



Der direkte Draht
058 360 50 00

Schmerzmittel: vom Medikament zum Suchtmittel - wie weiter?

Herr Dr. med. Roberto Pirrotta

Oberarzt ARUD Aussersihl

FMH Psychiatrie und Psychotherapie & SGSS Ausbildung



Inhaltsverzeichnis

↳ Arud (10')

↳ Opioidschmerz-
mittelabhängigkeit (10')

↳ Chronische Schmerzen (20')

↳ Fallvignette (20')



ARUD



Horgen



Stampfenbach



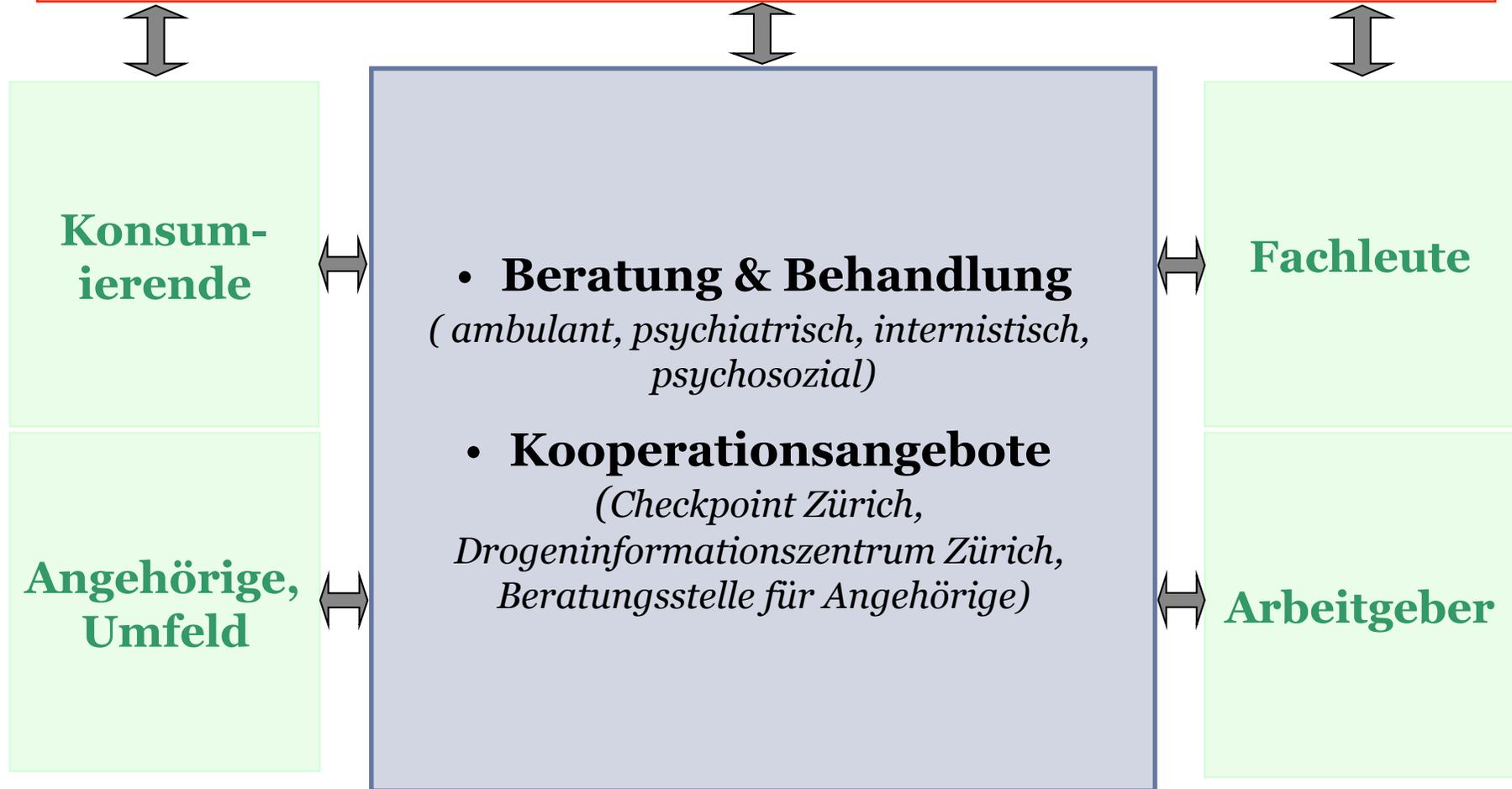
Hauptbahnhof



Aussersihl

ARUD: unser Angebot

Probleme mit Substanzkonsum
Kokain – Alkohol – Heroin – Cannabis –
Medikamente – Designerdrogen – Tabak – Mischkonsum



Leitlinien / Haltung

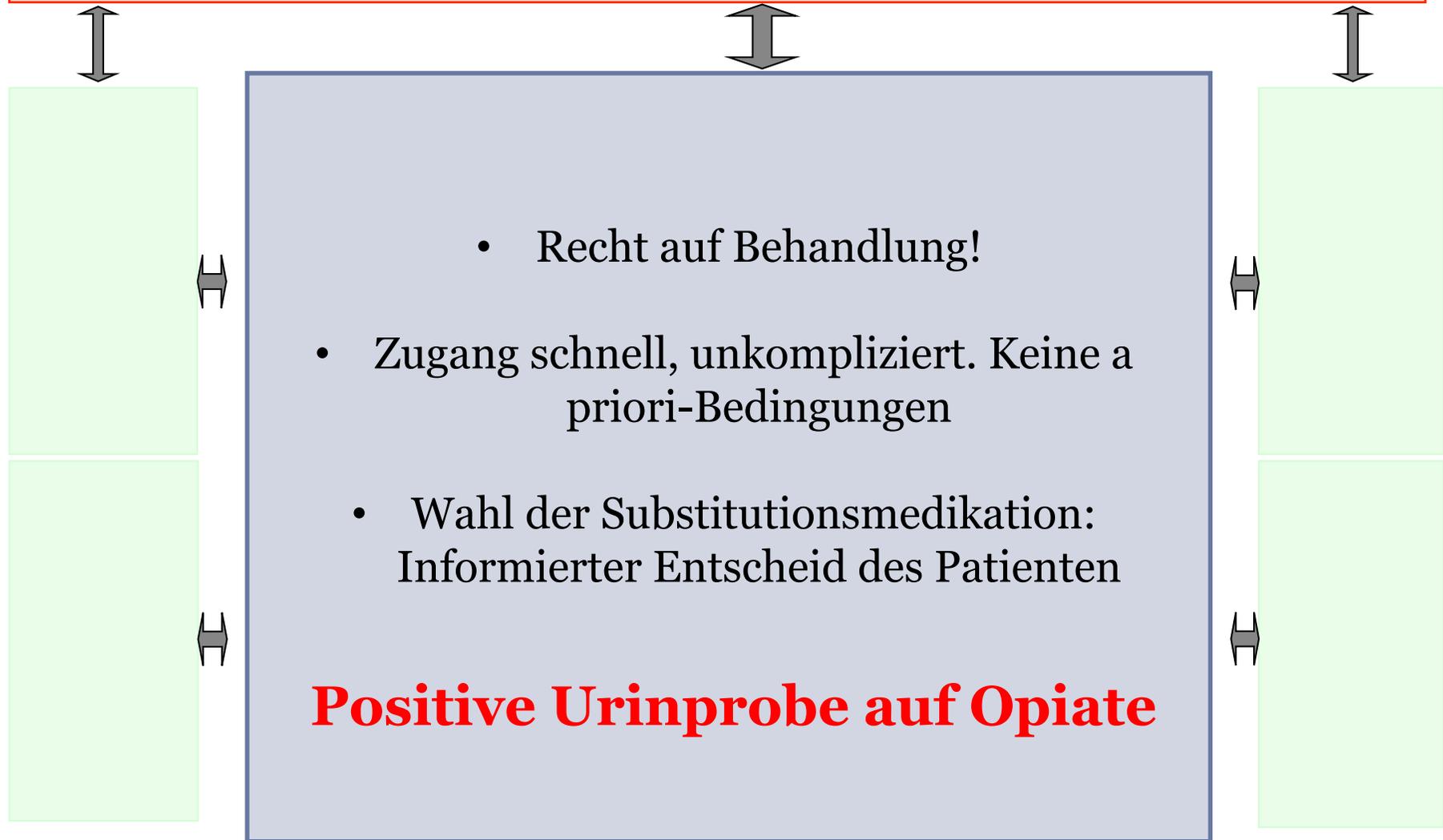
- ↳ Schadensminderung, Lebensqualität
- ↳ Akzeptierende Haltung
- ↳ Niederschwelligkeit
- ↳ Minimale Auflagen
- ↳ Zieloffenheit
- ↳ Klientenzentriert: Wertschätzung, Akzeptanz und Empathie → intrinsische Motivation
- ↳ Individuelle Zielsetzung, nicht primär abstinenzorientiert
- ↳ Interdisziplinarität (alles unter einem Dach)

