



Hautzinger

9. Auflage

# Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen



Online-Material auf  
[psychotherapie.tools](https://psychotherapie.tools)

**BELTZ**

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-29316-7 Print  
ISBN 978-3-621-29317-4 E-Book (PDF)

9., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
service@beltz.de  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dr. Svenja Wahl  
Umschlagbild: darrya/iStock/Getty Images Plus

Herstellung: Uta Euler  
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld  
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Vorwort	10
<b>I Grundlagen</b>	13
1 Erscheinungsbild der Depression	14
2 Epidemiologie und Komorbidität	16
3 Klassifikation und Diagnostik	20
4 Erklärungsansätze	42
5 Therapieforschung und Indikation	58
<b>II Psychotherapie der Depression</b>	67
6 Struktur der Behandlung	68
7 Grundelemente erfolgreicher Psychotherapie	73
8 Verhaltensaktivierung	98
9 Veränderung von Kognitionen	142
10 Erwerb von Fertigkeiten und Kompetenzerweiterung	201
11 Chronische Depressionen	232
12 Krisen, Notfallplanung, Erhaltung	238
13 Rezidivierende Depressionen	245
14 Depressionen komorbid zu körperlichen Erkrankungen	252
15 Supervision und Kontrolle	260
16 Fallbeispiel	263
<b>Anhang</b>	271
Literatur	272
Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien	279
Sachwortverzeichnis	287

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	10
<b>I Grundlagen</b>	13
<b>1 Erscheinungsbild der Depression</b>	14
<b>2 Epidemiologie und Komorbidität</b>	16
2.1 Epidemiologie	16
2.2 Komorbidität	17
<b>3 Klassifikation und Diagnostik</b>	20
3.1 Diagnosekriterien	20
3.2 Differenzialdiagnose	23
3.3 Verhaltens- und Problemanalyse	26
3.4 Diagnostische Instrumente	33
3.5 Abklärung von Suizidalität	40
<b>4 Erklärungsansätze</b>	42
4.1 Ätiologie unipolarer Depressionen	42
4.2 Kognitiv-verhaltenstherapeutische Erklärungsmodelle	47
4.3 Integratives Depressionsmodell als Behandlungsheuristik	55
<b>5 Therapieforschung und Indikation</b>	58
5.1 Therapiestudien zur Depression	58
5.2 Indikation zur kognitiven Verhaltenstherapie	63
<b>II Psychotherapie der Depression</b>	67
<b>6 Struktur der Behandlung</b>	68
6.1 Überblick über den Behandlungsansatz	68
6.2 Planung der Therapie	69
6.3 Dauer der Therapie	71
6.4 Erweiterung therapeutischer Interventionen	71
<b>7 Grundelemente erfolgreicher Psychotherapie</b>	73
7.1 Grundmerkmale des Therapeutenverhaltens	73
7.2 Struktur der Sitzungen	86
7.3 Aufgaben und Übungen zwischen den Sitzungen	91
7.4 Umgang mit Krisen	95
7.5 Wirkkomponenten erfolgreicher Depressionstherapie	97

<b>8</b>	<b>Verhaltensaktivierung</b>	98
8.1	Einführung	98
8.2	Selbstbeobachtung des Ist-Zustands	107
8.3	Tagesstrukturierung, Verhaltensaufbau	109
8.4	Planung und Durchführung positiver Aktivitäten	112
8.5	Verstärkung und Selbstverstärkung	115
8.6	Tätigkeitsplan und Verlaufsgrafik	119
8.7	Erfolg und Vergnügen	121
8.8	Typ-A- und Typ-B-Aktivitäten	122
8.9	Werteorientierung hinterfragen	124
8.10	Aktivitätenhierarchisierung	127
8.11	Aktivitätenkontrolle	128
8.12	Verhaltensaktivierung durch Sport	129
8.13	Schrittzähler nutzen	130
8.14	Reduzierung depressionsfördernder Aktivitäten	132
8.15	Verhaltensaktivierung: Ziele und Fazit	136
8.16	Fallbeispiel	138
<b>9</b>	<b>Veränderung von Kognitionen</b>	142
9.1	Annahmen und Ziele kognitiver Interventionen	142
9.2	Automatische Gedanken, Grundüberzeugungen	143
9.3	Methoden der Gedankenkontrolle	146
9.4	Kognitive Umstrukturierung	150
9.4.1	Beobachten und Erkennen von automatischen Gedanken	151
9.4.2	Erkennen von kognitiven Verzerrungen	156
9.4.3	Verändern der automatischen Gedanken: »Tagesprotokoll negativer Gedanken«	159
9.4.4	Veränderung von Gedanken: Sokratische Gesprächsführung	162
9.4.5	Veränderung von Gedanken: Techniken kognitiver Umstrukturierung	166
9.4.6	Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Grundannahmen	176
9.5	Metakognitive Interventionsmethoden	187
9.6	Zwei Fallbeispiele zu Kognitivem Umstrukturieren	194
9.6.1	Veränderung negativer Gedanken und Selbstbewertungen	194
9.6.2	Veränderung negativer Grundüberzeugungen und »Sollte-Äußerungen«	197
<b>10</b>	<b>Erwerb von Fertigkeiten und Kompetenzerweiterung</b>	201
10.1	Einführung	201
10.2	Verbesserung sozialer Fertigkeiten	202
10.3	Grundbausteine sozialer Kompetenztrainings	204
10.4	Soziale Kompetenz und soziale Grundfertigkeiten	211

10.5	Bearbeiten individueller Problembereiche	214
10.6	Kommunikations- und Partnerschaftstraining	217
10.7	Soziales Netz und soziale Unterstützung	223
10.8	Problemlösetraining	224
10.9	Genusstraining	225
10.10	Situationsanalyse	226
10.11	Fallbeispiel: Soziale Kompetenz und Paartherapie	229
<b>11</b>	<b>Chronische Depressionen</b>	232
11.1	Theoretische Annahmen und empirische Befunde	232
11.2	Behandlungsziele und Therapieplan	233
11.3	Persönliches Einlassen	234
11.4	Interpersonelle Diskrimination	235
11.5	Schwierigkeiten und Probleme mit chronifizierten Depressionen	236
<b>12</b>	<b>Krisen, Notfallplanung, Erhaltung</b>	238
12.1	Frühzeitiges Erkennen von Depressionen	238
12.2	Notfallplanung	239
12.3	Aufrechterhaltung positiver Aktivitäten	239
12.4	Stabilisierung veränderter Kognitionen	240
12.5	Erkennen depressionsauslösender Ereignisse	241
12.6	Planung der Zukunft	242
12.7	Informationen für Betroffene und Angehörige	244
<b>13</b>	<b>Rezidivierende Depressionen</b>	245
13.1	Interventionsrational	245
13.2	Therapeutische Konzepte	246
13.3	Kognitive Erhaltungstherapie	248
<b>14</b>	<b>Depressionen komorbid zu körperlichen Erkrankungen</b>	252
14.1	Relevanz des Problems	252
14.2	Therapeutische Ansatzpunkte	254
14.3	Diabetes und Depression	257
14.4	Parkinson und Depression	258
<b>15</b>	<b>Supervision und Kontrolle</b>	260
<b>16</b>	<b>Fallbeispiel</b>	263
<b>Anhang</b>		271
	Literatur	272
	Übersicht und Beschreibung der Arbeitsmaterialien	279
	Sachwortverzeichnis	287

## Vorwort

In über 30 Jahren ist dieses Buch zu einem »Klassiker« der Psychotherapie der Depression geworden. Hier liegt nun die achte Überarbeitung und Aktualisierung der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen vor. Die Psychotherapie der Depression hat sich über diese lange Zeitspanne, doch insbesondere im letzten Jahrzehnt weiterentwickelt, diversifiziert und insbesondere für spezielle Patientengruppen ergänzende und hilfreiche Techniken hervorgebracht. Erfreulicherweise haben die Bemühungen um die Evidenzbasierung der Kognitiven Verhaltenstherapie eher noch zugenommen. Inzwischen liegen mehrere große, längerfristig angelegte, über die gesamte Lebensspanne gehende und über Jahre Patienten nachuntersuchende Studien in unterschiedlichen Ländern vor. Zahlreiche Metaanalysen fassen die insgesamt erfreulichen und die positive Wirkung unterstützenden Einzelergebnisse zusammen. Diese klinischen und wissenschaftlichen Bemühungen führen dazu, dass Psychotherapie, insbesondere die Kognitive Verhaltenstherapie, aus einer angemessenen Depressionsbehandlung nicht mehr wegzudenken ist. In verschiedenen nationalen Versorgungs- und Behandlungsleitlinien wird dies anerkannt und als Standard definiert.

Die verschiedenen, innovativen Entwicklungen der letzten Jahre betreffen vor allem die Psychotherapie der chronischen Depressionen, die Psychotherapie bei Depressionen im Kindes- und Jugendalter, die Rückfallprävention bei zu Rezidiven neigenden Depressionen sowie die Depressionen, die komorbid zu körperlichen Erkrankungen (etwa Diabetes, Schlaganfall, Parkinson usw.) auftreten. Unter dem Akronym CBASP wurden Methoden und therapeutische Herangehensweisen vorgeschlagen, die heute Teil einer erfolgreichen Psychotherapie der Depression sind. Ebenso liefert die Schematherapie ergänzende Techniken, um starre, dysfunktionale Grundüberzeugungen zu beeinflussen. Schließlich bieten die verschiedenen Vorschläge, wie ACT, MBCT u. a., die sich als metakognitive Therapie zusammenfassen lassen, Strategien zur Überwindung von Rumination (Grübeln), zur Stabilisierung des Erreichten und vor allem zur Rückfallverhinderung. Es war mein Bemühen, diese Neu- und Weiterentwicklungen, sofern sie sich empirisch und klinisch bewährt haben, mit in eine moderne Kognitive Verhaltenstherapie depressiver Störungen zu integrieren. Was jedoch auch deutlich wurde, ist, welche Bedeutung der »Verhaltenstherapie«, also der Verhaltensaktivierung, dem Tun und Handeln bei der Behandlung gerade auch schwerer Depressionen zukommt. Hier fand eine Rückbesinnung auf die und Wiederbelebung der Anfänge der KVT statt.

