

*In der Klassifikation und Diagnostik depressiver Störungen zeichnen sich weitreichende Veränderungen ab. Traditionelle psychiatrische Konzepte wie die Trennung zwischen Psychose und Neurose sind im neuen Diagnosesystem ICD-10 nicht mehr weiterentwickelt worden. Statt dessen wird künftig der Schweregrad einer depressiven Symptomatik das wichtigste Merkmal und die Grundlage einer diagnostischen Zuordnung darstellen. Der folgende Beitrag skizziert die weitreichenden Veränderungen in der Depressionsdiagnostik und beschreibt die für die Diagnosenfindung erforderlichen Schritte.*

Wolfgang Hiller

## **DIE NEUE LOGIK DER DEPRESSIONSDIAGNOSTIK**

### **Wichtige Veränderungen in der klinisch-praktischen Diagnostik durch die Klassifikation nach ICD-10**

Die Klassifikation und nosologische Zuordnung psychischer Störungen ist traditionell ein wichtiger Bestandteil der klinischen Tätigkeit und Forschung innerhalb der Psychiatrie. Durch erweiterte Indikationsfelder und die Einführung der neuen Klassifikationssysteme DSM-III/DSM-IV bzw. ICD-10 hat die klassifikatorische Diagnostik auch in vielen klinisch-psychologischen Arbeitsfeldern in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Dabei gehören depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen sowie Störungen aus dem Bereich des Konsums psychotroper Substanzen zu den häufigsten klinischen Bildern, die in ambulanten und stationären Einrichtungen der psychosozialen Versorgung angetroffen werden.

Speziell in der Diagnostik depressiver Störungen zeichnen sich durch die gegenwärtige Einführung des Klassifikationssystems ICD-10 weitreichende Veränderungen ab, die im diagnostischen Denken mit einer Abwendung von umstrittenen ätiologischen und psychodynamischen Ansätzen und einer ver-

mehrten Betonung deskriptiver Aspekte verbunden sind. Bei ICD-10 handelt es sich um die jetzt erfolgte 10. Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases), die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf entwickelt wurde und im Prinzip in allen WHO-Mitgliedsstaaten im Rahmen der medizinischen und gesundheitspolitischen Einrichtungen gültig sein wird. Das Kapitel V der ICD-10 umfaßt sämtliche psychischen Störungen und liegt in deutscher Übersetzung bereits seit 1991 vor (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991; 2. Auflage, 1993).

In seiner Logik folgt ICD-10 den bereits seit 1980 existierenden amerikanischen Systemen DSM-III und DSM-III-R, die weltweit sowohl klinisch als auch wissenschaftlich ein hohes Maß an Akzeptanz gefunden haben. Auch in ICD-10 wird die traditionelle und wissenschaftlich stets unbefriedigende Unterscheidung zwischen psychotischen und neurotischen Störungen aufgegeben. Es erfolgt statt dessen eine an Ähnlichkeiten der Symptomatik orientierte Zuordnung, wobei beispiels-



| ICD-9                                                            | ICD-10                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Affektive Psychosen</b>                                       | <b>Affektive Störungen (Kapitel F3)</b>                                                                                                                        |
| 296.1 Endogene Depression                                        | F31 Bipolare affektive Störung                                                                                                                                 |
| 296.3 Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose    | F32.xx Depressive Episode                                                                                                                                      |
|                                                                  | F33.xx Rezidivierende depressive Störung<br>~ leicht - mittelschwer - schwer<br>~ mit bzw. ohne psychotische Symptome<br>~ mit bzw. ohne "somatisches Syndrom" |
| <b>Neurosen</b>                                                  |                                                                                                                                                                |
| 300.4 Neurotische Depression                                     | F34.0 Zykllothymia                                                                                                                                             |
|                                                                  | F34.1 Dysthymia                                                                                                                                                |
| <b>Psychogene Reaktionen (Anpassungsstörungen)</b>               | <b>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>                                                                                                      |
| 309.0 Kurzdauernde depressive Reaktion                           | F43.2 Anpassungsstörung<br>~ mit kurzer depressiver Reaktion (F43.20)<br>~ mit längerer depressiver Reaktion (F43.21)                                          |
| 309.1 Längerdauernde depressive Reaktion                         |                                                                                                                                                                |
|                                                                  | F38 Andere affektive Störungen                                                                                                                                 |
| 311 Anderweitig nicht klassifizierbare depressive Zustandsbilder | F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störungen                                                                                                                |

Tab. 1: Gegenüberstellung von Diagnosen in den Klassifikationssystemen ICD-9 und ICD-10.

weise alle klinischen Bilder mit einer psychopathologisch veränderten Stimmung (Affektivität) in einem eigenen Kapitel für sog. „affektive Störungen“ zusammengefaßt werden (Kapitel F3).

