

THE CHANGE OF THE SENSE OF COHERENCE AND SELF-EFFICACY OF DRUG DEPENDENT PERSONS TREATED IN THERAPEUTIC COMMUNITY

ZMIANA POCZUCIA KOHERENCJI I POCZUCIA WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI U OSÓB UZALEŻNIONYCH OD NARKOTYKÓW, LECZĄCYCH SIĘ W SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ

Marcin Szulc

Institute of Psychology, University of Gdansk, Poland

Institut Psychologii, Uniwersytet Gdański, Polska

Alcohol Drug Addict 2017; 30 (3): 185-204
DOI: <https://doi.org/10.5114/ain.2017.71864>

Abstract

Introduction: The sense of coherence and self-efficacy are the main of generalised resistance resources of the human being and can be treated as health factors. The main aim of this paper was an attempt to answer how the sense of coherence and self-efficacy change in drug dependent persons being treated with the therapeutic community method.

Material and methods: Fifty-nine drug dependent patients aged 19-34 were undergoing therapeutic community treatment, 28 of whom in the detoxification centre in Smażyno and 31 in a similar centre in Grabowo. They were examined twice within a year by filling in the Sense of Coherence Scale (SOC-29), Generalized Self-Efficacy Scale (GSES) and a sociodemographic survey.

Streszczenie

Wprowadzenie: Poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności należą do zasobów odpornościowych człowieka i mogą być traktowane jako czynniki warunkujące zdrowie. Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób zmienia się poczucie koherencji i poczucie własnej skuteczności u osób uzależnionych, leczonych metodą społeczności terapeutycznej.

Materiał i metody: Za pomocą Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29), Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) oraz ankiety socjodemograficznej zbadano podwójnie w rocznym odstępie 59 pacjentów w wieku 19–34 lat, uzależnionych od narkotyków, uczestniczących w leczeniu metodą społeczności terapeutycznej w ośrodku terapii uzależnień w Smażynie (28 osób) i podobnym

Correspondence to/Adres do korespondencji: Marcin Szulc, Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański, ul. Jana Bażyńskiego 4, 80-309 Gdańsk, phone: +48 604 914 540, e-mail: psyms@univ.gda.pl

Authors' contribution/Wkład pracy autorów

No ghostwriting declared./Nie występuje zjawisko *ghostwriting*.

Submitted/Otrzymano: 17.01.2017 • **Accepted/Przyjęto do druku:** 11.09.2017

Some of the patients (14 persons) dropped out of therapy so finally the data of 45 patients was analysed.

Results: Patients got significantly higher results in the second measurement of sense of coherence but the results were still lower than healthy population standards. Patients also revealed higher results in the second measurement of self-efficacy.

Conclusions: The gained results indicate a significant improvement in the health functioning of patients during the course of treatment in the therapeutic community. However, the results need to be treated with caution due to the small research sample and lack of uniformity in the group as regards gender, age and time of use of narcotics, which hinders the formulation of generalisations.

Keywords: Sense of coherence, Self-efficacy, Therapeutic community, Drug dependent persons

ośrodka w Grabowie (31 osób). Część pacjentów przerwała terapię (8 w Smażynie i 6 w Grabowie). Ostatecznie analizie poddano wyniki 45 osób.

Wyniki: W drugim pomiarze pacjenci uzyskali istotnie wyższe wyniki w poziomie poczucia koherencji, choć znacznie niższe od wyników normatywnych w zdrowej populacji. Pacjenci uzyskali także wyższe wyniki w drugim pomiarze w zakresie poczucia własnej skuteczności.

Omówienie: Uzyskane wyniki wskazują na znaczną poprawę funkcjonowania zdrowotnego pacjentów w trakcie leczenia w społeczności terapeutycznej. Do wyników należy jednak odnieść się z ostrożnością ze względu na małą liczebność badanej próby i niejednorodność grupy pod względem płci, wieku czy czasu używania narkotyków, co utrudnia formułowanie uogólnień.

Słowa kluczowe: poczucie koherencji, poczucie własnej skuteczności, społeczność terapeutyczna, osoby uzależnione od narkotyków

■ INTRODUCTION

The current approach to the health problematic departs from the biomedical model in favour of the holistic model, which treats health as a dynamic state of equilibrium between the individual and his/her environment [1]. In the salutogenetic model, Antonovsky lists four factors conditioning a person's health: individual's generalised resistance resources, sense of coherence, stressors and behaviour and lifestyle. The sense of coherence takes centre stage in this scheme [2]. According to Antonovsky, a strong sense of coherence [2] is an essential factor allowing effective coping with stress and so favour the maintenance of good health. It is defined as "a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement" [1].

According to Heszen-Niejodek [3], the search for factors supporting health ought to focus on

■ WPROWADZENIE

We współczesnym podejściu do problematyki zdrowia odchodzi się od modelu biomedycznego na rzecz modelu holistyczno-funkcjonalnego, w którym zdrowie jest rozumiane jako dynamiczny stan równowagi między jednostką a jej otoczeniem [1]. W modelu salutogenetycznym Antonovsky wymienia cztery czynniki warunkujące zdrowie człowieka, a mianowicie: uogólnione zasoby odpornościowe jednostki, poczucie koherencji, stresory oraz zachowania i styl życia. Poczucie koherencji zajmuje w tym zestawieniu miejsce centralne [2]. Silne poczucie koherencji, zdaniem Antonovsky'ego [2], jest niezbędnym czynnikiem pozwalającym na skuteczne radzenie sobie ze stresem, a tym samym służy zachowaniu dobrego zdrowia. Definiowane jest jako „ogólna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu całego życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [1].

study of the personality as a complex structure regulating a person's behaviour. Binneßel [4] notes that the sense of coherence as a highly complex cognitive structure is an important element of the personality. A well-developed sense of coherence favours a better organisation of resources, improves access to those resources and promotes their effective employment.

Like the sense of coherence, an especially significant variable in the area of health psychology is the sense of self-efficacy. This is understood as a conviction about one's own capacity to organise and control behaviour with the aim of achieving a self-defined result [5, 6]. This construct, according to Bandura, is relatively long-lasting, takes shape in the course of a person's development and makes up the basis on which all the other beliefs concerning the full functioning of the person develop [7, 8]. The sense of one's own efficacy may also be understood as the reflection of self-belief, which allows the realisation of tasks independently of favourable or unfavourable circumstances and even failures [5].

According to Bandura, high level of self-efficacy means a readiness to select more difficult or new tasks, perseverance in the pursuit of objectives, the ability to learn new things, a sense of self worth, the desire to achieve high quality of completed tasks, coping with anxiety and stress and the active care of one's health. Therefore, it is clear to see, this variable is of key significance to health, and persons disposing of a higher sense of self-efficacy cope with problems better, have higher motivation and may draw on their own resources, thanks to which they may satisfy their own needs. Persons with a low sense of their self-efficacy more often doubt their own strengths and draw their future in dark colours as stressful and depressing, which results in a reduction in the odds for personal development and self-realisation [5, 6].

The aim of the study was to answer the question whether, and to what extent, the influence of the therapeutic community contributes to the raising of the sense of coherence and self-efficacy in patients.

Zdaniem Heszen-Niejodek [3] poszukiwanie czynników sprzyjających zdrowiu powinno koncentrować się na badaniu osobowości jako złożonej struktury, regulującej zachowania człowieka. Binneßel [4] zauważa, że poczucie koherencji jako struktura poznawcza o wysokiej złożoności jest ważnym elementem osobowości. Dobrze rozwinięte poczucie koherencji sprzyja lepszej organizacji zasobów, ułatwia dostęp do nich i umożliwia ich wykorzystanie.

Podobnie jak poczucie koherencji, niezwykle ważną zmienną w obszarze psychologii zdrowia jest poczucie własnej skuteczności. Samoskuteczność jest rozumiana jako przekonanie o zdolności do organizowania i kontroli swojego zachowania w celu doprowadzenia do oczekiwanego i określonego przez siebie wyniku [5, 6]. Konstrukcja ta, zdaniem Bandury, jest względnie trwała, kształtuje się w trakcie rozwoju człowieka i stanowi podstawę, na której rozwijają się wszystkie pozostałe przekonania obejmujące pełne funkcjonowanie człowieka [7, 8]. Poczucie własnej skuteczności można też rozumieć jako odzwierciedlenie wiary w siebie, która pozwala realizować zadania niezależnie od sprzyjających bądź niesprzyjających okoliczności, a nawet porażek [5].

Wysokie poczucie skuteczności w koncepcji Bandury oznacza: gotowość do wybierania trudniejszych lub nowych zadań, wytrwałość w dążeniu do celu, zdolność uczenia się nowych rzeczy, poczucie własnej wartości, dążenie do wysokiej jakości wykonywanych zadań, radzenie sobie z lękiem i stresem, aktywne dbanie o własne zdrowie. Wyraźnie zatem widać, że zmienna ta ma kluczowe znaczenie dla zdrowia, a osoby dysponujące wyższym poczuciem własnej skuteczności lepiej radzą sobie z problemami, cechują się wyższą motywacją, umiejętniej korzystają z własnych zasobów, a dzięki temu skuteczniej zaspokajają swoje potrzeby. Osoby, które cechuje niskie poczucie własnej skuteczności, częściej wątpią we własne siły, przyszłe życie jawi im się w ciemnych barwach jako stresujące i przygnębiające – skutkuje to obniżeniem szans na osobisty rozwój i samorealizację [5, 6].

