

## 1. Einleitung

Bezeichnenderweise wird Depression auf der einen Seite gefürchtet und weit von sich gewiesen, während sie auf der anderen Seite einen Zustand beschreibt, von dem jeder eine Idee hat, insbesondere im Zusammenhang mit

dem PMS

vor dem Hintergrund einer Trennung

Arbeitslosigkeit

dem Älterwerden / midlife crisis

In der Tat ist die Neigung, depressiv zu reagieren weit verbreitet (weltweit) und scheint zu den Verhaltensmustern zu gehören die bei Menschen als auch bei Tieren auszulösen sind. Die potenzierte Form von Selbstwertminderung, Aussichtslosigkeit und Niedergeschlagenheit kann dann zur Depression entgleisen. Unter den psychischen Störungen ist die Depression am häufigsten vertreten, in Deutschland erkranken jährlich 4,4% der Männer und 13,5% der Frauen an einer Depression – das sind jährlich 7,8 Mio Betroffene, nämlich 2,8 Mio.Männer und 5 Mio.Frauen. (2,2% aller AU-Tage). Dabei erkranken die meisten Menschen im Alter zwischen 40 und 45 Jahren - einen deutlichen Anstieg gibt es dann noch mal bei den über 65 jährigen, der im Zuge von Institutionalisation dramatisch ansteigen kann.

Wenn wir uns die Wahrscheinlichkeit, an einer Depression zu erkranken für ein Jahr anschauen, dann liegt sie durchschnittlich bei 10 %

- liegen zusätzlich bestimmte Krankheiten zugrunde, erhöht sich diese statistische Größe.

Prävalenzen im einzelnen:

Allgemeinbevölkerung	10 %
KHK	18 %
Z.n. Herzinfarkt	18 %
<b>Term. Nierenisuff.</b>	<b>30 %</b>
Chron. Schmerzen	32 %
Parkinson	51 %
Epilepsie	55 %

Depressionen sehen bei Dialysepatienten nicht anders aus, als bei anderen Depressiven, aber die Wahrscheinlichkeit, dass diese Patienten an einer Depression erkranken, ist relativ hoch: Im zeitlichen Querschnitt weisen ca die Hälfte aller Dialysepatienten eine deutliche depressive Symptomatik auf. Das bedeutet, jeder 2. Dialysepatient entwickelt im Laufe seiner Krankheit eine symptomwertige Depression.

## **2) Symptome** – wann sprechen wir von Depression?

Diagnose nach ICD10:

- 1) Die Person leidet unter gedrückter Stimmung,
- 2) Interessenverlust,
- 3) Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs.
- 4) Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkungen. Deutliche Müdigkeit tritt oft nach nur kleinen Anstrengungen auf.

Weitere häufige Symptome:

- Verminderte Konzentration + Aufmerksamkeit
- Verm. Selbstwertgefühl + Selbstvertrauen
- Schuldgefühle + Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative + pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen (10-15% sterben!!!)
- Schlafstörungen, verminderter Appetit

Ich kann mir vorstellen, dass Sie hier auf alte Bekannte treffen, denn in der Tat liegt hier eine problematische Überschneidung der Symptome vor: Auch im Zusammenhang mit der Niereninsuffizienz werden Kopfschmerzen, Magen-Darm-Probleme, Konzentrationsschwächen, Schwäche allgemein, und Gewichtsverlust beobachtet, so dass es im Einzelfall schwierig sein kann, das eine vom anderen zu unterscheiden.

### **3) Diagnosestellung**

Ist sie deswegen so oft so unerkant?

Wird eine Depression bei Dialysepatienten oft aus diagnostischen Schwierigkeiten heraus nicht erkannt, oder auch deswegen, weil somatisch orientierte Experten – also Mediziner wie Pflegekräfte – sich angesichts einer psychischen Problematik nicht angesprochen, oder sogar überfordert fühlen? Weil dann eine Konfrontation mit Hilflosigkeit, Abgründen, Verzweiflung erfolgt, für die es keine Maschine, kein Dialysat gibt?

Möglicherweise setzen wir aber auch voraus, terminale NI führe fast zwangsläufig zur Depression – außer bei ungewöhnlichen Personen oder ungewöhnlichen Konstellationen.

Ein Dialysepatient ist depressiv – kein Wunder? Ich habe demgegenüber gelernt: Liegt ein für eine Depression vor, so ist das noch kein Grund dafür, die Diagnose einer Depression nicht zu stellen. Würden wir bei Dialysepatienten angesichts ihrer Lebenssituation von einer Depression als Normalfall ausgehen hieße das, den Unterschied zwischen Trauer und Depression zu verwischen – und das nicht zu tun, was bei einer Depression notwendig und sinnvoll wäre. Wir müssen also Trauer und Depression voneinander unterscheiden, und Trauer als einen physiologischen – letztlich gesundheitsfördernden Prozeß zu verstehen. Denn er ist ja ein Hinweis darauf, dass die betroffene Person in der Lage ist, sich diesem Schmerz zu stellen, und ihn nicht abwehren muß.

→ Trauer ist eine natürliche Reaktion auf einen Verlust, in deren Rahmen sich der Trauernde intensiv mit dem verlorenen Objekt – hier der körperlichen Unversehrtheit oder auch Autonomie – auseinandersetzt. Dazu gehört der Trennungsschmerz, d.h. die innere Beschäftigung mit und intensive Sehnsucht nach den verlorenen Möglichkeiten. Schließlich kann es der Person aber über diesen Prozess gelingen, den Verlust emotional und kognitiv zu akzeptieren, und sich dahingehend zu lösen, einen neuen Lebensentwurf zu entwickeln.

Demggü. geht Depression mit der dargelegten Symptomatik, damit deutlichen Einschränkungen im Erleben, Verhalten, der Interaktion – und einem erheblichen Risiko der Chronifizierung einher.

Freud formulierte das so:

Bei Trauer ist die Welt arm und leer geworden – in der Melancholie ist es das eigene Ich

#### **4) warum? -Erklärungsansätze**

Aus den bisherigen Überlegungen geht bereits die Frage nach dem „Warum“ hervor – wie kommt es zu einer Depression, warum werden Menschen mit und ohne NI depressiv, und wie stellt sich der Zusammenhang zwischen NI als somatischer Krankheit und Depression als psychischer dar?

