

Αποτελεσματικότητα προγράμματος απεξάρτησης αλκοολικών, εσωτερικής παραμονής, με ναλτρεξόνη, τα έτη 1997-2010

ΕΙΡΗΝΗ ΣΕΓΡΕΔΟΥ¹, ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΙΟΣΤΕΡΑΚΗΣ², ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΤΣΙΟΥΓΚΡΗ³, ΜΑΡΚΟΣ ΠΕΤΑΛΩΤΗΣ⁴, ΒΑΡΒΑΡΑ ΜΟΥΧΤΟΥΡΗ⁴, ΒΑΓΓΕΛΗΣ ΠΟΥΛΗΣ⁵, ΣΠΥΡΙΔΩΝ ΜΠΑΡΑΣ², ΑΝΤΩΝΗΣ ΛΥΜΝΙΟΥΔΗΣ², ΦΟΙΒΟΣ ΤΣΑΚΙΡΗΣ⁶.

Περίληψη

Η μελέτη αυτή έχει ως σκοπό να παρουσιάσει τα αποτελέσματα του προγράμματος απεξάρτησης αλκοολικών, εσωτερικής παραμονής, 3μηνης διάρκειας, με χρήση ναλτρεξόνης, του Ψ.Ν.Α. κατά τα έτη 1997-2010. Εξετάζεται σε τι ποσοστό παραμένουν σε αποχή από το αλκοόλ έως σήμερα, οι νοσηλεύόμενοι που ολοκλήρωσαν το παραπάνω πρόγραμμα τα έτη αυτά. Επίσης εξετάζονται τα δημογραφικά και τα κλινικά στοιχεία των ασθενών αυτών.

Πρόκειται για 859 ασθενείς, εκ των οποίων οι 542 κατάφεραν να ολοκληρώσουν την φάση ψυχολογικής απεξάρτησης του κλειστού προγράμματος (317 είτε διέκοψαν είτε απομακρύνθηκαν με πρόταση της θεραπευτικής ομάδας). Από τους 859 συλλέχθηκαν πληροφορίες για τους 339 (οι υπόλοιποι δεν βρέθηκαν), ενώ 4 αρνήθηκαν να απαντήσουν.

Βρέθηκε πως η ολοκλήρωση της κλειστής φάσης εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα μικρότερα ποσοστά υποτροπής στο μέλλον ($p=0,004$), τα μικρότερα ποσοστά θανάτου στο μέλλον ($p=0,007$), το επίπεδο εκπαίδευσης, με μεγαλύτερη πιθανότητα ολοκλήρωσης από ασθενείς δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ($p=0,0005$), την οικογενειακή κατάσταση με τους έγγαμους να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες ($p=0,045$), την ύπαρξη παιδιών, με τους έχοντες παιδιά να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες ($p=0,015$). Όσον αφορά στις υποτροπές των ασθενών της μελέτης, το 53.95 – 55.77% των ασθενών που ολοκλήρωσαν την επανένταξη και το 46.31 – 50% των ασθενών που ολοκλήρωσαν

μόνο τη κλειστή φάση, παραμένουν χωρίς υποτροπή.

Συννοσηρότητα του χρόνιου αλκοολισμού και των ψυχιατρικών διαταραχών, στο δείγμα ασθενών της παρούσας μελέτης, βρέθηκε σε ποσοστό 50,78%. Πιο συγκεκριμένα, ψυχωτική διαταραχή εμφάνισε το 5,04%, διπολική διαταραχή το 3,15%, μονοπολική κατάθλιψη το 21.76% και χρήση ουσιών το 11,98%.

Λέξεις κλειδιά: κατάχρηση/ εξάρτηση οιοπνεύματος, χρόνιος αλκοολισμός, προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ, ναλτρεξόνη

Εκτενής περίληψη

Δεδομένου των κλινικών και κοινωνικών προβλημάτων από την εξάρτηση από το αλκοόλ σε παγκόσμια κλίμακα, υπάρχει μεγάλη ανάγκη για διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων απεξάρτησης από το αλκοόλ.

Το πρόγραμμα απεξάρτησης αλκοολικών εσωτερικής παραμονής, βραχείας διάρκειας, του Ψ.Ν.Α., προτείνει μία θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ λαμβάνοντας υπόψη τόσο ψυχικές όσο και σωματικές παραμέτρους. Χορηγείται ναλτρεξόνη σε δόση 50 mg ημερησίως. Διαθέτει ένα Συμβουλευτικό Σταθμό, που λειτουργεί σε εξωνοσοκομειακή βάση και το κλειστό του τμήμα που είναι μέσα στον χώρο του ΨΝΑ, στεγαζόμενο σε ανεξάρτητο κτήριο. Η διάρκεια νοσηλείας είναι τρεις μήνες και η εισαγωγή γίνεται μόνο εκουσίως. Ακολουθεί τρίμηνης διάρκειας κοινωνική επανένταξη των ατόμων και γίνεται σε εξωτερική βάση, στον Συμβουλευτικό Σταθμό.

Η μελέτη αυτή έχει ως σκοπό να παρουσιάσει τα αποτελέσματα του προγράμματος απεξάρτησης αλκοολικών, εσωτερικής παραμονής, βραχείας διάρ-

1 Ψυχίατρος, επιμ. Α', ΨΝΑ

2. Ιδιώτης ψυχίατρος

3. Ψυχολόγος

4. Νοσηλεύτης

5. Ψυχοθεραπευτής

6. Διευθυντής Μονάδας Αλκοολικών, Υπεύθυνος Μονάδας Συμπεριφοράς Ψ.Ν.Α.

κειας, με χρήση ναλτρεξόνης, του Ψ.Ν.Α. κατά τα έτη 1997-2010. Εξετάζεται σε τι ποσοστό παραμένουν σε αποχή από το αλκοόλ έως σήμερα, οι νοσηλεύμενοι που ολοκλήρωσαν το παραπάνω πρόγραμμα τα έτη αυτά. Επίσης εξετάζονται τα δημογραφικά και τα κλινικά στοιχεία των ασθενών που παρακολούθησαν το πρόγραμμα απεξάρτησης (φύλο, ύπαρξη εργασίας, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, συννοσηρότητα με παθολογική νόσο ή με άλλη ψυχιατρική διαταραχή).

Η έρευνα στηρίχτηκε στην συλλογή πληροφοριών για τους θεραπευόμενους του προγράμματος, που είτε ολοκλήρωσαν είτε δεν ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα τα έτη 1997-2010. Πρόκειται για 859 ασθενείς, εκ των οποίων οι 542 κατάφεραν να ολοκληρώσουν την φάση ψυχολογικής απεξάρτησης του κλειστού προγράμματος (317 είτε διέκοψαν είτε απομακρύνθηκαν με πρόταση της θεραπευτικής ομάδας). Από τους 859 συλλέχθηκαν πληροφορίες για τους 339 (οι υπόλοιποι δεν βρέθηκαν), ενώ 4 αρνήθηκαν να απαντήσουν.