Celem badania była odpowiedź na pytanie, czy i w jakim stopniu oddziaływanie społeczności terapeutycznej przyczynia się do wzrostu poczucia koherencji i poczucia własnej skuteczności u pacjentów.

A sense of coherence and the use of psychoactive substances

The majority of known studies in this area concern the relations between the sense of coherence and nicotine and alcohol dependence.

Persons characterised by a strong sense of coherence more often reveal the tendency to treat stressors as challenges, more readily commit to pro-health activities and avoid behaviours that are harmful to the health like smoking or alcohol abuse [9]. A reduced level of sense of coherence has been observed in persons who are dependent on alcohol compared to those who drink only a little [10]. Drinkers who are characterised by a weaker sense of coherence are also more prone to the harmful effects of alcohol [11]. Bobrowski's research [12] shows that a strong sense of coherence is a protective factor as it reduces the probability of psychoactive substance use in 15-year-olds. A higher level of coherence and each of its components are associated with less intensive drinking and the use of milder forms of alcoholic beverages by men. In the case of women, the more frequent use of alcohol was linked to a lower level of the meaningfulness, a key component of the sense of coherence [1, 11, 13, 14]. In studies conducted on a group of 106 patients who were dependent on alcohol in a 6-week psychotherapy programme, it has observed a significant rise in the sense of coherence and its components; that is comprehensibility, manageability and meaningfulness [11].

The sense of coherence plays a significant role in the healing process as it is linked to the level of the strength of the ego. In psychiatric diagnostics, a moderate value in the strength of the ego is treated as a good prognostic of the effectiveness of treatment. Low ego strength is associated with the application of inadequate defence mechanisms, low capacity to cope with frustration and a low level of arousal [15]. As indicated by therapists' reports, attempts to increase the sense of coherence in alcohol-dependent patients have already been undertaken and have brought success. Fourteen alcohol-dependent patients worked on increasing the sense of coherence over 5 months. During this time, they remained abstinent and completed therapy [16].

Poczucie koherencji a używanie substancji psychoaktywnych

Większość znanych badań z tego obszaru dotyczy relacji, jakie zachodzą pomiędzy poczuciem koherencji a uzależnieniem od nikotyny i alkoholu.

Osoby, które cechuje wysokie poczucie koherencji, częściej przejawiają skłonność do traktowania stresorów jako wyzwania, łatwiej angażują się w działania prozdrowotne i unikają zachowań szkodliwych dla zdrowia, jak np. palenie papierosów czy nadużywanie alkoholu [9]. Zaobserwowano niższy poziom poczucia koherencji u osób uzależnionych od alkoholu w porównaniu z osobami mało pijącymi [10]. Pijący alkohol, których cechuje słabsze poczucie koherencji, są też bardziej narażeni na szkodliwe konsekwencje jego wpływu [11]. Z badań Bobrowskiego [12] wynika, że silne poczucie koherencji jest czynnikiem chroniącym, zmniejsza bowiem prawdopodobieństwo używania substancji psychoaktywnych przez 15-letnią młodzież. Wyższy poziom koherencji i każdej jego składowej wiąże się też z mniej intensywnym pićiem i używaniem raczej słabszych alkoholi przez mężczyzn. W przypadku kobiet częstsze używanie alkoholu wiązało się z niższym poziomem poczucia sensowności – kluczowej składowej poczucia koherencji [1, 11, 13, 14]. W badaniach przeprowadzonych na grupie 106 pacjentów uzależnionych od alkoholu, poddanych 6-tygodniowemu programowi psychoterapii zaobserwowano istotny wzrost poczucia koherencji i jego składowych, tj. poczucia zrozumiałości, sterowalności (zaradności) i sensowności [11].

Poczucie koherencji odgrywa istotną rolę w procesie leczenia, wiąże się bowiem z poziomem siły ego. W diagnostyce psychiatrycznej umiarkowana wartość siły ego traktowana jest jako dobry prognostyk skuteczności leczenia. Niska siła ego wiąże się ze stosowaniem nieadekwatnych mechanizmów obronnych, słabą zdolnością do radzenia sobie z frustracją i niskim poziomem pobudzenia [15]. Jak wynika z doniesień terapeutów, próby pracy nad zwiększeniem poczucia koherencji u pacjentów uzależnionych od alkoholu były już podejmowane i przynosiły sukcesy. Czternaście pacjentów uzależnionych od alkoholu przez 5 miesięcy pracowało nad wzmocnieniem poczucia koherencji. W tym czasie nie przegrali abstenencji i ukończyli terapię [16].

The importance of self-efficacy in dependence therapy

For some time there has been an increase in interest in the importance of self-efficacy as a good prognostic or mediator in the therapeutic process for various disorders. This is also the case when it comes to the treatment of dependency [17]. Bandura notes that persons who have completed dependency therapy, and who are characterised by a high sense of self-efficacy, cope with risk situations better – they are capable of mobilising the effort necessary to confront high-risk drinking or drug-use situations. Even in the case where there is a moment of weakness, they are more often able to accept it as a temporary lapse and restore control over their own lives, while persons characterised by a low level of self-efficacy are more prone to relapse in the same situation [7].

Even though researchers differ in their assessment of relation between the level of self-efficacy and the predicted time of abstinence, they are agreed that this variable has enormous therapeutic significance [18, 19]. Stephens *et al.* [20] concluded that a sense of self-efficacy might be considered as a relatively strong predictor of abstinence following the completion of therapy and the frequency of marijuana use. Vielva and Iraurgi [21] showed that alcohol-dependent patients with a high confidence in their own ability to resist drinking were more likely to maintain abstinence for six months following therapy than persons who did not believe in themselves so much. As noted by Blume *et al.* [22], a higher sense of self-efficacy is linked to a lower frequency of drinking episodes in the three months following therapy, though this did not entirely change their approach to the consumption of alcohol. Walton *et al.* [23] noted the inverse relation between self-efficacy and alcoholic relapse, though this did not concern drug-use relapse. In a comparative study of four therapy methods for persons dependent on marijuana, it was exactly a sense of self-efficacy and not the type of therapy or abstinence during its course that was the greatest predictor of relapse in the year following therapy completion [24]. Gwaltney *et al.* [25], in their study of smokers attempting to quit, noticed that the sense of self-efficacy may change with the subject and its modulation occurring during the day hampers the prediction of counter-health behaviour.

Znaczenie poczucia własnej skuteczności w terapii uzależnień

Od jakiegoś czasu nastąpił wzrost zainteresowania znaczeniem poczucia własnej skuteczności jako dobrego prognostyku lub mediatora w terapiach różnych zaburzeń. Nie inaczej jest w przypadku leczenia uzależnień [17]. Jak zauważa Bandura, osoby, które zakończyły terapię uzależnień, a cechują się wysokim poczuciem własnej skuteczności, lepiej radzą sobie z sytuacjami ryzykownymi – potrafią mobilizować wysiłek potrzebny do przeciwstawienia się sytuacji wysokiego ryzyka picia lub zażywania narkotyków. Nawet w przypadku, gdy wystąpi chwilowa słabość, częściej potrafią uznać ją za tymczasową „wpadkę” i przywrócić kontrolę nad własnym życiem, podczas gdy osobom cechującym się niskim poczuciem własnej skuteczności w takiej sytuacji częściej grozi nawrót [7].

Chociaż badacze różnią się w ocenie związków między poziomem samoskuteczności a czasem przewidywanej abstynencji, są zgodni co do tego, że zmienna ta ma ogromne znaczenie w terapii [18, 19]. Stephens i wsp. [20] stwierdzili, że poczucie własnej skuteczności można uznać za stosunkowo silny predyktor abstynencji po zakończeniu leczenia i częstości używania marihuany. Vielva i Iraurgi [21] pokazali, że pacjenci uzależnieni od alkoholu, którzy mieli wysokie zaufanie do własnej zdolności opierania się picciu, byli bardziej skłonni utrzymywać abstynencję przez 6 miesięcy po terapii niż osoby niewierzące w siebie tak bardzo. Jak zauważyli Blume i wsp. [22] większe poczucie własnej skuteczności jest związane z rzadszym występowaniem u pacjentów epizodów upijania przez okres 3 miesięcy po terapii, choć nie zmieniło to całkowicie ich podejścia do konsumpcji alkoholu. Walton i wsp. [23] odnotowali ujemny związek pomiędzy własną skutecznością a nawrotem picia alkoholu, nie dotyczyło to jednak nawrotu używania narkotyków. W badaniu porównującym cztery metody terapii osób uzależnionych od marihuany to właśnie poczucie własnej skuteczności – a nie rodzaj terapii czy abstynencja podczas jej trwania – było najważniejszym predyktorem nawrotów w rok po jej zakończeniu [24]. Gwaltney i wsp. [25], badając na co dzień osoby próbujące rzucić palenie papierosów, zauważyli, że poczucie własnej skuteczności może zmieniać się indywidualnie i że jego wahania występujące w ciągu dnia utrudniają przewidywanie zachowań antyzdrowotnych.