##### **4.1. Interaktionen**

Allgemein werden folgende Interaktionen zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen angenommen:

- psychische und körperliche Krankheit bestehen unabhängig voneinander (das gibt es ja auch bei somatischen Krankheiten, so müssen Fußpilz und Magengeschwür nicht in einem kausalen Zusammenhang stehen)
- die psychische Krankheit wird durch die körperliche verursacht – Dann wäre Depression wäre also die Folge der term. Niereninsuffizienz. Dazu werden 3 Mechanismen differenziert:
  - Depression als Folge einer psychischen Fehlverarbeitung der somatischen Krankheit (Niereninsuffizienz)
  - Depression als direkte, physiologisch erklärbare Folge der somatischen Krankheit (wenn die Depression auf krankheitsbedingte Stoffwechselstörungen oder –entgleisungen zurückzuführen wäre)

- psychische und somatische Störung werden durch einen gemeinsamen Faktor verursacht (so kann ein Unfall zu einer Querschnittslähmung und einem HOPS führen)
- Die körperliche Erkrankung wird durch die psychische verursacht – NI als Folge der Depression?
- Die psychische Krankheit wird durch die körperliche verschlimmert – dies wäre der Fall, wenn die Person seit längerem schon depressiv ist, und nun auch noch unter term. NI leidet und dialysepflichtig wird.
- Die körperliche Erkrankung wird durch die psychische verschlimmert – also die NI wird negativ durch die Depression beeinflusst – ich denke, diesem Zusammenhang können Sie alle zustimmen

## 4.2. Bedingungsfaktoren auf 4 Ebenen

Diese Formen der Interaktion weisen darauf hin, wie, bzw. womit Depression erklärt und begründet werden kann. Die Frage nach dem Warum ist in der Psychiatrie aber meist nur annähernd, hypothetisch zu beantworten, es gibt hinsichtlich der Depression keine absolute Wahrheit – wohl aber Bedingungsfaktoren, die das Auftreten begünstigen.

### 4.2.1 Alte depressive Terminologie

In der alten Psychiatrie wurden die Depressionen entsprechend ihrer kausalen Herkunft bezeichnet, man sprach also von der

- endogenen D.                   wenn eine genetische Disposition vermutet wurde
- somatogenen D.               wenn die Depression als biologische Folge einer organischen Krankheit galt
- reaktiven D.                   wenn die Depression als direkte Reaktion auf ein konkretes Ereignis entwickelt wurde
- psychogenen D.               lerntheoretisch: „falsch gelernt“  
  tiefenpsychologisch: Reaktion auf frühe Konflikte ...

Heute geht man differenzierter vor, und beschreibt in der Diagnostik zunächst die Ausprägung der depressiven Episode – zunächst völlig unabhängig von der Ursache. Dabei werden leichte, mittlere und schwere depressive Episoden voneinander unterschieden. So ermöglicht man zum einen den genaueren Blick auf die Tiefe der Depression, und zum anderen enthebt man den Diagnostiker von der – manchmal unmöglichen – Aufgabe, gleich etwas über die Herkunft der Depression zu sagen. Schließlich wird damit auch dem Wissen Rechnung getragen, dass es ziemlich gegensätzliche Hypothesen hinsichtlich der Ursachen einer Depression gibt, und dass auch und gerade ein Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren erst zu einer Depression führen kann.

Geblichen ist aber trotz all dieser Infragestellungen eine dahingehende Einigung, dass die früher angenommenen Faktoren an sich richtig sind, jedoch in ihrer eindimensionalen Absolutheit nicht gelten.

Heute geht man davon aus, dass diese Faktoren in einem Bedingungsgefüge zueinander stehen, und – ähnlich einem Puzzle – gemeinsam ein Ganzes ergeben:

#### **4.2.2 endogen**

Grundsätzlich spricht man bei der Diskussion einzelner Einflüsse von einer sogen. „depressionsvulnerablen Persönlichkeit“, damit ist gemeint, dass manche Personen gefährdeter für die Entwicklung einer Depression sind als andere. Diese Menschen scheinen den endogenen Faktor aufzuweisen, bei dem unterschieden wird zwischen einer:

→ Genetischen Disposition - d.h. hier wird das Moment der Vererbung berücksichtigt. Tatsächlich weisen die sogen. Konkordanzraten darauf hin, dass es familiäre Häufungen gibt, und das Risiko der Erkrankung mit der Nähe des Verwandtschaftsgrades steigt.

- Konkordanzraten: 0-30% bei zweieiigen, 30-80% bei eineiigen Zwillingen
- Morbiditätsrisiko für Angehörige: 8-60% je nach Verwandtschaftsgrad

- Lebenszeitrisko für Angehörige 1. Grades bei bipolar affektiven Pat.: 34% für Eltern, 5-39% für Geschwister, 60% für Kinder - mehr als doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung
- psychopathologische Auffälligkeiten bei biol. Geschwistern: 66% (Adoptivgeschwister: nur 8%)

als weiterer endogener Aspekt gilt die

Konstitutionelle Disposition, worunter die Bereitschaft des Körpers verstanden wird, auf der Ebene der Neurotransmitter, also der Botenstoffe im Gehirn, eine Dysbalance zu entwickeln, und so ein depressives Erleben zu verursachen oder zu verstärken. Im Zusammenhang mit der Depression wurden unterschiedliche Hypothesen entwickelt, die (fast alle) die Monoamine Serotonin und Noradrenalin fokussieren.

→ bezogen auf Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz ergeben sich hier keine besonderen Aspekte.

#### **4.2.3 somatogen**

dies sind physiologische Phänomene, die als auslösend für eine Depression angesehen werden:

- Akute und chronische Erkrankungen → siehe Prävalenzen
- Chronische Schmerzen (als depressionsauslösend wird hier u.a. diskutiert, dass dauerhafte Schmerzen einen permanenten Streß verursachen, was sich biochemisch auf die Neurotransmitter auswirken kann)
- Medikamente (NW) siehe Folie!
- Biologische Krisen, z.B. Pubertät, PMS, Wochenbett, Klimakterium, aber auch Schilddrüsendysfunktionen

#### **→ Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz:**

Biologisch wären hier Zusammenhänge über den entgleisten, bzw. veränderten Stoffwechsel denkbar, so können ausgeprägte Hyperkalziämien u.a. mit

Depression einhergehen (neben ausgeprägt depressiven Symptomen wie Appetitmangel, Übelkeit, Magen-Darm-Problemen, Lethargie, Schwäche). Zudem können die verabreichten Medikamente auch eine depressionsbegünstigende Wirkung haben und sollten bei Verdacht daraufhin überprüft werden.