arud

Der direkte Draht 058 360 50 00

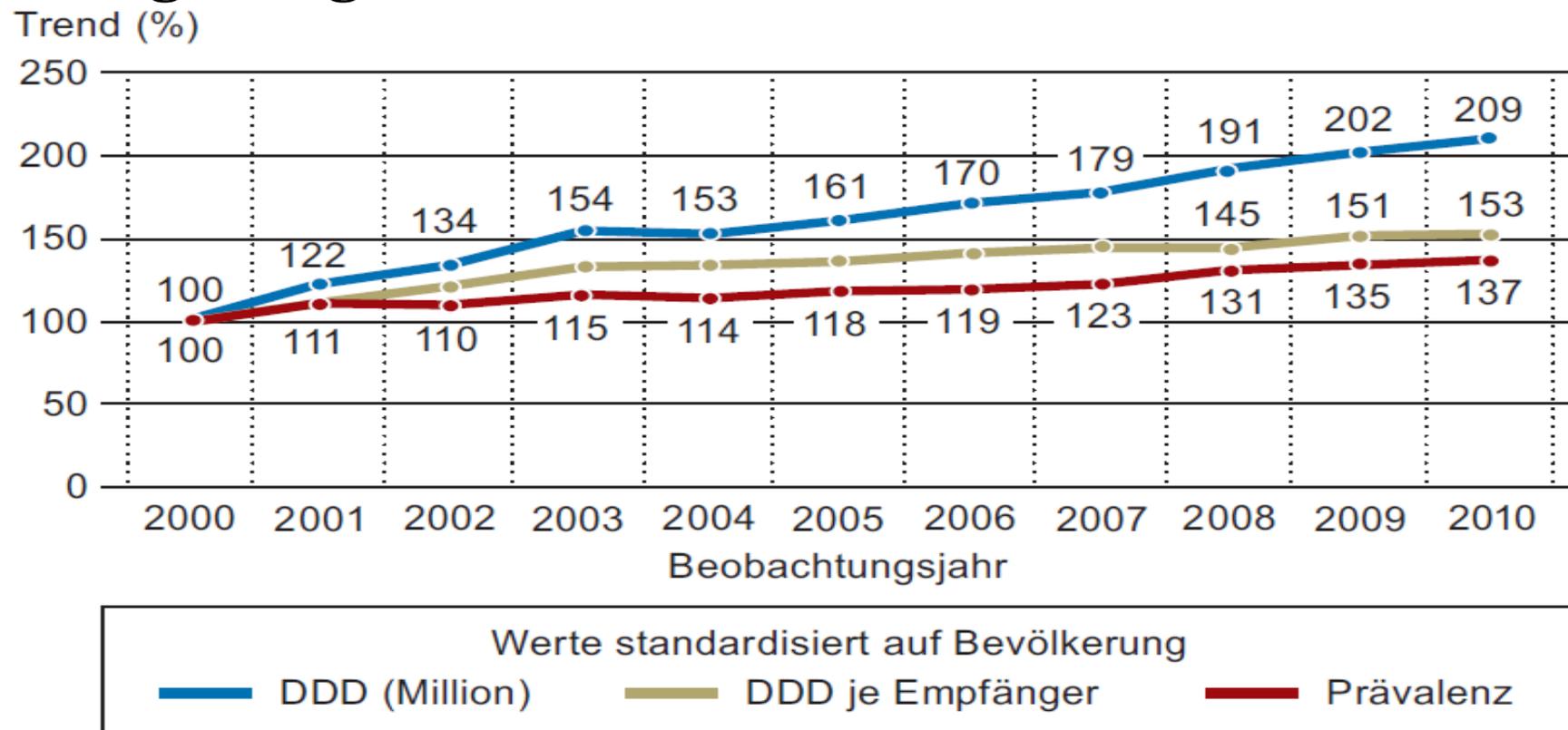
arud

Voraussetzung einer SGB



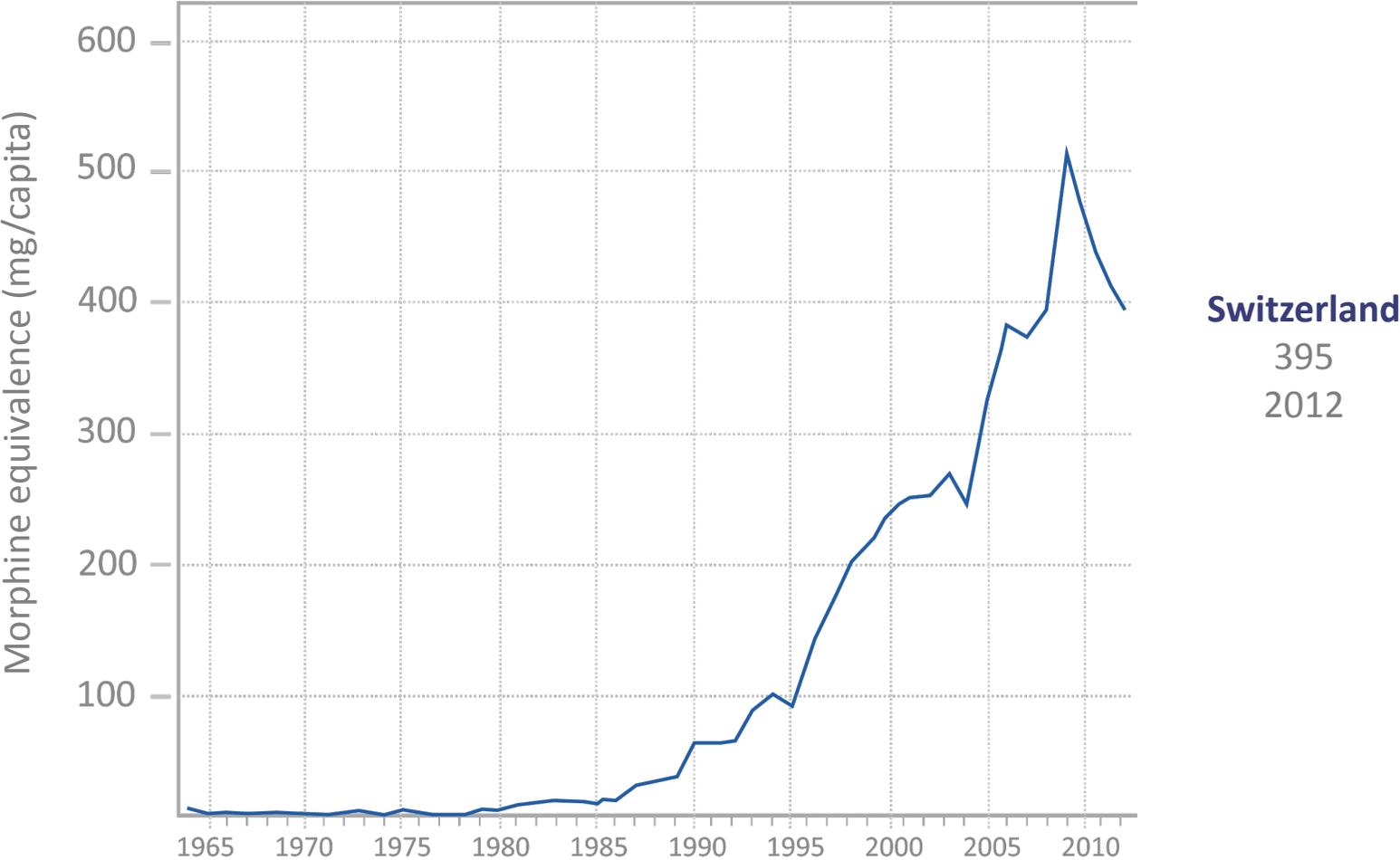
Opioid bei Schmerzen

↳ Opioid Verschreibung zw. 2000-2010 37% gestiegen in DE



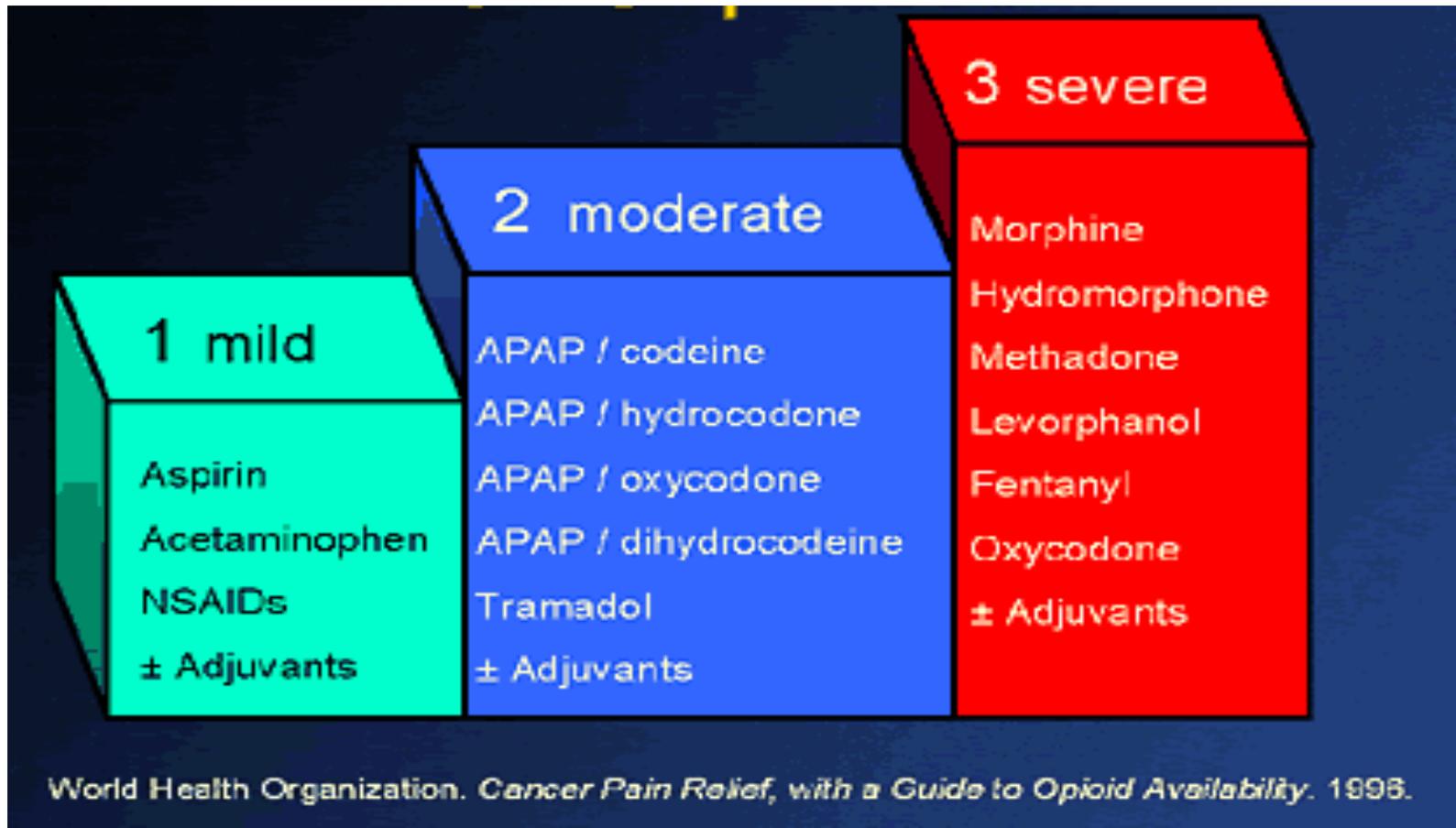
