

Konzept der atypischen Depression und deutsche Übersetzung der «Atypical Depression Diagnostic Scale (ADDS)»

Daniela J. Gremaud-Heitz^a, Jonathan W. Stewart^b, Gerhard Dammann^{a, c}

^a Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Schweiz

^b Depression Evaluation Centre, New York State Psychiatric Institute, Columbia University Medical Centre, New York, USA

^c Psychiatrische Klinik Münsterlingen, Psychiatrische Dienste Thurgau, Schweiz

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Summary

Concept of the atypical depression and German translation of “Atypical Depression Diagnostic Scale (ADDS)”

Atypical depression is, contrary to its name, a common disorder that to this day is nosologically not clearly classifiable, which affects some 30% of unipolar depressive patients and is characterised by depressive mood, emotional reactivity, increased sleep, eating disorders and somatic impairment. Atypical depression occurs more often in women than men, and has an earlier onset and a more chronic course of illness than endogenous depression. Comorbidities are common in patients with atypical depression: besides anxiety disorders, other axis I diseases such as addiction, eating or somatoform disorders are mentioned, as well as an association with borderline or cluster C personality disorders.

Despite the early findings it was not until 1994 that atypical depression was included as a specifier of major depressive episodes in DSM-IV. Controversy persists concerning the validity of both the construct and the DSM-IV criteria, especially the need for “mood reactivity” criteria.

This paper contains the German version of the “Atypical Depression Diagnostic Scale (ADDS)”, which, since it investigates the criteria in greater detail, is regarded as the most highly elaborated instrument for the diagnosis of atypical depression.

In a short review we demonstrate that, on the basis of several factors – biology, course of illness and treatment response – atypical depression can be considered a separate depressive group.

In summary, the concept of atypical depression is highly relevant, and additional studies investigating the validity and relevance of treatment would therefore be preferable. With regard to DSM-V, a revision of the criteria would seem to be appropriate.

Key words: atypical depression; diagnostic scale; measurement; mood reactivity; nonmelancholic depression; validity

Einleitung

Atypische Depression ist nicht, wie es der Begriff implizieren könnte, ein seltenes klinisches Phänomen, sondern vielmehr eine relativ häufige Form der Depression, die etwa 30% der unipolar depressiven ambulanten Patienten betrifft [1]. Das Attribut «atypisch» bezieht sich dabei auf die ungewöhnlichen klinischen Merkmale dieser Depressionsart, weshalb sie leicht übersehen wird, was oft eine Chronifizierung bis hin zur Suizidalität zur Folge hat. Atypisch depressive Patienten zeichnen sich im Vergleich zu melancholischen Patienten aus durch eine Aufhellbarkeit der Stimmung,

Hypersomnie und Hyperphagie, bleierne Schwere des Körpers sowie eine lang anhaltende Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung.

Das Konzept der atypischen Depression ist von grossem Interesse durch seine Verbindung mit dem weiblichen Geschlecht. Es hat sich gezeigt, dass diese Form in einem bedeutenden Ausmass die geschlechtsspezifischen Unterschiede einer Depression erklären kann [2]. Atypische Depression ist zwei bis dreimal wahrscheinlicher bei Frauen als bei Männern, das Erstauftreten erfolgt in einem jüngeren Alter als bei der endogenen Depression, und der Verlauf ist eher chronisch als episodisch [3].

Der folgende Überblick basiert auf einer Recherche der aktuellen Literatur mittels Pubmed, PsycInfo und Web of Science.

Historische Entwicklung des Konzepts «atypische Depression»

Die Entwicklung des Konzepts begann in den späten 1950er Jahren mit den Untersuchungen von West und Dally in London, die eine Gruppe von Patienten beschrieben hatten, welche nicht auf die Behandlung mit Trizyklika oder Elektrokrampftherapie reagierten, hingegen auf den Monoaminooxidase (MAO)-Hemmer Iproniazid ansprachen [4]. Die Autoren berichteten, dass Iproniazid besonders günstig bei denjenigen Patienten wirke, die «eine Art atypischer Zustände haben, welche zeitweise an ängstliche Hysterie mit sekundärer Depression erinnerten» (pp. 1491).

Diese Patienten unterschieden sich von der typischen depressiven Vergleichsgruppe in erster Linie durch fehlende Merkmale endogener Depression und dem Vorhandensein multipler Phobien und Ängste. West und Dally beschrieben damals jedoch noch keine reversiblen vegetativen Symptome. Dieses Phänomen wurde erst zehn Jahre später von Klein und Davis aufgenommen, die diese Form der Depression besonders bei jüngeren Frauen ohne Melancholie beschrieben.

Korrespondenz:

lic. phil. Daniela Gremaud-Heitz
Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4012 Basel
Switzerland
daniela.gremaud-heitz@upkbs.ch

Klein und Davis [5] berichteten von Patientengruppen mit einem spezifischen Ansprechen auf MAO-Hemmer und stellten fest: «So genannte «atypische Depressionen» kommen bei Patienten mit depressiver Stimmung vor, die die üblichen Konsequenzen der klassischen Depression umkehren und/oder Hypersomnie, Hyperphagie, ansteigende Libido oder Gewichtszunahme zeigen, oder die vorrangig phobisch-ängstliche Tendenzen haben» (pp. 182).

