

Risch · Stangier  
Heidenreich  
Hautzinger



# Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression

Rückfälle  
verhindern,  
psychische  
Gesundheit  
erhalten

mit CD-ROM

 Springer

Anne Katrin Risch  
Ulrich Stangier  
Thomas Heidenreich  
Martin Hautzinger

**Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender  
Depression**

Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten

Anne Katrin Risch  
Ulrich Stangier  
Thomas Heidenreich  
Martin Hautzinger

# **Kognitive Erhaltungstherapie bei rezidivierender Depression**

Rückfälle verhindern, psychische Gesundheit erhalten

Mit 38 Abbildungen, 21 Tabellen und 24 Arbeitsblättern

 Springer

**Anne Katrin Risch**  
Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Klinisch-Psychologische Intervention  
Institut für Psychologie  
Humboldtstraße 11  
07743 Jena  
Deutschland  
anne.katrin.risch@uni-jena.de

**Professor Dr. Thomas Heidenreich**  
Hochschule Esslingen  
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege  
Flandernstraße 101  
73732 Esslingen am Neckar  
Deutschland  
Thomas.Heidenreich@hs-esslingen.de

**Professor Dr. Ulrich Stangier**  
Goethe-Universität  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Varrentrappstraße 40-42  
60486 Frankfurt am Main  
Deutschland  
stangier@psych.uni-frankfurt.de

**Professor Dr. Martin Hautzinger**  
Universität Tübingen  
Klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie  
Christophstraße 2  
72072 Tübingen  
Deutschland  
hautzinger@uni-tuebingen.de

ISBN 978-3-642-04888-3 Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

### **SpringerMedizin**

Springer-Verlag GmbH  
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media  
springer.de

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2012

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg  
Projektmanagement: Sigrid Janke, Heidelberg  
Lektorat: Barbara Buchter, Freiburg  
Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Einbandabbildung: © studio online/shutterstock.com  
Abbildungen: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India  
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

SPIN: 12669622

Gedruckt auf säurefreiem Papier 2126 – 5 4 3 2 1 0

## Vorwort

---

Erst im letzten Jahrzehnt wächst die Erkenntnis, dass neben der wirksamen Akutbehandlung auch die Erhaltungstherapie bei depressiven Erkrankungen von großer Bedeutung ist. Sah man die Depression zunächst als eine akute und zeitlich begrenzte psychische Störung an, so ist mittlerweile klar geworden, dass sie für viele Betroffene eine lebenslange Beeinträchtigung darstellt. Da ein Großteil der Patienten wiederkehrende Episoden erlebt und davon ausgegangen werden muss, dass weder die psychotherapeutische Akutbehandlung noch die medikamentöse Langzeittherapie einen ausreichenden Rückfallschutz bieten, wurden in der kognitiven Verhaltenstherapie gezielt Behandlungsansätze entwickelt, um das Rückfallrisiko zu senken.

Den rückfallpräventiven Ansätzen ist gemeinsam, dass neben dem Abbau psychologischer Risikofaktoren der Aufbau psychologischer Schutzfaktoren im Zentrum der Behandlung steht. Allerdings unterscheiden sich die Ansätze darin, welche psychologischen Schutzfaktoren aufgebaut werden: Achtsamkeit, Akzeptanz, psychologisches Wohlbefinden, kognitive Distanzierungsfähigkeiten oder Stresstoleranz. Je nach individuellem Risikoprofil eines Patienten sind aber durchaus verschiedene Schutzfaktoren relevant für die Rückfallprävention. In dem vorliegenden Manual zur Kognitiven Erhaltungstherapie (KET) wird daher ein Behandlungskonzept beschrieben, in dem diese verschiedenen Ansätze je nach individuellem Risikoprofil des Patienten kombiniert und im Einzelsetting gut umgesetzt werden können. Das vorliegende Manual soll zudem einen Beitrag dazu leisten, die neuen vielversprechenden Behandlungsmöglichkeiten auch über den wissenschaftlichen Kontext hinaus in der psychotherapeutischen Praxis bekannt zu machen. Insgesamt scheint es notwendig, dass der Fokus der Behandlung neben der Reduktion der akuten depressiven Symptomatik künftig stärker auf die Verhinderung von depressiven Rückfällen gerichtet wird.

