

## 6.4 Depression

Monika Keller

### Inhaltsübersicht

Krankheit oder normale Reaktion?  
Diagnostische Zuordnung depressiver Störungen  
Häufigkeit depressiver Störungen bei Schwerkranken  
Ätiologie depressiver Störungen  
Behandlung depressiver Schwerkranker

### Einleitung

Die häufigen depressiven Reaktionen im Verlauf schwerer Krankheiten werden oft spontan bewältigt. Eine anhaltende Depression, die bei ca. 10–25 % aller Schwerkranken zu beobachten ist, ist eine behandlungsbedürftige Zweiterkrankung. Somatische und vegetative Symptome, die schwere Depressionen charakterisieren, sind bei somatischen Erkrankungen nur bedingt für die Diagnostik verwertbar. Die Ätiologie ist multifaktoriell; neben psychosozialen Risikofaktoren sind somatische Faktoren als Folge von Krankheit und Behandlung zu berücksichtigen. Vorrangig bei der Behandlung sind eine bestmögliche Symptomkontrolle und die psychosoziale Betreuung durch das Behandlungsteam. Psychotherapeutische Interventionen können die depressive Symptomatik nachhaltig verringern. Häufig sind zusätzlich Antidepressiva indiziert und wirksam. Regelmäßige Supervision und Fortbildung sind zur Entlastung der Betreuer notwendig.

### Krankheit oder normale Reaktion?

Die Bewältigung einer schweren, unheilbaren Erkrankung stößt gerade bei progredienten Krankheitsverläufen immer wieder an Grenzen

menschlicher Bewältigungsfähigkeiten. Wenn solche Lebenskrisen von gedrückter Stimmung, intensiven Gefühlen von Schmerz, Niedergeschlagenheit und Verzweiflung begleitet sind, handelt es sich um eine »normale« und unvermeidliche Reaktion, die der Schwere der Krise angemessen ist. Während es vielen Patienten gelingt, solche Tiefs aus eigener Kraft zu überwinden und ihr seelisches Gleichgewicht wiederzufinden, entwickeln einige eine anhaltende depressive Störung. Das quälende Leiden an einer Depression, zusätzlich und nicht selten schwerer als an der Grunderkrankung, hat Krankheitswert und führt zu einer weiteren vermeidbaren Beeinträchtigung von Lebensqualität. So wichtig es ist, zwischen beiden Formen zu unterscheiden, so schwierig ist oft die Abgrenzung.

Depression ist nicht zwangsläufig mit schwerer körperlicher Krankheit assoziiert; Hoffnungslosigkeit, Apathie und sozialer Rückzug sind keine unvermeidlichen Begleiterscheinungen der Erkrankung. Jedoch nicht nur Patienten halten oft ihre Depression für eine scheinbar normale, zwangsläufige Folge ihrer Grunderkrankung. Auch medizinische Betreuer gestehen schwerkranken Patienten häufig ein »Recht auf Depression« zu. In diese Einstellung gehen vermutlich Identifikationen mit dem Patienten ein, sie ist aber auch Ausdruck eines unzureichenden Problembewusstseins. Zu wenig wird dabei berücksichtigt, dass eine schwere Depression eine Zweiterkrankung sein kann und einer wirksamen Behandlung zugänglich ist. In weniger als der Hälfte aller Fälle werden krankheitswertige Depressionen zutreffend diagnostiziert und behandelt, bei somatisch Gesunden ebenso wie bei Schwerkranken [11, 13, 27, 30, 38]. Ein Missverständnis wäre es allerdings, würde man aus der möglichen Komorbidität von somatischer Erkrankung und Depression auf eine generelle Psychopathologie Schwerkranker schließen. Es wäre ebenso einseitig wie irreführend, das oft erstaun-

liche Potenzial an psychischer Bewältigungsfähigkeit bei der Mehrzahl Schwerkranker zu vernachlässigen, wie das Problem depressiver Erkrankungen als normale Reaktion zu bagatellisieren.

Psychosoziale Betreuung depressiver Schwerkranker zielt in erster Linie auf die Verringerung seelischen Leidens und damit auf eine Verbesserung von Lebensqualität ab. Auf – spekulative, bisher unbewiesene – Zusammenhänge zwischen Depression und Krankheitsverlauf wird hier mangels fehlender Konsequenzen für die Behandlung nicht eingegangen. Entgegen der von Patienten wie Populärpsychologen häufig geäußerten Vermutung, wonach sich Depression, Angst und »negative« Gefühle nachteilig auf den Krankheitsverlauf auswirken, ergeben sich aus dem derzeitigen Stand der Forschung keine Anhaltspunkte für einen Einfluss psychosozialer Faktoren bzw. affektiver Störungen auf Entstehung und Verlauf von Tumor- und AIDS-Erkrankungen [21, 25, 44, 46].

