

Schon im Rahmen des Themenblocks zur Symptomatik wurden wichtige Inhalte zur syndromalen, nosologischen und klassifikatorischen Diagnose besprochen. In diesem Abschnitt geht es nun zunächst um die genauen Definitionen der verschiedenen F-Klassifikationen des ICD. Der ICD-10 ist die International Classification of Diseases in der 10. Edition und wird von der WHO herausgegeben. Dann geht es um die ätiologischen Vorstellungen und Modelle, die in den diagnostischen Prozess einfließen. Schließlich werden die wichtigen Instrumente vorgestellt, die bei der Diagnostik verwendet werden.

### **Depression im ICD-10**

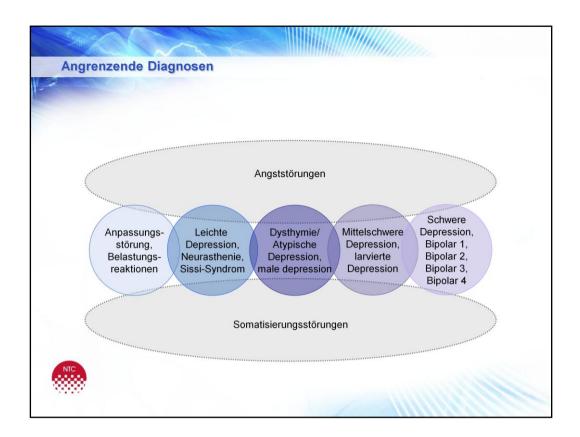
- F06.32 Organische Depression
- F20.4 Postschizophren Depression
- F25.1 Schizoaffektive Störung, depressiv
- F31 Bipolare Depression, gegenwärtig depressiv
- F32 Unipolare Depression
- F33 Rezidivierende Depressionen
- F34 Anhaltende Depressionen (Dysthymia, Zyklothymia)
- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
- F43.2 Anpassungsstörung, depressiv
- F60.8 Depressive Persönlichkeit



Der ICD weißt zahlreiche Stellen auf, die sich zur Klassifikation depressiver Bilder anbieten. Typik, Ursachen und Schweregrad spielen bei der diagnostischen Zuordnung eine Rolle.

# Angrenzende Diagnosen Neurasthenie (F48.0) Hypochondrie (F45.2) Angststörung (F40) Somatoforme Schmerzstörung (F45.4) Emotionale Belastungsreaktion (F43) Burnout (Z73) Chronic fatique (G93.3) Körperliche Schwäche / AZ Hypothyreose

Eine Reihe weiterer Diagnosen haben einen hohen Anteil depressiver Beschwerdemomente in sich, ohne dass eine Depression diagnostiziert werden kann oder müsste.



Ein gängiger Versuch, Ordnung in die verschiedenen Depressionsdiagnosen zu bringen, ist eine Reihenbildung. Die Einteilung hat ihre Grenzen dadurch, dass deskriptiver Schweregrad und ätiologische Unterscheidungen kombiniert werden. So kann es durchaus sein, dass eine Anpassungsstörungen (ätiologisch nach der klassisch-psychiatrischen Lehre eine "leichte Störung" ist), deskriptiv eine schwere Depression darstellt.



Mit Einführung der ICD-10 hat sich die Depressionsdiagnostik wesentlich vereinfacht. Die noch in der ICD-9 vorgesehene Dichotomisierung in endogene vs. Neurotische Depression ist vollständig aufgegeben worden, es wird lediglich eine depressive Episode anhand vom Mindestzahlen der "Hauptsymptome" und der "anderen häufigen Symptome" diagnostiziert. Im ICD-10 gibt es auch noch die sogenannten "somatischen Symptome" (z.B. Anhedonie, Morgentief, Früherwachen, Appetitminderung, Gewichtsverlust), die zur Beurteilung der Frage, ob ein somatischer Subtyp vorliegt, herangezogen werden, hier aber der Einfachheit halber nicht dargestellt sind.

