

Zeitschrift: Sonos / Schweizerischer Verband für Gehörlosen- und Hörgeschädigten-Organisationen

Herausgeber: Sonos Schweizerischer Verband für Gehörlosen- und Hörgeschädigten-Organisationen

Band: 100 (2006)

Heft: 12

Rubrik: Was ist eine Depression?

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 17.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Was ist eine Depression?



Leichte depressive Verstimmungen sind ein normales Phänomen. Sie können ein Signal sein, im Leben Veränderungen vorzunehmen. Depressionen hingegen sind Störungen des Gefühllebens. Der Patient fühlt sich innerlich leer und gefühllos. Häufig treten auch Suizidgedanken auf.

Mit dem Krankheitsbild «Depression» werden Störungen der Affektivität (Gefühls- und Gemütszustand) mit depressiven Episoden bezeichnet. Damit ist aber mehr als einfach Traurigkeit oder Unglücklichsein gemeint. Es ist auch nicht Ausdruck von Selbstmitleid oder Willensschwäche. Depression ist ein Krankheitszustand und braucht eine spezielle Behandlung.

Gekennzeichnet sind Depressionen durch Bedrücktheit, Pessimismus und Freudlosigkeit. Ebenso können sich Energiemangel, innere Unruhe oder Verlangsamung, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Appetitstörungen zeigen. Nicht selten kommen Suizidgedanken oder der Wunsch, tot zu sein, vor.

Depressionen gehören zu den belastendsten Erkrankungen überhaupt, weil der Patient während der ganzen depressiven Episode ununterbrochen an den quälenden Symptomen leidet.

Wie zeigt sich eine Depression

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl
- Gefühl von Schuld und Wertlosigkeit (Selbstvorwürfe)
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, suizidales Verhalten (Selbstverletzungen)
- Schlafstörungen
- Essstörungen, Appetitlosigkeit

Die Gefühle werden je nach Schweregrad der Depression nur noch vermindert wahrgenommen.

Formen der Depression

Bei der Depression unterscheidet man je nach Ursache und Symptomen verschiedene Krankheitsformen:

Endogene Depression

Bezeichnet eine von innen heraus entstandene Depression, die weder durch erkennbare körperliche Erkrankung noch durch äussere Ursache begründbar ist.

Gefühl der Gefühllosigkeit

- Tagesschwankungen mit Morgentief
- Durchschlafstörungen (Früherwachen)
- Vitalstörungen (Hunger, Durst, Sexualität, Körpergefühl)
- Grundloses Auftreten
- Selbstbeichtigung, -beschuldigung
- Wahn (Verarmungs-, Versündigungs- bis hypochondrischer Wahn)

Der Wahn kann bis zur psychotischen Depression gehen, die eine Krankheitseinsicht nicht zulässt.

Psychogene Depression

Sammelbezeichnung für Depressionen, welche einen Zusammenhang mit äusseren Faktoren haben, z.B. Erschöpfungsdepression. Frauen sind häufiger davon betroffen als Männer.

- Reaktive Depression - einmaliges Ereignis
- Depressive Entwicklungen (Erschöpfungsdepression, Entwurzelungsdepressionen u.a.) - affektive Gefühle, Dauerbelastung
- Neurotische Depressionen - unbewusste seelische Konflikte

Reaktive Depression - Depressive Reaktion

Wird durch akutes psychisches Trauma ausgelöst (z.B. Todesfall, Entwurzelung, Scheidung, Mobbing in der Arbeitswelt oder im privaten Umfeld usw.) folgt unmittelbar dem auslösenden Erlebnis und ist inhaltlich um dieses zentriert.

Psychotische Depression

Hierbei handelt es sich in der Regel um eine schwere Form mit depressiven, aber zusätzlich auch wahnhaften Symptomen. Der Patient kann neben den Zeichen der Depression auch Halluzinationen oder Wahnideen (z.B. Wahn, an allem schuld zu sein) entwickeln.