## Diagnostische Zuordnung depressiver Störungen

Das breite Spektrum depressiver Phänomene reicht von der Trauerreaktion mit heftigen Emotionen wie Schmerz, Trauer, Wut, Verzweiflung, einem Zustand inneren Aufruhrs bis hin zur schweren Depression, die durch einen Zustand von Lähmung, »Anästhesie« von Gefühlen, Apathie, anhaltender Leere und Sinn- und Hoffnungslosigkeit charakterisiert ist. Zwischen diesen Polen finden sich die verschiedensten Formen und Übergänge. Diagnoseschock, Hiobsbotschaften und Therapiemisserfolge erfordern ebenso wie der Verlust körperlicher Funktionen oder sozialer Rollen seelische Schwerarbeit, bis eine innere Annäherung und ausreichende Anpassung an die veränderte Situation möglich wird. In solchen krisenhaften Phasen sind heftige Gefühle von Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, Mut- und Hoffnungslosigkeit so unvermeidlich wie Ärger, Wut, Enttäuschung und Neid. Patienten erschrecken manchmal über die Intensität und Wechselhaftigkeit früher nicht gekannter Gefüh-

le, über Stimmungsschwankungen zwischen Extremen wie Euphorie und Verzweiflung und manche fürchten »den Verstand zu verlieren«. Andere sind wie erstarrt, unfähig, einen klaren Gedanken zu fassen, oder warten wie gelähmt darauf, endlich aus einem »bösen Traum« aufzuwachen.

Einfühlende Begleitung trägt allenfalls dazu bei, die Heftigkeit der emotionalen Reaktionen abzumildern, keinesfalls lassen sie sich »wegtrösten« oder vermeiden. Patienten hilft es zu erfahren, dass sie zumeist aus eigener Kraft aus dem Tief herauskommen, dass sie dieses Erleben mit den meisten Patienten teilen und dass ihre Gefühle einfühlbar, keineswegs »verrückt« sind. Bei der Mehrzahl der Patienten überlebt die innere Überzeugung, dass ein zentraler Kern ihres Selbst von der Krankheit nicht zerstört wird. Dies stellt einen wirksamen Schutz gegen depressiven Selbstwertverlust dar. In der Regel werden diese gesunden Anteile den Patienten im Verlauf des Verarbeitungsprozesses wieder zugänglich, wodurch es auch wieder zu einer Stabilisierung von Stimmung und Befinden kommt.

Wenn Patienten, oft infolge krankheitsbedingter Extremlastungen, vorübergehend mit depressiven Symptomen reagieren, handelt es sich in der Regel um eine reaktive psychische Notfallreaktion. Versteht man Depression als Schutzmechanismus, vergleichbar der Kreislaufzentralisation nach einem Blutverlust, so wird auch ihre Funktion besser erkennbar: Der Rückzug von Gefühlen, von Interesse an der Umwelt, das Vermeiden von Aktivitäten erlauben es, sich auf das physische und psychische Überleben zu konzentrieren, zumindest für eine begrenzte Zeit. Vorwiegend unbewusste seelische Prozesse ermöglichen Integration und Neuorganisation, die ihre Zeit brauchen. Wird diese Notfallreaktion jedoch zum Dauerzustand, so verursacht sie ihrerseits seelisches Leiden und Beeinträchtigungen, von denen einige Patienten sagen, dass sie schlimmer sind als die körperliche Erkrankung. In der Folge kommt es zu länger anhaltenden depressiven Störungen und hat somit Krankheitswert.

An die Stelle schmerzlicher, trauriger Gefühle ist eine bleierne gedrückte Stimmung getreten.

