

Demenz und Depression – ein Beitrag zur Begriffsbestimmung und Differentialdiagnostik der sogenannten Pseudodemenz

■ H. Wormstall, A. Stevens, C. Morawetz

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Summary

Wormstall H, Stevens A, Morawetz C. [Dementia and depression – concepts and differential diagnosis of «pseudo-dementia».] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1998;149:92–9.

The term pseudodementia was coined by C. Wernicke to describe an apparent loss of intellectual capability occurring in diverse psychiatric disorders. The concept of dementia has changed since and also the prefix «pseudo» is deemed inadequate when more severe forms of dementia are encountered. Thus a more precise terminology is required. In theory, three groups of combined cognitive and depressive syndromes are discernible: (1.) depression occurring in demented patients; (2.) coincidence of depression and dementia; (3.) (transient) cognitive symptoms occurring in depressive disorder. Only the last group would correspond to the older term «pseudodementia». To illustrate the use of the proposed categories some case reports are included. Of 84 patients examined in the geriatric department of Psychiatric University Hospital, Tübingen, for cognitive deficits, 49% had no cognitive deficits, 14% were demented, 16% showed less severe cognitive impairment, and 21% were diagnosed as depressive and cognitively impaired. Of those with cognitive deficits, 57% were depressed, independently from the severity of cognitive impairment. The findings are discussed with respect to the current literature. Our study suggests that both differential diagnosis of the three groups and prognosis may only be based upon follow-up evaluations.

Keywords: cognitive impairment, dementia, depression, pseudodementia

Korrespondenz:

Dr. med. H. Wormstall,
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Eberhard-Karls-Universität Tübingen,
Osianderstr. 22,
D-72072 Tübingen

Zusammenfassung

Der Begriff Pseudodemenz wurde von C. Wernicke zur Beschreibung eines scheinbaren Verlustes intellektueller Fähigkeiten bei unterschiedlichen psychiatrischen Grunderkrankungen geprägt. Da sich der Demenzbegriff gewandelt hat und die Vorsilbe «Pseudo» den oftmals schweren Krankheitsbildern nicht mehr gerecht wird, sollte eine genauere Definition erfolgen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur werden drei Krankheitsgruppen beschrieben, bei denen dementielle und depressive Symptome gleichzeitig vorkommen:

(1.) Depression bei Demenz; (2.) Depression und Demenz; (3.) Demenzsyndrom bei affektiven Störungen. In die letzte Gruppe könnte der alte Begriff Pseudodemenz eingeordnet werden.

Im Rahmen der Gedächtnisambulanz wurden 84 ältere Patienten mit der Frage nach depressiven und kognitiven Störungen klinisch und testpsychologisch (einschliesslich SIDAM und GDS) untersucht: 49% hatten keine kognitiven Defizite, 14% waren verschiedengradig dement, 16% liessen reine kognitive Defizite und 21% kognitive Defizite, verbunden mit klinisch bedeutsamen depressiven Symptomen, erkennen. Depressive Störungen fanden sich bei 57% aller Patienten, unabhängig vom Schweregrad ihrer kognitiven Beeinträchtigungen.

Schlüsselwörter: kognitive Störungen, Demenz, Depression, Pseudodemenz

Einleitung

Im 19. Jahrhundert behandelte *Mairet* (1883 [28]) mehrere Fälle einer melancholischen Demenz und vermutete für die kognitive Verschlechterung eine organische Ursache. Im deutschen Schrifttum unterstrich *Griesinger* (1867 [15]), wie schwierig es im Einzelfall sein könne, Depressionen und Demenzen voneinander abzugrenzen, da die geistige Tätigkeit in der Melancholie gebunden sei. *Kahlbaum* (1874 [17]) sprach von der «Melan-

cholia attonita», und Wernicke [5] prägte nach 1880 den Begriff «Pseudodemenz». Er verstand darunter im wesentlichen chronisch hysterische Zustände, die eine mentale Schwäche vortäuschten. *Gaupp* (1905 [13]) beschrieb einerseits mehrere ältere Patienten mit einem dementiellen Krankheitsbild, das nach Rückbildung der depressiven Symptomatik verschwand, und andererseits Patienten, bei denen sich aus einer zunächst dominierenden Involutionsdepression eine Demenz herauskristallisierte.

Nachdem die frühen Autoren die Pseudodemenz als eine durch zahlreiche Störungen ausgelöste kognitive Verschlechterung definierten, wurde der Begriff auch in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts in unterschiedlicher Weise gebraucht. So verstand *Madden* (1952 [26]) hierunter rückbildungsfähige kognitive Einbussen bei Involutionspsychosen. *Kiloh* (1961 [18]) griff wieder auf die Definition von Wernicke zurück und stellte den parodienhaften Charakter der Symptomatik in den Vordergrund. In weiteren Publikationen [29] wurden Delirien und akute Bewusstseinsstörungen eingeschlossen.

