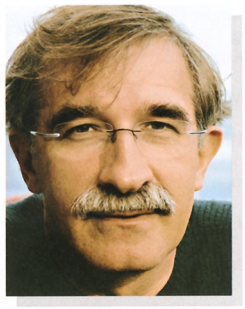
Wenn sich das Leben verdunkelt ...

Depressive Störungen bei Dialysepatienten



Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl
Nierenzentrum
Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

Depressionen sind eine weit verbreitete Erkrankung. Nur wenige wissen, daß nahezu jeder fünfte Mensch einmal im Verlauf seines Lebens an einer Depression erkrankt. Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation werden Depressionen im Jahr 2020 weltweit die zweithäufigste Volkskrankheit nach den Herz-Kreislauferkrankungen sein, in den Industrienationen sogar die häufigste. Die sozialen Veränderungen mit dem Zerfall von Großfamilien, zunehmender Vereinzelung und der gleichzeitig zunehmende Druck in der Arbeitswelt führen zu einer dramatischen Zunahme psychischer Erkrankungen. Spitzenreiter sind dabei die depressiven Krankheitsbilder; bezogen auf die letzten Wochen sind etwa sechs Prozent der Bevölkerung in Deutschland an einer behandlungsbedürftigen Depression erkrankt. Etwa jeder zehnte aller in hausärztlichen Praxen betreuten Patienten erfüllt die diagnostischen Kriterien für eine Depression. Bei Dialysepatienten geht man von einer durchschnittlichen Häufigkeit von etwa 20 bis 30 Prozent aus, das heißt sie stellt hier das häufigste psychologische Problem dar.

Eine depressive Störung ist mit psychotherapeutischen und medikamentösen Verfahren gut behandelbar – besonders dann, wenn sie frühzeitig diagnostiziert wird. Dies gilt in besonderer Weise auch für Dialysepatienten, die durch eine nicht erkannte und fachgerecht behandelte Depression besonderen Gefahren ausgesetzt sind.
So belegt eine in der internationalen Fachzeitschrift „Kidney International" im vergangenen Jahr veröffentliche Untersuchung einer Forschungsgruppe um Susan Hedayati aus Dallas in den USA, daß das Vorliegen einer Depression mit schwerwiegenden Folgen für Dialysepatienten verbunden ist. Die Wissenschaftler hatten 98 Dialysepatienten befragt, von denen 26,7 Prozent an einer Depression erkrankt waren. Es zeigte sich, daß 81 Prozent der Depressiven stationär aufgenommen werden mußten oder verstarben. Bei den psychisch Gesunden traf das nur auf 43 Prozent zu, das heißt die Rate an Komplikationen und Todesfällen war nur etwa halb so hoch. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich übrigens auch bei Patienten mit Diabetes oder einer koronaren Herzerkrankung, die ebenfalls ein deutlich erhöhtes Risiko aufweisen, medizinische Komplikationen zu entwickeln oder zu sterben. Das Ergebnis der Studie von Susan Hedayati hat in Fachkreisen allgemeines Aufsehen erregt, denn als Konsequenz sollte noch viel mehr als bisher die seelische Befindlichkeit von Dialysepatienten bei der Therapieplanung berücksichtigt und seelische Störungen konsequent behandelt werden.

Wie äußert sich eine Depression?

Der Begriff „Depression" leitet sich vom lateinischen „deprimere" ab und bedeutet „herunter- oder niederdrücken." Eine Depression wirkt sich viel tiefgreifender und nachhaltiger auf das Alltagsleben aus als eine „normale" Traurigkeit und äußert sich durch Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, emotionale Leere, Interesselosigkeit und Antriebsverlust. Mit diesen Symptomen sind häufig auch verschiedene körperliche Beschwerden, zum Beispiel Kopf- oder Rückenschmerzen, Magen-Darm- oder auch Herzbeschwerden, verbunden. Selbst die zuverlässige Einnahme der notwendigen Medikamente wird beeinträchtigt. Durch die Depression werden auch körperliche Vorgänge beeinflußt: so wird das Immunsystem negativ beeinflußt, unter anderem steigen die Werte von Entzündungswerten wie dem C-reaktiven Protein an.
Depressive Menschen sind durch ihre Erkrankung meist in ihrer gesamten Lebensführung beeinträchtigt, wie es die Beschreibung einer Patientin verdeutlicht: „Ich weiß nicht einmal genau, wann und wie es angefangen hat. Plötzlich hatte ich das Gefühl, es geht nichts mehr – so als ob meine Batterien leer wären. Wenn ich morgens aufgewacht bin, lag der Tag wie ein Riesenberg vor mir und ich wäre am liebsten überhaupt nicht aufgestanden. Selbst ganz normale Alltagstätigkeiten wie das Zähneputzen, das Frühstücken oder die Einnahme meiner täglichen Medikamente wurden zu einer einzigen Anstrengung. In der Firma konnte ich meine Aufgaben nur noch mit äußerster Anstrengung erledigen, hatte Probleme, mich zu konzentrieren und war abends vollkommen fertig, wenn ich wieder nach Hause kam. Meine Hobbies interessierten mich überhaupt nicht mehr, Freunde wollte ich auch keine mehr sehen. Selbst das Fernsehen war mir zu anstrengend – ich wollte nur noch in Ruhe gelassen werden. Während der Dialysesitzungen zog ich mich in mein Schneckenhaus zurück und nahm keinen Kontakt mehr auf. Weil dort immer eine ziemliche Hektik herrscht, fiel das auch erst einmal überhaupt nicht auf."

