

Zeitschrift: Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

Band: 15 (1959)

Artikel: Medikamentöse Therapie der depressiven Zustandsbilder

Autor: Kielholz, P.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-307417>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel – Direktor: Prof. J. E. Staehelin

Medikamentöse Therapie der depressiven Zustandsbilder

Von P. Kielholz

Die Psychopathologie und Therapie der depressiven Zustandsbilder hat leider nie dasselbe Interesse erweckt wie die Problematik der Schizophrenie, so daß auf dem Gebiet der affektiven Störungen noch wesentliche Probleme offen stehen. Dabei hat die Untersuchung aller Kranken, die von 1920–1957 in der psychiatrischen Universitätsklinik Basel wegen psychogener und endogener Depressionen behandelt wurden, ergeben, daß die depressiven Manifestationen verschiedenster Genese besonders in den letzten Jahren offenkundig zugenommen haben. Für dieses Häufigerwerden der Depressionen spielen wohl neben der Überalterung die zunehmende Industrialisierung, Verstädterung, Vermassung und der Materialismus sowie die Rastlosigkeit und Unsicherheit unserer Zeit eine ursächliche Rolle.

Die graphische Darstellung zeigt eine starke Zunahme aller depressiven Manifestationen, besonders aber der weiblichen Kranken mit reaktiven Depressionen, Melancholien und Involutionsdepressionen. Die Zahl der Kranken mit Depressionen hat sich somit innerhalb von 10 Jahren mehr als verfünffacht. Diese stete Zunahme hat das Depressionsproblem in den Brennpunkt unseres Interesses gerückt und drängt eine Überprüfung des *heutigen Standes der Therapie* auf.

Wie bei jeder Untersuchung, die zum Ziele hat, den Wert einer Therapie zu prüfen, kann man auch bei den Depressionen nur zu einer Meinungsbildung kommen, wenn man von möglichst einheitlichen diagnostischen Gesichtspunkten ausgeht. Bevor wir an unsere Aufgabe herantraten, mußten wir deshalb abklären, welche depressiven Zustandsbilder sich diagnostisch und in bezug auf ihren zeitlichen Ablauf am besten abgrenzen lassen.

Die psychogenen depressiven Reaktionen und Entwicklungen eignen sich für die Beurteilung der Wirksamkeit von Medikamenten nicht. Die Dauer und Intensität dieser traurigen Verstimmungen ist nicht nur von konstitutionellen Momenten, den auslösenden Umweltreizen, den mit-

