

## Co leczy w podstawowym programie terapii uzależnień? Przegląd badań nad efektywnością terapii uzależnienia od alkoholu

What are therapeutic factors in alcohol dependence treatment programmes?  
A review of studies on effectiveness of alcohol therapeutic programmes

**Robert Modrzyński**

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Katedra Psychoprofilaktyki Społecznej

**Abstract** – Patients are often asking about the effectiveness of therapy. In the literature there is plenty of research on valuable therapeutic methods. Typically, various approaches are compared in terms of their relative effectiveness and outcome performance. The article presents a review of the international literature on alcohol dependence treatment programmes with a special focus on the range of programmes with particular consideration of its effectiveness and therapeutic factors underlying each method. It can be shown that most treatment programmes achieve similar results. Therefore, instead of searching for the best method, highlighting therapeutic factors facilitating the change process appears to be a more promising strategy.

**Key words:** alcoholism, therapy, treatment efficiency, resources, therapeutic factor

**Streszczenie** – Pacjenci w trakcie leczenia często pytają o efektywność terapii. W literaturze można spotkać liczne badania wskazujące na wartość prezentowanego podejścia terapeutycznego. Charakterystyczną regułą jest porównywanie ich ze sobą w poszukiwaniu tej najbardziej skutecznej. Obecny artykuł stanowi przegląd zagranicznej literatury dotyczącej programów terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu. Poniżej zostały zaprezentowane różne podejścia terapeutyczne stosowane w terapii uzależnienia od alkoholu, począwszy od tradycyjnych skończywszy na nowatorskich projektach, pod kątem ich skuteczności oraz czynników terapeutycznych biorących udział w procesie trzeźwienia. Efektem analizy jest wniosek końcowy autora, iż większość z nich osiąga podobne rezultaty. Zamiast poszukiwać najlepszej metody, wartościowym rozwiązaniem okazuje się koncentracja na czynnikach prowadzących do zmiany.

**Słowa kluczowe:** alkoholizm, terapia, skuteczność leczenia, zasoby, czynnik terapeutyczny

### WPROWADZENIE

Pacjent uzależniony od alkoholu trafiający do ośrodka chciałby wybrać najlepszą dla siebie metodę terapii. Nie jest on jednak świadomy wielości podejść terapeutycznych. Zależy mu na tym, aby się wyleczyć. To na terapeutach spoczywa odpowiedzialność

---

Praca finansowana ze środków własnych

wyboru terapii i sposobu jej prowadzenia. Nie jest to łatwe zadanie, ponieważ wśród przedstawicieli różnych szkół toczy się spór o to, które podejście jest najbardziej efektywne. Z drugiej strony, trudno się odnaleźć wśród licznych pozycji w literaturze przedmiotu poświęconej badaniom nad efektywnością różnych programów terapeutycznych. Nierzadkim zjawiskiem jest prezentowanie przez autorów własnej metody jako najlepszej. Z tego właśnie powodu istnieje potrzeba takiego przeglądu literatury, który uporządkuje te badania nie tyle pod kątem wyboru najlepszej metody, ile pozwoli skoncentrować się na poszczególnych czynnikach terapeutycznych, wpływających na zmianę w ramach danego podejścia.

W poniższej pracy zaprezentowano dostępną ofertę terapeutyczną dla osób uzależnionych od alkoholu. Uwagę skupiono na skuteczności danej metody oraz na tym, co leczy w danym podejściu, czyli jakie czynniki terapeutyczne odgrywają rolę wspomagającą w procesie trzeźwienia osób uzależnionych od alkoholu. Skuteczność leczenia w prezentowanych badaniach rozumiana jest głównie jako ograniczenie ilości spożywanego alkoholu oraz wydłużenie okresu abstynencji.

#### PREZENTACJA POSZCZEGÓLNYCH NURTÓW TERAPEUTYCZNYCH

Od wielu lat zastanawiano się nad czynnikami wpływającymi na proces zdrowienia wśród członków grup samopomocowych. Do dnia dzisiejszego leczenie oparte na Dwunastu Krokach w ramach grupy **Anonimowych Alkoholików** jest dominującą formą w USA (1). Nierzadko również bywa jedyną opcją terapii w danej miejscowości. Co do skuteczności i potrzeby istnienia tych grup nikt nie ma wątpliwości, natomiast badań jest niewiele. Vaillant (2) w swojej pracy na temat Anonimowych Alkoholików wyróżnia cztery elementy zapobiegające nawrotom picia.