Die hier vorliegende Behandlungsanleitung setzen wir in unserer Klinik und Ambulanz regelmäßig und mit Erfolg um, wobei nicht in jedem Fall alle Module und Methoden zur Anwendung kommen. Immer ist die individuelle Problem- und Verhaltensanalyse die grundlegende Diagnostik, um die Indikation für eine Psycho-

therapie und die Entscheidung für die einzusetzenden, hier dargestellten psychotherapeutischen Methoden zur Überwindung klinisch relevanter Probleme zu treffen. Das Behandlungsprogramm wird mit großem Erfolg in der vorliegenden Form auch in der Psychotherapieausbildung vermittelt, trainiert und begleitend zur selbstständigen Anwendung bei depressiven Patientinnen und Patienten supervidiert. Diese Kognitive Verhaltenstherapie lässt sich als Einzel- und Gruppentherapie im stationären und im ambulanten Rahmen umsetzen. Die Arbeitsmaterialien helfen Therapeutinnen und Therapeuten, Patientinnen und Patienten bei der Problembewältigung unterschiedlicher Schweregrade bzw. Verlaufsformen der Depression. Für Therapiestudien und spezielle Anwendungsfelder lassen sich begrenzte Interventionsprogramme zusammenstellen, die auf die jeweiligen Bedürfnisse bzw. Ziele passen.

Ich hoffe, es ist gelungen, die Reichhaltigkeit der modernen Kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen darzustellen und für die Anforderungen der Klinik bzw. Ambulanz auch in dieser Form weiterhin nutzbar zu machen.

Tübingen, im Dezember 2020

*Martin Hautzinger*



## I Grundlagen

- 1 Erscheinungsbild der Depression
- 2 Epidemiologie und Komorbidität
- 3 Klassifikation und Diagnostik
- 4 Erklärungsansätze
- 5 Therapieforschung und Indikation

# 1 Erscheinungsbild der Depression

Depressionen sind psychische Störungen, bei denen die Beeinträchtigung der Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust der Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interessenverlust und zahlreiche körperliche Beschwerden wesentliche Merkmale sind. Neben den Depressionen sind Manien, Persönlichkeitsauffälligkeiten, Ängste, Furcht- und Trauerreaktionen Störungen, bei denen auch das affektive Erleben beeinträchtigt ist und im Mittelpunkt der Symptomatik steht. Diese Störungen sind häufig mit Depressionen verbunden (Komorbidität), werden jedoch als eigenständige Störungsgruppe abgegrenzt. Rechnet man mildere Formen depressiver Störungen (Minor Depression) sowie die resignativ-depressive Reaktion bei anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen mit, dann sind Depressionen die häufigsten und zu allen Lebensabschnitten vorkommenden psychischen Beeinträchtigungen.

**Heterogene Symptome.** Depressive Syndrome sind durch eine Vielzahl heterogener Symptome gekennzeichnet. Charakteristisch ist, dass körperliche und psychische Symptome gemeinsam vorkommen. Hilfreich ist die Unterscheidung in Symptome auf somatischer, motorischer, emotionaler, motivationaler, kognitiver und interaktiver Ebene:

- ▶ **somatische/vegetative** Beschwerden (z. B. Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Druck- und Engegefühl in der Herzgegend, Schmerzen im Kopf- und Bauchbereich, Magen-Darmbeschwerden)
- ▶ **motorische/verhaltensbezogene** Beschwerden (z. B. Agitation, Verlangsamung, Hemmungen, Inaktivität)
- ▶ **emotionale/affektive** Beschwerden (z. B. Angst, niedergeschlagene Stimmung, Verzweiflung, Leere)
- ▶ **motivationale/volitionale** Beschwerden (z. B. Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Suizidgedanken)
- ▶ **kognitive/mentale** Beschwerden (z. B. Gedächtnisschwäche, Konzentrationsmangel, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Pessimismus, Sorgen um die eigene Gesundheit, die eigenen Fähigkeiten und die Zukunft)
- ▶ **interaktive/zwischenmenschliche** Beschwerden (z. B. sozialer Rückzug, leise Stimme, geringer Blickkontakt, Einengung kommunikativer Fähigkeiten und sozialer Fertigkeiten)

Als Orientierungsschema für die grobe (diagnostische) Orientierung bietet sich Tabelle 1.1 an (nach Hautzinger, 2010).

Da keines der aufgeführten Symptome vorkommen muss, keines nur bei depressiven Erkrankungen vorkommt und außerdem Patientinnen und Patienten in unterschiedlicher Ausprägung ein unterschiedlich zusammengesetztes Muster von Symptomen haben können, erfordert das Erkennen depressiver Störungen eine sorgfältige Diagnostik.

**Tabelle 1.1** Symptomatik depressiver Zustände (nach Hautzinger, 2010)

<b>Verhalten/Motorik/ Erscheinungsbild</b>	<b>emotional</b>	<b>physiologisch- vegetativ</b>	<b>imaginativ-kognitiv</b>	<b>motivational</b>
<p><i>Körperhaltung:</i> kraftlos, gebeugt, spannungslos; Verlangsamung der Bewegungen; Agitiertheit, nervöse, zappelige Unruhe, Händereiben o. Ä.</p> <p><i>Gesichtsausdruck:</i> traurig, weinerlich, besorgt; herabgezogene Mundwinkel, vertiefte Falten, maskenhaft erstarrte, manchmal auch nervöse, wechselnd angespannte Mimik</p> <p><i>Sprache:</i> leise, monoton, langsam</p> <p>Allgemeine <i>Aktivitätsverminderung</i> bis zum Stupor, wenig Abwechslung, eingeschränkter Bewegungsradius, Probleme bei der praktischen Bewältigung alltäglicher Anforderungen</p>	<p>Gefühle von Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Trauer, Hoffnungslosigkeit, Verlust, Verlassenheit, Einsamkeit, innere Leere, Unzufriedenheit, Schuld, Feindseligkeit, Angst und Sorgen, Gefühl der Hilflosigkeit und Distanz zur Umwelt</p>	<p>Innere Unruhe, Erregung, Spannung, Reizbarkeit, Weinen, Ermüdung, Schwäche, Schlafstörungen, tagszeitliche und jahreszeitliche Schwankungen im Befinden, Wetterfühligkeit, Appetit- und Gewichtsverlust, Libidoverlust, allgemeine vegetative Beschwerden (u. a. Kopfdruck, Magenbeschwerden, Verdauungsbeschwerden); zu achten ist bei der Diagnose auf: Blutdruck, Blutzuckerspiegel, Kalziummangel, Eisenwerte, Serotonin-/Adrenalinmangel bzw. -überschuss</p>	<p>Negative Einstellung gegenüber sich selbst (als Person, den eigenen Fähigkeiten und dem eigenen Erscheinungsbild) und der Zukunft (z. B. imaginierte Vorstellung von Sackgasse, schwarzem Loch); Pessimismus, permanente Selbstkritik, Selbstunsicherheit, Hypochondrie, Eifersucht, mühsames Denken, Konzentrationsprobleme, zirkuläres Grübeln, Erwartung von Strafen oder Katastrophen, Wahnvorstellungen, z. B. Versündigung-, Insuffizienz- und Verarmungsvorstellungen; rigides Anspruchsniveau, nihilistische Ideen der Ausweglosigkeit und Zwecklosigkeit des eigenen Lebens, Suizidideen</p>	<p>Misserfolgsorientierung, Rückzugs- bzw. Vermeidungshaltung, Flucht und Vermeidung von Verantwortung, Erleben von Nicht-Kontrolle und Hilflosigkeit, Interessenverlust, Verstärkerverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Gefühl des Überfordertseins, Rückzug bis zum Suizid oder Zunahme der Abhängigkeit von anderen</p>

## 2 Epidemiologie und Komorbidität

### 2.1 Epidemiologie

Depressionen sind häufige psychische Störungen, die zudem in den letzten Jahrzehnten offensichtlich häufiger werden und immer jüngere Altersgruppen erfassen (s. Tab. 2.1). Es liegen heute eine ganze Reihe repräsentativer epidemiologischer Studien vor, die recht übereinstimmende Schätzungen der Häufigkeit und der Risikofaktoren erlauben.