Da Psychotherapieforschung ein langwieriger Prozess ist, liegen bisher für die einzelnen Ansätze, außer für die Achtsamkeitsbasierte Kognitive Therapie, die in den letzten Jahren große Aufmerksamkeit erhalten hat, nur Wirksamkeitsstudien der Arbeitsgruppen vor, die die Ansätze selbst entwickelt haben. Daher kann im Moment noch nicht von einer gesicherten oder gar spezifischen Wirksamkeit ausgegangen werden. Allerdings weisen die bisherigen Untersuchungsergebnisse auf eine deutliche Reduktion der Rückfallraten im Vergleich zur herkömmlichen pharmakologischen Behandlung hin.

Das Ziel unseres hier ausführlich und konkret vorgestellten Behandlungsansatzes ist es, für verschiedenste typische Probleme von Patienten mit einer rezidivierenden Depression Hilfen und Lösungen anzubieten. Entsprechend sind verschiedene Interventionen, von der Selbstbeobachtung, der Problemanalyse, der Psychoedukation, der Achtsamkeit, der Akzeptanz, des Kompetenztrainings, der kognitiven Umstrukturierung, der Alltagsgestaltung, der Belastungserprobung, des Problemlösens bis zum Einbezug des Partners, dargestellt und in einen Behandlungsplan gebracht. Es müssen jedoch nicht

alle Interventionen in jedem Fall angewandt und durchgearbeitet werden, stattdessen sollte die Möglichkeit genutzt werden, anhand der individuellen Problemanalyse für jeden Patienten einen persönlichen Interventionsplan zur Erhaltungstherapie und Rückfallprophylaxe zu entwickeln und umzusetzen.

Die in diesem Manual vorgestellte Kombination der einzelnen Ansätze, die kognitive Erhaltungstherapie (KET), wird zurzeit in einer multizentrischen Studie an 180 Patienten mit rezidivierender Depression überprüft. Die vorläufigen Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich insbesondere bei Betroffenen mit einer hohen Rückfallgefahr aufgrund der Vorgeschichte eine bedeutsame Reduktion der Rückfallraten ein Jahr nach Abschluss der KET ergab.

Abschließend sei dem sach- und fachkundigen Leser dieses Buches Flexibilität in der Handhabung des Manuals zu wünschen. Der rote Faden für den Therapieprozess kann nicht in der kochbuchartigen Ausführung der beschriebenen Interventionstechniken liegen, sondern leitet sich aus dem individuellen Modell der Risiko- und Schutzfaktoren und dem konsequenten Bemühen um deren Veränderung ab. Judith Beck selbst hat dies schon in ihrer Charakterisierung kognitiver Therapie ausgedrückt (Weishaar 1993, S. 108): »If you use a cognitive conceptualisation, then probably whatever you're doing is Cognitive Therapy.« Der Gebrauch dieses Manuals sollte keinesfalls dazu verleiten, sich auf die Durchführung der beschriebenen Techniken zu konzentrieren. Vielmehr ist es Aufgabe des Therapeuten, gemeinsam mit dem Patienten Hypothesen über die individuellen kognitiven Prozesse und Erlebensmuster aufzustellen und aus dem Modell konsequent die Ansatzpunkte für Veränderungen abzuleiten und die hierbei wirksamen Techniken einzusetzen.

**Anne Katrin Risch**  
**Ulrich Stangier**  
**Thomas Heidenreich**  
**Martin Hautzinger**

## Die Autoren

---



### **Dr. phil. Anne Katrin Risch**

Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie der Universität Jena. Studium der Psychologie in Jena. Ausbildung in Verhaltenstherapie.

Arbeitsschwerpunkte: Rückfallprävention bei rezidivierender Depression, Ressourcenaktivierung, Tagebuchverfahren in der Psychotherapie, Psychologische Interventionen bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken.



### **Prof. Dr. Ulrich Stangier**

Studium der Psychologie und Promotion an der Universität Marburg, 1993–2003 Hochschulassistent und Hochschuldozent an der Goethe-Universität Frankfurt. Organisation und Geschäftsführung des Weiterbildungsprogramms Klinische Psychologie und Leitung der Verhaltenstherapieambulanz. 2004–2008 Professor für Klinisch-Psychologische Intervention an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Seit 2008 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Goethe-Universität Frankfurt.

