



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2020

---

**Kann die Symptombelastung einen regulären oder irregulären  
Behandlungsabschluss bei Substanzkonsumstörungen vorhersagen?**

Brokatzky, Stefan ; Blessing, Andreas ; Rudaz, Myriam ; Hansen, Aksel ; Dammann, Gerhard

DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1197-9866>

Other titles: Can Symptom Burden Predict Regular or Irregular Completion of Treatment for Substance use Disorders?

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-199959>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Brokatzky, Stefan; Blessing, Andreas; Rudaz, Myriam; Hansen, Aksel; Dammann, Gerhard (2020). Kann die Symptombelastung einen regulären oder irregulären Behandlungsabschluss bei Substanzkonsumstörungen vorhersagen? Suchttherapie, 21(4):205-212.

DOI: <https://doi.org/10.1055/a-1197-9866>

# Kann die Symptombelastung einen regulären oder irregulären Behandlungsabschluss bei Substanzkonsumstörungen vorhersagen?

## Can Symptom Burden Predict Regular or Irregular Completion of Treatment for Substance use Disorders?

### Autoren

Stefan Brokatzky<sup>1,2</sup>, Andreas Blessing<sup>1</sup>, Myriam Rudaz<sup>1,3</sup>, Aksel Hansen<sup>1</sup>, Gerhard Dammann<sup>1,4</sup>

### Institute

- 1 Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Schweiz
- 2 Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, UniversitätsSpital Zürich, Schweiz
- 3 Department of Family and Child Sciences, Florida State University, Tallahassee, FL, USA
- 4 Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Österreich

### Schlüsselwörter

Substanzstörung, Rückfall, Behandlungsabbruch, stationäre Entzugsbehandlung, Behandlungsmotivation, Behandlungsvereinbarung

### Key words

substance use disorder, relapse, treatment interruption, inpatient withdrawal treatment, treatment motivation, treatment agreement

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1197-9866>

Suchttherapie 2020; 21: 1–8

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 1439-9903

### Korrespondenzadresse:

Stefan Brokatzky  
Klinik für Konsiliarpsychiatrie und  
Psychosomatik  
UniversitätsSpital Zürich  
Rämistrasse 100  
CH-809 Zürich  
Schweiz  
[Stefan.Brokatzky@usz.ch](mailto:Stefan.Brokatzky@usz.ch)

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel der Studie** Das Ziel der vorliegenden explorativen Studie war zu untersuchen, ob die subjektive Symptombelastung vor und während der Behandlung von Patienten mit einer Sub-

stanzkonsumstörung einen Einfluss darauf hat, ob die Behandlung regulär (d. h. in gegenseitigem Einverständnis zwischen dem Therapeuten und dem Patienten) oder irregulär (d. h. der Therapeut oder der Patient bricht ab) beendet wird.

**Methodik** In der vorliegenden, retrospektiven Untersuchung wurden 54 Patienten einer Drogenentzugs- und Entwöhnungsstation untersucht. Die Informationen zur Art des Behandlungsabschlusses wurden der Basisdokumentation und zur Symptombelastung der Brief-Symptom-Checkliste (BSCL) entnommen.

**Ergebnisse** Die Ergebnisse der binären logistischen Regressionsanalysen zeigten, dass eine allgemeine Reduktion der Symptombelastung während der Behandlung mit einem regulären statt einem irregulären Behandlungsabschluss einherging. Die Analysen der Subskalen der BSCL ergaben signifikante Effekte für eine Abnahme der Ängstlichkeit und des Paranoiden Denkens während der Therapie zugunsten eines regulären Behandlungsabschlusses. Des Weiteren sagten hohe Werte der Zwanghaftigkeit zu Behandlungsbeginn einen regulären Behandlungsabschluss vorher.

**Schlussfolgerung** Bei der Behandlung von Patienten mit Substanzkonsumstörungen erscheint es sinnvoll, die allgemeine subjektive Symptombelastung während der Behandlung zu erfragen, um Therapieabbrüche zu vermeiden. Insbesondere sollten die Ängstlichkeit und das Paranoide Denken in den Fokus der Behandlung rücken, da diese in der vorliegenden Studie einen regulären Behandlungsabschluss vorhersagten.

### ABSTRACT

**Purpose** The aim of the present exploratory study was to investigate whether the subjective symptom burden before and during the treatment of patients with a substance use disorder has an influence on whether the treatment is terminated regularly (i. e. by mutual agreement between the therapist and the patient) or irregularly (i. e. the therapist or the patient discontinues).

**Methods** In the present retrospective study 54 patients of a drug withdrawal and weaning ward were examined. The information on the type of treatment termination was taken from the basic documentation and the symptom burden of the Brief-Symptom-Checklist (BSCL).

**Results** The results of the binary logistic regression analyses showed that a general reduction of the symptom burden during treatment was predictive for a regular rather than an irregular treatment termination. The analyses of the subscales of the BSCL showed significant effects for a decrease in anxiety and paranoid thinking during therapy in favour of a regular treatment termination. Furthermore, high values of obsessive-

compulsivity at the beginning of treatment predicted a regular treatment termination.

**Conclusion** In the treatment of patients with substance use disorders, it seems reasonable to ask for the general subjective symptom burden during treatment in order to avoid discontinuation of therapy. In particular, anxiety and paranoid thinking should be in the focus of the treatment, as these predicted a regular completion of treatment in the present study.

## Einleitung

In der Behandlung von Substanzkonsumstörungen bei illegalen Substanzen, stellen therapieschädigendes Verhalten und Behandlungsabbrüche, insbesondere institutionell, weiterhin ein großes Problem dar. So zeigten sich in fast allen retrospektiven Untersuchungen Abbruchquoten zwischen 40–60%, je nachdem ob die Behandlungen von niederschweligen Einrichtungen oder durch Spezialstationen durchgeführt wurden [1–5].

