

Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen



Patrick Pössel
Martin Hautzinger

LARS & LISA: Lust an realistischer Sicht
und Leichtigkeit im sozialen Alltag

2., überarbeitete Auflage



Therapeutische Praxis

 **hogrefe**

**Patrick Pössel
Martin Hautzinger**

Trainingsprogramm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen

**LARS & LISA: Lust an realistischer Sicht und
Leichtigkeit im sozialen Alltag**

2., überarbeitete Auflage

 **hogrefe**

Prof. Dr. Patrick Pössel, geb. 1969. 1990 – 1995 Studium der Psychologie in Gießen. 1995 – 2001 Mitarbeiter in einer psychologischen Praxis in Frankfurt am Main. 1999 Promotion. 1999 – 2001 Post-Doktorand an der Universität Tübingen. 2002 Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten. 2001 – 2007 Wissenschaftlicher Assistent in der Abteilung Klinische und Physiologische Psychologie der Universität Tübingen. 2004 Habilitation. 2005 – 2007 Visiting Assistant Professor am Department of Psychology and Human Development an der Vanderbilt University, USA. 2007 – 2010 Assistant Professor, 2010 – 2015 Associate Professor und seit 2015 Full Professor am Department of Educational and Counseling Psychology an der University of Louisville, KY, USA. Seit 2018 Director of the Cardinal Success Program, Department of Educational and Counseling Psychology, University of Louisville, KY, USA. Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Prävention, Gemeinsame Ursachen von körperlichen und psychischen Erkrankungen.

Prof. Dr. Martin Hautzinger, geb. 1950. 1971 – 1976 Studium der Psychologie in Bochum und Berlin. 1980 Promotion. 1981 – 1983 Assistant Professor am Department of Psychology der University of Oregon, Eugene, USA. 1984 – 1989 Hochschulassistent für Klinische und Differentielle Psychologie an der Universität Konstanz. 1987 Habilitation. 1990 – 1996 Professor für Klinische Psychologie am Psychologischen Institut der Universität Mainz. 1996 – 2019 Ordinarius für Psychologie und Leiter der Abteilung

Klinische Psychologie und Psychotherapie am Psychologischen Institut der Eberhard Karls Universität Tübingen sowie Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz. Seit 2019 Seniorprofessor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Tübingen. Seit Oktober 2016 Geschäftsführer der Tübinger Akademie für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie (TAKT). Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Affektive Störungen und Psychotherapieforschung.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autor:innen bzw. den Herausgeber:innen große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autor:innen bzw. Herausgeber:innen 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.

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.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland

Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
info@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Illustrationen: Klaus Gehrman, Freiburg;
www.klausgehrmann.net

Satz: Sina-Franziska Mollenhauer, Hogrefe Verlag GmbH &
Co. KG, Göttingen
Format: EPUB

2., überarbeitete Auflage 2022

© 2004 und 2022 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG,
Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2963-2; E-Book-ISBN [EPUB]
978-3-8444-2963-3)

ISBN 978-3-8017-2963-9

<https://doi.org/10.1026/02963-000>

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. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

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 Download-Materialien.

Zitierfähigkeit: Dieses EPUB beinhaltet Seitenzahlen zwischen senkrechten Strichen (Beispiel: |1|), die den Seitenzahlen der gedruckten Ausgabe und des E-Books im PDF-Format entsprechen.

