

Olusegun E. Afolabi, Fatai A. Adebayo

Uniwersytet Botswany, Botswana [afo13@yahoo.com]

Wyjaśnienie zależności pomiędzy przymierzem terapeutycznym a efektami terapii: rola pośredniczącego wpływu wieku i płci w leczeniu uzależnień u osób nieletnich

Abstrakt: Związek pomiędzy przymierzem (relacją, sojuszem) terapeutyczną a rezultatami terapii został już dawno przedstawiony w wielu opracowaniach i metaanalizach. Jeśli jednak chodzi o leczenie osób uzależnionych nieletnich, to nadal jest to obszar mało zbadany. Niniejsze opracowanie obejmuje badanie czynników wpływających na związek pomiędzy relacją terapeutyczną a efektami leczenia uzależnionych nieletnich. Zbadano pośredniczący wpływ zmiennych demograficznych, tzn. wieku i płci, na próbie uzależnionych nieletnich w centrum rehabilitacji szpitala uniwersyteckiego (UCH) w Ibadan, stan Oyo, Nigeria. W badaniu wzięło udział pięćdziesięciu trzech nieletnich, którzy przed leczeniem wypełnili ankiety oceny własnej gotowości i oczekiwań (teoria zmiany pacjenta) względem terapii, a w czasie leczenia ankiety dotyczące relacji terapeutycznej. Wyniki prezentowanych badań wskazują, że wiek nie wpływa na związek pomiędzy relacją terapeutyczną a efektami leczenia uzależnień osób nieletnich. Ponadto, wyniki wykazały istotną zależność od płci, jeśli chodzi o zmienne motywacyjne przed terapią oraz opinie pacjentów na temat relacji terapeutycznej i wyników leczenia. Ostatecznie zaproponowano, że wczesna identyfikacja zmiennych demograficznych wpływających na leczenie uzależnień wśród nieletnich, jako atrybucja ich odporności, ma związek z wiekiem i płcią.

Słowa kluczowe: relacja terapeutyczna, uzależnienia nieletnich, zmienne demograficzne, zależność pomiędzy relacją terapeutyczną a efektami terapii.

Wprowadzenie

Relacja terapeutyczna została uznana za jeden z głównych czynników skutecznego leczenia uzależnień osób nieletnich (Drug Strategies 2003) oraz stała się niezawodnym predyktorem wyników leczenia w badaniach psychoterapeutycznych (Horvath, Bedi 2002; Horvath i in. 2011; Martin i in. 2000). Choć sama psychoterapia jest wykorzystywana w procesie leczenia osób uzależnionych (Lambert, Ogles 2004), proces identyfikacji czynników terapeutycznych odpowiadających za różnice w wynikach leczenia nieletnich okazał się trudny (por. Castonguay, Holtforth, 2005; Craighead i in. 2005; DeRubeis i in. 2005; Kazdin 2005; Wampold 2005). Choć w przeszłości przeprowadzono wiele działań mających na celu ocenę współzależności pomiędzy relacją terapeutyczną a rezultatami w leczeniu osób dorosłych, to jedynie niewielu badaczy zagłębiło się w problematykę współzależności relacji terapeutycznej i efektów leczenia nieletnich. Stwierdzili oni, że 30% wariancji efektów leczenia spowodowane jest cechami pacjentów i terapeuty, podczas gdy za 15% wariancji wyników odpowiadają techniki terapeutyczne (Horvath 2005; Lambert, Barley 2002). W rezultacie nie jest jasne czy podobieństwa lub różnice w demografii lub zasobach socjalnych terapeuty i klientów mają znaczny wpływ na proces terapeutyczny i wyniki w leczeniu nieletnich.

Przymierze/relacja terapeutyczna definiowana jest jako „wzajemna i emocjonalna więź pomiędzy terapeutą a pacjentem” (Martin 2000). Choć ten konstrukt odnosi się do zaangażowania i jest w znacznym stopniu uznany w psychoterapii (Freud 1913), jego efektywność pozostaje istotnym przedmiotem badań w ramach leczenia uzależnień osób nieletnich (Simpson 2004; Barber i in. 2001). Pomimo braku jednoznacznej definicji przymierza terapeutycznego (Fitzpatrick i in. 2005; Horvath 2005), zbieżne dowody empiryczne i teoretyczne pozwoliły na określenie, że jest to forma zgody pomiędzy terapeutą a pacjentem odnośnie do celów i zadań terapeutycznych (Hatcher, Barends 2006; Horvath 2002). Definicja ta czyni ze współpracy terapeutycznej ważny i potężny predyktor wyników leczenia uzależnień osób nieletnich (Horvath i in. 2011; Norcross 2002).

Badania dotyczące wyników psychoterapii (Luborsky i in. 1971) wykazały istotny związek pomiędzy płcią pacjenta i terapeuty a zależnością relacja terapeutyczna–wynik w leczeniu dorosłych. I sugerowały, że dopasowanie osobowości klienta i terapeuty wpływa pozytywnie na leczenie (np. Fabrikant 1974). Teoria socjoekologiczna w kwestii leczenia, także zakładała, że ludzie mają tendencję do identyfikowania się z osobami do nich podobnymi (Festinger 1954). Ponadto, teoria schematów płci opracowana przez Bema (1981) sugerowała, że pacjenci preferowali lekarzy, którzy posiadali te same cechy co oni. W rezultacie można by zasugerować, że pacjent i terapeuta tej samej płci spostrzegają podobnie świat i rzeczy wokół i podobnie widzą trudne problemy w ich środowisku.

Mimo stwierdzonych wyżej wspólnych zależności posiadamy niewiele danych na temat psychoterapii dzieci/dorosłych, zwłaszcza w kontekście leczenia uzależnień. Utrudnia to potwierdzenie czy zmienność w zależności pomiędzy relacją terapeutyczną a rezultatami terapii związana jest z zasobami demograficznymi czy społecznymi (Cottone i in. 2002). Niniejsze badanie analizuje skutki oddziaływania czynników socjodemograficznych, określonych w tym badaniu jako płeć i wiek, na relację terapeutyczną w leczeniu uzależnień osób nieletnich w Nigerii. Wiedza uzyskana dzięki niniejszemu badaniu może przyczynić się do zidentyfikowania i rozwinięcia procesu budowy relacji terapeutycznej wspierającego leczenie uzależnień osób nieletnich.

Zależności pomiędzy relacją terapeutyczną a efektami w leczeniu uzależnień osób nieletnich

Relację terapeutyczną (ang. *therapeutic alliance* – przymierze terapeutyczne) uważa się za integralną część udanego leczenia oraz za czynnik umożliwiający określenie przewidywanych wyników leczenia w psychoterapii (Horvath, Bedi 2002; Horvath i in. 2011; Martin i in. 2000). Jest to niezbędne narzędzie udanego leczenia (Orlinsky i in. 2004). Relacja terapeutyczna jest zakorzeniona w teorii psychodynamicznej, w której postrzegana była jako prawidłowe i sprawdzone (pełne zaufania) więzi pomiędzy pacjentem a terapeutą. Mimo, że nie uzgodniono wspólnej definicji konstruktu, wiele prac dotyczących tego konceptu przyjmowało panteoretyczną definicję współpracy (przymierza) Bordina (1979).

Przykładowo, Hatcher i Barends (2006) określili relację (przymierze) terapeutyczną jako poziom złożonej transakcji tj. osobistych i społecznych cech, jakie pacjent i terapeuta wnoszą do terapii (Gelso, Carter 1994). Choć cechy te wpływają na tworzenie się relacji, konieczne jest stwierdzenie, że za tą złożoność nie jest odpowiedzialna współzależność pomiędzy relacją a rezultatami. Wyjaśniało to także dlaczego relację tę trudno zrozumieć w leczeniu nieletnich. Dotychczas przeprowadzono niewiele badań nad relacją terapeutyczną w leczeniu uzależnień osób nieletnich. Kilka najpewniejszych odkryć w tej dziedzinie potwierdziło, że relacja terapeutyczna, mierzona na wczesnym etapie leczenia, ma umiarkowany wpływ na terapię nieletnich (Shirk, Karver 2003). Interpretacja związku pomiędzy relacją a rezultatami sprawdzana jest przez wiele kwestii metodologicznych i konceptualnych (Elvins, Green 2008). Stwierdzono, na przykład, że cechy pacjenta promujące dobrą współpracę mogą także prowadzić do lepszych wyników (DeRubeis 2005).

