

Marzenna Kucińska, Jerzy Mellibruda

## PROGRAM ANALIZY PROCESU I EFEKTÓW TERAPII ALKOHOLIKÓW – APETA Koncepcja i dotychczasowy przebieg badań

### CELE I ZADANIA PROGRAMU

Badania nad przebiegiem i efektami terapii osób uzależnionych można zaliczyć do badań ewaluacyjnych, polegających na systematycznym zbieraniu, analizie i interpretacji danych dotyczących pacjentów leczonych w wybranych placówkach odwykowych. Próby ustalenia empirycznego czy i w jakim stopniu można uzyskać pod wpływem terapii pozytywne zmiany w funkcjonowaniu osób uzależnionych w ciągu ostatnich kilkunastu lat były podejmowane przez wielu badaczy [12, 18, 33, 50, 51, 53, 84, 85].

Podstawowe cele, dla których powstał program APETA – Analizy Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików – są praktyczne, zaś wyniki prowadzonych badań mają przede wszystkim stanowić podstawę ulepszania programów terapii odwykowej i zwiększania ich skuteczności. Do podstawowych zadań programu APETA należy ewaluacja działalności wybranych placówek leczenia uzależnień, badanie przebiegu leczenia osób uzależnionych od alkoholu oraz analiza czynników zwiększających skuteczność terapii.

### Podstawowe problemy badawcze

W związku z wymienionymi zadaniami, realizując program badawczy staraliśmy się odpowiedzieć na pytania dotyczące aktualnego stanu lecznictwa w wybranych placówkach, efektów leczenia odwykowego oraz przebiegu procesu leczenia. Jednym z pierwszych celów naszych badań był opis aktualnej oferty psychoterapeutycznej w wybranych placówkach leczenia uzależnień w Polsce, oraz próba scharaktery-

zowania pacjentów uzależnionych, rozpoczynających terapię uzależnienia w tychże placówkach. Następnym zadaniem programu APETA był opis i weryfikacja efektów terapii osób uzależnionych, leczonych w wybranych placówkach. Analizowaliśmy zmiany, jakie w wyniku kontaktu z placówką odwykową zaistniały w funkcjonowaniu osób badanych – społecznym, psychicznym i somatycznym – oraz w picie alkoholu po terapii, w zależności od faktu, czy pacjent przerwał czy też ukończył terapię odwykową.

## Grupa badana

Badaniami objęto wszystkich pacjentów uzależnionych od alkoholu, rozpoczynających udział w programie terapeutycznym w placówkach leczenia uzależnień Sieci, opisanych w następnym rozdziale.

Biorąc pod uwagę odmiennosć formy programu terapii w placówkach ambulatoryjnych i stacjonarnych, pomimo tej samej koncepcji leżącej u jego podstaw i stosowanych metod [98], analizy wykonane zostały odrębnie dla każdej z grup. Ponieważ duża część pacjentów uzależnionych przerywa terapię – w przypadku naszych badań odsetek ten wyniósł około 38% – w analizach skuteczności terapii wyodrębniono grupę osób kończących podstawowy program terapii uzależnienia (PPTU) oraz grupę osób, które przerwały proces leczenia już w czasie programu podstawowego. W efekcie otrzymaliśmy cztery grupy badane:

- 1) pacjenci ambulatoryjni, którzy ukończyli PPTU
- 2) pacjenci stacjonarni, którzy ukończyli PPTU
- 3) pacjenci ambulatoryjni, którzy przegrali realizację PPTU
- 4) pacjenci stacjonarni, którzy przegrali realizację PPTU.

W badania włączone są osoby uzależnione od alkoholu zgłaszające się do leczenia odwykowego w placówkach Sieci. Diagnoza uzależnienia od alkoholu dokonywana jest przez specjalistów terapii odwykowej w oparciu o diagnostyczne kryteria ICD-10 [4]. Część osób badanych to osoby uzależnione zarówno od alkoholu, jak i innych substancji. Z badań wykluczeni są pacjenci z psychozami, pacjenci kierowani jedynie na detoksykację oraz pacjenci zwracający się po jednorazową poradę.

