

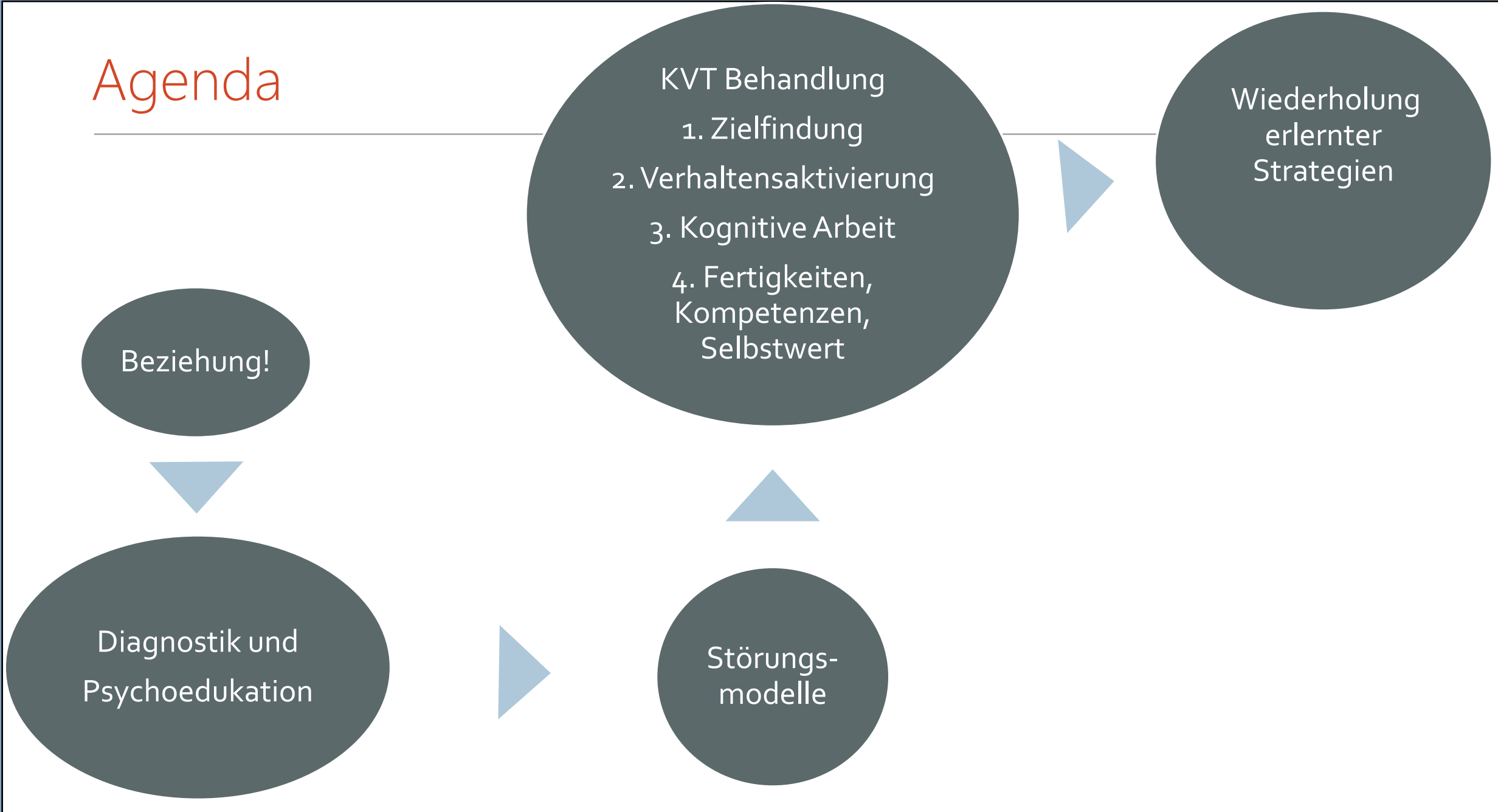
DEPRESSIONEN

Dr. Hannah Eich

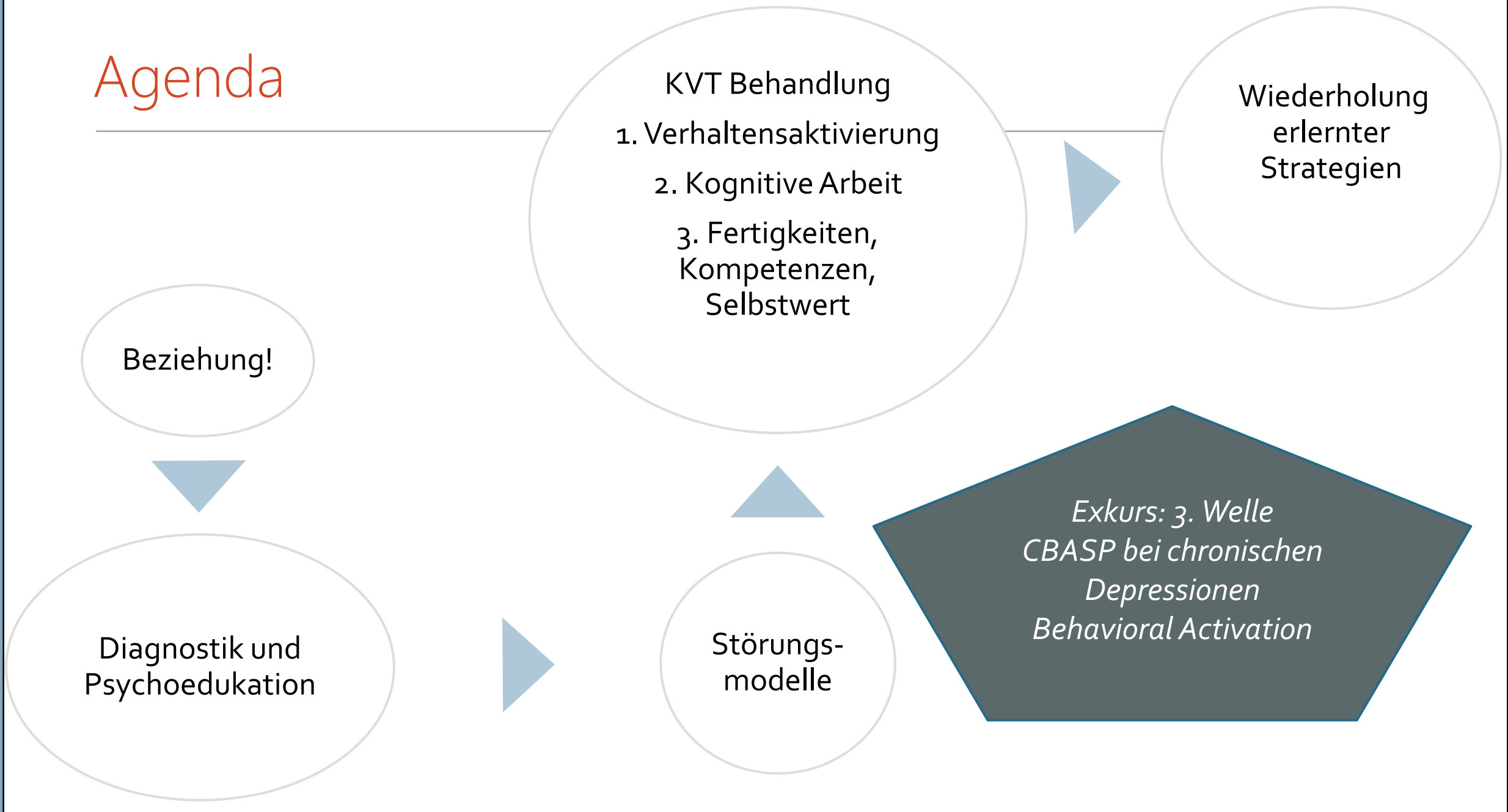
Zürich, 9. und 10. Februar 2024

eich-psychotherapie@posteo.de

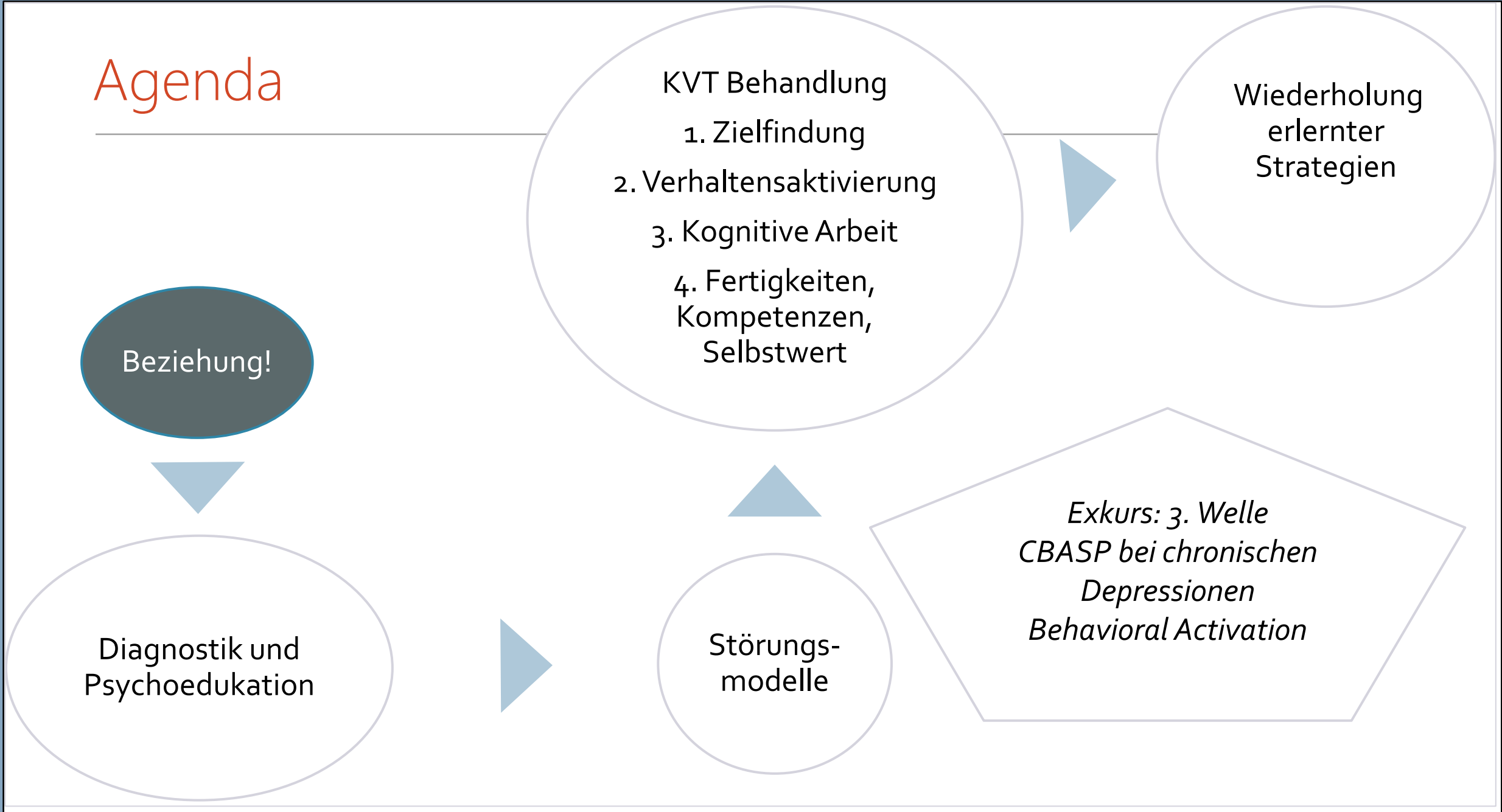
Agenda



Agenda



Agenda



Was sollte Ihr/e TherapeutIn über Depressionen wissen? Was würden Sie sich von Ihrer/m TherapeutIn wünschen?

„Es ist schön, wenn andere eine Idee davon haben, wovon ich spreche, wenn das was ich sage nicht in Frage gestellt wird. Ich möchte akzeptiert werden.“

„Die Hoffnungslosigkeit soll nachvollzogen werden und Wege darauf aufgezeigt werden“

„...am Ball bleiben, motivieren...“

„Keine Angst vor der Antwort auf die Frage „Wie geht es Ihnen?“. Negative Gefühle sind keine Handlungsaufforderung“

„Ich habe immer das Bild, dass der Therapeut mich an den Haaren aus dem Sumpf zieht. Ist halt nur blöd, wenn man nicht mehr so viele Haare hat...“

Gesprächsführung

❖ 2-er Gruppen bilden

❖ exploriert was auf der Karte zu sehen ist

spezifische, konkrete, offene Fragen

Fokussierung, Annäherung durch Fragen

Verstehen der emotionalen, physiologischen, behavioralen Reaktion

Bedeutung (z.B. der Handlungen, Routine) verstehen wollen

Kein Drängen, kein Kreuzverhör

Neugierige, interessierte, differenzierte Haltung

Sokratische Gesprächsführung

Allgemeine TherapeutInnenmerkmale

Empathie
Interpersonelle Kompetenzen
Interesse an und Wärme für Patienten/ Klienten
Fachliche Kompetenz

Notwendigkeit von Inter-/Supervision
Verlaufsdagnostik
Rückmeldung durch KlientInnen

Worauf muss ich darüber hinaus (u.a.) achten?

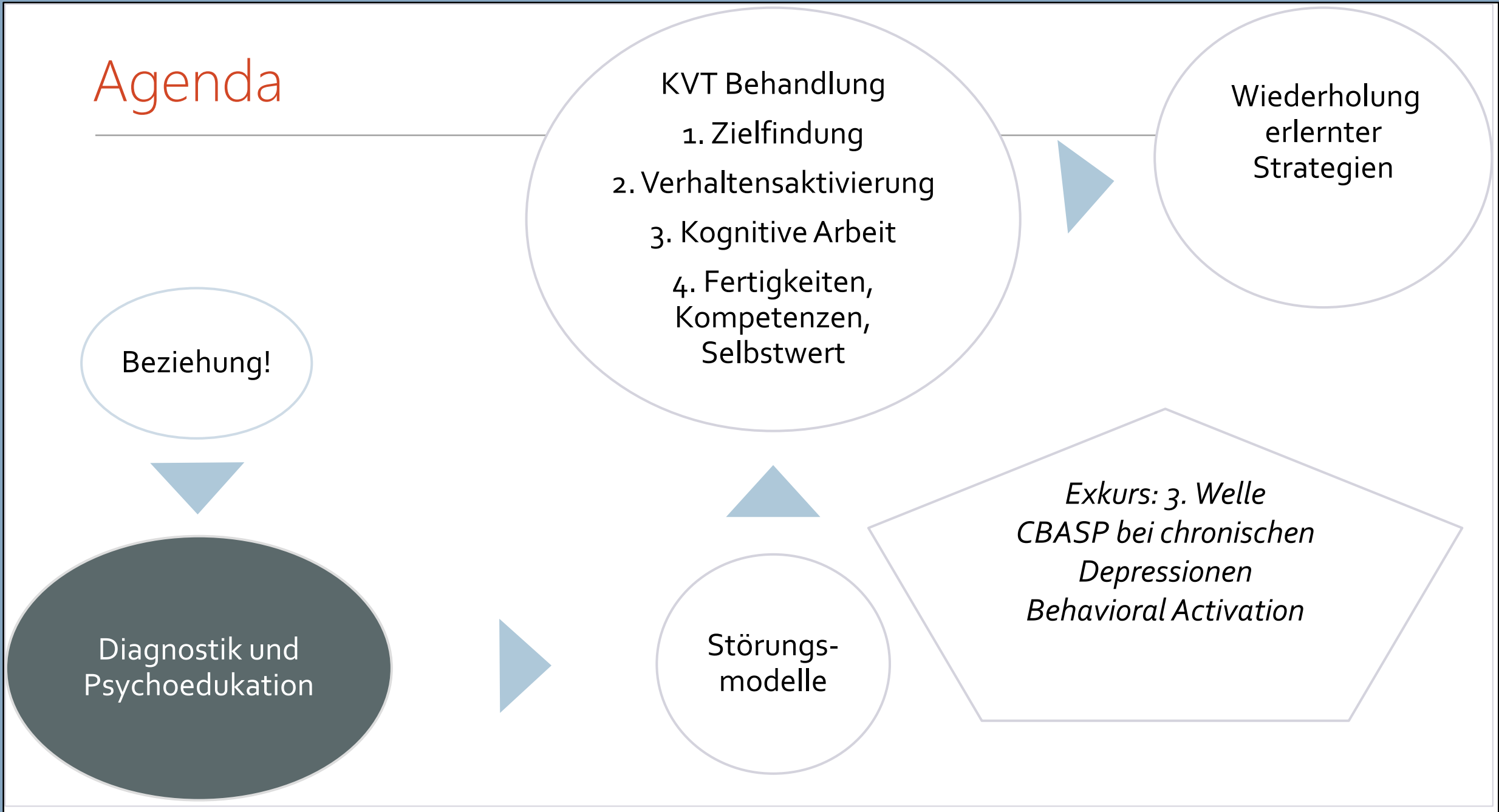
Suizidalität

Therapieschädigendes Verhalten

Umfeld der PatientInnen/KlientInnen

Was löst ein schwer depressiver Patient bei mir auf der Beziehungsebene aus?

Agenda



Diagnostischer Prozess – affektive Störungen

- ❖ Gruppe enthält Störungen, deren Hauptsymptome in einer Veränderung von Stimmung/Affektivität zur Depression oder zur gehobenen Stimmung bestehen .
- ❖ Stimmungswechsel geht meist mit Veränderung des Aktivitätsniveaus und anderen Symptomen einher. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rezidiven (Rückfällen).
- ❖ Belastungen (Ereignisse/ Situationen) gehen einzelnen affektiven Episoden oft voraus.