Βρέθηκε πως το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, ο έγγαμος βίος και η ύπαρξη τέκνων συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ολοκλήρωση του κλειστού προγράμματος (αντίστοιχα $p=0,0005$, $p=0.045$, $p=0.015$). Επίσης η ηλικία εμφάνιζε τάση προς συσχέτιση με την ολοκλήρωση του προγράμματος επανένταξης (στατιστική σημαντικότητα $p=0.087$), με την ηλικιακή ομάδα άνω των 50 να τείνει σε μεγαλύτερα ποσοστά να ολοκληρώνει την φάση επανένταξης.

Το ποσοστό θανάτου στο δείγμα της μελέτης ανέρχεται στο 16.70%. Από αυτούς που απεβίωσαν το 64% είχε ολοκληρώσει το κλειστό πρόγραμμα, ενώ από αυτούς που είναι εν ζωή το 81%. Επιπλέον εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση η ολοκλήρωση του κλειστού προγράμματος με τα μικρότερα ποσοστά θανάτου στο μέλλον ($p=0,007$)

Όσον αφορά τη συννοσηρότητα του χρόνιου αλκοολισμού και των ψυχιατρικών διαταραχών στο δείγμα ασθενών της παρούσας μελέτης βρέθηκε συννοσηρότητα σε ποσοστό 50,78%. Πιο συγκεκριμένα, ψυχωτική διαταραχή εμφάνισε το 5,04%, διπολική διαταραχή το 3,15%, μονοπολική κατάθλιψη το 21.76% και χρήση ουσιών το 11,98%.

Το 53.95 – 55.77% των ασθενών που ολοκλήρωσαν την επανένταξη και το 46.31 – 50% των ασθενών που ολοκλήρωσαν το κλειστό παραμένουν χωρίς υποτροπή όσον αφορά τη χρήση αλκοόλ.

Εισαγωγή

Η εξάρτηση από το αλκοόλ είναι ένα φαινόμενο πολυσύνθετο και πολυπαραγοντικό που έχει να κάνει με αλληλεπίδραση τόσο ατομικών παραγόντων (βιολογικών, ψυχολογικών, ψυχιατρικών) όσο και περιβαλλοντικών (ενδο-οικογενειακές σχέσεις, πολιτισμικές συνήθειες).

Η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ συμβάλλουν σημαντικά σε παγκόσμιο επίπεδο στην πρόκληση ασθενειών και αποτελούν τον πέμπτο σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου πρόωρων θανάτων και αναπηριών στον κόσμο (WHO 2007). Το αλκοόλ είναι υπεύθυνο για την πρόκληση πάνω από 60 τύπων ασθενειών και βλαβών, ενώ μόνο οι νευροψυχιατρικές διαταραχές που συνδέονται με το αλκοόλ αφορούν πάνω από το 1/3 (34%) της επιβάρυνσης από τα συνδεδεμένα με το αλκοόλ νοσήματα και αναπηρίες (WHO 2009). Το 2005, εκτιμάται ότι το 5,4% όλων των ανδρών και το 1,5% όλων των γυναικών, ηλικίας 18 έως 64 ετών, στην ΕΕ, υπέφερε από την εξάρτηση από το αλκοόλ. (Rehm et al.¹)

Στον ελληνικό πληθυσμό, το 12,2% αναφέρει τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης τον τελευταίο χρόνο. (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2010). Επιπλέον, η εβδομαδιαία χρήση των οινοπνευματωδών στους 15χρονους Έλληνες μαθητές έχει αυξηθεί σημαντικά το 2010 (35,3%) σε σύγκριση με το 2006 (27,6%). (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Το 41,4% των ατόμων που εντάχθηκαν σε θεραπεία το 2012 ανέφεραν ότι έχουν αντιμετωπίσει κάποιο σοβαρό πρόβλημα ψυχικής ή σωματικής υγείας. (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2013).

Στον ελλαδικό χώρο υπάρχουν (I) Επτά προγράμματα εξωτερικής παραμονής: (α) Διετές Εξωτερικό Πρόγραμμα Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής (ΨΝΑ), (β) Εξωτερικό θεραπευτικό Πρόγραμμα Ημερήσιας Νοσηλείας, 'ΔΑΝΑΗ' (ΨΝΑ) (γ) Θεραπευτικό Πρόγραμμα ΑΘΗΝΑ, Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και ΟΚΑΝΑ, (δ) Συμβουλευτικός Θεραπευτικός Σταθμός, Μονάδα Απεξάρτησης από αλκοόλ, φάρμακα και τυχερά παιχνίδια, ΨΝΘ, (ε) Ανοιχτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο ΜΕΘΕΞΙΣ, Μονάδα Απεξάρτησης από αλκοόλ, φάρμακα και τυχερά παιχνίδια, ΨΝΘ, (στ) Θεραπευτικό Πρόγραμμα Απεξάρτησης από το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια ΑΛΦΑ (ΚΕΘΕΑ) (ζ) Συμβουλευτικό Κέντρο Θράκης του Θεραπευτικού Προγράμματος για τα ναρκωτικά ΚΙΒΩΤΟΣ (ΚΕΘΕΑ) και (II) Δύο προγράμματα εσωτερικής διαμονής: (α) Θεραπευτική Κοινότητα Απεξάρτησης Αλκοολικών,

Μονάδα Ψυχολογικής Απεξάρτησης από το αλκοόλ 18 ΑΝΩ (ΨΝΑ), (β) Πρόγραμμα Βραχείας παραμονής για την Απεξάρτησης από το αλκοόλ με χρήση ναλτρεξόνης, 10^ο Αλκοολικών (ΨΝΑ). Το 2010, συνολικά 1.389 εξαρτημένα από τα οιοπνευματώδη άτομα παρακολούθησαν τα ανωτέρω θεραπευτικά προγράμματα, με συνεχιζόμενη αύξηση στον αριθμό των εισαγωγών τους στην κυρίως θεραπευτική φάση τους, τα τρία τελευταία έτη (2010, 2009, 2008). (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2011). Κατά το 2012, συνολικά 1.348 άτομα παρακολούθησαν τα συμβουλευτικά κέντρα απεξάρτησης αλκοολικών, η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων προσήλθε (92,4%) στο κέντρο της Μονάδας Απεξάρτησης Αλκοολικών (ΨΝΑ). (Ετήσια Έκθεση ΕΚΤΕΠΝ, 2013).

Είναι ενδιαφέρουσα η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων απεξάρτησης από το αλκοόλ, μιας και υποστηρίζονται ποικίλοι τρόποι παρέμβασης (θεραπευτικές κοινότητες, συμπεριφορικές-γνωσιακές παρεμβάσεις, ειδική φαρμακευτική αγωγή, ανοιχτά προγράμματα, κέντρα ημέρας κ.ά.).