# Diagnostik - ICD-10:

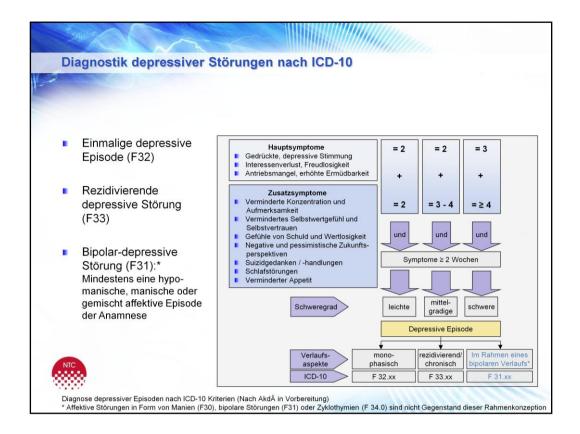
### Depressive Episode F32 - Schweregradeinteilung

- Leichte depressive Episode (F32.0)
  - Mindestens 2 Hauptsymptome
  - 2 andere häufige Symptome
- Mittelschwere depressive Episode (F32.1)
  - Mindestens 2 Hauptsymptome
  - 3-4 andere häufige Symptome
  - Einige Symptome sind besonders schwer ausgeprägt
- Schwere depressive Episode (F32.2)
  - Mindestens 3 Hauptsymptome
  - Mindestens 4 häufige Symptome
  - Einige Symptome sind besonders schwer ausgeprägt



Auf dieser Folie ist die Einteilung anhand der bereits erörterten Symptomlisten in die drei Schweregrade gezeigt. Die Zuordnung setzt sich aus einem sehr schematischen Anteil ("Abzählen von Symptomen") und der Beurteilung, ob diese Symptome besonders schwer ausgeprägt sind, zusammen. Mit dieser Einteilung ist es relativ leicht möglich, den Schweregrad zu bestimmen.

Ein weitere Form der schweren depressiven Episode, die hier nicht dargestellt ist, ist die schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3). Psychotische Symptome sind entweder depressive Wahninhalte (Verschuldungs- und Versündigungswahn, Kleinheits- und nihilistischer Wahn, Krankheitswahn und Verarmungswahn). Seltener kommt es zu depressiven Halluzinationen (olfaktorisch: Verwesungsgeruch, akustisch: anklagende Stimmen). Solche Depressionsformen sind selten und sollten fachpsychiatrisch, am besten stationär, behandelt werden.



Diese Abbildung zeigt den schematischen Überblick über die vorgestellte Schweregradeinteilung der depressiven Episode in leicht, mittelgradig und verbindet diese mit der Einteilung in monophasische und rezidivierende Verläufe, die als unipolar verstanden werden und von anderen bipolaren Erkrankungen abgegrenzt werden.

### Diagnostik

### Patientenbeispiel I

72jähriger alleinstehender Mann. In der Praxis berichtet er zunächst über körperliche Symptome, die er auf seine schon seit Jahren bestehende koronare Herzerkrankung zurückführt, wie etwa Antriebsverlust, ausgeprägte Interesselosigkeit, deutliche Schlafstörungen und Appetitminderung. Auf Nachfragen erfahren Sie, dass er - besonders morgens - unter einer deutlich gedrückten Stimmung leidet, das Selbstwertgefühl gelitten hat, ja, dass er öfter daran denkt, dass so das Leben nichts mehr wert sei, dass es vielleicht das Beste wäre, damit Schluss zu machen. Die gesamte Symptomatik habe sich über einen Zeitraum von 3 Wochen vor etwa 2 Monaten entwickelt. Seit dieser Zeit seien die Symptome dauernd vorhanden.



Schauen wir erneut auf ein Fallbeilspiel und fragen nach dem geschilderten Schweregrad.



Hier liegt gut zu erkennen, eine schwere Depression vor.

