

Die Schilddrüse – ein Spiegel der Seele?

Wechselwirkungen zwischen Schilddrüsenfunktion und Psyche

Schilddrüsenfunktion und psychische Befindlichkeit scheinen eng miteinander verwoben zu sein. Zum einen finden sich bei Hypo- oder auch Hyperthyreose häufig psychische Symptome. Zum anderen weisen auch primär psychisch kranke Menschen oft Veränderungen der Schilddrüsenhormonkonzentrationen auf.

JOACHIM FELDKAMP

Das Vollbild einer Schilddrüsenunterfunktion kann neben den somatischen Symptomen mit zunehmender Antriebslosigkeit, Verlangsamung des Denkens und depressiver Stimmungslage bis hin zu völliger Agonie einhergehen. In seltenen Fällen kann sogar eine Psychose ausgelöst werden. Manche Patienten leiden unter Suizidgedanken.

Diagnose oft spät gestellt

Da die Hypothyreose sich oft sehr langsam und schleichend entwickelt, werden die Symptome nicht selten übersehen, und die Diagnose wird verzögert gestellt. Die Hypothyreose wird – meist als Folge einer Autoimmunthyreoiditis (Hashimoto-Thyreoiditis oder atrophische Thyreoiditis) – mit steigendem Alter immer häufiger. Nach dem 60. Lebensjahr leiden 0,2 bis 2 Prozent der Erwachsenen an einer Unterfunktion der Schilddrüse. Macht sie sich zuerst ausschliesslich durch psychische Symptome wie depressive Verstimmung bemerkbar, werden diese nicht selten in Zusammenhang mit dem Alter beziehungsweise etwaigen Komorbiditäten gebracht.

Patienten in der Nachsorge nach behandeltem Schilddrüsenkrebs müssen für Ganzkörper-Szintigrafiekontrollen ihre Schilddrüsenhormonbehandlung gelegentlich für einige Wochen unterbrechen. Diese Patienten weisen oft ausgeprägte Symptome einer Depression auf.

Merksatz

- Bei Patienten mit Depressionen kann man häufig Symptome beobachten, die man typischerweise auch bei einer Hypothyreose findet.

Aufgepasst bei postpartaler Depression

Eine Risikogruppe stellen auch Frauen nach der Geburt eines Kindes dar. In zirka 9 Prozent der Fälle kann sich eine Postpartum-Thyreoiditis entwickeln, die mitunter von einer Depression begleitet ist. In diesem Fall ist die Gefahr gross, dass ein solcher Zustand – insbesondere beim ersten Kind – fälschlicherweise als mütterliche Überlastungsreaktion gedeutet wird. In der Regel reicht nach heutigem Kenntnisstand eine reine Thyroxinsubstitution auch zur Behandlung der psychischen Symptome aus. Bei ungenügendem Ansprechen kann im Individualfall eine Kombinationsbehandlung mit einem T3/T4-Kombinationspräparat erfolgen.

Depression und Schilddrüsenfunktion

Depressionen sind laborchemisch nicht selten durch ein so genanntes «Low-T3-Syndrom» gekennzeichnet. Diese Erniedrigung von Schilddrüsenhormonen findet sich auch bei somatischen Erkrankungen mit schweren Krankheitsverläufen und ist auf Intensivstationen ein häufig beobachtetes Phänomen. Daher wird das «Low-T3-Syndrom» als sekundärer Effekt und nicht als krankheitsursächlich angesehen.

Bei Patienten mit Depressionen findet man, wie Screening-Untersuchungen zeigen konnten, zwar nicht überdurchschnittlich häufig behandlungsbedürftige Schilddrüsenkrankungen, jedoch weisen sie häufig Symptome auf, die man typischerweise auch bei einer Hypothyreose findet: Müdigkeit, Lethargie, Gewichtszunahme und Rückzug aus der sozialen Gemeinschaft. Eine Abklärung der Schilddrüsenfunktion sollte daher unbedingt bei jedem Patienten mit neu aufgetretener Depression erfolgen, um eine somatisch therapierbare Erkrankung nicht zu übersehen.

Trotz der scheinbar nicht ursächlichen Zusammenhänge zwischen dem Auftreten einer Depression und der Schilddrüsenfunktion gibt es eine Reihe von Daten und Untersuchungen, die eine pathogenetische Verbindung wahrscheinlich machen:

- *überschiessende Antwort von TSH nach Gabe seines Releasing-Hormons TRH bei zirka 10 Prozent der Patienten*
- *abgeschwächte Antwort im TRH-Test bei zirka 25 Prozent der Patienten*
- *erhöhte Antikörper gegen Schilddrüsenantigene bei 10 bis 15 Prozent*
- *hohe Konzentrationen von TRH in der Zerebrospinalflüssigkeit depressiver Patienten.*

Erfolge durch T3-Zugabe

Das nur verzögerte Ansprechen auf Antidepressiva bleibt in der Psychiatrie ein Hauptproblem in der Behandlung depressiver Störungen. In einer Reihe von Studien wurden die Effekte einer Schilddrüsenhormonzugabe (T3) im Sinne einer Akzelerationstherapie in der Frühphase einer Depression beziehungsweise nach kurzer Anbehandlung mit Antidepressiva im Sinne einer Augmentation untersucht.

