

Annette Schaub · Elisabeth Roth  
Ulrich Goldmann

# Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen

Ein Therapiemanual

2., aktualisierte und erweiterte Auflage



HOGREFE



# Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen



# Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen

Ein Therapiemanual

von

Annette Schaub, Elisabeth Roth und Ulrich Goldmann

2., aktualisierte und erweiterte Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD  
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM  
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

*Dr. phil. Dipl.-Psych. Annette Schaub*, geb. 1958. 1977–1984 Studium der Psychologie in Mainz und Bonn. 1992 Promotion. 1984–1991 Wissenschaftliche Assistentin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Bonn und 1993–1996 an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Bern. Ausbildung zur Verhaltens- und Familientherapeutin; Supervisorin. 1992 Tätigkeit bei verschiedenen Forschungsprojekten an der University of California, Los Angeles, sowie an dem Eastern Pennsylvania Institute, Philadelphia. Seit 1995 Wissenschaftliche Angestellte und seit 1997 leitende Diplom-Psychologin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München.

*Dipl.-Psych. Elisabeth Roth*, geb. 1967. 1990–1996 Studium der Psychologie in Trier. 1997 Tätigkeit in einer Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen. 1998–2000 im Bereich Personalauswahl und -entwicklung sowie im Bereich Psychotraumatologie tätig. 2000–2004 Mitarbeiterin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München. 1998–2003 Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin und seit 2004 in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig. Seit 2005 beim Zentralen Schulpsychologischen Dienst der Stadt München tätig, dort seit 2008 verantwortlich für die Koordination der Krisenintervention an Münchner Schulen.

*Dr. phil. Ulrich Goldmann*, geb. 1963. 1988–1998 Studium der Philosophie und Psychologie in München. Seit 1998 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. 1998–2004 forschend und klinisch-therapeutisch an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München tätig. 2004 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. 2004–2007 stellvertretender Leiter der psychotherapeutischen Hochschulambulanz der LMU München. 2007 Promotion. Seit 2004 zusätzlich in eigener psychotherapeutischer Praxis tätig.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2006 und 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston  
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz  
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

---

Satz: Beate Hautsch, Göttingen  
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2432-3

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

### **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhalt

Geleitwort zur ersten Auflage . . . . .	IX
Vorwort der Autoren . . . . .	XI

## **Kapitel 1: Störungsbild Depression . . . . . 1**

## **Kapitel 2: Klassifikation und Diagnostik . . . . . 3**

2.1 Diagnostische Kriterien . . . . .	3
2.1.1 DSM-IV . . . . .	3
2.1.2 ICD-10 . . . . .	5
2.1.3 Crosswalk DSM-IV zu ICD-10 . . . . .	6
2.1.4 Diagnostik chronischer Depressionsformen . . . . .	7
2.2 Differenzialdiagnose . . . . .	7
2.2.1 Abgrenzung von bipolaren Störungen . . . . .	7
2.2.2 Abgrenzung von der „affektiven Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors“ und von „substanzinduzierter affektiver Störung“ . . . . .	8
2.2.3 Abgrenzung von Dysthymie und schizoaffektiven Störungen . . . . .	8
2.2.4 Abgrenzung von Demenzerkrankungen . . . . .	9
2.2.5 Abgrenzung von Trauer . . . . .	9
2.3 Komorbiditäten . . . . .	9
2.3.1 Allgemeine Daten zur Komorbidität . . . . .	9
2.3.2 Dysthymie und „Double Depression“ . . . . .	10
2.3.3 Persönlichkeitsstörungen bzw. akzentuierte Persönlichkeitszüge . . . . .	11
2.3.4 Angststörungen . . . . .	12
2.3.5 Posttraumatische Belastungsstörung . . . . .	13
2.3.6 Somatoforme Störungen . . . . .	13
2.3.7 Substanzmissbrauch . . . . .	14
2.3.8 Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen und mit somatischen Erkrankungen . . . . .	15
2.4 Diagnostische Instrumente . . . . .	15
2.4.1 Fremdeinschätzung . . . . .	16
2.4.2 Selbsteinschätzung . . . . .	17

## **Kapitel 3: Epidemiologie und Verlauf . . . . . 18**

3.1 Epidemiologie . . . . .	18
3.2 Verlauf . . . . .	19

## **Kapitel 4: Erklärungsansätze . . . . . 22**

4.1 Frühe und aktuelle Stressoren als ätiologische Faktoren . . . . .	22
4.2 Psychologische Modelle . . . . .	24
4.2.1 Die Verstärker-Verlust-Hypothese von Lewinsohn . . . . .	24

4.2.2	Seligmans Theorie der erlernten Hilflosigkeit . . . . .	25
4.2.3	Die kognitive Theorie der Depression nach Beck. . . . .	26
4.2.4	Persönlichkeitsfaktoren. . . . .	26
4.3	Genetische und biologische Faktoren . . . . .	27
4.3.1	Genetik . . . . .	27
4.3.2	Neurobiologische Modelle . . . . .	28
4.4	Integrative Modelle . . . . .	32
4.4.1	Kindling . . . . .	32
4.4.2	Biologische Narben . . . . .	33
4.4.3	Final-Common-Pathway-Modelle . . . . .	33
4.4.4	Multifaktorielles Modell von Berger und van Calker. . . . .	36
4.4.5	Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell . . . . .	37
<b>Kapitel 5: Stand der Therapieforschung . . . . .</b>		<b>39</b>
5.1	Überblick über psychotherapeutische und pharmakologische Interventionen . . . . .	39
5.1.1	Ansatzpunkte für psychotherapeutische Interventionen und ihre Kombination mit Pharmakotherapie . . . . .	39
5.1.2	Psychopharmakotherapie . . . . .	41
5.2	Spezifische Interventionen im Einzel- oder Gruppensetting . . . . .	42
5.2.1	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie (KVT) und ihre Weiterentwicklungen . . . . .	42
5.2.2	Psychoedukative Interventionen (PE). . . . .	43
5.2.3	Interpersonelle Psychotherapie (IPT) und Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) . . . . .	44
5.2.4	Humanistisch-erfahrungsorientierte Psychotherapie . . . . .	47
5.2.5	Paar- und familienbezogene Interventionen . . . . .	47
5.3	Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen in der Outcome- und Prozessforschung . . . . .	48
5.3.1	Einführung in die Outcome- und Prozessforschung . . . . .	48
5.3.2	Evaluation der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) . . . . .	50
5.3.3	Evaluation psychoedukativer Interventionen (PE) als Teil einer Kombinationsbehandlung . . . . .	52
5.3.4	Evaluation der Interpersonellen Psychotherapie (IPT). . . . .	53
5.3.5	Die Evaluation des CBASP-Ansatzes. . . . .	54
5.3.6	Evaluation der Humanistisch-erfahrungsorientierten Psychotherapie . . . . .	54
5.3.7	Evaluation der familienbezogenen Interventionen . . . . .	54
5.4	Wirksamkeit der kombinierten Behandlung bei Akut- und Erhaltungstherapien . . . . .	55
5.4.1	Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung in der Akuttherapie . . . . .	55
5.4.2	Psychotherapie als Teil einer Kombinationsbehandlung in der Erhaltungstherapie. . . . .	57
5.5	Implikationen der Forschungsergebnisse . . . . .	58
5.6	Entwicklung und Evaluation der kognitiv-psychoedukativen Therapie zur Bewältigung von Depressionen . . . . .	59



5.6.1	Entwicklung des Therapiemanuals . . . . .	59
5.6.2	Erste Verlaufsuntersuchungen zur Patientengruppe . . . . .	60
5.6.3	Evaluation im Rahmen des Kompetenznetzes Depression . . . . .	62
<b>Kapitel 6: Einführung in das Manual für die Gruppenintervention. . . . .</b>		<b>66</b>
6.1	Einleitung . . . . .	66
6.2	Ziele . . . . .	66
6.3	Indikation und Empfehlungen für die Praxis . . . . .	66
6.3.1	Allgemeine Kriterien . . . . .	66
6.3.2	Therapeutische Aspekte bei Komorbidität . . . . .	67
6.3.3	Therapeutische Aspekte bei weiteren Besonderheiten . . . . .	70
6.4	Vorbereitung der Teilnehmer. . . . .	72
6.5	Aspekte der therapeutischen Beziehung . . . . .	74
6.6	Generelle therapeutische Strategien . . . . .	75
6.7	Struktur und Rahmenbedingungen . . . . .	76
6.7.1	Settingspezifische Aspekte . . . . .	76
6.7.2	Struktur des Gruppenprogramms . . . . .	76
6.7.3	Genereller Ablauf und Charakter der Sitzungen. . . . .	79
<b>Kapitel 7: Durchführungsanleitung für die Gruppentherapie . . . . .</b>		<b>81</b>
7.1	Sitzung 1: Allgemeine Einführung und Symptome der Depression. . . . .	81
7.2	Sitzung 2: Ursachen der Depression. . . . .	86
7.3	Sitzung 3: Behandlung der Depression. . . . .	90
7.4	Sitzung 4: Zusammenhang von Verhalten und Gefühlen . . . . .	96
7.5	Sitzung 5: Aufbau positiver Aktivitäten . . . . .	99
7.6	Sitzung 6: Bedeutung des Gleichgewichts zwischen Anforderungen und positiven Aktivitäten . . . . .	101
7.7	Sitzung 7: Zusammenhang zwischen Denken und Gefühlen . . . . .	104
7.8	Sitzung 8: Veränderung automatischer depressiver Gedanken . . . . .	108
7.9	Sitzung 9: Bedeutung depressionsfördernder Grundüberzeugungen . . . . .	111
7.10	Sitzung 10: Veränderung depressionsfördernder Grundüberzeugungen. . . . .	115
7.11	Sitzung 11: Rückfallprophylaxe . . . . .	117
7.12	Sitzung 12: Nachsorge . . . . .	120
7.13	Ablauf einer Auffrischsitzung. . . . .	122
7.14	Schwierige Situationen in der Gruppe . . . . .	124
7.15	Umgang mit Suizidalität . . . . .	125
7.15.1	Bedeutung der therapeutischen Beziehung. . . . .	125
7.15.2	Suizidalität im stationären Setting . . . . .	126
7.15.3	Suizidalität im ambulanten Setting . . . . .	126
7.15.4	Hilfreiche Verhaltensweisen im Gespräch mit suizidalen Patienten . . . . .	127
7.15.5	Nach einem Suizid . . . . .	127

