

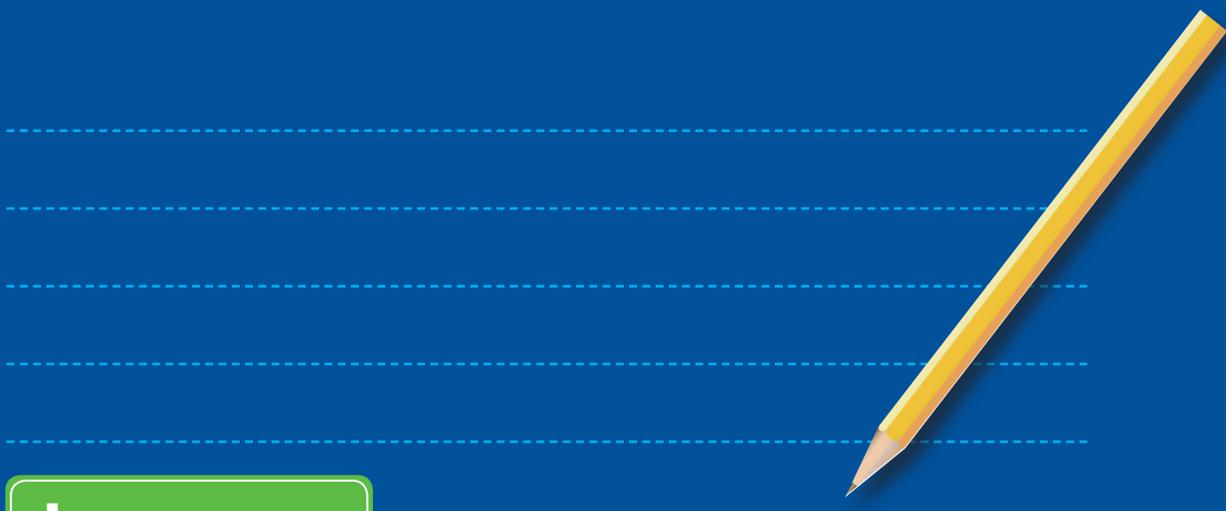


Faßbinder • Klein • Sipos • Schweiger

**THERAPIE-TOOLS**



# Depression



ARBEITSMATERIAL

**BELTZ**

Faßbinder · Klein · Sipos · Schweiger

## **Therapie-Tools**

### **Depression**



Eva Faßbinder · Jan Philipp Klein · Valerija Sipos · Ulrich Schweiger

# **Therapie-Tools Depression**

Mit Arbeitsmaterial

**BELTZ**

*Anschrift der Autoren:*

Dr. med. Eva Faßbinder  
E-Mail: eva.fassbinder@psychiatrie.uksh.de

Dr. med. Jan Philipp Klein  
E-Mail: Philipp.Klein@uksh.de

Dr. Dipl.-Psych. Valerija Sipos  
E-Mail: Valerija.Sipos@uksh.de

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger  
E-Mail: ulrich.schweiger@psychiatrie.uksh.de

Alle: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universitätsklinikum-Schleswig-Holstein, Campus Lübeck  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich  
(ISBN 978-3-621-28225-3).

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



1. Auflage 2015

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2015  
Programm PVU Psychologie Verlags Union  
Werderstr. 10, 69469 Weinheim  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Dr. Svenja Wahl  
Herstellung: Uta Euler  
Umschlagsgestaltung: Sonja Frank  
Satz: Satzkiste GmbH, Stuttgart

E-Book

ISBN 978-3-621-28271-0

# Inhalt

Vorwort		
<b>1</b>	Einführung	9
<b>2</b>	Diagnostik	14
<b>3</b>	Psychoedukation zur Lebensführung bei Depression	59
<b>4</b>	Psychoedukation zu den Störungsmodellen der Verhaltenstherapie	77
<b>5</b>	Verhaltensaktivierung	102
<b>6</b>	Veränderung von Kognitionen	135
<b>7</b>	Metakognitive Fertigkeiten	160
<b>8</b>	Achtsamkeit und Akzeptanz	196
<b>9</b>	Emotionsregulation	226
<b>10</b>	Interpersonelle Fertigkeiten: Handlungsplanung	275
<b>11</b>	Interpersonelle Fertigkeiten: Verhaltenstraining	297
<b>12</b>	Umgang mit Suizidalität und Krisen	329
<b>13</b>	Rückfallprophylaxe	347
 <b>Anhang</b>		
	Literaturverzeichnis	354
	Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	358
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	364



# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser,

es freut uns, Ihnen mit dem vorliegenden Band einen breitgefächerten und gut sortierten Werkzeugkasten für die Diagnostik und Behandlung von Depression zur Verfügung zu stellen. Einer von fünf Deutschen erkrankt mindestens einmal im Leben an einer schweren Depression. In Deutschland leiden nach Angaben der Stiftung Deutsche Depressionshilfe derzeit ca. 4,9 Mio. Menschen an einer behandlungsbedürftigen Depression. Depression ist eine Erkrankung, die viel Leid verursacht. Sie kann als eine echte Volkskrankheit beschrieben werden.

Es gibt eine Vielzahl von Barrieren, die Behandlung verhindern oder verzögern: Vielen Betroffenen fällt es aufgrund von Scham, Angst vor Stigmatisierung, Hoffnungslosigkeit oder mangelnder Energie schwer, sich Hilfe zu holen. Andere wissen gar nicht, dass sie eine Depression haben und diese prinzipiell behandelbar ist. Behandlungsplätze sind knapp. Oft müssen Betroffene, nachdem sie sich zu einer Behandlung durchgerungen haben, monatelang auf einen Therapieplatz warten. Die verfügbaren Behandlungsmethoden sind gut wirksam, lassen aber noch deutlichen Raum für Verbesserung.

Gleichzeitig gibt es aus dem Bereich der Depressionsbehandlung auch viel Erfreuliches zu berichten. Eine große Zahl von Psychotherapie-Forschern und -Entwicklern haben eine Menge neuer innovativer Ideen und Techniken in das Feld eingebracht. Sie werden bei der Verwendung des Buches feststellen, dass Depressionsbehandlung heute wesentlich facettenreicher ist als vor zwanzig Jahren.

Mit dem vorliegenden Therapie-Tools-Band Depression möchten wir Ihnen einen gut sortierten Werkzeugkoffer an die Hand geben. Sie werden darin Werkzeuge zur Diagnostik, zur Psychoedukation, zur Psychotherapie und zur Rückfallprophylaxe finden. Sie können sich aus diesem Werkzeugkasten genau die Instrumente auswählen, die gut zu Ihnen, Ihrem Patienten und der individuellen Aufgabenstellung passen. Die Tools eignen sich sowohl für den Einsatz in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie und können im ambulanten und (teil-)stationären Setting eingesetzt werden.

Hinweis zur Sprache: Aus Gründen der Einfachheit und Lesbarkeit sprechen wir von Therapeut und Patient, wenn jeweils Frauen und Männer gemeint sind (generisches Maskulinum).

**Danksagung:** Dieses Buch wäre ohne die Unterstützung, die Inspiration und den Zuspruch vieler Menschen nicht möglich gewesen. Allen voran möchten wir zunächst unseren Patientinnen und Patienten herzlich danken, die uns ihr Vertrauen schenken, immer wieder bereit sind neue Therapietechniken auszuprobieren und uns durch ihre Rückmeldungen und Ideen inspirieren.

Ein besonderer Dank geht auch an unsere Kolleginnen und Kollegen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck, in der dieses Buch entstanden ist. Wir freuen uns sehr über die gute Zusammenarbeit in unserer Klinik und bedanken uns ganz herzlich für Euren/Ihren engagierten Einsatz.