In der neueren Literatur weisen *Bulbena* und *Berrios* (1986 [5]) nach einer Untersuchung von 87 Fällen darauf hin, dass auch heute kein Konsens besteht, wie der Begriff Pseudodemenz eigentlich zu verwenden sei. *Stoppe* und *Staedt* [41] nannten als Auslöser für die pseudodemente Symptomatik Konversions- und Dissoziationsphänomene, Persönlichkeitsstörungen, Drogenintoxikationen oder schizophrene Psychosen. An die erste Stelle der möglichen Krankheitsursachen setzten sie jedoch die depressiven Syndrome.

Gegen die Weiterverwendung des Terminus «Pseudodemenz» wandten sich *Madden* et al. [26], *Folstein* et al. [10] und *Mahendra* [27]. *Lauter* u. *Dame* [22] empfehlen, Krankheitsbilder mit depressiven und dementiellen Anteilen in verschiedene Untergruppen einzuteilen, die wir auch unseren Ausführungen zugrunde legen.

Krankheitsgruppen mit depressiver und dementieller Symptomatik

Depression bei Demenz

In dieser ersten Untergruppe lassen sich depressive Krankheitsbilder subsummieren, die auf dem Boden einer Demenz mit unterschiedlicher Ätiologie entstanden sind.

Die Prävalenz von depressiven Symptomen bei dementiellen Erkrankungen wird in der Literatur für die Alzheimersche Erkrankung meist mit 10

bis 30% [16, 36] angegeben. Eine Schwankungsbreite mit Extremwerten von 0% [6, 19, 43] bis 86% [31] kann dadurch erklärt werden, dass kein einheitliches Patientengut untersucht wurde [25], die Kriterien für depressive Symptome differenzierten [7] und unterschiedliche Demenztypen bzw. -stadien erfasst wurden. *Reifler* et al. [34] weisen darauf hin, dass der Grad von depressiven Verstimmungen und subjektiven Klagen über Gedächtniseinbussen im Frühstadium einer Demenz am grössten ist.

Obwohl bei Demenzerkrankungen das Risiko einer depressiven Störung generell erhöht ist, ist der zugrunde liegende Demenztyp für die Entstehung von depressiven Symptomen von Bedeutung. So fanden *Kramer* u. *Reifler* [21], dass 31% einer Gruppe von 131 Alzheimer-Patienten auf der Hamilton-Skala pathologische Werte erreichten. Therapeutisch liessen sich mit Antidepressiva bei 85% der Patienten die affektiven Symptome gut, die kognitiven Störungen hingegen nicht beeinflussen. *Rovner* et al. [36] wiesen im Rahmen einer ähnlich grossen Stichprobe bei 17% der Patienten die DSM-III-R-Kriterien für eine «Major Depression» nach.

Im Vergleich zur Alzheimerschen Erkrankung nimmt bei subkortikalen Störungen, die wie die Parkinsonsche Erkrankung nicht selten zu dementiellen Störungen führen [4, 9, 33], die depressive Symptomatik noch zu [9, 12, 30, 32].

Vaskuläre Störungen mit unterschiedlichem Ausprägungsgrad können dementielle Syndrome verursachen [37]. *Robinson* und *Starkstein* [35] beschrieben 1990, dass in der akuten Phase nach einem ischämischen Insult depressive oder dysthyme Störungen in 40 bis 50% der Fälle vorkommen und zusätzlich 30% der Patienten in den folgenden zwei Jahren depressiv erkrankten. Phänomenologisch waren diese postapoplektischen Depressionen nahezu identisch mit melancholischen Störungen ohne zentralnervöse Beeinträchtigungen.

1. Fallbeispiel

Nach einem Vortrag über psychische Erkrankungen im Alter wandte sich die bis zu diesem Zeitpunkt noch niemals nervenärztlich behandelte, 77jährige Patientin an unsere gerontopsychiatrische Sprechstunde.

Sie berichtet, dass ihr seit etwa 2 Jahren Wortfindungs- und Gedächtnisstörungen aufgefallen seien. Die von ihr registrierte Vergesslichkeit empfinde sie als peinlich und störend. Sie fühle sich zudem erschöpft, sei häufig ängstlich und Sorge

sich um ihren Gesundheitszustand. An körperlichen Vorerkrankungen werden eine Appendektomie, gelegentliche Herzrhythmusstörungen, eine Sehschwäche links und eine Pneumonie vor einem halben Jahr genannt.

