

## «Pharmakogene depressive Verschiebung» bei schizophrenen Psychosen

*N. Bobaček*

Bekanntlich ist die Gefahr von versuchten und vollendeten Suiziden von allen Psychosen am häufigsten bei Depressionen verschiedener Ätiologie. Diese Gefahr wird durch Psychopharmaka wohl vermindert, doch kann eine ambulante Behandlung mit Antidepressiva einen Selbstmord nicht immer verhüten, weil die psychomotorische Entspannung und der Schwund von Depressionsideen und Selbstmordtendenzen nicht immer parallel gehen.

Die vorliegenden Ausführungen betreffen die Suizidalität bei schizophrenen Psychosen, weil diese, der Häufigkeit nach, an zweiter Stelle von psychotischen Selbstmorden stehen. Neben den bekannten Ursachen von Selbstmord bei paranoid-halluzinatorischen Schizophrenien hat der Autor eine neue Ursache, und zwar eine pharmakogene, beobachtet.

Während der Behandlung solcher Schizophrenien mit Piperazin-Phenothiazinen – es handelt sich um 350 mit Butyrylperazin und 150 mit Fluphenazin behandelten Frauen – kam es nach Schwund des paranoid-halluzinatorischen Syndroms in 11–12% aller Behandelten zu depressiven Psychosen von vital-depressivem Charakter. Die beobachteten Fälle waren reine Schizophrenien, ohne Heredität im Sinne von Depressionserscheinungen, ohne vorherige depressive Episoden, und außerdem handelte es sich nicht um Mischpsychosen als auch nicht um depressive Krankheitsbilder bei Schizophrenien.

Dieses Phänomen bezeichnet der Autor als «depressive pharmakogene Verschiebung». Er deutet sie als Interferenz der Persönlichkeitsstruktur mit Psychotizismusfaktoren und der Einwirkung der Pharmaka. Seiner Meinung nach ist das paranoid-halluzinatorische Syndrom in der Persönlichkeit am oberflächlichsten strukturiert, das depressive jedoch in den tieferen Schichten gelagert. Entfernt man durch die Pharmaka das oberflächliche Syndrom, so kommt das tiefer liegende zum Vorschein. Aus dieser «depressiven Verschiebung» oder «depressiven Enthüllung» entstehen neue therapeutische und soziale Probleme. Therapeutisch kann das Problem leicht gelöst werden, indem man eine erhaltene neuroleptische Therapie mit antidepressiven Mitteln aus der Thymoleptika-Gruppe kombiniert. Aber das soziale Problem ist ein weit bedeutenderes, weil es die Zahl von Suiziden erhöhen kann. Die Erkennung einer «depressiven Verschiebung» ermöglicht daher einem Selbstmord in solchen Fällen vorzubeugen.

Adresse des Autors: Dr. N. Bobaček, Neurologische und psychiatrische Universitätsklinik, Zagreb, Jugoslawien.

## Telephonseelsorge als Mittel der Selbstmordprophylaxe

*O. Kehr*

Da der Selbstmord nicht allein pathologisch bedingt ist, sondern meist durch das Zusammentreffen vieler Faktoren ausgelöst wird, sollte dringend überlegt werden, wie die Vielfalt der Aufgabe auch in einer Vielfalt der Arbeitsweise des Kongresses seinen Ausdruck findet. Die Suizidprophylaxe dürfte bei weitem nicht nur die Aktion des Psychiaters sein. Die Arbeit müßte durch ein breit gestaffeltes Team von Sozialarbeitern, Soziologen, Psychologen, Anthropologen, Theologen, Pädagogen, Juristen usw. geleistet werden. Die Praxis zeigt, daß viele Suizidanten nach 3 bis 8 Tagen aus der Klinik entlassen werden. Das heißt: Der Patient tritt ohne Übergang aus der entspannten Atmosphäre der Krankenanstalt wieder in das alte spannungsgeladene Milieu ein, das durch den Suizidversuch meist noch schwieriger geworden ist.