## Procedura badania

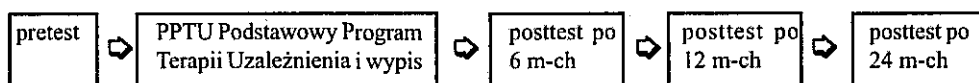
Niezależnie od długości uczestniczenia w programie terapeutycznym pacjent poddawany był pięciokrotnemu badaniu: pierwotne badanie – przy przyjęciu do programu terapeutycznego, powtórne – przy wypisie (zakończenie podstawowego programu terapii lub przerwanie jego realizacji), a następne w 6, 12 i 24 miesiące od wypisu. Łącznie okres uczestniczenia pacjenta w badaniu wyniósł ponad 2 lata.

Trzy pierwsze etapy badania (to jest przyjęcie, monitorowanie i zakończenie udziału w programie terapeutycznym) przeprowadzał terapeuta koordynujący leczenie pacjenta, pozostałe zaś – osoba odpowiedzialna w ramach danej placówki za kontakty po wypisaniu pacjenta (follow-up).

Informacje o pacjencie zbierane były metodą wywiadu ustrukturalizowanego. Dane z wywiadu, uzupełnione dwoma kwestionariuszami wypełnianymi przez pacjenta, badaniem medycznym oraz obserwacją kliniczną pacjenta przez pierwsze dni uczestniczenia w programie, wpisywano do specjalnej ankiety „Monitorowanie terapii” (jej opis znajduje się poniżej, przy opisie stosowanych narzędzi badawczych). Ankieta „Monitorowanie terapii” uzupełniana jest sukcesywnie w toku leczenia pacjenta (informacje o przebiegu procesu leczenia uzależnienia/, przy wypisie pacjenta z placówki (niezależnie od powodu rozstania) oraz w pół roku, rok i dwa lata później.

### RYCINA 1

*Schemat badania pacjenta w programie badawczym APETOW*



W pierwszych trzech etapach badania wzięli udział wszyscy pacjenci rozpoczynający program terapeutyczny dla uzależnionych w danej placówce. Wstępnie uzyskano zgodę pacjentów na udział w badaniach także po zakończeniu lub przerwaniu terapii oraz na możliwość nawiązywania kontaktów powypisowych z wyznaczoną przez niego osobą bliską. Ten sposób badania umożliwia zebranie danych dotyczących całej populacji osób leczonych w wyznaczonych placówkach, nawet wówczas, gdy nie udaje się nawiązać bezpośredniego kontaktu z osobą badaną.

### Narzędzia stosowane w badaniu

**Ankieta „Monitorowanie Terapii”.** Stanowi ona podstawowy arkusz, w który wpisywane są wszystkie informacje dotyczące osoby badanej. Łącznie zawiera 117 punktów (pytań i skal), wypełnianych w toku terapii i po jej zakończeniu. Ankieta „Monitorowanie Terapii” składa się z kilku opisanych poniżej części.

**Część I – „Przyjęcie pacjenta do programu”** zawiera pytania odnoszące się do następujących obszarów:

- dane demograficzne, takie jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, zatrudnienie, posiadanie dzieci, stan cywilny,

- informacje diagnostyczne dla zespołu uzależnienia od alkoholu, oparte na ICD-10 oraz informacje świadczące o zaawansowaniu choroby alkoholowej i jej specyfice (długość okresu picia nałogowego, ilość podejmowanych prób leczenia, długość ciągów alkoholowych i okresów abstynencji, okoliczności rozpoczynania terapii, rodzaj spożywanego alkoholu, stosowanie niealkoholowych, chemicznych substancji zmieniających świadomość),

- funkcjonowanie społeczne pacjenta w różnych sferach, tj. poziom stabilizacji życia rodzinnego, sytuacja zawodowa, występujące aktualnie problemy w pracy, finansowe, rodzinne, konflikty z prawem czy stosowanie przemocy,

- ogólna ocena stanu fizycznego pacjenta, diagnozowana na podstawie konsultacji lekarskiej w kilku kategoriach opisowych, na skali od „stan fizyczny

pacjenta bardzo dobry, bez zastrzeżeń” do „bardzo zły, zaburzający normalne funkcjonowanie”.