Allerdings: Das Vorliegen von bei Dialysepatienten häufigen Symptomen wie chronischer Müdigkeit

(fatigue), Appetitmangel und Schlafstörungen alleine bedeuten noch nicht automatisch das Vorliegen einer Depression. Die bedeutsamen Hauptsymptome beziehen sich vor allem auf die Veränderung der Stimmungslage und der Gefühle.
Obwohl sie wissen, wie wichtig die regelmäßigen Dialysesitzungen für ihre Gesundheit und ihr Überleben sind, lassen depressive Patienten häufiger ihre Sitzungen ausfallen. Ein Betroffener äußert dazu nach seiner Gesundung im Rückblick: „Ich kann es auch heute noch nicht wirklich verstehen. Ich war immer sehr gewissenhaft, was meine Dialyse anbetraf, aber mir war damals alles zu viel. Ich war bereits für eine bevorstehende Transplantation gelistet und es war nur noch eine Frage der Zeit, bis ich dran kam, aber ich fühlte mich nur noch gelähmt. Ich wollte einfach nicht mehr."

Zu den häufigsten Zusatzsymptomen gehören Einschlaf- und Durchschlafstörungen, insbesondere das morgendliche Früherwachen und vor lauter Grübeln nicht mehr einschlafen können. Viele Betroffene haben wegen ihrer Beschwerden auch noch Schuldgefühle, weil sie sie nicht als Zeichen einer Krankheit ansehen, sondern als persönliches Versagen, Folgen mangelnder Disziplin. Nicht selten entwickeln sie unter diesem Leidensdruck Selbstmordgedanken, die von gelegentlichen „Gedankenspielen" bis zu ausgeprägten Todeswünschen reichen können.

Krankheitsursachen

Man geht heute in der Forschung von einem multifaktoriellen Geschehen aus, bei dem körperliche, psychische und soziale Faktoren beteiligt sind. Studien weisen auf eine genetische Disposition hin, das heißt depressive Krankheitsbilder treten gehäuft familiär auf. Viele der zu beobachtenden Symptome werden durch Fehlsteuerungen der Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter) bedingt. Experimente an Tieren zeigen, daß ein depressionstypisches Verhalten vor allem dann auftritt, wenn belastende Ereignisse (Streß) dauerhaft als unkontrollierbar erlebt werden. So steigern Verlust- und Trennungserlebnisse das Risiko, im späteren Leben eine Depression zu entwickeln. Depressive Menschen haben in der Kindheit zwei- bis dreimal so häufig Verluste wichtiger Bezugspersonen durch Trennung, Scheidung oder Tod erlebt wie nicht depressive Personen. Umgekehrt erscheinen intakte Sozialbeziehungen vor einer Depression zu schützen. Aber auch soziale Faktoren sind bedeutsam; so weisen zum Beispiel Arbeitslose eine doppelt so hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit aus als Vollzeitbeschäftigte.
Bei Dialysepatienten kommen spezifische Belastungen wie das ständige Angewiesen-Sein auf das medizinische Personal, Einschränkungen der Lebensqualität durch die chronische Nierenerkrankung und Dialysebehandlung oder auch die immer noch langen Wartezeiten auf eine Transplantation hinzu. Eine Patientin äußert dazu: „Ich wurde durch meine überraschend aufgetretene Nierenerkrankung und damit einhergehende Dialysebehandlung vollkommen aus meinem normalen Leben herauskatapultiert. Plötzlich war ich auf das Dialyseteam angewiesen und hatte Schwierigkeiten damit, meinen Ärger zu zeigen, wenn irgend etwas nicht richtig lief, weil ich mich ja auf sie angewiesen fühlte. Ich hatte kaum noch das Gefühl von Kontrolle und mußte mich in vielem einschränken, was für mich zuvor Lebensqualität bedeutete. Das hat mich immer mehr runtergezogen und – davon bin ich überzeugt – zur Entwicklung meiner Depression beigetragen."
Daneben können Medikamentenwirkstoffe (z.B. Metoprolol, Cortisonpräparate) eine depressive Symptomatik verursachen oder verstärken.

