

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

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 6 (2001)

Heft: 2

Artikel: Psychosoziale Aspekte der Krebschmerzen

Autor: Eychmüller, Steffen

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091790>

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: 27.04.2026

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

Bei Krebschmerzen sind psychologische und soziale Faktoren feste Bestandteile des Gesamtphänomens Schmerz. Die Diagnostik, aber auch die Therapie müssen sich deshalb an einem integrativen Schmerzmodell orientieren. Dadurch lassen sich Krebschmerzen nicht nur individuell wesentlich besser behandeln, sondern auch die Patienten von Therapieempängern zu Ko-Therapeuten machen, was nicht nur psychologisch (verändertes Rollenverhalten), sondern auch ökonomisch (wesentlich geringerer Schmerzmittelverbrauch) hilfreich ist.

Steffen Eychmüller*

Psychosoziale Aspekte der Krebschmerzen

Einleitung

«Die Schmerzen zerfressen mich, ich kann geradezu spüren, wie der Krebs mit seinen Scheren immer tiefer in meinen Körper eindringt.» So eine 39-jährige Patientin mit metastasierendem Mamma-Ca. Diese Aussage deutet die psychische Dimension von Schmerzen im Verlauf einer Krebserkrankung an. Lange Zeit ist der Krebs nicht spürbar, häufig nicht einmal tastbar, diffus, wie ein unbekannter Gegner. Dies erzeugt allenfalls Angst, nicht jedoch Schmerz. Dann jedoch, wenn Schmerzen auftreten, ändert sich die Situation schlagartig: eine Kaskade aus sensorischen, kognitiven, affektiven und das Verhalten prägenden Veränderungen beginnt. Was wir als Behandler üblicherweise erfassen, ist das subjektive Endergebnis der multiplen Modifikatoren des Schmerzes: die Schmerzintensität, -häufigkeit und -qualität. Ist es notwendig, bzw. für den Patienten hilfreich, die psychologischen, aber auch soziologischen Aspekte von Krebschmerz zu erfassen?

* Steffen Eychmüller, Dr.med., Dept. Innere Medizin, ärztl. Leiter Palliativstation, Kantonsspital St.Gallen

Aetiologie

Dass Krebspatienten psychisch leiden, ist heute unbestritten. Bei 50% werden gar psychiatrische Diagnosen gestellt: Depression, Angst, Delirium^{1,2}. Angst ist das häufigste psychische Symptom, das zur Diagnoseverzögerung führt. Einerseits konnte nicht nachgewiesen werden, dass Menschen mit psychiatrischen Leiden (z.B. Depression) eine höhere Inzidenz für Krebs aufweisen, andererseits konnte -wenn auch erst beginnend - nachgewiesen werden, dass mit einer adäquaten Psychotherapie bei Krebspatienten, die an einer Depression leiden, das Outcome wesentlich verbessert werden kann. Dies zeigte sich beim Brustkrebs, beim Lymphom, und beim malignen Melanom². Noch häufiger sind psychiatrische Komplikationen bei Patienten, die an Krebs und Schmerzen leiden^{1,3}. Dass Schmerz depressiv macht, entspricht der klinischen Erfahrung, aber auch wissenschaftlichen Untersuchungen^{4,5}. Spiegel et al⁵ wendet sich gerade dieser Frage zu: Nicht die Depression als ev. unabhängige klinische Variable verstärkt vorbestehende Schmerzen, bzw. verstärkt die Schmerzwahrnehmung, sondern der Schmerz an sich induziert die Depression. Zusätzlich korreliert die Schmerzintensität mit Müdigkeit, Konzentrationsschwäche und allgemeinem Stimmungstief, während die Schmerzhäufigkeit neben Müdigkeit und Konzentrationsschwäche mit der Depression korreliert. Weitere psychische und psychosoziale Faktoren, die überwiegend mit der Intensität von Krebschmerzen korrelieren, sind Anspannung, körperliche Aktivität, Lebensqualität, Misstrauen und Ärger⁵⁻⁹.

Stellt man sich die Frage, welcher psychische Stress, der sich klinisch überwiegend in Depression und Angst äussert, federführend ist im Rahmen einer Krebserkrankung, so fällt hier insbesondere der soziale Rollenverlust ins Gewicht¹⁰. Lancee et al. konnten in ihrer Studie an 1309 Krebspatienten zeigen, dass dieser Mediator «Rollenverlust» unabhängig von Geschlecht, von der soziologischen Zuordnung (Stadt und Land), aber auch unabhängig von den Tumorstadien den Stress bei Krebs verursacht. Weiter stellt diese Untersuchung fest, dass die Variable Schmerz ganz überwiegend das Ausmass dieses Stresses bestimmt. Wenig Schmerz bedeutet geringeren

sozialen Rollenverlust, und dadurch geringeren Stress mit konsekutiv milderer Ausprägung von Depression und Angst.

