

Sonderdruck

Das depressive Syndrom

Internationales Symposion

Berlin am 16. und 17. Februar 1968

Herausgegeben von

Hanns Hippus und **Helmut Selbach**

Freie Universität Berlin

In Zusammenarbeit mit

Helmut F. Hofmann und **Kalman C. Mezey**

Sharp & Dohme GmbH, München, und

Merck Sharp & Dohme Research Laboratories, Rahway



Mit 75 Abbildungen und 130 Tabellen

URBAN & SCHWARZENBERG · MÜNCHEN - BERLIN - WIEN 1969

Depressive Äquivalente

Von J. J. LOPEZ IBOR

Die endogenen Depressionen, die zu den sogenannten manisch-depressiven Psychosen gehören, sind das gut abgrenzbare Kernstück der depressiven Syndrome.

Im Laufe der letzten Jahre sind nun verschiedene klinische Typen beschrieben worden, die man als die Randzone der Depressionen bezeichnen könnte (Erschöpfungsdepressionen, Entlastungsdepressionen, Entwurzelungsdepressionen, vegetative Depressionen, endoreaktive Dysthymien, neurotische Depressionen usw.). Alle diese Depressionsformen bilden eine Übergangszone zwischen den endogenen Depressionen und den Depressionen, deren Entstehung mit einem Erlebnis oder einer Situation in Zusammenhang gebracht werden. Es handelt sich also um eine Übergangszone zwischen den Depressionen und den Neurosen. Für die Einstufung des Einzelfalls ist ausschlaggebend die Abnahme der Endogenität des klinischen Bildes oder des entsprechenden klinischen Typs und das Zunehmen der psychodynamischen Faktoren. Für die Interpretation der einzelnen klinischen Fälle aus dieser Übergangszone könnten auch andere Gesichtspunkte herangezogen werden. So kann man in Neurosen das Vorhandensein eines »Endogenitäts-Quantums« annehmen, das das endothyme Gefüge betrifft und auf dem sich die psychodynamischen Faktoren entwickeln und unterhalten. Dies ist der in meinem Buch »Die Neurosen als Gemütskrankheiten« (1) vertretene Standpunkt: neben der »vitalen Traurigkeit« gibt es die »vitale Angst«. Zwar ist es richtig, daß sich die Angst im Kernpunkt der Neurosen befindet (FREUD u. v. a.); diese Angst ist jedoch nicht allein und nicht immer eine neurotisch verarbeitete reaktive Angst, wie eine abnormale Erlebnisreaktion; es tritt auch in vielen neurotischen Krankheitsbildern eine Primärangst auf, die zum Stratum der vitalen Gefühle (SCHELER) gehört oder auch zur sogenannten endothymen Schicht (LERSCH). Es handelt sich in solchen Fällen um Krankheitszustände des körperlichen Ich; diese Veränderungen sind endogen determiniert. Vom klinischen Standpunkt aus gesehen verlaufen sie außerdem in Phasen, ebenso wie die Depressionen. Die bei diesen Krankheitsbildern vorkommende Psychodynamik tarnt das Vorhandensein einer Physiodynamik.

Abgesehen von dieser Randzone des Depressionsgebietes, das sich – wie man leicht einsieht – mit dem Gebiet der Neurosen teilweise überdeckt, gibt es andere Krankheitsbilder, die wir immer häufiger auftreten sehen und die ich *depressive Äquivalente* nennen möchte (FONSECA und SPIEGELBERG sprechen von »affektiven Äquivalenten«). Dieser Ausdruck ist in Analogie zu den epileptischen Äquivalenten geprägt worden, wobei man nicht übersehen darf, daß es sich dabei lediglich um eine formale Analogie handelt. Außerdem wird man mit der Einführung des Begriffs der depressiven Äquivalente nicht

Depressive Äquivalente

Von J. J. LOPEZ IBOR

Die endogenen Depressionen, die zu den sogenannten manisch-depressiven Psychosen gehören, sind das gut abgrenzbare Kernstück der depressiven Syndrome.