<b>Kapitel 8: Einführung in das Manual für die Angehörigengruppe</b> .....	130
8.1 Einleitung .....	130
8.2 Ziele .....	130
8.3 Rekrutierung der Teilnehmer .....	131
8.4 Struktur und Rahmenbedingungen .....	131
8.4.1 Settingspezifische Aspekte .....	131
8.4.2 Struktur des Gruppenprogramms .....	131
<b>Kapitel 9: Durchführungsanleitung für die Angehörigengruppe</b> .....	133
9.1 Modul: Einführung .....	133
9.2 Modul: Symptome der Depression .....	134
9.3 Modul: Ursachen der Depression .....	135
9.4 Modul: Behandlung der Depression .....	136
9.5 Modul: Umgang mit depressiv Erkrankten .....	140
9.6 Modul: Kommunikationstraining .....	143
9.7 Modul: Problemlösetraining .....	145
9.8 Modul: Abschluss .....	148
9.9 Schwierige Situationen in der Angehörigengruppe .....	148
<b>Kapitel 10: Modifikation für die Einzeltherapie</b> .....	151
10.1 Kognitiv-psychoedukative Einzeltherapie .....	151
10.1.1 Struktur der Einzeltherapie .....	151
10.1.2 Ablauf der Sitzungen .....	152
10.2 Angehörigengespräche .....	152
<b>Kapitel 11: Fallbeispiel</b> .....	153
11.1 Ausgangssituation .....	153
11.2 Therapie .....	155
11.3 Therapieergebnis .....	156
<b>Literatur</b> .....	158
<b>Anhang</b>	
Anwesenheitsliste – Gruppentherapie .....	171
Sitzungsprotokoll – Gruppentherapie .....	172
Protokoll Gruppentherapie pro Teilnehmer .....	173
Sitzungsprotokoll – Einzeltherapie .....	174
<b>CD-ROM</b>	
Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Arbeitsmaterialien, die zur Durchführung der Gruppentherapie (Flipcharts und Teilnehmermaterialien), der Einzeltherapie (Arbeitsmaterialien) sowie der Angehörigengruppen (Flipcharts und Teilnehmermaterialien) verwendet werden können.	
Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter <a href="http://www.adobe.com/products/acrobat">www.adobe.com/products/acrobat</a> erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.	

## Geleitwort zur ersten Auflage

Ein großer Teil an Depressionen erkrankter Menschen muss phasenweise auch stationär in einer Klinik behandelt werden. Meist sind es die Heftigkeit der Erkrankung, das Vorliegen von Selbstverletzungstendenzen oder ein schwer zu behandelnder Verlauf, die einen Klinikaufenthalt erforderlich machen. Heute ist die stationäre Behandlung jedoch in der Regel von kurzer Dauer und übersteigt selten 10 Wochen. Diese gegenüber früher effiziente und patientengerechte Therapie wurde möglich, weil heute bei der stationären Depressionsbehandlung verschiedene Behandlungskomponenten wie Medikamente, Bewegungs- und Gestaltungstherapie, Sozio- und vor allem Psychotherapie eingesetzt werden.

Werden im ambulanten Rahmen die antidepressive Medikation bzw. die Psychotherapie selten kombiniert bzw. ergänzend eingesetzt, so bestimmt in der Klinik die Kombinationsbehandlung das Vorgehen. Unter den Psychotherapien hat die kognitive Verhaltenstherapie sicherlich die beste wissenschaftliche Absicherung erfahren (De Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2005), Leitlinien: Psychotherapie affektiver Störungen, Deutsche Gesellschaft für Psychologie; <http://www.klinische-psychologie-psychotherapie.de>). Doch bestimmen dabei die Studien an und mit ambulanten depressiven Patienten das Bild.

Es war daher nahe liegend, dass im Rahmen des „Kompetenznetzes Depression und Suizidalität“ (<http://www.kompetenznetz-depression.de>) eine Studie zur stationären (Gruppen-)Psychotherapie

durchgeführt werden sollte. Das Ergebnis dieser Studie liegt nun mit diesem Therapiehandbuch vor. Darin werden vor allem konkrete Vorgehensweisen, die Ausgestaltung der insgesamt 12 Gruppensitzungen und der Umgang mit schwierigen Situationen beschrieben. Besonders hervorzuheben ist der ergänzende und bislang kaum beachtete Aspekt der Arbeit mit Angehörigen, wozu hier sogar ein eigenes Gruppenkonzept samt aller Materialien und Hilfsmittel vorgelegt wird.

Diese Therapieanleitung zur stationären Psychotherapie der komplizierten, komorbiden, oft chronischen Depressionen ist daher eine echte Bereicherung. Sie baut auf den erfolgreichen ambulanten Konzepten der kognitiven Verhaltenstherapie auf (vgl. Hautzinger, M., 2003, Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, 6. Auflage. Beltz/PVU, Weinheim) und ergänzt und erweitert den Ansatz für die Besonderheit der Klinikbedingungen. Damit wird auch gewährleistet, dass eine meist erforderliche ambulante Fortführung der Psychotherapie nach der Klinikentlassung gelingt. Der Therapieansatz wird nicht nur beschrieben, sondern es werden auch die empirischen Evidenzen zugunsten dieser Behandlung berichtet. Also insgesamt ein wichtiger, hilfreicher Beitrag zu einer evidenzbasierten, wissenschaftlich begründeten Depressionstherapie. Was will man mehr? Diesem wichtigen, ergänzenden Beitrag zur Depressionsbehandlung ist eine breite Akzeptanz und Anwendung zu wünschen.

Tübingen, im Februar 2006 Martin Hautzinger



## Vorwort der Autoren

Dieses Buch will den Leser anhand des detailliert beschriebenen Behandlungsmanuals ermutigen, sich bei depressiven Patienten und ihren Angehörigen im stationären sowie im ambulanten Bereich therapeutisch zu engagieren. Das Manual basiert auf einer kombiniert pharmakologisch-psychotherapeutischen Behandlung. Es werden psychoedukative und kognitiv-behaviorale Ansätze in ein Behandlungskonzept zusammengefasst, da diese Ansätze vielversprechend erscheinen. Dies gilt sowohl hinsichtlich der Bereitschaft zur Mitarbeit der Patienten bei der pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung als auch hinsichtlich des Krankheitsverlaufs bei depressiven Erkrankungen. Den Betroffenen werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie sie ihre Erkrankung beeinflussen können, was wiederum zu einer größeren Selbstakzeptanz und Hoffnung beiträgt.

Das vorliegende Buch beruht auf den Erfahrungen mit stationären und ehemals stationären Patienten, die im Rahmen einer Evaluationsstudie an einer Gruppen- und Einzelintervention teilgenommen haben. Diese vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte Studie („Einfluss von Psychoedukation und Krankheitsbewältigung auf die Compliance und den Krankheitsverlauf bei Patienten mit depressiven Störungen“, BMBF-FKZ 01 GI 9919; ab 2002: FKZ 01 GI 0219) wurde 1999 bis 2005 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München (Projektleitung: A. Schaub) durchgeführt. Die Studie war in den Förderschwerpunkt „Kompetenznetze in der Medizin“, und zwar in das Kompetenznetz Depression-Suizidalität (Antragsteller: H.-J. Möller, F. Holsboer & U. Hegerl) eingebettet. Übergreifendes Ziel dieser Studie ist die Entwicklung spezifischer und effizienter psychotherapeutischer Interventionen für depressive stationäre Patienten zur Verbesserung ihrer Behandlungscompliance und zur Stabilisierung einer akuten Depression. Weitere Ziele beziehen sich auf den angemessenen Umgang mit Anzeichen einer beginnenden Depression bei ambulanten Patienten und die Prävention einer weiteren Chronifizierung. Nach Ende der Förderung wurde die Gruppenintervention fest in die stationäre Versorgung integriert.

Die Studie orientiert sich am Leitgedanken einer randomisierten Effectiveness-Studie. Dieses Behandlungskonzept wird unter Bedingungen der

Routineversorgung eingesetzt, um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Es wird geprüft, ob Patienten mit einer kombiniert psychopharmakologisch-psychotherapeutischen Behandlung im Hinblick auf kurz- und mittelfristige Zielgrößen wie hinreichende Informiertheit über die Krankheit, Mitarbeitsbereitschaft mit der pharmakologischen Behandlung, Strategien zur Belastungs- und Krankheitsverarbeitung sowie Aspekte des Selbstkonzeptes besser abschneiden als Patienten der psychiatrischen Standardversorgung. Längerfristige Zielgrößen beziehen sich auf die soziale Anpassung, die Lebenszufriedenheit und den Krankheitsverlauf. Merk- und Gedächtnisleistungen sowie subjektive Krankheitskonzepte werden als Prädiktoren einer optimalen Therapiepassung analysiert. Die ersten Ergebnisse dieser Studie belegen, dass schwer depressiv erkrankte Patienten (HAMD > 22) hinsichtlich ihres Selbstwertes und ihrer Problemlösefähigkeit stärker von einer kombinierten Behandlung profitieren als Patienten der Standardversorgung. Dieses Ergebnis stimmt mit aktuellen Studien überein, denen zufolge kombinierte Behandlungsansätze einem rein psychotherapeutischen oder rein psychopharmakologischen Vorgehen überlegen sind.

Das Buch setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Der theoretische Teil gibt einen Überblick über das Krankheitsbild, Diagnostik, Ätiologie, Epidemiologie und Therapieforschung. Der praktische Teil umfasst umfangreiche und detaillierte Handlungsanleitungen und Materialien für die therapeutische Arbeit mit den Patienten und ihren Angehörigen. Dieses strukturierte Manual umfasst kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungselemente, die ihre Effizienz bereits in Therapiestudien bestätigt haben:

- Psychoedukation über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten zur Förderung eines funktionalen Krankheitsmodells, anhand dessen der Patient seine Einflussmöglichkeiten erkennen sowie mit der pharmakologischen Behandlung kooperieren kann,
- das Erkennen und der angemessene Umgang mit Frühwarnsignalen zur Rezidivprophylaxe,
- das Einüben von Strategien (wie Aktivitätenaufbau und kognitive Umstrukturierung), um die für die unipolare Störung typischen Symptome besser bewältigen zu können,
- Sensibilisierung für unangemessene Krankheitskonzepte sowie dysfunktionale Lebensstile

- durch das Erkennen der zu Grunde liegenden Grundüberzeugungen als Rückfallschutz,
- die Mitarbeit der Angehörigen, denen Gelegenheit zu entlastenden Gesprächen und einem vertieften Krankheitsverständnis gegeben wird.