Forschungsschwerpunkte: Kognitive Therapie bei Sozialen Phobien und rezidivierender Depression; Therapeutische Kompetenzen und Manualtreue; Körperdysmorphe Störung.



### **Prof. Dr. phil. Thomas Heidenreich**

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor. Professur »Psychologie für Soziale Arbeit und Pflege« an der Hochschule Esslingen; Studium der Psychologie in Konstanz, danach Tätigkeiten als Wissenschaftlicher Mitarbeiter/Assistent am Institut für Psychologie der Universität Frankfurt sowie in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Frankfurt. Ausbildung in Verhaltenstherapie.

Arbeitsschwerpunkte: Depression, Angststörungen und achtsamkeitsbasierte Ansätze in der Psychotherapie.



**Prof. Dr. Martin Hautzinger**

Universitätsprofessor für Psychologie, Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Leiter der psychotherapeutischen Hochschulambulanz am Fachbereich Psychologie der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Arbeitsschwerpunkte: Interventionsforschung (Psychotherapie, Prävention), Affektive Störungen bei verschiedenen Alters- und Zielgruppen, Angststörungen, Alkoholabhängigkeit, psychophysiologische Störungen bei verschiedenen Alters- und Zielgruppen, körperliche und psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, Posttraumatische Belastungsstörungen, Zwangsstörungen u. a.



# Inhaltsverzeichnis

---

1	<b>Das Störungsbild der rezidivierenden Depression</b> .....	1
1.1	Depressive Störungen verlaufen meistens rezidivierend .....	2
1.2	Kriterien für die Diagnose einer rezidivierenden Depression .....	3
1.3	Epidemiologie und Häufigkeit .....	5
1.4	Komorbiditätsraten und Folgen .....	7
2	<b>Erklärungsansätze</b> .....	9
2.1	Ein Biopsychosoziales Erklärungsmodell für Depression .....	10
2.2	Klinische Risikofaktoren für Rückfälle .....	10
2.3	Kognitive Erklärungsmodelle .....	11
2.4	Schutzfaktoren der rezidivierenden Depression .....	14
3	<b>Diagnostik</b> .....	17
3.1	Diagnosestellung .....	18
3.2	Diagnostische Hilfsmittel .....	19
3.3	Therapieevaluation .....	21
4	<b>Behandlung der rezidivierenden Depression – Stand der Therapieforschung</b> .....	23
4.1	Akutbehandlung der Depression .....	24
4.2	Rückfallprävention und Erhaltungstherapie .....	24
4.2.1	Medikamentöse Erhaltungstherapie .....	24
4.2.2	Psychotherapeutische Ansätze zur Rückfallprävention und Erhaltungstherapie .....	26
4.3	Schlussfolgerungen .....	28
5	<b>Grundprinzipien und Struktur eines integrierten kognitiven Therapieansatzes zur Behandlung rezidivierender Depression</b> .....	29
5.1	Ziele der Behandlung .....	30
5.2	Grundprinzipien der kognitiven Erhaltungstherapie .....	30
5.3	Inhalt und Struktur der Behandlung .....	33
6	<b>Kognitive Erhaltungstherapie (KET)</b> .....	37
6.1	<b>Modul 1: Diagnostik, Informationsvermittlung, Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells</b> .....	38
6.1.1	Anamnese und Exploration der Lebensgeschichte; Wissensvermittlung .....	38
6.1.2	Analyse früherer und aktueller Belastungsfaktoren .....	44
6.1.3	Identifizieren individueller Werte und Ziele sowie Ableitung der Therapieziele und des Behandlungsplans .....	47
6.2	<b>Modul 2: Achtsamkeit, Akzeptanz und werteorientierte Verhaltensaktivierung</b> .....	51
6.2.1	Achtsamkeit .....	51
6.2.2	Akzeptanz .....	56

