

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 5 (2000)

Heft: 3

Artikel: Depression in der Onkologie und Palliativmedizin : Erkennen, Verstehen, Behandeln, Begleiten : Zusammenfassung von Referaten der Jahrestagung SGPMP 2000, Thun

Autor: Baumann, Reinhard

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091757>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 25.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Reinhard Baumann*

Depression in der Onkologie und Palliativmedizin: Erkennen, Verstehen, Behandeln, Begleiten

Zusammenfassung von Referaten der Jahrestagung SGPMP 2000, Thun

Depressionen sind bei Patientinnen und Patienten mit terminalen Krankheiten häufig, und das Problem wird unterschätzt. Für die Diagnostik sowie für die Evaluation des Behandlungserfolgs bleibt häufig wenig Zeit. Die Thematik ist Gegenstand von Empfehlungen einer Expertengruppe der EAPC, die sich die Frage der adäquaten Strategie angesichts der hohen Prävalenz von Depressionen in der palliativen Betreuung gestellt hat: Im Zweifelsfall soll davon ausgegangen werden, dass eine signifikante Depression vorliegt, und eine Behandlung muss eingeleitet werden. Die medikamentöse Therapie erfordert gute Detailkenntnisse, und ein normiertes Vorgehen ist hilfreich für die therapeutische Entscheidungsfindung.

Die beiden ersten, in deutsch gehaltenen Referate sowie das Wesentliche aus dem Workshop II (Aspects diagnostiques et psychopharmacologiques de la dépression) sollen hier kurz zusammengefasst werden.

Prof. D. Hell, PUK, Zürich:

Wie können depressive Menschen verstanden werden?

Der Referent wies zunächst darauf hin, dass «Verstehen» von Depressionen sowohl auf eine subjektive (erleben, fühlen, mitleiden) als auch auf eine objektive Art (erklären können) geschehen kann, dass die Annäherung an den depressiven Menschen aber eher durch subjektive «Instrumente» möglich, sinnvoll und erfolgreich ist.

Selbstdarstellungen von Betroffenen ermöglichen den Zuhörenden für kurze Momente, auf sich wirken zu lassen, was von depressiven Menschen ausgeht. Hell wies auf die definierten Leitsymptome (z.B. gemäss der DSM IV-Klassierung) hin, die für

die Diagnose, also das «objektive» Verstehen einer solchen Störung hilfreich sind. Er betonte aber, dass z.B. Trauer oder Angst keineswegs für Depression typische Symptome sind, dass der depressive Mensch gerade nicht trauern kann, und Angst nicht nur bei Depressionen, oder dann am Anfang einer depressiven Entwicklung vorkommen kann. Wiederum mit Hilfe von Bildern wurde der depressive Zustand definiert als Immobilisierung, Fluchtunfähigkeit, Blockiertheit (in der Motorik und in den Gefühlen), als Leben mit «angezogener Bremse».

Hell ging auch auf die Reaktion der Umwelt ein, die oft anfängliches Mitgefühl zeigt, gefolgt von Enttäuschung, Rückzug und ambivalentem, sinnlosem Verhalten (Schonen, «Nimm dich zusammen» usw.). Wertung und Bestrafungstendenz (etwa bei Trägheit, Teilnahmslosigkeit) sind gemäss Hell ebenfalls charakteristische Reaktionen der Mitmenschen. Wesentlich ist, dass die Patienten den abnormen Zustand wahrnehmen, aber in einen Teufelskreis von erfolgloser Gegenwehr und Verstärkung des depressiven Krankheitsmusters geraten, der vielfach durch den deutenden und wertenden Einfluss der Umgebung verstärkt wird.