Μια μελέτη του κλειστού προγράμματος απεξάρτησης αλκοολικών 18Ανω (όπου η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία είναι διάρκειας τουλάχιστον 8 μηνών) έδειξε πως την περίοδο 1996-2008 νοσηλεύτηκαν στο πρόγραμμα 486 ασθενείς εκ των οποίων 87 (17,9%) το ολοκλήρωσαν με επιτυχία. Από τους 87 αυτούς ασθενείς 49 (56,3%) παραμένουν σε αποχή από την ολοκλήρωση του προγράμματος έως σήμερα για ένα μέσο διάστημα 5 ετών (SD=3.4 έτη). Ο αριθμός των υποτροπών μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος ήταν 5,5 (SD=2,8), με μέση διάρκεια 5.5 μηνών (SD=4.5 μήνες). (Μητσήνης και συν.²).

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό την παρουσίαση των αποτελεσμάτων του μοναδικού προγράμματος εσωτερικής παραμονής απεξάρτησης αλκοολικών, βραχείας διάρκειας με χρήση ναλτρεξόνης, στον ελλαδικό χώρο, του Ψ.Ν.Α., κατά τα έτη 1997-2010.

Παρουσίαση προγράμματος απεξάρτησης αλκοολικών εσωτερικής παραμονής, βραχείας διάρκειας, του Ψ.Ν.Α.

Το πρόγραμμα προτείνει μία θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ λαμβάνοντας υπόψη τόσο ψυχικές όσο και σωματικές παραμέτρους. Χορηγείται ναλτρεξόνη σε δόση 50 mg ημερησίως. Διαθέτει ένα Συμβουλευτικό Σταθμό, που λειτουργεί σε εξωνοσοκομειακή βάση και το κλειστό του τμήμα που είναι μέσα στον χώρο του ΨΝΑ, στεγαζόμενο σε ανεξάρτητο κτήριο. Η διάρκεια νοσηλείας

είναι τρεις μήνες και η εισαγωγή γίνεται μόνο εκουσίως και σε ομαδική βάση, ανά ενάμισι μήνα.

Ο θεραπευόμενος περνάει την φάση σωματικής απεξάρτησης, ως εξωτερικός ασθενής, παρακολουθούμενος ιατρικά και ψυχοθεραπευτικά, και λαμβάνοντας φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση τυχόν στερητικού συνδρόμου και για την όποια συνυπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή. Ο έλεγχος της αποχής γίνεται με αλκοτέστ και τοξικολογική εξέταση ούρων.

Κατά την διάρκεια της παραμονής στο κλειστό τμήμα οι θεραπευόμενοι δεν έχουν καμία επικοινωνία με το οικογενειακό τους περιβάλλον. Χορηγείται ναλτρεξόνη εφόσον η ηπατική λειτουργία είναι φυσιολογική και η λήψη της διαρκεί για 12 μήνες, με έλεγχο των ηπατικών ενζύμων ανά δίμηνο. Το καθημερινό πρόγραμμα καθορίζει τις δραστηριότητες και τις υπευθυνότητες των θεραπευομένων. Χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός θεραπευτικών προσεγγίσεων: υποστηρικτική ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, δραματοθεραπεία και εργοθεραπεία.

Η τρίτη φάση του προγράμματος αφορά στην κοινωνική επανένταξη των ατόμων και γίνεται σε εξωτερική βάση, στον Συμβουλευτικό Σταθμό. Η χρονική της διάρκεια είναι τρεις μήνες και πραγματοποιούνται εβδομαδιαίες ομαδικές και ατομικές συνεδρίες.

Ναλτρεξόνη

Η ναλτρεξόνη είναι ένας ανταγωνιστής των οπιοειδών και ενδείκνυται σαν συμπληρωματική φαρμακευτική αγωγή στα προγράμματα απεξάρτησης από το αλκοόλ. Αναστέλλει τις ενέργειες των ενδογενών οπιοειδών (ενδορφίνες, εγκεφαλίνες), που πιστεύεται πως ελευθερώνονται, όταν γίνεται μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ. Θεωρείται ότι διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων όσον αφορά την αντίδραση στο στρες (Besirli et al.³).

Μειώνει την επιθυμία (craving) για αλκοόλ, ελατώνοντας την παραγωγή αλκοόλ-επαγώμενης ντοπαμίνης στην κοιλιακή μοίρα του ραβδωτού σώματος (ventral striatum) (Myrick et al.³). Μετα-αναλύσεις υποστηρίζουν ότι η από του στόματος χορήγηση ναλτρεξόνης είναι αποτελεσματική στην μείωση υποτροπών στους βαρείς πότες, (Maisel et al.⁵, Garbutt⁶), αλλά λιγότερο αποτελεσματική στην ενίσχυση της αποχής. Παρά του ότι η ναλτρεξόνη φαίνεται να έχει αποτελεσματικότητα στην αποχή από το αλκοόλ, το παραγόμενο αποτέλεσμα (effect size) είναι μέτριο, με εμβέλεια .15 έως .2 (Garbutt⁶).

Η μελέτη COMBINE, έδειξε ότι οι ασθενείς που έλαβαν φαρμακευτική αγωγή με ναλτρεξόνη, συμπεριφερολογική προσέγγιση (CBI) ή και τα δύο είχαν καλύτερα αποτελέσματα. Κανένας συνδυασμός φαρμάκων δεν ήταν πιο αποτελεσματικός απ' ό,τι η ναλτρεξόνη ή η CBI μόνη της. Εστίαση πάνω στο φύλο των πασχόντων έδειξε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ανταπόκριση στην ναλτρεξόνη (Greenfield et al.⁷)

Σε μελέτη ανασκόπησης σε εργασίες με βάση οργανωμένα ψυχοθεραπευτικά μοντέλα, οι υποτροπές μεταξύ θεραπευομένων που ελάμβαναν ναλτρεξόνη και αυτών που ελάμβαναν placebo ήταν ίδιες. Σε αντίθεση, μελέτες που χρησιμοποιούσαν τη συνήθη ψυχοθεραπεία, οι υποτροπές ήταν χαμηλότερες στην ομάδα ναλτρεξόνης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. (Agosti et al.⁸, Jarosz et al.⁹)

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός: Στην μελέτη αυτή θέλουμε να διερευνήσουμε την αποτελεσματικότητα του προγράμματος απεξάρτησης αλκοολικών, εσωτερικής παραμονής, βραχείας διάρκειας, του Ψ.Ν.Α. κατά τα έτη 1997-2010. Διερευνάται, δηλαδή, το ποσοστό των ατόμων που παραμένουν σε αποχή από το αλκοόλ από τους νοσηλευόμενους που ολοκλήρωσαν το παραπάνω πρόγραμμα τα έτη αυτά. Επίσης εξετάζονται τα δημογραφικά και τα κλινικά στοιχεία των ασθενών που παρακολούθησαν το πρόγραμμα απεξάρτησης.

Χαρακτηριστικά του δείγματος

Η έρευνα στηρίχτηκε στην συλλογή πληροφοριών για τους θεραπευόμενους του προγράμματος, που είτε ολοκλήρωσαν είτε δεν ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα, από τις 29/7/1997 (έτος έναρξης του προγράμματος) έως 31/12/2010. Πρόκειται για 859 ασθενείς, εκ των οποίων οι 542 κατάφεραν να ολοκληρώσουν την φάση ψυχολογικής απεξάρτησης του κλειστού προγράμματος (317 είτε διέκοψαν είτε απομακρύνθηκαν με πρόταση της θεραπευτικής ομάδας). Από τους 859 συλλέχθηκαν πληροφορίες για τους 339 (οι υπόλοιποι δεν βρέθηκαν), ενώ 4 αρνήθηκαν να απαντήσουν.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων.