Wymienione obszary są przedmiotem obserwacji i pomiaru także w kolejnych badaniach, przy wypisie pacjenta oraz w 6, 12 i 24 miesiące później. Zmianie ulega jedynie wywiad alkoholowy, który w pierwszej części ankiety „Monitorowanie terapii” ma postać rozbudowanej diagnozy, zaś w następnych koncentruje się jedynie na ogólnym wzorze picia alkoholu bądź utrzymywaniu abstynencji i na kontynuowaniu lub podejmowaniu kolejnych prób leczenia odwykowego.

**Część II ankiety „Monitorowanie Terapii”** zawiera oceny postępów procesu zdrowienia pacjenta. Jest to zestaw skal obserwacyjnych, przy pomocy których terapeuci co kilka tygodni oceniają, jak zmienia się stan zaawansowania zdrowienia. Oceniane kategorie odpowiadają etapom pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi, opisanymi przez Mellibrudę i Sobolewską [75,109]. W bardzo dużym skrócie kategorie te można opisać jako:

- rozpoznawanie uzależnienia i uznanie tożsamości alkoholika, poprzez nabycie umiejętności rozpoznawania własnych objawów uzależnienia i destrukcji życia wynikającej z niego, akceptację własnego uzależnienia oraz poprzez uznanie własnej bezsilności i niemożności kontrolowania picia alkoholu i jego skutków;

- rozwój zdolności do utrzymywania abstynencji w okresie tuż po odstawieniu alkoholu (tzw. wczesnej abstynencji) poprzez nabycie umiejętności rozpoznawania objawów głodu alkoholowego i opracowanie sposobów doraźnego radzenia sobie z nimi, oraz nauczenie się korzystania w tej sprawie z pomocy profesjonalnej i nieprofesjonalnych grup samopomocowych;

- rozwój własnej zdolności do zapobiegania nawrotom choroby poprzez nauczenie się rozpoznawania sygnałów zbliżającego się nawrotu choroby (tj. zapicia), rozpoznawanie ryzykownych okoliczności, wywołujących zwykle sygnały nawrotu, oraz przygotowanie sposobów zapobiegania własnym nawrotom choroby i ich ćwiczenie;

- rozpoznawanie własnych mechanizmów uzależnienia na poziomie psychologicznym oraz rozwój możliwości ich kontrolowania;

- rozpoznawanie problemów osobistych bezpośrednio związanych z piciem alkoholu i rozwój umiejętności radzenia sobie z nimi, a zwłaszcza nabycie umiejętności radzenia sobie ze złością, i zachowaniami autodestrukcyjnymi, poradzenie sobie z poczuciem winy wobec bliskich związane z okresem nadużywania alkoholu, oraz poczucie niskiej wartości i wstyd;

- ćwiczenie umiejętności potrzebnych do trzeźwego życia, a szczególnie nabywanie i rozwój umiejętności interpersonalnych, umiejętności potrzebnych do uporządkowania życia, takie jak np. branie odpowiedzialności za własne sprawy, czy podejmowanie decyzji, oraz umiejętności związanych z planowaniem zmian i ich realizacją.

Ocena postępów zdrowienia pacjenta dokonywana jest na sześciostopniowej skali od 1- „praca jeszcze nie rozpoczęta” do 6 – „praca zakończona”. Wypełnianie wymienionych skal jest istotnym elementem pracy terapeutycznej w placówkach, w których realizowany jest model terapii uzależnienia opisany przez Mellibrudę [75]. Do chwili obecnej dokumentacja czynności poznawczych, wykonywanych przez zespo-

ły w trakcie pracy terapeutycznej, służy przede wszystkim celom praktycznym czyli zwiększeniu intensywności i systematyczności analizy poznawczej dokonywanej przez terapeutę i obejmującej przebieg indywidualnej pracy z pacjentem.

