



## «Larvierte Depression» → Somatisches Syndrom

# Vestigia terrent – den Blick hinter die Maske wagen

André Richter, Erich Seifritz, Zürich

Gelegentlich manifestiert sich eine Depression initial allein in Form von körperlichen Beschwerden. Eine diagnostisch herausfordernde Ausprägung! Dieser Text zeigt die gültigen Konzepte zur Psychopathologie, Klassifikation und Differenzialdiagnostik – damit Ihnen der praktische Zugang zum «Somatischen Syndrom» nach ICD-10 fortan leichter fällt.

Die weltweite Zunahme affektiver Erkrankungen ist aus medizinischer wie gesundheitspolitischer Sicht von hoher Bedeutung. In entwickelten Ländern weisen laut der LIDO-

Studie 31–55% aller durch die medizinische Grundversorgung betreuten Patienten (auch) depressive Symptome auf [1]. Die Wahrscheinlichkeit für eine affektive Störung erhöht sich, sobald mehr als

drei (medizinisch erklärbare oder auch nicht erklärbare) körperliche Symptome vorhanden sind.

Ein zentrales Anliegen wäre das möglichst lückenlose und frühzeitige Erkennen depressiver Störungen. Doch diesbezüglich bestehen noch immer vielschichtig begründete Defizite (laut der European Alliance Against Depression, EAAD [2]). Gerade für Hausärzte gibt es eine besondere Herausforderung und Chance, jene depressiven Erkrankungsformen aufzudecken, welche in erster Linie mit körperlichen Symptomen einhergehen bzw. eben maskiert verlaufen.

In ihrer täglichen Arbeit treffen Hausärzte oft auf Patienten, die verschiedene und wechselnde körperliche Beschwerden präsentieren, ohne dass sich eine somatische Erklärung finden lässt. Eine somatisch fokussierte Behandlung wird entsprechend unbefriedigend verlaufen.

### Das Konzept der «Larvierten Depression» – ein Nachruf

Allgemein stellen sich Depressionen als durchaus sehr körpernahe Erkrankungen dar, die mit vielfältigen somatischen Beschwerden einhergehen können. Ein beträchtlicher Anteil der

Erkrankten präsentiert vorwiegend körperliche Symptome. Vor diesem Hintergrund wurde erstmals 1967 der Begriff «Larvierte Depression» geprägt (von W. Walcher, [3]) und daraufhin besonders im europäischen Raum studiert. Mit seiner klinischen Therapieforschung hat P. Kielholz zur Verbreitung des Konzepts und Begriffs beigetragen, worauf zunehmend die Depression auch von somatisch ausgerichteten Ärzten besser erkannt und behandelt werden konnte.

Von Anfang an und bis heute erweckt diese Form der affektiven Störung das Interesse von Hausärzten und Spezialisten in somatischen Spitälern. Dennoch gilt der einst beliebte Begriff «Larvierte Depression» heute als ungebräuchlich und sollte eher nicht mehr verwendet werden – zumal ein effektiver Diagnose-Code dazu nicht existiert (s.u.).

### Moderne Konstrukte für Depressionen

Gegenwärtig ist der Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und affektiven Symptomen Gegenstand intensiver Forschung; er wird mit modernen Mitteln neurobiologischer Methoden wieder neu diskutiert.

Die depressiven Störungen kennzeichnet ein teils noch ungeklärtes Muster von affektiven, kognitiven, behavioralen und somatischen Beeinträchtigungen. Beiträge zur Prädisposition leisten genetische Faktoren, frühe Exposition eines Individuums gegenüber (seelischen) Traumata oder auch anhaltender Stress. Die Erkrankung kann bei starker psychischer oder körperlicher Belastung, beispielsweise bei Verlusten aller Art, oder gar ohne konkret ersichtlichen Anlass ausbrechen. Sie

### Larvierte Depression: ad fontes

Eine Depression galt nach der Formulierung von P. Kielholz als larviert (maskiert), wenn Patienten *anstatt* der typischen psychischen Symptome *einzig medizinisch nicht erklärbare körperliche* Beschwerden beklagten, wobei nichtstdestotrotz die gezielte psychiatrische Exploration unmissverständlich eine depressive Entwicklung erkennen liess. Psychomotorische Hemmung stand dabei oft im Vordergrund. Vielfach lieferte eine ausführliche Fremdanamnese letzte Hinweise auf die Diagnose. Seinerzeit deutlich hervorgehoben wurde die Reagibilität auf Thymoleptika.