Wir danken außerdem dem Beltz-Verlag für die Veröffentlichung dieses Projektes. Insbesondere möchten wir in diesem Zusammenhang Frau Dr. Svenja Wahl danken, die unser Buchprojekt als Lektorin sehr unterstützend, motivierend, warmherzig und klug begleitet hat. Zum Abschluss ist es uns besonders wichtig, unseren Familien, Partnern und Freunden ein großes »Dankeschön« für ihre immerwährende Unterstützung, Geduld und Toleranz auszusprechen.

Wir wünschen allen Lesern viel Freude bei der Arbeit mit diesem Buch und hoffen, dass Sie viele Anregungen für die Praxis finden.

Lübeck, im Juli 2015

Eva Faßbinder  
Jan Philipp Klein  
Valerija Sipos  
Ulrich Schweiger



# KAPITEL 1 /

## Einführung

### 1.1 Zur Handhabung dieses Buches

Dieses Buch ist ein Werkzeugkasten, aus dem Sie sich als Therapeut (oder Patient) bedienen können. Es werden vielfältige Fertigkeiten vorgestellt, die zur Überwindung einer Depression hilfreich sind. Es ist aber nicht sinnvoll und effizient dieses Buch mit einem Patienten von vorne bis hinten durchzuarbeiten, sondern Sie sollten die Tools heraussuchen, die mit Ihrem therapeutischen Vorgehen übereinstimmen und die für Ihren Patienten passend und wichtig sind. Vorweg einige wichtige Empfehlungen:

- ▶ *Wählen Sie sorgfältig.*
- ▶ *Wählen Sie das zur konkreten, individuellen Aufgabenstellung passende Werkzeug.* Jedes Werkzeug hat Grenzen und Nebenwirkungen. Ein Hammer ist eine tolle Erfindung. Mit einem Hammer können Sie sehr effektiv Nägel in die Wand schlagen. Sie können damit aber keine Schraube in Holz drehen. Sie können sich auch aus Versehen auf den Finger schlagen und sich wehtun. Wählen Sie das Werkzeug zur Aufgabe, nicht umgekehrt. Am besten erfolgt diese Auswahl in Zusammenarbeit von Patient und Therapeut.
- ▶ *Stellen Sie sicher, dass Sie das Werkzeug beherrschen bzw. dass Sie verstehen, wie Sie die Beherrschung des Werkzeuges erlernen können.* Wenn Sie Zweifel oder Schwierigkeiten haben, dann fragen Sie als Patient zuerst Ihren Therapeuten, als Therapeut Ihre Kollegen oder Ihren Supervisor.
- ▶ *Machen Sie nicht zu viel.* Versuchen Sie nicht, alles gleichzeitig zu machen. Wählen Sie einzelne Techniken und Übungen aus, trainieren Sie diese und wenden Sie sie in Ihrem Alltag an. Übung macht den Meister. Es geht um Können, nicht nur um Kennen. Hören Sie erst auf, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben oder sicher sind, dass die Technik nicht für Sie geeignet ist.
- ▶ *Machen Sie nicht zu wenig.* Die Überwindung einer depressiven Störung ist eine große Aufgabe. Sie können Sie nicht nebenher erledigen. Die Aufgabe braucht Ihre Zeit und Ihre Konzentration.
- ▶ *Wenden Sie die erlernten Werkzeuge auch nach Rückgang der depressiven Symptomatik weiter in Ihrem Alltag an, damit sie nicht »einrosten«.* Dies ist die beste Prophylaxe gegen erneute depressive Episoden und steigert Ihre Lebensqualität.

### 1.2 Aufbau des Buchs

Das Buch gliedert sich in 13 Kapitel (zum Überblick s. Inhaltsverzeichnis):

- ▶ Nach diesem Einführungskapitel finden Sie im **Kapitel 2 Diagnostik** Tools, die Sie zur Diagnostik von depressiven Störungen und Komorbidität, zur Erhebung des Verlaufs, zur Medikamentenanamnese und biographischen Anamnese einsetzen können. Speziell für Ärzte werden in diesem Kapitel mit dem Icon A gekennzeichnete Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt, die eine effiziente medizinische Diagnostik von depressiven Störungen erleichtern.
- ▶ Im **Kapitel 3 Psychoedukation zur Lebensführung bei Depression** finden Sie zahlreiche Arbeits- und Informationsblätter für Patienten und ihre Angehörigen zur Wissensvermittlung zu depressiven Erkrankungen, zum Zusammenhang von Depression mit häufigen komorbiden Erkrankungen, und Hinweisen zur Lebensführung bei Depression. Die Tools aus diesem Kapitel sind für alle Patientengruppen geeignet. Unter der Prämisse »wenige Dinge richtig machen« sollten Sie aber jeweils einzelne Informations- und Arbeitsblätter, die für den Patienten besonders wichtig sind, auswählen, besprechen und mitgeben.
- ▶ Im **Kapitel 4 Psychoedukation zu den Störungsmodellen der Verhaltenstherapie** werden die einzelnen Erklärungsmodelle der Verhaltenstherapie dargestellt. Das Kapitel kann als Wegweiser für den weiteren Gebrauch des Tools-Buchs fungieren: Für jedes Störungsmodell werden Hinweise gegeben, für welche Patienten es geeignet erscheint und in welchen Kapiteln die entsprechenden Tools für die Arbeit mit diesem Störungsmodell gefunden werden können. Wir empfehlen, dass Therapeuten sich zunächst einen Überblick über die vorgestellten Störungsmodelle verschaffen und entscheiden, mit welchem sie bei welchem Patienten arbeiten möchten. Sinnvoll ist es dann, dem Patienten das jeweilige Modell mit Hilfe des zugehörigen Arbeitsblatts vorzustellen und gemeinsam zu entscheiden, ob mit dem vorgestellten Störungsmodell gearbeitet werden soll.

