

# Konsequenzen von Rückfall und Behandlungsabbruch im stationären Drogenentzug: eine 1-Monats-Katamnese

■ P. Rüesch, J. Hättenschwiler

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

## Summary

Rüesch P, Hättenschwiler J. [Consequences of relapse and treatment drop-out in inpatient drug detoxification: a one-month follow-up study.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2002;153:238–44.

The success of inpatient drug detoxification is often measured by the number of addicts fully completing treatment. Indeed, treatment adherence is one of the most important predictors of the long-term course of addictive disorders. However, less is known about the consequences of relapse during drug-detoxification treatment and the relationship of relapse to premature treatment drop-out.

The following questions were addressed in this study: What is the frequency of premature drop-out and relapse in an inpatient drug detoxification programme? How often does relapse during detoxification result in premature termination of treatment? What are the consequences of relapse and drop-out on substance use and social integration of the patients one month after treatment?

Data of 104 inpatients (24 women, 80 men) having undergone voluntary detoxification treatment at the Psychiatric University Hospital of Zurich between 1995 and 1996 were analysed. Most patients fulfilled the criteria of multiple drug use including opiates according to ICD-10. Almost two thirds (63%) of inpatients completed detoxification treatment successfully, 18% were abstinent from any substance use one month after treatment. Almost every second inpatient (45%) lapsed or relapsed, i.e. used substances during detoxification. Substance use during treatment was significantly related to drop-out: a majority of patients (81%)

without lapse completed the detoxification successfully, but less than half of patients (41%) with lapse did so. The higher rate of drop-out of lapsers was mainly due to premature exclusion from the programme. Results indicate that lapse during treatment is not generally related to negative outcome, rather its consequences depend on the kind of treatment termination: thus, not any patient prematurely discharged from treatment achieved abstinence one month after leaving the hospital. However, patients who had completed detoxification achieved abstinence even when they had lapsed during treatment. Furthermore, premature exclusion has also negative consequences on referral to further treatment and the housing situation of addict patients. Consequently, lapses during detoxification treatment should not necessarily lead to premature discharge. Instead, patients should have the chance to work through the experience of lapse within a qualified treatment setting.

*Keywords:* inpatient drug detoxification; relapse; drop-out of treatment; substance abuse

## Einleitung

Der «Erfolg» der stationären Entgiftungsbehandlung von Drogenabhängigen wird häufig an der Zahl der Patienten gemessen, welche die Behandlung regulär beendet haben. Reguläre Beendigung meint in diesem Zusammenhang, dass die Entgiftung vollständig abgeschlossen wurde und der Austritt des Patienten im Einvernehmen mit den Behandlern erfolgte. Die Erfolgsraten für Entgiftungsbehandlungen bei Drogenabhängigen liegen in britischen und amerikanischen Untersuchungen zwischen 42 und 82% [1–6]. Die drei uns bekannten Schweizer Untersuchungen präsentieren ähnliche Raten von 44 bis 73% regulär abgeschlossener Entgiftungen [7–9]. Aufgrund grosser Unterschiede in bezug auf Patientenkollektiv, diagnostische Kriterien, Schwere des Substanzkonsums, Ausmass somatischer Komorbidität, Art des Behandlungsprogramms, Defini-

Korrespondenz:

Dr. med. J. Hättenschwiler

Psychiatrische Universitätsklinik

Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste

Lenggstrasse 31

CH-8029 Zürich

e-mail: jhaettenschwiler@bluewin.ch

tion von Behandlungserfolg lassen sich die Studien allerdings nur beschränkt vergleichen. Dennoch ist die Art des Behandlungsabschlusses ein zentrales Erfolgskriterium von Entzugsbehandlungen. Dies bestätigt eine Metaanalyse von Studien zur stationären Behandlung Drogenabhängiger von Roch et al. [10]. Dabei erweist sich die Art der Entzugsbeendigung als der wichtigste Prädiktor des längerfristigen Therapieerfolgs.

