

Thomas Bronisch und Magdalena Frank

Narzissmus – Depression – Suizidalität

Narcissism – Depression – Suicidality

Die Behandlung von Patienten mit Depressionen und narzisstischer Problematik beziehungsweise narzisstischer Persönlichkeitsstörung stellt eine besondere Herausforderung dar, vor allem wegen oftmals bestehender akuter und chronischer Suizidalität. Psychoanalytische Autoren haben durch Anwendung von Konzepten zum Narzissmus wesentliche Beiträge zum Verständnis, zur Pathogenese und zu therapeutischen Interventionen geliefert. Heinz Henseler (1974) hat mit seinem Buch „Narzisstische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords“ unsere Sicht von suizidalen Handlungen entscheidend erweitert. Durch Jürgen Kind (1992) wurde das Narzissmus-Konzept noch weiter mit den Begriffen der „fusionären“ (Verbindung im Jenseits) und „antifusionären Suizidalität“ (Abgrenzung im Diesseits) sowie mit seinen Ausführungen über Suizidalität als Folge der „Objektaufgabe“ (resignative Suizidalität) vertieft. Schließlich lieferte die empirische Forschung zum Zusammenhang von Depression und Suizidalität eine neue Sichtweise von Suizidalität als einem eigenständigen pathologischen Phänomen in Abgrenzung von Depressivität. Anhand eines Fallbeispiels versuchen wir diese Sichtweisen und ihre therapeutischen Konsequenzen deutlich zu machen.

Schlüsselwörter

Narzissmus – narzisstische Persönlichkeitsstörung – Suizidideen – Suizidversuche – Suizid – Therapie – Psychotherapie

The treatment of patients with depression and narcissistic problems as well as a narcissistic personality disorder is a special challenge due to frequently observed acute or chronic suicidality. Psychoanalytic authors using concepts of narcissism contributed considerably to its understanding, pathogenesis and therapeutic interventions. Heinz Henseler (1974) broadened our view to suicidal behavior in his book "Narcissistic Crises / Psychodynamics of Suicidal Behavior". Jürgen Kind (1992) further deepened the understanding of the concept of narcissism with the terms "fusionary" (connection in the other world) and "anti-fusionary suicidality" (delimitation in the present world) as well as suicidality as a consequence of "object abandonment" (suicidality because of resignation). Finally, empirical research concerning the relationship between suicidality and depression gave us a different look on suicidality as a pathological phenomenon of its own in the delineation of depression. We try to clarify these new perspectives and therapeutic consequences with the help of a case report.

Keywords

narcissism – narcissistic personality disorder – suicide ideas – suicide attempts – suicide – therapy – psychotherapy

Einleitung

Psychoanalytischen Autoren ist es zu verdanken, dass das Thema Narzissmus eine ganz zentrale Rolle beim Verständnis von Suizidalität allgemein und speziell zum Verständnis der Suizidalität bei narzisstischen Persönlichkeitsstörungen spielt. Mit der Einführung des Narzissmus-Konzeptes von Kernberg (1975) und Kohut (1977) in die psychoanalytische Literatur wurde nicht nur ein wesentlicher Aspekt von Psychologie und Psychopathologie der Persönlichkeit zum zentralen Thema, sondern es wurde dadurch auch ein neuer Weg zum psychologischen Verständnis von Suizidalität geschaffen. Es war der deutsche Autor Heinz Henseler (1974), der mit seinem Buch „Narzisstische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords“ unsere Sicht von suizidalen Handlungen entscheidend erweitert hat. Durch Jürgen Kind (1992) wurde das Narzissmus-Konzept noch weiter mit den Begriffen der „fusionären“ (Verbindung im Jenseits) und „antifusionären Suizidalität (Abgrenzung im Diesseits) weiter verfeinert. Schließlich lieferte die empirische Forschung zum Zusammenhang von Depression und Suizidalität eine neue Sichtweise von Suizidalität in Abgrenzung von Depressivität als einem eigenständigen pathologischen Phänomen (Bronisch, 2011). Aus diesem Grund möchten wir Suizidalität im Kontext von Narzissmus und Depression abhandeln und auf die diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen hinweisen.

Kurzer historischer Abriss der Suizidtheorien aus psychoanalytischer Sicht Die Wendung der Aggression gegen das eigene Ich

Sigmund Freud verfasste eine der ersten psychologischen Theorien über die Entstehung von suizidalem Verhalten in seiner Arbeit „Trauer und Melancholie“ (1917/1940). Für Freud war die Psychodynamik von suizidalem Verhalten und Depression nicht verschieden, d. h., suizidales Verhalten und Depression sind anzusehen als eine Wendung der Aggression gegen das eigene Ich und eine ambivalente Einstellung gegenüber den Objekten (d. h. anderen Personen). Die Wendung der Aggression gegen das eigene Ich ist ausgedrückt durch Schuldgefühle, Selbstentwertung und schließlich in letzter Konsequenz Selbsttötung. Trotz der Skepsis Menningers (1938/1989), eine schlüssige und plausible psychologische Theorie des Suizids bzw. der Selbsterstörung formulieren zu können, versuchte auch er, eine solche Theorie zu entwickeln. Jeder Mensch besitzt für Menninger ein angeborenes selbstdestruktives Potential, im Sinne der Triebtheorie einen Destruktionstrieb. Dieser Destruktionstrieb, von S. Freud in „Jenseits des Lustprinzips“ (1920/1940) beschrieben, wird normalerweise durch das eigene Ich als triebregulierende Instanz in Schach gehalten. Es besteht also eine angeborene Tendenz des Menschen zur Selbsterstörung, die ihm allerdings nicht bewusst ist und die durch eine Schwächung des Ich zum Vorschein kommt. Menningers Theorie der Selbstdestruktivität hebt sich somit auch von der Suizidtheorie Freuds ab, die ja im Wesentlichen eine Theorie der Depression ist. Bei Freud (1917) wendet sich die Aggression des Depressiven gegen das eigene Ich, da er die Aggression nicht gegen andere Menschen richten darf. Würde er dieses tun, verlöre er die andere Person, ohne die er nicht leben kann. Bei Freud ist also die Aggression nicht angeboren, sondern Folge einer ambivalenten Einstellung gegenüber anderen Personen, für die der Depressive zugleich Liebe und Hass empfindet.