1. Zewnętrzna superwizja (kontrola) – członkowie AA są zachęceni do szukania sponsora, kontaktu z nim w sytuacjach kryzysowych oraz uczestnictwa w pracy nad poszczególnymi krokami. Możliwość przeprowadzenia rozmowy bądź pozostawanie w kontakcie telefonicznym sprawia, iż każdego dnia osoba przypomina sobie o ciągłej pracy nad sobą. Istotne jest, aby poddanie się tej kontroli płynęło z własnego wyboru. Chęć takiego kontaktu musi wypływać od osoby uzależnionej.
2. Alternatywne zachowania – wywodzi się to z założenia, iż nie można porzucić nałogu nie mając nic w zamian. Grupa AA zapewnia wiele różnych aktywności, szczególnie w okresach wysokiego ryzyka, jak np. w czasie wakacji. Poprzez organizowanie wyjazdów lub okolicznościowych imprez osoba uzależniona ma okazję doświadczyć nowych form spędzania wolnego czasu.
3. Nowe bliskie relacje – ważne, aby osoba uzależniona nawiązywała nowe relacje, szczególnie z osobami, których nie skrzywdziła w przeszłości, dlatego bardziej korzystnym rozwiązaniem jest wtedy poszukanie sponsora. W sytuacji trudnej bądź konfliktowej osoba skrzywdzona w przeszłości może wycofać swoje wsparcie, często rozpamiętując zdarzenia z okresu nadużywania alkoholu.

Wsparcie zbudowane na takiej nowej relacji może być stabilniejsze.

4. Pogłębianie duchowości – włączenie przekonań oraz praktyk religijnych do terapii zwiększa jej skuteczność. Duchowość porównywana jest do zjawiska przywiązania, które w pośredni sposób może zastępować uzależnienie.

Propozycja Vaillanta (2) znajduje potwierdzenie w innych niezależnych badaniach (3, 4). Autorzy podkreślają, iż sukces terapeutyczny danych czynników, prowadzących do abstynencji leży w tym, że nie odwołują się do bezpośredniej pracy nad zaprzestaniem lub ograniczeniem picia. Badanie w ramach projektu MATCH nie wykazało istotnych różnic między grupami biorącymi udział w programie zachęcającym do uczestnictwa w AA a pozostałymi formami leczenia (5, 6). Przemawia to za skutecznością grup opartych na filozofii Dwunastu Kroków.

Wielu osobom grupa AA kojarzy się z sektą bądź organizacją przykościelną. Z tego też powodu często pacjenci nie decydują się na tę formę pomocy. Ciekawą propozycję **grupy wsparcia o charakterze readaptacyjnym** wysunęli Folgheraiter i Pasini (7). Podjęli temat wykluczenia społecznego jako konsekwencji uzależnienia. Wskazują na potrzebę tworzenia grup wsparcia skierowanych na powrót do społeczności. Zajęcia traktowane są jako „sala gimnastyczna aktywnego obywatelstwa”. Praca nad uzależnieniem w celu uzyskania abstynencji odbywa się poprzez realizację celów pośrednich. Wyniki badań potwierdzają, iż długoterminowe zaangażowanie się w taką formę pracy nad sobą wzmacnia swoisty kapitał społeczny osoby. Czynnikiem, których wspieranie okazało się istotne w readaptacji to: zaangażowanie w lokalną społeczność, relacje sąsiedzkie, relacje rodzinne, relacje z przyjaciółmi, relacje w pracy, jakość życia, poczucie zaufania i bezpieczeństwa.