Soziodemografische Variablen (wie Bildung, Herkunft, Delinquenz, Drogenkarriere, etc.) waren viele Jahre im Fokus und sollten bei der Erstellung einer generellen Prognose und Prognose bzgl. des Behandlungsabschlusses helfen [1, 6, 7]. Allerdings erwiesen sie sich im klinischen Alltag als wenig aussagekräftig und zudem konnten daraus keine therapeutischen Interventionen abgeleitet werden. Vielmehr könnte es dadurch zu unbewussten Übertragungs-Gegenübertragungsphänomenen gekommen sein, die einen Behandlungsabbruch mit induzierten und so eine Bestätigung für den therapeutischen Misserfolg lieferten. Die soziodemografischen Variablen dienten dem Therapeuten als Abwehrmöglichkeit seiner Ohnmachtsgefühle bzw. seiner gefühlten Minderwertigkeit im Sinne einer Rationalisierung. Vielmehr könnte es sogar dazu gekommen sein, dass von Anfang an eine hoffnungslose Atmosphäre bezüglich dieser Patienten herrschte und der Misserfolg dadurch mit induziert wurde [8, 9].

In Arbeiten zu Persönlichkeitsmerkmalen von Substanzabhängigen aus dem illegalen Bereich – erhöhte Werte von Neurotizismus [10], emotionalen Zuständen und Behandlungsmotivation, zeigte sich, dass negative Erlebnisse während der Behandlung und die kognitive Verarbeitung eines Rückfalls einen entscheidenden Einfluss auf die Art der Beendigung der Behandlung haben können und häufig zu noch mehr Rückfällen nach oder während der Behandlung führen [2]. Dies gilt sowohl für alkoholabhängige als auch drogenabhängige Patienten [11, 12]. Welche negativen Erlebnisse bzw. Zustände oder Kognitionen damit im Einzelnen gemeint sind oder durch was sie im Prozess ausgelöst wurden, ist bisher nur ansatzweise verstanden worden. So beschreiben Allen et al. [13] in ihrer qualitativen Arbeit bspw. 4 subjektive Ängste vor Alkoholentgiftungen: Die Angst vor dem psychiatrisch-therapeutischen Setting, die Angst vor ernsthaften Entzugssymptomen, die Angst vor der Veränderung eigener Einstellungen zur Einnahme von Medikamenten und die Angst davor, in Zukunft ohne Alkohol leben zu müssen. Ob dies auf drogenabhängige Patienten übertragbar ist, bleibt noch offen. Aus psychodynamischer Sicht stellt die Entgiftung von illegalen Substanzen den Verlust eines geliebten, wenn auch gehassten Objektes dar und so erscheint es verständlich, dass

darauf mit Angst, Wut und innerer Spannung reagiert wird [14]. Aufgrund dieser vulnerablen Situation muss sehr darauf geachtet werden, dass der Fokus dem Verstehen und nicht dem Verurteilen gilt [8]. Gässling [15] benannte „Suchtdruck“ als Hauptabbruchgrund für Drogenpatienten. Dies sagt jedoch wenig über den genauen inneren Zustand aus (d. h. welche Affekte vorliegen: Anspannung, Bedrücktheit, Ängstlichkeit, Leere etc.) und ist vergleichbar mit unspezifischem Schmerz bei somatoformen Störungsbildern. Alles wird entsprechend der Störung interpretiert und so erscheint es erwartungsgemäß, dass Suchtpatienten Spannungszustände ganz generell als „Suchtdruck“ erleben und attribuierend bezeichnen. Es scheinen also auch hier weitere Untersuchungen notwendig, die das Phänomen „Suchtdruck“ näher untersuchen, wie dieser z. B. im Behandlungsprozess auftritt, ob er eher progressiv oder regressiv zu sehen ist [14] und welche Interventionen für den Patienten subjektive Entlastung davon bringen (vgl. Walter et al. [16] zur Bedeutung von Stress bei Alkoholerkrankungen). Zusätzliche Hinweise auf ein prozesshaftes Geschehen finden sich in der Datenanalyse der Münchner Multicenter-Studie, die subjektive Verbesserung des Patienten während der Behandlung als entscheidenden Prädiktor für einen regulären Abschluss benannte [17]. Es scheint wichtig zu sein, affektive Veränderungen des Patienten während der Behandlung frühzeitig erkennen zu können und entsprechende Strategien daraus abzuleiten. Affektive Erkrankungen per se spielen dagegen nach derzeitiger, eher schwacher Datenlage eine eher untergeordnete Rolle, was die Behandlungsprognose betrifft [18]. Die Arbeit von Ruesch und Hättenschwiler [2] zeigte, dass ein Rückfall während der stationären Behandlung häufig in einen Behandlungsabbruch mündete. Hierbei wurde die „subjektive“ Verarbeitung während des Entzugsprozesses (Befindlichkeit, Motivation, kognitive Bewertung) als Erklärungsmodell herausgearbeitet. Allerdings bemerkten die beiden Autoren auch, dass weiterhin, unabhängig von Rückfallereignissen, hohe institutionelle Abbruchraten bestehen (bis zu 64%) [1, 2, 6, 7].

### Merke

**Subjektiv beklagte Beschwerden sollten bei der Arbeit mit Abhängigen ernst genommen und nicht als lästig interpretiert werden. Deshalb sollte bereits im Rahmen der Entzugsbehandlung über die Pharmakotherapie hinaus, mit der psychotherapeutischen Arbeit begonnen werden.**

Bekannt ist, dass der reguläre Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung, d. h. ein Behandlungsabschluss in gegenseitigem Ein-

verständnis zwischen dem Therapeuten und dem Patienten, der einzig bisher wirklich valide prognostische Faktor für einen längerfristigen Erfolg in der Behandlung von Substanzkonsumstörungen darstellt [19]. Außerdem wurde in einer Untersuchung von Strang und Mitarbeitern [20] deutlich, dass spezialisierte Abteilungen signifikant bessere Ergebnisse als allgemeinpsychiatrische Abteilungen erzielen und dass in Untersuchungen zur fraktionierten Methadonabgabe zwar zunächst Behandlungsabbrüche hinausgezögert werden können, aber sich die Gesamtabbruchquote im Verlauf dadurch kaum ändert [21]. Trotz dieses seit Jahren bekannten Paradigmenwechsel in der Suchtmedizin, dass nämlich Abbrüche und vorzeitige disziplinarische Entlassungen aus prognostischen Gründen möglichst vermieden werden sollten, erlebt man im klinischen Alltag immer wieder Fälle (nicht nur Einzelfälle), die vorzeitig entlassen werden. Überspitzt gesagt werden vielleicht „nicht rückfällige“ Patienten als angenehm und angepasst und „rückfällige“ als unbequem, wenig motiviert erlebt?