Prowadzone niedawno badania wykorzystywały podejścia wielopoziomowe do zmierzenia zmienności terapeuta–pacjent w procesie budowania relacji. Wykazały one, że wkład terapeuty (rozumiany jako jego cechy) podczas budowania relacji jest bardziej istotny niż wkład pacjenta (Baldwin i in. 2007; Dinger i in. 2008; Marcus i in. 2011; Zuroff 2010). Zostało to potwierdzone przez Dingera i in. (2008),

którzy podają, że efekty terapeuty są istotnie powiązane z korelacją relacja (współpraca) – rezultat. Baldwin i in. (2007) udowodnili, że wkład terapeuty w relację jest statystycznie istotnym predyktorem wyniku leczenia, w porównaniu do wkładu pacjenta.

Badania przeprowadzone na próbie studentów leczonych w poradniach uniwersyteckich przy użyciu modelu OWM (One-With-Many) wykazały, że obserwowana wariancja powiązana jest z oceną relacji terapeutycznej przez pacjentów (Marcus 2009). Co więcej, badanie ujawniło niewielką zgodność odnośnie do nasilenia relacji terapeutycznej pomiędzy pacjentami korzystającymi z leczenia. Ponadto, przeprowadzona analiza wiąże 70% wariancji ocen nasilenia relacji terapeuty ze związkiem, podczas gdy postrzegana ocena odpowiedzialna jest tylko za 30% wariancji (niektórzy terapeuci generalnie zapewniali wyższe oceny relacji w grupie swoich klientów niż inni). Badania przeprowadzone przez Marcusa i in. (2011) wykazały ponadto diadyczną zależność (terapeuta–klient) w efektach współpracy. Gdy zmierzono te efekty, badanie wykazało związek pomiędzy nasileniem relacji ze strony terapeuty a wynikiem leczenia. Oznacza to, że terapeuci, którzy zazwyczaj są wyżej oceniani przez swoich pacjentów, mają w ich leczeniu lepsze wyniki.

Pomimo mocnej korelacji pomiędzy współpracą terapeutyczną a wynikiem leczenia w kilku różnych kontekstach, ustalenie przyczynowości dotyczącej relacji terapeutycznej jest trudne. Jest to spowodowane głównymi cechami aktorów w ramach przymierza, tj. pacjenta i terapeuty, oraz faktem, że współzależności pomiędzy przymierzem a rezultatami nie da się eksperymentalnie kontrolować. DeRubeis i in. (2005) oraz Strunk i in. (2010) zasugerowali jednak cztery przyczyny zmienności dotyczące relacji terapeutycznej, odnosząc je do rezultatów/ wyników leczenia. Pierwsza przyczyna wiąże się z pacjentami. Pacjenci tworzą relację z terapeutą opierając się na ich cechach społecznych., tj. wieku i płci. Oznacza to, że ich styl przywiązania i orientacje społeczne wpływały na ich stosunek do tworzenia się relacji w ramach leczenia (Mallinckrodt 2000).

Druga przyczyna związana jest z cechami terapeutów, którzy podczas leczenia pozytywnie angażowali swoich klientów (opierając się na ich społecznym „przymierciu”). W tym przypadku, korelacja relacja–rezultat związana jest ze zmiennością w zdolności terapeutów do udanego angażowania klientów w terapię. Perspektywa ta została zaproponowana przez Rogersa (1957) i postrzegania terapeuty jako kogoś zdolnego do bycia autentycznym, empatycznym i bezwarunkowo, pozytywnie, akceptującym klienta.

Trzecie źródło zmienności we współpracy związane jest z płaszczyzną porozumienia między terapeutą a klientami. Oznacza to, że niektórzy terapeuci łatwiej tworzyli mocne związki z pacjentami bez względu na ich płeć, wiek, rasę czy religię, podczas gdy na innych zmienne te miały mniejszy wpływ.

Dodatkowo, badania powiązały zmienność relacji z dobrymi rezultatami. W tym przypadku zakłada się, że zmiana w terapii promuje silną współpracę (relację terapeutyczną), a nie odwrotnie.

Ustalenia te podkreśliły relacyjny efekt współpracy terapeutycznej poprzez wyrażenie powiązań przymierza terapeutycznego i rezultatów (efektów terapii) jako wieloaspektowy proces, którego nie można wyjaśnić prostą korelacją. Zatem zasoby psychologiczne i społeczne wnoszone przez pacjentów w leczenie, w połączeniu z ich przekonaniami, podejściami i poprzednimi doświadczeniami w kontekście leczenia, wpływały na związek przymierza terapeutycznego z rezultatami leczenia (Barrowclough i in. 2010; Meier in. 2005).

Rozważania ekologiczne w badaniach i praktyce współpracy terapeutycznej

Choć związek terapeutyczny od dawna uznawany jest jako relatywnie wolny od wpływu zewnętrznego, proces rozwoju współpracy (relacji terapeutycznej) w szerszym kontekście pozostaje problemem w psychoterapii. Relacja terapeutyczna postrzegana jest na ogół jako psychoterapia zorientowana na wgląd, jako że pacjenci i terapeuci często odizolowani są od zewnętrznych wymagań. Staje się to coraz trudniejsze, ponieważ coraz trudniej jest odgradzić klienta i terapeutę przed zewnętrznymi realiami ich środowiska. Przyjmując tę perspektywę, niniejsze badanie wykorzystało model ekologiczny w celu omówienia dwóch źródeł zakłóceń ekologicznych, tj. rozwoju relacji terapeutycznej (współpracy) i rezultatu leczenia w psychoterapii.

Tradycyjnie, psychoterapie zorientowane na wgląd są odizolowane od zewnętrznych wpływów. Jak już wspomniano staje się to jednak problemem, ponieważ trudno oddzielić pacjenta i terapeutę od wpływu otoczenia. Zatem podjęcie tematu ekologicznego zakłócenia sprzyjałoby i podtrzymywałoby pozytywną współpracę terapeutyczną w psychoterapii. Proces ten pomógłby także terapeutom w konstruktywnym zintegrowaniu wymagań zewnętrznych w relacji terapeutycznej, a pacjentom dał możliwość pozytywnego dostosowania się do warunków leczenia. Zwiększyłoby to więc znaczenie współpracy terapeutycznej, wyciszając dyskusje na temat zachwiania współpracy-rezultatów w otoczeniu klinicznym.

Ekologiczna perspektywa wykazała, że kontekst społeczny, w którym pacjent zwierza się terapeutom znacznie się różni u pacjentów, a interakcje wychodzą poza bezpośrednią kontrolę terapeuty lub pacjenta. W wyniku tego zakłócenia, czynniki socjologiczne takie jak: wiek, płeć, kultura, rasa, otoczenie terapii, oraz czynniki zewnętrzne i okoliczności otaczające leczenie wpływały na charakter relacji terapeutycznej i rezultatu/efektu leczenia w kontekście klinicznym. Te czynniki kontekstowe określane są mianem ekologii psychoterapii i jest istotne, aby lekarze uwzględniali je w leczeniu uzależnień u osób nieletnich, poprzez ustanawianie ram terapeutycznych i współpracy wspierających leczenie. Perspektywa ekologiczna wykazała również, że problemy kontekstowe w dzisiejszej psychoterapii pochodzą spoza granic ram terapeutycznych. W rezultacie terapeuta i pacjent zamknęci

są w wielu ekosystemach lub strukturach wspierających. Choć może to być istotna kliniczna heurystyka, okoliczności w których się to dzieje wpłynęły na strukturalną wiarygodność ram terapeutycznych i przyniosły potrzebę zidentyfikowania kwestii zewnętrznych wpływających na leczenie, przed ustanowieniem zakresu terapii.