Narzisstische Krisen

Eine wesentliche Erweiterung erfuhren die Suizidtheorien Freuds und Menningers durch die Narzissmustheorie von Kohut (1971), die von Henseler (1974) auf die Entstehung von suizidalem Verhalten hin angewandt und modifiziert wurde.

Nach Henseler (1974) weisen Patienten mit suizidalem Verhalten die folgenden für eine narzisstische Problematik typischen Charakteristika auf:

1. Es handelt sich um ausgesprochen kränkbare Menschen, die sich selbst durch berechtigte Kritik oder Ablehnung verletzt fühlen. Die Basis dieser Kritikempfindlichkeit ist ein schwach ausgebildetes Selbstwertgefühl. Der Suizid oder Suizidversuch ist dann die letzte Rettung des Selbstwertgefühls.
2. Neben diesem mangelnden Selbstwertgefühl besteht, dem Betreffenden bewusst oder unbewusst, eine Überschätzung der eigenen Fähigkeiten im Sinne eines überhöhten Selbstwertgefühls. Beide Anteile des Selbstwertgefühls, d. h. mangelndes und überhöhtes Selbstwertgefühl, können oszillieren, oder aber der Betreffende ist sich nur eines Teils, d. h. entweder des mangelnden Selbstwertgefühls oder der Größenideen, bewusst.
3. Die narzisstische Problematik zeigt sich auch in der unrealistischen Einschätzung anderer Personen. Genauso wie sich der Betreffende selbst nicht richtig in seiner Person und in seinen Fähigkeiten einschätzen kann, ist er nicht in der Lage, andere Personen mit ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten wahrzunehmen, d. h., es besteht nur mangelhaftes Einfühlungsvermögen in die Eigenarten und Bedürfnisse anderer Menschen. Auf der anderen Seite ist der Betreffende aber auch vollständig abhängig von der anderen Person, dem Partner etc., kann nicht ohne ihn existieren. Es entsteht also die fatale Situation, dass einerseits der Patient den anderen Menschen, z. B. den Partner, für sein seelisches Gleichgewicht unbedingt braucht, andererseits den Partner in seinen Eigenarten und Bedürfnissen überhaupt nicht wahrnehmen kann und daher chronisch vor den Kopf stößt. Kränkungen, Verletzungen und schließlich Trennung sind in solchen Partnerschaften programmiert.
4. Kränkungen dieser Patienten führen zu massiven aggressiven Ausbrüchen, die den Partner verletzen und womöglich den Abbruch der Beziehung bedingen. Um ja nicht den Abbruch der für den Patienten lebensnotwendigen Beziehung zu riskieren, richtet er die Aggression gegen das eigene Ich bis hin zur letzten Konsequenz, dem Suizidversuch oder Suizid. Henseler betont dabei, dass der Suizident sein eigenes aggressives Potential überschätzt, d. h. für so zerstörerisch hält, dass es den anderen Menschen vernichten könne.

Dem aufmerksamen Leser wird es sicherlich nicht verborgen geblieben sein, dass diese letzten Aspekte der Narzissmustheorie auch in Freuds Depressionstheorie anklingen, nämlich die Abhängigkeit des Depressiven von der anderen Person, dem Partner, sowie die Wendung der Aggression gegen das eigene Ich, um den lebensnotwendigen Partner nicht zu zerstören.

Typisch für den Suizidenten ist auch eine fehlende oder unrealistische Einstellung zum Sterben. Henseler bezieht sich dabei auf die auch hier im Buch dargestellten Todesphantasien, die Ringel (1953) zum ersten Mal beschrieben hatte: Das Sterben wird vollständig

verleugnet, der Suizident erlebt sich in seiner Phantasie auch nach dem Tode als lebendig, und zwar als körperlich lebendig.

Henseler (1974) hat diese von ihm entwickelte Theorie anhand von Interviews an 50 Patienten nach Suizidversuch empirisch überprüft. Die Protokolle der Interviews wurden blind, d. h. von einem nicht an der Untersuchung beteiligten Kliniker, hinsichtlich dieser narzisstischen Problematik ausgewertet. Er konnte in seiner Studie die oben geschilderte narzisstische Problematik herausarbeiten, die sich zumeist an einem aktuellen Partnerkonflikt entzündet hatte und die er als „narzisstische Krisen“ bezeichnete.

Was die Ursprünge dieser narzisstischen Problematik der Patienten betrifft, äußerte sich Henseler sehr vorsichtig, da für die Erhebung der Lebensgeschichte nur ein Interviewtermin zur Verfügung stand.

Henseler verweist hier wiederum auf Heinz Kohut. Dessen Theorien basieren auf den Beobachtungen in der Therapie seiner Patienten und in der Supervision von auszubildenden Kollegen. Letztendlich haben Patienten mit einer narzisstischen Problematik in ihrer frühesten Kindheit eine Behandlung durch ihre Mutter erfahren, die wie folgt ausgesehen haben könnte: Die Mutter selber litt an einer narzisstischen Problematik, so dass sie dem Kind nicht die mütterliche Wärme und bewundernde Anerkennung geben konnte, die es für eine gesunde Entwicklung unbedingt gebraucht hätte. Konkret bedeutete dies, dass sich die Mutter aufgrund ihrer eigenen narzisstischen Bedürftigkeit nicht ganz dem Kind widmete, ihre Bedürfnisse von denen des Kindes trennte und schließlich das Kind zum Partner bzw. Partnerersatz machte. Somit konnte das Kind nie seine eigenen Bedürfnisse und Fähigkeiten kennenlernen und weiterentwickeln. Es konnte kein Selbstvertrauen aufbauen und blieb auf seine kindlichen Größenideen fixiert. Schließlich gelang es dem Kind nicht, sich von der Mutter abzugrenzen und seine Bedürfnisse von denen der Mutter zu trennen.

Im Gegensatz zu Menninger geht Kohut dabei nicht von einem angeborenem Aggressions- und Destruktionspotential eines jeden Menschen aus, sondern von Aggression infolge übermäßiger Frustration von Bedürfnissen des Kindes an Zuwendung, Anerkennung und Geborgenheit, die von Seiten der Mutter nicht erfüllt werden.

