

Abteilung für Depressionsforschung, Schlafmedizin und Neurophysiologie,
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel

Johannes Beck, Edith Holsboer-Trachsler

Differentialdiagnostik der Depression

Depressive Patienten berichten oft nicht spontan von depressiven Symptomen, daher müssen diese aktiv exploriert werden. Da depressive Symptome bei einer Vielzahl von psychiatrischen und somatischen Erkrankungen auftreten können, ist eine sorgfältige Differentialdiagnostik wichtig. Der vorliegende Artikel gibt einen Überblick über die wichtigsten Differentialdiagnosen und empfiehlt einen Stufenplan der diagnostischen Abklärung.

Erkennen depressiver Störungen

Depressionen haben viele Gesichter. Das Erkennen einer Depression wird dabei oft dadurch erschwert, dass Patienten selten spontan über typische Symptome einer Depression klagen. Der folgende Artikel fasst in Anlehnung an die S3-Behandlungsleitlinie Unipolare Depression [1] die wichtigsten Aspekte zur Differentialdiagnostik der Depression zusammen.

Patienten, die unter depressiven Symptomen leiden, können vielfach diese Symptome nicht zuordnen und vermuten bei ihren Beschwerden eher organische Ursachen. Wenn Patienten eher unspezifische Beschwerden wie Schlafstörungen, Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden angeben, soll das Vorliegen einer depressiven Störung bzw. das Vorhandensein weiterer Symptome einer depressiven Störung aktiv exploriert werden. Zudem kann die Berücksichtigung fremdanamnesterischer Angaben nicht nur bei kognitiv beeinträchtigten Patienten diagnostisch wegweisend sein. Das Vorliegen einer depressiven Störung ist insbesondere bei Patienten, die einen oder mehrere der in Tabelle 1 aufgeführten Risikofaktoren aufweisen, wahrscheinlich.

Eine Möglichkeit der schnellen Erfassung einer unipolaren depressiven Störung bietet z. B. der „Zwei-Fragen-Test“, der mit einer Sensitivität von 96% und

einer Spezifität von 57% [3] ein sehr zeitökonomisches Vorgehen darstellt:

1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?
2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist die klinische Erfassung der formalen Diagnosekriterien erforderlich, da nur durch die explizite Erhebung aller relevanten Haupt- und Nebensymptome eine adäquate Diagnosestellung nach ICD-10 möglich ist. Dies geschieht in aller Regel über eine fundierte Exploration des Patienten im Gespräch, wobei die Beispielfragen in Tabelle 2 hierbei leitend sein können.

Differentialdiagnostik

Das Vorliegen von Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, Traurigkeit, Selbstzweifeln und Resignation sowie das Auftreten einzelner depressiver Symptome ist nicht gleichbedeutend mit

dem Vorliegen einer depressiven Störung. Bei vielen psychischen Störungen gehören depressive Symptome zum typischen Krankheitsbild. Bei einer Schizophrenie ist es z. B. häufig schwierig, die Symptome einer depressiven Störung von den Negativsymptomen der schizophrenen Grunderkrankung – wie sozialer Rückzug, verflachter Affekt und Apathie – zu unterscheiden (vgl. die S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie [5]). Daher ist bei entsprechendem Verdacht eine differentialdiagnostische Abgrenzung wichtig, um möglichen Komplikationen bei der Behandlung vorzubeugen. Episoden einer depressiven Störung mit ausgeprägter gereizter Stimmung können auch schwer von gemischten Episoden mit gereizter Stimmung abgrenzbar sein. Die Differentialdiagnose erfordert eine sehr sorgfältige klinische Evaluation bezüglich des Vorliegens manischer Symptome. Bei Patienten mit multiplen psychischen und körperlichen Erkrankungen oder älteren Patienten kann die Diagnose einer depressiven Störung erschwert sein, da bei ihnen Symptome wie allgemeine Schwäche oder Schlafstörungen auch unabhängig von einer Depression auftreten können. Andererseits kann ein Nichterkennen des Depressionskontextes zu einer Fehlbehandlung führen. Gerade im Alter wird zudem häufig über Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen geklagt. Sofern sich Hinweise auf eine Antriebsminderung sowie Affektlabilität finden oder wenn sich keine Hinweise auf eine Depres-

Tabelle 1 Risikofaktoren für eine depressive Störung (mod. n. [2])