Quitkin und Mitarbeiter [6] formulierten dann die erste operationale Definition der atypischen Depression, welche Stimmungsschwankungen, begleitet von übermässigem Schlaf, Energieverlust, Gewichts- oder Appetitzunahme sowie interpersonelle Sensitivität bei Zurückweisung mit einschloss. In den 1980er Jahren wurde der Ausdruck «atypische Depression» dann jedoch ziemlich variabel verwendet bis das Konzept 1994 dann ins DSM-IV, jetzt DSM-IV-TR [7] aufgenommen wurde mit den folgenden Kriterien A: affektive Reagibilität und B: mindestens zwei von vier Symptomen (Appetit- oder Gewichtszunahme, Hypersomnie, bleierne Schwere des Körpers und lang anhaltende Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung).

Epidemiologie und Prävalenz

Epidemiologische Studien zeigen, dass atypische Depression relativ häufig in der Allgemeinbevölkerung vorkommt, mit Raten zwischen 0,7 und 4% [2, 8]. In der klinischen Population von depressiven Patienten, die eine Behandlung aufsuchen, finden sich Anteile von 16 bis 36% [9, 10]. Unter depressiven ambulanten Patienten finden sich je nach Studie 15 bis 47%, welche die atypischen Kriterien erfüllen [11–13].

In verschiedenen grossen Studien [3, 13, 14] zeichnen sich Patienten mit atypischen Merkmalen aus durch ein früheres Auftreten depressiver Episoden und eine hohe Behandlungsrate. Sie hatten grössere funktionelle Beeinträchtigungen und – mit einer grösseren Wahrscheinlichkeit – einen chronischen Krankheitsverlauf als Patienten mit nicht atypischer Depression.

Beim Erkrankungsalter belegen zahlreiche Studien, dass die Patienten mit einer atypischen Depression bei der Erst-erkrankung anderthalb bis zwei Jahre jünger sind als die nicht atypisch depressiven Patienten [2, 3, 15]. Auch beim Geschlecht scheint ein deutlicher Unterschied zu bestehen, in mehreren Studien findet sich sogar ein Verhältnis zwei zu eins [3, 12, 13].

Komorbiditäten

Komorbiditäten, insbesondere zu Störungsbildern, die früher als neurotisch bezeichnet wurden (z.B. Phobien, Zwangsstörungen), finden sich häufig bei atypisch depressiven Patienten. Sie scheinen auch signifikant häufiger aufzutreten im Vergleich zu nicht atypisch depressiven [15, 16]. Eine Verbindung zu den Angststörungen ist naheliegend, hatten doch West und Dally [4] schon von ängstlicher Hysterie geschrieben, und auch Klein und Davies [5] beschrieben phobisch-ängstliche Tendenzen. Diese Tendenz konnte auch in verschiedenen Studien nachgewiesen werden: So fanden sich signifikant häufiger Kriterien einer

Panikstörung [8, 14], höhere Raten sozialer Phobie [3, 15] sowie eine grössere Komorbidität mit verschiedenen Symptomen von Angststörungen [2, 12] bei Patienten mit atypischer Depression.

Bei atypisch depressiven Patienten finden sich aber auch Lebenszeitkomorbiditäten mit Essstörungen [3, 14], somatoformen Störungen [8, 11] sowie Erkrankungen aus dem Suchtbereich [8, 15]. Auch ist die Wahrscheinlichkeit einer komorbiden Achse-II-Störung signifikant erhöht [13, 16], neben einer Verbindung mit der Borderline Persönlichkeitsstörung sind auch Persönlichkeitsstörungen aus dem ängstlichen Cluster C (nach DSM-IV-TR [7]) häufig zu finden [13]. Atypische Depression scheint häufiger auch bei stationären Patienten aufzutreten als früher vermutet [10].

Verbindung mit bipolarer Störung

Oft wird auch von einer starken Verbindung der atypischen Depression mit bipolaren Störungen berichtet, insbesondere mit der Bipolar-II-Störung [2, 17], die bestimmt wird durch eine oder mehrere Episoden einer Major Depression und mindestens einer hypomanen Episode. In einer grossen klinischen Versuchsreihe in Italien [14] zeigte sich, dass Patienten mit einer Bipolar-II-Störung mit einer doppelt so grossen Wahrscheinlichkeit eine atypische Depression aufwiesen als Patienten mit einer unipolaren Depression. Keinen Zusammenhang zwischen Hinweisen auf Bipolarität in der Vorgeschichte und atypischen Merkmalen der Depression fanden hingegen Seemüller und Mitarbeiter [11] in ihrer Studie bei 1073 stationären Patienten.

Therapie der atypischen Depression

Pharmakotherapie

Da die Entwicklung des Konzepts auf dem besonders guten Ansprechen der Patienten auf einen MAO-Hemmer beruht, ist es naheliegend, dass diese Medikamentengruppe als Therapie der Wahl bestanden hat, zumal sie sich im Vergleich mit trizyklischen Antidepressiva als überlegen erwies [18, 19].

Paradoxerweise verloren die MAO-Hemmer allerdings relativ bald nach der offiziellen Aufnahme der atypischen Depression ins DSM-IV ihre alltagspraktische Bedeutung durch die Einführung der bald allgemein die Verschreibungspraxis dominierenden selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) in den 1990er Jahren [20]. Die Bedeutung der MAOIs ging möglicherweise auch deshalb etwas zurück, weil die neueren (reversiblen) Substanzen (insbesondere Moclobemid), die weniger strenge diätische Massnahmen beanspruchen, sich zwar wegen ihrer Sicherheit durchsetzen, aber weniger wirksam erscheinen als die ersten MAOIs wie Phenelzin [21].