Alle benötigten Materialien können von der CD-ROM zum sofortigen Gebrauch ausgedruckt werden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit sprechen wir im Text von Betroffenen, Patienten, Gruppenteilnehmern, Therapeuten und Ärzten nur in der maskulinen Form. Selbstverständlich sind jeweils auch weibliche Betroffene, Patientinnen, Gruppenteilnehmerinnen, Therapeutinnen und Ärztinnen eingeschlossen.

Die therapeutischen Bausteine sind vom Therapeuten flexibel zu handhaben und jeweils auf den einzelnen Klienten bzw. auf den Entwicklungsprozess der Gruppe abzustimmen. Der therapeutische Leitfaden ist für die Einzel- und Gruppentherapie im ambulanten sowie im stationären Setting geeignet. Um den persönlichen Entscheidungs- und Handlungsspielraum des Patienten so weit wie möglich zu vergrößern und den Einfluss des Therapeuten und anderer Autoritätspersonen zu verringern, wird der Selbsthilfe besonders große Bedeutung beigemessen und der Patient als Experte seiner Erkrankung ernstgenommen.

Unser herzlicher Dank gilt den Teilnehmern der kognitiv-psychoedukativen Gruppen sowie der Angehörigengruppen, die uns einen Einblick in ihr Schicksal gewährt haben. Ihre Offenheit, Gesprächsbereitschaft und engagierte Mitarbeit haben dieses Manual erst ermöglicht.

Dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) danken wir herzlich für die finanzielle Unterstützung im Rahmen des Förderungsschwerpunktes „Kompetenznetze in der Medizin“. Unser Dank gilt auch dem Pharmakonzern Smith Kline Beecham, der durch seine finanzielle Unterstützung unsere Implementierungsstudie ermöglichte. Herrn Prof. Dr. Hans-Jürgen Möller, dem Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München, und Herrn Prof. Dr. Ulrich Hegerl, dem Oberarzt der auf depressive Störungen spezialisierten Station (C1), möchten wir für ihr Interesse an der Durchführung der kognitiv-psychoedukativen Gruppen für unipolare Patienten danken.

Wir danken Frau Dipl.-Psych. Marketa Charypar für ihren unermüdlichen Einsatz bei der Rekrutierung der Patienten und Verwaltung der Daten,

Frau Dipl.-Psych. Jana Kopinke für die Dateneingabe und Recherche von Patientendaten sowie das Korrekturlesen des Manuals, Frau Dipl.-Psych. Christine Ott für die Hilfe bei der Evaluation der Angehörigengruppen und Frau Dipl.-Psych. Barbara Wiese für die Ausarbeitung des ersten Leitfadens für die Durchführung von Angehörigengruppen. Die Mitarbeiter der Station C1 haben durch die Bereitstellung von Räumlichkeiten zur Etablierung der stationsinternen Gruppen beigetragen, die dann im weiteren Verlauf stationsübergreifend stattfanden. Für die Durchführung und Mitgestaltung von kognitiv-psychoedukativen Gruppen mit unipolaren Patienten und für inhaltliche Anregungen zur Manualgestaltung bedanken wir uns besonders bei Frau Dr. med. Gaby Stotz und Frau Dipl.-Psych. Johanna Graf. Unser Dank gilt auch Frau Dipl.-Psych. Jutta Arzt, Frau Dipl.-Psych. Seher Asar, Herrn Dipl.-Psych. Lars Auszra, Herrn Dipl.-Psych. Martin Beer, Herrn Dr. med. Thomas Baghai, Herrn Dipl.-Psych. Stefan Duschek, Herrn Dr. med. Peter Dobmeier, Frau Dr. med. Anette Douhet, Frau Dr. med. Sigrid Ehrentraut, Frau Dipl.-Psych. Diane Ernst, Frau Dr. med. Daniela Eser, Herrn Dipl.-Psych. Michael Fetscher, Frau Dipl.-Psych. Martina Haimerl, Frau Dr. med. Elisabeth Hofschuster, Herrn Dr. med. Markus Jäger, Frau Dipl.-Psych. Susanne Kaff, Herrn Dr. med. Florian Müller-Siecheneder, Herrn Dr. med. Patrick Mickael, Frau Dr. med. Gabriela Neundörfer, Frau Dipl.-Psych. Regina Roeder, Frau Dr. med. Gisela Schmitt, Frau Dr. med. Konstanze Schorr, Herrn Dr. med. Cornelius Schüle, Herrn Dipl.-Psych. Michael Simon, Herrn Dipl.-Psych. Zoltan Stiffl, Frau Dr. med. Bettina Täschner, Herrn Dipl.-Psych. Gerd Unterholzner, Frau Dr. med. Ulrike Wegner und Frau Dipl.-Psych. Brigitte Wolf. Herrn Prof. Manfred Ackenheil und Herrn Dr. Markus Schwarz danken wir für die freundliche Unterstützung bei der Kontrolle der Plasmaspiegel.

Für die Durchführung und Validierung der einzeltherapeutischen Interventionen danken wir ganz besonders Frau Dipl.-Psych. Susanne Amann, Frau Dipl.-Psych. Claudia Beyer, Frau Dipl.-Psych. Eva Hoch, Frau Dipl.-Psych. Mariella Karsten, Frau Dipl.-Psych. Petra Kümmler, Frau Dipl.-Psych. Monika Kulzer, Frau Dipl.-Psych. Anke Neusser, Frau Dipl.-Psych. Marion Kramer-Rosenzweig, Frau Dipl.-Psych. Ann-Kathrin Schmidt, Frau Dipl.-Psych. Ingrid Scholler, Frau Dipl.-Psych. Ursula Sedlmayer, Frau Dipl.-Psych. Karin Welsch und Frau Dipl.-Psych. Karin Wilke. Mit Ausnahme

der vom BMBF geförderten drei Psychologen, einer Hilfskraft und meiner Person (A. Schaub) waren alle Psychologen auf einer unbezahlten Basis im Rahmen ihres einjährigen Praktikums für ihre Psychotherapieausbildung tätig.

In der zweiten Auflage des Buches wurden zahlreiche neue Erkenntnisse zur Diagnostik, zur Komorbidität, zu Erklärungsansätzen und zum Stand der Therapieforschung sowie zu den psychotherapeutischen Ansätzen ergänzt. Auch wurden in den Arbeitsmaterialien zur medikamentösen Behandlung aktuelle Entwicklungen der medikamentösen Therapie eingearbeitet.

Für die zweite Auflage danken wir Herrn PD Dr. med. C. Schüle für seine Unterstützung bei der Aktualisierung der Materialien zur Behandlung mit Psychopharmaka.

Den Nutzern des Manuals wünschen wir viel Freude und Erfolg bei der Durchführung der kognitiv-psychoedukativen Gruppen sowie bei der Anwendung von Bausteinen und Materialien in der Einzeltherapie. Wir sind sehr an Ihren Erfahrungen mit der Umsetzung des Konzepts interessiert und freuen uns über Ihre Rückmeldungen.

München, im März 2013

Annette Schaub  
Elisabeth Roth  
Ulrich Goldmann





# Kapitel 1

## Störungsbild Depression

Das Erscheinungsbild depressiver Störungen ist zunächst durch das Leitsymptom der depressiven Verstimmung geprägt. Der Terminus „Depression“ leitet sich vom lateinischen Wort „deprimere“ (herunterdrücken, niederdrücken) ab. Die Verstimmung kann unterschiedliche, auch wechselnde Qualitäten wie Niedergeschlagenheit, traurige und ängstliche Gefühlszustände bis hin zur Panik, ein Gefühl der Leere, Gereiztheit, Missmut oder Desinteressiertheit aufweisen. Auch Gefühle der Hilflosigkeit, der Resignation, Erschöpfung, Verzweiflung, Hoffnungs- und Ausweglosigkeit können auftreten. Das physiologische Erregungsniveau kann erniedrigt oder gesteigert sein. Unter Depression leidende Menschen können einen gebremsten, gehemmten und sehr inaktiven Eindruck machen, während andere sehr unruhig, äußerlich ständig in Bewegung sind und sich nicht stillhalten können („agitierte Depression“). Die Extremausprägungen können vom depressiven Stupor (völlige Inaktivität und fehlende Reaktionen auf Reize aus der Außenwelt) bis hin zu panikartigen Angstzuständen reichen. Ebenso unterschiedlich kann das Interaktionsverhalten sein: Manche Depressive suchen sehr stark den Kontakt zu anderen Menschen,

dem Pflegepersonal und dem Behandler, wollen sich aussprechen, ihr Leid klagen, wünschen oder fordern Rückversicherung und Unterstützung. Andere wiederum sind weitgehend oder völlig in sich zurückgezogen, meiden den Kontakt zu allen anderen Menschen und reagieren im Extremfall auch nicht mehr, wenn man auf sie zugeht. Die Symptomatik kann einen weiten Bereich von Beeinträchtigungen auf verschiedenen Ebenen (emotional, kognitiv, verhaltensmäßig, somatisch-körperlich) umfassen. Das Leitsymptom muss nicht in jedem Fall im Vordergrund stehen, so dass die Gefahr einer Fehldiagnose durchaus gegeben ist. Die Tatsache, dass nicht wenige Depressionen eher eine ängstlich-agitierte Symptomatik aufweisen, kann bei nicht hinreichend genauer Diagnostik zu einer Fehldiagnose – etwa einer Panikstörung – führen. Affektive Störungen insgesamt können vom Stimmungs- und Krankheitsverlauf her unterschiedliche Ausprägungen annehmen (vgl. Abb. 1).

