

# Depressionen

*Exploration · Diagnostik*

*KI-gestützte Interviewsimulation*

*Rollenspiele*

---

**Seminar:** Psychosomatische Grundversorgung | Affektive Störungen

**Dr. med. Ulrich W. Kastner | Klinikum am Europakanal Erlangen (KAE) | [www.balint-bamberg.de](http://www.balint-bamberg.de)**

Weiterbildungskreis Erlangen für Psychotherapie | <https://weiterbildung-psychotherapie-erlangen.de>

# Gliederung: Theorieteil Kurzversion

## A.1 Klassifikation affektiver Störungen

ICD-10 · Schweregrade · Sonderformen · Bipolarität

## A.2 Klinik der Depression

Leitsymptome · somatisches Syndrom · Maskierungen · Suizidalität

## A.3 Screening & Diagnostik

BDI-II · PHQ-9 · ICD-10 Diagnosekriterien · Fallbeispiel

## A.4 Das Explorationsgespräch

Interviewtechnik · Empathie · Motivierung · besondere Interviewsituationen

## A.5 Psycho-Multi-Agent (KI)

Chancen · Grenzen · Bewertung des ChatGPT-Dialogs · Zukunft

## A.6 Therapeutische Ziele & Prognose

Selbstwert · Adhärenz · Realistisches Outcome

## Lernziele des Tages

- ✓ Sie kennen die ICD-10-Klassifikation affektiver Störungen und können depressive Episoden nach Schweregrad differenzieren.
- ✓ Sie verstehen das klinische Bild der Depression einschließlich larvierter, somatisierter und atypischer Präsentationen.
- ✓ Sie sind in der Lage, ein strukturiertes Explorationsgespräch bei Verdacht auf Depression zu führen.
- ✓ Sie kennen typische Interviewhindernisse (mutistisch, somatisierend, dissimulierend) und können adäquat reagieren.
- ✓ Sie können KI-generierte therapeutische Dialoge kritisch bewerten und den Mehrwert des Psycho-Multi-Agents einschätzen.
- ✓ Sie reflektieren Ihre eigene Gegenübertragung gegenüber schwierigen depressiven Patienten.

# A.1

## Klassifikation affektiver Störungen

*ICD-10 · Schweregrade · Verlaufsformen · Differenzialdiagnosen*

---

## Depressive Syndrome nach ICD-10 — Überblick

| Diagnose  | Code          | Klinisches Merkmal  |
|---|---------------|---|
| Organische Depression                                       | F06.03        | Substanzmissbrauch, Hirnerkrankung, endokrinologisch            |
| Einzelne depressive Episode                                 | F32           | Leicht / mittel / schwer (ohne/mit psych. Sympt.)               |
| Rezidivierende depressive Störung                           | F33           | Mindestens 2 Episoden, meist schwerer Verlauf                   |
| Bipolare Störung  | F31           | Manische + depressive Phasen; häufig unerkannt                  |
| Dysthymia   | F34.1         | Chronisch leicht, $\geq 2$ Jahre, oft seit Jugend               |
| Zyklothymia   | F34.0         | Chronisch wechselnd, nie voll manisch/depressiv                 |
| Anpassungsstörung   | F43.0, F43.2  | Reaktiv auf definierbare Belastung, zeitlich begrenzt           |
| Schizoaffektive Störung                                     | F25           | Psychotisch + affektiv simultan                                 |
| Kombination mit Persönlichkeitsstörungen oder Trauma (PTBS) | F60.31, F43.1 | Andauernd, starke Übertragungen, Dissoziation, Selbstverletzung |

# Schweregrade der depressiven Episode (ICD-10 / F32)

## Leicht (F32.0)

### Kernsymptome:

2 von 3 Kernsymptomen + 2  
Zusatzsymptomen

---

Mind. 2 Wochen. Normales  
Funktionsniveau weitgehend erhalten.  
Patient leidet, ist aber handlungsfähig.