Powszechnie stosowanym podejściem w obecnym czasie jest **terapia poznawczo-behawioralna**. Polega na identyfikacji dysfunkcyjnych przekonań, postaw oraz sytuacji odgrywających istotną rolę w procesie uzależnienia. Czynnikiem terapeutycznym jest zmiana dotychczasowego sposobu myślenia oraz nauka niezbędnych umiejętności społecznych. Obecnie obowiązujący program psychoterapii uzależnienia od alkoholu w Polsce w dużej mierze opiera się na tym modelu. Badania katamnesticzne na gruncie polskim dają zbliżone rezultaty – po dwóch latach od opuszczenia placówki 33,4% pacjentów utrzymywało pełną abstynencję (8–14). W publikacjach często podkreśla się nadrzędność tej formy terapii w stosunku do innych metod, jednak wyniki badań nie są tak jednoznaczne (15, 16). Uzyskane wyniki projektu MATCH podważyły pogląd, że dostosowanie sposobu leczenia do pacjenta jest wstępnym warunkiem skutecznej terapii uzależnienia od alkoholu. Interwencje oparte na programie Dwunastu Kroków, terapii poznawczo-behawioralnej lub terapii ukierunkowanej na wzmocnienie motywacji okazały się na równi skuteczne (17–20). Burtscheidt i wsp. (5) dokonali ewaluacji programu terapeutycznego opartego na terapii poznawczo-behawioralnej oraz treningu konstruktywnych zachowań. Po sześciu miesiącach z grupy 63 pacjentów w abstynencji pozostawało 28 osób.

Ważną rolę w ramach tego podejścia odgrywa czynnik związany z regulacją emocji. Osoby uzależnione, często tłumaczą powrót do picia nieporadzeniem sobie z emocjami. Wśród najczęściej pojawiających się czynników ryzyka nawrotu wymieniane

są takie konstrukty poznawcze jak: negatywne emocje oraz pojawiające się oczekiwania dotyczące ulgi (18, 21, 22). Marlatt (18) w swojej koncepcji twierdzi, iż nawrót pojawia się wtedy, kiedy zaistnieje sytuacja wysokiego ryzyka oraz brak umiejętności poradzenia sobie z nią. Badania nad nawrotem wskazują, że negatywny afekt jest jednym z predyktorów złamania abstynencji. Interwencje terapeutyczne skoncentrowane na wzmacnianiu regulacji emocji zmniejszają istotnie późniejsze spożycie alkoholu. W badaniach Berkinga i wsp. wzięło udział 116 pacjentów leczonych stacjonarnie. Terapia opierała się na poznawczo-behawioralnych interwencjach zapobiegania nawrotom w oparciu o koncepcję Marlatta. Każdy pacjent dodatkowo uczestniczył w sesjach edukacyjnych, motywujących oraz w treningu umiejętności psychospołecznych. Po trzech miesiącach abstynencję utrzymywało 50% uczestników (23).

**Terapia motywująca** to skoncentrowana na osobie, oparta na współpracy forma prowadzenia klienta w kierunku wydobywania i wzmacniania motywacji do zmiany. Jej podstawą są cztery zasady: wyrażanie empatii, rozwijanie rozbieżności, podążanie za oporem oraz wspieranie poczucia sprawczości (24, 25).

Czynniki terapeutyczne, biorące udział w procesie trzeźwienia

- a) Empatyczna relacja terapeutyczna oparta na akceptacji i szacunku – w pracy z klientem unika się bezpośredniej konfrontacji. Opór oznacza, że omawiane kwestie są dla klienta ważne i należy zmienić kierunek działania. Głównym narzędziem pracy terapeuty są różnego rodzaju odzwierciedlenia, pytania otwierające oraz podsumowania.
- b) Ambiwalencja – motorem zmiany jest rozbieżność między stanem obecnym a pożądanym. Terapeuta aktywnie słuchając i odzwierciedlając wypowiedzi klienta pomaga dostrzec negatywne konsekwencje bieżącej sytuacji, które są w konflikcie z jego osobistymi celami.
- c) Poczucie własnej skuteczności – w wielu teoriach traktowane jako podstawowy wyznacznik zmiany. Jest to przekonanie, że człowiek potrafi zachować się w określony sposób lub wykonać określone zadanie (26).

Wiele projektów badawczych z zastosowaniem elementów terapii motywującej wykazuje istotne różnice statystyczne w spożyciu alkoholu po zakończeniu leczenia (15, 27, 28, 29). Nierzadko traktuje się terapię motywującą jako wiodącą, jeśli chodzi o skuteczność leczenia uzależnienia od alkoholu. Najnowsze badania podważają jednak ten jednostronny kierunek myślenia. Stosowanie terapii motywującej jako jedynej metody leczenia nie zawsze odnosi pożądaną efekt. Projekt porównujący terapię motywującą z poradnictwem psychologicznym, zrealizowany na grupie 194 studentów, potwierdził spadek spożycia alkoholu jedynie wśród kobiet (30).

**Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu** skupia się na ustaleniu celów, jakie klient chce osiągnąć po terapii. Wykazuje wiele podobieństw z podejściem motywującym. Istotą oddziaływań terapeutycznych jest pomoc w identyfikacji zasobów do ich osiągnięcia, takich jak np. zachowania, relacje, myśli (31). Ewaluacja programu terapeutycznego w Bruges informuje, iż po czterech latach od zakończenia leczenia 84% leczonych stacjonarnie i 81% leczonych ambulatoryjnie podczas wywiadów telefonicznych deklarowało osiągnięcie zamierzonych celów w postaci

abstynencji bądź picia kontrolowanego (32). Pacjenci podczas przyjęcia do ośrodka sami zdecydowali, w jakiej grupie chcą uczestniczyć – zorientowanej na abstynencję czy też picie kontrolowane. Rodzina była aktywnie włączana w proces terapii. Raz w tygodniu odbywały się sesje rodzinne oraz prowadzona była terapia par.

Wśród metod nastawionych na wzmacnianie wsparcia społecznego, stabilizację i umocnienie więzi możemy wyróżnić terapię **skoncentrowaną na wzmacnianiu relacji i sieci wsparcia** (*Relationship Enhancement Therapy, Social and Behavior Network Therapy*) (20, 27). Warta uwagi jest terapia nastawiona na wzmacnianie relacji, która łączy różne podejścia takie jak: terapię rodzinną, uczestnictwo w AA, terapię skoncentrowaną na Dwunastu Krokach oraz wzmacnianie wsparcia. W badaniach katamnesticznych wykazuje się jej przewagę nad podejściami skupionymi wyłącznie na nauce umiejętności społecznych. U osób, których środowisko było bardziej wspierające odnotowano znaczne ograniczenie picia. Różnica między grupami badawczymi, mierzona łączną liczbą dni abstynencji po 3 latach, wyniosła 16% (20).

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na taki czynnik terapeutyczny jak wsparcie społeczne. Przegląd studiów nad nawrotem pozwala wyodrębnić jego znaczące elementy, mające udział w procesie trzeźwienia (4, 13, 33–36):

- a) Dostępność najbardziej wspierającej osoby z siatki wsparcia; liczba wspierających relacji, w tym osób niepijących – szczególnie wsparcie specyficznie związane z uzależnieniem jest silniejszym predyktorem picia aniżeli wsparcie ogólne.
- b) Zaangażowanie rodziny, zaangażowanie przyjaciół – większe wsparcie rodziny, przyjaciół nakierowane na utrzymanie abstynencji zmniejsza ryzyko nawrotu. Wystarczy jedna osoba nadużywająca alkoholu z grona przyjaciół, aby znacząco zwiększyć prawdopodobieństwo nawrotu. Niemalże znaczenie odgrywa również zaangażowanie współpracowników bądź pracodawcy w działania wspierające abstynencję.
- c) Status małżeński – fakt posiadania rodziny, dzieci jest jednym z najsilniejszych warunków skutecznego leczenia.
- d) Styl związku intymnego, alkoholizm w rodzinie, picie przez partnera – osoba, która wykazuje złośliwą i krytyczną postawę wobec uzależnionego partnera, jak np. rozpamiętywanie wyrządzonych krzywd, negatywna ekspresja emocjonalna znacząco obniża jego szanse na trzeźwienie.
- e) Nowa relacja/związek – interesująca jest informacja, iż czynnikiem bardziej podtrzymującym abstynencję jest wejście w nowy związek, aniżeli naprawianie związku wypełnionego poczuciem winy i trudnymi sytuacjami związanymi z piciem.
- f) Postawy i stereotypy społeczne – szczególne znaczenie ma to w przypadku kobiet. Autorzy krytykują terapię uzależnienia za zbyt „męsko zorientowaną”, a podkreślają brak rozwiązań takich jak opieka nad dziećmi w trakcie trwania terapii. Presja społeczna, stygmatyzacja obniżają odsetek kobiet kończących terapię.
- g) Inspirujące członkostwo w grupie – daje to możliwość nowej nie obciążonej stygmatyzacją tożsamości.