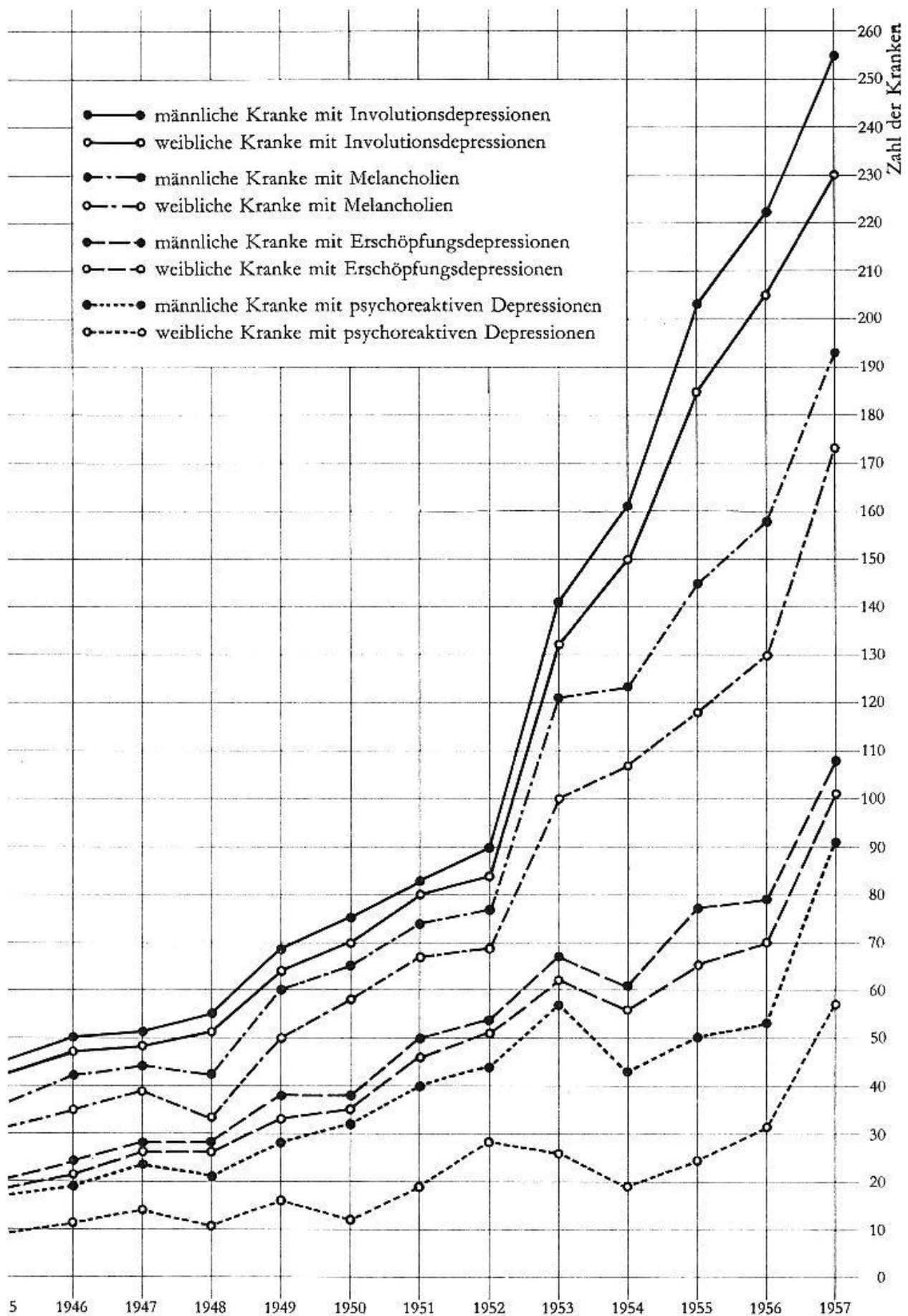
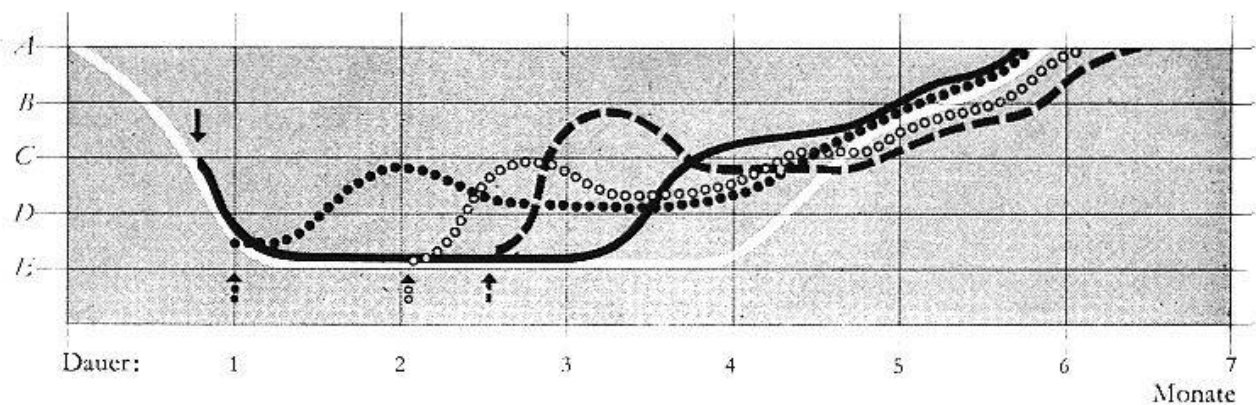


Abb. 1. Graphische Darstellung der Zahl der Kranken mit depressiven Zustandsbildern, die von 1945 bis 1957 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel zur Behandlung kamen.