Im Laufe der letzten Jahre sind nun verschiedene klinische Typen beschrieben worden, die man als die Randzone der Depressionen bezeichnen könnte (Erschöpfungsdepressionen, Entlastungsdepressionen, Entwurzelungsdepressionen, vegetative Depressionen, endoreaktive Dysthymien, neurotische Depressionen usw.). Alle diese Depressionsformen bilden eine Übergangszone zwischen den endogenen Depressionen und den Depressionen, deren Entstehung mit einem Erlebnis oder einer Situation in Zusammenhang gebracht werden. Es handelt sich also um eine Übergangszone zwischen den Depressionen und den Neurosen. Für die Einstufung des Einzelfalls ist ausschlaggebend die Abnahme der Endogenität des klinischen Bildes oder des entsprechenden klinischen Typs und das Zunehmen der psychodynamischen Faktoren. Für die Interpretation der einzelnen klinischen Fälle aus dieser Übergangszone könnten auch andere Gesichtspunkte herangezogen werden. So kann man in Neurosen das Vorhandensein eines »Endogenitäts-Quantums« annehmen, das das endothyme Gefüge betrifft und auf dem sich die psychodynamischen Faktoren entwickeln und unterhalten. Dies ist der in meinem Buch »Die Neurosen als Gemütskrankheiten« (1) vertretene Standpunkt: neben der »vitalen



die Absicht verknüpfen, diesen zu einem neuen diagnostischen Begriff zu machen. Der Begriff soll lediglich dienen als Werkzeug der klinischen Forschung, um die endothymen Faktoren aufzudecken, die bei vielen Krankheitsbildern wirksam sind, die man jedoch fast nie diagnostisch mit dem Gebiet der Depressionen in Beziehung bringt. Schon in der herkömmlichen Beschreibung der Depressionen hat man ab und zu einmal etwas isoliert, was man *Depressio sine Depressione* genannt hat. Solche Phänomene rechnet man den Depressionen zu, obwohl in der klinischen Symptomatologie Traurigkeit nicht vorhanden ist. Das Problem ist als eine dem Schizophrenie-Diagnosen-Problem analoge Frage zu betrachten – nicht wegen der sogenannten Primärsymptome, sondern wegen der sogenannten Sekundärsymptome. Auf jeden Fall darf man nicht vergessen, daß die Traurigkeit von depressiven Menschen oft nicht als solche erlebt wird. Deshalb spricht SCHULTE von der Unfähigkeit des Depressiven, traurig sein zu können.

Bei den depressiven Äquivalenten stehen Symptome im Vordergrund, die sich völlig von denen unterscheiden, die zur geläufigen Symptomatik der Depressionen gehören. Als depressive Äquivalente beobachtet man z. B. Algien wie Cephalalgien, parästhetische Brachialgien, parästhetische Meralgien usw. Weiterhin können Schwindelanfälle, einige Formen der Akathisie, die Schulzeschen Akroparästhesien depressive Äquivalente sein. Schwindelanfälle dieser Art sollte man dann nach meinem Vorschlag »thymopathische« Schwindelanfälle nennen. Hierher gehören auch noch andere Anfallsformen, die irrtümlicherweise als Pyknolepsie, als epileptische Äquivalente, als Jonas' ictale Neurose oder als vorübergehende Epilepsie diagnostiziert wurden und die man *thymoleptische Krisen* nennen könnte. Wahrscheinlich gehören auch einige Formen von Vagusgefäßanfällen und von vasomotorischen Ohnmachtsanfällen hierher.

Algien als depressive Äquivalente haben folgende gemeinsame Merkmale: sie sind unbestimmt über den ganzen Körper verstreut, werden als bedrückend erlebt und sind begleitet von einem Gefühl des Unbehagens, bei dem die Angstnote niemals fehlt. Wir können unterscheiden zwischen *kritischen* Algien, die als stechender, bohrender oder reißender Schmerz auftreten, wie dies z. B. bei der typischen Trigemineuralgie der Fall ist, und *protopathischen* Algien, die sich als dumpfer, schwerer Schmerz äußern und eine größere Schmerzresonanz aufweisen. Die depressiven Algien gehören fast durchweg zur zuletzt genannten Art.