F30 – manische Episode

F31 – bipolare affektive Störung

F32 – depressive Episode

F33 – rezidivierende depressive Störung

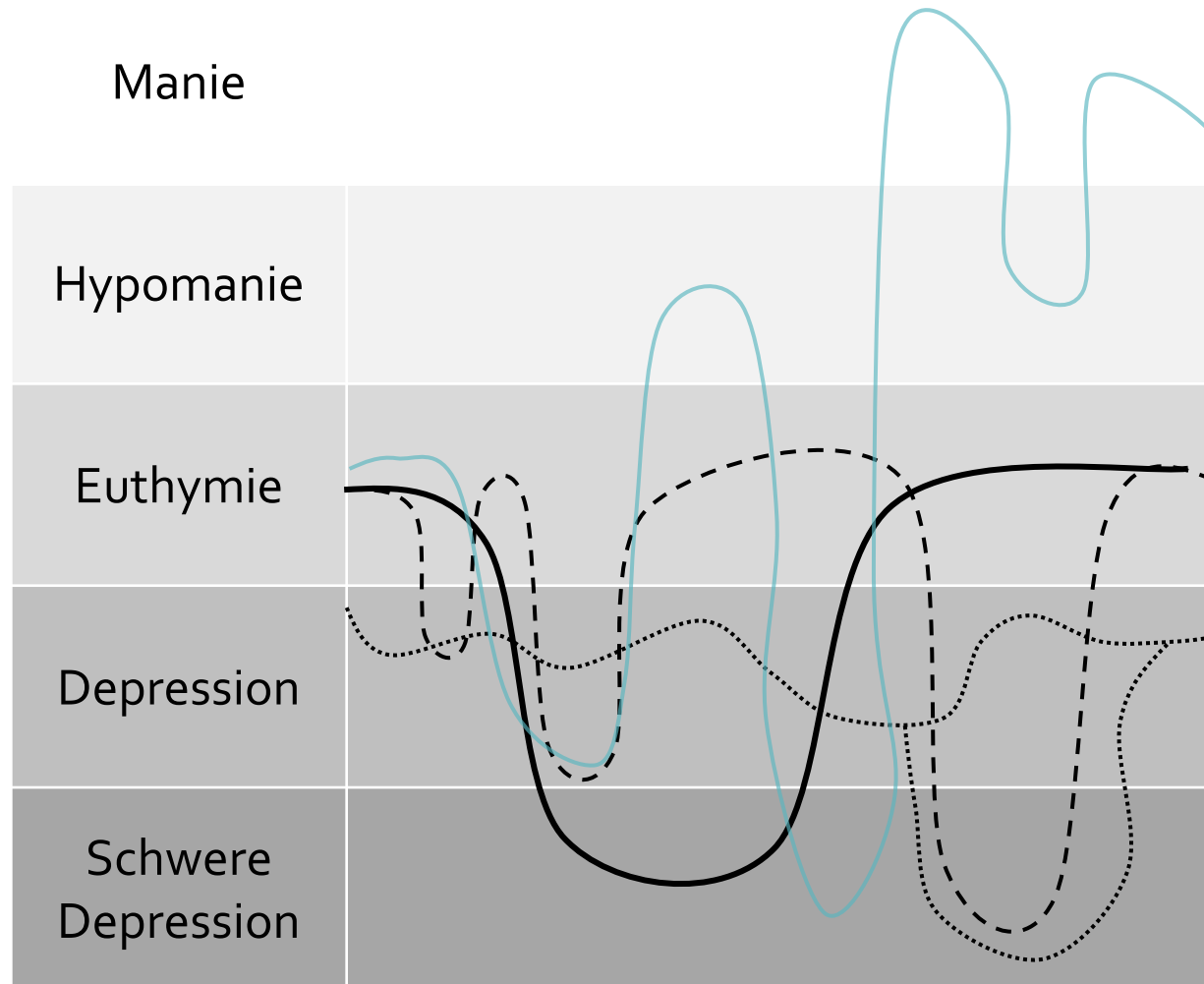
F34 – anhaltende affektive Störungen

F38 – andere affektive Störungen

F39 – nicht näher bezeichnete affektive Störung

→ Kapitel sind weiter untergliedert.

Diagnostischer Prozess – Verlaufsformen I



— F32.xx depressive Episode

---- F32.xx Rezidivierende depressive Störung

..... F34.1 Dysthymia (bei gleichzeitiger depressiver Episode → „Double Depression“)

— F31.xxx bipolare affektive Störungen

X = gibt Schweregrad, ggf. Vorhandensein von psychotischen Symptomen oder somatischem Syndrom an

Hautzinger, 2013

Diagnostischer Prozess – Verlaufsformen II

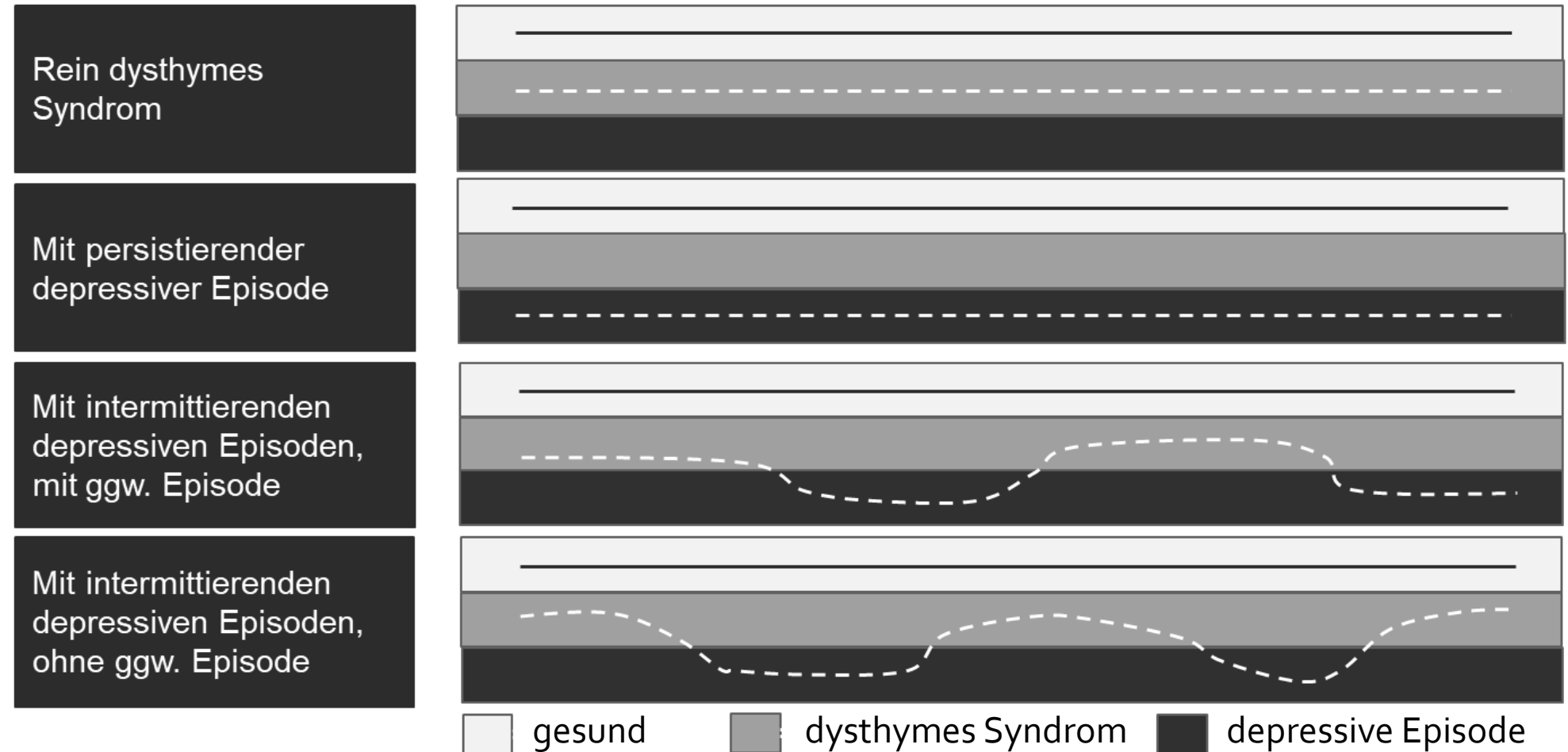


Abbildung 1. DSM-V persistierende depressive Störung (nach Klein & Beltz, 2014, S. 13)

Diagnostischer Prozess - Instrumente

1. Screening-Instrumente: z.B. *PHQ-9*, Allgemeine Depressionsskala (ADS)
2. Strukturiertes Interview: z.B. *SKID I und II*
3. Allgemeine Fragebögen: z.B. *SCL-90-R*
4. Fragebogen zur Schweregradbestimmung und Evaluation: *BDI 2*, Inventar Depressive Symptome (QIDS-SR16)
5. Fremdbeurteilungsinstrumente: z.B. Hamilton Depressions-Skala (HDRS)

Derogatis, 1994; Hautzinger, Keller, & Kühner, 2007; Hamilton, 1960; Hautzinger, Bailer, Hofmeister, & Keller, 2012; Hautzinger, 2013; Roniger, Späth, Schweiger, & Klein, 2015; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997

Diagnostischer Prozess – ICD 10

Hauptsymptome

- ❖ Gedrückte, depressive Stimmung
- ❖ Interessenverlust, Freudlosigkeit
- ❖ Reduzierter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit

Zusatzsymptome

- ❖ Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- ❖ Vermindertes Selbstwertgefühl und –vertrauen
- ❖ Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit
- ❖ Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- ❖ Suizidgedanken und/ oder –handlungen
- ❖ Schlafstörungen
- ❖ Verminderter Appetit

Diagnostischer Prozess – ICD 10

Mit somatischem Syndrom, F3X.X1 (≥ 4 Symptome, nur bei leichter und mittelgradiger Episode):

- ❖ Interessenlosigkeit, Verlust an Freude
- ❖ Mangelnde Fähigkeit, auf freundliche/ freudige Ereignisse zu reagieren
- ❖ Frühmorgendliches Erwachen
- ❖ Morgentief
- ❖ Objektive psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
- ❖ Deutlicher Appetitverlust
- ❖ Gewichtsverlust ($\geq 5\%$)
- ❖ Deutlicher Libidoverlust

Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, F3X.3:

- ❖ Wahn (Versündigung, Verarmung, Katastrophe)
- ❖ Halluzinationen (diffamierende, anklagende Stimmen; faulender Geruch)
- ❖ Depressive Stupor

Diagnostischer Prozess – ICD 10 – Schema I

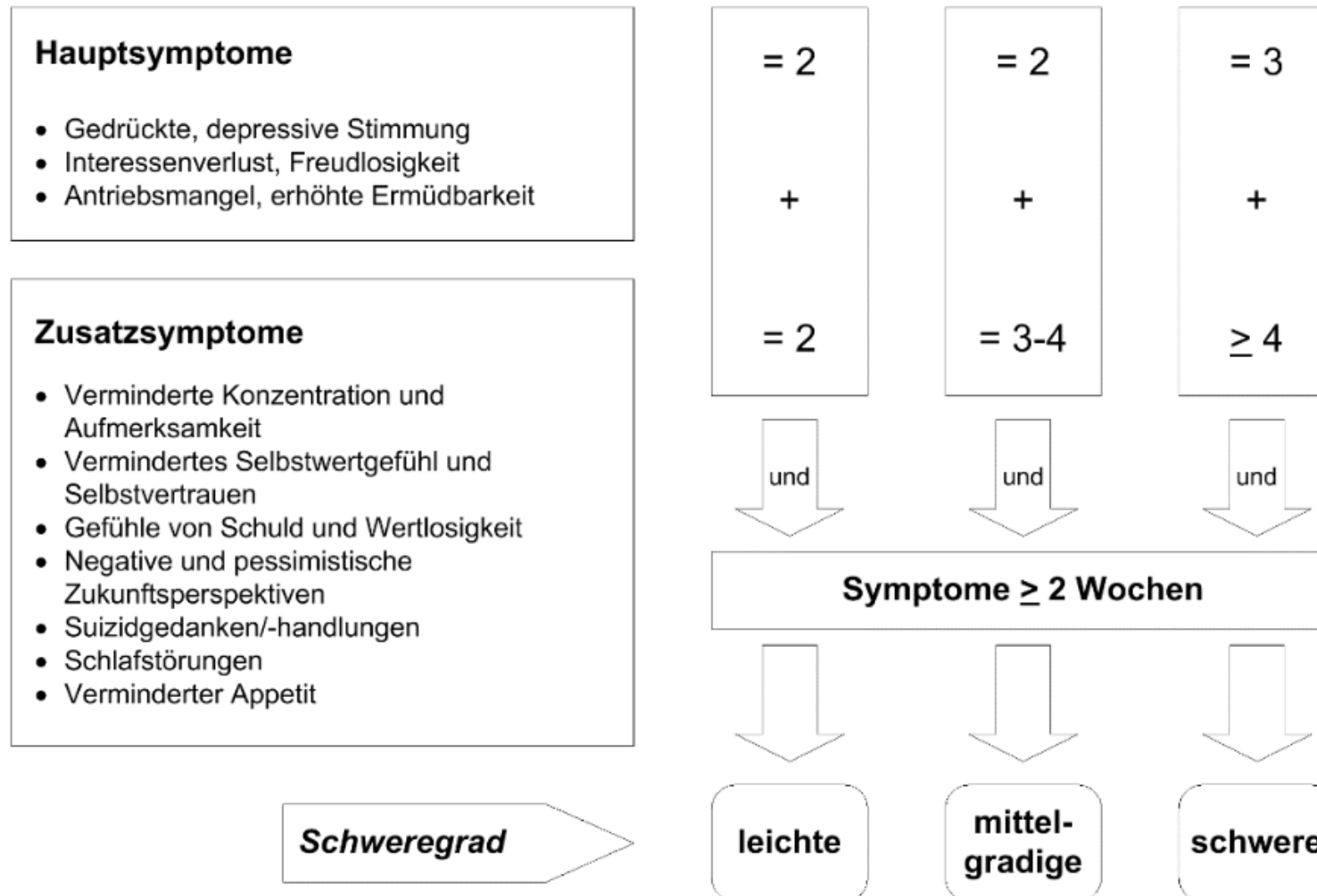


Abbildung 3.1. Diagnose depressiver Episoden nach ICD 10 (DGPPN et al, 2015, S. 33)

Diagnostischer Prozess – ICD10 – Schema II

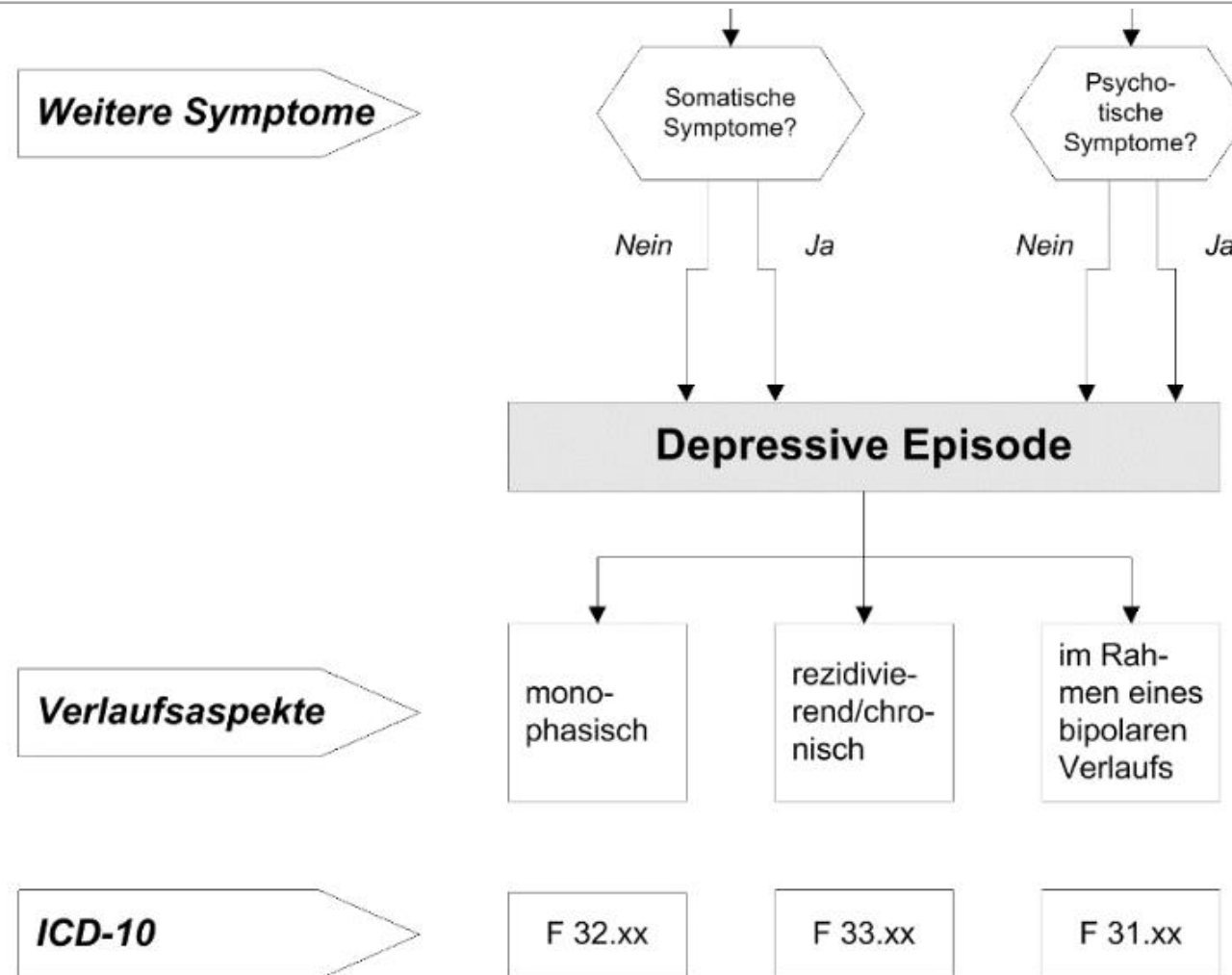


Abbildung 3.2. Diagnose depressiver Episoden nach ICD 10 (DGPPN et al, 2015, S. 33)

Diagnostischer Prozess - Differenzialdiagnosen

Somatische oder substanzbedingte Symptomatik:

- ❖ z.B. Tumore, Hypothyreose, Demenz → gründliche somatische Abklärung notwendig (u.a. Bildgebung, Blutlabor)
- ❖ Einwirkung von Medikamenten, Drogen (z.B. Antihypertensiva, Antiparkinsonmedikamente)

Bipolare Störung:

- ❖ Abklärung von manischer Episode, Hypomanie, Zylothymie in Vorgeschichte
- ❖ Bei mind. 3 depressiven Phasen ohne Switch in (hypo)manische Phase gilt rezidivierende depressive Störung als relativ sichere Diagnose; weitere Unterschiede werden diskutiert

Trauer und Anpassungsstörungen:

- ❖ Trauerreaktion über Monate andauernd
- ❖ Anpassungsstörung – depressive Symptome treten innerhalb von 1 Monat nach Lebensveränderung/-ereignis ein und dauern max. 2 Jahre.