Dennoch kommen Stewart [22] oder Thase [20] in neueren Übersichtsarbeiten zur Behandlung zu der Schlussfolgerung, dass MAO-Inhibitoren weiterhin Mittel der ersten Wahl bei der atypischen Depression sein sollten. In den USA erfährt die (ohne sehr strenge diätetische Vorschriften mögliche) transdermale Applikation des ersten selektiven MAO-B Inhibitors Selegilin (EMSAM®, das zuvor in der Parkinson-Behandlung eingesetzt wurde) [23] gegenwärtig eine Renaissance.

Tabelle 1

Diagnosekriterien der atypischen Depression nach DSM-IV-TR [7].

Kriterium A	Affektive Schwingungsfähigkeit (d.h., die Stimmung hellt sich bei aktuellen oder möglichen positiven Ereignissen auf)
Kriterium B	Mindestens zwei der folgenden Merkmale sind erfüllt: 1. Bedeutsame Gewichtszunahme oder Zunahme des Appetits 2. Hypersomnie (Vermehrter Schlaf, mehr als 10 Std./Tag) 3. Bleierne Schwere in Armen und Beinen 4. Überempfindlichkeit gegenüber Zurückweisung (Weit zurückreichendes Verhaltensmuster von Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung durch andere, das zu einer bedeutsamen sozialen oder beruflichen Beeinträchtigung führt)
Kriterium C	Weder die Kriterien für den melancholischen noch für den katatonen Subtypus sind erfüllt

Eine weitere Substanz, die international relativ häufig zur Behandlung der atypischen Depression eingesetzt wird [24], ohne dass jedoch eine prospektive Studie vorliegt, ist das Bupropion (Wellbutrin®), welches auch zum Nikotinentzug verwendet wird. In einer anderen Studie konnte gezeigt werden, dass die Behandlung mit Chrom (600 µg/Tag) im Unterschied zu Placebo einen signifikanten Einfluss auf das Kohlenhydrat-Craving, den vermehrten Appetit und das vermehrte Essen bei Patienten mit atypischen Depressionen, hatte [25]. Unklar bleibt dabei, ob z.B. bei höherer Dosierung auch die depressive Stimmungslage beeinflusst werden könnte.

Psychotherapie

Bisher finden sich nur wenige Studien, die Psychotherapie bei atypischer Depression verglichen haben.

Jarrett und Mitarbeiter [26] fanden in einer Placebo-kontrollierten Studie, dass sowohl Phenelzin wie kognitive Psychotherapie der Gabe von Placebo hochsignifikant überlegen war. Zwischen den beiden Behandlungsverfahren (Phenelzin und KVT) dagegen fanden sich keine Unterschiede in allen gemessenen Items. Beide Therapien erscheinen somit wirksam zu sein, allerdings fanden sich in beiden Gruppen über 40% Non-Responder. Die Studie wurde jedoch wegen ihrer hohen Zahl von eingeschlossenen Patienten und den wenig geeigneten psychometrischen Tests (HRSD-21) kritisiert [27].

In einer interessanten Studie, die möglicherweise Hinweise auf unterschiedliche neurobiologische Beeinflussbarkeit für Psychotherapie von Endophänotypen liefern könnte, fanden Lehto und Mitarbeiter [28], dass von 19 Patienten, die wegen Depression ein Jahr lang psychodynamische Psychotherapie erhalten hatten, nur die Untergruppe mit atypischen Merkmalen (n = 8) in der Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) nach Psychotherapie bei der Dichte der Mittelhirn-Serotonin-Transporter (SERT) eine signifikante Zunahme zeigten.

Die Diagnose «atypische Depression»

Der Begriff «atypische Depression» ist lange Zeit sehr variabel verwendet worden. Erst 1994 etablierte die American Psychiatric Association [7] im DSM-IV die atypische Depres-

sion als separaten Subtypen der affektiven Erkrankungen und legte die Diagnosekriterien fest (Tab. 1).

Das DSM-IV orientierte sich bei der Diagnose stark an der von Stewart und Mitarbeitern entwickelten *Atypical Depression Diagnostic Scale* (ADDS) [29], wobei die Kriterien insbesondere bei der affektiven Schwingungsfähigkeit im Gegensatz zur ADDS ungenauer formuliert wurden, weshalb das Eingangskriterium A besonders umstritten ist und als nicht essentiell erscheint [10, 13, 30].

In einer aktuellen Literaturübersicht von Stewart und Mitarbeitern [31] schlagen die Autoren vor, einen frühen Krankheitsbeginn sowie einen chronischen Krankheitsverlauf in die Definition einer atypischen Depression einzubeziehen.

In der in den deutschsprachigen Ländern gültigen ICD-10-Klassifikation ist die atypische Depression nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt und muss unter F32.8. (sonstige depressive Episode) kodiert werden [10].

Die «Atypical Depression Diagnostic Scale (ADDS)» von Stewart und Mitarbeitern

Die Columbia-Gruppe begann 1979 mit einer Reihe von Behandlungsversuchen, um zu testen, ob eine prospektiv definierte Population vorzugsweise auf Phenelzin im Vergleich zu Imipramin reagieren würde.

