

geboorteregeling niet meer te zijn wanneer men er echt aan toe is.

In de tweede plaats moge het duidelijk zijn geworden, dat het verschijnen van een nieuw en belangrijk middel, dat waarschijnlijk beter werkt dan de tot dusverre bekende middelen, onze verantwoordelijkheid weer groter maakt. Niet alleen van ons artsen, maar van alle mensen. Elke technische vervolmaking eist van ons een steeds meer verantwoord handelen. De aanwezigheid van de atoombom eist een meer verantwoord politiek handelen. De steeds meer gecompliceerde maatschappij vraagt van ons een meer verantwoord opvoedkundig handelen tegenover onze kinderen. En zo eist van ons de aanwezigheid van een middel, dat het kindertal kan regelen, een scherpere bezinning op de vraag, of het al of niet toepassen ervan in een concreet geval verantwoord is of niet. Alleen door het willen en kunnen dragen van die verantwoording zal het bestaan van een middel als de orale pregestagenen in ons midden aanvaardbaar zijn.

Banning, W. (1959) *Sotera* 9, 165.

Barth, K. (1951) *Kirchliche Dogmatik*, Zürich.

Brillenburg Wurth, G. (1951) *Het christelijke leven in huwelijk en gezin*, Kampen.

Nederlands Gesprekscentrum (1953) Publikatie no. 8.

Es, J. C. van (1960) *T. Soc. Geneesk.*, 111.

Haas, J. H. de (1962) *Planning in de wereldgezondheidszorg*, Leiden.

Heek, F. van (1954) *Het geboortenniveau der Nederlandse Rooms Katholieken*, Leiden.

Hill, R. e.a. (1959) *The family and population control*, Chapel Hill.

Hofstee, E. W. (1962) *Drift en koers*, 13.

Hoogenkamp, P. A. (1956) *Ontwikkeling, voeding en voedingstoestand van zuigelingen en kleuters op Kalimantan, Selatan (Z.-Borneo, Indonesië)*. Acad. proefschrift, Amsterdam.

Koya, Y. (1962) *Population studies*, 16 (I), 4 (II).

Kruyt, C. S. (1961) *De verstedelijking van Nederland*, Assen.

Lewis-Faning, E. (1949) *Family Limitation and its Influence on Human Fertility during the Past Fifty Years*, London.

Mattey, R. (1960) *Ann. Nestlé*, 25.

*Pius XII* (1951).

*Parliament* (1962) *Lancet*, 1295.

Sauvy, A. (1960) *Het bevolkingsvraagstuk in de wereld*, Utrecht/Antwerpen.

Sutter, J. (1962) *Conc. med.* 84, 399.

Tesch, J. W. (1959) *Antecedenten en consequenties van gezondheidszorg*, Wageningen.

Tietze, C. (1962) *Population studies* 16, 31.

*United Nations* (1958) *Population studies* no. 28.

*Universiteit van Amsterdam* (1957) *Symposium over energie*.

Veer, A. J. van 't (1962) *Mens en maatschappij* 37, 24.

*Centraal Bureau voor de Statistiek* (1947) *Gegevens van de 12de volkstelling annex woningtelling*.

## Zur Problematik der Selbstmordhandlungen von Eheleuten\*

VON E. RINGEL

Wohl bei Betrachtung keines Problemkreises, welcher mit dem Selbstmord zusammenhängt, darf die grundlegende Unterscheidung zwischen Ursache und Motiv einer Selbstmordhandlung, die seinerzeit Gaupp getroffen hat, ausser acht gelassen werden; unter dem Motiv haben wir jenen Faktor oder jene Faktorengruppe zu verstehen, die der Suicidant von sich aus mit seiner Tat in Zusammenhang bringt, die er also als Grund der Selbstmordhandlung mehr oder minder anschuldigt.