In der durchgeführten Studie sollte nun untersucht werden, ob sich mit einfachen Instrumenten des klinischen Alltags (Basisdokumentation/BADO und Brief Symptom Checklist/BSCL) Rückschlüsse ziehen lassen, welche Patienten die Behandlung regulär oder irregulär beenden werden. Außerdem sollte untersucht werden, inwiefern sich die Symptombelastung und die subjektive Symptomverbesserung im Behandlungsprozess auf die Austrittsart auswirkt. Ferner sollen daraus mögliche psychotherapeutische Strategien im Spannungsfeld zur disziplinarischen Entlassung in der Behandlung abgeleitet werden.

## Methoden

### Stichprobe

Es wurden ausschließlich anonymisierte Datensätze von Patienten verwendet, die auf der Drogenentzugs- und Therapiestation der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (Schweiz) behandelt wurden. Die retrospektiven Daten wurden aus der BADO und der BSCL entnommen. Hierbei wurden die Jahre 2012 und 2013 herangezogen. Die BSCL wurde im Zuge des Qualitätsmanagements (EFQM) eingeführt und war erst ab Juli 2012 in die Software der Psychiatrischen Klinik implementiert worden. Es wurden alle Patienten eingeschlossen, die sich vom 01.07.2012 auf der Spezialstation befanden und vor dem 31.12.2013 aufgenommen wurden. Es wurden 145 Patienten ermittelt, die auf der Station für illegale Drogen der Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen behandelt wurden. Ferner reduzierten sich die Datensätze, weil nur 62 Personen zum Entlassungszeitpunkt die BSCL ausfüllten und davon 54 eindeutige Angaben zu den relevanten Studienvariablen in der BADO aufwiesen. Die endgültige Stichprobe, welche für die Analysen verwendet wurde, betrug daher  $n = 54$ .

### Behandlungssetting

Die Spezialstation für Substanzkonsumstörungen aus dem illegalen Bereich, ist eine niederschwellige Drogenentzugs- und Therapiestation mit 15 stationären Behandlungsplätzen und der Möglichkeit von teilstationären wie auch ambulanten Behandlungsangeboten. Die Station bietet neben einer Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung eine vertiefende psychodynamische Psychotherapie an und orientiert sich eng

an psychodynamische und Recovery-orientierte Behandlungskonzepte. Zum therapeutischen Angebot gehören: Arzt- und Bezugspersonengespräche (psychotherapeutische Einzelgespräche, pflegerische Bezugspersonenarbeit), Paar- und Familiengespräche, sozialarbeiterische Begleitung, psychodynamische Gruppen, Soziale Skills Gruppe, psychoedukative Gruppe mit Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankung, Werktherapie, Sporttherapie, DBT-S Gruppe, traumazentrierte Angebote, Medikamentengestützte qualifizierte ärztliche Entzugsbehandlung, Akupunktur nach dem Protokoll der National Acupuncture Detoxification Association (NADA), Selbsthilfegruppen auf der Station, Recovery-Gruppe mit einem Peer-Mitarbeiter, milieutherapeutische Alltagsgestaltung sowie Rückfallbearbeitung.

### Messinstrumente

#### Soziodemografische Variablen, Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Entlassungsart

Aus der Basisdokumentation (BADO) wurden soziodemografische Variablen, Diagnosen, Aufenthaltsdauer und Entlassungsart entnommen. Die Daten zur BADO wurden vom Fallführenden Behandler innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme bzw. nach Entlassung erhoben. Die Diagnosen wurden anhand der ICD-10-Kriterien gestellt. Bei der Entlassungsart wurde zwischen regulärem und irregulärem Behandlungsabschluss unterschieden. Unter einem regulären Behandlungsabschluss wurde ein Behandlungsabschluss in gegenseitigem Einverständnis zwischen dem Therapeuten und dem Patienten verstanden, wohingegen bei einem irregulären Behandlungsabschluss entweder der Therapeut oder der Patient die Behandlung abbrach.

#### Symptombelastung

Die Brief Symptom Checklist (BSCL) ist die Kurzform der SCL-90. Es handelt sich bei der BSCL um eine deutschsprachige Übersetzung von Franke [22], deren Ursprung in dem amerikanischen Brief Symptom Inventory (BSI) von Derogatis [23] zu finden ist. Es handelt sich bei den 53 Items der BSCL um die fünf bis sechs ladungsstärksten Items pro Skala aus der 90 Items umfassenden SCL-90. Die Skala misst den subjektiven Leidensdruck innerhalb der letzten 7 Tage in 9 verschiedenen Subskalen: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. In der vorliegenden Studie wurden zudem der Global Symptom Index (GSI) und der Positive Symptome Distress Index (PSDI) ermittelt, welche die grundsätzliche psychische Belastung und die Schwere der Beeinträchtigung erfassen. Die Erstmessung erfolgte innerhalb der ersten beiden Tage nach Aufnahme und die Zweitmessung ein Tag vor Entlassung bzw. am Tag der Entlassung. Jeder Patient erhielt einen einmaligen Code, mit dem er sich in das Tabletsystem einloggen konnte, um die BSCL auszufüllen.

### Datenanalyse

Es wurden mehrere binäre logistische Regressionsanalysen gerechnet um zu testen, ob die Symptombelastung zu Behandlungsbeginn und zwischen dem Behandlungsbeginn und dem Behandlungsende (Prä- und Differenzwerte der BSCL) vorhersagen kann, ob die Behandlung regulär oder irregulär abgeschlossen wird. Der Prä- und der entsprechende Differenzwerte (z. B. GSI prä und GSI\_

diff) wurden jeweils als unabhängige Variablen in einem Modell getestet.

