

- treatment, Int. Symp., St. Moritz (Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1972), S. 63–72.
- [35] Pokorny, A. D., Suicide rates in various psychiatric disorders, *J. nerv. ment. Dis.* 139, 499–506 (1964).
- [36] Pokorny, A. D., A follow-up study of 618 suicidal patients, *Amer. J. Psychiat.* 122, 1109–1116 (1966).
- [37] Planansky, K., und Johnston, R., Clinical setting and motivation in suicidal attempts of schizophrenics, *Acta psychiat. scand.* 49, 680–690 (1973).
- [38] Sainsbury, P., Suicide and depression, in: Coppen, A., and Walk, A., (edit.): *Recent developments in affective disorders*, Brit. J. Psychiat. Spec. Publ. No. 2, 1968.
- [39] Schuettler, R., Huber, G., und Gross, G., Suicid und Suicidversuch im Verlauf schizophrener Erkrankungen, *Psychiat. clin.* 9, 97–105 (1976).
- [40] Slater, E., Zur Erbpathologie des manisch-depressiven Irreseins: Die Eltern und Kinder von Manisch-Depressiven, *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 163, 1–47 (1938).
- [41] Stenstedt, A., A study in manic-depressive psychosis, *Clinical, social and genetic investigations*, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 79, 1952.
- [42] Stenstedt, A., Involuntal melancholia, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 127, 1959.
- [43] Strömberg, E., Beiträge zur psychiatrischen Erblehre, *Acta psychiat. scand.*, Suppl. 19, 1938.
- [44] Tsuang, M. T., Suicide in schizophrenics, manics, depressives and surgical controls, *Arch. gen. Psychiat.* 35, 153–155 (1978).
- [45] Tsutsumi, S., Tsujino, S., Tsuda, K., Nagao, S., und Imamichi, H., A study on suicides in families of psychotics, in: Mitsuda, H. (edit.): *Clinical genetics in psychiatry, Problems in nosological classification* (Igaku Shoin Ltd., Tokyo 1967), S. 398–408.
- [46] Winokur, G., und Tsuang, M., The Iowa 500: Suicide in mania, depression and schizophrenia, *Amer. J. Psychiat.* 132, 650–651 (1975).
- [47] Yarden, P. E., Observations on suicide in chronic schizophrenics, *Comprehens. Psychiat.* 15, 325–333 (1974).
- [48] Zung, W. W. K., und Green, R. L. jr., Seasonal variation of suicide and depression, *Arch. gen. Psychiat.* 30, 89–91 (1974).

## Narzisstische Störungen und Suizidalität

R. Battegay<sup>1</sup> und Th. Haene<sup>2</sup>

Psychiatrische Universitätspoliklinik Basel

### Selbstidentitätsstörung und Suizidalität

In einer – unabhängig von der Gesellschaftsform – zunehmend durch äussere Normen gekennzeichneten Welt dürfte es kein Zufall sein, dass die Störungen des Selbstwerterlebens wachsende Aufmerksamkeit gefunden haben. Schon allein die Tatsache, dass viele der unsere ambulante psychiatrische Hilfe beanspruchenden Suizidalen in der Struktur ihres Selbst geschädigt sind, lässt auf das Problem der Beziehung zwischen Selbstidentitätsstörung und Suizidalität aufmerksam werden. So sehr diese Patienten auf der einen Seite ihre narzisstische Beeinträchtigung zu kompensieren versuchen, ebenso sehr wird ihnen immer wieder bewusst, dass sie infolge ihrer ungenügenden Selbstführung in Gefahr stehen, ihren Lebensweg zu verfehlen. Ob, wie Kernberg [7] und seine Schüler annehmen, die narzisstischen Störungen nichts mit dem normalen Narzissmus zu tun haben, sondern einem defekt angelegten Selbstbezug zu den Objekten entsprechen, oder ob sich der pathologische Narzissmus, entsprechend der Annahme von Kohut [8, 9], aus dem normalerweise bestehenden herleiten lässt, ist für die Tatsache der häufigen Suizidbedrohung dieser Menschen unwesentlich. Immer wird ihnen, zumindest unbewusst, aufgefallen, dass ihre Objektbeziehungen infolge ihrer narzisstischen Beeinträchtigung gestört sind, ihre Lebensbewältigung deshalb gefährdet ist und sie daher mit

**Wenn man eine Kampagne zur primären Prävention des Selbstmordes in die Wege leiten will, muss man sich der Bedeutung narzisstischer Störungen bei den Selbstmördern bewusst sein. Die Ursache dieser Störungen geht bis auf die ersten affektiven Beziehungen des Säuglings zurück.**

der Frage konfrontiert sind, ob ihr Weiterleben unter diesen Umständen noch einen Sinn hat.