Schizoaffektive oder schizophrene Störung:

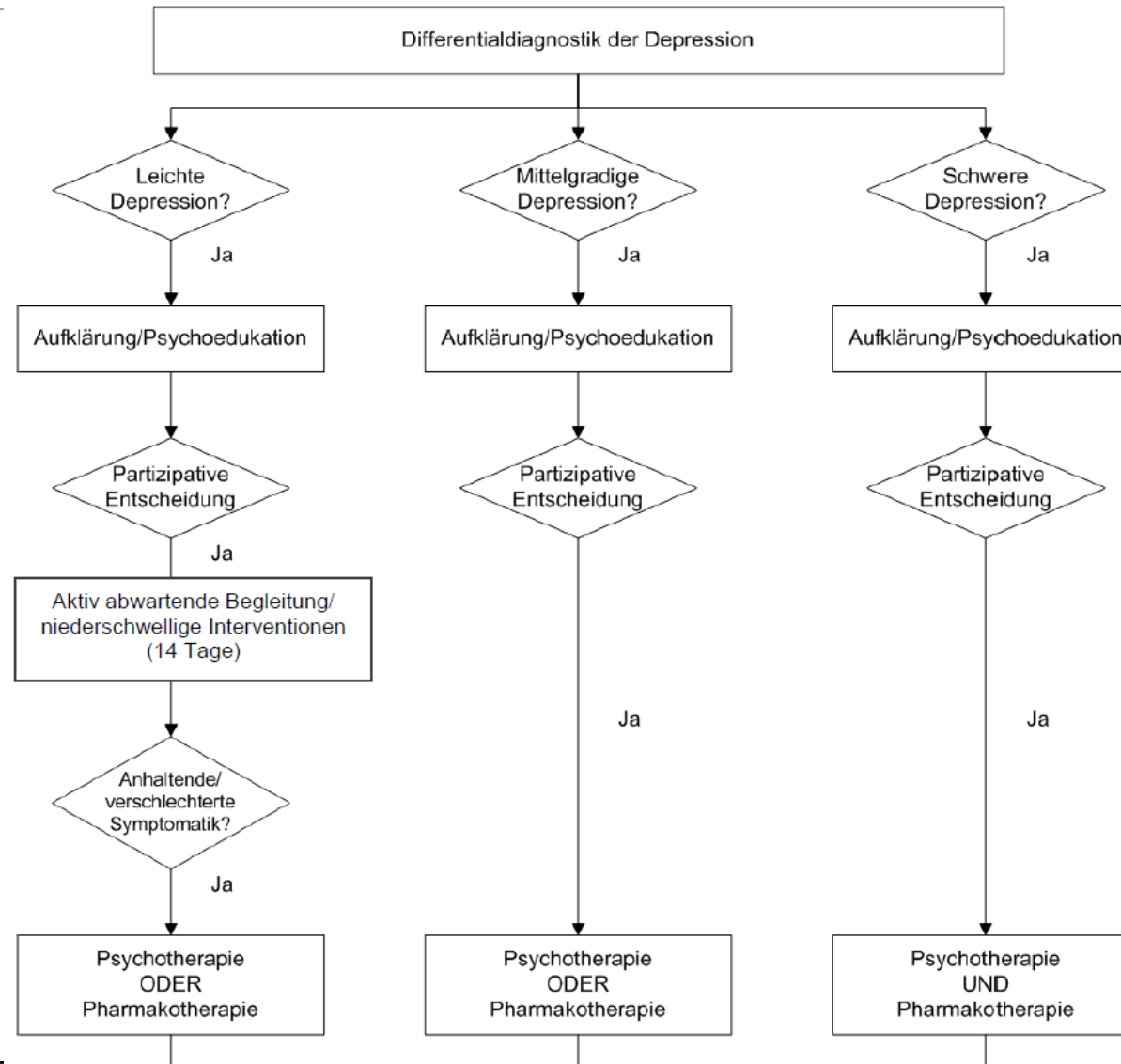
- ❖ Psychotische Symptome für ≥ 2 Wochen ohne gleichzeitige affektive Symptome

Diagnostischer Prozess - Komorbiditäten

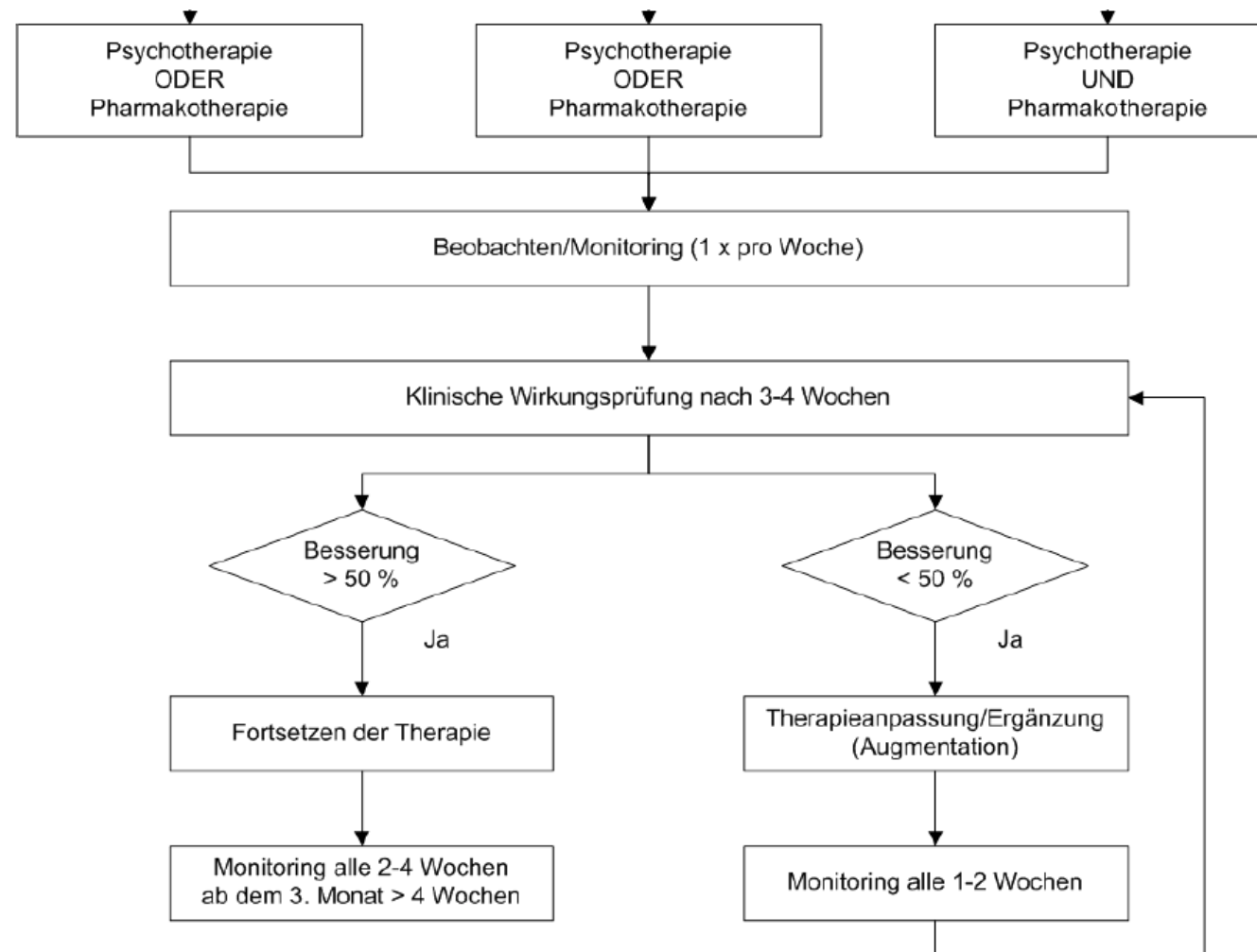
Depressionen treten vor, parallel und/oder infolge von seelischen und somatischen Erkrankungen auf:

- ❖ U.a. Angststörungen, Zwangsstörungen, PTBS, Essstörungen, Substanzinduzierte Störungen, Schlafstörungen, sexuelle Störungen, somatoforme Störungen
- ❖ U.a. Onkologische, kardiovaskuläre, neurologische, endokrinologische Störungen

Diagnostischer Prozess – Indikation KVT? II



Diagnostischer Prozess – Indikation KVT? II



Diagnostischer Prozess – Pharmakotherapie

Wichtigste Substanzgruppen:

- ❖ Trizyklische (und tetrazyklische) Antidepressiva (TZA) bzw. nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI)
- ❖ Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)
- ❖ Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren (MAOI)
- ❖ Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI)
- ❖ Alpha2-Rezeptor-Antagonisten
- ❖ Selektive Noradrenalin-Dopamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (Bupropion)
- ❖ Melatonin-Rezeptor-Agonisten (MT₁/MT) und Serotonin 5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonisten (Agomelatin)

Nicht klassifizierte Antidepressiva:

- ❖ Trazodon, Lithiumsalze, Phytopharmaka (Johanniskraut)

CAVE: Paroxetin → erhöhte Suizidalität?

Psychoedukation I

1. Mitteilung Diagnose!
2. Aufklärung Behandlungsoptionen und –empfehlungen
3. Z.B. auch „Mein schwarzer Hund“:
<https://www.youtube.com/watch?v=1UiA32Qv4yE>
4. (Prävalenz, Geschlechterverteilung, Prognose)

Psychoedukation II

Depressive Störungen allgemein

- ❖ 1 Jahres Prävalenz: 6-11%
- ❖ Lebenszeitprävalenz: 11.6-19%

Depressive Episode

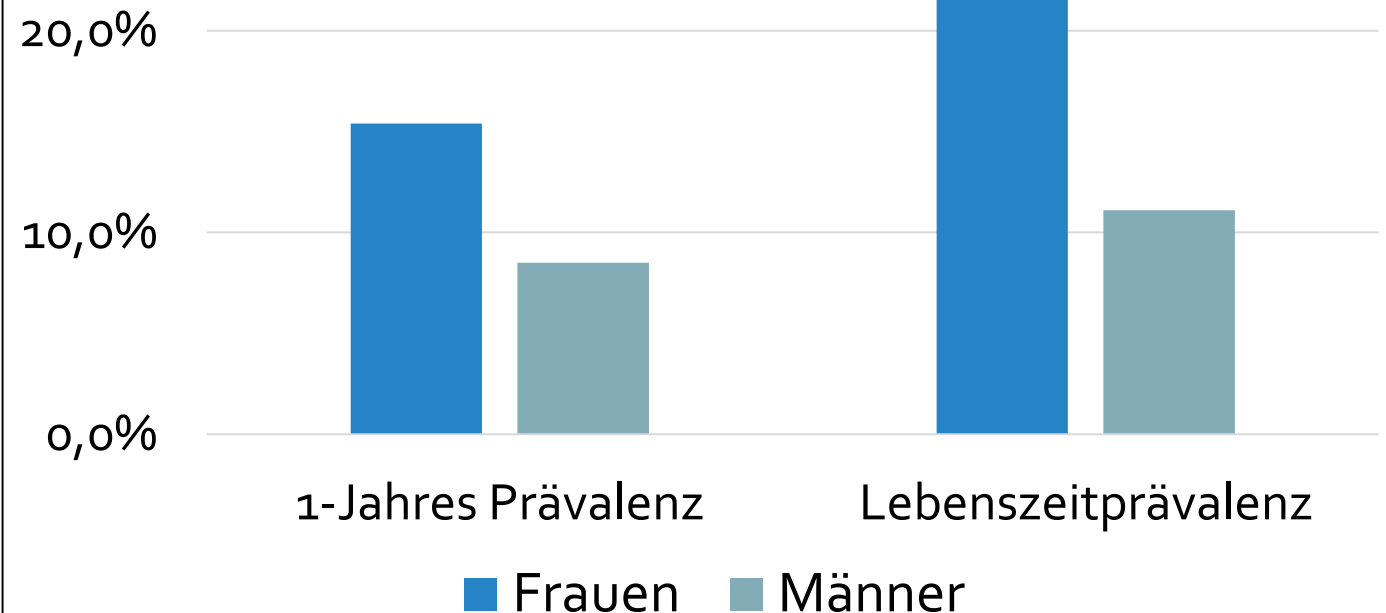
- ❖ Inzidenz: 1-2 neue Fälle/ 100 Menschen

Bipolare Störungen

- ❖ Morbiditätsrisiko: 1-2%

Prävalenz affektiver Störungen

(nach Jacobi et al., 2004)



Psychoedukation III

episodischer Verlauf

- ❖ >50% der Patienten haben ≥ 1 weitere Episode nach Ersterkrankung ($M = 4-6$ Episoden)
- ❖ 70-80% der affektiven Störungen verlaufen rezidivierend
- ❖ Effektive Therapien verkürzen Dauer/ Ausprägung der Episoden ($M_{\text{unbehandelt}} = 6-8$ M. vs. $M_{\text{behandelt}} = 4$ M. bei v.a. $\geq$ mittelgradiger Symptomatik)
- ❖ 63% erreichen gewohnte Leistungsfähigkeit nach 6 Monaten; 76% nach 12 Monaten

Chronifizierung der Depression: 15-20%

Suizidalität

- ❖ Suizidrisiko 30x höher als in der Allgemeinbevölkerung
- ❖ 8,6% aller wegen Suizidalität und 4% wegen depressiver Störung stat. Behandelten Patienten versterben irgendwann infolge eines Suizids
- ❖ 60-70% haben während einer depressiven Episode Suizidgedanken

Suizidalität

- ❖ > 90% aller Suizidopfer litten an einer psychiatrischen Erkrankung, am häufigsten an Depressionen (30-90%)
- ❖ 10-15% der Patienten mit schwereren, rezidivierenden Depressionen, die einer stationären Behandlung bedürfen, versterben durch Suizid
- ❖ 3-6% aller depressiven Patienten (also auch mit leichten Symptomaten und in ambulanter Behandlung) versterben durch Suizid (Risiko bei Männern: 7%; Risiko bei Frauen 1%).
- ❖ Höchstes Suizidrisiko zu Beginn depressiver Episoden sowie in den Wochen/Monaten nach der Entlassung.
- ❖ Das Suizidrisiko steigt für Männer und nimmt für Frauen mit dem Alter ab
 - ❖ ein alter Mann hat ein ca. 20-mal höheres Suizidrisiko als eine junge Frau
 - ❖ Umgekehrt ist es bei Suizidversuchen → Aussagen zu Suiziden lassen sich nicht auf Suizidversuche (und umgekehrt) übertragen

Suizidalität

Wichtige Strategien:

- ❖ Suizidalität offen ansprechen
- ❖ Wertungen vermeiden (auch Worte wie Freitod und Selbstmord)
- ❖ Ruhige, angstfreie Gesprächsführung
- ❖ Informationen zur Suizidalität bei Familie/Freunden einholen, aber nicht darauf verlassen!
- ❖ Suizidrisiko im Team besprechen

Hilfreiche Fragen:

„Haben Sie in letzter Zeit mal daran gedacht, nicht mehr leben zu wollen?“

„Hatten Sie konkrete Möglichkeiten im Kopf, wie Sie Ihr Leben beenden würden?“

„Gibt es auch Dinge, die Sie noch am Leben halten?“

„Wie nahe sind Sie daran, nach den Suizidgedanken zu handeln?“

Suizidalität

Risikomerkmale für eine erhöhte Suizidalität allgemein:

- ❖ Keine eindeutigen Kriterien
- ❖ Männlich, > 45 Jahre alt
- ❖ Gegen Ende einer Partnerschaft
- ❖ Arbeitslosigkeit
- ❖ Einsame, isolierte Menschen
- ❖ somatische und/ oder psychiatrische Erkrankungen
- ❖ Hohes Alter
- ❖ Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit, mangelnde Problemlösefähigkeit
- ❖ Suizidankündigung
- ❖ Suizidversuche in der Vorgeschichte
- ❖ Suizid(versuche) in der Familie
- ❖ Konkrete Planung, Beschaffung der Materialien, Verfassung eines Abschiedsbriefes
- ❖ Kontaktabbruch

→ **Alle Merkmale sind bei Patienten zu explorieren!**

Suizidalität während einer depressiven Episode:

- ❖ Häufig über längeren Zeitraum, kein konkreter Anlass
- ❖ Suizidgedanken
- ❖ Patienten erhoffen sich durch Suizid Ausweg aus eigener Hoffnungslosigkeit
- ❖ Suizidgedanken beim Grübeln auf, Suizidversuch wird sich vorgestellt

! Klarer Suizidentschluss kann entlastend auf Patienten wirken, daher erscheinen sie ggf. ruhig und gefasst!

