

Somatische Symptome, Psychopathologie und ihr Zusammenhang bei chronischer Niereninsuffizienz

Martin Driessen und Friedrich Balck

Zusammenfassung

Bei chronisch niereninsuffizienten Patienten (CNI) sind neben zahlreichen unspezifischen und spezifischen somatischen Symptomen und Leistungseinbußen auch psychopathologische Störungen häufig – insbesondere Depressivität und Angst. In der vorliegenden empirischen Untersuchung an 109 Patienten wird einerseits der Frage nachgegangen, wie häufig diese Störungen in den verschiedenen Stadien der CNI sind; zum zweiten wird der Zusammenhang zwischen somatischen Symptomen und Psychopathologie im Vergleich mit einer Kontrollgruppe Gesunder untersucht. Es zeigt sich, daß die transplantierten Patienten insgesamt am wenigsten belastet sind; zweitens ist der Zusammenhang zwischen somatischen und psychischen Symptomen bei Patienten in der kompensierten Retention deutlich stärker als bei Patienten in der Dialyse, bei Patienten nach der Transplantation und bei den Gesunden. – *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (1993), 2, 167–171.

Summary

Physical symptoms, psychopathology and their connection in chronic renal failure. – In chronic renal failure patients suffer from many specific and not specific somatic symptoms and a loss of fitness. Moreover they suffer from psychopathology – mainly depression and anxiety. In this paper the degree of these symptoms is studied in 109 patients with different stages of the disease; correlations of psychopathological and physical symptoms are compared with reference to a sample of healthy subjects. Results show that transplanted patients report least distress. Furthermore, the correlation between psychopathology and physical symptoms are highest in the sample of patients in compensated retention than in dialysis patients, transplanted patients, and healthy individuals. – *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* (1993), 2, 167–171.

1 Einleitung und Fragestellung

Chronisch niereninsuffiziente Patienten (CNI) leiden unter einer Fülle somatischer Symptome und Beschwerden und sind in ihrer Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt (Konieczna & Katschnig, 1985). Der allgemeinmedizinisch oder internistisch tätige Arzt neigt daher dazu, diese Symptome vorwiegend im Rahmen eines naturwissenschaftlich-medizinischen Verständnisses zu betrachten, was angesichts der Schwere der Erkrankung nicht verwundert. Nun ist es aus der psychoneurologischen Forschung andererseits bekannt, daß diese Patientengruppe sehr häufig unter psychischen Störungen leidet, insbesondere unter depressiven und Angststörungen. Dabei schwanken die Angaben zur Prävalenz von Depressivität je nach Studie allerdings zwischen 20% und 60%, für Angststörungen zwischen 11% und ca. 40% (Übersichten bei Balck, 1988; Wedel, 1993). Bisher

wurden allerdings ausschließlich Patienten in der Dialyse und nach Transplantation untersucht, während über Patienten im Stadium der kompensierten Retention (also ohne internistische oder neurologische Zeichen der Dekompensation) keine Befunde vorliegen.

Die vorliegende empirische Untersuchung geht daher folgenden Fragen nach:

- (1) Unterscheiden sich die drei Patientengruppen untereinander und im Vergleich mit Gesunden bezüglich subjektiv empfundener körperlicher und psychischer Störungen und Leistungseinbußen?
- (2) Können empirisch nachprüfbar körperliche Beschwerden und Leistungseinbußen bei chronischer Niereninsuffizienz auch als psychosomatischer Beschwerdenkomplex aufgefaßt werden?

Dabei soll insbesondere gezeigt werden, wie bedeutsam der Zusammenhang zu depressiven und Angstsym-

ptomen ist; es sollen Besonderheiten in den drei verschiedenen Stadien der Erkrankung beziehungsweise den Behandlungsbedingungen im Vergleich mit Gesunden berücksichtigt werden.

2 Stichprobe und Methodik

109 chronisch niereninsuffiziente Patienten wurden untersucht, davon befanden sich 25 im Stadium der kompensierten Retention (ohne klinische internistische oder neurologische Symptome der Dekompensation), 43 unterzogen sich einer Zentrumsdialyse und 41 Patienten waren bereits transplantiert. Das diagnostische Spektrum entspricht mit leichten Abweichungen der Verteilung in der Literatur (Tab. 1).