Larvierte Depression (somatische Depression)

Die Depression wird durch körperliche Beschwerden ausgedrückt. Wenn der Patient aus Hemmungen keine psychischen Symptome angibt, sondern nur körperliche Beschwerden (larvierte Depression) können folgende Fragen gestellt werden.

- Können Sie sich noch freuen?
- Haben Sie Schlafstörungen?
- Hat Ihr Appetit nachgelassen?
- Sind Sie interesse-, schwung- oder kraftlos?
- Machen Sie sich häufig Selbstvorwürfe (Grübeln)?
- Sind Sie in letzter Zeit oft unschlüssig und ratlos?
- Haben Sie körperliche Beschwerden (Schmerzen)?
- Meinen Sie, Ihr Leben sei sinn- und hoffnungslos?

Kurzfristiger Verlauf

Eine depressive Phase beginnt oft allmählich über Wochen oder Monate. Öfters, aber keinesfalls immer, fand im Vorfeld ein belastendes Lebensereignis statt (Tod einer nahestehenden Person, Verlust der Arbeitsstelle, plötzliche grosse finanzielle Krise, etc.). Die Dauer einer solchen Phase ist variabel. Bei schwer kranken Patienten beträgt sie durchschnittlich fünf bis sechs Monate.

Langzeitverlauf

Leider ist es oftmals so, dass auf eine erste depressive Episode weitere Krankheitsphasen folgen. Studien zeigen, dass bei minde-

stens drei Vierteln der schwer depressiven Personen im Laufe des Lebens weitere Krankheitsphasen auftreten. Eine Rückfalltendenz bleibt bis ins hohe Alter bestehen. Der zeitliche Abstand zwischen dem Beginn einer Krankheitsphase und dem der nächsten liegt im Durchschnitt bei vier bis fünf Jahren. Dabei ist das Intervall zwischen erster und zweiter Krankheitsphase im Allgemeinen grösser als zwischen späteren Phasen.

Nicht alle Patienten erleben eine vollständige Zurückbildung der Symptome. Bei ca. 15 Prozent der Betroffenen besteht die Depression langfristig fort.



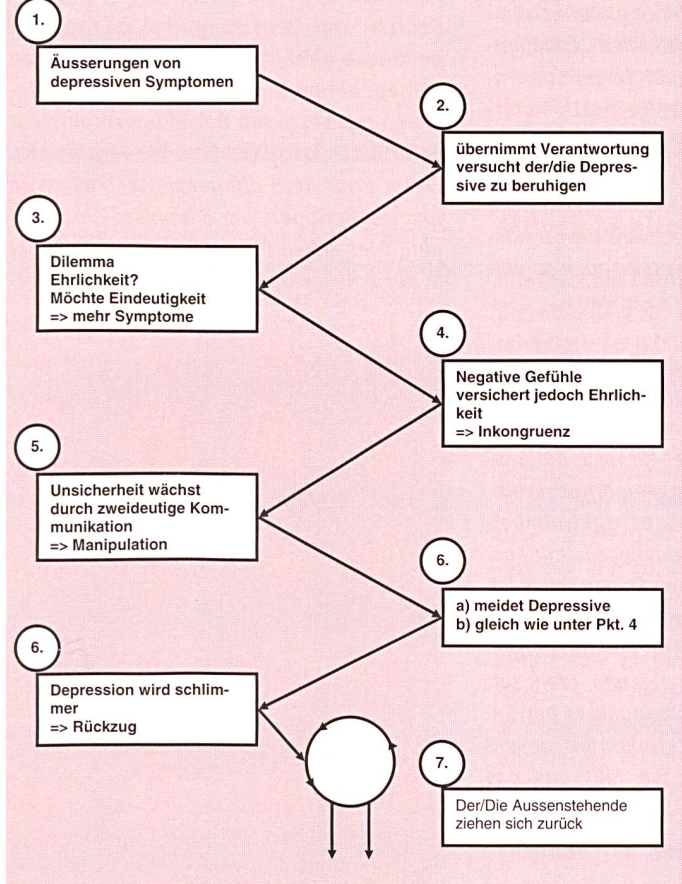
Besonderheiten bei der Behandlung von psychisch erkrankten hörgeschädigten Menschen - ein Gespräch mit der Psychotherapeutin Frau Dr. phil. Claudia Meier Burgherr