Wie verläuft eine Depression?

Depressive Erkrankungen zeigen sehr unterschiedliche Verläufe und werden von den Betroffenen auch unterschiedlich erlebt. Häufig ist der Verlauf episodisch, das heißt die Krankheitsphasen sind zeitlich begrenzt und können auch ohne therapeutische Maßnahmen abklingen. Durch eine fachgerechte Behandlung verkürzt sich die durchschnittliche Dauer einer depressiven Episode auf etwa drei Monate, während sie unbehandelt circa sechs Monate oder auch länger andauern kann.
Ein besonderes Problem stellen dabei die Wiedererkrankungen dar: Mit einer vollständigen und anhaltenden Heilung kann nur etwa bei einem Drittel der Betroffenen gerechnet werden. Bei einem weiteren Drittel der Erkrankten kommt es zu einer Besserung, aber es bleibt eine „Restsymptomatik" bestehen, wodurch sich das Risiko einer Neuerkrankung erhöht. Bei etwa der Hälfte der Patienten kommt es im Laufe ihres Lebens zu einer weiteren depressiven Phase. Bei etwa 15 Prozent der Betroffenen kommt es zu einem chronischen Verlauf – häufig als Folge einer nicht frühzeitig eingeleiteten und fachgerechten Behandlung. Schon aus diesem Grund ist es wichtig, den behandelnden Arzt rechtzeitig darauf anzusprechen und um Hilfe zu bitten.

Behandlungsmöglichkeiten

Entsprechend der oben geschilderten Probleme depressiv Erkrankter bestehen die Therapieziele vor allem darin, die depressiven Symptome zu vermindern und letztlich eine vollständige Rückbildung zu erreichen sowie die Wahrscheinlichkeit für einen direkten Rückfall oder eine spätere Wiedererkrankung zu reduzieren. Grundsätzlich gibt es dazu vier Behandlungsstrategien:

– Aktives und beobachtendes Abwarten („watchful waiting"). Bei einer leichten Depression wird mit dem Einsetzen der Therapie abgewartet, um nicht einer spontanen Rückbildung vorzugreifen. Jedoch sollte innerhalb von zwei Wochen eine erneute Überprüfung des Befindens erfolgen.

– Psychotherapie. Psychotherapie ist als alleiniges Behandlungsverfahren bei leichten bis mittelgradigen Depressionen angezeigt. Wissenschaftlich überprüft

auf ihre Wirksamkeit sind die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonelle Psychotherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Diese Verfahren werden durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten angeboten, die Kosten für die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (die sogenannten „Richtlinienverfahren") werden in der Regel von den gesetzlichen und den Privatkrankenkassen übernommen. Anschriften der Behandler sind von den Krankenkassen oder den zuständigen kassenärztlichen Vereinigungen erhältlich. In einigen Fällen kann auch eine stationäre Aufnahme in darauf spezialisierten psychosomatischen Fachkliniken oder psychiatrischen Krankenhäusern mit Depressionsstationen notwendig werden.

– Medikamentöse Therapie. Die Behandlung mit Medikamenten ist Standard bei mittelschweren und schweren Depressionen, bei chronischem Verlauf, Depressionen in der Familiengeschichte sowie bei fehlender Wirksamkeit alleiniger Psychotherapie. Heute steht dazu eine Vielzahl unterschiedlicher wirksamer Substanzen zur Verfügung, die den Stoffwechsel im Gehirn beeinflussen, aber keine Abhängigkeit („Sucht") erzeugen. Allerdings bewirken sie immer erst mit einer gewissen Verzögerung nach dem Beginn der Behandlung eine spürbare Besserung (zwischen 2 und 4 Wochen) und können besonders zu Beginn der Behandlung von Nebenwirkungen (z.B. Übelkeit) begleitet sein. Die medikamentöse Therapie wird auch nach dem erfolgreichen Abklingen der depressiven Symptome noch über mehrere Monate weitergeführt.
Johanniskrautextrakte erscheinen nur bei einer leichten oder mittelschweren Depression sinnvoll; ihre Einnahme sollte aber unbedingt mit dem behandelnden Nephrologen abgesprochen werden, da sie die Wirkung anderer Medikamente beeinträchtigen können!