#### **4.2.4 reaktiv**

reaktiv bedeutet, das depressive Erleben erfolgt als Reaktion auf ein Ereignis. Solche Ereignisse können sein:

- Akute Verluste (von Menschen, Arbeit, Funktionen)
- - > (oft bei starker Orientierung auf wenige Bezugspersonen)
- lebenszyklische Krisen (im Zusammenhang mit best. Lebensabschnitten, wie z.B. Beendigung einer Ausbildung, Berentung, Auszug der Kinder ...)
- Krankheiten
- chronische Konflikte

#### **→ Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz:**

reagieren auf

- Abhängigkeit → von der Maschine, bzw. der Methode, sowie von Pflegenden
- Ständige Bedrohung durch mögl. technische Pannen
- Einschränkung der Mobilität, der freien Zeitgestaltung (auch bei maximaler Flexibilität der Methoden bleibt eine gewisse Beeinträchtigung)
- Den Verlust von Unversehrtheit, und zwar gravierend. Dadurch rückt die Endlichkeit des Lebens näher, und die vermutete Lebenserwartung relativiert sich.
- Bei CAPD – großes Potential an Selbständigkeit, demgegenüber muß der Patient den Katheter sowie strenge Hygienevorschriften akzeptieren.
- Bei HD: dauerhafte Kontrolle und Einschränkungen bzgl. Flüssigkeit + Nahrung

- Veränderungen des Körperbildes durch Shunt, dicken Bauch oder auch Hautveränderungen
- Die Hoffnung auf eine Spenderniere stellt ein Ende dieser Belastungen in Aussicht – und ist gleichzeitig selbst mit Belastungen und Risiken verbunden.

Unter den reaktiven Aspekt fallen aber auch die allgemein genannten Momente, von denen der Dialysepatient ebenfalls betroffen sein kann:

- verliert er durch die Krankheit seine Arbeit
- oder ist die Partnerschaft dadurch bedroht

#### **4.2.5. psychogen**

Unter den psychogen wirkenden Faktoren finden wir Erklärungsansätze der beiden großen Schulen wieder; die Lerntheoretiker und die Tiefenpsychologen (also Analytiker) haben dazu unterschiedliche Ideen.

Werden diese Richtungen aber auf den Umgang mit der Krankheit bezogen wird deutlich, dass beide Richtungen davon ausgehen: So wie bisher versucht wurde, das Leben und Krisen zu bewältigen, so wird die Person jetzt auch mit der Krankheit umgehen.

#### Tiefenpsychologisch: Zusammenbruch der Abwehr / depressiver Grundkonflikt

Es wird davon ausgegangen, dass die Person als Kind eine starke frühe Kränkung erfahren hat, aus der existenzielle Enttäuschung und abgrundtiefe Verzweiflung resultieren. Diese Gefühle sind so stark, dass sie nicht ausgehalten werden können. Sie werden ebenso abgewehrt, wie der Wunsch nach Erfüllung des bisher unerfülltem. Dies wird als Grundkonflikt bezeichnet, und der Mensch unterliegt nun einer dauerhaften unbewussten Spannung aus der Sehnsucht nach Bedürfnisbefriedigung einerseits und demggü. der Notwendigkeit, sich vor erneuten Enttäuschungen zu schützen.

Als Antwort auf diese Spannung entwickeln Menschen unterschiedliche Strategien, die es ihnen erlauben, im Leben funktionieren zu können. (z.B. Helfersyndrom, zu viel Arbeit, distanzierte Beziehungen, ...) So erreichen sie für sich Stabilität.

Kommt es nun durch Erschütterungen der bisherigen Stabilität zu einem „Zusammenbruch der Abwehr“ oder werden die alten Strategien unbrauchbar, kann sich daraus eine Depression entwickeln.

### → **Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz:**

Es ist leicht vorstellbar, dass Niereninsuffizienz die bisherigen Abwehrmechanismen und Strategien nicht mehr zulässt

- wenn Autonomie, Unabhängigkeit und Distanz notwendige Abwehrinstrumente waren
  - wenn bislang eigene Bedürfnisse abgewehrt, und stellvertretend die von anderen Menschen gelebt wurden (Helfersyndrom)
  - wenn die eigene Wertigkeit vornehmlich über Leistung und Erfolg gesichert, bzw. wahrgenommen wurde
- all das ist nun nicht mehr in dem alten Maß möglich.

### Lerntheoretisch: Kogn. Triade (+ typische Attribuierung)

Grundidee ist, dass Gefühle das Produkt von Gedanken sind. Über die Art, wie eine Person denkt, hat sie wesentlichen Einfluß auf ihre Gefühle. Manche Personen haben bestimmte kognitive Strukturen entwickelt, die sich als stabile, überdauernde Muster (Schemata) zeigen. Sie führen zu einer spezifischen, hier negativ-orientierten Wahrnehmung, Codierung und Bewertung der eigenen Person und Fähigkeiten, und äußerer Reize. Das Zentralproblem depressiver Erkrankungen ist eine Wahrnehmungs- und Interpretationseinseitigkeit der Betroffenen. Sie ist gekennzeichnet durch eine negative Wahrnehmung der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft (sog. kogn. Triade):

1. Übergeneralisierung, ein (evtl. wenig bedeutsames) Erlebnis führt zu alles umfassendem Schluß
2. selektive Abstraktion („Tunnelblick“) nur ein Element einer komplexen Situation wird wahrgenommen und zur Basis von Schlußfolgerungen
3. dichotomes Denken, Über- bzw. Untertreibung: die eigenen Leistungen werden unterbewertet, Fehler überbewertet.

Streß führt zu einer Aktivierung dieser depressionstypischen Kognitionen und verstärkt sie. Formal wirken die Kognitionen automatisch, unfreiwillig, perseverierend (beharrlich). Inhaltlich sind sie getragen von einer ausgeprägten Selbstentwertung und (fast) fehlendem Kontakt mit eigenen Qualitäten

### → **Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz:**

die prägenden Haltungen der beiden Verhaltensmuster finden in der term. NI eine fatale Bestätigung. Mögliche – und häufige Kognitionen sind z.B.:

- wenn ich nicht mehr gesund bin – ist alles egal
- wenn ich diese Kontrolle abgebe – hab ich gar keine mehr
- wenn ich manches nicht mehr kann – kann ich gar nichts mehr.

Diese Sichtweise ist vergleichbar mit dem Gleichnis des halben Glases Wasser, das vom Einen als halb leer und vom Anderen als halb voll gesehen. Halb leer bedeutet, dass ich mich auf das nicht Vorhandene zentriere, diesen Verlust beklage und dabei die verbliebene und vorhandene halbe Fülle nicht nutzen kann. Halb voll heißt, dass ich durch Trauerarbeit den halben Verlust verschmerzen kann, mich auf die noch vorhandene halbe Fülle zentriere und mir dabei - wenn auch eingeschränkt - diese Fülle einverleiben (und damit das Beste aus den Möglichkeiten machen) kann.

### gelernte Hilflosigkeit

Menschen lernen Hilflosigkeit, wenn sie das Gefühl haben, keinen Einfluß auf die sie umgebende Umwelt nehmen zu können. Ereignisse ihrer Umwelt werden als zufällig, unkontrollierbar und damit unabhängig vom eigenen Verhalten erlebt, es wird keine Möglichkeit gesehen, verändernd einzugreifen.