Ob hörgeschädigte, anderweitig körperlich oder geistig beeinträchtigte oder „ganz normale“ Menschen, viele leiden in den dunklen Wintermonaten und im speziellen in der Adventszeit an Angst- und Beklemmungsgefühlen. Einsamkeit und Ausgeschlossenheit fördern und verstärken die

Symptome einer drohenden oder bereits vorhandenen Depression sowie von psychischen Problemen. Obwohl in unserer modernen Gesellschaft sehr viele Menschen unter psychischen Störungen leiden, wird über diese Krankheit nur selten offen mit- und untereinander geredet. Sie wird stigmatisiert. Gute und umfassende Informationen sind förderlich für einen erfolgreichen Therapieverlauf. Denn ausgerechnet Angst ist der grösste Risikofaktor für eine Depression.

Seit über 20 Jahren behandelt Frau Dr. phil. Claudia Meier Burgherr als selbständige Psychotherapeutin SPV aus Adliswil ZH psychisch erkrankte hörgeschädigte Menschen. Frau Meier kennt aufgrund ihrer langjährigen Praxiserfahrung die Besonderheiten, die bei der Behandlung psychisch kranker hörgeschädigter Menschen bedacht und berücksichtigt werden müssen genau.

Kommunikationsverlauf zwischen Depressiven und Aussenstehenden



Empfehlungen - Wie gehe ich mit einem depressiven Angehörigen um?

Wie nicht:

- nicht therapeutisch
- nicht überfürsorglich einengen
- nicht misstrauisch oder ängstlich überwachen
- nicht schulterklopfend abwerten
- nicht aggressiv ablehnen
- nicht ums Rechthaben streiten
- sich selbst nicht überfordern und überschätzen
- sich von depressiven Denkweisen und Stimmungen des kranken Angehörigen nicht anstecken oder herabziehen lassen
- kein überoptimistisches Theater vorspielen, aber auch nicht in Hoffnungslosigkeit verfallen

- Nähe herstellen, aber auch Distanz halten
- Geduld mit sich selbst und dem Kranken haben
- Hilfe in Anspruch nehmen und akzeptieren
- echt bleiben, eigene Enttäuschungen zulassen und Aggressionen auf den Kranken erkennen, bei sich als menschlich und verstehbar zulassen, aber nicht ausleben
- alle nicht-depressiven Äusserungen, Handlungen lobend aufgreifen
- auffordern zu (gemeinsamer) Aktivität, nicht über- oder unterfordern
- Tagesablauf gestalten vom morgendlichen Aufstehen bis zu (gemeinsamer) Zeit am Abend

Wie dann:

- verständnisvoll einfühlen
- warm-empathisch, fürsorg-



Frau Meier Burgherr erklärt: „Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit ist eine gravierende Beeinträchtigung. Die Andersartigkeit gegenüber normal hörenden Menschen ist grundlegend. Hörgeschädigten Menschen stehen nicht alle unsere Kommunikationsformen und Kommunikationsmöglichkeiten uneingeschränkt zur Verfügung. Wichtig ist aber zu wissen, dass die Lautsprachlichkeit nur einen kleinen Teil unserer gesamten Kommunikation ausmacht. Dank der Lautsprache haben wir Menschen eine Stimmmodulation und können so sehr nuanciert unsere Gefühle, unsere Empfindungen und unsere Wahrnehmungen ausdrücken. Aber die Lautsprache ist nur das Medium. Sowohl bei hörgeschädigten wie bei normal hörenden Menschen ist die nonverbale Kommunikation extrem wichtig und von tragender Bedeutung. So ist es nicht verwunderlich, dass hörgeschädigte Menschen neben der Gebärdensprache die vielfältigen Möglichkeiten und die Wichtigkeit des nonverbalen Kommunizierens gezielt einsetzen. Diese Formen sich auszudrücken werden an den beiden Beispielen des Gehörlosentheaters und der Gehörlosenslyrik eindrücklich dargestellt. Unsere innere Sprache ist viel wichtiger als die gesprochene Sprache.“