Wir berechneten zudem die Effektstärken  $f$  nach Cohen [24] mit Hilfe des  $R$ -Quadrat nach Nagelkerke (da jeweils 2 Prädiktoren in das Modell eingegangen sind, kann das Pseudo  $R$ -Quadrat nach Nagelkerke beibehalten werden):

$$f = \sqrt{\frac{R^2}{1-R^2}}$$

Dabei entspricht  $f = 0,10$  einem schwachen Effekt,  $f = 0,25$  einem mittleren Effekt und  $f = 0,40$  einem starken Effekt [25]. In Bezug auf die Odds Ratios gilt [37]:  $OR = 0,69$  resp.  $1,44$  schwacher Effekt,  $OR = 0,4$  resp.  $2,48$  mittlerer Effekt und  $OR = 0,23$  resp.  $4,27$  starker Effekt.

## Ergebnisse

### Vorausgehende Ergebnisse

Das durchschnittliche Alter lag bei 30 Jahren ( $SD = 8,45$ ). Von den 54 Personen waren 36 männlich (66,7%) und 18 weiblich (33,3%). In ▶ **Tab. 1** sind die Häufigkeiten der Hauptdiagnosen nach ICD-10 dargestellt. Über die Hälfte (51,85%) der Patienten hatten eine F19 Diagnose und konsumierten demnach 2 oder mehr psychotrope Substanzen. Über 10% hatten eine F11 oder F12 Diagnose bzw. zeigten psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (12,96%) und Cannabinoide (11,11%). Auch in den 8 Fällen (▶ **Tab. 1**) bei denen eine Essstörung (F5) oder Persönlichkeitsstörung (F6) in der BADO bzw. Arztbericht als Hauptdiagnose kodiert wurde, stellte die Substanzkonsumstörung im eigentlichen Sinn (ICD-10: Hauptdiagnose ist diejenige Diagnose, die den Hauptgrund des gegenwärtigen Behandlungsersu-

chens darstellt) die Hauptdiagnose dar. Die Kodierenden waren einer nosologischen geleiteten Hierarchie gefolgt (Persönlichkeitsstörung bedingt Substanzstörung und stellt „Grunderkrankung“ dar). Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag bei 58 Tagen ( $SD = 46,48$ ).

### Hauptergebnisse

Von den 54 Personen beendeten 33 (61,1%) die Behandlung regulär und 21 (38,9%) irregulär. Von den 21 irregulär beendeten Behandlungen wurden 15 (71,4%) durch den Behandelnden und 6 (28,5%) durch den Patienten beendet. Die Abbrüche erfolgten ganz überwiegend während der Entwöhnungsphase. Ganz zu Beginn der Entzugsphase wurde keine Behandlung abgebrochen. T-Tests für unabhängige Stichproben ergaben, dass sich die beiden Gruppen, Patienten mit regulärem vs. irregulärem Behandlungsabschluss, auf den Variablen Alter und Behandlungsdauer nicht signifikant voneinander unterschieden (Alter:  $M = 31,00$ ,  $SD = 9,07$  für die reguläre Gruppe und  $M = 28,48$ ,  $SD = 7,30$  für die irreguläre Gruppe,  $t(52) = 1,07$ ,  $p = 0,29$ ; Behandlungsdauer:  $M = 66,70$ ,  $SD = 52,52$  für die reguläre Gruppe und  $M = 43,10$ ,  $SD = 30,87$  für die irreguläre Gruppe,  $t(52) = 1,86$ ,  $p = 0,07$ ). ▶ **Tab. 2** gibt die deskriptive Statistik und die Ergebnisse der binären logistischen Regressionsanalysen für die globalen Kennwerte und die Subskalen der BSCL wieder.

### Globale Kennwerte

Für den GSI-Präwert ergab sich kein signifikantes Ergebnis bzw. die allgemeine psychische Belastung zu Behandlungsbeginn hatte keinen Einfluss darauf, ob die Behandlung regulär oder irregulär abgeschlossen wurde. Der GSI-Differenzwert wurde jedoch signifikant d. h. je mehr die subjektive psychische Belastung während der Behandlung abnahm, desto grösser war die Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung regulär statt irregulär abgeschlossen wurde. Die aufgeklärte Varianz betrug insgesamt 21%, was einem starken Effekt von  $f = 0,51$  entspricht. Für den GSI Differenzwert alleine ergab sich ebenfalls ein starker Effekt. Für den PSDI ergab sich weder für den Präwert noch den Differenzwert ein signifikantes Ergebnis.

### Subskalen

Für die Subskala Zwanghaftigkeit ergab sich ein signifikantes Ergebnis für den Präwert, d. h. je grösser die Zwanghaftigkeit zu Behandlungsbeginn war, desto grösser war die Wahrscheinlichkeit, dass die Behandlung regulär statt irregulär abgeschlossen wurde. Der Differenzwert der Zwanghaftigkeit wurde nicht signifikant bzw. die Veränderung der Zwanghaftigkeit hatte keinen Einfluss auf die Art des Behandlungsabschlusses. Die aufgeklärte Varianz betrug insgesamt 24%, was einem starken Effekt von  $f = 0,56$  entspricht. Für den Präwert der Zwanghaftigkeit alleine ergab sich ein mittlerer Effekt.

Für die beiden Subskalen Ängstlichkeit und Paranoides Denken ergaben sich signifikante Ergebnisse für die Differenzwerte, nicht aber für die Präwerte. Dies bedeutet, dass die Werte auf diesen Subskalen zu Behandlungsbeginn nicht entscheidend dafür waren, ob die Behandlung regulär oder irregulär abgeschlossen wurde. Je mehr jedoch die Ängstlichkeit und das paranoide Denken im Laufe der Behandlung abnahmen, desto eher wurde die Behandlung regulär statt irregulär abgeschlossen. Die aufgeklärten Varianzen betragen für die Ängstlichkeit 19% und für das Paranoide Denken 20%. Dies entspricht starken Effektstärken von  $f = 0,48$  und  $f = 0,50$ .

