

Name: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**A** *Depressive Stimmung*,  
anhaltend oder häufig wiederkehrend  
für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren.

Nein    Verdacht    Ja  
       

*Beachten Sie:* Falls innerhalb der 2-Jahres-Periode dazwischenliegende Perioden mit normaler Stimmung auftreten, so ist Kriterium A nur dann erfüllt, wenn die Intervalle nur selten länger als ein paar Wochen dauern und *keine* hypomanischen Episoden auftreten.

**B** Die Diagnosen *Dysthymia* und *rezidivierende depressive Störung* schließen sich gegenseitig unter bestimmten Bedingungen aus. Zur Einschätzung von Kriterium B müssen Sie beurteilen, ob bei dem Betroffenen *jemals* eine depressive Episode im Sinne von ICD-10 bestanden hat (ziehen Sie dazu die IDCL "Depressive Episode" heran).

- Kriterium B ist erfüllt, wenn in Zeiten mit depressiver Stimmung innerhalb der unter A kodierten 2-Jahres-Periode die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung *niemals* erfüllt waren.
- Kriterium B ist erfüllt, wenn innerhalb der unter A kodierten 2-Jahres-Periode die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung *nur sehr selten* erfüllt waren und dabei höchstens die Kriterien eines "leichten Schweregrades" erreicht wurden.

Beurteilen Sie Kriterium B:

nicht erfüllt    Verdacht    erfüllt  
Ende ←        

→ **Ermitteln Sie die Art der depressiven Symptomatik auf Seite 2 dieser Checkliste**

**Ordnen Sie die angekreuzte Symptomatik zeitlich ein:**

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Verdacht
<b>Letzte 2 Jahre:</b> Depressive Symptomatik bestand in den letzten 2 Jahren erstmalig.	<b>Letzte 2 Jahre und früher:</b> Depressive Symptomatik bestand in den letzten 2 Jahren und in ähnlicher Form auch früher schon.	<b>Früher:</b> Depressive Symptomatik bestand in der Vorgeschichte über 2 Jahre oder länger. (Zeitraum: _____)

**C**

- Ermitteln Sie die Art der Symptomatik (für die unter A kodierte Zeitperiode)
- Die Symptome müssen in *mind. einigen* depressiven Perioden bestanden haben

	Verdacht				Verdacht		
	Nein		Ja		Nein		Ja
(1) Verminderte <i>Energie</i> oder <i>Aktivität</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7) Gefühl von <i>Hoffnungslosigkeit</i> oder <i>Verzweiflung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) <i>Schlafstörung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(8) Erkennbares Unvermögen, mit den <i>Routine-Anforderungen</i> des täglichen Lebens fertigzuwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Verlust des <i>Selbstvertrauens</i> oder Gefühl von Unzulänglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(9) <i>Pessimismus</i> bzgl. der Zukunft oder <i>Grübeln</i> über die Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) <i>Konzentrations-schwierigkeiten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(10) <i>Sozialer Rückzug</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Häufiges <i>Weinen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(11) Verminderte <i>Gesprächigkeit</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Verlust von <i>Interesse</i> oder <i>Freude</i> an sexuellen und anderen angenehmen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Mindestens 3 Merkmale aus (1) bis (11)    Ende ←

Falls Kriterien A bis C erfüllt:

Diagnose:

## Dysthymia

F	3	4.	1
---	---	----	---

nicht erfüllt    Verdacht     erfüllt

- Erwägen Sie die folgenden andere Diagnosen für Störungen mit depressiver Symptomatik:

Depressive Episode (F32.x) oder rezidivierende depressive Störung (F33.x)  
Verdacht     Ja

Andere anhaltende affektive Störung (F34.8) oder nicht näher bez. anhaltende affektive Störung (F34.9)  
Verdacht     Ja

Spezifizieren Sie den Beginn:

**Früher Beginn**

Vor dem 30. Lebensjahr    Ja   
Verdacht

**Später Beginn**

30. Lebensjahr oder später    Ja   
Verdacht