Pomimo różnic w obszarze ekologicznym, stopień sprawowania kontroli przez terapeutę, warunki leczenia, w połączeniu z charakterem relacji terapeutycznej, zagraża solidności struktury psychoterapii. Mimo że jest to poza kontrolą terapeuty, zagrożenia wynikające z niezależnych okoliczności zewnętrznych wpływały na fundamenty relacji terapeutycznej i zakłócały ekologiczne wymiary leczenia. Zatem podjęcie problemów ekologicznych wymagało utworzenia terapeutycznej struktury wspierającej relację współpraca–rezultat w psychoterapii. Pomogłoby to pacjentowi i terapeutce zinterpretować i docenić zewnętrzne doświadczenia, zanim stanie się to problemem w relacji współpraca–rezultat.

Cel badań

Niniejsze badanie analizuje efekt korelacyjny wieku i płci na relację współpraca–rezultat w ramach leczenia uzależnień osób nieletnich. Oparto je na wcześniejszych badaniach analizujących współzależność między współpracą a rezultatami u osób dorosłych (np. Meier i in. 2005) W badaniu przyjęto za hipotezę znaczne różnice w relacji współpraca–rezultat w leczeniu nieletnich osób uzależnionych w zależności od czynników demograficznych, tj. płci oraz wieku.

Założenia metodologiczne badań

Charakterystyka terenu badań

W badaniu przeanalizowano współpracę terapeutyczną (ang. *therapeutic alliance* – przymierze terapeutyczne) w ośrodku leczenia uzależnień u osób nieletnich przy szpitalu uniwersyteckim (UCH) Ibadan, w stanie Oyo, Nigeria. Ibadan to stolica stanu Oyo, zlokalizowana w południowo-zachodniej części Nigerii, zamieszкана przez około 3 miliony ludzi. Miasto wraz z przedmieściami obejmuje 10 rad samorządowych i zostało ocenione jako drugie, po Kairze, największe miasto w Afryce. Ośrodek leczenia przy szpitalu uniwersyteckim UCH dla osób z zakłóceniami zachowania i uzależnieniami został wybrany celowo do tego badania. Ośrodek kieruje swoją pomoc do osób indywidualnych oraz do rodzin, przez co blisko implementuje zasady Anonimowych Alkoholików i Anonimowych Narkomanów w strukturach ośrodka terapeutycznego.

Ośrodek oparty jest na abstynencji i skupia się na pomocy pacjentom w osiągnięciu i utrzymaniu abstynencji od wszelkich substancji chemicznych zmienia-

jących nastrojów. Świadczy też wiele innych usług podczas leczenia, np. diagnozę psychologiczną i chemiczną, nadzór medyczny, poradnictwo dla osób i grup oraz terapię rekreacyjną. Podczas rehabilitacji klienci mają na ogół kontakt z kilkoma osobami świadczącymi usługi. W zależności od potrzeb uczestniczą w poradnictwie indywidualnym z lekarzem prowadzącym trzy razy w tygodniu. Przeciętne leczenie trwa 38,65 dni (odchylenie standardowe $SD = 19,16$), podczas gdy mediana to 40 dni. Średnio uczestnicy otrzymują 14,80 ($SD = 9,78$) sesji terapeutycznych indywidualnych podczas leczenia.

Charakterystyka badanej populacji

W badaniu uczestniczyło 53 nieletnich płci męskiej i żeńskiej skierowanych do Ośrodka Rehabilitacji i Leczenia Uzależnień Szpitala Uniwersyteckiego (UCH) w Ibadan w wieku pomiędzy 14 a 18 lat (średnia $M = 16,27$, odchylenie standardowe $SD = 0,96$), natomiast próba składała się w blisko dwóch trzecich z uczestników płci męskiej (64,2%, liczba $n = 52$; tab. 2). Większość pacjentów była mieszkańcami miast. Niewielu zostało skierowanych z obszarów wiejskich. Z powodu tego ograniczenia próba nie była w pełni reprezentatywna dla pacjentów przechodzących rehabilitację w kontekście uzależnień w Nigerii. Co więcej, próba badawcza wykazywała większe podobieństwo w odniesieniu do zmiennych etnicznych i demograficznych niż całkowita populacja nieletnich pacjentów z problemami wynikającymi z uzależnień w Nigerii.

Uczestnicy badania spełniali kryteria nadużywania substancji lub uzależnienia w szerokim zakresie substancji, ale problemem głównym był alkohol. W przypadku uczestników z dostępnymi danymi diagnostycznymi ($n = 78$), 74,4% spełniało kryteria diagnostyczne uzależnienia alkoholowego ($n = 46$) lub nadużywania alkoholu ($n = 12$). Blisko dwie trzecie próby (44,8%, $n = 36$) miało przeszłość psychopatologiczną z istotnymi objawami jednej lub większej liczby współistniejących zaburzeń psychicznych. Należy wspomnieć, że formalne testy diagnostyczne i inne oceny nie stanowiły części procedury normalnego przyjęcia klinicznego w ośrodku. Zamiast tego, w celu uzyskania rozpoznania diagnostycznego, stosowano standardowy wywiad kliniczny i przebieg objawów klinicznych zgłaszanych przez pacjentów. Dane dotyczące diagnoz psychiatrycznych są niekompletne, ponieważ sugerują raczej typy symptomatologii ale nie choroby psychiatrycznej jako takiej. Biorąc pod uwagę charakter oceny przy przyjęciu, badanie wyłączało osoby nieletnie z dysfunkcją układu nerwowego, zaburzeniami odżywiania i schizofrenią. Z badania wykluczono też nieletnich nadmiernie zażywających narkotyki, którzy wymagali leczenia w placówkach lecznictwa zamkniętego.

Nie zgłoszono przypadków, w których to potencjalny uczestnik lub jego/jej opiekun nie udzieliliby zgody na uczestnictwo w badaniu. Wcześniejsze analizy mocy dla planowanych procedur statystycznych (tj. regresja liniowa i logistyczna) sugerowały, że 50 uczestników miało wystarczyć jako próba pozwalająca wykryć

umiarkowany efekt przy wykorzystaniu czterech predyktorów. Dane były zbierane przez około 3 miesiące – od stycznia do marca 2015 r. Lekarze, uczestniczący w badaniu to czterej psychologowie kliniczni pracujący na pełny i na pół etatu dla ośrodka rehabilitacyjnego. Średni wiek lekarzy wyniósł 28,5 lat (SD = 4,14).

Autorska ankieta demograficzna

Ankieta obejmuje podstawowe informacje na temat respondenta: wiek, płeć, klasa, placówka kierująca, historia leczenia zdrowia behawioralnego, stan prawny (tj. czy uczestnik wcześniej był podmiotem postępowania systemu wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich).

