

S O N D E R D R U C K A U S

ÄRZTLICHE PRAXIS

Die Zeitung des Arztes in Klinik und Praxis

Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski · München-Gräfelfing

XXI. Jahrgang Nr. 96 (Seiten 5430/5432) vom 2. Dezember 1969

Professor Dr. med. J. J. Lopez-Ibor
und Dr. med. A. J. J. Lopez-Ibor

Depressionen bei organischen Krankheiten

Wenn man von Depressionen bei organischen Krankheiten spricht, so besteht das Grundproblem darin, die *endogenen Depressionsbilder*, die hier in Erscheinung treten, mit jenen anderen Bildern zu vergleichen, die, obwohl sie bisweilen eine analoge oder ähnliche Symptomatologie aufweisen, nicht als endogene Depressionen sondern als *Begleitsymptome* organischer Krankheiten aufzufassen sind. Meiner Ansicht nach bestehen zwei grundlegende Kriterien, auf welche sich die Differentialdiagnose stützt: einerseits die charakteristische vitale Symptomlehre der endothymischen Depressionen und andererseits ihr phasisches Auftreten.

Kurt Schneider und mit ihm viele andere haben darauf bestanden, daß gerade die sogenannten zyklischen Depressionen bei organischen Krankheiten in Erscheinung treten können, ohne daß ein kausaler Zusammenhang zwischen Depressionen und organischer Krankheit besteht. So können sich zum Beispiel bei Hirntumoren schizophrene, manische oder depressive Bilder ergeben, abgesehen natürlich von den exogenen Bildern. Schwieriger einzuordnen sind die depressiven Gemütsstörungen und sogar die Depressionen, die bei Schläfenlappentumoren zutage treten.

In einem meiner Fälle begann die Krankheitsgeschichte des Patienten mit einer reinen anankastischen Symptomatologie, die viele Jahre andauerte und die vor allem in dem Drang bestand, Dinge,

die der Kranke sah, zu zählen, oder sich die Nummern von Autos, die an ihm vorbeifuhren, zu merken; bis sich dann das Obsessionsbild durch eine Depression erweiterte, auf Grund welcher er in die Klinik eingeliefert wurde. Damals hatte die neurologische Untersuchung bereits das Vorhandensein eines temporalen Glioms ergeben.

Auf jeden Fall zeigen sich häufig depressive Syndrome bei Gehirnarteriosklerose, wobei es oft nicht möglich ist, die reinen Depressionen, die bei der Arteriosklerose auftauchen können, von depressiven Symptomen der Krankheit selbst zu unterscheiden.

Vom Standpunkt der Diagnose aus sind jene Fälle von besonderer Bedeutung, die sowohl ambulant als auch bisweilen stationär behandelt werden, die ein depressives Bild zeigen, das klinisch besonders im Anfangsstadium von den endogenen Depressionsbildern zu unterscheiden ist, bis sie einen gewissen organischen Charakter aufzuweisen beginnen und sich später das Vorhandensein eines Hirntumors ergibt. In einigen Fällen scheint es sich sogar um eine reaktive Depression zu handeln. Einer meiner Patienten wurde mit einer schweren Depression nach einem geschäftlichen Mißgeschick in die Klinik eingeliefert. Die Anamnese ergab eine reaktive Depression. Das Krankheitsbild wurde außerdem durch einige Symptome pseudo-dementiellen Charakters kompliziert. Die neurolo-

gische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Gehirn-Gliom handelte.

Es steht fest, daß zahlreiche Depressionen mit Elektroschock behandelt wurden, obgleich es in Wirklichkeit wichtig gewesen wäre, über das Krankheitsbild hinaus die organischen Symptome abzuklären, die der Patient aufwies. In letzter Zeit hat uns das Echoenzephalogramm bedeutende Dienste geleistet, da es die Orientierung und die Therapie in beide Richtungen gelenkt hat.