Basierend auf der Literatur sowie aufgrund von Erfahrungen im Klinikalltag definierten sie operationalisierte Kriterien für eine Patientengruppe, bei der sie voraussagten, dass sie überwiegend auf ein MAOI im Gegensatz zu einem TCA ansprechen würde. Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie war die Diagnose einer depressiven Erkrankung nach DSM-III. Weiter mussten die Patienten fähig sein, zumindest in einem gewissen Grad durch ein positives Ereignis aufgeheitert zu werden. Zusätzlich mussten noch zwei der Symptome «Hypersomnie, bleierne Paralyse, Hyperphagie und pathologische Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung» erfüllt sein.

In den Behandlungsversuchen wurde die Hypothese der Columbia-Gruppe bestätigt: So verbesserten sich unterschiedliche atypisch depressive Kohorten mit grösserer Wahrscheinlichkeit nach der Behandlung mit Phenelzin als mit Imipramin. Aufgrund verschiedener Tests konnte die Gruppe feststellen, dass neben der Stimmungsreaktion mindestens eines der zusätzlichen Symptome vorhanden sein musste, damit sich der Behandlungserfolg des MAOIs gegenüber dem TCA zeigte.

Im Anschluss an diese Untersuchungen wurden die vordefinierten Kriterien noch detaillierter beschrieben und zum Teil erweitert, woraus dann die *Atypical Diagnostic Depression Scale* (ADDS – siehe Anhang) der Columbia-Gruppe entstand, welche als das elaborierteste Instrument für die atypische Depression bezeichnet werden kann [29].

Im Gegensatz zum DMS-IV differenziert die ADDS verschiedene Ausprägungsgrade der einzelnen Kriterien. Zudem wird bei der Hyperphagie unterschieden zwischen gesteigertem Appetit, gesteigerter Nahrungsaufnahme und signifikanter Gewichtszunahme, und auch die pathologische Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung wird in verschiedene Problembereiche unterteilt.

Tabelle 2

Gruppenweise Unterschiede zwischen Patienten mit atypischer Depression, undifferenzierter Depression, Melancholie und Kontrollen (nach Stewart et al. [31]).

	Atypisch vs. Kontrollen	Atypisch vs. Undifferenziert	Atypisch vs. Melancholie	Undifferenziert vs. Kontrollen	Melancholie vs. Kontrollen	Undifferenziert vs. Melancholie
McGinn et al. [33]	*	*	*	–	–	NS
Fountoulakis et al. [34]	*	*	*	*	*	NS
Anisman et al. [35]	*	*	–	NS	–	–
Bruder et al. [37]	*	*	*	NS	*	NS
Stewart et al. [41]	–	A	–	–	–	–
Joyce et al. [42]	–	*	*	–	–	NS

Anmerkungen

* Gruppen unterschieden sich signifikant.

NS Gruppen unterschieden sich nicht signifikant.

– eine oder beide Gruppen waren nicht in der Studie eingeschlossen.

A Patienten mit atypischer Depression unterschieden sich signifikant von nicht atypisch depressiven Patienten in ihrer Reaktion auf die Behandlung, die nicht atypische Gruppe war jedoch nicht weiter unterteilt worden in solche mit und ohne Melancholie.

Im Rahmen einer Studie wurde die ADDS von uns ins Deutsche übersetzt. Zur Validierung der wort- und sinn- gemässen Übersetzung wurde die deutsche Fassung von einem «native speaker» ins Englische zurück übersetzt und abschliessend von Prof. Stewart für gut geheissen. Die ausführliche Version des Interviews in deutscher und englischer Sprache ist bei den Autoren erhältlich.

Tests zur Reliabilität wurden kurz nach Erscheinen der englischen Version durchgeführt, die Daten sind beim Autor (Prof. Stewart) erhältlich. Da die Validität des Interviews von der Validität des Konstruktes selbst herrührt, stellt sich zunächst die Frage, ob die atypische Depression als eigenständiger depressiver Subtypus abgrenzbar ist.

Atypische Depression: ein valider Subtyp?

Die laufende Definition der atypischen Depression gibt immer wieder Anlass zu Diskussionen und wird von verschiedenen Autoren in Frage gestellt [2, 30, 32]. In verschiedenen Studien konnten keine Verbindung der Schwungsfähigkeit mit den anderen diagnostischen Kriterien der atypischen Depression gefunden werden [11, 13]. Auch ist «bleierne Schwere» relativ ungenau, wird häufig nicht spontan berichtet und meint nicht «fatigue». In einer Studie fanden Riedel und Mitarbeiter [10] bei insgesamt 829 Patienten mit atypischer und nicht atypischer Depressionsart, dass sich beide Gruppen insbesondere in folgenden Items unterschieden, die signifikant häufiger mit atypischer Depression verbunden waren: Somatische Angst, Genitalstörungen, Depersonalisation und Derealisation, paranoide Symptome (inkl. Misstrauen) und interessanterweise auch Schuld. Kein Unterschied zeigte sich hingegen bei Suizidgedanken.

Stewart und Mitarbeiter haben sich deshalb in einem aktuellen Artikel [33] mit der Validität der atypischen Depression auseinandergesetzt und konnten anhand der nachfolgenden Faktoren aufzeigen, dass die atypische Depression als eigenständiges Konzept bestehen kann.

Biologische Studien

In einer Literaturübersicht zeigt auch Posternak [34] auf, dass verschiedene biologische Kriterien starke Hinweise darauf liefern, dass es sich bei der atypischen Depression um einen eigenen existierenden Subtypus der Depression handle: «Studies involving hypothalamic-pituitary-adrenal axis activity, cerebral laterality, neurochemical profiles, and sleep parameters» (pp.1), siehe Tabelle 2.