Η συλλογή πληροφοριών έγινε τηλεφωνικά. Τέσσερις εργαζόμενοι του προγράμματος μοιράστηκαν, με τυχαία σειρά, τα ονόματα και τηλέφωνα των

νοσηλευθέντων στο πρόγραμμα. Έγινε προσπάθεια η επικοινωνία να γίνει με τους ίδιους, αλλά όπου αυτό δεν ήταν εφικτό, έγινε με συγγενή τους. Το ότι η τηλεφωνική επικοινωνία πραγματοποιήθηκε από θεραπευτές του προγράμματος, βοήθησε, τουλάχιστον στις περισσότερες των περιπτώσεων, στο να υπάρχει οικειότητα στην επικοινωνία, στη διευκόλυνση της συλλογής των στοιχείων και στην αξιοπιστία τους.

Εργασία

Μέσα από την τηλεφωνική επικοινωνία συμπληρώθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο στο οποίο καταγράφονταν τόσο δημογραφικά όσο και κλινικά στοιχεία. Πιο συγκεκριμένα: το φύλο, η ηλικία, ο τόπος κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, τα τέκνα, η ύπαρξη εργασίας, η ολοκλήρωση ή όχι του κλειστού προγράμματος και της επανένταξης, η ύπαρξη σωματικού νοσήματος (κατά τη συνέντευξη), τον τύπο σωματικού νοσήματος, η ύπαρξη συννοσηρότητας με άλλη ψυχιατρική διαταραχή ή/και χρήση ουσιών, η ύπαρξη νοσηλειών, υποτροπών και σε τι (αλκοόλ/ναρκωτικές ουσίες), η διάρκεια των υποτροπών, η παρακολούθηση άλλου προγράμματος ή άλλης θεραπείας, η ύπαρξη θανάτου, η φύση του πληροφοριοδότη (ο ίδιος ή συγγενής) και η αξιοπιστία του.

Στατιστική επεξεργασία.

Η στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τις μελετώμενες κατηγορικές μεταβλητές είναι η δοκιμασία χ^2 , με την εφαρμογή του Fisher's exact test για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $p=0,05$.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Ως προς τα ηλικιακά χαρακτηριστικά, οι ασθενείς ήταν κατά 54,5% μικρότεροι των 50 ετών και 45,5% μεγαλύτεροι των 50 ετών.

Ως προς τον τόπο προέλευσης, από την Αττική ήταν ποσοστό 66,4% και από την επαρχία 33,6%.

Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, οι ασθενείς ήταν απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης σε ποσοστό 40,5%, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε ποσοστό 43,5% και τριτοβάθμιας/πανεπιστημιακής εκπαί-

δευσης σε ποσοστό 16%.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, ήταν άγαμοι 37,3% και έγγαμοι 62,7%.

Ως προς την ύπαρξη τέκνων, οι ασθενείς είχαν παιδιά σε ποσοστό 64,4% και ήταν άτεκνοι σε ποσοστό 35,6%.

Ως προς την απασχόληση, εργαζόμενοι ήταν 41% και άνεργοι 59%. (Πίνακας 1)

Κλινικά Χαρακτηριστικά των ασθενών αναφορικά με τη σωματική και τη ψυχιατρική συννοσηρότητα

Κατά τη συνέντευξη αναφέρθηκε η ύπαρξη κάποιων σωματικής συννοσηρότητας σε ποσοστό 32,2%. Τα σωματικά προβλήματα ήταν: Ηπατικά 15,7%, γαστρεντερικά 6,5%, νευρολογικά 8,3%, νεοπλασματικά 19,4%, λοιπά 50%.

Το 35,5% ανέφερε νοσηλείες για σωματικά προβλήματα.

Στο 16,7% των περιπτώσεων αναφέρθηκε από τα συγγενικά πρόσωπα ο θάνατος του ασθενούς.

Όσον αφορά τη συννοσηρότητα με άλλη ψυχιατρική διαταραχή, οι ασθενείς του δείγματος παρουσίασαν συννοσηρότητα σε ποσοστό 50,78%. Πιο συγκεκριμένα, ψυχωτική διαταραχή εμφάνισε το 5,04%, διπολική διαταραχή το 3,15%, μονοπολική κατάθλιψη το 21,76% και χρήση ουσιών το 11,98%.

Μόνο το 10% είχε αποταθεί σε κάποιο άλλο πρόγραμμα απεξάρτησης. (Πίνακας 2)

Στατιστικά σημαντικά ευρήματα

1. Ολοκλήρωση του προγράμματος επανένταξης

Εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά των ασθενών που είχαν ολοκληρώσει το πρόγραμμα επανένταξης (Πίνακας 3), βρέθηκε πως η επίτευξη αυτού του ορόσημου εμφάνιζε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με:

- Χαμηλότερα ποσοστά υποτροπής στο μέλλον ($p=1,01 * 10^{-8}$),

- Χαμηλότερα ποσοστά νοσηλείας για σωματικά αίτια στο μέλλον ($p=0,001$)

- Η ηλικία εμφάνιζε τάση προς συσχέτιση με την ολοκλήρωση του προγράμματος επανένταξης (στατιστική σημαντικότητα $p=0,087$), με την ηλικιακή ομάδα άνω των 50 να τείνει σε μεγαλύτερα ποσοστά να ολοκληρώνει την φάση επανένταξης.

- Η οικογενειακή κατάσταση εμφάνιζε τάση προς συσχέτιση με την ολοκλήρωση του προγράμματος επανένταξης (στατιστική σημαντικότητα $p=0,062$), με τους έγγαμους να τείνουν να έχουν

μεγαλύτερα ποσοστά ολοκλήρωσης στην φάση επανένταξης.

- Ο βραχύτερος χρόνος διάρκειας της υποτροπής εμφάνισε την τάση να συσχετίζεται με την ολοκλήρωση της φάσης επανένταξης (τάση προς στατιστική σημαντικότητα $p=0,057$), με συχνότερη την διάρκεια υποτροπών για λιγότερο από 6 μήνες.

