

SCHMERZ, SUBSTANZMISSBRAUCH UND -ABHÄNGIGKEIT

PAIN, SUBSTANCE ABUSE AND ADDICTION

Tobias Wiehn und Dietmar Kramer

Zusammenfassung

Gerade weil die medikamentöse (Opioid-) Therapie von Schmerzen einen so hohen Stellenwert hat, müssen die möglichen unerwünschten Effekte wie Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit beachtet werden. Die Prävalenz von Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen wie Alkohol und Sedativa/Hypnotika sowie die Prävalenz von Schmerzstörungen lassen vermuten, dass es eine Schnittmenge unbekannter Größe mit dieser Komorbidität gibt. Zur interdisziplinären Schmerztherapie sollen Anregungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit sowie bei komorbidem weiterem Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit gegeben werden.

Schlüsselwort

Schmerzstörung – Missbrauch – Abhängigkeit – Opioid-/ Nicht-Opioid – Alkohol – Hypnotika – Psychotherapie

Summary

Due to the great importance of medication (including opioids) for the treatment of pain attention has to be paid to the possible side effects such as abuse and addiction. The prevalence of abuse of and addiction to substances like alcohol and sedatives/hypnotics and the prevalence of pain disorders suggest that there might be a substantial comorbidity. For interdisciplinary pain therapy suggestions should be made with regard to the prevention, diagnostics and therapy of both the abuse of and addiction to medication and comorbid abuse of or addiction to other substances.

Keywords

pain – abuse – addiction – opioids/non-opioids – alcohol – hypnotics – psychotherapy

1 Einleitung

Schmerztherapie ist in der Regel eine interdisziplinäre Aufgabe, in der medikamentöse wie nichtmedikamentöse – und darunter insbesondere auch psychotherapeutische – Verfahren angewendet werden. Wie die Chancen und Risiken medikamentöser Schmerztherapie in einem Gesamttherapieplan Berücksichtigung finden, berührt auch psychotherapeutisch Tätige in Psychiatrie, Psychosomatischer Medizin und Klinischer Psychologie. Die Fortschritte der medikamentösen Behandlung von Schmerzpatienten sind unzweifelhaft. *Divinum est sedare dolorem* und *Primum nihil nocere* sind zwei altbekannte Leitsprüche. Sie sollten nicht in Konkurrenz zueinander stehen. Analgetika zählen zu den meistverkauften und umsatzstärksten Medikamenten in Deutschland (Abb. 1).

Die umsatzstärksten Arzneimittel in der Bundesrepublik Deutschland 2004 (ohne Diabetes-Teststreifen)			Die meistverkauften Arzneimittel in der Bundesrepublik Deutschland 2004		
Rang	Arzneimittel	Industrieumsatz	Rang	Arzneimittel	Umsatz in Pckg.
1	Sortis	372 Mio. €	1	Paracetamol ratiopharm	19,5 Mio.
2	Durogesic	234 Mio. €	2	Nasenspray ratiopharm	17,6 Mio.
3	Pantozol	196 Mio. €	3	Thomapyrin	15,7 Mio.
4	Nexium Mups	191 Mio. €	4	Olynth	15,2 Mio.
5	Plavix	175 Mio. €	5	Bepanthen	14,6 Mio.
6	Iscover	146 Mio. €	6	ACCHexal	14,1 Mio.
7	Rebif	134 Mio. €	7	Aspirin	13,7 Mio.
8	Viani	132 Mio. €	8	ASS ratiopharm	12,7 Mio.
9	Glivec	127 Mio. €	9	Voltaren	11,2 Mio.
10	Zyprexa	125 Mio. €	10	Aspirin plus C	11,1 Mio.

Abb. 1

Quelle: Jahrbuch Sucht 2006. Hrsg. DHS

Wer Medikamente zum Nutzen seiner Patienten anwendet, muss sich mit möglichen unerwünschten Wirkungen auseinandersetzen. Dazu zählen der Missbrauch, der „schädliche“ Gebrauch und die psychische wie physische Abhängigkeit. Die Prävalenz von Schmerzstörungen und die von Abhängigkeitserkrankungen lässt die Häufigkeit deren Komorbidität erahnen (Abb. 2).

Epidemiologie

Abhängigkeit

- 1,3 Mio. Medikamentenabhängige Personen¹
- davon 1,1 Mio. Benzodiazepinabhängige Personen¹
- 1,7 Mio. Alkoholabhängige Personen²
- 1,7 Mio. Personen betreiben Missbrauch von Alkohol

Schmerzstörungen

Kopfschmerzen³

- 38% leiden an episodischem Spannungskopfschmerz
- 3% leiden an chronischem Spannungskopfschmerz
- 2,5% leiden an Migräne (2 Mio. Personen)

Rückenschmerzen³

- 60% der Bevölkerung innerhalb eines Jahres
- davon 85% an unspezifischem Rückenschmerz, davon sind 20% längerfristig behandlungsbedürftig.

Tumorschmerzen³

- 74% der Tumorpatienten in fortgeschrittenem Stadium (210.000 Menschen versterben pro Jahr) brauchen 3 Jahre Opioidtherapie. Das sind geschätzte 500.000 Personen in Deutschland.

1 DHS 2006
2 DHS 2006
3 Diemer, W.; Buchert, H. (2002)

Abb. 2

Die Auseinandersetzung mit diesen Themenbereichen scheint in unterschiedlichen Szenen geführt zu werden: der anästhesiologisch geprägten Schmerztherapie, der psychosomatisch-psychotherapeutisch geprägten Schmerztherapie und der Suchttherapie. Da es keine Patentlösungen gibt, versuchen wir die Diskussion zu beleben und Anregungen zu geben:

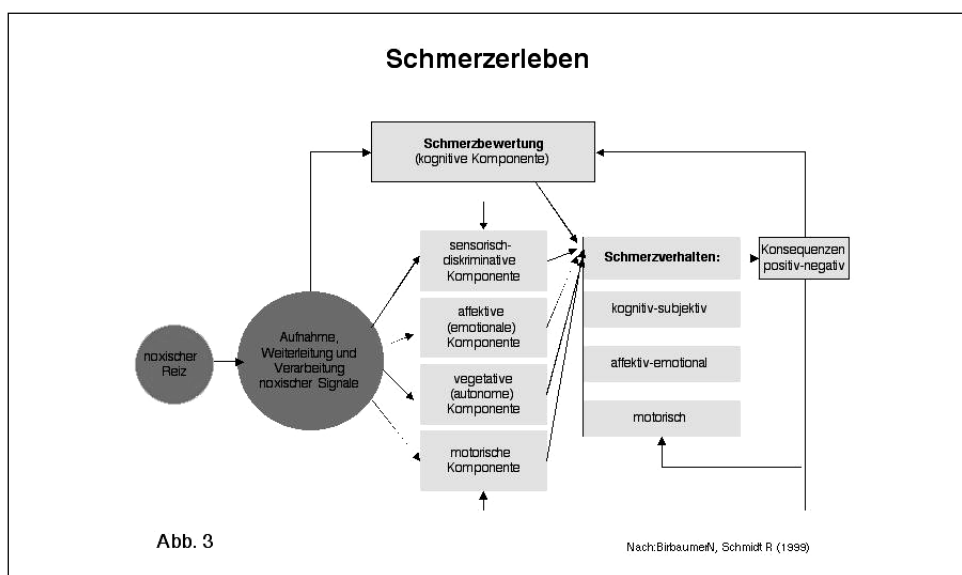
- zu den Kriterien des Analgetikamissbrauchs bzw. der -abhängigkeit bei Schmerzpatienten
- zu deren Vorbeugung und Behandlung
- zur Therapie von gegenwärtig abstinent (Alkohol- und Sedativa/Hypnotika¹ -) Abhängigen, die an Schmerzen leiden
- zur Entwöhnungsbehandlung von Alkohol (und Sedativa/Hypnotika) bei Schmerzpatienten, die einer medikamentösen Schmerztherapie bedürfen

2 Terminologie, Klassifikationen und Konstrukte

2.1 Schmerzstörungen

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.“ (Definition der International Association for the Study of Pain [IASP])

Auch wenn Schmerzerleben eine Ganzheit darstellt, lässt es sich in verschiedene Komponenten aufteilen. In unserem Zusammenhang werden später vor allem die sensorisch-diskriminative und die affektiv-motivationale Komponente eine Rolle spielen (Abb. 3).