## Mittelgradig (F32.1)

### Kernsymptome:

2 von 3 Kernsymptomen + mind. 3–4  
Zusatzsymptomen

---

Betroffene haben erhebliche  
Schwierigkeiten, soziale, häusliche oder  
berufliche Aktivitäten fortzuführen.

## Schwer (F32.2/3)

### Kernsymptome:

Alle 3 Kernsymptome +  $\geq 5$   
Zusatzsymptome

---

Weitgehende Unfähigkeit, soziale  
Aktivitäten aufrechtzuerhalten. Oft  
suizidal. Mit/ohne psychotische  
Symptome.

# A.2

## Klinik der Depression

*Symptome · Maskierungen · somatisches Syndrom · Suizidalität*

---

# Symptome der Depression — vollständige klinische Schäu

## Psychische Symptome

- Gedrückte, traurige oder leere Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit (Anhedonie)
- Antriebsmangel, Energielosigkeit
- Schlafstörungen (Ein-, Durch-, Früherwachen)
- Appetit- und Gewichtsveränderungen
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- Verlangsamung oder Agitiertheit

## Weitere Symptome

- Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle, Wertlosigkeit
- Sozialer Rückzug
- Verlust des emotionalen Ausdrucks (flacher Affekt)
- Körperliche Symptome: Kopfschmerzen, GI, Schmerzen
- Libidoverlust
- Reizbarkeit, Ungeduld
- **Suizidgedanken bis -pläne (IMMER abfragen!)**

# Larvierte Depression & Somatisierung — der verkleidete Schmerz

## Larvierte Depression:

Die affektive Symptomatik tritt in den Hintergrund — körperliche Beschwerden und Schmerzsyndrome dominieren das Bild. Klassische 'Depressionssymptome' werden nicht genannt oder aktiv verneint.



### Schmerzsyndrome

Rückenschmerzen ·  
Ganzkörperschmerzen ·  
Kopfschmerz · Fibromyalgie-like



### Kardiovaskulär

Herzrasen ·  
Blutdruckschwankungen ·  
Engegefühl · Palpitationen



### Gastrointestinal

Magenschmerzen · Übelkeit ·  
IBS · Appetitlosigkeit



### Neuroloie/Fatigue

Chronische Müdigkeit ·  
Schwindel ·  
Konzentrationsprobleme ·  
Schlafstörungen

# A.3

## Screening & Diagnostik

*PHQ-9 · BDI-II · ICD-10 Kriterien · Fallbeispiel*

---

# PHQ-9 und BDI-II im klinischen Einsatz

## PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)

9 Items · Selbstrating · DSM-Kriterien

### Cutoffs:

5–9 = leicht

10–14 = mittelgradig

15–19 = moderately severe

≥20 = schwer

### PHQ-2 (Screening):

Nur 2 Items (Anhedonie + gedrückte Stimmung).

≥3 Punkte: vollständiger PHQ-9 indiziert.

## BDI-II (Beck Depression Inventory)

21 Items · Selbstrating · letzten 2 Wochen

### Cutoffs:

0–13 = keine/remittiert

14–19 = leicht

20–28 = mittelgradig

≥29 = schwer

### Praxistipp:

Item 9 (Suizidgedanken) immer gesondert ansprechen, unabhängig vom Gesamtscore.

## Fallvignette: Thomas K., 52 Jahre

### Fallvignette

*Der 52-jährige Lehrer war vor 14 Jahren erstmalig depressiv erkrankt und stationär behandelt worden. Nach der Trennung von seiner Ehefrau vor einem Jahr entwickelte sich erneut eine depressive Symptomatik: Grübeln, Früherwachen, Energielosigkeit, Interessensverlust (kein Sport mehr), Konzentrationsprobleme (Konflikte bei der Arbeit), Appetitlosigkeit. Abends denkt er manchmal, wie schön es wäre, nicht mehr aufzuwachen.*