Das Konzept von Jürgen Kind (1992) und seine Auswirkungen auf das Verständnis von narzisstischen Störungen mit Suizidalität

Jürgen Kind geht davon aus, dass die jeweils aktuelle Form der Suizidalität eng mit den relevanten Objekterfahrungen in Zusammenhang steht, die die Psyche einst strukturierten. Gemeint sind hiermit natürlich die Erfahrungen in der frühen Kindheit. Kind bezieht sich hierbei auf Henseler (1974), der darauf hinweist, dass „die bewusste Konfliktsituation, die zur suizidalen Krise führt ... in der Regel nur einen Anlass darstellt, an dem sich eine längst vorhanden unbewusste Konfliktthematik neu entzündet“.

Kind geht hierbei von folgenden Annahmen aus:

1. Suizidalität steht im Dienste intrapsychischer und interpersoneller Regulationsvorgänge. Sie ist Ausdruck einer psychischen Leistung in einer Krisensituation, die in diesem Moment anders nicht bewältigt werden kann.

2. Suizidalität entsteht auf dem Boden einer konflikthafter Beziehung zu inneren Objekten und Selbstaspekten, deren Charakteristika in den frühen Phasen der Entwicklung festgelegt wurden.
3. Suizidalität ist innerhalb einer Beziehung angesiedelt, auch wenn diese aktuell nicht mehr besteht (z. B. Rache an einem Vater, zu dem man seit Jahren keinen Kontakt mehr hatte, in der Vorstellung, ihn zur Reue zu bewegen).
4. Der Verständnisgrad für die Suizidalität eines bestimmten Patienten hängt davon ab, wieweit es gelingt, die pathognomonischen frühkindlichen Objekterfahrungen ausfindig zu machen und zu verstehen.
5. Manifestieren sich die Hauptcharakteristika dieser Objekterfahrungen in der Übertragung und Gegenübertragung, wird es möglich, die Dynamik der Suizidalität aus der Dynamik der Arzt-Patient-Beziehung heraus zu verstehen. Dabei spielt die Gegenübertragungsanalyse eine entscheidende Rolle.
6. Suizidalität ist primär der Ausdruck des Wunsches, eine Objektbeziehung zu ändern, und zwar dadurch, dass das *Objekt* geändert werden soll. Sie ist nicht primär Ausdruck des Wunsches zu sterben. Die Notwendigkeit dazu kann sich aber als Ergebnis einer im ersteren Sinne sozusagen „erfolglosen“ Suizidalität (gescheiterten Objektänderung) ergeben.
7. Auch der vollzogene Suizid muss nicht Ausdruck eines primären Todeswunsches sein, sondern kann als letztes Mittel zur Objektänderung in Kauf genommen werden („Ich töte mich, damit du bereust, was du mir angetan hast, und dadurch ein mir gegenüber gut gesonnenes Objekt wirst“). Auch der Suizid ist dann noch interaktionelles Mittel und nicht Selbstzweck.
8. Die Bezeichnung „Selbstmord“ ist im Rahmen dieser Betrachtungsweise nicht mehr stimmig. Suizidalität gleicht vielmehr einer Geiselnahme, und zwar der Geiselnahme des Ich am Selbst mit dem Ziel einer Objekt- und Beziehungsänderung. So wie der Geiselnahmer die Geisel nicht mit dem primären Ziel nimmt, sie zu töten, sondern über dieses Mittel ein außerhalb liegendes Objekt zu einem bestimmten Verhalten zwingen will, will auch der suizidale Patient über die Bedrohung seines Selbst ein außerhalb liegendes Objekt und die Beziehung zu ihm ändern.
9. Sinn dieser Änderung ist, ein Objekt zu finden, welches das *Gefühl der Existenzberechtigung* verleiht, ohne das Leben nicht möglich ist.

Dies ist meiner Ansicht die beste Zusammenfassung psychodynamischer interpersoneller Aspekte von Suizidalität und soll uns als Basis zum Verständnis suizidaler Handlungen bei narzisstisch gestörten Patienten dienen. Obwohl Jürgen Kind in seinem Buch „Narzisstische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords“ (1992) von dem Borderline-Niveau der Suizidalität ausgeht, sind meiner Ansicht nach wesentliche Teile seines Konzeptes, nämlich „fusionäre“ (Verbindung im Jenseits) und „antifusionäre Suizidalität (Abgrenzung im Diesseits) sehr eng dem Narzissmus-Konzept verhaftet.

Fusionäre Suizidalität

Suizidphantasien nach dem *Verschmelzungstyp* beinhalten die Vorstellung eines ruhigen, endlosen Schlafes in einer bergenden, gleichmäßig harmonischen Welt. Für denjenigen,

der in diese Welt über die Pforte des Todes eintreten möchte, ist das Paradies kein der phylo- und ontogenetischen Vergangenheit angehörender Bereich mehr, sondern tendiert dazu, Realitätscharakter anzunehmen (Kind, 1992).

Versucht man, sich in das Erleben der Patienten hineinzusetzen, so wird ein sehnsuchtsvolles Gefühl spürbar. Nach Kind (1992) strebt man

- nach einer rückblickend verklärbaren Zeit mit dem/der geliebten Freund/Freundin
- nach dem Element Wasser, das all jene Wünsche nach Hingabe und Getragenwerden verkörpert, die anders nicht ausdrückbar und erfüllbar schienen
- nach der Person, die man von der bewussten Seite der Ambivalenz her liebte und mit der man sich verbunden fühlen konnte, wenn man auf die gleiche Weise stürbe wie sie – an der man sich unbewusst auch gleichzeitig rächt, da man sie am eigenen Tod für mitschuldig erklären könnte

Antifusionäre Suizidalität

Während in der fusionären Suizidalität ein Verschmelzungswunsch vorherrscht, werden im Rahmen der Abwehr einer Regressionsbewegung Depersonalisation und Suizidalität mobilisiert.