**Tabelle 2.1** Prävalenz depressiver Symptomatik (erfasst mit PHQ9) in den letzten zwei Wochen in Deutschland (N = 12.900 Frauen, N = 10.792 Männer) aus Bretschneider et al. (2017)

Frauen	%	95% KI	Männer	%	95% KI
Frauen gesamt	11,6	10,8–12,4	Männer gesamt	8,6	7,9–9,4
18-29 Jahre	16,4	14,5–18,6	18-29 Jahre	9,5	7,7–11,7
Untere Bildungsgruppe	22,4	17,4–28,3	Untere Bildungsgruppe	13,9	9,8–19,3
Mittlere Bildungsgruppe	15,7	13,4–18,4	Mittlere Bildungsgruppe	8,3	6,4–10,6
Obere Bildungsgruppe	9,9	7,5–13,0	Obere Bildungsgruppe	7,0	4,1–11,9
30-44 Jahre	10,9	9,5–12,4	30-44 Jahre	9,4	7,9–11,2
Untere Bildungsgruppe	16,1	11,5–22,1	Untere Bildungsgruppe	17,8	12,2–25,2
Mittlere Bildungsgruppe	11,4	9,6–13,4	Mittlere Bildungsgruppe	10,1	8,0–12,7
Obere Bildungsgruppe	6,4	4,8–8,6	Obere Bildungsgruppe	4,9	3,5–6,8
45-64 Jahre	11,9	10,8–13,1	45-64 Jahre	9,6	8,5–10,7
Untere Bildungsgruppe	17,5	14,1–21,4	Untere Bildungsgruppe	15,3	11,7–19,7
Mittlere Bildungsgruppe	11,8	10,5–13,3	Mittlere Bildungsgruppe	10,5	9,0–12,3
Obere Bildungsgruppe	7,3	6,0–8,9	Obere Bildungsgruppe	5,9	4,7–7,4
≥ 65 Jahre	8,7	7,4–10,1	≥ 65 Jahre	5,4	4,5–6,5
Untere Bildungsgruppe	11,7	9,4–14,4	Untere Bildungsgruppe	7,1	4,8–10,5
Mittlere Bildungsgruppe	7,1	5,4–9,3	Mittlere Bildungsgruppe	5,7	4,4–7,5
Obere Bildungsgruppe	3,6	2,2–5,7	Obere Bildungsgruppe	4,2	3,0–5,9
Gesamt (Frauen + Männer)	10,1	9,6–10,7	Gesamt (Frauen + Männer)	10,1	9,6–10,7

KI = Konfidenzintervall

Untersuchungen in Industrienationen und unter Anlegen der Kriterien operationaler Diagnostik (DSM-5, ICD-11) kommen zu einer Punktprävalenz für depressive

Störungen von 6 Prozent (depressive Episoden und Dysthymien). Die Lebenszeitprävalenzschätzungen derselben Störungen liegen bei 12–25 Prozent (s. Tab. 2.2).

**Tabelle 2.2** Prävalenz affektiver Störungen (nach Jacobi et al., 2004)

	Stichtagsprävalenz	1-Jahres-Prävalenz	Lebenszeitprävalenz
<b>Depressive Störungen</b>	6,3 %	11,9 %	17,1 %
Frauen	7,8 %	15,4 %	23,3 %
Männer	4,8 %	8,5 %	11,1 %

In der Zusammenfassung mehrerer Studien lässt sich das Morbiditätsrisiko für bipolare affektive Störungen auf 1–2 Prozent schätzen (s. dazu Hautzinger & Meyer, 2011).

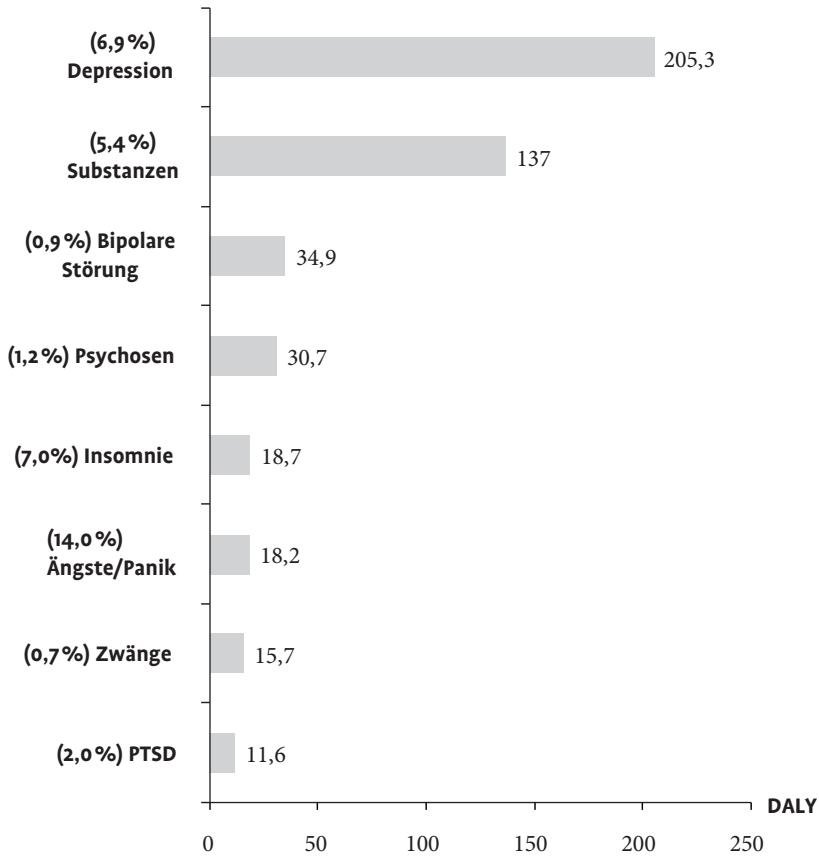
**Inzidenz.** Die Inzidenzschätzungen (neue Fälle pro Jahr) für die Diagnose einer depressiven Episode liegen bei 1 bis 2 Neuerkrankungen auf 100 Personen.

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens eine Depression zu erleiden, liegt bei bis zu 12 Prozent für Männer und bis zu über 20 Prozent für Frauen.

Diese hohen Zahlen finden sich in ganz Europa. Angststörungen sind insgesamt noch häufiger in der Bevölkerung vorzufinden, allerdings sind die durch Depressionen beeinträchtigten Lebenszeiten, ausgedrückt in dem von der Weltgesundheitsorganisation vorgeschlagenen »Disability Adjusted Life Years (DALY)«-Index (s. Abb. 2.1), deutlich höher als bei Angststörungen. Die Folgen sind offensichtlich und durch Versicherungsstatistiken (s. Abb. 2.2), als über die letzten zwei Jahrzehnte in dramatischer Weise zunehmend, gut belegt. Ergänzt werden diese Zahlen durch Angaben der großen deutschen Krankenkassen (AOK, TK, DAK, BKK). Diese stellten für das Jahr 2011 bezogen auf 100 Versicherte fest, dass zwischen 64 und 91 Tage wegen Depressionen (einschließlich Burnout) Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde.

## 2.2 Komorbidität

Depressionen können als Vorläufer von, parallel zu und / oder infolge von allen psychischen und bei vielen somatischen (onkologischen, kardiovaskulären, neurologischen, endokrinologischen) Störungen auftreten und sind bei Vorliegen der entsprechenden Kriterien auch zusätzlich zu den anderen Störungen zu diagnostizieren (multiple Diagnosen, Komorbidität). Depressionen weisen eine besonders hohe Rate an Komorbidität auf. Überlappungen bzw. gleichzeitiges Vorkommen von Depressionen mit Angststörungen (Phobien, sozialen Ängsten, Panikstörung, Generalisierter Angststörung), Zwängen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Essstörungen, Substanzmissbrauch, Schlafstörungen, Substanzabhängigkeiten, sexuellen Störungen,

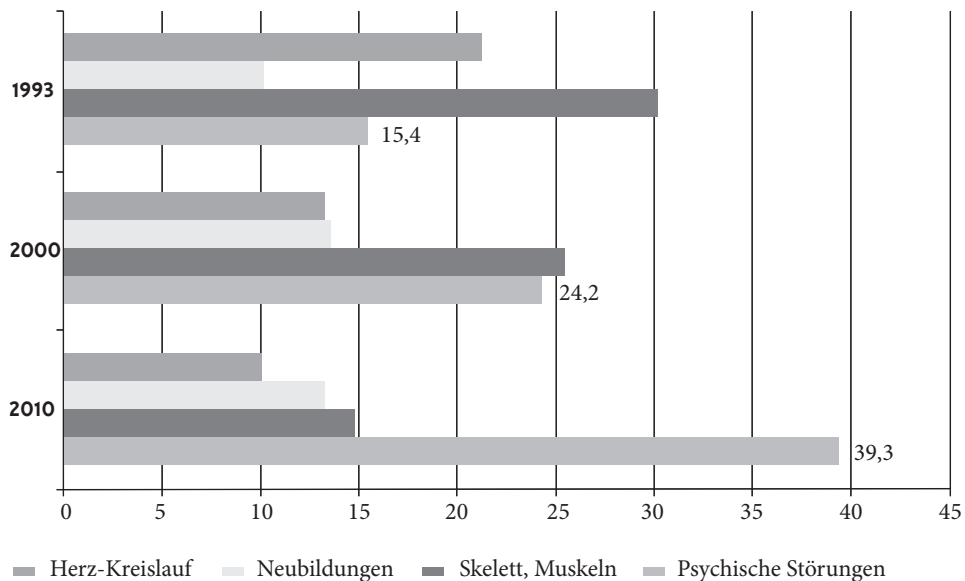


**Abbildung 2.1** Prävalenzen psychischer Störungen (12-Monate %) und Menge der durch diese Krankheiten verlorenen Lebenszeit (DALY) in Europa (nach Wittchen et al., 2011)

somatoformen Störungen, psychophysiologischen Störungen, doch auch mit schizophrenen Störungen, hirnorganischen Störungen, zerebralem Abbau sowie verschiedenen Persönlichkeitsstörungen sind häufig (Pieper et al., 2008).

Bei Depressionen in Bevölkerungsstichproben findet sich bei drei Viertel der Fälle zumindest eine weitere Diagnose. Die häufigsten sind Angststörungen (etwa die Hälfte), substanzinduzierte Abhängigkeiten (etwa ein Drittel) sowie somatoforme Störungen (etwa ein Drittel).