### Diagnose (nach ICD-10) — Erarbeitungsauftrag

**F33.2** Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode ohne psychotische Symptome

**Suizidalität:** Passive Suizidgedanken („nicht mehr aufwachen“) — immer Columbia-Protokoll anwenden!

## COLUMBIA – BEURTEILUNGSSKALA ZUR SUIZIDALITÄT (C-SSRS)

### 1. Wunsch, tot zu sein

*„Haben Sie sich gewünscht, tot zu sein, oder den Wunsch gehabt, Sie könnten einschlafen und müssten nicht mehr aufwachen?“*

### 2. Unspezifische, aktive Suizidgedanken

Im Einschätzungszeitraum allgemeine, unspezifische Gedanken daran, seinem Leben ein Ende machen/Suizid begehen zu wollen ohne Gedanken über die Art der Selbsttötung/damit zusammenhängende Methoden, Vorsatz oder Plan.

### 3. Aktive Suizidgedanken mit Überlegungen zur Methode (nicht zu einem Plan), aber ohne Vorsatz zu handeln

*„Ich dachte daran, eine Überdosis zu nehmen, habe aber noch nie einen genauen Plan gemacht, wann, wo oder wie ich das tatsächlich tun würde ... außerdem würde ich das nie durchziehen.“*

### 4. Aktive Suizidgedanken mit einem gewissen Vorsatz zu handeln, aber ohne spezifischen Plan

Aktive Suizidgedanken, und Person berichtet, dass sie einen gewissen Vorsatz habe, solche Gedanken in die Tat umzusetzen, im Gegensatz zu: *„Ich denke zwar daran, aber ich werde diese Gedanken ganz sicher nicht in die Tat umsetzen.“*

### 5. Aktive Suizidgedanken mit spezifischem Plan und Vorsatz

Gedanken an Selbsttötung und detaillierter Plan, der ganz oder teilweise ausgearbeitet ist, und die Person hat einen gewissen Vorsatz, den Plan auszuführen.

*„Haben Sie die Einzelheiten, wie Sie sich töten wollen, angefangen auszuarbeiten oder bereits ausgearbeitet? **Haben Sie vor, diesen Plan auszuführen?**“*

# A.4

## Das Explorationsgespräch

*Technik · Empathie · Motivierung · besondere Situationen*

---

# Struktur des Explorationsgesprächs bei Depression



## 1. Empathischer Einstieg

'Der Moment heute ist für den Patienten der schlimmste.' — Offen, neugierig, ohne Zeitdruck.  
Keine geschlossenen Fragen zu Beginn.



## 2. Beginn der Symptomatik

'Was war los zu dieser Zeit?' — Schleichend oder plötzlich? Auslösende Situation? Frühere Episoden? Was hat früher geholfen?



## 3. Symptomexploration

Stimmung · Schlaf · Antrieb · Interesse · Konzentration · Appetit · Gefühle für die Zukunft · Libido  
— systematisch, aber nicht als Checkliste.



## 4. Suizidalität **IMMER**

'Haben Sie Gedanken, nicht mehr leben zu wollen oder sich etwas anzutun?' — Direkt, klar, ohne Umschreibung. Immer Columbia-Protokoll.



## 5. Beziehungen & Arbeit

Partnerreaktion · Kinder, Eltern · Konflikte am Arbeitsplatz · soziales Netz · nächste Bezugsperson ·  
Therapeutenerfahrungen.



## 6. Organcheck

Von oben nach unten. Cave: Schilddrüse · Alkohol/Substanzen · Medikamente (Betablocker, Interferon) · chron. Infekte.

## Besondere Interviewsituationen — 5 Typen



### Mutistisch

*Einwortsätze oder keine Antwort*

#### Tipp:

Schweigen aushalten. Keine Füllfragen. Körpersprache spiegeln. 'Was fühlen Sie gerade, wenn wir so sitzen?'



### Somatisierend

*Körper im Vordergrund, kein psych. Zugang*

#### Tipp:

Somatische Sprache annehmen: 'Wie fühlt sich der Schmerz an, wenn Sie traurig sind?' — Brücke zur Psyche bauen.



### Dissimulierend

*Verharmlost, weicht aus, rationalisiert*

#### Tipp:

Ohne Konfrontation bleiben. Fremdanamnese anbieten. 'Was sagt Ihr Partner dazu?'



