

Angela Rischer und Manfred Wolfersdorf

Diagnostik der unipolaren Depression

Diagnostics of unipolar depression

Zusammenfassung

Der Artikel zeigt anhand aktueller evidenzbasierter Leitlinien, auf welchem Weg die Diagnose einer depressiven Erkrankung gestellt, abgesichert und für die Therapieplanung nutzbar gemacht werden kann. Dabei wird schrittweise vermittelt, wie die Erfassung und Beurteilung der Symptomkriterien und die Integration verschiedener Datenquellen gelingen kann. Es wird diskutiert, wie komplex und fehleranfällig der diagnostische Prozess ist und welche Kommunikations- und Fachkompetenz aufseiten des Diagnostikers deshalb erforderlich sind. Ergänzend werden Hinweise zur Einschätzung der Suizidgefährdung und zum Umgang mit Patienten in suizidalen Krisen gegeben.

Schlüsselwörter

Depression – Diagnostik – Suizid – evidenzbasierte Leitlinien

Summary

This article presents a method for diagnosing depressive disorders according to current evidence-based guidelines and for evaluating a specific diagnosis, thus aiming at effective therapy intervention plans. Step by step, it is explained how to succeed in collecting and evaluating symptomatic criteria by integrating various data sources. Both the complex and error-prone aspects of the diagnostic process and the need for communicative and professional skills of those diagnosing depressive disorders are discussed. Guidance for evaluating suicide risks and managing the therapist-patient-relationship during crisis intervention complete the paper.

Keywords

depression – depressive disorders – diagnostics – suicide – evidence-based guidelines

■ Einleitung

Was gibt es Neues zur Diagnostik unipolarer depressiver Störungen? Im Jahr 2010 wurden von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und anderen Fachgesellschaften die neuen S-3-Leitlinien für affektive Störungen veröffentlicht (DGPPN et al., 2010). Von Haus- und Krankenhausärzten ist nun explizit gefordert, die *Früherkennung* einer depressiven Erkrankung bei Patienten zu leisten, die zu einer Hochrisikogruppe gehören. Zu dieser Hochrisikogruppe zählen Patienten mit früher aufgetretenen depressiven Störungen sowie auch Patienten mit komorbiden somatischen Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt-/Schlaganfallpatienten, Patienten mit einer Schmerzstörung). Damit ist der Personenkreis enorm erweitert worden, auf den der diagnostische „Suchscheinwerfer“ gerichtet werden soll. Ist dies jedoch überhaupt von jemandem zu leisten, der die Diagnostik psychischer Störungen nicht „von der Pike auf“ gelernt hat? In diesem Beitrag soll versucht werden, das Wesentliche für das korrekte Diagnostizieren und Erfassen depressiver Störungen zusammenzufassen.

Dabei geht es vor allem darum zu erinnern,

- wie die depressive Symptomatik aussieht, und
- zu verdeutlichen, welche kommunikativen Fähigkeiten

und Erfahrungen mit dem Krankheitsbild der Therapeut/ die Therapeutin dazu benötigt,

- wie fehleranfällig der diagnostische Prozess ist und
- wie viel Sorgfalt auch immer wieder gebraucht wird, um die Suizidgefährdung des Patienten gut einschätzen zu können.

Psychiatrisch-psychologische Diagnostik hat im Wesentlichen drei Aufgaben: die **Erfassung der Psychopathologie**, die **Beurteilung des Schweregrads** und die **Veränderungs- und Verlaufsdokumentation**. Diagnostik wird nicht zum Selbstzweck betrieben, sondern liefert die Basis für die Behandlungsplanung. Da es sich bei den affektiven Störungen, besonders bei den unipolaren Depressionen, um eine sehr häufige Erkrankung handelt, besteht eine hohe Relevanz, sie sicher und früh zu erkennen, um eine Akutbehandlung einzuleiten, eine Chronifizierung zu vermeiden und eine mögliche Suizidgefährdung abzufangen. Der **diagnostische Prozess** kann definiert werden als „Ab- lauf von Maßnahmen, mit deren Hilfe und unter Anwendung diagnostischer Methoden eine mit diagnostischer Zielsetzung vorgegebene Fragestellung so beantwortet wird, dass für einen Auftraggeber eine Entscheidungshilfe bzw. eine Entscheidung herbeigeführt werden kann“ (Jäger, 1986, S.11). Dieser Auftraggeber kann entweder der behandelnde Therapeut sein, ein

Gutachter oder der Patient, der erwartet, lege artis behandelt zu werden. Der Weg bis zu einer Diagnosestellung umfasst 1. die Datensammlung und -erhebung, 2. die Datenintegration und -interpretation und schließlich 3. die Datenausgabe und Prozesskontrolle (nach Jäger, 1988, S. 106). In diesem Kapitel werden vor allem die Datenerhebung, -integration und die Integration der gesammelten Informationen zu einem diagnostischen Urteil dargestellt. Die Diagnose könnte schließlich so lauten, dass eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig schwergradigen Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert wird und das Suizidrisiko so eingeschätzt wird, dass bei der Patientin mehrere Risikofaktoren vorliegen, sie derzeit jedoch glaubhaft von suizidalen Gedanken, Absichten und Plänen distanziert ist.

