

Regulärer Abschluss einer Drogenentwöhnungstherapie oder Therapieabbruch – zur Bedeutung von psychologischen und therapiespezifischen Bedingungsvariablen

Mag.^a Manuela Schnalzer

Betreuung: Prof.ⁱⁿ Roswith Roth

Universität Graz, Österreich

Kooperationspartner: MMag. Dr. Christian Mössner, Prim. Dr. Werner Friedl

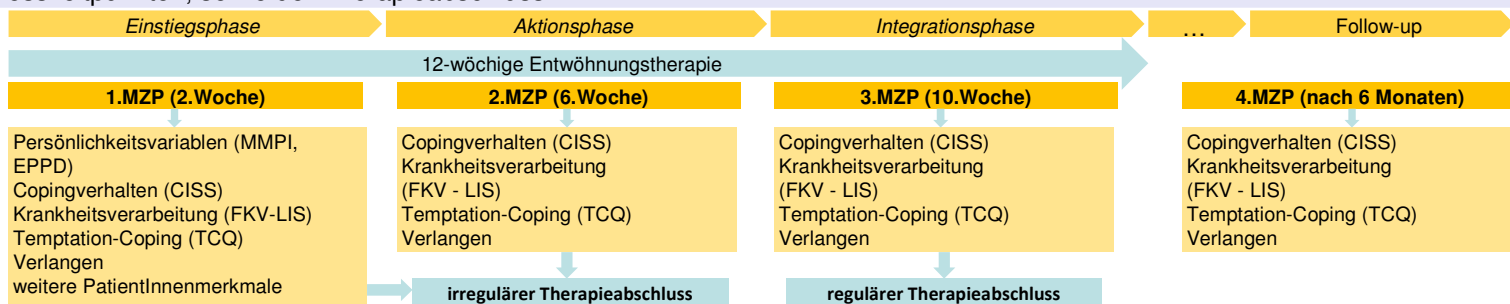
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg – Therapiestation für Drogenkranke "Walkabout"

Projektbeschreibung

118 polytoxikomane PatientInnen (86 Männer und 32 Frauen) im Alter von 16 bis 59 Jahren der Drogenentwöhnstation „Walkabout“ des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg wurden hinsichtlich regulärer und irregulärer Therapiebeendigung untersucht.

Methode

Erhoben wurden Persönlichkeitsvariablen, Copingverhalten, Krankheitsverarbeitungsmodi, Temptation-Coping, Komorbiditäten, Verlangen und weitere PatientInnenmerkmale während einer üblicherweise 12-wöchigen Entwöhnungstherapie, zu 4 Messzeitpunkten, sowie der Therapieabschluss.



Ergebnisse



Abb.1: Stichprobengrößen

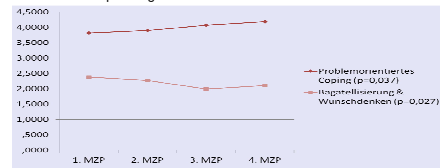


Abb.4: Krankheitsverarbeitung - innerhalb der gesamten Stichprobe in den Skalen Problemorientiertes Coping sowie Bagatellisierung & Wunschdenken signifikante Unterschiede vom 1. MZP zum 3.MZP; Problemorientiertes Coping nimmt im Verlauf der Therapie zu; Bagatellisierung & Wunschdenken nimmt im Verlauf der Therapie ab.

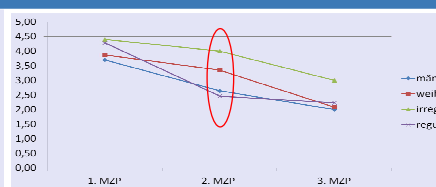


Abb.2: derzeitiges Verlangen nach Drogen – Unterschiede zum 2.MZP: Geschlecht: p=0,050; Gruppe: p=0,024; Frauen und Personen mit irregulärem Therapieabschluss berichten von stärkerem Verlangen nach Drogen.