^[5] **Vorwort**

In einer Zeit, in der die Wahlmöglichkeiten, aber auch die Ansprüche und der Druck auf die Einzelne und den Einzelnen steigen, nehmen auch die Belastungen zu. Hiervon besonders betroffen sind die Heranwachsenden in unserer Gesellschaft. Neben den schon immer oder länger existierenden Aufgaben dieser Lebensphase (z. B. Aufbau von tragfähigen Sozialbeziehungen, Berufswahl), kommen steigende Anforderungen in der Berufswelt bei gleichzeitig schlechter werdenden Berufs- und Zukunftsaussichten hinzu. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist eine Vielzahl an Kompetenzen gefordert. Das vorliegende überarbeitete Trainingsprogramm LARS & LISA wurde von uns über die letzten 20 Jahre entwickelt, evaluiert und basierend auf unseren Erfahrungen mit seiner Anwendung und den Forschungsergebnissen weiterentwickelt, um Jugendlichen solche Kompetenzen zu vermitteln. Unser primäres Ziel ist es, ebenjene Fertigkeiten zu fördern, die eine möglichst breite Wirkung entfalten und in den unterschiedlichsten Lebensbereichen zur Krisenbewältigung nützlich sind. Basierend auf dem Modell der sozialen Informationsverarbeitung geht es um die Förderung funktionaler Kognitionen, Problemlösefertigkeiten und sozialer Kompetenzen.

Seit der Entwicklung der 1. Auflage des Trainingsprogramms haben wir zahlreiche Erfahrungen und empirische Belege für die Wirksamkeit von LARS & LISA, sowohl im Hinblick auf

depressives als auch aggressives Verhalten, verschiedene Klassenstufen, Schultypen und sogar die Anwendung in den USA, sammeln können. Diese Erfahrungen sowie auch die Rückmeldungen der Teilnehmenden sind in die Überarbeitung der vorliegenden 2. Auflage eingeflossen. In unserer Arbeit mit sozial schwachen und schwarzen amerikanischen Jugendlichen hat sich die überragende Bedeutung von Vertrauen und Rollenmodellen gezeigt. Da die Arbeit mit Jugendlichen von diesen beiden Elementen grundsätzlich profitieren kann, ist nun vorgesehen, dass sich die Trainerinnen bzw. Trainer stärker in die Gruppe integrieren, indem sie aktiv an vielen Aktivitäten teilnehmen und ihre eigenen Erfahrungen und angemessene persönliche Beispiele (z. B. eigene Ziele) einbringen. Weiterhin haben das Herstellen des Alltagsbezugs und die Anwendung des vermittelten Wissens im Alltag der Jugendlichen ein größeres Gewicht bekommen.

In einigen Modulen haben wir neue Inhalte mit aufgenommen. Da die Jugendlichen in unseren Studien wiederholt argumentiert haben, dass ihre Runterzieher durchaus die Realität widerspiegeln können, haben wir in der 5. Sitzung eine Übung integriert, in der die Evidenz für und gegen Runterzieher aufgelistet und diskutiert wird. Umfangreichere Änderungen haben wir in den Sitzungen zum Thema *Just do it!* vorgenommen. Zum einen haben wir passiv-aggressives Verhalten als vierten Verhaltenstyp neben selbstsicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten ergänzt, da dieses sehr häufig vorkommt, aber in therapeutischen Programmen in der Regel nicht behandelt wird. Zum anderen wurde das Thema der

Perspektivenübernahme aufgenommen: In einer Gruppendiskussion wird erarbeitet, welche Vorteile es hat, in einer sozialen Interaktion die Perspektive des Gegenübers einzunehmen und zu berücksichtigen. Darüber hinaus wurde im Vergleich zur 1. Auflage die Erarbeitung der kurz- und langfristigen Vor- und Nachteile aller vier Verhaltenstypen ausführlicher gestaltet, um diese besser zu verstehen. Da wir von Jugendlichen die Rückmeldung erhalten haben, dass selbstsicheres Verhalten nicht immer die beste Option für das eigene Wohlergehen darstellt (z. B. wenn schwarze Jugendliche mit der Polizei in Kontakt kommen), sollen nun auch Nachteile von selbstsicherem Verhalten gesammelt und von Seiten der Trainerinnen bzw. Trainer stärker anerkannt werden. Dieses Vorgehen kann dazu beitragen, Widerstände bei Jugendlichen gegenüber diesem Verhaltenstyp zu reduzieren. Die sicherlich auffallendste Veränderung betrifft die Neugestaltung der Illustrationen von Lars ^[6] und Lisa. Zudem liegen die Inhalte der Arbeitsblätter nun zusätzlich als Präsentation in einer PowerPoint-Datei vor.

