

Langzeitheimen mit ihren Patienten angehen können (vgl. «Krankenpflege» Nr. 3/92). Schwester Liliane Juchli fragt deshalb depressive Patienten ziemlich bald einmal nach ihrer Lebenszufriedenheit: «Wie leben Sie eigentlich?» Und: «Stimmt das noch?» [6a].

Die nächste Fortsetzung der Serie «Depression als Chance» beschäftigt sich mit Pflege, Begleitung und Therapie von Depressiven.

Literatur

Beispiel für die Zitierweise: [3/125] heisst, das 3. Buch der nachfolgenden Literaturliste auf Seite 125.

- [1] William Styron: Sturz in die Nacht, Köln 1991, Kiepenheuer&Witsch.
- [2] Winfried Huber: Probleme, Ängste, Depressionen, Bern 1992, Verlag Hans Huber.
- [3] Ursula Goldmann-Posch: Tagebuch einer Depression, München 1985, Knauer.
- [4] Hans Reinecker: Lehrbuch der Klinischen Psychologie, Göttingen 1990, Verlag für Psychologie.

- [5] J. Angst: Der Begriff der affektiven Erkrankung. In: K.P. Kisker u.a. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 5, Berlin 1987, Springer.
- [6] Schwester Liliane Juchli: Bilder einer Depression, Stuttgart 1987, Kreuz Verlag.
- [6a] Gespräch mit Schwester Liliane Juchli vom 26. August 1994 in Bern.
- [7] Daniel Hell: Welchen Sinn macht Depression? Reinbek 1992, Rowohlt.
- [8] Hans Fankhauser, Anton Peier: Die Psychiatrische Diagnose, Bern, Okt. 1994 (unveröffentlichtes Manuskript).
- [9] C.G. Jung u.a.: Der Mensch und seine Symbole, Olten 1968, Walter-Verlag.
- [10] P. Kielholz u.a.: Die larvierte Depression, Köln 1981.
- [11] Ursula Nuber: Depression, Zürich 1991, Kreuz Verlag.
- [12] Verena Kast: Trauern, Stuttgart 1982, Kreuz Verlag.
- [13] Simone Grawe: Depression als Chance, in: «Brennpunkt», Schweiz. Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie, Nr. 26, Januar 1986.
- [14] Romano Guardini: Vom Sinn der Schwermut, Mainz 1983, Matthias-Grünwald-Verlag.
- [15] Hilarion Petzold: Integrative Therapie mit kreativen Medien... In: Integrative Therapie 2-3/1987.
- [16] Gespräche vom 29.9.1994 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern mit einer Patientin, der Pflegedienstleiterin und zwei Pflegenden.

RÉSUMÉ

Depression: la maladie silencieuse

Les dépressions graves sont dix fois plus fréquentes aujourd'hui qu'il y a cinquante ans; ce sont d'ailleurs les maladies psychiques les plus fréquentes. Souvent, cette maladie silencieuse n'est pas reconnue par les médecins et les soignants. Cet article décrit dans le détail les symptômes de la dépression – humeur dépressive, perte d'intérêts, problèmes de poids, troubles du sommeil, fatigue, perte des valeurs, sentiments de culpabilité et tendances suicidaires.

La moitié, voire deux tiers des dépressions peuvent être soignées – c'est-à-dire que la situation peut être améliorée; dans environ 10 à 20% des cas, la dépression peut devenir chronique et dans 15% des cas elle se termine par un suicide.

Le facteur de risque le plus important est le manque de soutien social; mais il y a d'autres facteurs, par exemple un nombre élevé d'enfants dans la famille, pas d'activité professionnelle ou encore la perte de la mère au cours de l'enfance.

Pour les soignants, il importe de savoir reconnaître quelles ont été les pertes vécues par le patient. De l'avis de l'auteur, la dépression correspond à «une évolution entravée, un retour en arrière au niveau du développement psychique, une stagnation dans le processus d'évolution vers l'adulte». Il est donc fondamental de comprendre «le nœud dans la biographie d'un patient» si l'on veut pouvoir aider une personne dépressive.

Problematische Benennungen der Depression

«Babylonische Sprachverwirrung»

Daniel Hell diagnostiziert «eine schon fast babylonische Sprachverwirrung», wenn Schwermütige einmal als «endogen depressiv», als «melancholisch» oder als «affektpsychotisch» diagnostiziert (und schubladisiert) werden. «Mit dem Reichtum an Fremdwörtern nimmt der Erkenntnisgrad nicht zu» [7/38], meint er selbstkritisch seinem Berufsstand gegenüber.

Hans Fankhauser und Anton Peier, beides Oberärzte an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Bern, stellen ebenfalls fest, dass Patienten oft ganz unterschiedlich diagnostiziert werden. Quer durch lange Krankengeschichten hindurch ergebe sich manchmal «ein regelrechter Querschnitt eines psychiatrischen Glossars». Im weiteren hätten einige Kollegen «eine besondere Vorliebe für eine bestimmte Diagnose» und gelegentlich konnten sie sich sogar des Verdachts nicht erwehren,

«dass Gutachten-Tätigkeit eine besondere Form der Autobiographie sein könnte» [8].

Beobachtungen über sichselbst-erfüllende Auswirkungen psychiatrischer Diagnosen in unserer wissenschaftsgläubigen Zeit haben dazu geführt, dass von antipsychiatrischer Seite Diagnosen abgelehnt werden. «Viele selbständige Psychiater und Privatkliniken sind mit diagnostischen Mitteilungen sehr zurückhaltend, um ihre Patienten nicht zusätzlich zu traumatisieren», umschreiben Fankhauser und Peier eine Möglichkeit, sich in der diagnostischen Zwickmühle zu verhalten.

Ausser der Unterscheidung endogen – nicht endogen sind verschiedene Unterteilungen versucht worden wie beispielsweise primär – sekundär, reaktiv – endogen, unipolar – bipolar, neurotisch – psychotisch usw. Doch diese Einteilungen sind aufgrund

von Forschungsergebnissen «sehr in Frage gestellt», wie sogar in Reineckers «Lehrbuch der Klinischen Psychologie» [4/129] zu lesen ist.

Vieles spricht dafür, und auch Liliane Juchli [6a] geht davon aus, dass die Wahrheit bei diesen polaren Aufteilungen irgendwo dazwischen liegt [5/34]. In der modernen angelsächsischen Psychiatrie wird denn auch weitgehend auf eine typologische Abgrenzung verzichtet und hauptsächlich zwischen leichteren (minor) und schwereren (major) Depressionen unterschieden [7/39]. Für die Pflege spielen die psychiatrischen Diagnosen allenfalls im Sinne von Hintergrundwissen eine Rolle – wichtiger ist, den Patienten mit seinen momentanen Ressourcen und Schwächen zu erkennen und ihn aufgrund seiner Biographie zu verstehen.