Ein 1947 geborener, verheirateter Patient wurde wegen eines Tentamen suicidii mit Schlafmitteln im August 1976 in die Notfallstation des Kantonsspitals Basel eingewiesen. Der als Lehrer tätige Mann litt unter Minderwertigkeitsgefühlen und vermochte keine Kontakte mit anderen zu pflegen. Wie die Muttermutter soll die Mutter schwernehmend gewesen sein. Der Vater, der das Baugeschäft seines Schwiegervaters übernommen hatte, war tyrannisch und unnachgiebig. Dem um drei Jahre jüngeren Bruder gegenüber fühlte sich der Patient benachteiligt. Die um 10 Jahre jüngere Schwester soll empfindsam und ebenfalls kontaktgestört sein. In der Schule, die er 1967 mit der Maturität abschloss, fiel er als Einzelgänger auf. Schon während der Pubertät fühlte sich der Patient unglücklich. Im Militär brachte er es bis zum Unteroffizier. Er studierte Naturwissenschaften und schloss sein Studium 1973 mit dem Mittelschullehrerexamen ab. 1974 verheiratete er sich. – Auf der Notfallstation des Basler Kantonsspitals imponierte der Patient als bland depressiv, aggressionsgehemmt, anlehungsbedürftig und

<sup>1</sup> Professor Dr. med., Chefarzt der psychiatrischen Universitätspoliklinik, Petersgraben 4, CH-4031 Basel.

<sup>2</sup> Dr. med., Oberarzt an der psychiatrischen Universitätspoliklinik, Basel.

selbstunsicher. Der hochintelligente Astheniker erzählte folgendes über einen Traum, in dem er sich in seinem Elternhaus erlebte: « . . . die Räume sind grösser geworden, es hat jetzt mehr Zimmer. Ich finde mich trotzdem noch zurecht. Vor dem Haus, wo früher der Kindergarten und das Baugeschäft meines Grossvaters standen, ist ein interkontinentaler Flughafen gebaut worden. Ich hole mir einen Schlauch, um den neugebauten Flughafen «zu bewässern». Vor einem Hangar steht ein etwa 45jähriger Mann, Cheffotograf der Zeitschrift K. Er fordert mich höflich, aber bestimmt auf, ihm zu folgen . . . Er führt mich in einen grossen Hangar, der als eine Art Schulzimmer eingerichtet ist. Die Mädchen, in denen ich die Ehemaligen der Klasse 5a wiedererkenne, überraschen und verwirren mich. Sie erkennen mich, winken mir erfreut zu, und es scheint sie überhaupt nicht zu stören, dass sie zum Teil nur sehr leicht bekleidet und einige ganz nackt sind. Der Fotograf macht sich sogleich an die Arbeit und beginnt die Mädchen aus allen Winkeln zu fotografieren. Dabei «formt» er die ehemaligen 5a-Schülerinnen zu sogenannten «Lebensbildern». Er nimmt die einzelnen jungen Frauen und formt ihren Körper «handgreiflich» zu dem von ihm gewünschten Bild. Er berührt die Mädchen am ganzen Körper auf eine mir bewundernswert erscheinende, virtuose Art. Plötzlich erinnert sich der Fotograf an mich und fordert mich barsch auf, endlich auch mit dem Fotografieren zu beginnen. Erst jetzt bemerke ich meine «Doppelkamera» in der Hand und spüre, dass ich jetzt fotografieren muss . . . Plötzlich sehe ich Edith. Wortlos nimmt sie meine Hand, und sie lässt sie sehr lange nicht mehr los. Sie ist die einzige, die weiss, dass ich mir das Leben habe nehmen wollen. Sie scheint mir zu verzeihen. Allerdings ist mir ihre Berührung nach einiger Zeit unangenehm, und ich löse mich mit «sanfter Gewalt» von ihr . . . »

Dieser Patient vermochte sich offensichtlich, wohl vor allem infolge ungenügender Liebeszuwendung durch die Mutter, die dazu wegen ihrer eigenen Depressionen nicht in der Lage war, nicht mit entsprechender Selbstsicherheit zu entwickeln. Er fühlte sich immer benachteiligt. Sein Suizidversuch, der für ihn selbst, wie er sagte, überraschend kam, muss nicht zuletzt als ein aggressiver Akt gegen seine Frau und nachträglich gegen seine Mutter, durch die er sich beide als nicht genügend angenommen und bestätigt erlebte, angesehen werden. Der Traum zeigt auf, dass der Patient erkennt, irgendwie den Anschluss an die Welt und das Leben finden zu müssen, wobei ihm aber wenig bewusst ist, wie schwerwiegend seine narzisstische Störung ist.