Daraus resultiert ein passiver Zustand, der mit einem Verlust an Motivation und Resignation einhergeht. Auf diese als aussichtslos erlebte Situation („es hat ja doch alles keinen Sinn mehr“) reagieren Menschen mit Depression.

Sie ist also das Resultat von Erfahrungen der Nicht-Kontrollierbarkeit subjektiv bedeutsamer Ereignisse. So entwickelt sich die (generalisierte) Erwartung, auch in Zukunft ohne Kontrolle, also hilflos zu sein.

### → **Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz:**

Hinsichtlich der gelernten Hilflosigkeit haben wir es bei Dialysepatienten mit Menschen zu tun, die an einem Punkt nach einem langen – und verlorenen Kampf stehen! Dies war vermutlich nicht die erste Niederlage, so dass es nun leicht zu einer generalisierten Hilflosigkeit und dem Gefühl kommen kann, kleinen Einfluß mehr zu haben. Angesichts der massiven externen Kontrolle erscheint dies nachvollziehbar.

→ ich kann ja doch nichts tun (Hilflos) → es hat ja alles keinen Sinn mehr

Zusammenfassend ist also festzustellen: Es gibt keine spezielle Depression bei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz – diese Patienten erfinden Depression nicht neu. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Symptomatik oder auch der Bedingungsfaktoren nicht von Patienten mit Diabetes, Rheuma oder Brustkrebs. Wir finden aber ein spezielles Gefüge von Bedingungen, in dem für jeden Patienten individuelle Faktoren von Bedeutung sind.

## **5) Mögliche Interventionen und Therapieverfahren**

### **5.1 Antidepressiva**

(Thymoleptika) werden, wie der Name schon sagt, zu der Behandlung von Depressionen eingesetzt. Sie können bei allen Arten von Depressionen förderlich sein. Die Substanzen zeigen zum Teil unterschiedliche Wirkprofile.

Allen gemeinsam ist jedoch eine stimmungsaufhellende, angstlösende, antriebsnormalisierende Wirkung. Sie haben bei Nicht-Depressiven keinen Einfluss auf die Stimmung. Auch bei den eher beruhigend wirkenden Antidepressiva kommt es im Verlauf der Behandlung durch die Rückbildung der durch die Depression verursachten Antriebsminderung zu einer allmählichen Aktivierung.

Cave!!! Pillen müssen sehr sorgfältig verschrieben werden, und eine Reihe von Antidepressiva sind für Dialysepatienten absolut ungeeignet. Grundsätzlich wurden aber schon gute Erfolge erzielt.

Cave!!! Stimmungsaufhellende Wirkung kann bis zu 2 Wochen dauern! Antrieb steigt schneller (Gefahr)

## 5.2 Psychotherapie

– je nach Neigung und vorhandenen Therapieplätzen tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch. Grundsätzlich spricht die eher belastete Situation von Menschen mit terminaler Niereninsuffizienz eher für ein verhaltenstherapeutisches Angebot, da hier vornehmlich konstruktiv-stützend, und weniger aufdeckend gearbeitet wird. Nach meiner Erfahrung brauchen die Menschen einen stabileren Boden unter den Füßen, um sich auf eine tiefenpsychologische Intervention einzulassen.

## 5.3 Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Therapie

Bei unterschiedlichen Studien sollte die Effektivität von therapeutischen Interventionen nachgewiesen und gemessen werden.

Dabei kam man zu erstaunlichen Ergebnissen:

- die Kombi-Therapie war am effektivsten
- Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie sind etwa gleich stark
- Patienten mit Behandlung geht es schneller besser, als denen ohne
- Aber auch mit Placebo behandelten Patienten gaben Besserungen an
- Ebenso wie die nicht behandelte Kontrollgruppe
- Und: es gibt in jeder Studie Patienten, denen gar nicht geholfen werden konnte

Fazit: Offensichtlich gibt es in den meisten Menschen einen Selbstheilungsmechanismus, der therapeutisch angeregt werden kann, und dann zu Besserungen führt.

Dieser Mechanismus führt auch ohne Therapie aber später zur Remission. Bei einigen Menschen scheint dieser Mechanismus nicht vorhanden zu sein, die sind dann – noch – nicht zu erreichen.

## **5.4 Weitere Verfahren:**

### 5.4.1 Schlafentzug

eher zufällig wurde beobachtet, dass Schlafentzug zu einer Verminderung depr. Symptomatik führte, nach empirischen Untersuchungen konnte dies dann systematisch im stationären Bereich angewandt werden. Es kommt danach zu einer deutlichen Stimmungsaufhellung, die meist jedoch nur 1 – 2 Tage anhält.

### 5.4.2 Lichttherapie

insbesondere zur Behandlung „saisonaler Depression“ (Herbst / Winter). Lichtquelle sollte eine Intensität von ca. 2500 Lux haben (das ist etwa 200 mal heller als übliche Lampen). Das Licht muß über die Augen aufgenommen werden (also nicht schließen!) und in ca 90 cm Abstand geboten werden. Dauer der Behandlung: 1 Woche, täglich 2 – 3 Stunden, oder niederfrequent. Bei gleichzeitiger Behandlung mit Psychopharmaka → Augenarzt zur Kontrolle!

## 5.5 Recherche und Delegation

Die Frage, an wen ich delegieren, oder wen ich um Hilfe bitten kann, sollte als Standardrecherche immer im Vorwege geklärt werden:

- wer bietet was zum Thema Depression für unser Klientel an?
- Wo gibt es geeignete niedergelassene Psychiater (die zumindest über Basiswissen hinsichtlich der terminalen NI verfügen), Psychotherapeuten, Seelsorger, Selbsthilfegruppen, Tageskliniken etc.

- Die Kostenträger, also Krankenkassen verfügen über entsprechende Verzeichnisse und sollten für Informationen in Anspruch genommen werden

Mit diesen Informationen in der Tasche sind Sie gut für depressive Patienten vorbereitet.

### 5.6 Das abklärende Gespräch

Die Frage, ob und in welchem Maß Sie aktiv werden, richtet sich zunächst danach, welche Affekte und Erwartungen an Sie heran getragen werden – und was davon Sie selbst tragen – oder delegieren möchten, bzw. können. Der Aktion geht also – wie meistens – eine Bestandsaufnahme voraus, in der berücksichtigt wird

- wozu sind Sie bereit / in der Lage
- welche Symptomatik zeigt die Person, wie groß sehen Sie den Bedarf?
- Welche Erwartungen richtet die Person an Sie
- In welcher Situation lebt die Person, verfügt sie über ein soziales Netz?