**W behawioralnej terapii par** główny nacisk jest położony na zmianę negatywnych uczuć oraz interakcji między partnerami. Terapeuta stara się zbudować między nimi system wsparcia wzmacniający abstynencję. Interwencje skierowane są na zwiększenie poziomu pozytywnych uczuć, wspólnych aktywności oraz konstruktywnej komunikacji (37, 38). Wyniki badań wskazują, iż włączenie behawioralnej terapii par do programu leczenia owocuje lepszymi rezultatami w utrzymywaniu abstynencji. Rok po ukończeniu standardowego programu abstynencję utrzymywało 35% badanych, dzięki włączeniu terapii par odsetek osób utrzymujących abstynencję zwiększył się do 65%. Oprócz metod behawioralnej terapii par, opisywany program zawierał interwencje mające na celu ograniczenie picia, jak np. liczenie drinków, ocenę sytuacji ryzyka oraz naukę umiejętności odmawiania. Działania te sprawiły, że osoby uzależnione stały się bardziej zadowolone ze swojej relacji małżeńskiej, co sprzyjało ograniczeniu zachowań noszących znamiona przemocy (39).

Rodzina stanowi najsilniejszy kontekst rozwoju i zmiany człowieka. Podczas **terapii rodzinnej** uzależnienie od alkoholu rozpatrywane jest przez pryzmat choroby całego systemu rodzinnego. Zmiana relacji oraz wzmocnienie pozytywnych zasobów w systemie rodzinnym pociąga za sobą ograniczenie spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych w granicach od 54% do 75% (40–43). Cele, nad jakimi pracowano w powyższych badaniach to: zwiększenie znaczenia roli rodzica i więzi rodzinnych, bardziej efektywne rodzicielstwo, w tym zwiększenie kontroli rodzicielskiej, zwiększenie współpracy w rodzinie, budowanie komunikacji i umiejętności rozwiązywania konfliktów. Wśród uzależnionej młodzieży znaczenie odgrywało promowanie relacji rówieśniczych, właściwa identyfikacja z grupą, zaangażowanie w szkole i inne zachowania prospołeczne.

Dla znacznej części osób z problemem alkoholowym, które nie są zainteresowane tradycyjnymi formami leczenia, ciekawym rozwiązaniem jest **e-terapia**. Internet oferuje nowe możliwości, zatem istotnym czynnikiem terapeutycznym okazuje się forma oraz dostępność terapii. Nowatorski projekt oddziaływań terapeutycznych przeprowadził Postel i wsp. (44). Kontakt osoby z terapeutą nastawiony był na zmotywowanie do zmiany nawyków picia. Na początku terapeuta wysyłał mailem informacje zwrotne na temat zalet i wad picia, prowadzonego dziennika picia, sytuacji sięgania po alkohol. Następnie skupiano się na zmianie zachowania poprzez ustalenie celów i pracę nad wybranymi celami. Wyniki wskazują na obniżenie spożycia alkoholu przez badanych. Po sześciu miesiącach 58% osób deklarowało utrzymywanie założonych celów.

Inna odmiana powyższej metody nie wymaga udziału terapeuty, informacja zwrotna udzielana jest za pomocą tabel i wykresów (45). Spotkać można również programy komputerowe, które automatycznie kontaktują się z osobą i proszą o udzielenie informacji na temat spożycia alkoholu. Program automonitoringu wykazał spadek spożycia o 20% (1). Testowano go na osobach uzależnionych od alkoholu, u których standardowe metody leczenia nie przynosiły efektów – proszone je, sms-em bądź mailowo, o zapisywanie dziennej ilości wypitego alkoholu. Nowym podejściem jest rozszerzenie działań w ramach terapii behawioralnej opartej na większej kontroli (*Extended Behavioral Treatment Models*). McKay i Hiller-Sturmhöfel przytaczają dłu-



gofalowe badania na grupie uzależnionych pacjentów, pracujących w służbie zdrowia (1). Aby utrzymać prawo do wykonywania zawodu, zobligowani byli do uczestniczenia w kilkuletnim programie pod ścisłą kontrolą, uwzględniającą sprawdzanie abstynencji oraz realizację osobistego planu terapii. W grupie 904 osób objętych programem efektywność po pięciu latach wynosiła 81%. Działania terapeutyczne oparte na kontroli znajdują potwierdzenie w aktualnej literaturze. Uczęszczanie na comiesięczne wizyty lekarskie, podczas których osoba otrzymuje informację zwrotną na temat swojego zdrowia, podtrzymywanie kontaktu telefonicznego z pacjentem po ukończeniu podstawowego programu terapii – sprawia, że ma on szansę na większą liczbę dni abstynencji (46, 47).