Die Ursache hingegen ist immer in der Persönlichkeit selbst zu suchen, in ihrer gestörten, wie wir vom psychiatrischen Standpunkt aus wohl sagen können, pathologischen Struktur, welche eine solche Herabsetzung der unbegrenzten Toleranzbreite des normalen Menschen zur Folge hat, dass bestimmte Ereignisse des Lebens die Rolle eines auslösenden Motives der Selbstmordhandlung zu spielen vermögen. Wichtig ist, dass diese eigentliche tiefere Ursache gewöhnlich den Betroffenen selbst nicht zu Bewusstsein kommt, also unbewusst bleibt. Im Grunde meint die Einteilung von *William Stern* in Pheno- und Genomotive das gleiche, wenn dieser Autor die Phenomotive definiert als die Gesamtheit

der Vernunftüberlegungen, die für die Tat verantwortlich gemacht werden und unter den Genomotiven jene Triebe und Neigungen verstanden wissen will, die den Täter in Wirklichkeit zum Handeln zwingen. Von dieser Grundlage ausgehend, erübrigt es sich, zu betonen, dass die Eheproblematik, wie immer sie auch im einzelnen Fall gelagert sein mag, nur das Motiv zu Selbstmordhandlungen beisteuern kann, während wir die eigentliche Ursache — und das ist vor allem therapeutisch besonders wichtig — in der Persönlichkeit selbst zu suchen haben.

Andererseits kann aber nicht gelehrt werden, dass als das auslösende Motiv von Selbstmordhandlungen die Ehe- und Liebesproblematik (beide haben ja manches Gemeinsame, aber auch viel Unterschiedliches) eine überraschend grosse Rolle spielt.

Von allen Aufnahmen wegen eines Selbstmordversuches auf der psychiatrischen Klinik innerhalb eines Jahres stand nicht weniger als die Hälfte im Zusammenhang mit Eheschwierigkeiten. Interessant ist dabei, dass das weibliche Geschlecht nicht nur hinsichtlich der Zahl der Selbstmordversuche überwiegt, sondern dass bei den Selbstmordhandlungen der Frau die Eheproblematik eine dominierende, jedenfalls bei weitem grössere Rolle spielt, als bei denen des Mannes. Es wurde zu wiederholten Malen versucht, die Gründe für diese immer wieder beobachteten Tatsachen zu finden, der überzeugendste

\* Voordracht, gehouden voor de Boerhaave-cursus „Conflict in en van het huwelijksleven“, april 1962, Leiden. Aus der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Wien; Vorstand: Prof. Dr Hans Hoff.

scheint dabei wohl der zu sein, dass die Frau eine viel intensivere Beziehung zu ihrem Körper hat als der Mann, und wohl auch mehr geneigt ist, im Kampf der beiden Geschlechter diesen Körper einzusetzen, bzw. ihre Konflikte am eigenen Körper abzureagieren und auszutragen. Es handelt sich hier offensichtlich um ein „payer de sa personne in eigentümlich erweitertem Sinne“ wie es *Kauders* genannt hat.

Bezeichnend ist es auch, dass Ehekonflikte bei vollendetem Selbstmord eine weit geringere Rolle spielen als beim Selbstmordversuch, wie ich erst jüngst in einer die Geschichte von fünfzig Selbstmorden aufrollenden Studie nachweisen konnte (*Ringel*, 1961).

Auf Grund der gewonnenen Erfahrungen fühlen wir uns nun berechtigt, bei Selbstmordhandlungen von Eheleuten prinzipiell zwei Gruppen zu unterscheiden:

1 Solche, die mit der Intention unternommen werden, eine gefährdete Ehebeziehung wieder zu bessern;

2 solche, die in einem Zeitpunkt gesetzt werden, wo jede Hoffnung auf das Behaltenkönnen, den weiteren Besitz des Partners, verlorengegangen ist. (Die sich daraus ergebende Einteilung hat viel Ähnlichkeit mit derjenigen, die *Hendin* prinzipiell bei Suicidanten vornimmt, wenn er zwischen solchen, die Liebe erzwingen wollen und anderen, die um Verlust des Liebesobjektes trauern, unterscheidet.)