Psychisch wirkt die körperlich gepflegte, psychomotorisch leicht verlangsamte Patientin im Kontaktverhalten offen und hilfeschend. Es zeigen sich mittelschwere mnestiche Einbussen mit Betonung des Kurzzeitgedächtnisses sowie deutliche Wortfindungsstörungen und Neologismen. Der Affekt wechselt zwischen überwiegend gedrückt-depressiver Stimmung (verstärkt bei der Beschwerdeschilderung) und gelegentlicher betont heiterer Haltung. Psychotische Symptome lassen sich nicht erkennen.

Bei regelrechtem internistischem Untersuchungsbefund finden sich keine neurologischen Seitenzeichen. Die MER sind lebhaft, die ASR abgeschwächt, das distale Vibrationsempfinden auf $\frac{2}{3}$ vermindert und der Blindgang unsicher. Die Laborparameter sind bis auf eine MCV-Erhöhung (110,3 fl) und eine Vitamin-B₁₂-Spiegelniedrigung auf 16 ng/dl gänzlich unauffällig. Im EEG kommt eine leichtgradige Allgemeinveränderung und im CCT eine mässiggradige Hirnatrophie zur Darstellung. Regelrechte Befunde erbringen eine dopplersonographische Untersuchung der grossen Halsgefässe und eine Bestimmung der Tibialis-Nervenleitgeschwindigkeit.

Das Ausmass der kognitiven Leistungsminde rung (SISCO 32 Punkte/[45], MMS 23 Punkte/[11]) mit Beeinträchtigung der räumlich-zeitlichen Orientierung und optisch-räumlichen Konstruktionsfähigkeit lässt eine im Vordergrund stehende dementielle Erkrankung vermuten. Auf der GDS [39] weisen 7 von 15 Punkten auf eine depressive Störung hin.

Während des zweijährigen klinischen Behandlungsverlaufs mit der Medikation von Piritinol, Vitamin B₁₂, Trazodon bzw. Mianserin und Gedächtnistraining ist die depressive Symptomatik rückläufig. Die kognitive Einschränkung nimmt jedoch zu (zuletzt MMS 16 Punkte). Diagnostisch ist nun eine Mischform aus Vitamin-B₁₂-Mangel und Demenz vom Alzheimer-Typ mit depressiver Begleitsymptomatik am wahrscheinlichsten.

Depression und Demenz

Hierunter wird ein gleichzeitiges Auftreten von Depressionen und dementiellen Erkrankungen verstanden, wobei die Krankheitsbilder jedoch voneinander unbeeinflusst und eigenständig entstanden sind [14].

Statistisch ist bei über 65jährigen mit 5 bis 8% Demenzerkrankungen [3], 2% endogenen Depressionen und 5 bis 15% sekundären oder milderer Depressionsformen zu rechnen. Bereits hieraus lässt sich folgern, dass für ältere Menschen die Wahrscheinlichkeit, zwei dieser Krankheiten gleichzeitig zu bekommen, deutlich erhöht ist.

Tölle [42] unterstrich, dass Psychiater wenig gewohnt seien, zwei seelische Krankheiten nebeneinander anzunehmen. Vielmehr sei jedoch besonders die Melancholie geeignet, zu einer anderen psychischen Krankheit hinzuzutreten, ohne die primären Persönlichkeitsstrukturen gravierend zu verändern. Inzwischen ist diesem Gebiet mehr Aufmerksamkeit gewidmet worden, und Shea et al. [38] beschreiben eine erhöhte Komorbidität für depressive und dementielle Syndrome.

2. Fallbeispiel

Die jetzt 75jährige Patientin entwickelte erstmals 1961 (zwei Jahre nach dem Tod der sehr haltgebenden Mutter) depressive Symptome mit Antriebslosigkeit, Grübeltendenzen, Zwangsgedanken, vegetativen Störungen und gelegentlichen akustischen Halluzinationen. Unter der Diagnose eines «depressiven Syndroms mit paranoiden Einschlägen» und aufgrund rezidivierender Suizidneigung wurde Frau B. in den folgenden 17 Jahren über 20mal stationär psychiatrisch aufgenommen und überwiegend mit Perazin und verschiedenen Antidepressiva behandelt. Gelegentliche, erotisch gefärbte, akustische Halluzinationen wurden nicht einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, sondern ihrer ausgeprägten eidetischen Veranlagung zugeordnet.

Ab 1978 erfolgte bei recht stabilem psychischen Befund die ambulante Versorgung durch die Hausärztin. Die unverheiratete Patientin arbeitete in dieser Zeit als Stationshilfe in einem Altersheim, wo sie später auch als Bewohnerin aufgenommen wurde. Erneute depressive Verstimmungen mit gelegentlichen suizidalen Tendenzen sowie wiederholtem Stimmenhören konnten längere Zeit befriedigend ambulant nervenärztlich mit Doxepin und Lithium behandelt werden.