Im Unterschied zum Abbruch der Entzugsbehandlung sind Rückfälle während des Entzuges bei Drogenabhängigen wenig untersucht. Es liegen jedoch Befunde aus Studien bei Alkoholabhängigen vor [11, 12]: So sind Patienten, die nach einem Rückfall aus der Behandlung entlassen wurden, vergleichsweise selten abstinent. Rückfällige Patienten aber, die nicht entlassen wurden, haben eine ähnlich gute Prognose wie Abhängige ohne Rückfall. Die Konsequenzen eines Rückfalls während der Entgiftung für den Verlauf der Substanzabhängigkeit des Patienten scheinen somit von der Art der Therapiebeendigung bzw. vom institutionellen Umgang mit Rückfällen mitbestimmt zu sein [13]. Das bedeutet, dass die Folgen von Rückfällen im Zusammenhang mit der Art der Beendigung einer Entzugsbehandlung untersucht werden sollten.

Der vorliegende Beitrag befasst sich mit den folgenden Fragestellungen: Wie oft kommt es zu Rückfällen und Behandlungsabbrüchen im Rahmen eines stationären Entgiftungsprogrammes für Drogenabhängige? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Rückfällen und irregulärer Beendigung der Behandlung? Welches sind die Auswirkungen von Rückfall und Behandlungsabbruch auf den Substanzkonsum sowie auf ausgewählte Indikatoren der sozialen Integration der Patienten einen Monat nach Klinikaustritt?

## **Methode**

Drogenentgiftungsprogramm der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Das Drogenentgiftungsprogramm an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ermöglicht sowohl vollständige als auch Teil-Entzüge von Beikonsum bei methadonsubstituierten Patienten. Die Durchführung erfolgt nicht innerhalb einer spezialisierten Abteilung, sondern verteilt auf die neun Aufnahmestationen der Klinik. Der Eintritt ist freiwillig, die Klienten verpflichten sich aber im Rahmen eines «Suchtvertrags» zu einem Mindestaufenthalt von 14 Tagen, einem Verzicht auf Suchtmittel und ärztlich nicht verordnete

Medikamente sowie zur Bereitschaft zu regelmäßigen Drogenurin-Screenings und Atemluftkontrollen. Gewalttätiges Verhalten und andere Verstöße gegen den Behandlungsvertrag bzw. die Stationsregeln können zum Ausschluss führen. Das Behandlungsprogramm ist, abgesehen von einer initialen Aussenkontakteinschränkung, mit demjenigen von anderen psychiatrischen Patienten weitgehend identisch. Obligatorische Aktivitäten umfassen Ergo-, Entspannungstherapie und Gymnastik. Neben ärztlichen Einzelgesprächen bestehen spezifische Therapiemodule für Substanzabhängige (Psychoedukation, Rückfallbearbeitung/Rückfallprävention, Üben sozialer Fertigkeiten). Die Entzüge werden in der Regel mit medikamentöser Unterstützung durchgeführt (Methadon, Benzodiazepine, Neuroleptika).

## **Einschlusskriterien und Untersuchungsplan**

Diese Studie wurde zwischen Januar 1995 und Dezember 1996 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich durchgeführt. Aufnahmekriterien waren Opiatabhängigkeit nach ICD-10 [14] sowie die Bereitschaft an der Studie teilzunehmen (written informed consent). Die Befragung der Patienten erfolgte zu drei Zeitpunkten: beim Eintritt, am zehnten Tag der Behandlung und schliesslich rund einen Monat nach Austritt aus der Klinik. Im Rahmen von strukturierten Interviews gaben 160 Abhängige (40 Frauen, 120 Männer) Auskunft über ihren Drogenkonsum, ihre Lebenssituation, die Behandlungsmotivation sowie über ihr Erleben des Entzugsprozesses. Die katamnestisch erhobenen Angaben wurden durch die Befragung der nachbehandelnden Therapeuten, der Partner und der Familienangehörigen überprüft. Aus praktischen Gründen der Durchführbarkeit wurde die Katamnese bereits einen Monat nach Klinikaustritt durchgeführt. Für die Nachbefragung konnten 110 der 160 der Patienten (69%) erreicht werden.

## **Instrumente**

Für die Evaluation der Entzugsbehandlung wurde ein eigenes Instrument entwickelt, das sich an bestehenden orientiert: dem European Addiction Severity Index EuropASI [15], den Instrumenten des Schweizer Forschungsverbundes für stationäre Suchttherapie FOS [16, 17] und dem Schweizer Manual für die Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich SAMBAD [18].