2. Ολοκλήρωση του κλειστού προγράμματος

Εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά των ασθενών που είχαν ολοκληρώσει μόνο το κλειστό πρόγραμμα (Πίνακας 4), βρέθηκε πως η επίτευξη αυτού του ορόσημου εμφάνιζε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με:

- Τα μικρότερα ποσοστά υποτροπής στο μέλλον ($p=0,004$)

- Τα μικρότερα ποσοστά θανάτου στο μέλλον ($p=0,007$)

-το επίπεδο εκπαίδευσης, με μεγαλύτερη πιθανότητα ολοκλήρωσης του κλειστού προγράμματος από ασθενείς με δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση $p=0,0005$

Όπως επίσης:

- την οικογενειακή κατάσταση με τους έγγαμους να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες ($p=0,045$)

- την ύπαρξη παιδιών, με τους έχοντες παιδιά να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες ($p=0,015$)

- την ύπαρξη εργασίας, με τους ανέργους να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες ($p=0,013$), και τέλος

-την χρονική περίοδο της νοσηλείας, με μεγαλύτερα ποσοστά ολοκλήρωσης του κλειστού προγράμματος από ασθενείς με νοσηλεία προ 5ετίας και άνω ($p=0,026$)

Όσον αφορά στις υποτροπές των ασθενών της μελέτης, το 53.95 – 55.77% των ασθενών που ολοκλήρωσαν την επανένταξη και το 46.31 – 50% των ασθενών που ολοκλήρωσαν το κλειστό παραμένουν χωρίς υποτροπή. Τα ποσοστά αναλόγως του χρονικού διαστήματος από την θεραπεία αναγράφονται στον Πίνακα 5.

Συζήτηση

Αυτή η μελέτη αφορά τα συνολικά αποτελέσματα της θεραπείας ασθενών που εντάχθηκαν σε κλειστό πρόγραμμα θεραπείας αλκοολικών σε ψυχιατρικό νοσοκομείο και με συνδυασμένη αντιμετώπιση (χορήγηση ναλτρεξόνης και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση ατομικής συμβουλευτικής, ομαδικής ψυχοθεραπείας, δραματοθεραπείας και εργοθεραπείας). Η μελέτη αυτή δεν εξετάζει μόνο τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου προγράμματος αλλά διερευνά και

την αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων και τις δημογραφικές μεταβλητές που μπορεί να συνδέονται με την έκβαση των αποτελεσμάτων, μιας και είναι αναγκαίο να αναζητηθούν στο χώρο του αλκοολισμού οι μέθοδοι και οι τρόποι που μπορούν να προληφθούν οι υποτροπές.

Τα δύο τρίτα των θεραπειών για την εξάρτηση από το αλκοόλ, στην Ε.Ε., περιλαμβάνουν ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είτε μόνες τους είτε σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία. Η φαρμακολογική θεραπεία χρησιμοποιείται στο 50% των περιπτώσεων και το 60% των φαρμακολογικών θεραπειών δίνονται σε συνδυασμό με ψυχολογική θεραπεία. (Rehm et al.⁷)

Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν διαφορετικούς τρόπους θεραπείας σε σχέση με την τυπολογία του Lesch. Ο Kiefer et al. αναφέρει πως η acamprosate είναι πιο αποτελεσματική σε ασθενείς του τύπου 1, ενώ η ναλτρεξόνη σε ασθενείς του τύπου 3 και 4 κατά Lesch (Kiefer et al.¹¹, Hillemacher & Bleich¹²).

Ωστόσο, μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι τόσο η ναλτρεξόνη όσο και η acamprosate δεν δείχνουν να έχουν σημαντικές διαφορές ως προς την αποτελεσματικότητα (Jonas et al.¹³), αλλά η acamprosate έχει μικρή υπεροχή στην προαγωγή της αποχής, ενώ η ναλτρεξόνη στην μείωση της βαριάς κατανάλωσης και στην επιθυμία (craving) (Maisel et al.⁵). Η ταυτοποίηση των ανταποκρινόμενων στη ναλτρεξόνη ασθενών είναι ακόμα σε εξέλιξη. Μελέτες δείχνουν δύο δυνητικούς παράγοντες: το οικογενειακό ιστορικό και την παρουσία OPRM1 Asn40Asp πολυμορφισμού (Garbutt et al.¹⁴, Enoch¹⁵)

Όσον αφορά τη ναλτρεξόνη, σε μετα-ανάλυση του οφέλους της φαίνεται πως είναι ανώτερη του placebo. Τα άτομα που ήταν σε θεραπεία με ναλτρεξόνη είχαν λιγότερες υποτροπές και παρέμειναν περισσότερο χρονικό διάστημα σε αποχή, μετά από 12 εβδομάδες θεραπείας. Επίσης, κατανάλωναν σημαντικά λιγότερες ποσότητες αλκοόλ κατά την περίοδο μελέτης. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη ναλτρεξόνη και το placebo από την άποψη του αριθμού των ατόμων με τουλάχιστον μία υποτροπή ή του αριθμού των ατόμων που διέκοψαν τη μελέτη λόγω υποτροπής. (Streeton & Whelan¹⁶).

Τα αποτελέσματα του προγράμματος της παρούσας μελέτης, που αφορούν πρόγραμμα απεξάρτησης εσωτερικής παραμονής με χρήση ναλτρεξόνης, κρίνονται πολύ ικανοποιητικά: 53.95% – 55.77%⁽¹⁾ των ασθενών που ολοκλήρωσαν την επανένταξη, και 46.31 – 50%⁽²⁾ των ασθενών που ολοκλήρωσαν μόνο το κλειστό παραμένουν σε πλήρη αποχή.

Ειδικά όσον αφορά τη πενταετία, βρέθηκε πλήρης αποχή σε ποσοστό 55.77%, για αυτούς που ολοκλήρωσαν την επανένταξη και 46.31% για αυτούς που ολοκλήρωσαν μόνο το κλειστό πρόγραμμα. Οι ασθενείς που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα στα τελευταία 2 έτη παρουσιάζουν την ίδια αριθμητική – αλλά όχι στατιστικά σημαντική – διαφορά όσον αφορά τα ποσοστά υποτροπών με τους ασθενείς των προηγούμενων ετών, πιθανώς λόγω μικρού μεγέθους του δείγματος.

Η επίτευξη ολοκλήρωσης του κλειστού προγράμματος παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με μικρότερα ποσοστά υποτροπής στο μέλλον ($p=0,004$)

Επίσης ο μικρότερος χρόνος διάρκειας της υποτροπής εμφάνισε τάση να συσχετίζεται με την ολοκλήρωση της φάσης επανένταξης ($p=0.057$), με συχνότερη την διάρκεια υποτροπών για λιγότερο από 6 μήνες.

Υπάρχουν λίγες μελέτες για την αποτελεσματικότητα των κλειστών προγραμμάτων. Οι περισσότερες μελέτες αφορούν εξωτερικούς ασθενείς είτε σε καθημερινή είτε σε εβδομαδιαία παρακολούθηση (Beasley et al.¹⁷, Ehrenreich et al.¹⁸; Stinchfield et al.¹⁹, Vuoristo-Myllys et al.^{20,21}).

Βρήκαμε μία μελέτη με νοσηλευόμενους ασθενείς, (Neto et al.²²) όπου οι συγγραφείς περιγράφουν τα αποτελέσματα που είχαν σε 124 διαδοχικά εισαχθέντες ασθενείς, μετά το πέρας του πρώτου έτους από την ολοκλήρωση του προγράμματος στο Southern Regional Alcohol-Abuse Treatment Centre στη Λισαβόνα, με ενδονοσοκομειακή παραμονή 5-7 εβδομάδων. Στο τέλος του έτους, σύμφωνα με τη μελέτη, 44,3% των ασθενών ήταν σε αποχή, 40,3% κατανάλωναν αλκοόλ και 15,4% δεν απάντησαν.