# Diagnostik

# Patientenbeispiel II

35jährige Patientin, die über Einschlafstörungen im Rahmen einer Trennungsproblematik berichtet. Auch ihre Stimmung habe gelitten, auch der Antrieb, so dass es ihr schwer falle, noch zur Arbeit zu gehen und die notwendigen Dinge des Haushaltes zu erledigen. Zudem habe sie Probleme, sich zu konzentrieren. Diese Beschwerden bestünden seit ca. 4 Wochen.



Ein anderes Beispiel.



Zwei Hauptsymptome und zwei Zusatzsymptome führen zur Zuordnung zur leichten Depression.

### F34 Anhaltende affektive Störung

### Anhaltende affektive Störung

- Dysthymie (F 34.1): Chronische, gewöhnlich > 2 Jahre anhaltende, milde depressive Verstimmung, die nicht die Schwerekriterien einer depressiven Phase erfüllt
- Zyklothymie (F 34.0): Anhaltende Stimmungsinstabilität mit zahlreichen Episoden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung, die nicht die Kriterien einer depressiven oder manischen Phase erfüllen



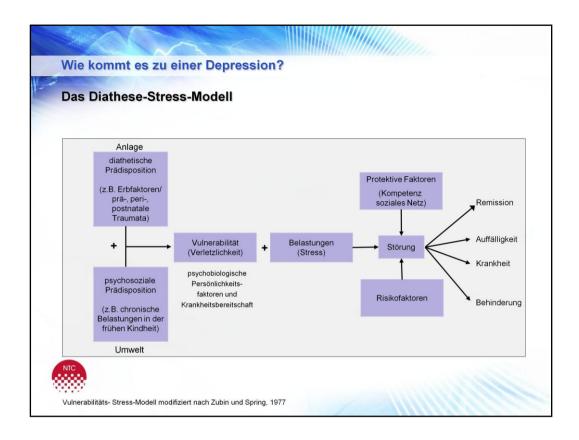
Chronische Verstimmungszustände unterhalb der Episodenkriterien heißen Dysthymie, sofern sie nicht Ausdruck einer Persönlichkeitkeitsstörung sind. Leichte, chronisch bestehende Stimmungsschwankungen werden Zyklothymie benannt und zählen zu den bipolaren Störungen.



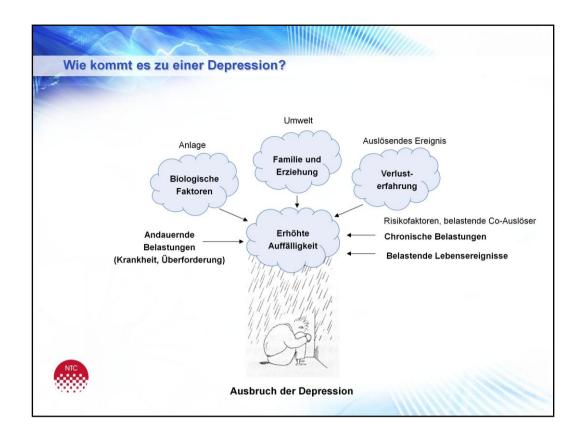


Das alte 3-Ursachen Modell (exogen, endogen, psychogen) von Jaspers und Huber wurde durch die beschriebenen weniger starren und dynamischeren Denkmodelle ersetzt. Die alte Dreiteilung hat jedoch noch einen gewissen pragmatischen Nutzen, da damit oft die Hauptfaktoren einer Störung verortet werden können.