¹ Da es sich überwiegend um Benzodiazepin-Abhängige handelt, wird im Weiteren der besseren Lesbarkeit wegen von diesen gesprochen.

Wegen einer „Schmerzstörung“ werden Patienten behandelt, die an chronischen, d.h. seit mindestens drei bis sechs Monaten bestehenden, entweder andauernden oder immer wiederkehrenden körperlich erlebten Schmerzen leiden, unabhängig davon, ob biologisch-strukturelle oder psychologisch nachvollziehbare Prozesse das Geschehen nach heutigem Wissensstand besser erklären können.

Dabei hat der Schmerz seine Funktion als Warnsignal verloren, sein Erleben und Erleiden bestimmen den Lebensalltag. Den Scheinwerfer auf die Bedeutung neurobiologischer wie psychosozial erfassbarer Chronifizierungsprozesse wirft das Statement der IASP: „The memory of pain can be more damaging than its initial experience.“

Die Begriffe „Schmerzkrank“ und „Schmerzkrankheit/-störung“ erhellen und verschleiern zugleich: erhellen, indem sie den Schwerpunkt auf das wichtigste Symptom und dessen Auswirkungen legen, unter denen ein Schmerzkranker leidet, die sein Leben und Erleben bestimmen, die er behandelt wissen möchte, unabhängig von möglichen Ursachen; verschleiern, indem das Leitsymptom zum Synonym für die Krankheit selbst wird (wie z. B. LWS-Syndrom).

Hinter Diagnosen wie Tumorschmerz, verschiedenen Formen von Kopfschmerz, Rückenschmerz, rheumatischen Erkrankungen, somatoformen Schmerzstörungen stecken Verknüpfungen zwischen Befinden, Befund, mehr oder weniger überprüfem und überprüfbarem Wissen und Annahmen zur Ätiologie, Pathogenese und aufrechterhaltenden Bedingungen einer Störung.

2.2 Substanzabhängigkeit, schädlicher Gebrauch und Missbrauch

In der ICD-10 finden sich unterschiedliche Konstrukte und tradierte Begrifflichkeiten zur Klassifikation verschiedener Formen des schädlichen Gebrauchs, des Missbrauchs und der psychischen sowie physischen Abhängigkeit von biochemisch definierten „psychotropen“ Substanzen. Die wichtigsten seien kurz in Erinnerung gerufen.

Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)

Die Diagnose soll nur gestellt werden, wenn während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, **psychotrope** Substanzen zu konsumieren
2. verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch
3. ein körperliches Entzugssyndrom
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
6. anhaltender Substanzgebrauch trotz eindeutiger und dem Betreffenden bekannter schädlicher Folgen.

Als wesentliches Charakteristikum der körperlichen Abhängigkeit gelten das Entzugssyndrom und die Toleranzentwicklung, als wesentliches Charakteristikum der psychischen Abhängigkeit der starke Wunsch nach der psychotropen Substanz, der Kontrollverlust und die Einengung des Denkens auf die Substanz.

In der ICD-10 wird weiter ausgeführt: „Der innere Zwang, Substanzen zu konsumieren, wird meist dann bewusst, wenn versucht wird, den Konsum zu beenden oder zu kontrollieren. Diese diagnostische Forderung **schließt** beispielsweise **chirurgische Patienten** aus, die Opiode zur Schmerzlinde- rung erhalten haben und die ein Opioidentzugssyndrom entwickeln, wenn diese Mittel abgesetzt werden, die aber selbst kein Verlangen nach weiterer Opiodeinnahme haben.“ Dieses Diktum der ICD-10 verdeutlicht die Schwierigkeit, Opioidabhängigkeit bei chronischen Schmerzpatienten, die ärztlich verordnete Opiode einnehmen, zu diagnostizieren.

Schädlicher Gebrauch (F1x.1)

Er ist definiert als ein Konsummuster psychotroper Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt. Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit des Konsumenten.

Missbrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen (F55)

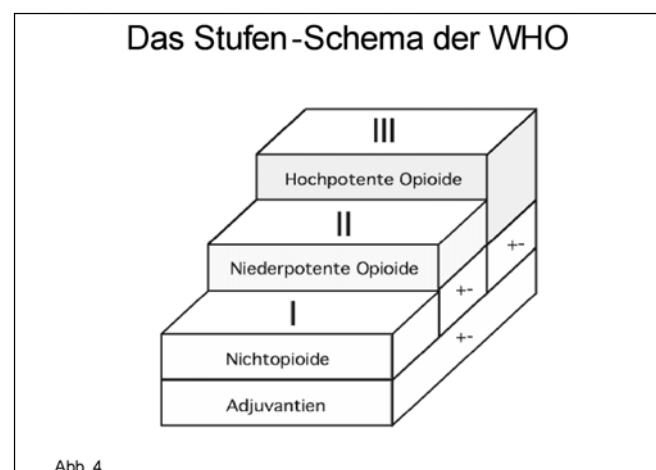
Der Missbrauch von nicht **psychotropen** Analgetika (z.B. Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Phenacetin) soll mit F55.2 verschlüsselt werden. Abzugrenzen von dieser Begrifflichkeit ist der Missbrauch von Substanzen, die ein Suchtpotential haben (z. B. Opiode). In der Regel versteht man darunter den Konsum eines Suchtstoffes ohne medizinische Indikation oder in zu hoher Dosierung. Diese Form des Missbrauchs wird in der ICD-10 nicht aufgeführt.

Bezogen auf den Konsum von Schmerzmitteln ergeben sich aus der ICD-Klassifikation mehrere Schwierigkeiten:

- Es gibt angeblich „nicht psychotrope“ Analgetika, die man zwar – der Logik der ICD-10 zufolge – missbrauchen, von denen man aber nicht abhängig werden kann, sie werden deshalb im Kapitel F55.2 genannt.
- Es gibt keine klaren ICD-10-Kriterien für Opioidabhängigkeit bei ärztlich indizierter Opiodeinnahme.

2.3 Pharmakologische Aspekte

Die medikamentöse Behandlung von Schmerzstörungen folgt im Wesentlichen dem Stufenschema der WHO. Ursprünglich entwickelt als Leitlinie zur Behandlung von Tumorschmerzen, wurde das Schema inzwischen auch für die Behandlung von Nicht-Tumorschmerzen übernommen. Schmerzmedikamente werden darin in Opiode und Nicht-Opiode aufgeteilt (Abb. 4).



Lange wurden Analgetika nach dem (vermeintlichen) **Wirkort** unterschieden in zentral wirksame und peripher wirksame. „Zentral“ bedeutet eine Wirkung im Bereich des zentralen Nervensystems, also Gehirn inkl. Rückenmark, „peripher“ an allen anderen Stellen des Körpers.

Opioide wirken „zentral“, indem sie auf entsprechende Rezeptoren im zentralen Nervensystem einwirken, sowohl am Hinterhorn des Rückenmarks als auch supraspinal im limbischen System und im Thalamus.²

Die so genannten Peripheren hemmen z. B. die Cyclooxygenase insbesondere in Körpergeweben und entfalten dadurch ihre Wirkung.

Da jedoch einige dieser Substanzen wie Acetylsalicylsäure zentrale Effekte mindestens auf spinaler Ebene haben (Schäfer und Brack, 2006), weicht diese Einteilung zunehmend einer neuen, der Einteilung in Opioid- und Nicht-Opioidanalgetika, d. h. nach **Wirkart**.