**Tabelle 1** Zusammenhang zwischen Rückfällen während des Entzuges und der irregulären Beendigung der Behandlung (in Klammern Prozentangaben).

Abschluss Entzug	Rückfall	
	I nein (n = 57)	II ja (n = 47)
regulär	46 (81)	19 (41)
abgebrochen	9 (16)	11 (23)
entlassen	2 (3)	17 (36)
Vergleich I vs. II	$\chi^2 = 22,50^{***}$ , df = 2	

\*\*\*  $p \leq 0,001$

### Untersuchungsstichprobe

In der Gesamtstichprobe der Evaluation (n = 160) haben 44% (n = 70) der Patienten den Entzug regulär abgeschlossen, 31% (n = 50) haben die Behandlung auf eigene Initiative abgebrochen und 25% (n = 40) wurden vorzeitig entlassen. 56 Patientinnen und Patienten haben nicht an der Zweitbefragung am zehnten Behandlungstag teilgenommen, so dass keine Angaben zum Entzugsverlauf und zu allfälligen Rückfällen verfügbar sind. Die Stichprobe verkleinert sich deshalb von 160 auf 104 Patienten mit gültigen Verlaufsdaten. In dieser reduzierten Untersuchungsstichprobe sind reguläre Therapiebeendiger mit einem Anteil von 63% (n = 65) übervertreten, weil unter den nicht berücksichtigten Patienten mit fehlenden Verlaufsdaten Abbrecher sehr häufig vorkommen (51 von 56 bzw. 91%). Weiter ist zu beachten, dass beim Drogenkonsum nach Klinikaustritt (Kata-mnese) nur für 91 der 104 Personen der Untersuchungsstichprobe gültige Daten vorliegen. Die Befunde müssen auf dem Hintergrund dieser Selektion von Patienten bewertet werden.

Die definitive Patientenstichprobe umfasst somit 24 Frauen und 80 Männer im Durchschnittsalter von 26 (Frauen) bzw. 29 Jahren (Männer). Der grösste Teil der befragten Patienten ist bei Eintritt in die Behandlung abhängig von illegal eingenommenen Opiaten (Frauen: 96%, Männer: 89%). Diejenigen, die nicht von illegalen Opiaten abhängig sind, beziehen beinahe alle ärztlich verordnetes Methadon. Die Ausnahme sind 2 Patienten, die als Hauptdroge Kokain einnehmen. 92% der Frauen und 88% der Männer erfüllen die ICD-10-Kriterien [14] des multiplen Substanzkonsums (Polytoxikomanie). Im Durchschnitt werden bei Eintritt in die Behandlung fünf von elf erfassten Substanzen gleichzeitig konsumiert. Rund zwei Drittel der Patienten (Frauen: 54%,

Männer: 66%) streben zu Beginn der Behandlung einen Vollentzug, ein Drittel einen Teilentzug des Beikonsums unter Methadonsubstitution an.

### Definition «Rückfall»

In der englischsprachigen Fachliteratur wird zwischen den Begriffen «relapse» und «lapse» (oder «slip») unterschieden [19]. Als «relapse» wird ein Rückfall in den regelmässigen Substanzmissbrauch bzw. in die Abhängigkeit verstanden, während «lapse» einen – oder allenfalls einige wenige – «Ausrutscher» bedeutet, ohne dass der Patient den regelmässigen Substanzkonsum wiederaufnimmt. In der vorliegenden Studie werden Patienten dann als rückfällig bezeichnet, wenn sie während der Entgiftungsbehandlung ein- oder mehrmals Substanzen konsumiert haben. Somit steht der von uns verwendete Begriff «Rückfall» sowohl für «lapse» als auch «relapse».

Die Daten zu den Rückfällen während der Behandlung basieren auf den Angaben der Patienten, die durch Drogenurin-Screenings und Atemluftkontrollen überprüft wurden. Diese erfolgten routinemässig dreimal pro Woche zur Abstinenzüberwachung sowie zur Identifikation der bei Rückfällen konsumierten Substanzen.