## PODSUMOWANIE

Podsumowując badania nad skutecznością różnych podejść terapeutycznych, można zauważyć, iż większość z nich osiąga podobne rezultaty. Może zatem zamiast poszukiwać najlepszej metody, warto skupić się na czynnikach prowadzących do zmiany.

Wydawałoby się, że zawał serca, wypadek samochodowy czy zrujnowane relacje z ludźmi powinny być wystarczającym powodem do zaprzestania picia. Wbrew potocznym oczekiwaniom zachowania nałogowe utrzymują się, mimo niezaprzeczalnych dowodów o ich szkodliwości. Program terapeutyczny dla osób uzależnionych w Polsce w głównej mierze skoncentrowany jest na „przepracowaniu destrukcji”. Niestety, dla wielu pacjentów okazuje się to niewystarczające. Wiele osób podejmujących leczenie znajduje się w trudnej sytuacji życiowej. Po opuszczeniu ośrodka większość z nich zmuszona jest powrócić do wcześniejszego środowiska. Rozbrojenie psychologicznych mechanizmów uzależnienia u takiej osoby może nasilić stres związany z brakiem zatrudnienia, wsparcia ze strony przyjaciół, rodziny, warunkami socjalno-bytowymi, samotnością itp. Powoduje to swoiste błędne koło w psychoterapii uzależnień. Nie należy się zatem dziwić, że spora część osób po opuszczeniu ośrodka wraca do picia.

Interesującym rozwiązaniem jest praca w duchu terapii motywującej. Miller i Rollnick (24, 25) w swojej koncepcji podkreślają dwa główne komponenty motywacji: ważność zmiany oraz zdolność/ufność w możliwość jej wprowadzenia. Pierwszy czynnik rozumiany jest jako rozbieżność między obecnym stanem a celem, do którego się dąży, między tym, co dzieje się obecnie a tym, co stanowi wartość. Nie jest to jednak wystarczające, aby zmienić swoje zachowanie. Osoba uzależniona musi widzieć możliwość wprowadzenia danych zmian w życie. Jeżeli nie będzie widziała sposobu oraz możliwości zmiany swojej sytuacji, skoncentruje energię na redukcji dyskomfortu, jaki odczuwa, czyli na uruchomieniu mechanizmów obronnych. W przypadku zmiany ważną rolę odgrywają posiadane przez daną osobę zasoby. Zgodnie z Teorią Zachowania Zasobów Hobfolla (COR, Conservation of Resources Theory) głównym czynnikiem zmiany są właśnie zasoby, a więc przedmioty, warunki, cechy osobowości, które mają znaczenie i są cenione przez ludzi (np. dom, środek transportu,

zdrowie, związek małżeński, zatrudnienie, pieniądze, kompetencje). Hobfoll (48) w swojej teorii zakłada, że ludzie dążą do uzyskania, utrzymania i ochrony tego, co jest dla nich cenne, czyli zasobów. Natomiast działanie w kierunku zmiany swojej sytuacji nastąpi dopiero wtedy, kiedy osoba będzie posiadać odpowiednią bazę tych zasobów. W warunkach niskiego poziomu zasobów – preferowaną strategią może być brak działania i chęci do zmiany. Z perspektywy COR niewielka ilość zasobów może uniemożliwiać osobom uzależnionym utrzymanie się w programie terapeutycznym.

Tym co prowadzi do zmiany są właśnie zasoby. Przegląd powyższych badań ukazuje, które z nich są rzeczywiście istotne w procesie trzeźwienia. Bezzasadnym wydaje się więc spór, które podejście jest bardziej skuteczne w leczeniu osób uzależnionych od alkoholu. O wiele ważniejsza jest komplementarność metod, z uwzględnieniem odpowiedzi na pytanie, jaki czynnik terapeutyczny jest istotny na danym etapie terapii.