Selbstverständlich sind Entwicklung und Evaluation eines Programms wie LARS & LISA nur in Teamarbeit und mit Unterstützung vieler Organisationen und Einzelpersonen möglich. So möchten wir uns bei den studentischen und lizenzierten Trainerinnen und Trainern bedanken, die das Trainingsprogramm unermüdlich umgesetzt haben. Mehrere Diplomanden und Diplomandinnen, Masterstudierende, Doktoranden und Doktorandinnen haben sich durch ihren unschätzbaren Einsatz nicht nur qualifiziert, sondern auch um das Programm in der jetzigen Form verdient gemacht.

Die notwendigen finanziellen Mittel stellte die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) im Rahmen des Graduiertenkollegs „Lebensstile, soziale Differenzen und Gesundheitsförderung“ zur Verfügung, zwei anschließende Förderungen fanden im Normalverfahren (DFG) sowie durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung statt. Weiterhin wäre die Evaluation nicht ohne die Genehmigung des Oberschulamtes Tübingen, des Kultusministeriums Baden-Württemberg und verschiedener Schulbehörden in den USA sowie die Unterstützung der beteiligten Schulen, Lehrer und Eltern in Deutschland und den USA möglich gewesen. Aber den größten Dank schulden wir den vielen Hundert Schülerinnen und Schülern, die an den Evaluationsstudien teilgenommen und uns intensives Feedback gegeben haben. Nur mit ihrer Hilfe hat LARS & LISA die Form angenommen, die wir Ihnen als Benutzerinnen und Benutzern heute präsentieren können.

Wir wünschen allen Anwendern viel Spaß und Erfolg bei der Durchführung von LARS & LISA.

Louisville und Tübingen, Oktober 2021

Patrick Pössel und Martin Hautzinger

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Kapitel 1 Einführung

Kapitel 2 Theoretischer Hintergrund zu Depressionen im Jugendalter

2.1 Begriffsbestimmung und Symptomatik

2.1.1 Episodisch verlaufende depressive Störungen

2.1.2 Anhaltende depressive Verstimmung

2.1.3 Besonderheiten bei Jugendlichen

2.2 Epidemiologie

2.3 Modell der sozialen Informationsverarbeitung von Dodge

Kapitel 3 LARS & LISA – Das Trainingsprogramm

3.1 Überblick über das Wirkprinzip und den Aufbau von LARS & LISA

3.2 Empirische Befunde zu LARS & LISA

Kapitel 4 Einführung in die praktische Arbeit mit dem Trainingsmanual

4.1 Grundsätzliches zum Trainingsprogramm LARS & LISA

4.2 Mögliche Adaptationen von LARS & LISA

4.3 Struktur der Sitzungen

4.4 Erläuterung der Textelemente und Symbole im Trainingsmanual

4.5 Erläuterungen zu den wiederkehrenden Elementen der Sitzungen

4.5.1 Sitzkreis bilden

4.5.2 Wissenstest

4.5.3 Thema der heutigen Sitzung und Ausblick

4.5.4 Alltagsbezug herstellen

4.5.5 Feedback zum Einhalten der Verhaltensregeln und Vereinbarungen

4.6 Szenenspiele

4.6.1 Ablauf

4.6.2 Verstärkung für unangemessenes Verhalten

4.7 Verhalten der Trainerinnen und Trainer

4.8 Muntermacher

4.8.1 Zublinzeln

4.8.2 Drachenfangen

4.8.3 Klapperschlangen

4.8.4 Körperknobeln

4.8.5 Zählen

4.8.6 Wortkette

4.8.7 Obstsalat

4.8.8 Fragensalat

4.8.9 Gemeinsam aufstehen

4.8.10 Gordischer Knoten

Kapitel 5 Trainingsmanual

5.1 Erste Sitzung: Allgemeine Einführung und Kennenlernen

5.2 Zweite Sitzung: Set some goals

5.3 Dritte Sitzung: Magische Spirale – I

5.4 Vierte Sitzung: Magische Spirale – II

5.5 Fünfte Sitzung: Think Tank – I

5.6 Sechste Sitzung: Think Tank – II

[5.7 Siebte Sitzung: Just do it – I](#)

