

Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΥ ΧΩΡΟΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΕΞΑΡΤΗΣΕΩΝ. ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΕΡΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΑΠΟΧΗΣ

Γιάννης Ζάχος*, Δέσποινα Ανδροπούλου**

Εισαγωγή

Τα προγράμματα υποκατάστασης αποτελούν αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας της εξάρτησης από οπιοειδή (Kaplan and Sadock, 1998· Marsch, 1998· Sees et al., 2000). Αντικείμενο των προγραμμάτων είναι η μείωση ή παύση της χρήσης οπιοειδών, η μείωση του κινδύνου προσβολής από τους ιούς του HIV και HPV ως συνέπειες της χρήσης, και η μείωση της παραβατικότητας (Carroll, 1997· Kaplan and Sadock, 1998· Marsch, 1998).

Μελέτες σε προγράμματα υποκατάστασης με μεθαδόνη έδειξαν ότι ασθενείς που συμμετείχαν σε συνεδρίες ψυχοθεραπείας, παράλληλα με τη συμβουλευτική, επέδειξαν μεγαλύτερη πρόοδο στη ζωή τους, μπήκαν στην αγορά εργασίας και σταμάτησαν τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (Luborsky, McLellan, Woody, Obrien, and Auerbach, 1985· Woody et al., 1983). Σύμφωνα με τον Potik και συνεργάτες, οι αλλαγές που έκαναν οι ασθενείς στον τρόπο ζωής τους μπορεί να οφείλονταν στη χρησιμοποίηση του θεραπευτικού πλαισίου ως ενδιαμέσου χώρου και στην αξιοποίηση του υποκατάστατου και του θεραπευτή ως μεταβατικών αντικειμένων (Potik et al., 2010).

* Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ΟΚΑΝΑ.

** Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ΟΚΑΝΑ.

Το *μεταβατικό αντικείμενο* είναι βασική έννοια που εισήγαγε στην ψυχαναλυτική θεωρεία και κλινική ο D. Winnicott και έχει εφαρμογή και στον χώρο της εξάρτησης. Σύμφωνα με τον D. Winnicott (1953, 1971), οι εθισμοί στις ψυχοτρόπες ουσίες, το αλκοόλ, την τροφή, το σεξ αποτελούν απόπειρες επανεύρεσης του χαμένου *αντικειμένου* μέσω άμεσης σωματικής επιβράβευσης (Potik et al, 2010). Υπ' αυτήν την έννοια, ο εθισμός ως μεταβατικό φαινόμενο αναπαριστά την ψευδαίσθηση επανεύρεσης του πρωταρχικού *αντικειμένου* –τη μητέρα–, αν και ουσιαστικά το υποκείμενο αναγνωρίζει ότι οι εμπειρίες αυτές όχι μόνο δεν είναι ταυτόσημες, αλλά και ότι οι εξαρτήσεις το καθλώνουν στη στέρση (Summers, 1994· Winnicott, 1971). Σύμφωνα με τον Winnicott (1960), η απόλυτη εξάρτηση είναι η πρώτη φάση ανάπτυξης, κατά την οποία το βρέφος ζει σε έναν μαγικό κόσμο παντοδυναμίας (αποσπασμένο από την πραγματικότητα), στον οποίο οι ανάγκες αυτό-ικανοποιούνται, καθώς δεν αναγνωρίζεται ως ξεχωριστό *αντικείμενο* ικανοποίησης ο άλλος. Η εμπειρία του στερείται οποιασδήποτε αίσθησης συνέχειας στον ίδιο και στους άλλους και ο παράγοντας του χρόνου απουσιάζει.

Η αναζήτηση των ψυχοτρόπων ουσιών συνιστά μια βούληση να δημιουργηθεί ένας τέλειος κόσμος συνεχούς ικανοποίησης χωρίς πόνο, παρόμοιος με τον πρωτογενή κόσμο του βρέφους.

Η αποχή από τις ουσίες είναι μια διαδικασία η οποία είναι παράλληλη με τη μετάβαση από την απόλυτη εξάρτηση στη σχετική εξάρτηση. Η σχετική εξάρτηση περιλαμβάνει τις αναπτυξιακές διαδικασίες που περιλαμβάνουν τον κλονισμό της παντοδυναμίας της απόλυτης εξάρτησης, την αποδοχή της πραγματικότητας και την αμφιθυμία προς τα αντικείμενα (Summers, 1994). Ο πρώτος στόχος σε αυτή τη φάση είναι η διαχείριση του άγχους αποχωρισμού.

Τόσο η φαρμακευτική αγωγή (αγχολυτικά, αντιψυχωσικά κ.ά.), καθώς και τα ίδια τα υποκατάστατα μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως *μεταβατικά αντικείμενα* (Adelman, 1985· Gutheil, 1982· Hausner, 1985· Schlierf, 1983· Shred, 1963), δεδομένου ότι είναι άμεσα διαθέσιμα, μειώνουν το άγχος, παρέχουν χαλάρωση και μπορούν να χρησιμοποιηθούν πριν από τον ύπνο, όπως συμβαίνει στα παιδιά (Winnicott, 1953, 1971). Όσον αφορά στα υποκατάστατα οπιοειδών μπορεί να χρησιμοποιούνται ως *μεταβατικά αντικείμενα*, καθώς μειώνουν τον πόνο και καταστέλλουν το σύνδρομο στέρσης.

Τα μεταβατικά φαινόμενα μπορούν να εμφανιστούν στα προγράμματα υποκατάστασης, κυρίως λόγω της συνεκτικότητας που παρέχεται στους ασθενείς, οι οποίοι έχουν εξαιρετικά χαοτικό τρόπο ζωής. Το πλαίσιο, ως ενδιάμεσος χώρος της θεραπείας, μπορεί να λειτουργήσει εκ παραλλήλου με τη μεταβατική περίοδο μεταξύ της χρήσης ουσιών (απόλυτη εξάρτηση) και ενός κόσμου χωρίς χρήση ουσιών (σχετική εξάρτηση).

Ο θεραπευτής, επίσης, μπορεί να εκληφθεί ως *μεταβατικό αντικείμενο*. Η μεταβίβαση συχνά κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής και της θεραπείας χαρακτηρίζεται από προβολές *αντικειμένων* που είναι απολύτως κακά ή απολύτως καλά. Στην ουσία, πρόκειται για προβολή των μεγαλομανιακών τάσεων του ασθενούς που κρύβουν αισθήματα κατωτερότητας. Συχνά παρατηρείται στη μεταβίβαση η προσπάθεια του ασθενούς να ελέγξει τον θεραπευτή, προκειμένου να επαναφέρει ένα χαμένο μπηρικό δεσμό.