■ Symptomatik depressiver Störungen

Der Begriff „Depression“ lässt sich vom lateinischen Verb „deprimere“ (niederdrücken) ableiten. Nun gehört das Gefühl der Niedergeschlagenheit oder Verstimmtheit zur Bandbreite des Erlebens. Die Unterscheidung zwischen „normalem“ und pathologischem Herabgestimmtsein ist schwierig und wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Die beiden Klassifikationssysteme für die depressiven Erkrankungen sind DSM-IV und ICD-10: das DSM-IV aus der American Psychiatric Association, das vor allem in der internationalen Depressionsforschung verwendet wird, und die im deutschen Gesundheitssystem gebräuchliche ICD-10 der WHO (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991). Beide Systeme typisieren die verschiedenen Erscheinungsformen der Depression nach Symptomatologie, Schweregrad, Krankheitsdauer und Rückfallrisiko.

Der praktisch tätige Psychologe, Arzt oder Psychiater wird in der Regel die Symptomatik der unipolaren Depression nach der ICD-10 zur Diagnosestellung heranziehen. Im Kapitel V(F) sind unter den Ziffern F30 bis F39 die affektiven Störungen gelistet, und zwar:

- F30 manische Episode
- F31 bipolare affektive Störung
- F32 depressive Episode
- F33 rezidivierende depressive Episoden
- F34 anhaltende affektive Störungen
- F38 sonstige affektive Störungen
- F39 nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Hinzu gehören depressive Syndrome in den Abschnitten F0 (z. B. bei Demenz bei Alzheimer-Krankheit), F4 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) und F5 (psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett F53).

Die ICD-10 benennt für die affektiven Störungen als Hauptsymptome „die Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung. Dieser Stimmungswechsel wird in der Regel von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome sind sekundär oder im Zusammenhang mit diesen Veränderungen leicht zu verstehen.“ Dabei sei darauf hingewiesen, dass die

„klassische“ reaktive Depression bei den Anpassungs- und Belastungsstörungen und die Post-partum-Depression in anderen Kapiteln der ICD-10 untergebracht sind.

Die häufigsten Symptome sind nach Kennedy (2008):

- niedergeschlagene, hoffnungslose, häufig auch ängstliche Stimmung,
- gestörter Schlaf
- Interessenverlust und Antriebslosigkeit
- Konzentrationsstörungen
- Appetitlosigkeit
- innere Unruhe
- Libidoverlust
- Selbstzweifel
- Suizidgedanken

Zur Diagnosestellung müssen die festgelegten und optionalen Symptomkriterien, deren Anzahl und Dauer genau beachtet werden. Wichtige Informationen z.B. zur Prävalenz, zum Erstauftreten und Häufigkeitsgipfel bestimmter Störungen liefert der einleitende Text. Dabei werden Kenntnisse vorausgesetzt, was diese Symptome „meinen“ und wie diese in der Praxis realiter aussehen. So setzt beispielsweise das richtige Erkennen eines Verarmungswahns für die Abklärung psychotischer Symptome bei depressiver Störung voraus, dass man in der Ausbildung ein Konzept über unterschiedliche Wahnideen erworben hat und diese vor allem im Dialog mit dem Patienten erfragen kann. Ganz besonders gilt dies für die Diagnostik einer bipolaren Erkrankung, denn das Erfragen von Phasen der Hochgestimmtheit und des gesteigerten Antriebs etc. setzt gute „Anker“ (Wissen und praktische Erfahrung) voraus – denn was berechtigt einen zur Feststellung, dass die pathologische Grenze, z. B. zur Hypomanie, überschritten wurde, und woran macht man den noch zu tolerierenden Grenzbereich für eine Hochgestimmtheit fest? Das Gleiche gilt für die Abgrenzung von Trauer bzw. Resignation und Depressivität. Dabei können Betroffene gut zwischen einem Gefühl von Trauer/Traurigkeit und einer depressiven Herabgestimmtheit unterscheiden; ersteres ist ein „lebendiges“ Leiden, letzteres ein Herabreguliertsein von Affektivität und Vitalität. Diese Unterscheidung hat jedoch Auswirkungen auf die Therapie und den Betroffenen. Bei Vorliegen einer bipolaren Störung wäre eine andere Medikation und ein anderer Psychotherapieansatz zu wählen als bei unipolaren Ausprägungen einer depressiven Störung; darüber hinaus muss der Patient zukünftig u. U. eine ganz andere Lebensführung (z. B. Verzicht auf Schichtarbeit) anstreben, um Rückfälle zu vermeiden.