Was meiner Meinung nach am meisten beachtet werden sollte, ist das Vorhandensein von Depressionen bei einer Reihe von organischen Krankheiten sowie die Tatsache, daß diese Depressionen — meiner Ansicht nach — den Charakter von endogenen oder endothymischen Depressionen besitzen. Der Patient erscheint im allgemeinen nicht sehr deprimiert, er führt seinen Depressionszustand auf das Vorhandensein der Krankheit zurück. Ein deutliches Beispiel dafür haben wir in der *Parkinsonschen* Krankheit. In einer Gruppe von 90 Parkinson-Patienten, die während mehrerer Jahre beobachtet wurden, habe ich das Vorhandensein der genannten Depressionen bei 35% der Patienten feststellen können. Der Umstand, daß diese Depressionen die Charakterzüge von echten endogenen Depressionen tragen, beruht auf der Tatsache ihres phasischen Charakters, eine Tatsache, die so bedeutend ist, daß sie therapeutische Konsequenzen hat. Wenn man einen Parkinson-Patienten mehrere Jahre beobachtet, kann man feststellen, daß er zu gewissen Zeiten erklärt, er fühle eine deutliche Besserung seiner Krankheit, obwohl das Heilverfahren nicht geändert wurde. Diese Besserungen und Verschlechterungen, die er der *Parkinsonschen* Krankheit zuschreibt, sind in Wirklichkeit Besserungen und Verschlechterungen, die auf sein Vitalniveau zurückzuführen sind. Dies ist so eindeutig, daß ich in meiner Praxis, im Hinblick auf die Häufigkeit von Depressionen bei Parkinson-Patienten, seit Jahren beide Heilverfahren kombiniere. Man kann außerdem nach einem eingehenden Studium des klinischen Materials ersehen, daß zahlreiche Parkinson-Patienten bei der ärztlichen Untersuchung nur leichte Symptome aufweisen: ein anfängliches Zittern oder

irgendein anderes ähnliches Symptom, dies aber nur, wenn eine Grunddepression hinzukommt. Man könnte der Ansicht sein, daß es sich in diesen Fällen um Untergrund-Depressionen im Sinne von *Schneider* handelt, jedoch ist diese Darlegung nicht sehr genau. Es hängt nämlich von der Kapazität des Patienten ab, wie er seine innere Erlebniswelt beschreibt. Im Fall der Untergrund-Depressionen geht *Schneider* von dem Standpunkt aus, daß irgendein Außenerfahrungsfaktor vorhanden ist, der nur im Erlebnis selbst auftaucht, ohne daß man sich seine Herkunft erklären könnte. Aber das ist genau das, was bei allen Depressionen eintritt.

Psychopathologische Problematik

Die gesamte Psychopathologie von *K. Schneider* stützt sich auf einige Forderungen, die, vom klinischen Standpunkt aus gesehen, unerschütterlich sind. Eine dieser Forderungen: Trennung der psychischen von den organischen Phänomenen. So spricht *Schneider*, wenn er die vitale Traurigkeit erwähnt, im Sinne von *Scheler* von einem Gefühl, er bezieht sich jedoch nicht eigentlich auf die tatsächliche Struktur der vitalen Empfindungen, wie Angst, Ekel, Traurigkeit, usw., sondern auf das Gefühl, mit dem wir wahrnehmen, wie unsere Körperlichkeit beschaffen ist. Es besteht eine Kontaktnahme, die bewußt und deshalb erfahrungsgemäß mit dem eigentlichen körperlichen Unbewußtsein — das wir auf deutsch „Leib“ und in anderen Sprachen Körperlichkeit oder Intra-Körper nennen könnten — derart verbunden ist, daß der Unterschied zwischen vitalen Depressionen und Untergrund-Depressionen meiner Ansicht nach nicht gerechtfertigt erscheint, wenn es sich darum handelt, das klinische Bild zu erklären.

Laut *K. Schneider* bilden die Depressionen der vitalen Symptome, die zusammen mit der verkörperlichten vitalen Traurigkeit auch von anderen verkörperlichten Gemütsstörungen begleitet werden, einen sehr bedeutenden Typ der zyklischen Depressionen; er fügt aber hinzu, daß sich die Symptomatologie in vielen Fällen nicht mit diesen Klagen erschöpft. Er fährt dann fort, daß in den vitalen Depressionen die Störungen der Leib-Gefühle sehr deutlich sichtbar sind, daß es aber zahlreiche Fälle

..., in denen diese Situation nicht zu finden ist und daß man deshalb eine Theorie aufbauen müsse. Ein Teil der reichhaltigen Symptomatologie vieler zyklischer Depressionen kann zweifellos als unmittelbare Reaktion des Vitalitätsabfalles interpretiert werden. Diese Patienten werfen sich ihre Bequemlichkeit und ihre Unfähigkeit vor, sie machen sich Sorgen um ihre Gesundheit, sie machen sich Sorgen, weil sie nicht arbeiten können. Das Gesamtbild ist wie eine Strafe ihrer Enttäuschungen und Verfehlungen, aber man kann unmöglich alle diese Selbstbeschuldigungen, Nihilismen, Hypochondrien, grotesken Armutängste, usw. als eine Reaktion dem Stand ihrer Vitalgefühle gegenüber, das heißt, als eine auf diesen endogenen Elementen aufgebaute Erlebnisreaktion, betrachten.