Przymierze terapeutyczne oceniono przy użyciu zmodyfikowanej wersji formularza skróconego Working Alliance Inventory (WAI) – Roboczy Inwentarz Przymierza Terapeutycznego (Horvath 1981; Tracey, Kokotovic 1989). Jest to ankieta składająca się z 12 pozycji, wywodząca się z oryginalnego WAI wypełnianego przez pacjenta (Horvath 1981, 1982), oparta na modelu panteoretycznym Bordina (1979) skupiającym się na komponentach więzi, zadania i celu współpracy. Pozycje oceniane są od 1 do 7 na skali typu Likert, z opisami wskaźników od 1 – nigdy do 7 – zawsze. Wyniki wynoszą od 12 do 84 – im wyższy wynik, tym mocniejsza współpraca/silniejsza relacja terapeutyczna. Brzmienie oryginalnego inwentarza WAI nieznacznie zmieniono, a dokonane modyfikacje podobne są do tych stosowanych przez Tetzlaff i współpracowników (2005). Wprowadzono je z zamiarem zachowania pierwotnej treści i struktury podziału pozycji, tworząc jednocześnie kwestionariusz rozwojowo odpowiedni dla nieletnich pacjentów. Dla przykładu, pozycja WAI „Zbudowaliśmy wzajemne zaufanie” zmieniono na „Ufamy sobie z moim terapeutą”. Formularz terapeuty to oryginalny WAI-S (Horvath 1981; Tracey, Kokotovic 1989). Opierając się na publikacji Tetzlaff i współpracowników (2005), dostosowany WAI wykazywał wysoką spójność wewnętrzną (Alfa Cronbacha = 0,93). Wydaje się to zgodne z danymi czynnikowo-analitycznymi dotyczącymi stosowania WAI w populacjach nieletnich, ponieważ uzyskano jeden ogólny czynnik współpracy (DiGiuseppe i in. 1996). Badanie analizowało relację z zastosowaniem punktacji całkowitej WAI-S. Wcześniejsze badania wykorzystujące dostosowane wersje WAI w próbach nieletnich (DiGiuseppe i in. 1996) wykazały umiarkowaną korelację ($r = 0,40$) pomiędzy ocenami relacji terapeuty i pacjenta.

Funkcjonowanie pacjentów badano za pomocą kwestionariusza opartego na skróconym formularzu oceny Ohio Scales Youth Rating (Ohio Scales; Ogles i in. 2000), który został zaprojektowany w celu zmierzenia rezultatów terapeutycznych w czterech obszarach: znaczenie problemu, obecne funkcjonowanie, zadowolenie z placówek zdrowia behawioralnego oraz nadzieja. Wykorzystano tylko 20 pozycji ocenianych w skali od 0 (wcale) do 5 (przez cały czas). Pozycje oceniają obszary problemowe odpowiednie do wieku, takie jak: problemy interpersonalne, behawioralne i psychologiczne/emocjonalne. Oceny każdej pozycji zsumowano,

aby uzyskać wynik całkowity. Niższe wyniki wskazują na niższą zgłaszaną przez młodzież powagę problemu. Formularz Ohio Scales (OS) rozdano podczas przyjęcia na leczenie i, ponownie, tydzień przed wypisaniem. Psychometryczna ocena skali nasilenia problemu OS wskazuje na silne wewnętrzne szacunki dotyczące spójności (zakres α Cronbacha: 0,90–0,95) oraz adekwatnego poziomu rzetelności jednotygodniowych badań i powtórzonych badań ($r = 0,72$).

Symptomy psychologiczne oceniano za pomocą Skali Depresji dla Dzieci Centrum Badań Epidemiologicznych (CES-DC, Weissman i in. 1980). Ten składający się z 20 pozycji zbiór pytań do oceny własnej stanu depresji pozwala ocenić czy klienci kiedykolwiek doświadczyli oraz czy obecnie doświadczają jakiegokolwiek formy symptomów psychologicznych w skali punktowej od 0 do 60. Odpowiedź na każdą z pozycji punktowana jest w następujący sposób: 0 = w ogóle nie; 1 = odrobine; 2 = trochę; 3 = bardzo. Jednakże pozycje 4, 8, 12 oraz 16 sformułowane są w sposób pozytywny, dlatego też przypisana im punktacja jest odwrotna: 3 = w ogóle nie; 2 = odrobine; 1 = trochę; 0 = bardzo. Wyższe wyniki punktowe w skali CES-DC wskazują na rosnące poziomy depresji. Twórcy tej skali zastosowali punkt odcięcia w punktacji na poziomie 15 punktów jako miejsce wskazujące na występowanie symptomów depresji u dzieci i młodzieży, a wyniki powyżej 15 punktów świadczące o znacznym poziomie symptomów depresyjnych.

Oczekiwania klientów dotyczące leczenia oceniano przy użyciu Kwestionariusza oczekiwań dotyczących leczenia (Meier i in. 2006). Jest on oparty na liście negatywnych odczuć klientów odnośnie do leczenia autorstwa Liese i Beck (1995). Klienci zostali poproszeni o wskazanie, w jakim stopniu zgadzają się (5-punktowa skala Likerta: od zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się) z 10 wypowiedziami, z których każde dwie służą do oceny poglądów lub oczekiwań dotyczących: a) użyteczności leczenia, b) usługi, c) opiekuna, d) postrzeganej trudności w leczeniu, oraz e) ich gotowości do leczenia. Wewnętrzna zgodność skali w bieżącym badaniu była zadowalająca (α Chronbacha = 0,74).

Gotowość do zmiany została oceniona przy użyciu kwestionariusza URICA (zbudowany z 32 pozycji), który sugeruje respondentom skoncentrowanie się na obecnym problematycznym zachowaniu. Każda pozycja w tym kwestionariuszu oceniana jest na 5-punktowej skali Likerta, gdzie wynik 1 oznacza zdecydowany brak zgody, a wynik 5 to zdecydowana zgoda. Jednak niektóre pozycje punktowane są na skali w sposób odwrotny. Skala poświęca 8 pozycji każdemu z czterech wymiarów: prekontemplacji, kontemplacji, działaniu i etapom utrzymywania zmiany. Wyniki dla każdej podskali obliczane są poprzez sumowanie pozycji odnoszących się do konkretnej podskali. Podskala o najwyższym wyniku sumarycznym wskazuje na większe prawdopodobieństwo, że dana osoba znajduje się na konkretnym etapie zmiany, która odpowiada tejże podskali. Przy użyciu tej metody można przypisać respondentów do jednej z czterech kategorii. Jednak ze względu na stosunkowo niewielką liczbę dowodów w formularzu URICA dotyczących właściwości psychometrycznych w populacjach młodzieży, w obecnym

badaniu zastosowano jego wersję dostosowaną do respondentów w wieku młodzieńczym autorstwa Greenstein i współpracowników (1999). Przykładowo pozycja 28 w oryginalnym formularzu URICA brzmi „ Czuję, że mogę mieć nawrót problemu, o którym myślałem, że został już zażegnany”. Pozycja ta po zmianie uzyskała następujące brzmienie: „Problem, który wydawał mi się rozwiązany zdaje się powracać” (Greenstein, Franklin, McGuffin 1999, s. 50). W związku z tym wewnętrzne szacunki dotyczące spójności podskal (współczynnik alfa waha się od 0,77 do 0,88) były zadowalające i zgodne z próbkami dorosłych.

Poufność

Badający potwierdza utrzymanie przez badających moralnie zaakceptowanych norm i wartości w badaniach naukowych. W wyniku tejże ważnej zasady niniejsze opracowanie poruszyło kwestię poufności. Badający zapewnił uczestników, że odpowiedzi i komentarze udzielone podczas badania będą traktowane poufnie, a ich poglądy nie będą w przyszłości kwestionowane. Każdemu uczestnikowi został przydzielony numer. Dane zebrane od każdego klienta zostały podzielone zgodnie z numerem, a do formularzy zawierających dane nie dołączono żadnych informacji identyfikujących. Lista była przechowywana w biurze akt medycznych w zakładzie leczniczym. Badający respektuje również zasadę anonimowości i upewnia się, że uczestnicy odpowiadają na zadane im pytania w sposób jednoznaczny. Na zakończenie zbierania danych i po ich zadowalającym sprawdzeniu lista główna została zniszczona.

Pozyskanie świadomej zgody

Warunkiem wstępnym tego badania było dobrowolne uczestnictwo. Podczas przyjmowania badający ubiegał się o uzyskanie zgody na udział w badaniu od osób w wieku młodzieńczym od ich opiekunów. Uczestnikom przekazano wystarczające informacje dotyczące badań, aby mogli oni podjąć świadomą decyzję. Badający przekazał uczestnikom obszerny opis charakteru badań, w tym ryzyka i korzyści, po czym uzyskał niezbędną zgodę na piśmie.