Im Folgenden sollen die **depressive Episode**, die **rezidivierende depressive Störung** und die **anhaltenden affektiven Störungen** als Formen der unipolaren Depression (d. h. nur zum depressiven Pol verschoben) herausgegriffen werden. Beim depressiven Syndrom als Störung mit Krankheitswert liegt eine spezifische Konstellation der verschiedenen Symptome vor, die als beeinträchtigend empfunden werden, in der gleichen Zeitspanne vorkommen und über längere Zeit (mehr als 2 Wochen) anhalten.

Depressive Episode: Dafür müssen bestimmte Symptomkonstellationen und ein Zeitkriterium erfüllt sein. Die depressive Episode muss zudem nach ihrem Schweregrad eingeschätzt werden. Die herausgebenden Autoren der ICD-10 konzedieren jedoch selbst, dass die geforderte klinische Unterscheidung in verschiedene Schweregrade schwierig ist und die Grade „leicht“, „mittelgradig“ und „schwer“ auf Wunsch vieler Kliniker angegeben wurden. Die Kriterien für das Vorliegen und das Einschätzen des Schweregrads depressiver Episoden sind ausführlich in Tabelle 1 dargestellt.

Rezidivierende depressive Störung: Bei dieser Erkrankung treten zeitlich voneinander abgrenzbare depressive Episoden auf, die keine anderen Kriterien (z. B. für eine bipolare Störung) erfüllen. Die Episoden können allmählich oder abrupt beginnen und nur wenige Wochen, aber auch mehrere Monate lang dauern. Sollte nach einigen depressiven Episoden doch noch eine manische Phase auftreten, muss die Diagnose geändert werden. Allerdings ist eine hypomane „Nachschwankung“ nach einer depressiven Episode davon zu unterscheiden. Frühere Konzepte wie das der endogenen Depression gingen in das jetzige Konzept der rezidivierenden depressiven Störung ein.

Anhaltende affektive Störungen sind chronische und häufig fluktuierende Stimmungsstörungen, die nicht alle Kriterien für eine depressive Episode erfüllen und aufgrund des anhaltenden und schwankenden Verlaufs beträchtliches Leid bei den Betroffenen auslösen. Bei der **Dysthymia** beispielsweise handelt es sich um eine depressive Verstimmung, bei der nicht alle Kriterien (Symptome/Dauer) für eine depressive Episode erfüllt sind. Früher wurde dieses Bild als „neurotische Depression“ bezeichnet und damit eine ätiopathogenetische (psychodynamische) Konzeption verbunden (Wolfersdorf, 2008). Die Dysthymia ist für die Lebensführung sehr beeinträchtigend, da sie über Jahrzehnte anhalten kann.

■ Diagnosestellung

Die diagnostische Urteilsbildung für depressive Störungen ist hauptsächlich im Gespräch, mit Hilfe von Fragebögen und über die Verhaltensbeobachtung des Patienten möglich (vgl. Margraf, 2009). Es gibt (noch) keine psychophysiologischen Daten, die eine Depression sicher belegen oder bestätigen könnten. Jeder diagnostische Prozess und vor allem die Urteilsbildung unterliegen Fehlerquellen (Jäger, 1988). Deshalb ist höchste Sorgfalt, vor allem im diagnostischen Interview, und das Überprüfen möglicher eigener Beurteilungsfehler gefordert.

Differentialdiagnostik

Differentialdiagnostische Abgrenzungen sind vorzunehmen, z. B. zu bipolarer Erkrankung, neuropsychologischen Veränderungen, zu hirnorganisch bedingten kognitiven Störungen und zu körperlichen Erkrankungen. Nicht eingegangen werden kann im Rahmen dieses Beitrags auf die somatische Diagnostik mit Labor, CCT, insbesondere bei Ersterkrankung und

Indikation, mit EEG, EKG und körperlicher Untersuchung. Praktische Beispiele für das diagnostische Vorgehen bei der Differentialdiagnostik affektiver Störungen finden sich z. B. bei Hautzinger und Meyer (2002). Für diagnostische Gespräche unter differentialdiagnostischen Fragestellungen können strukturelle Interviews eingesetzt werden (s. unten: Einsatz von standardisierten Instrumenten).

Diagnostisches Gespräch

Vom Untersucher ist *aktives Explorieren* gefordert (S-3-Leitlinie). Üblich ist es, Patienten zunächst selbst über ihre Beschwerden berichten zu lassen – schon Sprechweise und die Art der Darstellung liefern erste Anhaltspunkte. Depressive Patienten sind jedoch meist konzentrationsgemindert, manchmal sprachlich nahezu verstummt oder wiederholen erregt die gleichen Klagen. Deshalb ist das aktive, freundlich-vorsichtige Formulieren gezielter Fragen erforderlich. Die Notwendigkeit, selbst aktiv zu explorieren, ist in der kürzlich veröffentlichten S-3-Leitlinie nochmals unterstrichen worden. Ein professionelles diagnostisches Erstgespräch wird in der Regel 50-90 Minuten dauern.