- unbehandelte Phasen
 mit Opiumkuren behandelte Phasen
 - - - mit Insulin behandelte Phasen
 ↑↑ Beginn der Opiumbehandlung
 ↑↑ Beginn der Insulinbehandlung

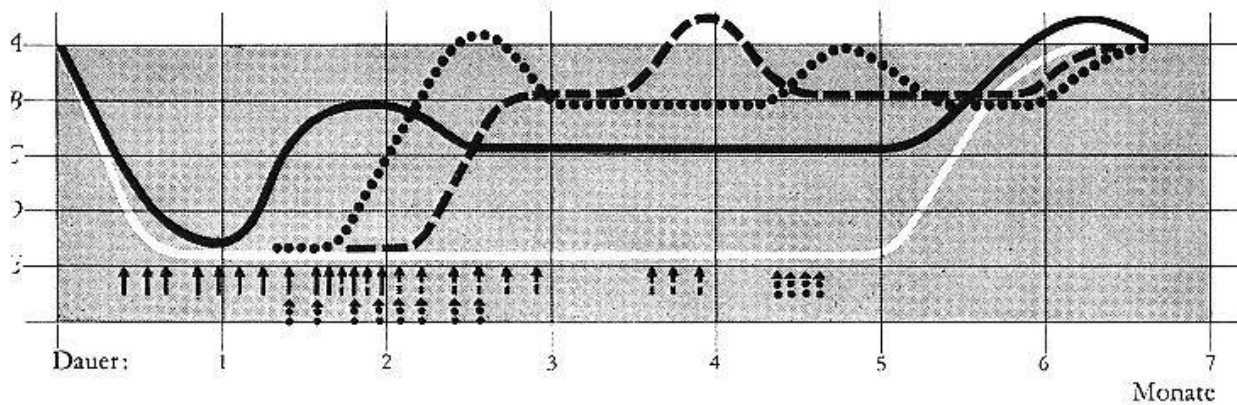
A = Habitualzustand; B = Innere Unruhe, Leeregefühl, Appetitabnahme, Schlafstörung; C = Depressive Grundstimmung, Ambivalenz, Depersonalisationsgefühle; D = Depressive Wahnideen, quälende Ambivalenz, motorische Unruhe; E = Ängstliche Erregung, Suicidimpulse, Monideismus, Todesangst.

Abb. 2. Phasenvergleichende Untersuchungen von agitierten Melancholien unter langdauernder Opium- und Insulinbehandlung (je zwei typische Phasenverläufe von 28 bzw. 83 Fällen).

menschlichen Beziehungen, dem Alter und der durch das psychische Trauma geschaffenen Situation abhängig, sondern auch, wie Blindversuche zeigten, von der Persönlichkeit des behandelnden Arztes. Eine Beurteilung des medikamentösen Effektes ist deshalb infolge der individuellen Verschiedenheit und der Vielfalt der ätiologischen Faktoren sehr unsicher, ja oft unmöglich.

Als zweckmäßigste depressive Manifestation zur Prüfung der Wirksamkeit antidepressiver Pharmaka haben sich die autochthonen periodischen Melancholien erwiesen. Da in der Nomenklatur der depressiven Zustandsbilder von Schule zu Schule, besonders aber von Sprache zu Sprache gewisse Unterschiede bestehen, möchte ich meinen weiteren Ausführungen eine kurze *Definition der periodischen Melancholien* voranstellen. Wir verstehen darunter periodisch auftretende Affektverschiebungen, die nach heutiger Auffassung vorwiegend durch konstitutionelle Faktoren bedingt sind und dem manisch-depressiven Formenkreise zugeordnet werden.

