



Depressive Episode

Name: _____

Alter: _____ Datum: _____

(1) Depressive Stimmung

in einem für den Betroffenen deutlich *abnormen* Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, weitgehend unbeeinflusst durch äußere Umstände und mindestens 2 Wochen anhaltend.

	Verdacht	
	Nein	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ermitteln Sie die Art der Symptomatik
- Beziehen Sie *alle Symptome* auf den in (1) kodierten Zeitraum

(2) Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind

	Verdacht	
	Nein	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(3) Verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

(4) Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

(5) Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte und unangemessene Schuldgefühle

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

(6) Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

(7) Klagen über oder Anzeichen für vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen wie Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

(8) Änderung der psychomotorischen Aktivität mit Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

(9) Schlafstörungen jeder Art

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

(10) Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Ordnen Sie die angekreuzte Symptomatik zeitlich ein:

Ja Verdacht Ja Verdacht Ja Verdacht

Derzeit:
Symptomatik besteht derzeit erstmalig.

Derzeit und früher:
Symptomatik besteht derzeit und lag auch zu einem früheren Zeitraum vor.

Früher:
Symptomatik bestand zu einem früheren Zeitpunkt (angeben: _____)

Falls eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung vorliegt:

- Bestimmen Sie, ob die diagnostischen Kriterien für ein "somatisches Syndrom" erfüllt sind und tragen Sie entsprechend die fünfte Stelle der Diagnose ein (Seite 3).

Somatisches Syndrom

	Nein	Verdacht	Ja
(1) Deutlicher Verlust von <i>Interesse</i> oder <i>Freude</i> an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Mangelnde Fähigkeit, emotional auf Ereignisse oder Aktivitäten zu <i>reagieren</i> , auf die normalerweise eine emotionale Reaktion erfolgte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) <i>Frühmorgendliches Erwachen</i> zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) <i>Morgentief</i> der Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Objektive Hinweise für ausgeprägte <i>psychomotorische Hemmung</i> oder <i>Agitiertheit</i> (von anderen bemerkt oder berichtet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Deutlicher <i>Appetitverlust</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) <i>Gewichtsverlust</i> (5% oder mehr im vergangenen Monat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Deutlicher <i>Libidoverlust</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mindestens 4 Merkmale aus (1) bis (8)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Somatisches Syndrom

Andere Diagnosen für Störungen mit depressiver Symptomatik:

Bipolare affektive Störung (F30.x oder F31.x)	Verdacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Dysthymia (F34.1) oder Zykllothymia (F34.0)	Verdacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Anpassungsstörung (F43.2)	Verdacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Andere depressive Episode (F32.8) oder andere rezidivierende depressive Störung (F33.8)	Verdacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Nicht näher bezeichnete depressive Episode (F32.9) oder nicht näher bezeichnete rez. depressive Störung (F33.9)	Verdacht	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

➔ **Beurteilen Sie mit Hilfe der Symptome (1) bis (10):**
Sind die unten aufgeführten Kriterien einer leichten, mittelschweren oder schweren Episode erfüllt ?

leicht	mittelschwer	schwer
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Insgesamt mindestens 4 der Symptome (1) bis (10), ◆ <u>darunter</u> mindestens 2 der Symptome (1) bis (3) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Insgesamt mindestens 6 der Symptome (1) bis (10), ◆ <u>darunter</u> mindestens 2 der Symptome (1) bis (3) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Insgesamt mindestens 8 der Symptome (1) bis (10), ◆ <u>darunter</u> alle 3 Symptome (1), (2) und (3)
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein

G1 Die depressive Episode dauert mindestens *zwei Wochen* an. Nein Verdacht Ja
Ende ←

G2 Schließen Sie aus: Hypomanie und Manie
Es bestanden *jemals in der Vorgeschichte* hypomanische oder manische Symptome, die die Kriterien einer hypomanischen oder manischen Episode erfüllten. (überprüfen Sie eine bipolare affektive Störung, Manie oder Hypomanie mit Hilfe der entsprechenden IDCL) Ja Verdacht Nein
Ende ←

G3 Schließen Sie aus: Organische Ätiologie
Die Episode ist auf den Konsum psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung *zurückzuführen*. Ja Verdacht Nein
Ende ←

Falls G1 bis G3 erfüllt sind und eine leichte, mittelschwere oder schwere Episode vorliegt:

Depressive Episode

erfüllt
 Verdacht
 nicht erfüllt

- Erwägen Sie andere Diagnosen für affektive Störungen (die Kategorien sind auf Seite 4 unten aufgelistet).
 - Falls keine spezifische affektive Störung vorliegt, erwägen Sie die *Restkategorien* für *andere oder nicht näher bezeichnete* depressive Episoden oder rezidivierende depressive Störungen (S. 4 unten).
- Ordnen Sie die Episode diagnostisch ein (Seite 3). ➔

Art der Störung

	Verdacht	Ja	
Depressive Episode Nur bei einer einzigen (der ersten) depressiven Episode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Rezidivierende depressive Störung Bei mindestens 2 depressiven Episoden (von denen eine Episode 2 Wochen oder länger ange dauert haben muß), die durch eine Periode von mindestens <u>2 Monaten</u> ohne deutliche affektive Symptome voneinander getrennt waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Andere oder nicht näher bezeichnete depressive Störung Kodieren Sie F32.8/9 oder F33.8/9 auf Seite 4 unten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Schweregrad der gegenwärtigen Symptomatik

Kodieren Sie entsprechend der Kriterien auf Seite 2

	Verdacht	Ja	
leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
mittelschwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
schwer, ohne psychotische Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
schwer, mit psychotischen Symptomen Vorliegen von Halluzinationen, Wahn oder depressivem Stupor, und keine Schizophrenie oder schizoaffektive Störung, depressiver Typus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
gegenwärtig remittiert Derzeit keine Kriterien einer spezifischen affektiven Störung erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
andere (= 8), oder nicht näher bezeichnet (= 9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9

Tragen Sie ein: 3. Stelle der Diagnose
Art der Störung

Diagnose:

F
3
.

Tragen Sie ein: 4. Stelle der Diagnose
Schweregrad der gegenwärtigen Symptomatik

Tragen Sie ein: 5. Stelle der Diagnose
Somatisches Syndrom (vgl. Seite 4)

bei psychotischen Symptomen:
nicht "somatisches Syndrom" kodieren,
sondern: *stimmungskongruent* = 0, *stimmungsinkongruent* = 1

ohne somatisches Syndrom = 0
mit somatischem Syndrom = 1