Opioide unterscheiden sich in der Bindungsaffinität zu den verschiedenen Subtypen von Opioidrezeptoren und ihrer Fähigkeit, dort aktiv zu werden. Dies erklärt verschiedene Wirkstärken und Wirkzeiten. Letztere sind wie die Geschwindigkeit des Wirkungseintrittes auch abhängig von der Darreichungsform (Freye, 2002). Welche der Subtypen v. a. stimuliert werden, bestimmen neben dem analgetischen Effekt auf sensorisch-diskriminativer Ebene auch die Effekte auf Stimmung und Vigilanz und das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung.

2.4 Abhängigkeit, Missbrauch und Psychotropie

Voraussetzung dafür, dass eine Substanz zum Suchtstoff werden kann, ist seine „Psychotropie“ (vgl. die Definition der WHO für die Abhängigkeitserkrankungen nach F1x). Jeder Stoff, der psychische Veränderungen bewirken kann, wird als psychotrop³ bezeichnet.

Das Problem des Begriffes „Psychotropie“ liegt trotz seiner leichten Übersetzbarkeit in seiner Unschärfe. Denn Wirkungen auf das Erleben und Verhalten von Menschen könnten in einer weiten Definition beispielsweise selbst Nahrungsmittel umfassen (z. B. der Effekt einer guten Schokolade), in einer engeren Definition nur die Substanzen, die – als körperfremde Substanzen dem Körper zugeführt – nach Überwindung der Blut-Hirn-Schranke supraspinal psychische Effekte auslösen. Für das Suchtpotential einer Substanz scheint deren Fähigkeit entscheidend zu sein, das mesolimbische Belohnungssystem zu einer Ausschüttung von Dopamin und anderen Substanzen anzuregen (di Chiare, 1995).

Antidepressiva und Neuroleptika sind zwar ebenfalls psychotrop wirksame Substanzen, scheinen aber nur einen geringen Effekt auf das mesolimbische Belohnungssystem zu haben. Daher wird diesen Substanzen kein Abhängigkeitsrisiko zugeschrieben.

Opioide und damit auch Opioidanalgetika haben einen stimulierenden Effekt auf das Belohnungssystem, worin sich ihr Abhängigkeitspotential begründet (Spanagel et al., 1992).

Nicht-Opioidanalgetika scheinen im Gegensatz zu Opioiden keinen Effekt auf das mesolimbische System zu haben (auch wenn sie o. g. zentrale Effekte auf die Cyclooxygenase haben), weshalb auch diesen Substanzen kein Abhängigkeitsrisiko zugeschrieben wird. Wahrscheinlich existieren jedoch indirekte Effekte auf das Belohnungssystem über ein vermindertes Schmerzerleben als Folge der Analgetikaeinnahme (operante Konditionierung mittels negativer Verstärkung). In der ICD-10 gelten Nicht-Opioidanalgetika als „nicht psychotrop“ und können „nur“ missbraucht werden.

Ob diese Substanzen wirklich nicht in der Lage sind, eine Abhängigkeit auszulösen, soll im nächsten Abschnitt kritisch diskutiert werden.

3 Missbrauch und Abhängigkeit von Analgetika bei Schmerzpatienten

3.1 Nicht-Opioide

Eine häufige Indikation zur Einnahme von Nicht-Opioiden sind Kopfschmerzen. Zur Akutbehandlung der Migräne und des Kopfschmerzes vom Spannungstyp werden u. a. freiverkäufliche Analgetika wie Paracetamol und Acetylsalicylsäure empfohlen, inzwischen sind auch Triptane freiverkäuflich.

Da nach heutigem Wissensstand alle Kopfschmerzmedikamente selbst Kopfschmerzen induzieren können, entwickelt ein gewisser Prozentsatz von Kopfschmerzpatienten zusätzlich zu ihrem primären Kopfschmerz einen medikamenteninduzierten, wenn die Betroffenen bestimmte Dosen überschreiten (siehe International Headache Society [IHS]: www.ihs-s.org). Teils wegen unzureichender Wirkung, teils aus Sorge vor erneuten Kopfschmerzen werden immer mehr und auch schon „prophylaktisch“ Analgetika eingenommen. Hat sich daraus ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz entwickelt, befinden sich die Betroffenen in einem Teufelskreis, aus dem sie selten allein herausfinden.

Bei der Behandlung des medikamenteninduzierten Kopfschmerzes spricht die IHS von **Entzug** bzw. Entzugskopfschmerzen⁴ (Silberstein, 2005). Hier unterscheidet sich die Sprache der IHS von der der Suchttherapeuten. Aus deren Sicht handelt es sich bei den Entzugskopfschmerzen um Absetzphänomene.

² Auf andere Substanzen, wie z. B. Gabapentin zur Behandlung von Polyneuropathien, Carbamazepin zur Behandlung von Neuralgien oder Triptanen zur Behandlung der Migräne wird hier nicht eingegangen. Trotz ihres analgetischen Effekts und ihrer nichtopioiden Wirkart werden sie nicht unter den Analgetika subsumiert. Dennoch gibt es auch mindestens bei den Triptanen schädlichen Konsum (s. u.).

³ Aus dem griechischen psycho = Seele und tropos = Richtung

⁴ Wobei die Diskussion darüber, ob der Entzug von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) selbst Entzugskopfschmerzen macht, noch nicht abgeschlossen ist (siehe IHS; comment to 8.4.4).

Bei einer Subgruppe des medikamenteninduzierten Kopfschmerzes spielt auch Coffein eine Rolle (z. B. Thomapyrin®). Auch wenn die IHS den Coffeinentzugskopfschmerz nennt, wird dabei selten eine Abhängigkeitsdiagnose im Sinne der ICD-10 F15.2. gestellt. Kombinationspräparate mit Codein spielen laut DHS quantitativ keine große Rolle.

Bei Patienten mit medikamenteninduziertem Kopfschmerz – auch bei den Formen, die nicht auf Kombinationspräparate mit Coffein oder Codein zurückzuführen sind – können sich zeigen:

- ein unwiderstehliches Verlangen nach dem Medikament
- Entzugssymptome nach Absetzen des Medikamentes (im Sinne von Entzugskopfschmerzen s. o.)
- eine Toleranzentwicklung
- ein um das Medikament kreisendes Denken
- eine Fortsetzung des Konsums trotz negativer Konsequenzen.

Obwohl damit sowohl die Kriterien der psychischen als auch der physischen Abhängigkeit im Sinne der ICD-10 erfüllt erscheinen, erlaubt die ICD-10 nicht, eine Abhängigkeitsdiagnose bezüglich dieser Substanzen zu stellen.

Warum es bei Patienten mit anderen Schmerzstörungen, z. B. rheumatischen Erkrankungen, die über Jahre Analgetika vom Nicht-Opioidtyp (v. a. NSAR) einnehmen, diese Form des Missbrauchs (bzw. der Abhängigkeit) nicht zu geben scheint, ist unklar. Hypothesen sind

- a) die erhöhte Vulnerabilität von Kopfschmerzpatienten und
- b) die oben bereits genannte negative Verstärkung bei Medikamenteneinnahme. Da es sich bei Kopfschmerzen um chronisch rezidivierende (meist anfallsweise auftretende) Schmerzen handelt, ist die Notwendigkeit einer schmerzkontingenten Einnahme von Analgetika gegeben. Im Gegensatz dazu nehmen Patienten mit rheumatischen Erkrankungen ihre Medikation eher zeitkontingent ein.

Therapeutische Empfehlungen

Ungeachtet dieser Inkongruenzen gibt es für die Therapie des medikamenteninduzierten Kopfschmerzes klare Empfehlungen: a) den Entzug und b) die weitere medikamentöse wie nichtmedikamentöse Behandlung des primären Kopfschmerzleidens.