Noch individueller stellt sich das Phänomen Schmerz dar, wenn man in Anlehnung an die Coping-Mechanismen von Lazarus und das «Gate-Control-Modell» von Melzack und Wall (zitiert in¹¹) Schmerz als multifaktorielles Geschehen ansieht: Was wir z.B. auf der visuellen Analogskala (VAS) messen, ist das Ergebnis sehr individueller, neurophysiologisch und neuropsychologisch zunehmend bekannter Interaktionen zwischen ganz verschiedenen Ebenen, bzw. Systemen: Spüren, bzw. Fühlen aktiviert komplexe Mechanismen aus den Bereichen des Sensoriums, der Kognition, des Affekts, der Motivation und unseres Verhaltens.

Diskussion

Diagnostik

Wie intensiv, wie lange, an welcher Lokalisation, mit welcher Qualität wir den Schmerz spüren, ob und mit welchen Mitteln wir ihn beeinflussen können, sind die Variablen des Schmerzes, die wir vergleichbar dem Eisberg oberhalb der Wasseroberfläche erfassen. Die Einschätzung oder «Objektivierung» dieser Variablen variiert z.T. erheblich zwischen Beobachtern (Pfleger, Ärzte) und Betroffenen (Patient)¹². Die Wege hin zu diesem individuellen Ergebnis, zur individuellen Interpretation sind oft schwer analysierbar, da auch dem Betroffenen häufig unbewusst. Phänomene wie die Überempfindlichkeit (hypersensitivity) oder Überaufmerksamkeit (hypervigilance) haben insbesondere beim chronischen Schmerz immer klarer werdende neurophysiologische Grundlagen. Dies konnte besonders gut bisher am viszeralen Schmerz gezeigt werden^{13,14}. Das oft gefürchtete «Psychische» ist also einer von vielen, natürlicherweise bei jeder Schmerzregulation vorkommenden Faktoren, und nicht die Ursache, dass Schmerzen oft schwer behandelbar sind. Und es ist jedem Praktizierenden bekannt, dass auch soziale Faktoren, also bspw. die Reaktion des Umfeldes ganz wesentlich das Ausmass der Beeinträchtigung durch Schmerz mitbestimmen können¹⁶.

Zurück zu den psychologischen Aspekten der Krebschmerzen. Sensorische, affektive und kognitive Aspekte heute in die Erfassung und Behandlung von Krebschmerzen einzubeziehen, ergibt sich notwendigerweise aus den Erkenntnissen über die Regulation von Schmerz als multifaktoriellem Phänomen. Psychiatrische Leiden als wesentliche Modulatoren von Schmerz zu erfassen, ist eine Notwendigkeit, die auf guten wissenschaftlichen Beinen steht^{1,2,17}, wobei die Beeinflussung der unmittelbaren Prognose von Krebsleiden bisher nur für einzelne Krebsleiden dokumentiert werden konnte². Unbestritten ist jedoch die Verbesserung der Compliance, der Lebensqualität und der sozialen Aktivität, wenn wir die psychosozialen Aspekte nicht nur des Krebsleidens, sondern auch des Schmerzes bei Krebs zu erfassen versuchen, und dem Patienten die Möglichkeit der eigenen Einwirkung vor Augen führen^{18,19}.

Therapie

Als Hausarzt und/oder Onkologe übernehmen wir dann die Regie über die weiteren Therapiemodalitäten: kann ich diese Situation alleine behandeln, benötige ich den Rat eines Schmerzspezialisten, wäre eine psychoonkologische oder psychiatrische Evaluation noch hilfreich, sollten die Angehörigen auch einbezogen werden?

Die Pharmakotherapie nimmt bezüglich des Schmerzes in diesem multimodalen Therapiekonzept dann nur einen, wenn auch wichtigen Teil ein. Wer kennt sie nicht, die Krebschmerzen, die trotz höchster Dosierung von Fentanyl oder Morphium «therapierefraktär» bleiben. Antidepressiva zur Modulation des Tumorschmerzes werden häufig und mit Erfolg eingesetzt^{19,20}: Sie potenzieren nicht nur die Opiatwirkung durch eigene intrinsische analgetische Wirkung (insbesondere nachgewiesen für Trizyklika), sie sind wohl auch neben Antiepileptika das Mittel der Wahl bei neuropathischen Schmerzen. Daneben können sie, wie sich unschwer aus dem oben genannten Schmerzmodell ablesen lässt, auch günstig die affektive Ebene der Schmerzverarbeitung zu beeinflussen. Der Mechanismus der Interaktion von Antidepressiva auf zentraler Ebene bleibt weiterhin unklar. Die Schmerzschwelle (sogenannter pain threshold) scheint jedoch durch Antidepressiva