- ▶ Das **Kapitel 5 Verhaltensaktivierung** beinhaltet Prinzipien und Techniken zum werteorientiertem Verhaltensaufbau, die vor allem aus der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Hayes et al., 1999) und dem Behavioral Activation Manual von Martell et al. (2010) stammen. Der Aufbau von Aktivitäten gehört zu den grundlegenden Therapieelementen für Patienten mit Depression und sollte bei allen Patienten in die Psychotherapie integriert werden. Zusätzlich werden in diesem Kapitel verschiedene Modelle für Verhaltensanalysen und Problemlösen vorgestellt.
- ▶ Im **Kapitel 6 Veränderung von Kognitionen** finden sich Tools zur Identifikation und Modifizierung von dysfunktionalen Gedanken, eine der wichtigsten und zentralsten Techniken der zweiten Welle der Verhaltenstherapie nach Beck (1979/2011, 2013).
- ▶ **Kapitel 7 Metakognitive Fertigkeiten** stellt Tools aus der Metakognitiven Therapie (MCT; Wells, 2011) vor, die v. a. für Patienten geeignet sind, die unter Grübeln, Sich-Sorgen und Bedrohungsmonitoring leiden. Die Tools können entsprechend der an Wells (2011) angelehnten Struktur eingesetzt werden, wenn Therapeut und Patient eine gesamte MCT-Therapie durchführen möchten. Es können aber auch einzelne Tools herausgegriffen werden, die losgelöst von einer MCT-Gesamtbehandlung angewendet werden können (z. B. zum Grübeln, Bedrohungsmonitoring oder zur Detached Mindfulness).
- ▶ **Kapitel 8 Achtsamkeit und Akzeptanz** enthält zahlreiche Tools zur Vermittlung der grundlegenden Prinzipien von Achtsamkeit und Akzeptanz sowie zu Achtsamkeitsübungen und deren Auswertung. Die eng mit Achtsamkeit und Akzeptanz verbundenen Fertigkeiten zur Validierung werden ebenfalls vermittelt. Die vorgestellten Prinzipien und Übungen entstammen ursprünglich der Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) nach Kabat-Zinn (1990) und der Achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie (MBCT; Segal et al., 2001) sowie der Dialektischen Verhaltenstherapie (DBT; Linehan, 1993a, b) und werden durch Einflüsse der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Hayes et al., 1999) und der Metakognitiven Therapie (MCT; Wells, 2011) ergänzt.
- ▶ In **Kapitel 9 Emotionsregulation** finden Sie Tools für die Vermittlung von Fertigkeiten zur Emotionsregulation, die für Menschen mit Depression wichtig sind. Hierzu zählen u.a. Psychoedukation zu Emotionen, Achtsamkeit und Akzeptanz von Emotionen, Erkennen von Bedürfnissen hinter Emotionen, Erkennen und Hinterfragen von problematischen Strategien im Umgang mit Emotionen mit Schwerpunkt auf Erlebnisvermeidung, Vermittlung und Übung des Prinzips vom entgegengesetzten Handeln aus der Dialektischen Verhaltenstherapie. Die vorgestellten Prinzipien und Übungen kommen ursprünglich aus der DBT (Linehan, 1993a, b) sowie der Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation (Sipos & Schweiger, 2011) und wurden speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit Depression angepasst. Zusätzlich wurden Elemente und Wissen aus der Schematherapie (Young et al., 2008; Jacob & Arntz, 2015), der Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Hayes et al., 1999) und der Metakognitiven Therapie (MCT; Wells, 2011) ergänzt.
- ▶ **Kapitel 10 Interpersonelle Fertigkeiten: Handlungsplanung** stellt Tools aus dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) in den Mittelpunkt (McCullough, 2000, 2006a). Besonders gut eignet sich diese Behandlungsmethode bei Patienten mit einer früh beginnenden chronischen Depression, die vor dem Hintergrund von traumatischen Beziehungserfahrungen entstanden ist. In dieses Kapitel wurde außerdem Befunde zu depressivem Verhalten von Joiner integriert (Pettit & Joiner, 2005, 2006), die das »Crisis generation«-Modell der Depression (Conway et al., 2012; Eberhart & Hammen, 2010) und typische »depressive Kommunikationsmuster« (Hames et al., 2013) betreffen.
- ▶ **Kapitel 11 Interpersonelle Fertigkeiten: Verhaltenstraining** beinhaltet Tools zum Verhaltenstraining interpersoneller Fertigkeiten, die speziell an die Fertigkeitendefizite von Patienten mit Depression angepasst wurden. Hierzu wurden Elemente und Wissen aus der Kognitiven Verhaltenstherapie (Hautzinger, 2013), dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen (Hinsch & Pfingsten, 2015), aus dem Assertivness-Training (Ullrich & de Muynck, 2005), der Dialektischen Verhaltenstherapie (DBT; Linehan, 1993a, b) sowie der Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation (Sipos & Schweiger, 2011) integriert.
- ▶ **Kapitel 12 Umgang mit Suizidalität und Krisen** stellt Tools zur Diagnostik und zum Umgang mit Suizidalität und Krisen zur Verfügung. Aufgrund der hohen Suizidrate bei Depression haben die gewissenhafte Diagnostik von Suizidalität sowie der Umgang mit Krisen eine hohe Priorität bei der Behandlung von Menschen mit Depression.
- ▶ **Kapitel 13 Rückfallprophylaxe** enthält Tools, die der Verhinderung von erneuten depressiven Episoden dienen. Die Rückfallprophylaxe fußt dabei auf drei wichtigen Pfeilern: Fortsetzung der erlernten Fertigkeiten, Lebensgestaltung entsprechend der eigenen Werte und Selbstfürsorge.

## — Systematik der Kapitel

Jedes Kapitel hat die gleiche Struktur und beginnt mit einer Einführung, in der die wesentlichen Prinzipien sowie die Ursprünge der jeweiligen Tools des Kapitels und der Aufbau des Kapitels erklärt werden. Unser Ziel war es, den Großteil dieses Bandes sowohl für Therapeuten als auch für Patienten verständlich zu schreiben. Wir haben uns deshalb entschieden, die Einführung für Therapeuten knapp zu halten und verweisen zur Vertiefung auf die in der Einführung genannte Literatur. Für jedes Kapitel werden dann die folgenden Fragen beleuchtet:

- ▶ Für welche Patientengruppen sind die Tools aus diesem Kapitel besonders geeignet?
- ▶ Mit welchen Tools können die Tools aus diesem Kapitel gut kombiniert werden?
- ▶ Mit welchen Tools sollten die Tools dieses Kapitels nicht kombiniert werden?

Anschließend folgt die Erklärung der Arbeitsmaterialien des Kapitels, in der alle Tools vorgestellt werden und Hinweise zur Anwendung der einzelnen Arbeits- und Informationsblätter gegeben werden. Nach dieser Einleitung folgen dann die einzelnen Arbeits- und Informationsblätter.

**Icons.** Um sich auf den Arbeits- und Informationsblättern direkt zurechtzufinden, sind alle mit verschiedenen Icons ausgestattet. An diesen können Sie sofort erfassen, für wen das Arbeits- oder Informationsblatt gedacht ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons werden Ihnen im Buch begegnen:

-  ▶ »Therapeut / In«: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die für den Therapeuten gedacht sind.
-  ▶ »Arzt / Ärztin«: Dieses Icon kennzeichnet (im Kapitel 2 »Diagnostik«) Arbeits- und Informationsblätter, die zur medizinischen Diagnostik depressiver Störungen eingesetzt werden können.
-  ▶ »Patient / In«: Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die den Patienten zur Bearbeitung ausgehändigt werden.
-  ▶ »Ran an den Stift«: Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt zu notieren.
-  ▶ »Hier passiert was«: An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeuten und Patienten gegeben.
-  ▶ »Videotracks«: Hier wird auf Videos hingewiesen, die zur Verdeutlichung einer Technik in den Online-Materialien angeschaut werden können.
-  ▶ »Mal hergehört«: Dieses Icon kennzeichnet Abschnitte, die wörtliche Vorgaben vom Therapeuten an den Patienten darstellen.

## 1.3 Leitmotti des Buches

### — Wenige Dinge richtig tun!

Wenige Dinge richtig zu tun, ist ein wichtiges Motto für die Nutzung eines Werkzeugkoffers. Das Motto gilt für Patienten wie für Therapeuten. Viele Dinge gleichzeitig zu machen oder viele Dinge kurz anzureißen ist die Versuchung, die mit einem großen Werkzeugkoffer verbunden ist. Was sind die problematischen Konzepte?

### — »Viel hilft viel« stimmt nur manchmal

»Viel hilft viel« stimmt nur manchmal. Diese Überzeugung ist ein wichtiges Beispiel dafür, wie Vergleichsprozesse in die Irre führen können. Wir lernen in der Schule, dass 20 Euro mehr sind als zwei Euro. Ist die Anwendung von zwanzig Therapietechniken besser als die Konzentration auf zwei Techniken? Eher nicht! Wie auch sonst in der Medizin kommt es auf die richtige Kombination und Dosis an. In der Behandlung eines hohen Blutdrucks verwendet man Zweier- oder Dreierkombinationen. Man würde nie auf Idee kommen einfach mehr Substanzen einzusetzen, wenn die Wirkung nicht stimmt. Wenn Sie ein gemütliches Frühstück am Sonntag mit Ihrem Partner oder Ihren Kindern planen, wird es nicht schöner, wenn Sie 20 Sorten Marmelade kaufen anstatt nur drei.

## — Komplexe Probleme brauchen nicht immer komplexe Lösungen

Auch das stimmt nur manchmal. Häufig lassen sich komplexe Probleme mit einfachen Interventionen lösen. Migränekopfschmerzen beruhen auf einer komplexen und nur teilweise verstandenen Störung der neuronalen Steuerung der Gefäße im Gehirn. Trotzdem ist für viele Betroffene eine Tablette mit Acetylsalicylsäure oder einem Triptan eine ausreichende Lösung. Die Voraussetzung dafür, dass eine einfache Lösung funktioniert, ist, dass sie an einer Schlüsselstelle ansetzt. Deswegen ist es so wichtig, sorgfältig auszuwählen, wo man anfängt. Eine weitere Metapher für dieses Thema ist das Kartenhausmodell psychischer Störungen. Wenn man bei einem Kartenhaus eine der Karten herauszieht, die eine Schlüsselrolle für die Statik haben, dann bricht alles zusammen. Karten in der Peripherie kann man wegnehmen, ohne dass sonst etwas passiert.