## Kategorien affektiver Störungen

Sowohl in der traditionellen als auch in der neueren Diagnostik wird bei den affektiven Störungen zwischen unipolaren und bipolaren Verlaufsformen unterschieden. Bei den bipolaren Störungen kommt es auch oder ausschließlich zu Episoden mit hypomanischer oder manischer Symptomatik, während unipolare affektive Störungen auf chronische depressive Zustände oder phasenhaft verlaufende depressive Episoden beschränkt sind. Tabelle 1 zeigt eine Gegenüberstellung der wichtigsten diagnostischen Kategorien für unipolare Depressionen nach herkömmlicher Diagnostik (ICD-9) und nach der neuartigen Klassifikation (ICD-10). Eine klinisch bislang sehr wichtige Differenzierung bestand zwischen endogener und neurotischer Depression, wobei für die Diagnose einer endogenen Depression überwiegend biologische und umweltunabhängige Einflußfaktoren angenommen wurden und die neurotische Depression im Gegensatz dazu überwiegend auf traumatisierenden lebensgeschichtlichen Ereignissen und einer längerdauernden Fehlanpassung beruht. Abgesetzt von diesen beiden Kategorien, stand zusätzlich die Diagnose einer kurz-

oder längerdauernden depressiven Reaktion zur Verfügung, bei der die depressive Symptomatik als direkte Reaktion auf ein akutes belastendes psychosoziales Ereignis (Stressor) zurückgeführt wird.

### „Depressive Episode“ und „Rezidivierende depressive Störung“

Ätiologische Annahmen wie die Unterteilung in biologische und psychologische Faktoren der Depression sind in den diagnostischen Beschreibungen und Kriterien von ICD-10 nicht mehr vorgesehen. Hier wird statt dessen eine Klassifikation favorisiert, bei der der Schweregrad der vorliegenden depressiven Symptomatik als wichtigstes Merkmal angesehen wird. Für schwere depressive Störungen stehen die Kategorien „Depressive Episode“ und „Rezidivierende depressive Störung“ zur Verfügung. Bei der depressiven Episode im Sinne von ICD-10 muß ein Patient über mindestens zwei Wochen hinweg an einer ausgeprägten depressiven Verstimmung gelitten haben, und es müssen in diesem Zeitraum auch weitere Merkmale eines sogenannten depressiven Syndroms (z.B. Appetit- oder Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Suizidalität) vorgelegen haben. Falls

derartige depressive Episoden mehrfach zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten, so muß eine rezidivierende (d.h. wiederkehrende) depressive Störung diagnostiziert werden.

Die Definition der depressiven Episode bzw. rezidivierenden depressiven Störung entspricht im wesentlichen dem bereits aus der DSM-III/DSM-III-R-Klassifikation bekannten Konzept der „Major Depression“. In ICD-10 ist zwar der Begriff der „Major Depression“ nicht übernommen worden, jedoch stellen die mindestens zweiwöchige Dauer der depressiven Episode sowie das ausgeprägte depressive Syndrom die zentralen klassifikatorischen Kriterien dieser Störung sowohl in ICD-10 als auch in DSM-III/DSM-III-R dar. Bei Vorliegen einer depressiven Episode bzw. rezidivierenden depressiven Störung kann zusätzlich noch ein sogenanntes „somatisches Syndrom“ spezifiziert werden, das einen besonders ausgeprägten Schweregrad der depressiven Symptomatik beschreibt und aus den früheren Beschreibungen der „endogenen Depression“ abgeleitet worden ist (in DSM-III/DSM-III-R existiert eine vergleichbare Spezifizierung, die hier als „Melancholischer Typus“ bezeichnet worden ist).