Die Frage, ob bei diesen komorbid vorkommenden Störungen die Depression primär oder erst in der Folge der anderen Erkrankungen auftritt, ist in der Regel kaum zuverlässig zu beantworten. Befragt man Patienten retrospektiv, welche der Störungen zuerst da war, dann erhält man in der Mehrzahl (zwischen 60 und 80 Prozent) die Antwort, dass die Depressionen den anderen Schwierigkeiten und Störungen nachfolgten. Man könnte, wie es in der Forschung getan wird, in diesem Fall von einer



**Abbildung 2.2** Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 1993, 2000 und 2010 (nach Statistik der Deutschen Rentenversicherung) in Prozent

sekundären affektiven Störung sprechen. Im umgekehrten Fall wäre es eine primäre affektive Störung. Gesichert ist jedoch, dass depressive Störungen andere psychische, körperliche und chronische Erkrankungen verkomplizieren, den Behandlungserfolg schmälern und den Krankheitsverlauf ungünstiger gestalten (Hautzinger, 2010).

# 3 Klassifikation und Diagnostik

## 3.1 Diagnosekriterien

Zur Operationalisierung und Objektivierung der Diagnostik depressiver Störungen wurden in den letzten Jahren verschiedene Kriterien vorgeschlagen. Gegenwärtig gültig ist das ICD-10 (International Classification of Diseases in der 10. Revision, die 11. Revision wird ab 2022 Gültigkeit erlangen) und im Forschungsrahmen meist das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Zur Bestimmung einer depressiven Episode werden die Merkmale in der folgenden Übersicht herangezogen.

### Kriterien zur Bestimmung einer depressiven Episode (orientiert an DSM-5)

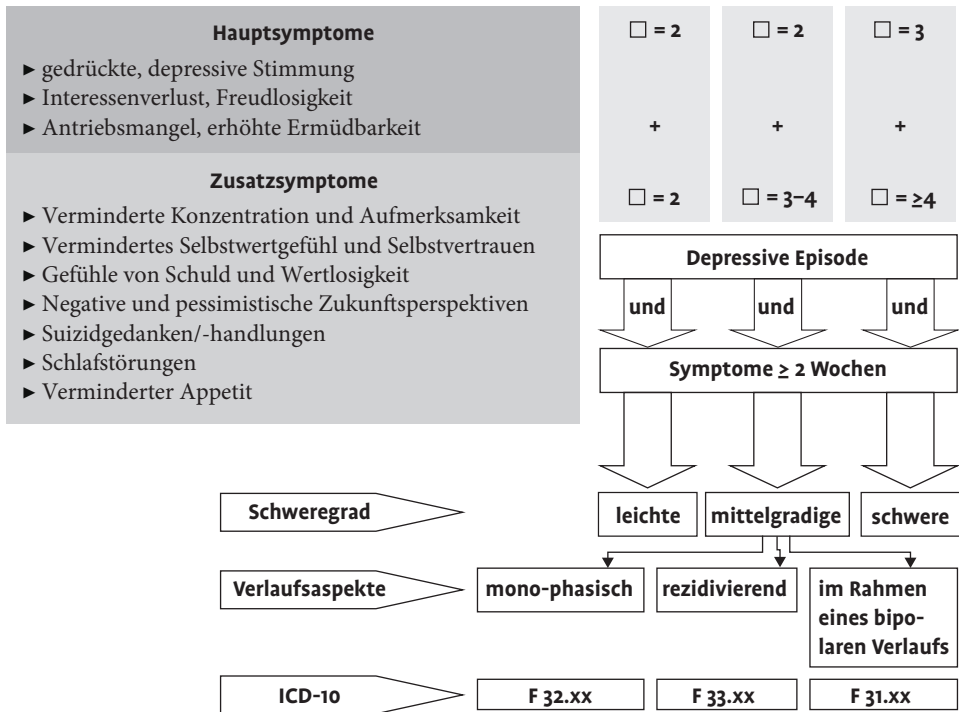
Mindestens **fünf** der folgenden Symptome müssen gleichzeitig die meiste Zeit des Tages über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen, wobei die Merkmale 1 oder 2 darunter sein müssen:

- (1) depressive, deutlich gedrückte Stimmung
- (2) Interessenverlust, Freudlosigkeit (Anhedonie)
- (3) Verlangsamung, Verminderung des Antriebs, Unruhe (Gereiztheit)
- (4) Appetitmangel/-verlust
- (5) Gewichtsverlust/-zunahme
- (6) Schlaflosigkeit/Schlafstörungen/vermehrter Schlaf
- (7) Libidoverlust, Verlust sexueller Appetenz bzw. Interesse
- (8) Müdigkeit, Energieverlust, Erschöpfung
- (9) Aktivitätseinschränkung, Rückzug
- (10) Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Selbstzweifel, fehlendes Selbstvertrauen
- (11) Pessimismus, negativer Zukunftsbezug, Hoffnungslosigkeit
- (12) Konzentrationsprobleme, Entscheidungsprobleme
- (13) Todesgedanken, Suizidgedanken, Selbstverletzung, Suizidhandlungen

Die Symptome sind verbunden mit deutlichen Einschränkungen in der üblichen Leistungsfähigkeit und keine Folge von Substanzkonsum oder organischen Ursachen.

Modernen Klassifikationssystemen (ICD-11, DSM-5) gemeinsam ist die weitgehende Verpflichtung zur deskriptiven, auf wissenschaftlichen Evidenzen basierenden, möglichst hoher Zuverlässigkeit verpflichteten Diagnostik. Depressionen werden heute durch eine gewisse Anzahl an gleichzeitig vorhandenen Symptomen, die über eine gewisse Zeit andauern müssen und nicht durch andere Erkrankungen bzw. Umstände erklärbar sind, definiert. Der Verlauf, die Schwere (leicht, mittelgradig, schwer) und die besondere Ausprägung der Symptomatik (z. B. somatisch, psychotisch) werden zur Definition von weiteren Untergruppen herangezogen (s. Abb. 3.1).





**Abbildung 3.1** Diagnostische Entscheidungen nach ICD (Schema nach Härter et al., 2009)

**Schwere der Depression.** Depressive Episoden gelten als »leicht«, wenn vier bis fünf, als »mittelschwer«, wenn sechs bis sieben und als »schwer«, wenn acht und mehr der in der Übersicht aufgelisteten depressiven Symptome gleichzeitig vorliegen.

Der folgende Kasten fasst die möglichen Diagnosen affektiver Störungen des ICD-10, verschlüsselt als F3-Störungsgruppe, zusammen. In der ICD-11 werden Depressionen bzw. Depressive Störungen unter »6A7« verschlüsselt zu finden sein.

## Diagnostische Klassifikation Affektiver Störungen nach ICD-10

### F31 Bipolare Störung

- ▶ hypomanische Episode
- ▶ manische Episode
- ▶ mit/ohne psychotischen Symptomen
- ▶ mit/ohne somatischem Syndrom
- ▶ leichte/mittelgradige/schwere Episode
- ▶ gemischte Episode
- ▶ remittiert
- ▶ nicht näher bezeichnete bipolare Störung

### F32 Depressive Episode

- ▶ leichte
- ▶ mittelgradige
- ▶ schwere
- ▶ mit/ohne somatischem Syndrom
- ▶ mit/ohne psychotischen Symptomen
- ▶ remittiert
- ▶ nicht näher bezeichnete

### F34 Anhaltende affektive Störung

- ▶ Zylothymia
- ▶ Dysthymia

### F53.0 Postpartum Depression

### F06.3 Organische affektive Störung

### F30 Manische Episode

### F33 Rezidivierende depressive Störung

- ▶ leichte
- ▶ mittelgradige
- ▶ schwere
- ▶ mit/ohne somatischem Syndrom
- ▶ mit/ohne psychotischen Symptomen
- ▶ remittiert
- ▶ saisonal
- ▶ nicht näher bezeichnete

### F38 sonstige affektive Störungen

### F39 nicht näher bezeichnete affektive Störungen

### F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

### F43.2 Anpassungsstörung

- ▶ kurze depressive Reaktion
- ▶ längere depressive Reaktion

**Unipolare und bipolare Verläufe.** Die Einteilung affektiver Störungen in mono- bzw. unipolare und bipolare Verläufe ist breit akzeptiert und wissenschaftlich gut begründet. Die seltene Gruppe der unipolar verlaufenden Manien wird heute allgemein den bipolaren affektiven Störungen zugeordnet, im ICD-10 jedoch noch als eigene Subkategorie (F30) geführt. Zahlreiche Familienstudien, Zwillingsstudien, Adoptionsstudien, biologische Markerstudien, Studien zu lebensgeschichtlichen, soziodemografischen und persönlichkeitsbezogenen Variablen sowie zur Symptomatologie, zum Verlauf, zum Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen und zur Prognose unterstüt-

zen die Unterteilung in bipolare und unipolare affektive Störungen. Die unipolar verlaufende Depression (depressive Episode, Dysthymia) ist die weitaus häufigste Störungsform affektiver Erkrankungen, wenngleich ätiologisch sicherlich eine heterogene Störungsgruppe. Das phänotypische Bild einer Depression kann sehr unterschiedliche Ursachen und Verläufe haben.

### **3.2 Differenzialdiagnose**

Das Auftreten von Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, Traurigkeit, Selbstzweifeln und Resignation bzw. von einzelnen depressiven (oder manischen) Symptomen ist nicht gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer affektiven Störung.

Es gibt zahlreiche Studien, die zeigen, dass bei körperlichen Erkrankungen, Somatisierungsstörungen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit, endokrinen bzw. immunologischen Störungen (z. B. Schilddrüsenunterfunktion, HIV usw.), zerebralen Abbauprozessen (z. B. Demenz vom Alzheimer Typ) sowie bei neurologischen Erkrankungen (z. B. Parkinson'sche Erkrankung, Epilepsie usw.) depressive Symptome häufig sind, ohne dass man deshalb gleich von einer Depression ausgehen sollte.