Um die Diagnose einer depressiven Erkrankung stellen zu können, ist ein vollständiges Erfassen der Haupt- und Nebensymptome (vgl. ICD-10), des Schweregrads, des Verlaufs und der Dauer der Symptomatik (Leitlinie S-3) notwendig. Vor allem die Exploration **psychotischer Symptome** und der **somatischen Syndrome** erfordert eine besondere Sensibilität für die Not des Patienten, der womöglich peinliche oder tabuisierte Erfahrungen preisgeben soll. Darüber hinaus erfordert die Abgrenzung einzelner depressiver Episoden genaue Fragen und das Anbieten zeitlicher Anker, um dem Patienten beim Erinnern behilflich zu sein (z. B. „Hatten Sie diese Beschwerden schon vor der WM/vor der Umstrukturierung Ihrer Abteilung vor 8 Monaten?“ „Welche guten Phasen gab es heuer? Wann ungefähr?“). Sonst besteht die Gefahr, dass Erinnerungsverzerrungen i. S. von dysfunktionalen Einstellungen („Seit 10 Jahren bin ich schon so deprimiert“) als Faktum notiert werden. Die Daten, die aus diesem Interview-„Teil“ gewonnen werden, sind wegweisend für die weitere medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung.

Das diagnostische Gespräch als Erstgespräch ist die Zeit, in der der Grundstein für den weiteren Aufbau einer therapeutischen Allianz (Schmelzer & Rischer, 2008) gelegt wird und die mitentscheidend dafür ist, ob der Patient wiederkommt oder klinisch bleibt und eine Behandlung beginnt. Die Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Grawe (Grawe, Donati & Bernauer, 1994) wie das Anregen von Hoffnung wirken schon im Erstgespräch: Wenn es gelingt, dem Patienten schon im diagnostischen Gespräch eine Spur von Hoffnung zu vermitteln, ist der Einstieg in eine erfolgreiche Therapie eher möglich.

Einsatz von standardisierten Instrumenten

Um sich einen ersten Eindruck von der Symptomatik zu machen, ist eine Zuhilfenahme von *Screening-Instrumenten* sinnvoll. Hierbei können z. B. der WHO-Fragebogen zum psychischen Wohlbefinden eingesetzt werden, der eine gute diagnostische Sensitivität aufweist. Auch das Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D; Löwe,

Spitzer, Zipfel & Herzog, 2002; Allgemeine Depressionsskala) ist gut geeignet. Zum einen gewinnt der Diagnostiker in Kürze eine erste „Skizze“ der Beschwerden, zum anderen ermöglicht ein Fragebogen dem Patienten, in Ruhe, ggf. vor dem eigentlichen Gespräch, einzelne Symptome einzuschätzen und mitzuteilen. Dies ist beispielsweise für die Frage sexueller Appetenz für manche Patient(inn)en auf schriftlichem Weg leichter als mündlich. Auch die Frage nach suizidalen Gedanken wird manchmal leichter „angekreuzt“ als verbal berichtet. Zwingend sind *strukturelle Interviews* für diagnostische und differentialdiagnostische Entscheidungen (Hautzinger & Meyer, 2002). Ihr Einsatz setzt voraus, dass der Diagnostiker bereits mit dem jeweiligen Instrument vertraut ist (z.B. durch Einführungsstraining) und klinisch erfahren. Beispiele für strukturelle Interviews sind SKID (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997), Mini-DIPS (Margraf, 1994) und die ICD-10-Checkliste für psychische Störungen (Hiller, Zaudig & Mombour, 1995).

Um schließlich den *Schweregrad* depressiver Symptomatik zu beurteilen, liegen Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente vor, die validiert und internationaler Standard sind. Ein wichtiges Instrument für die Absicherung der Beurteilung durch den Diagnostiker selbst (Fremdbeurteilung) ist die Hamilton-Depression-Rating-Skala, die u.a. die Beeinträchtigung durch die körperliche Symptomatik sehr gut erfasst (Hamilton, 1960; CIPS, 2005). Zum „Goldstandard“ zählt auch das Beck-Depressionsinventar (BDI), ein Selbstbeurteilungsinstrument, das auch für die Verlaufskontrolle geeignet ist (Beck et al. 1961; Hautzinger, Bailer, Worrall & Keller, 1995; Hautzinger, Keller & Kühner, 2006). Zur Einschätzung manischer und hypomanischer Symptomatik dient die Young Mania Rating Scale (Young, Biggs, Ziegler & Meyer, 1978; Meyer & Hautzinger, 2002).