▶ **Tab. 1** Häufigkeiten der Hauptdiagnosen für die 54 Patienten, welche auf der Drogenentzugs- und Therapiestation behandelt wurden.

Diagnosen nach ICD-10		n	%
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	1	1,85
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	3	5,56
F11	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	7	12,96
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	6	11,11
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	1	1,85
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	28	51,85
F50	Essstörungen	2	3,70
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	4	7,41
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	2	3,70

► **Tab. 2** Binäre logistische Regressionsanalysen zur Vorhersage der Art des Behandlungsabschlusses mittels der Symptombelastung zu Behandlungsbeginn und zwischen dem Behandlungsbeginn und dem Behandlungsende bei Patienten mit einer Substanzkonsumstörung.

	Behandlungsabschluss						
	Regulär (n = 33)		Irregulär (n = 21)		OR	95% KI	R <sup>2</sup>
BSCL	M	SD	M	SD			
<i>Globale Skalen</i>							
GSI_prä	1,15	0,59	0,86	0,50	0,71	0,21–2,42	0,21
GSI_diff	0,43	0,59	0,01	0,39	0,21 *	0,05–0,87	
PSDI_prä	1,76	0,53	1,51	0,37	0,43	0,10–1,92	0,12
PSDI_diff	0,30	0,51	-0,07	0,30	0,36	0,07–1,97	
<i>Subskalen</i>							
SOMA_prä	1,06	0,72	0,82	0,61	1,44	0,38–5,36	0,14
SOMA_diff	0,60	0,76	-0,14	0,62	0,28	0,08–1,02	
ZWAN_prä	1,54	0,82	0,89	0,60	0,36 *	0,13–0,99	0,24
ZWAN_diff	0,51	0,84	0,02	0,65	0,62	0,24–1,63	
UNSI_prä	1,07	0,86	0,98	0,72	1,19	0,52–2,71	0,06
UNSI_diff	0,29	0,90	0,05	0,50	0,51	0,21–1,25	
DEPR_prä	1,45	0,94	0,93	0,71	0,63	0,28–1,45	0,16
DEPR_diff	0,60	1,00	-0,02	0,69	0,57	0,25–1,31	
ANGS_prä	1,24	0,80	0,90	0,55	0,88	0,30–2,61	0,19
ANGS_diff	0,57	0,83	-0,01	0,51	0,29 *	0,09–0,94	
AGGR_prä	0,79	0,61	0,64	0,70	0,82	0,30–2,22	0,04
AGGR_diff	0,08	0,69	0,13	0,61	0,65	0,25–1,70	
PHOB_prä	0,73	0,73	0,60	0,76	1,28	0,47–3,47	0,09
PHOB_diff	0,20	0,70	0,12	0,50	0,35	0,11–1,15	
PARA_prä	1,02	0,80	0,80	0,71	0,97	0,38–2,46	0,20
PARA_diff	0,28	0,62	0,19	0,52	0,20 *	0,06–0,74	
PSYC_prä	0,91	0,75	0,78	0,71	1,04	0,43–2,50	0,07
PSYC_diff	0,31	0,64	-0,03	0,51	0,40	0,12–1,28	

prä = Wert zu Behandlungsbeginn. diff = Differenzwert zwischen dem Behandlungsbeginn und dem Behandlungsende. GSI = Global Symptom Index, PSDI = Positive Symptom Distress Index, SOMA = Somatisierung, ZWAN = Zwanghaftigkeit, UNSI = Unsicherheit im Sozialkontakt, DEPR = Depressivität, ANGS = Ängstlichkeit, AGGR = Aggressivität, PHOB = Phobische Angst, PARA = Paranoides Denken, PSYC = Psychotizismus. OR = Odds Ratio. KI = Konfidenzintervall. R<sup>2</sup> = Nagelkerkes R-Quadrat. \* p < 0,05

Für den Differenzwert der Subskalen Ängstlichkeit alleine ergab sich ein mittlerer Effekt und für den Differenzwert der Subskalen Paranoides Denken ein starker Effekt. Für die Subskalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst und Psychotizismus ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse.

## Diskussion

Trotz eines überwiegend liberalen Umgangs mit Rückfällen stellen Therapieabbrüche weiterhin ein großes Problem dar. So kam es in der vorliegenden Studie bei rund 39% zu einem Therapieabbruch, wobei in mehr als der Hälfte der Fälle (62%) der Abbruch institutionell bzw. durch den Behandler initiiert wurde. Obwohl diese Ab-

bruchquote niedriger als in anderen Studien ist [1, 2], besteht nach wie vor Handlungsbedarf. Ziel dieser explorativen Untersuchung zur Hypothesengenerierung war es in einer heterogenen Stichprobe von 54 Patienten demnach herauszufinden, ob die subjektive Symptombelastung zu Behandlungsbeginn und zwischen dem Behandlungsbeginn und dem Behandlungsende einen Einfluss darauf hat, ob die Behandlung regulär oder irregulär abgeschlossen wurde. Es zeigte sich, dass Patienten, bei welchen die allgemeine subjektive Symptombelastung während der Behandlung abnahm, häufiger die Behandlung regulär statt irregulär beendeten.