Diese grundsätzliche Unterscheidung zeigt sich auch in den Diagnosesystemen DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) und ICD-

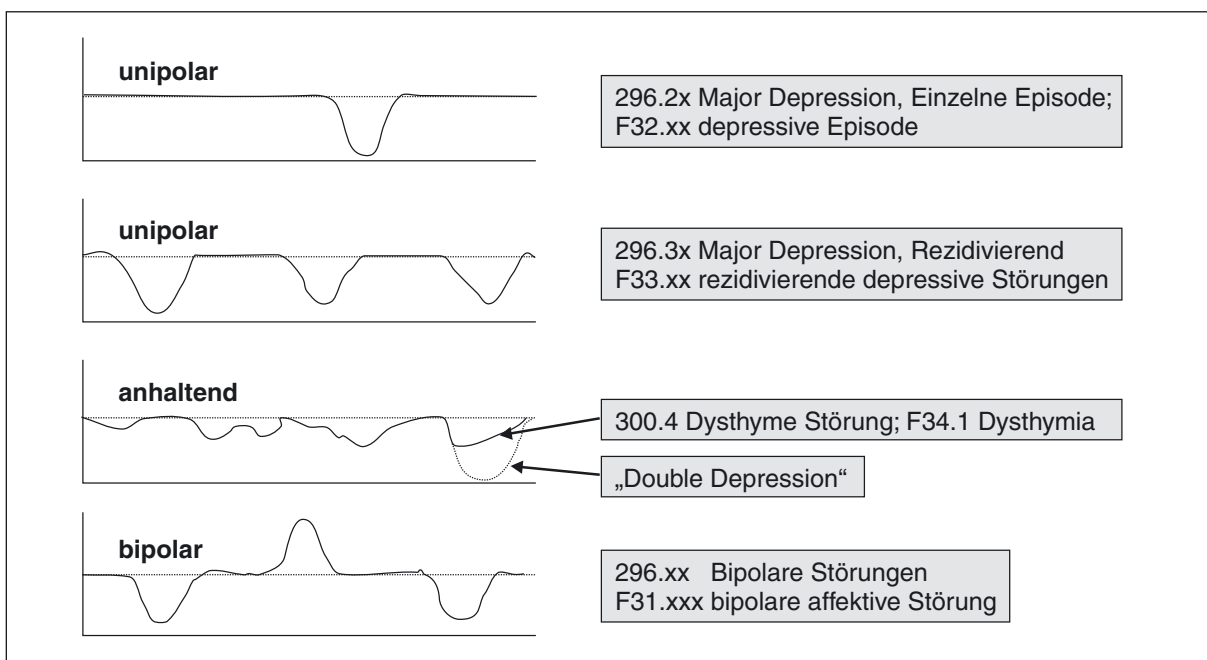


Abbildung 1: Verlaufsförmern affektiver Störungen

10 (International Classification of Diseases; Dilling, Mombour & Schmidt, 2000). Alle folgenden Ausführungen beziehen sich auf die unipolare Depression und ansatzweise auf die Dysthymia, soweit diese neben einer aktuellen depressiven Phase besteht. Oft treten vor oder während einer Depression weitere Symptome wie Substanzmissbrauch, Angsterkrankungen, Zwänge auf, oder es sind gleichzeitig weitere Störungen auf der Achse I (klinische Störungen) oder II (Persönlichkeits-

störungen) des DSM-IV vorhanden. Weitere Informationen dazu finden sich in den Abschnitten „Komorbiditäten“ und „Differenzialdiagnose“ sowie in einigen Abschnitten des Therapiemanuals. Komorbiditäten haben oft eine große Bedeutung für die Behandlung und den Verlauf von Depressionen und können auch zu Fehldiagnosen bzw. dem Übersehen einer depressiven Störung führen, wenn etwa die Angstsymptomatik zeitweise imponiert.

# Kapitel 2

## Klassifikation und Diagnostik

### 2.1 Diagnostische Kriterien

Früher wurden die Formen der Depression nach ätiologischen Gesichtspunkten unterschieden. So sprach man von endogener, neurotischer oder reaktiver Depression. Generell wurde diese Einteilung in den modernen Diagnosemanualen aufgegeben, da die Forschung die in den Bezeichnungen enthaltenen ätiologischen Annahmen nicht bestätigen konnte. Nach der Logik der Diagnosesysteme DSM und ICD werden ungesicherte ätiologische Annahmen nicht in der nosologischen Unterteilung der Störungsbilder aufgegriffen, sondern die Unterscheidung erfolgt durch phänomenologische Beschreibung, d. h. nach Vorhandensein und Schweregrad der Symptome. Nicht wenige psychiatrische Lehrbücher reproduzieren jedoch auch heute noch die eingangs erwähnte einfache Unterteilung. Diese suggeriert, man habe es mit unterschiedlichen, jeweils monokausal bedingten Unterformen zu tun; dies ist nicht nur wissenschaftlich unhaltbar, sondern behindert auch integratives Denken bzw. die Formulierung eines integrativen Störungsmodells, das gerade für eine Kombinationsbehandlung notwendig ist.

Heute geht man von multifaktoriellen Entstehungsmodellen unterschiedlicher Ausprägung

und Komplexität aus, was im Kapitel 4 detailliert ausgeführt wird.

#### 2.1.1 DSM-IV

Die diagnostischen Kriterien im DSM-IV sind im Vergleich zu früheren Klassifikationen stringenter formuliert und die Entscheidungsfindung ist vollständiger und genauer beschrieben. Im DSM-IV ist eine einzelne Episode per se nicht diagnostizierbar (hat also keinen eigenen diagnostischen Code); sie dient vielmehr als Teilelement der eigentlichen Diagnose. Das Vorliegen einer *depressiven Episode* ist somit notwendige, aber noch nicht hinreichende Voraussetzung für die codierbare Störung *Major Depression*. Auch eine einzelne (bzw. die erste) Episode wird als „Major Depression, depressive Episode“ bezeichnet. Die ersten drei Ziffern der DSM-IV-Codierung für die Major Depression lauten 296. Eine einzelne Episode wird mit .2 an vierter Stelle verschlüsselt, also 296.2. Handelt es sich um eine rezidivierende Depression, ist die Codierung an vierter Stelle .3. Die Symptome und Bedingungen, die laut DSM-IV vorhanden sein müssen, damit die Kriterien für eine *depressive Episode* erfüllt sind, finden Sie auf der folgenden Seite.

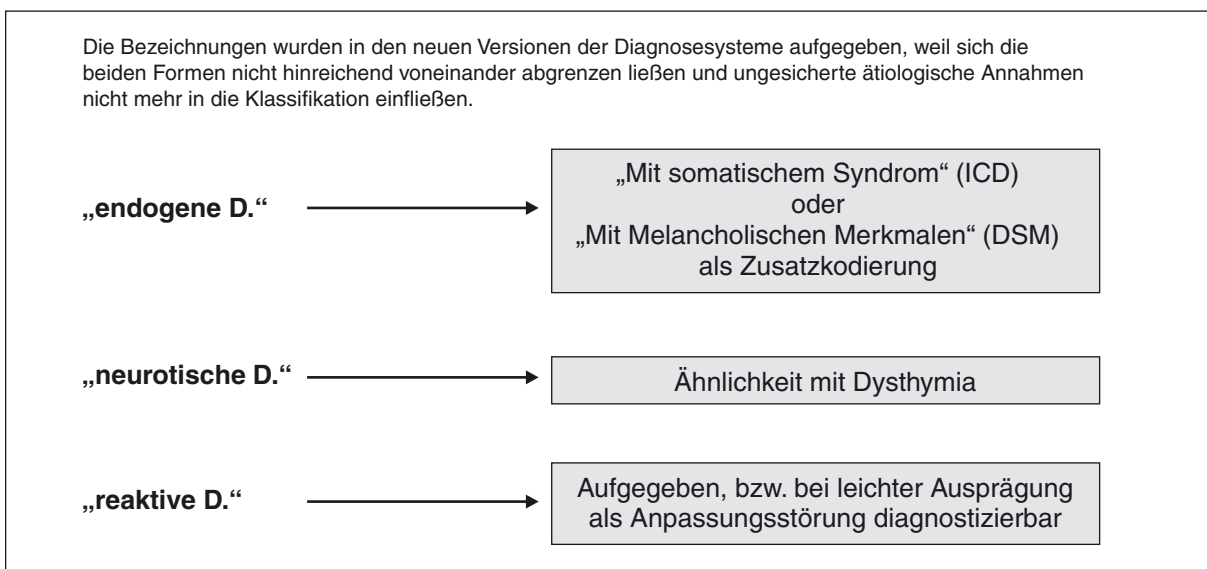


Abbildung 2: Was ist aus der endogenen, der reaktiven und der neurotischen Depression geworden?

**Kriterien für eine Episode einer Major Depression nach DSM-IV (Saß et al., 2003, S.406 f.):**

- A. Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) Depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude. Beachte: Auszuschließen sind Symptome, die eindeutig durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungsinkongruenten Wahn oder Halluzinationen bedingt sind.
1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet oder von anderen beobachtet. (Beachte: kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung sein.)
  2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
  3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichtes in einem Monat); oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen. Beachte: Bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu berücksichtigen.
  4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.
  5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung).
  6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen.
  7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins).
  8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).

9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.
- B. Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Gemischten Episode<sup>1</sup>
- C. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück.
- E. Die Symptome können nicht besser durch Einfache Trauer erklärt werden, d.h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als zwei Monate an oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert.

Wenn diese Voraussetzungen vorliegen, ist nach DSM-IV eine depressive Episode vorhanden, die jedoch, wie schon erwähnt, nicht eigenständig codierbar ist. Erst wenn weitere Bedingungen hinzutreten, kann man die Diagnose „Major Depression, einzelne Episode“ stellen:

**Kriterien für eine Major Depression, einzelne Episode nach DSM-IV (Saß et al., 2003, S. 426):**

- A. Vorhandensein einer einzelnen Episode einer Major Depression.
- B. Die Episode einer Major Depression kann nicht durch eine Schizoaffektive Störung besser erklärt werden und überlagert nicht eine Schizophrenie, Schizophreniforme Störung, Wahnhafte Störung oder Psychotische Störung.
- C. In der Anamnese gab es niemals eine Manische, eine Gemischte Episode oder eine Hypomane Episode. Beachte: Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn alle einer Manischen, Gemischten oder Hypomanen Episode ähnlichen Symptombilder substanz- oder behandlungsinduziert oder die direkte Folge eines medizinischen Krankheitsfaktors waren.