Very interesting results in the self-efficacy and prophylactics of young persons' risk behaviour were gained by Okulicz-Kozaryn and Pisarska [26]. The authors indicated the weak curvilinear association between the sense of self-efficacy and the use of psychoactive substances. Interestingly enough, the cumulation of psychoactive substances use among girls is associated with a low sense of self-efficacy, while for boys the opposite is the case.

A sense of self-efficacy seems to be a key variable modifying the course of therapy.

The specifics of treatment in the therapeutic community

Czabała notes that the main aim of psychotherapy is to cause changes in the patient's internal structures by mobilising his/her stronger sides, strengthening his/her potential and creating opportunities favouring the promotion of self-acceptance [27].

The therapeutic community is a variation of group psychotherapy and is one of the forms of treating dependent persons [28, 29]. In the most general terms, the idea of this self-help method is "treatment of the whole person with the aid of a society of similar people" [29: 21].

From the perspective of the therapeutic community, restoring health means a change of lifestyle and identity. The understanding of the process of health restoration has been shaped far from the healthcare mainstream [29]. The community method raised, and still raises, many controversies and doubts, mainly because of the ambivalence of the term "community" and the largely non-medical character of its acting, lack of studied sources of information on the specifics of the treatment and the effectiveness of the method itself. The method's focus is a holistic approach – it is about treating the whole person and not only his/her dependency [30]. The restoration of health is not only maintaining abstinence, it is also a change of lifestyle and identity, the result of which is the regaining of the capacity for constructive life and the regaining of physical and emotional health. Improvement in health may manifest i.a. as the creation of a more complex and realistic map of plans for the future and focus on weakening the past negative and present fatalistic time perspective [31, 32]. Some patients are from such dysfunctional environments that a stay with the therapeutic community is often

Bardzo interesujące wyniki w obszarze samo-skuteczności i profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży uzyskały Okulicz-Kozaryn i Pisarska [26]. Autorki wykazały słaby krzywoliniowy związek między poczuciem skuteczności a używaniem substancji psychoaktywnych. Co interesujące, kumulacja używania środków psychoaktywnych u dziewcząt wiąże się z niskim, a u chłopców z wysokim poczuciem własnej skuteczności.

Poczucie własnej skuteczności wydaje się kluczową zmienną modyfikującą przebieg terapii.

Specyfika leczenia pacjentów w społeczności terapeutycznej

Czabała uważa, że głównym celem psychoterapii jest spowodowanie zmian w wewnętrznych strukturach pacjenta, które dokonują się przez uruchamianie jego mocnych stron, wzmacnianie posiadanych przez niego możliwości oraz wytwarzanie okazji sprzyjających wzrostowi samoakceptacji [27].

Społeczność terapeutyczna stanowi odmianę psychoterapii grupowej i jedną z form leczenia osób uzależnionych [28, 29]. Najogólniej ujmując, idea tej samopomocowej metody polega na „leczeniu całego człowieka przy pomocy społeczności ludzi do niego podobnych” [29: 21].

Z perspektywy społeczności terapeutycznej zdrowienie oznacza zmianę stylu życia i tożsamości. Rozumienie procesu zdrowienia ukształtowało się z daleka od głównego nurtu opieki zdrowotnej [29]. Metoda społeczności budziła, i nadal budzi, wiele kontrowersji i wątpliwości, głównie z powodu wieloznaczności terminu „społeczność” oraz mało medycznego charakteru oddziaływania, braku sprawdzonych źródeł informacji na temat specyfiki leczenia i efektywności samej metody. Metoda ta skupia się na podejściu holistycznym – na leczeniu całego człowieka, a nie tylko jego uzależnienia [30]. Zdrowienie to nie tylko zachowanie abstynencji, lecz także zmiana stylu życia i tożsamości, czego konsekwencją jest odzyskanie zdolności do konstruktywnego życia, zdrowia fizycznego i emocjonalnego. Poprawa stanu zdrowia może się przejawiać m.in. przez tworzenie bardziej złożonej i realistycznej mapy planów na przyszłość oraz przez ukierunkowanie na osłabienie przeszłej negatywnej i terażniejszej fatalistycznej perspektywy czasowej [31, 32]. Niektórzy pacjenci pochodzą z tak dysfunkcyjnych środowisk, że pobyt w społeczności terapeutycznej to często pierwsza w życiu okazja do zetknięcia się z niepa-

the first opportunity in life to contact non-pathological society [29, 33]. Self-help is a requirement in the therapeutic community, while the person returning to health takes the main responsibility for his/her own therapeutic process. However, self-help understood as mutual help is also about taking responsibility for co-patients [29]. As Koczurowska notes [30], the following categories of impact support the process of change in the therapeutic community:

- the modelling of new behaviour and managing the change of undesirable behaviours,
- work on psychic and emotional development,
- work on intellectual and spiritual development,
- shaping and developing life and professional skills.

The changes are staged, hierarchical and controlled by community. This particular method applies defined and precise hierarchical corrective sanctions for patients like individual talks, feedback (listening without comment is required), warnings, reprimands (delivered by personnel in a strict tone using direct terminology), learning of social behaviour (the learning is the allocation of tasks by the community to persons who had not made the expected behavioural change under the influence of interventions up till then), isolation (appeal to reflection on one's own situation while at the same time the community debates whether the patient may stay in the community or will have to leave), the hot chair (a patient who stubbornly does not change his/her behaviour despite the application of the abovementioned methods receives his/her documents, packs personal belongings, sits in a chair facing the main exit doors in a place visible to the whole community and takes the final decision) [30]. Apart from sanctions, the key methods of influence are:

- work on mental and emotional development included increasing awareness of the significance of inner life, the influence of life experience on the current situation and the role narcotics played in the patient's life, enhancing the self by increasing the sense of one's own worth, the self-acceptance, strength and self-efficacy (securing the process of change);
- work on intellectual and spiritual development included learning to think abstractly, recognise one's own cognitive patterns, analyse personal experience, make decisions and plans, as well

tologicznym środowiskiem [29, 33]. W społeczności terapeutycznej samopomoc to wymóg, zatem główną odpowiedzialność za proces własnej terapii ponosi osoba zdrowiejąca. Natomiast samopomoc rozumiana jako wzajemna pomoc polega na przyjmowaniu odpowiedzialności także za współpacjentów [29]. Jak zauważa Koczurowska [30], w społeczności terapeutycznej procesowi zmiany sprzyjają następujące kategorie oddziaływań:

- modelowanie nowych zachowań i kierowanie zmianą niepożądanych zachowań,
- praca nad rozwojem psychicznym i emocjonalnym,
- praca nad rozwojem intelektualnym i duchowym,
- kształtowanie i rozwój umiejętności życiowych i zawodowych.

Zmiany mają charakter stopniowalny, hierarchiczny i podlegają kontroli społeczności. W tej specyficznej metodzie wobec pacjentów stosuje się określone i sprecyzowane, hierarchiczne oddziaływania korekcyjne (sankcje), takie jak rozmowy indywidualne (pouczenia), informacje zwrotne (trzeba wysłuchać bez komentarzy), upomnienia (reprimendy), nagany (udziela personel, tonem stanowczym z użyciem dosadnych określeń), uczenie się społecznych zachowań (nauczka polegająca na przydzieleniu przez społeczność i personel zadań do wykonania osobom, które nie dokonały oczekiwanej zmiany zachowania pod wpływem dotychczasowych interwencji), odosobnienie (odwoływanie się do refleksji osoby nad własną sytuacją, w tym czasie społeczność debatuje, czy pacjent może pozostać w społeczności, czy musi ją opuścić), gorące krzesło (pacjent, który uporczywie nie zmienia swego zachowania, pomimo stosowania wymienionych metod, otrzymuje swoje dokumenty, ma spakować rzeczy osobiste, usiąść na krześle ustawionym przed drzwiami wyjściowymi w miejscu widocznym dla społeczności i podjąć ostateczną decyzję) [30]. Poza sankcjami, kluczowymi metodami oddziaływania są:

- praca nad rozwojem psychicznym i emocjonalnym polegająca na zwiększaniu świadomości wagi życia wewnętrznego, wpływu doświadczeń życiowych na obecną sytuację i funkcji, jaką spełniały w życiu pacjenta narkotyki, na wzmacnianiu własnego ja przez zwiększanie poczucia własnej wartości, wzrost samoakceptacji, siły i osobistej sprawczości (umacnianie procesu zmiany);
- praca nad rozwojem intelektualnym i duchowym polegająca na uczeniu się myślenia abstrakcyjnego, rozpoznawania własnych schematów poznawczych, analizowania osobistych

as building systems of value and considering existential issues;

- work on developing life and professional skills by shaping practical skills via the copying method (a good example and the modelling of behaviour).

In order to achieve programme realisation, each day has to be carefully planned, and every community member has a duty to take part in individual therapy, formal and informal community meetings, as well as ways of active spending free time [30]. The process of psychotherapy is organised in stages. Usually there are 5 stages: phase I – orientation, phase II – basic therapy, phase III – initial preparation for a return to society, phase IV – therapy completion and phase V – post-rehabilitation. In Polish centres there is a three-stage sequence from novice, domestic to resident [30].