6.2.3	Wertebezogene Verhaltensaktivierung .....	59
6.3	<b>Modul 3: Kognitive Umstrukturierung, Verhaltensexperimente und Belastungstests</b> .....	62
6.3.1	Identifizierung und Logische Analyse negativer automatischer Gedanken .....	63
6.3.2	Veränderung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionaler Grundüberzeugungen durch Verhaltensexperimente .....	68
6.3.3	Belastungstest .....	79
6.4	<b>Modul 4: Verbesserung des psychologischen Wohlbefindens</b> .....	82
6.4.1	Identifikation von Momenten des Wohlbefindens .....	83
6.4.2	Förderung des psychologischen Wohlbefindens .....	84
6.4.3	Veränderung des Lebensstils .....	86
6.5	<b>Modul 5: Therapieabschluss</b> .....	87
6.5.1	Therapieevaluation .....	88
6.5.2	Therapiebilanz .....	88
6.5.3	Aufrechterhaltung des Therapieerfolges und Stabilisierung .....	90
6.6	<b>Modul 6: Ergänzende Interventionen</b> .....	91
6.6.1	Soziales Kompetenztraining bei Verhaltensdefiziten .....	91
6.6.2	Kommunikationsübungen .....	93
6.6.3	Problemlösetraining .....	94
7	<b>Materialien: Arbeitsblätter und Infoblätter</b> .....	95
	<b>Literatur</b> .....	121
	<b>Stichwortverzeichnis</b> .....	125

# Das Störungsbild der rezidivierenden Depression

- 1.1 Depressive Störungen verlaufen meistens rezidivierend – 2
- 1.2 Kriterien für die Diagnose einer rezidivierenden Depression – 3
- 1.3 Epidemiologie und Häufigkeit – 5
- 1.4 Komorbiditätsraten und Folgen – 7

## Fallbeispiel

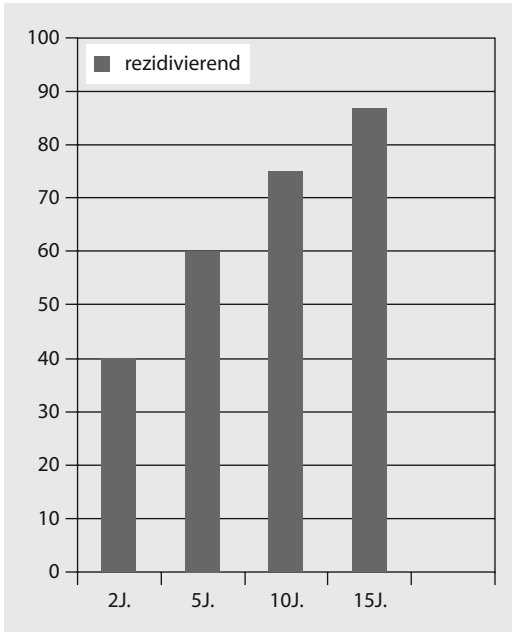
Frau W. (45 Jahre), die als Erzieherin in einer großen Kindertagesstätte arbeitet, kommt in die psychotherapeutische Praxis, da sie sich privat und beruflich seit Jahren stark belastet fühle. Beruflich mache ihr die Arbeit mit den Kindern zwar Freude, allerdings sei der Krankenstand unter den meist älteren Kolleginnen sehr hoch, sodass sie häufig Überstunden mache oder Arbeit mit nach Hause nehme. Es falle ihr schwer, abends abzuschalten und sich zu entspannen. Auch privat sei sie sehr belastet, seit ihre Mutter vor einigen Jahren an Demenz erkrankt sei. Frau W. und ihr Bruder kümmerten sich abwechselnd um die Mutter, die noch in einer eigenen Wohnung lebe. Frau W. fühle sich immer wieder phasenweise niedergeschlagen, erschöpft und ausgelaugt. Sie könne sich dann schlecht auf ihre Arbeit konzentrieren und sei ihrer Mutter gegenüber sehr gereizt. Sie fühle sich schuldig und als Versagerin. Bereits zweimal sei es ihr so schlecht gegangen, dass sie über mehrere Wochen krankgeschrieben worden sei. Die letzte schlimme Phase habe sie vor einem halben Jahr gehabt, da habe sie auch lebensmüde Gedanken gehabt. Mittlerweile ginge es ihr zwar etwas besser, aber sie fürchte sich davor, noch einmal so abzustürzen, zumal die Pflege der Mutter immer belastender werde. Ihre Hausärztin habe ihr empfohlen, sich professionelle Hilfe zu suchen.