Wollen wir uns zuerst mit der ersten Gruppe beschäftigen, so ergeben sich folgende Aspekte:

a In ihrer Durchführung sind diese Selbstmordhandlungen in der Regel so abgeschwächt, dass es nicht zu einer ernsten Gefährdung des Lebens kommt. Man könnte sie als den typischen Ausdruck einer inneren Ambivalenz bezeichnen, wobei Tendenzen, sterben zu wollen, sich mit solchen, die sich an das Leben klammern, die Waage halten und damit soweit aufheben, dass es nur zu insuffizienten Selbstmordhandlungen kommt. Es wäre unserer Meinung nach aber ein grober Fehler, diese Selbstmordversuche deshalb als „Theater“ abzutun, ja selbst der Ausdruck „demonstrativer Selbstmordversuch“ scheint uns noch nicht das Wesentliche des damit angeschnittenen Problemes zu beinhalten. Es liegt vielmehr darin, dass in solchen Handlungen ein Mensch zum Ausdruck bringt: Ich werde mit meinem Problem unter Anwendung normaler Mittel nicht fertig; es handelt sich also im Grunde um einen „Hilfeschrei“ wie *Schneidman* und *Farberow* es trefflich klassifiziert haben. Abgesehen davon, dass auch solche abgeschwächte Selbstmordhandlungen oft durch einen unglücklichen Zufall tödlich ausgehen können, wie gerade die Gerichtsmediziner (*Schwarz*) wissen, werden wir diesem Problem nur dann gerecht werden, wenn wir auf die Notsituation eines Menschen, wie sie sich durch eine solche Selbst-

mordhandlung verrät, therapeutisch näher eingehen. Aus zahlreichen katamnestischen Untersuchungen sind tödliche Selbstmorde bekannt, in deren Vorgeschichte sich (oft sogar mehrere) demonstrative Suicidversuche finden: Wer wollte bezweifeln, dass es hätte gelingen können, diese Menschen am Leben zu erhalten, wenn man rechtzeitig den Hilfeschrei mit entsprechenden Massnahmen beantwortet hätte, statt ihn zu ignorieren.

b Auffällig, und in gewissem Sinne immer wieder erschütternd ist die Tatsache, dass solche Selbstmordhandlungen in der Regel im Moment auf die betroffenen Angehörigen einen tiefen Eindruck machen. Was durch zahlreiche Bitten nicht zu erreichen war, das wird jetzt sofort unter dem Eindruck des Selbstmordversuches gewährt, feierliche Versprechungen werden gegeben, es wird betont, „dass man ja dazu immer schon bereit gewesen wäre, wenn man es nur gewusst hätte“. Alles scheint also relativ rasch in ein gutes Geleise zu kommen, und man kann leicht als Arzt dem Eindruck erliegen, als wäre jetzt, da alles wieder in Ordnung ist, eine weitere Hilfe nicht nötig. Gestützt werden solche Annahmen zusätzlich durch Feststellungen verschiedener Autoren, etwa vom Range eines *Stengel*, wonach in einem hohen Prozentsatz der Suicidant mit seiner Handlung sein angestrebtes Ziel — gewöhnlich die Verbesserung der Ehebeziehung — auch tatsächlich erreicht.

c Obwohl es vielleicht unangenehm ist, dieses erfreuliche Bild zu zerstören, muss nun doch auf Grund jener langjährigen Nachbeobachtung aller Selbstmordversuche, die in Wien in gemeinsamer Zusammenarbeit von Lebensmüdenfürsorge und Psychiatrischer Klinik durchgeführt wird, gesagt werden, dass diese optimistische Prognose auf längere Sicht in keiner Weise der Wirklichkeit entspricht.

Die Nachbeobachtung zeigt, dass die Betroffenen nur allzubald vielfach in ihr früheres Verhalten zurückfallen: die guten Vorsätze sind dann restlos vergessen und alsbald herrscht wiederum eine Situation, die mehr oder minder intensiv eine Wiederholung der Selbstmordhandlung heraufbeschwört. Wir dürfen in diesem Zusammenhang ja auch nicht vergessen, dass oft aus neurotischen oder psychopathischen Störungen heraus (und vom Standpunkt der eigentlichen Ursache, der Persönlichkeitsstruktur also, handelt es sich bei den Selbstmordversuchen oft um solche) auch die Partnerwahl ganz entscheidend beeinflusst wurde, wodurch sich etwa z.B. eine „Neurose zu zweit“ oder eine „Komplementärneurose“ in der Ehe etabliert hat, eine Situation, die jedenfalls die Wahrscheinlichkeit des Rückfalles in die alten Verhaltensweisen wesentlich erhöht.