Auf der anderen Seite gibt es Schätzungen, dass 15 bis 20 Prozent ([www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)) der Patientinnen und Patienten in Allgemeinarztpraxen an nicht erkannten Depressionen leiden und entsprechend nicht bzw. falsch behandelt werden. Dies trägt letztlich zur Chronifizierung der Störung bei.

#### **Körperliche oder substanzbedingte Verursachung**

Für eine Differenzialdiagnose einer affektiven Störung ist zunächst auszuschließen, dass die deutlich depressive Stimmung durch eine körperliche Erkrankung (z. B. bestimmte neuronale oder endokrine Noxen, Tumore und Fehlfunktionen usw.) bedingt ist. Dieser Ausschluss bedarf in jedem Fall einer gründlichen ärztlichen, apparativen und labormedizinischen Untersuchung. Weiterhin ist die direkte Einwirkung von Medikamenten, Drogen und Alkohol zu klären, welche ein depressives Bild zur Folge haben können. Insbesondere mit fortschreitendem Alter bekommen auch verordnete Medikamente (z. B. Antihypertensiva, Antiparkinsonpräparate) in diesem Zusammenhang diagnostische Bedeutung und können für eine depressive Symptomatik verantwortlich sein.

#### **Bipolarer oder unipolarer Verlauf**

Psychopathologisch ist in der weiteren diagnostischen Abklärung das Vorliegen einer bipolaren affektiven Störung bzw. einer Zykllothymie zu bestimmen bzw. auszuschließen. Dies erfordert die Berücksichtigung der Kriterien nach ICD-11 für eine depressive Episode und eine manische Episode, eine Hypomanie bzw. eine Zykllothymie. Liegt eine dieser Störungen vor, dann hat dies therapeutische Konsequenzen, da in der Regel eine unipolare Depression anders behandelt wird als eine Depression im Rahmen einer bipolar affektiven Störung. Dies betrifft das Krankheitsverständnis

und in der Folge insbesondere die notwendige pharmakologische Behandlung (vgl. Hautzinger & Meyer, 2002; Meyer & Hautzinger, 2013).

Die unipolaren depressiven Störungen werden unterteilt in depressive Episoden, Dysthymien und Anpassungsstörungen (kurze bzw. längere depressive Reaktion). Bei den diagnostischen Kriterien wird deutlich, dass die möglichen Symptome dieser Störungen identisch sind. Diagnostische Unterschiede ergeben sich durch die Anzahl zeitgleich auftretender Beschwerden, die zeitliche Erstreckung dieser Symptome und durch den Zusammenhang depressiver Symptome mit einer psychosozialen Belastung (innerhalb von sechs Monaten nach besonderen Ereignissen bei der Anpassungsstörung).

### **Abgrenzung affektiver Störungen bei Erstmanifestation**

Ein Problem bei der Differenzialdiagnostik bipolarer versus unipolarer affektiver Störungen ist insbesondere dann gegeben, wenn es sich um die erste depressive Episode handelt. Es kann sich um eine einzelne Phase, um den Beginn einer rezidivierenden depressiven Störung oder um eine bipolare affektive Störung handeln. Als konservative Regel für die Diagnose einer definitiv »rezidivierenden unipolaren Depression«, bei der das Risiko für ein Kippen in eine Hypomanie oder Manie weitgehend ausgeschlossen werden kann, gilt traditionell, dass mindestens drei Phasen einer Depression ohne zusätzliche hypomane und manische Episoden auftraten. Da bipolare Störungen im Durchschnitt ein früheres Ersterkrankungsalter haben, sollte man bedenken, dass früh auftretende Depressionen eventuell der Beginn einer bipolaren Störung sein könnten, und entsprechende Hinweise auf Schwankungen in der Stimmung und dem Aktivitätsniveau beobachten und ernst nehmen.

Immer wieder wird diskutiert, ob bipolare und unipolare Depressionen sich z. B. hinsichtlich ihrer Symptomatik, ihres Verlaufs oder ihrer Behandlungsresponse unterscheiden bzw. ob es Indikatoren für eine zuverlässige Differenzierung zwischen beiden Störungsformen gibt.

Folgende Symptome zeigen am häufigsten Unterschiede (Hautzinger & Meyer, 2002; s. Übersicht S. 25):

- ▶ »Psychomotorische Aktivität«, wobei meistens zwischen Verlangsamung und Agitiertheit/Unruhe unterschieden wird. Psychomotorische Verlangsamung (z. B. langsamere Sprache oder Bewegungen, weniger Blickkontakt) und Unruhe (z. B. Umherlaufen müssen, Nicht-still-sitzen-Können) dürfen dabei nicht nur subjektiv erlebte Zustände sein, sondern müssen auch für Außenstehende beobachtbar sein. Es gibt wiederholt Berichte, dass im Rahmen bipolarer Depressionen häufiger psychomotorische Verlangsamung auftritt, während bei unipolaren Depressionen eher die Unruhe im Vordergrund steht.
- ▶ »Schlafstörungen« gehören zu den typischen Symptomen affektiver Störungen. Patienten mit einer bipolaren affektiven Störung berichteten während depressiver Episoden häufig ein vermehrtes Schlafbedürfnis und vermehrten Schlaf, während unipolar depressive Patienten eher über Schlafstörungen im engeren Sinne klagen wie z. B. Ein- oder Durchschlafstörungen sowie frühmorgendliches Erwachen.

- ▶ Es scheint einen Trend dahingehend zu geben, dass bipolare Patienten in der Depression deutlich weniger über »körperliche Beschwerden« wie z. B. Kopfschmerzen klagen als unipolar depressive Patienten. Ähnliches scheint auch für Symptome wie Angst zu gelten. Am häufigsten wird hier aber auf Veränderungen von Appetit oder Gewicht hingewiesen.

Diese Ergebnisse basieren auf nur wenigen Studien. Aufgrund einer Literaturübersicht lässt sich gegenwärtig schlussfolgern, dass die immer wieder berichteten Unterschiede in der Symptomatik oder im Verlauf unipolarer versus bipolarer Depressionen längst nicht so deutlich sind, wie es oft angenommen wird. Depressive Episoden treten im Rahmen bipolarer Erkrankungen aber häufiger auf und setzen abrupt ein als im Rahmen unipolarer Verläufe.

**Kriterien zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit einer unipolaren bzw. bipolaren affektiven Störung in Abwesenheit manischer bzw. hypomanischer Episoden in der Vorgeschichte**

<b>Bipolare Störung</b>	<b>Unipolare Störung</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ zwei oder mehr atypische Symptome</li> <li>▶ psychotische Symptome</li> <li>▶ gesteigerter Antrieb</li> <li>▶ früher Krankheitsbeginn (&lt; 25. Lebensjahr)</li> <li>▶ viele Episoden (&gt; 5)</li> <li>▶ rascher Episodenbeginn (&lt; 1 Woche)</li> <li>▶ positive Familienanamnese für bipolare Störungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Einschlafstörungen, Früherwachen</li> <li>▶ Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme</li> <li>▶ somatische Beschwerden</li> <li>▶ späterer Krankheitsbeginn (&gt; 25. Lebensjahr)</li> <li>▶ längere Episodendauer (&gt; 6 Monate)</li> <li>▶ langsamer Episodenbeginn (&gt; 4 Wochen)</li> <li>▶ negative Familienanamnese für bipolare Störungen</li> </ul>

**Trauer und Anpassungsstörungen**

Stehen depressive Symptome in engem Zusammenhang mit dem Tod einer nahestehenden, geliebten Person, dann gilt dies als sozial erwartete und normal angesehene »Trauer« und nicht als eine Störung mit Krankheitswert. Erst wenn die Trauerreaktion über Monate (ab etwa zwei Monate) unverändert anhält oder so stark ist, dass Suizidalität oder psychotische Symptome auftreten, gilt dies als krankhaft und damit behandlungsbedürftig. Die Unterscheidung Trauer und Depression gibt es im DSM-5 nicht mehr.

Anpassungsstörungen (früher auch »reaktive Depression« genannt) sind Zustände subjektiven Leidens und affektiver Beeinträchtigung, die die sozialen Funktionen und die Leistungsfähigkeit behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer einschneidenden Lebensveränderung, nach belastenden Lebensereignissen oder auch nach schweren körperlichen Krankheiten auftreten. Es ist dabei davon auszugehen,

dass ohne die Belastung das Krankheitsbild nicht entstanden wäre. Die Symptome sind heterogen, umfassen aber meist leichte bis mittelschwere depressive Stimmung, Angst, Sorge, Überforderung, Ohnmacht. Es können auch kurzfristig dramatische Verhaltensäußerungen (z. B. Gewalt) vorkommen. Die Störung beginnt innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis bzw. der Lebensveränderung. Die Anpassungsstörungen können kurzfristig (maximal einen Monat) oder langfristig (bis maximal zwei Jahre) andauern.

### **Dimensionale Diagnostik affektiver Störungen**

Die heute verbreiteten Diagnosesysteme (ICD-11, DSM-5) sind kategoriale Systeme, die bei Vorliegen gewisser Symptome sowie einer bestimmten Anzahl von Symptomen über eine festgelegte Zeit und bei gleichzeitigem Ausschluss definierter Krankheiten eine Diagnose vergeben oder eben nicht (Ja/Nein-Entscheidung).