### 1.1 Depressive Störungen verlaufen meistens rezidivierend

Depressive Episoden gehen typischerweise mit Symptomen wie Niedergeschlagenheit, Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Erschöpfung, Grübeln, Konzentrationsproblemen, sozialem Rückzug, Appetitverlust, Libidoverlust und Schlafproblemen einher. In schweren Fällen können auch Suizidgedanken bzw. -handlungen auftreten. Depressive Episoden verursachen einen starken Leidensdruck und beeinträchtigen

die Lebensqualität in erheblichem Maße (Wittchen u. Jacobi 2006). Lange Zeit wurde jedoch vernachlässigt, dass die Depression nicht als einmalige Episode auftritt, sondern zumeist einen rezidivierenden, d. h. wiederkehrenden Verlauf nimmt. Naturalistische prospektive Langzeitstudien finden Rückfallraten von 25–40 % nach 2 Jahren, von 60 % nach 5 Jahren, von 75 % nach 10 Jahren und von 85 % nach 15 Jahren (Keller u. Boland 1998). Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass selbst nach 5 oder sogar 10 Jahren das Risiko eines Rückfalls sehr hoch bleibt und sogar ansteigt (■ Abb. 1.1).

Auf die Lebenszeit gesehen treten bei Betroffenen durchschnittlich 3–4 Episoden auf. Die Zeit bis zum nächsten Rückfall hängt stark mit der **Anzahl der vorangegangenen depressiven Episoden** zusammen. So kommt es nach der ersten depressiven Episode durchschnittlich nach vier Jahren zu einem depressiven Rückfall. Die dritte depressive Episode folgt dann durchschnittlich nach nur noch 2 Jahren. Bei Personen mit drei oder mehr depressiven Episoden in der Vorgeschichte liegen die Abstände zwischen den Rückfällen nur noch bei 1–1,5 Jahren, mit abnehmender Tendenz. Ein weiterer Faktor, der die Zeit bis zum nächsten Rückfall beeinflusst, ist der **Remissionsgrad** der Depression nach Abklingen der depressiven Episode. Bei Patienten ohne Residualsymptome (Vollremission) vergingen zwischen zwei depressiven Episoden durchschnittlich 3,5 Jahre. Bei Patienten dagegen, bei denen nach der Remission der depressiven Episode noch Residualsymptome bestehen blieben (Teilremission), verging durchschnittlich nur ein halbes Jahr bis zur nächsten depressiven Episode (Boland u. Keller 2002). Abzugrenzen sind teilremittierte Depressionen von chronischen Depressionen. Bei Letzteren sind die diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode mindestens 2 Jahre durchgehend erfüllt, bei Ersteren bestehen nur noch depressive Residualsymptome (z. B. geringes Selbstvertrauen, Schlafstörungen). In der folgenden Übersicht sind einige



■ Abb. 1.1 Rezidivierender Verlauf der Depression

Risikofaktoren zusammengefasst, die mit einem rezidivierenden Verlauf der Depression in Zusammenhang stehen.

#### Risikofaktoren der rezidivierenden Depression

- Mehrere depressive Episoden in der Vorgeschichte
- Instabile Remission (Residualsymptome)
- Double Depression (Major Depression plus Dysthymia)
- Beginn der Depression nach dem 60. Lebensjahr
- Lange Dauer der einzelnen Episoden
- Affektive Störungen in der Familie
- Geringe Symptomreduktion während der Behandlung

Nach dem ICD-10 spricht man von einer rezidivierenden Depression, wenn zwischen zwei depressiven Episoden mindestens zwei Monate die Kriterien einer depressiven Episode nicht er-

füllt sind. Allerdings kann es vorkommen, dass bereits vor der Zweimonatsfrist eine erneute depressive Episode auftritt. In diesem Fall wird im englischen Sprachraum von einem »relapse« (Rückfall) gesprochen, der von dem Wiederauftreten (»recurrence«) einer neuen depressiven Episode abzugrenzen ist (■ Abb. 1.2).