Wir führen dies deswegen an, weil wir glauben, dass es verhängnisvoll wäre, sich von der anfänglich eingetretenen Besserung der Ehesituation täuschen zu lassen. So schön und bequem es für uns Ärzte

wäre, die Wirklichkeit ist leider eine andere! Wenn es uns in Wien gelungen ist, die Rückfallquote von Selbstmordhandlungen, die nach den Angaben der Weltliteratur um 15 Prozent liegt, auf etwa 4-5 Prozent zu senken (Ringel, 1960), so nur deswegen, weil wir durch unsere konsequente Nachbetreuung imstande waren, die neuerliche Verschlechterung der Ehesituation rechtzeitig durch therapeutische Massnahmen aufzufangen.

\* \* \*

Wir wollen nun zur zweiten Gruppe übergehen, also jenen Personen, die die Hoffnung auf die Erhaltung eines bestimmten Partners praktisch aufgegeben haben. Ueberflüssig zu sagen, dass hier die Tendenz der Hoffnungslosigkeit eine viel stärkere ist, dass hier die Selbstmordhandlungen höchstens ganz entfernt noch als ein Mittel zur Änderung der Situation angesehen werden und dass sie daher viel gefährlicher angelegt sind und dementsprechend auch viel häufiger zum Tode führen.

Auf den ersten Blick ist man geneigt, zu glauben, dass es sich dabei um den Ausdruck einer besonders intensiven Liebeszuwendung handelt: Es scheinen ja Menschen zu sein, die in ihrer Partnerwahl bereits zu einer solchen Differenzierung fortgeschritten sind, dass sie offenbar ohne einen bestimmten Menschen nicht leben können, der Ersatz einer Person durch eine andere nicht durchführbar ist. Leider ist es, wie auch sonst so oft, die undankbare Pflicht des Tiefenpsychologen, dieses idealistische Gebäude zu zerstören; denn auch hier dominieren oft genug typische neurotische Verhaltensweisen. Zuerst einmal muss berücksichtigt werden, dass oft gerade in jenem Moment, wo ein bestimmter Partner verloren zu gehen droht, das vorgenommen wird, was Etienne de Greeff sehr zurecht einen „Revalorisationsprozess“ genannt hat. Jahrelang hat man dem Partner nicht die gebührende Beachtung geschenkt und in keiner Weise das Mass an Zuwendung und Verständigungsbereitschaft aufgebracht, welches zu jener äusserst schwierigen Form des menschlichen Zusammenlebens, die wir Ehe nennen, unbedingt notwendig erscheint. Bemühungen schienen unnötig, offenbar deswegen, weil man den Partner ja sowieso besass, seiner „sicher“ war; in jenem Moment aber, wo sein Verlust droht, erfolgt nun, wohl in einer „Überkompensation“ seine Überwertung und damit zugleich entsteht das Gefühl des Nicht-Aushalten-Könnens seines Verlustes (Schuldgefühle und daraus resultierende Bestrafungswünsche mögen dabei ebenfalls eine Rolle spielen).

So entwickelt sich eine neurotische „*Conditio sine qua non*“, wie es Frankl zurecht genannt hat, die sich in der Haltung ausdrückt: Wenn ich nicht mit diesem Menschen leben darf, wenn mir das verwehrt wird, dann kann und will ich überhaupt nicht leben. Strukturanalytisch wird dieser Zusammenhang vielleicht noch deutlicher: Wenn La Rochefoucauld einmal betont hat, dass es kein Gefühl gäbe, bei dem die Eigenliebe so sehr mitspielt, wie die

Liebe, so scheint dies für diese Fälle besonders zuzutreffen.