Die Abstufung über den Schweregrad stellt bei Vergabe einer Diagnose die Einführung einer Ordinalskala und damit einer gewissen dimensionalen Beurteilung der Symptomatik dar. Wie bei allen derartigen kategorialen Entscheidungen erhebt sich schnell die Frage, mit welchem Recht die Grenze bei z. B. fünf gleichzeitig vorhandenen Symptomen gezogen wird und nicht schon bei drei oder vier Symptomen, vor allem, wenn diese stark ausgeprägt sind. Oder ob verschiedene kurze, heftige Episoden affektiver Störungen, die jedoch niemals das Zwei-Wochen-Kriterium erfüllen, möglicherweise nicht viel beeinträchtigender sind als eine einzelne längere Episode im Laufe eines Jahres. Diese Fragen werden vor allem dann interessant, wenn man bedenkt, dass bei Auftreten von sogenannten sub-syndromalen (minoren) Depressionen (zu wenige Symptome bzw. zu kurze Zeitdauer) und besonders bei mehrfachen, doch kurzen Episoden ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung des Vollbilds einer unipolaren affektiven Störung besteht. In Längsschnittstudien konnte gezeigt werden, dass eine wachsende Anzahl depressiver Symptome eng mit dem zunehmenden Ausmaß sozialer Beeinträchtigung, eingeschränkter Leistungsfähigkeit, vermehrtem Alkoholkonsum und der Erhöhung des Risikos für eine depressive Episode verbunden ist. Die Befunde zeigen, dass die klinische Bedeutung affektiver Symptome nicht allein von der Überschreitung der diagnostischen Grenzlinie der gängigen Diagnosesysteme abhängt.

Affektive Störungen lassen sich am zutreffendsten als Kontinuum verstehen und erfordern sowohl eine kategoriale als auch eine dimensionale, vor allem *multimethodale* Diagnostik (Angst & Merikangas, 2001; Hautzinger & Meyer, 2002; Hautzinger, 2010).

## **3.3 Verhaltens- und Problemanalyse**

Die Verhaltens- und Problemanalyse (Hautzinger, 2021; Ubben, 2017) ist das wichtigste diagnostische Verfahren in der (kognitiven) Verhaltenstherapie. Sie stützt sich auf die Annahme, dass menschliches Verhalten durch die Lerngeschichte einer Person, durch ein teilweise daraus ableitbares Verhaltensrepertoire, durch situative Bedingungen und Konsequenzen des eigenen Verhaltens (für die Person selbst und andere) sowie durch Kognitionen (automatische Gedanken) bestimmt wird. Die Verhaltens-

und Problemanalyse erhebt auch relevante Informationen über die Persönlichkeit und überdauernde kognitive Schemata eines Individuums. Dennoch ist für die Verhaltens- und Problemdiagnostik zentral zu beobachten, welche Verhaltens- und Reaktionsweisen ein Patient in unterschiedlichen Lebenssituationen zeigt, und dessen Konsequenzen (Verstärkerbedingungen) sowie die Möglichkeiten, durch die dieses Problemverhalten geändert werden kann, zu beschreiben.

### Merke

Individualisiertes Vorgehen ist wichtig, denn wenn Probleme eines Patienten als eine Reaktion angesehen werden, die unter gewissen Bedingungen gelernt und durch bestimmte innere und äußere Reize aufrechterhalten wird, muss für jeden Patienten und für unterschiedliche Verhaltensweisen eine eigene Verhaltens- und Problemanalyse erstellt werden.

In die Problemanalyse gehen in jedem Fall immer psychologische, biologische, intellektuelle, sozioökonomische und soziale Faktoren als potenziell bedeutsame Variablen ein.

Leitfaden der Verhaltens- und Problemanalyse kann das später (s. Abschn. 4.3) dargestellte Verständnis (Modell) der Depression sein. Dabei lassen sich Probleme in vier Lebensbereichen erwarten, welche jedoch immer konkretisiert und spezifiziert werden müssen (hilfreich dabei ist Arbeitsblatt 1 in den Online-Materialien):

- (1) Probleme in der Alltagsgestaltung, der Tagesstrukturierung, der Isolation und des Rückzugs, einseitige Lebensgestaltung
- (2) Probleme in den instrumentellen Fertigkeiten, Verhaltensdefizite, fehlende Kompetenzen, ungeschicktes Verhalten, Verhaltensexzesse
- (3) Probleme in den sozialen Interaktionen, dem partnerschaftlichen bzw. familiären Kommunizieren und Interagieren
- (4) Probleme im Denken, Interpretieren, Schlussfolgern, der Selbstbewertung und der Erwartungen, den Einstellungen, den Ansprüchen und den Verarbeitungsmustern

Eine solche Konzeption macht außerdem deutlich, dass die üblichen diagnostischen Methoden zur Erfassung des Patientenverhaltens ungenügend sind, weil sie in der Regel die Bedingungen nicht beschreiben, unter denen depressives Denken und Verhalten auftreten.

### Methoden der Problemanalyse

Verhaltensdiagnostische Verfahren zur Informationsgewinnung umfassen im Wesentlichen

- ▶ die Beobachtung von Patienten in natürlichen Situationen (z. B. im Umgang mit dem Therapeuten, in der Interaktion mit der Familie),
- ▶ das Herstellen von experimentellen Analogien natürlicher Situationen im Rollenspiel (Nachstellen von typischen Szenen),
- ▶ das Auswerten von Berichten und Selbstbeobachtungen des Patienten über seine Reaktionen in gegebenen Situationen,

AB  
1

- ▶ das Auswerten von Berichten wichtiger Bezugspersonen, die Auskunft über bestimmte Reaktionsweisen des Patienten geben,
- ▶ standardisierte Testverfahren (z. B. zur Bestimmung des intellektuellen Niveaus, Befindens- und Symptommaße, s. Abschn. 3.4).

### Merke

Als entscheidendes Kriterium für eine gute Verhaltens- und Problemanalyse gilt die Fähigkeit des Klinikers, sich bei der Datenerhebung auf die wesentlichen Informationen zu beschränken, die zur Beantwortung folgender Fragen notwendig sind (Hautzinger, 2011):

- (1) Welche beobachtbaren Handlungsweisen und intern ablaufenden Prozesse bedürfen einer Veränderung in Bezug auf Auftretenshäufigkeit, Dauer oder Intensität?
- (2) Unter welchen Bedingungen wurde dieses Problem (Denken, Verhalten) erworben und wodurch wird es momentan bedingt?
- (3) Durch welche Maßnahmen können die angestrebten Veränderungen am besten bewirkt werden?

Diese drei Fragestellungen entsprechen den diagnostischen Schritten der

- (1) Zielanalyse, (2) funktionalen Verhaltensanalyse und der (3) Therapieplanung.

### Analyse der aktuellen Bedingungen

Für die Beschreibung der aktuellen Bedingungen lässt sich folgende Systematik nutzen:

**Verhaltensexzesse.** Verhalten, das wegen der Dauer, Intensität oder Häufigkeit seines Auftretens vom Patienten und/oder von Personen seiner Umgebung als störend empfunden wird. Bei depressiven Personen sind oft Steigerungen des klagenden, weinerlichen, hilfeschreitenden Verhaltens zu beobachten. Ein anderer Bereich exzessiven Verhaltens sind Äußerungen der Hoffnungslosigkeit, des Pessimismus, der negativen kognitiven Überzeugungen und Befürchtungen.

**Verhaltensdefizite.** Verhaltensweisen werden als problematisch beschrieben, weil sie nicht mit ausreichender Häufigkeit, Intensität oder in angemessener Form auftreten. Beispiele dafür sind Rückzugsverhalten, Passivität, Nichtbeteiligung an sozialen Aktivitäten sowie fehlende Initiative. Dabei kann ein grundlegender Mangel an Fertigkeiten, an Bewältigungs-, Arbeits- bzw. Freizeitverhalten zugrunde liegen. Bei depressiven Patienten ist jedoch recht häufig eher eine Hemmung bzw. das Fehlen adäquater Verhaltensauslöser für die Verhaltensdefizite verantwortlich.

**Unproblematisches Verhalten.** Verhalten, das dem Patienten keine Schwierigkeiten bereitet, als angemessen erlebt wird oder Verhalten, bei dem sich spezielle Fähigkeiten und Talente beobachten lassen. Somit ein Verhaltensbereich, der nicht Gegenstand der Veränderung ist, sondern das Fundament (Ressourcen) für Interventionen darstellen kann.

**Beispielfragen.** Folgende Fragen können zur Problem- und Verhaltensanalyse gestellt werden:



- ▶ Wie äußert sich ein problematisches Verhalten (motorisch, emotional, kognitiv, verbal, physiologisch)?
- ▶ Wie häufig (oder selten) tritt es auf?
- ▶ Mit welcher Intensität?
- ▶ Lassen sich bestimmte Intervalle oder Schwankungen im Verhalten beobachten? Wovon sind diese abhängig?
- ▶ Welche kurz- und langfristigen Auslöser bestimmen Verhaltensdefizite und -exzesse (welche Personen, Situationen, Gedanken)?
- ▶ Welche kurz- und langfristigen Konsequenzen ergeben sich daraus (positive Erfahrungen, z. B. erhöhte Zuwendung, Hilfe; negative Erfahrungen, z. B. Ablehnung, Verärgerung)?
- ▶ Wodurch genau wird das Verhalten des Patienten »symptomatisch«?
- ▶ Was ist daran für ihn selbst störend und belastend und was für seine Umgebung?
- ▶ Welche angemessenen Verhaltensweisen des Patienten lassen sich für die Therapie nutzen?