Η προστιθέμενη αξία και η σημασία της ψυχοθεραπείας στη θεραπεία και την αποκατάσταση των τοξικομανών παρουσιάστηκαν από τους Woody, McLellan, Luborsky και O'Brien (1995). Στη μελέτη τους, 84 ασθενείς, σε τυχαία δειγματοληψία, έλαβαν συμβουλευτική για τις ψυχοτρόπες ουσίες, ενώ η άλλη ομάδα έλαβε συμβουλευτική για τις ψυχοτρόπες ουσίες και ατομική ψυχοθεραπεία (Woody et al., 1995). Κατά τη διάρκεια της μελέτης και οι δύο ομάδες είχαν παρόμοια αποτελέσματα θετικών σε οπιούχα δειγμάτων ούρων, αλλά οι ασθενείς που έλαβαν ατομική ψυχοθεραπεία είχαν λιγότερα δείγματα ούρων θετικών σε κοκαΐνη και χρειάζονταν χαμηλότερες δόσεις μεθαδόνης.

Ένα μήνα μετά την ολοκλήρωση της πρόσθετης θεραπείας και οι δύο ομάδες είχαν σημειώσει εξ ίσου σημαντική πρόοδο. Στο «follow-up» έξι (6) μήνες αργότερα, η πρόοδος που είχε σημειώσει η ομάδα που λάμβανε μόνο συμβουλευτική είχε μειωθεί, ενώ η πρόοδος που είχαν κάνει οι ασθενείς που έλαβαν ψυχοθεραπεία εξακολουθούσε να υφίσταται, καθιστώντας έτσι την ψυχοθεραπεία σημαντική παράμετρο της θεραπείας (Woody et al., 1995).

Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ): Μια μονάδα ενάντια στην κρίση

Η Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης ιδρύθηκε με την απόφαση με αρ. πρωτ. 3193/ 12.12.2016, κατόπιν πρωτοβουλίας της Διοίκησης του ΟΚΑΝΑ, που στόχο είχε την ενίσχυση του κινήτρου της απεξάρτησης ως κορωνίδας της μείωσης της βλάβης από τη χρήση ουσιών. Σύμφωνα με ό,τι προβλέπει το πλαίσιο λειτουργίας του Οργανισμού (2012), η ΜΕΨΥ αποτελεί το πρώτο στάδιο της Φάσης Συνεχιζόμενης Φροντίδας και απευθύνεται σε θεραπευόμενους που επιθυμούν τη μείωση έως και διακοπή του υποκατάστατου, με παράλληλη αποχή από όλες τις ουσίες, αποσκοπώντας στην ένταξή τους στην κύρια φάση της Κοινωνικής Επανένταξης (ΚΕ).

Αν και το στάδιο αυτό ήταν έως τα τέλη του 2016 προσαρτημένο στη Φάση της Κοινωνικής Επανένταξης, η διάκριση της από αυτήν και η υλοποίηση μιας αυτόνομης Μονάδας κρίθηκε απαραίτητη για δύο βασικούς λόγους: α) για την περαιτέρω κινητοποίηση των θεραπευομένων σε χαμηλή δοσολογία υποκατάστατου και β) για τη συνεχή υποστήριξη του δυναμικού εξέλιξης – επανένταξης, καθώς και την αποφυγή ομοιογενοποίησης με την πληθώρα των θεραπευομένων των Μονάδων Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης (ΜΟΘΕ) που βρίσκονται σε φάσεις εισαγωγής και αποκατάστασης, σημαντικό ποσοστό των οποίων βρίσκεται σε παράλληλη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Υπ' αυτή την έννοια, η Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης είναι ένας μεταβατικός χώρος που βασικός του ρόλος είναι ο μηδενισμός του υποκατάστατου και η ενίσχυση του κινήτρου επανένταξης μέσω σταθερών συνεδριών, εβδομαδιαίων ελέγχων ούρων σε όλες τις ουσίες, συνοδευών σε καλλιτεχνικά δρώμενα (εκθέσεις, θεατρικές παραστάσεις κ.ά), επανασύνδεσης με σημαντικούς άλλους, εστίασης σε ζητήματα επαγγελματικού προσανατολισμού, διεκπεραίωσης νομικών εκκρεμοτήτων και της συνέχισης της φροντίδας των χρόνιων νοσημάτων.

Η μετάβαση από τη μία φάση και έναν χώρο θεραπείας σε έναν άλλο έχει συμβολικό χαρακτήρα που αφορά στην ίδια τη θεραπευτική διαδικασία της απεξάρτησης, καθώς συνιστά μια αλλαγή και ένα αρνητικό πρόσημο που συνδέεται με ένα κέρδος. Η αλλαγή αφορά

στο πλαίσιο, στον χώρο και στον θεραπευτή. Η σύναψη μιας σχέσης με έναν άλλον «ειδικό» αποτελεί παραδοσιακά στον χώρο της εξάρτησης ένα στοίχημα και ως τέτοιο λειτουργεί ως πρόκληση θεραπευτική στη διαδικασία της επανένταξης, πόσω δε μάλλον όταν η μετάβαση γίνεται από ένα πρόσωπο σε πολλά (θεραπευτής προς θεραπευτή, ψυχοδραματιστή, μουσικοθεραπευτή, οικογενειακό θεραπευτή κ.ά.). Όσον αφορά στο αρνητικό πρόσημο, τα όρια χορήγησης υποκατάστατου συνιστούν ένα μείον στα *αντικείμενα* κατανάλωσης (ουσίες), στα οποία επενδύει ο θεραπευόμενος προς όφελος των ψυχικών διεργασιών του *συμπώματος* και της *φαντασίωσης*. Με άλλα λόγια, επιδίωξη της ΜΕΨΥ είναι να προσφέρει τα μέσα για να αναδυθούν πιο καθαρά το *σύμπωμα* στην κοινωνική και υποκειμενική διάστασή του –στον τρόπο του σχετίζεσθαι και στον υποκειμενικό τρόπο *απόλαυσης* πέραν του *αντικειμένου*– και η *φαντασίωση* του χρήστη, το «παράθυρο», δηλαδή, μέσα από το οποίο βλέπει τον κόσμο. Αν και ένα σημαντικό μέρος της δουλειάς αυτής έχει γίνει στις μονάδες, στην προ-επανενταξιακή αυτή διαδικασία, ενισχύονται οι δημιουργικές πλευρές του *συμπώματος* –στοχεύοντας στη μετουσίωσή του–, ενώ ο τρόπος του σχετίζεσθαι, σκέπτεσθαι και οραματίζεσθαι παίρνει σάρκα και οστά μέσα από την επαφή με τρίτους αλλά και μέσα από διαδικασίες που χρησιμοποιούν έμμεσους τρόπους έκφρασης εκτός του λόγου.