Ein ambulanter Entzug von Nicht-Opioiden ist möglich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- hohe Motivation
- hohe Entschlossenheit, die Entzugssymptome zu bewältigen
- keine Einnahme von Kombinationspräparaten, die Codein enthalten
- der Dauerkopfschmerz besteht seit weniger als fünf Jahren
- keine relevante komorbide psychische Störung

Kriterien, die einen stationären Entzug nahe legen können, sind

- die Einnahme von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential, wie zum Beispiel Codein
- der Dauerkopfschmerz besteht seit mehr als fünf Jahren
- erfolglose selbstständige Entzugsversuche
- erfolglose ambulante Entzugsversuche
- komorbide psychische Störungen, gerade bei Personen mit Dauerkopfschmerz

Trotz medikamentöser wie psychotherapeutischer Möglichkeiten, die Kopfschmerzfrequenz (und teilweise die Intensität) zu reduzieren, benötigen viele Patienten auch nach dem Entzug weiter eine analgetische Medikation.

Nach dem Entzug gilt also nicht die Abstinenzregel, die sonst bei der Behandlung von Abhängigkeit von (anderen) psychotropen Substanzen höchste Priorität hat, wodurch das Risiko, in den alten schädlichen Konsum zurückzufallen, erhöht ist; davon ist etwa ein Drittel der Patienten betroffen.

3.2 Opiode

Adäquater Einsatz

Die Notwendigkeit und die Sinnhaftigkeit ihres Einsatzes zur Behandlung chronischer Schmerzen sind prinzipiell unumstritten. Auch die Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) führt aus: „Die akute wie auch chronische Schmerzbehandlung mit Opiaten oder Opioiden unter kontrollierten therapeutischen Bedingungen führt in der Regel nicht zu einer Suchtentwicklung. Das Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential der Opiode sollte deshalb nicht dazu führen, dass Schmerzpatienten die notwendige Schmerztherapie vorenthalten wird.“

Dennoch besteht ein Problem: „Es gibt keine prospektiven, gut kontrollierten längerfristigen (mehr als 6 Monate) Studien zur iatrogenen Opioidabhängigkeit beim chronischen Schmerz“ (Kanner, 1998).

Im klinischen Alltag war und ist diese Frage bei Patienten mit Tumorschmerzen, die nach dem Stufenschema der WHO (siehe Abbildung oben) behandelt werden, auch kein Thema.

Sie stellt sich in empirisch unklarer Häufigkeit bei Patienten mit Nicht-Tumorschmerzen, die inzwischen ebenfalls nach dem Stufenschema der WHO behandelt werden (können).

Die vorherrschende Meinung ist, dass die adäquate Behandlung mit Opioiden zumindest nicht zu psychischer Abhängigkeit führt.

In diesem Zusammenhang ist die **Pseudoabhängigkeit** als iatrogenes Syndrom eine wichtige Differentialdiagnose. Die unzureichende analgetische Behandlung, eine Unterdosierung also, führt zu verstärktem Verlangen, so dass die davon betroffenen Patienten ihren Arzt überzeugen „müssen“, mehr zu brauchen, was wiederum zu Misstrauen bis hin zur Verweigerung der Dosiserhöhung auf Seiten des Behandlers führen kann (Weissman und Haddox, 1989).

Zur Vorbeugung von Opioidmissbrauch und -abhängigkeit gelten Prophylaxe-Kriterien (Abb. 5).

Prophylaxe der Opioidabhängigkeit

- Stimmt die Indikation zur Verordnung?
 - Krankheit/Symptomatik
 - Erkrankter:
 - Früherer oder jetziger Missbrauch?
 - Frühere oder jetzige Abhängigkeit?
 - Absprachefähigkeit?
 - Psychiatrische/psychotherapeutische Konsiliaruntersuchung
 - Zielsetzung
- Opioidtest, gerade bei Nicht-Tumorschmerzen!?
- Überwachung
 - Einnahmemodus: zeitkontingent
 - Protokollierung
- Ein Verordner

Abb. 5

Hervorzuheben sind in unserem Zusammenhang:

- Stimmt die Indikation, handelt es sich um ein in der Regel durch Opioide behandelbares Geschehen? Nicht jeder chronische Schmerz lässt sich mit Opioiden lindern. Daher wird – nicht von allen Fachleuten – ein Opioidtest empfohlen.
- Die Erwartungshaltung des Patienten und somit die Erörterung der Zielkriterien einer Therapie mit Opioiden spielen eine große Rolle. Auch Opioide verschaffen selten 100%ige Symptomlinderung. Grenzen aufrichtig zu benennen ist nötig.
- Die Anamnese, die Hinweise auf früheren oder aktuellen Missbrauch bzw. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen liefert, ist selbstverständlich; sie wird ggf. bestätigt durch Laboruntersuchungen.
- Die zu erwartende Zuverlässigkeit des Patienten, von der ordnungsgemäßen Einnahme bis zur Wahrscheinlichkeit des Verkaufs verschriebener Opioide auf dem illegalen Drogenmarkt, gilt es abzuschätzen.
- Aus pharmakodynamischen und -kinetischen Gründen sollen Analgetika bei chronischen Schmerzen zeitkontingent – sprich nach einem festen Zeitplan – eingenommen bzw. appliziert werden. Damit werden aus lerntheoretischer Sicht keine schmerzkontingenten negativen Verstärker gesetzt, womit operante Bedingungen für eine mittelfristig dysfunktionale Medikamenteneinnahme gering gehalten werden sollen. Müssen zusätzlich rasch anflutende Medikamente verordnet werden, so ist die Frequenz und Dosierung ihrer Einnahme seitens der Patienten genau zu dokumentieren. Gerade das rasche Anfluten verändert nicht nur das sensorisch-diskriminative Erleben der Schmerzen, sondern wirkt auch auf der affektiv-motivationalen und der kognitiv-evaluativen Ebene (vgl. auch Abbildung 3).
- Komorbide psychische Störungen können das Schmerzerleben deutlich beeinflussen (siehe auch Jochims et al.,

2006). Wenn psychotherapeutische Verfahren eingesetzt werden, sei es zur Behandlung einer komorbiden psychischen Störung oder als nichtmedikamentöses Verfahren zur Behandlung der Schmerzstörung im Sinne der Schmerzbewältigung, muss dies frühzeitig und nicht erst am Ende der Behandlungstrecke geschehen.

- Die schriftliche Dokumentation der Absprachen im Sinne eines Behandlungsvertrages kann eine hilfreiche Maßnahme sein.
- Zur Entscheidungsfindung sind Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellungen hilfreich, u. a. um eine Zweitmeinung zur Unterscheidung von Pseudoabhängigkeit und Abhängigkeit einzuholen.

Ein Paradoxon?

Unter Beachtung der Kautelen trägt gerade die angemessene Einnahme von Opioiden dazu bei, die ansonsten schmerzbedingte „Einengung des Interessenfeldes, den Verlust von Freiheit, Selbstbestimmung, Selbstkontrolle und sozialem Funktionieren“ (Kriterien, die andernorts Merkmale von Suchtverhalten darstellen, siehe Schneider, 2001) zumindest zu reduzieren.

Folglich führt die „Abhängigkeit“ von Opioiden (die klinische Notwendigkeit, sie regelmäßig einzunehmen) bei chronischen Schmerzpatienten dazu, dass sie wieder „ohne Suchtverhalten“ leben können.

Missbrauch oder Abhängigkeit von Opioiden

Während die Kriterien des schädlichen Gebrauchs oder der Abhängigkeit von Opioiden beim Konsum illegaler Substanzen klar definiert und einleuchtend sind, ist die Frage nach den Kriterien des Missbrauchs oder der Abhängigkeit bei der Einnahme von Opioiden auf ärztlichen Rat wegen ihrer analgetischen Wirkung schwer zu beantworten.

Die ICD-10 schließt Personen, die Opiode nach ärztlicher Indikationsstellung einnehmen, weitgehend aus. Insofern ist es schwer, bei Opiode einnehmenden Schmerzpatienten die Diagnose F11.1 bzw. F11.2 zu stellen. Vielleicht ist das ein Grund, weshalb es zu diesem Bereich keine Studien gibt (vgl. Mindach, 2000).