An Hand des Krankheitsverlaufes von 214 Patienten mit periodischen Melancholien versuchten wir die Wirksamkeit alter und neuer Behandlungsmethoden durch vergleichende Untersuchungen von unbehandelten mit behandelten depressiven Phasen zu klären. Die Beschreibung von Einzelfällen würde zu weit führen; wir können deshalb die Untersu-



- spontan verlaufende Phase
 --- mit Elektroschock behandelte Phasen
 ····· einzelne Elektroschocks (zwei Behandlungen pro Woche)

A = Habitualzustand; B = Schlafstörung, Apathie, Appetitmangel, Entschlußhemmung; C = Denkhemmung, psychomotorische Hemmung; D = Depressive Wahnideen, Ambivalenz, Fühllosigkeit, Depersonalisationsgefühle; E = Depressiver Stupor, Monideismus, Suicidtendenz.

Abb. 3. Phasenvergleichende Untersuchungen von Melancholien mit Elektroschockbehandlung (3 typische Phasenverläufe von 86 Fällen).

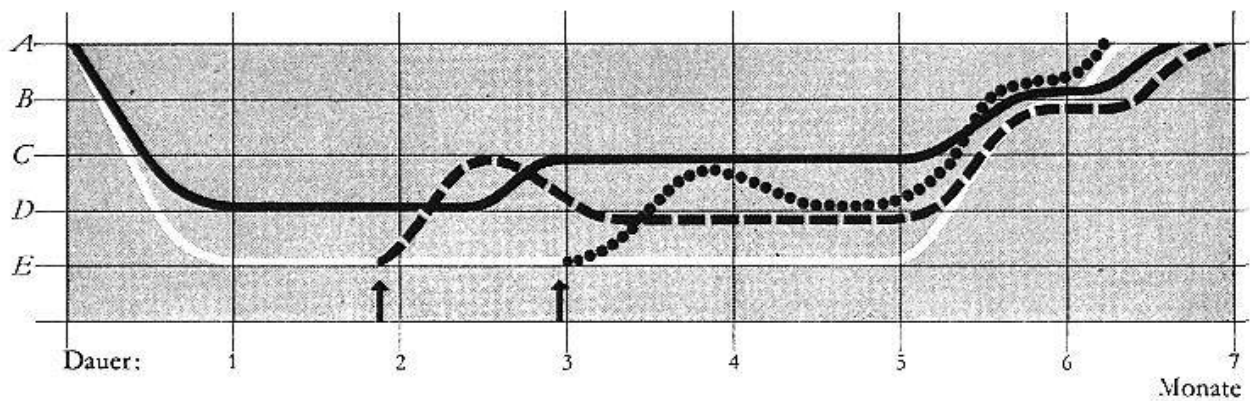
chungsergebnisse nur an Hand einiger schematischer Darstellungen kurz skizzieren. Wie bei allen Krankheiten, deren Pathogenese unbekannt ist, wurden und werden auch bei den Depressionen eine Unzahl von Medikamenten empfohlen. Ich kann selbstverständlich nur auf einige kurz hinweisen.

Im Verlaufe des letzten und zu Beginn des jetzigen Jahrhunderts wurde für viele Krankheiten, u. a. auch für die depressiven Zustandsbilder, *Opium* empfohlen. Schon viel früher war bekannt, daß Opium nicht nur Schmerzen, sondern auch Angst, innere Spannungen und Unruhe günstig zu beeinflussen vermag.

Nach der Einführung des *Insulins* in die Psychiatrie wurden auch Insulinbehandlungen bei depressiven Zustandsbildern durchgeführt.

Phasenvergleichende Untersuchungen haben ergeben, daß mit Hilfe von Opium und Insulin wohl die Angst und Unruhe bei agitierten Melancholien gedämpft werden kann; ein vorzeitiges Abklingen der Depression läßt sich aber nicht erzwingen.

Die Opium- und Insulinkur ist denn auch seit 20 Jahren durch die medikamentöse Krampfbehandlung und diese durch die praktisch einfachere, besser steuerbare *Elektroschocktherapie* weitgehend verdrängt worden. Die Angaben über die mit der Krampfbehandlung erzielten Remissionen bei Melancholien schwanken in früheren Arbeiten zwischen 75 und 95 %. Im Laufe der letzten Jahre sind immer häufiger Stimmen laut geworden, die diese hohen Remissionszahlen in Zweifel ziehen. Wohl



— spontan verlaufende Phase
 --- mit Neuroleptika behandelte Phasen
 ↑ Beginn der Neuroleptikabehandlung

A = Habitualzustand; B = Innere Unruhe, Leeregefühl, Appetitabnahme, Schlafstörung; C = Depressive Grundstimmung, Ambivalenz, Depersonalisationsgefühle; D = Depressive Wahnideen, quälende Ambivalenz, motorische Unruhe; E = Ängstliche Erregung, Suicidimpulse, Monideismus, Todesangst.