↳ Anteil für Nicht-tumorbedingte Schmerzen: 77%

Evolution of the opioid consumption in Switzerland since 1965



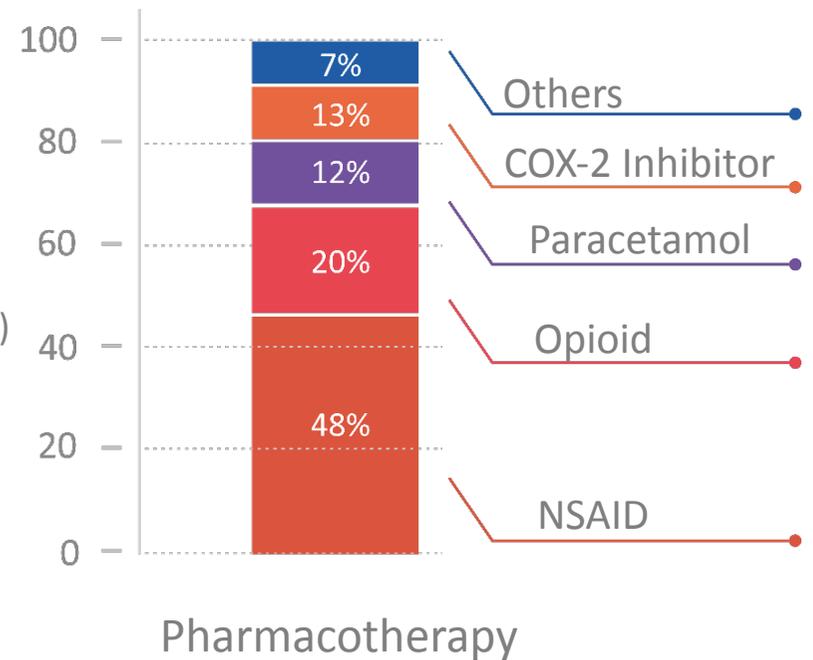
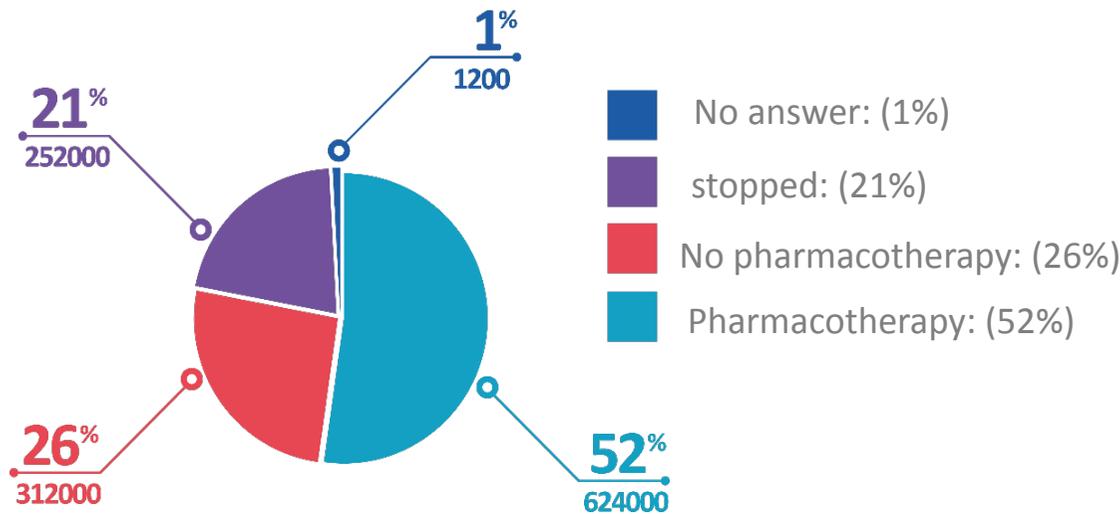
<https://ppsg.medicine.wisc.edu/chart> based on the data from International Narcotics Control Board