Es war nicht die Absicht von Prof. Hell, therapeutische Richtlinien zu geben. Seine «Ratschläge» dürften aber gerade für diejenigen, die schwerkranke depressive Menschen praktisch begleiten (seien es Fachleute oder nicht) wertvoll und verständlich sein:

- eigene Gefühle beachten *und* kontrollieren
- Empathie zeigen und Distanz wahren
- dem Kranken (und sich) Zeit lassen, die Langsamkeit der Abläufe bei Depressiven beachten
- im Umgang mit depressiven Menschen Strukturen schaffen, Rahmen setzen
- Mut haben, aktive, gezielte Fragen zu stellen, die Dinge beim Namen nennen
- Hoffnung machen

Dr. med. K.M. Bachmann, Psychiatrische Dienste, Bern:

Depressionen bei Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen: eine interdisziplinäre Herausforderung

Dr. Bachmann begann sein Referat wiederum mit einem Bild (Vorderseite des Tagungsprogramms!), einem «Blick von aussen in eine depressive Landschaft».

Zunächst wies der Referent auf die ausserordentliche Häufigkeit depressiver Zustände bei Patientin-

nen und Patienten mit fortgeschrittenen, schweren Krankheiten hin und auf den hohen Anteil von Fällen, die aus verschiedenen Gründen nicht adäquat behandelt werden (Prävalenz in einem stationären onkologischen Kollektiv rund 25%, davon weniger als 5% behandelt). Zahlen über die individuelle Erkrankungs-wahrscheinlichkeit im Laufe eines onkologischen Leidens fehlen.

Nochmals wurde auf die nicht immer geläufigen Symptome der Depression hingewiesen: Anhedonie (sich an nichts freuen können), Suizidalität, motorische Symptome (Verlangsamung oder Agitation!), Schlafstörungen.

Bei der Besprechung möglicher Entstehungsmechanismen von Depressionen betonte Bachmann die Häufigkeit der nicht beeinflussbaren Faktoren (Heredität, exogene, krankheitsbedingte Auslöser, endogene Faktoren) gegenüber den «psychodynamisch» erklärbaren Depressionen bzw. Adaptationsstörungen, und er warnte auch vor einer «Sinnsuche» angesichts eines depressiven Patienten.

Für den Umgang mit depressiven Patientinnen und Patienten empfahl Dr. Bachmann zu berücksichtigen, dass sich ihre Wahrnehmung wichtiger Bezugssysteme verändern kann, was für die Kommunikation von entscheidender Bedeutung ist:

- neue Innenwelt (Erleben, Identität, Werte)
- neue Aussenwelt (Partner, Familie, berufliches Umfeld)
- neue Krankheitswelt (Ärzte, Pflegende, Institution).

Eindringlich forderte Dr. Bachmann auf, immer – in jedem Krankheitsstadium – an die Möglichkeit einer Depression als Komplikation einer onkologischen Krankheit zu denken und mit den geeigneten Mitteln danach zu fahnden. Und nochmals: therapeutische Ansätze sollen nicht (vermutete) Auslöser der Depression anvisieren. Vielmehr muss die eigengesetzlich ablaufende (sinnlose) Depressionsdynamik behandelt und unterbrochen werden, die den Patienten die Möglichkeit nimmt, in der verbleibenden Zeit Notwendiges und Sinnvolles zu erledigen.

Dr. A. Berney, Service de Psychiatrie de Liaison, CHUV, Lausanne:

Aspects diagnostiques et psychopharmacologiques de la dépression

Der vor allem von ärztlichen Fachleuten besuchte Workshop befasste sich mit pharmakotherapeutischen Aspekten im Themenkomplex Schmerz/De-

pression in der Palliativmedizin. Die Ausführungen folgten – vor allem in Vortragsform – einer neuen Arbeit des Referenten (s.u.), welche häufige Fragen über Pharmakotherapie von Schmerz und Depression weitgehend beantwortet, auf die Rolle der verschiedenen zur Verfügung stehenden Antidepressiva eingeht und zudem auf die wichtigsten Interaktionen dieser Medikamente hinweist.