<sup>1</sup> Die Kriterien für sowohl eine Manische Episode (siehe DSM-IV) als auch eine Episode einer Major Depression sind fast täglich über einen mindestens einwöchigen Zeitraum erfüllt. Weitere Bedingungen für das Vorliegen einer Gemischten Episode siehe DSM-IV.

Zu beachten ist, dass folgende Zusatzmerkmale an fünfter Stelle codiert werden können (zur genaueren Erläuterung s. Saß et al., 2003):

- *Schweregrad*: .x1 = Leicht, .x2 = Mittelschwer, .x3= Schwer ohne Psychotische Merkmale, .x4 = Schwer mit Psychotischen Merkmalen.
- *Psychotische Symptome*: bei Codierung .x4 wird zwischen „Stimmungskongruenten“ und „Stimmungsinkongruenten Psychotischen Merkmalen“ unterschieden.
- *Remissionsgrad*: .x5 = Teilremittiert, .x6 = Vollremittiert, .x0= Unspezifisch
- *Chronisch*: In den vergangenen zwei Jahren waren die Kriterien für eine Episode einer Major Depression durchgehend erfüllt.
- *Mit Katatonen Merkmalen*: Das klinische Bild wird bestimmt durch mindestens zwei der fünf folgenden Symptome: motorische Hemmung oder gesteigerte motorische Aktivität, Negativismus, bizarre Willkürbewegungen oder Echolalie bzw. Echopraxie; diese Form der Depression kommt sehr selten vor.
- *Mit Melancholischen Merkmalen*: Hier ist zum Einen der Verlust von Interesse oder Freude an den meisten oder allen Aktivitäten und zum Anderen die fehlende Reagibilität auf Dinge, die normalerweise als angenehm erlebt werden, zu verzeichnen. Zusätzlich müssen drei der folgenden Symptome vorhanden sein, um die Zusatzcodierung vergeben zu können: Morgentief, besondere Qualität der Verstimmung, morgendliches Früherwachen, deutliche psychomotorische Veränderung (Hemmung oder Agitiertheit), Appetitlosigkeit oder Gewichtsverlust, übermäßige Schuldgefühle.
- *Mit Atypischen Merkmalen*: Hier bestehen das Hauptmerkmal in der Aufhellbarkeit der Stimmung (also genau im Gegensatz zur Depression mit „melancholischen“ Merkmalen), darüber hinaus müssen mindestens zwei der folgenden Symptome vorhanden sein: Hypersomnie, Gewichtszunahme oder vermehrter Appetit, bleiernes Schweregefühl im Körper oder in den Extremitäten, anhaltende Überempfindlichkeit gegenüber (subjektiv wahrgenommenen) persönlichen Zurückweisungen.
- *Mit Postpartalem Beginn*: Trat die depressive Episode innerhalb von vier Wochen nach einer Entbindung auf, kann diese Zusatzcodierung verwendet werden.

Ist vor der aktuellen Episode bereits mindestens eine weitere depressive Episode aufgetreten, ist im Sinne des DSM-IV eine „Major Depression, Rezidivierend“, zu diagnostizieren.

**Kriterien für eine Major Depression,  
Rezidivierend nach DSM-IV  
(Saß et al., 2003, S.426 f.):**

- A. Vorhandensein von zwei oder mehreren Episoden einer Major Depression. Beachte: Episoden werden als getrennt gewertet, wenn in einem mindestens zweimonatigen Intervall die Kriterien für eine Episode einer Major Depression nicht erfüllt sind.
- B. Die Episoden einer Major Depression können nicht durch eine Schizoaffektive Störung besser erklärt werden und überlagern nicht eine Schizophrenie, Schizophreniforme Störung, Wahnhafte Störung oder Nicht Näher Bezeichnete Psychotische Störung.
- C. In der Anamnese gab es niemals eine Manische Episode, eine Gemischte Episode (siehe oben) oder eine Hypomane Episode (siehe DSM-IV). Beachte: Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn alle einer Manischen, Gemischten oder Hypomanen Episode ähnlichen Symptombilder substanz- oder behandlungsinduziert oder die direkte Folge eines medizinischen Krankheitsfaktors waren.

Zusätzlich zu den schon unter „Major Depression, einzelne Episode“ verwendbaren Zusatzcodierungen können Codierungen des Langzeitverlaufs (mit bzw. ohne Vollremission im Intervall, siehe DSM-IV) und „Mit Saisonalem Muster“ (siehe DSM-IV) hinzugefügt werden.

### 2.1.2 ICD-10

Die ICD-10 unterscheidet generell zwischen manischer Episode und bipolarer affektiver Störung, zwischen depressiver Episode (F32) und rezidivierenden depressiven Störungen (F33), anhaltenden affektiven Störungen und sonstigen affektiven Störungen. Von Interesse sind hier nur die depressive Episode, die rezidivierende depressive Störung, von den anhaltenden Störungen auch ansatzweise die Dysthymie, wenn sie komorbid auftritt. Zur Vergabe aller F32- und F33-Diagnosen müssen manische oder hypomanische Episoden in der Anamnese, der Missbrauch psychotroper Substanzen sowie das Vorliegen einer organischen psychischen Störung als Ursache ausgeschlossen sein, und die Kriterien müssen mindestens über einen Zeitraum von zwei Wochen erfüllt sein.

Für die depressive Episode nennt die ICD-10 die folgenden Kriterien:

**Zentrale Symptome der leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) depressiven Episoden nach ICD-10 (Malchow & Dilling, 2002) sind:**

1. Gedrückte Stimmung.
  2. Interessenverlust und Freudlosigkeit.
  3. Verminderung des Antriebs, erhöhte Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkung.
- Andere häufige Symptome sind:
1. Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit.
  2. Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen.
  3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden).
  4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven.
  5. Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen.
  6. Schlafstörungen.
  7. Verminderter Appetit.

**Typische Merkmale des somatischen Syndroms nach ICD-10 (Malchow & Dilling, 2002):**

1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten.
2. Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren.
3. Frühmorgendliches Erwachen; zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit.
4. Morgentief.
5. Der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit.
6. Deutlicher Appetitverlust.
7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat.
8. Deutlicher Libidoverlust.

obigen Kasten genannten Symptome vorhanden sind. Das hier als „somatisch“ bezeichnete Syndrom entspricht der im DSM-IV verwendeten Zusatzcodierung „mit Melancholischen Merkmalen“.

Ferner finden sich in der ICD-10 folgende Erläuterungen: „Die gedrückte Stimmung ändert sich wenig von Tag zu Tag, reagiert meist nicht auf die jeweiligen Lebensumstände, sie kann aber charakteristische Tagesschwankungen aufweisen. Wie bei den manischen Episoden zeigt das klinische Bild beträchtliche individuelle Varianten; ein untypisches Erscheinungsbild ist besonders in der Jugend häufig. In einigen Fällen stehen zeitweilig Angst, Gequälte und motorische Unruhe mehr im Vordergrund als die Depression. Die Stimmungsänderung kann durch zusätzliche Symptome wie Reizbarkeit, exzessiven Alkoholgenuß, histrionisches Verhalten, Verstärkung früher vorhandener phobischer oder zwanghafter Symptome oder durch hypochondrische Grübeleien verdeckt sein. Für die Diagnose depressiver Episoden aller drei Schweregrade wird gewöhnlich eine Dauer von mindestens 2 Wochen verlangt. Kürzere Zeiträume können berücksichtigt werden, wenn die Symptome ungewöhnlich schwer oder schnell aufgetreten sind. Einige der oben genannten Symptome können auffällig sein und ein charakteristisches Bild mit spezieller klinischer Bedeutung ergeben.“ (Malchow & Dilling, 2002)

### Zusatzcodierung „mit somatischem Syndrom“

Das somatische Syndrom kann erst dann diagnostiziert werden, wenn mindestens vier der im

### Zusatzcodierung der Schwere

Bei der Differenzierung zwischen leichter (F32.0), mittelgradiger (F32.1) und schwerer depressiver Episode (F32.3 = ohne psychotische Symptome, F32.4 = mit psychotischen Symptomen) sollen einerseits Anzahl, Art und Schwere der Symptome, andererseits aber auch Faktoren wie das psychosoziale Funktionsniveau bzw. die soziale Integration herangezogen werden. Kurze Beschreibungstexte zu den unterschiedlichen Schweregraden, die auch Anhaltspunkte für die Anzahl der erforderlichen Symptome beinhalten, erleichtern die Einteilung. Im Text wird darauf hingewiesen, dass im stationär-psychiatrischen Kontext in erster Linie schwere, im allgemeinmedizinischen Bereich bzw. in der Primärversorgung eher leichte bis mittelschwere Depressionen vorherrschen (Malchow & Dilling, 2002).

Eine *rezidivierende depressive Störung (F33)* wird dann codiert, wenn sich in der Vorgeschichte mindestens eine depressive, jedoch keine manische oder hypomanische Episode findet. Die Zusatzcodierungen des Schweregrades und des somatischen Syndroms erfolgen wie bei der einzelnen depressiven Episode F32.