Über allem liegt ein »Grauschleier« aus Leere und Niedergeschlagenheit (»kein Blatt ist mehr grün«). Interesse und Lebensfreude scheinen unwiderruflich verloren gegangen. Anhaltendes Grübeln ist häufig, Probleme, keineswegs immer in Zusammenhang mit der Erkrankung, scheinen unlösbar. Entscheidungen fallen schwer, soziale Beziehungen verlieren ihre emotionale Bedeutung, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen weichen Selbstanklagen oder der Überzeugung, »nutzlos«, »nichts mehr wert« zu sein bis hin zu ausgeprägtem Selbsthass (»mich eckelt, wenn ich in den Spiegel sehe«). Der Antrieb ist mehr oder weniger gehemmt, die kleinsten alltäglichen Anforderungen werden zu einer unüberwindlichen Last. Oft sind auch Konzentration und Merkfähigkeit, mit unterschiedlicher Ausprägung, eingeschränkt. Nicht selten äußern Patienten Ängste bzw. quälende innere Unruhe, die sich von Angststörungen in den Inhalten unterscheiden. Häufig sind es Ängste vor Versagen und Überforderung, etwa die Befürchtung, »das alles nicht mehr zu schaffen«. Dabei können die Angstinhalte verschoben sein, etwa von der Erkrankung auf die Therapie oder auf andere Bereiche.

#### Fallbeispiel

Eine 50-jährige Patientin, nach einem Bronchialkarzinom an einem Mammakarzinom erkrankt, litt unter depressiven Symptomen; ganz im Vordergrund stand dabei ihre Angst, die Chemotherapie »nicht zu schaffen«, während die Krankheit ihr »nichts ausmachte«. Die Todesbedrohung wurde von der Erkrankung auf die Chemotherapie – als etwas von außen Kommendes – verschoben.

Gerade »stumme« Formen der Depression bleiben oft unerkannt. Die Patienten klagen kaum über Beschwerden, eher fallen sie der Umgebung durch Rückzug oder abweisendes Verhalten auf. Hinter dem Eindruck einsilbig-mürrischer Wortkargheit verbergen sie im Kontakt ihre Verzweiflung. Sie beschreiben ein vages Gefühl von Selbstverfremdung, als seien sie »jemand anderes geworden«, »nicht mehr der/die Alte«, als sei etwas Unbegreifliches mit ihnen geschehen. Solche Veränderungen werden von Patien-

ten häufig als Folge der Krebserkrankung interpretiert.

Vegetative bzw. »Vitalsymptome«, wie sie in den Diagnosekriterien internationaler Klassifikationen (ICD-10, DSM-IV) für eine »major depression« gefordert werden, sind bei körperlichen Erkrankungen nur bedingt für die Diagnose einer Depression geeignet [12, 23, 46, 55]. Erschöpfbarkeit und Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Schlafstörungen begleiten häufig schwerere Depressionen, können aber ebenso Folge der somatischen Erkrankung sein. Je mehr die vegetativen Beschwerden das zu erwartende Ausmaß durch die Grunderkrankung überschreiten oder sicher nicht mit ihr in Zusammenhang stehen, desto eher können sie diagnostisch auf eine Depression bezogen werden.

#### Fallbeispiel

Eine 35-jährige Patientin, nach einem Ovarialkarzinom seit einiger Zeit in Vollremission, interpretierte ihre ausgeprägte Müdigkeit als Erkrankungsfolge. Erst nach längerer Zeit konnte sie ihre Erschöpfbarkeit als ausgeprägten depressiven Rückzug, als »Sparflammenleben« verstehen, mit dem sie glaubte, ein Rezidiv vermeiden zu können.

Auch wenn es nicht immer möglich ist, Symptome zweifelsfrei der somatischen oder der psychischen Erkrankung zuzuordnen, sollte berücksichtigt werden, dass sie sich gegenseitig beeinflussen, potenzieren oder maskieren können. Oft gelingt es erst mit besserer Kenntnis des Patienten und über einen längeren Beobachtungszeitraum, krankheits- oder therapiebedingte von depressiven Symptomen zu differenzieren. Anstelle somatisch-vegetativer Symptome sollten bei Schwerkranken kognitive Einschränkungen (Denk- und Konzentrationsstörungen) stärker gewichtet werden. Als zuverlässige Indikatoren gelten, neben Dysphorie und Selbstwertverlust, Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, von Schuld, Strafe und Versagen, sozialer Rückzug sowie – passive oder aktive – Todeswünsche [13, 23]. Körperlich erlebte Symptome, besonders Schmerzen können depressive Verstimmungen auslösen oder sie verschlimmern, so wie sie ihrerseits auch umgekehrt

durch eine Depression verstärkt werden können [1, 34]. Mit der Diagnose einer Depression sollte man daher äußerst zurückhaltend sein, solange krankheitsassoziierte Schmerzen oder andere schwerwiegende Symptome unzureichend behandelt sind [29].