Man gewinnt den Eindruck, dass deren Liebeszuwendung niemals etwas anderes gewesen ist, als das Überfliessen narzistischer Libido auf den Partner, um einen ausgezeichneten Ausdruck *Aichhorns* zu gebrauchen. Es ist also in diesen Emotionen vorwiegend Egozentrität enthalten: Im Moment nun, wo das Ausleben derselben mit dem Partner verunmöglicht wird, wendet sie sich in charakteristischer Weise auf die eigene Person zurück: Aggressive Egozentrität, die als Liebe getarnt war, wandelt sich in Selbstvernichtung. Bezeichnend für diese Zusammenhänge ist etwa die Erklärung einer unserer Patientinnen: „Ich wäre eher bereit, den Mann an den Tod zu verlieren, als an die andere Frau“. Wenn also irgendwo, so hat in diesem Zusammenhang die psychoanalytische Theorie, dass jeder Selbstmord im Grunde ein verhinderter Mord sei, ihre Berechtigung. Es lässt sich hier unschwer erkennen, dass dem verlorenen Ehepartner oder auch dem Konkurrenten oder der Konkurrentin der Tod gewünscht wird, dass diese aggressive Tendenz aber wiederum, so wie zuerst in der Liebesbeziehung, altruistisch getarnt wird, indem man sich etwa selbst aus dem Wege räumt, um „dem Glücke des Partners nicht im Wege zu stehen“. Dahinter steht natürlich unbewusst der Wunsch, das Leben des treulosen Partners für alle Zeiten durch die Erinnerung an den „seinentwillen erfolgten Selbstmord“ zu verdüstern, ja zu zerstören. Man könnte also auch sagen: Wo Liebe nichts anderes ist, als getarnte Ichsucht, dort droht bei ihrem Scheitern die Tarnung der Aggression gegen den Partner als Selbstaggression. Vieles ist bereits geschrieben worden über die Zusammenhänge zwischen Liebe und Tod, wobei immer wieder seit Freud auf die nahe Verwandtschaft von Eros und Tanatos hingewiesen wurde. Unserer Ansicht nach scheint es aber hier doch unbedingt notwendig zu sein, zwischen echter Liebe, die soweit dies dem Menschen möglich ist, das Egozentrische überwindet und deren Geheimnis sich „als grösser erweist als das Geheimnis des Todes“ (Wilde) und egozentrischer (psychiatrisch gesehen neurotischer oder psychopathischer) „Liebe“ zu unterscheiden, deren Affinität zur Zerstörung und damit auch zur Selbstzerstörung eine auffällig grosse ist. Deutlich kommt dies auch in den Doppelselbstmorden zu Tage, deren Problematik Ghysbrecht eine ausgezeichnete Studie gewidmet hat, damit gleichzeitig wertvolle Anregungen gebend für die gesamte Frage des Zusammenhanges zwischen Suicid und den Beziehungen der Geschlechter.

Man kann dieses dunkle Kapitel zwischenmenschlicher Beziehungen nicht abschliessen, ohne darauf hinzuweisen, dass die bewussten oder unbewussten Aggressionen von Ehepartnern oft auch eine entscheidene Rolle dabei spielen, dass es tatsächlich zur praktischen Durchführung der Selbstmordhandlung kommen kann; vor allem die Bagatellisierung der offensichtlich bestehenden Selbstmordgefahr fällt hier ins Gewicht. In den Vereinigten Staaten

hat das Team um *Robins* und *Gassner* nachgewiesen, dass 69 Prozent aller Selbstmörder ihren Selbstmord in direkter oder indirekter Form ankündigen; in meiner hier bereits erwähnten Untersuchung war der Prozentsatz ein noch höherer (78 Prozent).

Es steht demnach ziemlich fest, dass entgegen einem weit verbreiteten Laienvorurteil, die meisten Selbstmörder ihre Absichten vorher verraten, wohl vor allem deshalb, weil es der menschlichen Natur angesichts des ihr innewohnenden Selbsterhaltungstriebes eigen ist, sich auch noch in der grössten Verzweiflung irgendwie an die Hoffnung, am Leben bleiben zu können, zu klammern. Es erscheint uns nun sehr beachtlich, dass unter den verschiedensten Motivationen und Vorwänden diese Ankündigungen von den Ehepartnern oft überhört werden. Vielfach ist in Ehen eine solche Entfremdung eingetreten, dass man sich darin geübt und daran gewöhnt hat, das, was der andere sagt, überhaupt nicht zu beachten. Manchmal wieder wird angenommen, dass man damit „erpresst“ werden solle, woraus geradezu die moralische „Verpflichtung“ abgeleitet wird, darauf nicht „hereinzufallen“; oder man besänftigt die jäh entstehende Angst mit der (durch nichts begründeten) Beruhigung, „dass es schon nicht so schlimm ausfallen werde“.