Zbieranie danych

Podczas oceny klinicznej towarzyszącej przyjęciu uczestnicy dostarczyli informacje dotyczące etapów zmiany, wypełnili kwestionariusz demograficzny oraz OS w celu uzyskania danych referencyjnych. Oczekiwano, że opiekunowie będą spotykać się z poszczególnymi klientami przez dwie do trzech godzin tygodniowo, co zależeć będzie od potrzeb danej osoby oraz od innych okoliczności. Współpraca została oceniona po trzeciej i szóstej sesji oraz w tygodniu poprzedzającym datę wypisu. Terapeuci i uczestnicy wypełniali w tym czasie odpowiednie formularze WAI-S.

Terapeuci otrzymali wszystkie niezbędne materiały dotyczące każdego badanego z wyprzedzeniem i spodziewano się od nich zwrócenia uwagi na liczbę sesji, jakie odbyli z każdym z nich. Ponadto, badający często (tzn. co najmniej raz w tygodniu) przypominał personelowi, aby wypełniał ankiety współpracy. Uczestnikom i opiekunom udostępniona została intymna przestrzeń, w której mogli wypełnić formularz w przypadku nieobecności drugiej strony. W trakcie leczenia żadna ze stron nie znała ocen wystawionych przez drugą stronę. Informacje zwrotne uzyskane od uczestników i klinicystów wskazywały, że ankietę taką można wypełnić w czasie krótszym niż pięć minut.

Jak wskazano, wystąpił istotny problem dotyczący brakujących danych, z których większość była ocenami współpracy. W trakcie trzeciej sesji opiekunowie dostarczyli oceny współpracy tylko od 74,0% ($n = 46$) całej próby, a 77,3% badanych ($n = 48$) dostarczyło wcześniejsze oceny współpracy. Po sesji szóstej odsetki odpowiedzi spadły odpowiednio do 55,1% ($n = 37$) i 54,3% ($n = 35$). W ostatnich dniach leczenia, po uzyskaniu ostatecznych ocen dotyczących współpracy (przymierza terapeutycznego), 46,1% ocen zostało zwróconych zarówno opiekunom, jak i klientom. Dane te obejmują uczestników, którzy wycofali się z leczenia przed szóstą sesją. Nawet przy uwzględnieniu powyższego, zebrane dane stanowczo wskazują na niższą niż optymalna stopę zwrotu ankiet dotyczących współpracy. Wreszcie, aby wypełnić ankiety podczas przyjęcia, nastoletni uczestnicy przed wypisaniem ponownie wypełnili formularz OS. W trakcie tego badania oszacowano, że formularz OS można wypełnić w ciągu 15 minut. Dane dotyczące zgodności behawioralnej (tj. odpowiednie/nieodpowiednie oceny zachowań) uzyskano w wyniku przeglądu dokumentacji. Dane te zostały zestawione w celu przedstawienia zgodności w trakcie leczenia. Jednocześnie podczas badania uzyskano status wypisu (tj. ASA, ASR, WSA) w ramach przeglądu dokumentacji.

Wyniki badań

Aby ocenić wewnętrzną spójność każdej skali stosowanej w badaniu obliczono indywidualne współczynniki alfa dla każdej podskali i całkowity wynik stosowany w tym badaniu. Do wszystkich testów statystycznych użyto poziomu alfa 0,05.

Analizy wstępne

Tabela 1. Statystyki opisowe dla wszystkich interesujących zmiennych w badaniu

Zmienne	N	Średnia	Standardowe odchylenie	Standardowa średnia błędu
Wiek	53	17,8868	0,85	0,11637
Łączna ocena współpracy klientów	53	58,2830	20,49	2,81523

Zmienne	N	Średnia	Standardowe odchylenie	Standardowa średnia błędu
Łączna ocena współpracy opiekunów	53	57,4340	17,88	2,45666
Łączne oczekiwania dotyczące leczenia	53	24,0000	8,05	1,10678
Łączna gotowość do leczenia	53	43,2453	6,91	0,94934
Poziom w momencie wypisu	53	1,7358	0,73	0,10134

Źródło: badania własne.

Statystyki opisowe dla wszystkich zmiennych procesowych i wynikowych stosowanych w tym badaniu zostały opisane w tabeli 1. Wielkość próby każdej ankiety różni się nieznacznie ze względu na różnice w dostępności danych. Jak stwierdzono wcześniej, w celu ogólnym w badaniu zbadano wpływ wieku i płci na relację współpraca–rezultat w leczeniu uzależnień wśród nastolatków w Nigerii.

Identyfikacja możliwych zmiennych towarzyszących a niepośredniczących

W omawianym badaniu przeprowadzono wstępne analizy za pomocą czego i w jaki sposób w celu ustalenia, czy zmienne demograficzne i kliniczne klienta były istotnie związane z relacją współpraca–wynik w leczeniu uzależnień wśród nastolatków. Dlatego też postawiono i zbadano poniższą hipotezę.

Hipoteza 1: W Nigerii powinny wystąpić znaczne różnice w relacji współpraca–rezultat w leczeniu nieletnich osób uzależnionych w zależności od czynników demograficznych (tj. płci oraz wieku).

Wyniki omawianego badania nie wykazały istotnych różnic związanych z wiekiem uczestników. Oznacza to, że wiek nie ma żadnego wpływu na kluczowe zmienne w tym badaniu, ani nie wpływa on na przewidywania poziomu wyników. Dlatego też hipoteza zerowa zostaje odrzucona.

Tabela 2. Wartość t na skali gotowości na zmianę w podziale na płeć i klientów

Zmienna zależna	Płeć zmienna niezależna	N	Średnia	Standardowe odchylenie	df	t	p
Gotowość klienta na zmianę	Mężczyzna	33	45,36	3,86	52	20,5	0,005
	Kobieta	20	39,75	9,215			

Źródło: badania własne.

Jednak w celu ustalenia czy (na ile) płeć uczestnika miała istotny wpływ na relację współpraca–wynik przeprowadzono serię niezależnych prób t-testowych (zob. tab. 2). Dane dotyczące charakterystyki uczestników przed leczeniem (np. gotowość do leczenia, oczekiwania, postrzeganie współpracy, zgodność behawioralna i domeny wyników) oceniono jako zmienne zależne (określone jako gotowość klienta na zmianę), a płeć uczestnika oceniono jako zmienne niezależne.

Wyniki wykazały istotną różnicę między płciami na podstawie trzech zmiennych: gotowość do leczenia mierzona za pomocą URICA, oczekiwania klienta i ocena klienta dotycząca współpracy po sesji trzeciej leczenia indywidualnego. W szczególności stwierdzono, że mężczyźni ($M = 45,36$, $SD = 3,86$) w formularzu URICA zgłaszali wyższą gotowość do leczenia przed leczeniem (tab. 2) niż kobiety ($M = 39,75$, $SD = 9,22$), $t(52) = 20,5$, $p < 0,05$.

Dodatkowo, badanie wykazało, że w momencie przyjęcia uczestniczki ($M = 24,20$, $SD = 9,38$) (tab. 3) wykazywały wyższy poziom oczekiwań względem leczenia niż uczestnicy ($M = 23,88$, $SD = 7,29$), $t(51) = -0,14$, $p < 0,005$.

Tabela 3. Wartość t na podskali oczekiwań względem leczenia w podziale na płeć klientów

Zmienna zależna	Płeć zmienna niezależna	N	Średnia	Standardowe odchylenie	df	t	p
Łączne oczekiwania dotyczące leczenia	Mężczyzna	33	23,87	7,29	51	-0,14	0,005
	Kobieta	20	24,2	9,38			

Źródło: badania własne.

Ustalono także, że mężczyźni ($M = 63,33$, $SD = 14,89$) po trzeciej sesji leczenia indywidualnego lepiej oceniali terapię niż kobiety ($M = 49,95$, $SD = 25,66$), $t(51) = 2,40$, $p < 0,005$, co obrazuje poniższa tabela.