Interessanterweise erfolgten in dieser Studie die Abbrüche überwiegend in der Entwöhnungsphase. Möglicherweise brechen Konflikte und Ambivalenzen etc. dann stärker auf, wenn die Fokussierung auf die Entgiftungsphase beendet ist. Die allgemeine sub-

■ Korrektorexemplar: Veröffentlichung (auch online), Vervielfältigung oder Weitergabe nicht erlaubt! ■



jektive Veränderung innerer Zustände scheint demnach ein wichtiger Prädiktor für einen Behandlungsabschluss in gegenseitigem Einverständnis zwischen dem Therapeuten und dem Patienten zu sein. Eine genaue Differenzierung ergab, dass insbesondere eine Abnahme der Ängstlichkeit und des Paranoiden Denkens entscheidend sind. Dabei könnte die Zunahme an Vertrauen in die Behandlung bzw. das Behandlungsteam ausschlaggebend sein, sodass Patienten Scham und Schwächen eher preisgegeben und offener besprechen, wodurch möglicherweise Ängste abgebaut und schambesetzte Themen enttabuisiert werden können. Ferner erwies sich die Zwanghaftigkeit zu Behandlungsbeginn als ein Prädiktor für einen regulären statt einem irregulären Behandlungsabschluss. Dies könnte damit erklärt werden, dass Patienten mit hohen Werten auf dieser Skala sich eher verpflichtet fühlen, die Behandlung regulär zu beenden und die Zwanghaftigkeit als Gegenspieler der Angst kompensatorischen Einfluss haben könnte. Da die Austrittsart ein wesentlicher Prädiktor für den Erfolg einer weiterführenden Behandlung darstellt [2, 17], erscheint es aufgrund unserer Resultate sinnvoll, Symptomverläufe schneller sichtbar zu machen, damit zeitnah entsprechende Interventionen zur Rückfallprophylaxe erfolgen könnten. Dafür sprechen auch poststationäre Untersuchungen bei Alkoholabhängigen, die von Rückfällen bei belastenden inneren Zuständen, bedrückter Stimmungslage Unruhe und Gereiztheit sprechen [7, 26].

Während unsere Befunde zumindest teilweise für die Bedeutung intrinsischer Faktoren sprechen, werden von anderen Autoren zudem extrinsische Faktoren als relevant beschrieben [2]. Die extrinsischen Faktoren könnten der Druck von außen sein (Familie, auf der „Gasse“ leben, der Hausarzt verschreibt keine Medikamente mehr, die Schule droht mit Rausschmiss, etc.). Ruesch und Hätenschwiler [2] beschrieben dies mit einer „Überdrussmotivation“, die ein Prädiktor für eine irreguläre Beendigung der Behandlung sein kann. Murphy und Bentall [27] benannten ebenfalls „extrinsische Motivation“ als Prädiktor für einen irregulären Behandlungsabschluss. In zukünftigen Studien sollten daher neben den inneren Zuständen ebenfalls die Beweggründe für die Therapie untersucht werden.

#### Merke

**Ein besseres Verständnis der inneren Welt des Patienten sollte entwickelt werden, damit Rückfälle und die damit verbundenen negativen Gegenübertragungsgefühle besser reguliert werden können und nicht in eine sich potenzierende, negative Patienten-Therapeuten-Team Dynamik übergeht.**

Die Studie weist einige methodische Limitationen auf, die Gegenstand von zukünftigen vertiefenden Studien zu diesem Themengebiet sein könnten: insgesamt ein eher kleines, heterogenes Sample; keine Kontrolle für die vorhandene Therapiemotivation; vertiefte Differenzierung der Abbrüche nach Behandlungsphase (zweiter Messzeitpunkt) und relevanten soziodemografischen Variablen. Die psychische Belastung während der Entgiftungsphase ist vermutlich eine andere als während der Entwöhnungsphase. In einer größeren Studie mit homogenerem Sample könnten die generierten Hypothesen geprüft werden. Nicht untersucht wurde, inwieweit sich die untersuchten 54 Patienten von den restlichen Patienten hinsichtlich soziodemografischer Variablen, Geschlecht

[33], Dosierungen der Medikation [34], Depressivität [32, 36], Persönlichkeitsmerkmale (wie Belohnungsabhängigkeit etc.) [31] oder Behandlungsdauer etc. unterschieden.

Insgesamt scheint es also zielführend zu sein, im Vorfeld einer Entzugsbehandlung eine bessere beschwerdeorientierte Differentialindikation für eine Behandlung zu stellen und auf mögliche Risiken bei „extrinsischer Motivation“ hinzuweisen. Dies gilt im Einzelfall für den Patienten oder aber auch für sein Umfeld, welches in diesen Entscheidungsprozess miteinbezogen werden sollte. Zudem ist geringe Krankheitseinsicht und Kontrollverlust häufig bei Suchtpatienten zu sehen [8], sodass in solchen Fällen von Anfang an therapeutisch damit gearbeitet werden sollte (z. B.: „ich verstehe es so, dass ihr Umfeld größere Sorge trägt als sie selber! Korrigieren sie mich, wenn ich falsch liege?!“). Ferner kann man sich die Eingangsdiagnostik der BSCL nutzbar machen und erste Hinweise auf mögliche Prädiktoren erhalten. Man kann sich fragen, ob aus den Ergebnissen geschlossen werden kann, dass mittels Abfrage der Symptome ein irregulärer Behandlungsabschluss vermieden werden kann und argumentieren, dass eine Symptomabfrage alleine den Behandlungserfolg nicht verbessern wird. Wir sind der Ansicht, dass eine frühzeitige Symptomabfrage (auf der Basis unserer Ergebnisse) u.U. sehr wohl Einfluss auf den Behandlungserfolg (Vermeiden von frühzeitigen Abbrüchen) nehmen könnte, wenn z. B. zunehmende Symptombelastung erkannt und proaktiv therapeutisch angegangen werden kann. Zudem angeregt werden könnte, die BSCL (oder vergleichbare Instrumente) routinemäßig in (teil-)stationären Settings dafür einzusetzen. Dabei sollten tatsächlich vorhandene symptomatische Beschwerden von möglichen Sorgen über gegebenenfalls auftretende Symptome differenziert werden [35].