### 2.1.3 Crosswalk DSM-IV zu ICD-10

Abbildung 3 verdeutlicht die Zusammenhänge zwischen den beiden Diagnosesystemen:

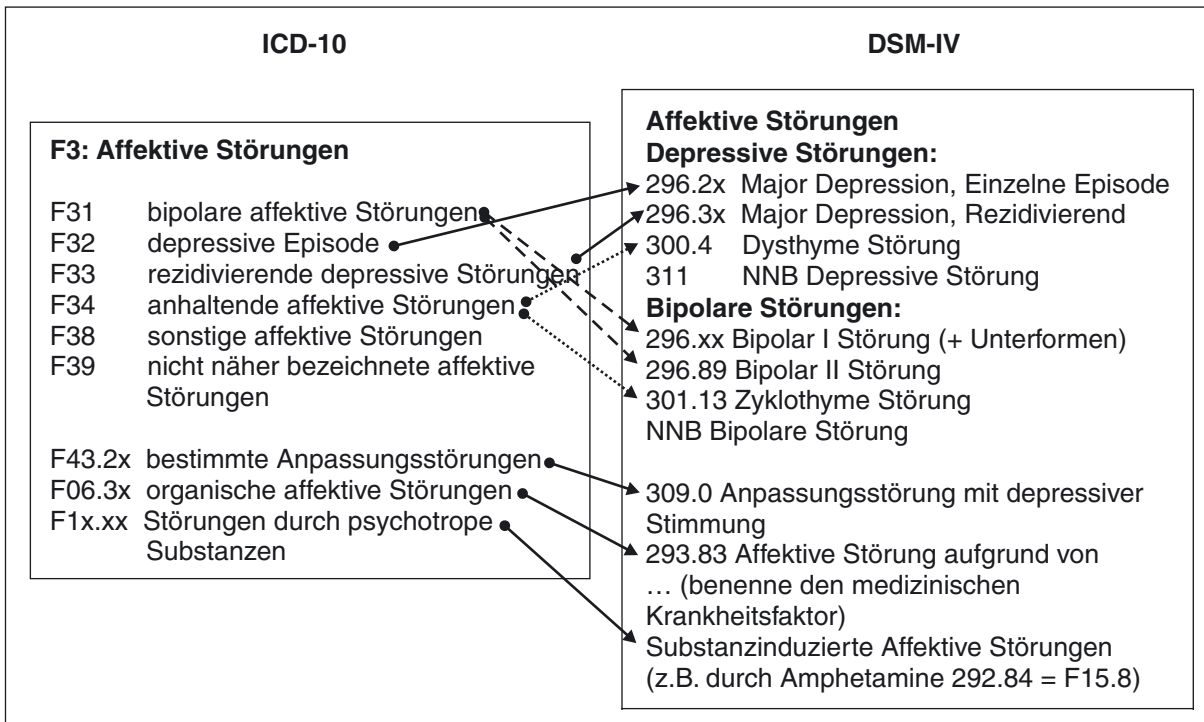


Abbildung 3: Crosswalk DSM-IV zu ICD-10

### 2.1.4 Diagnostik chronischer Depressionsformen

Der Diagnostik chronischer Depressionsformen kommt nach McCullough (2006a, b, 2007) eine hohe Bedeutung zu, da sie sich u. a. hinsichtlich der Psychopathologie, psychologischer Variablen und des Ansprechens auf eine medikamentöse Behandlung von den nicht chronischen Formen unterscheiden. Deshalb soll hier zusammenfassend auf alle chronischen Depressionsformen eingegangen werden. McCullough (2007, S. 7) fasst Leitfragen zusammen, die der Unterscheidung dienen:

Leitfragen der Diagnostik nach McCullough (2007, S. 7)
„a. Ist die gegenwärtige Störung eine vorübergehende oder akute schwere Depression (Major Depression), die vor mindestens zwei Wochen aber innerhalb der letzten zwei Jahre begonnen hat?
b. Zeigt die gegenwärtige Störung einen Zustand, der seit zwei Jahren oder länger andauert?
c. Wenn beim Patienten eine schwere depressive Störung festgestellt wurde, gibt es eine Vorgeschichte einer Dysstymie vor der jetzigen Episode?“

McCullough (2007) liefert zudem ausführliche diagnostische Übungen anhand von Falldarstellungen. McCullough (2006a, b) benennt fünf Verlaufsmuster chronischer Depressionsformen :

1. Dysthyme Störung,
2. Double Depression,
3. Rezidivierende Major Depression, die „länger als zwei Jahre ohne volle Remission zwischen den Episoden anhält (2006, S. 55),
4. Chronische Major Depression, bei der die Episodenkriterien über zwei Jahre oder länger bestehen,
5. Double Depression/Chronische Major Depression, ein Verlaufsmuster, bei dem beide der genannten Formen vorliegen/vorlagen.

## 2.2 Differenzialdiagnose

### 2.2.1 Abgrenzung von bipolaren Störungen

Besondere Sorgfalt ist auf das Erkennen möglicher hypomaner Phasen in der Anamnese zu verwenden. Während es relativ unwahrscheinlich, aber doch möglich ist, eine voll ausgebildete manische Phase in der Vorgeschichte zu „übersehen“, ist die Gefahr einer Fehldiagnose (fälschlicherweise unipolare Depression anstatt Bipolar II Störung) bei

ausschließlich hypomanen Phasen in der Vorgeschichte wesentlich größer. Diese Phasen werden von den Patienten und auch von ihrer Umgebung oft nicht als „krankheitswertig“ wahrgenommen und deshalb auch nicht spontan berichtet. Es muss also auf jeden Fall direkt und explizit gefragt werden, ob die Symptome einer hypomanen Phase jemals bestanden. Die Wichtigkeit der sorgfältigen Diagnosestellung ist insofern hoch, weil sich daraus nachhaltige Konsequenzen für eine eventuelle medikamentöse oder somatische Mitbehandlung ergeben. Sowohl eine nicht auf die Diagnose einer bipolaren Störung abgestimmte Pharmakotherapie als auch eine Wachtherapie-Behandlung können bekanntermaßen einen „Switch“ in eine hypomane Phase auslösen sowie den Verlauf der Erkrankung verschlechtern (Gefahr des „rapid cycling“ bei inadäquater Medikation). Auch die Psychotherapie bipolarer Störungen unterscheidet sich in bestimmten Punkten klar von der Therapie reiner Depressionen: Sie ist z. B. um Maßnahmen zur Früherkennung und Bewältigung hypomanischer Symptome zu ergänzen und beinhaltet Behandlungselemente (Vermeidung von Überstimulation, Aufrechterhaltung sozialer Rhythmen, Schlafhygiene), die üblicherweise in Depressionsprogrammen nicht notwendig sind. Zudem spielt das Thema „Compliance mit medikamentöser Behandlung“ in der Therapie bipolarer Erkrankungen eine wesentlich größere Rolle. Dies liegt daran, dass diese Patienten häufiger stimmungsstabilisierende Medikamente einnehmen (sollten), die oft ein belastenderes Nebenwirkungsprofil haben als Antidepressiva. Zum anderen werden auch die Hochphasen der Stimmung durch die Medikation nivelliert, was verständlicherweise oftmals als Verlust empfunden wird; vor allem künstlerisch tätige Menschen klagen unter stimmungsstabilisierender Medikation auch über eine Beeinträchtigung der Kreativität.

### 2.2.2 Abgrenzung von der „affektiven Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors“ und von „substanzinduzierter affektiver Störung“

Wie die Bezeichnungen schon nahe legen, handelt es sich hier um depressive Störungen mit klarer Genese, die von der Major Depression bzw. depressiven Episode unterschieden werden. Die Diagnose „affektive Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors“ stellt man, wenn die Störungen der Stimmungslage als direkte kör-

*perliche* Folge eines bestimmten medizinischen Krankheitsfaktors angenommen werden. Wenn die Depression jedoch eine psychische Folge einer körperlichen Erkrankung ist, dann wird sie als Major Depression diagnostiziert. Bei der „substanzinduzierten affektiven Störung“ wird im Unterschied zur Major Depression eine Droge, ein Medikament oder ein Toxin als direkte Ursache der Störung angesehen.

Eine Vielfalt von chemischen Noxen (Medikamente, Drogen) bzw. medizinischen Krankheitsfaktoren (beispielsweise Hypo- oder Hyperthyreose, zerebrovaskuläre Erkrankungen) können Depressionen mitbedingen oder sogar verursachen. Eine Darstellung würde den Rahmen des Manuals sprengen, jedoch findet sich beispielsweise bei Kapfhammer (2011) eine gute Übersicht zu diesem Thema. Laux (2011) weist auf die Bedeutung von neurologischen Erkrankungen wie Hirninfarkt, Hirntumor, Schlaganfällen, Parkinson oder Epilepsie hin. Es versteht sich von selbst, dass vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eine Abklärung körperlicher Ursachen erfolgen muss.

### 2.2.3 Abgrenzung von Dysthymie und schizoaffektiven Störungen

Die Symptomatik der Dysthymie wird im Kapitel 2.3.2 unter „Komorbiditäten“ ausführlicher besprochen. Es handelt sich um eine mildere, aber chronischere Verstimmung, deren Ausprägung jedoch nicht die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt.

Die Gefahr der Verwechslung mit einer schizoaffektiven Störung besteht im Grunde nur, wenn eine Depression mit psychotischen Symptomen vorliegt. Bei der schizoaffektiven Störung jedoch müssen im Unterschied zu einer „Major Depression, mit psychotischen Merkmalen“ mindestens zwei Wochen lang Wahnphänomene oder Halluzinationen auftreten, ohne dass gleichzeitig deutliche affektive Symptome vorhanden sind. Depressive Symptome können auch im Rahmen von wahnhaften oder nicht näher bezeichneten psychotischen Störungen sowie bei Schizophrenien auftreten. Dabei können sie als „kosyndromal oder komorbid“ (Laux, 2011, S. 55) angesehen werden. Nur wenn die Symptome klinische Relevanz haben oder die Kriterien für eine depressive Episode erfüllen, kann eine zusätzliche Diagnose aus dem depressiven Bereich gestellt werden. Das DSM-IV schreibt dabei vor, dass die Episode dabei nicht



besser durch eine Schizoaffective Störung erklärt werden kann und auch keine Schizophrenie oder andere Störung aus diesem Bereich überlagert. Unter Umständen könnte auf die Diagnose einer „nicht näher bezeichneten depressiven Störung“ ausgewichen werden.