Henseler [5] und Ringel [10, 11, 12, 13] weisen auf den Zusammenhang zwischen Suizid und Autoaggression hin. Bei diesem Patienten wird, wie erwähnt, klar, dass er narzisstisch beeinträchtigt ist und, wie es bei Suizidalen häufig der Fall ist, durch seine Handlung seine Umgebung auf sich aufmerksam machen will. In der Suizidhandlung ist damit eine «Mischung bzw. Über-

determination von selbstzerstörerischen und selbsterhaltenden Motiven» [5] zu erkennen. Bei dem erwähnten Patienten wird offensichtlich, dass er nur über den Suizidversuch in der Lage war, zu jener narzisstischen Gratifikation zu gelangen, die er anderweitig nie erfahren hatte. Als den unmittelbaren Anlass zum Tentamen suicidii stellte sich in den psychotherapeutischen Gesprächen mit dem Patienten heraus, dass kurz vor dem Traum eine um 10 Jahre jüngere ehemalige Schülerin aus dem Ausland an seinem Wohnort weilte und ihn besuchte. Er sei von ihr freundlich ausgefragt worden, und er habe ihre Besorgnis als sehr wohltuend erlebt. Es sei ihm vorgekommen, als sei es das erstemal, dass ein Mensch ihm helfen wolle, während er sich bisher immer nur als der – selbst hilfebedürftige – Helfer für andere ausgenutzt gefühlt habe. Er habe diese Schülerin noch einmal, beinahe zufällig, getroffen und befürchtet, dass er den Wunsch haben könnte, zu ihr eine intimere Beziehung zu unterhalten. Wie im Traum wurde er also von einer jungen Frau, einer Schülerin, allerdings nur kurzzeitig, in seiner narzisstischen Bedürftigkeit bestätigt. Als er diese narzisstische Zufuhr nicht mehr erhielt, fiel ihm seine bisherige Leere im narzisstischen Bereich auf. Sein Tentamen suicidii hatte einerseits vorwiegend zum Motiv, seine nahen Bezugspersonen, vorab seine Frau, zu mehr affektiver Zuwendung zu bewegen und andererseits der Ambivalenz zwischen der Treue zur Gattin und dem Hingezogensein zu der jungen, von ihm gefühlsvoll erlebten Frau zu überwinden.

### Suizidhandlung und Grössenvorstellung

Bei narzisstisch Beeinträchtigten kann sich ein Suizidversuch auch aus einer Grössenvorstellung heraus ergeben. Die Betroffenen hegen dann in der Regel grösste Erwartungen an sich selbst, haben, wie Henseler zu Recht feststellt, ein sehr realitätsfremdes, hochgespanntes Ich-Ideal, dessen Befolgung vom Über-Ich streng und rigide gefordert wird. Die entsprechend Gefährdeten können diesem Ich-Ideal nicht genügend nachleben und legen bei einer schwerwiegenden Enttäuschung Hand an sich. Dabei ist es unsere Erfahrung, dass sie keine scharfen und eindeutigen Vorstellungen haben vom Ende ihres Daseins, wenn sie eine Suizidhandlung vornehmen. Irgendwie erwarten sie, in den «diesseitigen», sozialen Bezügen noch weiter am Leben teilzunehmen, um beispielsweise das Bestrafungserlebnis ihrer Angehörigen, das mit ihrem Suizid zusammenhinge, mitzuerleben.