Nach deutlicher Zunahme der drängenden Suizidgedanken wird jedoch eine erneute stationäre Einweisung unumgänglich. Diagnostisch steht, auch unter Würdigung des ambulanten und stationären Langzeitverlaufs, die Diagnose einer endogenen, monopolar verlaufenden Depression im Vordergrund.

Ein Jahr später treten nun neben paranoid gefärbten depressiven Symptomen deutliche ko-

gnitive Einbussen mit Orientierungs- und Gedächtnisstörungen auf Die Auffassungsgabe ist erschwert, das formale Denken weitschweifig und perseverierend. Bei der testpsychologischen Untersuchung erreicht die Patientin im MMS 21 Punkte. Bei der Überprüfung der sprachlichen Flüssigkeit und des semantischen Gedächtnisses lassen sich deutliche Defizite erkennen. Bei der körperlichen und laborchemischen Untersuchung finden sich keine schwerwiegenden Befunde. Im EEG kommt eine mässiggradige Allgemeinveränderung, im CCT eine innere und äussere Hirnatrophie mit deutlichen periventrikulären Dichteminderungen zur Darstellung.

Bei der zwölf Monate später durchgeführten Verlaufsuntersuchung erreicht die Patientin im MMS 11 Punkte und im SIDAM 16 Punkte [45]. Bei der Patientin, die an einer neu aufgetretenen vaskulären Demenz und an der langjährig bestehenden endogenen Depression leidet, lassen sich somit zwei zu unterschiedlichen Zeiten entstandene Krankheitsbilder diagnostizieren.

Demenzsyndrom bei einer Depression

Definitionsgemäss handelt es sich hierbei um eine potentiell reversible kognitive Leistungsminderung bei Patienten auf dem Boden einer depressiven Störung oder anderen funktionellen Beeinträchtigungen, die nicht durch eine zugrundeliegende zerebrale Erkrankung erklärt werden kann.

In Übereinstimmung mit *Mahendra* [27], der die «Pseudodemenz» als unlogisches und irreführendes Konzept bezeichnete, und *Folstein* [10], der den Begriff «dementia-syndrome of depression» vorschlug, setzten sich in der aktuellen Literatur auch *Stoppe* und *Staedt* [41] sowie *Lauter* und

Dame [22] kritisch mit dem Terminus auseinander. Letztere Autoren weisen insbesondere darauf hin, dass die sogenannte Pseudodemenz nur in bezug auf ein eindeutiges Demenzkonzept definiert werden könne.

Lange Zeit wurde die Demenz als eine erworbene, irreversibel fortschreitende und unheilbare Erkrankung definiert, z.B. verursacht durch eine chronische Hirnerkrankung.

In der aktuellen Diskussion stehen für die Demenz zwar weiterhin die erworbenen amnestischen Einbussen sowie die Veränderung der Persönlichkeit, der sozialen Aktivitäten und Arbeitsmöglichkeiten im Vordergrund. Eine Befundprogression, eine Irreversibilität oder ein spezifischer organischer Faktor stellen jedoch nicht mehr eine *Conditio sine qua non* dar. Hieraus folgernd, sollte deshalb statt von einer Pseudodemenz eher von einem Demenzsyndrom bei Depression gesprochen werden. Auch *Stoppe* und *Staedt* [41] diskutierten die erheblichen Probleme, die der Ausdruck Pseudodemenz mit sich bringe. So könne nicht, wie es *Kiloh* [18] versucht hatte, eine reversible kognitive Störung mit einer vermeintlich irreversiblen Erkrankung verglichen werden.

Erschwerend kommt hinzu, dass es bis heute keine allgemein akzeptierten eindeutigen positiven Kriterien für die sogenannte Pseudodemenz gibt. *Wells* [44] hingegen beschrieb klinische Diagnosekriterien (Tabelle 1), mit denen er bereits die differentialdiagnostische Einstufung als durchführbar betrachtete.

Im Gegensatz zu *Wells* [44] halten wir eine einmalige klinische Untersuchung nicht für ausreichend, sondern klinische und testpsychologische Verlaufsbeobachtungen für zwingend erforderlich. Hierbei können dann auch die Effekte der medikamentösen oder psychotherapeutischen Behand-

Tabelle 1 Klinische Differentialdiagnose von Demenz und sogenannter Pseudodemenz nach C. E. Wells [44].