#### **Dysthyme Störung und Anpassungsstörung**

Leichter ausgeprägte Depressionen werden in allen neueren Systemen übereinstimmend als dysthyme Störungen (oder Dysthymia) bezeichnet. Grundlage dieser Diagnose ist eine länger andauernde, meist über mindestens zwei Jahre hinweg bestehende depressive Verstimmung mit typischen körperlichen und psychologischen Begleitsymptomen. Die Diagnosen einer dysthymen Störung und einer depressiven Episode bzw. rezidivierenden depressiven Störung schließen sich in der Regel gegenseitig aus, und eine dysthyme Störung sollte im praktisch-diagnostischen Vorgehen auch nur dann erwogen werden, wenn die schwer ausgeprägte depressive Störung (im Sinne der depressiven Episode bzw. rezidivierenden depressiven Störung) nicht vorliegt.

Für leicht ausgeprägte und nur vorübergehend auftretende Depressionen sieht ICD-10 die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik vor. Dieses Störungsbild setzt jedoch voraus, daß die Depression auf einen identifizierbaren psychosozialen Stressor (im Sinne einer auslösenden

Bedingung) zurückzuführen ist und daß sich die Symptomatik nach Beendigung des Stressors bzw. durch Anpassung wiederzurückbildet.

### **Kriterien und operationalisierte Diagnostik**

Die Diagnosen von ICD-10 werden in den klinisch-diagnostischen Leitlinien (Dilling et al., 1993) detailliert beschrieben, können jedoch in noch präziserer Form anhand der sogenannten diagnostischen Forschungskriterien (Dilling et al., 1994) nachvollzogen werden. Das Vorliegen von diagnostischen Kriterien erlaubt eine sogenannte operationalisierte Diagnostik, bei der die einzelnen Merkmale einer Störung Schritt für Schritt überprüft werden und schließlich anhand des Gesamtbefundes eine diagnostische Entscheidung getroffen werden kann. Für die meisten klinisch-psychologischen und psychiatrischen Anwendungsfelder ist eine Diagnosenstellung auf der Basis von Kriterien zwar etwas aufwendiger, jedoch gelten kriterienbezogene Diagnosen mittlerweile als objektiver und wesentlich besser replizierbar. Zudem geben sie dem Kliniker eine feste Logik im Prozeß der Diagnosenstellung vor, so daß die psychopathologische und psychologische Befunderhebung überschaubarer und leichter erlernbar wird. Andererseits ist zu berücksichtigen, daß bei jeder Diagnosenstellung die Kenntnis der zugrundeliegenden Kriterien vorausgesetzt werden muß und daß sich der Kliniker daher ausführlich mit dem Konzept von ICD-10 und den wichtigsten Diagnosen und Differentialdiagnosen vertraut gemacht haben sollte.

#### **Instrumente als Hilfsmittel**

Als Hilfsmittel der Diagnosenfindung stehen mittlerweile eine Reihe von standardisierten und strukturierten Interviews (z.B. Wittchen et al., 1991; Margraf et al., 1991) zur Verfügung. Speziell für die Bedürfnisse der täglichen Routinediagnostik sind durch Arbeitsgruppen am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München und an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien (Chiemsee) die sogenannten „Internationalen Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-III-R/DSM-IV“ (IDCL) entwickelt worden (Hiller et al., 1990, 1993, 1995). Die Checklisten umfassen die wichtigsten und häufigsten psychischen Störungen und decken nach unserer Erfahrung etwa 90 % aller Diagnosen in den gängigen klinischen Anwen-

dungsfeldern ab. Die IDCL bestehen aus 32 Einzellisten, die im handlichen DIN-A5-Format eine praktische und leichte Handhabung ermöglichen. Anders als bei strukturierten und standardisierten Interviews werden keine expliziten Fragen an den Patienten vorgegeben, und es liegt auch kein starres Interview- und Ablaufschema vor. Statt dessen sind die für eine bestimmte Diagnose relevanten Kriterien in übersichtlicher Form aufgelistet, und der Diagnostiker kann das Vorliegen bzw. Fehlen eines Symptoms oder anderer Merkmale angeben. Die diagnostischen Entscheidungsregeln können unmittelbar im diagnostischen Gespräch oder danach angewendet werden, so daß der Einsatz technischer Hilfsmittel wie z.B. von Computerprogrammen nicht erforderlich ist. Zudem können die von den Patienten ausgefüllten Checklisten gut der eigenen Dokumentation beigelegt werden, so daß der diagnostische Befund und die diagnostische Entscheidung in nachvollziehbarer Form dokumentiert sind.