Eine 1957 geborene Verkäuferin trat am 16. Februar 1976 in die Basler Psychiatrische Universitätsklinik ein. Sie litt seit 1973 an Obstipation und nahm täglich bis zu 80 Dragées Dulcolax, manchmal 1 dl Rhizinusöl und 6–7 Kaffeelöffel Agiolax, um abzumagern. Dazu rauchte sie 40 Zigaretten täglich. Mehrmals habe sie Suizidversuche unternommen durch Schnitt in die Vena radialis oder durch Einnahme von Schlafmitteln. Den Vater, einen Fabrikarbeiter, habe sie nie leiden mögen. Sie sei von ihm als Kind sexuell betastet worden. Zur Mutter, die sich teils als Prostituierte,

teils als Bardame betätigte, unterhielt sie offenbar einen besseren Kontakt. Die Patientin sei von ihr in den Heimen, wo sie untergebracht war, jeweils besucht worden. Bis zum 12. Lebensjahr lutschte die Patientin Daumen, wurde sie durch Pavor nocturnus und Stottern gequält. Die Menarche erfolgte mit 12 Jahren. Zwei Jahre später soll sie vergewaltigt worden sein. In der Klinik wurde die Diagnose einer «Anorexia nervosa auf der Basis einer schweren narzisstischen Persönlichkeitsstörung» gestellt. Die Patientin berichtete dort, dass sie vom Freund, der an Ejaculatio praecox leide, enttäuscht sei. Mit dem früheren Gewicht von 70 kg habe sie sich nicht abfinden können, weil sie sich als zu schwerfällig und zu weiblich bzw. mütterlich erlebt habe. Die Suizidalität der Patientin hat sich einerseits ergeben, weil sie ihre Weiblichkeit bei ihrem hochgespannten Körper- und Lebensideal nicht annehmen konnte, und andererseits, weil sie irgendwie den Glauben hegte, nach ihrem «Suizid» mit der Nachwelt in Kommunikation treten und mehr Aufmerksamkeit finden zu können. Die Patientin glaubte, ihre Körperlichkeit bezwingen bzw. vernachlässigen zu können und hatte unbewusst die Vorstellung von einer Weiterexistenz nach – phantasierten – Suizidhandlungen. Sie zeigte eine Neigung zu Tagträumen, in denen sie Grandiositätsvorstellungen hegen konnte. Die testpsychologischen Untersuchungen bestätigten ihr anspruchliches Auftreten gegenüber der Umwelt, ihre infantile Erwartungshaltung und ihre Kränkbarkeit. Der Bericht über diese Patientin lässt deutlich werden, wie sehr eine durch mangelnde affektive Zuwendung und Bestätigung in der Kindheit entstandene narzisstische Neurose zu einer Kommunikationsstörung sowie zu kompensatorischen Grössenvorstellungen führen kann. Dass diese Grandiositätsphantasien etwa mit der äusseren Realität zusammenstossen, kann allein schon Anlass zu Suizidhandlungen geben, wenn die Betroffenen auf die Disproportion zwischen ihrem Selbstbild und der Realität aufmerksam werden. Dazu kommt, wie erwähnt, dass sie häufig, wenn sie Suizidhandlungen begehen, das fatale Ende nicht im Auge behalten und sich irgendwie über ihre Sterblichkeit hinwegsetzen, so dass sie dann glauben, weiter mit der Nachwelt in Kontakt zu bleiben.

Eine 1949 geborene Krankenschwester soll bei Geburt knapp 2500 Gramm gewogen haben. Bis zum 15. Lebensjahr litt sie an Enuresis nocturna. Im Kleinkindesalter habe sie auch unter Pavor nocturnus gelitten. Als die Mutter sie im Alter von etwa 4 Jahren einmal zu Bett brachte und sich danach zum Einkaufen entfernte, empfand die Patientin fürchterliche Angst. Sie schrie so laut, dass die Mutter nach Verlassen der Wohnung nochmals zurückkehrte und die Patientin schlug. Die Mutter habe sich daraufhin wieder entfernt. Die Patientin hatte damals wie auch später das Gefühl, von den Eltern nicht verstanden und nicht geliebt zu werden. Als Kind habe die Patientin viel geweint. Zu den zwei älteren Geschwistern hat sie keinen näheren Kontakt gefunden. Gefühle seien in der Familie nie ausgesprochen worden. Mit 11 Jahren,