Wenn Sie den Eindruck haben, Ihr Patient zeigt depressive Symptome, appelliert auffällig an Sie, zieht sich stark zurück, oder wirkt latent suzidal –

Sprechen Sie es an! Machen Sie deutlich, welchen Eindruck, welche Sorgen und welche Befürchtungen Sie haben. Ihr Patient kann auf 3 Arten reagieren:

I     nein – so arg ist es gar nicht, aber es entlastet bei Ihnen zu jammern, durchzuhängen, schwach zu sein. ---Wunderbar, dann geht es der Person gar nicht so schlecht, wie Sie befürchtet haben! Und das Jammern, oder schwach sein, scheint zu entlasten. Also, dokumentieren, sensibel bleiben, und ggfs. ansprechen, wenn Sie nicht sicher sind, ob nicht mehr hinter diesem Verhalten steht.

II     ja, so ist das, aber ich will keine Hilfe / mir kann ja doch keiner helfen  
 - - Schade! Sie können jetzt deutlich machen, was das für Sie bedeutet, und dass Sie die Haltung des anderen bedauern und akzeptieren, aber nicht richtig

finden. Aber vielleicht können Sie ja noch ein wenig Überzeugungsarbeit leisten? Zumindest sollten Sie den Arzt informieren!

III ja, so ist das, und ich wäre dankbar für Hilfe

Okay, Sie beiden überlegen nun gemeinsam, welche Art von Hilfe sich dieser Patient vorstellen kann, was notwendig oder angemessen wäre. Auf jeden Fall sollte der behandelnde Nephrologe eingeschaltet, und ein Psychiater hinzugezogen werden, um die Verdachtsdiagnose überhaupt zu bestätigen, und vielleicht zu intervenieren.

Nur eine Reaktion läuft auf eine Inanspruchnahme von Hilfe hinaus – aber ich bin sicher, dass die Patienten sich in jedem Fall verstanden und erkannt fühlen, dass sich aus Ihrer Einschätzung gute Gespräche über die Situation der Person und über Ihre persönlichen Gedanken ergeben können - dass es Ihrer Beziehung also in jedem Fall gut tut.

Und: auch wenn Ihr Patient nicht, noch nicht in der Lage ist, über seine Befindlichkeit zu sprechen, weiß er, dass Sie ein adäquater Gesprächspartner wären.

### 5.7 Konkret zu beachten im Umgang mit Depressiven:

- Beziehung als Basis
- präsent sein, dranbleiben! (aushalten, Fels in der Brandung) --> Mut zum Hingucken
- Geduld haben – Zeit einräumen und auf Endlichkeit hinweisen
- gute Balance zwischen Über- und Unterforderung
- konkrete kleine Aktionen
- Ressourcen stärken Sicherheit geben
- Hoffnung vermitteln, stellvertretend übernehmen (ich glaube daran)
- symptombedingte Einschränkungen erkennen und in der Pflege kompensieren
- Vertrauen in den anderen – und sich selbst!!!

Hilfreich + sinnvoll:

- Bewegung, Luft, insbes. Licht!
- Kleine, erfolgreiche, produktive Aktionen
- → Selbstwirksamkeit!
- Kognitionen deutlich machen

Vermeiden:

- Kränkungen
- Aufheiterungsprogramme! (das Leben ist doch so schön ...!) So wird nur der Kontrast größer, der Betroffene erlebt, dass ich nicht verstehen kann, warum er so erlebt wie er es tut – und im besten Fall schadet es nichts – einen Nutzen gibt es nie. Der Mensch wird sich weiter, und nun auch noch vor mir zurückziehen.
- Kampf
- „Reißen Sie sich zusammen!“
- Beziehungsfragen stellen! (was hab ich falsch gemacht, wenn ich mir genug Mühe gebe, dann ...)
- Sich rein- bzw. runterziehen lassen → Ansteckungsgefahr! Ich brauche also selbst einen guten Stand und ausreichenden Halt, um mich von den Infragestellungen nicht anstecken zu lassen – denn natürlich, wenn wir anfangen würden, konsequent in eine Richtung zu denken dann kann ich der depressiven Sichtweise – alles hat keinen Sinn – nur zustimmen.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang auch noch den „worst case“ ansprechen:

## **6 Suizid**

Grundsätzlich gilt: Immer die wahrgenommene Suizidalität ansprechen! Während man früher davon ausging, durch das Verbalisieren von Suizidalität „schlafende Hunde zu wecken“, und dazu neigte, „nicht dran zu rühren“, ist

man sich heute einig darin, die Personen auf ihre evtl. suizidalen Neigungen anzusprechen.

- Wenn die Wahrnehmung nicht zutrifft – wir hatten diesen Fall bereits hinsichtlich der Depressivität – kann sich daraus trotzdem ein gutes Gespräch über den Umgang mit dem Leben und der Krankheit ergeben

- Wenn der Patient die Wahrnehmung bestätigt – dann haben Sie eine gute Intuition und sollten jetzt nicht zurückschrecken und bagatellisieren („na, wer wird denn an so was denken ...“) – damit beenden Sie dann das Gespräch, sondern nachfragen und klären:

- wie deutlich sind diese Gedanken
- wie konkret sind die Pläne?

Je genauer diese beiden Fragen beantwortet werden können, umso höher wird die konkrete Wahrscheinlichkeit suizidaler Handlungen eingeschätzt. Dann sollte diese Befürchtung unbedingt dem Patienten und Angehörigen, bzw. behandelndem Arzt mitgeteilt werden – bei Selbstgefährdung liegt eine Indikation für eine Zwangseinweisung vor - und ein Krisenprogramm entwickelt werden.

Tragende Elemente dabei:

- stellvertretende Lebenserhaltung: Ich will, dass Sie leben!°
- engmaschige Betreuung unter Inanspruchnahme des soz. Netzes, bzw. Profis

## **7 Relativierung und Ausblick**

Ganz wichtig: Sie können nichts verhindern, nichts wegmachen, nichts heilen.

Wir haben mit der Depression die gleiche Situation wie bei der Niereninsuffizienz:

- auch die konnten Sie nicht verhindern
- - nicht heilen
- und Sie sind hinsichtlich der Kompensation, also der Behandlung ganz wesentlich auf die immer wieder beschriebene Compliance der Patienten angewiesen.

- Alles, was Sie tun können, ist sich anzubieten – nicht als Heiler, sondern als eine Person, die Verständnis und Geduld aufbringt, die stark genug ist diesen Zustand auszuhalten

Das geht mir persönlich im übrigen in der Psychotherapie nicht anders! Ich kann ein Angebot machen, nicht mehr und nicht weniger. Eine Kollegin hat unsere Arbeit mal mit der eines Bergführers beschrieben: Es ist die Entscheidung der Patienten, sich auf den Behandlungsprozess, also des Bergsteigens einzulassen.