## — Können, nicht nur kennen

Einsicht in eigene Problemverhaltensweisen und Handlungsschemata und das Wissen um wichtige Krankheitsmechanismen ist für die Behandlung einer Depression wichtig. Der Erfolg von Psychotherapie hängt aber kritisch am Erwerb neuer Fertigkeiten und die müssen geübt werden. Beim Üben einer neuen Fertigkeit muss man sich ganz auf eine Sache konzentrieren. Stellen Sie sich vor, Sie wollen neu einen Wintersport erlernen und der Skilehrer würde Ihnen vorschlagen jeweils morgens mit Alpinski zu fahren und nachmittags mit einem Snowboard. Keine wirklich gute Idee! Beides sind zwar tolle Techniken, um die Abfahrt von einem schneebedeckten Berg zu bewältigen. Das erforderliche Bewegungsmuster ist aber sehr unterschiedlich. Es ist schlauer eines zu wählen, sich darauf zu konzentrieren und mindestens so lange Unterricht zu nehmen, bis man eine rote Piste ohne wesentliche Stürze schafft. Wenn man dann auch das andere probieren will, ist das völlig in Ordnung.

## Umgang mit der Vielfalt der Therapiemöglichkeiten

Psychotherapie hat mittlerweile ein sehr vielfältiges Angebot in der Depressionsbehandlung. Die einzelnen Schwerpunktsetzungen kann man auf der Grundlage ihrer Leitfragen identifizieren. Stellen Sie sich die einzelnen Fragen in Bezug auf den Patienten oder richten Sie die Fragen an den Patienten!

### — Häufigkeit kritischer Verhaltensweisen

Gibt es etwas, was Sie häufiger tun sollten? Haben Sie aufgehört etwas zu tun, was wichtig ist? Gibt es etwas, was Sie zum ersten Mal tun sollten? Welches Verhalten ist möglicherweise ein gutes Antidepressivum?

 .....

.....

Gibt es etwas, was Sie nicht mehr tun sollten, beispielsweise eine Arbeit oder eine Beziehung, die Sie nicht fortsetzen sollten, oder einen Konflikt, den Sie beenden sollten, weil er verloren ist?

.....

.....

### — Bewertungsprozesse und Selbstinstruktionen

Sollten Sie die Art, wie Sie Ereignisse oder Personen in Ihrem Leben bewerten, verändern? Vermuten Sie, dass Sie Dinge zu unausgewogen oder zu pessimistisch bewerten?

.....

.....

Sollten Sie Ihr Selbstgespräch verändern? Sprechen Sie grob oder beschimpfend mit sich selbst? Sollten Sie häufiger freundliche oder tröstliche Selbstgespräche führen?

.....

.....

### — Fertigkeitendefizite und fehlende Erfahrungen

Gibt es wichtige Fertigkeiten, die Ihnen fehlen, oder Bereiche, in denen Sie ungeschicktes Verhalten bei sich beobachten?

<input type="checkbox"/>	Planung von Aktivitäten (persönliche oder berufliche)
<input type="checkbox"/>	Umgang mit Emotionen
<input type="checkbox"/>	Kluges und geschicktes zwischenmenschliches Verhalten
<input type="checkbox"/>	Umgang mit sich aufdrängenden Gedanken, Erinnerungen, Fantasien oder Bildern
<input type="checkbox"/>	Umgang mit belastenden Situationen
<input type="checkbox"/>	Konzentrationsfähigkeit auf gegenwärtige Aufgabe

Fehlen Ihnen wichtige Erfahrungen in Ihrem Leben?

<input type="checkbox"/>	Verlässliche Freundschaften
<input type="checkbox"/>	Verlässliche Liebesbeziehungen
<input type="checkbox"/>	Selbstverwirklichung im Bereich Bildung, Beruf oder anderen wichtigen Wertebereichen
<input type="checkbox"/>	Unabhängigkeit, Selbstbestimmung

# KAPITEL 2 /

## Diagnostik

### 2.1 Einführung

Das Ziel dieses Kapitels ist es, Ihnen Tools an die Hand zu geben, mit denen Sie schnell und effizient:

- ▶ Patienten auf das Vorliegen einer Depression hin screenen können
- ▶ die Diagnose einer Depression sichern und die Verlaufsform bestimmen können
- ▶ schnell und effizient auf Komorbiditäten screenen können
- ▶ den Verlauf einer Depression erfassen können
- ▶ Medikamentenanamnese und biographische Anamnese erheben können

Speziell für Ärzte werden in diesem Kapitel mit dem Icon A gekennzeichnete Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt, die eine medizinische Diagnostik bei depressiven Störungen erleichtern.

### 2.2 Erklärung der Arbeitsmaterialien dieses Kapitels

#### — Screeninginstrumente

##### ▶ **AB 2.1 / Kurztest: Könnte ich an einer Depression leiden? Der Patient Health Questionnaire (PHQ-2)**

Dieses AB kann als erster kurzer Test auf das Vorliegen einer Depression verwendet werden. Wenn Patienten auf eine der beiden Fragen mit »beinahe an jedem Tag« antworten, sollte eine genauere Diagnostik durchgeführt werden. Eine Studie kam zu dem Ergebnis, dass mit steigender Punktzahl im PHQ-2-Screener die Wahrscheinlichkeit, an einer depressiven Episode zu leiden, deutlich ansteigt. Bei einer Anwendung in der primärärztlichen Versorgung hat der Fragebogen bei einem Schwellenwert von 3 Punkten eine Sensitivität von 83 % und eine Spezifität von 92 % für das Vorliegen einer depressiven Episode (Kroenke et al., 2003).

##### ▶ **AB 2.2 / Bin ich nur traurig oder leide ich an einer Depression? Der Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**

Im PHQ-9 werden alle wichtigen Symptome einer Depression abgefragt (Kroenke et al., 2001). Die neun Fragen beziehen sich auf die Symptome einer Depression wie sie auch im Rahmen einer strukturierten Diagnostik nach DSM-IV abgefragt werden. Dabei werden die Betroffenen jeweils gefragt, wie häufig bestimmte Symptome bestanden haben: nie, an einzelnen Tagen, an mehr als der Hälfte der Tage oder beinahe täglich.

Der PHQ-9 kann als ausführliches Screening für das Vorliegen einer Depression verwendet werden. Dazu wertet man aus, ob der Betroffene bei fünf oder mehr der Items angegeben hat, an mehr als der Hälfte der Tage an dem beschriebenen Symptom zu leiden. Das entspricht einem Wert von zwei für dieses Item. Für ein positives Screening-Ergebnis wird gefordert, dass der Wert bei mindestens einer der beiden ersten Fragen (niedergedrückte Stimmung bzw. Verlust an Freude oder Interesse) zwei ist. Ein positives Screening-Ergebnis muss jedoch durch eine klinische Diagnostik bestätigt werden.

Darüber hinaus kann der PHQ-9 zur Schweregradeinteilung und als kurzes Instrument in der Verlaufsbeurteilung eingesetzt werden. Dabei geht man von folgender Einteilung aus:

<b>Schweregrad der Depression</b>	<b>Gesamtwert PHQ</b>
Keine Depression	0 – 4
Leichte Depression	5 – 9
Mittelgradige Depression	10 – 14
Mittelgradig schwere Depression	15 – 19
Schwere Depression	20 – 27

## — Kategoriale Diagnostik

### ▶ **AB 2.3/Strukturierte Erhebung der Diagnose und des Verlaufs einer Depression**

In diesem AB sind – modifiziert nach Klein und Belz (2014) und angepasst an das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013a) – die für die Diagnostik einer Depression relevanten Fragen übersichtlich zusammengestellt (Zur systematischen Erhebung der Depressionsanamnese s. a. McCullough, 2007; Wittchen et al., 1997). Sollte das Ziel lediglich sein, das Vorliegen einer depressiven Episode festzustellen, ist die Bearbeitung des ersten Teils ausreichend. Die Teile zwei bis sechs dienen der Beschreibung des Verlaufs der Depression und der Diagnose einer chronischen Depression.