vor der Menarche und unaufgeklärt, habe sich die Patientin mit ihrem Bruder intim eingelassen. Diesen Akt habe sie als Spiel aufgefasst. Zwei Jahre später begann sie an einem Globusgefühl im Hals zu leiden. 1969 begann die Patientin eine dreijährige Lehre als Krankenschwester. Sie schloss die Lehrzeit erfolgreich ab, obschon sie sich einige Male Drogen gespritzt hatte und an einer Serumhepatitis erkrankt war. Wegen Angstzuständen, Schluckbeschwerden, Versagensängsten und Insuffizienzgefühlen trat die Patientin im Januar 1977 in die Psychiatrische Universitätsklinik Basel ein. Nachdem mehrere geplante Suizidversuche in der Klinik verhindert werden konnten, unternahm die Patientin unmittelbar nach einem Wochenendausgang ein Tentamen suicidii mit 20 Tabletten Methaqualon. Auch nach dieser Suizidhandlung war die Patientin noch längere Zeit depressiv. Von mehreren Träumen sei einer angeführt: Die Patientin sprang von einem Haus herunter und landete auf einer Wiese mit Blumen. Sie empfand ein «irrsinnig» schönes Gefühl. Diesen Traum erlebte sie als ausgesprochen angenehm.

Im zitierten Traum scheint es, dass die Patientin auf der einen Seite die Realität nicht so anzunehmen weiss, wie sie ist, und dementsprechend vom Hause abspringt. Auf der anderen Seite verrät das Geträumte ein Allmachtsgefühl. Sie verletzt sich bei ihrem Sprung von dem Hause nicht, sondern landet auf einer blumigen Wiese mit einem Hochgefühl. Der Suizidversuch dieser Kranken stellt bis zu einem gewissen Grade schon einen Absprung aus dieser Welt dar, doch dazu auch einen Versuch, sich den Gesetzen der Wirklichkeit zu entziehen und damit jene Freiheit zu erlangen, die sie ohne diese Handlung nicht gehabt hätte. Dass sie dann depressiv daraus hervorging, ist verständlich, da ihr danach wohl das Irreale ihrer Erwartungen aufging.

### Überwindung der Zeitlichkeit

Die Suizidalen sind sich, wie erwähnt, recht häufig bei ihren Suizidversuchen des drohenden Endes ihres Daseins nicht bewusst. Es ist im Grunde genommen die Vorwegnahme des Jenseits in einem diesseitigen Bezugssystem, das sie erstreben. Damit würden ihnen alle Mühen und vor allem alle Frustrationen zur Bewältigung ihrer Objektbezüge genommen. Sie würden durch Fusion mit den ihnen Begegnenden auch jene mitmenschliche Wärme ohne weiteres erleben, an der ihnen in ihrer Kindheit gebrach. Ein solches «Schlaraffenland» würde ihnen jegliche Ich-Leistung abnehmen und sie mit jener narzisstischen Gewissheit versehen, die sie bisher nicht gehabt haben.

Die Suizidalen sind also oft von jenen Grössengefühlen beseelt, wie sie *Kohut* bei narzisstisch Gestörten als kompensatorische Erscheinungen als typisch beschreibt. Diese Menschen sind, wenn sie eine Suizidhandlung begehen, scheinbar Herr über Leben und Tod, nicht gebunden an den Ablauf des sonst unabwendbaren Sterbeprozesses, sondern sie können sich in scheinbarer Freiheit für den Tod entscheiden. *Karl*

Jaspers [6] spricht davon, dass nur der Mensch im lebendigen Dasein um seinen Tod wisse. Die Angst vor dem Tod sei eine Angst vor dem Nichts. Aber untilgbar scheinend trotzdem die Vorstellung, der Zustand nach dem Tod sei ein anderes Sein. Der Gedanke also, dass nach dem Ableben noch etwas kommt, ist in allen Menschen verbreitet. Was die Suizidalen besonders kennzeichnet, ist aber die Tatsache, dass für sie dieses Nachher greifbarer ist. Damit werden wir verwiesen auf den Umstand, dass ihre Welt eine infantile Welt ist, in der das absolute Nichts nach dem Tode noch nicht besteht. Jaspers betont, dass für den, der nicht glaube, die Verheissung der Auferstehung vergeblich sei. In dieser Sicht wäre das Ende des Menschen dessen Leichnam und Verwesung. Aber der Drang zur Verewigung sei nicht sinnlos. In uns sei etwas, das nicht glauben könne, zerstörbar zu sein. Oft sind es die Suizidalen, die in besonderer Weise diese Gewissheit in sich bergen, wohl nicht zuletzt deshalb, weil sie bei ihrer narzisstischen Störung im Grunde genommen die in ihnen schlummernden Möglichkeiten noch nicht richtig gelebt haben. Die Suizidalen sind Menschen, die nicht etwa jenen Todestrieb, den Freud [2, 3, 4] supponiert – der bei aller Tendenz des Lebens, sich fortzusetzen, kaum zu beweisen ist – in besonders ausgesprochener Weise in sich haben, sondern die sich am bisherigen Leben, an den realen, sozialen Bezügen zweifelnd, eine andere Existenzweise ersehen.