Wenn sie dazu bereit sind, dann können wir als Bergführer fungieren, und aufpassen, dass die richtigen Wege genommen, und Abgründe vermieden werden – aber klettern müssen die Menschen selbst, wir können sie nicht tragen.

Das entlastet uns auf der einen Seite, denn wir müssen nicht die ganze Verantwortung tragen – was ohnehin nicht möglich wäre. Auf der anderen Seite ist es hilfreich für die Patienten, denn ihnen wird damit eine wesentliche Ressource, nämlich Verantwortung zugesprochen.

Sollte er vorübergehend gar nicht in der Lage sein, die für sich zu übernehmen, dann soll und darf auch über eine stationäre Behandlung im Sinne einer zeitweise Entlastung nachgedacht werden.

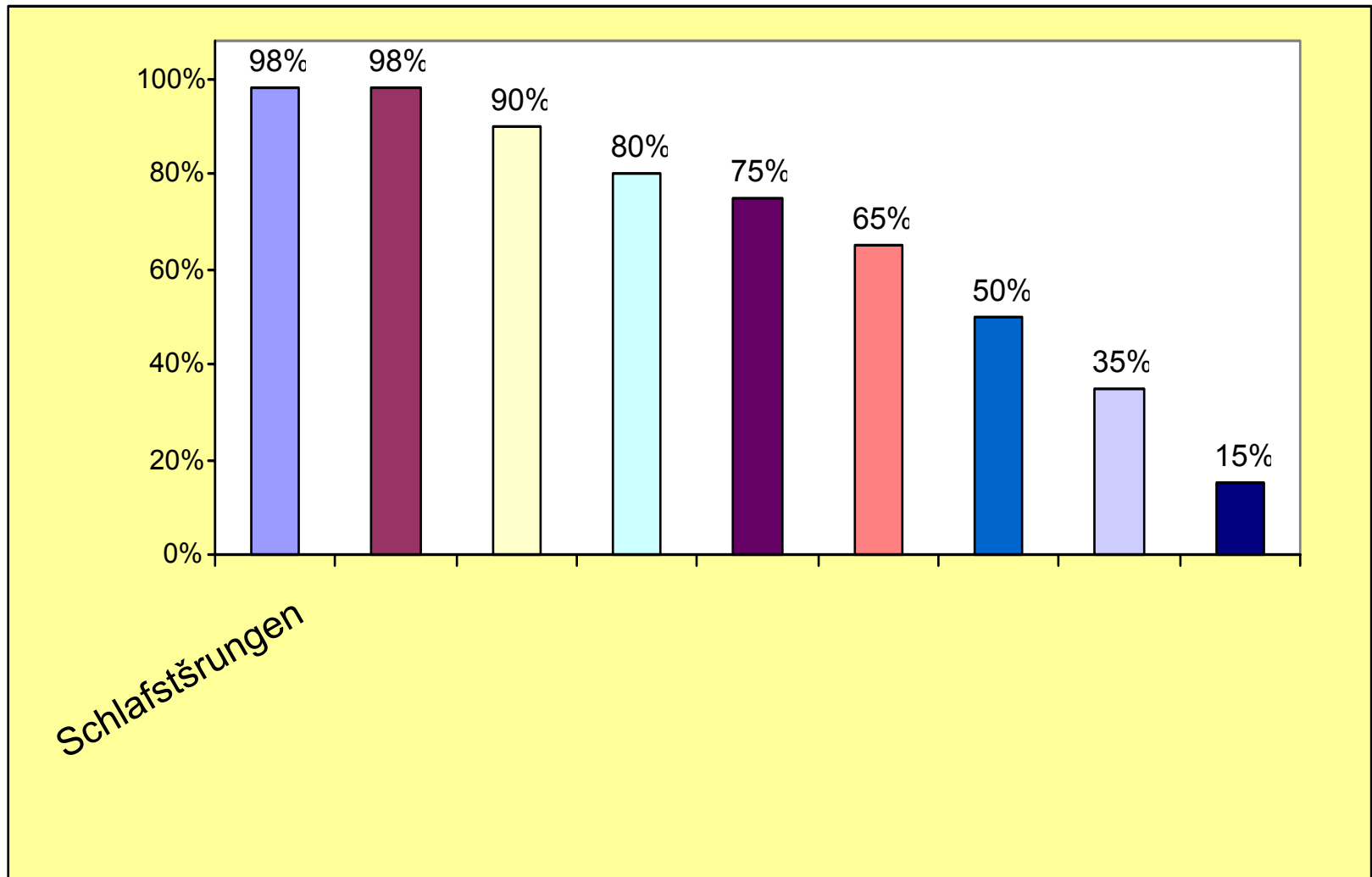
# **DEPRESSION BEI CHRONISCHER NIERENINSUFFIZIENZ**

# Prävalenzen

---

• Allgemeinbevölkerung	10%
• KHK	18%
• Z.n. Herzinfarkt	18%
• <b>Term.Niereninsuffizienz</b>	<b>30%</b>
• Chronische Schmerzen	32%
• Parkinson	51%
• Epilepsie	55%

# Depressionssymptome



# Körpersymptome

## Kopfschmerzen

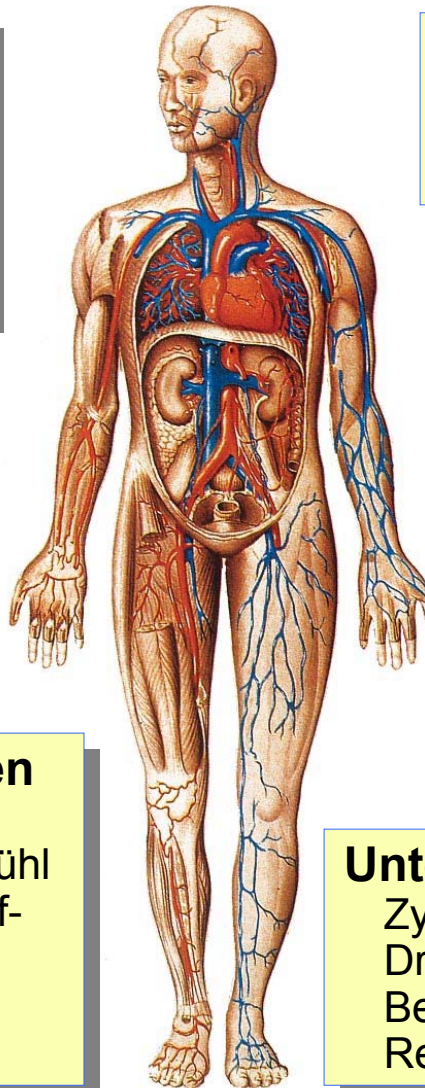
(Kopfdruck, Helmgefühl, Druck über den Augen, Nacken- und Hinterkopfschmerzen, Schwindelerscheinungen)