Zusätzlich wurde eine nach Geschlecht, Alter und sozialer Schicht annähernd parallelisierte Kontrollgruppe gesunder Probanden untersucht (soziodemographische Angaben siehe Tab. 2): Differenzen ergeben sich

Tabelle 1: Ätiologische Diagnosen und Krankheitsdauer (bezogen auf den ersten Arztbesuch, der zur Diagnose einer CNI führte)

		G n=109	KR n=25	D n=43	T n=41
Glomerulonephritis		26%	52%	9%	27%
Pyelonephritis		20%	8%	26%	22%
Zystennieren		11%	12%	12%	10%
Phenacetinnieren		10%	4%	14%	10%
Gefäßprozesse		8%	–	12%	10%
andere		25%	24%	27%	21%
Krankheitsdauer (Jahre)	\bar{x}	–	11,4	15,2	12,7
	s	–	12,1	13,2	8,9
Dauer der Dialysebehandlung (Monate)	\bar{x}	–	–	19,6	23,7
	s	–	–	16,4	13,3
Transplantatüberlebenszeit (Monate)	\bar{x}	–	–	–	23,1
	s	–	–	–	27,4

G = Gesamte Patientengruppe, KR = Kompensierte Retention, D = Dialyse, T = Transplantation

durch den höheren Frauenanteil der Kontrollgruppe gegenüber der Patientengruppe; gleiches gilt für die Transplantierten innerhalb der Patientengruppe. In der sozialen Schichtung (Kleining & Moore, 1968) unterscheidet sich die Kontrollgruppe lediglich durch einen etwas höheren Anteil der mittleren Mittelschicht (16%) gegenüber der Patientengruppe (11%).

Als Untersuchungsinstrumente dienen standardisierte und gut eingeführte Selbstbeschreibungsskalen:

- (a) die Beschwerdenliste (v. Zerssen, 1976a), die um sechs Fragen nach häufigem Auftreten relativ spezifischer Symptome bei chronisch Niereninsuffizienten erweitert wurde: Parästhesien, Übelkeit und Erbrechen, Gewichtszunahme um 2 kg innerhalb von 2–3 Tagen als Folge von Ödemen, Diarrhöen,

Pruritus und Temperaturerhöhungen als Folge von Infekten.

- (b) die Skala 1 (Neurotizismus beziehungsweise psychosomatische Belastung) des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI – Halbform B; Fahrenberg, Hampel & Selg, 1978).
- (c) die Depressivitätsskala (v. Zerssen, 1976b).
- (d) die Trait-Version des State-Trait-Angst-Inventar (STAI-X2; Laux et al., 1982).

Zusätzlich wurden die Patienten nach dem Ausmaß ihrer subjektiv erlebten krankheitsbedingten Leistungseinbußen befragt und die Antworten auf eine fünfstufigen Skala übertragen.

Die Daten wurden mit Hilfe des SPSS-Pakets von Nie et al. (1975) ausgewertet, zur Anwendung kamen neben der deskriptiven Statistik ein-

und zweifaktorielle Varianzanalysen und Korrelationsberechnungen (Pearson's r) sowie deren Prüfung über transformierte z-Werte.

3 Ergebnisse

3.1 Beschwerdenausmaß und Leistungseinbußen

Wie zu erwarten, geben die Patienten in der Beschwerdenliste signifikant häufiger unspezifische körperliche Symptome an als gesunde Probanden (siehe Tab. 3); dieser Unterschied geht aber vorwiegend auf die Patienten in der kompensierten Retention zurück, während die Dialysepatienten und die Transplantierten im Mittel keine Differenzen zu den gesunden Probanden zeigen.

Umgekehrt berichten entgegen der Erwartung die Transplantierten deutlich mehr spezifische Symptome als die übrigen Patientengruppen. Dies wird an den Differenzwerten deutlich. Außerdem fühlen sie sich aber in ihrer Leistungsfähigkeit signifikant weniger eingeschränkt.