Suizidalität

Umgang mit akuter Suizidalität im ambulanten Setting

- ❖ Patienten zur stationären Krisenintervention motivieren, offen sprechen
- ❖ Wenn Patient sich für stationäre Aufnahme entscheidet → Patient dorthin begleiten bzw. Krankentransport organisieren
- ❖ Wenn Patient sich nicht freiwillig zur Aufnahme entscheiden kann oder ambulante Praxis verlässt → Polizei informieren, Fahndung ausgeben

Bei nicht akuter Suizidalität

- ❖ Non-Suizid-Vertrag abschließen, regelmäßige und höherfrequente Termine vereinbaren, Notfallplan erstellen
- ❖ Offen und deutlich besprechen (und dokumentieren) wie Therapeut sich verhalten wird, wenn Patient (bei bestehenden Suizidgedanken, aber keiner akuter Suizidalität) zum nächsten Termin nicht erscheint (ohne Absage)

Suizidalität

Non-Suizid Vertrag

- ❖ Ziel: bewusste Entscheidung gegen den Suizid
- ❖ Schriftlicher Entschluss für das Leben
- ❖ Festlegen, was Patient tun kann, wenn Suizidimpuls stärker wird
- ❖ Erarbeiten und festhalten, was Patient tun kann, um Suizidgedanken zu verringern
- ❖ Festhalten, was Patient tut, wenn Suizidimpuls stärker wird (z.B. sich beim Schwesternzimmer melden, zur Notaufnahme fahren)
- ❖ Betonen, dass Vertrag auf gegenseitigem Vertrauen basiert
- ❖ Vertrag mit Handschlag besiegeln
- ❖ Therapeut kann am Ende des Gesprächs zu dem Entschluss gratulieren, sagen, dass er sich freut

Diagnostischer Prozess

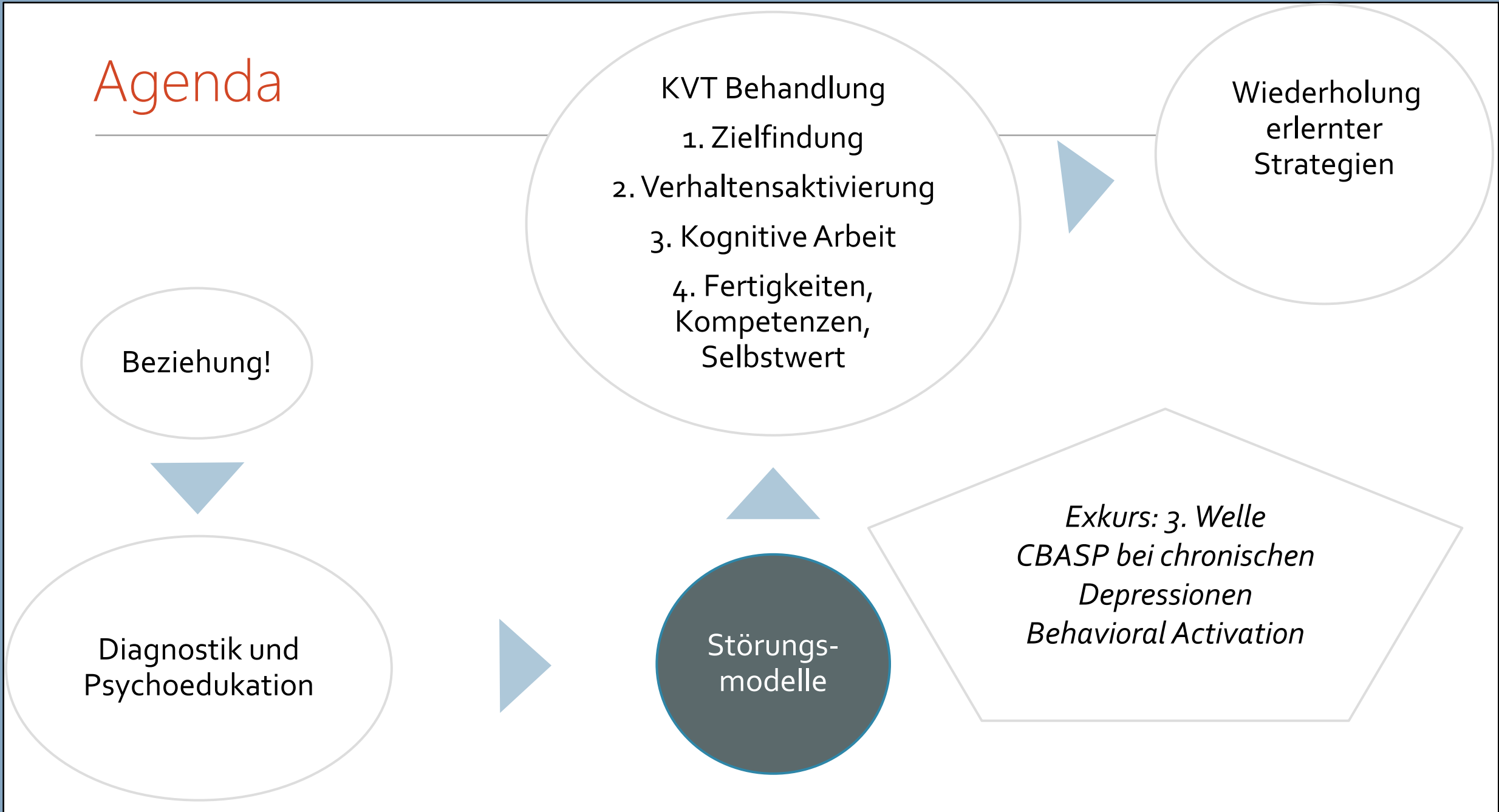
Übung:

❖ Diagnostik

BDI + Erhebung Symptome, unbedingt Suizidalität abklären!

❖ Rückmeldung + Mitteilung Behandlungsoptionen

Agenda



Erklärungsansätze

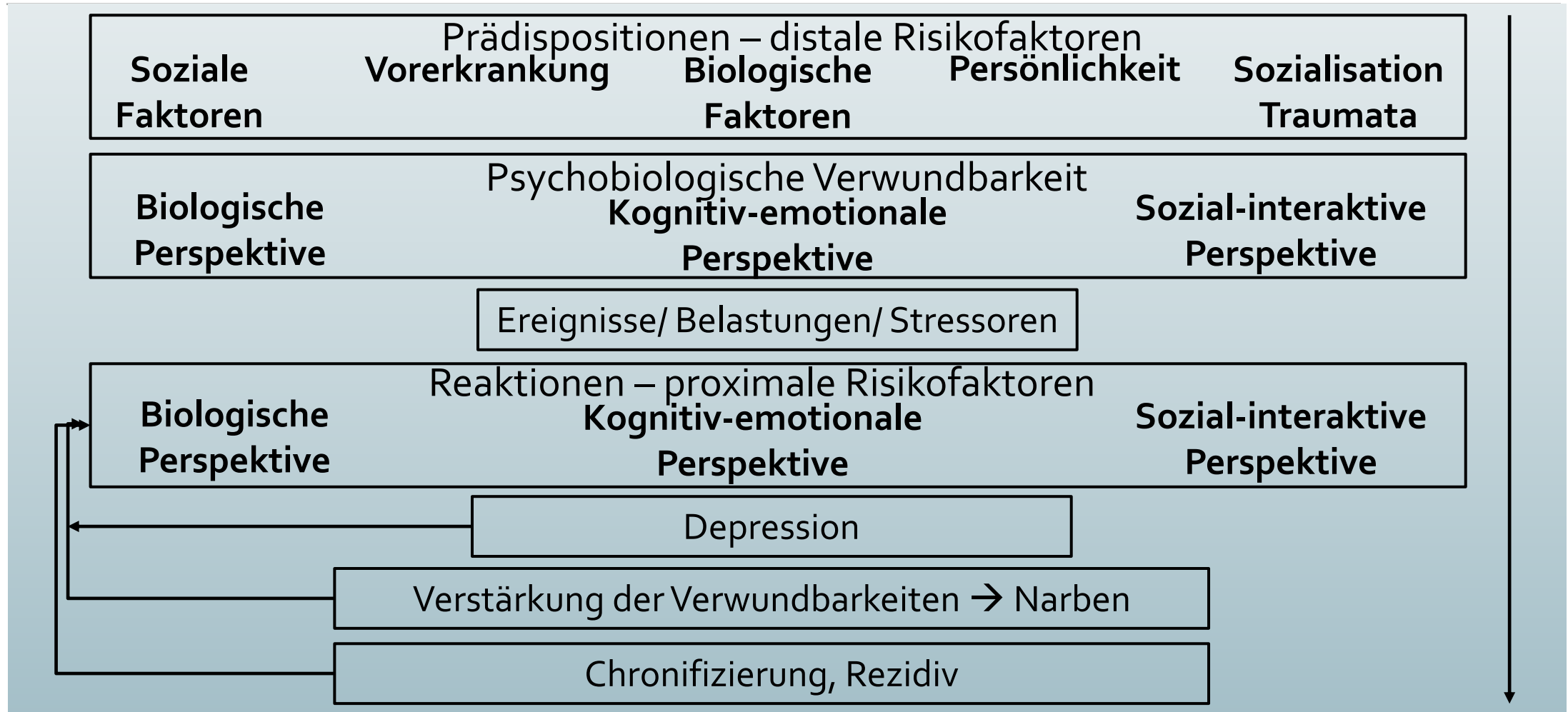


Abbildung 4. Faktoren in der Entwicklung einer unipolaren Depression (Schema nach Hautzinger, 2013, S. 39)

(Psychologische) Störungsmodelle

- 1. Erlernte Hilflosigkeit (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978)**
- 2. Verstärker-Verlust Modell (Lewinson, 1974)**
- 3. Kognitionstheoretisches Modell (A. T. Beck, 1976; J. Beck, 2013)**
- 4. Integratives Depressionsmodell (Hautzinger, 2013)**

(Psychologische) Störungsmodelle



Abbildung 5. Erlernte Hilflosigkeit (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978)

(Psychologische) Störungsmodelle

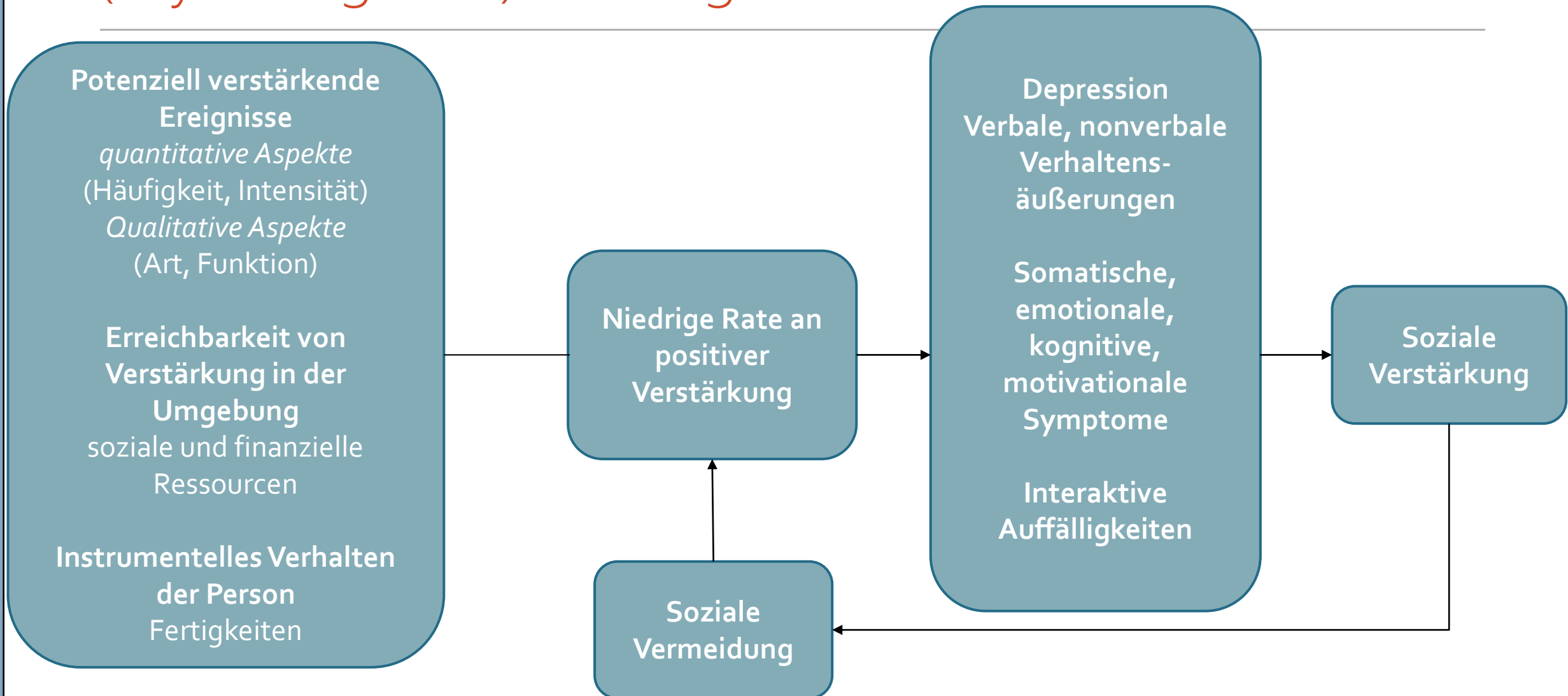


Abbildung 6. Verstärker-Verlust Modell (Lewinsohn, 1974; Abbildung nach Hautzinger 2013, S. 45)

(Psychologische) Störungsmodelle

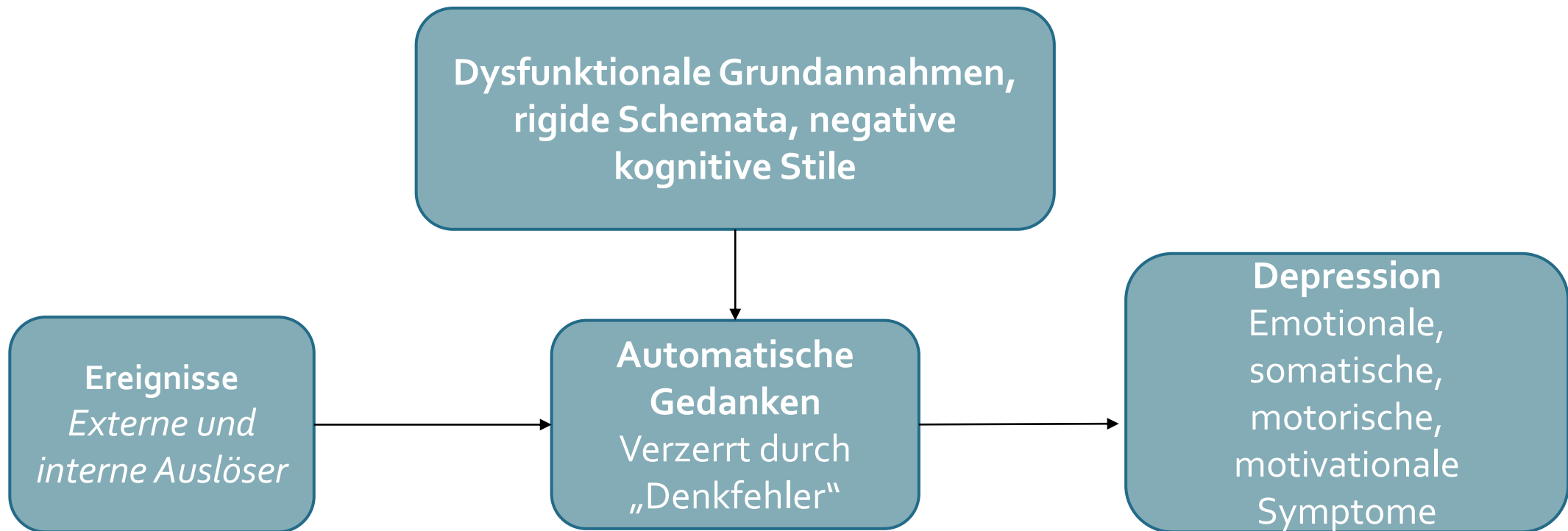


Abbildung 7. Kognitionstheoretisches Modell (A. T. Beck, 1976; J. Beck, 2013; Abbildung nach Hautzinger, 2013)