Nach Kind (1992) gibt es drei Möglichkeiten der Psyche, den regressiven, zur Verschmelzung neigenden Kräften Einhalt zu gebieten:

- die Projektion der negativen Spaltungsimgo, d. h., dass negative Anteile des Selbst nach außen projiziert werden
- die Depersonalisation, d. h. Ausgrenzung eigener Anteile aus dem Selbst, die dann als fremd wahrgenommen werden
- die Suizidalität, sozusagen den Rückfall in eine regressive Verschmelzung, die allerdings nur um den Preis der möglichen Auslöschung des Selbst verhindert werden kann

Jürgen Kind (1992) geht hierbei von einer Suizidalität zwischen *Borderline-Funktionsniveau* und dem *Niveau der Integrationsprozesse* aus. Er schreibt, dass auf dem langen Weg vom Borderline-Funktionsniveau zu konstanten (integrierten) Objekten und Selbstbildern die zur Spaltung führenden Mechanismen (u. a. Idealisierung, Verleugnung, Entwertung) zunehmend ersetzt werden durch sogenannte reifere Formen (vor allem durch Verdrängung). Klinisch verblasst die Spaltungsaktivität, und dagegen nehmen mit der gewonnenen größeren Kapazität des Ich für intrapsychische Spannungen auch intrapsychische Konflikte zu. Zunehmende Integration antithetischer Selbst- und Objektbilder führt zu Differenzierung intrapsychischer Struktur und schafft damit die psychischen Voraussetzungen für das, was man als „Objekt Konstanz“ bezeichnet.

Jürgen Kind unterscheidet verschiedene Formen von Borderline-naher und integrationsnaher Suizidalität: Borderline-nahe Suizidalität ist entweder manipulative oder resignative Suizidalität. Integrationsnahe Suizidalität ist die Suizidalität, in die verschiedene Aspekte des Objekts zunehmend integriert werden, d. h. Licht und Schattenseiten, positive und negative Aspekte wahrgenommen und zunehmend miteinander verbunden werden zu einem differenzierten Objekt.

Hier möchten wir anknüpfen an die narzisstische Problematik von suizidalen Patienten, die sich zur Wahrung ihrer Autonomie abgelöst haben von den signifikanten Anderen. Dabei beziehen wir uns auch auf Jürgen Kind (1992) mit seinen Ausführungen zum Thema der *Suizidalität als Folge der Objektaufgabe (resignative Suizidalität)*: „Erschöpfen sich aufgrund der Vergeblichkeit die Versuche des Suizidenten, auf manipulative Weise das Objekt an sich zu binden und es zu ändern, kann ein Zustand der Resignation eintreten. Von der Suizidalität in der bisherigen dramatischen Form ist dann unter Umständen kaum noch etwas zu spüren – was nicht heißt, dass sie nicht mehr vorhanden wäre. Im Gegenteil, der Patient, der seine manipulativen Versuche der Objektsicherung und der Objektänderung aufgegeben hat, kann in außerordentlich starkem Maße weiterhin von Suizidalität bedroht sein; jetzt nicht mehr, um auf diese Weise in den Besitz eines Objektes zu gelangen, sondern aus dem Gefühl heraus, dass es eigentlich gleichgültig ist, ob man lebt oder nicht.“

Jürgen Kind beschreibt dann den Zustand des Therapeuten so: „Am deutlichsten lässt sich nach meiner Erfahrung dieser Gegenübertragungszustand bemerken, wenn eine ehemals lärmende, interaktionsreiche, manipulative Suizidalität abklingt und der Patient, ohne dass zuverlässige Anhaltspunkte für eine Besserung seines Zustandes auffindbar sind, nicht mehr von seiner Suizidalität spricht. Das Gefühl des Gebanntseins schwindet, man fühlt sich vielleicht etwas freier, aber gleichzeitig spürt man, dass der Patient nicht nur seinen Griff gelockert hat, sondern dass man von ihm losgelassen wurde. Arbeitsbündnis und Suizidpakt – in der manipulativen Form der Objektsicherung immer wieder Gegenstand therapeutischer Auseinandersetzung – scheinen ihre Therapeut und Patient verbindende Kraft verloren zu haben.“

Für diese Vorgänge möchten wir ein Fallbeispiel präsentieren:

Fallbeispiel

Wir berichten über Herrn A., einen 50-jährigen Maschinenbaumeister, der derzeit aufgrund seiner psychischen Erkrankung eine Erwerbsunfähigkeitsrente bezieht. Diagnostisch gingen wir bei Herrn A. von einer schweren depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung und einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung aus.

Vorgeschichte

Herr A. wurde bei schwerer depressiver Episode nach Zuweisung durch seinen Nervenarzt auf eine offene psychiatrische Station aufgenommen. Aktuell fühlte sich der Patient schwer depressiv verstimmt mit starkem Gefühl der inneren Leere und der Teilnahmslosigkeit. Das Familienleben sei nur noch Fassade; für seine Mitmenschen könne er nichts mehr empfinden. Er sei freudlos, würde seit Langem unter Schlafstörungen leiden mit morgendlichem Früherwachen und starker Grübelneigung. Früher habe sich die Stimmung gegen Abend verschlechtert, danach habe er über Monate ein Morgentief gehabt, derzeit bessere sich die Stimmung meist am späteren Vormittag und würde dann aber bereits am frühen Abend wieder absinken. Er habe kaum mehr Antrieb, auch beschreibt er einen Libidoverlust. Weiterhin bestünden phasenweise Kopfschmerzen und Verspannungen mit muskelkaterartigen Schmerzen. Der Appetit sei weitgehend unverändert. Im Laufe

der letzten Monate einschließlich des Klinikaufenthalts habe es immer wieder Tage mit akuter Verschlechterung gegeben. Er habe einen Suizidplan, er wolle sich in 3 Jahren erhängen, nach Abschluss des Studiums der jüngeren Tochter. Wenn er sein Wort gebe, während einer Behandlung keinen Suizidversuch zu unternehmen, könne man sich auf ihn verlassen, da er sehr zuverlässig und perfektionistisch sei. Völlig gesund fühle er sich seit Langem nicht mehr, seit 2006 sei er durchgehend mit den geschilderten Beschwerden belastet, wenn auch zunächst in leichterer Form.

Der Patient beschreibt eine erste schwere Krise im Alter von 16 Jahren als Schüler, als er unter starkem schulischem Leistungsdruck stand und einen Suizidversuch mit Schlaftabletten unternahm. Er habe sich von dieser Krise dann nach dem Einstieg in die berufliche Ausbildung und einem damit verbundenen Erfolgsgefühl zunächst erholt. Der weitere Verlauf sei von häufigeren Depressionsgefühlen ohne eindeutig abgrenzbare Episoden geprägt gewesen. Nach kürzerer Krise im Jahr 2006 habe er dann im Jahr 2008 einen Zusammenbruch erlitten. Der Patient sieht als Auslöser die lang dauernde berufliche Überlastung.