Des Weiteren sollte grundsätzlich kritisch hinterfragt werden, ob ein Patient vorzeitig und gegen seinen Willen disziplinarisch entlassen werden sollte [2, 7, 28, 29]. Rost [9] beschrieb dies 2001 als eine Verstärkung einer schon zugrundeliegenden sado-masochistischen Selbstzerstörung. Hierbei könnte z. B. vermehrt mit Timeout oder Verlegung auf die psychiatrische Akutstation bei multimorbiden Patienten gearbeitet werden. Wichtig erscheint uns dabei dennoch eine klare Haltung, die jedoch genauso klar den Beziehungsabbruch als Intervention, wenn immer möglich vermeidet. Ferner erscheint es wichtig dies entsprechend in einer Behandlungsvereinbarung zu fixieren, insbesondere wie wann reagiert wird und warum Vorbehandlungen nicht funktioniert haben (vgl. dazu Transference-Focused-Psychotherapy/TFP). Diese kann beispielsweise dann in Folgebehandlungen ergänzt bzw. optimiert werden und schafft so einen sicheren Raum (Containment), indem nicht mehr willkürlich agiert werden muss und Verwicklungen deutlich reduziert werden können. Aus der allgemeinen subjektiven Verbesserung während der Behandlung und der Signifikanz zum „regulären“ Behandlungsabschluss lässt sich ableiten, dass das Instrument BSCL häufiger in der Behandlung eingesetzt werden sollte und so möglicherweise frühzeitig Spannungsverläufe erkannt, Konflikte aufgedeckt und Abbrüche damit verhindert werden können. Zudem erscheint es wichtig Rückfälle im Kontext der Beziehung zum Behandlungsteam zu betrachten und sie nicht per se als destruktiv zu interpretieren, sondern sie als Ausdruck der „inneren Welt“ des Patienten lernen zu verstehen und als Chance nutzen. Wenn Rückfälle aus der Behandlung eliminiert werden, können entscheidende Konflikte und dominante Objektbeziehungen („Sucht-

strukturen“) nicht identifiziert werden [6, 7, 28, 30] und es ist nicht zu erwarten, dass die Patienten diese korrigieren können.

### FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Aus der derzeitigen Literatur und den aktuellen Befunden, wurden folgende Strategien abgeleitet:

1. Wichtig erscheint die Erstellung einer guten Differenzialindikation für eine stationäre Behandlung.
2. Um mangelnde Verbesserung im Symptomverlauf, die sich für die Behandlung als kritisch erweisen könnte, frühzeitig zu erkennen, bietet sich der regelmässige Einsatz von geeigneten Messinstrumenten (z. B. BSCL) an.
3. Institutionelle Entlassungen sollten nur im äussersten Notfall eingesetzt werden, vielmehr sollte Beziehungskonstanz im Vordergrund stehen.

### Autorinnen/Autoren



#### Stefan Brokatzky

schloss 2001 sein Medizinstudium an der LMU München ab und arbeitete anschließend in der Urologie. 2003 wechselte er nach Berlin in den Suchtbereich. Er war von 2012 bis 2016 Oberarzt der Drogenentzugs- und Therapiestation Münsterlingen (Spital Thurgau AG) und von 2016 bis 2019 Chefarzt der Psychosomatik Ziegelfeldklinik St Blasien. Seit 2020 ist er als Oberarzt in der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik an der Universität Zürich tätig. Er ist Facharzt für psychosomatische Medizin mit tiefenpsychologischem und übertragungsfokussiertem Schwerpunkt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (FMH).



#### Andreas Blessing

Dr. phil. ist Psychologe und psychologischer Psychotherapeut. Er arbeitete zur Zeit der Datenerhebung als Psychologe in der Spitalthurgau AG und ist mittlerweile in einer ambulanten Gemeinschaftspraxis in Kreuzlingen tätig.



#### Myriam Rudaz

Dr. ist eine klinische Psychologin, Psychotherapeutin und Mind-Body Trainerin. Sie ist aktuell Assistenzprofessorin an der Florida State University und erforscht neben klinischen Themen wie Angststörungen insbesondere den Einfluss von Achtsamkeit, Selbstmitgefühl und Spiritualität auf das Stresserleben, die psychische Gesundheit und das allgemeine Wohlbefinden.



#### Aksel Hansen

ist Oberarzt im Zentrum für Psychiatrie in Reichenau. Nach dem Studium in Düsseldorf folgten weitere Stationen in Chur, Kassel, Münsterlingen und Überlingen in Psychiatrie, Neurologie und Innerer Medizin.



#### Gerhard Dammann

PD Dr. med. ist habilitierter Psychiater, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Diplom-Psychologe und Psychoanalytiker (IPV) und seit 2006 ärztlicher Direktor der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen am Bodensee. Sein klinischer und wissenschaftlicher Schwerpunkt sind die Diagnostik und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen.

### Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- [1] Braune NJ, Schröder J, Gruschka P et al. Determinanten eines Therapieabbruchs während der stationären qualifizierten Entgiftungsbehandlung bei Patienten mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76: 217–224. doi: 10.1055/s-2008-1038116
- [2] Rüesch P, Hättenschwiler J. Risikofaktoren des Behandlungsabbruchs im stationären Drogenentzug: Bedeutung der Behandlungsmotivation und der subjektiven Verarbeitung des Entzuges. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* 2001; 24: 11–18
- [3] Raschke P, Schliehe F, Fischer D et al. Therapie und Rehabilitation bei Drogenkonsumenten. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; 1985
- [4] Wild A, Esse S, Schulz W. Evaluierung des qualifizierten Drogenentzuges im niedersächsischen Landeskrankenhaus Lüneburg. *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen* 1995; 24
- [5] Esse S, Schulz W, Wild A. Evaluierung des qualifizierten Drogenentzuges im niedersächsischen Landeskrankenhaus Lüneburg. *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen* 1994; 22
- [6] Körkel J, Lauer G. Der Rückfall des Alkoholabhängigen: Einführung in die Thematik und Überblick über den Forschungsstand. In: Körkel J, Hrsg. *Der Rückfall des Suchtkranken: Flucht in die Sucht?* Berlin: Springer Verlag; 1988: 6–110
- [7] Körkel J, Lauer G. Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und trends. In: Körkel J, Lauer G, Scheller R, Hrsg. *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1995: 158–187
- [8] Wurmser L. Scham und der böse Blick: Verstehen negativer therapeutischer Reaktionen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2019
- [9] Rost WD. *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik und Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta; 2001
- [10] Fisher LA, Elias JW, Ritz K. Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcohol Clin Exp Res* 1998; 22: 1041–1047. doi:10.1111/j.1530-0277.1998.tb03696.x