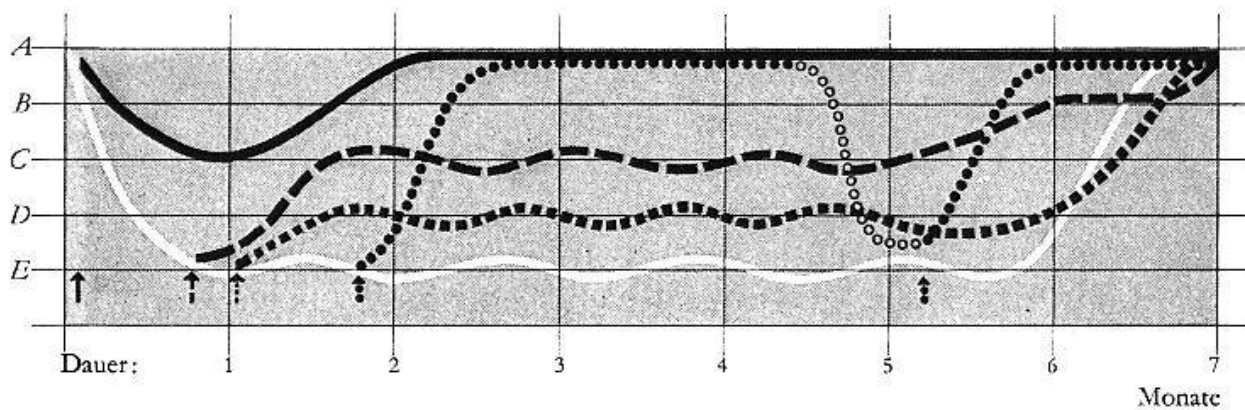
Abb. 4. Phasenvergleichende Untersuchungen von agitierten Melancholien unter langdauernder Neurolepticabehandlung (3 typische Phasenverläufe von 74 Fällen).

gelingt es, die depressive Symptomatik während der ersten Phase bei ca. 40% der Kranken mit 6–12 Elektroschocks weitgehend zu bessern; bei späteren Phasen kann in der Regel aber erst 6–8 Wochen nach Einsetzen der melancholischen Attacke eine deutliche Auflockerung erzwungen werden.

Wie Abb. 3 zeigt, treten aber oft 2–4 Wochen nach Absetzen der Behandlung, also in einem Zeitpunkt, in dem die Kranken bereits aus der klinischen Behandlung entlassen sind, erneut subdepressive Symptome in Erscheinung, die erst mit Abklingen der Phase völlig verschwinden.

Besonders in den Nachkriegsjahren wurden *Weckamine* und *weckaminähnliche Medikamente* als Antidepressiva propagiert. Sie steigern wohl den Antrieb, besonders den elementaren Bewegungstrieb und vermindern die Ermüdungsgefühle, sie haben aber keine oder nur eine sehr geringe Wirkung auf die Grundstimmung. Weckamine sind daher bei endogenen depressiven Zustandsbildern kontraindiziert, denn bei den agitierten Formen steigern sie die Angst und Unruhe, bei den gehemmten Melancholien führen sie oft zu innerer Erregung und lösen gelegentlich schwere Angstattacken mit erhöhter Suizidalität aus. Diese Stoffe verstärken zudem durch Verkürzung des Schlafes und Verminderung des Appetits die körperliche Schwäche.