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS



Die für die Diagnose einer depressiven Episode bzw. rezidivierenden depressiven Störung nach ICD-10 benötigte IDCL ist in Abbildung 1 wiedergegeben. Die Liste ist sehr handlich und besteht lediglich aus einem gefalteten DIN-A4-Blatt (entspricht vier DIN-A5-Seiten auf den beiden Vor- und Rückseiten). Auf der ersten Seite sind die einzelnen depressiven Symptome aufgeführt, die nach ICD-10 die Grundlage sowohl für die depressive Episode als auch die rezidivierende depressive Störung darstellen. Jedes Symptom kann als vorhanden, verdachtsweise vorhanden oder nicht vorhanden angegeben werden, und es kann am Fuß der ersten Seite zusätzlich dokumentiert werden, ob es sich um eine gegenwärtige oder bereits zurückliegende Symptomatik handelt. Auf der zweiten Checklisten-seite erfolgt eine Spezifikation des depressiven Syndroms in die Kategorien „leicht“, „mittelschwer“ und „schwer“. Dabei

Abb. 1: Die IDCL „Depressive Episode“.

**IDCL** Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10

**Depressive Episode** Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

(1) **Depressive Stimmung**  
in einem für den Betroffenen deutlich *abnormen* Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, weitgehend unbeeinflusst durch äußere Umstände und mindestens 2 Wochen anhaltend.

Verdacht  
Nein | Ja

• Ermitteln Sie die Art der Symptomatik  
• Beziehen Sie *alle* Symptome auf den in (1) kodierten Zeitraum

(2) Verlust von *Interesse oder Freude* an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind  
Verdacht  
Nein | Ja

(3) Verminderter *Antrieb* oder erhöhte *Ermüdbarkeit*  
Verdacht  
Nein | Ja

(4) Verlust von *Selbstvertrauen* oder *Selbstwertgefühl*  
Verdacht  
Nein | Ja

(5) *Unbegründete Selbstvorwürfe* oder ausgeprägte und unangemessene *Schuldgefühle*  
Verdacht  
Nein | Ja

(6) Wiederkehrende *Gedanken* an den Tod oder an Suizid oder *suizidales Verhalten*  
Verdacht  
Nein | Ja

(7) Klagen über oder Anzeichen für vermindertes *Denk-* oder *Konzentrationsvermögen* wie *Unentschlossenheit* oder *Unschlüssigkeit*  
Verdacht  
Nein | Ja

(8) Änderung der *psychomotorischen Aktivität* mit Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)  
Verdacht  
Nein | Ja

(9) *Schlafstörungen* jeder Art  
Verdacht  
Nein | Ja

(10) *Appetitverlust* oder *gesteigerter Appetit* mit entsprechender *Gewichtsveränderung*  
Verdacht  
Nein | Ja

Ordnen Sie die angekreuzte Symptomatik zeitlich ein:

Ja  Verdacht  Ja  Verdacht  Ja  Verdacht

Derzeit: Symptomatik besteht derzeit erstmalig.      Derzeit und früher: Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor.      Früher: Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: \_\_\_\_\_)

**Depressive Episode** Seite 2

➔ Beurteilen Sie mit Hilfe der Symptome (1) bis (10): Sind die unten aufgeführten Kriterien einer leichten, mittelschweren oder schweren Episode erfüllt?

| leicht                                                                                                         | mittelschwer                                                                                                   | schwer                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ♦ Insgesamt mindestens 4 der Symptome (1) bis (10),<br>♦ <i>darunter</i> mindestens 2 der Symptome (1) bis (3) | ♦ Insgesamt mindestens 6 der Symptome (1) bis (10),<br>♦ <i>darunter</i> mindestens 2 der Symptome (1) bis (3) | ♦ Insgesamt mindestens 8 der Symptome (1) bis (10),<br>♦ <i>darunter</i> alle 3 Symptome (1), (2) und (3) |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein                    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein                    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein               |