- [11] Powell J, Dawe S, Richards D et al. Can opiate addicts tell us about their relapse risk? Subjective predictors of clinical prognosis. *Addict Behav* 1993; 18: 473–490. doi:10.1016/0306-4603(93)90065-H
- [12] McKay JR, Rutherford MJ, Alterman AI et al. An examination of the cocaine relapse process. *Drug Alcohol Depend* 1995; 38: 35–43. doi:10.1016/0376-8716(95)01098-J
- [13] Allen J, Copello A, Oxford J. Fear during alcohol detoxification: views from the clients perspective. *J Health Psychol* 2005; 10: 503–510. doi:10.1177/1359105305053414
- [14] Dammann G. Psychodynamische Aspekte der Komorbidität. In: Walter M, Gouzoulis-Mayfrank E, Hrsg. *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Kohlhammer; 2013
- [15] Gässling HW, Gunkel S, Wegener U et al. Auswirkungen fraktionierter Methadonabgabe im klinischen Opiatentzug. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998; 66: 278–285. doi: 10.1055/s-2007-995263
- [16] Walter M, Dammann G, Wiesbeck GA et al. Psychosozialer Stress und Alkoholkonsum: Krankheitsprozess und Interventionsmöglichkeiten. *Fortschr Neurol Psych* 2005; 73: 517–525. doi:10.1055/s-2004-830273
- [17] Herbst K. Prediction of dropout and relapse. In: Bühringer G, Platt JJ (eds). *Drug addiction treatment research: German and American perspectives*. Malabar, Florida: Krieger; 1992: 291–299
- [18] Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E et al. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav* 1998; 23: 841–853. doi:10.1016/S0306-4603(98)00071-9
- [19] Kufner H, Arzt J, Roch I et al. Suchtmittelleinnahme während der stationären Behandlung von Drogenabhängigen. In: Körkel J, Lauer G, Scheller R, Hrsg. *Sucht und Rückfall: Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag; 1995: 112–126
- [20] Strang J, Marks I, Dawe S et al. Type of hospital setting and treatment outcome with heroin addicts. Results from a randomized trial. *Brit J Psychiat* 1997; 171: 335–339. doi:10.1192/bjp.171.4.335
- [21] Gössling HW, Gunkel S, Wegener U et al. Auswirkungen fraktionierter Methadonabgabe im klinischen Opiatentzug. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998; 66: 278–285. doi:10.1055/s-2007-995263
- [22] Franke GHBSI. Brief Symptom Inventory – Deutsche Version. Manual. Göttingen. Beltz; 2000
- [23] Derogatis LR. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual. NCS Person; 1975
- [24] Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992; 112: 155–159
- [25] Cohen J. *Statistical power analysis*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988
- [26] Rist F, Watzl H, Cohen R. Versuche zur Erfassung von Rückfallbedingungen bei Alkoholkranken. In: Watzl H, Cohen R, Hrsg. *Rückfall und Rückfallprophylaxe*. Berlin: Springer Verlag; 1989: 126–138
- [27] Murphy PN, Bental R. Opiate withdrawal outcome: The predictive ability of admission measures of motivation, self-efficacy, and lifestyle stability. *Subst Use Misuse* 1997; 32: 1587–1597. doi: 10.3109/10826089709055881
- [28] Körkel J. Rückfall als Chance. In: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung, Hrsg., *Rückfall – der verlorene Sieg. Rückfallprophylaxe – tertiäre Prävention – Nachsorge*. Münster: LWL 1991; 18–62
- [29] Roch I, Kufner H, Arzt J et al. Empirische Ergebnisse zum Therapieabbruch bei Drogenabhängigen: Ein Literaturüberblick. *Sucht* 1992; 38: 304–322
- [30] Körkel J. Rückfälle während stationärer Alkoholismusbehandlung: Häufigkeiten, Ursachen, Interventionen. In: Körkel J, Wernado M, Wohlfarth R, Hrsg. *Stationärer Rückfall – Ende der Therapie? Pro und Contra stationärer Rückfallarbeit mit Alkoholabhängigen*. Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft; 1995: 7–52
- [31] Zoccali R, Muscatello MR, Bruno A et al. Temperament and character dimensions in opiate addicts: comparing subjects who completed inpatient treatment in therapeutic communities vs. incompleters. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2007; 33: 707–715. doi: 10.1080/00952990701522625
- [32] Charney DA, Paraherakis AM, Negrete JC et al. The Impact of Depression on the Outcome of Addictions Treatment. *J Subst Abuse Treat* 1998; 15: 123–130. doi: 10.1016/S0740-5472(97)00183-9
- [33] Chen W-Y, Huang M-C, Lin S-K. Gender Differences in Subjective Discontinuation Symptoms Associated With Ketamine Use. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2014; 9: 39. doi: 10.1186/1747-597X-9-39
- [34] Muruganandam P, Shukla L, Sharma P et al. „Too little dose – too early discontinuation?“ – Effect of buprenorphine dose on short term treatment adherence in opioid dependence. *Asian J Psychiatr* 2019; 44: 58–60. doi: 10.1016/j.ajp.2019.07.030
- [35] Stein MD, Conti MT, Herman DS et al. Worries About Discontinuing Buprenorphine Treatment: Scale Development and Clinical Correlates. *Am J Addict* 2019; 28: 270–276. doi: 10.1111/ajad.12884
- [36] Marquez-Arrico JE, Rio-Martínez L, Navarro JF et al. Personality Profile and Clinical Correlates of Patients With Substance Use Disorder With and Without Comorbid Depression Under Treatment. *Front Psychiatry* 2019; 9: 764. doi: 10.3389/fpsy.2018.00764.
- [37] Borenstein M, Hedges LV, Higgins JP et al. *Introduction to meta-analysis*. New York: John Wiley & Sons; 2011