### Ergebnisse

#### Rückfall und Behandlungsabbruch

Beinahe jeder zweite Patient (47 von 104 bzw. 45%) hat während der Drogenentgiftung mindestens einen Rückfall. Es besteht eine hochsignifikante Beziehung zwischen dem Vorkommen von Rückfällen und der Art des Behandlungsabschlusses (vgl. Tab. 1).

Bei den nicht rückfälligen Patienten beendeten 81% den Entzug regulär, 16% brachen den Entzug selber ab und nur 3% wurden entlassen. Bei den rückfälligen Patienten wurde mehr als ein Drittel (36%) vorzeitig durch die Klinik entlassen und 41% beendeten den Entzug regulär. Aufgrund dieses deutlichen Zusammenhanges zwischen Rückfall und Behandlungsabschluss werden für die folgenden Analysen vier Gruppen von Patienten verglichen: (1.) Patienten ohne Rückfall während des Entzuges und mit regulärer Entzugsbeendigung (n = 46); (2.) Patienten ohne Rückfall, aber mit irregulärer Entzugsbeendigung (n = 11); (3.) Patienten mit Rückfall, aber mit regulärer Beendigung der Behandlung (n = 19) und (4.) Patienten mit Rückfall und irregulärer Entzugsbeendigung

**Tabelle 2** Lebenssituation bei Eintritt und 30 Tage nach Klinikaustritt in Abhängigkeit von Rückfall und Behandlungsabbruch (in Klammern: Prozente, wenn keine weiteren Angaben).

	<b>Rückfall nein Abbruch nein (n = 46)</b>	<b>Rückfall nein Abbruch ja (n = 11)</b>	<b>Rückfall ja Abbruch nein (n = 19)</b>	<b>Rückfall ja Abbruch ja (n = 28)</b>	$\chi^2$	p
<b>Eintritt Behandlung</b>						
Lebensunterhalt					–	n.s. <sup>a</sup>
illegales Einkommen (v.a. Prostitution)	2 (4)	1 (9)	2 (11)	4 (14)		
Sozialhilfe	33 (72)	8 (73)	14 (74)	19 (68)		
legales Einkommen (Arbeit, Vermögen, Angehörige)	11 (24)	2 (18)	3 (16)	5 (18)		
Wohnen					–	0,015 <sup>a</sup>
obdachlos	10 (22)	0 (0)	1 (5)	10 (36)		
Klinik, stationäre Entzugseinrichtungen	8 (17)	5 (46)	8 (42)	3 (11)		
private Wohnung (allein oder mit anderen)	28 (61)	6 (55)	10 (53)	15 (54)		
<b>30 Tage nach Austritt aus Klinik</b>						
Lebensunterhalt (14 Missing)					–	n.s. <sup>a</sup>
illegales Einkommen (v.a. Prostitution)	1 (2)	1 (11)	1 (6)	1 (5)		
Sozialhilfe	34 (77)	7 (78)	14 (82)	13 (65)		
legales Einkommen (Arbeit, Vermögen, Angehörige)	9 (21)	1 (11)	2 (12)	6 (30)		
Wohnen (11 Missing)						
obdachlos	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (17)	–	0,072 <sup>a</sup>
Klinik, stationäre Entzugseinrichtungen	23 (55)	6 (60)	9 (50)	7 (30)		
private Wohnung (allein oder mit anderen)	21 (45)	5 (40)	10 (50)	13 (52)		
Nachbehandlung: ambulant/stationär (3 Missing)	41 (89)	8 (73)	15 (83)	16 (62)	–	0,039 <sup>a</sup>

a = Fisher's Exact Test (bei >20% Zellen mit erwarteten Häufigkeiten <5)

(n = 28). Diese vier Gruppen sollen nun in bezug auf Aspekte ihrer Lebenssituation (Wohnen, Lebensunterhalt, Behandlung) und ihren Drogenkonsum 30 Tage nach Klinikaustritt verglichen werden.

### Lebenssituation

Es wurden zwei Aspekte der Lebenssituation der Abhängigen verglichen, nämlich die Wohnsituation und der Lebensunterhalt. Diese lassen am ehesten Veränderungen aufgrund der Behandlung erwarten. Die genannten Aspekte wurden sowohl vor Beginn des Entzuges als auch nach dessen Abschluss untersucht (Tab. 2).