Aus Telefonaten mit Schmerztherapeuten, in Qualitätszirkeln, auf Tagungen, im klinischen Alltag ergeben sich widersprüchliche Hinweise: von Kolleginnen und Kollegen, die noch nie damit konfrontiert waren, bis zu denen, die mehr und mehr von Nicht-Tumorschmerzpatienten mit Anhaltspunkten für Missbrauch bzw. Abhängigkeit berichten und nach Tipps und Einrichtungen zur Behandlung dieser Patienten suchen. Ob bei diesen Patienten nach der langen Zeit der in Deutschland sehr restriktiven Opioidverordnung die **relativen** Kontraindikationen im „Opioidboom“ missachtet werden, sei dahingestellt.

Aus unserer Sicht sprechen folgende Kriterien für einen missbräuchlichen Konsum bzw. für ein erhöhtes Risiko, eine Abhängigkeit zu entwickeln:

- Einnahme trotz fehlender analgetischer Wirkung
- Einnahme und ggf. Dosissteigerung wegen der **affektiven** Wirkung
- Wunsch nach und Gebrauch von schnell anflutenden und kurz wirkenden Morphinen
- Zunahme der unerwünschten Wirkungen
- Einnahme weiterer psychotroper Substanzen mit physischem Abhängigkeitsrisiko.

Die Unschärfe der Kriterien verdeutlicht die Problematik, weil

- die Differentialdiagnose zur Pseudoabhängigkeit oft nur durch eine mindestens vorübergehende Dosissteigerung zu klären ist,
- das individuelle Schmerzerleben sich zwar physiologisch und neuroanatomisch in verschiedene Ebenen trennen lässt, im Erleben der Betroffenen jedoch eine individuelle Einheit darstellt, die auch die verfügbare Diagnostik inkl. der „Beziehungsdiagnostik“ nicht eindeutig aufschlüsseln kann.

Therapie von Patienten mit Opioidmissbrauch oder -abhängigkeit

Fallvignette 1

Ein 68-jähriger Patient kommt auf Anraten seines ihm aktuell (!) behandelnden Schmerztherapeuten und mit Zustimmung seines Hausarztes in stationäre psychosomatische Therapie, weil letztlich beide Behandler meinten, er sei „opiatabhängig“. Er ist seit einigen Jahren verwitwet, lebt allein, hat wenige soziale Kontakte außerhalb seiner Arztbesuche. Im Kontakt wirkt seine Stimmung gedrückt, Hilflosigkeit klingt an. Er wirkt ärgerlich gespannt, wenn er über die vielen unzureichenden Therapiebemühungen berichtet.

Klinisch zeigt sich ein unspezifischer, v. a. lumbaler Rückenschmerz ohne radikuläre oder pseudoradikuläre Symptomatik. Wegen dieser „degenerativen Wirbelsäulenveränderungen“

und der darauf zurückgeführten Beschwerden befindet er sich seit Jahren in diversen orthopädischen Behandlungen, hat Physiotherapie erhalten, v. a. Wärmeanwendung, Massagen, Triggerpunktinfiltration, manuelle Therapie, Krankengymnastik waren ihm verordnet worden, die er ohne große Lust und Erfolg „absolvierte“.

Medikamentös war er lange mit NSAR behandelt worden, kurzzeitig mit Tramadol, schließlich hatte er Fentanyl-Pflaster erhalten, die Dosis war in kurzer Zeit von 25 µg/h auf 75 µg/h gesteigert worden (einmal sogar 100 µg/h), wobei er meist bereits nach zwei Tagen einen Wirkungsverlust zu spüren schien und deshalb die Pflaster vorzeitig wechselte. Unerwünschte Wirkungen bis auf eine erträgliche Obstipationsneigung schildert er nicht. Trotz der Medikation pendelt seine Schmerzstärke auf der visuellen Analogskala zwischen 5 und 8.

Psychotherapeutische Hilfe war ihm noch nicht angeboten worden, wobei er rückblickend wie aktuell betont, dass sein Problem ja nur die Schmerzen seien, seine schlechte Laune, gedrückte Stimmung etc., all das wäre ja besser, wenn er keine Schmerzen zu erleiden hätte.

Der Patient erhält eine kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, ergänzt durch regelmäßige Sporttherapie sowie eine Schmerzbewältigungsgruppe. Im Fokus steht, mit ihm ein persönliches Erklärungsmodell für seine Symptomatik zu entwickeln, ihn zu motivieren und Fähigkeiten zu entwickeln, auch trotz und gerade wegen seiner Schmerzen etwas zum Erhalt und zur Verbesserung seiner Lebensqualität zu tun (Hobbys wieder aufzunehmen, soziale Kontakte vor dem Hintergrund seiner Verwitwung zu pflegen etc.) und langsam sein körperliches Schonverhalten zu reduzieren unter allmählicher Opiatdosisreduktion.

Letzteres gelingt im Verlauf von fünf Wochen nur bis zu einer Dosis von 25 µg/h unter Komedikation mit Amitriptylin zur Nacht und Flupirtin. Obwohl offensichtlich wird, dass die Opiatreduktion nicht zur befürchteten Exazerbation seines Schmerzes führt, ist er zu einer weiteren Dosisreduktion nicht zu bewegen. Er beendet die stationäre Behandlung mit einer verständlichen Skepsis, ob es ihm gelingen werde, zumindest einen kleinen Teil der hier vollbrachten sozialen Aktivitäten zuhause aufrechtzuerhalten.

Fallvignette 2

Eine 43-jährige Patientin, die seit Jahren an Migräne und Spannungskopfschmerz sowie „Bandscheibenproblemen“ leidet, kommt – wie sie sagt – zum „Restentzug“ von Valoron N[®]. Wegen ihrer Schmerzen habe sie viele Jahre freiverkäufliche Analgetika eingenommen, schließlich über einige Jahre Valoron N[®] verordnet bekommen, davon habe sie bis zu 300 mg tgl. eingenommen ohne hinreichende Schmerzlinderung für alle **drei** Schmerzen. Ambulante Reduktions- und Absetzversuche scheiterten, weshalb sie sich in eine dreiwöchige stationäre Behandlung einer neurologischen Abteilung begab. Dort gelang die Reduktion des Valoron N[®] auf 50 mg tgl. unter gleichzeitiger Gabe eines β-Blockers zur Migräneprophylaxe und von Doxepin wegen ihrer Spannungskopfschmerzen und zur Reduktion der Entzugssymptome. Sie erhielt dabei die Anregung, sich zur weiteren Behandlung in eine stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung

zu begeben, die fünf Monate später begann. Zwischenzeitlich gab es keine Dosissteigerung des Valoron N®.

Während der psychosomatischen Rehabilitation gelang das Absetzen von Valoron N® unter gleichzeitigem Aufbau aktiver Bewältigungsstrategien, sowohl hinsichtlich ihres unspezifischen Rückenschmerzes als auch ihres Spannungskopfschmerzes und ihrer Migräne.

Die Schwierigkeiten der Therapie von Schmerzpatienten mit missbräuchlichem Konsum oder Abhängigkeit von Opioiden beginnen nach unseren Erfahrungen meist schon mit der Indikationsstellung zur Opioidtherapie.