**G1** Die depressive Episode dauert mindestens *zwei Wochen* an.      Nein | Verdacht | Ja  
Ende ←

**G2** Schließen Sie aus: Hypomanie und Manie  
Es bestanden *jemals in der Vorgeschichte* hypomanische oder manische Symptome, die die Kriterien einer hypomanischen oder manischen Episode erfüllten. (Überprüfen Sie eine bipolare affektive Störung, Manie oder Hypomanie mit Hilfe der entsprechenden IDCL.)      Ja | Verdacht | Nein  
Ende ←

**G3** Schließen Sie aus: Organische Ätiologie  
Die Episode ist auf den Konsum psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung *zurückzuführen*.      Ja | Verdacht | Nein  
Ende ←

Falls G1 bis G3 erfüllt sind und eine leichte, mittelschwere oder schwere Episode vorliegt:

**Depressive Episode**  erfüllt  Verdacht  nicht erfüllt

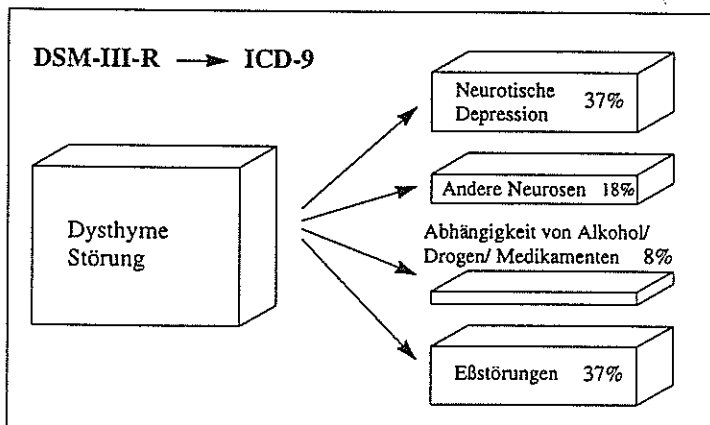
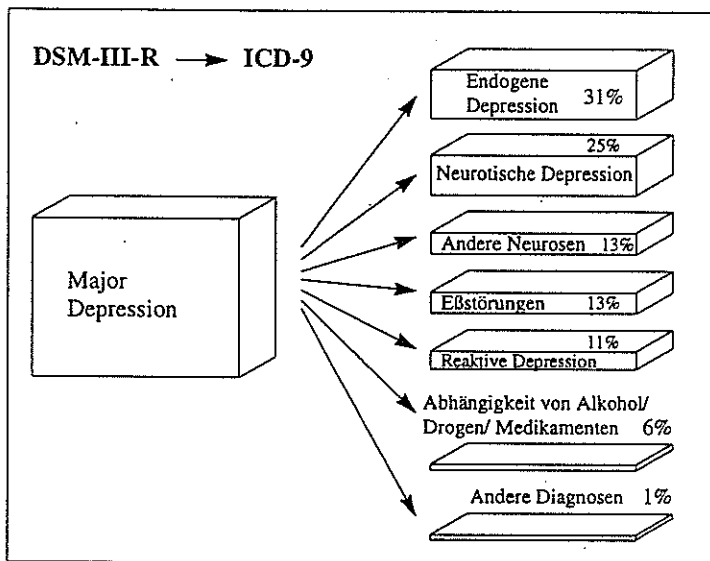
• Erwägen Sie andere Diagnosen für affektive Störungen (die Kategorien sind auf Seite 4 unten aufgelistet).  
• Falls keine spezifische affektive Störung vorliegt, erwägen Sie die *Restkategorien* für *andere* oder *nicht näher bezeichnete* depressive Episoden oder rezidivierende depressive Störungen (S. 4 unten).  
• Ordnen Sie die Episode diagnostisch ein (Seite 3).

ist im einzelnen angegeben, wie viele der Einzelsymptome entsprechend dem jeweiligen Syndromschweregrad vorhanden sein müssen (z. B. mindestens vier für ein leichtes und mindestens acht Symptome für ein schweres depressives Syndrom). Anschließend sollen die allgemeinen Kriterien G1 bis G3 beurteilt werden, die sich auf die Dauer der depressiven Episode von mindestens zwei Wochen, den Ausschluß hypomanischer und manischer Episoden sowie den Ausschluß einer organischen Verursachung der depressiven Symptomatik beziehen.