Siehe auch: Bschor T: Larvierte Depression: Aufstieg und Fall einer Diagnose. Psych Prax 2002; 29: 207–210.



Dr. med.  
André Richter  
andre.richter@puk.zh.ch

**Tab. 1** Depressive Störung – Grundsymptome (ICD-10)

- ▶ Nicht positiv zu beeinflussende gedrückte Stimmung
- ▶ Mangel an Freude
- ▶ Interesselosigkeit
- ▶ Sozialer Rückzug
- ▶ Verlorenes Selbstvertrauen
- ▶ Schuldgefühle und Gedanken über die eigene Wertlosigkeit
- ▶ Grübeln, Aufmerksamkeits-/Konzentrationschwierigkeiten

**Tab. 2a** Somatisches Syndrom (nach ICD-10)

Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten \*

Fehlende emotionale Reaktionsfähigkeit auf normale positive wie negative Erlebnisse \*

Frühes Erwachen (>2 Stunden früher als üblich)

Morgentief

Psychomotorische Einschränkung oder Unruhe

Deutlicher Appetitsverlust

Gewichtsabnahme über 5% in einem Monat

Verlust von sexuellen Bedürfnissen (Libido)

**\* Beachte:**

Interessenverlust und fehlende Fähigkeit zur emotionalen Reaktion sind in einem «körperlichen» Sinn zu verstehen – als Zeichen des Verlusts der Lebenskräfte, Energie und Fähigkeit zur Aufnahme von Umweltreizen. Somit werden Antriebsverminderung und Lethargie nicht als «psychologische» Symptome gedeutet – so, wie beide ja sekundär auch bei somatischen schweren Erkrankungen (wie Fieberzuständen, Stoffwechsellentgleisungen, Neoplasien usw.) auftreten.

**Tab. 2b** Typische weitere körperliche Beschwerden

Bei der Depressiven Störung können zusätzliche körperliche Beschwerden auftreten, die nicht in der Definition des «Somatischen Syndroms» enthalten sind:

- ▶ Muskelverspannungen, Schmerzen im Bewegungsapparat
- ▶ Schnelle Erschöpfbarkeit
- ▶ Missempfindungen (Ameisenlaufen, Brennen) auf der Haut
- ▶ Kopfschmerzen
- ▶ Verdauungsbeschwerden (insbesondere Obstipation)
- ▶ Atembeschwerden («Stahlband um die Brust») sowie kardiale Symptome

geht mit funktionellen Veränderungen auf verschiedenen Ebenen einher (Störungen im Neurotransmittersystem und bei hormonellen Prozessen, dysregulierte neuronale Netzwerke). Zwischen den betroffenen neuronalen Netzwerken und depressiven Symptomen scheint ein direkter Zusammenhang zu bestehen. Dieselben Netzwerke sind zudem eng mit der Regulation vegetativer und sensorischer Funktionen assoziiert. Somit könnte das Auftreten der vielfältigen körperlichen Symptome zumindest zum Teil erklärt werden.

Weiterhin ungeklärt ist jedoch, welche Faktoren zu einer Maskierung der psychischen Problematik beitragen.

Eine Ursache mag zum einen die bei psychosomatisch Erkrankten typische Wahrnehmungsstörung für seelische Symptome (Alexithymie) sein. Als Ausdruck hiervon kreist typischerweise auch das Arztgespräch beständig um körperliche Beschwerden – emotionale Befindlichkeiten werden ausgespart, da der Patient sie nicht bewusst wahrnehmen kann.

Zum anderen kann eine Kommunikationsstörung zwischen Arzt und Patient vorliegen, in der relevante psychische Befunde verkannt werden. Gerade pflichtbewusste, betont autonome und kontrollierte Patienten betrachten psychische Beschwerden als Schwäche; sie vermeiden es also, im Arztgespräch davon zu berichten. Gewisse Gegebenheiten während der Konsultation – etwa gehäufte Störungen, gleichzeitige Dateneingabe oder Zeitdruck – können dies negativ fördern.

### Wo ist der Diagnose-Code?

Da die psychopathologischen Zusammenhänge, wie erwähnt, komplex und unzureichend geklärt sind, hat dies auf Ebene der Konsensus-Gremien schliesslich zur Aufgabe der Diagnose «Larvierte Depression» geführt.

Heute geht es stattdessen darum, die Problematik eines Betroffenen *differenziert deskriptiv verschiedenen psychischen Störungen zuzuordnen*. Das Prinzip der «Larvierten Depression» hat in die heute gebräuchlichen psychiatrischen Klassifikationssysteme nicht Einzug gehalten – bzw. nur in fragmentierter Form. Denn sowohl ICD-10 wie DSM-IV-R verfolgen eine betont deskriptive Sichtweise auf psychische Störungen, unabhängig von theoretischen Überlegungen.

