



# Hilfe bei Depressionen in 1220 Wien

ERSCHÖPFT – MUTLOS – OHNE LEBENSFREUDE?

DEPRESSION – DIE MEIST VERBREITETE VOLKSKRANKHEIT IN EUROPA

## Was Sie schon immer über Depressionen wissen wollten!

Depressionen sind die Volkskrankheit in Europa. Gem. der Statistik Austria 2010 sind insgesamt 5,6 % der Bevölkerung an Depressionen erkrankt, wobei die Zahlen seither laufend steigen. Lt. WHO 2015 erleben ca. 25 % der Bevölkerung in Europa in einem Jahr Depressionen und Angstzustände. 50 % der Depressionen werden nicht behandelt. 50 % der längeren Krankenstände werden mit Depressionen und Angsterkrankungen gemeldet. Die Zahlen steigen immer mehr an.

Depressionen können in allen Lebenslagen und Lebensjahren auftreten. Depressionen treten am häufigsten zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr auf und selten vor dem 16. Lebensjahr. Mädchen und junge Frauen erkranken immer früher, also noch im frühen Erwachsenenalter. Diese erkranken eher als Jungen und junge Männer. Die Zahlen im zunehmenden Alter nehmen lt. Gesundheitsportal Österreich zu. Das öffentliche Gesundheitsportal Österreich schreibt dazu, dass etwa jeder Fünfte im Laufe seines Lebens an einer Depression erkrankt.

## Wie können sich Depressionen entwickeln?

Die Wissenschaft weiß heute, dass fast alle psychischen Störungen mehrere, oft nicht voneinander abgrenzbare Ursachen haben können, so auch die Depression. Es wird von einer multifaktoriellen Ursache oder einem biopsychosozialen Konzept ausgegangen. Dieser Ansatz umfasst biologische, psychologische, umweltbezogene und soziale Vulnerabilität.

Yvonne Ammar, Akad. Psychotherapeutin, 1220 Wien, Hirschstettnerstr. 19/B/CC09, Tel: 06991/9222255, [ammar@psychotherapie-1220-wien.at](mailto:ammar@psychotherapie-1220-wien.at), <https://www.psychotherapie-1220-wien.at/>



Biologischen Ursprungs sind genetische, hormonelle, anatomische und immunologische Einflussfaktoren.

Die Psyche betreffende Einflussfaktoren sind Selbstwertprobleme, Lerndefizite, Hilflosigkeits-einstellungen, dysfunktionale Gedankengänge, Neurotizismus, Mangel an Ressourcen.

Umweltbezogene und soziale Risikofaktoren können Bindungsstörungen, Mangel an positiven Verstärkern, Traumata, Misshandlungen und Kontrollverlust, Trennung der Eltern, kein Kontakt zum Vater oder Missachtung des Vaters, Tod der Mutter oder auch Isolation sein. Bei österreichischen Migranten mit depressiver Symptomatik wurde meist ein Scheitern des Integrationsprozesses erlebt, wobei auch die zweite Migrantengeneration eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Krankheiten aufweist.

Ein wesentlicher Risikofaktor im Hinblick auf die Erkrankung an Depressionen ist das weibliche Geschlecht. Die familiäre Belastung ist die einflussreichste Risikovariablen für alle affektiven Störungen, denen die Depression zugehört. Relevant sind auch die psychischen Vorbelastungen von Großeltern und der Elterngeneration. Oft wird Stress (Über- und Unterforderung), als Risikofaktor an einer Depression zu erkranken, unterschätzt. Belastende Zeiträume, in denen keine Erholung eintreten kann, gelten als besonders kritisch.

## **Wie lange dauert eine Depression?**

Depressionen weisen sehr individuelle Verläufe auf. Von einer Depression/depressiven Episode spricht man, wenn die Antriebsverminderung, depressive Stimmung mind. zwei Wochen anhält. Depressionen können sich in der Anzahl und Dauer der Phasen unterscheiden. Menschen, die an Depressionen erkranken, erleben ca. vier bis fünf Episoden in ihrem Leben. Je nach Kriterium dauert die Episode zwei bis sechs Monate bis zur vollständigen Genesung. Eine Phase einer Depression dauert im Schnitt fünf Monate, eine bipolare depressive Phase dauert im Schnitt vier Monate und chronische Depressionen mind. zwei Jahre.