3.2 Neurotizismus (Psychosomatische Symptome)

In der Skala 1 des FPI beschreiben sich die Patienten signifikant belasteter als gesunde Probanden (Tab. 4). Dieses Ergebnis geht insbesondere auf die Angaben der Dialysepatienten und weniger derjenigen in der kompensierten Retention zurück. Transplantierte unterscheiden sich im Mittel nicht von Gesunden.

3.3 Depressivität und Angst

Die chronisch niereninsuffizienten Patienten beschreiben sich signifikant depressiver und ängstlicher als gesunde Probanden (Tab. 4). Bei fehlenden signifikanten Mittelwertsunterschieden – möglicherweise bedingt durch die zu kleine Fallzahl – sind die Dialysepatienten häufiger betroffen: Nach von Zerssen (1976b) kann man ab einem Rohwert von 10 Punkten in der Depressivitätsskala von einem de-

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung

	K n=38	G n=109	KR n=25	D n=43	T n=41
Frauen	47%	39%	32%	30%	54%
Alter (\bar{x} , Jahre)	45,7	48,2	46,4	51,6	45,8
Partnerschaft	76%	73%	72%	72%	78%
Erwerbstätig	79%	46%	60%	44%	39%

K = Kontrollgruppe, G = Gesamte Patientengruppe, KR = Kompensierte Retention, D = Dialyse, T = Transplantation

Tabelle 3: Unspezifische und spezifische körperliche Symptome und Leistungseinbußen

		K n=38	G n=109	p	KR n=25	D n=43	T n=41	p
Beschwerdenliste (B-L'-Rohwerte)	\bar{x}	17,3	22,6	0,03	23,6	27,6	16,8	<0,03
	s	11,8	15,2		13,7	19,2	8,8	
B-L' erweitert um 6 Items	\bar{x}	–	24,4	–	25,0	28,7	19,9	–
	s	–	14,5		14,5	15,9	12,1	
	Diff,	–	+1,8		+1,5	+1,2	+3,2	
Leistungseinbußen (1=nein,,5=sehr)	\bar{x}	–	–	–	3,0	3,4	2,1	0,005
	s	–	–		1,6	1,2	0,9	

K = Kontrollgruppe, G = Gesamte Patientengruppe, KR = Kompensierte Retention, D = Dialyse, T = Transplantation,

Tabelle 4: Neurotizismus, Depressivität und Ängstlichkeit in der Selbstbeschreibung

		K n=38	G n=109	p	KR n=25	D n=43	T n=41	p
FPI-Neurotizismus (Staninewerte)	\bar{x}	4,0	5,1	0,004	5,0	5,7	4,6	ns
	s	1,8	2,1		2,2	2,1	2,1	
Depressivitäts- skala (Rohwerte)	\bar{x}	6,7	9,6	0,01	9,0	11,2	8,6	ns
	s	4,8	7,1		6,3	7,5	7,2	
Angstskala (STAI) (Rohwerte)	\bar{x}	32,7	36,8	0,01	37,1	38,5	35,0	ns
	s	8,6	19,1		8,8	10,1	11,1	

K = Kontrollgruppe, G = Gesamte Patientengruppe, KR = Kompensierte Retention, D = Dialyse, T = Transplantation

Tabelle 5: Zusammenhang zwischen somatischen und psychopathologischen Symptomen (Pearson's r)

		K	G	KR	D	T
Körperliche Beschwerden (B-L')	Depressivität (D-S')	0,40*	0,58***	0,81***	0,49**	0,55***
	Angst (STAI-X2)	0,49**	0,58***	0,76***	0,67***	0,44**
	Neurotizismus (FPI-1)	0,54***	0,77***	0,88***	0,77***	0,66***

K = Kontrollgruppe, G = Gesamte Patientengruppe, KR = Kompensierte Retention, D = Dialyse, T = Transplantation; *: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$

pressiven Syndrom ausgehen. Nimmt man nun den doppelten Wert (>20 Punkte) als Cut-off-Wert für eine erhebliche depressive Störung, ergibt sich folgende Verteilung: gesunde Probanden 0 %, alle Patienten 11,4 %, Patienten in der kompensierten Retention 8,3 %, Dialysepatienten 16,3 % und Transplantierte 9,1 %. Auch hier ergibt sich also ein ähnliches Verteilungsmuster mit höherer Belastung der Kranken, insbesondere der Dialysepatienten.