Είναι αυτονόητο ότι για να είναι εφικτή η εν λόγω μετάβαση χρειάζονται λεπτοί χειρισμοί με την έννοια της διακριτικότητας και του σεβασμού στο προς άρθρωση αίτημα του εκάστοτε θεραπευομένου. Δεν αρκούν οι κοινές συναντήσεις με τον θεραπευτή και τον ίδιο στη μονάδα προέλευσης, ούτε ακόμα και το γραπτό αίτημα που θα μπορεί να υποστηρίξει. Χρειάζεται σεβασμός στον χρόνο μετάβασης, που ποικίλλει για τον κάθε θεραπευόμενο χωριστά, καθώς και σεβασμός στις ιδιαιτερότητές του. Στη λογική της ΜΕΨΥ δεν είναι να διαγράψει την ιδιαιτερότητα σε μια βάση σωφρονισμού και ένταξης στον «σωστό δρόμο των καθαρών» (που δεν υπάρχουν), αλλά η ανάδειξη τρόπων που η ιδιαιτερότητα μπορεί να γίνει δημιουργική για τον ίδιο τον χρήστη. Μέλημά της δομής αυτής είναι η συνοδεία του θεραπευομένου σε πιο λειτουργικές όψεις της εξάρτησης πέραν της ουσίας.

Η ΜΕΨΥ απευθύνεται κυρίως σε όσους μπορούν και θέλουν να κάνουν χρήση ενός διακριτού μεταβατικού χώρου ένταξης στον κοινωνικό δεσμό, δοκιμάζοντας και ισχυροποιώντας το αίτημα για την

επανένταξη σε μια κοινωνία σε κρίση. Αυτός ο στόχος θεωρούμε ότι έχει περισσότερες πιθανότητες να επιτευχθεί σε έναν χώρο με σαφώς προσδιορισμένη ταυτότητα, την ταυτότητα που ενέχει ο όρος «μεταβατικότητα» σε όλα τα επίπεδα. Ο θεραπευόμενος που προχωρά στην επανένταξη, έχοντας επίγνωση τόσο της τραυματικής εμπειρίας που θέρápευε η ψυχοτρόπος ουσία όσο και του εναλλακτικού τρόπου που βρήκε να την αντιμετωπίσει, θα κάνει πιο σταθερά και ασφαλή βήματα προς την τελική φάση της θεραπείας του. Αναμφίβολα, αυτήν την πορεία δεν μπορούν να την κάνουν όλοι οι θεραπευόμενοι με μόνο κριτήριο τη δοσολογία του υποκατάστατου. Μπορούν μόνο όσοι βρίσκουν ένα νόημα και θέλουν να επιχειρήσουν το ενδιαμέσο βήμα.

Μεθοδολογία

Σκοπός της μελέτης

Πρωταρχικός σκοπός της μελέτης ήταν η αποτύπωση των αποτελεσμάτων λειτουργίας στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, μίας μονάδας εντατικής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που λειτούργησε ως μεταβατικός χώρος θεραπείας με στόχο την απεξάρτηση από όλες τις ουσίες και τα υποκατάστατα. Πρόκειται για μια κρίσιμη περίοδο στην προσπάθεια των χρηστών υποκατάστατων, δεδομένου του άγχους που προκαλεί η απουσία της ουσίας ως ρυθμιστή και σταθεροποιητή τόσο της σωματικής και ψυχικής υγείας όσο και της κοινωνικής τους ζωής. Επίσης, σκοπός της μελέτης ήταν μια πρώτη απόπειρα διερεύνησης των χαρακτηριστικών των ατόμων και της δομής που σχετίζονται με την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος.

Σχεδιασμός της μελέτης

Επιλέχθηκε ο σχεδιασμός μίας συγχρονικής μελέτης. Σύμφωνα με τη μεθοδολογία των συγχρονικών μελετών (Σπάρος, Γαλάνης και Ζάχος, 2004) η πληροφορία για την εξαρτημένη μεταβλητή ή αποτέλεσμα, συλλέχθηκε ταυτόχρονα με την πληροφορία για τα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και λοιπά χαρακτηριστικά (ανεξάρτητες μεταβλητές ή προσδιοριστές) των ατόμων. Ως προς τον αριθμό των ατόμων που συμμετείχαν η μελέτη ήταν δειγματοληπτική. Όπως συμβαίνει στις

συγχρονικές μελέτες, δεν πραγματοποιήθηκαν χωριστές δειγματοληψίες για τις συγκρινόμενες ομάδες, αλλά μία δειγματοληψία για ολόκληρο τον μελετώμενο πληθυσμό, ενώ ο μελετώμενος πληθυσμός δεν παρακολουθήθηκε στο χρόνο (προοπτικά ή αναδρομικά) αλλά μόνο μία φορά.

Μελετώμενος πληθυσμός

Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 36 άτομα που εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης τη χρονική περίοδο από 26 Ιουνίου 2017 έως 22 Μαρτίου 2019. Κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη αποτέλεσε μόνο η παρακολούθηση του προγράμματος για λιγότερο από 7 ημέρες, χωρίς όμως να εμπίπτει τελικά κάποιο άτομο σε αυτήν την κατηγορία.

Στατιστική επεξεργασία

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών, που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές, τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕΜ) και οι ακραίες τιμές, ενώ οι διάμεσες τιμές, τα εκατοστιαία σημεία (ΕΣ) και οι ακραίες τιμές υπολογίστηκαν για τις μεταβλητές που δεν εμφάνιζαν κανονικότητα. Ο έλεγχος της υπόθεσης της κανονικότητας έγινε με τη στατιστική δοκιμασία «Kolmogorov-Smirnov». Όσον αφορά στις διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή τους οι απόλυτες (n) και οι σχετικές (n/N) συχνότητες. Για τη σύγκριση ποσοστών χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι «Pearson's χ^2 » με τη διόρθωση συνέχειας του Yates και «Fisher's exact», ανάλογα με το αν υπήρχαν επαρκείς παρατηρήσεις για τα κριτήρια του κάθε ελέγχου. Η δοκιμασία «Fisher's exact» χρησιμοποιήθηκε στην περίπτωση που το σύνολο των παρατηρήσεων σε κάποια κατηγορία ήταν ίσο με είκοσι (20) ή μικρότερο ή αν μία ή περισσότερες αναμενόμενες τιμές ήταν μικρότερες του πέντε (5). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο μελετώμενων ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος «Student's t » για ανεξάρτητες παρατηρήσεις, όταν τα δεδομένα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή, και ο μη παραμετρικός έλεγχος «Mann-Whitney's U » για ανεξάρτητες παρατηρήσεις, όταν τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Ο έλεγχος για την ισότητα

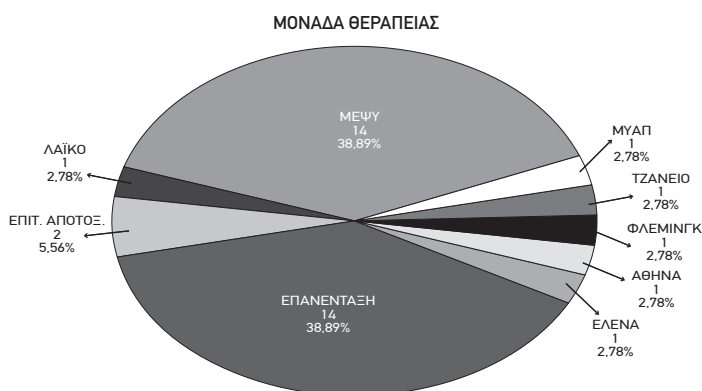
των διασπορών έγινε με τη στατιστική δοκιμασία του «Levene». Οι στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05. Για την στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.