It is worth adding that the therapeutic community house does not follow formal institutional rules and has the character of a friendly place guaranteeing care, a sense of security and belonging. As George De Leone [29: 53] noted “the use of the word «therapeutic» indicates socio-psychological aims like change of lifestyle and personal identity. The word «community» meanwhile denotes the basic method by means of which the aims are realised”. This is why the therapeutic community is a context for other therapeutic activities at the centre like individual therapy, social skills workshops or education. The key issue is the self-help character of the method, which is supposed to provide emotional support, rebuild hope, return self-belief and also build the sense of community with other participants. It is worth emphasising that in Poland the healing of patients in therapeutic communities for dependents on narcotics takes place residentially over the course of a year and patients resident at the centre try to act “as if they were the kind of people they ought to be and not like the people they had been up to now” [29: 104].

■ MATERIAL AND METHODS

The study sample was 59 persons with diagnosed psychoactive substance dependence on the basis of ICD-10, treated in two 24-hour addiction centres within two similar programmes

doświadczeń, podejmowania decyzji i planowania oraz na budowaniu systemu wartości i rozważaniu zagadnień egzystencjalnych;

- praca nad rozwojem umiejętności życiowych i zawodowych przez kształtowanie umiejętności praktycznych metodą naśladownictwa (dobry przykład i modelowanie zachowań).

Aby sprostać realizacji programu, każdy dzień musi być starannie zaplanowany, a każdy członek społeczności ma obowiązek uczestniczyć w terapii indywidualnej i grupowej, formalnych i nieformalnych spotkaniach społeczności oraz w aktywnych formach spędzania wolnego czasu [30]. Proces psychoterapii jest zorganizowany etapowo. Zazwyczaj wyróżnia się 5 faz: fazę I – orientacji, fazę II – podstawowej terapii, fazę III – przygotowań wstępnych do powrotu do społeczeństwa, fazę IV – kończącą terapię, i fazę V – postrehabilitacji. W polskich ośrodkach stosuje się podział na trzy etapy, a mianowicie etap nowicjatu, domownika i rezydenta [30].

Warto dodać, że dom społeczności terapeutycznej wymyka się regułom formalnej instytucji, ma charakter przyjaznego miejsca gwarantującego troskę, poczucie bezpieczeństwa i przynależności. Jak zauważa George De Leone [29: 53]: „użycie słowa «terapeutyczna» wskazuje na cele społeczno-psychologiczne, jakimi są zmiana stylu życia i tożsamości jednostki. Słowo «społeczność» zaś wskazuje na podstawową metodę, za pomocą której cele te są realizowane”. Dlatego społeczność terapeutyczna jest kontekstem dla innych działań terapeutycznych prowadzonych w ośrodku, takich jak terapia indywidualna, warsztaty umiejętności społecznych czy edukacja. Kluczową kwestią jest charakter samopomocowej tej metody, polegający na dostarczaniu emocjonalnego wsparcia, odbudowywaniu nadziei, przywracaniu wiary w siebie, a także zbudowaniu poczucia wspólnoty z innymi uczestnikami. Warto podkreślić, że w Polsce zdrowienie pacjentów w społeczności terapeutycznej dla uzależnionych od narkotyków odbywa się stacjonarnie i trwa rok, a pacjenci mieszkający na terenie ośrodka próbują postępować „jak gdyby”, tzn. „jak ludzie, którymi być powinni, a nie jak ludzie, którymi byli dotychczas” [29: 104].

■ MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 59 osób z rozpoznaniem uzależnienia od substancji psychoaktywnych, ustalonym na podstawie kryteriów ICD-10, leczonych stacjonarnie, całodobowo, w dwóch zbliżonych pro-

for patients of similar age. These were the Addiction Therapeutic Centre in Smażyno (15 men and 13 women) and the Centre for Addiction Treatment, Therapy and Rehabilitation in Grabowo (25 men and 6 women). Because 14 patients dropped out of therapy (8 in the Smażyno centre and 6 in Grabowo), the final analysis consisted of the results of 45 persons – 20 in Smażyno (8 men and 12 women) and 25 from Grabowo (20 men and 5 women).

This Smażyno centre, located in the Kashubia region near Wejherowo, was established in 1981 and is one of the oldest centres in Poland treating drug dependent persons. The centre has a capacity of 40 over 21 year-old patients. The therapeutic community method makes up the basis of the treatment programme, which includes group psychotherapy and educational training workshops¹.

The Grabowo centre, 7 km from the town of Łobez in the West Pomeranian Voivodeship, was established on the former von Borcke family estate. In 1997, the manor house, together with farmhouse and parkland was placed in trust with the MONAR Association, which established there a rehabilitation centre for drug dependent persons. The centre has a capacity for 40 over 18-year-old patients.

The patients form a community functioning on the basis of partnership and equal rights. The programme involves intensive social training, as well as psychological skills training, work to gain physical fitness and self-care, work on intellectual development and development in the cultural and professional spheres. The patients take part in individual and group educational activities, individual therapy and activity in support and therapeutic groups².

In both centres, participation in the therapeutic programme for drug dependent persons is over a minimum of 12 months. Treatment is free of charge as both centres have a contract with the National Health Fund to treat persons dependent on psychoactive substances.

The study did not include alcohol-dependent patients or those with a dual diagnosis. The men's age was between 21-34, while that of the women was 21-36. The average dependency period was

gramami oraz wiekiem przyjmowanych pacjentów ośrodkach terapeutycznych: Ośrodka Terapii Uzależnień w Smażynie (28 osób, 15 mężczyzn i 13 kobiet) oraz Ośrodka Leczenia, Terapii i Rehabilitacji Uzależnień w Grabowie (31 osób, 25 mężczyzn i 6 kobiet). W związku z tym, że 14 pacjentów przerwało terapię (8 osób z ośrodka w Smażynie i 6 z ośrodka w Grabowie), ostatecznie do analizy włączono wyniki uzyskane od 45 osób – 20 pacjentów z ośrodka w Smażynie (8 mężczyzn i 12 kobiet) i 25 z ośrodka w Grabowie (20 mężczyzn i 5 kobiet).

Położony na Kaszubach, niedaleko Wejherowa, ośrodek w Smażynie powstał w 1981 r. i należy do najdłużej działających w Polsce placówek zajmujących się leczeniem osób uzależnionych. Może przyjąć 40 pacjentów, którzy skończyli 21 lat. Metoda społeczności terapeutycznej stanowi podstawę programu leczenia, prowadzona jest psychoterapia grupowa i warsztaty edukacyjno-treningowe¹.

Ośrodek w Grabowie, położony 7 km od miasteczka Łobez, w województwie zachodniopomorskim, znajduje się w dawnym majątku rodziny von Borcke. W 1997 r. dwór, wraz z budynkami gospodarczymi i parkiem, przekazano w dzierżawę Stowarzyszeniu MONAR, które utworzyło tu ośrodek odwykowy dla osób uzależnionych od narkotyków. Ośrodek może przyjąć 40 pacjentów, którzy skończyli 18 lat.

Pacjenci tworzą społeczność funkcjonującą na zasadach partnerstwa i równych praw. Program przewiduje intensywny trening społeczny oraz naukę umiejętności psychologicznych, dążenie do uzyskania sprawności fizycznej i umiejętności samoobsługi, pracę nad rozwojem intelektu, rozwojem w sferze kultury i sferze zadaniowo-zawodowej. Pacjenci uczestniczą w zajęciach edukacyjnych, indywidualnych i grupowych, terapii indywidualnej oraz w zajęciach grup wsparcia i grup terapeutycznych².

Udział w programie terapeutycznym dla osób uzależnionych od narkotyków w obu ośrodkach przewidziano na minimum 12 miesięcy. Leczenie jest bezpłatne, ponieważ obie placówki mają kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na leczenie osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych.

W badaniach nie uwzględniono pacjentów uzależnionych od alkoholu oraz z tzw. podwójną diagnozą. Wiek mężczyzn mieścił się w przedziale 21–34 lat, a kobiet 21–36 lat. Średni okres trwania

¹ <http://wotu.pl/poradnie-i-oddzialy/osrodek-terapii-uzaleznienn-w-smazynie-calodobowy>

² <http://www.grabowo.org/index.php/program>

¹ <http://wotu.pl/poradnie-i-oddzialy/osrodek-terapii-uzaleznienn-w-smazynie-calodobowy>

² <http://www.grabowo.org/index.php/program>

8.2 years and the average number of treatment attempts was 1.71.

The therapists informed the patients about the aim of the study and that it would be repeated after a year, just before the end of therapy. In the interest of anonymity, they were asked to sign with a pseudonym, date of birth and date of centre admission. During the stay at the centres, there was no interference in the course of treatment, not counting the crises expected in the therapy. No follow-up was expected due to the unusually difficult renewal of contact with patients (often distant place of residence) or broken ties with the centre. As the therapists underline, in the case of certain patients, this is linked to the radical existential change following therapy, the creation of a new family and an urge to make a break with the past and close a certain chapter of life.