Im Anfang werden diese Algien eher als Unbehagen und nicht so sehr wie ein eigentlicher Schmerz empfunden. Die häufigsten sind die Cephalalgien, die subskapuläre Algie, die Brachialgie und die Ischias-Neuralgie. Es gibt aber auch besonders eigentümliche und merkwürdige Lokalisationen dieser Algien. So habe ich z. B. Rachenalgien und Perinealgien beobachtet.

Bei Cephalalgien wird oft ein Schmerz empfunden, der den Kopf zusammendrückt; oft setzt er während des Schlafens ein und klingt nach und nach im Laufe des Tages ab, so daß sich der Patient – wie es bei Depressionen oft der Fall ist – abends viel besser fühlt als am Morgen. Die Patienten beschreiben diese Schmerzen auf verschiedene Art, aber immer tritt das Gefühl auf, als laste etwas auf dem Gehirn, das eine gewisse Hemmung auslöst, die Konzentrationsfähigkeit herabmindert und den Vitaltonus senkt. Die Verschiedenheit der Fälle ist so groß, daß eine genauere Untersuchung der Symptomatologie angezeigt ist, um eventuell auch verschiedene Wege zu erschließen. Aus meiner eigenen Erfahrung weiß ich, daß in der Regel die Behandlung mit Imipramin-Derivaten

zu günstigen Ergebnissen führt. In anderen Fällen haben sich jedoch die MAO-Inhibitoren als die am besten wirkenden Medikamente erwiesen. Ob man Imipramin oder einen MAO-Inhibitor verordnet, sollte man davon abhängig machen, ob im Gesamtbild der Symptome die Angstsymptome oder die reine Traurigkeit überwiegt.

Am häufigsten kommt es vor, daß die Cephalalgien auch auf das Genick übergreifen. In anderen Fällen manifestieren sich von vornherein lediglich *Nackenschmerzen*. Oft werden Nackenschmerzen auf krankhafte Veränderungen an der Halswirbelsäule zurückgeführt. Sicher gibt es solche Fälle; aber die meisten Nackenschmerzen hängen doch wohl mit diesen endothymen Krankheitsbildern zusammen.

Die *subskapuläre Algie* umfaßt in der Regel eine Zone, welche sich zwischen den Dermatomen D 4 bis D 6 erstreckt und von der Mittellinie bis zu einer äußeren Grenze reicht, die auf dem inneren Rand des Schulterblattes liegt. Der Schmerz wird vorzugsweise linksseitig empfunden. Manchmal möchte man meinen, es handele sich um eine Head'sche Zone, aber eine genaue Untersuchung, die Krankengeschichte und die therapeutischen Ergebnisse beweisen, daß dies nicht der Fall ist. Manchmal bestehen skapuläre Algien zusammen mit Cephalalgien und Nackenschmerzen. Brachialgien sind sehr häufig. Bei der Untersuchung bemerkt man kein klinisches Zeichen, das auf das Vorhandensein einer echten plexobrachialen Neuritis hindeutet. Der Schmerz ist tiefsitzend, diffus, mit großem Unbehagen verbunden. In Ruhestellung verstärkt sich der Schmerz. Daher kommt es oft nachts zu besonders unangenehmen Schmerzzuständen.