	Demenz	sogenannte Pseudodemenz
Vorgeschichte	Systemerkrankung, Sucht	depressive oder funktionelle Störungen
Beginn	schleichend	relativ präzise
Gedächtnis	Kurzzeitgedächtnis vermindert	Kurz- und Langzeitgedächtnis beeinträchtigt
Umschriebene Gedächtnislücken	keine	zutreffend
Kognitive Defizite	geleugnet	beklagt
Kognitive Beeinflussung durch Antidepressiva	keine	zutreffend
Affekt und kognitive Defizite	deckungsgleich	verschieden
Antworten	um Antwort bemüht	rasch teilnahmslos («ich weiss nicht»)
Mitarbeit	kooperativ	wenig kooperativ
Soziale Fähigkeiten	lange erhalten	rasch vermindert

lung in die Diagnostik mit einbezogen werden. Prima vista sind die Demenz bei Depression und die Koinzidenz von Depression und Demenz nicht unterscheidbar. Auch morphologische Untersuchungen sind im Frühstadium einer Demenz in der Regel nicht geeignet, eine strukturelle Demenzursache eindeutig zu beweisen [2]. So offenbart sich das wesentliche Merkmal der Demenz bei Depression erst im weiteren Verlauf: die Reversibilität der dementen Symptomatik nach Rückbildung der Depression.

3. Fallbeispiel

Die 79jährige Patientin sei schon in ihrer Jugend «tief ernst veranlagt» gewesen. Wenige Monate nach Kriegsende erfolgte aufgrund zunehmender Konflikte mit Angehörigen eine erste stationäre psychiatrische Behandlung, die zur Diagnosestellung einer «schweren Psychopathie» führte. Bis auf eine zehn Jahre dauernde «Bekanntschaft» mit einem Bauarbeiter lebte sie ohne berufliche Tätigkeit isoliert in ihrer aus einer Erbschaft finanzierten Eigentumswohnung.

Nach suizidalen Äusserungen wurde 1989 eine zweite stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erforderlich. Diagnostisch wurde eine «Krisensituation bei Einsamkeitsproblematik und sozialen Schwierigkeiten bei neurotischer Entwicklung und hysterischer Persönlichkeitsstruktur» beschrieben. Obwohl im Rahmen eines Hausbesuchs ein Sozialarbeiter die Wohnung mit einer Müllhalde verglich, bestand die Patientin darauf, dorthin zurückzukehren.

Im Sommer 1993 muss der von Nachbarn alarmierte Hausarzt die ältere Patientin in verwahrlostem und hilflosem Zustand erneut einweisen. Zum Aufnahmezeitpunkt ist sie verwirrt, hat deutliche mnestiche Einbussen und ist desorientiert. Affektiv erscheint sie hoffnungslos und äusserst niedergeschlagen. Bei der internistischen Untersuchung der kachektischen Patientin zeigt sich eine absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern und eine Struma nodosa Grad III. Die Laborparameter sind noch im Normbereich gelegen. Ein auch aufgrund eines fraglichen EEG-Herdes durchgeführtes CCT lässt keine pathologischen Veränderungen erkennen. Bei der testpsychologischen Untersuchung finden sich Funktionsdefizite (SISCO 29 Punkte, MMS 21 Punkte, CI-Test 2 Punkte/[24], die auf ein leichtes bis mittelschweres dementielles Syndrom hinweisen. Weitere Testverfahren können der vom klinischen Eindruck her schwer depressiv verstimmt und erschöpften Patientin nicht zugemutet werden. Unter intensiver ärztlich-pflegerischer

Versorgung und niedrigdosierter Sedierung mit Melperon kann nach etwa drei Wochen eine deutliche Befundstabilisierung und Stimmungsaufhellung erzielt werden.

Im Rahmen einer testpsychologischen Verlaufsuntersuchung finden sich nur noch leichte kognitive Beeinträchtigungen (SISCO 46 Punkte, MMS 27 Punkte, CI-Test 1 Punkt). Obwohl die Patientin auf der geriatrischen Depressionsskala GDS noch 12 Punkte erreicht, ist vom klinischen Eindruck her die depressive Verstimmung bereits deutlich rückläufig und zum Entlassungszeitpunkt remittiert. Diagnostisch steht nun nach Kenntnis des klinischen und poststationären Verlaufs eine mittlerweile zurückgebildete Demenzsymptomatik bei einer ausgeprägten affektiven Störung im Vordergrund.

Eigene Untersuchungsbefunde

Mit den in Abbildung 1 wiedergegebenen Fragestellungen und vor dem Hintergrund der oben genannten Einteilung in drei Untergruppen wurden in der gerontopsychiatrischen Ambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen von Februar 1992 bis April 1994 137 Patienten untersucht (Tabelle 2). In 46% der Fälle wurden die Patienten zur Abklärung kognitiver Defizite vorgestellt. Bei 40% wurde nach der Differentialdiagnose zwischen Demenz und Depression gefragt. 14% waren bereits als dement eingestuft worden, jedoch sollte eine Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung erfolgen.