## Wie können Depressionen beschrieben werden?

Frauen und Männer mit der Diagnose einer Depression erzählen von schwarzen Löchern, vom Gefühl, in einem Tunnel zu sein und das Licht in diesem nicht zu sehen. Ein sogenannter Tunnelblick ist im Gesicht und Gang, in Mimik und Gestik erkennbar. Erlebte und verleblichte Ausweglosigkeit sind die Folge. Verharrt man längere Zeit in diesem Zustand, droht Resignation. Es ist schwierig, aus dieser Resignation zu kommen. Bei längerem Verbleib in diesem Zustand erlahmt der Antrieb und Gefühle von Hilflosigkeit breiten sich aus. Diese Menschen ziehen sich zurück, sie verlieren den Kontakt zu anderen Menschen. Es scheint nur diesen einen finsternen und engen Weg zu geben, und der erscheint ausweglos und sinnlos. Suizidideen oder Suizidhandlungen sind oft scheinbar der einzige Ausweg aus diesem Dilemma.

Wie bereits erwähnt, drücken sich Depressionen in Mustern des Erlebens und Handels wie durch Rückzug, durch Passivität und durch Motivationsverlust aus. Die Literatur beschreibt dies als seelisches Energiesparprogramm oder auch als Anpassung ans Scheitern. Verlust oder Enttäuschung, Pessimismus und Selbstzweifel sind kennzeichnend für Depressionen. Man könnte sagen, dass die Depression ein Zeichen von vergeblicher Anstrengung ist, wie der Versuch, perfekt zu sein, es immer allen recht zu machen oder auch ein Versuch, unlösbare Probleme lösen zu wollen. Für die Betroffenen bedeutet das eine Einengung ihrer körperlichen, geistigen, emotionalen und sozialen Beweglichkeit.

Depressionen können sich bei fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten entwickeln. Man spricht auch von einer Depressionsspirale. Durch Rückzug und das Fehlen von positiven Anregungen und Erlebnissen nimmt diese Spirale ihren Lauf, dann setzt eine Depression ein und die Freude, Stimmung und Willenskraft gehen verloren. Durch den Rückzug stellt sich weitere Resignation bis zur Isolation ein. Es folgt Anhedonie, das ist der Verlust des Spürens von Freude bei fehlendem Funktionsverlust durch sogenannte erlernte Hilflosigkeit (Seligmann). Diese Menschen erleben sich als Opfer, denn mit der fehlenden Willenskraft ist es nicht möglich, gegen das Unbekannte anzukommen. Das Hilflosigkeitsgefühl wird durch das Selbst suggeriert

Yvonne Ammar, Akad. Psychotherapeutin, 1220 Wien, Hirschstettnerstr. 19/B/CC09, Tel: 06991/9222255, [ammar@psychotherapie-1220-wien.at](mailto:ammar@psychotherapie-1220-wien.at), <https://www.psychotherapie-1220-wien.at/>



sowie durch die unbewussten Muster des Wahrnehmens, Fühlens, der Körperhaltung, Atmung und Bewegung verstärkt. Der Wahrnehmungsfokus dieser Menschen engt sich auf negative Erfahrungen der Vergangenheit ein, wobei generalisierte, negative Bewertungen der Gegenwart

sich vermischen und die Zukunft bilden. Das Negative wird durch positive Erlebnisse verstärkt. Depressionen sind durch das Kreisen der Gedanken um das Negative und die Fokussierung nach innen sowie den sozialen Rückzug gekennzeichnet. Ebenfalls kennzeichnend sind das Abwerten oder Idealisieren anderer Menschen sowie die Abwertung und Ablehnung von sich selbst sowie die Überforderung durch perfektionistische Ansprüche an sich und an andere. Das Ausblenden von eigenen Bedürfnissen und das Tabuisieren der eigenen Traurigkeit, Wut und Selbsteinengung sind durch die Körperhaltung, Atmung und Bewegung erkennbar. Folgen davon sind das Langsamer werden, die Unruhe oder der anästhesierte, wahrnehmende Leib. Durch die Anästhesierung tritt Erstarrung des sich ausdrückenden Leibes ein, und die Menschen in dieser Lebenslage missachten und lehnen den eigenen Körper ab.

