

Palliative Care - Depression

Einleitung

Beachte: Trauer ist eine normale seelische Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis (Schicksalsschlag, Verlust eines geliebten Menschen) und darf nicht mit einer Depression verwechselt werden.

Die Häufigkeit depressiver Symptome bei schweren somatischen Erkrankungen ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 2-4-fach erhöht, mehr als 60% der Krebspatienten haben psychische Symptome. Depression ist ein schwerwiegendes belastendes Leiden, das bis in die Terminalphase hinein effektiv behandelt werden kann und sollte.

Definition

Die Depression ist eine behandlungsbedürftige psychische Störung. Sie wird zu den affektiven Störungen gezählt.

Klassifikation nach ICD-10	
F32.0	Leichte depressive Episode (Der Patient fühlt sich krank und sucht ärztliche Hilfe, kann aber seinen beruflichen und privaten Pflichten gerade noch gerecht werden).
F32.1	Mittelgradige depressive Episode (Berufliche oder häusliche Anforderungen können nicht mehr bewältigt werden).
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (Der Patient bedarf ständiger Betreuung. Eine Klinik-Behandlung wird notwendig, wenn das nicht gewährleistet ist).
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (Wie F.32.2, verbunden mit Wahngedanken, z. B. absurden Schuldgefühlen, Krankheitsbefürchtungen, Verarmungswahn u. a.).

F 33.0, F33.1, F33.2: leichte, mittelgradige, schwere Episode bei **Rezidivierender** depressiver Störung, F33.3 **Rezidivierende** Depressive Episode mit psychotischer Symptomatik

Unterscheidung Trauer / Depression

Achtung: Unterscheidung nicht immer einfach!

Trauerprozess	Depression
Natürlicher Prozess	Krankheitsbild
Ausgelöst durch einen Verlust	Ausgelöst durch verschiedene Faktoren meist im Zusammenspiel: siehe Ursachen
Gedankliche Auseinandersetzung mit dem Verlust, Sinnsuche, Beschäftigung mit Spiritualität	Einseitig negative Sicht auf die Krise, Selbstentwertung, Schuldgefühle, Sinnlosigkeit
Viele widersprüchliche und intensive Gefühle	Gefühlte Gefühllosigkeit, innere Leere
Tränen	Keine Tränen
Prozesshaft mit wechselnden Stimmungen, Gedanken und Bedürfnissen	Gleich bleibend niedergedrückte Verfassung, keine Veränderung oder schleichende Verschlechterung
Sinnerfüllter Prozess mit dem Ziel, den Verlust zu begreifen, wertschätzende Formen des Erinnerns zu entwickeln und einen neu organisierten Alltag zu leben	Schutzmechanismus vor überfordernden Reizen, der seinen Sinn verloren hat und nun stumpf gegen alle Reize macht, damit das Erleben des Alltags verhindert.

Ursachen

- Schwere, zum Tod führende Erkrankung
- Angst vor Schmerz, Tod
- Verletzung des Körperbildes, Körperliche Behinderung
- Verlust von Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, Kontrollverlust
- Psychosoziale Stressoren (Verlust von Arbeit, soziale Rolle, Familiendynamik)
- Gefühl der Belastung für das Umfeld
- Kommunikationsprobleme (mangelndes Verständnis, andere Kulturen)
- religiös-spirituelle Stressoren (Schuldfrage, Leid als Busse)
- Metabolische Störung (Hypercalcämie, Organversagen: Niere, Leber, Lunge)
- Endokrine Störungen (Schilddrüse und Nebenniere, paraneoplastische Hormonproduktion)
- Zerebrale Pathologien (Tumoren, Metastasen, Infarkte, Hämorrhagien)
- Medikamente (Betablocker, Neuroleptica, Steroide usw. usf.)
- Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
- Tumorkachexie
- Degenerative Erkrankungen (verschiedene Formen der Demenz)

Assessment (bei Eintritt)

Anamnese:

(Screening-Fragen beim Verdacht auf eine depressive Episode)

1. Litten Sie im letzten Monat häufig an Niedergeschlagenheit oder Hoffnungslosigkeit?
2. Litten Sie im letzten Monat an fehlendem Interesse und Freude an fast allem?

Spezifische Fragen:

1. Können Sie sich an Dinge des alltäglichen Lebens noch freuen?
2. Wann haben Sie das letzte Mal gut gegessen?
3. Wann sind Sie das letzte Mal einem Hobby nachgegangen?
4. Fällt es Ihnen schwer Entscheidungen zu treffen?
5. Neigen Sie zum Grübeln?
6. Haben Sie das Gefühl ihre Lebensenergie verloren zu haben?
7. Leiden Sie an Schlafstörungen?