Bei *Brachialgien* bestehen fast immer auch Parästhesien. WARTENBERG beschrieb ein Bild unter dem Namen »statische parästhetische Brachialgie«; er führte diese Bilder auf einen neuritischen Prozeß zurück. Meine Erfahrung hat mir gezeigt, daß es sich bei diesen Fällen in der überwiegenden Mehrheit um depressive Äquivalente handelt. Die Behandlung mit Antidepressiva war sehr erfolgreich. Die Verbindung einer Algie mit Parästhesien ist bei diesen thymopathischen oder endothymen Algien sehr häufig. Meiner Ansicht nach gehören hierher auch viele der Fälle, die man als »parästhetische Meralgie« zu diagnostizieren pflegt. Für alle diese Schmerzsyndrome mit Parästhesien ist es charakteristisch, daß die schmerzhaften und parästhetischen Zonen weder mit der radikulären noch mit der peripheren Innervationszone übereinstimmen. Dies ist besonders typisch für die parästhetische Meralgie und die »statische parästhetische Brachialgie«.

Die *Akathisie* wurde von HASCOVECK beschrieben; die Kranken sind unfähig, während einer bestimmten Zeit ruhig zu stehen, zu sitzen oder zu liegen. Kürzlich erlebte ich einen Fall, der – sobald er sich auf den Untersuchungstisch legte – den Kopf wie ein katatoner Patient an hob, ohne ihn auf das Kissen zu stützen. HASCOVECK beschrieb die Akathisie bei hysterischen Kranken und BING hatte sie bei organischen Krankheiten beobachtet, besonders bei der Parkinson'schen Krankheit. Außer der Akathisie bei der Parkinson'schen Krankheit und der durch Neuroleptika hervorgerufenen Akathisie gibt es Akathisie auch als depressives Äquivalent. Zur gleichen Symptomen-Gruppe gehören auch die als »unruhige Beine« (restless legs) bezeichneten Störungen, die BRISSAUD vor Jahren als »Muskelungeduld« (impatience musculaire) beschrieben hat. Es handelt sich um Patienten, die, nachdem sie zu Bett gegangen sind, nicht ruhig liegen bleiben können, ohne die Beine zu bewegen. Das Symptom zwingt sie manchmal dazu, aufzustehen, zu stehen oder zu gehen. Dieses Symptom ist auf verschiedene Art und Weise gedeutet

worden. Jahrelange Erfahrung hat mir bewiesen, daß es sich bei den meisten dieser Fälle (um nicht zu sagen bei allen) um depressive Äquivalente handelt.

Es ist nicht verwunderlich, daß die Algien mit dem Gebiet der Depressionen zusammenhängen. Das Kennzeichen der endogenen Depression ist die vitale Traurigkeit; wenn jedoch die von SCHELER beschriebene Gefühlsschichtung eingehend analysiert wird, sieht man, daß die reaktive Traurigkeit ein gesteuertes Gefühl ist, wohingegen es sich bei der vitalen Traurigkeit nicht mehr bloß um ein vitales Gefühl, sondern um ein sinnliches Gefühl oder Gefühlsempfinden (LIPPS) handelt. Die Einverleibung der Traurigkeit oder der Angst ist nicht nur diffus wie bei allgemeinen Befindensstörungen, sondern lokalisiert. In diesem Sinn kann man von »einverleibter Traurigkeit« sprechen, und eine eingehende Analyse des Erlebens selbst zeigt, daß diese mit der verkörperten Lebensangst und mit dem Schmerz etwa parallel verläuft. Bei all diesen Schwankungen des endothymenten Hintergrundes gelangt man zum eigentlichen Stratum der Gefühlsempfindungen.

Zu den Äquivalenten gehören auch gewisse hysterische Krankheitsbilder. Bei einigen davon kommen so plastische psychodynamische Mechanismen vor, daß es den Anschein erweckt, darin läge ihre Wurzel; eingehende Untersuchungen und die diesbezüglichen therapeutischen Erfahrungen beweisen jedoch, daß es sich in Wirklichkeit um getarnte Depressionsformen handelt.

Im Zusammenhang mit dem Problem der depressiven Äquivalente ist auch auf den Macreaschen Begriff der »*paroxystischen Depressionen*« hinzuweisen. Außerdem ist hier noch die Auffassung von A. D. JONAS über die »Ictal- und Subictal-Neurosen« zu erwähnen.