**Część III ankiety „Monitorowanie Terapii”** zatytułowana jest **„Zakończenie programu terapii”**, zwana jest też „wypisem”. Wypełniana jest w chwili, gdy pacjent przerywa lub kończy udział w podstawowym programie terapii uzależnienia. Część ta zawiera dane dotyczące:

- okoliczności wypisu (czy pacjent przerwał czy zakończył program podstawowy;
- szczegółowe dane o zawartości programu, w jakim pacjent uczestniczył (rodzaj zajęć i ilość odbytych godzin);
- utrzymywanie abstynencji lub wzorec picia alkoholu w okresie rozstawania się z placówką;
- ocenę przygotowania pacjenta do życia bez alkoholu i do radzenia sobie z nawrotem choroby;
- diagnozę nasilenia występujących aktualnie problemów związanych z funkcjonowaniem społecznym.

**Część IV ankiety „Monitorowanie terapii”**: **„Kontakty z pacjentem po wypisie”** zawiera informacje uzyskiwane o funkcjonowaniu pacjenta po zakończeniu lub przerwaniu terapii. Informacje te zawierają:

- opis okoliczność, w jakich uzyskano dane o pacjencie (od kogo, czy pacjent był czy też nie pod wpływem alkoholu);
- opis aktualnej sytuacji społecznej pacjenta (stan cywilny, zatrudnienie, problemy w funkcjonowaniu zawodowym, rodzinnym, finansowe, z prawem, stosowanie przemocy) analogicznie jak w części I ankiety „Monitorowanie Terapii”;
- dane dotyczące aktualnego utrzymywania abstynencji lub aktualnego sposobu używania alkoholu i innych substancji zmieniających świadomość oraz kontaktów z organizacjami związanymi z leczeniem osób uzależnionych (odbywana terapia, uczestniczenie w ruchu AA lub spotkaniach innych grup samopomocowych).

Poza ankietą „Monitorowanie terapii” w badaniach APETA użyto dwóch kwestionariuszy do pomiaru stanu psychicznego pacjenta: SCL-90 i KKP.

**Skala klinicznych objawów psychopatologicznych – SCL-90**, której autorami są Derogatis, Lipman i Covi [31] – została użyta w badaniach APETA w polskiej adaptacji K.Jankowskiego. Narzędzie to pozwala wstępnie oszacować nasilenie różnorodnych zaburzeń psychicznych, występujących w funkcjonowaniu pacjenta, takich jak dolegliwości somatyczne, natręctwa, nadwrażliwość interpersonalna, objawy depresyjne, lękowe, wrogość, lęki fobiczne, ideacja paranoidalna i zachowania o charakterze psychotycznym. SCL-90 nie jest narzędziem do diagnozy zespołów zaburzeń psychicznych, a jedynie narzędziem przesiewowym. Wymaga zatem przeprowadzenia diagnozy klinicznej w przypadku stwierdzenia wysokiego nasilenia objawów świadczących o zaburzeniach psychicznych. Można jednak dzięki niemu w łatwy i szybki sposób wyodrębnić osoby, których funkcjonowanie psychiczne wydaje się być z jakiegokolwiek powodu zaburzone oraz uzyskać ogólny wskaźnik zaburzeń psychicznych, występujących u danego pacjenta. SCL-90 jest stosowany w badaniu

APETA dwukrotnie: przy przyjęciu do terapii i zakończeniu (etap 1 i 3 badań), co umożliwia uchwycenie różnicy w funkcjonowaniu psychicznym pacjentów występującej po odstawieniu alkoholu oraz ukończeniu podstawowego programu terapii uzależnienia

**KKP – Kwestionariusz Kondycji Psychiczej** jest testem polskim A.Gajewskiej i J.Mellibrudy [40], służącym do pomiaru ogólnego stanu psychicznego pacjenta, rozumianego jako ogólny poziom posiadanych zdolności i umiejętności do radzenia sobie z codziennymi problemami, jak również gotowości i umiejętności ich rozwoju. W badaniu APETA pacjent wypełnia ten kwestionariusz pięciokrotnie, przy przyjęciu do terapii, przy wypisie oraz w 6, 12 i 24 miesiące później, dzięki czemu możliwa jest obserwacja dynamiki zmian zachodzących w ogólnym samopoczuciu psychicznym osób badanych.