## PIŚMIENNICTWO

1. McKay JR, Hiller-Sturmhöfel S (2011) Treating Alcoholism As a Chronic Disease. *Alcohol Research and Health*, 33 (4), 356–370.
2. Vaillant GE (2005) Alcoholics Anonymous: cult or cure? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 431–436.
3. Hodge D (2011) Alcohol Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy: Enhancing Effectiveness by Incorporating Spirituality and Religion. *Social Work*, 56 (1), 21–31.
4. Vaillant GE (1988) What Can Long-term Follow-up Teach us About Relapse and Prevention of Relapse in Addiction? *British Journal of Addiction*, 83, 1147–1157.
5. Burtscheidt W, Wölwer W, Schwarz R, Strauss W, Löll A, Lüthcke H, Redner C, Gaebel W (2001) Out-patient behaviour therapy in alcoholism: relapse rates after 6 months. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103 (1), 24–29.
6. Instytut Psychologii Zdrowia (2000) Dostosowanie sposobu leczenia do pacjenta. Tłum. K. Kurza. *Alkohol i Nauka*, 10, 11–19.
7. Folgheraiter F, Pasini A (2009) Self-help Groups and Social Capital: New Directions in Welfare Policies? *Social Work Education*, 28 (3), 253–267.
8. Instytut Psychologii Zdrowia (2000) Badania nad rezultatami leczenia. Tłum. K. Fronczyk. *Alkohol i Nauka*, 10, 1–10.
9. Kucińska M, Mellibruda J (1997) Program Analizy Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików (APETA) – koncepcja i dotychczasowy przebieg badań. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 325–334.
10. Kucińska M, Mellibruda J (1997) Sposób używania alkoholu po zakończeniu lub przerwaniu terapii uzależnienia przez pacjentów uczestniczących z programie badawczym APETA. *Alkoholizm i Narkomania*, 3, 373–387.
11. Kurza K (2005) *Analiza efektów terapii osób uzależnionych od alkoholu w placówkach lecznictwa odwykowego w Polsce – Sonda STU'2005 – badanie katamnesticzne*. Warszawa: Wyd. IPZ.
12. Maisto SA, Connors GJ, Zywiak WH (2000) Alcohol Treatment, Changes in Coping Skills, Self-Efficacy, and Levels of Alcohol Use and Related Problems 1 Year Following Treatment Initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (3), 257–266.
13. O'Farrell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter HS (1998) Expressed Emotion and Relapse in Alcoholic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (5), 744–752.
14. Riahi A (2004) *Analiza funkcjonowania psychicznego u osób kończących Podstawowy Program Terapii Uzależnienia*. Warszawa: Wyd. IPZ.