Die Häufigkeit der depressiven Störungen bei Schwerkranken und die Tatsache, dass oft wenig Zeit für die Evaluation von affektiven Störungen bleibt, erfordert eine angemessene Strategie. Eine Arbeitsgruppe von Spezialisten der EAPC hat sich zu dieser Frage geäußert (Beitrag von PD Dr. F. Stiefel). Sie ist zum Schluss gekommen, dass ein Vorgehen gewählt werden muss, von dem möglichst viele Patientinnen und Patienten profitieren können, auch wenn die Diagnostik aus Zeitgründen oft rudimentär bleibt. Oft klärt erst der Behandlungserfolg die Situation. Ein diesbezüglich hilfreiches Entscheidungsschema findet sich in der Arbeit von Berney und Mitarb., es wird im folgenden kurz erklärt: (siehe dazu Grafik auf Seite 11)

Die Diagnose einer Depression wird beim Vorliegen von in Tabelle 1 enthaltenen Symptomen gestellt (DSM IV-Kriterien). Es ist darauf zu achten, dass einige dieser Symptome (*) direkt durch das Tumorleiden verursacht und somit für die Depressionsdiagnostik unzuverlässig sein können. Man unterscheidet Hauptsymptome (Dysphorie, Anhedonie) und Zusatzsymptome (übrige Symptome der Tabelle 1). Eine Depression wird diagnostiziert, wenn ein oder beide Hauptsymptome für mindestens 2 Wochen vorliegen und mindestens 4 Zusatzsymptome (3, wenn beide Hauptsymptome feststellbar sind).

- Änderung der Stimmung (Dysphorie)
- Unfähigkeit, sich an etwas zu freuen, Interesseverlust (Anhedonie)
- Gewichtsverlust*
- Agitation oder Verlangsamung*
- Schlafstörungen*
- Fatigue, Adynamie*
- Schuldgefühle, Verlust des Selbstwertgefühls
- Konzentrationsstörungen
- Todes- oder Suizidgedanken