## Überblick über depressive Störungsbilder

Das ICD-10 und das DSM IV stellen die beiden wichtigsten Klassifikationssysteme für die Diagnose psychischer Störungen dar.

[www.icd-code.dat](http://www.icd-code.dat)

## Die Depression als Störung der Affekte

Depressionen lassen sich im ICD-10 unter F3 affektive Störungen einordnen. Die Hauptsymptome sind die Veränderung der Stimmung oder der Affektivität und der Verlust der Freude.

Affektivität ist ein Überbegriff, der Affekte wie Ärger, Freude, Hass oder Zorn und auch länger andauernde Stimmungen zusammenfasst. Affekte können auch depressive Befindlichkeiten, gedrückte Stimmungen, Freud- und Interessenlosigkeit, Traurigkeit, Schwermut, Pessimismus,



Verzweiflung, Schuldgefühle, Insuffizienzgefühl, Affektarmut, reduzierte affektive Resonanz, ggf. auch Affektlabilität und Ambivalenz sein.

Dieses Krankheitsbild hat ein großes Spektrum, das von leichten Gemütsschwankungen bis zu schweren Stimmungsstörungen reicht. Die Gefahr für den Betroffenen liegt in der sozialen

Beeinträchtigung, einer möglichen Chronifizierung der Symptomatik und der großen Suizid tendenz. Deswegen ist es dringend notwendig, eine Depression möglichst rasch zu diagnostizieren und zu behandeln.

## Affektive Störungen werden gemäß ICD-10 (Tabelle 1) eingeteilt:

**Tabelle 1: Einteilung der affektiven Störungen**

Manische Episode (F30)	Anhaltende affektive Störungen (F34), Zyklothymie oder Dysthymia
Bipolare Störungen (F31) (hypomanisch, manisch, depressiv) mit oder ohne somatischen oder psychotischen Symptomen	Andere affektive Störungen (F38)
Depressive Episode (F32) (leicht, mittelgradig, schwer) mit oder ohne somatischen oder psychotischen Symptomen	Nicht näher bezeichnete affektive Störungen (F39)
Rezidivierende depressive Störungen (F33) (gegenwärtig: leicht, mittelgradig, schwer) mit oder ohne somatischen oder psychotischen Symptomen	

Grundsätzlich teilt das ICD-10 affektive Episoden in manische und depressive Episoden ein (Tabelle 2), wobei es auch hypomane Episoden gibt.

**Tabelle 2: Merkmale manischer und depressiver Episoden**

<b>Manische Episode (F30)</b>	<b>Depressive Episode (F32)</b>
A) Abnorme, anhaltende gehobene, expansive oder reizbare Stimmung von mindestens 1 Woche (oder Hospitalisierung) sowie A) gleichzeitig während eines Zeitraumes von mindestens 2 Wochen B) mindestens 3 der folgenden Symptome	



