

7 Diagnose von Depression und interpersonellen Problemen

Die IPT hat zwei Schwerpunkte:

- zunächst die depressiven Symptome zu lindern,
- anschließend sich mit den sozialen und zwischenmenschlichen Problemen zu beschäftigen, die im Zusammenhang mit dem Auftreten der Symptome gesehen werden.

In der Anfangsphase der Therapie wird ein **Behandlungsvertrag** ausgearbeitet. Außerdem setzt sich der Therapeut zu diesem Zeitpunkt eingehend mit der depressiven Symptomatik auseinander und identifiziert die Problembereiche. Während der Anfangsphase werden sowohl die Depression als auch die interpersonellen Probleme diagnostiziert und inhaltlich abgeklärt. In diesen Sitzungen hat der Therapeut **sechs Aufgaben**:

- sich mit der Depression eingehend befassen,
- eine Beziehungsanalyse durchführen und den Zusammenhang zwischen der Depression und dem interpersonellen Kontext herstellen,
- die Hauptproblembereiche identifizieren,
- das Rational und das Ziel der interpersonellen Therapie vermitteln,
- einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten abschließen,
- die Rolle des Patienten in der Therapie erläutern.

7.1 Die Anfangssitzungen – Auseinandersetzung mit der Depression

Zu Beginn der ersten Sitzung schildert der Patient, was ihn dazu veranlasst hat, die Behandlung aufzusuchen. Außerdem wird die **Vorgeschichte der depressiven Verstimmung** und der zugehörigen Symptome besprochen und die Notwendig-

keit einer **medikamentösen Behandlung** abgeklärt. Für alle Patienten ist eine körperliche Untersuchung mit einer umfassenden internistischen Abklärung erforderlich, sofern diese nicht in den letzten sechs Monaten stattgefunden hat. Bei Patienten, die über vierzig Jahre alt sind, sollte die körperliche Untersuchung sogar noch weniger lang zurückliegen.

Bei der Anamnese der depressiven Verstimmung werden frühere Episoden und deren jeweilige interpersonelle Auslöser und/oder Folgen erfasst. Außerdem wird abgeklärt, unter welchen Umständen diese Episoden abgeklungen sind. Die depressive Symptomatik des Patienten wird hinsichtlich ihrer Schwere und Ausgestaltung erfasst, um über eine mögliche begleitende Pharmakotherapie zu entscheiden. Ebenso muss Suizidalität sorgfältig abgeklärt werden.

Der Patient sollte in den ersten beiden Sitzungen über seinen depressiven Zustand aufgeklärt werden sowie Unterstützung und Hilfe bei der **Symptombewältigung** erfahren. Dies ist wichtig, um eine aktive Behandlungsbereitschaft beim Patienten herzustellen und ihm das Gefühl zu vermitteln, dass unmittelbar an den Problemen „gearbeitet“ wird.

Erhebung der Symptome

In der ersten Sitzung sollte ausführlich erhoben werden, wie lange der Patient bereits unter den Symptomen leidet und wie ausgeprägt sie sind. Diese Strategie hat eine **dreifache Zielsetzung**:

- Sie ermöglicht dem Psychotherapeuten, die Diagnose zu stellen.
- Dem Patienten wird das Gefühl vermittelt, dass die Probleme in ein Raster passen, das vom Therapeuten antizipiert und als klinisches Syndrom verstanden wird. Auf diese Weise

versteht der Patient seine unerklärlichen, als abnormal empfundenen Symptome und Verhaltensweisen als Teil eines Musters, das zeitlich begrenzt und, wenn auch unangenehm, dennoch behandelbar ist.

- Die Symptome werden unter Berücksichtigung des zeitlichen Rahmens in einen interpersonellen Kontext gesetzt, der später den Schwerpunkt der Psychotherapie darstellen soll.

Zur Symptomerhebung gehört es, gegenwärtige und frühere suizidale Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen detailliert abzuklären. Wie mit Suizidalität umzugehen ist, wird in Kapitel 18.1 beschrieben. Die in Kapitel 3.2 aufgeführten DSM-IV-Kriterien für Depression bieten Richtlinien, anhand derer die Symptome besprochen werden können.¹ Auch die Hamilton-Depressionskala kann für die systematische Abklärung der Symptome nützlich sein.

Die häufigsten Symptome bzw. Befindlichkeitsstörungen lassen sich durch die nachfolgend beispielhaft zusammengestellten Fragenblöcke erfassen.

■ Depressive Stimmung



„Wie haben Sie sich in der letzten Woche, einschließlich heute, gefühlt? Können Sie Ihre Stimmung beschreiben? Waren Sie traurig, niedergeschlagen, deprimiert? Können Sie dies näher beschreiben? Wie schlimm ist das für Sie gewesen?“

„Mussten Sie weinen? Hilft es Ihnen zu weinen? Hatten Sie das Gefühl, dass Sie weinen wollten, aber nicht konnten?“

„Haben Sie sich hoffnungslos gefühlt? Waren Sie unfähig, zu kontrollieren, was mit Ihnen geschieht, dem Wohlwollen anderer ausgeliefert oder unfähig, für sich selbst zu sorgen?“

„Wie haben Sie Ihre Zukunftsperspektive gesehen? Können Sie sich vorstellen, dass es Ihnen bald wieder besser gehen wird?“

■ Schuldgefühle



„Haben Sie sich für Dinge beschuldigt, die Sie getan haben? Haben Sie sich selbst schlecht gemacht oder herabgesetzt? Denken Sie, dass Sie kein guter Mensch sind?“