Αποτελέσματα

Περιγραφικά αποτελέσματα

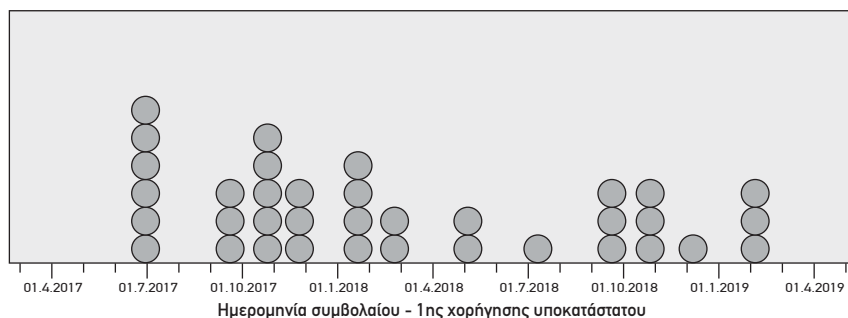
Γράφημα 1

Μονάδα θεραπείας στην οποία βρίσκονταν στις 22 Μαρτίου 2019, τα 36 άτομα που έχουν εισαχθεί στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ)



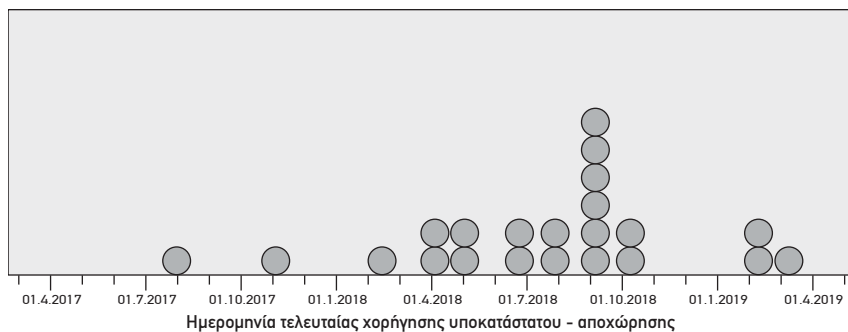
Γράφημα 2

Κατανομή των 36 ατόμων που έχουν εισαχθεί στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ) έως τις 22 Μαρτίου 2019, σύμφωνα με την ημερομηνία εισαγωγής τους στο πρόγραμμα



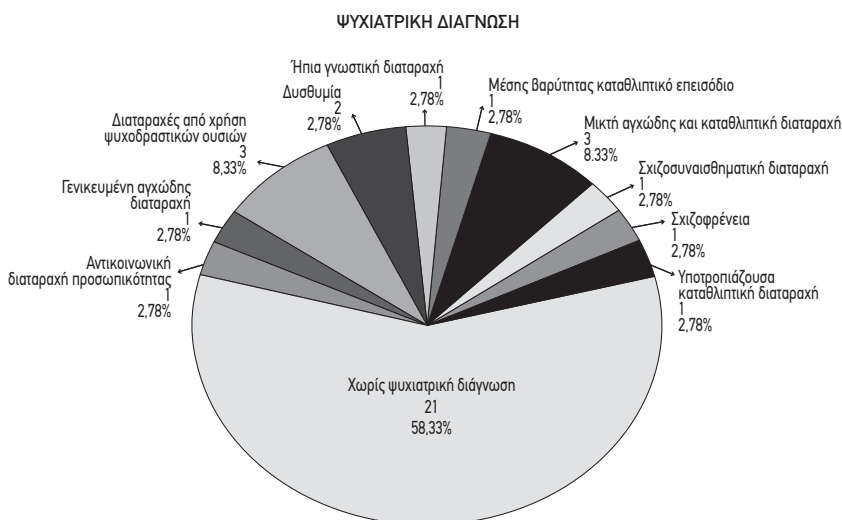
Γράφημα 3

Κατανομή των 36 ατόμων που έχουν εισαχθεί στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ) έως τις 22 Μαρτίου 2019, σύμφωνα με την ημερομηνία που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα



Γράφημα 4

Κατανομή των 36 ατόμων που έχουν εισαχθεί στη Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης (ΜΕΨΥ) έως τις 22 Μαρτίου 2019, σύμφωνα με την ψυχιατρική τους διάγνωση



Πίνακας 1

Χαρακτηριστικά των 36 ατόμων που εισήχθησαν στη ΜΕΨΥ έως τις 22 Μαρτίου 2019, τα οποία κωδικοποιήθηκαν ως ποσοτικές μεταβλητές

	N	Μέση τιμή	95% ΔΕΜ	Διάμεση τιμή	25ο & 75ο ΕΣ	Ελάχιστο & μέγιστο
Ημέρες έως την ολοκλήρωση της ΜΕΨΥ	22	250	(191, 310)			(10, 442)
Ηλικία σε έτη	36			41	(39, 47)	(30, 62)
Mg 1ης ημερήσιας δοσολογίας βουπρενορφίνης	33			2	(1, 6)	(0, 8)
Mg 1ης ημερήσιας δοσολογίας μεθαδόνης	3			20	(20, 25)	(20, 25)
Ημέρες έως την 1η μείωση	31	93	(59, 126)			(0, 319)
Ημέρες έως την 2η μείωση	17	94	(60, 128)			(24, 243)
Ημέρες έως την 3η μείωση	12	67	(52, 83)			(38, 112)
Ημέρες έως την 4η μείωση	7	51	(20, 82)			(20, 100)
Ημέρες έως την 5η μείωση	5	35	(0, 71)			(13, 84)
Αριθμός μειώσεων δοσολογίας	36			1	(0, 3)	(0, 6)
Ημέρες έως τη διακοπή της κάνναβης	32			0	(0, 36)	(0, 177)
Συνολικός αριθμός υποτροπών	36			0	(0, 1)	(0, 4)

ΔΕΜ: Διάστημα Εμπιστοσύνης του Μέσου, ΕΣ: Εκατοστιαίο Σημείο, ΜΕΨΥ: Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, N: Μέγεθος μελετώμενης ομάδας πληθυσμού