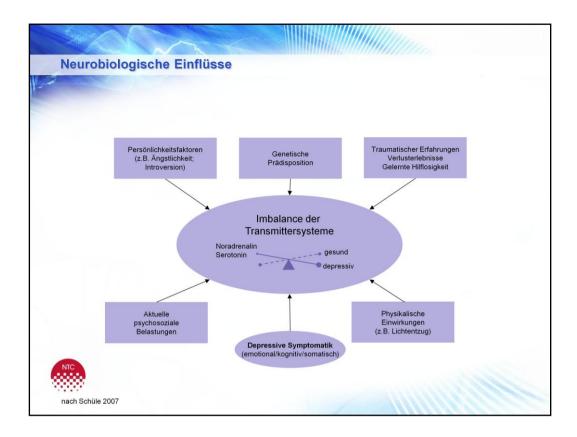
Wie schon in Abschnitte zur Pathogene dargestellt, denkt die moderne Ätiologie bisopsychosozial und multifaktoriell – ebenso tut es die Diagnostik, um die es im weiteren geht.



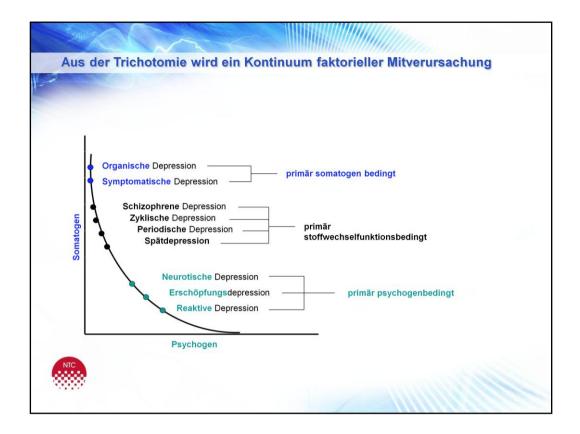
Rufen wir und das Vulnerabilitätsmodell in Erinnerung: Anlage und Umwelt führen zur Vulnerabilität, die unter bestimmten Risikofaktoren und Akutbelastungen eine manifeste Störung hervorbringt.



Wichtig ist: nur die Summe alle Faktoren läßt als Produkt die Depression entstehen.



Die Summe der Faktoren verändert auf allen 3 Ebenen: biopsychosozial. Biologisch führen die Einflüsse zur Veränderung von Transmittersystemen, die die Depression hervorbringen oder mit dieser zumindest einhergehen.



Aus der Trichotomie wird ein Kontinuum faktorieller Mitverursachung

# Differentialdiagnose: primär und sekundär somatogen

# Hirnorganische und symptomatische Verursachung

### Somatogene Depression

### HIRNORGANISCH

-zerebrovaskuläre Erkrankungen -Demenzerkrankungen -Schädel-Hirn-Traumate

### SYMPTOMATISCH

-Infektionskrankheiten
-Herzkreislauferkrankungen
-Endokrinopathien (Hypothyreose, Addison,
auch M. Crushing, Diabetes mellitus)
-Neoplasmen (Hirn, Pankreas, Leukämien)
-Metabol. Störungen (Urämie, Leberinsuff., Vit.B<sub>12</sub>-Mangel)
-gastrointest. Erkr. (Entzündungen, Mb. Whipple)
-Kollagenosen (Lupus eryth., Panart. nodosa=)



# **Organische Faktoren**

# Hirnorganische Ursachen von affektiven Störungen

- Neurologische bzw. hirnorganische Ursachen
  - Epilepsie
  - Chorea Huntington
  - Multiple Sklerose
  - Morbus Parkinson
  - Schlafapnoe
  - Apoplexie
  - Trauma
  - Morbus Wilson
  - AIDS / HIV



Die Hauptaufgabe der Differentialdiagnostik liegt darin, eine möglichst genaue Zuordnung zur Art der Depression zu geben. Dazu gehört wesentlich die Ausschlussdiagnostik v.a. von organischen und somatischen Ursachen, wie sie hier aufgeführt sind.