The patients twice filled in a Sense of Coherence Scale (SOC-29), a Generalized Self-Efficacy Scale (GSES) and a sociodemographic survey. Once prior to starting the treatment programme at the addiction treatment centre and after about a year at the end of the therapy. A Student's *t*-test on dependent samples was applied.

Due to the small number of patients who broke off therapy (14 persons), it was considered methodologically unjustifiable to compare their results with that of patients who completed treatment.

Antonovsky's **Sense of Coherence Scale – SOC-29**, in the Polish adaptation prepared by teams from three centres³, serves to study the sense of coherence. It is made up of 29 test items with a seven-point answer scale and three subscales: comprehensibility, manageability and meaningfulness [34]. The comprehensibility subscale contains 11 questions with a maximum sum of 77 points and a minimum of 11. The manageability subscale contains 10 questions with a maximum sum of 70 and a minimum of 10. There are 8 questions in the meaningfulness subscale with 56 points as a maximum and 8 as a minimum score. The maximum general result for sense of coherence gained by summing the three components is 203 points and the lowest possible is 29.

³ Clinical Psychology Dep. of Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw, Psychoprophylaxis Dep. of Institute of Psychology of Adam Mickiewicz University in Poznan and Occupational Psychology Dep. of Institute of Occupational Medicine in Lodz.

uzależnienia wynosił ok. 8 lat (8,2 roku), a średnia liczba prób leczenia – 1,71.

Terapeuci informowali pacjentów o celu badania oraz o tym, że będzie ono powtórzone po roku, tuż przed zakończeniem terapii. Dla zachowania anonimowości proszono ich o podpisywanie się pseudonimem, datą urodzenia i datą przyjęcia do ośrodka. Podczas pobytu w ośrodkach nie występowały zakłócenia w przebiegu programu leczenia, jeśli nie liczyć kryzysów wpisanych w terapię. Nie przewidziano katamnezy ze względu na niezwykle trudny ponowny kontakt z pacjentem (często odległe miejsce zamieszkania) lub zerwanie więzi z ośrodkiem. Jak podkreślają terapeuci, w przypadku niektórych pacjentów wiąże się to z radykalną zmianą egzystencji po terapii, stworzeniem nowej rodziny i chęcią zerwania z przeszłością, zamknięcia pewnego rozdziału życia.

Pacjenci wypełniali dwukrotnie Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29), Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) oraz ankietę socjodemograficzną – przed rozpoczęciem programu leczenia w ośrodku terapii uzależnień oraz po około roku, pod koniec leczenia. W obliczeniach zastosowano test *t* Studenta dla prób zależnych.

W związku z niewielką liczbą pacjentów, którzy przerwali terapię (14 osób), porównanie uzyskanych przez nich wyników z wynikami osób kontynuujących leczenie byłoby metodologicznie nieuzasadnione.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej – SOC-29 (*Sense of Coherence Scale*) Antonowskiego, w polskiej adaptacji z 1993 r. dokonanej przez zespoły trzech placówek³, służy do badania poczucia koherencji. Składa się z 29 pozycji testowych opatrzonych siedmiopunktową skalą szacunkową odpowiedzi oraz 3 podskal: poczucia zrozumiałości, zaradności (sterowalności) i sensowności [34]. Podskala poczucia zrozumiałości zawiera 11 pytań, których maksymalna łączna punktacja wynosi 77, a minimalna 11. Podskala poczucia zaradności zawiera 10 pytań, maksymalna punktacja wynosi 70, minimalna – 10. Poczucie sensowności reprezentuje 8 pytań, stąd wynik minimalny to 8 punktów, natomiast maksymalny 56. Maksymalny ogólny wynik poczucia koherencji uzyskany ze zsumowania 3 składowych wynosi 203 punkty, a najniższy to

³ Zakład Psychologii Klinicznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu oraz Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.

The higher the SOC-29 questionnaire result, the greater the sense of coherence.

The Generalised Self-Efficacy Scale – GSES by Schwarzer and Jerusalem, in the Polish adaptation by Juczyński, is made up of 10 statements making up one factor. This measures the strength of the individual's general certainty of his/her self-efficacy when faced with difficult situations and obstacles. It is supposed to study both healthy and sick people. There are four answers for each question to choose from: "no" – 1 point to "yes" – 4 points. The sum of all the points gives a general indicator of one's self-efficacy. The higher the score, the greater the sense of one's self-efficacy [35].

Sociodemographic survey includes basic personal information like age, gender, education and that concerning the problem of psychoactive substance dependence like period of dependency, number of therapy attempts, alcohol and/or other substance dependence, confirmation of dual diagnosis (or not), data on alcohol or on other substance dependence of parents or carers.

■ RESULTS

The conducted study verified the hypothesis about differences in terms of average readings for the same group before and after therapy. As presented in the Table I, verification of collected result distribution using the Kolmogorov-Smirnov test (K-S) revealed a lack of distribution normality in the first reading for two subscales (comprehensibility and meaningfulness), providing us the basis to apply the non-parametric Wilcoxon test for dependent samples for the analysis of differences. In the case of the manageability subscale and the general result, we used a Student's *t*-test for dependent samples.

Wilcoxon test and *t*-test for dependent samples analysis demonstrated that the average rating for respondents' sense of coherence in its three components, as well as in the general result differs significantly in two readings (Table II). In the second reading, the studied patients gained significantly higher results in terms of comprehensibility, manageability and meaningfulness together with a general level of sense of coherence.

The sense of coherence significantly increased among the subjects in the second reading in every

29 punktów. Im wyższy wynik w kwestionariuszu SOC-29, tym większe poczucie koherencji.

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES (*Generalized Self-Efficacy Scale*) autorstwa Schwarzera i Jerusalema, w polskiej adaptacji Juczyńskiego, składa się z 10 stwierdzeń wchodzących w skład jednego czynnika. Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Przeznaczona jest do badania osób zdrowych i chorych. Na każde pytanie są do wyboru 4 odpowiedzi, od „nie” – 1 punkt, do „tak” – 4 punkty. Suma wszystkich punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Im wyższa ocena, tym większe poczucie własnej skuteczności [35].

Ankieta socjodemograficzna zawiera podstawowe dane identyfikacyjne: wiek, płeć, wykształcenie, oraz informacje dotyczące problemu uzależnienia od substancji psychoaktywnych, takie jak: czas trwania uzależnienia, liczba podjętych prób terapii, uzależnienie od alkoholu i/lub innych substancji, stwierdzenie lub nie podwójnej diagnozy, dane o uzależnieniu od alkoholu lub od innych substancji rodziców czy opiekunów.

■ WYNIKI

W ramach przeprowadzonego badania weryfikowano hipotezę na temat różnic w zakresie średnich pomiarów dla tej samej grupy osób przed i po terapii. Jak wynika z tabeli I, weryfikacja rozkładu zebranych wyników testem Kołmogorowa-Smirnowa (K-S) wykazała brak normalności rozkładu w pomiarze pierwszym dla dwóch podskal (zrozumiałości i sensowności), co dało podstawę do zastosowania w ramach analizy różnic dla tych podskal nieparametrycznego testu Wilcoxona dla prób zależnych. W przypadku podskali zaradności i wyniku ogólnego użyto testu *t* Studenta dla prób zależnych.

Analiza testem Wilcoxona oraz testem *t* dla prób zależnych wykazała, że średnia ocena poczucia koherencji badanych w jego 3 składowych oraz w wyniku ogólnym różni się istotnie w dwóch pomiarach (tab. II). W drugim pomiarze badani pacjenci uzyskali istotnie wyższe wyniki w zakresie zrozumiałości, zaradności, sensowności oraz ogólnego poziomu poczucia koherencji.

Jak widać poczucie koherencji u badanych w drugim pomiarze istotnie wzrosło w każdym jego aspekcie w porównaniu z pierwszym pomia-

Table I. The values of Kolmogorov-Smirnov test (K-S) in the analysis of data distribution normality for the SOC-29 subscales results – in 1 and 2 measurement

Tabela I. Wartości testu Kołmogorowa-Smirnowa (K-S) w zakresie analizy normalności rozkładu danych dla wyników podskal SOC-29 w pomiarze 1 i 2

SOC-29 subscales Podskale SOC-29	Measurement 1 Pomiar 1		Measurement 2 Pomiar 2	
	K-S	<i>p</i>	K-S	<i>p</i>
Comprehensibility Zrozumiałość	0.193	0.001	0.083	0.210
Manageability Zaradność	0.101	0.201	0.105	0.199
Meaningfulness Sensowność	0.165	0.04	0.120	0.104
General SOC Ogólny SOC	0.118	0.131	0.108	0.201

Table II. A comparison of averages for dependent samples using the Wilcoxon test (*Z*) and Student's *t*-test for SOC-29 results

Tabela II. Porównanie średnich dla prób zależnych z wykorzystaniem testu Wilcoxona (*Z*) i testu *t*-Studenta dla wyników SOC-29