Πίνακας 2
*Χαρακτηριστικά των 36 ατόμων που εισήχθησαν στη ΜΕΨΥ
έως τις 22 Μαρτίου 2019, τα οποία κωδικοποιήθηκαν ως διχότομες
και κατηγορικές μεταβλητές*

	Αριθμός περιπτώσεων (n)	Μέγεθος μελετώμενης ομάδας (N)	Ποσοστό (n/N) %
Επιτυχής ολοκλήρωση της ΜΕΨΥ	16	22	72,7%
Πρόσωπο αναφοράς			
A	4	36	11,1%
A & Γ	4		11,1%
B	5		13,9%
B & Δ	4		11,1%
Γ	14		38,9%
Δ	4		11,1%
E	1		2,8%
Φύλο			
Άντρας	27	36	75,0%
Γυναίκα	9		25,0%
Ψυχιατρική συνοσπρότητα	15	36	41,7%
Είδος υποκαταστάτου			
Βουπρενορφίνη	28	36	77,8%
Μεθαδόνη	3		8,3%
Κανένα	5		13,9%

ΜΕΨΥ: Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης

Είναι αξιοσημείωτο ότι το ποσοστό επιτυχούς ολοκλήρωσης του προγράμματος της ΜΕΨΥ μέχρι τις 22 Μαρτίου 2019, ήταν περίπου 73% (16/22) και ότι τα 14 από τα 16 μέλη που ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα, συνέχισαν στη μονάδα της Κοινωνικής Επανάταξης (ΚΕ), όπως δείχνει και το Γράφημα 1. Εάν εξαιρεθεί ο πρώτος μήνας λειτουργίας της ΜΕΨΥ, όπου έγιναν έξι (6) συνολικά εισαγωγές, η είσοδος μελών φαίνεται να γίνεται καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, με ένα μικρό κενό κατά την περίοδο των εορτών της Πρωτοχρονιάς,

του Πάσχα και των καλοκαιρινών διακοπών (Γράφημα 2). Αντίθετα, όπως φαίνεται στο Γράφημα 3, τα μέλη επιλέγουν κυρίως τους μήνες Ιούλιο, Αύγουστο και Σεπτέμβριο για να πραγματοποιήσουν το τελικό βήμα στη διακοπή του υποκατάστατου.

Παρότι δίνεται η δυνατότητα να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα της ΜΕΨΥ σε 12 μήνες, κατά μέσο όρο τα μέλη ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της μονάδας σε περίπου 250 ημέρες (Πίνακας 1). Εξαιρέση αποτελούν τα έξι (6) άτομα που δεν ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα και επέστρεψαν στις δομές προέλευσης. Συγκεκριμένα, για ένα τρίμηνο παρέμειναν στο πρόγραμμα τρία (3) άτομα, για δύο τρίμηνα τέσσερα (4) άτομα, για τρία τρίμηνα τέσσερα (4) άτομα, για τέσσερα τρίμηνα πέντε (5) άτομα και για πέντε τρίμηνα και αφού είχαν πάρει μία μικρή παράταση, έξι (6) άτομα. Μόνο σε μία περίπτωση, μέλος αποχώρησε πριν τους δύο μήνες και επέστρεψε στη 2^η Μονάδα Υποδοχής Άμεσης Πρόσβασης (ΜΥΑΠ) από την οποία προερχόταν.

Όπως παρουσιάζεται στους Πίνακες 1 και 2, η ΜΕΨΥ απευθύνεται σε ένα μεγάλο εύρος ηλικιών (30-62 έτη), τόσο σε άντρες (75%) όσο και σε γυναίκες (15%) και οι οποίοι/-ες μπορεί να βρίσκονται σε θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών με βουπρενορφίνη (78%), με μεθαδόνη (8%) ή ακόμη και να μην λαμβάνουν κανέναν υποκατάστατο (14%). Όσον αφορά στο ψυχιατρικό ιστορικό (Γράφημα 4), σχεδόν ένας στους δύο διαγνώστηκε από τον συνεργαζόμενο ψυχίατρο με κάποια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή και χρειάστηκε να ξεκινήσει, να συνεχίσει ή να τροποποιήσει τη θεραπευτική αγωγή του.

Παρότι δίνεται η δυνατότητα για εισαγωγή στο πρόγραμμα της ΜΕΨΥ σε άτομα με ημερήσια δοσολογία 8mg βουπρενορφίνης και 25mg μεθαδόνης, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1, το 50% είχε αρχική ημερήσια δοσολογία ίση ή μικρότερη των 2mg βουπρενορφίνης. Όσον αφορά στα άτομα που λαμβάνουν μεθαδόνη, οι δύο (2) ξεκίνησαν με δοσολογία 25mg ενώ ο ένας (1) στα 20mg.

Αν εξαιρέσει κανείς τα πέντε (5) άτομα που δεν ελάμβαναν υποκατάστατο, στο διάστημα των δύο πρώτων εβδομάδων μείωσαν τη δοσολογία του υποκατάστατου δύο (2) άτομα, ενώ απ' την άλλη πλευρά, υπήρχε ένα άτομο που επιχείρησε την πρώτη μείωση μετά από 319 ημέρες. Κατά μέσο όρο, όπως δείχνει ο πίνακας 1, τα άτομα πραγματοποίησαν την 1^η μείωση περίπου στις 93 ημέρες, τη 2^η μετά από 94 ημέρες, την 3^η μετά από άλλες 67, την 4^η μετά από επιπλέον 50, την

5^η μετά από άλλες 35 ημέρες, ενώ μόνο 1 άτομο χρειάστηκε και 6^η μείωση δοσολογίας μετά από συνολικά 283 ημέρες.

Από τα 10 άτομα που έκαναν χρήση κάνναβης όταν ξεκίνησαν στη ΜΕΨΥ, μόνο τα δύο (2) δεν κατάφεραν να τη διακόψουν και να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα, ενώ όσον αφορά στις υποτροπές σε όλες τις ουσίες, το 50% των ατόμων δεν είχε καμία υποτροπή και το 75% είχε έως μία (Πίνακας 1).