Three-Step Analgesic Ladder



Every 5th Swiss pain patient in a pharmacotherapy is treated with an opioid

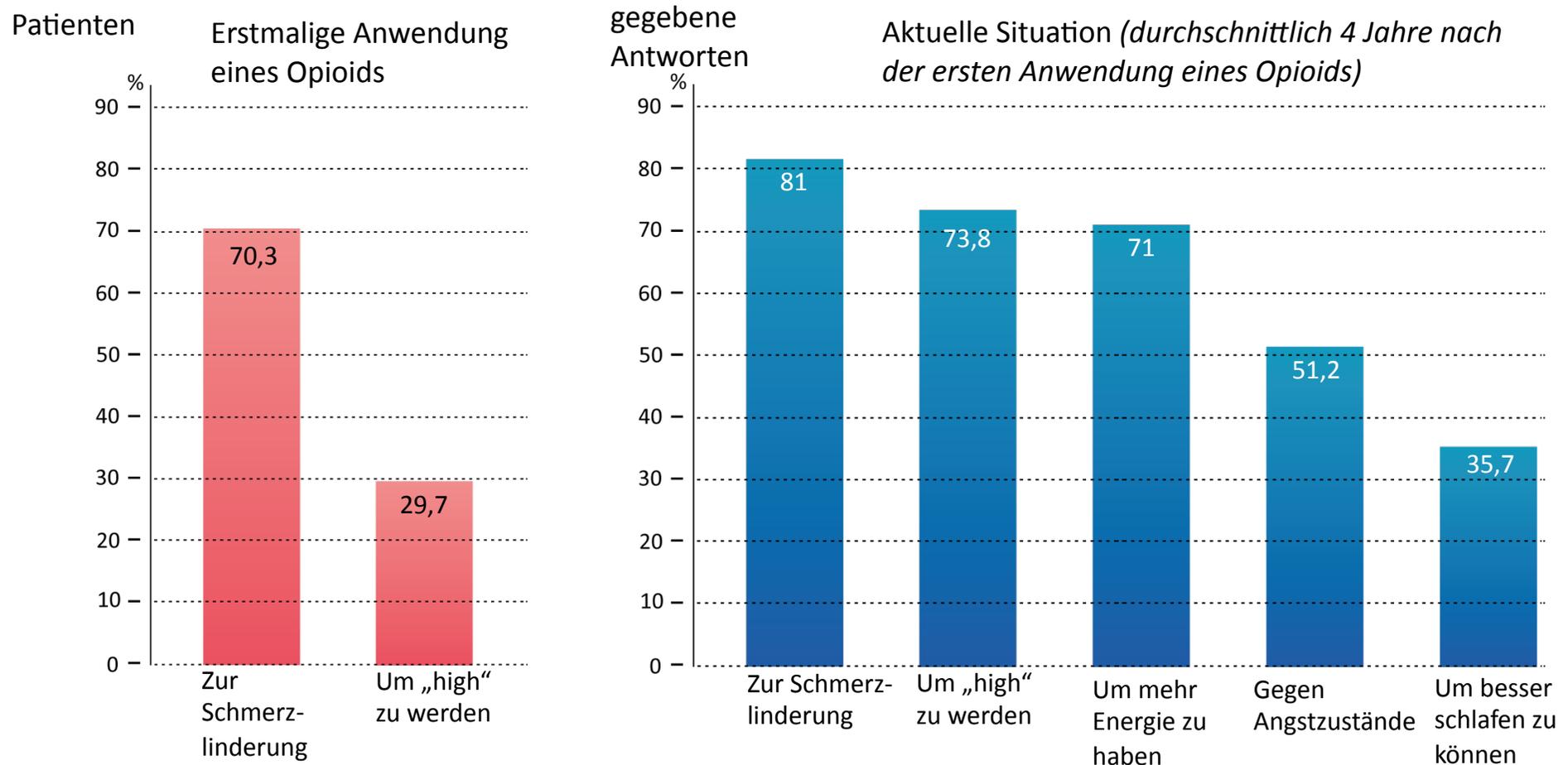
Therapy for non-tumor pain patients



Over 123.000 swiss chronic pain patients are treated with an opioid

H. Breivik et al. / European Journal of Pain 10 (2006) 287-333

Beweggründe von Patienten bei Beginn einer Therapie mit opioidhaltigen Schmerzmitteln und nach Diagnose einer Abhängigkeit (Sucht)

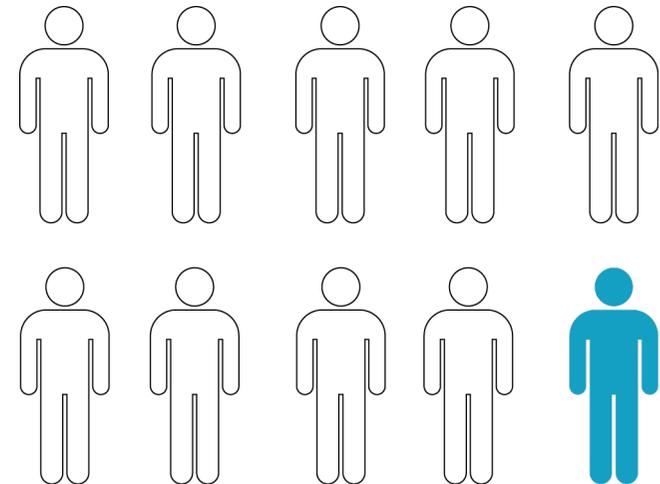


Barth KS et al. Pain and Motives for Use among Non - Treatment Seeking Individuals with Prescription Opioid Dependence. Am J Addict 2013; 22: 486-491

Warnsignale bei opioidabhängigen Patienten

- Schwierigkeiten in der Familie/am Arbeitsplatz
- Terminversäumnisse
- Abnahme der schmerzstillenden Wirkung
- Zunahme der Nebenwirkungen
- Aggressives Verhalten
- Eigenständige, d. h. nicht verordnete Dosiserhöhung
- Wunschäusserung nach kurzwirksamen Opioiden
- Positiver Urintest auf andere Substanzen
- Verlieren von Rezepten
- Häufiger Arztwechsel (Doctor-hopping)

Der Fachliteratur zufolge besteht bei ca. 10 % der Opioid-Patienten das Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln



Ballantyne, JC. Assessing the prevalence of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain. Pain 2015;156: 567–568
ASAM facts and figures 2015 | Fischbain DA et al. What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review. Pain Med 2008; 9:444-59

Opioide-Risiko-Tool (ORT): Mehrere Risikofaktoren sind mit Opioideabhängigkeit verbunden