# Organische Faktoren

### Medizinische und pharmakologische Ursachen von affektiven Störungen

- Infektöse und entzündliche Ursachen
  - Infektionen (einschließlich HIV und Neurosyphilis)
  - Pneumonie viral, bakteriell
  - Rheumatische Arthritis
  - Lupus erythematosus
  - Tuberkulose

- Verschiedene medizinische Ursachen
  - Karzinom (besonders Pankreas)
  - Porphyrie
  - Vitaminmangel
- Endokrine Ursachen
  - Morbus Cushing
  - Morbus Addison
  - Hyperaldosteronismus
  - Zyklusabhängig
  - Hypothyreose



Auch Infektionen, Entzündungen, Krebsleiden und Mangelzustände sind depressiogen.

# Organische Faktoren

# Pharmakologische Ursachen von affektiven Störungen

- Pharmakologische Ursachen
  - Analgetika / Antirheumatika
  - Antibiotika, Antiarrhythmika
  - Antihypertonika
  - Zytostatika
  - Levodopa
  - Neuroleptika (Butyrophenone, Phenothiazine)
  - Phenytoin
  - Orale Kontrazeptiva
  - Kortikosteroide
  - Steroide / Hormone
  - Sedativa / Hypnotika (Barbiturate, Chloralhydrat)



Auch die Liste der Medikamente, die als Nebenwirkung zu depressiven Beschwerden, Symptomen und Syndromen führen können, ist lang.

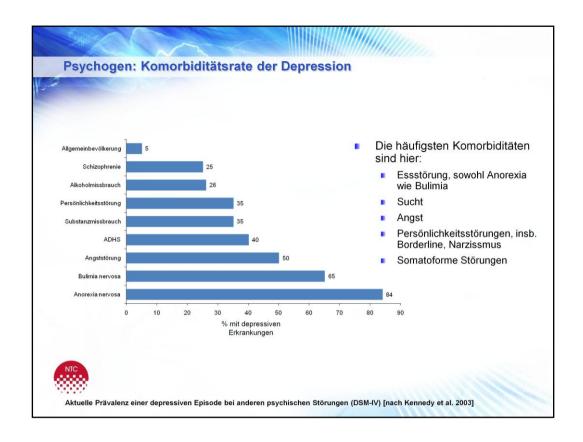
### **Differentialdiagnostik**

### Notwendige Zusatzuntersuchungen zur somatogenen Ausschlussdiagnostik

- Medikamentenanamnese
- Körperliche und neurologische Untersuchung
- Blutbild
- Blutsenkungsgeschwindigkeit
- Leber-/Nierenwerte
- T<sub>3</sub>/T<sub>4</sub>, TSH-Stimulationstest
- Glukose
- (Bei Ersterkrankung kranielles CT oder NMR)
- EEG
- RR



Neben einer sorgfältigen Medikamentenanamnese sind die sogenannten körperlichen Erkrankungen auszuschließen, insofern ist neben einer korrekten Anamneseerhebung eine sorgfältige körperliche und neurologische Untersuchung obligat, auch sollten die wichtigsten Laborparameter wie Blutbild, BKS (Autoimmunerkrankungen, Infektionen), Leber- und Nierenwerte, Glucose (Diabetes mellitus),  $T_3$  und  $T_4$  (Schilddrüsenfunktionsstörungen) bestimmt werden, ein EKG und EEG sowie ein TSH-Stimulationstest durchgeführt, bei Ersterkrankung auch ein kraniales Computer- oder Kernspintomogramm (Ausschluß eines Hirntumors), angefertigt werden.



Wenden wir uns der psychogenen Verursachung zu, so haben wir an anderer Stelle schon dargestellt, dass psychische Erkrankungen andere psychische Erkrankungen zu bedingen scheinen. Zumindest ist die Rate der Komorbiditäten überaus hoch.