Αποτελέσματα στατιστικών ελέγχων συσχέτισης

Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 3, το πρόσωπο αναφοράς φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά ($p=0,009$) με την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος και την απεξάρτηση από το ίδιο το υποκατάστατο. Είναι χαρακτηριστικό ότι επτά (7) από τους οκτώ (8) θεραπευόμενους που ανέλαβε αποκλειστικά ο θεραπευτής Γ ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα, όπως επίσης και οι τέσσερις (4) που ανέλαβε προς το τέλος της πορείας τους, όταν χρειάστηκε να αποχωρήσει κάποιος άλλος θεραπευτής.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά ($p=0,012$) ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα και σε όσους δεν τα κατάφεραν, είναι ο αριθμός των μειώσεων στη δοσολογία του υποκατάστατου. Κατά μέσο όρο, όσοι ολοκλήρωσαν με επιτυχία, επιχείρησαν περίπου δύο (2) περισσότερες μειώσεις. Αυτό δεν μπορεί να εξηγηθεί από το συνολικό χρόνο που παρακολούθησαν το πρόγραμμα ή από το πότε ξεκίνησε η πρώτη μείωση ή από την αρχική δοσολογία υποκατάστατου, γιατί αυτές οι μεταβλητές δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων μελέτης ($p=0,975$, $p=0,985$, $p=0,714$ αντίστοιχα).

Τέλος, στατιστικά σημαντικά ($p=0,021$) διέφερε ανάμεσα σε αυτούς που ολοκλήρωσαν με επιτυχία και σε αυτούς που επέστρεψαν στις μονάδες προέλευσης ο συνολικός αριθμός των υποτροπών. Η διάμεση τιμή όσων τα κατάφεραν ήταν μηδέν υποτροπές, ενώ η αντίστοιχη τιμή όσων δεν τα κατάφεραν, ήταν ενάμιση.

Πίνακας 3
Συσχέτιση της επιτυχούς ολοκλήρωσης της ΜΕΨΥ με τις μεταβλητές
των μελετώμενων χαρακτηριστικών των ατόμων

	Επιτυχής ολοκλήρωση της ΜΕΨΥ		N	p-value
	Ναι	Όχι		
Πρόσωπο αναφοράς				
A	100,0%	0,0%	22	0,009 ^a
A & Γ	100,0%	0,0%		
B	20,0%	80,0%		
B & Δ	-	-		
Γ	87,5%	12,5%		
Δ	-	-		
E	0,0%	100,0%		
Φύλο				
Άντρας	70,6%	29,4%	22	>0,999 ^β
Γυναίκα	80,0%	20,0%		
Ψυχιατρική συννοσηρότητα				
Ναι	77,8%	22,2%	22	>0,999 ^β
Όχι	69,2%	30,8%		
Είδος υποκαταστάτου				
Βουπρενορφίνη	73,7%	26,3%	22	>0,999 ^β
Κανένα	66,7%	33,3%		
Ημέρες έως την ολοκλήρωση της ΜΕΨΥ (μέση τιμή)	251,1	248,5	22	0,975 ^γ
Ηλικία σε έτη (μέση τιμή)	41,8	46,1	22	0,184 ^γ
Mg 1ης ημερήσιας δοσολογίας (μέση τιμή)	2,9	2,5	22	0,714 ^γ
Ημέρες έως την 1η μείωση (μέση τιμή)	103,6	102,8	22	0,985 ^γ
Αριθμός μειώσεων δοσολογίας (μέση τιμή)	2,6	0,5	22	0,012 ^γ

Ημέρες έως τη διακοπή της κάνναβης (διάμεση τιμή)	0	144	22	0,203 ^δ
Συνολικός αριθμός υποτροπών (διάμεση τιμή)	0	1,5	22	0,021 ^δ

ΜΕΨΥ: Μονάδα Εντατικής Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης, N: Μέγεθος μελετώμενης ομάδας πληθυσμού, *p-value*: παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας

^α: στατιστικός έλεγχος Pearson's χ^2

^β: στατιστικός έλεγχος Fisher's exact

^γ: στατιστικός έλεγχος Student's *t*

^δ: στατιστικός έλεγχος Mann-Whitney's *U*

Συζήτηση

Το πρόγραμμα της ΜΕΨΥ, ως μεταβατικός χώρος θεραπείας με στόχο την απεξάρτηση φαίνεται ότι αποτελεί πολύ αποτελεσματική στρατηγική για την τελική διακοπή του υποκατάστατου και την πρόληψη της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών. Το ποσοστό επιτυχούς ολοκλήρωσης του προγράμματος μέχρι τις 22 Μαρτίου 2019 ήταν περίπου 73%, το οποίο είναι υψηλό τόσο συγκρινόμενο με δομές θεραπείας υποκατάστασης όσο και με δομές προεπανάταξης (Alders, 2013).

Αυτό το υψηλό ποσοστό πιθανότητα οφείλεται στο γεγονός της εθελοντικής συμμετοχής σε μία δομή με σαφές πλαίσιο, του οποίου κύρια χαρακτηριστικά είναι ο στόχος της απεξάρτησης, η αναγκαία και αδιαπραγμάτευτη συμμετοχή του θεραπευόμενου σε ατομικές και ομαδικές συνεδρίες, η συγκεκριμένη χρονική περίοδος αξιοποίησης του προγράμματος και τα μικρά περιθώρια υποτροπών. Η σαφήνεια του πλαισίου, ωστόσο, δεν το καθιστά άτεγκτο και αδιάλλακτο. Ο ρυθμός μείωσης του υποκατάστατου, η ευελιξία στη συχνότητα των ατομικών συνεδριών [από μία (1) έως και τρεις (3) εβδομαδιαίως], τα ατομικά συμβόλαια που ρυθμίζουν την απόλαυση (με τη λακανική έννοια του όρου) με σεβασμό στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του θεραπευόμενου, αποτελούν παραμέτρους που τον εμπλέκουν αναπόφευκτα στη θεραπευτική διαδικασία και επομένως και στους όρους διακοπής της ουσίας υποκατάστασης. Το πλαίσιο αυτό σε σχέση με τη συναίνεση και το αίτημα του ασθενούς για μετάβαση στο στάδιο της απεξάρτησης, φαίνεται να αποτελούν

τους βασικούς λόγους επιτυχίας του προγράμματος. Είναι, επίσης, αξιοσημείωτο ότι περίπου το 88% των μελών που ολοκλήρωσε με επιτυχία το πρόγραμμα, συνέχισε στη μονάδα της Κοινωνικής Επαγένταξης. Το στοιχείο αυτό δείχνει ότι η ΜΕΨΥ έχει έναν *de facto* προεπανενταξιακό ρόλο.

Εάν εξαιρεθεί ο πρώτος μήνας λειτουργίας της ΜΕΨΥ, όπου έγιναν συγκεντρωμένες αρκετές εισαγωγές, η είσοδος στο πρόγραμμα παρατηρήθηκε ότι γίνεται καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, με ένα μικρό κενό κατά την περίοδο των εορτών της Πρωτοχρονιάς, του Πάσχα και των καλοκαιρινών διακοπών. Το κάθε μέλος φαίνεται να διαλέγει το δικό του προσωπικό χρόνο για να επιχειρήσει το επόμενο βήμα στην πορεία του προς τη διακοπή του φαρμάκου και την κοινωνική επαγένταξη. Αυτό κάνει αναγκαία την ύπαρξη μιας εξειδικευμένης δομής που θα είναι έτοιμη καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου να ανταποκριθεί στα αιτήματα εισαγωγής χωρίς να ματαιώνει το θεραπευτικό αίτημα λόγω φόρτου εργασίας, κορεσμού θέσεων, έλλειψης προσωπικού, χώρων ή υλικοτεχνικής υποδομής.