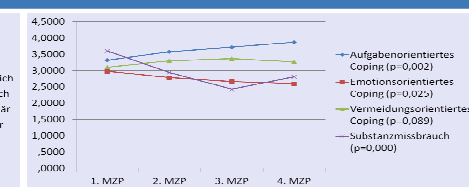


Abb.3: Stresscoping - innerhalb der gesamten Stichprobe in allen Skalen des Fragebogen zum Stresscoping signifikante Unterschiede zwischen 1. & 3. MZP; In der Skala Substanzmissbrauch als Stresscoping unterscheidet sich der 1. MZP signifikant von allen weiteren MZP und der 2.MZP vom 3.MZP; Substanzmissbrauch als Stresscoping und Emotionsorientiertes Coping nehmen im Verlauf der Therapie ab; Aufgabenorientiertes Coping und Vermeidungsorientiertes Coping nehmen zu;

Varianzanalyse: Vergleich von Krankheitsverarbeitung & Stresscoping in Abhängigkeit von irregulärem versus regulärem (Referenzgruppe) Therapieabschluss

Bagatellisierung & Wunschdenken zum 1.MZP	p=0.072
Substanzmissbrauch als Stresscoping zum 2.MZP	p=0.011
Verlangen nach Drogen zum 2.MZP	p=0.007
Substanzmissbrauch als Stresscoping zum 3.MZP	p=0.007

Tab.1: Alle Aspekte waren in der Gruppe mit irregulärem Therapieabschluss signifikant bzw. tendenziell höher ausgeprägt.

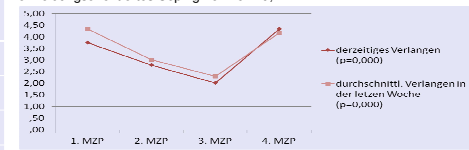


Abb.5: derzeitiges Verlangen nach Drogen – innerhalb der gesamten Stichprobe unterscheidet sich der 1. MZP signifikant vom 2. & 3. MZP; 2. & 3. MZP unterscheiden sich signifikant vom 4. MZP; durchschnittliches Verlangen nach Drogen - 1. MZP unterscheidet sich signifikant vom 2. & 3. MZP; 3. MZP unterscheidet sich signifikant vom 4. MZP; Das derzeitige und durchschnittliche Verlangen nehmen im Verlauf der Therapie ab. Beim Follow-up 6 Monate nach der Therapie zeigt sich ein Anstieg.

Logistische Regression: irregulärer & regulärer (Referenzgruppe) Therapieabschluss

Komorbidität	Chi ² (1)	p	Exp(B)
Komorbidität	3.99	.046	2.78
SPM – IQ logisches Denken	5.68	.017	1.05
Substanzmissbrauch als Stresscoping 2. MZP	3.93	.047	1.65

Tab. 2: Das Vorhandensein einer komorbiden Störung erhöht das Risiko die Therapie vorzeitig abzubrechen um ein 2,78-faches, höhere Fähigkeit zum logischen Denken um ein 1,05-faches und erhöhter Substanzmissbrauch als Stresscoping zum 2.MZP um ein 1,65-faches.

Conclusio

Indikatoren für vorzeitigen Abbruch der Therapie sind das Vorhandensein einer komorbiden Störung, eine verstärkte Tendenz zu Bagatellisierung und Wunschdenken zu Beginn der Therapie, ein erhöhter Substanzkonsum zur Stressregulation (Nikotin, Alkohol, Medikamente, Drogen -> u.U. Rückfall) sowie ein erhöhtes Verlangen nach psychotropen Substanzen zur Halbzeit der Therapie. Auch ähnliches Verhalten in der letzten Therapiephase kann auf einen Abbruch hindeuten. Eine logistische Regression ergab, dass das Vorhandensein einer komorbiden Störung, höhere Fähigkeit zum logischen Denken und erhöhter Substanzkonsum zur Stressregulation das Risiko eines Therapieabbruchs erhöhen. Therapiewochen 4 - 8 scheinen kritisch für einen Therapieabbruch. Basierend auf den Ergebnissen werden für die Umsetzung in der Praxis geschlechterspezifische Behandlungsmethoden, ambulante Vor- sowie Nachbetreuung als fixer sowie gleichwertiger Bestandteil der abstinenzgestützten Kompakttherapie, Tages- sowie Nachtkliniken und die Arbeit mit dem System vor, während sowie nach dem stationären Aufenthalt empfohlen.