[5.8 Achte Sitzung: Just do it – II](#)

[5.9 Neunte Sitzung: Making contact – I](#)

[5.10 Zehnte Sitzung: Making contact – II](#)

[Literatur](#)

[Anhang](#)

[Hinweise zu den Online-Materialien](#)

^[9] **Kapitel 1** **Einführung**

Depressive Störungen werden zunehmend eine Belastung für das Funktionieren unserer Gesellschaft. Nach einem Bericht der [World Health Organization \(2017\)](#) steht Depression inzwischen an erster Stelle aller Ursachen gesundheitlicher Beeinträchtigung mit etwa 322 Millionen erkrankten Menschen weltweit. Dadurch wachsen die Gesundheitsausgaben in eine Höhe, die selbst für wohlhabende Gesellschaften kaum mehr finanzierbar ist. So verursachten Depressionen im Jahr 2015 allein in Deutschland Kosten von etwa 8.7 Milliarden Euro ([Statistisches Bundesamt, 2020](#)).

Depression stellt nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Jugendlichen ein großes Problem dar. So leiden nach epidemiologischen Studien heute mehr als 20 % der Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres unter depressiven Symptomen oder sogar einer klinischen Depression ([Bertha & Balázs, 2013](#); [Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky & Wittchen, 2012](#); vgl. [Kapitel 2.2](#) für ausführlichere Daten zur Prävalenz). Weiterhin geht Depression bei Jugendlichen mit anderen psychischen Erkrankungen und psychosozialen Beeinträchtigungen ([Hasin et al., 2018](#)), wie Substanzmissbrauch ([Ranney et al., 2013](#); [Snyder & Smith, 2015](#)), Suizidversuche ([Nanayakkara, Misch, Chang & Henry, 2013](#)), Schulschwierigkeiten und aggressivem Verhalten ([Ranney et al., 2013](#)), einher.

Aus den vorliegenden Daten wird der Bedarf nach einem effektiven Programm zur Prävention von Depressionen bei Jugendlichen ersichtlich. Mit dem vorliegenden Manual liegt ein gut evaluiertes und in der Praxis bewährtes Programm zur Depressionsprävention bei Jugendlichen ohne zielgruppenspezifische Einschränkungen (*universelle Prävention¹*) vor, das über altersgerechte Materialien, Darstellungen und Übungen verfügt, die gut erlernbar und leicht anwendbar sind.

Die Adoleszenz bringt vielfältige Herausforderungen mit sich. Einige der wichtigsten Entwicklungsaufgaben, die von allen Jugendlichen bewältigt werden müssen, sind dabei die Reorganisation oder Neudefinition sozialer Beziehungen, das Einüben sozialer Verhaltensweisen und der sozialen Selbstdarstellung, die Auseinandersetzung mit der eigenen Person und die Entwicklung von Zielperspektiven, wie beispielsweise Berufsperspektiven (vgl. [Fend, 2001](#), S. 415 ff.). Durch seinen Ansatz kann LARS & LISA mit allen Jugendlichen im Alter zwischen ca. 12 und 16 Jahren durchgeführt werden. Evaluiert und erfolgreich angewendet wurde das Programm bisher in den Klassenstufen 7 bis 9 in verschiedenen Schultypen in Deutschland und den USA.

Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung von LARS & LISA ist ein gewisses kognitives Entwicklungsalter, das den Jugendlichen erlaubt, den theoretischen Grundlagen im kognitiven Teil zu folgen und mit Unterstützung der Trainerinnen bzw. Trainer von den Beispielen zu abstrahieren bzw. den Bezug zur eigenen Person herzustellen. Diese Voraussetzungen sind nicht an eine bestimmte Klassenstufe,

einen Schultyp oder ein bestimmtes Alter der Jugendlichen gebunden, vielmehr zeigen sich diese entwicklungsbedingten Unterschiede sogar innerhalb der Klassen.

Prinzipiell sollte LARS & LISA, wie andere Gruppenprogramme auch, von zwei Trainerinnen bzw. Trainern pro Gruppe durchgeführt werden. Ein solches Vorgehen macht es einerseits möglich, dass sich eine Trainerin oder ein Trainer auf die Inhalte des Programms konzentrieren, während die oder der andere auf die Einhaltung der Verhaltensregeln und Vereinbarungen achten kann. Andererseits wird dadurch auch die wichtige Arbeit in Kleingruppen ermöglicht.

[10] Obwohl LARS & LISA bisher ausschließlich im schulischen Kontext evaluiert wurde, sind Adaptationen für eine Durchführung in anderen Gruppenkonstellationen und unter verschiedenen Bedingungen möglich. So ist beispielsweise ein Einsatz in Beratungsstellen, Jugendzentren, Jugendfreizeiten, Heimen oder Tageskliniken denkbar.

Als vorteilhaft hat sich die Arbeit in geschlechtshomogenen Gruppen erwiesen, was sich wahrscheinlich darauf zurückführen lässt, dass der normalerweise in dieser Altersgruppe gewichtige Druck zur positiven Selbstdarstellung vor dem anderen Geschlecht entfällt und so auch persönliche Anliegen von den Jugendlichen leichter thematisiert werden können. Entsprechend empfehlen wir, dieses Vorgehen beizubehalten.

Arbeitet man mit Schulklassen, können bei der Aufteilung in zwei geschlechtshomogene Gruppen sich je nach Geschlechterverteilung der Klasse unterschiedliche Gruppengrößen ergeben. Wir haben erfolgreich mit Gruppen von bis zu 24 Teilnehmenden gearbeitet. Dennoch sind unseres Erachtens kleinere Gruppen zwischen ca. 12 bis 16 Jugendlichen empfehlenswert, da mit diesen die praktischen Übungen leichter durchgeführt werden können. Wir haben LARS & LISA sogar in noch deutlich kleineren Gruppen von bis zu zwei Jugendlichen und nur einer Trainerin bzw. einem Trainer erfolgreich angewendet.

Die vorliegende Version von LARS & LISA umfasst insgesamt 10 Sitzungen und erstreckt sich damit bei einer Sitzung pro Woche auf einen Durchführungszeitraum von 10 Wochen. Die Durchführungszeit orientiert sich an der in den meisten Schulen üblichen Stundenzzeit von 45 Minuten, sodass sich die Inhalte

jeder Sitzung in ca. 90 Minuten durchführen lassen. Darüber hinaus liegen aber reichlich Erfahrungen mit der Anpassung an andere Zeitpläne vor. So haben wir das Programm auch in 15 Sitzungen à 45 Minuten mit einer Frequenz von zwei Sitzungen pro Woche umgesetzt.

Für die Durchführung wird ein ausreichend großer Raum benötigt, der die Bildung eines Sitzkreises zulässt. Die Verfügbarkeit eines Computers mit einem Beamer für die Darbietung der Präsentationsfolien sollte nach Möglichkeit gegeben sein.