Somit sind bei einer Depressiven Störungen die (mit den psychischen Leitsymptomen einhergehenden) körperlichen Beschwerden als «Somatisches Syndrom» zu kodieren.

### Somatisches Syndrom – und weitere körperliche Beschwerden bei Depression

Bekanntlich klagen viele Patienten über körperliche Beschwerden, die über die (für eine Diagnose «Depression» massgeblichen) psychischen Symptome gemäss **Tabelle 1** hinausgehen. Den Patienten und Untersuchern erscheinen alle körperlichen Prozesse während einer Depression verlangsamt. Die Wahrnehmung des depressiven Menschen ist auf das Innere, besonders auf die eigenen Körperfunktionen, fokussiert.

Betroffene erklären sich ihre Symptome oftmals eher im Sinne einer körperlichen Erkrankung – und wünschen entsprechende Abklärungen. Eine Reihe dieser körperlichen Symptome wird, ICD-10-kompatibel, unter dem Begriff «Somatisches Syndrom» zusammengefasst (**Tabelle 2a**).

Aber: Meist schildern depressiv Erkrankte auch weitere körperliche Beschwerden. Körperlichen Manifestationen, die zwar nicht zum «Somatischen Syndrom» laut ICD-10 zählen, aber dennoch wichtige Erkennungsmerkmale und Randbedingungen einer Depressiven Störung darstellen (**Tabelle 2b**). Zusammenfassend kann hierbei von einem allgemein beein-

trächtigten Vitalgefühl gesprochen werden. Weiter ist oft eine signifikante Intentionshemmung für Bewegungen festzustellen, die sich z.B. in einer verkürzten Schrittlänge äussert.

### Diagnostische Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen

Von depressiven Störungen mit somatischem Syndrom sind andere psychische Störungen abzugrenzen, die ebenfalls sowohl mit Stimmungsänderungen als auch teils schweren körperlichen Problemen einhergehen. Erkrankte sind hierbei auf diese Beschwerden mit eingengter Aufmerksamkeit fixiert – und der Schwerpunkt des subjektiven Erlebens und die Beobachtung des Kliniklers liegen auf verschiedenartigen konfliktbedingten körperlichen Symptomen, Verarbeitungs- oder Wahrnehmungsstörungen. Typische Beispiele hierfür sind: Schmerzen aller Art, kardiale und respiratorische Beschwerden, Störungen des Bewegungsapparates, Anorexie und auch pseudoepileptische Anfälle (**Tabelle 3**).

So können beispielsweise Lähmungen oder Gefühlsstörungen Ausdruck ungelöster innerpsychischer Konflikte sein und diagnostisch einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung) zugeordnet werden.

Gehäuft wechselnde funktionelle körperliche Beschwerden sind andererseits kennzeichnend für eine Somatisierungsstörung. Solche Patienten neigen dazu, stetig weitere Abklärungen und Behandlungsversuche einzufordern, obwohl weder ein somatisches Korrelat gefunden noch eine Symptomverminderung herbeigeführt werden kann. Diesem klinischen Bild sehr nahe kommen auch die somatoformen Schmerzstörungen. Letztere sind durch anhaltende, kaum linderbare Schmerzen gekennzeichnet; wiederum sind die körperlichen Symptome auf innerpsychische Konflikte zurückzuführen.

- ▶ Es können mehrere Störungen gemeinsam auftreten (Beispiel: Angststörung plus Anorexie).
- ▶ Die initiale medizinische Abklärung ist eine grosse Herausforderung. Der Ausschluss von jeglichen organischen Störungen, welche die Symptome erklären könnten, ist unumgänglich.

#### Tab. 3 Differenzialdiagnostische Erwägungen

- ▶ Angststörungen
- ▶ Dissoziative Störung (Konversionsstörung)
- ▶ Somatisierungsstörung und Somatoforme Störung
- ▶ Hypochondrische Störung
- ▶ Anorexia nervosa
- ▶ Neurasthenie
- ▶ Restless-Legs-Syndrom
- ▶ Fibromyalgie
- ▶ Chronische Rückenschmerzen

- ▶ Die Behandlung der aufgeführten Störungen kann sich jeweils sehr unterscheiden (Psychotherapie, neurochirurgische Schmerzbehandlung, Rehabilitation etc.).
- ▶ Wie stets gilt: Frühzeitig Erwägen, dass es sich um eine psychische Störung handeln könnte, erweist sich als prognostisch wesentlich.