Nach der Entdeckung der Neuroleptica und Tranquilizers erhoffte man von diesen Medikamenten eine günstige Wirkung auf die depres-



- spontan verlaufende Phase
- - - mit einem Thymoleptikum behandelte Phasen
- · - Beginn der Thymoleptikumbehandlung
- o - Unterbruch der Thymoleptikumbehandlung

A = Habitualzustand; B = Schlafstörung, Apathie, Appetitmangel, Entschlußhemmung; C = Denkhemmung, psychomotorische Hemmung; D = Depressive Wahnideen, Ambivalenz, Fühllosigkeit, Depersonalisationsgefühle; E = Depressiver Stupor, Monideismus, Suicidtendenz.

Abb. 5. Phasenvergleichende Untersuchungen von Melancholien mit Thymoleptikabehandlung (4 typische Phasenverläufe von 52 Fällen).

siven Zustandsbilder. Schon 1953 haben wir darauf hingewiesen, daß Neuroleptica nur bei den ängstlich-agitierten Formen indiziert sind.

Mit Neuroleptica kann die ängstliche Unruhe oft gut gedämpft werden. Es kommt zu einer Entspannung und Beruhigung, so daß sich die Patienten von ihren zermürbenden depressiven Wahninhalten und Suizidimpulsen etwas distanzieren können. Die depressive Grundstimmung aber bleibt weiterhin bestehen.

Bei Kranken mit gehemmten Melancholien sind die Neuroleptica sogar kontraindiziert, da die Medikamente durch zusätzliche Senkung des Energieniveaus die Depressionen noch intensivieren.

Nach den Neuroleptica wurde *Iproniazid*, ein Inhibitor der Monoaminooxidase, als Antidepressivum empfohlen. Iproniazid und dessen Abkömmlinge haben einen stimmungshebenden und leicht antriebssteigernden Effekt, verbessern den Appetit und führen dadurch zu einer allgemeinen Stärkung mit entsprechendem Gewichtsanstieg. Leider treten aber bei wirksamer Dosierung über längere Zeit gelegentlich hartnäckige Kreislaufkollapse auf, die zum Absetzen der Medikation zwingen. Besonders amerikanische Autoren haben auf schwere Kollapszustände und toxische Leberschädigungen hingewiesen.

Seit einem Jahr versuchen wir deshalb die melancholischen Zustandsbilder mit dem Iminodibenzylderivat Tofranil zu behandeln. Wie *Kuhn*, *Battegay* u. a. nachgewiesen haben, wirkt dieser Stoff vorwiegend bei vitalen

depressiven Zustandsbildern. Im Gegensatz zu anderen Medikamenten ist er sowohl bei gehemmten wie bei ängstlichen Melancholien indiziert.

Phasenvergleichende Untersuchungen haben ergeben, daß sich eine beginnende Melancholie auch mit diesem Pharmakon nicht coupieren läßt. Bei 60% der Kranken tritt aber innerhalb 3–20 Tagen eine deutliche Auflockerung der Melancholie ein. Bei der Hälfte dieser Kranken kommt es sogar zum Verschwinden der depressiven Symptomatik. Wird aber die Behandlung vor Abklingen der Phase abgesetzt, so tritt die Depression prompt wieder in Erscheinung. 40% der Kranken sprechen nur mit einer leichten Auflockerung oder überhaupt nicht auf das Medikament an. Bei diesen therapieresistenten Formen kann gelegentlich bei gehemmten Melancholien durch Kombination mit Elektroschock oder bei ängstlich-depressiven Zustandsbildern mit Neuroleptica eine weitere Besserung erzielt werden.

Zum Schluß möchte ich noch kurz auf die häufigsten Fehler hinweisen, denen man in der Beurteilung von antidepressiven Medikamenten immer wieder begegnet:

Da die melancholischen Phasen in der Regel innerhalb von 6–12 Monaten spontan abklingen, darf die Klinikaufenthaltsdauer nicht als Maßstab für die Wirksamkeit einer Therapie herangezogen werden; denn je später die Kranken im Verlauf ihrer depressiven Phase in die Klinik eintreten, um so besser werden scheinbar die Behandlungsergebnisse. Es gestatten deshalb nur Untersuchungen, die auf der gesamten *Phasendauer* basieren, gewisse Rückschlüsse auf die Wirksamkeit verschiedener Behandlungsmethoden.