Ebenso wesentlich wie die psychiatrischen Bemühungen sind in der Nacharbeit die rechte Gesprächsführung, Lebenshilfe, Lebensbegleitung, das Annehmen durch die Gesellschaft, die Resozialisierung in der Arbeitswelt, die Sublimierung pathologischer Anlagen

und vor allem die Sinnerhellung und die Lösung der Schuldfrage. Das Wort Morgensterns gilt hier: «Man kann den Weg nicht wissen, wenn man vom Ziel nicht weiß.»

Die publizistische Arbeit an der Öffentlichkeit hätte nicht nur mit Tabus aufzuräumen, sondern sich auch um positive Hilfen zu bemühen, daß gerade den Gefährdeten die Verwirklichung eines Menschseins ermöglicht wird. Auch müßte die Arbeit in der Öffentlichkeit ein neues Klima schaffen und vielleicht auch neue Maßstäbe zur Lebensorientierung finden.

Adresse des Autors: *Otto Kehr*, Pfarrer, Telephoneseelsorge, Postfach 612, Stuttgart-N. (BRD).

### **Zum Problem des unbewußten Selbstmordes, am Beispiel der Colitis Ulcerosa**

*F. Labhardt* und *H. Kahr*

Es wird das Problem des unbewußten Selbstmordes am Beispiel der Colitis Ulcerosa diskutiert. Fünf Hauptfaktoren innerer und äußerer Herkunft werden für die Entstehung der Krankheit verantwortlich gemacht. Im Vordergrund der Symptomatik steht häufig auch das depressive Zustandsbild. Der Verlauf der Erkrankung wird durch den «Lebensstil» im Zeitpunkt der Fixierung der Erkrankung bestimmt. Der Ausgang derselben in Ausheilung, chronischen Verlauf und plötzlichen Tod ist wesentlich abhängig von den Entfaltungsmöglichkeiten der Persönlichkeit.

Adresse der Autoren: PD Dr. *F. Labhardt* und Dr. *H. Kahr*, Psychiatrische Universitätsklinik, Wilhelm-Klein-Straße 27, 4000 Basel.

### **Ursachen des Selbstmordes bei Strafgefangenen**

*E. Nau*

Außer den geschilderten psychischen Belastungssituationen, die sich bei Untersuchungs- und Strafgefangenen aus Gründen der Prozeßführung ergeben, fordern alle jene seelischen Konflikte, die aus besonderen familiären, beruflichen oder finanziellen Schwierigkeiten schon vor der Inhaftierung bestanden haben, oder aus dem Bekanntwerden der Verdachtsmomente bzw. der Straftaten selbst entstanden sind, Beachtung.

Vor allem in Jugendgefängnissen muß an die Möglichkeit von Suiziden als Kurzschlußreaktion gedacht werden.

Bei Jugendlichen sei nur an die Vorwürfe oder Loslösung seitens der Eltern oder Freunde, die Ablehnung irgendwelcher Anträge, aber auch an akute Angstzustände erinnert, welche durch die Furcht vor Repressalien der von ihnen belasteten Mittäter motiviert sind.

In Gefängnissen für Erwachsene ist eine ernsthafte Suizidgefährdung gegeben, wenn präsenile Veränderungen mit Neigung zu depressiven Reaktionen nicht erkannt werden und eine Verlegung in Einzelhaft erfolgt.

Die Häufigkeit der Suizide und Selbstmordversuche in Gefängnissen steht nach meiner langjährigen Beobachtung als forensischer Psychiater in einem direkten Verhältnis zu der Vorbildung und persönlichen Erfahrung, dem Einfühlungsvermögen und mitmenschlichen Verständnis aller im Strafvollzug tätigen Persönlichkeiten. Hier ist der Ansatzpunkt für eine erfolgversprechende Prophylaxe in Form einer besonderen Ausbildung der Gefängnisärzte unter Berücksichtigung moderner psychologisch-psychiatrischer Erkennt-