**Ursprüngliche Auslöser.** Folgende Fragen helfen, typische Bedingungen und Auslöser der ursprünglich problematischen Situationen zu erkennen:

- ▶ Wie sahen die ursprünglichen Reizbedingungen (Auslöser, Stimulusbedingungen bei erstmaligem und wiederholtem Auftreten) aus?
- ▶ Ergeben sich Hinweise, die auf eine Reizgeneralisierung schließen lassen?
- ▶ Lässt sich die Symptomatik durch die Mechanismen des respondenten oder des operanten Lernens erklären? Wie genau?

**Aktuelle Bedingungen.** Zur Bestimmung auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen der aktuell vorliegenden depressiven Symptomatik gilt es außerdem, folgende Informationen einzuholen:

- ▶ Ergaben sich für den Patienten Umweltveränderungen, die mit einem Verstärkerverlust oder dem Verlust diskriminativer Reize (für operantes Verhalten) in Zusammenhang gebracht werden können (Familie, Freunde, Beruf, Freizeit etc.)?
- ▶ Hat die Umweltveränderung zu einer Zunahme aversiver Stimuli geführt? In welchen Lebensbereichen? Mit welchen Auswirkungen auf den Patienten? Welches Verhalten muss der Patient initiieren, um die aversiven Stimuli zu reduzieren?
- ▶ Wie sehen Verstärkerpläne aus, die das Verhalten des Patienten kontrollieren?
- ▶ Was kann er selbst tun, um die Kontrolle über sein Verhalten zu vergrößern (z. B. neues Verhalten erlernen)?
- ▶ Welche Bedingungen in seiner Umwelt müssen geändert werden, damit das Ausmaß an Fremdkontrolle abnimmt?

### Merke

Bei der Analyse der problematischen Situation kommt es ganz wesentlich darauf an, die Symptomatik des Patienten als Interaktion von Situation (Umwelt), Kognition und Verhalten der Person zu beschreiben. Bei dem hier vorliegenden Konzept einer kombiniert verhaltenstherapeutisch-kognitiven Behandlung der Depression

schließt die Analyse der Verstärkerbedingungen selbstverständlich auch die in einer Person intern ablaufenden gedanklichen Prozesse und Empfindungen mit ein. Sie gelten ebenfalls als positiv oder negativ zu bewertende Verstärker und müssen zusätzlich erhoben werden. Die Veränderung von Einstellungen und Empfindungen eines Patienten unterliegt in unserem Modell den gleichen Gesetzmäßigkeiten und führt zu ähnlichen Auswirkungen wie die Veränderung von Umweltbedingungen.

**Motivationsanalyse.** Zur Diagnostik der Motivationslage des Patienten bieten sich folgende Fragen an:

- ▶ Welche Vorstellungen hat der Patient über die Ursachen seiner Erkrankung?
- ▶ Wie beurteilt er seine Möglichkeiten, selbst zur Therapie beizutragen?
- ▶ Welche positiven Aspekte der Erkrankung könnten so bedeutend für ihn sein, dass sie die negativen Auswirkungen aufwiegen?
- ▶ Ist eine aktive Mitarbeit des Patienten an der Bestimmung und Erarbeitung von Therapiezielen zu erkennen? Oder ergeben sich Widersprüche zwischen verbal formulierten Therapiezielen und dem tatsächlichen Handeln?

**Selbstkontrollanalyse.** Hierunter versteht man die Versuche des Patienten, mit seinen Beschwerden allein fertig zu werden:

- ▶ Welche Erfahrung hat der Patient bislang mit Selbstkontrollversuchen gemacht?
- ▶ Worauf kann man in der Therapie aufbauen?
- ▶ Welche falschen Vorstellungen über Ausmaß, Form und Erfolgsaussichten von Selbstkontrollverfahren müssen revidiert werden?
- ▶ Unter welchen situativen Bedingungen, bei welchen Verstärkern und in Anwesenheit welcher Personen gelingt eine Selbstkontrolle? Wann gelingt sie nicht?

**Analyse der sozialen, kulturellen, ökonomischen, physikalischen Umwelt.** Zur Analyse der sozialen Lebenswelt, der kulturellen Einflüsse, der Norm- und Wertvorstellungen sowie der objektiven Lebenswelt bieten sich folgende Fragen an:

- ▶ Welche Menschen sind für den Patienten wichtig?
- ▶ Wie beeinflussen sie ihn und mit welchem Ziel?
- ▶ Welche gegenseitigen Erwartungen ergeben sich (ausgesprochen oder unausgesprochen) aus der Interaktion zwischen dem Patienten und seinen Bezugspersonen?
- ▶ Welche Hilfestellungen sind für die Therapie aus dem »sozialen Netzwerk« des Patienten zu erwarten?
- ▶ Welche Normen herrschen im sozialen Milieu des Patienten bezüglich des symptomatischen Verhaltens, aber auch allgemein im Hinblick auf erstrebenswertes Verhalten und erwünschte Lebensbedingungen? Hat der Patient sich unterschiedlichen Normen anzupassen (z. B. Familie vs. Beruf)? Ergeben sich daraus Konflikte?
- ▶ Welche realen Schwierigkeiten und Bedingungen (Arbeit, Finanzen, Umwelt usw.) bestehen und bedürfen ggf. der Veränderung?

- ▶ Welche Grenzen sind der Erarbeitung von Therapiezielen gesetzt: soziale, intellektuelle, moralische, religiöse, sexuelle, berufliche, ökonomische oder körperliche (gesundheitliche)?

**Zielerreichungsskalierung.** Zum Abschluss der Problem- und Verhaltensanalyse, aufbauend auf der Problemauflistung (AB 1), hat sich die konkrete Formulierung von Therapiezielen bewährt. Dafür kann das Arbeitsblatt 2 verwendet werden. Dabei formulieren Therapeut und Patient gemeinsam Therapieziele. Die Zielerreichungsbestimmung soll helfen, die angestrebten Veränderungen zu präzisieren, das therapeutische Vorgehen für den Patienten transparenter werden zu lassen und seine Therapiemotivation durch selbst gesetzte Ziele zu erhöhen. Im Abstand von vier Wochen sollte dieses Arbeitsblatt benutzt werden, um gemeinsam zu beurteilen, wie weit es gelungen ist, die konkret formulierten Ziele zu erreichen (Beurteilung 0 bis 100 %), ob es Veränderungen gibt und wie die nächsten Schritte zur Zielerreichung aussehen.

AB  
1+2

### Fallbeispiel

Der 46-jährige Peter M., Ingenieur, wurde aufgrund seiner seit Monaten bestehenden Energie- und Interessenlosigkeit, seines Antriebsmangels, seiner Neigung zum Weinen, verbunden mit einer resignativen Stimmung, seinen Durchschlafstörungen, seinem Früherwachen, seinem Pessimismus bezüglich des Berufs und der Zukunft, seines Appetitmangels, seiner Konzentrations- und Wortfindungsstörungen, seinen zahlreichen, diffusen, körperlich nicht begründeten Schmerzen und Beschwerden als depressiv diagnostiziert (ICD-10 nach SKID; s. dazu Abschn. 3.4). Im QIDS-C (AB 3) erreichte er einen Wert von 18 Punkten und im BDI 29 Punkte. Die depressiven Beschwerden sind vor allem nachts, während des oft stundenlangen Wachliegens, morgens vor der Arbeit, doch auch bei Arbeitsbesprechungen, alleine vor dem Computer, abends nach den Konflikten mit der Tochter am stärksten.

**Anamnese.** Die biografische Anamnese ergab einen frühen Verlust des Vaters durch Tod (Herr M. war damals 14 Jahre alt), Überforderung durch Unterstützung der Mutter nach dem Tod des Vaters, Ehekonflikte während des Studiums, hohe Leistungsanforderungen an sich selbst, ständige Einsatzbereitschaft und Perfektionismus. Er stammt aus einer aus Osteuropa nach Deutschland eingewanderten Familie. Über die Eltern, vor allem den Vater, wurde die Grundhaltung vermittelt, dass es über Anstrengung und Leistung gelingt, beruflich, familiär und persönlich Erfolg (Glück) zu erzielen.

**Aktuelle Belastungen** sind: Schulprobleme (vor allem Mathematik) der 13-jährigen Tochter, Verweigerung der Tochter, sich helfen zu lassen, Ankündigung der Betriebsleitung auf Halbierung der Belegschaft in der Informatik verbunden mit der Annahme, dass er entlassen wird, da er erst seit wenigen Jahren in der Firma arbeitet, Gesundheitsorgen verbunden mit der Befürchtung, ähnlich früh zu versterben wie der Vater. Diese Dinge beschäftigen Herrn M. ständig, vor allem nachts, doch auch tagsüber.

**Verhaltensanalyse.** Eine typische Situation ( $S^D$ ) ist eine Arbeitsbesprechung in der Abteilung mit den Kollegen. Herrn M. fällt ein Fachbegriff nicht ein oder er bekommt bei einer Präsentation nicht alles mit. Er fängt an, über seine Unzulänglichkeit zu grübeln und sieht sich schon bald nicht mehr zu der Abteilung gehörend ( $V_{\text{kognitiv}}$ ), wird unruhig, fängt an zu schwitzen oder bekommt Druck auf der Brust ( $V_{\text{somatisch}}$ ). Er zieht sich in sein Büro zurück ( $V_{\text{motorisch}}$ ), was ihn jedoch nicht entlastet, sondern dazu führt, dass er sich noch schlechter fühlt, an sich zweifelt, sich bald entlassen und angesichts seines Alters arbeitslos sieht ( $K_{\text{negativ}}$ ). Er fühlt sich in einem Zustand der Hilflosigkeit ( $K_{\text{negativ}}$ ), da seine Anstrengungen bei der Arbeit, doch auch seine Bemühungen um den Lernerfolg der Tochter nicht greifen bzw. auf die betrieblichen und schulischen Entwicklungen keinen Einfluss nehmen. Seine aus der Sozialisation stammende Grundhaltung sowie seine bisherigen Ressourcen (Kompetenzen) führen nicht zur Problemlösung. Diese resignative Hilflosigkeit wird noch verstärkt durch die Annahme, dass Ingenieure (Informatiker) seines Alters auf dem heutigen Arbeitsmarkt kaum mehr eingestellt bzw. angemessen bezahlt werden. Finanzielle Belastungen (aus Hauskauf) verstärken die persönliche Lage.