### **Diagnoza uzależnienia**

Aktualnie do diagnozy i oceny zaburzeń związanych z używaniem alkoholu stosowane są powszechnie dwa systemy klasyfikacji chorób. Pozwalają one na podstawie objawów rozpoznać rodzaj zaburzenia oraz stopień zaawansowania uzależnienia. Oba systemy są regularnie weryfikowane i udoskonalane. W chwili obecnej są to:

– Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów – wersja 10 tzw. ICD-10, opublikowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w roku 1992 (zawiera opis kliniczny i poradnik diagnostyczny) oraz

– Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders wersja 3 poprawiona, tzw. DSM-III-R opublikowana przez American Psychiatric Association (APA) w roku 1987 [33].

ICD-10 zawiera listę chorób i urazów wynikających z nadużywania alkoholu. Z punktu widzenia diagnozy klinicznej szczególnie przydatne są zawarte w tej klasyfikacji kryteria szkodliwego picia alkoholu i zespołu uzależnienia od alkoholu.

Zgodnie z ICD 10 rozpoznanie uzależnienia od alkoholu należy postawić, gdy przynajmniej 3 z wymienionych poniżej objawów występowały przez minimum 1 miesiąc w ciągu ostatniego roku:

- 1) silna, natrętna potrzeba spożywania alkoholu („głód alkoholu”),
- 2) upośledzona zdolność kontrolowania picia alkoholu (trudności w unikaniu rozpoczęcia picia, trudności w zakończeniu picia albo problemy z kontrolowaniem picia do wcześniej założonego poziomu),
- 3) picie alkoholu w celu złagodzenia albo zapobieżenia alkoholowemu zespołowi abstynenckiemu oraz subiektywne poczucie skuteczności takiego postępowania,
- 4) objawy abstynencyjne (drżenia mięśniowe, nadciśnienie tętnicze, tachykardia, nudności, wymioty, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, wysuszenie śluzówek, wzmożona potliwość, zaburzenia snu, nastrój drażliwy lub obniżony, lęk).
- 5) zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja na alkohol (ta sama dawka alkoholu nie przynosi oczekiwanego efektu, potrzeba spożywania większych dawek alkoholu dla wywołania oczekiwanego efektu),
- 6) zawężenie repertuaru zachowań związanych z piciem alkoholu do 1-2 wzorców,

7) postępujące zaniedbywanie alternatywnych do picia przyjemności, zachowań i zainteresowań,

8) picie alkoholu mimo oczywistej wiedzy o jego szczególnej szkodliwości dla zdrowia pijącego.

W prowadzonych przez IPZiT badaniach monitorujących przebieg i efekty terapii odwykowej przyjęliśmy w diagnozie uzależnienia kryteria ICD-10. Dodaliśmy również inne zaburzenia, często współwystępujące z nadużywaniem alkoholu bądź z uzależnieniem od niego. Te dodatkowe kryteria uzależnienia nie zawsze są całkiem rozłączne z kryteriami ICD-10, ale dołączyliśmy je z powodu stosowania ich przez wielu klinicystów w procesie diagnozy osób uzależnionych od alkoholu [59, 104, 128]. Są to następujące zaburzenia:

1) „palimpsesty alkoholowe” – powtarzające się epizody „urwanych filmów”, „przerw w życiorysie”, tzw. luki pamięciowe czyli okresy alkoholowych zaburzeń pamięci związanych z piciem;

2) próby zapanowania nad piciem (np. ograniczanie sobie pory picia, rodzaju trunku, dobrowolne podejmowanie okresowej abstynencji w celu picia bez obaw w przyszłości);

3) ciągi picia;

4) nawroty picia po okresach abstynencji;

5) zaprzeczanie uzależnieniu (pacjent nie uważa się za alkoholika);

6) nasilony lęk, ataki paniki bez powodu;

7) psychozy alkoholowe;

8) próby samobójcze/samouszkodzenia.