gleichzeitig, sollte die Stimmung nur gereizt sein, dann mindestens 4 der folgenden Symptome B), weder eine hypomane noch eine manische Episode sind vorangegangen	
1) Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit	1) Depressive Verstimmung
2) Gesteigerte Gesprächigkeit (Rededrang)	2) Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
3) Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenrasen	3) Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit
4) Verlust normaler sozialer Hemmungen, führt zu einem den Umständen unangemessenen Verhalten	4) Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühles
5) Vermindertes Schlafbedürfnis	5) Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte Schuldgefühle
6) Überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenwahn	6) Todeswunsch, Suizidideen
7) Leichte Ablenkbarkeit oder andauernder Wechsel von Aktivitäten	7) Verminderte Konzentrationsfähigkeit, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
8) Tollkühnes oder rücksichtsloses Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen (Geld, Sex, Investitionen usw.)	8) Unruhe, Hemmung, Verlangsamung
9) gesteigerte Libido oder sexuelle Taktlosigkeit	9) Schlafstörungen aller Art
	10) Appetitverlust oder gesteigerter Appetit
C) Halluzinationen oder Wahn fehlen D) Die Episode wurde nicht durch Missbrauch von psychotropen Substanzen ausgelöst oder ist auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.	

Grundsätzlich werden sogenannte Leit- oder Hauptsymptome und Zusatzsymptome unterschieden. In Tabelle 2 sind die Leit- oder Hauptsymptome der depressiven Episode unter Punkt 1 bis 3 und die Zusatzsymptome unter Punkt 4 bis 10 angeführt, wobei ebenso die allgemeinen Diagnosekriterien von A bis D erfüllt werden müssen.

## Wie erkennen Sie die Schwere Ihrer Depression?

Yvonne Ammar, Akad. Psychotherapeutin, 1220 Wien, Hirschstettnerstr. 19/B/CC09, Tel: 06991/9222255, [ammar@psychotherapie-1220-wien.at](mailto:ammar@psychotherapie-1220-wien.at), <https://www.psychotherapie-1220-wien.at/>



Depressive Episoden werden nach der modernen psychiatrischen Depressionsdiagnostik nicht nach der Ursache, sondern rein beschreibend nach depressiven Zustandsbildern, Schweregrad und Verlauf unterschieden. Besonderer Wert wird auf das Ermessen des Schweregrades gelegt, wobei die jeweiligen Episoden in leicht, mittel und schwer zu unterteilen sind.

### **Die leichte depressive Episode (F32.0)**

Gemäß ICD-10 treten bei einer leichten depressiven Episode mindestens zwei der Haupt- und Leitsymptome (Punkt 1 bis 3) auf und insgesamt liegen vier bis fünf Symptome aus allen Haupt- und Zusatzsymptomen vor. Ebenfalls müssen die allgemeinen Kriterien A bis D berücksichtigt werden. Betroffene lassen sich meist nicht krankschreiben und gehen weiterhin ihren gewohnten Beschäftigungen nach, die ihnen allerdings schwerfallen.

### **Die mittelgradige Episode (F32.1)**

Bei der mittelgradigen depressiven Episode müssen mindestens zwei bis drei Haupt- und Leitsymptome (Punkt 1 bis 3) und, inklusive der Zusatzsymptome, mindestens sechs bis sieben Symptome vorhanden sein. Die allgemeinen Kriterien A bis D sind erfüllt.

Hier liegt eine psychosoziale Beeinträchtigung vor. Patientinnen können nur unter erheblichen Schwierigkeiten ihren sozialen und beruflichen Tätigkeiten nachgehen. Diesen Patienten fällt bereits die häusliche Tätigkeit schwer, sie können nur mit Mühe zur Arbeit gehen und würden am liebsten zu Hause bleiben.

### **Die schwere depressive Episode (F32.2)**

Schwere depressive Episoden weisen alle drei der Haupt- und Leitsymptome auf. Mit den Zusatzsymptomen müssen mindestens acht Symptome vorhanden sein und auch die allgemeinen Kriterien A bis D sind erfüllt.



Hier zeigen die Betroffenen neben der erheblichen depressiven Stimmung, dem Interessensverlust und der Energielosigkeit oft Verzweiflung und Aufgeregtheit (oder psychosomatische Hemmung), Schuldgefühle und in besonders schweren Fällen ein hohes Risiko an Suizidalität. Ein somatisches (körperliches) Syndrom ist immer vorhanden und fakultativ ein psychotisches Symptom. Patienten können in der Regel keine ihrer gewohnten Aktivitäten durchführen. Sie sind meist krankgeschrieben und liegen den ganzen Tag im Bett oder müssen ins Spital eingewiesen werden. Fast alle Patientinnen, die aufgrund einer

Depression ins Spital eingewiesen werden und bei denen akut Suizidalität besteht, werden faktisch als schwer depressiv eingestuft.