Bitte jedes zutreffende Kästchen markieren **Weiblich** **Männlich**

Substanzmissbrauch in der familiären Vorgeschichte

Alkohol	1	3
Drogen	2	3
Rezeptpflicht. Med.	4	4

Persönliche Vorgeschichte mit Substanzmissbrauch

Alkohol	3	3
Drogen	4	4
Rezeptpflicht. Med.	5	5

Sexueller Missbrauch im Kindesalter

	3	0
--	---	---

Psychologische Krankheit

ADD, OCD, bipolar, Schizophrenie	2	2
Depression	1	1

Gesamtwert

Gesamtergebnis-Risikokategorie Niedriges Risiko 0 – 3 Mittleres Risiko 4 – 7 Hohes Risiko ≥ 8

Webster LR, Webster R. Predicting aberrant behaviors in Opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid risk tool. Pain Med. 2005; 6 (6) : 432

Diagnose eines „Abhängigkeitssyndroms“ auf der Grundlage des ICD-10 Klassifizierungssystems der WHO

Mindestens 3 Kriterien in den letzten 12 Monaten:

- Starker Wunsch oder eine Art Zwang, das Suchtmittel zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Konsums des Suchtmittels
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
- Nachweis einer Toleranz
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen
- Anhaltender Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Weltgesundheitsorganisation ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992.

Mögliche Therapieoptionen für Patienten mit Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Opioiden

Patienten unter Behandlung mit verschreibungspflichtigen Opioiden mit auffälligem Abhängigkeitsverhalten



Abdosieren/schrittweise Reduzierung der Dosis/Entzug



Opioid-Rotation



Substitution

Eine substitutionsgestützte Behandlung ist der Standard bei Opioidabhängigkeit

WHO-Leitlinien

Am wirksamsten erwies sich eine **Erhaltungsbehandlung mit einem Opioidagonisten**, kombiniert mit psychosozialer Unterstützung. Methadon und Buprenorphin-Sublingualtabletten werden am häufigsten zur Erhaltungsbehandlung mit einem Opioidagonisten eingesetzt.

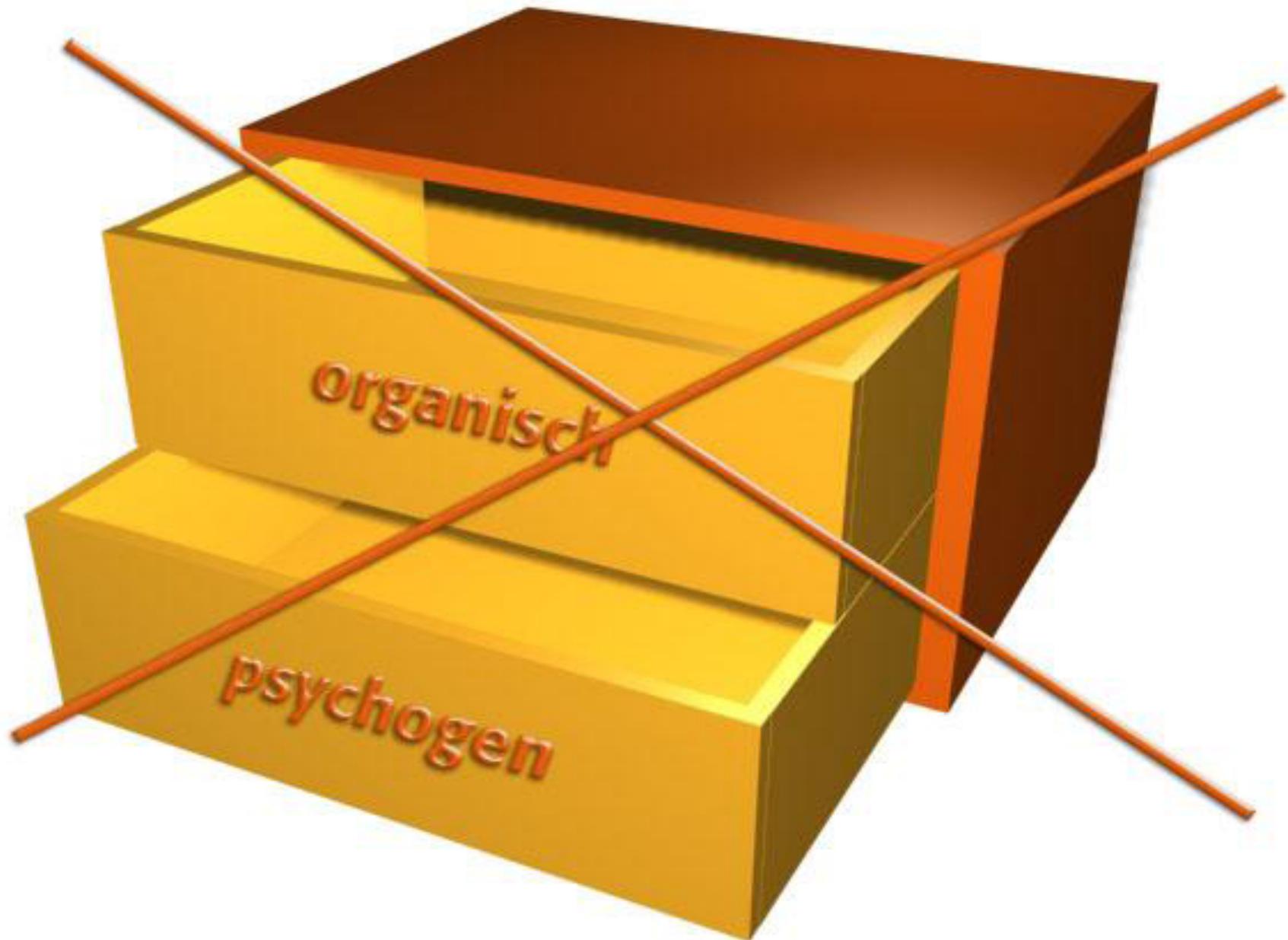
Leitlinien der SSAM/BAG/VKS (Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin):

Eine substitutionsgestützte Behandlung reduziert nicht nur die Mortalität und den (illegalen) Konsum von Opioiden, sondern verbessert auch die Lebensqualität.