3.4 Zusammenhang zwischen somatischen Symptomen und Psychopathologie

Die Korrelation zwischen den körperlichen und psychosomatischen Beschwerden einerseits und der Depressivität, Angst und Neurotizismus (FPI-1) zeigen (Tab. 5), daß zwar alle Korrelationen von Null verschieden sind, aber bei den Patienten im Vergleich mit der gesunden Kontrollgruppe nur in zwei Fällen bedeutsam stärkere Zusammenhänge auftreten (getestet mit kritischem Bruch nach z-

Transformation). Nur die Patienten in der kompensierten Retention erleben einen stärkeren Zusammenhang zwischen den körperlichen Beschwerden und den psychischen Phänomenen wie Depressivität und Neurotizismus. Zwischen den von den Patienten angegebenen Leistungseinbußen und dem Beschwerdenausmaß besteht nur bei den Dialysepatienten und den Patienten in der kompensierten Retention ein geringer signifikanter Zusammenhang (Tab. 6). Für die transplantierten Patienten sind die Leistungseinbußen unabhängig vom Ausmaß ihrer Körperbe-

Tabelle 6: Zusammenhang zwischen subjektiv empfundenen Leistungseinbußen und somatischen Symptomen bzw. Neurotizismus (Pearson's r)

	KR	D	T	
Leistungseinbußen	Körperl. Beschwerden (B-L')	0,39*	0,35*	0,30
	Neurotizismus (FPI-1)	0,41*	0,35*	0,31*

K = Kontrollgruppe, G = Gesamte Patientengruppe, KR = Kompensierte Retention, D = Dialyse, T = Transplantation; *: $p < 0,05$

schwerden. Die Leistungseinbußen der Patienten korrelieren auch nur gering mit ihrem Neurotizismus.

Bei der Betrachtung der Zusammenhänge zwischen psychischen Variablen und körperlichen Beschwerden muß berücksichtigt werden, daß es in der Symptomatologie beider Bereiche deutliche Überschneidungen gibt. Als Beispiel kann die Depressivität mit ihren körperlichen Symptomen genannt werden. Auch auf der Meßinstrumentenebene sind diese Konstrukte häufig konfundiert.

Diskussion

(1) Die vorliegende Untersuchung zeigt, daß sich die transplantierten Patienten von den anderen niereninsuffizienten deutlich abheben. Insbesondere beklagen sie weniger körperliche Allgemeinsymptome und Leistungseinbußen, aber geben mehr spezifische Symptome an. Möglicherweise sind sie durch die allgemeine Entlastung aber auch eher in der Lage, spezifische Beschwerden wahrzunehmen. Auch auf der Neurotizismusskala des FPI geben sie weniger Symptome an, wobei dieser Befund statistisch nicht signifikant ist. Insgesamt sind sie also am ehesten mit Gesunden vergleichbar. Diese Ergebnisse passen gut zu Befunden über eine höhere Lebensqualität bei Transplantierten. Koch und Muthny (1990) konnten bei 761 transplantierten Patienten eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität nach der Transplantation feststellen. Dabei bezog sich diese Verbesserung unter anderem auf die körperliche Leistungsfähigkeit. Außerdem verändert sich das emotionale Wohlbefinden: De-

pressivität, Ängstlichkeit und Pessimismus nehmen ab.

Andererseits geben Patienten im Stadium der kompensierten Retention und in der Dialyse ein fast gleich hohes Ausmaß an Beschwerden und Leistungseinbußen an. Dieser Befund relativiert überraschend deutlich die in der psychonephrologischen Literatur durchgängig herausgestellte besondere Bedeutung der Dialysesituation. Zwei Befunde weichen allerdings von den genannten Tendenzen ab: In dem Ausmaß von Depressivität und Ängstlichkeit unterscheiden sich die Niereninsuffizienten zwar deutlich von Gesunden, aber zwischen den Patientengruppen kaum. Dies mag Folge der kleinen Stichproben sein. Zudem hatte Evans (1991) bei seiner Untersuchung transplantiertter Patienten auf den Effekt der Wechselwirkung von Grunderkrankungen und Behandlung verwiesen. Transplantierte Patienten ohne Diabetes und mit einer Cyclosporinbehandlung waren anderen Patientengruppen (konventionelle immunsuppressive Therapie, Diabetes) in der subjektiven Einschätzung über Lebensqualität überlegen.