Klinische Symptome

Depressive können sich nicht mehr freuen und haben oft grosse Mühe, auch einfache Entscheidungen zu treffen. Der schwer depressive Mensch kann nicht mehr wollen und nicht mehr können.

Gefühle und Gedanken

- Hoffnungslosigkeit, keine Pläne
- Gefühl der Wertlosigkeit: Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl
- übermässige oder unangepasste Schuldgefühle und Selbstvorwürfe
- Energielosigkeit, Antriebsmangel, fehlende Tagesstrukturierung
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Verlangsamung
- Suizidgedanken (siehe auch [Suizidalität.doc](#))
- Traurigkeit, Dysphorie, Freudlosigkeit, Weinerlichkeit, Interesselosigkeit, Sozialer Rückzug

Körperliche Symptome

Diese können auch Ausdruck der terminalen somatischen Erkrankung oder Auswirkungen der aktuellen internistischen Therapie sein. Oder sie können die Depression verstärken.

- Durchschlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, Morgentief
- Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust
- Fehlende Energie, Erschöpfung
- Libidoverlust

Untersuchung

- Körperliche Untersuchung
- Blutuntersuchung (Metabolische, hämatologische, endokrine Störungen)

Therapie

Achtung: Depressionen sind oft Ursachen von Selbstmordhandlungen. Schwer depressive Patienten haben in aller Regel irgendeine Art von Suizidgedanken. Die meisten Bewohner sind froh, wenn man sie auf Suizidgedanken anspricht.

Gefahren im Umgang mit Depressiven

Bagatellisierung

- Beschönigung der Probleme
- Entmündigende Schonhaltung und übermäßige Passivierung (in Erholung schicken, kann heissen, den Bewohner los sein wollen)
- Tabuisierung und Verharmlosung von Suizidgedanken und Sexualstörungen

Ärgerliche Ungeduld

- Appelle an den Willen des Bewohner (denn: schwer Depressive können nicht wollen)
- Aufforderung, sich endlich zu entscheiden
- Ratschläge erteilen, Lösungsangebote unterbreiten mit der Forderung nach Akzeptanz

Aufmunternder, jovialer Trost

- Hinweise auf die schönen Seiten des Lebens (die der Depressive nicht mehr sehen und erleben kann! Depressive können sich nicht freuen!)
- Lebensgeschichtliche (inadäquate und zusätzliche belastende) Erklärungsversuche (der Fluch des Verstehenwollens der Betreuer)
- Schuldzuweisungen und Kritik an der Familie / Angehörigen

Empfehlungen für den Umgang mit Depressiven

Krankheit erklären

- Information über das Wesen der Krankheit
- Erklären der Symptomatologie
- Dem Bewohner klar machen, dass er möglicherweise seelisch krank ist
- Offenes Gespräch über Unangenehmes (z.B Suizidimpulse)

Entlastung von überfordernden Verpflichtungen

- Wenig Forderungen stellen
- Zuversicht und Vertrauen in die Genesung schaffen

Behandlungsplan aufstellen

- Dreigleisige Therapie: Psycho-, Pharmako- und Milieuthherapie
- Schrittweise vorsichtige Aktivierung, Lob und andere Belohnungen (positive Verstärkung) für Erreichtes, erst später Arbeit an depressiv verzerrten Gedanken oder Wahrnehmung
- Empathische Zuwendung intensivieren
- Familienangehörige und Bezugspersonen miteinbeziehen, wenn der Patient einverstanden ist
- Beste Schmerz- und Symptomkontrolle (Verbesserung körperliche Stressoren)

(Geriatrische Krankheitslehre, S 198)

Medikamentöse Therapie:

Allgemein:

- stets innerhalb eines Gesamtbehandlungsplanes
- in Abhängigkeit von Zielsyndrom, sowie Nebenwirkungen, bzw. möglichen Interaktionen mit anderen Symptomen der somatischen Erkrankung

Antidepressiva:

Wichtig:

Die Wirkung tritt nicht sofort, sondern meist erst nach einigen Tagen ein (bis 2-4 Wochen).

Mögliche Strategien bei fehlender/ungenügender Wirkung:

- Dosiserhöhung (evtl. Spiegel bestimmen!)
- Kombination zweier Antidepressiva mit unterschiedlichem Wirkmechanismus
- Augmentation (Lithium, andere Substanzen)
- Bei psychotischer Begleitsymptomatik Neurolepticum dazu verordnen

Quelle: J. Schöpf, Psychiatrie für die Praxis, 2. Auflage