### 'Perfekter' Patient

*Idealisiert, Lehrbuchsymptome, hohe Erwartungen*

#### Tipp:

Idealisierung nicht bestätigen. Eigene Grenzen klar benennen. Realistische Prognose kommunizieren.



### Beschwichtigend

*Minimiert, 'anderen geht es schlechter'*

#### Tipp:

Ernst nehmen ohne Dramatisieren. 'Auch Ihr Leid verdient Aufmerksamkeit.'

# A.5

## Psycho-Multi-Agent

*KI in der psychiatrischen Gesprächssimulation — Chancen & Grenzen*

---

# Was ist der Psycho-Multi-Agent?

## Konzept: Mehrere KI-Agenten simulieren verschiedene Rollen gleichzeitig

Ein 'Patient-Agent' (LLM als depressiver Patient) + ein 'Supervisor-Agent' (bewertet therapeutische Qualität) + optionaler 'Leitlinien-Agent' (prüft Safe Messaging, Suizidprotokoll). Ziel: Trainingsumgebung für Anamnesegespräche und Interviewtechnik.

### ✓ Chancen

- Unbegrenzt übbar, kein Patient belastet
- Verschiedene Schwierigkeitsgrade einstellbar
- Sofortiges Supervisor-Feedback
- Anonyme Reflexion ohne Schamgefühl
- 24/7 verfügbar für Selbststudium

### ⚠ Grenzen

- Kein echter Beziehungsaufbau lernbar
- KI-Patient bleibt vorhersehbar
- Gegenübertragung nicht realitätsnah
- Suizidprotokolle erfordern echtes Assessment
- Ethische Fragen: Wann ist KI-Training suffizient?

# A.6

## Therapieziele & Prognose

*Selbstwert · Adhärenz · Realistisches Outcome*

---

## Ziele der Behandlung — Positives Selbstwertgefühl

### Zielzustände Selbstwert

- „Ich mag mich“
- „Ich vertraue mir“
- „Ich vertrete meine Meinung“
- „Ich erlebe mich als gemögt“
- „Enttäuschung trifft mich nicht im Kern“
- „Ich bin mir etwas wert“
- „Auch mir können Fehler passieren“

### Adhärenz-Barrieren

- „Andere sind doch kränker“
- „Chemie nein“
- „Was soll das bringen?“
- „Mein Chef müsste in Therapie“
- „Versicherung wird es wissen“

### Prognose

80% der Erstdepressionen sprechen auf Behandlung an.  
Remissionsrate in 3–6 Monaten bei kombinierter Therapie:  
60–70%.  
**Rezidivrisiko nach 1. Episode: ~50%; nach 2. Episode: ~70%.**

# Praxisteil

Exploration · Psycho-Multi-Agent · Rollenspiele · Gruppenarbeit



## Übung 1 (35 Min.)

Explorationsgespräch: 5 Patientenrollen (mutistisch, somatisierend, dissimulierend, beschwichtigend, larviert) · Rollenkarten



## Übung 2 (40 Min.)

Psycho-Multi-Agent: KI-Patientendialog kritisch analysieren · Supervisor-Feedback einbauen · Suizidprotokoll testen



## Übung 3 (35 Min.)

Gruppenarbeit: Kommunikationsvarianten · empathische Sätze · schwieriges Fallbeispiel · Balint-Reflexion

# Take-Aways: Affektive Störungen

## Was nehmen wir mit?

1

Larvierte Depression ist der häufigste Präsentationstyp in der Primärversorgung — Körperschmerzen können das einzige Signal sein.

2

Suizidalität muss immer direkt abgefragt werden — auch wenn die KI es nicht tut.

3

Jeder Patiententyp (mutistisch, somatisierend, dissimulierend) erfordert eine angepasste Interviewstrategie.

4

Der Psycho-Multi-Agent ist ein wirksames Trainingstool — kein Ersatz für die echte therapeutische Beziehung.

5

Empathie ist lernbar — und ist die Grundlage für alles andere.