(1) Πιο συγκεκριμένα: 53.95% για άτομα που ολοκλήρωσαν την επανένταξη προ 2-5 έτη, 55.77% για άτομα που ολοκλήρωσαν την επανένταξη προ 5 έτη και άνω και 55.00% για άτομα που ολοκλήρωσαν την επανένταξη λιγότερο από 2 έτη.

(2) Πιο συγκεκριμένα: 46.31% για άτομα που ολοκλήρωσαν το κλειστό προ 5 έτη και άνω, 46.34% για άτομα που ολοκλήρωσαν το κλειστό προ 2-5 έτη, και 50.00% για άτομα που ολοκλήρωσαν το κλειστό λιγότερο από 2 έτη.

Επειδή χρησιμοποιούνται διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στα διάφορα προγράμματα απεξάρτησης αλκοολικών είναι δύσκολη η σύγκριση μεταξύ τους και τα αποτελέσματα ποικίλουν.

Στην παρούσα μελέτη βρήκαμε πως το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, ο έγγαμος βίος και η ύπαρξη τέκνων συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ολοκλήρωση του κλειστού προγράμματος (αντίστοιχα $p=0,000$, $p=0.045$, $p=0.015$). Επίσης η ηλικία εμφάνιζε τάση προς συσχέτιση με την ολοκλήρωση του προγράμματος επανένταξης, με την ηλικιακή ομάδα άνω των 50 να τείνει σε μεγαλύτερα ποσοστά να ολοκληρώνει την φάση επανένταξης ($p=0.087$).

Έρευνες που αναφέρονται στη συσχέτιση δημογραφικών χαρακτηριστικών και τις υποτροπές δείχνουν πως το να είναι κανείς παντρεμένος και να εργάζεται συνδέεται με καλύτερη πρόγνωση (Waisberg et al.²³). Οι Ornstein et al.²⁴ συμπεραίνουν πως οι παράγοντες που συσχετίζονται περισσότερο με την καλύτερη πρόγνωση είναι η ηλικία, το επάγγελμα και ο έγγαμος βίος. Οι Neto et al.²² αναφέρουν συσχέτιση με τον έγγαμο βίο, την επαγγελματική ασφάλεια και την συνέχιση παρακολούθησης της θεραπείας μετά τη νοσηλεία.

Όσον αφορά το ποσοστό θανάτου στο δείγμα της μελέτης μας, αυτό ανέρχεται στο 16.70%. Από αυτούς που απεβίωσαν το 64.20% είχε ολοκληρώσει το κλειστό πρόγραμμα, ενώ από αυτούς που είναι εν ζωή το 81.10%. Επιπλέον εμφανίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση η ολοκλήρωση του κλειστού προγράμματος με τα μικρότερα ποσοστά θανάτου στο μέλλον ($p=0,007$).

Η κατανάλωση αλκοόλ είναι υπεύθυνη για το 3,4% των θανάτων σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα σε σχέση με τη θνησιμότητα από κίρρωση του ήπατος, χρόνια παγκρεατίτιδα και υπέρταση. Στην ΕΕ, ένας στους 7 άνδρες και μία στις 13 γυναίκες, ηλικίας μεταξύ 15 και 64 ετών, πεθαίνουν από αιτίες οφειλόμενες στο αλκοόλ. Το 2004 η εξάρτηση από το αλκοόλ αντιπροσωπεύει περισσότερο από το 70% της συνολικής αλκοόλ-οφειλόμενης θνησιμότητας. (Rehm et al.¹)

Για τον ευρωπαϊκό πληθυσμό που αφορά τις ηλικίες 20-64 έτη ο απόλυτος αριθμός των θανάτων που αποδίδονται στο αλκοόλ είναι μεγαλύτερος στην

μεταγενέστερη ενήλικη ζωή, παρόλο που το υψηλότερο ποσοστό αφορά τις ηλικίες 20-44 έτη (περίπου ένας στους πέντε), παρά τις ηλικίες 45-64 έτη (περίπου ένας στους εννέα). Περισσότερα από τα δύο τρίτα όλων των θανάτων που οφείλονται στο αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 20-64 έτη λαμβάνουν χώρα στις ηλικίες 45-64 έτη (Rehm et al.¹).

Όσον αφορά τη συννοσηρότητα του χρόνιου αλκοολισμού και των ψυχιατρικών διαταραχών στο δείγμα ασθενών της παρούσας μελέτης βρέθηκε συννοσηρότητα σε ποσοστό 50,78%. Πιο συγκεκριμένα, σχιζοφρένεια εμφάνισε το 5,04%, διπολική διαταραχή το 3,15%, μονοπολική κατάθλιψη το 21.76% και χρήση ουσιών το 11,98%.

Στην βιβλιογραφία έρευνες επιδεικνύουν ποσοστό συννοσηρότητας έως και 70 % (Μέλλος²⁵, Regier et al.²⁶, Schuckitt et al.²⁷, Kessler & Walters²⁸). Η μελέτη ECA (Epidemiological Catchment Area Survey) έδειξε πως μεταξύ των ασθενών με διπολική διαταραχή ποσοστό 44% εμφάνιζε προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ, το 4% των αλκοολικών πληρούν κριτήρια σχιζοφρενικής ψύχωσης, ενώ η επίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής συνδρομής στους αλκοολικούς είναι 5% για τους άντρες και 19% για τις γυναίκες. Επίσης, άλλες κλινικές μελέτες επισημαίνουν ποσοστό 80% των αλκοολικών με συμπτώματα κατάθλιψης και με το 1/3 από αυτούς με στοιχεία μείζονος κατάθλιψης (Μέλλος²⁵, Schuckitt et al.²⁷, Kessler et al.²⁹, Roy et al.³⁰, Kandel et al.³¹).

Όσον αφορά τους περιορισμούς της μελέτης, αυτοί αφορούν στο γεγονός πως δεν κατέστη δυνατό να συλλεχθούν στοιχεία από περισσότερους ασθενείς από αυτούς που παρακολούθησαν το πρόγραμμα απεξάρτησης κατά τα έτη 1997-2010, παρά ένα ποσοστό μόνο αυτών (41.6%).

Όσον αφορά τις μελλοντικές προοπτικές, θα ήταν ενδιαφέρον να γίνουν περισσότερες έρευνες πάνω στη συσχέτιση των υποτροπών κατάχρησης αλκοόλ και δημογραφικών ή κλινικών στοιχείων για να αξιολογηθούν οι παράγοντες που συνδέονται με μεγαλύτερη βελτίωση. Επίσης, να γίνει ταυτοποίηση για το ποιες διαγνωστικές ομάδες ασθενών είναι οι πλέον ενδεξιγμένες για παρακολούθηση κλειστών προγραμμάτων και για χρήση ναλτρεξόνης.