McGinn und Mitarbeiter [35] fanden in ihrer Studie unterschiedliche kortikale Reaktionen auf Desipramin bei depressiven Patienten mit atypischen Merkmalen im Vergleich zu anderen depressiven Patienten. Fountoulakis und Mitarbeiter [36] konnten einen veränderten zerebralen Blutfluss bei atypisch Depressiven zeigen, der sich nicht nur von einer gesunden Kontrollgruppe, sondern auch von melancholischen und undifferenzierten depressiven Patienten unterscheidet.

Weitere Studien, welche Kortisol [37], evozierte Potenziale [38], perzeptuelle Verarbeitung [39] sowie Variationen in der Hypothalamus-Hypophysen-Achse [40] evaluieren, liefern ebenfalls deutliche Hinweise, dass Personen mit atypischer Depression neurobiologisch von anderen Depressionsgruppen unterschieden werden können.

Krankheitsverlauf

Bereits die Columbia-Gruppe [29] berichtete von einem früheren Erstauftreten und einem chronischeren Verlauf bei atypisch depressiven im Vergleich mit melancholischen Patienten. Ein Resultat, welches auch durch grosse epidemiologische Studien gefestigt wird [2, 15].

Der Krankheitsverlauf kann auch beschrieben werden durch eine Bestimmung der Konstanz der Symptome depressiver Subtypen über Zeit. Nierenberg und Mitarbeiter [41] wie auch Kendler und Mitarbeiter [42] fanden in ihren Studien, dass bei einer späteren Befragung über 70% der Patienten die gleichen Symptome aufwiesen oder berichteten wie anfänglich. So scheinen vor allem die neurovegetativen Symptome über Zeit stabil zu sein.

Pharmakologische Differenzierung

Stewart und Mitarbeiter [43] konnten eine signifikante Dreifachinteraktion zwischen Behandlung (Imipramin vs. Placebo), Subtyp (atypisch vs. nicht atypisch) und Behandlungserfolg aufzeigen. Dabei fand sich bei atypisch Depressiven keine starke Verbesserung mit dem Medikament im Vergleich zum Placebo, während die nicht atypisch depressiven Patienten einen stabilen Imipramineffekt aufwiesen.

In der Studie von Joyce und Mitarbeiter [44] wurden 195 depressive Patienten randomisiert einer Behandlung mit Nortriptylin und Fluoxetin zugeteilt. Dabei waren beide Medikamente gleich wirksam bei melancholischen und undifferenzierten depressiven Patienten, während sich bei den atypisch depressiven eine signifikante Überlegenheit des Fluoxetine zeigte.

Fazit

Diese Resultate sprechen deutlich dafür, dass Patienten, welche die DSM-IV-Kriterien einer atypischen Depression erfüllen, sich von Patienten mit melancholischer und undifferenzierter Depression unterscheiden, und die atypische Depression als eigener Subtypus abgrenzbar ist.

Trotzdem gibt die laufende Definition der atypischen Depression immer wieder Anlass zu Diskussionen und wird von mehreren Autoren in Frage gestellt [2, 30]. Insbesondere die hierarchische Position des Kriteriums «affektive Schwingungsfähigkeit» wird immer wieder diskutiert, zumal einerseits in verschiedenen Studien keine Verbindung mit den anderen diagnostischen Kriterien der atypischen Depression gefunden werden konnte [12, 35]. Andererseits zeigte sich, dass die Schwingungsfähigkeit auch bei nicht atypischen Depressionen häufig vorhanden ist [10]. Es ist bis jetzt jedoch noch keine Studie bekannt, die ausschliesslich eine depressive Patientengruppe ohne affektive Schwingungsfähigkeit untersucht hat. Einige Autoren schlagen zudem vor, weitere Kriterien (z.B. somatische Symptome, Chronizität) in die Diagnose aufzunehmen [29, 45].

Eine Überarbeitung der momentan geltenden Kriterien im Hinblick auf das DSM-V scheint demnach angebracht. Die Autoren dieses Artikels regen an, die Diagnose atypische Depression um die Kriterien «früher Krankheitsbeginn» (<20 J) sowie «deutliche Chronizität» (nicht länger als zwei Monate andauerndes Wohlbefinden) zu erweitern, da diese eine gute Vorhersagbarkeit für den Therapieverlauf zeigten [31].