Wie die Forschung in den letzten 15 Jahren gezeigt hat, sind die Effekte von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programmen erheblich schlechter oder überhaupt nicht existent, wenn Lehrkräfte solche Programme durchführen ([Harnett & Dadds, 2004](#); [Merry, McDowell, Wild, Bir & Cunliffe, 2004](#); [Wahl, Adelson, Patak, Pössel & Hautzinger, 2014](#)). Entsprechend wichtig ist die berufliche Qualifikation der Trainerinnen und Trainer. Bis Daten zur Qualifikation anderer Berufsgruppen vorliegen, empfehlen wir daher, das Manual in erster Linie von Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit der entsprechenden praktischen Erfahrung im Umgang mit Jugendlichen sowie guten Kenntnissen in den Bereichen „kognitiv-verhaltenstherapeutische Grundlagen“ und „soziale Kompetenztrainings“ durchzuführen. Dieses Manual kann nur die wichtigsten Punkte zur notwendigen Qualifikation und zum Verhalten der Trainerinnen und Trainer darstellen (vgl. [Kapitel 4.7](#)). Auf jeden Fall ist unabdingbar, dass sich Trainerinnen und Trainer vor der Durchführung des Programms mit dem gesamten Manual ausführlich vertraut machen.

¹ *Universelle Prävention* richtet sich an die Gesamtheit einer Bevölkerungsgruppe, unabhängig von dem Risiko der einzelnen Personen, z. B. eine depressive Störung zu entwickeln.

^[11] **Kapitel 2**

Theoretischer Hintergrund zu Depressionen im Jugendalter

2.1 Begriffsbestimmung und Symptomatik

Der Begriff *Depression* wird mit unterschiedlichen Bedeutungszuschreibungen verwendet. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird mit dem Begriff *Depression* oft ein alltägliches Gefühl der Traurigkeit bezeichnet. In der wissenschaftlichen Literatur hingegen werden mit diesem Begriff pathologische Veränderungen verbunden, deren Charakteristika die Beeinträchtigung der Gefühls- und Stimmungslage sowie des inneren Erlebens einer Person sind. Im Rahmen der klinischen Diagnostik und Klassifikation lassen sich die Beschreibungsebenen *Symptom*, *Syndrom* und *Diagnose* unterscheiden ([Groen & Petermann, 2011](#)).

Auf der *Symptomebene* wird unter Depression ein Gefühl der Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Unlust verstanden, wobei die Ausprägung dieses Gefühls weit über die Traurigkeit im allgemeinen Sprachgebrauch hinausgeht. Dies zeigt sich auch auf der *Syndromebene*. Hier umfasst der Begriff *Depression* neben den genannten emotionalen Symptomen u. a. (a) körperliche Symptome, wie Gewichtsverlust bzw. verminderten oder gesteigerten

Appetit, Schlaflosigkeit oder vermehrten Schlaf sowie psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, sowie (b) kognitive Symptome, wie Gefühle der Wertlosigkeit oder übermäßige bzw. unangemessene Schuldgefühle, verminderte Denk- und Konzentrationsfähigkeit sowie Gedanken an den Tod ([American Psychiatric Association \[APA\], 2013](#)).

Auf der *Diagnoseebene* schließlich werden unter dem Begriff *Depression* verschiedene Symptome bzw. Syndrome integriert. Hierbei bezeichnet der Begriff eine Reihe von Störungsbildern mit übereinstimmenden Kernsymptomen, aber Abweichungen insbesondere in Bezug auf den Schweregrad und die Dauer der Symptome. Um Diagnosen zu vereinheitlichen und damit Entscheidungen verschiedener Diagnostiker vergleichbarer zu machen, wurden zwei Klassifikationssysteme geschaffen, die heute beide internationale Verbreitung gefunden haben. Hierbei handelt es sich um die im Rahmen der *International Classification of Diseases* (ICD) von der World Health Organization (WHO) entwickelte *International Classification of Mental and Behavioural Disorders*² und das von der American Psychiatric Association entworfene *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; [APA, 2013](#)).

Beide Klassifikationssysteme erlauben die Diagnose depressiver Störungen anhand weitgehend deckungsgleicher Kriterien. Eine Übersicht über die Bezeichnungen der phasisch bzw. episodisch verlaufenden und überdauernden depressiven Störungen nach ICD-10 und

DSM-5 gibt [Tabelle 1](#). Auf diese Störungsbilder wird im Folgenden näher eingegangen werden.

