościami terapeutów, mierzonymi wybranymi skalami kwestionariusza TASK-2, a siłą przymierza terapeutyczne-

go znalazło niewielkie potwierdzenie. Brak związków natomiast stwierdzono między właściwościami terapeuty typu: kwalifikacje, świadomość procesu terapii, szacowanie znaczenia czynników leczących typu: dostosowanie, ciepło i wgląd oraz postawy wobec pacjenta na wymiarach: neutralność, wsparcie, dyrektywność i wątpliwości dotyczące stosowanych strategii, a wynikiem terapii. Ponieważ terapia podstawowa jest pierwszym etapem leczenia uzależnień, więc badaną grupę pacjentów można określać jako będącą w trakcie procesu terapii. Wyniki uzyskane przez Sandella (2007) od pacjentów będących na różnych etapach terapii wskazują, że wpływ poszczególnych aspektów postaw i przekonań terapeutów na wynik terapii rośnie w miarę upływu czasu i osiągniętych w leczeniu zmian.

Jeśli chodzi o właściwości terapeutów, to interesujące są dwa wyniki z perspektywy ich korelacji z siłą przymierza terapeutycznego. Po pierwsze, związki między wielkością sojuszu a postawami wobec pacjentów, szczególnie dyrektywnością i neutralnością, po drugie, z wysoką rangą uzyskaną przez niektóre czynniki leczące, zwłaszcza: ciepło i dostosowanie strategii do stanu pacjenta. Ujemny związek pomiędzy neutralnością a przymierzem może wskazywać na przekonania terapeutów o niskiej użyteczności strategii i interwencji wglądowych na tym etapie leczenia. Pozytywna korelacja z postawą dyrektywną może odzwierciedlać przekonanie terapeutów o konieczności uaktywniania na początku terapii większej dyrektywności i kontroli zachowań pacjentów. Istotne związki między siłą przymierza pacjenta i terapeuty a nadawaniem znaczenia w relacji terapeutycznej czynnikom leczącym typu: ciepło i dostosowanie, może wskazywać, że alkoholicy bardziej współpracują z aktywnie objaśniającymi rzeczywistość oraz okazującymi życzliwość i troskę terapeutami.

Siła przymierza terapeutycznego, zwłaszcza w ocenie pacjentów, okazała się istotniejszym czynnikiem dla rezultatów terapii niż indywidualne właściwości pacjenta i terapeuty. Jest to ważna przesłanka dla praktyków klinicznych i terapeutów, pokazująca, że niezależnie od stosowanych procedur i strategii leczenia uzależnień istotna jest jakość kontaktu z pacjentem. Wymaga to zindywidualizowanego, podmiotowego podejścia do alkoholika i wrażliwości na zmieniającą się siłę przymierza terapeutycznego, co może prowadzić do zacieśnienia lub zerwania relacji terapeutycznej. W świetle uzyskanych wyników można też zastanawiać się nad tym, czy terapeuci są świadomi tego, że nie tyle ich ocena sojuszu terapeutycznego, co ocena pacjentów pozostaje w związku z końcowymi efektami terapii odwykowej.

Bibliografia

- Asay T.P., Lambert, M.J., *The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings*, [w:] *The heart & soul of change: what works in therapy*, pod red. M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller, Washington 2002, American Psychological Association, s. 33-56.