Tabela 4. Wartość t na podskali postrzegania współpracy w podziale na płeć klientów

	Płeć	N	Średnia	Standardowe odchylenie	df	t	p
Postrzeganie współpracy z klientem	Mężczyzna	33	63,33	14,89	51	2,40	0,005
	Kobieta	20	49,95	25,66			

Źródło: badania własne.

Gdy jednak przeprowadzono podstawowe analizy, w których uwzględniono zgodność zachowania lub zmienne wynikowe, płeć została wpisana jako zmienna

towarzysząca i stwierdzono, że żaden z modeli, w który została ona wpisana, nie ma na nią istotnego wpływu. Chociaż badanie nie uwzględniło w danych nieznaczących wpływów płci, zostało ono przeprowadzone w celu wyczerpania możliwości wykrywania efektów omnibusów.

Nie stwierdzono istotnej różnicy pomiędzy płcią a dowolną zgodnością z terapią behawioralną lub zmiennymi wynikowymi ($M = 1,85$, $SD = 0,76$), $t(51) = 1,45$, $p > 0,005$. Badanie nie wykazało również znaczących różnic związanych z płcią w ocenach współpracy opiekunów ($M = 17,80$, $SD = 4,46$), $t(51) = 3,98$, $p > 0,005$. Nie wykazało także istotnych różnic między opiekunami a dowolną z zmienną: ankiety dotyczące gotowości do podjęcia leczenia, oczekiwania i rezultaty stosowane w badaniu ($M = 57,43$, $SD = 17,88$), $t(52) = 23,4$, $p > 0,005$.

W celu ustalenia czy w badaniu tym wystąpiły odchylenia w odpowiedziach (np. czy klienci byli wybierani w różnym stopniu na podstawie mierzonej lub niemierzonej charakterystyki sprzed leczenia), przeprowadzono serię jednokierunkowych analiz wariancji, wykorzystując gotowość do zmiany, zgodność, liczbę sesji terapii indywidualnej przebytych w trakcie leczenia oraz zmienne wynikowe, jako zmienne zależne, jak również liczbę ukończonych ocen współpracy (tj. 0–7 ocen ukończonych) jako zmienną niezależną kategorię (tab. 5). Jednak w trakcie wszystkich przeprowadzonych analiz nie zidentyfikowano istotnych różnic między kategoriami odpowiedzi dotyczącymi współpracy (wszędzie $p > 0,05$). Oznacza to, że odchylenie w odpowiedzi nie miało znaczącego wpływu na spadek ocen współpracy z biegiem czasu.

Tabela 5. Wartość F w kategoriach odpowiedzi dotyczących współpracy

ANOVA						
		Suma kwadratów	df	Kwadrat średniej	F	Sig.
Oczekiwania dotyczące leczenia	pomiędzy grupami	2479,66	35	70,84	1,344	0,262
	w obrębie grup	896,33	17	52,72		
	suma	3376,00	52			
Gotowość na leczenie	pomiędzy grupami	1785,14	35	51,00	1,241	0,324
	w obrębie grup	698,66	17	41,09		
	suma	2483,81	52			
Poziom w momencie wypisu	pomiędzy grupami	19,135	35	0,54	1,014	0,506
	w obrębie grup	9,167	17	0,53		
	suma	28,30	52			
Liczba indywidualnych sesji leczniczych	pomiędzy grupami	884,33	35	25,26	1,563	0,164
	w obrębie grup	274,83	17	16,16		
	suma	1159,17	52			

ANOVA						
		Suma kwadratów	df	Kwadrat średniej	F	Sig.
Postęp leczenia	pomiędzy grupami	60,59	35	1,73	0,939	0,578
	w obrębie grup	31,33	17	1,84		
	Suma	91,92	52			

Źródło: badania własne.

Dyskusja nad wynikami z badań

Przedstawione badanie dotyczyło potrzeby dodatkowych badań nad korelacją związku między relacją terapeutyczną a wynikami w leczeniu uzależnień wśród młodzieży. Choć wiele wiadomo o zasadniczej roli relacji terapeutycznej na wynik leczenia w ogóle, przeprowadzono niewiele badań dotyczących czynnika prognostycznego tego krytycznego związku w leczeniu uzależnień wśród młodzieży. W dostępnej literaturze dotyczącej relacji między relacją terapeutyczną a wynikami leczenia tylko nieliczne badania dotyczyły czynników socjologicznych mających pozytywny wpływ na współpracę terapeutyczną. Badanie miało na celu poszerzenie tejże bazy poprzez określenie względnego wpływu wieku i płci na związek między współpracą a wynikiem w próbie uzależnionych nastolatków.

W badaniu zbadano korelacyjny związek zmiennych demograficznych, tj. wieku i płci na relację współpraca–wynik i stwierdzono, że wiek nie przewiduje związków między współpracą a wynikiem leczenia uzależnionej młodzieży, ponieważ związek ten zaobserwowano tylko raz podczas omawianego badania. Wynik ten nie był zaskakujący, biorąc pod uwagę nietrwały charakter powiązania między wiekiem a rozwojem współpracy w literaturze (Hogue i in. 2006; Shirk, Karver 2003). Badanie oparte na metaanalizie, prowadzone przez Shirk i Karver (2003), uwiarygodnia to przekonanie, ponieważ zidentyfikowało tylko 23 opublikowane badania i prace dotyczące relacji terapeutycznej w leczeniu nastolatków. Pomimo tego, że ich badanie wykazało podobny wpływ rozmiaru relacji w psychoterapii wśród młodzieży do tego opisanego w literaturze dotyczącej dorosłych, autorzy nie byli w stanie wykryć hamującego wpływu wśród wielu potencjalnych zmiennych, w tym wieku klienta. Biorąc pod uwagę mankamenty badań opartych na metaanalizie, zwłaszcza te, które badały metodologię i brak rzeczywistego związku, oczywiste jest, że brakowało odpowiednich badań w dziedzinie psychoterapii młodzieży.

Ponadto, badanie potwierdziło znaczną różnicę między płciami w zmiennych motywacyjnych sprzed leczenia (mierzonych jako gotowość do leczenia) i wstępnych ocenach klientów dotyczących relacji terapeutycznej, w których mężczyźni wykazywali wyższe poziomy gotowości. Oznacza to, że nastoletni mężczyźni

chcący poddać się leczeniu z uzależnienia są bardziej skłonni do szukania profesjonalnej pomocy niż nastoletnie kobiety. Jednakże wniosek ten nie może zostać w pełni zweryfikowany, ponieważ większość uczestników niniejszego badania była klientami skierowanymi na leczenie przez sąd i nie wiadomo czy ich decyzja o uczestnictwie w leczeniu zależała od wskaźników motywacyjnych.

Pomimo istotnych różnic dotyczących płci interesujące jest to, że nie istnieje związek między poziomem gotowości do leczenia przed jego rozpoczęciem, początkową współpracą uczestników płci męskiej i ich wynikami. W szczególności analiza danych opisowych sugeruje, że dla uczestników płci męskiej pierwotna relacja miała wyższą wartość ($M = 49,95$) i wykazywała niższą zmienność ($SD = 25,66$). Dlatego możliwe interakcje między tymi zmiennymi, przynajmniej u mężczyzn, były prawdopodobnie maskowane przez ograniczoną zmienność zmiennej dotyczącej współpracy.

Pomimo tego, że niniejsze badanie dostarcza istotnych informacji na temat potencjalnych społeczno-demograficznych czynników prognostycznych dotyczących relacji współpraca–wynik w leczeniu uzależnień wśród młodzieży, wzięto pod uwagę pewne ograniczenia. Po pierwsze, biorąc pod uwagę małą liczebność próby uczestników zredukowano możliwość identyfikacji znaczących powiązań. W związku z tym przyszłe badania powinny powtórzyć te ustalenia na większej próbie. Po drugie, wskaźnik stosowany do oceny czynników interpersonalnych i społeczno-demograficznych przed leczeniem został uzyskany jedynie na podstawie oceny własnej i informacji demograficznych młodzieży. Stwarza to dwa różne problemy.