Das unbegründete Auftreten dieser Krankheitsbilder und bestimmte Eigentümlichkeiten der Symptomatik waren für die zuletzt genannten Autoren der Anlaß, die Syndrome mit einer der Epilepsie gleichbedeutenden Gehirnfunktionsstörung in Zusammenhang zu bringen. Manchmal scheint das Elektroencephalogramm diesen Standpunkt zu bestätigen.

Die von JONAS unterstrichenen Symptome sind: Cephalalgien, Angst und Depression, gewisse Sinnesempfindungsstörungen sowie sexuelle und vegetative Störungen, hypochondrische Krankheitsbilder, Automatismen usw.

Ich habe 65 Fälle gesammelt, die gemäß der Auffassung von JONAS in diese Diagnose einbezogen werden könnten. Aber weder der Krankheitsverlauf noch die Symptomatik, weder die encephalographischen Befunde und deren Interpretationen noch das therapeutische Ergebnis berechtigen zu dieser Ansicht. Alle diese Fälle gehören zu den affektiven Äquivalenten. Danach hat sich dann die Therapie zu richten. Die Patienten werden dann so wie depressive Patienten (ohne Angst) behandelt.

Schließlich gehören zu den depressiven Äquivalenten auch gewisse psychosomatische Syndrome (z. B. Asthmaanfalle; rezidivierende Ekzeme; gastrische Krankheitsbilder, bei denen oft als Diagnose Magengeschwüre angeführt werden).

Zusammenfassend habe ich drei Hauptgründe, die – wie von mir vorher schon erwähnt – dafür sprechen, den Ausdruck »depressive Äquivalente« als Forschungsplan zu prägen:

1. Bei den depressiven Äquivalenten handelt es sich im allgemeinen um Krankheitsbilder, die in Phasen auftreten. Bei vielen Patienten sieht man dann im Verlauf der Jahre

einen Wechsel von typischen depressiven Krankheitsbildern mit depressiven Äquivalenten. Ich erinnere mich z. B. an einen Patienten, bei dem eine typische Art von Schwindel diagnostiziert worden war. Nach Jahren kam es dann zu einer depressiven Verstimmung. Es gibt natürlich auch Verläufe, bei denen zuerst Depressionen und erst später somatische Symptome als Äquivalente beobachtet werden.

2. Das Studium des Krankheitsbildes selbst, das wir eine mikrophenomenologische Analyse nennen möchten, beweist, daß die Symptome ein besonderes Gepräge aufweisen: bei den Cephalalgien z. B. kann man durch die Erlebensanalyse des Kranken nachweisen, daß neben dem dumpfen Schmerz oder dem diffusen, sich stets verlagernden Schmerz auch Angst vor einer Persönlichkeitsauflösung besteht. Das entspricht einer Angst, die zur Kategorie der Lebensängste gehört. Wenn K. SCHNEIDER bei der endogenen Depression die drei Grundängste des Menschen beschrieben hat als Angst im Bereich des Körperlichen (Hypochondrie), als Angst vor der Welt (Armut oder Verkommenheit) und als Angst des Geistes (Schuldgefühl), sieht man in diesen Krankheitsbildern ebenfalls ein zur Triade der grundlegenden Ängste gehörendes Element, welches der Lebensangst entspricht (Angst vor dem Tode, vor dem Irrsinn, vor der Leere).
3. Der dritte wesentliche Punkt ist die Therapie. Bei diesen Krankheitsbildern können die gleichen Pharmaka (Thymoleptika) verwendet werden wie bei den Depressionen. Die Therapie-Erfolge bekräftigen die Ansicht, daß es sich um depressive oder affektive Äquivalente handelt.

Literatur

- (1) LOPEZ IBOR, J. J.: Las Neurosis como Enfermedades del Animo. Verlag Gredos, Madrid 1966. (Dort finden sich alle hier zitierten Einzelarbeiten.)