- Frühere depressive Episoden
- bipolare oder depressive Störungen in der Familiengeschichte
- Suizidversuche in der eigenen Vor- oder der Familiengeschichte
- komorbide somatische Erkrankungen
- komorbider Substanzmissbrauch bzw. komorbide Substanzabhängigkeit
- aktuell belastende Lebensereignisse
- Mangel an sozialer Unterstützung

sion in der Vorgeschichte finden, sollte immer an eine beginnende Demenz gedacht und eine entsprechende (Früh-)diagnostik eingeleitet werden [6]. Als Hinweise für eine behandlungsbedürftige Depression können Symptome wie Schuldgefühle, starrer Affekt, Tagesschwankungen mit Morgentief, depressiver Wahn, Suizidalität oder ein phasenhafter Verlauf der Störung mit früheren depressiven Episoden angese-

hen werden. Auch das Vorliegen einer depressiven Anpassungsstörung (z. B. als eine Trauerreaktion nach Verlust des Partners oder nach Diagnose einer körperlichen Erkrankung), die besonders bei älteren Patienten mit depressiven Symptomen häufiger vorkommt, sollte überprüft werden. Die Grenze zwischen unbewältigter Trauer und einer depressiven Verstimmung ist nicht immer eindeutig, jedoch kann als An-

haltspunkt gelten, dass Trauerreaktionen zumeist innerhalb zweier Monate nach einem schweren Verlust nachlassen.

Psychiatrische Differentialdiagnosen

Depressive Symptome kommen außerdem häufig vor im Rahmen von Angst-

Tabelle 2 Beispielfragen zur Symptomerfassung (n. [4])

Hauptsymptome
<p><i>Depressive Stimmung</i> „Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen niedergeschlagen oder traurig gefühlt?“ „Gab es Zeiten, an denen Ihre Stimmung besser oder schlechter war?“</p> <p><i>Interessenverlust und Freudlosigkeit</i> „Haben Sie in der letzten Zeit das Interesse oder die Freude an wichtigen Aktivitäten (Beruf, Hobby, Familie) verloren?“ „Hatten Sie in den letzten zwei Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben?“</p> <p><i>Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel</i> „Haben Sie Ihre Energie verloren?“ „Fühlen Sie sich ständig müde und abgeschlagen?“ „Fällt es Ihnen schwer, die Aufgaben des Alltags wie gewohnt zu bewerkstelligen?“</p>
Zusatzsymptome
<p><i>Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit</i> „Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?“ „Haben Sie Mühe, die Zeitung zu lesen, fernzusehen oder einem Gespräch zu folgen?“</p> <p><i>Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen</i> „Leiden Sie an fehlendem Selbstvertrauen und/oder Selbstwertgefühl?“ „Fühlen Sie sich so selbstsicher wie sonst?“</p> <p><i>Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit</i> „Fühlen Sie sich häufig schuldig für alles, was geschieht?“ „Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe?“</p> <p><i>Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven</i> „Sehen Sie die Zukunft schwärzer als sonst?“ „Haben Sie Pläne für die Zukunft?“</p> <p><i>Suizidgedanken/ Suizidhandlungen</i> „Geht es Ihnen so schlecht, dass Sie über den Tod nachdenken oder daran, dass es besser wäre, tot zu sein?“ „Hatten oder haben Sie konkrete Pläne, sich etwas anzutun?“ „Haben Sie versucht, sich etwas anzutun?“ „Gibt es etwas, was Sie am Leben hält?“</p> <p><i>Schlafstörungen</i> „Hat sich an Ihrem Schlaf etwas geändert?“ „Schlafen Sie mehr/weniger als sonst?“</p> <p><i>Verminderter Appetit</i> „Hatten Sie mehr/weniger Appetit in der letzten Zeit?“ „Haben Sie ungewollt abgenommen?“</p>

http://econtent.hogrefe.com/doi/pdf/10.1024/0040-5930/a000094 - Tuesday, August 29, 2017 5:37:52 AM - Universität Basel IP Address: 145.250.209.1

und Panikstörungen, somatoformen Störungen, Substanzmissbrauch sowie Ess- und Persönlichkeitsstörungen. Folgende Screeningfragen, die sich auf den Zeitraum der vergangenen vier Wochen beziehen, können zur Differentialdiagnose bei Verdacht auf Vorliegen einer anderen als einer depressiven Störung bzw. auf Vorliegen einer zusätzlichen, komorbiden psychischen Störung gestellt werden [2]. Entspre-

chend sollte den Fragen eine Einleitung etwa in dieser Art vorangestellt werden: „Bitte beantworten Sie alle Fragen bezogen auf die letzten vier Wochen.“ Werden die jeweiligen Fragen bejaht, ist eine weiterführende Diagnostik notwendig. Ergänzend zu den in der Tabelle 3 behandelten Störungen ist auch die Frage nach Trauer oder nach früher behandelten psychischen Störungen wie Schizophrenie obligat.