**Problemliste.** Diese Analyse ergibt folgende Problemliste (AB 1): Arbeitsplatz bedroht (»Ich bin der Erste, der entlassen wird«), keine angemessenen beruflichen Alternativen (»Ingenieure meines Alters werden nicht mehr gebraucht«), Erziehungs- und Schulschwierigkeiten der Tochter (Mathematik), Konzentrations- und Sprachschwierigkeiten bei Arbeit, Schlaflosigkeit (nächtliches Erwachen), ständiges Grübeln, Schulden, Rückzug (kaum noch Gemeinsames mit Familie, keine Freizeitbeschäftigung, nur Arbeit), Durchsetzungsfähigkeit gegenüber Mutter (Erwartung, dass er sich um alles kümmert), vermeidendes Sozialverhalten gegenüber Kollegen, Vorgesetzten, hohe Ansprüche und Einsatz (Leistung) als einzige, doch bislang erfolgreiche Kompetenz, Klärung der psychosomatischen Zusammenhänge.

**Therapieziele.** Daraus ergeben sich als Therapieziele (AB 2): Klärung der betrieblichen und beruflichen Situation, Überprüfung der Einstellungen zum Arbeitsmarkt und zu alternativen Berufschancen, Aufbau von sozial geschicktem Verhalten (gegenüber Kollegen, gegenüber Mutter, gegenüber Vorgesetzten), Wahrnehmung von eigenen Bedürfnissen und Emotionen, Frustrationen und eigene Bedürfnisse ausdrücken können, Entlastung durch Einstellung einer Lernhilfe für die Tochter, Verbesserung der familiären und partnerschaftlichen Kommunikation, Aufbau von alternativen (angenehmen, körperlichen) Freizeitaktivitäten, Verbesserung der Tagesgestaltung, Erarbeitung eines aus der Biografie und den bisherigen Erfahrungen begründeten Erklärungs- und Bedingungsmodells.

**Therapiebezogene Heuristik.** Bezogen auf die in Kapitel 4 dargestellten Erklärungsmodelle ergibt sich als therapiebezogene Heuristik (s. Abschn. 4.3 und Abb. 4.6), dass Herr M. Defizite im Interaktions- und Sozialverhalten (Durchsetzung, Bedürfnisse, Erziehung) aufweist, katastrophisierenden Überzeugungen bezüglich Betrieb, Arbeitsmarkt, Familie und Schulden aufweist, nach einseitigen, perfektionistischen, Konflikt vermeidenden und nur auf Anstrengung ausgerichteten

Grundhaltungen (Schemata) funktioniert, eine sehr einseitige, genussfeindliche, passive Alltagsgestaltung lebt, pessimistische Attributionen bezüglich eigenem Körper und der sich aufhäufenden Schwierigkeiten (Zukunft) vornimmt. Der erlebte Zustand der Hilflosigkeit wird aus den Fehlattritionen, den dysfunktionalen Verarbeitungsmustern, dem Fertigkeitenmangel, den Defiziten der Emotions- und Bedürfniswahrnehmung und dem verstärkungsarmen, aversiven Alltag heraus gut nachvollziehbar.

### 3.4 Diagnostische Instrumente

Bereits in Abschnitt 3.1 wurden die diagnostischen Kriterien dargestellt. Ergänzend sollen in diesem Abschnitt Verfahren zur klinischen Informationserhebung (Interviews) und zur Beurteilung der Schwere depressiver Symptomatik (Selbst- und Fremdbeurteilungen), wie sie heute gebräuchlich und üblich sind, vorgestellt werden.

#### Screening

Depressive Störungen kommen gehäuft komorbid mit körperlichen und anderen psychischen Erkrankungen vor. Viele Patienten präsentieren sich beim Arzt mit »Schmerzen«, »Schlafstörungen« oder »Erschöpfung«. Sowohl die Patienten wie auch die Kliniker bedenken oft nicht, dass diese Symptome Ausdruck einer Depression sein können. Die Weltgesundheitsorganisation hat ein einfaches Screeninginstrument entwickelt (s. Übersicht auf der folgenden Seite), das als Wohlbefindensskala formuliert ist. Der Grenzwert von < 14 Punkten weist eine hohe Sensitivität (> 95 %) bezüglich depressiver Störungen auf. Mit den fünf Fragen kann der Prozess zur diagnostisch zuverlässigen und gültigen Beurteilung einer Depression eingeleitet werden. Diese fünf Fragen sollten in jeder Arztpraxis mit der Anmeldung und bei nahezu allen Gründen für eine ärztliche Konsultation gestellt werden. Wird der Grenzwert unterschritten, sollte fachärztliche bzw. fachpsychologische Diagnostik eingeleitet werden.

#### Strukturierte klinische Interviews

Diese diagnostischen Verfahren erlauben die strukturierte Erfassung psychopathologischer Phänomene mit dem Ziel einer diagnostischen Entscheidung (Hautzinger & Meyer, 2002). Heute liegen zahlreiche Vorschläge vor, die wenig strukturiert (Checklisten), strukturiert (SKID, MINI, DIPS) oder standardisiert (CIDI, DIA-X) sind und alle Abschnitte zur Depressionsdiagnose sowie zur Differenzialdiagnose bezüglich anderer Störungen enthalten.

## WHO-5-Screening-Fragebogen zum Wohlbefinden

Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden/niedrigste Lebensqualität und 25 größtes Wohlbefinden, höchste Lebensqualität bezeichnen.

**Kritische Grenze für eine wahrscheinliche Depression < 14 Punkte!**

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten **zwei** Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage das Kästchen, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	die ganze Zeit	meistens	etwas mehr als die Hälfte der Zeit	ab und zu	zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1

**SKID bzw. M. I. N. I.** Gebräuchlich und im klinischen Rahmen gut einsetzbar ist das »Strukturierte Interview für DSM-IV« (SKID) oder das »Internationale Neuropsychiatrische Interview« (M. I. N. I.; Sheehan et al., 2006). Die korrekte Anwendung setzt klinische Erfahrungen und die Kenntnis des ICD-10 bzw. des DSM-5 voraus. SKID/M. I. N. I. ermöglichen die Bestimmung von den diagnostischen Hauptkategorien sowie die Beurteilung des Schweregrads einer Störung. Die Interviews beginnen mit einem kurzen Explorationsleitfaden, welcher einen Überblick über die Lebenssituation und die Problematik eines Patienten gibt. Danach folgen in neun Abschnitten die Störungsbilder (von affektiven Störungen, Psychosen über Substanzabhängigkeit bis zu Anpassungsstörungen). Es werden nicht nur die Antworten des Patienten codiert,

sondern auch der Gesamteindruck des Interviewers zu jedem Bereich. Im folgenden Kasten ist aus dem M. I. N. I. die Beurteilung der depressiven Episode beispielhaft dargestellt.

**Abschnitt »Depression« aus dem M. I. N. I. (Sheehan et al., 2006)**

**Depressive Episode**

- |  |    |      |
|--|----|------|
| (1) Haben Sie sich während den letzten 2 Wochen andauernd niedergeschlagen, depressiv, energielos oder antriebslos gefühlt?                          | Ja | Nein |
| (2) Haben Sie während den letzten 2 Wochen jegliches Interesse oder Freude an den meisten Dingen verloren, die Ihnen sonst meistens Freude bereiten? | Ja | Nein |

*Wenn 1 oder 2 mit Ja beantwortet, dann weiter: Während Sie so interesselos und/oder niedergeschlagen waren, ...*

- |  |    |      |
|--|----|------|
| (3) ... war Ihr Appetit verändert (weniger/mehr), haben Sie an Gewicht ab- bzw. zugenommen ( 5 ), ohne dass Sie das wollten?           | Ja | Nein |
| (4) ... hatten Sie nahezu jede Nacht Schwierigkeiten mit dem Schlafen (ein-, durchschlafen, früh erwachen, übermäßig viel)?            | Ja | Nein |
| (5) ... waren Ihre Bewegungen, Ihre Sprache, Ihre Reaktionen verlangsamt oder waren Sie ruhelos, getrieben, konnten kaum still sitzen? | Ja | Nein |
| (6) ... waren Sie die meiste Zeit erschöpft, ohne Spannkraft, ohne Energie?  | Ja | Nein |
| (7) ... fühlten Sie sich wertlos, schuldig, ein schlechter Mensch?   | Ja | Nein |
| (8) ... hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, sich in alltäglichen Dingen zu entscheiden?                                 | Ja | Nein |
| (9) ... hatten Sie Gedanken, sich etwas anzutun, nicht mehr leben zu wollen, dass es besser wäre, tot zu sein?                         | Ja | Nein |

*Bei 5 oder mehr Ja, codiere: Depressive Episode?* JA NEIN

Der Vorteil des SKID/M. I. N. I. ist, dass der gesamte Ablauf der Informationsgewinnung von der kurzen Exploration bis zur Codierung der Diagnose vorstrukturiert ist. Die Reliabilität (Übereinstimmung verschiedener Kliniker) ist gut. Das SKID gehört sicherlich mit zu den populärsten Interviewverfahren und sollte die freie klinische Exploration ersetzen.