Verhaltensbeobachtung

Eine *Verhaltensbeobachtung* liefert die Validierung der bislang erhobenen Daten und stellt die Basis für eine *funktionale Verhaltensanalyse* dar. Beobachtet wird der Patient z. B. im Hinblick auf sein nonverbales Verhalten in der Untersuchungssituation, in unterschiedlichen sozialen oder Anforderungssituationen im Stationsablauf (s. Funktionale Diagnostik). Dies kann der Validierung dienen, so etwa wenn (berichtete) Gereiztheit und sozialer Rückzug auch im Verhalten deutlich gezeigt werden. Die Verhaltensbeobachtung zeigt zudem Diskrepanzen zwischen Bericht und Beobachtung. So kann z. B. der Eindruck, den der Patient im diagnostischen Gespräch durch „verbal behavior“ vermittelt hat, eine deutlich reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit sein. Sieht ihn z. B. das Pflegepersonal im Gruppenraum über Stunden mit anderen scherzen, muss man diese diagnostische Einschätzung ergänzen. Manche depressive Patienten sagen im Gespräch formelartig, sie hätten „keinen Antrieb“, fragen aber am Tag nach der stationären Aufnahme nach Ausgängen in die Stadt. Wahrscheinlich ist mit „Antriebslosigkeit“ dann „Lustlosigkeit“ oder „Erschöpfung“ gemeint.

Funktionale Diagnostik und Therapieplanung

Diagnostik zielt darauf ab, wesentliche Daten für die Therapieplanung zu erheben. Ein Instrument, mit dem dies ermöglicht

wird, ist die funktionale Problem- und Zielanalyse (Bartling, Echelmeyer & Engberding, 1998). Mit Hilfe dieser Analyse werden sogenannte targets im Sinne zentraler Problembereiche bestimmt und deren Bedingungsgefüge herausgearbeitet. Die funktionale Analyse stellt die Basis dar für das Ableiten therapeutischer Ziele und der Therapieplanung. Sie umfasst

- die Analyse der sozialen, familiären, partnerschaftlichen, kulturellen und physikalischen Umwelt- und Rahmenbedingungen, auch im Hinblick auf eine mögliche Funktionalität depressiven Verhaltens;
- die Analyse des aktuellen Verhaltens (angemessenes und unproblematisches Verhalten, Ressourcen, Verhaltensexzesse/-defizite und deren u. U. situative Bedingtheit);
- die Analyse bisheriger Behandlungs- und Copingversuche und die
- Motivationsanalyse, das subjektive Krankheitsmodell und die Erwartungen.

Es handelt sich um Suchstrategien, mit dem Ziel zu verstehen, warum die Patientin in ihren konkreten Lebenszusammenhängen jetzt eine weitere depressive Episode erlitten hat. Dieses Bedingungsgefüge wird erstellt

1. mit Hilfe von Arbeitshypothesen zu der Lerngeschichte des Patienten (ungünstige Einstellungen? erlernte Hilflosigkeit?)
2. aufgrund von Erkenntnissen um aufrechterhaltende bzw. auslösende Bedingungen für die Depression (z. B. soziale Zuwendung im Helfersystem bzw. mangelnde soziale Kompetenz des Patienten, die den sozialen Rückzug bei Konflikten in Familie und Beruf begünstigt),
3. geleitet von wissenschaftlichen Modellvorstellungen (kognitive Modelle zu rezidivierender Depression/Rumination z. B. Teasdale et al., 2000; Rischer, 2008)
4. und medizinischem Wissen (z.B. zum Einfluss von Hormonstatus der Schilddrüsen- oder Geschlechtshormone).

Dieses Bedingungsgefüge aus der funktionalen Analyse wird auf Mikro- und Makroebene erstellt (vgl. Bartling et al., 1998). Es liefert auch Hinweise für die Entscheidung, wie die Problembereiche zu gewichten und zu hierarchisieren sind (z. B. „erst eine generelle Stimmungsverbesserung erreichen, dann dysfunktionale Kognitionen bearbeiten, danach der Aufbau sozialer Kompetenz für Konflikte, dann erst die Paarproblematik angehen“). Diese Hierarchisierung wiederum liefert die Basis für die konkrete Ziel- und Therapieplanung. So ist beispielsweise ein Kriterium für die Ableitung von Therapiezielen, ob bei vorliegender Komorbidität die Verstärkungsbedingungen von Störung A aufrechterhaltende Bedingungen für Störung B darstellen und deshalb vorrangig angegangen werden sollen. Weitere Kriterien für eine Auswahl therapeutischer Ziele sind etwa die Motivation des Patienten für das Bearbeiten eines Problembereichs und damit die höhere Wahrscheinlichkeit schneller Erfolgserlebnisse beim Verändern bestimmter Verhaltensweisen, damit dann ein Motivationsaufbau für andere zentrale Problembereiche leichter gelingt (s. dazu Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006).