### Diagnostisch die Maske heben

In der hausärztlichen Praxis steht die Herausforderung im Raum, in bestimmten klinischen Situationen eine psychische Störung «ebenfalls» in Betracht zu ziehen – und weiter dann, diese Option dem Patienten geeignet nahezubringen.

Nach gründlicher körperlicher Untersuchung ohne pathologische Befunde ist es bei anhaltenden und medizinisch nicht erklärbaren Klagen über körperliche Beschwerden nicht unwahrscheinlich, dass eine psychische Problematik vorliegt. Wird diese differenzialdiagnostische Option verpasst, kann sich ein Krankheitsverlauf dramatisch akzentuieren und die Behandlungssituation entwickelt sich für beide Seiten unbefriedigend. Zudem ist mit einem deutlich erhöhten Risiko für Suizidversuche und Suizid zu rechnen (siehe **Fallbeispiel**).

Die in der Regel lange Arzt-Patient-Beziehung in der Hausarztpraxis ist für eine «Demaskierung» somatisch imponierender Depressionen eine günstige Ausgangslage. Hilfreich ist dabei, dass sich in der langjährigen Vorgeschichte oft Zeichen

#### Fallbeispiel Beinschmerzen, Kopfschmerzen und Suizidversuch...

Die 61-jährige Patientin wurde hospitalisiert. Als Vorgeschichte bestanden seit Monaten anhaltende chronische Spannungskopfschmerzen und Beinschmerzen. Deswegen unternahm die Patientin nun einen Suizidversuch (mit oberflächlichen Schnitten), während ihr Ehemann nebenan schlief.

Neben den körperlichen Beschwerden klagt die Patientin über Ein- und Durchschlafstörungen, Ratlosigkeit und Verzweiflung. Das Beschwerdebild konnte zuvor auch nach vielfältigen Untersuchungen medizinisch nicht erklärt werden. Es trat zeitlich nach der Pensionierung des Ehepaars und einer unfallbedingten Pflege des Ehemannes durch die Patientin auf. Das Verhältnis zu den behandelnden Ärzten sei von der impulsiven und fordernden Art des Ehemannes überschattet gewesen. Bis zum Beginn der Erkrankung bestand bei der Patientin nie eine psychische Problematik.

Das Auftreten der Beschwerden trifft zeitlich in etwa koinzident mit Berufsaufgabe und vermehrt gemeinsam verbrachter Zeit der Eheleute zusammen. Damit einhergehende Schwierigkeiten zwischen den Eheleuten werden von der Patientin vehement abgewehrt; eine konflikthafte Belastung könnte wohl dennoch in diesem Bereich anzusiedeln sein: Die körperlichen Symptome erhalten somit eine Funktion.

Die Patientin drängt auf Entlassung und Rückkehr nach Hause. Eine aufdeckende Therapie erscheint unter den gegebenen Umständen als wenig erfolgversprechend. Durch den Einsatz eines Antidepressivums bessert sich die Symptomatik im Laufe der stationären Behandlung. Der Ehemann wird über das Krankheitsbild aufgeklärt. Die Patientin kann in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt in die alten Verhältnisse entlassen werden.

höherer Vulnerabilität oder auch frühere Episoden psychischer Erkrankungen bereits gezeigt haben.

Bei unklaren Verdachtsmomenten macht eine frühzeitige Überweisung zum Spezialisten Sinn, wobei die Behandlung meist gemeinsam weitergeführt werden kann.

### Therapeutisches Management

Für die Therapie depressiver Störungen steht eine Anzahl wirkungsvoller Behandlungsmethoden zur Verfügung und auch gegen das Auftreten bestimmter körperlicher Symptome gibt es wirksame Optionen. Die frühzeitige ambulante Behandlung kann dramatische Krankheitsverläufe, Suizidversuche und Klinikaufenthalte verhindern.

Bei leichter Symptomatik ist eine Intervention mit Antidepressiva nicht immer indiziert. Bereits kurze, symptom- bzw. verhaltensorientierte Psychotherapien können mit wenigen Konsultationen erstaunliche Ergebnisse zeigen. Dabei stehen die Neuinterpretation der Symptome, eine Umformulierung der subjektiven Erlebniswelten und die Entwicklung neuer Problemlösungs-Strategien im Mittelpunkt. Es ist demzufolge durchaus empfehlenswert, die Patienten frühzeitig zu einer Konsultation bei einem Spezialisten zu motivieren.