15. Finney JW (2000) Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines. *Addiction*, 95 (10), 1491–1500.
16. Burtscheidt W, Wölwer W, Schwarz R, Strauss W, Gaebel W (2002) Out-patient behaviour therapy in alcoholism: treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (3), 227–232.
17. Kurza K (2004) *Analiza efektów terapii osób uzależnionych od alkoholu w placówkach leczenia odwykowego w Polsce – Sonda STU'2004 – badanie katamnesticzne*. Warszawa: Wyd. IPZ.
18. Marlatt A (1996) Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91, (Supl.) S37–49.
19. Miller WR (2009) *Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji*. Warszawa: PARPAMEDIA.
20. Zweben A (2001) Integrating Pharmacotherapy and Psychosocial Interventions in the Treatment of Individuals with Alcohol Problems. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 1 (3), 65–80.
21. Pettinati HM, Meyers K, Evans BD, Ruetsch CR, Kaplan FN, Jensen JM, Hadley TR (1999) Inpatient alcohol treatment in a private healthcare setting: which patients benefit and at what cost? *American Journal on Addictions*, 8 (3), 220–233.
22. Rahill GJ, Lopez EP, Vanderbiest A, Rice Ch (2009) What is Relapse? A Contemporary Exploration of Treatment of Alcoholism. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9, 245–262.
23. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K (2011) Deficits in Emotion-Regulation Skills Predict Alcohol Use During and After Cognitive-Behavioral Therapy for Alcohol Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (3), 307–318.
24. Miller WR, Rollnick S (2010) *Wywiad motywujący*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
25. Miller SD, Berg IK (2000) *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu*. Łódź: Galaktyka.
26. Willenbring Mark L (2010) The Past and Future of Research on Treatment of Alcohol Dependence. *Alcohol Research and Health*, 33 (1/2), 55.
27. UKATT Research Team (2008) UK Alcohol Treatment Trial: client–treatment matching effects. *Addiction*, 103 (2), 228–238.
28. Epler AJ, Sher KJ, Loomis TB, O'Malley SS (2009) College Student Receptiveness to Various Alcohol Treatment Options. *Journal of American College Health*, 58 (1), 26–32.
29. Feldstein SW, Forcehimes AA (2007) Motivational Interviewing with Underage College Drinkers: A Preliminary Look at the Role of Empathy and Alliance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33 (5), 737–746.
30. Montgomery L, Burlew AK, Kosinski AS, Forcehimes AA (2011) Motivational Enhancement Therapy for African American Substance Users: A Randomized Clinical Trial. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17 (4), 357–365.
31. Nikodemka S (2000) Efekty terapii w różnego typu placówkach odwykowych. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 1.
32. Shazer S de, Isebaert L (2003) The Bruges Model: A Solution-Focused Approach to Problem Drinking. *Journal of Family Psychotherapy*, 14 (4), 43–52.
33. Blum LN, Nielsen NH, Riggs JA (1998) Alcoholism and Alcohol Abuse among Women: Report of the Council on Scientific Affairs. *Journal of Women's Health*, 1 (7), 861–871.
34. Brady KT, Sonne SC (1999) The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Research and Health*, 23 (4), 263–271.
35. Humphreys K, Weingardt KR, Horst D, Joshi AA, Finney JW (2005) Prevalence and predictors of research participant eligibility criteria in alcohol treatment outcomes studies 1970–98. *Addiction*, 100 (9), 1249–1257.
36. Hunter-Reel D, McCrady B, Hildebrandt T (2009) Emphasizing interpersonal factors: an extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction*, 104 (8), 1281–1290.

37. Klostermann K, Fals-Stewart W, Gorman C, Kennedy C, Stappenbeck C (2005) Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Rationale, methods, findings, and future directions. W: Hilarski C (red.) *Addiction, Assessment and Treatment with Adolescents, Adults, and Families*. Rochester, NY: Haworth Press Inc., 235–255.
38. Walitzer S, Dermen KH (2004) Alcohol-Focused Spouse Involvement and Behavioral Couples Therapy: Evaluation of Enhancements to Drinking Reduction Treatment for Male Problem Drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6), 944–955.
39. Schumm JA, O'Farrell TJ, Murphy CM, Fals-Stewart W (2009) Partner Violence Before and After Couples-Based Alcoholism Treatment for Female Alcoholic Patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (6), 1136–1146.
40. Briones E, Robbins MS, Szapocznik J (2008) Brief strategic family therapy: Engagement and treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26 (1–2), 81–103.
41. Copello A, Ibanga A, Orford J, Templeton J, Velleman R (2010) The 5-Step Method: Future directions. *Drugs: education, prevention and policy*, 17 (S1), 203–210.
42. Rowe CL, Liddle HA (2008) Multidimensional Family Therapy for Adolescent Alcohol Abusers. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26 (1–2), 105–123.
43. Steinglass P (2008) Family systems and motivational interviewing: A systemic-motivational model for treatment of alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26 (1–2), 9–29.
44. Postel MG, de Haan HA, De Jong CAJ (2010) Evaluation of an E-Therapy Program for Problem Drinkers: A Pilot Study. *Substance Use and Misuse*, 45 (12), 2059–2075.
45. Blankers M, Koeter MW, Schippers GM (2011) Internet Therapy Versus Internet Self-Help Versus No Treatment for Problematic Alcohol Use: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (3), 330–341.
46. Huebner RB, Kantor LW (2011) Advances in Alcoholism Treatment. *Alcohol Research and Health*, 33 (4), 295–299.
47. Witkiewitz K, Marlatt GA (2011) Behavioral Therapy Across the Spectrum. *Alcohol Research and Health*, 33 (4), 313–319.
48. Hobfoll S (2006) *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP.

Adres do korespondencji  
ul. Powstańców 60/720  
05-091 Ząbki  
e-mail: modrzyński.robert@gmail.com

Otrzymano: 02.05.2012  
Przyjęto do druku: 31.10.2012