Auf Seite 3 der Checkliste erfolgt schließlich die diagnostische Einordnung und die exakte Bestimmung des diagnostischen Codes. Zur Ermittlung der dritten Diagnosenstelle muß der Kliniker zunächst zwischen den

Hauptkategorien der depressiven Episode (bei Vorliegen von bislang nur einer depressiven Episode) bzw. rezidivierenden depressiven Störung (bei wiederkehrenden depressiven Episoden) unterscheiden und die entsprechenden Ziffern („2“ oder „3“) eintragen. Die vierte Diagnosenstelle bezeichnet den gegenwärtigen Schweregrad der depressiven Symptomatik, und die fünfte Diagnosenstelle bezieht sich auf das Vorliegen bzw. Fehlen des sogenannten somatischen Syndroms (dies entspricht einem besonderen Schweregrad der depressiven Symptomatik, der optional und zusätzlich auf der vierten Seite der Checkliste beurteilt werden kann). Die in Abbildung 1 dargestellte Checkliste enthält also alle notwendigen Kriterien und Schritte, die für eine exakte und nachvollziehbare Diagnosenstellung erforderlich sind. Der Kliniker kann sich dabei auf unterschiedliche Informationsquellen stützen. In der Regel wird er sich hauptsächlich auf die Selbstschilderung des Patienten über seine Symptome und deren Dauer beziehen, es können jedoch auch eigene Beobachtungen, Angaben von Angehörigen oder vorliegende Befundberichte von früheren Untersuchungen oder Behandlungen mitberücksichtigt werden.

**Abb. 2:** Diagnosenverteilung in ICD-9 bei Patienten mit einer „Major Depression“



### Empirische Befunde

Mittlerweile liegen bereits erste empirische Ergebnisse zur Brauchbarkeit und Gültigkeit der neuen Diagnosen für depressive Störungen vor. Im folgenden sollen einige dieser Studien kurz dargestellt werden.

### Verhältnis zwischen traditionellen und operationalisierten Diagnosen

In einer eigenen Studie am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München haben wir untersucht, inwieweit traditionelle Diagnosen (nach dem herkömmlichen ICD-9-System) und operationalisierte Diagnosen (nach der neuen DSM-III-R-Klassifikation) tatsächlich vergleichbar sind und welche Verschiebungen sich hier im einzelnen ergeben. In der Arbeit wurden die Daten von 168 Patienten mit de-

**Abb. 3:** Diagnosenverteilung in ICD-9 bei Patienten mit einer „Dysthymen Störung“

pressiver Symptomatik ausgewertet, die sowohl eine klinische Diagnose nach ICD-9 als auch eine computerberechnete Diagnose nach DSM-III-R auf der Basis von Symptombewertungen in Checklisten erhalten hatten (Hiller et al., 1988). Der Kliniker hatte nur die ICD-9-Diagnose gestellt, kannte jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht die erst später ermittelte DSM-III-R-Diagnose. Abbildung 2 verdeutlicht, daß die neue Kategorie der „Major Depression“ (entspricht den sehr ähnlichen ICD-10-Diagnosen „depressive Episode“ bzw. „rezidivierende depressive Störung“) eine heterogene Patientengruppe umfaßt, die nach ICD-9 sehr unterschiedliche Hauptdiagnosen erhalten hatten. Zu vergleichbaren Anteilen waren die bisherigen Diagnosen „endogene Depression“ und „neurotische Depression“ mit 31 bzw. 25 % vertreten. Auch bei vielen Patienten mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der nicht-depressiven Störungen fand sich ein depressives Syndrom, das die Kriterien der Major Depression erfüllte. Zu 13 % hatten diese Patienten nach ICD-9 die Diagnose einer anderen Neurose erhalten (z. B. Angstneurose, Zwangsneurose, hysterische Neurose), während auch Patienten mit Eßstörungen (13 %) sowohl Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit (6 %) in dieser Gruppe zu finden waren. Dabei muß betont werden, daß nach den neuen Systemen DSM-III/DSM-IV und ICD-10 das sogenannte Prinzip der Komorbidität favorisiert wird, nach dem anstelle einer einzigen Hauptdiagnose multiple Diagnosen für jeden Patienten zum Zweck einer möglichst umfassenden Beschreibung des Störungsbildes gestellt werden sollten.