#### 2.2.4 Abgrenzung von Demenzerkrankungen

Bei älteren Menschen fällt die Entscheidung oft schwer, ob kognitive Symptome wie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen Folge einer Depression oder eines beginnenden demenziellen Prozesses sind. Hier kann nur gründlichste Diagnostik Abhilfe schaffen, erste Anhaltspunkte ergeben sich aus dem bisherigen Verlauf: Bei demenziellen Erkrankungen ist eine kontinuierliche Verschlechterung kognitiver Funktionen zu verzeichnen, während bei der Major Depression die kognitiven Beeinträchtigungen recht rasch auftreten. Alltagskompetenz sowie Orientierung sind zumindest im etwas fortgeschrittenen Verlauf demenzieller Erkrankungen eingeschränkt, was bei depressiven Störungen in aller Regel nicht der Fall ist. Auch die Response auf therapeutische Maßnahmen liefert wertvolle diagnostische Hinweise. Laux (2011) zählt eine Reihe von Kriterien (u. a. Laborwerte, EEG) auf, die bei der Unterscheidung helfen können. Es kommt häufig vor, dass insbesondere ältere Patienten enorme Befürchtungen entwickeln, an einer demenziellen Erkrankung zu leiden, wenn sie an sich kognitive Beeinträchtigungen feststellen, die auf eine Depression zurückzuführen sind. Wenn ein demenzieller Prozess mit hinreichender Sicherheit ausgeschlossen werden kann, muss es eine der ersten Maßnahmen sein, diese Ängste auszuräumen. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass eine Komorbidität zwischen den beiden Störungen besteht.

#### 2.2.5 Abgrenzung von Trauer

Die Abgrenzung von Depression und Trauer kann sich schwierig gestalten. Beesdo-Baum und Wittchen (2011) weisen darauf hin, dass die Merkmale einer akuten Trauerreaktion die Kriterien für eine depressive Episode erfüllen können. Laut DSM-IV soll deshalb nach dem Verlust einer nahe stehenden Person zwei Monate gewartet werden, ob die Symptome sich lindern oder verschwinden. Laux (2011) benennt das Konzept der sogenannten „komplizierten Trauer“, das zum gegenwärtigen

Stand zwar keine codierbare Störungsdiagnose umfasst, aber für die Zukunft in die Diagnosesysteme aufgenommen werden könnte. Merkmale der komplizierten Trauer sind z. B. das „Nicht-Wahrhaben-Wollen“ des Todes, Wut und Verbitterung über den Tod und wiederkehrende Anfälle von schmerzvoll erlebten Emotionen (Laux, 2011, S. 55). Weitere und detailliertere Informationen zu diesem Konzept finden sich beispielsweise bei Rosner und Wagner (2009).

### 2.3 Komorbiditäten

In den folgenden Unterkapiteln werden ausgewählte und im klinischen Alltag häufig beobachtbare Komorbiditäten unter vornehmlich epidemiologischen und prognostischen Aspekten behandelt. Dies bedeutet nicht, dass andere Doppel- oder Mehrfachdiagnosen nicht vorkommen könnten. Im Kapitel 6.3.2 finden sich Hinweise zum spezifischen Umgang mit häufig auftretenden Komorbiditäten sowie Hinweise zu Modifikationen des Standardvorgehens und weiterführende Literaturempfehlungen.

#### 2.3.1 Allgemeine Daten zur Komorbidität

Zimmerman, Chelminski und McDermut (2002) gingen anhand einer Stichprobe von 479 Patienten mit unipolarer Depression der Frage nach, wie häufig generell eine komorbide Achse-I-Störung vorlag. Über 64 % der Patienten hatten zumindest eine weitere Achse-I-Störung, 37 % zwei oder mehr komorbide Achse-I-Störungen. Angststörungen stellten mit 57 % die häufigste komorbide Diagnosegruppe dar. Wurden subsyndromale Störungen eingeschlossen, hatten sogar 73,5 % der depressiven Patienten eine Achse-I-Komorbidität. Die Nikotinabhängigkeit als sehr häufige Achse-I-Komorbidität ist in allen zuvor berichteten Prozentsätzen nicht enthalten. Kessler, Merikangas und Wang (2007) fanden in einer großen amerikanischen Stichprobe eine generelle Komorbiditätsrate von etwa 75 %. Übereinstimmend wird heute in der Literatur berichtet, dass die Prognose hinsichtlich Schweregrad, Dauerhaftigkeit und Rückfallrisiko bei Vorliegen einer komorbiden Störung schlechter ist. Dies gilt sowohl für die Depression als auch für die komorbide(n) Störung(en). Nach Beesdo-Baum und Wittchen (2011) sei es der häufigere Fall, dass die komorbiden Störungen der Depression vorausgingen, je-

doch könnten Depressionen auch gleichzeitig mit anderen Störungen auftreten. Die S3-Leitlinie benennt generell auch ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko bei Vorliegen komorbider Störungen (DGPPN, ÄZQ, AWMF, 2009/2012). Kessler, Merikangas und Wang (2007) weisen darauf hin, dass affektive Störungen insgesamt eine starke Assoziation zum Vorhandensein dreier oder mehrerer Komorbiditäten aufweisen („Multimorbidität“).

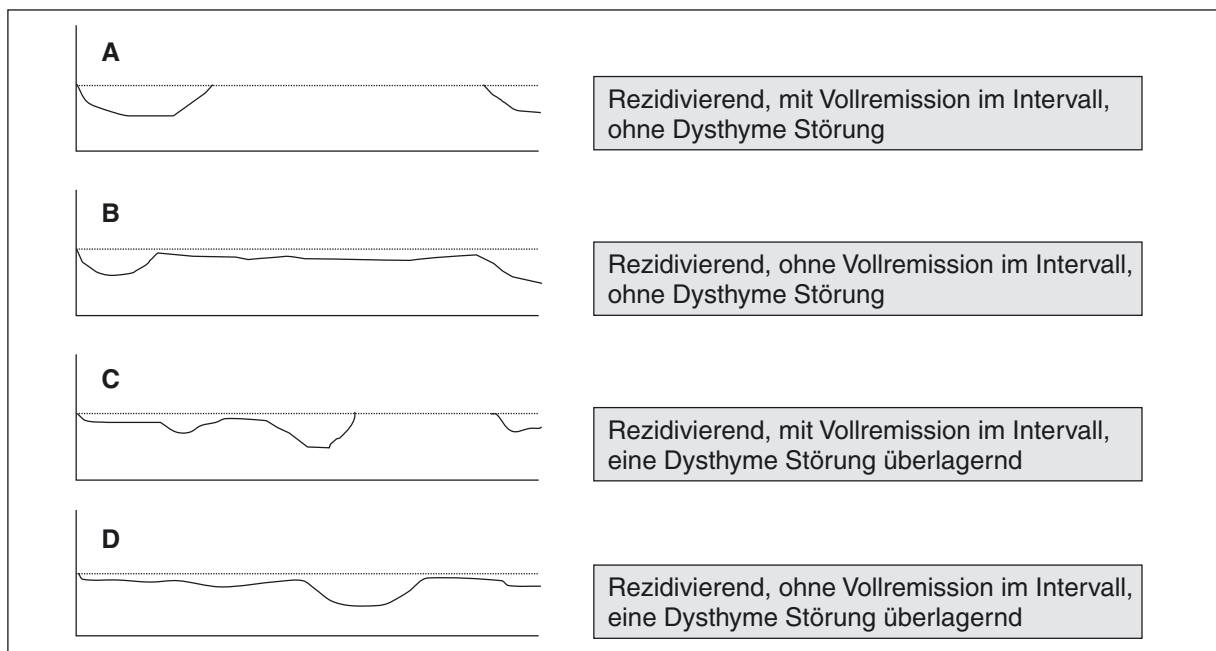
### 2.3.2 Dysthymie und „Double Depression“

„Dysthymie“ oder „Dysthymia“ ist eine eigenständig diagnostizierbare Störung, die sich von der Major Depression in der Chronizität und dem Schweregrad der depressiven Symptome unterscheidet. Bei der Major Depression muss die Verstimmung mindestens zwei Wochen lang fast jeden Tag vorliegen, während sie bei der dysthymen Störung vorwiegend, d. h. mehr als die Hälfte der Zeit über mindestens zwei Jahre hinweg vorhanden sein muss. Die Differenzialdiagnose zwischen Dysthymen Störung und Major Depression kann unter Umständen schwerfallen: Beide Störungen verwenden die gleichen Symptomkriterien, und die Unterschiede, die sich auf den Beginn, die Dauer und die Schwere der Beeinträchtigung beziehen, sind im zeitlichen Rückblick oft sehr

schwer abgrenzbar. Ein weiteres wichtiges Unterscheidungskriterium besteht darin, dass die Major Depression in den meisten Fällen episodisch verläuft, während die Dysthyme Störung durch dauerhaftere und leichtere Symptome charakterisiert wird.

Generell besteht die Gefahr, eine vor der depressiven Episode schon bestehende Dysthymia zu übersehen, da in der depressiven Episode die aktuelle, exazerbierte Symptomatik imponiert und eine vorherige chronische, aber leichtere Gedrücktheit der Stimmung vom Patienten als „Normalzustand“ empfunden werden kann, so dass die dysthyme Symptomatik spontan nicht berichtet wird. Das Vorliegen der Diagnose „Double Depression“ (also das gleichzeitige Vorliegen einer depressiven Episode und einer dysthymen Störung) hat mindestens für die Prognose der Therapie eine Relevanz. In diesem Fall sind die Erwartungen an eine Symptombesserung nach Remission der depressiven Episode der Diagnose anzupassen. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass so häufig wie bei der reinen Major Depression ein euthymer Zustand erreicht wird. Es ist sorgfältig darauf zu achten, wie das Therapieziel formuliert wird: Geht es um eine Rückkehr zum status quo ante oder um das Erreichen weitgehender Euthymie?

In Abbildung 4 sind vier unterschiedliche Verläufe depressiver Störungen dargestellt, die den



**Abbildung 4:** Unterschiedliche Verläufe depressiver Störungen in Abhängigkeit vom Vorhandensein einer Dysthymie (nach Saß et al., 2003, S. 474)

Unterschied zwischen „reiner“ Major Depression und einer solchen mit Vorliegen einer dysthymen Störung illustrieren sollen. Die Prognose ist dabei für den Verlaufstyp A am besten, Verlaufstyp C ist relativ selten und die Kurve D zeigt eine „Double Depression“. Dieser Verlaufstyp findet sich bei der Major Depression in etwa 20 bis 25 % der Fälle.