siva ebenfalls allgemein günstig beeinflusst zu werden¹⁴. An immer mehr Zentrumsspitalern wird ein Schmerzdienst meist durch die Anästhesie angeboten, der zusätzlich auch die sogenannte invasive Schmerztherapie, bspw. intrathekale Applikation von Schmerzmitteln, anbietet.

Psychotherapie im weiteren Sinn ist auch, im Gespräch zwischen Patient und Arzt den Ängsten und Zukunftssorgen, einen grösseren Platz einzuräumen. Stellt sich dann heraus, dass eine manifeste Depression besteht, sollte gemeinsam mit dem Patienten überlegt werden, inwiefern Psychopharmaka alleine, oder auch die Aufnahme einer Psychotherapie, z.B. durch einen speziell geschulten Psychoonkologen, ein Hilfsmittel bei der Bewältigung der Gesamtsituation sein könnte. Krebspatienten trotz Schmerzen gewisse Aufgaben im Alltag zuzuschreiben, was beispielsweise im Rahmen eines Partner- oder Familiengesprächs vereinbart werden kann, ist sinnvoll und hilfreich, damit der Krebs nicht zum einzigen Organisationsfaktor des Familienlebens wird (Steinglas, P., Kongressbeitrag Hamburg 1998, unveröffentlicht).

Allgemein stellt sich eine Mischung aus aktiven CopingStrategien (körperlich, psychisch und sozial), Pharmakotherapie (z.B. Opiat und Antidepressivum) und entspannenden Massnahmen (Relaxationsverfahren) als sehr wertvolle Kombination bei Krebschmerzen dar¹⁷. Das aktive Coping wird wesentlich unterstützt durch das Prinzip der «patient-controlled-analgesia»: Ist der Patient selbst mitverantwortlich für die Dosierung und Häufigkeit der Anwendung einzelner oder verschiedener Schmerzmittel über den Tag, so scheint nicht nur die Symptomkontrolle wesentlich verbessert, sondern auch der Gebrauch an Schmerzmitteln gegenüber den vom Arzt empfohlenen Dosen deutlich geringer²¹. Der Patient dokumentiert die Einnahme, bespricht sie regelmässig mit seinem Arzt, und wird dadurch zum eigenen Therapeuten und Spezialisten. Dies macht Sinn, wenn wir das Obengenannte berücksichtigen, dass hauptsächlich die individuelle Bedeutungserteilung beim Schmerz das Ausmass der Folgen bestimmt. Demnach wird nur eine vom Individuum gesteuerte Schmerztherapie diesen vielfältigen, dem Beobachter häufig verborgen bleibenden Faktoren gerecht. Selbst der Therapeut der eigenen Schmerzen zu sein, bedeutet Autonomie, Autonomie be-

deutet weniger Distress und weniger Distress vermindert den Schmerz.

Schlussfolgerungen

Krebschmerzen sind wie auch andere, überwiegend länger dauernde Schmerzen ein multifaktorielles Phänomen. Sensorische, kognitive, affektive, motivationale und verhaltensbedingte Faktoren bestimmen in unterschiedlicher Gewichtung und sehr individueller Mischung das Ausmass der Krebschmerzen. Mit den Variablen Intensität, Qualität, Häufigkeit, Beeinflussbarkeit usw. erfassen wir lediglich das Endergebnis der individuellen Schmerzmodulation. Schmerzen bei Krebs potenzieren die psychiatrischen Komplikationen, die ohnehin bei Krebserkrankungen in ca. 50% der Patienten vorliegen. Die Aufgabe des Arztes, der Krebspatienten und umso mehr jene mit Schmerzen behandelt, besteht darin, neben der mittlerweile weit verbreiteten differenzierten Erfassung der Schmerzvariablen wie Intensität, Qualität etc. auch die psychologischen und sozialen Faktoren, bzw. Folgen der Erkrankung routinemässig zu analysieren und als Regisseur ein multimodales Behandlungskonzept zu generieren. «Therapieresistente» Krebschmerzen wird es dann immer weniger geben, wenn manifeste Depressionen oder Ängste, massive Veränderungen der sozialen Rolle hin zum Negativen professionell erfasst werden. Die Behandlung des Gesamtphänomens Schmerz übernehmen dann verschiedene Professionen und verschiedene Hilfsmittel. Pharmakotherapie, Psychotherapie, Verhaltens- und Körpertraining, aber auch Systemtherapie mit Einbeziehung der Familie und ganz besonders die Einführung des Patienten als sein eigener, wichtigster Therapeut: «Patient-controlled» nicht nur bezüglich der Medikamente, sondern auch bezüglich körperlicher Aktivität, Entspannungsverfahren, Tagesstruktur, sozialen Aktivitäten. Dies hilft nicht nur den von Krebschmerzen geplagten Patienten, sondern kann auch ganz wesentlich den ärztlichen Betreuer entlasten.