WHO. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. 2009

BAG/SSAM/VKS: Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit. 2013

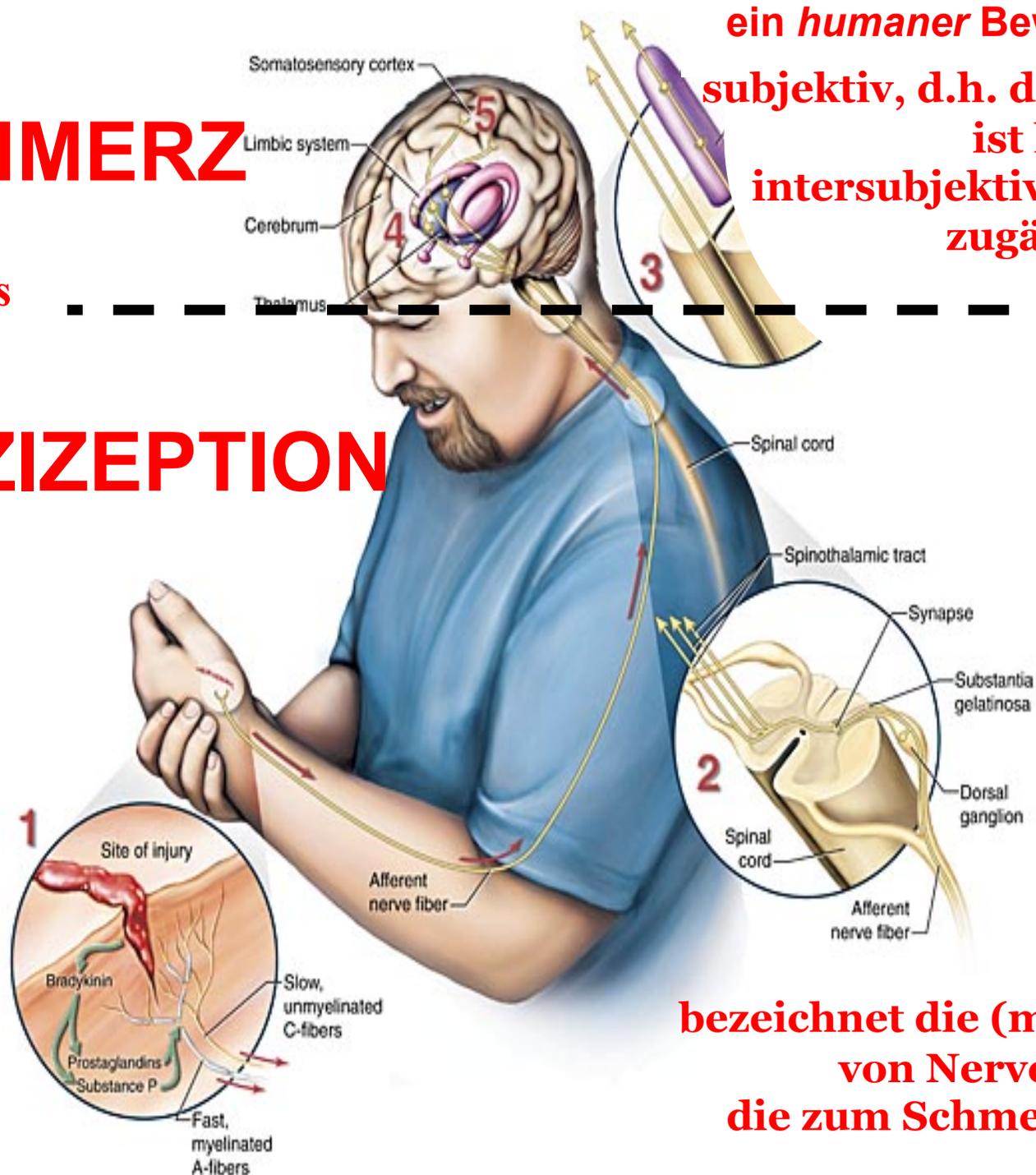
CHRONISCHE SCHMERZEN



SCHMERZ

Versus

NOZIZEPTION



ein *humaner* Bewusstseinszustand
subjektiv, d.h. das Schmerzerleben
ist keiner
intersubjektiven Überprüfung
zugänglich.

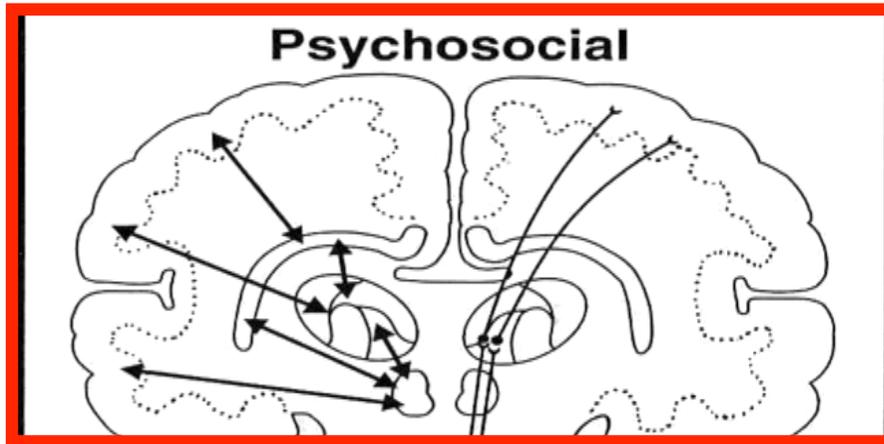
bezeichnet die (messbare) Aktivität
von Nervengruppen,
die zum Schmerz führen kann.

Definition

**„Schmerz ist ein unangenehmes
Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das
mit tatsächlicher oder potenzieller
Gewebeschädigung einhergeht
oder von betroffenen Personen so
beschrieben wird, als wäre eine
solche Gewebeschädigung die
Ursache“**

Mersky et al. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. *Pain* 6: 249-252. 1979

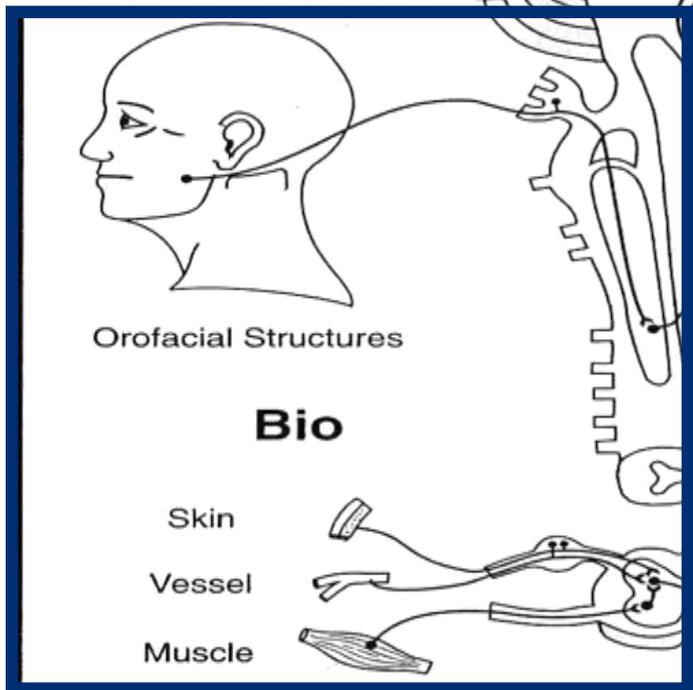
Biopsychosoziales Modell



GEFÜHLERLEBNIS

Achse II

- **Beeinträchtigung**
Funktion, Familie, Beruf
- **Komorbiditäten**
Angst, Schlaf, Depression