### ***Das Somatische Syndrom***

Ein mittelgradiges oder schweres depressives Bild wird auch als somatisches Syndrom beschrieben. Mit dem Wort somatisch wird das körperliche Leid und Empfinden ausgedrückt. Da die Wahrnehmung von depressiven Menschen eingeschränkt ist, wird das körperliche Leid eher wahrgenommen als die klassischen depressiven Kernsymptome. Diese werden als somatische Symptome beschrieben und sind an fünfter Stelle (wie in F32.2) angegeben. Wenn das somatische Syndrom vorliegt, sind von den folgenden Punkten mindestens vier vorhanden: Das Fehlen von Interesse und der Freude an Aktivitäten, die normalerweise Freude bereiten, Früherwachen, ein Morgentief, objektive Befunde einer ausgeprägten psychosomatischen Hemmung oder Agitiertheit, deutlicher Appetitverlust, Gewichtsverlust (5% oder mehr des Körpergewichtes im Vergleich zum Vormonat) und ein deutlicher Libidoverlust. Das somatische Syndrom weist, wenn es in der Diagnose vorkommt, auf eine Behandlungsbedürftigkeit mit Antidepressiva hin.

### ***Das psychotische Syndrom***

Depressionen gelten vorwiegend nicht als psychotisch. Allerdings können bei schweren depressiven Episoden auch psychotische Symptome auftreten. Der Terminus psychotisch wird lediglich deskriptiv verwendet und beinhaltet das Auftreten von Halluzinationen, Wahn und

Yvonne Ammar, Akad. Psychotherapeutin, 1220 Wien, Hirschstettnerstr. 19/B/CC09, Tel: 06991/9222255, [ammar@psychotherapie-1220-wien.at](mailto:ammar@psychotherapie-1220-wien.at), <https://www.psychotherapie-1220-wien.at/>





Formen schwer abnormen Verhaltens wie schwere Erregungszustände (Raptus) und ausgeprägte Hemmungen der Psychosomatik (Stupor). Die psychotischen Symptome bestehen während einer Episode und sind Ausdruck des Schweregrades, da sie überwiegend bei schweren depressiven Episoden auftreten. Sie sind bei Vorliegen der entsprechenden Kriterien auch zusätzlich zu anderen Störungen zu diagnostizieren (multiple Diagnosen, Komorbidität).

Die Inhalte der Halluzinationen entsprechen der depressiven Grundstimmung. Es sind vorrangig anklagende Stimmen (z. B.: Du, ich bin es nicht wert, ich habe schwer gesündigt etc.). Halluzinationen können während schwerer depressiver Störungen auch als

Geruchshalluzinationen (Partner riecht nach verdorbenem Fisch) auftreten. Patient\_innen beschreiben auch Wahnideen der Versündigung (Schuldwahn: Ich habe Schuld an den Umweltkatastrophen). Weiters werden auch motorische Hemmungen beschrieben, wobei die Patienten regungslos an einer Stelle verharren oder mitunter den ganzen Tag im Bett verbringen.

## **Ist meine Depression chronisch?**

Für chronische Depressionen existiert bis heute keine internationale einheitliche Definition. Allerdings muss eine chronische depressive Symptomatik mindestens 2 Jahre bei gleichzeitigem Fehlen eines länger als zwei Monate dauernden Genes vorliegen. Daher sind chronische Depressionen immer akute Depressionen. Allgemein wird zwischen chronischen Depressionen mit früherem oder späterem Beginn unterschieden. Hier gilt das 21. Lebensjahr als Grenze. Zahlenmäßig sind drei Viertel aller Depressionen chronische Depressionen und zeigen einen Beginn bereits vor dem 21. Lebensjahr sowie eine Manifestation nach zwei Jahren.