Abbildung 1

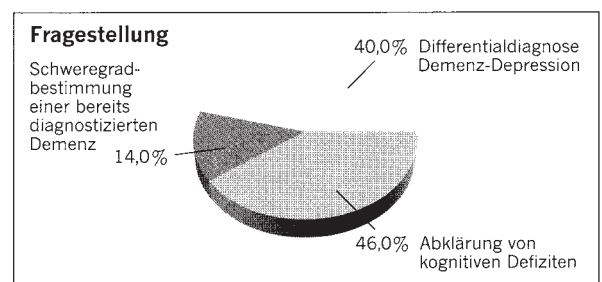


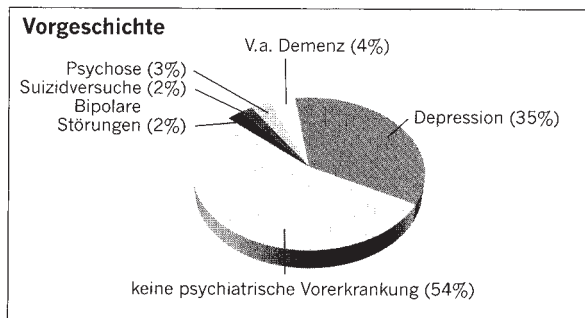
Tabelle 2

Charakteristika der Patienten der Gedächtnisambulanz der gerontopsychiatrischen Sprechstunde Tübingen.

untersuchter Zeitraum:	Februar 1992 bis August 1994
Anzahl Patienten:	137
stationäre Patienten:	74 (54%)
ambulante Patienten:	63 (46%)
Verhältnis Frauen/Männer:	2:1
Durchschnittsalter:	68,9 (±9,89) Jahre
Dauer der Beschwerden:	33 Monate (1 Monat–20 Jahre)

Abbildung 2 gibt die anamnestisch erfahrbare Vorgeschichte wieder: Der grösste Teil der Patienten (54%) hatte sich nie zuvor in psychiatrischer Behandlung befunden. 35% waren bis zum jetzigen Kontakt mindestens einmal depressiv erkrankt. Bei 2% fanden sich bipolare Störungen bzw. Suizidversuche, 3% litten an einer Erkrankung aus dem schizophränen Formenkreis, bei 4% wurde bereits zuvor der Verdacht auf eine dementielle Erkrankung formuliert.

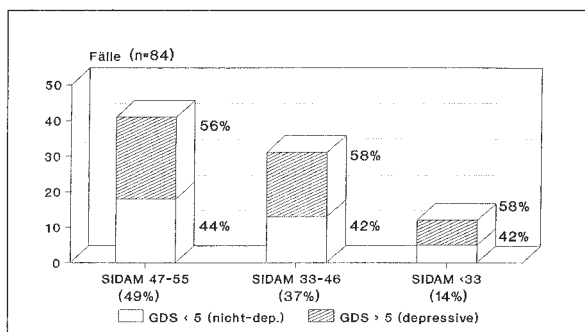
Abbildung 2



In Abbildung 3 sind die Testergebnisse von 84 Patienten der oben beschriebenen Patientengruppe dargestellt, die mit den Testinstrumenten SIDAM und GDS untersucht wurden. Aufgetrennt nach dem Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigungen ergaben sich keine Unterschiede in der Häufigkeit depressiver Syndrome zwischen den Gruppen der leicht-, mittel- oder schwer beeinträchtigten Patienten. Insgesamt 57% der kognitiv beeinträchtigten Patienten waren als depressiv zu bezeichnen.

Keine kognitiven Defizite (47–55 SIDAM-Punkte) hatten 49% der Stichprobe, dementielle Störungen von unterschiedlichem Schweregrad (weniger als 33 SIDAM-Punkte) zeigten 14%. Kognitive Beeinträchtigungen, die noch nicht den Schweregrad einer Demenz erreichten (33–46 SIDAM-Punkte), liessen insgesamt 37% der Patienten erkennen. In der Gruppe der kognitiv Beeinträchtigten litten 58% (dies entspricht 21% der Gesamtstichprobe) auch an klinisch bedeutsamen depressiven Symptomen.

Abbildung 3



Diskussion

Gleichzeitig auftretende depressive und kognitive Störungen lassen sich mindestens drei klinischen Kombinationsformen zuordnen. Anhand der ersten beiden Fallbeispiele haben wir aufgezeigt, dass (a) depressive Symptome als Begleiterscheinung einer dementiellen Entwicklung (Fallbeispiel 1) oder (b) unabhängig zu einer später auftretenden Demenz (Fallbeispiel 2) vorkommen können. Bei Fallbeispiel 3 wurde hingegen deutlich, dass (c) umgekehrt auch auf dem Boden von affektiven Störungen eine (reversible) Demenzsymptomatik auftreten kann.