Bei der von uns überschaubaren Klientel handelt es sich meist um Patienten mit unspezifischem Rückenschmerz oder Migräne- bzw. Spannungskopfschmerz. Die verständliche Forderung nach Schmerzlinderung seitens der Patienten und das Bemühen seitens der Behandler, dies zu erreichen, führt zur Verordnung von Opioiden, der gewünschte Erfolg bleibt jedoch trotz Dosissteigerung aus. Häufig scheint ein Arztwechsel (im Rahmen der Enttäuschung der Patienten und ihres Suchens nach der optimalen Lösung) einen neuen Blickwinkel zu eröffnen, aus dem sich bei hinreichendem Vertrauen ein Gespräch über Grenzen medikamentöser Behandlung sowie Fragen von Missbrauch und Abhängigkeit führen lässt. Auffallend, wenn auch nicht empirisch untersucht, ist (sowohl in unserer Klientel als auch laut Rückmeldung anderer Schmerztherapeuten), dass keiner dieser Patienten bis zum Zeitpunkt des Verdachts auf einen Missbrauch oder eine Abhängigkeit psychiatrisch-psychotherapeutisch untersucht oder ihm zu einem früheren Zeitpunkt das Angebot einer aktiven Therapie gemacht worden war, sei es nun beispielsweise im Sinne des Göttinger Rücken-Intensivprogramms oder einer psychotherapeutischen Schmerzbewältigung, einzeln oder in einer Gruppe – unabhängig davon, dass diese Angebote regional nur sehr begrenzt vorhanden sind.

Dies verweist erneut auf die Notwendigkeit der Vorbeugung. Dennoch sind therapeutisch mehrere Probleme zu lösen.

- Ohne vertrauensvolle Beziehung ist das Stellen **und** Besprechen der Diagnosen Missbrauch oder Abhängigkeit nicht möglich.
- Die Behandlung setzt eine hinreichende Kooperation aller Beteiligten voraus, wobei die Fäden bei einer Person zusammenlaufen müssen.
- Die Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells ist Teil des Aufbaus von Motivation zur Dosisreduktion und ggf. Medikamentenumstellung sowie zur Motivation für eine aktive Schmerzbewältigung.
- Ein passendes psychotherapeutisches Angebot zu finden ist an vielen Orten leider nur schwer möglich. Manche Psychotherapeuten scheinen sich schwer damit zu tun, den Aufbau einer entsprechenden Motivation als Teil ihrer Therapie zu verstehen und nicht als Voraussetzung.
- Sollten ambulante Angebote nicht ausreichen oder nicht vorhanden sein, bleibt die Möglichkeit einer stationären Therapie. Der Vorteil der ambulanten Behandlung liegt u. a. in der leichteren Einbeziehbarkeit von Bezugspersonen, die möglicherweise unabsichtlich operant das Schmerzverhalten aufrechterhalten.

- Selbstverständlich geht es auch im Rahmen einer stationären Behandlung darum, auf der Basis von Vertrauen und Transparenz mit den Patienten, die auf etwas verzichten sollen, funktionale Alternativen zu erarbeiten und mit ihnen aufzubauen.

Besondere Berücksichtigung verlangen folgende Aspekte, ambulant wie stationär:

- Die Zielklärung und -setzung ist mehr ein Prozess denn eine einmalige Festlegung gerade hinsichtlich der Medikamentendosis; eine Dosisreduktion und das zugegebenermaßen schwierig zu operationalisierende Ziel des angemessenen Gebrauchs gehören genauso dazu wie das ersatzlose Absetzen von Opioiden.
- Die Dosisreduktion und das Absetzen können vorübergehend gerade die affektive Komponente des Schmerzerlebens verstärken, was zur Herausforderung für die Stabilität der therapeutischen Beziehung werden kann bis hin zum kollusiven Rückgriff auf Medikamente.
- Bei einem Teil der Klientel spielen Aspekte der sozialen Wiedergutmachung bewusst und unbewusst eine entscheidende motivationale Rolle.

4 Komorbidität von Schmerzstörung und Substanzabhängigkeit/-missbrauch

Nach der Auseinandersetzung darüber, wie schwierig die Diagnostik von Opioidmissbrauch bzw. -abhängigkeit ist, soll jetzt der Frage nachgegangen werden, wie Patienten mit Schmerzstörungen behandelt werden können, bei denen komorbid eine Alkohol- oder Benzodiazepin-Abhängigkeit vorliegt.

4.1 Opioidtherapie bei Patienten mit gegenwärtiger Abstinenz von anderen psychotropen Substanzen

Anamnestischer Missbrauch oder Abhängigkeit von psychotropen Substanzen mit gegenwärtiger Abstinenz sind relative Kontraindikationen zur medikamentösen Schmerztherapie nach den Stufen II-III des WHO-Schemas, insbesondere bei Patienten mit Nicht-Tumorschmerzen.

Im Rahmen der Behandlungsplanung geht es bei diesen Patienten darum, so früh wie möglich die Motivation zu einer aktiven Schmerztherapie im Sinne einer psychotherapeutisch zu erarbeitenden Schmerzbewältigung aufzubauen, zu fördern und durchzuführen.

Eine Indikation zur Verschreibung von Benzodiazepinen (oder anderen Hypnotika) ist nicht vorstellbar. Sollten sich Patienten entsprechende Substanzen über Familienangehörige, Freunde, auf dem Schwarzmarkt oder durch falsche Angaben (Notdienste sind da beliebt) besorgt haben und dies offenbar werden, wäre der Gesamtbehandlungsplan inkl. Medikation mit dem Patienten genau zu reflektieren.

Bei Alkoholabhängigkeit sind die Stabilität der bisherigen Abstinenz und damit das Rückfallrisiko sowie die mit einem Rückfall einhergehenden Risiken der Intoxikation zu beachten.

Zur Rückfallprophylaxe zählen die genaue Bearbeitung bisheriger Rückfälle sowie die zuverlässige Einbindung in eine Selbsthilfegruppe.

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren muss dann eine Entscheidung getroffen werden, ob evtl. die Gabe von Opioidanalgetika verantwortet werden kann.

Unter Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten muss außerdem entschieden werden, ob zur Erarbeitung von Schmerzbewältigungsfähigkeiten und/oder zur Einleitung einer Opioidtherapie ein stationäres Setting erforderlich ist.

4.2 Opioidtherapie bei aktuellem Konsum von Alkohol bzw. Benzodiazepinen

Bei aktuellem Hinweis auf Alkohol- und/oder Benzodiazepin-Missbrauch **vor Beginn** einer Therapie mit Opioiden ist neben der Motivation, diesen zu beenden, zu klären, inwieweit diese Substanzen als **Analgetikaersatz oder Coanalgetika** genutzt wurden (z. B. schmerzbedingte Ein- und Durchschlafstörungen sind eine gängige Indikation für diese „Selbst- und Fremdmedikation“). Hier sind motivationale Voraussetzungen für ein Unterlassen des Missbrauchs zu klären.

Bei Missbrauch im Sinne eines Coanalgetikums gilt es, „neue Äste anzubieten“, wenn die alten „abgesägt“ werden sollen. Diese bestehen beispielsweise aus einem Ausschöpfen der Stufe-I-Analgetika, adjuvanter medikamentöser Therapie und Verbesserung des Copings durch Psychotherapie.

Dabei ist zu beachten, dass das Unterlassen des Konsums bzw. der Einnahme von Alkohol und Benzodiazepinen bei manchen Patienten vor allem die affektive Komponente ihres Schmerzerlebens verstärken kann.

Patienten mit Benzodiazepin-Missbrauch, z. B. bei komorbiden Angststörungen, benötigen ggf. erst eine psychotherapeutische Behandlung ihrer Ängste. Erst nach Beendigung des Benzodiazepin-Konsums kann eine medikamentöse Schmerzbehandlung nach den WHO-Stufen II-III in Erwägung gezogen werden.

Wenn **während** einer Opioidbehandlung Hinweise auf Benzodiazepin-Konsum auftauchen oder gar im Urin bestätigt werden, gilt es, zu klären, was den Patienten bewogen hat, sich diese von einem anderen Arzt „verordnen zu lassen“ (oder sogar auf dem illegalen Markt zu besorgen).

Der gegenwärtige Konsum von Alkohol bei manifester Alkoholabhängigkeit stellt eine Kontraindikation für die Gabe von Opioidanalgetika dar. Schon allein die nicht abschätzbare Potenzierung der sedierenden Effekte beider Substanzen bedeutet ein nicht zu verantwortendes Risiko. In diesen Fällen muss zunächst Alkoholabstinenz hergestellt werden.