Ein 23-jähriger Mann, zweiter Sohn eines leistungsorientierten Akademikers und einer langjährig an Tuberkulose kranken Mutter, suchte unsere Sprechstunde auf. Während er als Kleinkind dem Leitbild der Familie entsprach, stellten sich beim Patienten bald Schulschwierigkeiten ein. Die Eltern waren von der Deutschen Demokratischen Republik in die Bundesrepublik Deutschland geflüchtet. Nach absolvierter Maturität entschied sich der Patient für den Maschineningenieurberuf. Er versagte aber anlässlich von zwei Vorprüfungen, wiewohl er geglaubt hatte, sich für die Examina gut vorbereitet zu haben. Am Anschlagbrett der Hochschule las er über seinen Misserfolg. Tags darauf begab er sich nochmals dorthin. In der Folge nahm er eine Pistole und Whisky zu sich. Er fuhr nach einem Ferienort, begab sich auf einen Berg und hatte im Sinn, sein Leben durch einen Pistolenschuss zu beenden. Der Patient erwartete, in eine Gletscherspalte stürzen zu können. Da er durch sein Verhalten aufgefallen war, wurde er in eine Psychiatrische Klinik eingewiesen. Dort wurde eine neurotisch bedingte Selbstunsicherheit diagnostiziert. In der Klinik führte er dann ein Tentamen suicidii durch Schnitt in die linke Handgelenksregion durch. Bei der ersten Besprechung in unserer Poliklinik imponierte der Patient als wohlherzogen und höflich. Er betonte, ein Ziel vor sich haben zu müssen, und äusserte die Absicht, den Ausweis als Lastwagenführer zu erwerben. Während dieser Zeit wollte er auf dem Lande bei der Muttermutter leben. Trotz seiner vordergründigen Loyalität den Eltern gegenüber zeigte der Patient ihnen gegen-

über Aggressionen, und er hielt an seinen Plänen fest, obschon Vater und Mutter damit nicht einverstanden waren.

Auffallend waren die Grössenvorstellungen des Patienten. Er hatte im Grunde genommen das Gefühl, für die Prüfungen kaum lernen zu müssen und von selbst durchzukommen, war um so mehr enttäuscht, als sich diese Erwartungen keineswegs erfüllten und er im Examen scheiterte. Auch in seiner suizidalen Handlung machten sich Grössenvorstellungen geltend. Schon allein die Tatsache, dass er auf einen hohen Berg fahren wollte, um sich zu erschiessen und in eine Gletscherspalte zu fallen, damit er dort «für ewig» konserviert bleibe, deutet auf diese Tendenz hin. Er äusserte der Ärztin gegenüber tatsächlich die Vorstellung, dass er im Tode so erhalten bliebe, wie er zu Lebzeiten gewesen sei.