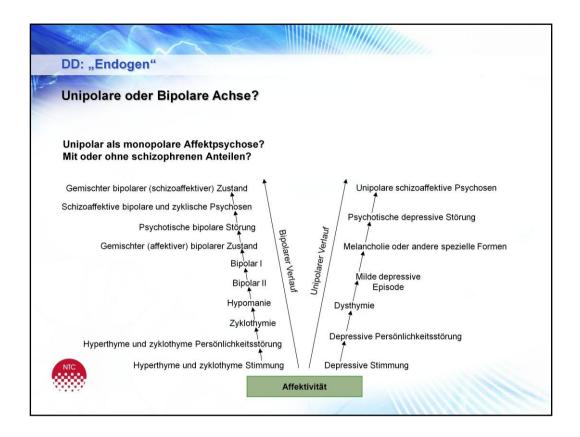
# Pathologische Grundmodelle psychogener Depressionsentstehung

Depression als Folge von ...

- Belastungsreaktion
- Erschöpfung
- Anpassungsstörung
- Traumatisierungen
- Neurotisierungen
- Entwicklungsstörungen (der Persönlichkeit und Struktur)



Schaut man aber auf die grundlegenden Modelle, die die Entstehung von psychischen Störungen im Allgemeinen und Depressionen im Besonderen wiedergeben, so lassen sich die dargestellten sechs Entstehungsvarianten unterscheiden.



Moderne Vorstellungen im Bereich der transmitter- und zellstoffwechselbedingten Hirnfunktionsstörungen vermuten eine innere pathogene Verwandtschaft aller Bipolaren Störungen auf der einen Seite und aller unipolaren Affektstörung auf der anderen Seite. Das vorliegende Schaubild setzt diese in eine Reihung nach Schwergrad. Die schweren Formen zeichnen sich durch Übergang in psychotisches und desintegratives Erleben aus.

# Vergleich unipolare und bipolare affektive Störung

### Folgende Unterschiede sprechen für 2 verschiedene endogene Depressionserkrankungen

### Unipolar

- Häufigkeitsgipfel für Beginn 40 Jahre
- Frauen / Männer 2:1
- Genetischer Faktor ca. 30 40 %
- Suizidmortalität 12 15 %
- Hohe Rezidivneigung
- Heritabilitätsfaktor 0,40

### **Bipolar**

- Häufigkeitsgipfel für Beginn ca. 20 Jahre
- Frauen / Männer 1:1
- Genetischer Faktor ca. 60 80 %
- Suizidmortalität 20 25 %
- Sehr hohe Rezidivneigung (ca. doppelt so hoch wie bei unipolarer Depression)
- Heritabilitätsfaktor 0,62



Die nosologische Trennung unipolarer und bipolarer Erkrankungen ist in einer Reihe von deutlichen Unterschieden begründet. Aufgrund der vermuteten ätiologischen Unterscheidungen, die sich etwa auch durch den höheren Anteil erblicher Faktoren bei den Bipolaritäten abbildet, werden die Bipolaren Störungen im Rahmen von des Projektes "Krankheit verstehen" gänzlich separat dargestellt.

Diagnostis	che Charakteristika der Störungen des bipolaren Spektrums	
Bipolar-I-Störung	Mindestens eine manische Episode; eine depressive Episode kann aufgetreten sein oder nicht.	
Bipolar-II-Störung	Mindestens eine hypomanische Episodezusätzlich zur depressiven Episode	
Bipolar-III-Störung	Wie Bipolar-II-Störung, hypomanische Episode jedoch durch antidepressive Therapie hervorgerufen	
Bipolar-IV-Störung (vorläufig)	Depressive Episoden bei Zyklothymie oder Hyperthymie	
Rapid-Cycling Ultra Rapid Cycling Ultra-ultra Rapid Cycling	Mindestens 4 Phasen pro Jahr Phasenwechsel innerhalb von Tagen Phasenwechsel innerhalb von Stunden	
Bipolare Mischzustände	Hypomanische, manische und depressive Symptome treten gleichzeitig oder in sehr schnellem Wechsel auf	
Zyklothyme Störung	Im Langzeitverlauf depressive und hypomanische Symptome. Krieterien für depressive oder (hypo-)manische Episode sind nicht erfüllt	
Hyperthymes Temperament	Extrovertierte, expansive Persönlichkeit	