Frau Meier Burgherr führt weiter aus: „Vor dem Hintergrund eines eingeschränkten verbalen Austausches ist es wichtig, dass ein individueller Zugang zu den Betroffenen gefunden wird.“

„Die eingeschränkte Kommunikation zwischen Hörenden und Gehörlosen, das Anderssein führt oft zu einer Überforderung, vor allem am Arbeitsplatz, aber auch innerhalb der Familie und in der Partnerschaft“, fährt sie fort.

Auf die Frage angesprochen, wie Betroffene selbst oder das unmittelbare Umfeld feststellen, dass etwas nicht mehr stimmt und eigentliche Hilfe in Anspruch genommen werden müsste, erklärt Frau Meier Burgherr: „Auffälligkeiten, Alarmsignale sind zweifellos, wenn alltägliche Handlungs- und Verhaltensmuster sich so verändern, dass sie belastend werden. Die Betroffenen leiden über einen längeren Zeitraum an Ess- oder Schlafstörungen, an Angstzuständen, an einer überhöhten Nervosität oder anderen Vitalstörungen (Körpergefühl, Sexualität) und anderen Symptomen. Für die Betroffenen ist es häufig schwierig, sich selber zu spüren und sich auszudrücken. Die von einer Krise betroffenen Menschen sind auf Fachhilfe angewiesen.“

Frau Claudia Meier Burgherr hat zum Thema „Ambulante Psychotherapie mit Gehörlosen. Ein integratives Therapiekonzept“ einen Artikel veröffentlicht (vgl. Hörgeschädigten Pädagogik, Beiheft 31, 1993, S. 101-116)

In ihren einführenden Gedanken beschreibt Frau Meier Burgherr:

In der Psychotherapie von Hörenden wie von Gehörlosen laufen vergleichbare Prozesse ab, geht es um die gleichen Themen wie etwa Selbstwahrnehmung, Aufarbeiten von Erlebnissen aus der Kindheit, Familienarbeit, Übertragungs- und Gegenübertragungsarbeit. Dennoch zeigen sich naturgemäß Unterschiede:

In der Arbeit mit Gehörlosen kann ich noch viel weniger als bei Hörenden davon ausgehen, dass das, was ich sage auch so aufgenommen wird, wie ich es erwarte.

Wie gehe ich mit der Betroffenheit um, mit meinen Erlebnissen mit Menschen, die auf meine Aussagen nicht in gewohnter Weise antworten. Was bedeutet für mich die Auseinandersetzung mit ungewohnten Erlebnisfeldern, mit fremden Lebensgewohnheiten. Was für Gefühle lösen diese in mir aus. Mit solchen und ähnlichen Fragen muss ich mich als Basis für meine Arbeit auseinandersetzen. Für mich als Therapeutin bedeutet dies, mich meiner eigenen Identität, meines persönlichen Standpunktes bewusst zu werden. Sprache strukturiert unsere Sicht der Wirklichkeit. Sie hilft uns das Erlebte, die vielen täglichen Eindrücke zu