Literatur

- Asnis GM, McGinn LK, Sanderson WC. Atypical depression: clinical aspects and noradrenergic function. *Am J Psychiatry*. 1995;152:31–6.
- Angst J, Gamma A, Sellaro R, Zhang H, Merikangas K. Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zurich cohort study. *J Affect Disord*. 2002;72:125–38.
- Angst J, Gamma A, Benazzi F, Silverstein B, Ajdacic-Gross V, Eich D, et al. Atypical depressive syndromes in varying definitions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(1):44–54.
- West ED, Dally PJ. Effects of iproniazid in depressive syndromes. *Br Med J*. 1959;1:1491–4.
- Klein DF, Davis JM. *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorder*. Baltimore, Md: Williams and Wilkins; 1969.
- Quitkin F, Rifkin AI, Klein DF. Monoamine oxidase inhibitors. A review of antidepressant effectiveness. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;35:749–60.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edn. Text revision, Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Horwath E, Johnson J, Weissman MM, Hornig CD. The validity of major depression with atypical features based on a community study. *J Affect Disord*. 1992;26:117–26.
- Thuile J, Even C, Musa C, Friedman S, Rouillon F. Clinical correlates of atypical depression and validation of the French version of the Scale for Atypical Symptoms. *J Affect Disord*. 2009;118:113–7.
- Riedel M, Seemüller F, Wickelmaier F, Schennach-Wolff R, Adli M, et al. Häufigkeit und klinische Charakteristika von atypisch depressiven Symptomen. *Nervenheilkunde*. 2009;28:193–9.
- Seemüller F, Riedel M, Wickelmaier F, Adli M, Mundt C, Marneros A, et al. Atypical symptoms in hospitalised patients with major depressive episode: frequency, clinical characteristics, and internal validity. *J Affect Disord*. 2008;108 (3):271–8.
- Novick JS, Stewart JW, Wisniewski SR, Cook IA, Manev R, Nierenberg AA, et al. Clinical and demographic features of atypical depression in outpatients with major depressive disorder: preliminary findings from STAR*D. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(8):1002–11.
- Posternak MA, Zimmermann M. The prevalence of atypical features across mood, anxiety, and personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2002;43(4): 253–62.
- Benazzi F. Prevalence and clinical features of atypical depression in depressed outpatients: a 467-case study. *Psych Res*. 1999;86:259–65.
- Matza LS, Revicki DA, Davidson JR, Stewart JW. Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60:817–26.
- McGinn LK, Asnis GM, Suchday S, Kaplan M. Increased personality disorders and Axis I comorbidity in atypical depression. *Compr Psychiatry*. 2005;46:428–32.
- Akiskal HS, Benazzi F. Atypical depression: a variant of bipolar II or a bridge between unipolar and bipolar II? *J Affect Disord*. 2005;84: 209–17.
- Liebowitz MR, Quitkin FM, Stewart JW, McGrath PJ, Harrison W, Rabkin JG, et al. Phenelzine vs imipramine in atypical depression: a preliminary report. *Arch Gen Psychiatry*. 1984;41:669–77.
- Quitkin FM, Stewart JW, McGrath PJ, Tricamo E, Rabkin JG, Ocepek-Welkison K, et al. Columbia atypical depression: a subgroup of depressives with better response to MAOIs than to tricyclic antidepressants or placebo. *Br J Psychiatry*. 1993;163(suppl 21):30–4.
- Thase ME. New Directions in the Treatment of Atypical Depression. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(suppl. 3):4–7.
- Lotufo-Neto F, Trivedi M, Thase ME. Meta-analysis of the reversible inhibitors of monoamine oxidase type A moclobemide and brofaromine for the treatment of depression. *Neuropsychopharmacology*. 1999;20(3): 226–47.
- Stewart JW. Treating Depression with Atypical Features. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:25–9.
- Thase ME, Stewart JW, Zajecka JM. Diagnosing and Treating Atypical Depression. www.cmediscovery.com/depression/maoi.pdf; 2006
- Rye DB, Dihenia B, Bliwise DL. Reversal of atypical depression, sleepiness, and REM-sleep propensity in narcolepsy with bupropion. *Depress Anxiety*. 1998;7:92–5.
- Docherty JP, Sack DA, Roffman M, Finch M, Komorowski JR. A double-blind, placebo-controlled, exploratory trial of chromium picolinate in atypical depression: effect on carbohydrate craving. *Psychiatr Pract*. 2005; 11(5):302–14.
- Jarrett RB, Schaffer M, McIntire D, Witt-Browder A, Kraft D, Risser RC. Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: a double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(5): 431–7.
- Levitan RD, Jarrett RB, Schaffer M, McIntire D, Witt-Browder A, Kraft D, et al. Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(11):1084.
- Lehto SM, Tolmunen T, Joensuu M, Saarinen PI, Valkonen-Korhonen M, Vanninen R, et al. Changes in midbrain serotonin transporter availability in atypically depressed subjects after one year of psychotherapy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008;32(1):229–37.
- Stewart JW, McGrath PJ, Rabkin JG, Quitkin FM. Atypical depression: a valid clinical entity? *Psychiatr Clin North Am*. 1993;16:479–96.
- Parker GB. Atypical depression: A valid subtype? *J Clin Psychiatry*. 2007; 68:18–22.
- Stewart JW, McGrath PJ, Quitkin FM, Klein DF. Atypical depression: current status and relevance to melancholia. *Acta Psychiatrica Scand*. 2007;115(suppl. 433):58–71.
- Thase ME. Atypical Depression: Useful Concept, but it's Time to Revise the DSM-IV Criteria. *Neuropsychopharmacology*. 2009;34:2633–41.
- Stewart JW, McGrath PJ, Quitkin FM, Klein DF. DSM-IV Depression with Atypical Features: Is It Valid? *Neuropsychopharmacology*. 2009;34: 2625–32.
- Posternak MA. Biological markers of atypical depression. *Harv Rev Psychiatry*. 2003;11(1):1–7.
- McGinn LK, Asnis GM, Robinson E. Biological and clinical validation of atypical depression. *Psychiatry Res*. 1996;60:191–8.