■ Beurteilung von Suizidalität

Abschätzen des Suizidrisikos

Zur Diagnostik einer depressiven Störung gehört zwingend die *Abklärung von Suizidgefährdung*. In den Leitlinien zur Psychotherapie affektiver Störungen wird dies auch für den Beginn einer Psychotherapie eines depressiven Patienten gefordert: „Jeder Psychotherapie sollte eine angemessene Diagnostik und Problemanalyse vorausgehen. Dies schließt die Abschätzung des Suizidrisikos mit ein“ (de Jong-Meyer et al., 2007, S. 84). Die Einschätzung der Suizidgefährdung muss jedoch auch über den *Verlauf der Therapie* hinweg immer wieder vorgenommen werden (DGPPN et al., 2010). Das Vorgehen besteht konkret darin, 1. Risikomerkmale, die aus der Suizidforschung gewonnen wurden (Wolfersdorf, 2000) abzuklären und 2. den Handlungsdruck anhand definierter Kriterien einzuschätzen (Wolfersdorf, 1992). Gegebenfalls müssen dann 3. Maßnahmen zur Krisenintervention durchgeführt werden.

Risikomerkmale für Suizidgefährdung

Die „Liste“ der Risikomerkmale wurde aus Forschungsbefunden der Suizidforschung abgeleitet (z. B. Wolfersdorf, 2000; Bronisch, 2000; Schaller & Wolfersdorf, 2010; DGPPN et al., 2011). Therapeuten sollten vor allem folgende (ausgewählte) Risikomerkmale erfassen (nach de Jong-Meyer et al., 2007).

- Hat der Patient/die Patientin frühere Suizidversuche begangen?
- Sind in seiner/ihrer Familie suizidale Handlungen vorgekommen?
- Ist der Patient männlichen Geschlechts?
- Ist ihre Patientin/ihr Patient im höheren Lebensalter?
- Liegt Substanzmissbrauch vor?
- Ist Impulsivität ein Kennzeichen seines/ihrer Verhaltens?
- Ist der Patient chronisch erkrankt?
- Mangelt es an sozialen Bindungen, ist er/sie einsam?
- Liegt eine ausgeprägte Hoffnungslosigkeit vor?
- Leidet er/sie an anhaltenden Schlafstörungen oder auch Angst/Panikattacken?
- Ist der Patient/die Patientin agitiert?

Erkennen und Differenzieren des Handlungsdrucks

Es gilt zu unterscheiden, inwiefern der Patient/die Patientin *suizidale Gedanken* hegt (z. B. einschließende Gedanken, Ruhewünsche, Todeswünsche), ob *Suizidabsichten* erkennbar sind („Ich *will* nicht mehr“, erste Überlegungen in Richtung Umsetzung) oder ob er/sie bereits *Pläne* zur Ausführung des Suizids hegt (Überlegungen zum Suizidarrangement, zur Suizidmethode). Gedanken, Absichten und Pläne, sich das Leben zu nehmen, treten oft dann auf, wenn der depressive Patient längere Phasen durchlebt, in denen er besonders erschöpft, überfordert, hoffnungslos oder autoaggressiv ist (zum Entwicklungsmodell suizidalen Verhaltens siehe z. B. Wolfersdorf, 2001). Besonders herausfordernd ist die Diagnostik von Suizidalität, wenn der Patient nach dieser durchlittenen Phase endlich gelöst und entspannter wirkt und z. B. gegen Ende eines stationären Aufenthalts für eine Belastungserprobung oder einen Wochenendbesuch nach Hause geht. Hier ist der Patient unter Umständen schon in die Entschlussphase eingetreten und wirkt friedlich, guter Stimmung und „gebessert“.

Diagnostisch-therapeutische Empfehlungen im Umgang mit Patienten in suizidalen Krisen

Therapeuten sind gefordert, *das suizidale Verhalten als Hilferuf* zu verstehen, auch wenn sich der Patient in hohem Maße ablehnend, bagatellisierend oder provozierend geben sollte. Es gibt viele „Fallstricke“ im Umgang mit Patienten in einer suizidalen Krise. Für den kompetenten Umgang und ein Behandlungsprozedere lege artis sollte Folgendes umgesetzt werden:

- Gehen Sie diagnostisch gründlich vor
- Explorieren Sie genau die früheren und jetzigen Umstände suizidaler Gedanken, Absichten und Handlungen
- Beteiligen Sie sich nicht am Bagatellisieren des Patienten
- Suchen Sie nicht zu schnell nach Lösungen
- Achten Sie auf versteckte Trennungsängste
- Nehmen Sie Provokationen/Aggressionen des Patienten nicht persönlich
- Verzichten Sie auf moralisierende Appelle („Denken Sie doch an Ihre Kinder!“)
- Vereinbaren Sie Kontakte und Terminabsprachen verlässlich und engmaschig
- Beenden Sie das Gespräch erst, wenn ein nächster Termin vereinbart wurde
- Arbeiten Sie, wenn möglich, im Team und kommunizieren Sie schnell und klar über die Beobachtungen/Äußerungen des Patienten

Maßnahmen zur Krisenintervention

Im Rahmen dieses Beitrags kann nur stichpunktartig auf die Notwendigkeit einer professionellen Krisenintervention hingewiesen werden (Wolfersdorf, Schulte-Wefers & Schaller, 2008; Sonneck & Etzersdorfer, 1992). Tritt die Suizidgefährdung im Lauf der Psychotherapie auf, muss der Therapeut genau definierte Maßnahmen der Krisenintervention durchführen, aber auch in eine ganz bestimmte Interaktionsgestaltung „umschwenken“. Dabei unterliegt er der hohen Anforderung, alle Antennen auf „Lebensgefahr für den Patienten“ zu stellen und gleichzeitig ruhig, überlegt und professionell zu handeln. Deshalb ist Supervision und, wenn möglich, das Arbeiten im Team anzuraten.