Auf eine ausführliche Darstellung der diagnostischen Kriterien aller in [Tabelle 1](#) genannten Störungsbilder soll in diesem Kapitel verzichtet werden. Stattdessen werden zur Veranschaulichung die Beschreibungen der jeweils korrespondierenden Störungsbilder nach ICD-10 und DSM-5 kurz gegeben und Unterschiede herausgearbeitet. Abschließend wird auf Besonderheiten der Diagnosestellung bei Jugendlichen eingegangen.

[12] **Tabelle 1:** Episodische depressive Störungen und anhaltende depressive Verstimmung nach ICD-10 und DSM-5

	ICD-10 (diagnostische Codierung)	DSM-5
Episodisch verlaufende depressive Störungen	• depressive Episode (F32) • rezidivierende depressive Störung (F33)	Major Depression: • einzelne Episode • rezidivierend
Anhaltende depressive Verstimmung	anhaltende affektive Störung: Dysthymia (F34.1)	Persistierende Depressive Störung (Dysthymie)

2.1.1 Episodisch verlaufende depressive Störungen

In beiden Kategoriensystemen werden Kern- und Nebenkriterien unterschieden. So werden in der ICD-10 folgende drei Kernsymptome einer *depressiven Episode* (F32) genannt, von denen mindestens zwei vorliegen müssen, um eine Diagnose stellen zu können ([WHO/Dilling et al., 2016](#))³:

1. Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend,
2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren,
3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Darüber hinaus müssen mindestens zwei der folgenden Symptome (Nebenkriterien) für eine mittelgradige depressive Episode vorliegen:

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 (subjektiv oder objektiv),

6. Schlafstörungen jeder Art,
7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Die Gesamtzahl der vorliegenden Symptome bestimmt den Schweregrad (leicht, mittelgradig oder schwer).

Die ICD-11 definiert nur noch zwei Kernsymptome (affektive Symptome: fast tägliche depressive Stimmung und Interessensverlust an Aktivitäten für mindestens zwei Wochen), von denen mindestens eines erfüllt sein muss. Gemeinsam mit den Nebensymptomen (unterteilt in kognitive und Verhaltenssymptome vs. neurovegetative Symptome) sind mindestens fünf Symptome für die Diagnose einer depressiven Episode erforderlich.

Für die Diagnose einer *rezidivierenden depressiven Störung* (ICD-10: F33) müssen mindestens zwei depressive Episoden vorgelegen haben; die letzte Episode kann aktuell bestehen oder auch in der Vergangenheit liegen (gegenwärtig remittiert). Die Episoden müssen durch ein mindestens zweimonatiges symptomfreies Intervall (Remission) getrennt sein. Weiterhin darf in der Vorgeschichte keine manische, hypomane oder gemischte Episode vorgelegen haben, da es sich sonst um eine bipolare Störung handelt.

Die diagnostischen Kriterien für eine *Episode einer Major Depression* nach DSM-5 weichen von den Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 nur insofern ab, als dass ein verminderter Antrieb oder eine gesteigerte Ermüdbarkeit im DSM-5 nicht zu den Kern-, sondern zu den Nebenkriterien gehört. Entsprechend ist das Auftreten von

nur einem der beiden verbleibenden Kernsymptome (depressive Verstimmung für die meiste Zeit des Tages; vermindertes Interesse oder Freude an Aktivitäten) notwendig. Dafür müssen mindestens vier (und nicht wie in der ICD-10 zwei) der Nebenkriterien für die Vergabe einer Major-Depression-Diagnose erfüllt sein. Für die Diagnosevergabe nach DSM-5 wird ebenfalls angegeben, ob es sich um eine einzelne Episode oder um eine rezidivierende Störung handelt.