ordnen, sie in Beziehungen zu setzen und somit zu verarbeiten. Mittels Sprache können wir zukünftiges Handeln vorwegnehmen, Verhalten gedanklich ausprobieren und somit auch Ängste abbauen. Wir schützen uns vor dem unmittelbaren Ausgesetztsein. Die Gehörlosen haben andere Erlebnisse mit ihrer Umwelt gemacht, andere Systeme der Strukturierung und Bewältigung der Realität gefunden. Als Säugling sind sie viel unmittelbarer den vielen Eindrücken ausgesetzt. Sie können sich zum Beispiel nicht mittels Kopfdrehen von einer herannahenden Person abwenden, den kommenden Reiz strukturieren. Erst in nächster Nähe oder bei Berührung können sie reagieren. Die Phase der Anpassung fehlt in diesem Beispiel. In der Gebärdensprache finden die Gehörlosen ihre Weise, die ihnen entsprechenden Kanäle der Wahrnehmung zu nutzen. Bewegung, Raum, Körperempfinden, visuelle Eindrücke machen sie sich zur Bewältigung der Eindrücke, zur Kategorisierung der Umwelt und ihrer Gefühle zu Nutze. In den ersten Lebensjahren besteht die Kommunikation aus stark nonverbalen Mustern wie Berührung, Atmung, Düfte, visuelle Eindrücke, Bewegung, Mimik usw. Das hörende Kind wird zudem durch seine akustischen Eindrücke in die Hörendenkommunikation eingeführt. Durch Nachahmung können sich die Wortzugehörigkeiten, die Sprach- und Denkkategorien bilden. Das gehörlose Kind ist oft in den ersten Jahren seinen eigenen Bewältigungsmechanismen ausgesetzt, um Beziehungen aufrecht zu erhalten und Eindrücke zu verarbeiten. Es ist noch kein differenzierter Raster da und wenig Boden, um Erlebnisse einzuordnen. Dies scheint mir ein wichtiger Aspekt in der Entwicklungspsychologie der Gehör-



losen zu sein, der seine Auswirkungen auf die therapeutische Arbeit von frühen Störungen hat. Gefühle von Ohnmacht, Verwirrung, Desorientierung, Überwältigtsein könnten schon hier ihre Wurzeln haben.... In meiner therapeutischen Arbeit wurde es mir immer wichtiger, zwischen allen Klienten und mir eine gemeinsame Sprache zu entwickeln. Damit meine ich, ein gemeinsames Medium der Verständigung zu finden, eins in der Sprache sein Der Weg dazu führt natürlich auch über den Gebrauch der uns gewohnten Ausdrucksmöglichkeiten, der nonverbalen Elemente wie Mimik, Gestik, Körperattraktionen, der Gebärden- sowie der Lautsprache. Das Wichtigste scheint mir jedoch eine gewisse geistige Offenheit, die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen, sich etwas entwickeln zu lassen. Wir begegnen uns als Mitmenschen mit eigenen Besonderheiten, vielen Gemeinsamkeiten wie etwa die Möglichkeit zu kreativem Handeln, nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten, Körper- und Geisthaftigkeit, psychisches Ausgerichtetsein als Mensch, kollektives Unbewusstes, Suche nach Beziehung und Kommunikation etc. Aus dieser Haltung wächst auch die Möglichkeit, den Kreis des über Sachverhältnisse sprechen, des Frage-Antwort Austauschens, des ja-nein, des schwarz-weiss Denkens zu überwinden und zu mehr Differenziertheit, zu breiter Denk-, Erlebnis- und Handlungsfähigkeit zu gelangen. In dieser Arbeit wird der Prozess wichtig, das miteinander einen Faden spüren.

Therapiemodelle und -techniken

In meiner therapeutischen Arbeit ziehe ich je nach Veranlagung, der Problemstellung, Standort im Therapieprozess verschiedene Therapiemodelle und -techniken bei. Meiner Ausbildung gemäss arbeite ich schwerpunktmässig in der Grundausrichtung der analytischen Psychologie, der Sandspieltherapie sowie der integrativen Paar- und Familientherapie. Techniken aus der Gestaltpsychologie, dem Psychodrama, des Autogenen Trainings und der Körperarbeit erweitern die therapeutischen Möglichkeiten.

In der Arbeit mit Gehörlosen beachte ich neben der Persönlichkeitsentwicklung vermehrt das soziale Umfeld, Arbeit, Schule, Familie sowie die Kommunikationsebene bei der natürlich die Hörbehinderung zum Thema wird. Zusätzlich zur Kommunikation

in der Gebärden- und Lautsprache ist es wichtig zu beobachten, auf welchen Kanälen sich das Gegenüber sonst noch ausdrückt. Ich versuche mit den Klienten in einen Prozess einzusteigen, in dem sie sich in verschiedenen Kanälen, durch verschiedene Sinne ausdrücken können.