- Bordin E.S., *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. "Psychotherapy: Theory Research and Practice" 1976, 26, s. 252-260.
- Bordin E.S., *Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions*. [w:] *The working alliance. Theory, research, and practice*, pod red. A.O. Horvath, L.S. Greenberg, New York 1994, John Wiley & Sons, Inc., s.13-37.
- Castonguay L.G., Beutler L.E., *Principles of therapeutic change that work*, Oxford University Press, Oxford 2005, s. 3-12.
- Chatoor I., Krupnick J., *The outcome role of non-specific factors in treatment of psychotherapy studies*. "European Child & Adolescent Psychiatry" 2001, 10, Supplement, s. 2-20.
- Chodkiewicz J., *Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej-przegląd piśmiennictwa*. „Psychiatria” 2006, 3, s. 105-112.
- Cierpiałkowska L., *Alkoholizm. Przyczyny – leczenie – profilaktyka*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2000.
- Cierpiałkowska L., *Szanse i pułapki badań naukowych nad efektywnością psychoterapii*, [w:] *Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej*, pod red. M. Fajkowskiej-Stanik, K. Drat-Ruszczak, M. Marszał-Wiśniewskiej, Warszawa 2003, Wydawnictwo Academica Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, s. 181-198.
- Cierpiałkowska L., *Psychologia uzależnień*, [w:] *Psychologia kliniczna*, pod red. H. Sęk, Warszawa 2005, Wydawnictwo Naukowe PWN, tom 2, s. 132-152.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień: alkoholizm*. Wydawnictwo Szkolne i Profesjonalne, Warszawa 2010.
- Cierpiałkowska L., *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1997.
- DiClemente C., Carbonari J., Montgomery R., Hughes S., *The alcohol abstinence self-efficacy scale*. "Journal of Studies on Alcohol" 1994, 55, s. 141-148.
- Cobeln J., Levy C., *Chory psychicznie nadużywających środków psychoaktywnych*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998, s. 21-26.
- Czabała J.C., *Czynniki leczące w procesie terapii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Gelso J., Hayes J., *Relacja terapeutyczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
- George W.H., Frone M.R., Cooper M.L. et al. *A revised Alcohol Expectancy Questionnaire: factor structure confirmation, and invariance in a general population sample*. "Journal of Studies on Alcohol" 1995, 56, s. 117-185.
- Greenson R.R. *The working alliance and the transference neuroses*. "Psychoanalysis Quarterly" 1965, 34, s. 155-181.
- Henry, W.P., Strupp, H.H. *The therapeutic alliance as interpersonal process* [w:] *The working alliance: Theory, research and practice*, pod red. A.O. Harvath, L. S. Greenberg, New York 1994, Wiley.
- Hersoug A.G., Høglend P., Monsen J.T., Havik O.E., *Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and therapist/ patients similarity as predictors*. "Journal of Psychotherapy Practice and Research" 2001, 10, s. 205-216.
- Hersoug A., Høglend P., Havik O. et al. *Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy*. "Clinical Psychology & Psychotherapy" 2009, 16, s. 100-110.
- Horvath A.O., Symonds B.D., *Relation between working alliance and out-come in psychotherapy: a meta-analysis*. "Journal of Counseling Psychology" 1991, 38, s. 139-149.
- Hovarth A.O., Greenberg L.S., *The development of the Working Alliance Inventory*, [w:] *The*

- Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*, pod red. L.S. Greenberg, W.M. Pinsof, New York 1986, Guilford Press, s. 529-556.
- Horvath A.O. *Empirical validation of bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective*, [w:] *The working alliance. Theory, research, and practice*, pod red. A.O. Horvath, L.S. Greenberg, New York 1994, John Wiley & Sons, s. 109-130.
- ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków- Warszawa, 1997, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius".
- Ilgen M., Tiet Q., Finney J., Moss R.H., *Self-efficacy, therapeutic alliance, and alcohol-use disorder treatment outcomes*. "Journal of Studies on Alcohol" 2006, 67, s. 465-472.
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001, s. 168-172.
- Lambert M.J., *Implications of outcome research for psychotherapy integration*, [w:] *Handbook of psychotherapy integration*, pod red. J.C. Norcross, M.R. Goldfried, New York 1992, Basic Books, s. 94-129.
- Lebow J., Kelly J., Knobloch-Fedders, L.M., Moos R., *Relationship factors in treating substance use disorders*, [w:] *Principles of therapeutic change that work*, pod red. L.G. Castonguay, L.E. Beutler. New York 2005, Oxford University Press, s. 293-317.
- Luborsky L., *Helping alliance in psychotherapy*, [w:] *Successful psychotherapy*, pod red. J.L. Cleghorn, New York 1976, Brunner/Mazel, s. 92-116.
- Maisto, S.A., Carey, K.B., Bradizza, C.M., *Spoleczna teoria uczenia się*, [w:] *Picie i alkoholizm w świetle teorii psychologicznych*, pod red. K.E. Leonard i H.T. Blane, Warszawa: 2003, Państwowa. Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, s. 133-207
- Mellibruda J., *Strategiczno-strukturalna terapia uzależnienia*. „Alkoholizm Narkomania” 1997, 3(28), s. 307-324.
- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnień*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2006.
- Martin D.J., Graskie J.P., David M.K., *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review*. "Journal of Consulting and Clinical Psychology" 2000, 68, s. 438-450.
- Miller W.R., Rollnik S., *Motivational interviewing*. Guilford Press, New York 2000.
- Miller W.R., Walters S.C., Bennett M., *How effective is alcoholism treatment in the United States?* "Journal of Study of Alcohol" 2001, 62, s. 211-220.
- Miller W.R., Wilbourne P.L., *Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders*. "Addiction" 2002, 97, s. 265-277.
- Moos R.H., Finney J.W., Cronkite R.C., *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome*. Oxford University Press, New York 1990.
- Moos R., *Social contexts and substance use*, [w:] *Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it*, pod red. W.R. Miller, K.M. Carroll, New York: 2006, Guilford Press, s. 182-200.
- Nielsen A. S., *Factors Influencing the Therapeutic Alliance and Treatment Compliance: The Individual Experience*, "Ned Publication" 2005, 47, s. 187-206.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C., *In search of the structure of change*, [w:] *Self change. Social Psychological and Clinical Perspectives*, pod red. Y. Klar, J.D. Fisher, J.M. Chinsky, A. Nadler, New York – Budapest 1992, Springer – Verlag New York, s. 87-114.
- Prochaska J. O., Norcross, J.C. *Systemy terapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 2006.