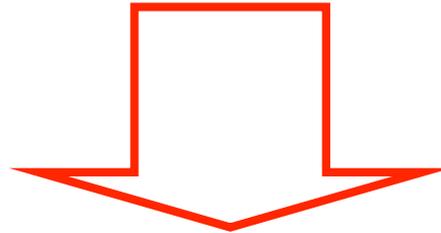
SINNESERLEBNIS

Achse I

- **Somatische Diagnose(n)**

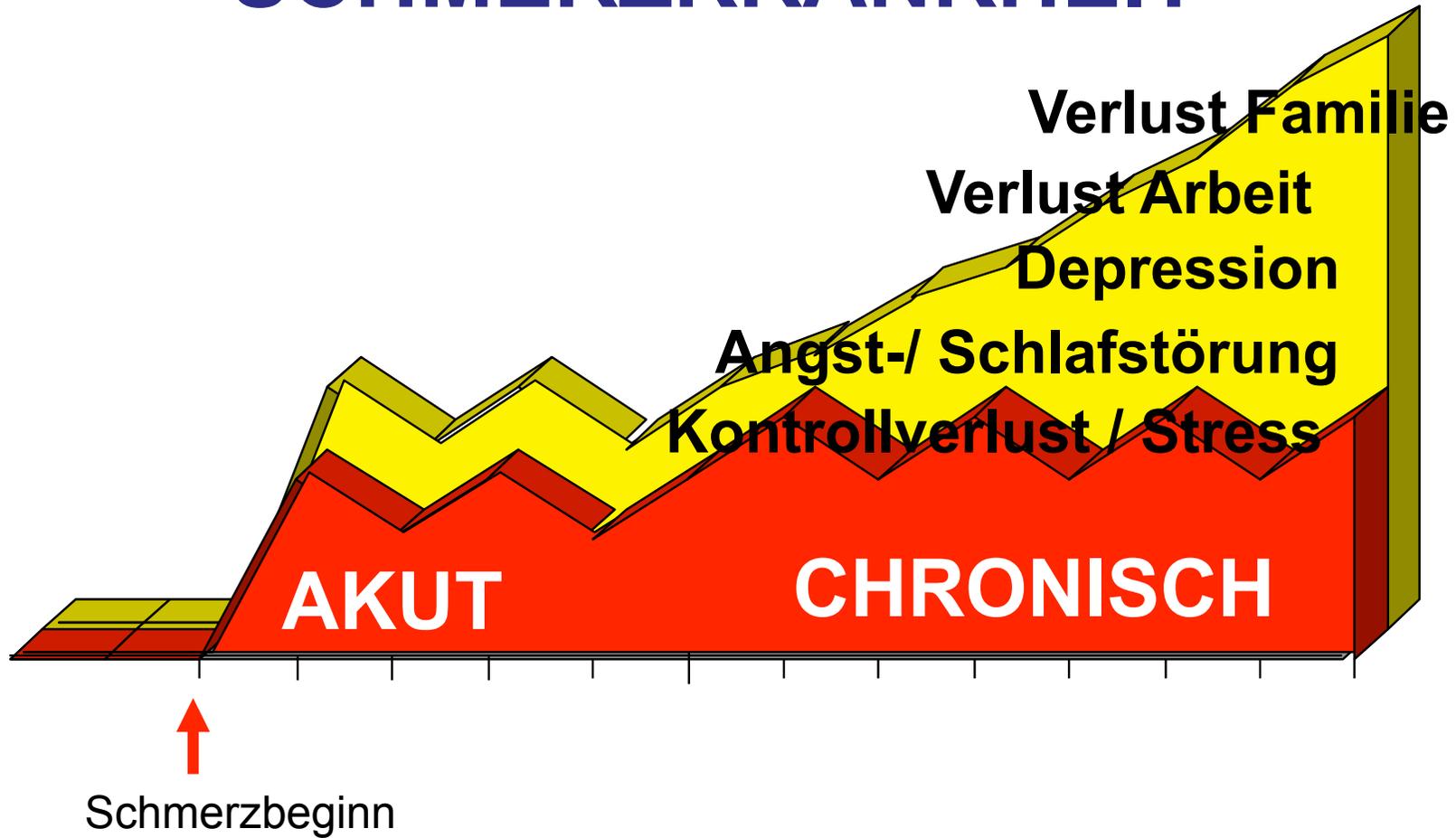
Beim **chronischen Schmerz** :

emotionale, kognitive und soziale Aspekte
das Schmerzerleben



eigenes Krankheitsbild, zu dessen
Charakteristika eine *Änderung* im
Gesamtverhalten und der *Lebensführung*
gehört