In Abbildung 3 wird verdeutlicht, welchen ICD-9-Diagnosen die Patientengruppe der neuen Diagnose „Dysthyme Störung“ zugeordnet wurden. Erstaunlicherweise erhielten nur 37 % dieser Patienten auch in ICD-9 die Hauptdiagnose einer neurotischen Depression, während Patienten mit anderen Neurosen (18 %), Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit (8 %) oder Eßstörungen (37 %) ebenfalls zusätzlich die diagnostischen Kriterien der Dysthymen Störung erfüllten. Diese Befunde machen deutlich, daß eine 1:1-Zuordnung der Diagnosen aus traditionellen und modernen Klassifikationssystemen nicht möglich ist. Insbesondere sollte beachtet werden, daß einerseits die Diagnosen dysthyme Störung und neurotische Depression bzw. andererseits die Diagnosen Major Depression und endogene Depression nicht

als austauschbar oder äquivalent angesehen werden dürfen. Viele Patienten, die bislang als neurotisch depressiv klassifiziert worden sind und dabei eine durchaus schwere und massive depressive Symptomatik entwickelten, dürften in der neuen Klassifikation die Kriterien der „Major Depression“ (DSM-III-R/DSM-IV) bzw. „rezidivierenden depressiven Störung“ (ICD-10) erfüllen. Aufgrund unserer Befunde muß davon ausgegangen werden, daß auch reaktive Depressionen im bisherigen Sinne häufig so schwer ausgeprägt sind, daß sich ein mindestens 14 Tage lang dauerndes depressives Syndrom entwickelt und daher auch die Diagnose einer Major Depression bzw. depressiven Episode gestellt werden muß. Dies mag vielen Klinikern auf den ersten Blick als fremdartig und ungewohnt erscheinen. Jedoch sollte berücksichtigt werden, daß in den Definitionen der Major Depression bzw. depressiven Störung keinerlei ätiologische Annahmen zugrunde gelegt werden. Für diese Diagnosen ist es daher unerheblich, ob die depressive Symptomatik durch ein inneres oder äußeres Ereignis ausgelöst worden ist oder nicht.

## Ergebnisse aus den ICD-10-Feldstudien

Zur Vorbereitung der ICD-10 in Deutschland sind Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre intensive Feldstudien in verschiedenen Zentren in Deutschland, Österreich und der Schweiz durchgeführt worden. Die zentrale Koordination lag bei einer Arbeitsgruppe um Prof. H. Dilling und Dr. H.-J.

### PSYCHOLOGISCHE BERATUNG IN AUSGEWÄHLTEN TÄTIGKEITSFELDERN

105 Seiten, DM 24,80

Die auf den „Brixener Tagen für Psychologen“ basierende Publikation enthält Beiträge zu Projekten und Themen psychologischer Beratung in den deutschsprachigen Ländern. Dabei reicht das Spektrum von psychologischer Hilfe bei Selbstmordgefahr und Beratung bei Suchtkranken über kommunale Frauengesundheitsförderung und Schwangerschaftskonfliktberatung.

Bestellungen bitte an: **Deutscher Psychologen  
Verlag GmbH  
Heilsbachstraße 22  
53123 Bonn**



Freyberger an der Medizinischen Universität Lübeck (vgl. Freyberger et al., 1990). Insgesamt wurde dabei eine gute Akzeptanz auch für die neuen Diagnosen zur Klassifikation affektiver Störungen ermittelt. Zentrales Ziel der Studien war es darüber hinaus, die sogenannte Reliabilität (Reproduzierbarkeit) einzelner Diagnosen zu überprüfen. Dabei zeigten sich befriedigende Werte, die insgesamt die Überlegenheit des operationalisierten Ansatzes gegenüber der herkömmlichen Diagnostik belegten. In einer weiterführenden eigenen Arbeit (Hiller et al., 1994) fanden wir speziell für die Übereinstimmung unterschiedlicher Diagnostiker bezüglich der neuen ICD-10-Kategorien depressive Episode und rezidivierende depressive Störung sehr gute Werte, so daß eine ausreichende Zuverlässigkeit dieser neuen Diagnosen gesichert erscheint. Untersuchungen zur Validität bleiben jedoch noch abzuwarten.