SOC-29 subscales Podskale SOC-29	Measurement 1 Pomiar 1			Measurement 2 Pomiar 2			<i>Z/t</i>
	M	Me	SD	M	Me	SD	
Comprehensibility Zrozumiałość	38.62	38.00	8.71	41.88	42.00	7.92	-4.134*(<i>Z</i>)
Manageability Zaradność	37.98	37.00	9.54	40.93	42.00	8.60	-3.951*(<i>t</i>)
Meaningfulness Sensowność	31.33	30.00	6.58	35.47	34.00	6.70	-4.177*(<i>Z</i>)
General SOC Ogólny SOC	107.93	104.00	20.77	118.27	118.00	19.57	-7.035*(<i>t</i>)

**p* < 0.01

Table III. A comparison of averages for dependent samples using the Student's *t*-test for GSES results

Tabela III. Porównanie średnich dla prób zależnych z wykorzystaniem testu *t* Studenta dla wyników GSES

	Measurement 1 Pomiar 1			Measurement 2 Pomiar 2			<i>t</i>
	M	Me	SD	M	Me	SD	
GSES	26.62	26.00	4.46	30.96	31.00	3.70	-7.15*

**p* < 0.01

one of its aspects compared to the first reading. Both in the sense of comprehensibility, and in that of meaningfulness, the median differs from the arithmetical average value, which is one of the premises to conclude a lack of distribution normality (apart from the above-presented K-S test analysis) and an argument for applying a non-parametrical test in the above analysis of differences.

rem. Zarówno w przypadku poczucia zrozumiałości, jak i poczucia sensowności mediana różni się od wartości średniej arytmetycznej, co jest jedną z przesłanek (obok powyżej zaprezentowanych analiz testem K-S) do wniosku o braku normalności rozkładu i argumentem za zastosowaniem testu nieparametrycznego w powyższej analizie różnic.

Another studied variable was the sense of self-efficacy. The difference between the first reading and the second was also statistically significant (the condition of distribution normality was fulfilled: in the first reading $K-S = 0.111$; $p = 0,201$; in the second $K-S = 0.128$, $p = 0.072$).

Table III demonstrates that in the second reading, patients' sense of self-efficacy was significantly higher compared to the first reading. The average and median clearly have similar values, which is one reason to suggest, apart from the K-S test, that the gained distribution of results does not differ significantly from the normal distribution.

■ DISCUSSION

Despite the controversy that the therapeutic community method arouses among some researchers (e.g. the problem of unification and the difficulties with comparing community groups due to the high autonomy in establishing patients' therapeutic career stages in particular groups), the results of studies on the effectiveness of psychotherapy in general lead to the conclusion that it is effective when it brings about an improvement in the patient's state independent of the type of psychotherapeutic school and techniques applied [36]. The longitudinal study conducted by the author of this article revealed an improvement in each of the sense of coherence parameters among the therapeutic community patients.

The results patients gained in the second reading, though significantly higher than in the first, are definitely lower in the light of typical values of sense of coherence for healthy persons. In the second reading, the general average was $M = 118.27$, while Antonovsky gives a normative value range of 130-160 points [37]. This means that among persons completing therapy, the level of coherence did not reach values typical for a healthy person.

It is worth drawing attention to the fact that one of the main purposes of the therapy programme based on the therapeutic community for dependent persons is to provide participants with social support. It is exactly social support that is a significant resistance resource allowing for a strengthening of the sense of coherence. The researchers indicate two types of relationship between the sense of coherence and support: "on the one hand, a strong sense of coherence means that in a difficult situation

Kolejną badaną zmienną było poczucie własnej skuteczności. Różnica pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem okazała się również statystycznie istotna (spełniony warunek normalności rozkładu: $K-S$ w pomiarze pierwszym = 0,111; $p = 0,201$; w drugim = 0,128, $p = 0,072$).

W tabeli III można zauważyć, że w drugim pomiarze poczucie skuteczności pacjentów było istotnie wyższe w porównaniu z pomiarem pierwszym. Jak widać średnia i mediana mają zbliżone wartości, co jest jedną z przesłanek, obok analiz testem $K-S$, że uzyskany rozkład wyników nie różni się istotnie od rozkładu normalnego.

■ OMÓWIENIE

Mimo wątpliwości, jakie wśród niektórych badaczy budzi metoda społeczności terapeutycznej (np. problem unifikacji i trudność w porównywaniu ze sobą grup społecznościowych z powodu wysokiej autonomii w ustalaniu etapów kariery terapeutycznej dla pacjentów w poszczególnych grupach), wyniki badań nad efektywnością psychoterapii w ogóle doprowadziły do wniosku, że jest ona skuteczna, gdy przynosi poprawę stanu pacjenta, niezależnie od rodzaju szkół terapeutycznych i technik przez nie stosowanych [36]. Przeprowadzone przez autora niniejszej pracy badanie podłużne wykazało poprawę każdego z parametrów poczucia koherencji wśród pacjentów społeczności terapeutycznych.

Uzyskane przez osoby badane wyniki w drugim pomiarze, choć istotnie wyższe niż w badaniu pierwszym, są jednak znacznie niższe niż typowe wartości poczucia koherencji osób zdrowych. W drugim pomiarze średnia ogólna wynosiła $M = 118,27$, podczas gdy Antonovsky podaje zakres wartości normatywnych 130–160 punktów [37]. Oznacza to, że u osób kończących terapię poziom koherencji nie osiągnął wartości typowej dla zdrowego człowieka.

Warto zwrócić uwagę, że jednym z głównych zadań programu terapii dla osób uzależnionych, opartego na społeczności terapeutycznej, jest udzielanie uczestnikom wsparcia społecznego. Właśnie wsparcie społeczne jest tym istotnym zasobem odpornościowym, który pozwala na wzmocnienie poczucia koherencji. Badacze wskazują na dwa rodzaje zależności między poczuciem koherencji a wsparciem: „z jednej strony silne poczucie koherencji powoduje, że w trud-

the subject will be able to take advantage of provided support, and on the other, the experience of social support will be a significant factor influencing the formation of a strong sense of coherence” [38: 87]. A higher sense of coherence eases access to and utilisation of generalised resistance resources. One of the tasks of the therapeutic community for dependent persons is teaching the patient how to cope with difficult situations. In other words, how to skillfully utilise one’s own resources to prevent tension from turning into a state of stress that may lead to a relapse [1, 29]. Dudek and Koniarek’s research shows that in persons who are exposed to prolonged stress a sense of meaningfulness plays a key role in coping as this decides on the commitment of the individual in the process of dealing with the requirements of the situation [39].

Studying changes in the sense of coherence may be a promising measure of improvement in the state of health. Szymona gained interesting results in this area [40], though these concerned non-dependent patients. She demonstrated that the sense of coherence among patients with neurosis might change under the influence of psychotherapy. She did however bring attention to the fact that treatment is more effective among patients with a lower initial level of coherence. Following 10-week therapy, the increase was found to remain stable after 6 months [40].

■ CONCLUSIONS

In the study, the SOC-29 and GSES questionnaires were answered by 59 drug-dependent patients from two addiction treatment centres at Smażyno and Grabowo with a similar therapy model and applying the therapeutic community method. The final calculations included 45 persons who had not dropped out of therapy. In a double reading of sense of coherence and self-efficacy, the patients gained significantly higher results in the second reading that were, however, significantly lower than the normative results for a healthy population.

Over the last few years there have been a number of reports published in the English language literature concerning the effectiveness of the therapeutic community method. The resulting conclusions are ambiguous and even quite at odds with each other [41-44]. Most often, the authors draw attention to the necessity of taking into account a range of several demographic variables.

nej sytuacji podmiot będzie potrafił wykorzystać dostępne mu wsparcie, a z drugiej doświadczanie wsparcia społecznego będzie istotnym czynnikiem wpływającym na kształtowanie się silnego poczucia koherencji” [38: 87]. Wyższe poczucie koherencji ułatwia dostęp do uogólnionych zasobów odpornościowych i korzystanie z nich. Jednym z zadań społeczności terapeutycznej dla osób uzależnionych jest nauczenie pacjenta radzenia sobie w trudnych sytuacjach, inaczej mówiąc – tak umiejętnego wykorzystania własnych zasobów, aby zapobiec przekształceniu się napięcia w stan stresu, który może prowadzić do nawrotu [1, 29]. Z badań Dudka i Koniarka wynika, że u osób narażonych na przewlekły stres kluczową rolę w radzeniu sobie z nim odgrywa poczucie sensowności, gdyż decyduje o zaangażowaniu się jednostki w proces radzenia sobie z wymogami sytuacji [39].

Badanie zmiany poczucia koherencji może być obiecującą miarą poprawy stanu zdrowia. Interesujące wyniki w tym obszarze uzyskała Szymona [40], choć dotyczyły one pacjentów nieuzależnionych. Wykazała, że poczucie koherencji u pacjentów nerwicowych może ulec zmianie pod wpływem psychoterapii. Zwróciła jednak uwagę, że leczenie jest skuteczniejsze u pacjentów z niskim początkowym poziomem koherencji. W wyniku 10-tygodniowej terapii wzrost ten okazał się stały po 6 miesiącach [40].