W badaniach nad przebiegiem i efektami terapii osób uzależnionych niezbędna jest nie tylko diagnoza uzależnienia, ale także oszacowanie stopnia zaawansowania choroby alkoholowej występującej u pacjenta. Zdecydowanie nie chcieliśmy poprzestać na wyróżnieniu jedynie osób nadużywających alkoholu i uzależnionych od niego. Zależało nam na uzyskaniu bogatszego obrazu klinicznego rozwoju choroby. W tym celu ankieta zawierała szczegółowe pytania dotyczące stylu picia, takie jak czas trwania ciągów picia i podejmowanych prób utrzymywania abstynencji, rodzaje wypijanych napojów alkoholowych oraz stosowanie niealkoholowych chemicznych używek (takich jak np. nikotyna, kofeina, leki) itp. Zebrano także informacje dotyczące okoliczności rozpoczynania aktualnej terapii oraz ilości wcześniej podejmowanych prób leczenia odwykowego.

Dzięki zgromadzonym informacjom możemy zrelatywizować uzyskiwane efekty leczenia w zależności od stopnia zaawansowania rozwoju uzależnienia, co pozwala na szacowanie nie tylko skuteczności oddziaływań terapeutycznych placówki w ogóle, ale na ocenę skuteczności leczenia konkretnego pacjenta czy też różnych typów pacjentów. Także dla praktyki klinicznej narzędzie do diagnozy stopnia rozwoju uzależnienia wydaje się być niezwykle użyteczne w dostosowaniu programu terapeutycznego do potrzeb poszczególnych pacjentów. Narzędzie do diagnozy stopnia zaawansowania uzależnienia zostanie skonstruowane w następnym etapie realizacji programu APETA, przewidzianym na lata 1998/99.

### Dotychczasowy przebieg badań

Program badawczy APETA prowadzony jest od roku 1994 do chwili obecnej w 35 placówkach Sieci. Pierwszym etapem badań, związanym z przyjmowaniem do programu terapeutycznego dla osób uzależnionych, objęto do połowy roku 1997 ponad 18 000 pacjentów. W pełnym monitorowaniu przebiegu leczenia i jego efektów w ciągu następnych dwóch lat poddano w tym okresie około 2000 osób badanych (są to osoby, które rozpoczęły i ukończyły leczenie odwykowe w roku 1994).

Połączenie w programie badawczym APETA celów badawczych, takich jak ewaluacja określonego modelu terapii, i praktycznych, związanych np. z oceną skuteczności pracy placówki, okazało się zadaniem możliwym do zrealizowania, choć bardzo trudnym. W dużej mierze połączenie to umożliwił wysoki poziom profesjonalnego wykształcenia terapeutów prowadzących i koordynujących przebieg badań w wybranych placówkach. Wykorzystanie do zbierania danych terapeutów przyczyniło się w pierwszym okresie badań do skoncentrowania się bardziej na celach praktycznych niż teoretycznych. W efekcie powstały raporty z badań opisujące szczegółowo zawartość i formy programów terapeutycznych dla uzależnionych, charakteryzujące osoby uzależnione rozpoczynające terapię oraz opisujące uzyskiwane efekty podstawowych programów terapii uzależnienia realizowanych w placówkach Sieci [86]. Raporty te pozwoliły odnieść wyniki uzyskiwane w poszczególnych placówkach do wyników innych placówek tego typu, co zaowocowało z kolei opracowaniem szczegółowych raportów opisujących efekty terapii w wybranych placówkach Sieci.

Podstawowe trudności jakie napotkaliśmy w toku dotychczasowego prowadzenia programu APETA związane były z nawiązywaniem kontaktów po rozstaniu się pacjenta z placówką leczenia uzależnień. Zjawisko to dotyczyło w znacznie większym stopniu pacjentów oddziałów stacjonarnych, którzy częściej niż pacjenci ambulatoryjni leczą się w placówkach odległych od miejsca zamieszkania.

### STRESZCZENIE

Przedstawiono koncepcję i przebieg dotychczasowej realizacji programu badawczego monitorującego leczenie osób uzależnionych – Analiza Procesu i Efektów Leczenia Alkoholików APETA. Celem programu jest weryfikacja empiryczna efektów leczenia w wybranych placówkach leczenia uzależnień oraz analiza procesu wychodzenia z uzależnienia. Wyselekcjonowano placówki realizujące strategiczno-strukturalny model terapii [75, 109] oparty o bio-psycho-społeczną koncepcję uzależnienia [75]. Badaniu zostali poddani pacjenci wybranych placówek. Monitorowaniu podlegają różne obszary ich funkcjonowania, takie jak picie alkoholu, funkcjonowanie psychiczne i społeczne, w okresie od momentu rozpoczęcia terapii do dwóch lat po jej zakończeniu.