- 36 Fountoulakis KN, Iacovides A, Gerasimou G, Fotiou F, Ioannidou C, Bascialla F, et al. The relationship of regional cerebral blood flow with subtypes of major depression. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004;28(3):537–46.
- 37 Anisman H, Ravindran AV, Griffiths J, Merali Z. Endocrine and cytokine correlates of major depression and dysthymia with typical and atypical features. *Mol Psychiatry*. 1999;4:182–8.
- 38 Bruder GE, Towey JP, Stewart JW, Friedman D, Tenke C, Quitkin FM. Event-related potentials in depression: Influence of task, stimulus hemifield and clinical features on P3 latency. *Biol Psychiatry*. 1991;30(3):233–46.
- 39 Bruder GE, Stewart JW, McGrath PJ, Ma GJ, Wexler BE, Quitkin FM. Atypical depression: Enhanced right hemispheric dominance for perceiving emotional chimeric faces. *J Abnormal Psychol*. 2002;111(3):446–54.
- 40 Stewart JW, Quitkin FM, McGrath PJ, Klein DF. Defining the boundaries of atypical depression: Evidence from the HPA axis supports course of illness distinctions. *J Affect Disord*. 2005;86:161–7.
- 41 Nierenberg AA, Pava JA, Clancy K, Rosenbaum FJ, Fava M. Are neurovegetative symptoms stable in relapsing or recurrent atypical depressive episodes? *Biol Psychiatry*. 1996;40(8):691–6.
- 42 Kendler KS, Eaves LJ, Walters EE, Neale MC, Heath AC, Kessler RC. The identification and validation of distinct depressive syndromes in a population-based sample of female twins. *Arch Gen Psychiatry*. 1996;53:391–9.
- 43 Stewart JW, Garfinkel R, Nunes EV, Donovan S, Klein DF. Atypical features and treatment response in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Clin Psychopharmacology*. 1998;18:429–34.
- 44 Joyce PR, Mulder RT, Luty SE, Sullivan PF, McKenzie JM, Abbott RM, et al. Patterns and predictors of remission, response and recovery in major depression treated with fluoxetine or nortriptyline. *Aus N Z J Psychiatry*. 2002;36:384–91.
- 45 Silverstein B, Cohen P, Kasen, S. Should additional symptoms be included in criteria for atypical depression? *Psychiatry Res*. 2006;144:87–9.

Anhang

Atypische Depression: Diagnostik-Skala (ADDS)¹

I. DSM Depression

Der Patient erfüllt die Kriterien einer Affektiven Störung gemäss DSM.

II. Reaktionsfähigkeit der Stimmung

Ausmass, in welchem positive umgebungsbedingte Ereignisse verknüpft sind mit einer Verbesserung der Stimmung (Kriterium erfüllt, wenn maximale Reaktion $\geq 50\%$).

- a) übliche Reaktion → %
- b) maximale Reaktion → %

III. Assoziierte Eigenschaften

Zwei Kriterien von A bis D müssen erfüllt sein.

A: Schlaf

Exzessives Schlafen (mind. drei Tage in der Woche zehn Stunden oder mehr).

B: «Bleierne Paralyse»

Das körperliche Empfinden, sich schwer, bleiern oder von Gewichten heruntergezogen zu fühlen. Kriterium erfüllt bei einem Rating von 4 bis 6.

1. Adäquate oder übermässige Energie
2. Milde Abnahme von fragwürdiger Signifikanz wenn depressiv
3. Mässige Abnahme mit möglicher funktionaler Beeinträchtigung, aber keine oder seltene bleierne Paralyse wenn depressiv
4. Merkliche Abnahme; bleierne Gefühle mindestens eine Stunde im Tag für mindestens drei Tage in der Woche wenn depressiv
5. Ernsthafte Abnahme; bleierne Gefühle die meiste Zeit an den meisten Tagen wenn depressiv
6. Extreme Abnahme; bleierne Gefühl den grössten Teil der Zeit oder immer wenn depressiv

C: Appetit/Gewicht

Kriterium erfüllt bei einem Rating von 4 bis 6 in C1, C2 oder C3.

C1: Appetit

Übermässiger Drang zu Essen (unabhängig von der konsumierten Menge).

1. Kein gesteigerter Appetit
2. Leichte Zunahme von fragwürdiger Signifikanz
3. Minimale Zunahme; Appetit war ein wenig gesteigert wenn depressiv (z.B. will gelegentlich bingen oder mehrmals in der Woche einen Extraimbiss oder eine zweite Portion)
4. Merkliche Zunahme; will mindestens drei Mal in der Woche bingen oder hat an den meisten Tagen (5/7) den starken Drang, sich zu überessen
5. Ernsthafte Zunahme; hat den Drang, an den meisten Tagen zu bingen oder will sich die meiste Zeit überessen
6. Extreme Zunahme; will praktisch den ganzen Tag bingen

C2: Essen

Exzessives Konsumieren von Nahrung.

1. Keine Störung; isst normal oder zu wenig wenn depressiv
2. Minimale Zunahme; kann gelegentlich einen Happen essen wenn depressiv, dies scheint aber nicht klinisch signifikant zu sein
3. Leichte Zunahme; z.B. isst eine Zwischenmahlzeit oder andernfalls überisst sich wenn depressiv, dies aber in einem leichten Ausmass
4. Mässige Zunahme; z.B. bingt zweimal in der Woche oder isst beinahe täglich Zwischenmahlzeiten, oder nimmt mehrmals im Tag an drei Tagen der Woche einen Imbiss zu sich wenn depressiv
5. Ernsthafte Zunahme; z.B. bingt mindestens vier Mal in der Woche oder nascht praktisch dauernd wenn depressiv
6. Extreme Zunahme; bingt täglich wenn depressiv

C3: Gewicht

Signifikante Gewichtszunahme.

