

Andreas Alexander David
Dr. med.

Schmerzbewältigung von Tumorpatienten mit chronischen Schmerzen

Geboren am 14.10.1966 in Stuttgart
Reifeprüfung am 14.05.1987 in Gerlingen
Studiengang der Medizin vom SS 1989 bis WS 1996
Physikum am 02.09.1991 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Sinsheim
3. Staatsexamen am 27.11.1996 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Psychosomatik
Doktorvater: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Verres

Die vorliegende medizinische Doktorarbeit Arbeit ist Teil der Studie „Der Einfluß von Edukation auf die Einstellungen von Krebspatienten zur Schmerzbehandlung“. Das Gesamtforschungsvorhaben hatte zum Ziel Einstellungen von Krebspatienten gegenüber symptomatischer Schmerzbehandlung, insbesondere Pharmakotherapie, die auf Fehlinformationen beruhen zu erforschen und durch Edukation zu verändern. Dies sollte mit der im Rahmen der Projektaufgaben entwickelten Patientenbroschüre „Was Patienten mit einer Tumorerkrankung über Schmerzen wissen sollten“ und unter Nutzung des anamnestischen Erstinterviews geschehen.

Zentrales Thema der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung der Schmerzbewältigung von Tumorpatienten mit chronischen Schmerzen. Dabei wurden außerdem die eng mit dem Schmerzbewältigungsverhalten zusammenhängenden Parameter der Kontroll- und Selbstwirksamkeitserwartungen sowie der kognitiven Schmerzbewertungen, dargestellt.

In einem weiteren Schritt wurden dann die Zusammenhänge dieser Parameter mit dem schmerzbezogenen emotionalen Befinden (affektive Schmerzqualität) und der allgemeinen Depressivität herausgearbeitet.

Um herauszufinden, ob sich die Schmerzbelastung der Patienten auf die oben beschriebenen Parameter auswirkt, wurde eine Unterteilung in eine Gruppe hoher und eine Gruppe niedriger Schmerzbelastung durchgeführt.

Ziel der Arbeit war es die Schmerzbewältigung von Tumorpatienten zu erforschen und durch edukative Maßnahmen mit Hilfe einer Patientenbroschüre und eines anamnestischen Erstinterviews, insbesondere im Hinblick auf das kognitive Schmerzbewältigungsverhalten, zu verändern.

Die Patientenstichprobe bestand aus insgesamt 73 Tumorpatienten mit chronischen Schmerzen. Die Patienten hatten unterschiedliche Primärtumoren. Die Mehrzahl der Patienten waren Frauen mit Mammakarzinom (62 %), weitere 22 % hatten gastro-enterologische, 8 % hämatologische und 8 % verschiedene andere Tumoren wie Schilddrüsenkarzinome, Tumoren der Lunge, der Pleura, des Fettgewebes und urologische Tumoren. Es muß festgestellt werden, daß es aufgrund von Rekrutierungsbedingungen zu Selektionseffekten kam, sodaß es sich in der vorliegende Stichprobe nicht um eine repräsentative Gruppe handelt.

Den Patienten wurde ein Schmerzfragebogen für Tumorpatienten, eine leicht veränderte Form des Heidelberger Copingbogen-Schmerz (HCB-S) und eine Liste von Einstellungen zu Schmerzen und Schmerzbehandlung während eines halbstrukturierten Interviews vorgelegt.

Nach dem Interview erhielt ein Teil der Patienten die Patientenbroschüre „Was Patienten mit einer Tumorerkrankung über Schmerzen wissen sollten“, ein anderer Teil der Patienten (Kontrollgruppe) erhielt die Broschüre erst nach dem Zweitgespräch nach vier bis sechs Wochen.

Das Schmerzbewältigungsverhalten war überwiegend durch die den Schmerz relativierende Strategien und Durchhaltestrategien sowie Tapfersein gekennzeichnet. Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen waren aber auch als schmerzinkompatibel anerkannte Strategien, wie die der Ablenkung sehr häufig genannt worden.