(Psychologische) Störungsmodelle

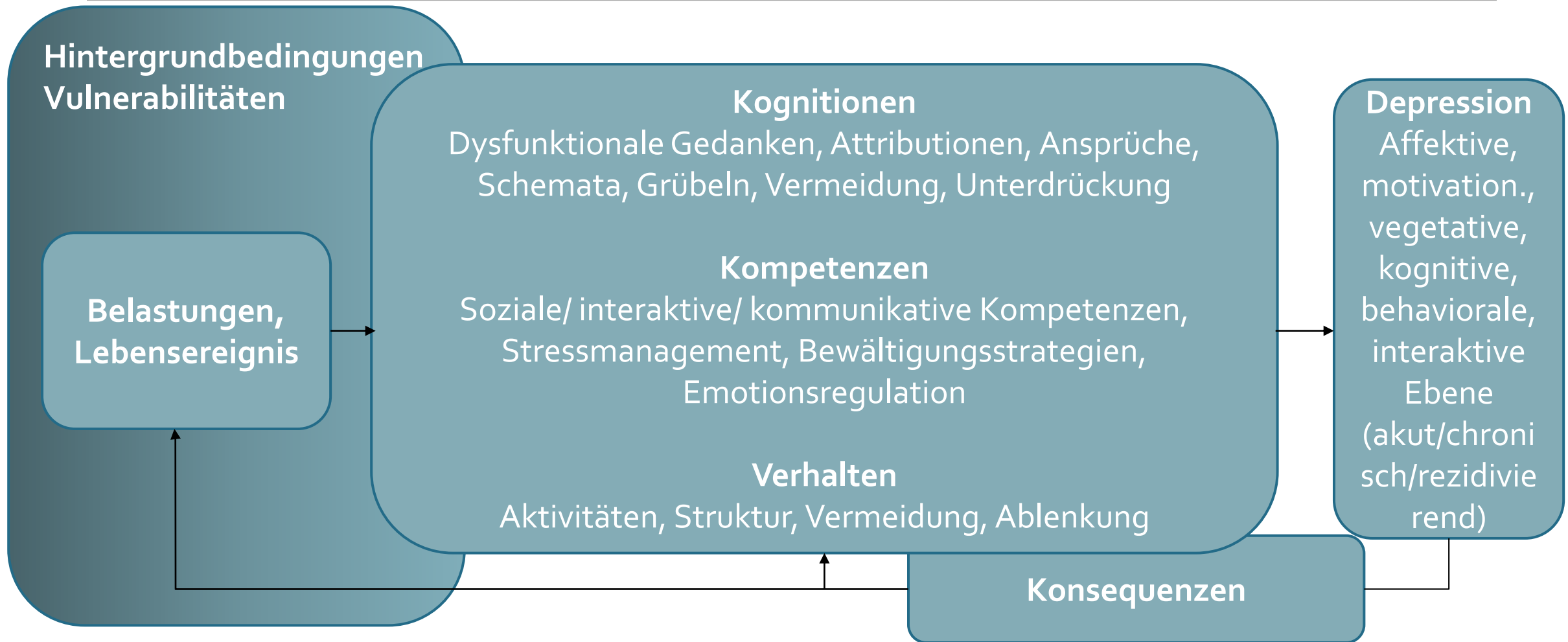
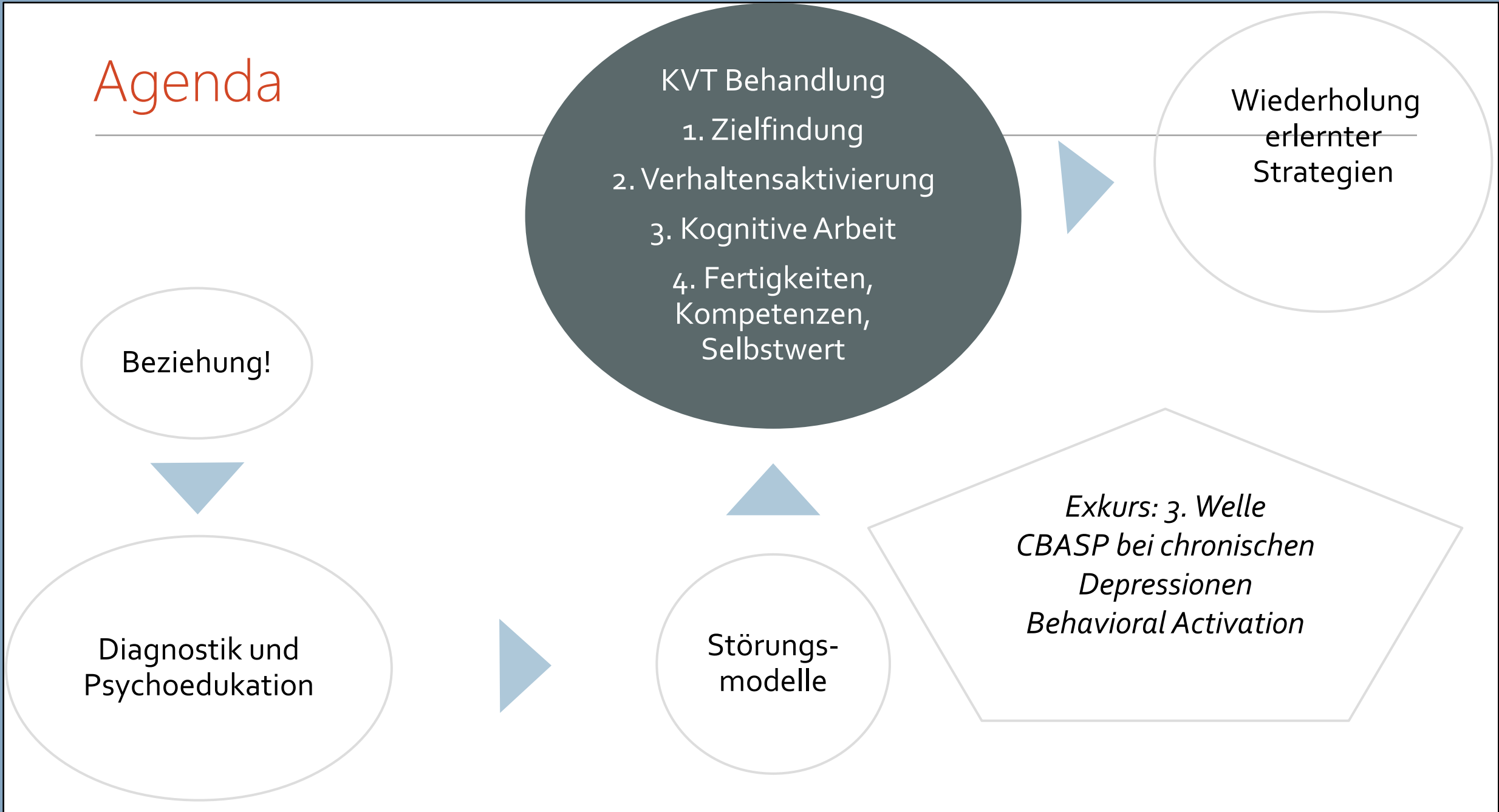


Abbildung 8. Integratives Depressionsmodell (Hautzinger, 2013, S.52)

(Psychologische) Störungsmodelle

Übung zur Vermittlung des Störungsmodells

Agenda



Allgemeines zu den Sitzungen

- ❖ Sitzungen dauern in der Regel 50 Minuten, ggf. kann Zweiteilung sinnvoll sein
- ❖ Sitzungen sollten transparent, strukturiert und regelmäßig (1x/Woche zu Beginn, später ausschleichende Frequenz) stattfinden
- ❖ Man unterscheidet zwischen Akutbehandlung, Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe
- ❖ KVT geht problemorientiert bzw. zielorientiert vor
- ❖ Hausaufgaben sind Teil der Behandlung

Zielfindung/ -formulierung

Viele Wege führen nach Rom...aber:

- ❖ Schriftliches Festhalten von Ziele gemeinsam mit Patienten sinnvoll!
 - ❖ Gemeinsame Ziele schaffen Verbindlichkeit und können die Allianz stärken
- SMARTe Ziele sind spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminierbar*

Methode A

- 1) Problemliste erstellen
- 2) Zielerreichungsskala verwenden

Methode B

- 1) Ist-Zustand
- 2) Worst Case
- 3) Traum-Zustand
- 4) Realistischer Zustand zum Zeitpunkt X

Zielfindung/ -formulierung

Methode A

- 1) Problemliste erstellen* (z.B. AB 1 in Hautzinger, 2013)
- 2) Zielerreichungsskala verwenden* (z.B. AB2 in Hautzinger, 2013)

* Listen per Hand erstellen oder Arbeitsmaterialien auf Lehrbüchern benutzen

Aktuelle Probleme, Schwierigkeiten
Einschlafprobleme
Ich vernachlässige meinen Sport und meine Sportfreunde
Unzufrieden mit der eigenen Leistung/ Qualität auf der Arbeit
Unzufrieden mit Aspekten der Partnerbeziehung

Zielerreichungsskala			
Ziele	Zeitpunkt X	Zeitpunkt Y	Zeitpunkt Z
Besser schlafen können	Regeln der Schlafhygien e ausprobieren	Ggf. Schlafmedika tion besprechen	
Regelmäßig zum Sport gehen	1x/Woche zum Training	Beide Trainings wahrnehmen (1 Joker/ Monat)	Zusätzlich morgens übungen machen (10 Minuten)

Zielfindung/ -formulierung

Methode B (an der Flip-Chart oder auf dem Klemmbrett)

- 1) Ist-Zustand
- 2) Worst Case
- 3) Traum-Zustand
- 4) Realistischer Zustand zum Zeitpunkt X

Verhaltensaufbau

1. Psychoedukation: angenehme Tätigkeiten ↔ Depression

2. Selbstbeobachtung des jetzigen Zustands

- ❖ Erfolg und Vergnügen

3. Strukturierung und Verhaltensaufbau

- ❖ Typ-A und Typ-B Aktivitäten
- ❖ Werteorientierung
- ❖ Aktivitätenhierarchisierung
- ❖ Sportliche Aktivitäten

4. Planung und Umsetzung von angenehmen Aktivitäten

5. Reduktion von depressionsfördernden Aktivitäten

Wozu Verhaltensaufbau/ Verhaltensaktivierung?

1. Patienten haben infolge der Erkrankung und/oder infolge von Kompetenzdefiziten, Unsicherheiten häufig Verstärker verloren (vgl. Störungsmodell)
2. Positive Aktivitäten wirken antidepressiv
3. Patient erlernt Anzahl potentielle Verstärker im Leben zu erhöhen → Rate positiver Verstärkung soll steigen
4. Bewusstsein für den Unterschied zwischen Pflichten und angenehmen Aktivitäten soll geschärft werden

Verhaltensaufbau

1. Psychoedukation: angenehme Tätigkeiten $\Leftrightarrow$ Depression

→ Anhand von spezifischer Situation Depressionsspirale darstellen

Beispiel:

T: „Was haben Sie nach dem langen Arbeitstag gemacht?“

P: „Ich habe TV geguckt und Bier getrunken.“

T: „Und was hat das für Auswirkungen (Folgen, Effekte) auf Sie gehabt?“

P: „Einerseits konnte ich mit dem Bier ein bisschen entspannen, andererseits habe ich ein schlechtes Gewissen bekommen, da ich das Training geschwänzt habe...“

T: „Mmh..und wie haben Sie sich dabei gefühlt?“

P: „Ich habe mich mies und müde gefühlt. Und so als würde ich die anderen im Stich lassen...“

T: „Und was haben Sie dann getan als Sie sich so mies gefühlt haben?“

P: „Nichts. Ich hab einfach weiter TV geschaut, um nicht ans Training zu denken.“

T: „Und hat die Ablenkung funktioniert? Bzw. welche Auswirkungen hatte Ihr TV-Schauen auf Ihr schlechtes Gewissen?“

P: „Mmh naja, irgendwie konnte ich mich ja dann auf das TV konzentrieren...aber irgendwie hatte ich dann auch noch weniger Lust beim nächsten Mal zum Training zu gehen.“

Verhaltensaufbau

1. Psychoedukation: angenehme Tätigkeiten $\leftrightarrow$ Depression

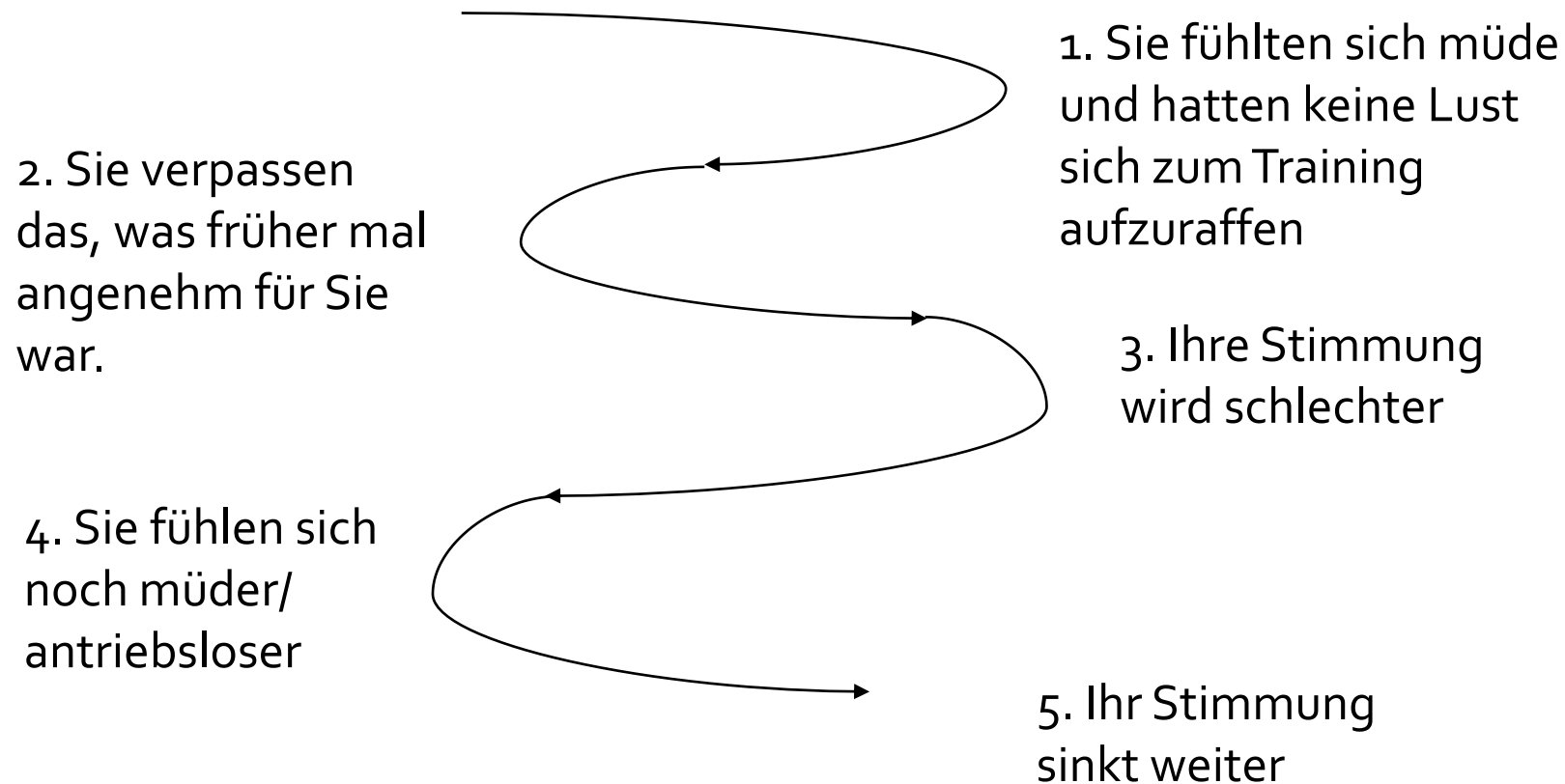


Abbildung 9. Depressionsspirale

Verhaltensaufbau

1. Psychoedukation: angenehme Tätigkeiten ↔ Depression

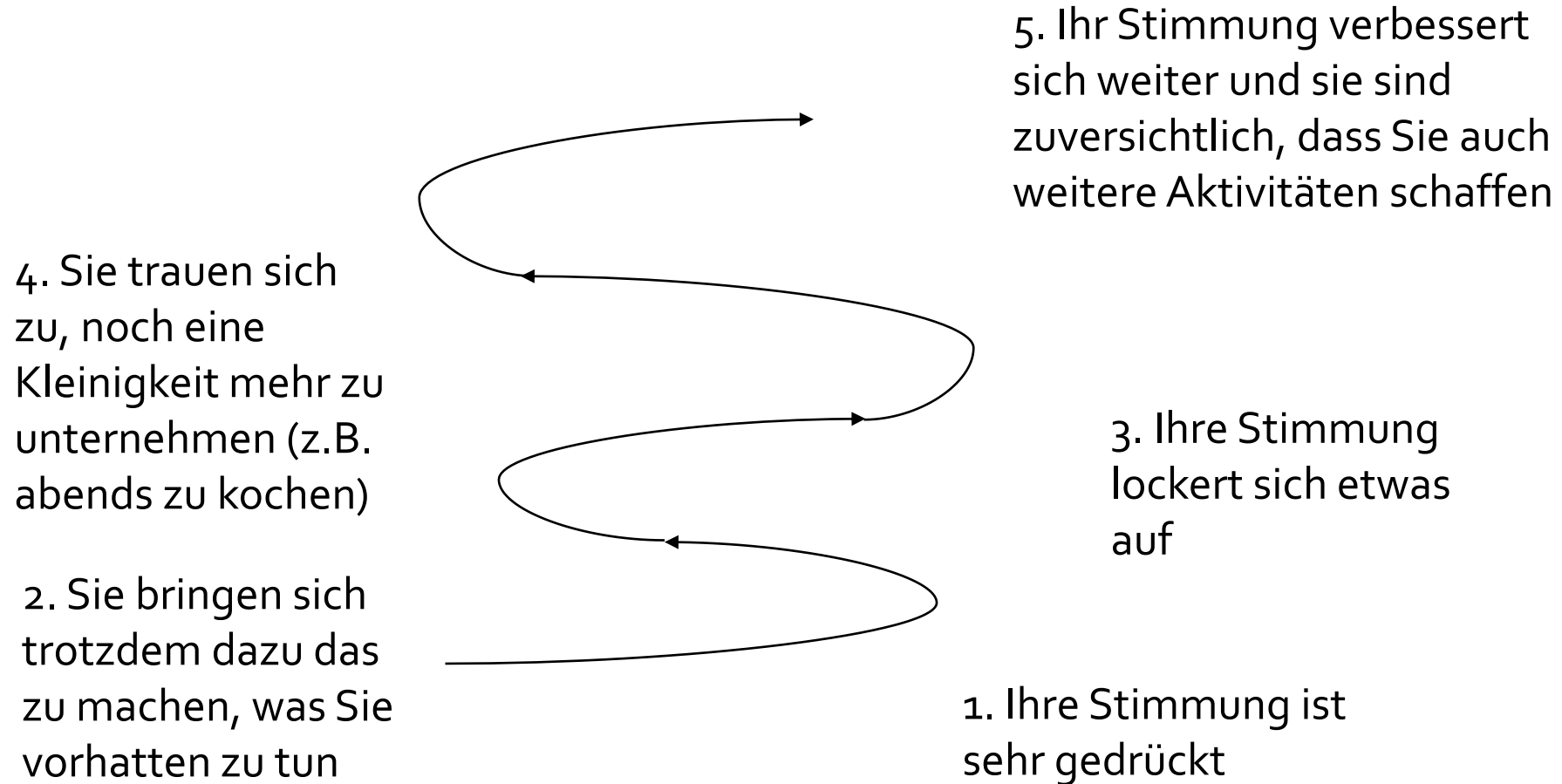


Abbildung 10. Antidepressive Aktivierungsspirale

Verhaltensaufbau

Übung zur Depressionsspirale

Verhaltensaufbau

2. Selbstbeobachtung des jetzigen Zustands

❖ Erfolg und Vergnügen

Ziele:

- ❖ Selbstbeobachtung erlernen
- ❖ Verständnis über den Zusammenhang von Aktivität und Befinden vertiefen
- ❖ Differenzierte Wahrnehmung schärfen
(Aufmerksamkeitslenkung auch auf neutrale/ positive Dinge/ Situationen/ Erfahrungen)

Verhaltensaufbau

2. Selbstbeobachtung des jetzigen Zustands

❖ Erfolg und Vergnügen

❖ Wochenplan oder Tagesprotokolle (z.B. Arbeitsblätter 5/6)

Tagesprotokoll			
Uhrzeit	Tätigkeit, Ereignis	Stimmung (z.B. in Schulnoten)	Erfolgreich geschafft?*
			ja/ nein
6 -7			
7 -8			
8 - 9			
...			

*„Erfolgreich geschafft“ kann zu späterem Zeitpunkt in die Tagesprotokolle mit aufgenommen werden.

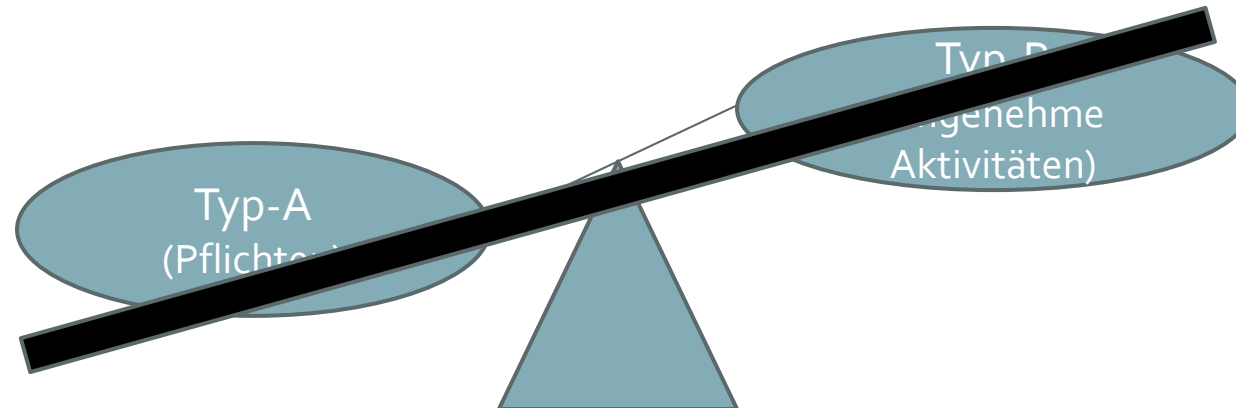
Sinnvoll:

- ❖ wenn in der Therapie schon gezielt Aktivitäten aufgebaut werden und wenn Patienten und/oder
- ❖ wenn Patienten Erfolg und Vergnügen vermischen

Verhaltensaufbau

3. Strukturierung und Verhaltensaufbau

- ❖ Typ-A und Typ-B Aktivitäten
- ❖ Werteorientierung
- ❖ Aktivitätenhierarchisierung
- ❖ Sportliche Aktivitäten



Ziel: Pflichten und angenehme Aktivitäten im Wechsel und in Balance

Verhaltensaufbau

3. Strukturierung und Verhaltensaufbau

- ❖ Typ-A und Typ-B Aktivitäten
- ❖ **Werteorientierung**
- ❖ Aktivitätenhierarchisierung
- ❖ Sportliche Aktivitäten

„Only action brings satisfaction!?”

Ja, aber:

- ❖ Verhaltensaktivierung heißt nicht immer mehr zu machen.
- ❖ Hilfreiche Verhaltensaktivierung ist Werte orientiert.
- ❖ Werte können sich im Laufe des Lebens verändern.
- ❖ Werte sind wie Leuchttürme – sie können richtungsweisend sein

Übung zur Werteorientierung

„Sie dürfen jetzt träumen....stellen Sie sich doch bitte einmal Ihr Leben in 5 Jahren vor. Wie alt wären Sie dann? Wie sollte dann Ihr Leben aussehen? Was wäre Ihnen wichtig? Beruf/ Beziehung?“

→ Arbeitsblätter/ Übungen zu Werten (z.B. Kapitel 5 in Wengenroth, 2012)

Verhaltensaufbau

3. Strukturierung und Verhaltensaufbau

- ❖ Typ-A und Typ-B Aktivitäten
- ❖ Wertorientierung
- ❖ **Aktivitätenhierarchisierung**
- ❖ Sportliche Aktivitäten

Aktivitätenhierarchie (z.B. Arbeitsblatt 11)				
Aktivität	Antizipierte Schwierigkeit	Ab wann geplant	Wann durchgeführt	Tatsächliche Schwierigkeit
Jeden Wochentag um 8 aufstehen	3	Ab 16.3.	16.3.	2
Jeden Wochentag frühstücken	4	Ab morgen		
...				

- ❖ Langsamer, iterativer Aufbau von Aktivitäten, Beginn mit leichteren Tätigkeiten sinnvoll
- ❖ Abgleich von erwarteter und tatsächlicher Schwierigkeit hilfreich, Hierarchie ist dynamisch!

Hautzinger, 2013

Verhaltensaufbau

3. Strukturierung und Verhaltensaufbau

- ❖ Typ-A und Typ-B Aktivitäten
- ❖ Werteorientierung
- ❖ Aktivitätenhierarchisierung
- ❖ **Sportliche Aktivitäten**

- Antidepressiv
- Serotonin nimmt zu
- Kortisol sinkt
- Positive neurologische Effekte
- Positive immunologischer Effekte
- Verbesserung des Schlafs

Verhaltensaufbau

4. Planung und Umsetzung von angenehmen Aktivitäten

- ❖ Liste meiner positiven/angenehmen Aktivitäten erstellen
 - a) „verschüttete“ Aktivitäten reaktivieren („Was haben Sie früher gern gemacht?“, „Was wollten Sie vor der Depression gerne einmal machen?“, „Haben Sie manchmal Gedanken daran, wie Sie Ihre Freizeit gestalten würden, wenn Sie mehr Energie hätten?“, „Was machen Ihre Freunde in ihrer Freizeit?“)
 - b) Liste positiver Aktivitäten aus Lehrbüchern nehmen (z.B. Arbeitsblatt 7), Patienten Aktivitäten einschätzen (Wie angenehm?) und so Liste erstellen

Verhaltensaufbau

4. Planung und Umsetzung von angenehmen Aktivitäten

Liste angenehmer Aktivitäten		
	Tragen Sie in die rechte Spalte ein, wie angenehm Ihnen die Aktivität ist, egal, ob Sie dies Aktivität jemals unternommen haben oder nicht.	Wie angenehm? 0 = unangenehm/ neutral 1 = einigermaßen angenehm 2 = sehr angenehm
1	Ins Grüne fahren	
2	Teure Kleidung tragen	
3	Puzzle	
...	...	

Verhaltensaufbau

Übung zu den angenehmen Aktivitäten

„Bitte erstellt für Euch selbst eine Liste mit mind. 10 angenehmen Aktivitäten.“

Wichtig:

Aktivitäten für gutes/ Schlechtes Wetter

Auch kostenlose Aktivitäten

Aktivitäten, die Ihr alleine und mit anderen durchführen könnt.“

Verhaltensaufbau

4. Planung und Umsetzung von angenehmen Aktivitäten

- Mittels Wochenplan Verhalten gezielt aufbauen; Verhalten folgt dem Plan und nicht der Stimmung
- Zunächst Pflichten eintragen
- Entscheiden wie viele und welche angenehmen Aktivitäten durchgeführt werden sollen
- Ruhepausen einplanen
- Ziel-Aktivität genau definieren (z.B. 30 Minuten trainieren (nicht: trainieren bis Technik gut gekonnt ist))
- Kleine Schritte
- Hindernisse voraussehen
- Jede positive Veränderung verstärken
- Auswirkungen auf die Stimmung beobachten/ dokumentieren

Verhaltensaufbau

5. Reduktion von depressionsfördernden Aktivitäten

Depressionsfördernde Aktivitäten = Aktivitäten, die u.a. das Aktivitätsniveau und somit die Stimmung ungünstig beeinflussen

- ❖ Analyse notwendig, um zu verstehen, weshalb Aktivitäten aufrechterhalten werden obwohl sie zu schlechterer Stimmung führen
- ❖ Verhaltensanalyse sinnvoll:

S_{ituation} intern/extern

O_{rganismus}

R_{eaktion} kognitiv, emotional, physiologisch, behavioral

K_{onsequenzen} kurzfristig/langfristig, verstärkend/bestrafend

Verhaltensaufbau

Übung zur Verhaltensanalyse

S_{ituation intern/extern}

O_{rganismus}

R_{eaktion kognitiv, emotional, physiologisch, behavioral}

K_{onsequenzen kurzfristig/langfristig, verstärkend/bestrafend}

Verhaltensaufbau

5. Reduktion von depressionsfördernden Aktivitäten

Strategien:

- Veränderung der Situation
- Andere Tagesplanung
- Aufbau alternativer Verhaltensweisen

Fazit

Was sollten PatientInnen gelernt haben?

- ❖ Sich selbst systematisch beobachten zu können
- ❖ Verständnis über Zusammenhang von Verhalten und Befinden
- ❖ Ziel- und Werteorientierung hinterfragen und ggf. anpassen können
 - ❖ Die eigene Zeit angenehmer gestalten können

Extra Module

Hier wird lediglich eine beispielhafte Auswahl an weiteren Therapiemodulen und -interventionen vorgestellt:

- 1) Selbstwert**
- 2) Erwerb von Fähigkeiten und Kompetenzen**
 - ❖ **Kommunikationstraining**
 - ❖ **Genusstraining**

Extra Module: Selbstwert

Literaturempfehlung:

Jacob, G., & Potreck-Rose, F. (2011). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen

Beispielhafte Übung:

- ❖ Der liebevolle Begleiter
 - ❖ Was könnte ein liebevoller Begleiter zu Ihnen sagen?
 - ❖ In welchen Bereichen Ihres Tages könnte der Begleiter sich Ihnen ggü. Liebevoll äußern? Was könnte er sagen?
 - ❖ Satz aufschreiben und bei sich tragen, wiederholt anschauen im Laufe des Tages
 - ❖ Im Laufe des Tages überlegen: was könnte liebevoller Begleiter jetzt sagen?

Extra Module: Selbstwert

Literaturempfehlung:

Hanning, S. & Chmielewski, F. (2019). Ganz viel Wert

Beispielhafte Übung:

❖ „Im Spiegelkabinett“

Extra Module: Kommunikationstraining

❖ Interaktionsdilemma:

- ❖ depressive Patienten sind sich unsicher, ob Zuwendung durch Andere ehrlich oder lediglich freundlich gemeint ist. → weitere Rückversicherungsversuche → Unmut, Vermeidung der depressiven Person → Zweifel seitens depressiver Person wird verstärkt → Zunahme an depressivem Verhalten → Zunahme an Rücksichtnahme → Teufelskreis!
- ❖ Ziel: positive Erfahrungen in sozialen Interaktionen, Konflikte lösen können
- ❖ Wie?
 - ❖ Training von Sprecher- und Zuhörerfertigkeiten

Extra Module: Kommunikationstraining

Sprecherfertigkeiten

- ❖ Ich-Botschaften und Selbstöffnung
- ❖ Konkrete Sprache in Bezug auf Situation und Verhalten
- ❖ Hier- und Jetzt → Gegenwart und Zukunft gestalten, nicht die Vergangenheit beklagen

Zuhörerfertigkeiten

- ❖ Zuhören deutlich machen durch kontingentes nonverbales Verhalten
- ❖ Zusammenfassen
- ❖ Offene Fragen
- ❖ Positive Reaktionen, z.B. loben
- ❖ Eigene Gefühle zurückmelden

Extra Module: Kommunikationstraining

Übungen:

- ❖ Sprecher und Zuhörer sprechen nacheinander, Partner nehmen beide Rollen ein
 1. Zunächst positive Gefühle ausdrücken
 2. Dann negative Gefühle ausdrücken (Therapeut gibt Thema vor, kein zentrales Konfliktthema nehmen)
 3. Rollenwechsel (erneuter Themenvorschlag durch Therapeuten)
- ❖ Können die Partner sowohl Sprecher-, Zuhörerfertigkeiten und Rollenwechsel, können eigene Konfliktthemen besprochen werden (Tipp: Start mit leichten Themen)

Therapeuten sollten:

- ❖ Helfen, Kommunikationsregeln einzuhalten
- ❖ Ggf. helfen mit z.B. Formulierungen
- ❖ Ggf. einschreiten und die Übung neu beginnen lassen
- ❖ Rückmeldung geben

Extra Module: Kommunikationstraining

Auch hilfreich: **Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg**

Wichtige Vorbedingung: Kooperationsbereitschaft auf allen Seiten

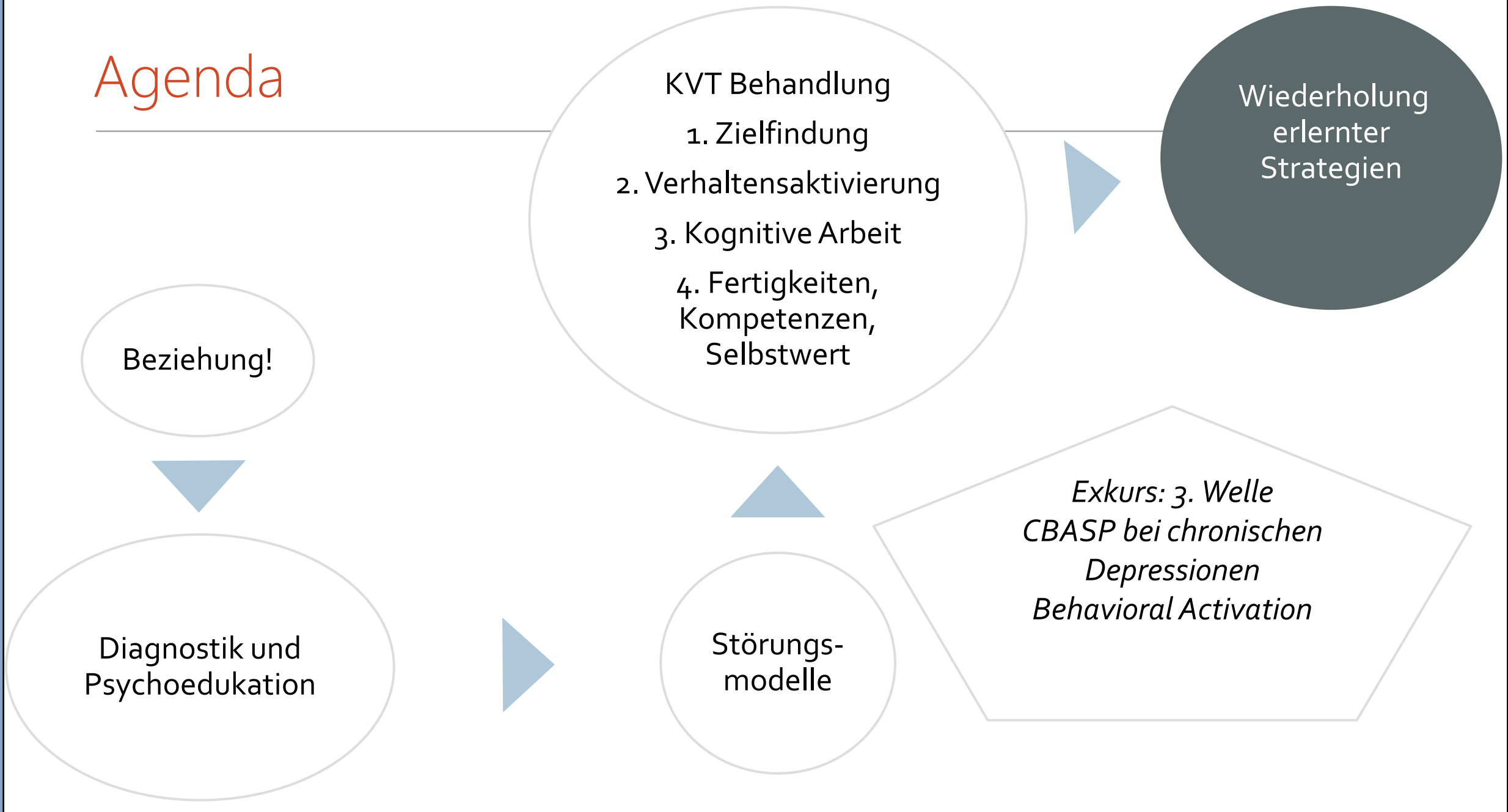
Ziel:

- ❖ Verständnis fördern
- ❖ Konflikte lösen
- ❖ Wertschätzender Umgang mit dem Gegenüber
- ❖ Kooperation

4 Schritte:

1. Beobachtung/ Wahrnehmung „Wenn ich beobachte, dass....“
2. Gefühl „Dann fühle ich mich ...“
3. Bedürfnis „weil es mir wichtig ist, dass...“
4. Bitte „Daher bitte ich dich...“

Agenda



Wiederholung erlernter Strategien – oder Rückfallplan

Am Ende einer Therapie sollten Patienten folgendes können:

- 1) Erneute depressive Symptomatik frühzeitig erkennen**
- 2) Hilfreiche Strategien anwenden, um starke depressive Verstimmungen zu verhindern oder abzumildern**
- 3) Ereignisse und/oder Belastungen, die das Risiko einer erneuten Depression erhöhen, erkennen und ihnen präventiv begegnen**

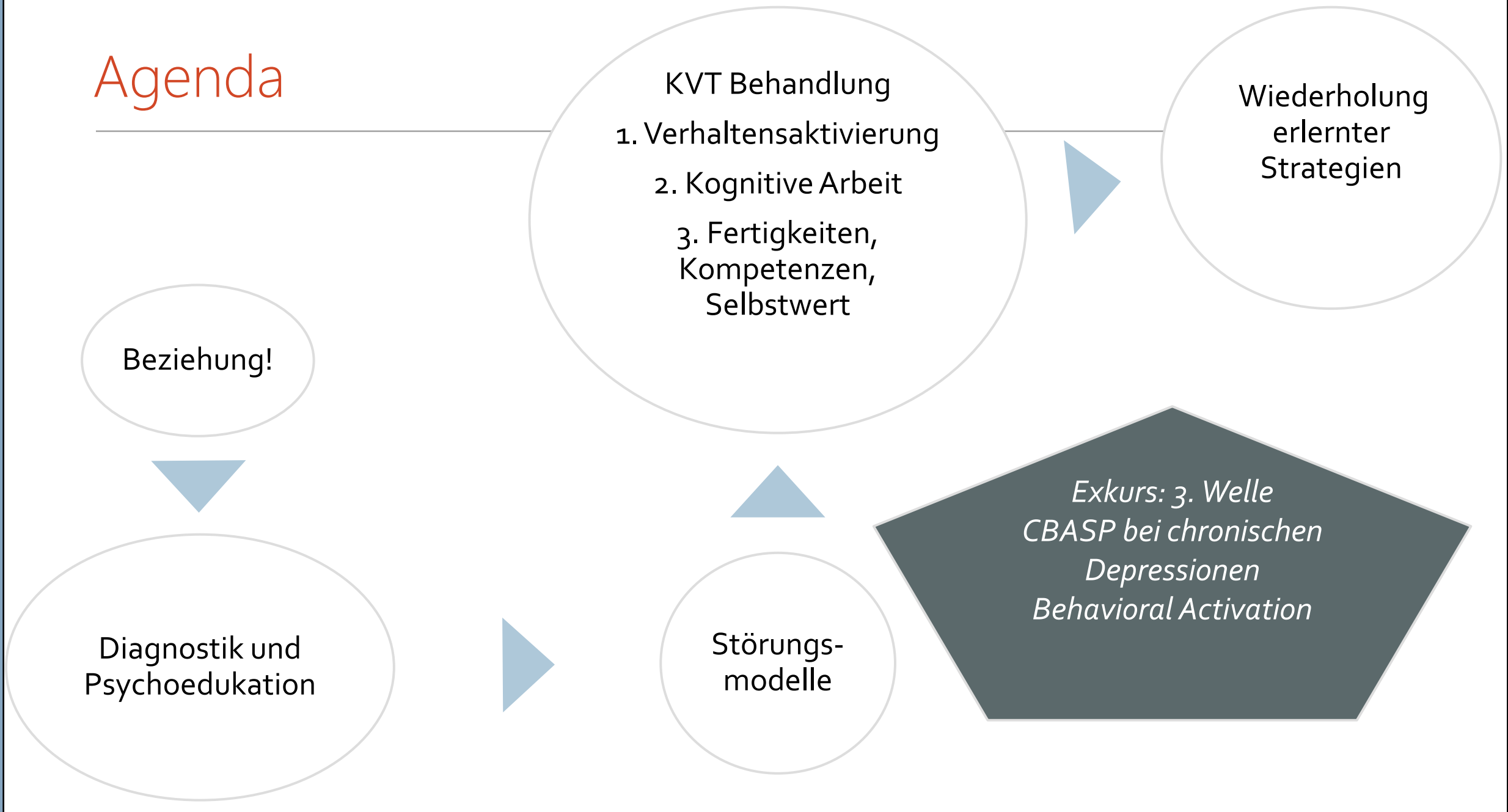
Wiederholung erlernter Strategien – oder Rückfallplan

1. Warnsignale sammeln (z.B. Schlaf wird schlechter)
2. Notfallplanung → persönliche Planung für Krisen erarbeiten (z.B. Arbeitsblatt 27); sollte auch soziale Matrix zur Unterstützung in Krisen/ bei Belastungen beinhalten; Notfallnummern ebenfalls zu berücksichtigen
3. Psychoedukation bzw. Wiederholung des Störungsmodells, ggf. Exploration möglicher zukünftiger belastender Ereignisse

Mein Notfallplan		
Vorgehen	Maßnahmen*	Erfolgreich?
1.	Befinden dokumentieren, weitere Stressoren reduzieren	
2.	...	

* Rückfallplan bzw. Festhalten von Maßnahmen eignet sich sehr gut zur Ressourcen-stärkung und Rekapitulation erlernter hilfreicher Strategien

Agenda



3. Welle

1. Behaviorale Phase

- ❖ Naturwissenschaftlicher Ansatz, reduktionistisch?
- ❖ Fokus auf offen beobachtbarem Verhalten, Veränderung von Verhalten

2. Kognitive Phase

- ❖ 70er/80er Jahre: Fokus auf störungsspezifische Prozesse einzelner Störungen
- ❖ Ergänzung zur behavioralen Therapie, Veränderung innere Abläufe, z.B. Bewertungen
- ❖ Am besten abgesicherte Psychotherapieform, wirksam bei vielen Störungsbildern

3. Achtsamkeit und Akzeptanz

- ❖ Seit den 1990er Jahren: Unzufriedenheit mit der kVT
- ❖ Integration interpersoneller/ psychodynamischen Aspekten, Achtsamkeit, Akzeptanz
- ❖ Fokus auf die „Haltung“ gegenüber z.B. Gedanken
- ❖ Heterogene Therapieansätze: z.B. Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), Schematherapie, *Cognitive Behavioral System of Psychotherapy (CBASP)*, Schematherapie, Dialektisch Behaviorale Therapie, *Behavioral Activation*

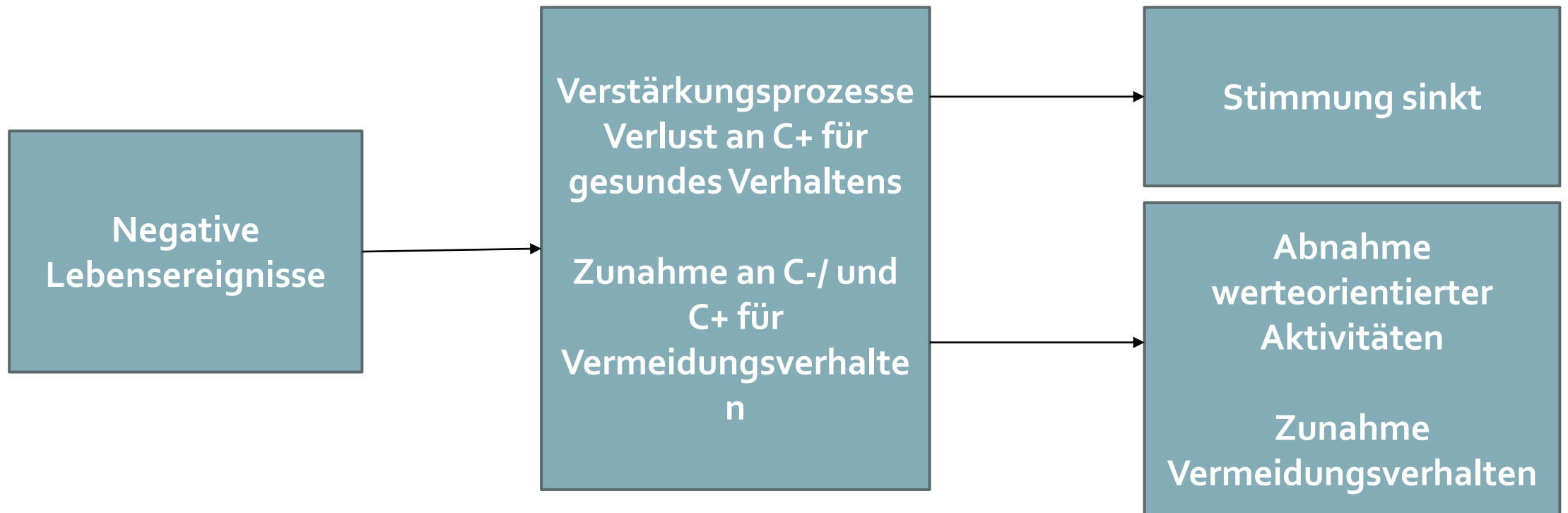
3. Welle: Behavioral Activation

Hintergrund:

- ❖ Grundlage: Verstärker-Verlust-Theorie (Lewinsohn)
- ❖ Wirksamkeit kVT bei Depressionen eindeutig belegt
- ❖ Komponentenanalyse (1996) zeigte keine sign. Unterschiede zwischen
 - a) alleinstehende Verhaltensaktivierung
 - b) Verhaltensaktivierung + kognitive Umstrukturierung automatischer Gedanken
 - c) kVT inkl . Arbeit an Grundannahmen
- ❖ Integration von 3. Welle Aspekten, wie Werte, Achtsamkeit, Akzeptanz von aversiven Zuständen, entgegengesetztes Handeln, Validierungsstrategien, ein metakognitiver, nicht auf den Inhalt bezogener Umgang mit Grübeln

3. Welle: Behavioral Activation

Störungsmodell



3. Welle: Behavioral Activation

Ziel:

- ❖ „Von außen nach innen“-Prinzip → Verhalten beeinflusst Stimmung
- ❖ Aufbau von wertorientierten Aktivitäten und Abbau/ Überwindung von Vermeidungsverhalten
- ❖ Aufrechterhaltung von wertorientierten Aktivitäten u.U. trotz aversiver Erfahrungen

3. Welle: Behavioral Activation

Interventionen:

- ❖ Strukturierte Erfassung des Wertesystems
- ❖ Erarbeitung von wertegeleiteten konkreten Zielen
- ❖ Verhaltensbeobachtungen → Zusammenhang zwischen Stimmung und Verhalten
- ❖ Verhaltensanalysen → Verständnis über Funktions- und Bedingungsgefüge depressionsfördernder Verhaltensweisen
- ❖ Wochenpläne, konkrete Planungen und Kontingenzmanagement (Fokus auf natürliche Verstärker) → Aufbau von antidepressivem Verhalten
- ❖ Grübeln = Verhalten → Verhaltensanalyse → Achtsamkeitsstrategien
- ❖ Ggf. individuelles Fertigkeitentraining
- ❖ Rückfallprophylaxe

3. Welle: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

- ❖ **Persistente Depressionen:** Lebenszeitprävalenz = 0.9-6.1%

- ❖ James McCullough → CBASP = 1. störungsspezifische Therapie

- ❖ psychologische Lerntheorie + psychodynamische + interpersonellen+ behaviorale Konzepte

- ❖ **Wirksamkeit:**

- CBASP > andere Therapie oder TAU

- CBASP ≈ Psychopharmaka

- CBASP + Psychopharmaka > Psychopharmaka ist fraglich

- ❖ **Frühe interpersonelle Traumatisierungen**

- Spezifische Patientencharakteristika, Erschwernis für therapeutische Beziehung

- Therapeutische Beziehung ist zentral in CBASP

- Ziel: (u.a.) neue Beziehungserfahrungen

3. Welle: CBASP

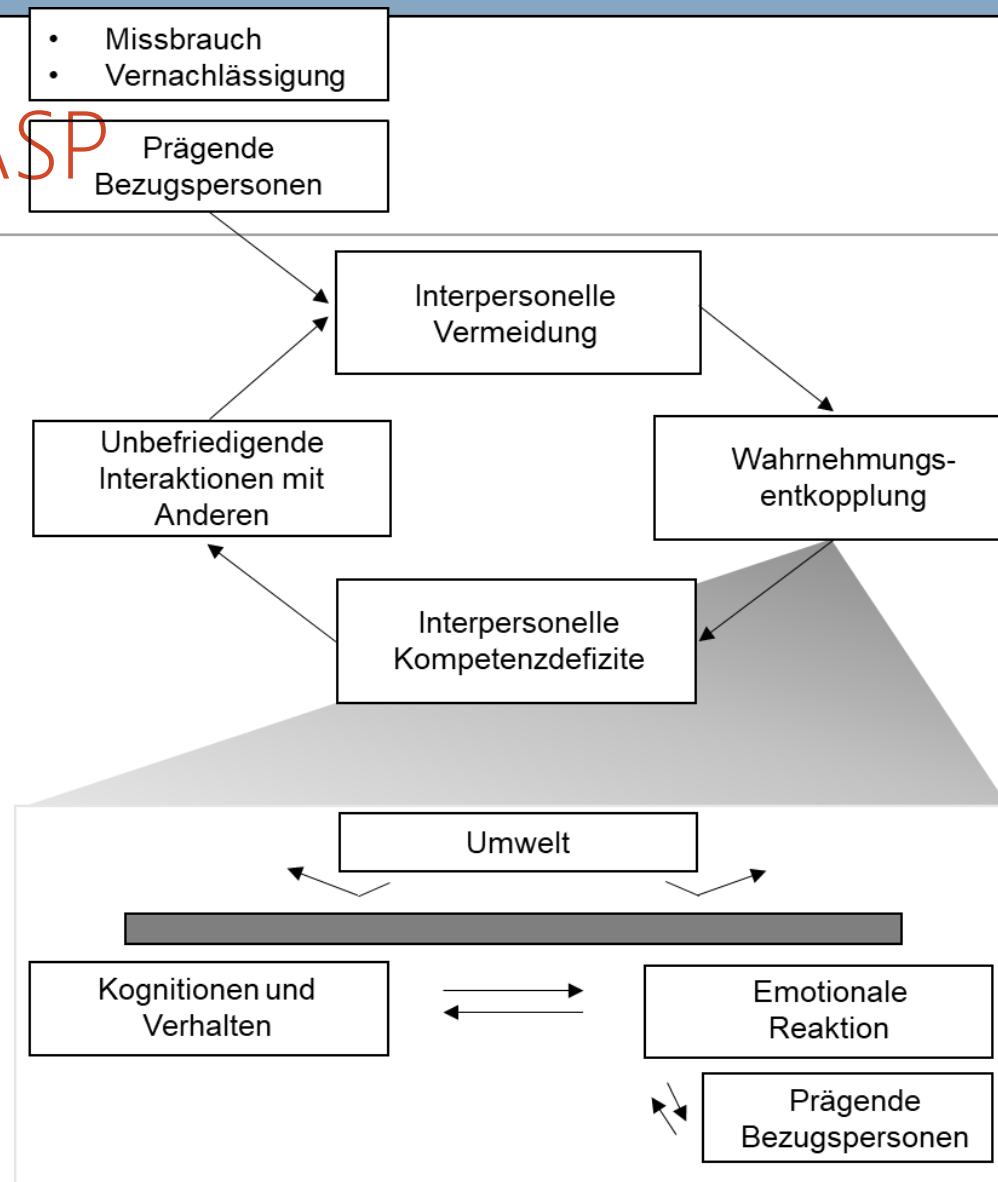
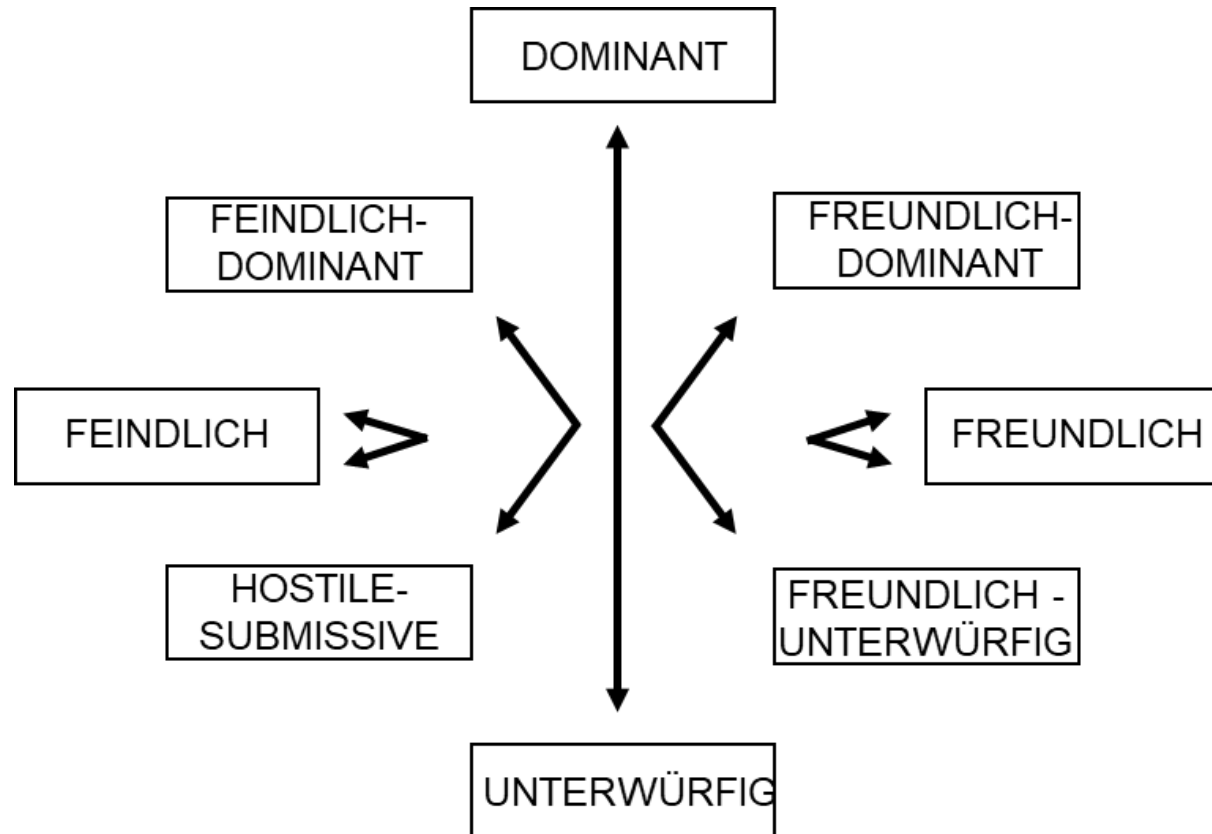