### ▶ **AB 2.4/Kriterien für die Einteilung in verschiedene Verlaufsformen der Depression**

Diese Übersicht kann als Unterstützung bei der Verlaufeinteilung von depressiven Störungen verwendet werden (Die grafische Übersicht ist adaptiert nach Klein et al., 2014).

### ▶ **INFO 2.1/Ausfüllhilfe zum Zeitverlauf der Depression**

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, den Zeitverlauf der Depression zu erheben. Diese Möglichkeiten werden hier vorgestellt und eine Erläuterung zum Ausfüllen der folgenden Arbeitsblätter gegeben.

### ▶ **AB 2.5/Zeitverlauf der Depression (symptomorientiert): Beispiel**

Bei diesem Beispiel steht die Schwere der depressiven Symptomatik im Mittelpunkt der Erhebung. Das Beispiel gibt Patienten und Therapeuten eine Vorstellung, wie das folgende Arbeitsblatt ausgefüllt werden kann.

### ▶ **AB 2.6/Zeitverlauf der Depression (symptomorientiert): eigener Verlauf**

Dieses AB dient der Erhebung selbst. Unter Umständen brauchen Patienten mehr als eine Seite. Dabei sollte eine Balance zwischen Gründlichkeit (eine weitere Seite nehmen) und Effizienz (nicht zu viele Seiten nehmen) gefunden werden.

### ▶ **AB 2.7/Zeitverlauf der Depression (funktionsorientiert): Beispiel**

Bei diesem Beispiel stehen die Funktionseinschränkungen des Patienten im Mittelpunkt der Erhebung. Das Beispiel gibt Patienten und Therapeuten eine Vorstellung, wie das folgende Arbeitsblatt ausgefüllt werden kann.

### ▶ **AB 2.8/Zeitverlauf der Depression (funktionsorientiert): eigener Verlauf**

Dieses AB dient der Erhebung selbst. Auch hier sollte wieder darauf geachtet werden, dass unter Umständen mehr als eine Seite nötig ist, aber nicht zu viele Seiten verwendet werden sollten.

### ▶ **INFO 2.2/Zusatzcodierungen einer depressiven Störung nach dem DSM-5**

Angelehnt an das DSM-5 sind hier wichtige Informationen zur weiteren diagnostischen Einordnung zusammengefasst. Im DSM-5 sind für die Beschreibung einer depressiven Störung Zusatzcodierungen vorgesehen, mit denen der Schweregrad, die vorherrschende Symptomatik und der zeitliche Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen (Geburt / Jahreszeiten) genauer beschrieben werden können. Das Ziel dabei ist, die diagnostische Spezifität zu erhöhen und homogenere Subgruppen für gezieltere Therapieindikationen zu stellen (American Psychiatric Association, 2013b). Daher finden Sie an dieser Stelle auch einen Auszug aus den Leitlinien zur Behandlung von Depression in Abhängigkeit vom Schweregrad (DGPPN et al., 2009). In Abweichung vom DSM-5 haben wir uns entschieden, bei den Zusatzcodierungen auch einen Kode »Beginn nach einem Trauerfall« aufzunehmen, denn möglicherweise unterscheiden sich Menschen mit erstmaliger, kurzdauernder depressiver Episode nach einem Todesfall in ihrem weiteren Depressionsrisiko nicht von gesunden Menschen (Klein et al., 2014).

### ▶ **AB 2.9/Screening auf das Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen**

Dieses AB dient dem Screening auf das Vorliegen häufiger komorbider Störungen einer Depression. Die Erhebung orientiert sich am DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b). Die Auswahl der erhobenen Störungen basiert auf empirischen Befunden zu im Rahmen von Depressionen häufig komorbid auftretenden Störungen (Melartin et al., 2002).

Der Fragebogen kann nach einer kurzen Instruktion zunächst vom Patienten ausgefüllt werden. Bei einem positiven Screening sollte die Verdachtsdiagnose mittels strukturierter klinischer Diagnostik verifiziert werden. Dazu empfiehlt sich beispielsweise das Strukturierte Klinische Interview nach DSM (SKID I + II, Fydrich et al., 1997; Wittchen et al., 1997).

### ▶ **AB 2.10/Auswertung: Screening auf das Vorliegen weiterer psychischer Erkrankungen**

Dieses AB unterstützt Therapeuten bei der Auswertung von AB 2.9 und hilft bei der Entscheidung, ob eine weitere Diagnostik erfolgen sollte.

## — Dimensionale Diagnostik

- ▶ **AB 2.11/ Gegenwärtige Schwere meiner depressiven Symptomatik: das Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-SR)**  
Dieses Depressionsinventar eignet sich gut zur Beschreibung des Verlaufs der depressiven Symptomatik im Lauf der Behandlung und kann zu jeder Sitzung vom Patienten ausgefüllt werden, um auch subtile Veränderungen in der Ausprägung der Symptomatik zu erfassen.
- ▶ **INFO 2.3/ Einschätzung des Schweregrades der Depression anhand des Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-SR)**  
Dieses Infoblatt hilft Therapeuten bei der Zuordnung der Rohwerte des IDS-SR zu einem bestimmten Schweregrad der gegenwärtigen depressiven Symptomatik.

## — Weitere hilfreiche Tools

- ▶ **AB 2.12/ Fragebogen zur biographischen Anamnese**  
Die biographische Anamnese ist eine wichtige Grundlage zum Verständnis von Depression. Die biographische Anamnese ermöglicht eine Abschätzung folgender Faktoren: familiäre Belastung mit psychischen Erkrankungen, Ausmaß von Traumatisierung, Bildungsgeschichte, Geschichte von Freundschaften, Geschichte von Partnerschaften, Geschichte von Elternschaft. Die Biographie erlaubt somit einen Rückschluss auf spezifische Belastungen, Erfahrungen, Ressourcen und Fertigkeiten des Patienten. Die Intensität der Beschäftigung mit der biographischen Anamnese variiert mit der Dauer der Therapie, der verfügbaren Zeit, den Bedürfnissen des Patienten, der Gewichtung der Faktoren »Gegenwärtige Fertigkeitendefizite« vs. »Verankerung der Problematik in der Lerngeschichte«. Die diesbezüglichen Vorgaben der spezifischen Psychotherapiemanuale für Depression sind sehr heterogen. Grundsätzlich muss dialektisch abgewogen werden zwischen folgenden Haltungen: Auf der einen Seite erfordert die Behandlung psychischer Störungen eine Veränderung des Verhaltens des betroffenen Patienten in der aktuellen Lebenssituation. Die Beschäftigung mit der Vergangenheit kann von dieser Notwendigkeit ablenken. Auf der anderen Seite sind psychische Störungen das Produkt einer langen Verhaltenskette, die bis in die Kindheit zurückgehen kann. Dieser Aspekt darf nicht vernachlässigt werden.
- ▶ **AB 2.13/ Medikamentenanamnese**  
Mit diesem Bogen kann Ihnen der Patient strukturiert Auskunft geben zur gegenwärtigen medikamentösen Behandlung und zur Vorbehandlung.

## — Tools zur medizinischen Diagnostik

Die folgenden Tools dienen der Etablierung von Standards der medizinischen Diagnostik von depressiven Störungen. Sie sind beispielsweise für Kliniken geeignet, die Patienten mit Depression behandeln.