Dennoch soll an dieser Stelle eine Übersicht aller Bipolaren Störungen und Zustandsbeschreibungen gegeben werden. Für die Differentialdiagnostik ist das Erkennen von Mischzuständen sowie die gezielte anamnestische Erhebung etwaig bestehender maniformer Zeiten wichtig. Die Verläufe unipolarer Depressionen zeigen, dass häufig erst bei der zweiten, dritten oder vierten Phase dieser Affektpsychose ein maniformer Anteil deutlich wird und damit die Zuordnung zur Bipolaren Störungsreihe gesichert ist. Dies hat häufig konkrete therapeutische Konsequenzen.



Wenden wir uns im 3. Abschnitt des Themenblocks "Diagnostik" den Instrumenten der Diagnostik zu. Wie kommt man zu den Informationen, die eine diagnostisch und ätiologische Zuordnung mit therapeutischer Relevanz möglich macht.

# Instrumente der Diagnostik Anamnesegespräch Fremdanamnese Ratingskalen / Fremdbeurteilung Selbstbeurteilung Strukturiertes Interview Psychischer Befundung

Wie in der gesamten Medizin ist eine ausführliche anamnestische Exploration die Basis der Diagnostik. Ergänzt wird diese durch die gewonnenen unmittelbaren Eindrücke, dem neurologischen und psychiatrischen Befund, aber auch der Wahrnehmung der Situationsgestaltung.

# Das Erstgespräch - Kernfragen

- Depressiver Stimmung
- Verlust von Interesse und Freude
- Verminderung des Antriebs
- Denkhemmung / Grübeln
- Schlafstörung
- Suizidalität

- Seit wann besteht die depressive Verstimmung?
- Auslöse- und Belastungsfaktoren?
- Positive Familienanamnese?
- Ersterkrankung, Episodenfrequenz?
- Bipolarer Verlauf (manische Episoden)?
- Vorbehandlungen?



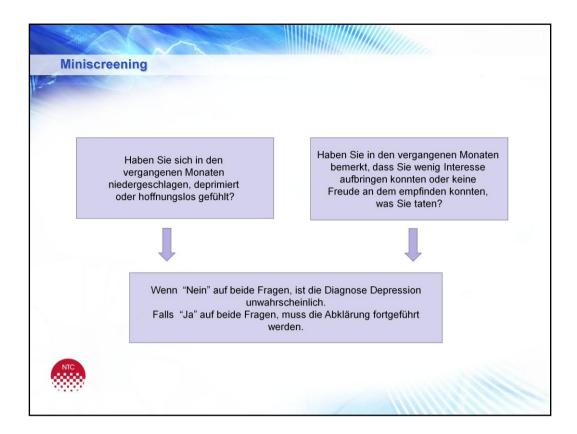
Das anamnestische Gespräch orientiert sich an den Kernfragen zu Symptomatik, Verlauf, Auslösefaktoren, aber auch zur Familienanamnese und Vorbehandlung.

### Probleme der Diagnostik

- Verarbeitung und Bewältigung des subjektiven
   Leidenszustand Depression ist individuell unterschiedlich
   (Aggravation Dissimulation)
- Schweregrad weniger anhand der Klagen, eher anhand des Eindrucks und des Alltags und der Funktionalität



Die Diagnose einer Depression sowie deren Zuordnung zu einem Schweregrad ist erschwert durch die Darbietung der Beschwerden. Diese kann aus verschiedenen Gründen unterschiedlich sein, Es ist aber auch wichtig, den stillen, bescheidenen depressiven Menschen, der sich bemüht, möglichst gesund zu wirken, in seiner Depression wahrzunehmen. Hilfreich ist da die Sichtung des Alltags, der Funktionstüchtigkeit und des unmittelbaren Eindrucks sowie der Fremdanamnese.