Unsere klinischen Beobachtungen (an einer sehr ausgelesenen stationären Klientel) sprechen dafür, dass Alkoholmissbrauch lange Zeit seitens der Betroffenen verleugnet wird, möglicherweise seitens der Behandler nicht explizit genug erfragt wurde, manchmal erst dann offenbar wird, wenn das klinische Setting Alkoholabstinenz fordert. Über die Dunkelziffer in einer unausgelesenen Klientel lässt sich nur spekulieren.

Ambulante psychotherapeutische Hilfe im Rahmen der Behandlung ihrer Schmerzstörung war diesen Patienten teilweise nicht angeboten worden, teilweise schien zumindest nach Aussagen der Patienten der Fokus eher auf weiteren psychischen, insbesondere depressiven Störungen gelegen haben.

4.3 Opioidtherapie bei Alkohol- oder Medikamenten-abhängigen während der Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung

Ist der Entzug und die Entwöhnung von Alkohol und Benzodiazepinen möglich, ohne auf eine suffiziente medikamentöse Schmerztherapie verzichten zu müssen?

Suchtverlagerung

Wegen der Gefahr der Suchtverlagerung gilt in der Regel bei der Therapie einer Abhängigkeitserkrankung das Abstinenzgebot für alle suchterzeugenden Stoffe.

Suchtverlagerung ist bei Abhängigkeitserkrankten ein häufiges Phänomen. Insbesondere die Verlagerung der Sucht von Alkohol auf Sedativa oder das Umsteigen eines (Opiat-) Drogenabhängigen auf Alkohol werden klinisch häufig beobachtet. Aus theoretischen Überlegungen ist dieses Phänomen auch gut verständlich:

Abhängigkeit entsteht in einer Wechselbeziehung aus genetisch vorgegebenen, persönlichen Eigenschaften des Betroffenen, seinen Umweltbedingungen und der Verfügbarkeit des Suchtstoffes („Suchtdreieck“).

Die in der Person begründeten Eigenschaften, die eine Suchtentwicklung begünstigen können, sind zum Beispiel die gute Verträglichkeit des Suchtstoffes („kein Kater am nächsten Morgen“), eine gute „Wirkung“ des Suchtstoffes (z. B. Entspannung oder Angstlinderung) sowie emotionale oder psychovegetative Instabilität, dysphorische Grundstimmung, eine Impulskontrollstörung, niedriges Selbstwertgefühl oder soziale Bindungsschwäche. Ungünstige Umweltbedingungen, die zu einer Suchtentwicklung beitragen können, sind zum Beispiel traumatisierende Entwicklungsbedingungen, Eltern oder Mitglieder der diversen Peergroups als „Trinkvorbilder“ und allgemein unbefriedigende Lebensbedingungen. Die leichte Verfügbarkeit des Suchtstoffes stellt schließlich eine dritte Bedingung dar, die die Entwicklung einer Abhängigkeit begünstigt.

Ist eine Abhängigkeit unter diesen Bedingungen entstanden, genügt es nicht, einfach den Suchtstoff zu meiden. Solange die ungünstigen Bedingungen weiter bestehen, ist das Risiko groß, dass auf einen anderen Suchtstoff „umgestellt“ wird, um die bestehenden Schwierigkeiten vermeintlich zu regulieren.

Dieses „Umstellen auf einen anderen Stoff“ legen auch die neurobiologischen Erkenntnisse der letzten Jahre nahe, da davon auszugehen ist, dass letztlich die suchterzeugende Wirkung aller Suchtstoffe auf einer Stimulation des mesolimbischen Belohnungssystems beruht. Für das Gehirn ist es vermutlich ein wesentlich kleinerer Unterschied, ob Alkohol oder ob eine andere Droge konsumiert wird (beide stimulieren das Belohnungssystem), als im Erleben des Betroffenen.

Umgang mit dem Abstinenzgebot im klinischen Alltag

Im klinischen Alltag war das Abstinenzgebot von allen sucht-erzeugenden Substanzen über Jahrzehnte ein unverrückbares Dogma. Entwöhnung von einem Suchtstoff hieß im Allgemeinen Entwöhnung von allen Suchtstoffen.

Von dieser Regel gibt es allerdings schon seit jeher auch Ausnahmen. So wird im klinischen Alltag der Konsum von Tabak und der Konsum von Kaffee während Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen meist toleriert.

Der Einsatz von Opioiden zur Schmerzmedikation wird dagegen in den meisten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe traditionell sehr restriktiv gehandhabt. Dies hängt vermutlich auch mit den Erfahrungen des unkritischen und missbräuchlichen Umgangs von Heroinabhängigen mit Opioidanalgetika zusammen.

Empfehlungen für den Einsatz von Opioiden während Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen

Alle Opioide haben ein Suchtpotential, es besteht also die Gefahr einer Suchtverlagerung. Gerade in der Phase einer Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung von Alkohol oder Benzodiazepinen ist das Risiko größer, dass sich unter Abstinenz vom Suchtstoff das affektiv negative Schmerzerleben verstärkt und der Wunsch nach einer höheren Opioiddosierung entsteht. Trotzdem ist nach unserer Erfahrung eine erfolgreiche Alkoholentwöhnung möglich.

Konsequenz aus diesen Überlegungen sollte sein:

- Wenn möglich, sollte während Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlungen auf die erstmalige Gabe von Opioiden als Schmerzmedikation verzichtet werden.
- Jeder chronische Schmerzpatient sollte eine suffiziente Schmerztherapie bekommen. Es ist zu vermuten, dass eine insuffiziente Schmerztherapie während der Alkoholentwöhnung die Patienten-Compliance verschlechtert; damit steigt die Therapieabbruchsquote und die Erfolgsquote der Alkohol- oder Medikamenten-Entwöhnungsbehandlung sinkt.
- Wenn eine suffiziente Schmerztherapie nur mit Opioiden zu erreichen ist, sollten diese Substanzen auch gegeben werden.
- Unserer Erfahrung zufolge entwickelt sich bei Schmerzpatienten, die mit einer klaren Indikation Opioide verschrieben bekommen, nur höchst selten eine Alkoholabhängigkeit, dagegen haben wir die Entwicklung eines Opioidmissbrauchs bei Alkoholabhängigen durchaus häufig beobachtet. Wenn allerdings einmal eine Abhängigkeit entstanden ist, besteht diese autonom von der Schmerzstörung und muss auch als eigenständige Erkrankung behandelt werden. Die Vorstellung, nur die Schmerzstörung adäquat behandeln zu müssen und damit auch wieder einen kontrollierten Alkohol- oder Benzodiazepin-Konsum erreichen zu können, ist nach allen wissenschaftlichen Erkenntnissen eine Illusion.
- Der Patient sollte lernen, zwischen einer Einnahme des Opioids als Analgetikum und seiner Einnahme als Mittel zur Regulation von Affekten, Stimmungen usw. zu unterscheiden. Letzteres birgt ein hohes Abhängigkeitsrisiko und sollte vermieden werden.

- Das Risiko einer Suchtverlagerung kann reduziert werden, wenn die Schmerzmedikation zeitkontingent gegeben wird.

5 Sozialrechtliche und institutionelle Hürden

Hürden ergeben sich durch das gegliederte Gesundheitswesen und die unterschiedlichen medizinischen und sozialrechtlichen Voraussetzungen zur Kostenübernahme einer Behandlung. Ohne die Kollegen kränken zu wollen, die sich hervorragend dieser Klientel widmen, scheinen folgende – **schwerpunkt-mäßig** beschriebene – Schwierigkeiten zu bestehen:

- In psychiatrischen Akutkliniken scheint es selten ein spezifisches psychotherapeutisches Angebot zur Schmerzbewältigung zu geben.
- Nicht alle psychosomatischen Akutabteilungen halten ein solches Angebot vor.
- In anästhesiologisch geleiteten Abteilungen in Akutkrankenhäusern kommt die zeitliche Limitierung durch die DRGs zum Tragen.
- Im Bereich der Rehabilitation dürfen Suchtkliniken Patienten erst nach dem körperlichen Entzug zur Entwöhnung aufnehmen, also ein Angebot, das nur für diejenigen trägt, die so motiviert sind, dass sie den längerfristigen „Coping-Ast“ erst nach dem Entzug zu finden brauchen.
- In den psychosomatischen Rehakliniken ist die Motivation der Klientel sehr gemischt; von denjenigen, die das Behandlungsangebot motiviert als Chance aufgreifen und nutzen, bis zu denjenigen, die von ihrer Krankenkasse oder ihrem Rentenversicherungsträger wegen langer Arbeitsunfähigkeitszeit und drohender Erwerbsminderung geschickt wurden und für die die Aufrechterhaltung der Symptomatik zumindest einen sozialen Vorteil zu versprechen scheint.