Es ist im einzelnen Fall oft nicht so leicht, zu beurteilen, wieweit hier der Ehepartner unbewusst oder gar bewusst den anderen gleichsam zum Tode verurteilt. Wir haben vor einiger Zeit einen Fall gesehen, wo ein Mann im Verlauf einer einzigen Woche nicht weniger als zweimal seine Frau bei geöffneten Gashähnen vorfand. Er war sehr stolz darauf, ihr zweifacher „Lebensretter“ zu sein, fand es aber im übrigen nicht nötig, irgendetwas zu unternehmen, um weitere Wiederholungen zu verhindern; er war überrascht und völlig gebrochen, als der Frau wenig später beim dritten Mal ihre Selbstmordhandlung glückte, wobei sie noch die beiden Kinder in den Tod mitnahm (erweiterter Suicid).

Eindeutig bewusste Todeswünsche liegen dort vor, wo der Ehepartner direkte Aufforderungen zum Selbstmord ausspricht. Auch diesbezüglich verfügen wir leider über ein reichhaltiges Material, aus dem wir nur die folgenden zwei Beispiele anführen möchten:

Ein 45-jähriger Mann hatte einen Selbstmordversuch mit Leuchtgas unternommen, war aber rechtzeitig entdeckt worden; von einer Spitalseinweisung wurde Abstand genommen, der Suicidversuch verheimlicht. Später sagte die Frau zu ihm: „Ein richtiger Mann müsste das schon so machen können, dass es gelingt und dass keine Möglichkeit auf Rettung besteht“. Wenig später ertränkte sich der Mann in einem einsamen Waldteich.

Eine Patientin, jahrelang an Asthma bronchiale leidend und in den letzten Monaten völlig arbeitsunfähig, kam mit einem äusserst ernstesten Selbstmordversuch an die Klinik. Nach ihrer Rettung berichtete sie, dass der Gatte vier Wochen vor der Selbst-

mordhandlung etwa in folgendem Sinne mit ihr gesprochen habe: „Als ich im Krieg in russische Gefangenschaft kam, da habe ich mir vorgenommen, Selbstmord zu begehen, wenn ich in der Gefangenschaft zum Krüppel werden sollte; denn man kann keinem Menschen zumuten, mit einem Krüppel durch längere Zeit zu leben.“

Es wird uns nicht wundern, dass in allen Fällen, wo, bewusst oder unbewusst, die Angehörigen mit Schuld daran sind, dass es zur Ausführung der Selbstmordhandlung kommen konnte, bei diesen ein anhaltendes Schuldgefühl bestehen wird, welches zu mehr oder weniger starken Depression führt. So kommt es nicht selten zu konsekutiven Selbstmordhandlungen in der nächsten Umgebung von Selbstmördern, wobei unter Umständen sich eine ganze Kette von Selbstmordhandlungen entwickeln kann (das ist eine der Möglichkeiten durch welche die sogenannten „Selbstmörderfamilien“ zustande kommen). Nicht zuletzt um dieser drohenden Entwicklung Einhalt zu gebieten, haben wir es uns zur Gewohnheit gemacht, überall dort, wo eine Selbstmordhandlung geschehen ist, auch die Angehörigen in die prophylaktische Betreuung einzubeziehen.

Begreiflicherweise war es in diesem Rahmen nur möglich, einige Gesichtspunkte abzuleiten. Niemand wird leugnen, dass die unaussprechbare Fülle des Lebens immer wieder individuelle Fälle konstruieren wird, die sich jeder schablonenhaften Klassifizierung entziehen. Wir möchten aber dieses Thema nicht abschliessen, ohne schliesslich noch einige therapeutische Hinweise zu geben:

1 Rein prophylaktisch schon kann nicht genug davor gewarnt werden, in der Ehe eine Art Therapie zu sehen, wie dies leider oft genug geschieht, wenn Menschen, die mit ihren Schwierigkeiten nicht fertig werden, geraten wird, sie mögen doch heiraten, dann werde schon alles besser werden. Die Ehe, als die höchste Form zwischenmenschlichen Zusammenseins, setzt ganz im Gegenteil einer grossen psychischen Belastung aus und verlangt hohe menschliche Reife. Gerade wenn man sich mit der Selbstmordproblematik von Eheleuten beschäftigt, wird einem erst so richtig klar, wie gross die Bedeutung der Psychodynamik für die Partnerwahl und dann für die spätere Gestaltung der Ehe ist.