## Rückenschmerzen

Zervikal-Schulter-Syndrom, Kreuzschmerzen, vorwiegend bei Frauen

## Magen-Darm-Beschwerden

Appetitmangel, Übelkeit, Würge- und Trockenheitsgefühl im Hals, Sodbrennen, krampf- und druckartige Schmerzen, Verstopfung, Durchfall, Völlegefühl



## Atembeschwerden

Atemkorsett, Lufthunger, Engegefühl, Globusgefühl

## Herzbeschwerden

Druck und Stechen in der Herzgegend, Herzjagen, Herzstolpern, Gefühl des Zugeschnürtseins in der Brust

## Unterleibsbeschwerden

Zyklusstörungen, Krampf- und Druckschmerzen im kleinen Becken, Bauchschmerzen, Reizblase

# Diagnose nach ICD 10

---

- gedrückte Stimmung
- Interessenverlust
- Freudlosigkeit
- Antriebsminderung
- erhöhte Ermüdbarkeit
- Aktivitätseinschränkungen.
- deutliche Müdigkeit nach nur kleinen Anstrengungen

## Weitere häufige Symptome:

- verminderte Konzentration + Aufmerksamkeit
- verm. Selbstwertgefühl + Selbstvertrauen
- Schuldgefühle + Gefühle von Wertlosigkeit
- negative + pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen ( ➤ **10-15% sterben!!!**)
- Schlafstörungen, verminderter Appetit

# Sigmund Freud

---

**Bei Trauer ist die Welt leer und arm geworden -  
in der Melancholie ist es das eigene Ich**

# Trauer - Depression

## Trauer

- universelles + spezifisches Ausdrucksmuster
- Patient weckt Mitgefühl + Traurigkeit
- gute, kostbare Erinnerung, z.B. an das Leben früher
- intensive Beschäftigung mit Vergangenheit
- Welt erscheint leer
- vorübergehend verminderte Befriedigung
- zuversichtliche Zukunftsperspektive, Fähigkeit, Trost zuzulassen

## Depression

- Mischung aus Angst, Bitterkeit, Ärger + Ekel
- weckt Distanziertheit, Ungeduld, Gereiztheit
- enttäuschte oder verklärte Sicht der Vergangenheit
- Beschäftigung mit eigenem Selbstmitleid oder Leiden
- Selbst wertlos + leer
- Minderung von Antrieb, Interessen, Konzentration
- Hilflosigkeit
- Angst, Verachtung, Aggression

# Interaktionen

---

## **zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen**

→ kein kausaler Zusammenhang

→ Depression ist die Folge der Niereninsuffizienz

3 Mechanismen:

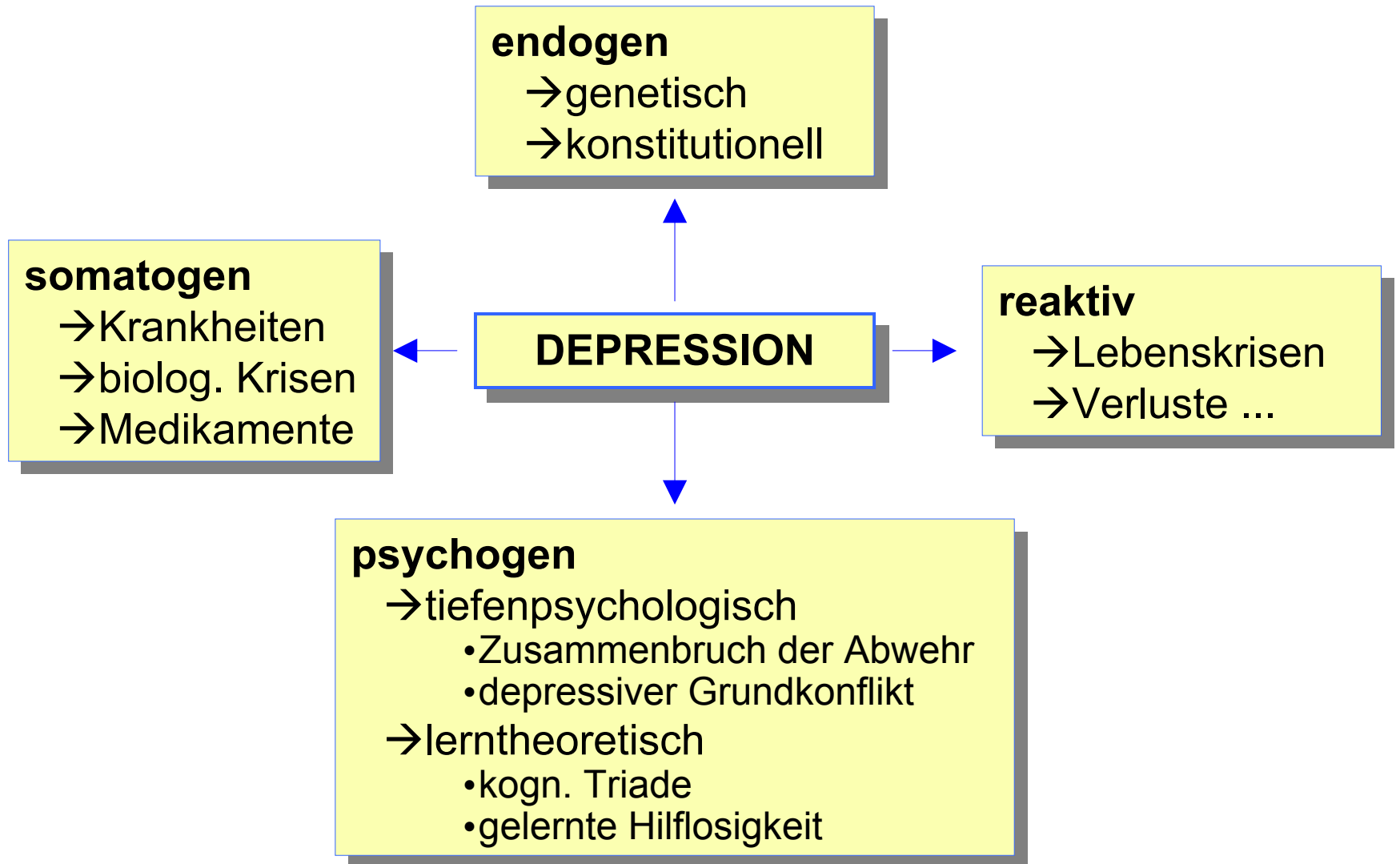
1. Folge einer psychischen Fehlverarbeitung der Niereninsuffizienz
2. direkte, physiologisch erklärbare Folge der somatischen Krankheit
3. Ursache ist ein gemeinsamer Faktor