Beispiele für einzuleitende Maßnahmen im Krisenfall

- Mitbehandlung durch einen Psychiater/eine Psychiaterin (v. a. wichtig für Psychologische Psychotherapeuten in eigener Praxis, für Ärztliche Psychotherapeuten ohne gleichzeitige FA-Ausbildung in Psychiatrie/Neurologie, aber auch für Hausärzte)
- Anwendung (sedierender) Antidepressiva, evtl. Hypnotika oder anxiolytische, sedierende Neuroleptika
- stationäre Behandlung einleiten

Unerlässlich ist es, in der suizidalen Krise mit dem Patienten in Kontakt, in Beziehung zu bleiben und zu vermitteln, dass er nicht allein ist. Der verstärkte Beziehungsaufbau sollte auf mehreren Ebenen angegangen werden (Einbeziehen von Angehörigen, „bestem Freund“, aber auch Kitten von möglichen Bruchstellen in der therapeutischen Beziehung, engmaschige, u. U. tägliche Termine, in der Klinik engmaschige Betreuung, Ausgangsregelung). Danach kann die besondere Enttäuschung und Hoffnungslosigkeit empathisch herausgearbeitet und ver-

standen werden, damit schließlich die gemeinsame Entwicklung alternativer Problemlösungen eine Chance hat. Vorsicht: Anti-Suizid-Pakte sind vom Patienten trotz bester Absichten in der Krise häufig nicht einzuhalten, (naives) Vertrauen auf „Vernunft“ und Selbstkontrollfähigkeit des Patienten ist hier nicht angebracht.

■ Zusammenfassung

Im vorliegenden Artikel wurde anhand der nationalen Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression der DGPPN et al. (2010) und der evidenzbasierten Leitlinien zur Psychotherapie affektiver Störungen (2007) gezeigt, auf welchem Weg die Diagnose einer depressiven Erkrankung gestellt, differentialdiagnostisch abgesichert und für die Therapieplanung nutzbar gemacht werden kann. Dazu wurden die Erfassung und Beurteilung der Symptomkriterien und die Integration verschiedener Datenquellen erläutert. Es wurde diskutiert, wie komplex der diagnostische Prozess ist. Zur Einschätzung der Suizidgefährdung und zum Umgang mit Patienten in suizidalen Krisen wurden wichtige Empfehlungen dargestellt. Nicht eingegangen werden konnte (und sollte) an dieser Stelle auf

die somatische Diagnostik mit Labor, CCT, insbesondere bei Ersterkrankung und Indikation, mit EEG, EKG und körperlicher Untersuchung.

■ Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. Aufl.), DSM-IV, Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bartling, G., Echelmeyer, L. & Engberding, M. (1998). Problem-analyse im therapeutischen Prozeß: Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
- Bronisch, T. (2000). Suizidalität. In H.J. Möller, G. Laux & H.P. Karpfhammer (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (CIPS) (Hrsg.) (2005). Internationale Skalen für Psychiatrie (5. Aufl.). Göttingen, Hogrefe.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 (Dilling et al., 1991)

<p>Diagnostische Kriterien einer depressiven Episode</p> <p>G1 Die depressive Episode sollte mindestens 2 Wochen dauern.</p> <p>G2 In der Anamnese gibt es keine manischen oder hypomanischen Symptome, die schwer genug wäre, die Kriterien für eine manische oder hypomanische Episode (F30) zu erfüllen.</p> <p>G3 Ausschluss: Die Episode ist nicht auf eine organische psychische Störung (F0) oder auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) zurückzuführen.</p>
<p>Diagnostische Kriterien einer leichten depressiven Episode (F32.0)</p> <p>A. Eines oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome, so dass die Gesamtzahl aus B und C mindestens 4 (oder 5) ergibt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlust des Selbstvertrauens oder Selbstwertgefühls • Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle • Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten • Subjektiv oder objektiv vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, Unentschlossenheit • Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit (subjektiv oder objektiv) • Schlafstörungen jeder Art • Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung <p>B. Die allgemeinen Kriterien für eine depressive Episode (F32) sind erfüllt.</p> <p>C. Mindestens 2 der folgenden 3 Symptome liegen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressive Stimmung in einem für den Betroffenen deutlich ungewöhnlichem Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens 2 Wochen anhaltend • Verlust an Interessen oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren • Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
<p>Diagnostische Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1)</p> <p>Mindestens 2 der 3 Symptome aus B und mindestens so viele Symptome aus C, so dass die Gesamtzahl aus B und C mindestens 6 (oder 7) Symptome ergibt.</p>
<p>Diagnostische Kriterien einer schweren depressiven Episode (F32.1)</p> <p>Alle 3 Symptome aus B und mindestens 5 Symptome aus C, so dass die Gesamtzahl mindestens 8 Symptome ergibt.</p>