#### Narzisstische Erfüllung, projiziert in die «Nachwelt»

Der eben erwähnte Patient mit seiner schweren narzisstischen Persönlichkeitsbeeinträchtigung, die wir, weil sie nicht psychotischer Natur, als «narzisstische Neurose» bezeichnen [1] – im Unterschied zu Sigmund Freud, der die endogenen Psychosen, weil in diesem Zustand die Libido vollkommen zurückgezogen sei auf den Narzissmus, als «narzisstische Neurosen» bezeichnete –, hatte im Grunde genommen also vor, mittels des Suizides «für ewig» erhalten zu bleiben, wobei seine Weiterexistenz dann keine Anstrengung mehr erfordert hätte. Sein Suizidwunsch und wohl auch seine spätere Suizidhandlung entsprechen seinem narzisstischen Wunsch nach Überwindung der Zeitlichkeit. Wohl hatten sie auch zum Ziel, eine Fusion mit der «Nachwelt» einzugehen, mit der er, wäre er ohne weitere Eigenaktivität der Nachwelt erhalten geblieben, hätte rechnen dürfen. Wäre er im Eis konserviert und doch wohl auch mal gefunden worden, hätte er wohl jene Aufmerksamkeit, jene mitmenschliche Wärme finden dürfen, die er in der kühlen und tüchtigen Akademikerfamilie des Elternhauses, bei der Krankheit der Mutter, nie erfahren konnte. Somit hätte er Gelegenheit gehabt, erstmals in seinem Leben durch «Wärmezuewendung aufzutauen». Sein Wunsch, auf das Land zu seiner Grossmutter zu ziehen, um dort das Lastwagenfahren zu erlernen, entspricht seiner zutiefst empfundenen Notwendigkeit, Zugang zu seiner Emotionalität, über die Beziehung zu der Muttersmutter, mit der er allein gefühlsmässig verbunden ist, zu erhalten. Der Beruf des Lastwagenführers stellt sinnbildlich jenen kraftvollen Menschen dar, der er im Grunde genommen zu sein wünscht. Um so mehr darf sein suizidales Handeln als Bestreben gewertet werden, zeitliche Schranken zu überwinden und für ihn die Transzendenz in die weltlichen Bezüge hineinzunehmen.

Narzisstische Störungen sind, wie immer sie auch verstanden werden mögen, Zustände, in denen die Betroffenen, infolge mangelnd erfahrener Liebesuewendung in der Kindheit, nur ungenügend Selbsterfüllung erlangen konnten. Es droht ihnen dabei, die verschie-

denen Seiten ihrer Persönlichkeit nicht genügend leben zu können. Sie haben zu wenig narzisstische Libido zur Verfügung, um dieses Ziel zu erreichen. Werden sie sich dieser Tatsache bewusst, so werden sie, oft bei geringer zusätzlicher emotionaler Belastung, Hand an sich legen. Es geht ihnen dabei nicht vorwiegend um das Auslösen ihrer Existenz oder um das Sich-Ausliefern an einen allfälligen Todestrieb. Wie es uns unsere Erfahrung lehrt, haben sie vielmehr den unbewussten Wunsch, in irgendeiner anderen Existenzweise weiterzuleben und dabei jene Erfüllung zu finden, die sie bislang nicht erhalten haben. Die Suizidhandlung wäre für sie der magische Schlüssel, der sie einerseits von der Mühsal des sozialen Lebens erlöste und sie andererseits zu einem neuen Dasein hinführte, in dem sie mehr Zuwendung erfahren und sich dementsprechend ungehindert entfalten könnten.

### Zur Therapie und Prävention

Bei der Psychotherapie dieser Individuen kann, bei ihrer in der Regel bestehenden schwerwiegenden narzisstischen Persönlichkeitsbeeinträchtigung, im allgemeinen nicht so frustrierend vorgegangen werden, wie es bei der Behandlung «klassischer» Neurosepatienten möglich ist. Wie vor allem Kohut gezeigt hat, ist es bei diesen Menschen vorerst notwendig, ihnen in möglichst unauffälliger, aber doch klarer Weise immer wieder jene Selbstbestätigung zu vermitteln, die sie in ihrer frühen Jugend und später in ihrem Leben vermisst haben. Nur wenn es ihnen möglich ist, stets von neuem als positiv erlebte Teilobjekte, zum Beispiel gewisse Aspekte des Therapeuten, zu internalisieren, werden sie mit der Zeit ihr defektes Selbst auffüllen können und imstande sein, auf die narzisstischen Kompensationen, darunter die erwähnten Grössenvorstellungen und infantilen Vernachlässigungen der räumlich-zeitlichen Koordinaten der äusseren Realität, zu überwinden und eine bessere Weltanpassung zu erlangen. Was die Prävention anbetrifft, so müsste, wenn sie primärer Art sein soll, schon in frühester Kindheit damit begonnen werden. Wir haben selbst darauf aufmerksam gemacht [1], dass besonders im ersten Lebensjahr – in Fortsetzung des Intrauterinlebens – das taktile Wärmeerlebnis des Kindes für das Geborgenheitserleben entscheidend ist. Die Erzieher, vor allem die Mütter, wären darauf aufmerksam zu machen, dass ein Berührungstabus den Kindern schadet und nur bei der Möglichkeit des engen Hautkontaktes – der noch wichtiger ist als die Brusternährung an sich – eine gesunde Entwicklung des Säuglings möglich ist. Des fernern ist darauf zu achten, dass die in unserem Kulturbereich so spärliche Bestätigung der Kinder vieles zu deren Selbstverunsicherung beiträgt. Wir werden auf das Gefährliche solcher, oft ideologisch untermauerter Erziehungspraktiken hinzuweisen haben und vor allem die Eltern dahin bringen wollen, dass sie sich nicht mehr gehemmt fühlen, ihre Kinder, bei Verhaltensweisen, die es verdienen, aufmunternd zu bestätigen.