Dazu einige kurze Beispiele:

- Ein Jugendlicher zieht durch das Therapiezimmer Schnüre. Er erfährt durch sein raum-visuelles Referenzsystem den gemeinsamen Raum, Dimensionen unserer Arbeit, aber auch Begrenztheit und Sicherheit. Er möchte auch sehen, was sich oberhalb, unterhalb und seitlich des Therapie-raumes befindet. In späteren Stunden bemalte er Spiegel, die er an verschiedenen Orten im Raum aufstellte. Das Bemalen meines sowie des eigenen Gesichtes wurde in einer nächsten Phase zentral. Das Erleben von innen und aussen, von Verborgenen und Sichtbarem führte in eine weitere Phase, in der er in verschiedenen Formen sein Ich darstellen konnte.
- Eine Frau schwieg lang, bewegte aber immer ihre Füsse, auch in meine Richtung. Ich nahm mit meinen Füßen ihre Bewegung an.
- Eine Frau war stark in innere Kämpfe verhaft. In einer Sitzung bemerkte sie ein indianisches Sonnenmandala im Therapiezimmer und wollte dieses selber aus Sand anfertigen. In einem Prozess von mehreren Stunden ordnete sie auf einer Symbol-Handlungsebene ihr inneres Chaos, und es entstand ein gemeinsames Erlebnis, worauf wir aufbauen konnten.

Möglichkeiten der Hilfe

Klinikum am Europakanal in Erlangen

Die Abteilung für psychisch kranke Hörgeschädigte am Klinikum am Europakanal in Erlangen in Deutschland bietet sowohl ambulante wie auch stationäre Hilfe an.

Die Spezialabteilung nimmt Hörgeschädigte aus dem gesamten Bundesgebiet sowie dem angrenzenden deutschsprachigen Ausland auf. Für die stationäre Diagnostik und Therapie stehen 25 Betten (überwiegend Doppelzimmer) zur Verfügung. Auch ambulante Behandlung ist möglich. Die Abteilung ist für die besonderen Bedürfnisse hörgeschädigter Menschen eingerichtet und hat z.B. Schreibtelefone, Faxgerät und Fernseher mit Videotext/DVD. Die Abteilungsleiterin ist Nervenärztin und selbst gehörlos. Die anderen Mitarbeiter (Stati-



onsärztinnen, Psychologe, Sozialpädagogin, Pflegepersonal, Bewegungstherapeut, Beschäftigungstherapeutinnen, Gehörloseenseelsorger, Sekretärin) haben Erfahrung in der Arbeit mit Hörbehinderten und können gebärden.

Die Abteilung für psychisch kranke Hörgeschädigte arbeitet sehr eng mit Diensten und Einrichtungen zusammen, die sich auf die Betreuung und Begleitung von hörgeschädigten Menschen spezialisiert haben. Ziel der Behandlung ist es, die Patientinnen und Patienten möglichst bald wieder in ihr gewohntes Umfeld zu entlassen.

Die Abteilung kann unter der Telefonnummer +49 9131/753-2255 (ST) erreicht werden.

Fach- und Beratungsstellen für Gehörlose und Hörbehinderte

Die deutschschweizerischen Fach- und Beratungsstellen für Gehörlose und Hörbehinderte haben im August 2006 ein Merkblatt „Gehörlosigkeit und psychische Probleme“ herausgegeben.

Bei Bedarf stehen die Fachpersonen (SozialarbeiterInnen und Gebärdensprach-DolmetscherInnen) der Beratungsstellen und ihren bestehenden Angebote zur Verfügung.

Kontakt: www.gehoerlosenfachstellen.ch

Ziel aller Bemühungen in der Arbeit mit psychisch auffälligen kranken hörgeschädigten Menschen muss es sein, ihnen durch eine multiprofessionelle Hilfestellung den Weg in ein beschwerdefreies Leben zu erleichtern.

[rr]