- DGPPN, BÄK, KBV, AWMV (Hrsg.) (2010). S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Nationale VersorgungsLeitlinie – Unipolare Depression. Heidelberg: Springer.
- de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, H.M. (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Kapitel V(F): Klinisch-diagnostische Leitlinien (1. Aufl.). Huber, Bern: WHO.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Hamilton M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hautzinger, M. & Meyer, T.D. (2002). Diagnostik Affektiver Störungen. Reihe: Kompendien Psychologische Diagnostik (Bd. 3). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall H. & Keller, F. (1995). Beck Depressions Inventar (BDI). Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). Beck Depression Inventar II (BDI 2). Frankfurt/ M.: Harcourt.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und ICD-10 Symptom-Checkliste für psychische Störungen (SCL) von der Weltgesundheitsorganisation. Bern: Huber.
- Jäger, R.S. (1986). Der diagnostische Prozeß. Eine Diskussion psychologischer und methodischer Randbedingungen. Göttingen: Hogrefe.
- Jäger, R.S. (1988). Psychologische Diagnostik. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kanfer F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kennedy, S.H. (2008). Core symptoms of major depressive disorders: Relevance to diagnosis and treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), 271-277.
- Löwe, B., Spitzer, R.L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen (2. Aufl.). Karlsruhe: Pfizer GmbH.
- Margraf, J. (1994). Mini-DIPS. Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen. Heidelberg: Springer.
- Margraf, J. (2009). Klassifikation psychischer Störungen. In J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Bd. 1). Heidelberg: Springer.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2002). Kognitive Verhaltenstherapie als Ergänzung der Pharmakotherapie manisch-depressiver Störungen. *Nervenarzt*, 73, 620-628.
- Rischer, A. (2008). Grübeln und sich Sorgen – Zwei Seiten einer Medaille? Ein Konzeptvergleich von Worry und Rumination in einer multizentrischen Studie an Patienten mit Depression und einer nichtklinischen Vergleichsstichprobe. Bamberg: University of Bamberg Press.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.
- Schaller, E. & Wolfersdorf, M. (2010). Depression and Suicide. In U.Kumar & M.K. Mandal (Eds.), *Suicidal Behaviour. Assessment of People-at-Risk* (pp. 278-296). New Delhi: Sage Publications.
- Schmelzer, D. & Rischer A. (2008). Über Kooperation zur Selbstregulation. In: Hermer M. & Röhrle B. (Hrsg.): *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 1). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Sonneck, G. & Etzersdorfer, E. (1992). Krisenintervention. In H.J. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz (Hrsg.), *Therapie bei Suizidgefährdung*. Regensburg: Roderer.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 615-623.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). SKID-I. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Wolfersdorf, M. (1992). Diagnostik von Suizidalität. In H.J. Wedler, M. Wolfersdorf & R. Welz (Hrsg.), *Therapie bei Suizidgefährdung*. Regensburg: Roderer.
- Wolfersdorf, M. (2000). Krankheit Depression erkennen, verstehen, behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wolfersdorf, M. (2001). Mann und Suizid. In E. Brähler & J. Kupfer (Hrsg.), *Mann und Medizin. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 19. Göttingen: Hogrefe.
- Wolfersdorf, M. (2008). Zur tiefenpsychologischen Psychodynamik bei der Depression: Plädoyer für eine Wiederentdeckung psychogenetischer Aspekte für die Behandlung depressiv kranker Menschen. *Psychotherapie*, 13, 87-98.
- Wolfersdorf, M., Schulte-Wefers, H. & Schaller, E. (2008). Männer-Depression/Männer-Suizid. Klinische psychiatrisch-psychotherapeutische Aspekte. *Suizidprophylaxe*, 35 (4), 195-199.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E. & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.

■ Korrespondenzadressen

Dr. phil. Angela Rischer
 Dipl.-Psych., Psych. Psychotherapeutin (VT)
 Psychologische Leitung Depressionsstation A5
 Bezirkskrankenhaus Bayreuth
 Nordring 2 | 95445 Bayreuth
 Tel.: 0921-283 4031
angela.rischer@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Manfred Wolfersdorf
 Facharzt für Psychiatrie - Psychotherapie
 Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
 Ärztlicher Direktor
 Bezirkskrankenhaus Bayreuth
 Nordring 2 | 95445 Bayreuth
 Tel.: 0921-283 3001
manfred.wolfersdorf@bezirkskrankenhaus-bayreuth.de