- ▶ **INFO 2.4/ Medizinische Diagnostik bei depressiven Störungen**  
Hier finden Sie grundlegende Informationen zur medizinischen Diagnostik bei depressiven Störungen.
- ▶ **AB 2.14/ Anamnesebogen**  
Kann sowohl vom Patienten als auch vom Arzt ausgefüllt werden und bietet eine Übersicht über gegenwärtige und frühere Erkrankungen und Behandlungen.
- ▶ **AB 2.15/ Liste medizinischer Symptome**  
Erhebt systematisch alle wesentlichen medizinischen Symptome bedeutsamer Erkrankungen. Der Behandler muss hier entscheiden, ob dieser Bogen als Selbstrating ausgefüllt oder die körperliche Symptomatik durch einen Arzt erhoben werden sollte (z. B. bei Patienten mit Gesundheitsängsten). Abwesenheit von wesentlichen Symptomen senkt die Wahrscheinlichkeit schwerwiegender medizinischer Erkrankungen erheblich.
- ▶ **INFO 2.5/ Checkliste Körperliche Untersuchung**  
Dokumentiert alle wesentlichen Schritte einer umfassenden medizinisch-neurologisch körperlichen Untersuchung. Das Fehlen wesentlicher Befunde in der körperlichen Untersuchung macht eine medizinische oder neurologische Ursache eines depressiven Symptoms unwahrscheinlich. Die Durchführung muss durch einen Arzt erfolgen.

► **INFO 2.6/Checkliste Technische Untersuchungen**

Macht Vorschläge für technische Untersuchungsprogramme in Abhängigkeit von der spezifischen Situation des Patienten. Weiterhin finden Sie Erläuterungen zur Aussagekraft der einzelnen Untersuchungsparameter.

► **INFO 2.7/Medikamente und Depression**

Gibt einen Überblick über Substanzgruppen, bei denen Depression als Nebenwirkung beobachtet wurde.

► **INFO 2.8/Interaktion von Depression und Schwangerschaft**

Gibt Hinweise auf die Besonderheiten der Depressionsbehandlung in der Schwangerschaft.

► **INFO 2.9/Depression und medizinische Erkrankungen**

Gibt Hinweise auf spezifische Zusammenhänge zwischen medizinischen Erkrankungen und Depression.

**Kurztest: Könnte ich an einer Depression leiden?  
Der Patient Health Questionnaire (PHQ-2)**

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe an jedem Tag
(1) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	1	2	3
(2) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3

**Bin ich nur traurig oder leide ich an einer Depression?  
Der Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?				
	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe an jedem Tag
(1) Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	1	2	3
(2) Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
(3) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	0	1	2	3
(4) Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3
(5) Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	0	1	2	3
(6) Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
(7) Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	0	1	2	3
(8) Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil »zappelig« oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	0	1	2	3
(9) Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	1	2	3
Summe der Spalten				
Gesamtwert = Addition der Spaltensummen				
	Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorlagen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen.				

**(I) Gegenwärtige depressive Episode**

Zunächst sollte die gegenwärtige depressive Symptomatik erhoben werden: Erfüllt der Betroffene gegenwärtig die Kriterien einer depressiven Episode?

*Mindestens (a) oder (b) durchgehend während zweiwöchigem Zeitraum*

Während der letzten vier Wochen ... [Mindestens depressive Verstimmung oder Verlust von Interesse und Freude durchgehend während zweiwöchigem Zeitraum]

- (a) ... gab es da eine Zeitspanne, in der Sie sich fast durchgängig niedergeschlagen oder traurig fühlten? Hielt diese für zwei Wochen oder länger an?
- trifft zu       trifft nicht zu
- (b) ... haben Sie das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machten? War dies fast jeden Tag der Fall? Hielt dies für zwei Wochen oder länger an?
- trifft zu       trifft nicht zu

Während dieser Zeit ... [Mindestens vier weitere Symptome während des gleichen zweiwöchigen Zeitraumes durchgehend und Veränderung gegenüber der bisherigen Leistungsfähigkeit]

... haben Sie da zu- oder abgenommen? (Wieviel? Mehr als 5 % des Körpergewichts im Monat? Haben Sie versucht abzunehmen?) Wie war Ihr Appetit? (Im Vergleich zu sonst? Mussten Sie sich zum Essen zwingen? Haben Sie mehr oder weniger als sonst gegessen?)

trifft zu       trifft nicht zu

... hatten Sie irgendwelche Schlafprobleme? (Ein- und Durchschlafprobleme, häufiges oder zu frühes Erwachen, vermehrter Schlaf? Wie viele Stunden im Vergleich zu sonst? War dies fast täglich der Fall?)

trifft zu       trifft nicht zu

... waren Sie so nervös oder unruhig, dass Sie nicht stillsitzen konnten? Sprachten Sie oder bewegten Sie sich langsamer als sonst? War es so schlimm, dass andere es bemerkten? Was konnten diese beobachten? War dies fast jeden Tag der Fall?

trifft zu       trifft nicht zu

... haben Sie Ihre Energie verloren, fühlten Sie sich ständig müde und abgeschlagen? (Nahezu täglich?)

trifft zu       trifft nicht zu

... wie sah es mit Ihrem Selbstwertgefühl aus? (Fühlten Sie sich wertlos? Fast jeden Tag?) Fühlten Sie sich schuldig wegen Dingen, die Sie getan oder auch nicht getan haben? (Nahezu täglich?)

trifft zu       trifft nicht zu

... hatten Sie Schwierigkeiten beim Denken oder Konzentrieren? (In welchen Situationen fiel Ihnen das auf?) (Fast täglich?) Fiel es Ihnen schwer, alltägliche Dinge zu entscheiden? (Fast jeden Tag?)

trifft zu       trifft nicht zu

... ging es Ihnen so schlecht, dass Sie oft über den Tod nachdachten oder daran dachten, dass es besser wäre tot zu sein? Haben Sie daran gedacht, sich etwas anzutun? Haben Sie je versucht, sich etwas anzutun?

trifft zu       trifft nicht zu

Diagnose gegenwärtige MDE (mindestens (a) oder (b) und mindestens vier weitere Symptome):

Ja ..... Nein .....

Wenn ja, gehe zu Abschnitt 3 (Anhaltende depressive Episode)

Wenn nein, gehe zu Abschnitt 2 (Zurückliegende depressive Episoden)



**(2) Zurückliegende depressive Episode**

*Mindestens (a) oder (b) durchgehend während zweiwöchigem Zeitraum*

Hatten Sie jemals in Ihrem Leben eine Phase von zwei Wochen oder länger, in der ... [Mindestens depressive Verstimmung oder Verlust von Interesse und Freude durchgehend während zweiwöchigem Zeitraum, bei mehreren Phasen fragen Sie nach der schlimmsten]

(a) ... Sie sich fast durchgängig niedergeschlagen oder traurig fühlten?

trifft zu       trifft nicht zu

(b) ... Sie fast jeden Tag das Interesse oder die Freude an fast allen Aktivitäten verloren haben, die Ihnen gewöhnlich Freude machten?

trifft zu       trifft nicht zu

Während dieser Zeit ... [Mindestens vier weitere Symptome während des gleichen zweiwöchigen Zeitraumes durchgehend und Veränderung gegenüber der bisherigen Leistungsfähigkeit]

... haben Sie da zu- oder abgenommen? (Wieviel? Mehr als 5 % des Körpergewichts im Monat? Haben Sie versucht abzunehmen?) Wie war Ihr Appetit? (Im Vergleich zu sonst? Mussten Sie sich zum Essen zwingen? Haben Sie mehr oder weniger als sonst gegessen?)

trifft zu       trifft nicht zu

... hatten Sie irgendwelche Schlafprobleme? (Ein- und Durchschlafprobleme, häufiges oder zu frühes Erwachen, vermehrter Schlaf? Wie viele Stunden im Vergleich zu sonst? War dies fast täglich der Fall?)

trifft zu       trifft nicht zu

... waren Sie so nervös oder unruhig, dass Sie nicht stillsitzen konnten? Sprachten Sie oder bewegten Sie sich langsamer als sonst? War es so schlimm, dass andere es bemerkten? Was konnten diese beobachten? War dies fast jeden Tag der Fall?