Auch Patienten im Stadium der kompensierten Retention sind trotz ihrer insgesamt noch besseren beruflichen Integration und geringeren Belastungen durch die Behandlung betroffen. Demnach kann also von einem Effekt der Niereninsuffizienz oder allgemeiner formuliert, der chronischen Erkrankung ihrer Verarbeitung ausgegangen werden (Ziegler & Schüle, 1985; Hoffmann, 1989). Als Konsequenzen für transplantierte Patienten ergibt sich aus den dargestellten Befunden die Forderung nach verstärkten beruflichen Rehabilitationsbemühungen (Schreiber, 1985).

(2) Depressivität und Angst zeigen auch bei Gesunden einen signifi-

kanten Zusammenhang mit unspezifischen somatischen und psychosomatischen Symptomen. Dieser Zusammenhang ist bei niereninsuffizienten Patienten in vergleichbarer Höhe anzutreffen. Eine Ausnahme bildet die Gruppe der Patienten in der kompensierten Retention, bei denen die Zusammenhänge deutlich enger sind. Die Dialyse- und transplantierten Patienten ähneln hier den Gesunden.

Die Angaben auf die einfache Frage nach Leistungseinbußen korrelieren mit körperlichem und psychosomatischem Beschwerdeausmaß in eher bescheidenem Ausmaß bei allen drei Patientengruppen.

Kritisch läßt sich zu den korrelativen Beziehungen einwenden, daß sie durch sich überschneidende Itempools zum Teil artefiziell sind. So werden in der Skala I des FPI, die ursprünglich als Skala für eine vorwiegend psychosomatisch bedingte ‚Psychovegetative Labilität‘ konzipiert war, körperliche Beschwerden abgefragt, die sich zum Teil auch in der Beschwerdenliste wiederfinden lassen (wenige Überschneidungen existieren dagegen in Bezug auf die Depressivitätsskala und das STAI). Die Autoren des FPI haben den Begriff ‚Neurotizismus‘ später in der revidierten Fassung auch aufgegeben und durch den Begriff ‚Körperliche Beschwerden‘ ersetzt (Fahrenberg et al., 1984). Die Diskussion um diese Problematik zeigte, daß es letztlich nicht gelingt, psychische und somatische Störungen testpsychologisch eindeutig voneinander zu trennen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es aber, den Vergleich der korrelativen Beziehungen zwischen Gesunden und den Patientengruppen darzustellen.

Als Schlußfolgerung läßt sich ein psychosomatischer Symptomkomplex beschreiben, der bei chronisch niereninsuffizienten Patienten im Stadium der kompensierten Retention eine deutlichere Verzahnung psychischen und somatischen Erlebens als bei Gesunden zeigt. Für die Kliniker bedeutet dies, bei Klagen dieser Patienten über somatische Beschwerden die psychosomatische Dimension besonders im Auge zu behalten und eventuell frühzeitig Fachleute hinzuzuziehen. Interessanterweise konnte früher bereits gezeigt werden, daß die Qualität des

Allgemeinzustandes der Kranken im Urteil der Ärzte eher durch das subjektive Depressivitätsausmaß als durch somatische oder Laborparameter vorausgesagt werden konnte (Driessen & Balck, 1990). Der fehlende korrelative Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und psychischem Erleben bei Dialyse- und transplantierten Patienten kann methodisch auf die kleinen Stichproben zurückgeführt werden. Andererseits könnte dieser Effekt auf Behandlungs- und Medikamenteneinflüsse zurückgehen, die einseitig auf den körperlichen Zustand oder das psychische Befinden wirken.