In der deutlichen Mehrheit der Studien (fünf von sechs plazebokontrollierten Untersuchungen) zeigte sich dabei ein positiver Effekt der mit T3 behandelten Personen. Der Effekt der antidepressiven Medikation trat früher ein. Frauen sprachen auf die Behandlung besser an als Männer.

Gibt es den «Schreck-Basedow»?

Seit vielen Jahren wird ein Zusammenhang zwischen psychosozialen Stress und der Entwicklung von Schilddrüsenenerkrankungen vermutet. Besonders die Autoimmunerkrankungen werden in diesem Zusammenhang diskutiert. So existieren Einzelbeobachtungen, die die Entwicklung eines Morbus Basedow kurze Zeit nach existenzbedrohenden Ereignissen (z.B. nach Bombenangriffen im Zweiten Weltkrieg) aufzeigten. Es entstand der Begriff des «Schreck-Basedow».

Die möglichen psychosozialen Auslösefaktoren erklären aber nicht allein die Entstehung des Morbus Basedow. Für eine genetische Determinante sprechen das gehäufte familiäre Vorkommen dieser Erkrankung sowie die Assoziation zu bestimmten Merkmalen der Gewebsantigene auf humanen Leukozyten (HLA). Mögliche weitere Zusammenhänge werden mit viralen und bakteriellen Antigenen vermutet, konnten bisher jedoch nicht bewiesen werden.

Angststörungen

Bei Patienten mit hyperthyreoter Stoffwechsellage werden nicht selten psychische Exzitationssymptome beobachtet. Einzelne Patienten erleiden sogar Panikattacken, die erstmals in der Schilddrüsenüberfunktion auftreten und nach Einleitung einer adäquaten Schilddrüsenbehandlung auch wieder dauerhaft verschwinden.

Gönen und Mitarbeiter konnten erst kürzlich zeigen, dass Patienten auch mit subklinischen Störungen der Schilddrüsenfunktion höhere Ängstlichkeitsscores aufwiesen als gesunde Kontrollpersonen. Als Ursache der vermehrten Ängstlichkeit wird vor allem der permissive Effekt von Schilddrüsenhormonen auf die Wirkung der Katecholamine Adrenalin und Noradrenalin diskutiert.

Saisonale Varianzen

Stimmungsschwankungen und depressive Störungen weisen saisonale Unterschiede in der Häufigkeit ihres Auftretens auf. Besonders in den Herbst- und Wintermonaten werden Depressionen manifest.

Auch die Schilddrüsenhormone weisen biologische saisonale Varianzen auf. Technisch besser zu messen und als Reglerhormon besser zu verwerten sind die Werte für TSH. Neben tageszeitlichen Schwankungen der TSH-Werte werden auch saisonale Unterschiede beobachtet. So sind sie am niedrigsten im Frühjahr und Sommer und am höchsten im Herbst und Winter.

Kälte und Schilddrüsenhormone

Bei Wissenschaftlern, die sich über lange Zeiträume in der Antarktis aufhalten, sind psychische Probleme ein bekanntes Phänomen. So nimmt der Score für Depression im Laufe der Zeit zu, und die kognitiven Funktionen lassen nach. Die TSH-Alterationen im Lauf des Kalenderjahres sind in der Antarktis wesentlich prononcierter und lassen klare jahreszeitliche Unterschiede bereits in den kleinen Gruppen der untersuchten Wissenschaftler erkennen. Im Vergleich zu Plazebo führt die Gabe von Schilddrüsenhormon dabei zu einer Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Stimmungslage.

Aus tierexperimentellen Untersuchungen ist bekannt, dass Kälteexposition und nur kurze tageszeitliche Lichtexpositionen die Typ-II-Dejodinase direkt stimulieren können. Hierdurch kommt es zu einem vermehrten Umbau von T4 in das eigentlich wirksame T3. Dies ist ein möglicher Mechanismus, der auch beim Menschen wirksam sein könnte. Da T3 auch die Effekte von Serotonin, Katecholaminen und Betaaminobuttersäure verstärkt und eventuell sogar selbst eine Rolle als Neurotransmitter im Gehirn besitzt, ist es sehr wahrscheinlich, dass Schilddrüsenhormone jahreszeitliche Schwankungen in Stimmung und Verhalten beeinflussen. ■

*PD Dr. med. Joachim Feldkamp
Städtische Kliniken Bielefeld-Mitte
Klinik für Allgemeine Innere Medizin,
Endokrinologie und Diabetologie
D-33604 Bielefeld*

Interessenkonflikte: keine

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 18/2005. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.