„Haben Sie Ihre Freunde und Familie im Stich gelassen? Fühlen Sie sich dafür schuldig?“

„Haben Sie das Gefühl, dass Sie an Ihrem Zustand selbst schuld sind? In welcher Weise? Wie stark ausgeprägt ist dieses Gefühl? Denken Sie, dass Sie sich versündigt haben?“

■ Suizidalität



„Denken Sie viel über den Tod nach? Hatten Sie jemals das Gefühl, dass das Leben nicht lebenswert ist? Wünschten Sie sich, tot zu sein?“

„Hatten Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen? Hatten Sie irgendetwas in dieser Richtung geplant? Hatten Sie bereits begonnen, einen Plan auszuarbeiten?“

„Haben Sie tatsächlich einen Selbsttötungsversuch unternommen?“

■ Insomnie



„Schlafen Sie sofort ein, wenn Sie zu Bett gehen? Nehmen Sie Schlafmittel?“

„Haben Sie jede Nacht Einschlafschwierigkeiten? Wie lange brauchen Sie zum Einschlafen? Was geht Ihnen durch den Kopf, wenn Sie wach liegen?“

„Wenn Sie eingeschlafen sind, schlafen Sie dann gut? Sind Sie unruhig oder werden gelegentlich wach? Stehen Sie dann auf?“

„Wachen Sie frühmorgens auf? Bleiben Sie dann wach, oder schlafen Sie noch einmal ein? Wachen Sie früher auf als normalerweise?“

¹ Anm. d. Verf.: Die in der Originalfassung des Manuals vorgeschlagenen DSM-III- und Research Diagnostic Criteria wurden zwischenzeitlich überarbeitet.

■ Arbeit und Aktivitäten



„Wie lief es bei der Arbeit, Hausarbeit, mit Ihren Hobbys, Interessen und Ihrem Privatleben? War das früher anders?“

■ Psychomotorische Hemmung

Eine psychomotorische Hemmung im Verhalten des Patienten sollte ausschließlich anhand der Beobachtung während des Gesprächs beurteilt werden und nicht anhand von Aussagen zu subjektiven Beschwerden. Es ist darauf zu achten, ob das Denken und Sprechen verlangsamt, die Konzentrationsfähigkeit und die motorische Aktivität eingeschränkt oder Apathie und Stupor zu beobachten sind.

■ Psychomotorische Unruhe

Psychomotorische Unruhe sollte ebenfalls anhand des Verhaltens während des Gesprächs beurteilt werden. Psychomotorische Unruhe ist als Ruhelosigkeit verbunden mit Angst definiert. Sie sollte von primärer Angst unterschieden werden, da sich Unruhe auf ein beobachtbares Phänomen körperlicher Ruhelosigkeit bezieht, die als qualitativ empfunden wird.

■ Psychische Angst



„Haben Sie sich nervös, ängstlich oder schreckhaft gefühlt? Haben Sie sich angespannt gefühlt, oder konnten Sie sich nur schwer entspannen? Haben Sie sich um Kleinigkeiten Sorgen gemacht?“

„Hatten Sie eine angstvolle Vorahnung, als könne etwas Schreckliches geschehen?“

„Haben Sie sich in bestimmten Situationen ängstlich gefühlt? Solche Situationen könnten sein, dass Sie allein zu Hause sind, allein aus dem Haus gehen, sich in Menschenmengen befinden oder reisen. Haben Sie Probleme mit Höhen oder in Fahrstühlen?“

■ Somatische Angst



„Haben Sie unter einem der folgenden Symptome gelitten: Zittern, Beben, übermäßiges Schwitzen, Würge- oder Erstickungsgefühle, Anfälle von Atemnot, Schwindel, Ohnmachtsgefühle, Kopf-

schmerzen, Schmerzen im Nacken, Kribbeln oder Druck im Magen?“

„Wie häufig kam das vor? Wie schlimm ist es gewesen?“

Die folgende Symptomgruppe umfasst eine Vielzahl häufiger körperlicher Beschwerden von Angstpatienten, einschließlich gastrointestinaler Probleme wie Flatulenz und Verdauungsprobleme, kardiovaskuläre Störungen wie Palpitationen, Kopfschmerzen, Atembeschwerden und genito-urinäre Symptome.

■ Gastrointestinale Symptome



„Wie war Ihr Appetit? Litten Sie unter einem Völlegefühl?“

„Wie häufig haben Sie Stuhlgang? Ist das jetzt anders als sonst?“

■ Allgemeine körperliche Symptome



„Sind Sie leicht erschöpfbar? Fühlen Sie sich ständig müde? Strengt es Sie an, irgendetwas zu tun? Verbringen Sie viel Zeit im Bett? Schlafen?“

„Leiden Sie unter Schmerzen? Einem bleiernem Gefühl?“

Diese Gruppe von Symptomen beinhaltet Schweregefühle in den Gliedern, im Rücken oder im Kopf. Außerdem gehören zu ihr subjektive Gefühle wie Energieverlust und Erschöpfbarkeit. Es ist darauf zu achten, ob sich die Symptome in der Intensität und Häufigkeit verändern. Typischerweise sind diese Symptome der Depression vage und unklar definiert, und es ist äußerst schwierig, vom Patienten eine befriedigende Beschreibung zu erhalten.

■ Sexuelle Symptome



„Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zu Ihrem Sexualleben stellen. Haben Sie das Interesse an Ihrem Partner verloren? Haben Sie weniger sexuellen Antrieb als sonst? Oder haben Sie Schwierigkeiten, sexuell erregt zu werden? Sind Sexualkon-