Neben der Aufmerksamkeit für die Depression ist es aber v.a. auch für die hausärztlichen Praxen ein diagnostischer Gewinn, wenn einfache Screening-Instrumente Anwendung finden. Wir stellen hier drei sehr einfache Instrumente vor. Die Frage nach Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit sowie die Frage nach Interessen- und Freudlosigkeit sind ein gutes Sensorium für Depression. Eine quantifizierbare Sensitivität liegt hier jedoch nicht vor.

# Diagnostik der Depression

### Höhere Sensitivität

Der WHO-Fragebogen zum Wohlbefinden erbringt eine hohe Erkennungsrate von 90% und unterstützt mit einfachen Mitteln die Diagnostik in der Primärversorgung WHO-Fünf – FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN (Version 1998)
Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen.
Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten
beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen…	Die ganze Zeit	Meist- ens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
habe ich mich beim Auf- wachen frisch und aus- geruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0



Summe < 13 Punkte



Depression

WHO-Fünf (mit freundlicher Genehmigung: Psychiatric Reasearch Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

Diese besteht jedoch schon beim dem WHO-5-Fragebogen. Dieser erbrachte eine sehr hohe Erkennungsrate (> 90 %), bei mittlerer Spezifität.

Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 – 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden bzw. die niedrigste Lebensqualität und 25 größtes Wohlbefinden bzw. höchste Lebensqualität kennzeichnet. Summenwerte unter 13 sind als Depression zu werten und verlangen weitere Schritte.

### Wie erfasst man Depressivität und Depression?

### Diagnostische Verfahren und Hilfen

- Klinisch (beobachtend, fragend, bewertend) unreliabel, schlechte Spezifität
- Checkliste (Flussdiagramm) formal besser-wissenschaftlich unbefriedigend!
- Fragebögen (z.B. DSQ oder BDI) reliabel, sensibel, aber unspezifisch: Der Depressions-Screener (DSQ)
- Ratingverfahrenz.B. Hamilton (HAMD) Schweregrad nicht diagnostisch
- Klinische Interviews (Diagnose Ableitung) (z.B. SKID = Standard, erfordert erfahrenen Kliniker)
- Standardisierte Interviews (CIDI)
   Diagnose Standard, erfordert keinen erfahrenen Kliniker

Differenzierte, in der Verwendung meist fachärztliche Erhebungsinstrumente sind BDI, HAMD, AKID und CIDI.

# Depressionsdiagnostik mit Interviews / Fragebögen

### Strukturierte Interviews

- Strukturiertes Klinisches Interview f
  ür DSM IV (SKID-I; Wittchen et al. 1997)
- Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Wittchen und Semler 1991)
- Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; Wing et al. 1990)

### Halbstrukturierte Interviews

- Hamilton-Depressions-Skala (HAM-D, CIPS 1986)
- Montgomery-Asberg-Depressionsskala (MADRS; Montgomery und Asberg 1979)

### Fragebögen

- Beck Depressions-Inventar (BDI, Beck et al. 1961)
- Self-Rating-Depressions-Scale (SDS; Zung 1965)



Aber auch das MADRS. Die Erhebungsinstrumente sind als Interview voll oder halb strukturiert oder als Fragebögen oder Ratingskala ausgeführt.

### **BDI - Das Verfahren**

- Selbstbeurteilungsinstrument seit ca. 40 Jahren
- Erfassung des Schweregrades einer Depression
- Abfragen der häufigsten Beschwerden in Form von 21 Items
- Für Verlaufsbeobachtungen geeignet
- Von Patient üblicherweise gut akzeptiert
- Unabhängige Aussagekraft von Ätiologie der Depression



Der BDI ist ein verbreiteter Fragebogen, der schnell ausgefüllt und ausgewertet ist und dennoch in den Kriterien zur Testgüte gut abschneidet. Dieser, wie jeder Test, ist störanfällig und sollte mit dem klinischen Gesamteindruck korrelieren.