trifft zu       trifft nicht zu

... haben Sie Ihre Energie verloren, fühlten Sie sich ständig müde und abgeschlagen? (Nahezu täglich?)

trifft zu       trifft nicht zu

... wie sah es mit Ihrem Selbstwertgefühl aus? (Fühlten Sie sich wertlos? Fast jeden Tag?) Fühlten Sie sich schuldig wegen Dingen, die Sie getan oder auch nicht getan haben? (Nahezu täglich?)

trifft zu       trifft nicht zu

... hatten Sie Schwierigkeiten beim Denken oder Konzentrieren? (In welchen Situationen fiel Ihnen das auf?) (Fast täglich?) Fiel es Ihnen schwer, alltägliche Dinge zu entscheiden? (Fast jeden Tag?)

trifft zu       trifft nicht zu

... ging es Ihnen so schlecht, dass Sie oft über den Tod nachdachten oder daran dachten, dass es besser wäre tot zu sein? Haben Sie daran gedacht, sich etwas anzutun? Haben Sie je versucht, sich etwas anzutun?

trifft zu       trifft nicht zu



## Strukturierte Erhebung der Diagnose und des Verlaufs einer Depression

3/5

Diagnose zurückliegende MDE (mindestens (a) oder (b) und mindestens vier weitere Symptome):

Ja ..... Nein .....

Wenn ja, gehe zu Abschnitt 3 (Anhaltende depressive Episode)

Wenn nein, gehe zu Abschnitt 5 (Dysthymes Syndrom)

**(3) Anhaltende depressive Episode**

Sie haben beschrieben, dass Sie gegenwärtig oder in der Vergangenheit an einer depressiven Episode gelitten haben. Haben Sie jemals über einen Zeitraum von zwei Jahren oder länger nahezu durchgehend nahezu jeden Tag an den genannten Symptomen wie z. B. (nenne einige der Symptome, u.a. Depressivität) gelitten?

Wenn ja:

Wann war das? Wann begann diese Phase? Während dieser zwei Jahre oder länger, gab es eine Zeitspanne von acht Wochen oder länger, in der Sie nicht durchgehend (depressiv / eigener Ausdruck) waren? [über mindestens zwei Jahre keinen Zeitraum von mindestens 8 Wochen, in denen die Kriterien einer depressiven Episode nicht erfüllt waren].

Diagnose einer anhaltenden depressiven Episode (> 2 Jahre):

Ja ..... Nein .....

Gehe zu Abschnitt 4 (Anzahl der depressiven Episoden)

**(4) Anzahl der depressiven Episoden**

Wie oft in Ihrem Leben waren Sie mindestens 2 Wochen lang fast jeden Tag (depressiv / eigener Ausdruck) und hatten einige der genannten Symptome, wie z. B. (Nenne einige Symptome)? [Bestimme so präzise wie möglich die Anzahl der depressiven Episoden]

Beurteile:

Anzahl depressiver Episoden: .....

Gehe zu Abschnitt 5 (kann bei Diagnose einer anhaltenden depressiven Episode übersprungen werden)



**(5) Dysthymes Syndrom**

Haben Sie in den letzten zwei Jahren (den zwei Jahren vor Beginn der jetzigen depressiven Episode) die meiste Zeit (50 % der Tage) unter einer depressiven Stimmung gelitten? [Muss erfüllt sein]

Ja ..... Nein .....

Während dieser langen Zeitspanne von mehr als 2 Jahren mit (eigener Ausdruck für Chronische Depression) ... [Mindestens 2 müssen zutreffen]

... haben Sie oft Ihren Appetit verloren?

Ja ..... Nein .....

... hatten Sie Schlafstörungen oder schliefen Sie mehr als sonst?

Ja ..... Nein .....

... waren Sie ohne Energie und fühlten Sie sich fast ständig müde oder erschöpft?

Ja ..... Nein .....

... fühlten Sie sich häufig wertlos oder ohne Selbstbewusstsein (oder als Versager)?

Ja ..... Nein .....

... hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren oder Entscheidungen zu treffen?

Ja ..... Nein .....

Während der letzten 2 Jahre, gab es eine Zeitspanne von acht Wochen oder länger, in der Sie frei von diesen Symptomen waren? [Symptomfreiheit für nicht länger als 2 Monate]

Ja ..... Nein .....

Beurteile:

Diagnose Dysthymie (mindestens niedergedrückte Stimmung und mindestens zwei weitere Symptome an mehr als der Hälfte der Tage über mindestens zwei Jahre, ohne dass es einen Zeitraum von zwei Monaten oder länger ohne Symptome gegeben hätte):

Ja ..... Nein .....

Gehe zu Abschnitt 6 (Beginn der Depression)



**(6) Beginn der Depression**

Wann waren Sie zum ersten Mal in Ihrem Leben depressiv? [Bestimme, wann zum ersten Mal eine klinisch relevante depressive Symptomatik bestanden hat, dabei werden sowohl depressive Episoden als auch dysthyme Syndrome berücksichtigt.]

Beurteile:

früher Beginn: < 21 Lj. ....

später Beginn: > 21 Lj. ....

**(7) Zusammenfassung**

Notieren Sie an dieser Stelle alle erhobenen Diagnosen, Sie können dabei das *AB 2.4 / Kriterien für die Einteilung in verschiedene Verlaufsformen der Depression* zur Hilfe nehmen.

Verlaufsform:

.....

Anzahl der depressiven Episoden:

.....

Beginn: früher Beginn / später Beginn

## Kriterien für die Einteilung in verschiedene Verlaufsformen der Depression

Verlaufsform	Kriterien	Abschnitt des AB 2.3/ <i>Strukturierte Erhebung der Diagnose und des Verlaufs einer Depression</i>
Erstmalige depressive Episode	Kriterien einer gegenwärtigen depressiven Episode erfüllt	»ja« in Abschnitt 1
	Kriterien einer anhaltenden depressiven Episode nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 3
	keine weiteren depressiven Episoden	Anzahl depressiver Episoden in Abschnitt 4 ist eins
	Kriterien des dysthymen Syndroms sind nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 5
Bestimme: Beginn: früher Beginn / später Beginn		Abschnitt 6
Rezidivierende depressive Störung, ggf. remittiert	Kriterien einer gegenwärtigen depressiven Episode nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 1
	Kriterien einer zurückliegenden depressiven Episode erfüllt	»ja« in Abschnitt 2
	Kriterien einer anhaltenden depressiven Episode nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 3
	Kriterien des dysthymen Syndroms sind nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 5
Bestimme: Anzahl der depressiven Episoden		Abschnitt 4
Bestimme: Beginn: früher Beginn / später Beginn		Abschnitt 6
Rezidivierende depressive Störung, ggf. depressive Episode	Kriterien einer gegenwärtigen depressiven Episode erfüllt	»ja« in Abschnitt 1
	Kriterien einer anhaltenden depressiven Episode nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 3
	Kriterien des dysthymen Syndroms sind nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 5
Bestimme: Anzahl der depressiven Episoden		Abschnitt 4
Bestimme: Beginn: früher Beginn / später Beginn		Abschnitt 6
Anhaltend depressive Störung, ausschließlich dysthymes Syndrom	Kriterien einer gegenwärtigen depressiven Episode nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 1
	Kriterien einer zurückliegenden depressiven Episode in den letzten zwei Jahren nicht erfüllt	»ja« oder »nein« in Abschnitt 2
	Kriterien einer anhaltenden depressiven Episode nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 3
	Kriterien des dysthymen Syndroms sind erfüllt	»ja« in Abschnitt 5
Bestimme: Anzahl der depressiven Episoden		Abschnitt 4
Bestimme: Beginn: früher Beginn / später Beginn		Abschnitt 6