**Wolfgang Hiller, geb. 1955, Studium der Psychologie an der Universität Göttingen; 1983 Diplom-Psychologe; 1986 Promotion an der Universität Göttingen; Klinischer Psychologe (BDP), 1984 bis 1990 Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, 1988 bis 1990 Durchführung eines DFG-Projektes zur Entwicklung diagnostischer Checklisten nach DSM-III-R und ICD-10; seit 1990 therapeutischer Mitarbeiter an der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien (Chiemsee), seit 1993 Leitender Diplom-Psychologe.**

**Anschrift: Dr. Wolfgang Hiller, Leitender Diplom-Psychologe, Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, Am Roseneck 6, D-83209 Prien am Chiemsee.**

#### Literatur

- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, klinische-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber (2. Auflage, 1993).
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M.H. (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Diagnostische Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- FREYBERGER, H.J., ALBUS, M. & STIEGLITZ, R.-D. (1990). ICD-10 field trial in German-speaking countries – summary of the quantitative empirical results. *Pharmacopsychiatry*, 23 (suppl. IV), 192–196.
- HILLER, W., MOMBOUR, W., RUMMLER, R. & MITTELHAMMER, J. (1988). Divergence and convergence of diagnoses for depression between ICD-9 and DSM-III-R. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238, 39–46.
- HILLER, W., ZAUDIG, M. & MOMBOUR, W. (1990). Development of diagnostic checklists for use in routine clinical care. *Archives of General Psychiatry*, 47, 782–784.
- HILLER, W., ZAUDIG, M., MOMBOUR, W. & BRONISCH, T. (1993). Routine psychiatric examinations guided by ICD-10 diagnostic checklists (International Diagnostic Checklists). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 42, 218–223.
- HILLER, W., DICHTL, G., HECHT, H., HUNDT, W. & VON ZERSSSEN, D. (1993). An empirical comparison of diagnoses and reliabilities in ICD-10 and DSM-III-R. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 209–217.
- HILLER, W., DICHTL, G., HECHT, H., HUNDT, W., MOMBOUR, W. & VON ZERSSSEN, D. (1994). Evaluating the new ICD-10 categories of depressive episode and recurrent depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 31, 49–60.
- HILLER, W., DICHTL, G., HECHT, H., HUNDT, W. & VON ZERSSSEN, D. (1994). Testing the comparability of psychiatric diagnoses in ICD-10 and DSM-III-R. *Psychopathology*, 27, 19–28.
- HILLER, W., ZAUDIG, M., MOMBOUR, W. (1995). IDCL – Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV. Manual. Bern: Huber.
- MARGRAF, J., SCHNEIDER, S., EHLERS, A., DINARDO, P. & BARLOW, D.H. (1991). *Diagnostisches Interview für psychische Störungen (DIPS)*. Berlin: Springer.
- WITTCHEM, H.-U., ZAUDIG, M., SCHRAMM, E., SPENGLER, P., MOMBOUR, W., KLUG, J. & HORN, R. (1991). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID)*. Weinheim: Beltz-Test.

## Zusammenfassung

In der Diagnostik depressiver Störungen hat sich mit der Einführung des neuen Klassifikationssystems ICD-10 (bzw. mit dem bereits vorliegenden amerikanischen System DSM-III/DSM-IV) ein Paradigmenwechsel vollzogen, da die bisherige Trennung zwischen Psychose und Neurose als Klassifikationsmerkmal nicht mehr berücksichtigt wird. Statt dessen stellt der Schweregrad der depressiven Symptomatik das zentrale Kriterium dar. In der vorliegenden Arbeit werden die einzelnen Schritte zur Diagnose einer depressiven Episode bzw. rezidivierenden depressiven Störung nach ICD-10 aufgezeigt und anhand der „Internationalen Diagnosen Checklisten für ICD-10“ (IDCL) veranschaulicht. Es liegen bislang einige empirische Studien zur Reliabilität und Validität der neuen Diagnosen für depressive Störungen vor. Die Reliabilität kann als deutlich verbessert gegenüber den traditionellen Diagnosesystemen angesehen werden. Bezüglich der Übereinstimmung zwischen traditionellen und operationalisierten Diagnosen muß beachtet werden, daß die Kategorien „Endogene Depression“ und „Major Depression“ bzw. „Neurotische Depression“ und „Dysthyme Störung“ keine inhaltlichen Äquivalente darstellen und daher nicht austauschbar sind.