Mit dem Erscheinen der ICD-11 (siehe oben) werden die diagnostischen Kriterien für diese Störungsbilder in beiden Klassifikationssystemen übereinstimmen. Wie oben erwähnt, wird in der ICD-11 allerdings eine zusätzliche Unterteilung in affektive, kognitive und Verhaltens- sowie neurovegetative Symptome vorgenommen, die im DSM-5 nicht besteht.

^[13] **2.1.2 Anhaltende depressive Verstimmung**

Das wesentliche Kennzeichen für die Diagnose einer *anhaltenden affektiven Störung* (F34) ist nach ICD-10 eine mehrere Jahre andauernde, depressive Verstimmung, die niemals oder nur sehr selten ausgeprägt genug ist, um die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung zu erfüllen. Dabei wird die Unterdiagnose einer *Dysthymia* (F34.1) vergeben, wenn keine hypomanen Episoden vorkommen und mindestens drei von zehn aufgelisteten Symptomen während einiger Perioden der depressiven Verstimmung vorkommen (darunter verminderter Antrieb

oder Aktivität, Konzentrationsschwierigkeiten, sozialer Rückzug und verminderte Gesprächigkeit).

Im DSM-5 sind die Diagnosekriterien für eine *Persistierende Depressive Störung (Dysthymie)* präziser. So muss die depressive Verstimmung über die meiste Zeit des Tages und an der Mehrzahl der Tage über mindestens zwei Jahre auftreten. Außerdem darf es keinen Zeitraum von mehr als zwei Monaten in Remission geben. Weiterhin müssen mindestens zwei von sechs Symptomen vorliegen (darunter Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis, Energiemangel oder Erschöpfung, Gefühle der Hoffnungslosigkeit).

In der ICD-11 wird das Störungsbild der *Dysthymen Störung* („dysthymic disorder“) anhand desselben Kernmerkmals der depressiven Verstimmung definiert wie die *Persistierende Depressive Störung* nach DSM-5. Allerdings bleibt in der ICD-11 unklar, wie viele weitere depressive Symptome vorliegen müssen.

2.1.3 Besonderheiten bei Jugendlichen

Bei der *Diagnosestellung bei Jugendlichen* gilt es, einige Besonderheiten zu beachten. So kann gemäß DSM-5 bei Kindern und Jugendlichen die Diagnose einer *Major Depression* oder einer *Persistierenden Depressiven Störung (Dysthymie)* vergeben werden, wenn anstelle einer depressiven Verstimmung (Kernsymptom) eine reizbare Stimmung vorliegt. Zudem müssen die Symptome einer *Persistierenden Depressiven Störung (Dysthymie)* bei

Kindern und Jugendlichen nur über einen Zeitraum von einem Jahr anstelle von zwei Jahren auftreten.

Weiterhin ermöglicht das DSM-5 die Diagnose einer *Disruptiven Affektregulationsstörung* bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren, wenn die depressive Symptomatik durch schwere und wiederkehrende Wutausbrüche (verbaler und/oder physischer Art) gekennzeichnet ist. Die ICD-10 trägt der gleichen Symptomatik durch die *Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung* Rechnung. Der wichtigste Unterschied zwischen beiden Klassifikationssystemen ist hier, dass die *Disruptive Affektregulationsstörung* im DSM-5 zu den depressiven Störungen zählt, während die *Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung* in der ICD-10 bei den externalisierenden Störungen verankert ist. Sowohl die Diagnose der *Disruptiven Affektregulationsstörung* (DSM-5) als auch jene der *Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung* (ICD-10) berücksichtigen die Tatsache, dass sich die depressive Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen eher in Form von Reizbarkeit äußert ([Essau, 2007](#)).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das DSM-5 für die Diagnosestellung bei Jugendlichen verschiedene Sonderregeln bereithält, die die Besonderheiten depressiver Störungen in dieser Altersgruppe besser berücksichtigen als dies in der ICD-10 der Fall ist. In der ICD-11 wird die reizbare Stimmung bei Kindern und Jugendlichen hingegen, wie auch