Die Traurigkeit der manisch-depressiven Kranken ist in vielen Fällen nicht mehr als eine psychische, aber nicht reaktive Depression, entsteht aber psychologisch aus einer unbekanntem krankhaften Ursache. Es handelt sich hier nicht einfach um eine Depression aus pathologischer Ursache, das heißt, eine Depression auf Grund der Schwankungen dieser Ursache, sondern im Gegenteil darum, daß sowohl Grad als auch Dauer darauf hinweisen, daß wir vor einem pathologischen Geschehen mit einer anderen körperlichen Ursache stehen. Diese psychischen Gefühle unterscheiden sich wahrscheinlich von den psychischen Gefühlen des normalen und psychopathischen Lebens. Zugunsten dieser These sei die Tatsache angeführt, daß die Gemütsstörungen der manisch-depressiven Kranken nicht mit ihren reaktiven Gemütsstörungen zusammenfallen.

Hinweise auf genetische Verbindungen

Was bei der Parkinsonschen Krankheit geschieht, ereignet sich auch bei anderen neurologischen Krankheiten, wie zum Beispiel bei der Kleinhirnataxie. Ich erinnere mich an eine Frau von 25 Jahren mit einer leichten Kleinhirnataxie, die mich ein Jahr später aufsuchte und sich inzwischen verheiratet hatte, weil sie sich bereits weit besser fühlte und der Ansicht war, von ihrer Krankheit geheilt zu sein. In dieser ganzen Zeit hatte sich keine einzige euphorische Phase ergeben, sondern einzig und

allein die positive Entwicklung eines milden, durch Thymoleptik verursachten Depressionsbildes.

In Fällen von myotonischer Dystrophie und der Huntington'schen Chorea hatte ich Gelegenheit, Depressionen zu studieren. Seit kurzem fühlt sich ein Patient mit einer klassischen Huntington'schen Chorea, die sich vom neurologischen Standpunkt aus im Laufe eines Jahres negativ entwickelt hat, weit besser, wobei es nicht darum geht, daß er sich seiner Krankheit nicht bewußt ist, sondern darum, daß er behauptete, früher lebensmüde gewesen zu sein, daß er aber jetzt ganz anders als früher und trotz der Beschränkungen, die ihm seine Krankheit auferlegt, lebensfroh und lebensbejahend geworden sei. Am Anfang hatte er sich in sein Zimmer zurückgezogen und wollte nicht ausgehen, jetzt unternimmt er manchmal Spaziergänge und beschäftigt sich mit kleinen Dingen, soweit es ihm seine choreatischen Störungen erlauben.

Die Kombinierung der thymoleptischen Behandlung mit der Behandlung der betreffenden Krankheit ergibt in diesen Fällen Resultate, die, wenngleich sie natürlich nicht als absolute Resultate betrachtet werden können, für die Kranken eine fühlbare Erleichterung ihres Zustandes bringen.

Bei den Gehirngefäßverletzungen kann das gleiche geschehen. Einer unserer Patienten mit generalisierter Arteriosklerose machte später eine Hirngefäßthrombose durch und erlitt daraufhin eine Halbseitenlähmung, die nach einigen Wochen fast ohne Zurücklassung von Anzeichen abklang, und ein thalamisches Syndrom, welches zu Hypästhesien und Parästhesien in einer Seite des Körpers führte. Nach sechs Monaten kam der Patient zurück, weil er sich plötzlich schlechter fühlte. Die objektive klinische Untersuchung ergab keinerlei Verschlechterung des Krankheitsbildes, eher eine Besserung desselben. Auch die Befragung hinsichtlich depressiver Symptome verlief negativ. Das einzige Anzeichen war, daß er einen Schmerz im Arm fühlte, das heißt einen typischen *Wartenbergschen* parästhetischen Brachialschmerz, der als depressives Äquivalent angesehen wurde. Nach zwei Wochen thymoleptischer Behandlung (*Cloripramina*)

besserte sich das Krankheitsbild, und auch der Patient erklärte, daß sich sein Lebensmut gebessert hätte.