Αντίθετα, τα μέλη επιλέγουν κυρίως τους μήνες Ιούλιο, Αύγουστο και Σεπτέμβριο για να πραγματοποιήσουν το τελικό βήμα στη διακοπή του υποκατάστατου. Αυτό ίσως συμβαίνει γιατί οι καλοκαιρινοί μήνες συνδυάζονται με άδεια από την εργασία, θαλάσσιο ή ορεινό τουρισμό, ταξίδια κ.α. Μία εξειδικευμένη δομή, όπως η ΜΕΨΥ έχει ως στόχο να υποστηρίξει με ομαδικές και ατομικές συνεδρίες την απόφαση των μελών να πραγματοποιήσουν με επιτυχία το βήμα προς την πλήρη διακοπή του υποκατάστατου καθ' όλη τη διάρκεια του έτους και ιδιαίτερα κατά την περίοδο των καλοκαιρινών μηνών που συνήθως άλλες δομές «υπολειπούν» λόγω καλοκαιρινής άδειας του προσωπικού.

Παρότι δίνεται η δυνατότητα να ολοκληρωθεί το πρόγραμμα της ΜΕΨΥ σε δώδεκα (12) μήνες –ενώ παρέχεται επιπλέον και η δυνατότητα για μία ολιγόμηνη παράταση εάν συντρέχει κάποιος θεραπευτικός ή άλλος σημαντικός λόγος– παρατηρήθηκε ότι τα μέλη ολοκληρώνουν το πρόγραμμα, κατά μέσο όρο, περίπου τέσσερις (4) μήνες νωρίτερα. Αυτό είναι αξιοσημείωτο, δεδομένου ότι αρκετά άτομα βρίσκονταν πριν τη ΜΕΨΥ σε άλλες μονάδες του ΟΚΑΝΑ για πολλά έτη.

Το συμπέρασμα που εξαγεται είναι ότι η ύπαρξη ενός συγκεκριμένου χρονικού ορίζοντα για την ολοκλήρωση του προγράμματος,

διαφαίνεται να κάνει το πρόγραμμα αυτό πιο αποτελεσματικό στην επιτυχή διακοπή του υποκατάστατου σε σχέση με άλλες δομές απεξάρτησης.

Όσον αφορά στα άτομα που παρακολούθησαν το πρόγραμμα της ΜΕΨΥ, στην πλειονότητά τους ήταν άνδρες, όπως παρατηρείται και στα περισσότερα προγράμματα του ΟΚΑΝΑ, είχαν ένα μεγάλο εύρος ηλικιών και βρίσκονταν σε θεραπεία υποκατάστασης οπιοειδών, κυρίως με βουπρενορφίνη. Υπήρχαν όμως και λίγες περιπτώσεις που παρακολούθησαν το πρόγραμμα χωρίς να λαμβάνουν υποκατάστατο. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, η εξατομικευμένη προσέγγιση φαίνεται να είναι πιο κατάλληλη στρατηγική, εφόσον η διαφορετικότητα των περιστατικών συνεπάγεται διαφορετικό χρόνο σε δομές του ΟΚΑΝΑ, διαφορετικό ιατρικό νοσημάτων και διαταραχών, διαφορετικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο αλλά και διαφορετική κοσμοαντίληψη και κουλτούρα. Όσον αφορά συγκεκριμένα στο ψυχιατρικό ιστορικό, είναι χαρακτηριστικό ότι σχεδόν ένας στους δύο διαγνώστηκε από τον συνεργαζόμενο ψυχίατρο με κάποια μείζονα ψυχιατρική διαταραχή και χρειάστηκε να ξεκινήσει, να συνεχίσει ή να τροποποιήσει τη θεραπευτική αγωγή του.

Παρότι δίνεται η δυνατότητα για εισαγωγή στο πρόγραμμα της ΜΕΨΥ με ημερήσια δοσολογία 8mg βουπρενορφίνης, το 50% είχε αρχική ημερήσια δοσολογία ίση ή μικρότερη των 2mg. Μπορεί να υποθέσει κανείς βάσιμα, ότι υπάρχει στις Μονάδες Ολοκληρωμένης Θεραπείας της Εξάρτησης ένας πληθυσμός σε χαμηλή δοσολογία υποκατάστασης, ο οποίος για διάφορους λόγους δεν επιχειρεί τον μηδενισμό της δοσολογίας και την απεξάρτηση από το υποκατάστατο. Στόχος της ΜΕΨΥ είναι να υποστηρίξει την προσπάθεια αυτού του πληθυσμού να απεξαρτηθεί σωματικά και ψυχολογικά από τη θεραπεία υποκατάστασης και να προχωρήσει στην ΚΕ και τελικά στη ζωή έξω από τις δομές και τις υπηρεσίες του ΟΚΑΝΑ.

Παρότι τα περισσότερα άτομα ξεκίνησαν με ήδη χαμηλή δοσολογία χορήγησης, είναι αξιοπρόσεκτο ότι η πλειονότητα πραγματοποιήσει περισσότερες από μία μειώσεις της δοσολογίας του υποκατάστατου κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους στη ΜΕΨΥ. Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν για άλλη μία φορά ότι το κάθε άτομο ακολουθεί το δικό του ρυθμό μέσα στο δεδομένο χρονικό πλαίσιο του ενός έτους. Συνεπώς, μία εξατομικευμένη προσέγγιση φαίνεται πιο ορθολογική για την υποστήριξη της απεξάρτησης του κάθε ατόμου.

Όσον αφορά στην κάνναβη, μόνο το 20% όσων ξεκίνησαν τη ΜΕΨΥ και έκαναν χρήση δεν κατάφερε να τη διακόψει και να ολοκληρώσει το πρόγραμμα. Τα άτομα αυτά, όμως, δεν εξέφρασαν την επιθυμία να τη διακόψουν, δεν το προσπάθησαν, ενώ δεν παρακολούθησαν και την αντίστοιχη ομάδα διακοπής της κάνναβης.

Στις περιπτώσεις που το άτομο ξεκίνησε να παρακολουθεί το πρόγραμμα, ενώ έκανε κάνναβη, δεν υπολογίστηκε η χρήση αυτή σαν υποτροπή για την παρούσα μελέτη. Όπως, επίσης, δεν υπολογίστηκε ως υποτροπή η χρήση βενζοδιαζεπινών μετά από συνταγογράφηση σε ένα άτομο με διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή και ιστορικό νοσηλείων σε ψυχιατρική κλινική. Όλες οι άλλες περιπτώσεις υπολογίστηκαν ως υποτροπές. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, το 75% είχε μία ή καμία υποτροπές σε όλες τις ουσίες.