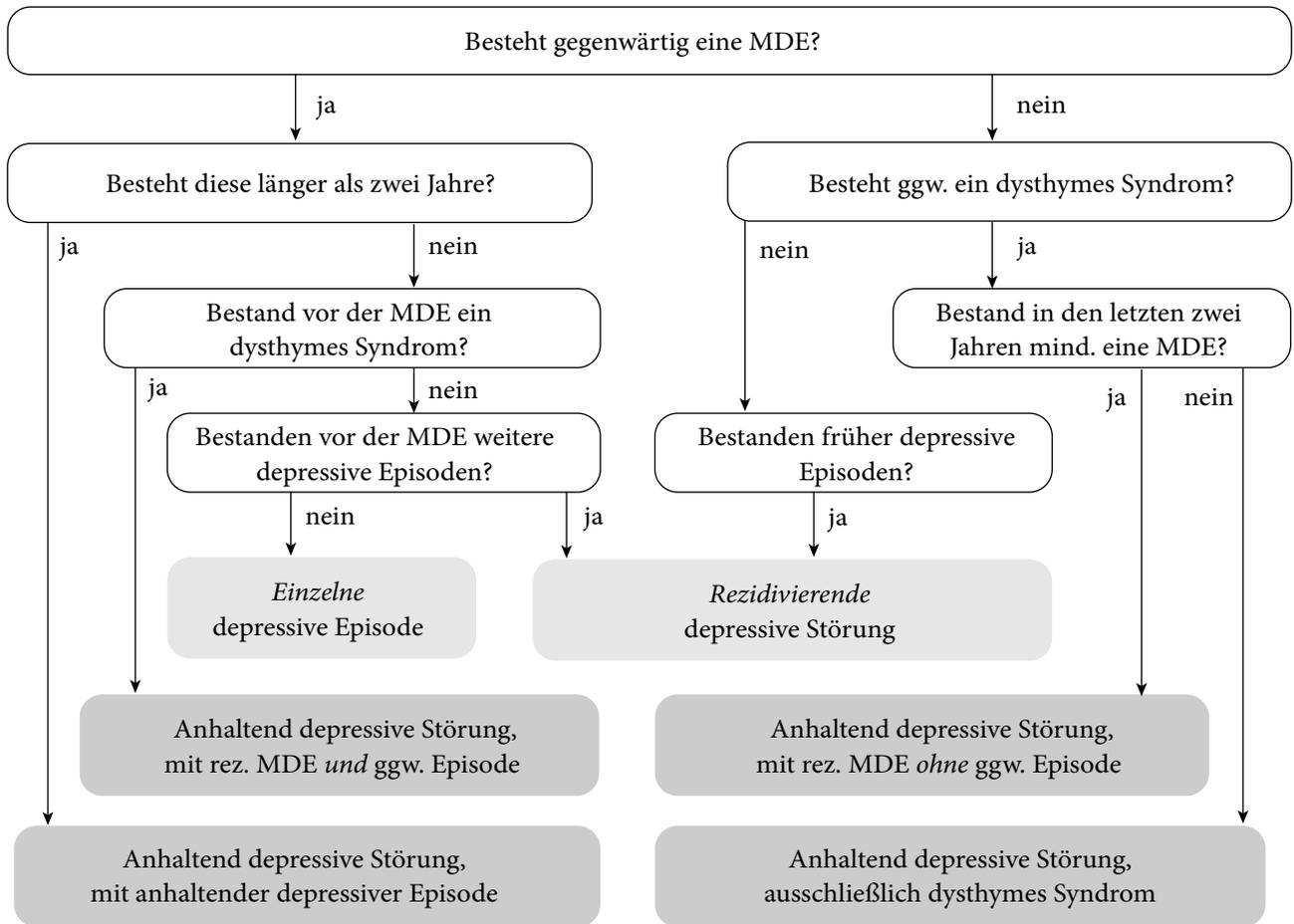


**Kriterien für die Einteilung in verschiedene Verlaufsformen der Depression**

<b>Verlaufsform</b>	<b>Kriterien</b>	<b>Abschnitt des AB 2.3/Strukturierte Erhebung der Diagnose und des Verlaufs einer Depression</b>
Anhaltend depressive Störung, mit anhaltender depressiver Episode	Kriterien einer gegenwärtigen depressiven Episode erfüllt	»ja« in Abschnitt 1
	Kriterien einer anhaltenden depressiven Episode sind erfüllt	»ja« in Abschnitt 3
Bestimme: Anzahl der depressiven Episoden		Abschnitt 4
Bestimme: Beginn: früher Beginn / später Beginn		Abschnitt 6
Anhaltend depressive Störung, mit rezidivierenden depressiven Episoden und gegenwärtiger Episode	Kriterien einer gegenwärtigen depressiven Episode erfüllt	»ja« in Abschnitt 1
	Kriterien einer anhaltenden depressiven Episode nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 3
	Kriterien des dysthymen Syndroms sind erfüllt	»ja« in Abschnitt 5
Bestimme: Anzahl der depressiven Episoden		Abschnitt 4
Bestimme: Beginn: früher Beginn / später Beginn		Abschnitt 6
Anhaltend depressive Störung, mit rezidivierenden depressiven Episoden ohne gegenwärtige Episode	Kriterien einer gegenwärtigen depressiven Episode nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 1
	Kriterien einer zurückliegenden depressiven Episode erfüllt	»ja« in Abschnitt 2
	Kriterien einer anhaltenden depressiven Episode nicht erfüllt	»nein« in Abschnitt 3
	Kriterien des dysthymen Syndroms sind erfüllt	»ja« in Abschnitt 5
Bestimme: Anzahl der depressiven Episoden		Abschnitt 4
Bestimme: Beginn: früher Beginn / später Beginn		Abschnitt 6



Kriterien für die Einteilung in verschiedene Verlaufsformen der Depression



**Abbildung** Schematische Übersicht der Diagnostik der verschiedenen Verlaufsformen einer depressiven Störung (MDE: Major Depressive Episode)

## Ausfüllhilfe zum Zeitverlauf der Depression

Dieses Infoblatt hilft Ihnen beim Ausfüllen der Arbeitsblätter zum Zeitverlauf der Depression. Sie haben die Möglichkeit, den Zeitverlauf der Depression symptomorientiert (AB 2.6) und funktionsorientiert (AB 2.8) zu erheben. Zum Verständnis ist jeweils ein Beispiel gegeben (AB 2.5 und AB 2.7).

Bei der symptomorientierten Erhebung orientiert sich die Einteilung an der zeitlichen Ausprägung der Symptome (an einigen Tagen, an mehr als der Hälfte der Tage, nahezu täglich).

Für die funktionsorientierte Einteilung ist ausschlaggebend, wie gut der Patient im Arbeitsleben, mit Freunden und in der Familie zurecht gekommen ist. Diese Einteilung orientiert sich am Global Assessment of Functioning (GAF). Bedenken Sie dabei, dass um das Kriterium der »starken Beeinträchtigung« zu erfüllen gefordert ist, dass die Funktionseinschränkung in mehreren Lebensbereichen stark ausgeprägt sein muss.

Der Bogen soll von rechts nach links ausgefüllt werden. Füllen Sie zunächst die Zeitleiste aus (unterste Zeile). Dabei ist ganz rechts die Gegenwart. Sie können die Zeitleiste beschriften mit der Jahreszahl, dem Alter des Patienten oder konkreten Lebensereignissen (s. a. Beispiel AB 2.5). Nehmen Sie dazu gegebenenfalls mehrere Kopien des Arbeitsblatts. Bestimmen Sie dann den Schweregrad der Depression.

Fangen Sie mit der Gegenwart an und erheben Sie, wie lange der Schweregrad bereits besteht. Wenn Sie zu einem Veränderungspunkt kommen, erheben Sie, wie der Schweregrad vor diesem Veränderungspunkt war. Arbeiten Sie sich auf diese Weise immer weiter in die Vergangenheit vor. Eine weitere Möglichkeit, sich in die Vergangenheit vorzuarbeiten ist, den Patienten zu fragen, wann zum letzten Mal eine ähnlich schwere depressive Symptomatik bestand, diese einzutragen und dann zu erheben, wie der Verlauf der Depression zwischen diese beiden schweren Phasen war.