Πίν. 1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά ασθενών

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	
ΗΛΙΚΙΑ	%
<50 έτη	54.50
>50 έτη	45.50
ΚΑΤΟΙΚΙΑ	
Αττική	66.40
Επαρχία	33.60
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
Πρωτοβάθμια	40.50
Δευτεροβάθμια	43.50
Τριτοβάθμια	16.00
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Άγαμοι	37.30
Έγγαμοι	62.70
ΠΑΙΔΙΑ	
Άτεκνοι	35.60
Με παιδιά	64.40
ΕΡΓΑΣΙΑ	
Εργαζόμενοι	41.00
Άνεργοι	59.00

Πίνακας 2. Κλινικά Χαρακτηριστικά των ασθενών

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	
ΑΛΛΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	
Ναι	10.00
Όχι	90.00
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	
Ναι	32.20
Όχι	67.80
ΕΙΔΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ	
Ηπατική	15.70
Γ/Σ	6.50
Νευρολογική	8.30
Νεοπλασία	19.40
Λοιπές	50.00
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ	
Ναι	35.50
Όχι	64.50
ΘΑΝΑΤΟΙ	
Ναι	16.70
Όχι	83.30
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	
Όχι	49.22
Ναι	50.78
Σχιζοφρένεια	5.04
Συναισθηματική ψύχωση	3.15
Κατάθλιψη	21.76
Χρήση ουσιών	11.98
Λοιπές διαταραχές	8.85

Πίνακας 3. Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά όσων ολοκλήρωσαν την Επανάταξη

		ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ		ΧΩΡΙΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗΣ		ΣΥΝΟΛΟ			
		N	(%)	N	(%)	N	x2	df	p
ΗΛΙΚΙΑ	<50 ετών	105	63,30%	61	36,70%	166	2,198	1	0,087
	>50 ετών	97	71,30%	39	28,70%	136			
ΔΙΑΜΟΝΗ	Αθήνα	134	67,70%	64	32,30%	198	0,324	1	0,328
	Επαρχία	67	64,40%	37	35,60%	104			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	73	61,90%	45	38,10%	118	2,622	2	0,27
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	93	71,50%	37	28,50%	130			
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	31	67,40%	15	32,60%	46			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άγαμοι	51	59,30%	35	40,70%	86	2,853	1	0,062
	Έγγαμοι	97	70,30%	41	29,70%	138			
ΠΑΙΔΙΑ	Με παιδιά	133	69,30%	59	30,70%	192	1,374	1	0,148
	Χωρίς παιδιά	67	62,60%	40	37,40%	107			
ΕΡΓΑΣΙΑ	Με εργασία	79	66,40%	40	33,60%	119	0,182	1	0,381
	Άνεργοι	121	68,80%	55	31,30%	176			
ΧΡΟΝΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Θεραπεία προ >5 έτη	104	75,90%	33	24,10%	137	3,249	2	0,197
	Θεραπεία προ 2-5 έτη	76	84,40%	14	15,60%	90			
	Θεραπεία προ <2 έτη	20	71,40%	8	28,60%	28			
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	Με σωματική νόσο	59	65,60%	31	34,40%	90	0,103	1	0,424
	Χωρίς σωματική νόσο	143	67,50%	69	32,50%	212			
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ	Με σωματικές νοσηλείες	54	53,50%	47	46,50%	101	11,881	1	0,001
	Χωρίς σωματικές νοσηλείες	148	73,30%	54	26,70%	202			
ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ	Με υποτροπές	91	53,50%	79	46,50%	170	31,335	1	0,000
	Χωρίς υποτροπές	111	84,10%	21	15,90%	132			
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ	Υποτροπή <6 μήνες	49	62,00%	30	38,00%	79	3,648	1	0,054
	Υποτροπή < 2 έτη	11	55,00%	9	45,00%	20			
	Υποτροπή >2 έτη	33	46,50%	38	53,50%	71			
ΘΑΝΑΤΟΣ	Θάνατος	28	66,70%	14	33,30%	42	0,001	1	0,562
	Εν Ζωή	174	66,40%	88	33,60%	262			

Πίνακας 4. Κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά όσων ολοκλήρωσαν το Κλειστό

		ΟΛΟΚΛΗ- ΡΩΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ		ΧΩΡΙΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ		ΣΥΝΟΛΟ			
		N	(%)	N	(%)	N	χ ²	df	p
ΗΛΙΚΙΑ	<50 ετών	134	76,10%	42	23,90%	176	1,03	1	0,19
	>50 ετών	118	80,80%	28	19,20%	146			
ΔΙΑΜΟΝΗ	Αθήνα	168	78,50%	46	21,50%	214	0,232	1	0,364
	Επαρχία	83	76,10%	26	23,90%	109			
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	82	66,10%	42	33,90%	124	15,306	2	0,000
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	110	82,70%	23	17,30%	133			
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	44	89,80%	5	10,20%	49			
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άγαμοι	63	70,00%	27	30,00%	90	3,472	1	0,045
	Έγγαμοι	120	80,50%	29	19,50%	149			
ΠΑΙΔΙΑ	Με παιδιά	169	82,00%	37	18,00%	206	5,385	1	0,015
	Χωρίς παιδιά	80	70,80%	33	29,20%	113			
ΕΡΓΑΣΙΑ	Με εργασία	92	72,40%	35	27,60%	127	5,64	1	0,013
	Άνεργοι	153	83,60%	30	16,40%	183			
ΧΡΟΝΟΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Θεραπεία προ >5 έτη	152	95,00%	8	5,00%	160	7,27	2	0,026
	Θεραπεία προ 2-5 έτη	82	87,20%	12	12,80%	94			
	Θεραπεία προ <2 έτη	24	82,80%	5	17,20%	29			
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	Με σωματική νόσο	85	81,00%	20	19,00%	105	0,569	1	0,273
	Χωρίς σωματική νόσο	170	77,30%	50	22,70%	220			
ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΕΣ	Με σωματικές νοσηλείες	87	75,70%	28	24,30%	115	0,436	1	0,299
	Χωρίς σωματικές νοσηλείες	164	78,80%	44	21,20%	208			
ΥΠΟΤΡΟΠΕΣ	Με υποτροπές	137	72,90%	51	27,10%	188	7,802	1	0,004
	Χωρίς υποτροπές	120	85,70%	20	14,30%	140			
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΤΡΟΠΩΝ	Υποτροπή <6 μήνες	63	77,80%	18	22,20%	81	2,672	2	0,263
	Υποτροπή < 2 έτη	12	60,00%	8	40,00%	20			
	Υποτροπή >2 έτη	58	72,50%	22	27,50%	80			
ΘΑΝΑΤΟΣ	Θάνατος	34	64,20%	19	35,80%	53	7,529	1	0,007
	Εν Ζωή	227	81,10%	53	18,90%	280			