Oft begegnet man in der Literatur über Antidepressiva der Behauptung, das Medikament «B» sei wirksamer als Elektroschock und das Medikament «A». Diese Behauptung beruht auf der Beobachtung, daß sich mit Hilfe des Medikamentes «B», obwohl die Depression lange Zeit ohne Erfolg mit Elektroschock und Medikament «A» behandelt wurde, doch noch eine Remission erzwingen ließ.

Bei affektiven Leiden, die in Phasen verlaufen und im aufsteigenden Schenkel der Affektkurve eine erhöhte Tendenz zu spontanen Remissionen zeigen, dürfen aus der *Reihenfolge der angewandten Behandlungsmethoden* selbstverständlich keine Rückschlüsse auf deren Wirksamkeit gezogen werden.

Die melancholischen Phasen werden nach dem 50. Altersjahr in der Regel länger, die Affektkurven verlaufen aber um so flacher. Es ist deshalb verfehlt, aus der geringeren Tiefe der Depressionen bei über 50jährigen einen *Therapieerfolg* oder aus der längeren Hospitalisierungsdauer einen *Behandlungsmißerfolg* abzuleiten.

Zusammenfassung

Die Kranken mit depressiven Zustandsbildern, die von 1920–1957 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel zur Behandlung kamen, haben besonders in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen. Diese offenkundige Zunahme drängt eine Überprüfung des heutigen Standes der Therapie auf.

An Hand phasenvergleichender Untersuchungen bei 214 Kranken wurde die Wirksamkeit der verschiedenen antidepressiven Pharmaka zu klären versucht. Die untersuchten Medikamente zeigten deutliche Unterschiede in ihrer Wirksamkeit in bezug auf die Grundstimmung, die Tiefe der Depression und die Beeinflussung der Hemmung bzw. Angst.

Mit den bis heute zur Verfügung stehenden Pharmaka kann die depressive Phase nicht zur Abheilung gebracht, also nicht verkürzt werden, sondern es gelingt nur, die depressive Symptomatik durch laufende Medikation zu dämpfen. Mit Neuroleptica kann oft die Angst bei agitierten Melancholien vermindert werden, während die depressive Grundstimmung unbeeinflusst bleibt.

In neuerer Zeit ist es nun gelungen, mit einem «thymoleptisch» wirksamen Stoff aus der Iminodibenzylgruppe auch die Grundstimmung zu beeinflussen und dadurch bei einem Teil der Kranken mit Melancholien die depressive Symptomatik vollständig zu unterdrücken. Die Frage, ob es auch gelingt, die freien Intervalle zu verlängern oder gar weitere depressive Phasen zu verhüten, ist nach unseren Untersuchungen eher zu verneinen, kann aber heute noch nicht mit Sicherheit beantwortet werden.

Unsere phasenvergleichenden Untersuchungen haben ergeben, daß wir mit den bis heute bekannten Pharmaka noch nicht über eigentliche Heilmittel verfügen, die uns eine kausale oder spezifische Therapie der Melancholien erlauben. Immerhin geben die neuartigen Behandlungserfolge der jüngsten Zeit zur Hoffnung Anlaß, daß noch wirksamere Medikamente gefunden werden.

Résumé

Parmi les malades qui ont été admis à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Bâle, de 1920 à 1957, ce sont les formes dépressives qui sont devenues les plus fréquentes au cours des dix dernières années. Cette augmentation très nette nous oblige à examiner plus particulièrement l'état actuel des traitements psychiatriques.

En comparant l'évolution des diverses phases de la maladie chez 214 malades, l'on s'est efforcé de déterminer l'activité des différents médi-

camenti antidépressifs. Les médicaments examinés ont montré des différences très nettes de leur action sur le psychisme des malades, la profondeur de la dépression et l'influence sur les inhibitions, resp. le sentiment de peur.

Avec les médicaments aujourd'hui à notre disposition, il n'est pas possible de guérir une phase dépressive, donc de la raccourcir, mais seulement d'atténuer les symptômes dépressifs à l'aide d'une médication constante. Avec les neuroleptiques, il est souvent possible de supprimer la peur dans les mélancolies agitées, alors que la dépression de base n'est pas influencée.