Tabelle 1: DSM IV-Kriterien für die Diagnose einer Depression



Überbrückt den Schmerz

Tag und Nacht

Tramal[®]
tramadol
retard

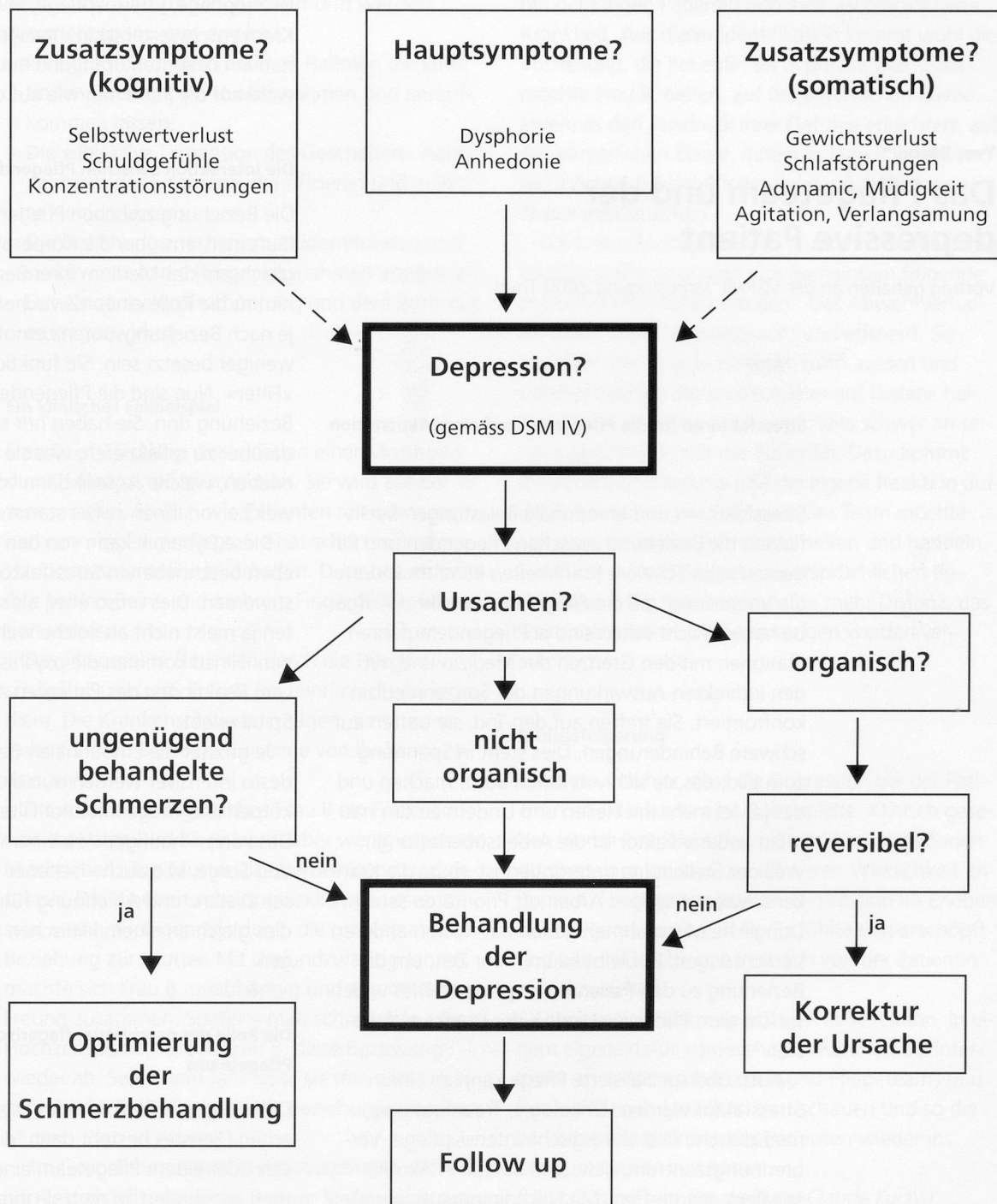
Kurzfassung Fachinformation Tramal[®] retard (Tramadol-HCl). Indikation: Mittelstarke bis starke, chronische Schmerzen. **Dosierung:** Je nach Schweregrad der Schmerzen 100-200 mg als Einzeldosis; im Normalfall werden Tagesdosierungen von 400 mg nicht überschritten. **Verkaufskategorie:** A. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeitsreaktionen gegen Tramadol; Tramal[®] retard soll nicht bei akuten Alkohol- oder Psychopharmakaintoxikationen eingesetzt werden. **Vorsichtsmassnahmen:** Bei gleichzeitiger Anwendung mit Substanzen, die ebenfalls auf das Zentralnervensystem wirken, ist mit einer gegenseitigen Verstärkung zu rechnen. **Unerwünschte Arzneimittelwirkungen:** Schwindel, Benommenheit, Zitterigkeit, Übelkeit, Mundtrockenheit, Schwitzen, Sedierung, Erbrechen. **Warnhinweis:** Unter Umständen kann das Reaktionsvermögen und somit die aktive Teilnahme am Strassenverkehr beeinträchtigt werden. **Interaktionen:** Tramal[®] retard soll nicht mit MAO-Hemmern kombiniert werden. **Ausführliche Informationen:** Siehe Arzneimittel-Kompodium der Schweiz. **Kassenzulässig**

Grünenthal Pharma AG, 8756 Mitlödi. Tel. 055 647 31 40. Internet: <http://www.grunenthal.com> E-mail: mzopfi@paiNet.ch



Grünenthal Pharma

Entscheidungsablauf bei Verdacht auf Vorliegen einer Depression in der Palliativmedizin



(nach Berney und Mitarbeiter: Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician. Supportive Care in Cancer 2000; 8: 278-286)