Chronische Depressionen lassen sich in 4 Subtypen des Verlaufes einteilen:

- Chronisch depressive Episode (schwere Symptomatik)
- Dysthymia (leicht ausgeprägte Symptomatik)
- Doppelte Depression (schwere depressive Symptomatik)



- Depressive Episode mit unvollständiger Genese

Kennzeichnend sind chronische Depressionen auch für das Vorliegen von frühen Traumatisierungen. Studien zeigen, dass 70 bis 80 % der chronischen Patienten frühe Traumatisierungen erlebt haben, hauptsächlich emotionaler Missbrauch oder Vernachlässigung.

### **Von der Suizidalität, der Hoffnungslosigkeit und der mangelnden Motivation**

#### ***Das Suizidrisiko bei Depressionen:***

Suizidalität wird als Ruhe- und Todeswunsch beschrieben. Suizidalität umfasst dabei Suizidideen, Suizidversuche und Suizid. Je nach Ernsthaftigkeit des Versuches können die Wunschausprägung, das Suizidarrangement und die Methode unterschiedlich sein. Motiv für die Suizidalität kann ein Appell an Mitmenschen sein. Depressionserkrankte Menschen zeigen damit ihre Hoffnungslosigkeit, Kränkung und Autoaggression. Manche Suizidhandlungen sollen Entlastung von Schuldgefühlen darstellen. Indikatoren für ein akutes Suizidrisiko sind u. a., dass sich die an Depressionen Erkrankten von ihren Suizidideen bzw. Suizidversuchen im Gespräch nicht lösen können. Drängende Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit, fehlende Zukunftsperspektiven sind ebenfalls Indikatoren. Konflikte, die zu Suizidideen bzw. -versuchen führen, konnten offensichtlich nicht gelöst werden. Menschen mit schweren depressiven Verstimmungen können auch depressive Wahnideen aufweisen. Manche Betroffenen haben bereits Suizidversuche mit harten Methoden unternommen bzw. haben Gedanken über harte Methoden. Diese Menschen sind aggressiv oder agitiert, die Impulskontrolle ist mangelhaft. Es können Suchterkrankungen vorliegen. Depressive ziehen sich zurück. Im Gespräch ist festzustellen, dass kein tragfähiger Gesprächsrapport zustande kommt. Generell ist eine vertrauensvolle Interaktion zwischen Patient\_in und Therapeut\_in unerlässlich, um diese Patientengruppe behandeln zu können und ihr Hoffnung zu vermitteln.

Ich sehe Suizidalität nicht nur als eine Erscheinung des depressiven Störungsbildes, sondern besonders als Krise.

Yvonne Ammar, Akad. Psychotherapeutin, 1220 Wien, Hirschstettnerstr. 19/B/CC09, Tel: 06991/9222255, [ammar@psychotherapie-1220-wien.at](mailto:ammar@psychotherapie-1220-wien.at), <https://www.psychotherapie-1220-wien.at/>



Wenn Menschen suizidal sind, befinden sie sich in Krisen. Sie fühlen eine Labilisierung ihres Organismus. Es liegen keine ausreichenden Bewältigungsmechanismen vor und sie haben keine kreativen Gestaltungspotenziale und Ressourcen, auf die sie zurückgreifen können. Diese Menschen können sich nicht mehr selbst beruhigen oder stabilisieren, das Leben wird turbulent. Man hat sich nicht im Griff, Gefühle überschießen oder der Mensch verhält sich regressiv. Es liegen keine Möglichkeiten vor, sich in Krisenprozessen zu beruhigen, die eine Neuorientierung ermöglichen würden.

Bei Fragen stehe ich gerne zur Seite.

**Yvonne Ammar**

Hirschstettner Straße 19-21/B/CC09

1220 Wien

Telefon: **+43 699 19 22 22 55**

E-Mail: **[ammar@psychotherapie-1220-wien.at](mailto:ammar@psychotherapie-1220-wien.at)**

*Yvonne Ammar*