Depressive Episode im Rahmen eines bipolaren Verlaufs

Auch im Rahmen eines bipolaren Verlaufs können depressive Symptome auftreten, die gegenwärtig entweder die Kriterien für eine leichte bzw. mittelgradige depressive Episode (F31.3) oder für eine schwere depressive Episode (F31.4) erfüllen können. Diagnoseleitend ist hierbei, dass auch manische

Tabelle 3 Beispiele zu Screeningfragen zur Differentialdiagnose (aus Composite International Diagnostic Interview nach ICD-10 und DSM-IV [7, 8])

Panikstörung

„Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall, bei dem Sie ganz plötzlich von starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?“

Generalisierte Angststörung

„Haben Sie sich schon einmal über mindestens einen Monat oder länger ängstlich, angespannt und voll ängstlicher Besorgnis gefühlt?“

Soziale Phobie

„Hatten Sie jemals unbegründete Ängste, mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen?“

Agoraphobie

„Litten Sie jemals unter unbegründeten Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?“

Posttraumatische Belastungsreaktion

„Haben Sie jemals ein ungewöhnlich schreckliches oder bedrohliches Ereignis erlebt, unter dessen Nachwirkungen Sie monatelang litten?“

Spezifische Phobie

„Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie unter einer unbegründeten Angst vor besonderen Situationen, Gegenständen oder Tieren litten?“

Zwangsstörung

„Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten?“

Manische oder hypomanische Episoden

„Waren Sie jemals über mehrere Tage ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?“

Essstörung

„Haben Sie sich jemals über mehrere Monate hinweg große Sorgen darüber gemacht, wie viel Sie essen, zu dick zu sein oder zuzunehmen?“

Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit

„Gab es einmal eine Zeit in Ihrem Leben, in der Sie fünf oder mehr Gläser Alkohol pro Tag getrunken haben?“

Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit

„Haben Sie schon mehrmals Anregungs-, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung oder in höherer Dosierung eingenommen?“

Drogenmissbrauch oder -abhängigkeit

„Haben Sie in Ihrem Leben schon mehrmals irgendwelche Drogen wie z. B. Haschisch, Ecstasy, Kokain oder Heroin eingenommen?“

Symptome vorliegen, d. h. in der Anamnese muss sich wenigstens eine hypomanische, manische oder gemischte affektive Episode finden. Die bipolare affektive Störung ist durch wiederholte Episoden von gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und vermehrter Aktivität (Manie oder Hypomanie), dann wieder von Stimmungssenkung, vermindertem Antrieb und verminderter Aktivität (Depression) gekennzeichnet. Ein gutes Screening-Instrument für die Erfassung hypomaner Symptome stellt die HCL-32 Checkliste dar [9].

Die differentialdiagnostische Aufmerksamkeit sollte den gesamten Behandlungsprozess begleiten, da sich häufig erst im Verlauf weitere klinisch relevante Faktoren (wie z. B. Substanzabhängigkeit, andere psychische Störungen und Belastungsfaktoren oder neu auftretende körperliche Erkrankungen) ergeben können.

Psychiatrische Komorbidität

Eine differentialdiagnostische Abklärung bezüglich einer psychischen Komorbidität hat eine große Relevanz, da diese sowohl die Behandlung und Prognose der depressiven Störung erschwert als auch das Ausmaß von Einschränkungen und Behinderungen beeinflussen kann. Besonders häufig zeigt sich eine Komorbidität von depressiven Störungen mit Angst- und Panikstörungen, somatoformen Störungen, Substanzmissbrauch sowie Ess- und Persönlichkeitsstörungen.