In bezug auf die Finanzierung des Lebensunterhaltes zeigen sich sowohl vor als auch 30 Tage nach Klinikaustritt keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen: So spielt die Art der Kombination von Rückfall und Entzugsbeendigung keine wesentliche Rolle für den Lebensunterhalt nach Klinikaustritt. Und umgekehrt

hat der Lebensunterhalt vor Beginn der Behandlung auch keine Konsequenzen für das Risiko von Rückfällen während des Entzuges sowie für die Art der Entzugsbeendigung. Deutliche Unterschiede zeigen sich dagegen bei der Wohnsituation vor Beginn der Behandlung. Zwei Patientengruppen weisen einen vergleichsweise hohen Obdachlosenanteil und eine geringe Anzahl früherer stationärer Entzugsbehandlungen auf: Dabei handelt es sich einerseits um Patienten ohne Rückfall und mit regulärer Entzugsbeendigung und andererseits um Patienten mit Rückfall und Behandlungsabbruch. Letztere Gruppe ist auch nach Klinikaustritt auffällig: 17% dieser Patienten sind nach wie vor obdachlos und nur 30% in stationärer Behandlung. Rückfall und Behandlungsabbruch wirken sich auch auf das Verbleiben in einer Nachbehandlung (ambulant oder stationär) aus. Diese Gruppe weist mit 62% die tiefste Quote von Nachbehandelten auf.

Weiter wurde die Bedeutung der Eintrittsmodalität für das Auftreten von Rückfällen und für die Art der Entzugsbeendigung untersucht.

**Tabelle 3** Substanzkonsum 30 Tage nach Klinikaustritt in Abhängigkeit von Rückfall und Behandlungsabbruch (in Klammern: Prozente, wenn keine weiteren Angaben).

Drogenkonsum	Kombinationen von Rückfall und Behandlungsabbruch				$\chi^2$	p
	Rückfall nein Abbruch nein (n = 42, 4 missing)	Rückfall nein ja Abbruch (n = 8, 3 missing)	Rückfall ja Abbruch nein (n = 19, 0 missing)	Rückfall ja Abbruch ja (n = 22, 6 missing)		
<b>Abstinenz von illegalen Drogen</b>						
Heroin	23 (55)	0 (0)	7 (37)	8 (36)	–	0,021 <sup>b</sup>
Kokain	19 (45)	1 (13)	8 (42)	12 (55)	–	n.s. <sup>b</sup>
<b>Abstinenz von anderen Substanzen</b>						
Methadon	13 (31)	3 (38)	10 (53)	5 (23)	4,40	n.s. <sup>a</sup>
Alkohol	15 (36)	1 (13)	6 (32)	8 (36)	1,79	n.s. <sup>a</sup>
Cannabis	13 (31)	4 (50)	9 (47)	8 (36)	2,11	n.s. <sup>a</sup>
Benzodiazepine	18 (43)	3 (38)	4 (21)	6 (27)	3,37	n.s. <sup>a</sup>
<b>multipler Substanzkonsum</b>						
Differenz Austritt–Eintritt für Anzahl gleichzeitig konsumierter Substanzen: Median (25., 75. Perzentil)	–2 (–1, –4)	–1 (–1, –2)	–3 (–1, –3)	–3 (0, –4)	2,18	n.s. <sup>c</sup>
<b>vollständige Abstinenz</b>	13 (24)	0 (0)	3 (13)	0 (0)	–	0,002 <sup>b</sup>

a = Chi-Quadrat Test (Pearson);

b = Fisher's Exact Test (bei >20% Zellen mit erwarteten Häufigkeiten <5);

c = Kruskal-Wallis-Test.

Dabei wurde unterschieden zwischen Patienten, die sich freiwillig (n = 64), auf Druck von Angehörigen (n = 18) oder aufgrund einer Massnahme (n = 22) für eine Entgiftungsbehandlung eingeschlossen haben; es gab keine Patienten mit fürsorgerischem Freiheitsentzug (FFE) in der Untersuchungsstichprobe. Die Eintrittsmodalität steht in keiner signifikanten Beziehung zu Rückfällen, aber für den Behandlungsabbruch ist sie relevant ( $\chi^2 = 6,06$ ; df = 2; p = 0,048): Patienten, die auf Druck von Angehörigen oder aufgrund einer Massnahme den Entzug aufgenommen haben, beenden die Behandlung häufiger irregulär (nämlich zu 61 bzw. 41%) als freiwillige Patienten (30%).