Pierwszą kwestią jest wspólna wariancja metodyczna związana z użyciem tego samego informatora do pozyskiwania danych dotyczących zarówno niezależnych czynników prognostycznych, jak i zmiennej zależnej. Ponadto, ocena własna dotycząca stopnia nasilenia objawów i funkcjonowania interpersonalnego jest ograniczona ponieważ niektóre aspekty mierzonego nasilenia symptomów są domniemane i mogą wystąpić poza świadomością pacjentów. W związku z tym przyszłe badania powinny mierzyć cechy interpersonalne przy wykorzystaniu wielu perspektyw informacyjnych. Trzecim ograniczeniem jest to, że zmienne społeczno-demograficzne uczestnika były mierzone na podstawie relacji między współpracą a wynikiem. Spostrzeżenia świadczą o tym, że niektórzy terapeuci zawsze reagują na swoich klientów w sposób, który metodycznie wpływa na współpracę. Powyższe ukazało, że przyszłe badania powinny obejmować charakterystykę terapeuty (Dinger 2009).

Implikacje kliniczne i kierunek przyszłych badań

Choć koncepcja zależności między relacją terapeutyczną a wynikiem leczenia jest od dawna omawiana w literaturze dotyczącej leczenia, stosunkowo mało wiadomo na temat wpływu czynników społeczno-demograficznych w leczeniu uzależnień.

Dlatego też wyniki tego badania mają potencjalnie istotne implikacje kliniczne w psychoterapii młodzieży. Jednym z nich jest względne znaczenie zmienności klienta we współpracy w odniesieniu do wyników leczenia. W sytuacji, w której pacjenci mają trudności z rozpoczęciem współpracy, terapeuci powinni skupiać się na własnym oddziaływaniu, a nie na charakterystykach klientów, które mogłyby wpłynąć na relacje między współpracą a wynikami. Atrybuty oporu czy pozabezpieczne style przywiązania klienta są związane z wiekiem i płcią, co ma wpływ na słabą współpracę. Powyższe, zgodnie z omawianymi spostrzeżeniami, byłoby nieistotne w odniesieniu do wyników.

Choć wyjaśnienie to może być przydatne dla pracy terapeutycznej, jego wpływ na relacje terapeutyczne jest poważny. W zależności od tego, terapeuci mogą korzystać z regularnego monitorowania swojej współpracy z klientami, a także, jeśli zaobserwują jakiegokolwiek przeszkody w swoich relacjach z klientem, powinni zastanowić się nad swoimi działaniami i dokonać niezbędnej korekty. Jest to ważne w świetle badań dotyczących leczenia uzależnień wśród nastolatków, w których stwierdzono, że zmienne społeczno-demograficzne klienta wpływają na współpracę i wyniki terapii (np. Diamond i in. 2006; Tetzlaff i in. 2005).

Analiza omawianego badania niesie za sobą istotne wnioski dotyczące zwiększenia zaangażowania, które zostały wcześniej uznane za kluczowe w leczeniu uzależnień wśród młodzieży. W związku z tym wczesna identyfikacja czynników socjologicznych, które miały wpływ na leczenie nastolatków jest użyteczna przy oznaczeniu „czerwonymi flagami” pacjentów, którzy mają trudności w zaangażowaniu się w terapię. Chociaż duża część wariacji w relacji sojusz-wynik pozostaje nierozwiązana, przyszłe badania powinny skupić się na innych czynnikach wpływających na ten związek, np. na badaniu charakterystyki (np. doświadczenia, liczby wyleczonych pacjentów, wiarygodności) i technikach terapeuty (np. empatia, refleksja), które wspierają atrybuty klientów.

Wreszcie, opierając się na analizach przedstawionych w niniejszym badaniu, wydaje się że głównym punktem odniesienia dla przyszłych badań powinno być zidentyfikowanie przez terapeutę zasobów społecznych, które mają wpływ na współpracę, ponieważ zasoby społeczne klientów wydają się stanowić mniejszy odsetek wariacji w stosunkach między współpracą a wynikiem w leczeniu uzależnień wśród młodzieży.

**Abstract: Untangling the Alliance-Outcome Correlation:
Exploring the Relative Effect of Age and Gender
in Treatment of Adolescence Substance Abuser**

Although the relationship between the therapeutic alliance and outcome has long been established across numerous studies and meta-analyses, less is known about this in treatment of adolescence substance abuse. This study investigates factors that influence alliance- outcome relationship in adolescence substance abuse treatment. To achieve this objective, this study

explored the relative effect of demographic variables, i.e., (age and gender) in a sample of adolescent substance abuser at the rehabilitation treatment centre of University college hospital, (UCH) Ibadan, Oyo State Nigeria. Fifty –three adolescents took part in this study, and completed self-report measures of readiness and expectation (client’s theory of change) prior to treatment, therapeutic alliance measures during treatment. The findings indicates that, age do not predict alliance-outcome relationship in adolescence substance abuse treatment, as there was no moderating effect for client’s age. In addition, the finding showed a significant sex difference in pre-treatment motivational variables, client ratings of the alliance and treatment outcome. Finally, it was suggested that early identification of demographic variables that influence adolescent’s treatment; asadolescent’s attributions of resistance are associated with age and gender.

Key word: therapeutic alliance, adolescent substance abuse, demographic variables, alliance-outcome correlations.

Bibliografia

- [1] Baldwin S.A., Wampold B.E., Imel Z.E., 2007, *Untangling the Alliance–Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 75, s. 842–852.
- [2] Barber J.P., Connolly M.B., Crits-Christoph P., Gladis L., Siqueland L., 2001, *Alliance Predicts Patients’ Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 68, s. 1027–1032.
- [3] Barrowclough C., Meier P., Beardmore R., Emsley R., 2010, *Predicting Therapeutic Alliance in Clients with Psychosis and Substance Misuse*, „Journal of Nervous and Mental Disease”, 198, s. 373–377.
- [4] Bem S., 1981, *Gender Schema Theory: A Cognitive Account of Sex Typing*, „Psychological Review”, 88, s. 354–364.
- [5] Bordin E.S., 1979, *The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance*, „Psychotherapy: Theory, Research and Practice”, 16, 252–260.
- [6] Castonguay L.G., Holtforth M.G., 2005, *Change in Psychotherapy: A Plea for no More Nonspecific and False Dichotomies*, „Clinical Psychology: Science and Practice”, 12, s. 198–201.
- [7] Cottone J.G., Drucker P., Javier R.A., 2002, *Gender Differences in Psychotherapy Dyads: Changes in Psychological Symptoms and Responsiveness to Treatment During 3 Months of Therapy*, „Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training”, 39, s. 297–308.
- [8] Craighead W.E., Bjornsson A.S., Amarson E.O., 2005, *Specificity and Nonspecificity in Psychotherapy*, „Clinical Psychology: Science and Practice”, 12, s. 189–193.
- [9] DeRubeis R.J., Brotman M.A., Gibbons C.J., 2005, *A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument*, „Clinical Psychology: Science and Practice”, 12, s. 174–183.
- [10] Diamond G.S., Liddle H.A., Wintersteen M.B., Dennis M.L., Godley S.H., Tims F., 2006, *Early Therapeutic Alliance as a Predictor of Treatment Outcome for Adolescent Cannabis Users in Outpatient Treatment*, „The American Journal on Addictions”, 15(Suppl. 1), s. 26–3.
- [11] Dinger U., Strack M., Leichsenring F., Wilmers F., Schauenburg H., 2008, *Therapist Effects on Outcome and Alliance in Inpatient Psychotherapy*, „Journal of Clinical Psychology”, 64, 344–354.