Dotychczas w badaniach wzięło udział ponad 18 000 pacjentów rozpoczynających terapię, zaś pełnym ponad dwuletnim okresem monitorowania efektów leczenia objęto około 2 000 pacjentów.

Marzenna Kucińska, Jerzy Mellibruda

**Analysis of the course and outcome of the APETA alcohol treatment program - the rationale and a preliminary research report**

**Summary**

The rationale and hitherto obtained results of a research program (APETA) monitoring the treatment of alcohol dependent persons are presented. The aim of the program is to empirically evaluate treatment outcome in selected alcohol treatment facilities, and to analyze the process of recovery from alcohol dependence. Centers included in the program provide treatment within the framework of a strategic-structural model of therapy [75, 109], based on the bio-psycho-social concept of dependence [75]. Subjects in the study were patients of selected facilities. Various areas of the patients' functioning (e.g. alcohol use, psychological and social functioning) are being monitored from the beginning of the treatment up to two years from its completion. Over 18 000 patients beginning treatment have been included in the study, while about 2000 patients participated in the two-year follow-up of therapy outcome monitoring.

**Key words:** alcohol treatment / therapy outcome / process of alcohol treatment

**ANEKS**

Placówki Lecznictwa odwykowego biorące udział w programie badawczym APETA

1. Wojewódzka Poradnia Odwykowa w Białej Podlaskiej
2. Wojewódzka Poradnia Odwykowa w Bydgoszczy
3. Zakład Leczenia Uzależnień w Charcicach
5. Wojewódzka Poradnia Odwykowa w Gdańsku
6. Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Giżycku
7. Oddział Odwykowy Wojewódzkiego Szpitala dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Gnieźnie
11. Ośrodek Leczenia Odwykowego w Katowicach
12. Poradnia Uzależnień w Kołobrzegu
13. Odwykowy Oddział Dzienny w Koszalinie
14. Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży
15. Miejski Ośrodek. Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łodzi
16. Oddział Odwykowy w Łukowie
17. Ośrodek Terapii Odwykowej w Łodzi

18. Ośrodek Intensywnej Terapii Osób z Problemami Alkoholowymi w Makowie Mazowieckim
19. Poradnia Odwykowa w Poznaniu, ul. Filipińska
20. Wojewódzka Przychodnia Odwykowa w Opolu
21. Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Ostrowie Wielkopolskim
22. Przychodnia Odwykowa w Poznaniu (ZLU w Charcicach)
23. Wojewódzka Przychodnia Odwykowa w Poznaniu, ul. Małeckiego 11
24. ZOZ, Pododdział Terapii Uzależnień w Sandomierzu
25. Wojewódzki Zakład Opieki Psychiatrycznej w Sokolówce
26. Ośrodek Leczenia Uzależnień Alkoholowych w Stanominie
27. Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Alkoholowych w Skarżysku-Kamiennej
30. Ośrodek Profilaktyczno-Terapeutyczny „Petra” w Warszawie
31. Ośrodek Terapii Uzależnień Alkoholowych w Warszawie, ul. Łokietka 11
32. Dzienny Oddział Odwykowy Centrum Odwykowego Praga Północ w Warszawie
33. Poradnia Centrum Odwykowego Praga Północ w Warszawie
34. Ośrodek Terapii Uzależnień Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
35. Poradnia Odwykowa we Wrocławiu, pl. Św. Macieja 21
36. Ośrodek Leczenia i Rehabilitacji Uzależnień we Wrocławiu
37. Ośrodek Leczenia Odwykowego w Woskovicach Małych k/Bukowa Śląskiego
38. Ośrodek Terapeutyczny „Goplańska” w Warszawie
39. Poradnia Odwykowa we Wrocławiu, ul. Zelwerowicza 1
40. Ośrodek Terapii Uzależnień Alkoholowych w Parzymiechach
41. Poradnia Odwykowa w Lublinie
42. Oddział Odwykowy w Lublinie
43. Poradnia Odwykowa w Warszawie, ul. Kochanowskiego 19