#### Drogenkonsum nach Klinikaustritt

Beim Drogenkonsum 30 Tage nach Klinikaustritt wurden die vier Patientengruppen in bezug auf die Abstinenz von einzelnen, zuvor konsumierten Substanzen und auf die Abstinenz insgesamt verglichen (Tab. 3). So ist es einen Monat nach Behandlungsabschluss zu einer Abnahme des Substanzkonsums generell und hinsichtlich einzelner Substanzen gekommen. Dabei haben 16 von 91 Patienten (18%) vollständige Abstinenz erreicht.

Ausserdem ist es in bezug auf den multiplen Substanzkonsum zu einer Reduktion von fünf auf zwei gleichzeitig konsumierte Substanzen gekommen.

Signifikante Unterschiede zwischen den vier Gruppen zeigen sich lediglich bei der Abstinenz von Heroin und bei der vollständigen Abstinenz. Beim Heroinkonsum weisen Patienten ohne Rückfall und mit regulärer Entzugsbeendigung die höchste Abstinenzquote (55%) auf. Von den Patienten ohne Rückfall, aber mit Abbruch der Behandlung erreicht niemand Heroinabstinenz. Ähnliches zeigt sich bei der vollständigen Abstinenz, wo ebenfalls die Abhängigen ohne Rückfall und ohne Abbruch die höchste Quote (24%) aufweisen; dagegen hat keiner der Patienten mit einem Behandlungsabbruch – egal ob es zuvor zu einem Rückfall kam oder nicht – die vollständige Abstinenz erreicht.

Bei allen anderen Substanzen (Kokain, Methadon, Cannabis, Benzodiazepine, Alkohol), die vor Entzugsbeginn von einer ausreichend grossen Zahl von Abhängigen konsumiert wurden, zeigen sich keine Unterschiede in Abhängigkeit von Rückfall und irregulärer Entzugsbeendigung. Auch die Verringerung der Anzahl konsumierter Substanzen im Vergleich zum Behandlungsbeginn scheint nicht signifikant von der Kombination von Rückfall und Entzugsabbruch abhängig zu sein.



## Diskussion

Dieser Beitrag befasst sich mit Rückfällen und Behandlungsabbrüchen im stationären Drogenentzug. Besonders interessiert, wie oft Rückfälle während der Entgiftung in einen vorzeitigen Abbruch der Behandlung münden und welche Folgen sowohl Rückfälle als auch Behandlungsabbrüche für die Situation der Abhängigen nach Klinikaustritt haben. Grundlage der Untersuchung sind Daten von 104 Drogenabhängigen (24 Frauen, 80 Männer), die sich in den Jahren 1995 und 1996 einer freiwilligen Opiatentgiftung an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich unterzogen haben.

Aufgrund des naturalistischen Designs der Untersuchung müssen bei der Interpretation der Befunde einige methodische Probleme beachtet werden. So ist der Anteil von Patienten, die aufgrund von ungültigen oder fehlenden Daten (missing data) ausgeschlossen werden mussten, relativ gross (35%). Die meisten dieser Patienten haben den Entzug in den ersten Tagen abgebrochen, weshalb auch der Anteil der irregulären Behandlungsabschlüsse in der Untersuchungsstichprobe deutlich tiefer liegt als in der Gesamtpopulation der Drogenpatienten. Weiter sind die meisten Patienten opioidabhängig und zugleich polytoxikoman. Deshalb sind die Muster des Substanzkonsums in der Untersuchungsstichprobe sehr heterogen. Schliesslich ist der Zeitraum zwischen Klinikaustritt und Katamnese von einem Monat relativ kurz; eine Verlängerung war aufgrund beschränkter personeller Ressourcen nicht möglich.