Ein grundlegender Punkt in der Behandlung ist jedoch, daß die Thymoleptika der dreiphasigen Serie diesen organisch Kranken nicht gut bekommen und daß weit bessere Resultate erzielt werden, wenn man vernünftigerweise Monoaminoxidasehemmer anwendet.

Bei den exogenen Bildern zeigt sich das Wieck-Syndrom (Durchgangssyndrom). Hier muß man das Vorhandensein von einigen Vorzugstypen und die Tatsache berücksichtigen, daß am Rande der Halluzinations-, Halluzinations-Paranoid- oder der amnestischen Krankheitsbilder andere depressive Bilder vorhanden sind.

Es gibt Verfasser, die der Meinung sind, daß eine quantitative Relation — um es so zu nennen — zwischen der Läsion des Zentralnervensystems und der klinischen Symptomatologie besteht. Bei den intensivsten und akutesten entsteht das exogene Reaktionssyndrom nach *Bonhöffer*, bei anderen wiederum, die milder verlaufen und deren Entwicklung in überdeckter Form erfolgt, würde sich ein depressives Syndrom vom Typ dieser Depressionen bei organischen Krankheiten zeigen. Am wichtigsten ist nun, sich vor Augen zu halten, daß in diesen Fällen die Depression nicht endothymischen Charakters im strengen Sinne ist und deshalb nicht in den Kreis des manisch-depressiven Irreseins eingeschlossen werden kann. Trotzdem bezog sich *Kugler* kürzlich in Madrid auf die Depressionsbilder, welche die allgemeinen Stoffwechselkrankheiten begleiten, vor allem Leberstörungen und Hypoglykämie infolge von Hypoinsulinismus, die nach der Milderung des bestehenden gestörten Stimmungsgleichgewichtes verschwinden.

Nun müßte man sich eine Frage stellen: Wie weit kann man in Anbetracht der Häufigkeit, mit welcher diese Bilder, die sich als gemäßigte Depression herausstellen, bei gewissen neurologischen Krankheiten einen pathogenetischen Zusammen-

hang zwischen dem neurologischen Nies und der Depression herstellen? Falls es sich bei den Depressionen um Stimmungsstörungen handelt und sie eindeutig und endgültig als eine Folge der Störungen gewisser Regulierungen des Zwischenhirnsystems angesehen werden, könnte eine hypothetische Brücke zwischen beiden geschlagen werden; trotzdem ist es sehr schwierig, über eine reine Arbeitshypothese hinauszugehen. Ein bedeutender Punkt ist der, daß das depressive Syndrom nach stereotaktischen Eingriffen, wie sie bei einigen extrapyramidalen Krankheiten (z. B. beim Parkinsonismus) vorgenommen werden, verschwindet.

Eine unserer Patientinnen kam vier Jahre nach einer derartigen Operation zu uns zurück, weil sich ihr Krankheitsbild ganz plötzlich verschlimmert hätte und sie erneut einen Eingriff wünschte. Die sorgfältige Prüfung des Sachverhalts bewies, daß der Eingriff ihren Lebensgeist grundlegend beeinflußt hatte und das der neuerliche Besuch nur darauf zurückzuführen war, daß sie deprimiert war und Spuren einer typischen endogenen Depression aufwies. Durch eine thymoleptische Behandlung — ohne die Medikamente, die sie gegen die *Parkinsonsche* Krankheit nahm, zu verändern — ergab sich nach Meinung der Patientin die gleiche Besserung wie nach dem Eingriff. Die Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und der objektiven Untersuchung der Patientin hätte nicht größer sein können, denn die günstigen Folgen des Eingriffs betrafen sowohl die *Parkinsonsche* Krankheit selbst, als auch die Stimmungslage. Diese Tatsache könnte eine Bestätigung dafür darstellen, daß zwischen dieser Gruppe der neurologischen Krankheiten und den Depressionen eine genetische Verbindung hergestellt werden muß.

Nach einem Vortrag, gehalten anlässlich des 4. Veldener Symposions über depressive Zustandsbilder in der täglichen Praxis, veranstaltet vom Kuratorium der Veldener Symposien, am 14. Mai 1969 in Velden am Wörthersee/Österreich.

Anschrift der Verfasser: Madrid 20, Avenida Nueva Zelanda 78.