Es folgten nach ambulanten Therapieversuchen zwei stationäre psychiatrische Behandlungen in einem Bezirkskrankenhaus mit Antidepressiva und atypischen Neuroleptika. Im Vorfeld und während des 1. stationären Aufenthalts hatte der Patient wiederholt Suizidideen (Neid auf Tod der anderen, Tod durch Erhängen oder Autounfall), der Verlauf wurde im Entlassungsbericht als krisenhaft geschildert. In der 8. Behandlungswoche hatte der Patient dissoziative Bewegungsstörungen und Panikattacken gezeigt, es erfolgte die vorübergehende Verlegung auf eine geschützte Station. Beim 2. Aufenthalt wurde die Familie (Ehefrau, zwei Töchter) in die Behandlung mit einbezogen, ein chronischer Ehekonflikt und Konflikte am Arbeitsplatz wurden angedeutet, ebenso wie möglicherweise ein den Verlauf erschwerendes Rückzugs- und Vermeidungsverhalten sowie ein extrem leistungsorientiertes Selbstbild. Subjektiv sei er aus der vorangegangenen Behandlung im Hause nicht gebessert entlassen worden. Er sei daher im selben Jahr in einer Universitätsklinik stationär psychiatrisch aufgenommen worden. Herr A. wurde multipel medikamentös, zum Teil sogar mit experimentellen Substanzen vorbehandelt, erhielt sogar Elektrokrampfbehandlungen. Eine stabile Besserung der depressiven Symptomatik konnte jedoch nicht erreicht werden. Schließlich war er auf Antidepressiva eingestellt worden. Nach seinen Angaben sei er nur wenig gebessert in die psychotherapeutische Anschlussbehandlung in eine psychosomatische Klinik entlassen worden. Herr A. wurde mit mentalisierungsbasierten Techniken behandelt, er habe sich dort noch nicht psychotherapeutisch ausreichend einlassen können. Er gab an, diesen Aufenthalt letztlich auf eigene Anregung beendet zu haben, nachdem ihm geraten worden sei, seine Frau zu verlassen.

Biographische Anamnese

Er sei in einer Kleinstadt geboren worden als jüngeres von 2 Kindern. Seine ältere Schwester sei etwa 2 Jahre älter als er. Sein Vater sei Inhaber eines Sägewerks gewesen, die Mutter habe dort im Büro gearbeitet. Den Vater beschreibt Herr A. als herrschsüchtig, dominant, fordernd und gewalttätig. Als er ein Teenager gewesen sei, habe sein Vater stark mit ihm konkurriert, z. B. bei handwerklichen Tätigkeiten. Die Mutter habe er als ich-bezogen und kalt erlebt. Beide Eltern seien stets auf die Wahrung des „Scheins“ nach außen bedacht gewesen. Anerkennung habe es lediglich in Bezug auf schulische Leistungen gegeben, und auch dann nur in geringem Maße. Herr A. und seine Schwester seien häufig durch

Schläge mit der flachen Hand und verbaler Erniedrigung durch den Vater gestraft worden. Die Schwester, nun Rechtsanwältin, sei Herrn A. aufgrund besserer Schulleistungen vorgezogen worden. Er habe sich als Kind kaum an seine Eltern wenden müssen, da er „gut selbst zurechtgekommen“ sei. Sein Verhältnis zu den Eltern sei von Distanz, Kühle und Abneigung geprägt gewesen. Der Schwester gegenüber habe er Neid empfunden. Die Beziehung der Eltern zueinander sei konfliktbehaftet gewesen. Der Vater habe die Mutter in der Ehe regelmäßig zum Geschlechtsverkehr gezwungen.

Seine sprachliche und motorische Entwicklung seien leicht verzögert gewesen. In der Grundschule habe er mittelmäßige Leistungen erbracht. Er sei wegen seines Nachnamens häufig von Mitschülern gehänselt worden und habe früh lernen müssen, sich zu „wehren“. Nach der Grundschule sei er zunächst auf die Volksschule gegangen, dann jedoch für 3 Jahre in ein Internat mit Gymnasium gewechselt. Dies sei seine schönste Schulzeit gewesen. Er sei autonom gewesen und habe sehr gut „selbst für sich sorgen“ können. Letztlich seien seine Leistungen gesunken, so dass er auf die Realschule habe wechseln müssen. In der Realschule habe er weiterhin Lernprobleme gehabt und dem von den Eltern auferlegten Leistungsdruck nicht mehr standhalten können. Mit 16 Jahren habe er aus Verzweiflung darüber einen ersten Suizidversuch durch Tablettenintoxikation begangen. Da seine Schulpflicht zu diesem Zeitpunkt bereits erfüllt gewesen sei, habe er im väterlichen Betrieb eine Lehre zum Handwerker beginnen können. In dem Betrieb habe er gute Leistungen erbracht und sei „aufgeblüht“. Im Alter von 19 habe er die Führung des Unternehmens zusammen mit seiner Mutter übernommen, da der Vater erkrankt sei. Nach 6 Jahren habe er jedoch aufgrund wirtschaftlicher und gesundheitlicher Probleme die Firma abgegeben. Über das Arbeitsamt habe er eine Umschulung zum Werkzeugmacher gemacht. Während dieser Zeit sei sein schulischer Ehrgeiz entbrannt. Er sei von der Firma, in der er gelernt habe, übernommen worden. Er habe dort von 1985 bis 1993 gearbeitet. 1993 habe er eine Fortbildung zum Maschinenbaumeister durchgeführt und sei in einer Firma eingestellt worden. Dort habe er sich zum Betriebsleiter hocharbeiten können. 2001 habe er in eine andere Firma gewechselt, in der er als Betriebs- und kaufmännischer Leiter eingestellt worden sei. Er habe dort bis 2007 gut arbeiten können. 2007 sei es zu einem ersten „Zusammenbruch“ gekommen. Er habe damals für 4 Wochen nicht arbeiten können, sich jedoch wieder aufgegriffen und weiter bis 2008 „durchgehalten“, sein Arbeitspensum bis dahin sogar gesteigert. Seit einem erneuten Zusammenbruch könne er jedoch nicht mehr arbeiten. Er erhalte bis Ende dieses Jahres eine Berufsunfähigkeitsrente. Aktuell gehe er keinen Hobbys nach. Falls er dazu in der Lage sei, achte er darauf, Dinge zu tun, die „produktiv“ seien, wie beispielsweise Reparaturen. Mit 22 Jahren habe er seine Ehefrau kennengelernt. Mit 24 Jahren sei die Hochzeit erfolgt. 1988 sei seine erste Tochter geboren worden, die studiert habe und nun berufstätig sei. 1993 sei eine weitere Tochter geboren worden, die nun beginne, ebenfalls zu studieren. Seine Frau arbeite nebenher als Angestellte im Verkauf. Das eheliche Verhältnis sei abgekühlt, er sei von seiner Frau getrennt, lebe jedoch mit ihr im selben Haus.