→ Niereninsuffizienz verschlimmert Depression

→ Niereninsuffizienz ist Folge der Depression

→ Depression verschlimmert Niereninsuffizienz

# Bedingungsfaktoren auf 4 Ebenen



# Pillen

---

## **Pharmakogene Depression**

**- ausgelöst durch Medikamente der Gruppen:**

- Antihypertensiva
- Parkinsonmittel und Muskelrelaxantien
- Steroidhormone
- Antirheumatika, Analgetika
- Antibiotika
- Antimykotika
- Virustatika
- Kardiaka
- Antiepileptika

# frühere Definitionen

---

## **endogene Depression**

→ wenn eine genetische Disposition vermutet wurde

## **somatogene Depression**

→ wenn die Depression als biologische Folge einer organischen Krankheit galt

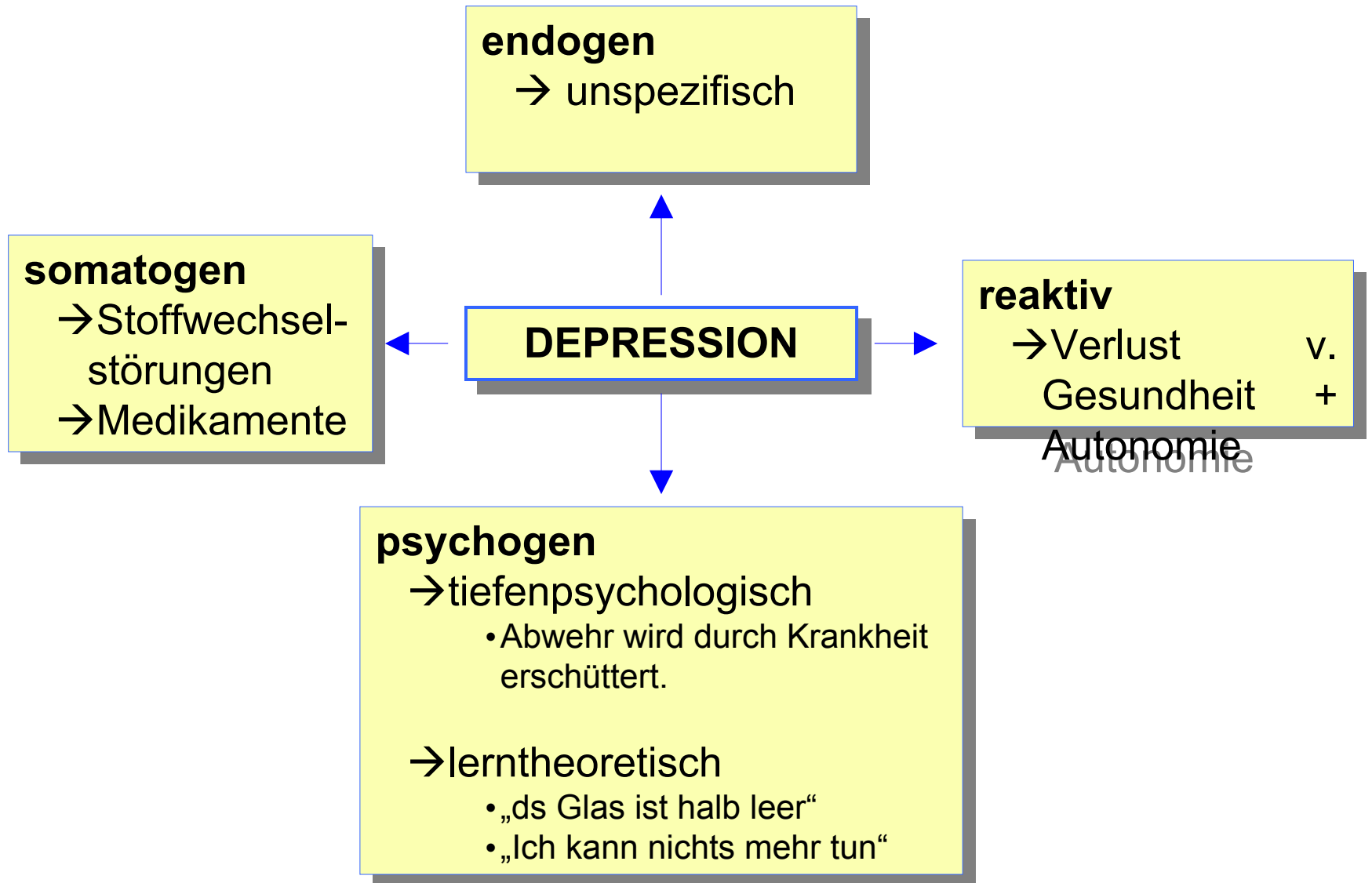
## **reaktive Depression**

→ wenn die Depression als direkte Reaktion auf ein konkretes Ereignis entwickelt wurde

## **psychogene Depression**

→ lerntheoretisch                      „falsch gelernt“  
→ tiefenpsychologisch                Reaktion auf frühere Konflikte

# Bedingungsfaktoren Niere



# Interventionen

---

## **medikamentös**

- Antidepressiva

## **psychotherapeutisch**

- Verhaltenstherapie
- tiefenpsychologische Therapie

## **Kombination**

- Antidepressiva und Psychotherapie

## **Weitere:**

- Lichttherapie
- Schlafentzug

# Persönlicher Umgang mit depr. Patienten

---

## beachten:

- Beziehung als Basis
- präsent sein, dranbleiben!
- Mut zum Hingucken
- gute Balance zwischen Über- und Unterforderung
- konkrete kleine Aktionen
- Ressourcen stärken
- Sicherheit geben
- Hoffnung vermitteln
- symptombedingte Einschränkungen erkennen und in der Pflege kompensieren

**Kognitionen deutlich machen !**

# Persönlicher Umgang mit depr. Patienten

## **vermeiden:**

- Kränkungen
- Heiterkeit als Kontrastprogramm
- Kampf
- „reißen Sie sich zusammen“
- Beziehungsfragen
- Ansteckungsgefahr !

# Suizidanamnese

---

## **wie erfasse ich Suizidalität:**

1. zeitlicher Verlauf, Dauer der Suizidgedanken, Fluktuation, ein langsames Ansteigen ist der höchste Indikator.
2. Auslöser, Notsignale, interpersonale Auslöser sind in engen Beziehungen entscheidend.
3. Konkretisierungsgrad
4. frühere Suizidversuche
5. Behandlungskonsequenzen

# Recherche

---

- wer bietet was zum Thema Depression für an?
- geeignete Psychiater
- Psychotherapeuten
- Seelsorger, Selbsthilfegruppen, Tageskliniken etc.
- Anfragen bei Kostenträgern