Im Vergleich zu anderen Untersuchungen [40] können wir das gehäufte Auftreten depressiver Krankheitsbilder bei kognitiv beeinträchtigten Patienten bestätigen. Kontrovers wird in der Literatur die Korrelation zwischen depressiven Störungen und dem Schweregrad der kognitiven Beeinträchtigung diskutiert. *Kramer und Reifler* [21] wiesen darauf hin, dass die depressiven Symptome mit zunehmendem Schweregrad der Demenz abnehmen. Hierzu kontrastierend verneinten *Lazarus et al.* [23] den auch bei unseren Patienten nicht nachgewiesenen Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad der Demenz und der depressiven Symptomatik. Einschränkend muss jedoch zu unserer Studie gesagt werden, dass die Gruppe mit Demenzpatienten aufgrund ihrer geringen Grösse eine weitere Unterteilung in unterschiedliche Demenzgrade nicht erlaubte, so dass auf inferenzstatistische Verfahren zur Auswertung bivariater Häufigkeitsverteilungen verzichtet wurde.

21% unserer klinisch und testpsychologisch untersuchten Patienten liessen sich noch nicht eindeutig dem depressiven oder dementiellen Krankheitspol zuteilen und könnten der alten Kategorie «Pseudodemenz» zugeordnet werden. Erst unter Einbezug der Anamnese, des therapeutischen Verlaufs sowie der testpsychologischen Folgeuntersuchung(en) [8] kann dann die weitere diagnostische Eingruppierung erfolgen.

Da die Vorsilbe «Pseudo» dem oft schweren Krankheitsbild der Patienten nicht gerecht wird, bevorzugen wir, auch auf dem Boden der referierten Literatur, den Begriff «Demenzsyndrom bei affektiven Störungen». Bei weitgehend fehlenden prospektiven Studien wird derzeit geschätzt, dass etwa 8–10% der depressiv und kognitiv beeinträchtigten Patienten letztlich zu dieser Gruppe gehören. So rechnen auch wir damit, dass nach Abschluss der psychiatrischen Behandlung unsere gleichzeitig kognitiv beeinträchtigten und depressive Patientengruppe kleiner wird und teilweise

anderen Gruppen zugeordnet werden kann. Ob über 90% [20] bzw. 43% [1] dieser Patienten das Vollbild einer Demenz bekommen werden, muss durch Verlaufsstudien geklärt werden. Es darf jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass bei der Thematik «Demenz und Depression» weiterhin eine Diskrepanz zwischen klinischem Denken und empirischen Untersuchungsbefunden besteht. Ist auch die oben genannte Unterteilung in drei unterschiedliche Gruppierungen für den klinischen Alltag durchaus wichtig und hilfreich, so sind derzeit keine Gesetze erkennbar, die eine valide Prognose für den weiteren Krankheitsverlauf erlauben würden.