Ces derniers temps, il a été possible, à l'aide d'un «thymoleptique» du groupe des iminodibenzyles, d'influencer également le psychisme de base et chez une partie tout au moins des malades avec des mélancolies, de supprimer complètement les symptômes dépressifs. A notre avis, il ne semble pas qu'il soit possible de prolonger les intervalles libres ou même d'éviter de nouvelles phases dépressives; il est toutefois encore trop tôt pour le dire avec certitude.

Par l'étude critique des diverses phases des mélancolies, il apparaît que nous ne disposons pas encore aujourd'hui de médicaments permettant une guérison et un traitement spécifique causal des mélancolies. Les succès partiels, obtenus avec les médicaments nouveaux, nous permettent toutefois d'espérer que l'on réussira à trouver des médicaments encore plus actifs.

Riassunto

Si registra un deciso aumento nel numero degli ammalati di forme depressive ospedalizzati nella Clinica psichiatrica universitaria di Basilea negli anni 1920-1957, e particolarmente negli ultimi dieci anni. Tale noto aumento rende necessario un riesame dello stato attuale della terapia.

Sulla base di ricerche comparative delle varie fasi in 214 pazienti si tentò di chiarire l'efficacia dei diversi farmaci antidepressivi. I medicinali che furono oggetto di esame rivelarono notevoli differenze d'azione in rapporto allo stato psichico fondamentale, all'intensità della depressione ed in rapporto all'influsso esercitato sull'inibizione, rispettivamente sull'angoscia.

La fase depressiva non può essere guarita con i farmaci di cui oggi si dispone, cioè non può essere riacorciata. Mediante somministrazione duratura dei farmaci si riesce però a mitigare la sintomatologia depressiva. Coi neurolettici è spesso possibile ridurre l'angoscia nei casi di melanconia agitata, mentre lo stato psichico fondamentale di depressione rimane invariato.

Negli ultimi tempi è stato possibile con un preparato ad azione «timolettica» della serie iminodibenzilica modificare anche lo stato psichico fondamentale e sopprimere in tal modo in un certo numero di pazienti affetti da melanconia la sintomatologia depressiva in modo completo. Al momento attuale non è però ancora possibile dare una risposta sicura al quesito se sia possibile prolungare gli intervalli liberi od addirittura impedire l'apparizione di nuove ulteriori fasi depressive; stando alle nostre ricerche saremmo piuttosto portati a rispondere negativamente. Le nostre ricerche, basate sul confronto delle varie fasi, ci hanno mostrato che non possiamo ancora parlare dei farmaci fino ad oggi noti come di mezzi sicuramente curativi tali da permetterci una terapia causale o specifica delle melanconie. I successi terapeutici di nuovo genere degli ultimi tempi fanno tuttavia sperare che verranno realizzati preparati ancora più attivi.

Summary

The number of patients with depressive states, who have come to the Psychiatric Clinic of Basel for treatment between the years of 1920 and 1957, has increased considerably, especially in the last ten years. This obvious increase demands a reconsideration of the present state of therapy.

On the basis of phase-comparative investigations on 214 patients, the effectiveness of different anti-depressive pharmaca was tested. The medicaments used showed significant differences in their action on the basic mood, the depth of the depression and the influence on the inhibition or fear.

With the pharmaca which are at present available, it is not possible to cure the depressive phase, that is, to shorten it; it is only possible to moderate the depressive symptoms with continual medicamentation. With neuroleptica it is often possible to prevent the fear of agitating melancholics, although the depressive basic mood remains uninfluenced.

In more recent times, it has been possible to influence also the basic mood with a «thymoleptically» active substance of the imino-dibenzyl group, and thereby to suppress completely the depressive symptoms of some of the patients. The question whether it is also possible to lengthen the free intervals, or even to prevent further depressive phases, seems from our investigations rather to be answered in the negative, but this cannot yet be said for certain.

Our phase-comparative investigations have shown that we have not yet got, amongst the pharmaca known today, any actual cure which would permit a causal or specific therapy for melancholia. Nevertheless, the newest therapeutic successes justify the hope that still more effective medicaments will be found.