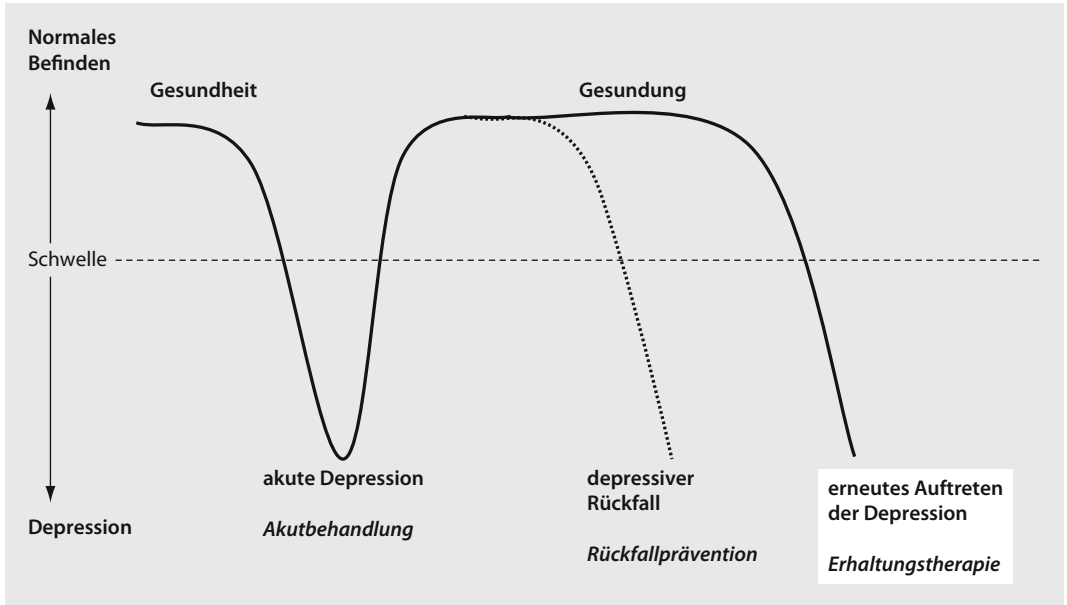
## 1.2 Kriterien für die Diagnose einer rezidivierenden Depression

Die 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation 2000), unterscheidet zwischen:

- einzelner depressiver Episode (ICD-10 F32; ■ Tab. 1.1)
- rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33, ■ Tab. 1.2)

Die diagnostischen Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung sind laut ICD-10 dann erfüllt, wenn **mindestens zwei depressive Episoden** vorliegen (inklusive der aktuellen Episode), zwischen denen mindestens zwei Monate lang nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt sind. In der Literatur wird auch eine besondere Verlaufsform der rezidivierenden Depression beschrieben, die besonders häufig bei älteren Menschen vorkommt: die **rezidivierende kurze depressive Störung**. Die rezidivierende kurze depressive Störung wird in der ICD-10 in der Kategorie »Andere rezidivierende affektive Störungen« unter dem Schlüssel F38.10 genannt (die Aufnahme dieser altersspezifischen depressiven Störung in die ICD-11 wird allerdings diskutiert; vgl. Forstmeier u. Maercker 2008). Die rezidivierende kurze depressive Störung entspricht hinsichtlich Anzahl der Symptome und Schweregrad der depressiven Episode, ist aber durch eine kürzere Dauer (typischerweise 2–4 Tage) gekennzeichnet. Die Episoden

1



■ **Abb. 1.2** Behandlungsphasen im Störungsverlauf

■ **Tab. 1.1** Diagnostische Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10

ICD-10	
A:	Die depressive Episode sollte mindestens zwei Wochen dauern.
B:	Mindestens zwei der drei folgenden Symptome liegen vor: 1. depressive Stimmung; 2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren; 3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.
C:	Eines oder mehrere zusätzliche der folgenden Symptome, sodass die Gesamtzahl aus B. und C. mindestens 4 oder auch 5 ergibt: 1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls; 2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte unangemessene Schuldgefühle; 3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten; 4. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit; 5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung; 6. Schlafstörungen; 7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.
D:	In der Vorgeschichte finden sich keine manischen oder hypomanischen Episoden.
E:	Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.