Literatur

- 1 Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with «reversible dementia»: a controlled study. *Am J Psychiat* 1993;150:1693–9.
- 2 Bauer J. Klinische Diagnostik und Therapiemöglichkeiten der Demenz vom Alzheimer-Typ. *Fortschr Neurol Psychiat* 1994;62:417–32.
- 3 Bickel H. Demenz und Pflegebedürftigkeit im höheren Lebensalter. *Münch Med Wochenschr* 1994;136:640–3.
- 4 Boller F. Mental status of patients with Parkinson's disease. *J Clin Neuropsychol* 1980;2:157–72.
- 5 Bulbena A, Berrios GE. Pseudodementia: facts and figures. *Br J Psychiat* 1986;148:87–94.
- 6 Burke WJ, Rubin EH, Morris JC, Berg L. Symptoms of depression in dementia of the Alzheimer type. *Alzheimer Dis Ass Disord* 1988;2:356–62.
- 7 Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. III: Disorders of mood. *Br J Psychiat* 1990;157:81–6.
- 8 Denzler P, Kessler J, Markowitsch HJ. Möglichkeiten und Mängel der psychopathometrischen Demenz-Diagnostik. *Fortschr Neurol Psychiat* 1986;54:382–92.
- 9 Durwen HF, Calabrese P, Holinka B, Markowitsch HJ, Gehlen W. Neuropsychologische Aspekte bei idiopathischem Morbus Parkinson. *Fortschr Neurol Psychiat* 1995;63:68–71.
- 10 Folstein MF, McHugh PR. Dementia syndrome of depression. In: Katzman, Terry RD, Bick KL (editors). *Alzheimer's disease: senile dementia and related disorders. Aging Vol. 7.* New York: Raven Press; p. 87–92.
- 11 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975;12:189–98.
- 12 Folstein SE, Abbott MH, Chase GA, Jansen BA, Folstein MF. The association of affective disorders with Huntington's disease in a case series and in families. *Psychol Med* 1983;13:537–42.
- 13 Gaupp R. Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. *Münch Med Wochenschr* 1905;52:1531–7.
- 14 Greenwald BS, Kramer-Ginsberg E, Marin DB, Laitman LB, Hermann CK, Mohs RC, et al. Dementia with coexistent major depression. *Am J Psychiat* 1989;146:1472–8.
- 15 Griesinger W. *Mental pathology and therapeutics.* London: New Sydenham Society: 1867.
- 16 Haupt M, Kurz A, Pollmann S, Romero B. Psychopathologische Störungen bei beginnender Alzheimerscher Krankheit. *Fortschr Neurol Psychiat* 1992;60:3–7.
- 17 Kahlbaum KL. *Die Katatonie.* Berlin: Kirschwald; 1874.
- 18 Kiloh LG. Pseudo-dementia. *Acta Psychiat Scand* 1961;37:336–51.
- 19 Knesevich JW, Martin RL, Berg L, Danziger W. Preliminary report on affective symptoms in the early stages of senile dementia of Alzheimer type. *Am J Psychiat* 1983;140:233–5.
- 20 Kral VA. Depressive Pseudodemenz und senile Demenz vom Alzheimer-Typ. *Nervenarzt* 1982;53:284–6.
- 21 Kramer SI, Reifler BV. Depression, dementia and reversible dementia. *Clin Geriatr Med* 1992;8:289–97.
- 22 Lauter H, Dame S. Depressive disorders and dementia: the clinical view. *Acta Psychiat Scand* 1991;366(Suppl):40–6.
- 23 Lazarus CW, Newton N, Cohler B. Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am J Psychiat* 1987;144:41–5.
- 24 Lehrl S, Fischer B. CI-Test zur Frühdiagnostik von Demenzen. Ebersberg: Vlees-Verlag; 1992.
- 25 Mackenzie TB, Robiner WN, Knopman DS. Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiat* 1989;146:1174–8.
- 26 Madden JJ, Luhan JA, Kaplan LA, Manfredi HM. Non-dementing psychoses in older persons. *JAMA* 1952;150:1568–71.
- 27 Mahendra B. «Pseudodementia»: an illogical and misleading concept. *Br J Psychiat* 1983;143:202.
- 28 Mairat A. De la démence mélancholique. Contribution à l'étude de la périencéphalite chronique localisée et à l'étude des localisations cérébrales d'ordre psychique. Paris: Masson; 1883.
- 29 Marsden CD, Harrison MJG. Outcome of investigation of patients with presenile dementia. *Br Med J* 1972;2:249–52.
- 30 Mayeux R, Stern Y, Rosen J, Leventhal J. Depression, intellectual impairment and Parkinson's disease. *Neurology* 1981;31:645–50.
- 31 Merriam A, Aronson M, Gaston P, Wey SL, Katz I. The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1988;26:7–12.
- 32 Mindham RHS. Psychiatric symptoms in Parkinsonism. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 1970;33:188–91.
- 33 Pirozzolo FJ, Hansch EC, Mortimer JA, Webster DA, Kuskowski MA. Dementia in Parkinson's disease: a neuropsychological analysis. *Brain Cogn* 1982;1:71–83.
- 34 Reifler BV, Larson E, Hanley R. Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am J Psychiat* 1982;139:623–6.
- 35 Robinson RG, Starkstein SE. Current research in affective disorders following stroke. *J Neuropsych Clin Neurosci* 1990;2:1–14.
- 36 Rovner BW, Broadhead J, Spencer M, Carson K, Folstein MF. Depression and Alzheimer's disease. *Am J Psychiat* 198;146:350–3.
- 37 Schut L. Dementia following stroke. *Clin Geriatr Med* 1988;4:767–84.

-
- 38 Shea MT, Widiger TA, Klein MH. Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:857–68.
-
- 39 Sheigkh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL (editor). *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: The Haworth Press; 1986. p. 165–73.
-
- 40 Skoog I, Nilsson L, Palmertz B, Andreasson LA, Swanborg A. A population-based study of dementia in 85-year-olds. *N Engl J Med* 1993;328:153–8.
-
- 41 Stoppe G, Staedt J. Die frühe diagnostische Differenzierung primär dementer von primär depressiven Syndromen im Alter – ein Beitrag zur Pseudodemenzdiskussion. *Fortschr Neurol Psychiat* 1993;61:172–82.
-
- 42 Tölle R. Melancholie als Zweitkrankheit – Über das Zusammentreffen einer endogenen Depression mit einer anderen psychischen Krankheit. *Fortschr Neurol Psychiat* 1987;55:335–42.
-
- 43 Weiner MF, Edland SD, Luszczynska H. Prevalence and incidence of major depression in Alzheimer's disease. *Amer J Psychiat* 1994;151:1006–9.
-
- 44 Wells CE. Pseudodementia. *Am J Psychiat* 1979;136:895–900.
-
- 45 Zaudig M, Mittelhammer J, Hiller W. SIDAM-strukturiertes Interview für die Diagnose der Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt-Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM III R und ICD 10. München: Logomed-Verlag, Fabian Höpker; 1990.
-