Differentialdiagnose organische depressive Störung und somatische Komorbidität

Eine depressive Episode muss ferner von einer organischen depressiven Störung unterschieden werden. Viele so-

Tabelle 4 Ausschluss einer somatogenen Depression

Zum diagnostischen Basisprogramm depressiver Störungen gehören folgende Untersuchungen und Parameter:

- exakter Neurostatus, orientierte internistische Untersuchung
- RR, Herzfrequenz
- Chemogramm und Hämatogramm
- Schilddrüsenparameter (TSH basal), Vitamin B12, TPHA
- EEG, EKG
- Medikamentenanamnese
- Drogen- und Noxenanamnese
- bei entsprechendem Verdacht auf zentralnervöse Krankheitsprozesse zudem kraniale Bildgebung (CCT/MRT)

matische Erkrankungen (wie z. B. Tumorerkrankungen, muskuloskeletale, endokrinologische, kardiovaskuläre und pulmonale Erkrankungen, metabolische Störungen, Allergien, Infektionserkrankungen, Hirnerkrankungen und chronische Schlafstörungen) können mit depressiven Symptomen verbunden sein. Beim Vorhandensein einer körperlichen Erkrankung müssen wenigstens zwei Fälle unterschieden werden:

Fall 1: Die körperliche Erkrankung oder ihre medikamentöse Behandlung ist die direkte Ursache der unipolaren depressiven Symptomatik (z. B. Hypo- oder Hyperthyreoidismus und andere endokrine Erkrankungen, Autoimmunerkrankungen wie Vaskulitis; Behandlung mit z. B. Tuberkulostatika, Antihypertensiva, Steroidhormone). In diesem Fall ist sehr wahrscheinlich die Diagnose einer organischen depressiven Störung (ICD-10: F06.32) zu stellen. Hier steht die Behandlung der körperlichen Erkrankung bzw. die Modifikation der Medikation im Vordergrund des Vorgehens. Die psychische Symptomatik wird eventuell zusätzlich behandelt.

Fall 2: Die körperliche Erkrankung ist nicht ursächlich für die affektive Störung, aber als psychologischer Faktor auslösend oder aufrechterhaltend für die depressive Symptomatik. In diesem Falle sollte bei der Behandlung der de-

pressiven Symptomatik insbesondere auch der Aufbau adäquater Bewältigungsmechanismen im Vordergrund stehen.

Wegen der Verbindung von somatischen Erkrankungen und depressiven Symptomen können somatische Zusatzuntersuchungen notwendig werden, um organische Grunderkrankungen zu erkennen oder auszuschließen sowie eventuelle Kontraindikationen für eine Pharmakotherapie der depressiven Störung zu identifizieren. Deshalb ist vor Beginn einer Therapie eine sorgfältige internistische und neurologische Untersuchung sinnvoll (Tab. 4). Auch Medikamentenwirkstoffe, die aktuell angewendet werden oder abgesetzt wurden, können eine depressive Symptomatik verursachen oder verstärken. Daher ist vor einer Behandlung auch eine routinemäßige Erfassung der verschriebenen und zusätzlich eingenommenen Medikamente notwendig.

Fremdanamnese

Die Fremdanamnese durch Angehörige oder sonstige enge Bezugspersonen liefert häufig wichtige Zusatzinformationen zu den Umständen des Beginns von depressiven Episoden, zu eventuellen früheren depressiven Episoden, zu eventuellen psychotischen Zuständen und anderen Zusatzsymptomen

oder auch zu Erkrankungen weiterer Familienangehöriger. Die Einbeziehung von Angehörigen zu diagnostischen Zwecken kann den Prozess der Anamneseerhebung unter Umständen sinnvoll ergänzen und beschleunigen.

Stufenplan der Diagnostik

Aus den bisherigen Erläuterungen ergibt sich folgender Stufenplan der Diagnostik einer unipolaren depressiven Störung (Abb. 1):

1. Bei Vorliegen eines Verdachts auf eine depressive Störung sollte geklärt werden, ob eine Veränderung von Stimmung und/oder Antrieb vorliegt (Hauptsymptome).
2. Es sollte geklärt werden, ob diese Veränderung in Stimmung und Antrieb eher einer depressiven Symptomatik oder einer anderen psychischen Störung zuzuordnen ist (Differentialdiagnostik).
3. Ferner sollte eine somatische, insbesondere hirnganische Ursache bzw. eine Verursachung durch Gebrauch oder Missbrauch psychotroper Substanzen ausgeschlossen werden.
4. Sind diese Ursachen ausgeschlossen, ist die Diagnose der depressiven Störung durch genaue Erhebung des psychopathologischen

Befundes (Zusatzsymptome) und bisherigen Verlaufs zu stellen.