Das vorliegende Manual ist sicherlich geeignet, die aktuelle depressive Episode zu behandeln; dauerhafte Euthymie als Therapieziel ist jedoch selbst bei „reiner“ Dysthymie nicht einfach zu erreichen (Hofmann, 2002), vor allem nicht mit dem Kontingenz an Sitzungen, die das vorliegende Manual umfasst. Mehrere Autoren betonen die Nähe der Dysthymie zu Achse-II-Störungen, meinen also, dass die Symptomatik viel enger mit der Persönlichkeit verbunden ist als bei depressiven Episoden. Daraus folgt auch, dass die entsprechenden Verhaltensweisen wesentlich stärker gebahnt sind und vermutlich auch schwerer verändert bzw. aufgegeben werden können. Des Weiteren muss darauf hingewiesen werden, dass neuere Therapieansätze für die Behandlung chronischer Depressionsformen (z. B. McCullough, 2006b, 2007), zu denen auch die Dysthymie zählt, zur Verfügung stehen.

### 2.3.3 Persönlichkeitsstörungen bzw. akzentuierte Persönlichkeitszüge

Hirschfeld (1999) stellt in seinem Review eine interessante Konzeption über das interdependente Verhältnis von Major Depression und Persönlichkeitsstörungen vor. Er unterscheidet drei mögliche Zusammenhänge:

1. Eine Persönlichkeitsstörung geht einer Major Depression voraus und stellt somit einen psychologischen Vulnerabilitätsfaktor dar. Dies kann etwa bei einer vermeidenden, histrionischen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung der Fall sein. Es besteht eine Nähe zum Konzept des zur Depression prädisponierenden „personality trait“ im Sinne von erhöhter interpersonaler Abhängigkeit (erhöhtes Bedürfnis nach Sicherheit bzw. Rückversicherung, Unterstützung und Aufmerksamkeit).
2. Die Depression geht der Persönlichkeitsstörung voraus und begünstigt die Entwicklung derselben.
3. Es gibt einen Überschneidungsbereich zwischen Major Depression und Persönlichkeitsstörung im Sinne einer „depressiven Persönlichkeitsstörung“.

Richter (2000) berichtet zusammenfassend über Ergebnisse zur Bedeutung von Achse-II-Störungen als (Verlaufs-)Prädiktoren depressiver Erkrankungen. Sie kommt zu dem Schluss, dass es empirische Hinweise gibt, dass Achse-II-Störungen sowohl im Sinne von Prädispositionen, als auch als Rückfälle begünstigende Komplikationen oder als pathoplastische (ätiologisch distinkte, aber den Verlauf und die Phänomenologie der Episode beeinflussende) Faktoren mit einer Depression in Zusammenhang stehen können. Ebenso ist der Selbstwert als Verlaufsprädiktor nachweislich geeignet, weniger gut ist seine Rolle für die Entstehung von Depressionen belegt.

Hirschfeld (1999) berichtet in seiner Übersicht über Komorbiditätsraten (Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung) von 41 bis 81 % in Stichproben depressiver Patienten. Keller, Gelenberg, Hirschfeld, Rush, Thase, Kocsis und Kollegen (1998) fanden eine Rate von 51 % in einer Population von Patienten mit chronischer und „double depression“. Dabei ergaben sich die höchsten Anteile für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (25 %), die zwanghafte Persönlichkeitsstörung (19 %) und die dependente Persönlichkeitsstörung (11 %). Insgesamt ist also von einer hohen Komorbidität hinsichtlich Persönlichkeitsstörungen auszugehen.

Das Konzept der „depressiven Persönlichkeitsstörung“ wird in verschiedenen Formen seit langer Zeit diskutiert: Beispielsweise fand es unter der obigen Bezeichnung Eingang in den Anhang des DSM-IV. Tellenbach (1961) beschrieb den „Typus Melancholicus“, dessen Persönlichkeit durch Gewissenhaftigkeit, Genauigkeit und Ordentlichkeit zu charakterisieren ist; diese Eigenschaften sollten nach Auffassung des Autors zur Melancholie prädisponieren. Älteren Studien zufolge hat die Präsenz von komorbiden Persönlichkeitsstörungen keinen Einfluss auf die Responderate der pharmakologischen Behandlung von chronischen und „double“ Depressionen (Hirschfeld et al., 1998). Nach neueren Quellen aber ist das Behandlungsergebnis im Sinne eines erhöhten Rückfallrisikos insgesamt schlechter, bezogen auf die Gruppe der Patienten mit komorbider „neurotischer“ Primärpersönlichkeit auch bezogen auf die Pharmakotherapie speziell (Laux 2011). Umgekehrt wirkte die Pharmakotherapie auch positiv auf Persönlichkeitsstörungen (Hirschfeld et al., 1998): Aus der Substichprobe der Patienten, die im Sinne der Verbesserung depressiver Symptome „Responder“ waren, wird über hohe Besserungsraten auch der Persönlichkeitsstörungen berichtet.

tet<sup>2</sup>. Am geringsten war diese Rate bei den „Cluster A“-Persönlichkeitsstörungen (29 %), hoch jedoch bei den „Cluster B“- (83 %) und „Cluster C“-Persönlichkeitsstörungen (71 %). Zum Cluster A zählen die paranoide, die schizoide und die schizotypische Persönlichkeitsstörung, zum Cluster B die antisoziale, die emotional instabile, die histrionische und die narzisstische Persönlichkeitsstörung, und zum Cluster C die selbstunsichere, die dependente und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Bei den Patienten allerdings, deren depressive Symptome durch die Pharmakotherapie nicht gelindert wurden, zeigte sich auch keine Besserung der Persönlichkeitsstörungen. Hirschfeld (1999) vermutet, dass diese Befunde damit zu erklären sind, dass bei den chronischen Formen der Depression die Grenze zwischen depressiver Akutsymptomatik und Persönlichkeitsstruktur ohnehin verwischt ist und sich die Behandlung deshalb auf beide Bereiche auswirkt.

Corruble, Ginestet und Guelfi (1996) geben an, dass depressive Patienten, die zusätzlich eine Persönlichkeitsstörung haben, gegenüber Depressiven ohne diese Komorbidität folgende Charakteristika aufweisen: Das Ersterkrankungsalter ist niedriger, sie wurden öfter hospitalisiert, die soziale Unterstützung ist als Einflussfaktor weniger bedeutsam und die Lebensumstände sind durch mehr Stress (Trennungen und Scheidungen) geprägt. Die depressive Symptomatik ist auch ausgeprägter und häufiger treten suizidale Vorstellungen oder Handlungen auf. Dieselben Autoren widersprechen Hirschfeld et al. (1998) teilweise, da sie berichten, dass über verschiedene Studien hinweg die Responderate auf medikamentöse Behandlung bei Vorliegen einer Achse-II-Komorbidität deutlich niedriger liegt. Insgesamt berichten Corruble und Mitarbeiter (1996) über Komorbiditätsraten von 20 bis 50 % bei stationären und 50 bis 85 % bei ambulanten Patienten. Der Cluster B (Borderline-Persönlichkeitsstörung 10 bis 30 %, histrionische Persönlichkeitsstörung 2 bis 20 %, antisoziale Persönlichkeitsstörung 0 bis 10 %) erscheint überrepräsentiert. Für die Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C gilt, dass mit Ausnahme der zwanghaften Persönlichkeitsstörung (0 bis 20 %) die Raten eine große Variabilität aufweisen. Für den Cluster A ergeben sich heterogene Befunde, wobei die schizotype Persönlichkeitsstörung (0 bis 20 %) am häufigsten vorkommt. Generell sind zum einen die Prävalenzen der Persönlichkeitsstörungen höher als in nicht klinischen Stichproben; zum

anderen liegen nicht selten mehrere Persönlichkeitsstörungen vor, die tendenziell eher aus demselben Cluster stammen als aus verschiedenen. Alle von Corruble und Mitarbeitern (1996) referierten Studien benutzten noch die Kriterien aus dem DSM-III bzw. DSM-III-R. Insgesamt lässt sich also feststellen, dass ein recht heterogenes Spektrum von Achse-II-Störungen bei Depressiven vorkommen kann.

Die hier berichteten Ergebnisse sollen nur ein Schlaglicht auf den Bereich der Achse-II-Komorbidität werfen und stellen keine vollständige Aufstellung der heute verfügbaren Befunde dar. Sie spiegeln die immer noch unzureichende Reliabilität der Achse-II-Diagnostik wider und sind, wenn älteren Datums, auf dem Hintergrund der teilweise veränderten Kriterien im DSM-IV zu relativieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Komorbidität zwischen Persönlichkeitsstörungen und Depressionen auf jeden Fall ausgeprägt ist, bei 35 bis 65 % (Kronmüller & Mundt, 2006) bzw. 41 bis 81 % (DGPPN, ÄZQ, AWMF, 2009/2012) der Patienten findet sich auch eine Achse-II-Störung. Betrachtet man die Studienlage insgesamt, sind Persönlichkeitsstörungen des Cluster A und B seltener, die aus dem Cluster C am häufigsten (Kronmüller & Mundt, 2006), wobei die in der Literatur berichteten Häufungen teilweise differieren.

### 2.3.4 Angststörungen

Die Komorbidität zwischen Depression und Angststörungen ist hoch. Johnson und Lydiard (1998) geben beispielsweise einen Überblick über die Komorbidität mit der Panikstörung und referieren eine Studie des National Institute of Mental Health (Andrade, Eaton & Chilcoat, 1994), nach der 2,1 % von über 12.000 untersuchten Personen eine Lebenszeitdiagnose beider Störungen hatten, während 4 % nur eine Depression und 2 % nur eine Panikstörung hatten. Ein von Johnson und Lydiard (1998) referierter Überblick (Katon & Roy-Byrne, 1991) kommt zu dem Ergebnis, dass ca. 25 % aller depressiven Patienten auch eine Panikstörung und 40 bis 80 % der Patienten mit Panikstörung auch eine depressive Episode hatten. Die zeitliche Abfolge beider Störungen ist noch nicht ausreichend erforscht: Lydiard (1991) kommt zu dem vorläufigen Ergebnis, dass jeweils in einem Drittel der Fälle die Panikstörung der Depression bzw. die

<sup>2</sup> Es ist aber hinzuzufügen, dass nur die aktuelle Persönlichkeitsstörungs-Symptomatik für die vergangenen Monate erfragt wurde, sonst hätte per definitionem keine Änderung festgestellt werden können.