- Project Match Research Group, *Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH Posttreatment drinking outcomes*. "Journal of Studies on Alcohol" 1997, 58(1), s. 7-29.
- Raistrick D., Heather N., Godfrey C. *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. National Treatment Agency for Substance Misuse, London 2006. Rogers C.R., *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. "Journal of Consulting and Clinical Psychology" 1957, 22, s. 95-103.
- Sandell R., Carlsson J., Schubert J. et al. *Varieties of therapeutic experience and their associations with patient outcome*. "European Psychotherapy" 2002, 3, s. 17-23.
- Sandell R., Lazar A., Grant J., Carlsson, J., *Therapist attitudes and patient outcomes: II. Therapist attitudes influence change during treatment*. "Psychotherapy Research" 2007, 17, s. 196-204.
- Sandell R., Carlsson J., Schubert J. et al. *Therapist attitudes and patient outcomes: I. Development and validation of the Therapeutic Attitudes Scales (TASC-2)*, "Psychotherapy Research" 2004, 14, s. 469-484.
- Sobel, M.E., Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models [w:] *Sociological Methodology 1982*, pod red. S. Leinhardt, Washington DC 2001, American Sociological Association, s. 290-312.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P., *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.
- Strupp, H. H. (1996). *The tripartite model and the Consumer Reports Study*. "American Psychologist", 51, 10, s. 1017-1024.
- Wilson, D. B., Lipsey, W., *The role of method in treatment effectiveness research: Evidence from meta-analysis*. "Psychological Methods", 6, 4, 413-429.

Non-specific treatment factors and the effectiveness of alcoholics' treatment

The problems related to the intensification of the effectiveness of alcoholics' treatment have been the focus of researchers and clinicians interested in the explanation of specific and non-specific treatment factors that contribute to treatment outcome. The basic program of alcoholics' treatment is a highly structured and directive therapy conducted according to the principles of strategic and structural treatment. The present research aimed at answering the question concerning the significance of non-specific healing factors, i.e. the strength of the therapeutic alliance formed at the initial stages of therapy and its contribution to the final outcome. The research model takes into account some individual qualities of patients and therapists and verifies their relationship with treatment outcomes measured by: 1) patients' convictions about the possibility of abstinence in situations of higher risk of drinking, 2) the scope of changes introduced into various spheres of life during therapy, and 3) the general treatment outcome (the mean value of the first two dimensions). The research comprised the sample of 78 patients who completed the basic therapy program and 30 therapists leading this kind of therapy. The outcomes indicate that the verified model of variables, mainly patient-related, accounts for 25% of variance of treatment effects. They also confirm the significance of the therapeutic alliance strength and its mediating role between the expectation of negative effects of drinking and final outcomes of basic alcoholics' treatment.

Key words: alcoholics' treatment, non-specific treatment factors