Suizidalität

Das Suizidrisiko ist bei depressiv Erkrankten etwa 30-mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. 8.6% aller wegen Suizidalität und 4.0% aller wegen einer depressiven Störung (ohne spezielle Suizidalität) einmal hospitalisierten Patienten versterben durch Suizid. 60–70% der Patienten haben während einer aktuellen depressiven Episode auch Suizidgedanken. Daher ist es besonders wichtig, Patienten aktiv und empathisch im Rahmen der Erstdiagnostik zur Suizidalität zu explorieren. Auch im weiteren Behandlungsverlauf, in dem Suizidalität neu auftreten kann, ist eine regelmäßige Erfassung notwendig. Abgeschätzt werden soll dabei der aktuelle Handlungsdruck (Todesgedanken, Suizidabsichten, Suizidpläne bzw. Suizidversuche). Das Befragen der Patienten über ihre suizidalen Gedanken, Impulse und Pläne führt entgegen einer weit verbreiteten Fehleinschätzung nicht dazu, dass diese erst dadurch auf die Idee gebracht werden. Die meisten Patienten sind sehr erleichtert, wenn das Thema entlastend angesprochen wird.

Differential diagnosis of major depressive disorder

Since a variety of psychiatric as well as somatic conditions may present with depressive symptoms, careful diagnostic evaluation is warranted. The following article summarizes the most important aspects and provides a clinical guideline for the diagnostic process.

Literatur

1. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de.
2. Härter M, Bermejo I, Niebling W. Praxismanual Depression. Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen. Köln: Dt. Ärzte-Verl.; 2007.
3. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two ques-

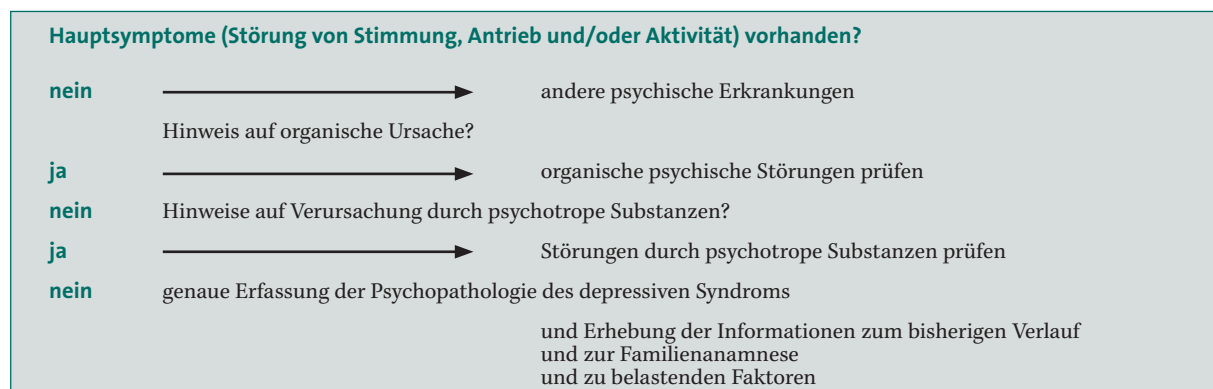


Abbildung 1 Stufenplan der Diagnostik der unipolaren depressiven Störung [mod. nach 1]

- tions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439–45.
4. Rudolf S, Bermejo I, Schweiger U, Hohagen F, Härter M. Diagnostik depressiver Störungen in Praxis und klinischem Alltag. *Dtsch Arztebl* 2006; 103: A-1754–62.
 5. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff; 2006. (S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; 1).
 6. Visser PJ, Verhey FR, Ponds RW, Kester A, Jolles J. Distinction between preclinical Alzheimer's disease and depression. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 479–84.
 7. Wittchen HU, Semler G. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.0). Weinheim: Beltz; 1990.
 8. Wittchen HU, Pfister H. DIA-X Interviews: Manual für Screening, Verfahren und Interview, Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X), Interviewheft Querschnittuntersuchung (DIA-X 12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Frankfurt: Swets und Zeitlinger; 1997.
 9. Angst J, Adolfsson R, Benazzi F, Gamma A, Hantouche E, Meyer TD, Skeppar P, Vieta E, Scott J. The HCL-32: towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *J Affect Disord* 2005; 88: 217–33.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Johannes Beck
 Abt. für Depressionsforschung,
 Schlafmedizin und Neurophysiologie
 Universitäre Psychiatrische
 Kliniken (UPK) Basel
 Wilhelm Klein-Straße 27
 CH - 4012 Basel

johannes.beck@upkbs.ch