1. Keine Gewichtszunahme wenn depressiv
2. Minimale Gewichtszunahme von fragwürdiger Signifikanz (0–4 Pfund)
3. Leichte Gewichtszunahme, weniger als 10 Pfund
4. Mässige Gewichtszunahme, 10–15 Pfund
5. Markante Gewichtszunahme, 15–20 Pfund
6. Extreme Gewichtszunahme, mehr als 20 Pfund

D: Empfindlichkeit gegenüber Ablehnung/Zurückweisung/Kritik

Kriterium erfüllt bei einem Rating von 46 in D1, D2, D3, D4 oder D5.

D1: Zwischenmenschliche Empfindlichkeit

Emotionale Überreaktion auf Zurückweisung oder Kritik.

1. Keine; geht locker um mit den Kurven des Lebens
2. Minimal; fühlte sich ein wenig verletzt oder ist ein wenig gekränkt
3. Mild; ist etwas entmutigt oder wütend, kommt aber rasch wieder auf die Beine
4. Mässig; ist deutlich masslos entmutigt oder wütend
5. Ernsthaft; reagiert deutlich übertrieben über eine längere Zeit
6. Extrem; wird ausserordentlich depressiv oder wütend für längere Zeit oder sucht übertrieben nach Situationen, in denen sie/er schlecht behandelt worden ist

D2: Qualität von Beziehungen

Turbulente oder stürmische Beziehungen aufgrund der Überreaktion auf Zurückweisung oder Kritik.

1. Keine; Beziehungen sind problemlos
2. Minimal; es gibt geringfügige Schwierigkeiten, aber von zweifelhafter Signifikanz
3. Leicht; es gibt etwas Aufruhr in Beziehungen, diese sind aber ziemlich stabil
4. Mässig; Eifersucht oder Empfindlichkeit gegenüber Kritik resultiert in stürmischen Beziehungen, Schwierigkeiten, den Beruf aufrechtzuerhalten oder einen Haushalt zu führen
5. Ernsthaft; häufige Streitereien, Missverständnisse, Auseinandersetzungen aufgrund der Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisung/Ablehnung oder Kritik
6. Extrem; zwischenmenschliche Schwierigkeiten wegen der Empfindlichkeit gegenüber Ablehnung oder Kritik sind nahezu konstant

D3: Funktionale Beeinträchtigung

Beeinträchtigung in der Schule oder bei der Arbeit aufgrund der Überreaktion auf Kritik oder Zurückweisung.

1. Keine Beeinträchtigung
2. Minimale; geringfügige Beeinträchtigung, die aber nicht klinisch signifikant ist
3. Leichte; einige leichte Beeinträchtigungen, macht nicht den besten, aber doch gerade noch seinen Job
4. Mässige; z.B. verlässt die Arbeit früher, erfüllt wichtige Hausarbeiten nicht, betrinkt sich als direkte Reaktion auf

Kritik oder Zurückweisung mindestens viermal in zwei Jahren

5. Ernsthafte; z.B. hat bei der Arbeit mindestens zwölfmal in zwei Jahren gefehlt wegen Kritik oder Zurückweisung
6. Extreme; Wiederholte funktionale Beeinträchtigung (zu viele zum Zählen)

D4: Vermeidung von Beziehungen

Fehlen von Beziehungen wegen Angst vor Zurückweisung.

1. Keine; ht Beziehungen oder der Beziehungsmangel ist eindeutig nicht wegen der Vermeidung von Zurückweisung
2. Minimale; ist minimal besorgt bezüglich Zurückweisung, hat aber Beziehungen
3. Leicht; ziemlich besorgt bezüglich eventueller Zurückweisung, zwingt sich aber dazu, ein paar Beziehungen zu haben
4. Mässig; vermeidet intime Beziehungen wegen Zurückweisungsangst, erlaubt aber oberflächliche Beziehungen
5. Ernsthafte; hat nur minimalen, oberflächlichen Kontakt zu anderen wegen Vermeidung von Zurückweisung
6. Extreme; absoluter Einsiedler aufgrund der Zurückweisungsangst

D5: Vermeidung anderer Zurückweisung

Vermeidung anderer wichtiger Lebensaufgaben, um einer Zurückweisung zu entgehen.

1. Keine; keine Vermeidung
2. Minimal; minimale Vermeidung wegen Zurückweisungsempfindlichkeit, aber mit minimaler oder keiner Beeinträchtigung
3. Leicht; gewisse Vermeidung aufgrund der Empfindlichkeit gegenüber Ablehnung mit leichter Beeinträchtigung
4. Mässig; signifikante Beeinträchtigung wegen der Vermeidung von Zurückweisung
5. Ernsthaft; merkbliche Beeinträchtigung aufgrund der Vermeidung einer möglichen Ablehnung
6. Extrem; z.B. ist unfähig, einen Job zu behalten oder die Schule zu besuchen aus Angst vor einer Zurückweisung; oder ist unfähig, während zweier Jahre mit jemandem Kontakte zu knüpfen

Diagnose Atypische Depression

- 0 = Nicht depressiv (I nicht erfüllt)
- 1 = Nicht atypische Depression (II maximale Reaktion <50%)
- 2 = Einfache Stimmungsreaktionsdepression (II max. Reakt. ≥50%, keines von III A–D ist erfüllt)
- 3 = Mögliche atypische Depression (II max. Reakt. ≥50%, eines von III A–D ist erfüllt)
- 4 = Definitive atypische Depression (II max. Reakt. ≥50%, zwei oder mehr von III A–D sind erfüllt)

1 Deutsche Übersetzung: Daniela Gremaud-Heitz und Gerhard Dammann (2008)