Screening-Verfahren zur Identifizierung von behandlungsbedürftigen psychischen Störungen werden zunehmend auch in der Palliativmedizin eingesetzt und in Leitlinien verbindlich empfohlen (z. B. [www.nice.org.uk/guidance](http://www.nice.org.uk/guidance)). Hierzu findet sich eine Vielzahl, auch für palliative Settings geeigneter Instrumente, zumeist Fragebogen zur Selbsteinschätzung durch Patienten. Sie sind empirisch geprüft, praxistauglich und werden von Patienten gut akzeptiert, soweit es ihre gesundheitliche Verfassung erlaubt [9, 13, 32]. Für Schwerstkranke sind sie jedoch kaum geeignet und darüber hinaus erlauben Screening-Instrumente keine diagnostische Sicherung einer Depression. Sie ersetzen keinesfalls die eingehende klinische Exploration im persönlichen Kontakt mit dem Patienten.

Als Alternative bieten sich orientierende Screening-Fragen im Gespräch mit dem Patienten an. Werden sie systematisch, z. B. bei jedem Aufnahmegespräch angewandt, lässt sich damit die Erkennungsrate von Depressionen zuverlässig steigern [23, 43]. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass es Patienten leichter fällt, sich über Stimmung und Gefühle mitzuteilen, wenn sie von ihrem Arzt danach gefragt werden. Nehmen Patienten das Interesse von Arzt oder Pflegenden an ihrem seelischen Befinden wahr, relativieren sich ihre Vorbehalte, Scham und die Sorge vor psychiatrischer Stigmatisierung.

#### Screening-Fragen:

- Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
- Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun? [54]

Bejaht der Patient mindestens eine der beiden Fragen, sind weitere Symptome der Depression zu eruieren [5].

Die klinische Diagnose einer behandlungsbedürftigen Depression sollte sich immer auf mehrere Ebenen stützen. Sie orientiert sich zunächst an Schwere und Dauer depressiver Symptome. Dazu sollten die wichtigsten Bereiche depressiver Beschwerden wie Stimmung, Anhedonie, Antrieb, Selbstwertgefühl und Hoffnungslosigkeit erfragt werden. Stimmungsschwankungen sprechen eher für eine passagere Anpassungsstörung und sind von anhaltend gedrückter Stimmung zu unterscheiden. Weitere Hinweise können sich aus Fragen nach psychischen Erkrankungen, besonders nach früheren depressiven Episoden in der Vorgeschichte, einschließlich Sucht und Familienanamnese, ergeben.

Über den Krankheitswert entscheidet vor allem die subjektive Bewertung durch den Patienten: Wie sehr leidet er unter den depressiven Beschwerden und in welchem Ausmaß beeinträchtigen sie ihn in seinem Lebensalltag? Gerade bei ambulanten Patienten können auch Angehörige wichtige ergänzende Informationen beitragen.

Manchmal wird es erst mit der Beobachtung des Verlaufs möglich, zwischen verschiedenen depressiven Bildern zu differenzieren. Bei einer Dauer von 1–2 Wochen, umso mehr, wenn ein Zusammenhang mit einer krisenhaften Phase der Grunderkrankung erkennbar ist, kann von einer depressiven Reaktion bzw. Anpassungsstörung mit meist spontaner Besserung ausgegangen werden. Bei mindestens einem Drittel der Patienten kann mit einer Verbesserung im Verlauf gerechnet werden. Je länger jedoch die Symptomatik anhält oder je eher sie eine Tendenz zur Verschlechterung zeigt, umso wahrscheinlicher ist von einer behandlungsbedürftigen Depression auszugehen. Der klinische Eindruck des Untersuchers erfasst die Art, wie sich der Patient mitteilt, insbesondere durch nonverbale Signale in Haltung, Gestik und Mimik. Je schwerer der emotionale Kontakt fällt, je weniger der Patient im Gespräch zu erreichen ist und je mehr der Untersucher selbst von bleierner Schwere und Hilflosigkeit befallen wird, umso schwerer ist vermutlich die Depression des Patienten. Die eigene affektive Reaktion kann, im Sinne eines diagnostischen Instruments, wichtige Hinweise auf das Befinden des Patienten vermitteln. Dies trifft be-

sonders für diejenigen Patienten zu, die ihr inneres Erleben nur schwer artikulieren und vermitteln können.

Erkennbare Auslöser erlauben nicht, zwischen verschiedenen Formen der Depression zu differenzieren und sollten nicht für eine differenzielle Indikation (antidepressive Medikation vs. Psychotherapie) verwendet werden.