Die Effekte der Edukation auf die Schmerzbewältigung (Schmerz coping), unter Berücksichtigung der Kontroll- und Selbstwirksamkeitserwartungen sowie der kognitiven Schmerzbewertungen wurden in einer Zweipunkt-Erhebung untersucht. Hierbei ergaben sich insbesondere im Schmerzbewältigungsverhalten keine wesentlichen Veränderungen oder Interventionseffekte. Die internale Kontrolle und Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die kognitive Schmerzbewertung veränderten sich aus Sicht der Interviewer im Sinne verbesserter interner Kontrolle und Selbstwirksamkeit sowie einer geringeren Einschätzung der Schmerzen im Sinne von „Schaden/Verlust/Behinderung“.

Man sollte die Patienten in weiteren Gesprächen im Rahmen der onkologischen und schmerztherapeutischen Betreuung bestärken die schmerzinkompatiblen Verhaltensweisen, die sie zeigten, beizubehalten und deren Wert nochmals genau erläutern. Ebenso sollten die selbstschädigenden Strategien und deren Wirkungen dargestellt werden, um den Patienten zunächst ein Verständnis dafür zu vermitteln um dann eventuell eine gezielte Änderung der Schmerzbewältigung zu erreichen. Dies ist offensichtlich nicht mit dem anamnestischen Erstgespräch und der Ausgabe der Patientenbroschüre innerhalb dieser doch sehr kurzen Zeit von vier bis sechs Wochen zu erreichen.

Die Kontroll- und Selbstwirksamkeitserwartungen waren durch hohe Externalität und geringe internale Kontrolle sowie mittelmäßig ausgeprägte Selbstwirksamkeit geprägt. Es zeigte sich außerdem, daß die Patienten überwiegend unzufrieden mit ihrer Schmerzbehandlung waren. Bei einer einerseits hohen Ausprägung der Externalität, das heißt die Patienten gaben an einen Fachmann zu bitten ihnen zu helfen, wenn ihre Schmerzen auftreten oder stärker werden, und andererseits großer Unzufriedenheit bezüglich der Schmerzbehandlung, muß die Frage gestellt werden welche Ursache hinter diesem Sachverhalt steht. Geht man davon aus, daß die Patienten laut ihren Angaben beim Auftreten oder Stärkerwerden der Schmerzen tatsächlich einen Fachmann um Rat und Hilfe bitten, so muß es an der Art der Auseinandersetzung von Patient und Arzt liegen warum die Patienten dennoch nicht mit ihrer Schmerzbehandlung zufrieden waren. In der vorliegenden Studie konnte allerdings nicht geklärt werden ob hierfür eine Non-Compliance der Patienten, mangelnde Information vom Patienten an den Arzt hinsichtlich des aktuellen Schmerzstatus oder mangelnde Schmerztherapiekontrolle des Arztes ursächlich waren.

Aus Sicht der Interviewer nahmen sowohl internale Kontrolle als auch die Selbstwirksamkeitserwartung der Patienten signifikant zu, die kognitive Bewertung der Schmerzen als „Schaden/Verlust/Behinderung“ hochsignifikant ab, sodaß ein, wenn auch insgesamt gesehen geringer, Effekt der Intervention zumindest auf die mit dem Schmerzbewältigungsverhalten eng verbundenen Parameter zu beobachten war. Ein Unterschied zwischen den Patienten der Broschüren- und den Patienten der Kontrollgruppe war nicht zu beobachten.

Wesentliche Unterschiede in den Gruppen unterschiedlich hoher Schmerzbelastung waren ebenfalls nicht zu beobachten.

Aus den Reaktionen der Patienten nach den Gesprächen, die zum großen Teil sehr positiv empfunden wurden, die Patienten gaben häufig an es wäre gut gewesen einmal Zeit gehabt zu

haben ausführlich mit jemanden über dieses Thema zu reden und der weiterhin bestehenden Unterbehandlung im Bereich chronischer Schmerzen bei Tumorerkrankten, wäre eine Versorgung der Patienten in einer fachspezifischen oder fächerübergreifenden Tumorschmerzambulanz im Sinne einer Tumorschmerzsprechstunde, in der die Patienten die Chance und die Zeit hätten über ihre Schmerzen zu sprechen, sehr sinnvoll. Hier wären über einen längeren Zeitraum durch entsprechende Edukation unter Umständen auch eine Verhaltensänderung hin zu schmerzinkompatiblen Schmerzbewältigungsverhalten möglich, von einer guten Schmerzanamnese und einer Erfolgskontrolle der Schmerztherapie einmal ganz abgesehen.