DIMENSIONEN DER SCHMERZKRAKHEIT



Zeit/Affekt/Ressourcen/Coping

Chronische Schmerzen

BEFUND

Chronische Schmerzen sind multikausal

- Analgetika sind nicht ausreichend wirksam,

DISKREPANZ

bei chronischen Schmerzen nicht ausreichend

BEFINDEN

- Dominanz emotionaler, kognitiver und sozialer Aspekte

Sz-Therapie

Psychoedukation

Schmerzphysiologie

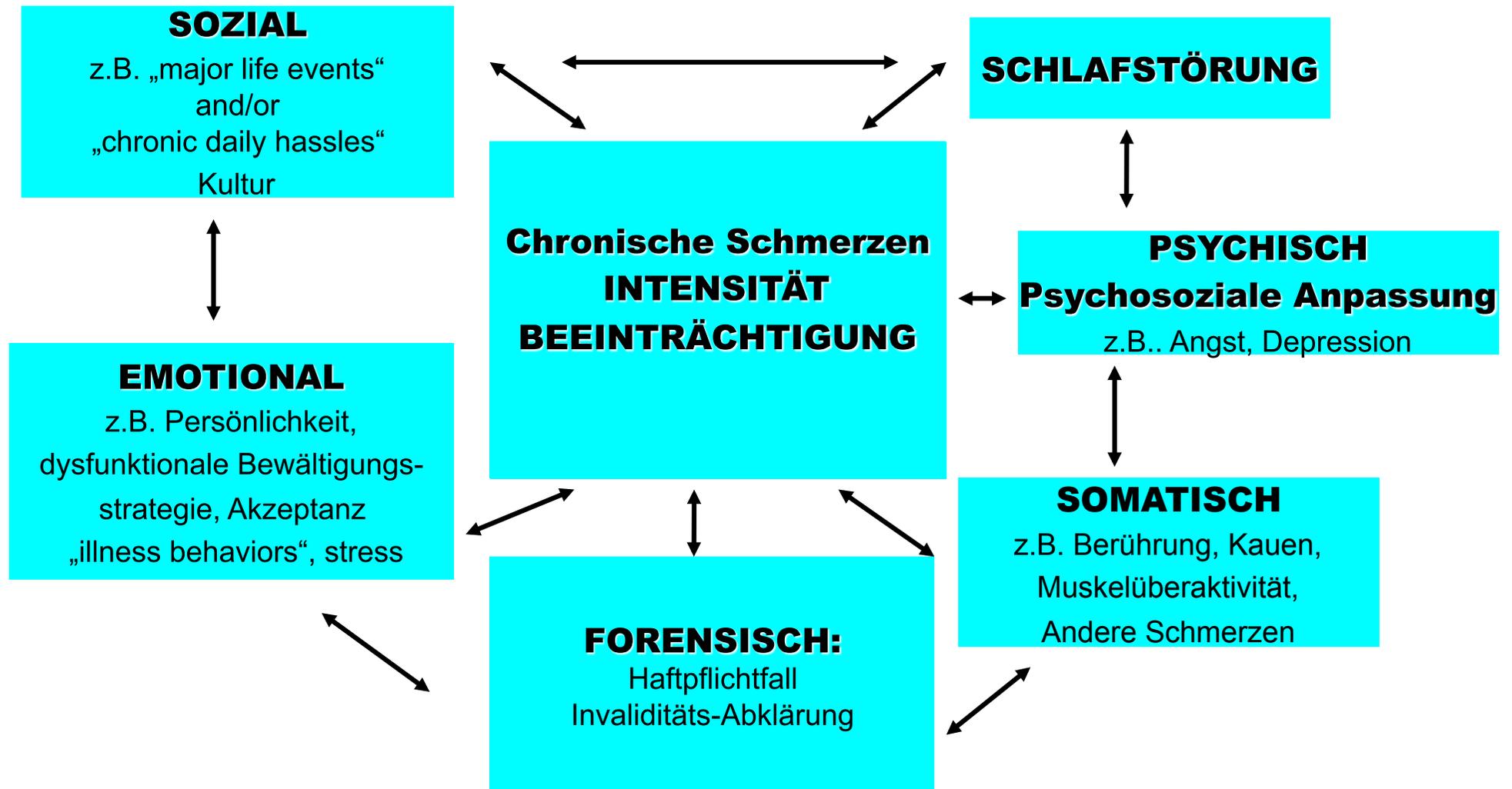
Schmerz-Signal, ZNS

akuter vs chronische Schmerzen

bio-psycho-sozialen Modell

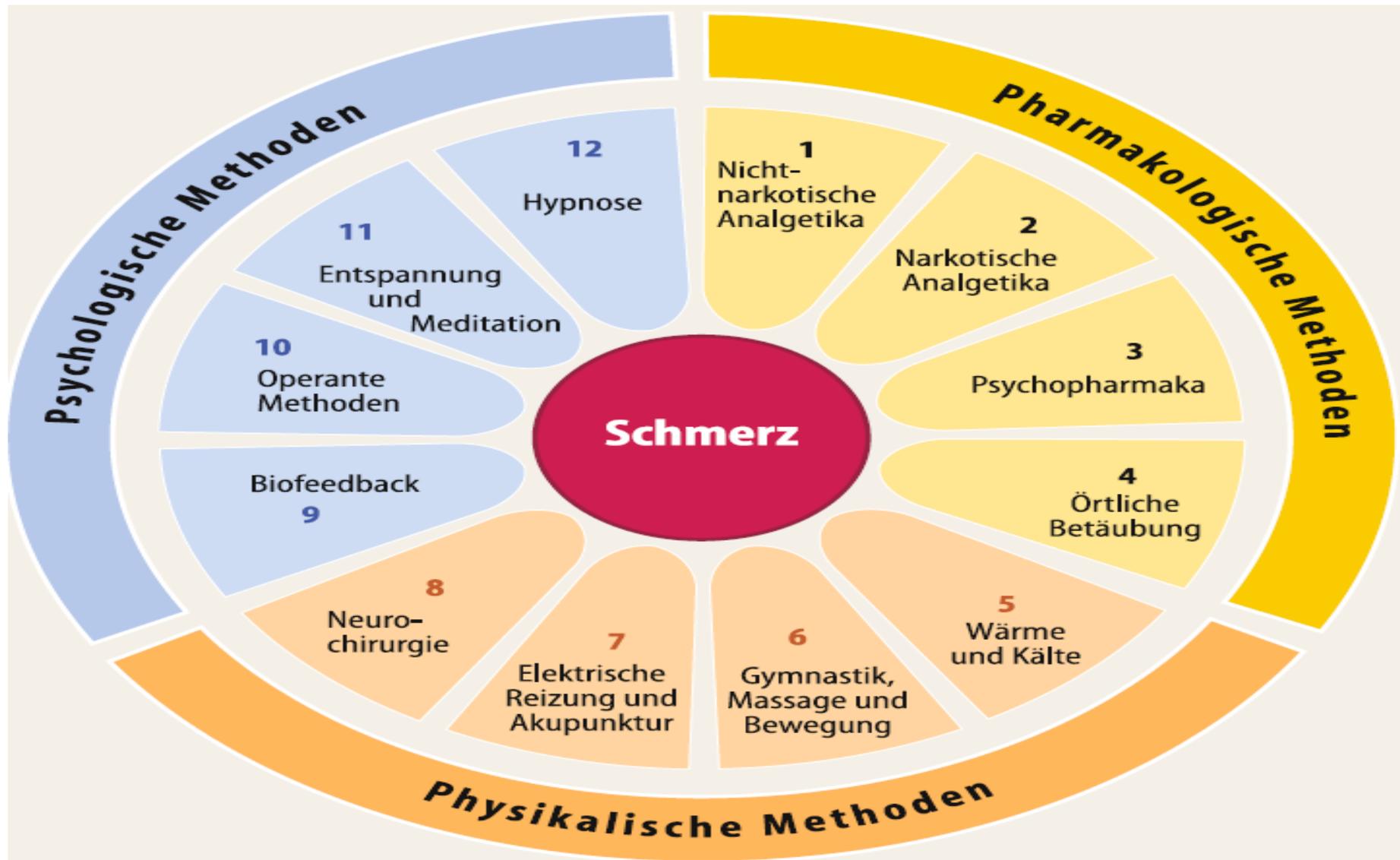
Therapie-Optionen, einschließlich Opioid-Medikamente (mit Vor- und Nachteile)

Schmerzmodulatoren: Das Bio-psycho-soziale Modell



Modified, from Gustavo Hauber Gameiro, 2006

Schmerztherapeutische Ansätze

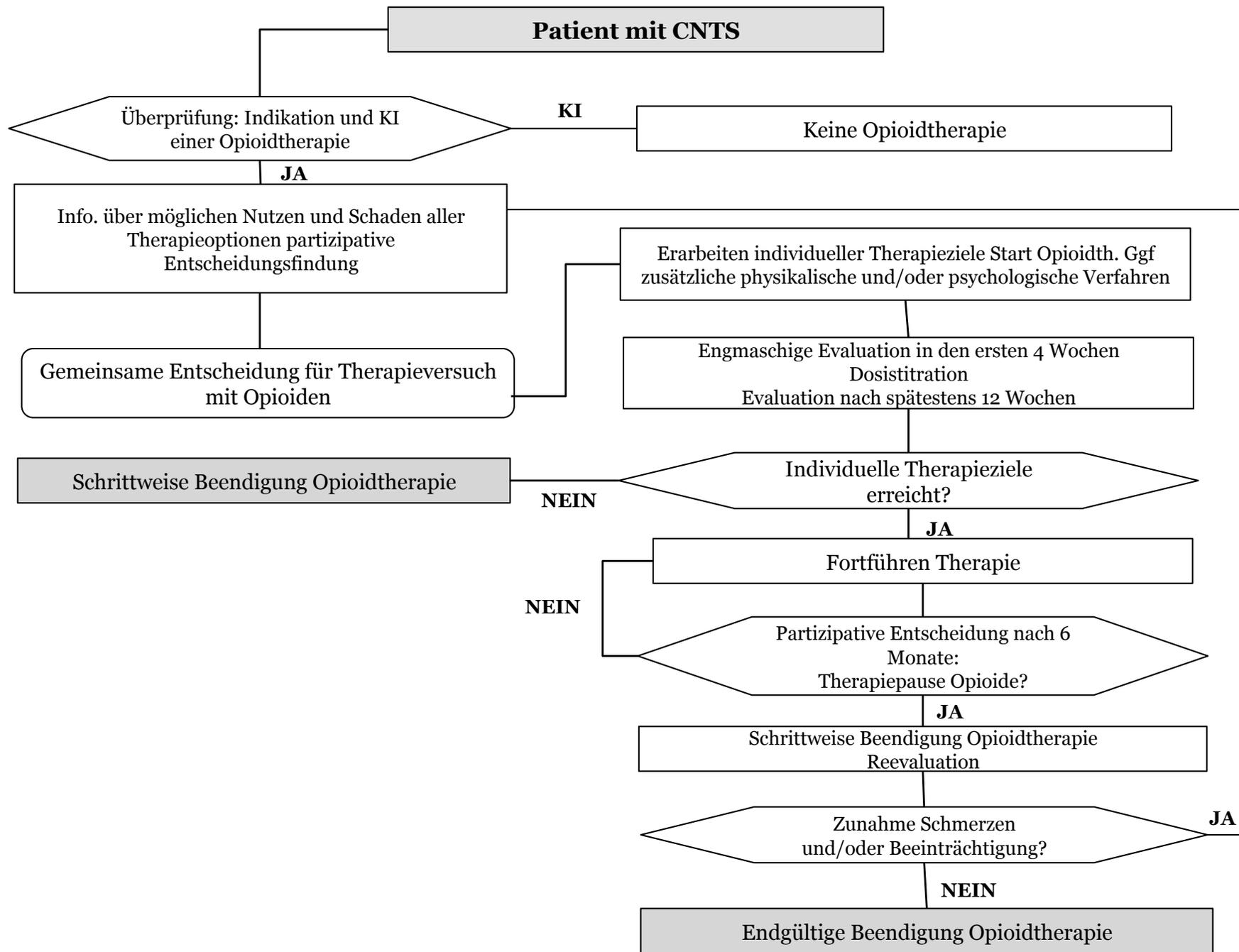


Ablauf der Schmerztherapie



THERAPIEZIELE

- ↪ Als realistische Therapieziele sind in der Regel anzustreben:
- Schmerzreduktion um > 30-50%
 - Verbesserung der Schlafqualität
 - Verbesserung der Lebensqualität
 - Erhaltung der sozialen Aktivität und des sozialen Beziehungsgefüges
 - Erhaltung der Arbeitsfähigkeit





Danke für Ihre Aufmerksamkeit

.....
arud