6 Bilanz und Tipps

- Die Symptomlinderung und die Verbesserung von Lebensqualität als Ziele der Schmerztherapie durch medikamentöse Therapie müssen abgewogen werden gegen das Risiko eines schädlichen Gebrauchs oder einer Abhängigkeit.
- Risikominimierung ist möglich.
- Dennoch können Schmerzmittel vom Opioidtyp und Nicht-Opioidtyp missbraucht werden oder abhängig machen.
- Zwei Subgruppen von Patienten lassen sich unterscheiden:
 - o diejenigen, für die Abstinenz das Ziel der Therapie ist,
 - o diejenigen, für die ein angemessener Gebrauch von Analgetika das Ziel ist.
- Komorbider Substanzabusus als relative Kontraindikation stellt eine besondere Herausforderung dar.
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik und Therapieangebote sollten frühzeitig Teil der interdisziplinären Schmerztherapie sein.
- Die Veränderung von Medikamenten-Compliance bis hin zum Entzug bzw. zur Entwöhnung von Analgetika kann bei diesen Patienten eher Teil (-ziel) einer Psychotherapie sein denn deren Voraussetzung.

- Gerade Psychotherapie bei Schmerzpatienten mit Opioidtherapie bedarf der guten Kooperation aller Beteiligten, ambulant wenn möglich in regelmäßigen Schmerzkonferenzen.
- Entzug und Entwöhnung von Alkohol (und Benzodiazepinen) ist bei Schmerzpatienten möglich, auch wenn sie ärztlich indiziert Opioide einnehmen.
- Suchtberater benötigen differenziertes Wissen, um Abhängige gut beraten zu können.
- Die Prävalenz der Problematik des (komorbiden) Substanzmissbrauchs und der -abhängigkeit bei Schmerzkrankungen ist unklar. Diesbezügliche epidemiologische Studien sind ebenso wünschenswert wie die weitere Diskussion über deren Prävention, Diagnostik und Therapie.

Literatur

a) zitierte Literatur

- Birbaumer N, Schmidt R (1999): Biologische Psychologie. Berlin: Springer
- di Chiare G (1995): The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation. *Drug Alc Dependence*; 38:95-137
- Freye E (2002): Opioide in der Medizin. Berlin, Springer
- Jochims A, Ludäscher P, Bohus M, Treede RD, Schmahl C (2006): Schmerzverarbeitung bei Borderline-Persönlichkeitsstörung, Fibromyalgie und Posttraumatischer Belastungsstörung. *Schmerz* 20:140-150
- Kanner R (1998): Opioids for chronic pain: the issue is efficacy, not addiction. *Neurol Network Comment* 2:175-179
- Mindach M (2000): Keine Opioidabhängigkeit bei Schmerzpatienten. *Schmerz* 4:186-191
- Schäfer M, Brack A (2006): Indikationen und Kontraindikationen von Nicht-Opioid-Analgetika. *Anästh Intensivmed* 47:213-226
- Schneider R (2001): Die Suchtfibel. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren
- Silberstein SD, Olesen J, Bousser M-G, Diener H-C, Dodick D, First M, Goadsby PJ, Göbel H, Lainz MJA, Lance JW, Lipton RB, Nappi G, Sakai F, Schoenen J, Steiner TJ on behalf of the International Headache Society (2005): The International Classification of Headache Disorders (ICHD-II), 2nd ed. -revision of criteria for 8.2. Medication-overuse headache. *Cephalgia* 25:460-465
- Spanagel R, Hers A, Shippenberg TS (1992): Opposing tonically active endogenous opioid systems modulate the mesolimbic dopaminergic pathway. *Proc Natl Acad Sci U. S. A.*; 89:2046-2050
- Weissman DE, Haddox JD (1989): Opioid pseudoaddiction: An iatrogenic syndrome. *Pain* 36:363-366

b) weiterführende Literatur

- Aronoff GM (2000): Opioids in Chronic Pain Management: Is There a Significant Risk of Addiction? *Curr Pain Headache Rep* 4(2):112-121
- Chelminski PR, Ives TJ, Felix KM et al. (2005): A primary care, multi-disciplinary disease management program for opioid-treated patients with chronic non-cancer pain and a high burden of psychiatric comorbidity. *BMC Health Serv Res* 5: 3-15
- Diemer W, Burchert H(2002): Chronische Schmerzen – Kopf- und Rückenschmerzen, Tumorschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 7
- Dertwinkel R, Wiebalck A, Zenz M, Strumpf M (2005): Prüfung der Wirksamkeit – Opioidtest. Ein Therapieversuch zum Beweis der Wirksamkeit. www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2005/2005-43/2005-43-269a.pdf
- Gilson AM, Ryan KM, Joranson DE, Dahl JL (2004): A reassessment of trends in the medical use and abuse of opioid analgesics and implications for diversion control: 1997-2002. *J Pain Symp Manage* 28:176-188
- Göbel H (2001): Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. *Schmerz* 15:92-98
- Jage J (2005): Opioid tolerance and dependence – do they matter? *Eur J Pain* 9: 157-162
- Jage J, Maier Chr (2005): Missbrauch und Abhängigkeit unter Opioiden bei nicht-tumorbedingtem Schmerz. *Kliniker* 34(6):174-179
- Kanner R (2003): Addiction and pain management. In: Kanner R (ed.): *Pain Management Secrets*. 2nd ed. Philadelphia: Hanley & Belfus, pp. 210-213
- Kirsh KL, Whitcomb LA, Donaghy K, Passik SD (2005): Abuse and addiction issues in medically ill patients with pain: attempts at clarification of terminology and empirical study. *Clin J Pain* 18: S52-S60
- Korff von M, Deyo RA (2004): Potent opioids for chronic musculoskeletal pain: flying blind? *Pain* 109:207-209
- Michna E, Ross EL, Hynes WL et al. (2004): Predicting aberrant drug behaviour in patients treated for chronic pain: importance of abuse history. *J Pain Symp Manage* 28: 250-258
- Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (2006): *Jahrbuch Sucht* 2006. Geesthacht, Neuland
- Schumacher J, Brähler E (1999): Prävalenz von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung. *Schmerz* 13:375-384
- Treede RD (2001): Neural basis of pain. In: Smelser NJ, Baltes PB (eds.): *Encyclopedia of the social and behavioral sciences*. Vol 16. Amsterdam: Elsevier, pp. 11000-11005
- Wiech K, Preißl H, Birbaumer N (2004): Neuronale Netzwerke und Schmerzverarbeitung. *Anaesthesist* 50(1):2
- Zacny J, Bigelow G, Compton P, Foley K, Iguchi M, Sannerud C (2003): College on Problems of Drug Dependence taskforce on prescription opioid non-medical use and abuse: position statement. *Drug Alcohol Depend* 69(3):215-232

Dr. med. Tobias Wiehn
Dr. med. Dietmar Kramer
salus klinik Friedrichsdorf
Landgrafenplatz 1, 61381 Friedrichsdorf
Tel. 06172-950405, Fax: 06172-050167
t.wiehn@salus-friedrichsdorf.de
d.kramer@salus-friedrichsdorf.de