Sollte die Erkrankung trotz dieser Bemühungen einen schwereren oder chronischen Verlauf nehmen (Cave: Einschränkung der Arbeitsfähigkeit!), dann sind Psychopharmaka angezeigt sowie auch Rehabilitationsmassnahmen wie Ergo- oder Arbeitstherapie (ggf. gar in stationärem Rahmen). Zudem sollte die Indikation für eine (eventuell aufdeckende, psychodynamisch orientierte) Psychotherapie neu evaluiert werden.

### Antidepressiva – und mehr?

Pharmakologisch kommen besonders Antidepressiva mit evidenter Wirkung bei Schmerzen und Verminderung der Vitalgefühle zum Einsatz, gelegentlich auch Antiepileptika oder Medikamente zur direkten Symptombehandlung.

Unter den neueren Antidepressiva haben sich bei Depressionen mit somatischem Syndrom die selektiven Serotonin-Noradrenalin-Rückaufnahmehemmer (SNRI) wie Duloxetin (Cymbalta®) oder Venlafaxin (Efexor®), der Alpha-2-Autorezeptor- und Serotonin-2-Rezeptor-Antagonist Mirtazapin (Remeron®) sowie der dual wirksame selektive Serotonin Rückaufnahmehemmer (SSRI) Escitalopram (Cipralextm) als besonders geeignet herausgestellt.

In Einzelfällen können auch trizyklische Antidepressiva wie z.B. Amitriptylin (Saroten®) oder Clomipramin (Anafranil®) eingesetzt werden. In Kombination dazu können als Augmentationsstrategie Antiepileptika wie Gabapentin (Neurontin®), Lamotrigin (Lamictal®) oder Pregabalin (Lyrica®) zur Anwendung kommen (cave: Off-Label-Anwendung).

Im Grundsatz richtet sich die Behandlung von Depressionen mit ausgeprägten körperlichen Symptomen nach den generellen Leitlinien der Behandlung von Depressiven Störungen [4]. Für die Schweiz adaptierte Leitlinien werden demnächst auf [www.sgad.ch](http://www.sgad.ch) aufschaltet.

### Erhaltungstherapie

Ziel der Behandlung einer Depression mit somatischem Syndrom ist die Vollremission. Teilremittierte Patienten, bei welchen etwa die psychische Symptomatik gebessert ist, jedoch körperliche Symptome (z.B. Schmerzen, Schlafstörungen etc.) persistieren, zeigen ein erhöhtes Risiko für Rückfälle. Daher ist die Zielsetzung erstens die Vollremission und zweitens die Erhaltungstherapie über einen längeren Zeitraum.

Heutzutage wird nach Symptomremission eine Erhaltungstherapie für mindestens 6–12 Monate Dauer befürwortet – oder auch länger in Einzelfällen und bei besonders schwierigen Verläufen.

#### Dr. med. André Richter

Oberarzt, Spezialstation für Angst- und Depressionserkrankungen  
Klinik für Affektive Erkrankungen u. Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost  
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
Lenggstrasse 31, Postfach 1931, 8032 Zürich  
[andre.richter@puk.zh.ch](mailto:andre.richter@puk.zh.ch)

#### Literatur

1. Simon GE, et al.: LIDO Group: Prevalence and Predictors of Depression Treatment in an International Primary Care Study. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1626–1634.
2. EAAD – European Alliance against Depression: [www.eaad.net](http://www.eaad.net).
3. Walcher W: Die larvierte Depression. Wien 1969: Brüder Hollinek.
4. Bauer M, et al.: WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders, World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *World J Biol Psychiatry* 2007; 8: 67–104.

#### FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- ▶ Rund ein Drittel aller Patienten in der Hausarztpraxis leidet unter depressiven Symptomen. Doch nur bei einem kleinen Anteil wird die Depressive Störung erkannt und entsprechend behandelt.
- ▶ Verschiedene psychische Störungen mit depressiven Symptomen gehen mit ausserordentlich beeinträchtigenden körperlichen Beschwerden einher.
- ▶ In den modernen, deskriptiven, symptomorientierten Klassifizierungssystemen ist die Diagnose «Larvierte Depression» nicht aufgeführt.
- ▶ Bei ausgeprägten depressiven Symptomen oder dem Verdacht auf eine durch körperliche Symptome maskierte Problematik sollte frühzeitig ein Spezialist beigezogen werden.
- ▶ Es steht eine Vielzahl erfolgsversprechender Behandlungsmethoden zur Verfügung. Besondere Bedeutung haben Psychotherapie und medikamentöse Interventionen.