Abbildung 11. McCulloughs Störungsmodell der Persistenten Depression mit integrierter Wahrnehmungsentkopplung (adaptiert nach Klein & Beltz, 2014, S. 15, 17).

3. Welle: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Kiesler Kreis:



3. Welle: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Ziel: Überwindung der Wahrnehmungsentkopplung

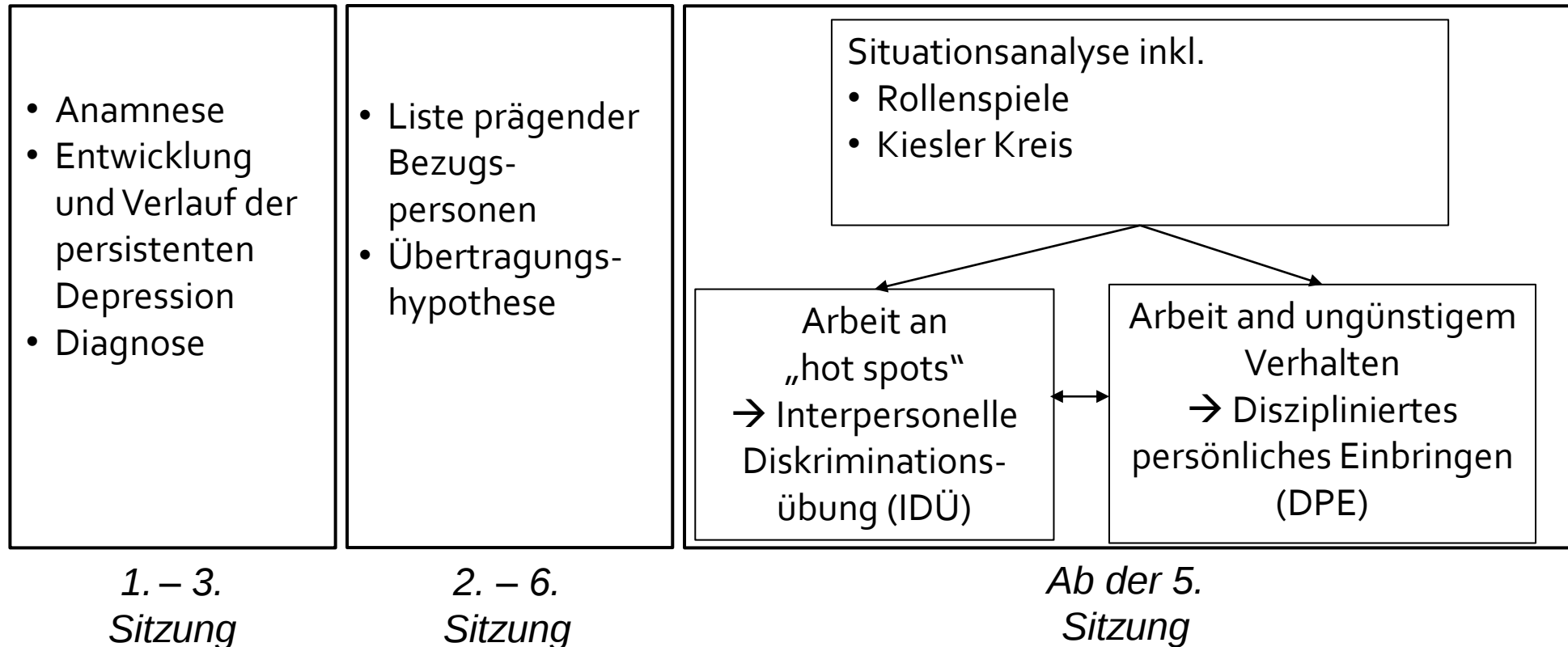


Abbildung 12. Verlauf der Therapie mit CBASP (adaptiert von Brakemeier et al., 2012, S. 36).

3. Welle: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Liste prägender Bezugspersonen und Übertragungshypothese:

- ❖ Prägende Bezugspersonen erheben
- ❖ Welche Auswirkungen hatten wichtige Personen auf den Patienten bzw. auf das interpersonelle Verhalten des Patienten?
 - ❖ Z.B.: „Mein Vater hat immer gesagt, das echte Jungs nicht weinen. Wenn ich geweint habe, hat er gesagt ich sei eine Enttäuschung für ihn.“
 - ❖ Prägung: „Ich darf keine negativen Gefühle zeigen, sonst werde ich abgelehnt.“
- ❖ Wie überträgt PatientIn die Prägungen auf den Therapeuten?
 - ❖ Welche „Hot Spots“ ergeben sich für die therapeutische Beziehung?
- ❖ 4 Bereiche: Nähe/ Intimität, Bedürfnisse äußern, Fehler machen, negative Gefühle zeigen
 - ❖ Z.B.: „Wenn ich vor TherapeutIn weine, dann wird er/sie mich abwerten und sich abwenden.“

3. Welle: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Liste prägender Bezugspersonen und Übertragungshypothese:

z.B. Video mit Eva-Lotta Brakemeier

https://www.youtube.com/watch?v=599HfvMIY_Q

3. Welle: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Situationsanalyse:

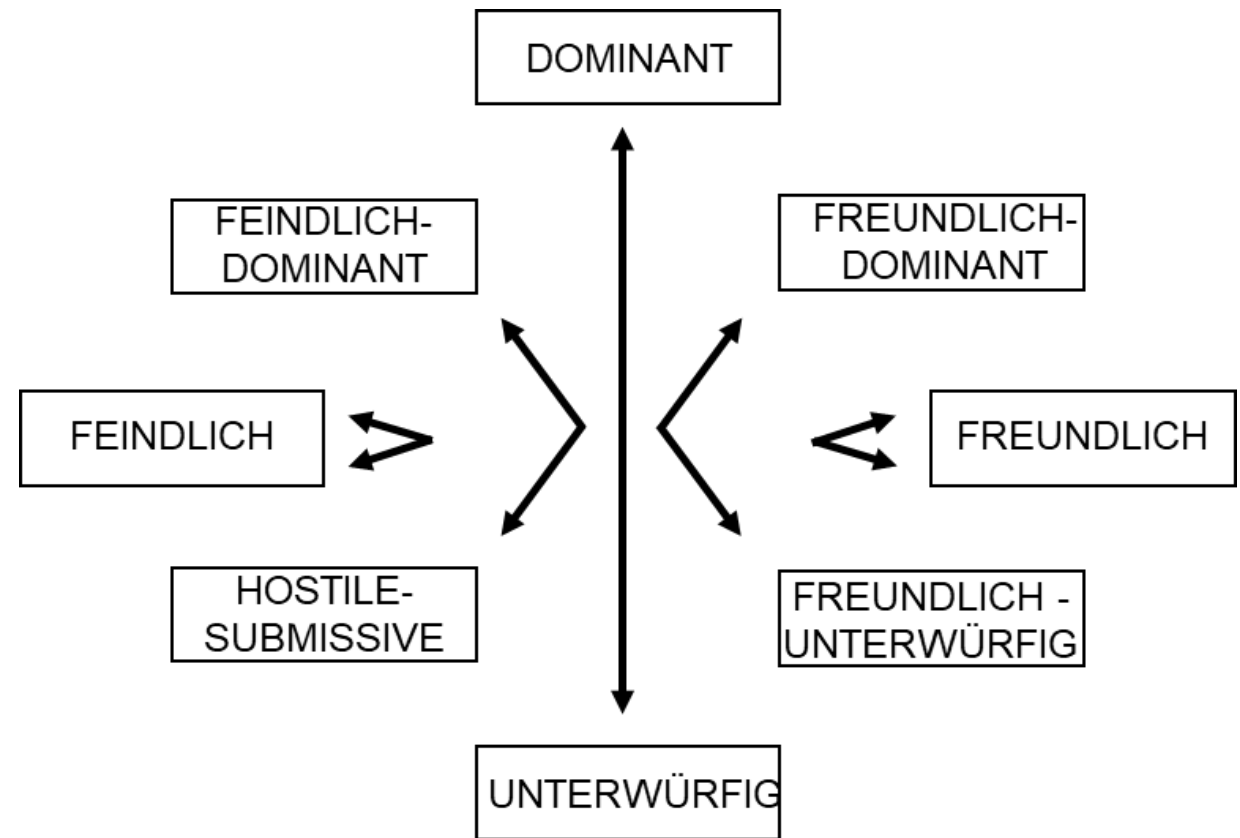
A – Situation erheben

1. Situation beschreiben
2. Interpretation der Situation
3. Verhalten in der Situation
4. Tatsächliches Ergebnis
5. Gewünschtes Ergebnis
6. Tatsächliches = gewünschtes Ergebnis

B – Situation lösen

1. Revision der Interpretation
2. Revision des Verhaltens
3. Zusammenfassung
4. Generalisierung

Kiesler Kreis:



3. Welle: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Übung: Situationsanalyse

Besonderer Dank geht an PD Dr. Philipp Klein (UKSH Lübeck) für die Erlaubnis seine Folien zu verwenden!!!

ERHEBUNGSPHASE

- Schritt 1: **Situationsbeschreibung**
 - Berichten Sie mir, was in der Situation passiert ist. Berichten Sie dabei nur Dinge, die man auch von außen sehen kann. Berichten Sie auch, wie die Situation ausgegangen ist.
- Schritt 2: **Interpretation der Situation**
 - Was bedeutet die Situation für Sie?
oder
 - Wie würden Sie die Situation zusammenfassend bewerten?
- Schritt 3: **Verhalten in der Situation**
 - Wie war Ihre Körperhaltung? Ihre Stimme? Ihre Gestik? Ihre Mimik? Hielten Sie Blickkontakt?
- Schritt 4: **tatsächliches Ergebnis (tE)**
 - Was ist das letzte, was in der Situation passiert ist? Was ist passiert, bevor der Vorhang fiel?
- Schritt 5: **gewünschtes Ergebnis (gE)**
 - Wie hätten Sie die Situation gerne beendet?
- Schritt 6: **tE=gE?**
 - Haben Sie das gemacht (tE), was Sie sich jetzt vorgenommen haben (gE)?
 - Wie kommt es, dass Sie es (nicht) getan haben?

Spickzettel

LÖSUNGSPHASE

- Schritt 1: **Revision der Interpretation**
 - Hilft Ihnen die Interpretation, Ihr gE zu erreichen?
 - Ist Ihre Interpretation auf das bezogen, was in der Situation tatsächlich passiert?
 - Oder bezieht die Interpretation sich auf was anderes, evtl. allgemeineres?
 - Was könnten Sie zu sich sagen, um Ihr gE zu erreichen? [Handlungsinterpretation]
- Schritt 2: **Revision des Verhaltens**
 - Wenn Sie sich Ihre Selbstinstruktion gesagt hätten, was hätten Sie getan? [Mit Rollenspiel!]
 - Wenn Sie das getan hätten, hätten Sie Ihr gewünschtes Ergebnis erreicht?
- Schritt 3: **Zusammenfassung**
 - Was lernen Sie aus der Situation?
- Schritt 4: **Generalisierung**
 - Wo können Sie das noch anwenden?

3. Welle: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

Therapeutische Beziehung:

- ❖ Disciplined personal involvement“ = „diszipliniertes persönliches Einlassen“
- ❖ TherapeutIn LÄSST SICH EIN (persönlich auf PatientIn), DISZIPLINIERT (zielorientiert) und PERSÖNLICH (als Mensch)
- ❖ *Kontingente Persönliche Reaktion und Interpersonelle Diskriminationsübung*
- ❖ Ziel: PatientIn...
 - ❖ erkennt eigene Wirkung auf TherapeutIn (und auf andere)
 - ❖ erlernt echte Empathie
 - Überwindung der Wahrnehmungsentkopplung

Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit!

Literaturverzeichnis

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87(1), 49.
- Beck, A. T. (1976) Cognitive therapy and emotional disorders. New York. International University Press.
- Beck, J. (2013). Praxis der Kognitiven Verhaltenstherapie (2. Aufl.). Weinheim, Beltz.
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland [Prevalance of depressive symptoms and diagnosed depression in adults in Germany; results from a study adult health in Germany]. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 733.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658.
- Derogatis LR. [SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual](#). Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1994
- DGPPN, BÄK, KBV, & AWMF (eds.) on behalf of the guidelines group for unipolar depression. (2015). S3- Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung [S3-guidelines/national treatment guidelines for unipolar depression - long version] (2 ed., Vol. 5). doi.: 10.6101/AZQ/000364. www.depression.versorgungsleitlinien.de.
- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(3):468–477. doi:10.1037/0022-006X.76.3.468
- Faßbinder, E., Rogg, M., & Schweiger, U. (2018). Behavioral Activation: Therapie der Depression. *PSYCH up2date*, 12(05), 379-394.

Literaturverzeichnis

- Franke GH. [SCL-90-R](#). Beltz-Test-GmbH 2002
- Hamilton M. [A rating scale for depression](#). J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 56-62
- Hautzinger, M., Bailer, M., Hofmeister, D. & Keller, F. (2012). Allgemeine Depressionsskala (2. überarb., neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2007). Beck Depression Inventar (rev. 2. Aufl.). Frankfurt a.M.: Pearson Tests.
- Heidenreich, T., & Michalak, J. (2013). 1.1 Geschichtliche Entwicklung der Verhaltenstherapie.
- Hegerl, U. (2005). Depression und Suizidalität. *Verhaltenstherapie*, 15(1), 6-11.
- Jacob, G., & Potreck-Rose, F. (2011). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(04), 597-611. doi: doi:10.1017/S0033291703001399
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., . . . Wittchen, H.-U. (2015). Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(4), 305-313. doi: 10.1002/mpr.1479
- Klein, J. P., & Belz, M. (2014). *Psychotherapie chronischer depression: Praxisleitfaden CBASP* (Vol. 74). Hogrefe Verlag.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (2001), The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16: 606-613. doi:[10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x](#)
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*, 150-172.
- McCullough, J. P. (2000). Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). New York: Guilford.

Literaturverzeichnis

- Mehl, S., & Losekam, S. (2013). Trauerreaktion, Krisenintervention, Suizidalität. In T. Kircher (Hrsg.), *Pocket Guide Psychotherapie*. (pp. 41-60). Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Riolo, S. A., Nguyen, T. A., Greden, J. F., & King, C. A. (2005). Prevalence of Depression by Race/Ethnicity: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey III. *American Journal of Public Health*, 95(6), 998-1000. doi: 10.2105/AJPH.2004.047225
- Roniger, A., Späth, C., Schweiger, U., & Klein, J. P. (2015). A psychometric evaluation of the German version of the quick inventory of depressive symptomatology (QIDS-SR16) in outpatients with depression. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 83(12), e17-e22.
- Wengenroth, M. (2017). *Therapie-Tools Akzeptanz-und Commitmenttherapie (ACT): mit E-Book inside und Arbeitsmaterial*. Beltz.
- Wittchen, H.-U., [Zaudig](#), M., Fydrich, T. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Hogrefe, Göttingen 1997.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M., & Ryl, L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Depressive Erkrankungen [Federal healthreport: Depressive disorders]* Berlin: Robert Koch-Institut.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- World Health Organization. (2004). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems / World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.