2 Unsere Erfahrung beweist, dass jene Fälle, bei denen es im Zusammenhang mit der Eheproblematik zu Selbstmordhandlungen gekommen ist, eine intensive Behandlung und langanhaltende Nachbetreuung benötigen. Dabei hat sich die Gruppentherapie sehr bewährt, wenn es gelingt, Menschen mit einer ähnlichen Problematik zusammenzufassen, wie wir es etwa im sogenannten „Blauen Club“ getan haben, in dem nur Frauen mit ähnlicher Problemstellung aufgenommen werden.

Es zeigte sich, dass hier der Weg über das Erkennen der Problematik der anderen Gruppenmitglieder und auch der von diesen gemachten Fehler

— sie wirken wie Spiegelbilder — nach und nach zur Einsicht in die eigenen Verhaltensweisen und schliesslich zu deren Änderung führen kann. Vor allem erscheint es sehr wesentlich, die Mitgliedschaft in einer solchen Gruppe nie erlöschen zu lassen, so dass der Betreffende, wenn neue Schwierigkeiten auftauchen, jederzeit weiss, wohin er sich wenden kann. Ein ähnlich wirksamer Effekt kann durch das Psychodrama von *Moreno* erreicht werden, besonders dann, wenn die Betreffenden durch den „Rollenwechsel“ veranlasst werden, sich auch in andere an der Problematik beteiligten Menschen hineinzu-denken und zu leben.

3 Wenn *Paul Valery* einmal gesagt hat, dass für den Selbstmörder jeder andere nur Abwesenheit bedeutet, so haben wir therapeutisch eben alles zu tun, um diese innere Isoliertheit zu durchbrechen. Dazu gehört der Versuch, den Patienten in andere Beteiligte sich hineinversetzen zu lassen ebenso, wie die stete Bereitschaft des Arztes, durch seine helfende Anwesenheit und wissende Unterstützung die vorherrschende Einengung zu sprengen. Unserer Erfahrung nach erweist sich die sachkundige Errichtung eines Vertrauensverhältnisses bei all jenen

Selbstmordgefährdeten, wo keine Psychose vorliegt, als das beste Mittel, den Suicid zu verhindern.

- Aichhorn, A. (1925) Verwahrloste Jugend. Intern. Psychoanalytische Verlag, Wien, Leipzig, Zürich.
- Frankl, V. (1947) Trotzdem Ja zum Leben sagen. Deuticke, Wien.
- Freud, S. (1924 en 1925) Gesammelte Schriften Psychoanalytischer Verlag, Wien.
- Gaupp, R. (1929) Über den Selbstmord. Amsterdam.
- Ghysbrecht, P. (1957) Betrachtungen über den Doppelselbstmord. Psychologische Beiträge.
- Hendin, H. (1951) Psychiat, Quart 25, 672.
- Kauders, O. (1934) Der Nervenarzt, 7.
- Ringel, E. (1960) Gegenwärtiger Stand und zukünftige Aufgaben der Selbstmordprophylaxe. Statistische Mitteilungen, Wien.
- Ringel, E. (1961) Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem unter besonderer Berücksichtigung prophylaktischer Gesichtspunkte. Wien.
- Robins, E., S. Gassner e.a. (1959) Amer. J. Psychiat.
- Schwarz, F. (1946) Probleme des Selbstmordes. Huber, Bern.
- Schneidman, E. und N. Farberow (1961) The cry for help. Mc.Graw-Hill, New York, Toronto, London.
- Stengel, E. (1957) Recent research into the social significance of suicide and attempted suicide. Bull. Wld. Hlth. Org. Geneva.
- Stern, W. (1935) Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage. Nijhoff, Den Haag.

## REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

62-11r. **Familypsychiatry and the family doctor.** *Howells, J. G. (1962) Practitioner 188, 370.*

In dit artikel vertelt de schrijver, een psychiater, hoe men in de afdeling voor kinderpsychiatrie, die in 1949 aan het Ipswich and East Suffolk hospital werd opgericht, spoedig tot de ontdekking kwam, dat een emotionele stoornis bij een kind bijna altijd gepaard gaat met emotionele stoornissen bij een of beide ouders. Het werd een gewoonte beide ouders in het onderzoek te betrekken om hun aandeel in de situatie te bepalen en hen zo nodig te behandelen. De ouder, die het eerst met het kind kwam — gewoonlijk de moeder — bleek niet altijd de meest gestoorde ouder te zijn. Er werden avondspreekuren ingesteld om het de vaders gemakkelijker te maken. Het werd tevens duidelijk dat het kind, dat gestuurd werd, soms niet het meest gestoorde kind uit dat gezin was.

Kinderen bleken in het gezin op elkaar een grote invloed uit te oefenen, zodat het noodzakelijk bleek als routine alle kinderen en adolescenten uit het desbetreffende gezin te onderzoeken en zo nodig te behandelen. De volgende stap vond plaats, toen men zich realiseerde dat de meeste huwelijksmoeilijkheden een emotionele basis hadden. De oplossing van dergelijke huwelijksmoeilijkheden in een vroeg stadium zou de druk op de huwelijkspartners kunnen verlichten, gezinsbreuken kunnen vermijden en de ontwikkeling van emotionele stoornissen bij kinderen kunnen voorkomen. Daarom werd in 1958 een spreekuur voor huwelijksmoeilijkheden ingesteld, waarnaar de huisartsen uit de omgeving hun patiënten konden verwijzen. In 1957 had men een werkmethode ontwikkeld, die zo vast op het gezin was gebaseerd, dat men als nieuwe naam koos „afdeling voor kinder- en gezinspsychiatrie.

De schrijver noemt gezinspsychiatrie die klinische benaderingswijze, welke emotionele stoornissen van kinderen, adolescenten of volwassenen beschouwt als tekenen van gezinspsychopathologie. Deze opvatting leidt tot het gebruik van methoden van onderzoek naar de psychodynamica van het

gehele gezin in zijn sociale omgeving en tegen zijn culturele achtergrond en leidt tevens tot het bieden van behandelingsmogelijkheden op gezinsbasis. Het essentiële kenmerk van deze opvatting is, dat het gezin zelf als patiënt wordt beschouwd en het gezinslid, dat zich meldt, als een symptoom van de psychopathologie van het gezin.

De schrijver ziet de huisarts voornamelijk als gezinsarts, die als zodanig dikwijls te maken heeft met neurosen in gezinnen. De schatting, welk gedeelte van de patiënten, dat door de huisarts wordt gezien, aan stoornissen in de geestelijke gezondheid leidt, loopt uiteen. Het meest aanvaarde getal ligt in de buurt van 30 procent. De grote meerderheid van deze patiënten lijdt aan neurotische stoornissen. Psychosen en oligofrenieën zijn in de huispraktijk veel minder frequent. In de psychiatrie is onevenredig veel aandacht besteed aan psychosen, die in de bevolking betrekkelijk zelden voorkomen, maar waarvan de lijdens een groot gedeelte van de bedden in psychiatrische inrichtingen in beslag nemen. Neurotische patiënten worden daar zelden opgenomen, maar vormen een groot probleem in de gemeenschap en in de huispraktijk. De huisarts heeft tot nu toe zeer weinig hulp gekregen van de psychiatrische diensten.

Bij een nieuwe opzet van de organisatie voor de geestelijke gezondheidszorg dient men er, volgens de schrijver, rekening mee te houden, dat de huisarts vooral hulp nodig heeft voor neurosen in gezinnen. Wanneer de huisarts de gezinsbenadering in de psychiatrie zou gaan toepassen, zou hij de spil kunnen worden van de geestelijke gezondheidszorg. Wanneer een kind in het gezin gestoord opgroeit, wordt het een gestoorde adolescent, die later een gestoorde volwassene kan worden en op zijn beurt een gestoorde ouder, terwijl juist gestoorde ouders degene zijn, die stoornissen bij hun kinderen verwekken. Deze vicieuze cirkel onderhoudt de neurotische emotionele stoornissen in de gemeenschap. Het centrale probleem in de psychiatrie is, hoe deze vicieuze cirkel te doorbreken. De schrijver meent dat de huisarts in een bijzonder