Παρότι το μέγεθος του μελετώμενου πληθυσμού ήταν σχετικά μικρό, η χρησιμοποίηση ποσοτικών μεταβλητών και ορθολογικών κατηγοριοποιήσεων στις διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές επέτρεψε να αναδειχθούν ορισμένες στατιστικές συσχετίσεις οι οποίες έχουν πολύ μικρή πιθανότητα (p -value) να οφείλονται στην τύχη.

Το πρώτο ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι το πρόσωπο αναφοράς φαίνεται να σχετίζεται με την επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος και την απεξάρτηση από το ίδιο το υποκατάστατο. Είναι χαρακτηριστικό ότι το πρόσωπο αναφοράς που ανέλαβε τα περισσότερα περιστατικά, είχε και το μεγαλύτερο ποσοστό περιπτώσεων που ολοκλήρωσαν επιτυχώς το πρόγραμμα. Η σχεδόν 100% αποτελεσματικότητα αυτή ίσως συνδέεται με το γεγονός ότι ο θεραπευτής αυτός είναι ο μόνος που συνεχίζει στη ΜΕΨΥ από την αρχή της λειτουργίας της. Είναι αρκετά τεκμηριωμένο στη βιβλιογραφία ότι ένας από τους πιο ισχυρούς προσδιοριστές για την επιτυχή πορεία των μελών σε προγράμματα απεξάρτησης και μείωσης της βλάβης, είναι το σταθερό πλαίσιο και περιβάλλον λειτουργίας του προγράμματος (Alders, 2013). Εάν αυτό δε μπορεί να εξασφαλιστεί τότε κάθε προσπάθεια για συγκράτηση των μελών και επιτυχή ολοκλήρωση των προγραμμάτων μπορεί να υποβαθμιστεί.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά ανάμεσα σε όσους ολοκλήρωσαν με επιτυχία το πρόγραμμα και σε όσους δεν τα κατάφεραν είναι ο αριθμός των μειώσεων στη δοσολογία του υποκατάστατου. Αυτό το εύρημα δεν μπορεί να εξηγηθεί από το συνολικό χρόνο που τα άτομα παρακολούθησαν το πρόγραμμα

ή από το πότε ξεκίνησαν την πρώτη μείωση ή από την αρχική δοσολογία υποκατάστατου, γιατί αυτές οι μεταβλητές δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων μελέτης. Φαίνεται ότι όσοι τα κατάφεραν προτίμησαν να κάνουν πολλές μικρές μειώσεις παρά λίγες μεγάλες. Η κατάτμηση ενός δύσκολου στόχου σε επιμέρους ευκολότερα σκαλοπάτια είναι μία ορθολογική στρατηγική επίλυσης προβλημάτων που συχνά φέρνει αποτέλεσμα σε πολλούς τομείς της ζωής.

Τέλος, στατιστικά σημαντικά διέφερε ανάμεσα σε αυτούς που ολοκλήρωσαν με επιτυχία και σε αυτούς που επέστρεψαν στις μονάδες προέλευσης, ο συνολικός αριθμός των υποτροπών. Αυτό, όμως, είναι κάτι αναμενόμενο και συνηγορεί στην εγκυρότητα της μελέτης παρά τον μικρό μελετώμενο πληθυσμό. Σύμφωνα με το πλαίσιο λειτουργίας της ΜΕΨΥ και το θεραπευτικό συμβόλαιο που αποδέχονται κατά την εισαγωγή, κάποιος που μπαίνει σε αλληπάλληλες φάσεις υποτροπών, επιστρέφει στη μονάδα προέλευσης και μπορεί να επιχειρήσει μία νέα προσπάθεια διακοπής της παράλληλης χρήσης και της χορήγησης υποκατάστατου σε μεταγενέστερο χρόνο.

Περιορισμοί της έρευνας

Ο πιλοτικός χαρακτήρας της μελέτης αλλά και το μικρό μέγεθος του μελετώμενου πληθυσμού λόγω της φύσης της ΜΕΨΥ (εθελοντικός χαρακτήρας προσέλευσης των μελών, παραπομπές από τις άλλες μονάδες του ΟΚΑΝΑ και μη ύπαρξη άλλης δομής στην Ελλάδα με τα ίδια χαρακτηριστικά) περιόρισε τη μελέτη περισσότερων και πιο σύνθετων μεταβλητών που μπορεί να εμπλέκονται στην επιτυχή ολοκλήρωση του προγράμματος, όπως τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής προσέγγισης, το προφίλ των θεραπειών, το αίτημα των θεραπευομένων, η ικανότητα διαχείρισης του άγχους, η ψυχική ανθεκτικότητα κ.ά.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσσον

Σπάρος, Λ., Γαλάνης, Π., Ζάχος, Ι. και Τσιλίδης, Κ. (2004). *Επιδημιολογία Ι*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Ξενόγλωσση

- Adelman, S. A. (1985). Pills as transitional objects: A dynamic understanding of the use of medication in psychotherapy. *Psychiatry*, 48, pp. 246-253.
- Alderks, C.E. (2013). *Trends in the use of methadone and buprenorphine at substance abuse treatment facilities: 2003 to 2011. The CBHSQ Report*. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of Psychiatry* (8th ed.). Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins
- Marsch, L. A. (1998). The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: A meta-analysis. *Addiction*, 93, pp. 515-532.
- McLellan, A. T., Arndt, I. O., Metzger, D. S., Woody, G. E. and O'Brien, C. P. (1993). The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269, pp. 1953-1959.
- Potik, D., Adelson, M. and Schreiber, S. (2007). Drug addiction from a psychodynamic perspective: methadone maintenance treatment (MMT) as transitional phenomena. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80 (2), pp. 311-325.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. and O'Brien, C. P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: A validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1302-1308.
- Schlierf, C. (1983). Transitional objects and object relationship in a case of anxiety neurosis. *International Review of Psychoanalysis*, 10, pp. 319-332.
- Sees, K. L., DeLucchi, K. L., Masson, C., Rosen, P., Clark, H. W., Robillard, H., et al. (2000). Methadone maintenance vs. 180-day psychosocially enriched detoxification for treatment of opioid dependence. *Journal of the American Medical Association*, 283, pp. 1303-1310.
- Carroll, K. M. (1997). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve drug abuse outcomes. *Addictive Behaviors*, 22, pp. 233-245.
- Hausner, R. S. (1985). Medication and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 11, pp. 375-398.
- Winnicott, D. W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, pp. 89-97.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of parent-child relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, pp. 585-595.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.