■ PODSUMOWANIE

Badaniu kwestionariuszem SOC-29 oraz GSES poddano 59 pacjentów uzależnionych od narkotyków z dwóch ośrodków leczenia uzależnień – w Smażynie i Grabowie, zbliżonych modelem terapii i używających metody społeczności terapeutycznej. Ostatecznie w analizach uwzględniono 45 osób, które nie przerwały terapii. W podwójnym pomiarze poczucia koherencji i poczucia własnej skuteczności pacjenci uzyskali istotnie wyższe wyniki w drugim pomiarze, choć znacznie niższe niż wyniki normatywne w zdrowej populacji.

W ciągu ostatnich lat opublikowano w literaturze anglojęzycznej kilka raportów dotyczących skuteczności terapii metodą społeczności terapeutycznej. Wnioski płynące z nich są niejednoznaczne, a nawet dość rozbieżne [41–44]. Najczęściej ich autorzy zwracają uwagę na konieczność uwzględnienia szeregu zmiennych demograficznych. Argumenty, które pojawiały się w większości badań,

Arguments in the majority of the studies concerned the advantages resulting from the isolation of patients from their former environment and the mutual support found in the therapeutic process. There is a principle of continuity in the therapeutic community involving the successive staged exchange of patients completing therapy with those starting it. Therefore, after a year the community is completely different. Therapists also note that therapeutic communities differ in terms of quality. They often believe that in the same centre, the previous community was “better” than the current one; e.g. there were fewer conflicts, the programme was realised more efficiently and the patients seemed more motivated. The progress in therapy registered in current studies compared with the results of similar studies, does not seem impressive. Mroziak *et al.* demonstrated that after six weeks at Addiction Treatment Centre in the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw, the general indicator of sense of coherence rose by 12.8 points. In the case of the Smażyno and Grabowo centres, this difference was only 10.34 after a whole year. Perhaps this weaker result was an effect of studying a slightly younger group of patients with a briefer period of psychoactive substance use (Mroziak *et al.* do not give the age of studied patients). The average period of dependency was three times shorter than in the study by Mroziak *et al.* [11]. Persons with a shorter period of dependency do not clearly notice the destructive effects of psychoactive substance use. This is revealed in their motivation in treatment that is usually of an extrinsic character [45, 46].

De Leon believes that motivation and self-matching, that is the choice of a particular treatment for the patient, can influence the effects of healing process [43]. Pearce and Pickard indicate two other factors [47] responsible for the therapeutic success of the patient in the community – the sense of belonging to the community and capacity to act responsibly. Cierpiąłkowska and Kubiak draw attention to the fact that we know the therapy is effective but we do not know on what factors this effectiveness depends [48] (the type of therapy, whether on the therapist or on the patient). This is why there is so much attention currently being paid to internal validity of research with particular consideration for the significance of non specific factors linked to the therapeutic relationship developing in the therapy process

dotyczyły korzyści wynikających z izolacji pacjentów od dotychczasowego środowiska i wzajemnego wspierania się w procesie leczenia. W społeczności terapeutycznej istnieje zasada ciągłości polegająca na postępującej, stopniowej wymianie pacjentów kończących terapię z pacjentami, którzy ją rozpoczynają. Tak więc po roku tworzy się w zasadzie zupełnie nowa społeczność. Terapeuci zwracają uwagę, że społeczności terapeutyczne różnią się od siebie pod względem jakościowym. Często zauważają, że w tym samym ośrodku poprzednia społeczność była „lepsza” niż obecna, np. pojawiało się mniej konfliktów, program był realizowany sprawniej, a pacjenci wydawali się silniej zmotywowani. Postęp w terapii zarejestrowany w przeprowadzonych badaniach, w porównaniu z wynikami podobnych badań, nie wydaje się imponujący. Mroziak i wsp. wykazali, że po sześciu tygodniach terapii w Ośrodku Terapii Uzależnień IPiN w Warszawie ogólny wskaźnik poczucia koherencji pacjentów wzrósł o 12,8 punktu. W przypadku ośrodków w Smażynie i Grabowie po rocznej terapii różnica ta wynosiła jedynie 10,34. Być może ten słabszy wynik jest efektem badania nieco młodszej grupy pacjentów, z krótszym stażem używania substancji psychoaktywnych (Mroziak i wsp. nie podają wieku badanych pacjentów). Średni okres trwania uzależnienia był trzykrotnie krótszy niż w badaniach Mroziak i wsp. [11]. Osoby z krótkim stażem uzależnienia nie dostrzegają wyraźnie destrukcyjnych skutków używania substancji psychoaktywnych. Przejawia się to w ich motywacji do leczenia, która ma zazwyczaj charakter zewnętrzny [45, 46].

De Leon uważa, że na efekty może mieć wpływ motywacja do leczenia oraz *self-matching*, czyli wybór określonego leczenia dla pacjenta [43]. Pearce i Pickard [47] wskazują na dwa inne czynniki, które odpowiadają za sukces terapeutyczny pacjenta w społeczności – na poczucie przynależności (do wspólnoty) i zdolność do odpowiedzialnego działania. Cierpiąłkowska i Kubiak [48] zwracają uwagę na to, że wiemy o tym, że terapia jest skuteczna, ale nie wiemy, od jakich czynników zależy jej efektywność (od jej rodzaju, terapeuty czy pacjenta). Dlatego obecnie bardzo dba się o trafność wewnętrznych badań, ze szczególnym uwzględnieniem znaczenia niespecyficznych czynników leczących, mających związek z tworzącą się w procesie terapii relacją terapeutyczną pomiędzy terapeutą a pacjentem. Mimo że postęp w terapii nie jest

between the patient and the therapist. Despite the progress in therapy being small, this is compensated for by the low number of treatment drop-outs (14 persons). It should not be ruled out that here the abovementioned non-specific factors play their role. A year stay is sufficient time for good relations to develop between therapists and patients, which in turn may increase the conviction that therapy ought to be continued.

Limitations. The gained study results may be unrepresentative due to the small sample size. The problem lies in when the study group needs to be closed. Patients are surveyed going in and coming out, but they do not begin therapy at the same time. The latency between the first studying patient and the last was around 3 months in this sample. The low number also ruled out intra group comparison. This is unfortunately the specific nature of studying small groups in a single centre. On the other hand, combining groups from various centres and treating these as a single whole is risky as therapeutic communities are independent, autonomous and work according to different self-created regimes (e.g. a different number of therapeutic career stages for patients at different centres).

Difficulties around assessing the effects of therapy are associated with three key issues as listed by Rogala-Obłękowska [49]. The first is estimating the time that ought to lapse between treatment process completion and the moment of assessing its effectiveness. According to Vaillant, drug dependency is an illness with such frequent relapses that a 5-year period of abstinence following therapy completion is the minimum period that allows any talk of return to health with any large probability [49: 33]. The author underlines that he has never studied the effectiveness of therapy but merely tried to follow the process of change in particular mental parameters taking place in the therapeutic community context.

The second problem underlined by Rogala-Obłękowska is the difficulty in verifying gained results. A serious problem is posed by patients breaking off therapy and then returning to it, exchanging one substance for another or a lack of improvement in relations with close relatives despite quitting substance use. In the case of the study presented here, 14 persons dropped out during one year. It is difficult to compare the results for such a small population with patients who had finished the therapy. For this reason, the formu-

znający, kompensuje go mała liczba osób, które przerwały leczenie (14 osób). Nie należy wykluczać, że rolę odgrywają tu wspomniane czynniki niespecyficzne. Roczny pobyt jest wystarczającym czasem, by wytworzyć dobrą relację pomiędzy terapeutami a pacjentami, co z kolei może zwiększać przekonanie o potrzebie kontynuowania terapii.

Ograniczenia. Uzyskane wyniki badań mogą być niemiarodajne ze względu na małą liczebność badanej próby. Problemem jest odpowiedź na pytanie, kiedy należy zamknąć badaną grupę. Pacjenci badani są na „wejściu” i „wyjściu”, ale nie rozpoczynają terapii w jednym momencie. Latencja pomiędzy pierwszym badanym a ostatnim z tej próby wynosiła ok. 3 miesiące. Niska liczebność uniemożliwia także porównania wewnątrzgrupowe. Jest to niestety specyfika badania niewielkich grup w jednym ośrodku. Z kolei łączenie grup z różnych ośrodków i traktowanie ich jako całości również jest ryzykowne, gdyż społeczności terapeutyczne są niezależne, autonomiczne i pracują odmiennym, wypracowanym przez siebie trybem (np. różna liczba etapów kariery terapeutycznej dla pacjentów w różnych ośrodkach).

Trudności z oceną efektów terapii są związane z trzema kluczowymi kwestiami, które wymienia Rogala-Obłękowska [49]. Pierwsza z nich to trudność określenia czasu, jaki powinien upłynąć między zakończeniem procesu leczenia a momentem oceny jego skuteczności. Zdaniem Vaillanta uzależnienie od narkotyków jest chorobą z tak często występującymi nawrotami, że 5-letni czas abstynencji po zakończeniu terapii to minimalny czas pozwalający z dużym prawdopodobieństwem mówić o wyleczeniu [49: 33]. Autor podkreśla, że nie badał skuteczności terapii, a jedynie starał się prześledzić proces zmiany poszczególnych parametrów psychicznych, dokonujący się w kontekście społeczności terapeutycznej.