Beinahe zwei Drittel (63%) der befragten Patienten haben die Drogenentgiftung regulär beendet: D.h., sie haben den Entzug vollständig abgeschlossen und sind aus der Klinik im Einvernehmen mit den Behandlern ausgetreten. Über ein Sechstel der Patienten (18%) war einen Monat nach Klinikaustritt vollständig abstinent. Zudem konnten viele Patienten die Anzahl gleichzeitig konsumierter Substanzen verringern und ihre soziale Situation stabilisieren. Wir haben an anderer Stelle ausführlicher über diese Ergebnisse berichtet und sie mit den Befunden ausländischer Studien verglichen [9].

Die Untersuchung zeigt, dass es bei nahezu jedem zweiten Patienten (45%) während der Entgiftungsbehandlung zu mindestens einem Rückfall kommt. Dieser mündet oft in einen vorzeitigen Abbruch der Entgiftung, da rückfällige Patienten die Behandlung wesentlich häufiger irregulär beenden als Nicht-Rückfällige (59 vs. 19%). Diese Verknüpfung zwischen Rückfall im Entzug und Behandlungsabbruch lässt sich teil-

weise durch eine ungünstige Verarbeitung des Rückfalls durch den Patienten erklären: Ein erneutes Konsumieren von Substanzen während des Entzuges setzt bei manchen Abhängigen eine verhängnisvolle Spirale von erhöhter Depressivität und Demotivierung in Gang, die in einen Behandlungsabbruch münden kann [20]. Wichtig ist aber auch der institutionelle Umgang mit Rückfällen. So hat in dieser Untersuchung eine Mehrheit der rückfälligen Patienten mit irregulärem Behandlungsabschluss den Drogenentzug nicht auf eigene Initiative abgebrochen, sondern wurde von der Klinik vorzeitig entlassen (17 von 28 bzw. 61%). Der grosse Anteil von Behandlungsabbrüchen aus disziplinarischen Gründen ist Ausdruck eines restriktiven Umgangs mit Rückfällen während des Entzuges. Dieses Ergebnis ist nach heutigem Forschungsstand kritisch zu hinterfragen [12]. Unter Fachleuten besteht ein Konsens, Rückfälle nicht als grundsätzlich negatives Ereignis zu bewerten.

Vermieden werden sollten vor allem Behandlungsabbrüche. Verschiedene Untersuchungen haben die negativen Folgen von Behandlungsabbrüchen im Drogenentzug belegt [6, 13]. Erwartungsgemäss erzielen in der vorliegenden Studie denn auch Patienten ohne Rückfall und mit regulärer Beendigung des Entzuges die besten Ergebnisse, und zwar sowohl beim Substanzkonsum als auch in bezug auf die Wohnsituation und die Einbettung in eine Nachbehandlung. Diese Patienten weisen die höchsten Abstinenzraten auf – 24% sind vollständig abstinent nach Klinikaustritt –, und eine grosse Mehrheit (89%) befindet sich 30 Tage nach Klinikaustritt in stationärer oder ambulanter Nachbehandlung.

Die Art der Entzugsbeendigung ist für den Substanzkonsum und die Lebenssituation nach Klinikaustritt bedeutender als das Vorkommen von Rückfällen während der Behandlung. Keiner der Untersuchungsteilnehmer, die den Entzug vorzeitig abgebrochen haben oder entlassen wurden, erreicht eine vollständige Abstinenz – auch dann nicht, wenn die Patienten während der Behandlung keine Rückfälle hatten. Dagegen gelingt dies Patienten, die den Entzug regulär beendet haben auch dann, wenn es im Entzug zu Rückfällen gekommen ist. Es ist also weniger der Rückfall an und für sich, der in einen ungünstigen Verlauf nach Klinikaustritt mündet. Entscheidend ist vielmehr, dass Rückfälle häufig eine vorzeitige Beendigung der Behandlung zur Folge haben. Dieser Befund unserer Studie bei Drogenabhängigen deckt sich mit der Untersuchung von Küfner und Feuerlein [11], die bei Alkoholikern durchgeführt wurde.

Wir sind der Ansicht, dass ein Rückfall während der Behandlung gemeinsam mit dem Patienten bearbeitet und auf eine vorzeitige Entlassung so weit als möglich verzichtet werden sollte. Wenn dies gelingt, kann der Patient durch die Verarbeitung von Rückfallerfahrungen zu einer realistischeren Einschätzung seiner Situation und einem erfolgreicherem Umgang mit der eigenen Abhängigkeit geführt werden [13].