- [12] Dinger U., Strack M., Sachsse T., Schauenburg H., 2009, *Therapists' Attachment, Patients' Interpersonal Problems and Alliance Development over Time in Inpatient Psychotherapy*, „Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training”, 46, s. 277–290.
- [13] DiGiuseppe R., Linscott J., Jilton R., 1996, *Developing the Therapeutic Alliance in Child-Adolescent Psychotherapy*, „Applied & Preventive Psychology”, 5(2), s. 85–100.
- [14] Drug Strategies, 2003, *Treating Teens: A Guide to Adolescent Drug Programs*, Washington, DC: Drug Strategies.
- [15] Elvins R., Green J., 2008, *The Conceptualization and Measurement of Therapeutic Alliance: An Empirical Review*, „Clinical Psychology Review”, 28, s. 1167–1187.
- [16] Fabrikant B., 1974, *The Psychotherapist and the Female Patient: Perceptions, Misperceptions, and Change*, [w:] *Women in therapy*, (red.) Franks V., Burtle M.A., Brunner/Mazel, New York.
- [17] Festinger L., 1954, *A Theory of Social Comparison Processes*, „Human Relations”, 7, s. 117–140.
- [18] Fitzpatrick M.R., Iwakabe S., Stalikas A., 2005, *Perspective Divergence in the Working Alliance*, „Psychotherapy Research”, 15, s. 69–80.
- [19] Freud S., 1913, *On Beginning the Treatment*, [w:] *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, (red. i tłum.) Strachey J., Vol. 12, Hogarth Press, London.
- [20] Gamer B.R., Godley M.D.; Funk R.R., Dennis M.L., Godley S.H., *The Impact of Continuing Care Adherence on Environment Risks, Substance Use and Substance-Related Problems Following Adolescent Residential Treatment*, „Psychology of Addictive Behaviors” (w druku).
- [21] Gelso C.J., Carter J.A., 1994, *Components of the Psychotherapy Relationship: Their Interaction and Unfolding During Treatment*, „Journal of Counseling Psychology”, 41, s. 296–306.
- [22] Greenstein D.K., Franklin M.E., McGuffin P., 1999, *Measuring Motivation to Change: An Examination of the University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA) in an Adolescent Sample*, „Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training”, 36(1), s. 47–55.
- [23] Hatcher R.L., Barends A.W., 2006, *Thinking about the Alliance in Practice*, „Psychotherapy, Therapy, Research, Practice, Training”, 41, s. 7–10.
- [24] Hogue A., Dauber S., Stambaugh L.F., Cecero J.J., Liddle H.A., 2006, *Early Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Individual and Family Therapy for Adolescent Behavior Problems*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 74, s. 121–29.
- [25] Horvath A.O., 1981, *An Exploratory Study of the Working Alliance: Its Measurement and Relationship to Outcome*, niepublikowana rozprawa doktorska, University of British Columbia.
- [26] Horvath A.O., 2002, *The Alliance*, „Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training”, 38, s. 365–372.
- [27] Horvath A.O., 2005, *The Therapeutic Relationship: Research and Theory*, „Psychotherapy Research”, 15, s. 3–7.
- [28] Horvath A.O., Bedi R.P., 2002, *The Alliance*, [w:] *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, (red.) Norcross J.C., Oxford University Press, New York, s. 37–70.
- [29] Horvath A., Del Re A.C., Flückiger C., Symonds D., 2011, *The Alliance*, [w:] *Relationships that Work*, (red.) Norcross J.C., Oxford University Press, New York, s. 25–69.

- [30] Kazdin A.E., 2005, *Treatment Outcomes, Common Factors, and Continued Neglect of Mechanisms of Change*, „Clinical Psychology: Science and Practice”, 12, s. 184–188.
- [31] Lambert A., Barley D., 2002, *Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome*, [w:] *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, (red.) Norcross J., Oxford University Press, New York.
- [32] Lambert M., Ogles B., 2004, *The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy*, [w:] *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (red.) Lambert M., Wiley, New York, s. 139–193,
- [33] Liese B.S., Beck A.T., 1995, *Back to Basics: Fundamental Cognitive Therapy Skills for Keeping Drug-Dependent Individuals in Treatment*, [w:] *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*, Vol. 165, NIDA, Rockville, s. 207–230.
- [34] Luborsky L., Auerbach A., Chandler M., Cohen J., Bachrach H., 1971, *Factors Influencing The Outcome of Psychotherapy: A Review of Quantitative Research*, „Psychological Bulletin”, 75, s. 145–184.
- [35] Mallinckrodt B., 2000, *Attachment, Social Competencies, Social Support, and Interpersonal Process in Psychotherapy*, „Psychotherapy Research”, 10, s. 239–266.
- [36] Marcus D.K., Kashy D.A., Baldwin S.A., 2009, *Studying Psychotherapy Using the One-With-Many Design: The Therapeutic Alliance as an Exemplar*, „Journal of Counseling Psychology”, 56, s. 537–548.
- [37] Marcus D.K., Kashy D.A., Wintersteen M.B., Diamond G.S., 2011, *The Therapeutic Alliance in Adolescent Substance Abuse Treatment: A One-With-Many Analysis*, „Journal of Counseling Psychology”, 58(3), s. 449–455.
- [38] Martin D.J., Garske J.P., Davis K.M., 2000, *Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and Other Variables: A Meta Analytic Review*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 68, s. 438–450.
- [39] McConaughy E.A., Prochaska J.O., Velicer W.F., 1983, *Stages of Change in Psychotherapy: Measurement and Sample Profiles*, „Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training”, 20(3), s. 368–375.
- [40] Meier P.S., Barrowclough C., Donmall M.C., 2005, *The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Substance Misuse: A Critical Review of the Literature*, „Addiction”, 100, 304–316.
- [41] Norcross J.C. (red.), 2002, *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, Oxford University Press, New York.
- [42] Orlinsky D.E., Ronnestad M.H., Willutzski U., 2004, *Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change*, [w:] *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, (red.) Lambert M., 5th ed., Wiley, New York, s. 307–389.
- [43] Rogers C.R., 1957, *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*, „Journal of Consulting Psychology”, 21, s. 95–103.
- [44] Shirk S.R., Karver M., 2003, *Predictions of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 71, s. 452–464.
- [45] Simpson D.D., 2004, *A Conceptual Framework for Drug Treatment Process and Outcomes*, „Journal of Substance Abuse Treatment”, 27, s. 99–121.

- [46] Strunk D.R., Brotman M.A., DeRubeis R.J., 2010, *The Process of Change in Cognitive Therapy for Depression Inter-Session Symptom Gains*, „Behaviour Research and Therapy”, 48, s. 599–606.
- [47] Tetzlaff B.T, Kahn J.H, Godley S.H, Godley M.D., Diamond G.S., Funk R.R., 2005, *Working Alliance, Treatment Satisfaction, And Patterns of Posttreatment Use Among Adolescent Substance Users*, „Psychology of Addictive Behaviors”, 19, s. 199–207.
- [48] Tracey T.J., Kokotovic A.M., 1989, *Factor Structure of the Working Alliance Inventory*, „Psychological Assessment”, 1, s. 207–210.
- [49] Wampold B.E., Brown G.S., 2005, *Estimating Variability in Outcomes Attributable to Therapists: A Naturalistic Study of Outcomes in Managed Care*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 73, s. 914–923.
- [50] Weissman M.M., Orvaschel H., Padian N., 1980, *Children's Symptom and Social Functioning Self-Report Scales: Comparison of Mothers' and Children's Reports*, „Journal of Nervous Mental Disorders”, 168(12), s. 736–740.
- [51] Zuroff D.C., Kelly A.C., Leybman M.J., Blatt S.J., Wampold B.E., 2010, *Between-Therapist and Within-Therapist Differences in the Quality of the Therapeutic Relationship: Effects on Maladjustment and Self-Critical Perfectionism*, „Journal of Clinical Psychology”, 66, s. 681–697.

Źródła internetowe

- [52] Ogles B.M., Melendez G., Davis D.C., Lunnen K.M., 2000, *The Ohio Youth Problem, Functioning, and Satisfaction Scales: Technical manual*, available: <http://sites.google.com/site/ohioscales/the-manuals>