Drugim problemem, podkreślanym przez Rogalę-Obłękowską, jest trudność z weryfikacją uzyskanych wyników. Poważny kłopot stanowi przerywanie przez pacjentów terapii i ich ponowny do niej powrót, zamiana jednej substancji na inną czy brak poprawy relacji z najbliższymi, pomimo zaprzestania używania substancji. W przypadku przedstawionych tu badań w ciągu roku z terapii zrezygnowało 14 osób. Trudno porównywać wyniki badań tak małej populacji z pacjentami, którzy zakończyli terapię. Z tego powodu formułowanie uogólnień również wydaje się nieuprawnione.

lation of generalisations also seems unwarranted. A third problem is assessment of the degree of reliability of applied statistical methods for material analysis. The lack of study group homogeneity as regards gender, age, period of drug use, advancement of dependency may lead to underestimation of differences between the compared groups with over-estimation of differences in terms of compared patients [49].

Trzeci problem to ocena stopnia wiarygodności zastosowanych metod statystycznej analizy materiału. Brak homogeniczności badanych grup – pod względem płci, wieku, czasu używania narkotyków, zaawansowania w uzależnieniu – może prowadzić do niedoszacowania różnic między porównywanymi grupami, przy jednoczesnym przeszacowaniu ich pomiędzy porównywanymi pacjentami [49].

Conflict of interest/Konflikt interesów

None declared./Nie występuje.

Financial support/Finansowanie

The paper was financed from own sources./Praca finansowana ze środków własnych.

Ethics/Etyka

The work described in this article has been carried out in accordance with the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) on medical research involving human subjects, EU Directive (210/63/EU) on protection of animals used for scientific purposes, Uniform Requirements for manuscripts submitted to biomedical journals and the ethical principles defined in the Farmington Consensus of 1997.

Treści przedstawione w pracy są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, odnoszącymi się do badań z udziałem ludzi, dyrektywami UE dotyczącymi ochrony zwierząt używanych do celów naukowych, ujednoczonymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych oraz z zasadami etycznymi określonymi w Porozumieniu z Farmington w 1997 r.

References/Piśmiennictwo

1. Sęk H. Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej. In: Sęk H (ed.). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005.
2. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 1995.
3. Heszen-Niejodek I. *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000.
4. Binnebesel J. Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w kontekście salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovsky'ego. *Psychoonkologia* 2006; 10, 2: 64-9.
5. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych. *Prom Zdr* 1998; 14: 54-63.
6. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.
7. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
8. Bandura A. Health Promotion by Social-Cognitive Means. *Health Educ Behav* 2004; 31: 143-64.
9. Kosińska-Dec K. Poczucie koherencji a style radzenia sobie i picie alkoholu. *Alkohol Narkom* 1996; 9 (1): 49-64.
10. Pohorecka A, Jelonkiewicz I. Picie alkoholu a poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem u młodzieży kończącej szkołę średnią. *Alkohol Narkom* 1995; 8 (1): 43-57.

11. Mroziak B, Woronowicz BT, Wójtowicz S. Zmiany poczucia koherencji i stylu radzenia sobie ze stresem po podstawowym programie psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu. *Alkohol Narkom* 1999; 12 (2): 225-36.
12. Bobrowski K. Poczucie koherencji oraz inne zasoby odpornościowe a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. *Alkohol Narkom* 2002; 15 (2): 221-39.
13. Poppius E, Virkkunen H, Hakama M, Tenkanen L. The sense of coherence and risk of injuries: role of alcohol consumption and occupation. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62 (1): 35-41.
14. Midanik LT, Soghikian K, Ransom LJ, Polen MR. Alcohol problems and sense of coherence among older adults. *Soc Sci Med* 1992; 34 (1): 43-8.
15. Cyranka K, Rutkowski K, Mielimąka M, Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, et al. Zmiany w zakresie siły ego u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości leczonych krótkoterminową kompleksową psychoterapią psychodynamiczną. *Psychiatr Pol* 2015; ONLINE FIRST, 16. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/40020>
16. Bakula A. Zwiększanie poczucia koherencji u pacjenta uzależnionego w terapii pogłębianej. *Świat Problemów* 2001; 11. Available at: <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/62-wiat-problemow/585-zwiekszenie-poczucia-koherencji-u-pacjenta-uzaleznionego-w-terapii-poglebionej.html>
17. Kaddena RM, Litta MD. The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders. *Addict Behav* 2011; 36 (12): 1120-6.
18. Sitharthan T, Kavanagh DJ. Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug Alcohol Depend* 1991; 27 (1): 87-94.
19. Dolan SL, Martin RA, Rohsenow DJ. Self-efficacy for cocaine abstinence: pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addict Behav* 2008; 33 (5): 675-88.
20. Stephens RS, Wertz JS, Roffman RA. Self-efficacy and marijuana cessation: A construct validity analysis. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63 (6): 1022-31.
21. Vielva I, Iraurgi I. Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction* 2001; 96 (2): 297-303.
22. Blume AW, Schmalig KB, Marlatt AG. Predictors of change in binge drinking over a 3-month period. *Addict Behav* 2003; 28 (5): 1007-12.
23. Walton MA, Blow FC, Bingham CR, Chermack ST. Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addict Behav* 2003; 28 (4): 627-42.
24. Kadden RM, Litt MD, Kabela-Cormier E, Petry NM. Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addict Behav* 2007; 32 (6): 1220-36.
25. Gwaltney CJ, Shiffman S, Balabanis MH, Paty JA. Dynamic self-efficacy and outcome expectancies: prediction of smoking lapse and relapse. *J Abnorm Psychol* 2005; 114 (4): 661-75.
26. Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A. Poczucie własnej skuteczności a używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież. Badania pilotażowe. *Alkohol Narkom* 2001; 14 (4): 565-77.
27. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.
28. Szcześniak E. Proces psychoterapii indywidualnej i grupowej w leczeniu uzależnień. *Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość* 2011; 8: 293-302.
29. De Leon G. *Spoleczność terapeutyczna*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2003.
30. Koczurowska J. Społeczność terapeutyczna w rehabilitacji uzależnień. In: Jabłoński P, Bukowska B, Czabała JC (eds.). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Warszawa: Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii; 2012, p. 183-98.
31. Szulc M. Proaktywna orientacja temporalna osób uzależnionych kontynuujących i przerywających leczenie w trzech wybranych społecznościach terapeutycznych. *Alkohol Narkom* 2012; 25 (3): 259-71.
32. Radziwiłłowicz W, Karolewska I. Orientacja temporalna i doświadczanie „ja” Anonimowych Narkomanów. *Alcohol Drug Addict* 2017; 30 (1): 59-84.

33. Rogala-Oblękowska J. *Narkoman w rodzinie*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski. Drukarnia Wydawnictw Normalizacyjnych Alfa-Wero; 2002.
34. Mroziak B. Poczucie koherencji (SOC) a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież. Założenia, problematyka i zakres badań. *Alkohol Narkom* 1996; 9 (1): 27-34.
35. Juczyński Z. Poczucie własnej skuteczności – teoria i pomiar. *Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Psychologica* 2000; 4: 11-24.
36. Fudała J. Rola relacji terapeutycznej w psychoterapii uzależnień. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 2007; wydanie specjalne: 66-8.
37. Rynkiewicz-Andryśkiewicz M, Andryśkiewicz P, Curyło M, Czernicki J. Analiza przydatności oceny poziomu poczucia koherencji w chorobach somatycznych i psychicznych. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2014; 4: 365-74.
38. Kurowska K, Wróblewska I. Poczucie koherencji a wsparcie społeczne u osób z problemem alkoholowym. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (1): 86-91.
39. Dudek B, Koniarek J. Osobowościowe uwarunkowania rozwoju zaburzenia po stresie traumatycznym. In: Strelau J (ed.). *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004, p. 183-98.
40. Szymona K. Zmiany poczucia koherencji (SOC) po psychoterapii u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. *Psychiatr Pol* 2005; 4: 659-68.
41. Lees J, Manning N, Rawlings B. A culture of enquiry: research evidence and the therapeutic community. *Psychiatr Q* 2004 Fall; 75 (3): 279-94.
42. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 1: DOI: 10.1002/14651858.CD005338.
43. De Leon G. Is the therapeutic community an evidence-based treatment? What the evidence says. *International Journal of Therapeutic Communities* 2010; 31: 104-28.
44. Malivert M, Fatséas M, Denis C, Langlois E, Auriacombe M. Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *Eur Addict Res* 2012; 18: 1-11.
45. Sobolewska-Bała Z. Nie potrzebuję się leczyć. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia* 1999; 6. Available at: <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/63-terapia-uzalenienia-i-wspouzalenienia/373-nie-potrzebujecie-leczyc.html>
46. Szulc M. *Procesy planowania w uwalnianiu się młodzieży z nalogu*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2008.
47. Pearce S, Pickard H. How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome. *Int J Soc Psychiatry* 2013; 59 (7): 636-45.
48. Cierpiąłkowska L, Kubiak J. Niespecyficzne czynniki leczące a efektywność terapii alkoholików. *Nauka* 2010, 2: 89-111.
49. Rogala-Oblękowska J. Problemy z oceną skuteczności programów terapii uzależnień. *Remedium* 2002; 10: 16-7.