#### Fallbeispiel

Eine 53-jährige Patientin hatte ihre bisherige Erkrankung an einem metastasierten Kolonkarzinom mit enormer Energie bewältigt. Auf die Mitteilung hin, dass die Chemotherapie entgegen der ursprünglichen Planung weitergeführt werden sollte, erkrankte sie plötzlich an einer schweren agitierten Depression, die stationär behandelt werden musste. Als Auslöser benannte sie eindeutig diese Mitteilung: »Da ist etwas in mir zerbrochen.« Obwohl die auslösende Situation die Entstehung der Depression gut nachvollziehbar scheinen lässt, ist die alleinige psychotherapeutische Behandlung unzureichend.

Die Einschätzung der Suizidgefährdung eines Patienten sollte sich nicht auf den subjektiven Eindruck des Arztes stützen, sondern bei depressiven Patienten regelmäßig erfragt werden. Auch bei körperlich Schwerkranken ist Depression der wichtigste Risikofaktor für Suizidalität [7]. In einer behutsamen patientenzentrierten Gesprächsführung kann man schrittweise Gedanken wie Mutlosigkeit und Verzweiflung ansprechen und dabei Suizidgedanken, Suizidpläne oder sogar konkrete Vorhaben eruieren. Der Patient erfährt so, dass es nachvollziehbar ist, wenn in einer schwierig oder ausweglos erlebten Situation Suizidgedanken auftauchen. Viele Patienten haben zu irgendeinem Zeitpunkt ihrer Erkrankung Suizidgedanken, die nicht mit aktuellen Todeswünschen zu verwechseln sind. Sie haben die wichtige Bedeutung, einer befürchteten Situation völligen Kontrollverlusts – wenigstens gedanklich – eigene Möglichkeiten der Selbstbestimmung entgegenzusetzen. Immer sollte jedoch die aktuelle Suizidgefährdung eruiert werden und ggf. in unklaren Fällen und insbesondere bei manifester Suizidalität ein Psychiater zugezogen werden.

#### Fallbeispiel

Konsiliarisch zu einer »suizidalen« 78-jährigen Patientin mit metastasiertem Kolonkarzinom kurz vor der Rückverlegung in ihr Heimatkrankenhaus gerufen, traf ich auf eine bettlägerige, dabei sehr lebendige Frau, die sich realistisch mit ihrem bevorstehenden Tod auseinander setzte, allerdings sehr unter ihrem Kräfteverfall und starken Schmerzen litt. So wolle sie nicht weiterleben. Sie hatte klare Vorstellungen, was sie in der verbleibenden Zeit, ein gebessertes körperliches Befinden vorausgesetzt, noch erleben wollte. Wir konnten gemeinsam erarbeiten, dass die Suizidbefürchtungen der Kollegen Ausdruck von Schuldgefühlen waren, weil sie die Patientin wegschicken mussten, ohne ihr wesentlich geholfen zu haben.

Das Suizidrisiko ist bei Tumorpatienten etwa doppelt so hoch wie in der Bevölkerung. Dennoch sind vollendete Suizide auch im Bereich der Palliativmedizin selten [6, 22, 36]. Besonders nach Diagnosestellung, bei Rezidiven und fortschreitender Erkrankung ist das Suizidrisiko erhöht. Bei Schwerkranken erhöhen Depression, Hoffnungslosigkeit, funktionelle Beeinträchtigung und unzureichend kontrollierte Schmerzen das Suizidrisiko. Äußern Patienten passive Todeswünsche, sind diese häufig Ausdruck einer unerträglich empfundenen Leidenssituation. Empirische Untersuchungen stützen die klinische Erfahrung: Die meisten Patienten mit Todeswünschen oder Suizidgedanken wollen leben, aber nicht mit unerträglichem körperlichem und seelischem Leiden. Effektive Palliation von körperlichem wie seelischem Leiden hat daher absolute Priorität – nicht nur unter dem Aspekt der Suizidprophylaxe, von besonderer Bedeutung auch im Zusammenhang mit der Diskussion um Sterbehilfe bzw. Euthanasie [18, 24]. Patienten mit dem Wunsch nach Sterbehilfe leiden häufig unter einer »major depression« die sich u. a. in der Überzeugung äußert, »anderen nur noch eine Last« zu sein [7, 15, 18, 26, 31, 38].

Organisch bedingte psychische Störungen, beispielsweise im Rahmen einer Hirnmetastasierung, gehen häufig mit einer depressiven Symptomatik einher, was die Notwendigkeit begrün-