Literatur

01. Massie MJ; Holland JC. (1987) *The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. Med Clin North Am* 71 (2), 243 – 58
02. Spiegel D. (1996) *Cancer and depression, Br J Psychiatry Suppl* 30, 109 – 116
03. Casa S, Malt U, Hagen S, Wist E, Mourn T, Kvistad A. (1993) *Psychological distress in cancer patients with advanced disease. Radio Ther Onkol* 27 (3), 193 – 97
04. Sist TC, Florio GA, Miner ME, Lehma MJ, Zevon MA. (1998) *The relationship between depression and pain language in cancer and chronic non-cancer pain patients. J Pain Symptom Manage* 15 (6), 350 – 58
05. Spiegel D, Sands S, Coopman C. (1994) *Pain and depression in patients with cancer. Cancer* 74 (9), 2570 – 78
06. Zimmerman L, Story KT, Gaston-Johansson F, Rowles JR. (1996) *Psychological variables and cancer pain. Cancer Nurs* 19 (1), 44 – 53
07. Hoes A, Rust M. (1990) *Pain therapy and depression in cancer patients. Fortschr Med* 108 (24), 462 – 66
08. Glover J, Dibble SL, Dodd MJ, Miskowskic C. (1995) *Mood states of oncology outpatients: Does pain make a difference? J Pain Symptom Manage* 10 (2), 120 – 28
09. Strang P. (1992) *Emotional and social aspects of cancer pain. Acta Oncol* 31 (3), 323 – 26
10. Lancee WJ, Vachon ML, Ghadirian P, Adair W, Conway B, Dryer D. (1994) *The Impact of pain and impaired role performance an distress in persons with cancer. Can J Psychiatry* 39 (10), 617 – 22
11. Barkwell DP. (1991) *Ascribed meaning: a critical factor in coping and pain attenuation in patients with cancer-related pain. J Palliat Care* 7 (3), 5 – 14
12. Citron ML, Kalra JIM, Seltzer VL, Chen S, Hoffman M, Walczak MB. (1992) *Patient-controlled analgesia for cancer pain: a long term study of inpatient and outpatient use. Cancer Inves* 10 (5), 335 – 41
13. Drossman DA. (1996) *Chronic functional abdominal pain. Am J Gastroen* 91; 2270 – 81
14. Silverman DHS, Munakata JA, Ennes H, Mandelkern MA, Hoh CK, Mayer EA. (1997) *Regional cerebral activity in normal and pathologic perception of visceral pain. Gastroenterol.* 112; 64 – 72
15. Mayer EA, Gehhart GF. (1994) *Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia. Gastroenterol.* 107; 271 – 93
16. Massie MJ, Holland JC, (1992) *The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. J Pain Symptom Manage* 7 (2), 99-109
17. Williamson GM, Schulz R. (1995) *Activity restriction mediates the association between pain and depressed effect: a study of younger*
18. Williamson GM, Schulz R. (1995) *Activity restriction mediates the association between pain and depressed effect: a study of younger and older adult cancer patients. Psychol Aging* 10 (3), 369 – 78
19. Strang P, Ovarner H. (1990) *Cancer-related pain and ist influence an quality of life. Anticancer Res* 10 (1), 109 – 12
20. Panerai AE, Bianchi M, Sacerdote P, Ripamonti C, Ventafridda V, De Conno S. (1991) *Antidepressants in cancer pain. J Palliat Care* 7 (4), 42 – 44

www.palliativmedizin.ch

Unter dieser Internetadresse finden Sie Informationen über unsere Zeitschrift Infokara. Wir sind am Aufbau der homepage und werden in Zukunft die Seiten mit Links ausbauen, den Veranstaltungskalender publizieren etc. etc. Wenn Sie Ideen haben, wie wir die Seiten noch attraktiver machen können, nehmen wir diese gerne unter der Adresse irene.bachmann@kssg.ch entgegen.

Irène Bachmann-Mettler, Redaktion Infokara