*Verdankung:* Wir danken Prof. Dr. med. Daniel Hell für die wohlwollende Unterstützung der Studie.

## Literatur

- 1 Ghodse AH, London M, Bewley TH, Bhat AV. In-patient treatment for drug abuse. *Br J Psychiatry* 1987;151:72–5.
- 2 Gossop M, Green L, Phillips G, Bradley B. What happens to opiate addicts immediately after treatment: a prospective follow-up study. *Br Med J* 1987;294:1377–80.
- 3 Gossop M, Green L, Phillips G, Bradley B. Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment: a prospective follow-up study. *Br J Psychiatry* 1989;154:348–53.
- 4 San L, Cami J, Mata R, Porta M. Success and failure at inpatient heroin detoxification. *Br J Addict* 1989;84:81–7.
- 5 Alling FA. Detoxification and treatment for acute sequelae. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, editors. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1992. p. 402–55.
- 6 Westreich L, Heitner C, Cooper M, Galanter M, Guedj P. Perceived social support and treatment retention on an inpatient addiction treatment unit. *Am J Addict* 1997;6:144–9.
- 7 Stohler R, Petitjean S, Ladewig D. Entzugsbehandlung Drogenabhängiger mit dem Ziel der Abstinenz (Withdrawal of drug dependent patients with the aim of achieving abstinence). *Psychiatr Prax* 1994;21:10–2.
- 8 Broers B, Giner F, Dumont P, Mino A. Inpatient opiate detoxification in Geneva: follow-up at 1 and 6 months. *Drug Alcohol Depend* 2000;58:85–92.
- 9 Hättenschwiler J, Rüesch P, Hell D. Effectiveness of inpatient drug detoxification: links between process and outcome variables. *Eur Addict Res* 2000;6:123–31.
- 10 Roch I, Küfner H, Arzt J, Böhmer M, Denis A. Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: ein Literaturüberblick. *Sucht* 1992;38:304–22.
- 11 Küfner H, Feuerlein W. *In-patient Treatment for Alcoholism: A Multi-center Evaluation Study*. Berlin: Springer; 1989.
- 12 Körkel J, Lauer G. Rückfälle Alkoholabhängiger: ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. In: Körkel J, Lauer G, Scheller R, Herausgeber. *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1995. S. 158–85.
- 13 Küfner H, Arzt J, Roch I, Denis A, Rug U. Suchtmittel-einnahme während der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. In: Körkel J, Lauer G, Scheller R, Herausgeber. *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1995. S. 112–26.
- 14 WHO / Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E, Herausgeber. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien*. Bern: Huber; 1994.
- 15 Gsellhofer B, Fahrner E-M, Platt J. *European Addiction Severity Index (EuropASI), deutsche Version*. München: Institut für Therapieforschung; 1994.
- 16 Gruppe für Forschung und Dokumentation Fo/Dok & Koordinationsstelle des Forschungsverbunds therapeutischer Einrichtungen KOOS. *Fragebogen A der Therapieverlaufs-Dokumentation: Erstbefragung über Vorgeschichte und aktuelle Situation des/r Klienten/in*. Zürich: Forschungsinformation aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst Zürich (Serie V, Nr. 03a); 1991.
- 17 Koordinationsstelle des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie KO-FOS. *Eintrittsfragebogen zur KlientInnen-dokumentation in Entzugsstationen der Schweiz*. Zürich: Institut für Suchtforschung; 1996.
- 18 Bundesamt für Statistik (BfS), Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG), Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA). *SAMBAD: Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich*. Manual. Bern: Bundesamt für Statistik (Abt. Bevölkerung und Beschäftigung); 1995.
- 19 Brownell KD, Marlatt GA, Lichtenstein E, Wilson GT. Understanding and preventing relapse. *Am Psychol* 1986;41:765–82.
- 20 Rüesch P, Hättenschwiler J. Risikofaktoren des Behandlungsabbruchs im stationären Drogenentzug: Die Bedeutung der Behandlungsmotivation und der subjektiven Verarbeitung des Entzuges. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2001;24:11–8.