Πίνακας 5. Υποτροπές ασθενών

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΟΡΟΣΗΜΟ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ		ΧΩΡΙΣ ΥΠΟΤΡΟΠΗ	(%)	ΜΕ ΥΠΟΤΡΟΠΗ	(%)	ΣΥΝΟΛΟ	P
> ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΣ	ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΣΗΣ	58	55.77%	46	44.23%	104	0.001
	ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ	69	46.31%	80	53.69%	149	NS
2 - 5 ΕΤΗ	ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΣΗΣ	41	53.95%	35	46.05%	76	0.072
	ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ	38	46.34%	44	53.66%	82	NS
< 2 ΕΤΗ	ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΣΗΣ	11	55.00%	9	45.00%	20	NS
	ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ	12	50.00%	12	50.00%	24	NS

Βιβλιογραφία

1. Rehm J, Shield KD et al. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe. Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health, Canada. (2012).
2. Μητσώνης, Χ., Μουλαρογιώργου Ι., Πάλλη Ι., Δημόπουλος, Ν., Λατζουράκη, Ε., Τσακίρης, Φ. Εξαρτήσεις, Συννοσηρότητα, Πρόληψη και Θεραπεία. 2ο Μονοθεματικό Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 5-7 Μαΐου 2010, Θεσσαλονίκη.
3. Besirli, A., Esel, E., Ozsoy, S., Turan, T. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis response to oral naltrexone in alcoholics during early withdrawal. *Pharmacopsychiatry*, 2014 Jun 17 [Epub ahead of print]
4. Myrick, H., Anton, R.F., Li, X., Henderson, S., Randall, P.K., Voronin, K. Effect of naltrexone and ondansetron on alcohol cue-induced activation of the ventral striatum in alcohol-dependent people. *Arch Gen Psychiatry*, 65(4): 466–475 (2008).
5. Maisel, N.C., Blodgett, J.C., Wilbourne, P.L., Humphreys, K., Finney, J.W. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction*, 108(2):275-93 (2013).
6. Garbutt JC. Efficacy and tolerability of naltrexone in the management of alcohol dependence. *Current Pharmaceutical Design*, 16, 2091-2097 (2010).
7. Greenfield, S.F., Pettinati, H.M., O'Malley, S. Randall, P.K., Randall, C.L. Gender Differences in Alcohol Treatment: An Analysis of Outcome from the COMBINE Study. *Alcohol Clin Exp Res*, 34(10): 1803–1812 (2010).
8. Agosti V, Nunes EV, O'Shea D. Do Manualized Psychosocial Interventions Help Reduce Relapse among Alcohol-Dependent Adults Treated with Naltrexone or Placebo? A Meta-analysis. *Am J Addict*, 21(6):501-7 (2012).
9. Jarosz, J., Miernik, K., Wachal, M., Walczak, J., Kruppl, G. Naltrexone (50mg) plus psychotherapy in alcohol-dependent patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 39(3):144-60 (2013).
10. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 27;373(9682):2223-33 (2009).
11. Kiefer, F., Helwig, H., Tarnaske, T., Otte, C., Jahn, H. and Wiedemann, K. Pharmacological relapse prevention of alcoholism: Clinical predictors of outcome. *European Addiction Research* 11, 83–91 (2005).
12. Hillemacher, T. & Bleich, S. Neurobiology and treatment in alcoholism- recent findings regarding Lesch's typology of alcohol dependence. *Alcohol & Alcoholism*, 43(3):341–346 (2008).
13. Jonas, D.E., Amick, H.R., Feltner, C., Bobashev, G., Thomas, K., Wines, R., Kim, M.M., Shanahan, E., Gass, C.E., Rowe, C.J., Garbutt, J.C. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient setting: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 311(18):1889-900 (2014)
14. Garbutt, J.C., Greenblatt, A.M., West, S.L., Morgan, L.C., Kampov-Polevoy, A., Jordan, H.S., Bobashev, G.V. Clinical and biological moderators of response to naltrexone in alcohol dependence: a systematic review of the evidence. *Addiction*, 2014 Mar 25. doi: 10.1111/add.12557.
15. Enoch, M.A. Genetic influences on response to alcohol and response to pharmacotherapies for alcoholism. *Pharmacol Biochem Behav*. 2013 Nov 9. pii: S0091-3057(13)00284-0. doi: 10.1016/j.pbb.2013.11.001.
16. Streeton, C., Whelan, G. Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Alcohol & Alcoholism*, 36;6:544-552 (2001).
17. Beasley, J.D., Grimson, R., Bicker, A.A., Closson, W.J., Heusel, C.A., Faust, F.I. Follow up of a cohort of alcoholic patients through 12 months of comprehensive behavioural treatment. *J Subst Abuse Treat*, 8:133-142 (1991).
18. Ehrenreich, H., Mangholz, A., Schmitth, M., Lieder, P., Volkel, W., Ruther, E., Poser, W. OLITA: An alternative in the treatment of therapy-resistant chronic alcoholics. First evaluation of a new approach. *Eur Arch Psychiatry Clin-Neurosci*, 247:1:51-54 (1997).
19. Stinchfield, R., Owen, P. Hazelden's model of treatment and its outcome. *Addict Behav*, 23-5:669-683 (1998).
20. Vuoristo-Myllys, S., Lipsanen, J., Lahti, J., Kalska, H., Alho, H. Outcome predictors for problem drinkers treated with combined cognitive behavioral therapy and naltrexone. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 40(2):103-10 (2014)
21. Vuoristo-Myllys, S., Lahti, J., Alho, H., Julkunen, J. Predictors of dropout in an outpatient treatment for problem drinkers including cognitive-behavioral therapy and the opioid antagonist naltraxone. *J Stud Alcohol Drugs*, 74(6):894-901 (2013).
22. Neto, D., Xavier, M., Lucena, P., Silva, A.V. An evaluation of the therapeutic programme conducted by the southern regional alcohol-abuse treatment centre: study on the programme's results one year after discharge from inpatient care. *Eur Addict Res*, 7:61-68 (2001).
23. Waisberg, J.L. Patient characteristics and outcome of inpatient treatment for alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse*, 8(3-4):9-32 (1990).
24. Ornstein, P., Cherepon, J. Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome. *J Stud Alcohol*, 46:425-32 (1985).
25. Μέλλος, Ε. Συννοσηρότητα και αλκοόλ. *Εγκέφαλος* 46, 72-78 (2009).
26. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264:2511-2518 (1990).
27. Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Bergman, M., Reich, W., Hesselbrock, V., Smith, T.L. Comparison of induced and independent Major Depressive Disorders in 2,954 Alcoholics. *Am J Psychiatry*, 154(7): 948-957 (1997).
28. Kessler, R.C., Walters, E.E. The National Comorbidity Survey. In: Tsuang MT, Tohen M (eds): *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, 2nd ed, Wiley & sons, New York: 343-362 (2002).
29. Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Eclund, M.J., Frank, R.G., Leaf, P.J. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders. *Am J Orthopsychiatry*, 66: 17-31 (1996).
30. Roy, A., DeJone, J., Lamparski, D., George, T., Linnoila, M. Depression among alcoholics: relationship to clinical and cerebrospinal fluid variables. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 1043-1049 (1985).
31. Kandel, D.B., Huang, F.Y., Davies, M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug Alcohol Depend*, 64: 233-241 (2001).