Literatur

- Balck, F.B. (1988). *Hämodialyse und Partnerschaft*. Stuttgart: Thieme.
- Driessen, M. & Balck, F. (1991). Chronische Niereninsuffizienz: Prädiktoren für eine günstige Adaptation an Krankheit und Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 4, 362-371.
- Evans, R.W. (1991). Recombinant human erythropoietin and the quality of life of end-stage renal disease patients: A comparative analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 18 (Suppl. 1), 62-70.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1978). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1984). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)*. 4. rev. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Hoffmann, M. (1989). *Copingstrategien bei chronisch niereninsuffizienten Patienten*. Medizinische Universität Lübeck: Unveröffentlichte Dissertation.
- Kleining, G. & Moore, H. (1968). Soziale Selbsteinstufung. *Kölner Zeitschrift für Soziale Studien*, 20, 502-552.
- Koch, U. & Muthny, F.A. (1990). Quality of life in Patients with End-Stage Renal Disease in Relation to the Method of Treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 161-171.
- Konieczna, T. & Katschnig, H. (1985). Hämodialyse- und Nierentransplantationspatienten im Vergleich. In F.B. Balck, U. Koch & H. Speidel (Hrsg.), *Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz* (475-494). Berlin: Springer.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C.D. (1982). *Das State-Trait-Angst-Inventar. Theoretische Grundlagen und Handlungsanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Nie, N.H., Hull, C.H., Steinbrenner, K. & Bent, D.H. (1975). *SPSS - Statistical Package for the Social Science*. New York: McGraw-Hill.
- Schreiber, W.K. (1985). Soziologische, rechtliche, und rehabilitative Probleme. In: Balck, F.B., Koch, U. & Speidel, H. (Eds.), *Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffizienz* (211-226). Berlin: Springer.
- Wedel, T. (1993). *Hyperparathyreoidismus und Depressivität bei chronischer Niereninsuffizienz*. Dissertation: Medizinische Universität zu Lübeck.
- von Zerssen, D. (1976a). *Beschwerdenliste*. Weinheim: Beltz.
- von Zerssen, D. (1976b). *Depressivitätsskala*. Weinheim: Beltz.
- Ziegler, G. & Schüle, I. (1985). Psychische Reaktionen und Krankheitsverarbeitung bei Dialysepatienten. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 35, 62-80.

Dr. med. Martin Driessen
Klinik für Psychiatrie
Priv.-Doz. Dr. phil. Friedrich
Balck
Klinik für Psychosomatik
Medizinische Universität zu
Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

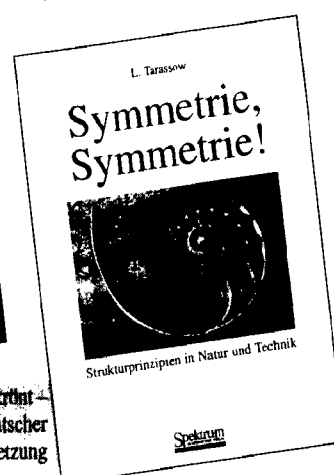
Vom Wesen der Wahrscheinlichkeit



Wie der Zufall will?

Lew Tarassow erläutert auf ungewöhnlich faszinierende Weise den Begriff der „Wahrscheinlichkeit“ und seine grundsätzliche Rolle in Natur, Technik und Wissenschaft. Anschaulich zeigt der renommierte russische Wissenschaftler an Beispielen über das Wirken des Zufalls, wie wir den Zufall verstehen und nutzen können.

1993, 208 Seiten, 75 Abb., gebunden
DM 49,80 / öS 389,- / sFr 51,20, ISBN 3-86025-306-9



Symmetrie, Symmetrie!

Tarassows fesselnde Einführung in die allgegenwärtigen Effekte der Symmetrie in Physik, Chemie, Astronomie und Biologie. Eine der besten populären Darstellungen auf diesem Gebiet!

1993, 240 Seiten, 126 Abb., gebunden
DM 49,80 / öS 389,- / sFr 51,20
ISBN 3-86025-300-X

Spektrum
AKADEMISCHER VERLAG

Vangerowstraße 20 · 69115 Heidelberg