Therapie

Der Patient war bei uns zweimal in stationärer Behandlung. Während bei der ersten Behandlung der Schwerpunkt auf einer psychiatrisch-pharmakologischen Behandlung und einer supportiven Gesprächspsychotherapie wegen des zunächst im Vordergrund gesehenen depressiven Syndroms stand, war der Schwerpunkt in der zweiten stationären

Behandlung tiefenpsychologisch orientiert. Die medikamentöse Behandlung beschränkte sich bei vorhergehender kompletter Ausschöpfung des gesamten pharmakologischen Arsenal in der Vorgeschichte, einschließlich zweimaliger EKT-Behandlungen und einer TMS-Behandlung, auf ein Antidepressivum (Moclobemid) und verschiedene Hypnotika wegen der chronischen therapieresistenten Schlafstörungen des Patienten. Die kopernikanische Wende hin zu einer hauptsächlich tiefenpsychologischen Behandlung hatte sich schon angebahnt durch die vorbehandelnde psychiatrische Institution, die zunehmend offensichtlich auch den Schwerpunkt der Störung im Persönlichkeitsbereich und der familiären Situation sah und deswegen eine Behandlung in einer psychosomatischen Klinik anbahnte. Der Patient war damit einverstanden, konnte aber laut seinen Aussagen von dem psychotherapeutischen Konzept dort nicht ausreichend profitieren. In therapeutischen Einzelgesprächen betonte Herr A. zu Beginn der Behandlung, „nichts“ empfinden zu können, insbesondere für ihm emotional ehemals nahestehende Personen, wie die Ehefrau und die Töchter. Bewusst nahm Herr A. jedoch Angstgefühle wahr, die meist ausgelöst wurden, wenn er an sein „Versagen“ in der Schule, im Beruf und in der Ehe dachte. Die Ängste äußerten sich in Herzklopfen und Kälteschauern. Einhergehend mit den Ängsten bestanden meist Suizidgedanken, die Herr A. u.a. durch selbständige Ablenkung, Gespräche mit der Pflege oder der Einnahme von Lorazepam beherrschen konnte. Bei einem Arztwechsel wegen Urlaub kam es jedoch einmal zu akuter Suizidalität, die eine zweiwöchige Verlegung auf unsere geschützte Station notwendig machte. In seinem Interaktionsverhalten mit dem Behandlungsteam zeigte sich Herr A. deutlich ambivalent. Zum einen suchte er Zuwendung, zum anderen betonte er stets, wie sehr ihn der Umgang mit seinen Mitmenschen belaste und wie wenig ihm dieser bedeute. In der Beziehung zur Ehefrau bestand ebenfalls eine ausgeprägte Ambivalenz. So äußerte Herr A. zum einen, dass es seine Priorität sei, seine Ehe wiederherzustellen, auf der anderen Seite sagte er seiner Frau in einem Angehörigengespräch klar, sie solle sich einen neuen Partner suchen. Nach Aussagen der Ehefrau wolle sie sich wegen der drohenden Suizidalität ihres Mannes nicht endgültig trennen.

Ziel der Einzelpsychotherapie, die jeweils 50 Minuten zweimal pro Woche stattfand, war der Versuch, eine Beziehung aufzubauen, die zunehmend dem eher „misanthropischen“ und tieferen emotionalen Kontakt abwehrenden Patienten es ermöglichte, überhaupt – wieder – Gefühle zuzulassen. Hierbei wurde auch der Versuch unternommen, auf frühe Traumata und Kränkungen einzugehen – mit dem Risiko, Suizidalität zu provozieren. Mit dem Patienten konnte eine Übereinkunft getroffen werden, dass sein Entschluss, sich umzubringen, bis zum Ende des stationären Aufenthaltes – zunächst – aufgeschoben wird. Wie zu erwarten war, konnte sich Herr A. nicht längerfristig an diese Vereinbarung halten, und zunehmend nahm die Abklärung der Suizidalität in den Psychotherapiestunden einen breiten Raum ein. In einem Gespräch mit der Ehefrau äußerte Herr A. deutlich seine Absicht, sich nach der Therapie umzubringen, und bedeutete der Ehefrau, dass sie sich einen neuen Partner suchen sollte. Der Tränenausbruch seiner Frau ließ den Patienten kalt. Während der Abwesenheit der ärztlichen Therapeutin kam es zu einer Verlegung des Patienten auf die geschützte Station, da der Patient sich nicht mehr in der Lage sah, den Antisuizidpakt einzuhalten. Nach Rückkehr der Therapeutin konnte der Patient sehr schnell wieder auf die offene Station zurückverlegt werden. Allerdings führte dieses Verhalten zu einer erneuten Vereinbarung mit dem Inhalt, dass bei einer wieder auftre-

tenden akuten Suizidalität des Patienten mit der Folge der Verlegung auf die geschützte Station eine Rückübernahme nicht mehr möglich sein werde wegen eines nicht – mehr – ausreichenden Vertrauensverhältnisses zur Therapeutin. Diese Vereinbarung konnte der Patient einhalten. Im weiteren Verlauf konnte auch zunehmend in den Therapiestunden das Thema „Suizidalität“ außer Acht gelassen und sich der therapeutischen Arbeit mit dem Wiedererleben von positiven und negativen Gefühlen und der Bearbeitung von Beziehungsproblemen in der Familie gewidmet werden.

Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle

In der Interaktion wirkte Herr A. häufig kühl, trotzig, fordernd und verächtlich. Dies löste bei der Therapeutin meist Wut und Abneigung aus. Es erfolgte ein Gespräch mit der Ehefrau, in dem unter anderem die plötzliche und konsequente emotionale Distanzierung von Herrn A. zu seiner Familie thematisiert wurde. Die Ehefrau, die davon sehr belastet schien, weinte in dem Gespräch viel. Herr A. lächelte währenddessen und betonte wiederholt, nichts zu empfinden. Er riet seiner Frau, sich einen neuen Partner zu suchen, damit er sich endlich das Leben nehmen könne. Das Lächeln von Herrn A. wirkte süffisant und verächtlich, ließ sogar annehmen, dass Herr A. die Traurigkeit seiner Frau genoss, was in der Therapeutin starke Abneigung dem Patienten gegenüber auslöste. Vor Wochenendbeurlaubungen und selbständigen Tagesausgängen kam es zu Beginn der Behandlung dazu, dass Herr A. in Bezug auf seine Suizidalität lächelnd nur vage Aussagen machte. Dies löste Verunsicherung und im Zuge dessen wieder Wut gegenüber dem Patienten aus.

In einigen Situationen zeigte sich Herr A. dankbar für die therapeutische Zuwendung und schilderte Emotionen in authentischer Weise. In diesen Momenten fiel es nicht schwer, dem Patienten empathisch zugeneigt zu sein. Dem weiblichen Pflegepersonal und den Ergotherapeutinnen gegenüber war Herr A. hilfsbedürftig und anklammernd. Er suchte auch gezielt nach Körperkontakt. Zur Therapeutin hielt Herr A. eher ängstlich – zumindest oberflächlich - Distanz. Während einer 7-tägigen Abwesenheit der Therapeutin kam es jedoch zu massiven Suizidandrohungen dem die Therapeutin vertretenden Psychiater gegenüber. Er gab an, sich am Tag der Rückkehr der Therapeutin das Leben nehmen zu wollen. Auf eine Verspätung der Therapeutin zu einem Gesprächstermin reagierte Herr A. tief gekränkt und wütend, verweigerte zunächst sogar das Gespräch. Aufgrund der stets drohenden Suizidalität machte die Therapeutin ein erneutes Gesprächsangebot, das Herr A. annahm. Die „Kränkung“ und das Gefühl des plötzlichen Verlassenseins durch die Therapeutin, bedingt durch den Urlaub und die Verspätung, ließen sich anschließend gut bearbeiten.

Verlauf der Therapie

Im Laufe der insgesamt viermonatigen stationären Therapie wurde Herr A. zunehmend emotional aufgeschlossener, seine „misanthropische“ Ausstrahlung und seine manipulative Suizidalität traten immer mehr in den Hintergrund. Im Stationsalltag zog sich Herr A. im Verlauf weniger zurück und wurde deutlich schwingungsfähiger. An der Arbeitstherapie nahm Herr A. sehr engagiert teil. Von den Arbeitstherapeutinnen wurden deutliche Tendenzen nach körperlicher Nähe beobachtet; ähnliche Erfahrungen wurden vom weiblichen Pflegepersonal auf Station berichtet. Er nahm vermehrt Kontakt zu seiner jüngeren Tochter auf, die in der Nähe studierte, und kümmerte sich intensiv um seine

orthopädischen Probleme wegen einer schon länger zurückliegenden Knieverletzung, was auch in Widerspruch zu seinem Vorhaben stand, sich nach Entlassung zu suizidieren. Schließlich konnte der Patient dazu motiviert werden, sich nach der stationären Behandlung auf eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie einzulassen, die evtl. auch in eine Psychoanalyse münden könnte. An seinem Heimatort nahm er zunächst eine 25-stündige tiefenpsychologische Therapie auf. Da der Patient berentet war und keine finanziellen Probleme hatte, strebte er von sich aus eine Wiedereingliederung in ein Arbeitsverhältnis nicht an, sondern wollte sich am Heimatort eine Beschäftigung im Rahmen des Zusatzverdienstes bis zu 400 Euro suchen. Von einer Trennung von der Ehefrau war nicht mehr die Rede. Einem Bericht des behandelnden Nervenarztes zufolge gibt Herr A. weiterhin Suizidgedanken an, strebt aber eine Psychoanalyse durch einen ihm in unserer Klinik empfohlenen Analytiker an. Herr A. ist bereit, für die Psychoanalyse eine einfache Anfahrtszeit von knapp 2 Stunden dafür in Kauf zu nehmen.

Eine Nachfrage bei dem behandelnden Nervenarzt ergab, dass der Patient weiterhin negativistisch ist, ein Gefühl der Gefühllosigkeit angibt und Suizidideen berichtet („wenn die Töchter Ausbildung beendet haben ...“).

Interpretation der Kasuistik im Lichte von Narzisstischer Persönlichkeitsstörung – Depression – Suizidalität

Die Behandlung von Herrn A. kann aufgrund von unterschiedlicher Diagnosestellung in zwei Perioden unterteilt werden. In der ersten Periode wurde das depressive Syndrom im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung biologisch-pharmakologisch stationär und ambulant behandelt. Hierbei wurde von der Annahme ausgegangen, dass zunächst das depressive Syndrom mit akuter Suizidalität im Vordergrund der Behandlung stehen muss. Hierzu siehe auch den richtungsweisenden Artikel von Klerman (1990) über die Notwendigkeit, selbst bei der Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, das depressive Syndrom mit psychiatrischen Methoden State of the Art zu behandeln. Der Patient wurde dementsprechend auch mit allen zur Verfügung stehenden Substanzen ausreichend hoch dosiert und ausreichend lange und mit Elektrokrampftherapie (EKT) und Transkranieller Magnetstimulation (TMS) ohne Erfolg behandelt. Diese Tatsache und der zunehmend deutlicher werdende Eindruck, dass es sich bei dem Patienten um eine narzisstische Psychodynamik im Rahmen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung handelt, führte zu einer kompletten Kehrtwende der Therapie in Richtung einer tiefenpsychologisch orientierten psychologischen Therapie. Gebahnt schon durch die Therapie in der psychosomatischen Klinik, war der Patient zunehmend bereit, sich auf ein therapeutisches Bündnis einzulassen.

