

Auswertung

Von den insgesamt **90** bis im August 2016 behandelten Patienten haben **60** die Behandlung nach Absetzen der konsolidierenden Naltrexon-Medikation nach eineinhalb Jahren abgeschlossen.

Nicht alle Teilnehmer waren erfolgreich, darunter einige, von denen wir nicht erwartet hätten, dass sie die Behandlung vorzeitig abbrechen. Auf der anderen Seite wurden Leute erfolgreich behandelt und wieder in ein «normales» Leben integriert, denen wir eher eine ungewisse oder gar schlechte Prognose attestiert hatten.

Da der **Follow-up** von Suchtpatienten nicht ganz einfach ist, haben wir für die Auswertung folgende Kategorien definiert:

- XXX** - Abstinenzziel sicher erreicht, verifiziert durch Haar- oder Urinanalyse(n)
- XX** - Abstinenzziel whs. erreicht, verifiziert durch zuverlässige anamnestische Angaben
- X0** - Abstinenzziel whs. nicht erreicht – unzuverlässige anamnestische Angaben
- 00** - Abstinenzziel sicher nicht erreicht aufgrund zuverlässiger anamnestischer Angaben

Wir gehen davon aus, dass sich auf diese Weise die Fehlerquote in Grenzen hält. Einzig die durch Haar- und Urinanalysen verifizierten Resultate zu berücksichtigen, würde der Sache nicht gerecht. Diesbezüglich ist aber anzumerken, dass die Korrelation der anamnestischen Angaben zu den teilweise stichprobenartig abgenommenen Haar- und Urinanalysen 100 % (!) betrug.

In einer amerikanischen Studie konnte gezeigt werden, dass sich die Resultate klinischer Studien nicht wesentlich von einer einfachen Auswertung in der Praxis unterscheiden.¹

Die Auswertung bezieht sich auf zwei Zeiträume:

- unmittelbar nach der Behandlung (Anwesenheit von Craving)
- 1 Jahr nach ANR.

Diese Unterscheidung bedarf einer wichtigen Anmerkung. Wir werden immer wieder nach «Erfolgsquoten» gefragt. Hier gilt es zu bedenken, dass bereits ab dem zweiten Behandlungstag Faktoren den Erfolg mitbestimmen, die mit ANR im Grunde nichts mehr zu tun haben. Je länger der zeitliche Abstand zur (Initial-)Behandlung, desto mehr wird der Erfolg durch anderweitige Parameter (Soziales Umfeld, Bezug zur Drogenszene, soziale Integration, Beziehungen etc.) beeinflusst.

Unmittelbar nach der Behandlung beträgt der Erfolg de facto **97 %**, zumal das «Craving» praktisch nicht mehr vorhanden ist und die Patienten so eine solide Basis für ein drogenfreies Leben haben. Im Rahmen des Pilotprojekts hat ein einziger Patient unmittelbar nach Spitalaustritt Opiode konsumiert; ein zweiter tat das etwas später in suizidaler Absicht. Daneben erleben wir immer wieder, dass Patienten nach der Behandlung kurz mit Opioiden experimentieren. Dies nicht aus Suchtverhalten oder gar aufgrund einer residuellen Abhängigkeit, sondern aus Neugier, ob die Naltrexon-Blockade auch wirklich funktioniert...

Von den insgesamt 90 behandelten Patienten befanden sich im September 2016 bereits **75** ein Jahr nach der Behandlung.

¹ Dijkstra BA, De Jong CA, Wensing M, Krabbe PF, van der Staak CP. Opioid detoxification: from controlled clinical trial to clinical practice. Am J Addict. 2010 May-Jun;19(3):283-90

Von diesen 75 Patienten sind **50** nach 1 Jahr noch abstinent, was einer **1-Jahres-Erfolgsquote** von ca. **65 %** entspricht. Nach Behandlungsgruppen aufgeschlüsselt:

- 50 % - illegaler Opioidkonsum
- 74 % - Substitution ohne Beikonsum (dabei 7 von 8 unter Diaphin!)
- 63 % - Substitution mit Beikonsum
- 71 % - opioidabhängige Schmerzpatienten (1 mit Borderline-Störung)
- 99 % - andere.

In der Regel führen wir den **follow up** so gut wie möglich weiter. Das ist nicht in jedem Fall möglich, so dass für den weiteren Behandlungserfolg (d.h. über ein Jahr) eine gewisse Dunkelziffer besteht. So stellten wir bis anhin lediglich bei 3 Patienten einen Rückfall *später als ein Jahr* nach der Behandlung fest. Zwei davon wurden ein zweites Mal behandelt, leider nur einer mit Erfolg.

25 Patienten haben die Behandlung innerhalb des ersten Jahres abgebrochen. Die Gründe dafür liegen oft nicht auf der Hand. Auf der Basis des Screenings, das vor der Behandlung durchgeführt wird, versuchten wir, die Abgänge zu analysieren:

- 2 Kontaktverlust (gelten als Abbruch)
- 8 Compliance der Naltrexineinnahme (vorzeitiges Absetzen, zu grosse Intervalle)
- 4 Depression, Anpassungsstörung, Überforderung (Opioide als «Schutzschicht»)
- 5 pathologisches Konsumverhalten (Überwiegen der psycholog. Suchtfaktoren)
- 2 Suchtverlagerung auf Kokain (Wegfall der protektiven Opioidwirkung)
- 1 Naltrexin nicht vertragen (mittelschwere Hepatitis)
- 3 fehlender Milieuwechsel (Trägheit, Faulheit ...)

Ein interessantes Phänomen besteht darin, dass mehr als die Hälfte der Patienten, welche die Behandlung vorzeitig abbrechen und wieder Opioid konsumierten, sich ein weiteres Mal behandeln lassen wollten. Leider scheiterte dieses Unterfangen sehr oft an den Finanzen. Im Gegensatz zu den herkömmlichen Entzugsverfahren, wo mit der Zeit eine Aversion und daraus nicht selten eine Resignation entsteht, erzeugt ANR keine negative Konditionierung. Im Gegenteil erinnern sich die Patienten durchwegs positiv an die drogenfreie Zeit nach ANR.

Neben den Behandlungsergebnissen in Zahlen besteht v.a. aus ärztlicher Sicht ein wesentlicher Benefit des bisherigen Projekts im Sammeln von **Erfahrungen im medizinischen Feld der Suchterkrankungen**, welche in der somatischen Medizin sonst eher ein Schattendasein führen. Eine der wichtigsten Erkenntnisse ist, dass ausnahmslos jede Form der Opioidabhängigkeit einen behandelbaren somatischen Kern aufweist und dass das psychologische Pendant in Form des Suchtverhaltens häufiger Folge und nicht Ursache der Abhängigkeit ist.

Besonders erwähnenswert, ist die in der Regel anstrengende Arbeit mit **opioidabhängigen Schmerzpatienten**. Auf der einen Seite äusserst dankbar und in ihrem Substanzenkonsum eher weniger von suchtspezifischen Mustern gesteuert, weisen sie auf der anderen Seite sehr oft derart komplexe bio-psycho-soziale Hintergründe und Verhaltensmuster auf, dass jede Kommunikation zu einer echten Herausforderung wird. Nicht selten weisen diese Patienten eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf.²

Viele unserer Erfahrungen sind im Kapitel 8 der Dokumentation aufgeführt.

² A. Liedl, C. Knaevelsrud; Der Schmerz December 2008, 22:644

PTBS und chronische Schmerzen: Entstehung, Aufrechterhaltung und Zusammenhang – ein Überblick.