– Kombinationstherapie. Eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Medikamenten ist insbesondere bei unvollständigem Ansprechen auf eine alleinige psychotherapeutische oder medikamentöse Therapie angezeigt, ebenso beim Vorliegen einer schweren Depression.
Daneben stehen eine Reihe weiterer Therapieverfahren zur Verfügung, die allerdings in der Regel im Rahmen einer stationären Aufnahme in einer psychiatrischen Fachklinik durchgeführt werden, zum Beispiel durch Schlafentzug, Lichttherapie und in besonders schweren Fällen die Elektrokrampftherapie. Es gibt auch weitere erfolgversprechende Therapieansätze wie die Sport- und Bewegungstherapie, deren spezifische Wirksamkeit bei Dialysepatienten bisher leider noch nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht worden sind.

Therapie ja, aber …

Die Behandlung depressiver Störungen von Dialysepatienten ist notwendig und sinnvoll; in einer Untersuchung von Frederic Finkelstein und Mitarbeitern in New Haven in den USA konnte durch eine zwölfwöchige Behandlung das Ausmaß der Beeinträchtigung durch depressive Symptome auf die Hälfte reduziert werden. In der Folge verbessern sich die subjektive Befindlichkeit und Lebensqualität erheblich. Ob sich dadurch auch die oben beschriebenen körperlichen Begleiterscheinungen und medizinischen Komplikationen verringern, ist anzunehmen, bisher aber noch nicht ausreichend untersucht worden.
Die zahlreichen nachgewiesenen Folgeerscheinungen einer unbehandelten Depression lassen es also unabweisbar erscheinen, Dialysepatienten systematisch nach depressiven Symptomen zu fragen und gegebenenfalls zu einer Behandlung zu gewinnen. Die Probleme beginnen jedoch leider bereits bei dem zunehmenden Personal- und Zeitmangel in Dialyseabteilungen und den in der Regel nicht vorhandenen Sozialarbeitern oder Psychologen. Das Fachgebiet „Psychosoziale Nephrologie" ist bisher in Deutschland nur unzureichend etabliert und dessen wissenschaftliche Erkenntnisse werden den Mitarbeitern nephrologischer Einrichtungen im Rahmen ihrer ärztlichen oder pflegerischen Fachweiterbildung nur unzureichend vermittelt. In der Folge gelingt es dann auch nicht, die Patienten zu einer Mitarbeit zu motivieren. In der eben zitierten Untersuchung von Finkelstein war nur die Hälfte der durch den Einsatz eines Fragebogens als depressiv erkannten Patienten dazu bereit, an einem ausführlichen psychologischen Interview teilzunehmen. Und von denen, die das Interview absolvierten und sich die Diagnose einer Depression bestätigte, absolvierte nur die Hälfte das medizinisch-psychologische Behandlungsangebot bis zum erfolgreichen Ende.

Fazit

Eine unbehandelte Depression beeinträchtigt nicht nur die subjektive Befindlichkeit und Lebensqualität, sondern führt auch gehäuft zu medizinischen Komplikationen und zu vermehrten Todesfällen. Da Patienten mit einer depressiven Störung häufig nicht erkannt und ihnen in der Folge keine fachlich qualifizierte Behandlung angeboten wird, ist es wichtig, daß Patienten ihren Nephrologen oder ihre Dialyseschwester darauf ansprechen, wenn sie bei sich die Entwicklung depressiver Symptome beobachten. Die heute zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen und medikamentösen Therapieverfahren stellen wirksame Möglichkeiten zur Verfügung, die Depression einzudämmen und deren erneutes Auftauchen zu verhindern.

Literatur auf Anfrage beim Verfasser.

Anmerkung der Redaktion:
Möglicherweise haben Sie als Dialysepatient depressive Phasen, über die Sie bisher noch nicht mit einer anderen Person gesprochen haben. Sprechen Sie – oder auch Ihr/e Partner/in – den ***Dipl.-Psychologen Stefan Zettl*** *innerhalb der* ***Diatra-Journal-Telefon-Sprechstunde*** *dazu am Donnerstag,* ***14. Mai 2009****, an. Er gibt Ihnen sicher einen helfenden Rat.*
Sehen Sie dazu die Seiten 6 und 7.