Die narzisstische Problematik lässt sich schon in der Beschreibung der Persönlichkeit des Patienten gut nachvollziehen (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: DSM-IV-Kriterien der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung

1. Übertriebenes Selbstwertgefühl (eigene Fähigkeiten und Talente werden übertrieben; Erwartung, selbst ohne besondere Leistung als „etwas Besonderes“ beachtet zu werden)
2. Ständige Phantasien grenzenlosen Erfolgs, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe
3. Ansicht, als Mensch besonders und einzigartig zu sein und deshalb nur von besonderen Menschen (etwa mit höherem Status) verstanden zu werden oder mit solchen verkehren zu wollen
4. Ständiges Verlangen nach Bewunderung
5. Anspruchsdenken
6. Zwischenmenschliche Beziehungen werden ausgenutzt, um die eigenen Ziele zu erreichen
7. Mangel an Einfühlungsvermögen
8. Neid auf andere oder sich beneidet fühlen
9. Arrogantes, überhebliches Verhalten

Nahezu alle Kriterien erfüllte der Patient aus der Sicht des therapeutischen Teams, wenn auch das Diagnostische Interview (SCID-II), durchgeführt von einer Psychologin, diese Diagnose nicht bestätigen konnte. Im therapeutischen Prozess wurden vor allem das mangelnde Einfühlungsvermögen, die Ausnutzung zwischenmenschlicher Beziehungen, Anspruchsdenken und verdeckte Größenideen bei manifesten Insuffizienzgefühlen deutlich. Auch die persönliche Vorgeschichte mit den Demütigungen in Kindheit und Jugend sowie eine wohl eher gefühlskalte elterliche Situation, die in den bisher laufenden Therapien noch nicht weiter aufgeklärt werden konnten, sprachen für eine narzisstische Familiendynamik. Eine emotionale Reaktion von Herr A. bei dem Tod der Mutter zum Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung war bei uns nicht festzustellen. Die Mutter empfand Herr A. ja als ich-bezogen und kalt, betonte die emotionale Distanz zu ihr und wollte auch nicht zu ihrer Beerdigung gehen. Den Vater erlebte Herr A. als gefühlskalt, brutal und missbrauchend, wobei er einerseits hohe Ansprüche an ihn als Sohn gehabt hätte und andererseits sich in Konkurrenz zu ihm setzte – mit der Tendenz, ihn massiv zu entwerten. Gegenüber der Schwester, die Juristin wurde, fühlte sich der Patient zurückgesetzt und war neidisch. Als Auslösesituation kam es dann zu einem vom Patienten erlebten Scheitern im beruflichen Bereich.

In diesem Artikel kommt es uns aber auf die Dynamik der Suizidalität des Patienten an. Hierbei waren uns die Konzepte von Henseler und Kind besonders hilfreich. Die Rettung des Selbst durch Suizid bei den *narzisstischen Kränkungen* von Herrn A. ist entsprechend den Vorstellungen von Henseler gut nachzuvollziehen. Nach dem aus seiner Sicht Scheitern im beruflichen Bereich und der Unfähigkeit, eine emotionale Beziehung zu seiner Frau zu leben, waren sämtliche *narzisstische Gratifikationen* dem Patienten abhanden gekommen, so dass eine Depression mit dem Symptomen der Leere und Sinnlosigkeit mit Suizidendenzen im Vordergrund stand. In dem Konzept von Kind kann man am Anfang

der Therapie von einer *antifusionären Suizidalität* ausgehen. Deutlich wurde der Wunsch der emotionalen Abgrenzung des Patienten. Er betonte immer wieder das Fehlen jeglicher emotionaler Beteiligung: „Ich kann nichts empfinden“ war eine Standardformulierung. Im Laufe der Therapie entwickelte sich zunehmend ein *manipulativer Anteil der Suizidalität*, um Angehörige und Therapeuten bei drohendem oder vermeintlich drohendem Rückzug an sich zu binden. Typisches Beispiel war die akut auftretende Suizidalität bei einem vorher schon angekündigten und besprochenen einwöchigen Urlaub der Therapeutin. Somit wurde aus der *resignativen, durch Objektaufgabe bedingten Suizidalität* eine *manipulative Suizidalität, die um das Objekt kämpft*.

Schließlich war zum Ende der stationären Therapie das Thema Suizidalität ganz in den Hintergrund gerückt. Herr A. strebte eine operative Behandlung seines lädierten Knies nach Entlassung an, war bereit, die ambulante tiefenpsychologisch fundierte Therapie aufzunehmen, nach Hause in die Familie zurückzukehren und eine Beschäftigung auf 400 Euro Basis aufzunehmen. Vor der Entlassung bedankte sich der Patient ausdrücklich bei dem Team und den Einzeltherapeuten, bedachte uns mit ausgesuchten Süßigkeiten als Geschenk, wirkte entspannter und konnte gelegentlich auch einmal lächeln und eine feine Ironie entwickeln.

Literatur

- Bronisch, T. (2011). Depression und Suizidalität. *Psychotherapie*, 16, 347-362.
- Freud, S. (1940). Trauer und Melancholie. *Gesammelte Werke*, Bd. X (S. 427-446). London: Imago. (Original veröffentlicht 1917).
- Freud, S. (1940). Jenseits des Lustprinzips. *Gesammelte Werke*, Bd. XIII (S. 189-247). London: Imago. (Original veröffentlicht 1920).
- Henseler, H. (1974). *Narzisstische Krisen/Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Reinbek: rororo studium.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Kind, J. (1992). *Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Klerman, G.L. (1990). The psychiatric patient's right to effective treatment: implications of Osheroff versus Chestnudge Lodge. *American Journal of Psychiatry*, 147, 409-418.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Menninger, K. (1989). *Man against himself. Deutsch: Selbstzerstörung. Psychoanalyse des Selbstmordes* (3. Aufl.). Frankfurt/M: Suhrkamp. (Original veröffentlicht 1938).
- Ringel, E. (2008). *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung* (10. unveränd. Aufl.). Magdeburg: Dietmar Klotz.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch | Dr. med. Magdalena Frank
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Kraepelinstr. 10 | München
Tel: 089-30622-239 | Fax: 089-30622-223 | bronisch@mpipsykl.mpg.de