### Zusammenfassung

Viele der unsere ambulante psychiatrische Hilfe beanspruchenden suizidalen Patienten weisen Störungen des Selbstwerterlebens auf. Die narzisstisch beeinträchtigten Patienten haben gestörte Objektbeziehungen. Sie sehen sich deshalb oft vor die Frage gestellt, ob ihre weitere Existenz unter diesen Umständen noch einen Sinn hat. Anhand von vier Fallbeispielen werden verschiedene psychodynamische Aspekte erörtert und diskutiert. Der suizidale Patient möchte oft seine Umgebung auf sich aufmerksam machen, so dass in der Suizidhandlung eine Mischung bzw. Überdetermination von selbstzerstörerischen und selbsterhaltenden Motiven (*Henseler*) zu sehen ist. Solche Patienten erreichen durch den Suizidversuch jene narzisstische Gratifikation, die sie anderweitig nicht erhalten und doch so dringend brauchen.

Der Suizidversuch narzisstisch Gestörter kann auch aus einer Grössenvorstellung heraus begangen werden. Diese Menschen streben einem hohen, realitätsfremden Ich-Ideal nach, das sie niemals zu erreichen imstande sind. Schwere Enttäuschungen sind die Folge. Der Schritt zur Suizidhandlung ist demgemäss oft nur kurz. Manche Patienten setzen sich in ihrem Erleben über ihre Sterblichkeit hinweg und hoffen, auf irgendeine Weise – nach ihrem Suizid – mit der Nachwelt in Kontakt bleiben und so irgendwie am Leben weiter teilnehmen bzw. das Bestrafungserlebnis ihrer Nächsten miterleben zu können. Es ist der infantile Wunsch, die erstrebte Erlösung in einem diesseitigen Bezugssystem erfahren zu dürfen. Damit wären die Patienten aller Mühen zur Bewältigung der Objektbeziehungen enthoben.

Bei der Psychotherapie solcher narzisstisch gestörter Patienten sollte in erster Linie jenes beeinträchtigte Selbst erkannt, gestärkt und neu strukturiert werden. Soll eine wirksame primäre Prävention getrieben werden, so hat sie bereits unmittelbar nach der Geburt im Sinne der Vermittlung jenes – intrauterin gegebenen – taktilen Wärmeerlebnisses zu erfolgen, unter dem das Kleinkind allein sich gedeihlich zu entwickeln vermag.

### Résumé

#### Troubles narcissiques et suicidabilité

Beaucoup des malades suicidaires qui suivent un traitement psychiatrique ambulatoire présentent des troubles de l'estime de soi. Les patients présentant ce type de trouble narcissique ont des relations objectives perturbées. Pour cette raison, il se voit confrontés à la question de savoir si leur vie a encore un sens dans de telles conditions. A travers quatre exemples, certains aspects psychodynamiques de tels cas sont discutés. Le malade suicidaire veut souvent attirer l'attention de son entourage sur lui, de sorte que nous pouvons voir dans l'acte suicidaire un mélange ou une surdétermination de motifs autodestructifs et d'autoconservation (*Henseler*). Ces malades reçoivent grâce à leur tentative de suicide la gratification narcissique qu'ils ne peuvent recevoir d'une autre manière et dont ils ont tant besoin.

Les personnes perturbées du point de vue narcissique peuvent aussi commettre leur suicide à cause d'un idéal du Moi très haut, éloigné de la réalité, et qu'ils ne peuvent jamais atteindre. De lourdes déceptions sont la conséquence de cette situation. Le passage à l'acte suicidaire est donc souvent facile. Certains malades écartent dans leurs fantasmes la conscience du fait qu'ils sont mortels et espèrent rester – après leur suicide – en quelque sorte en contact avec le monde, pouvant ainsi encore participer d'une façon ou d'une autre à la vie et assister à la souffrance et à la punition de leurs proches. Cela correspond à leur désir infantile de vivre la délivrance désirée tout en restant dans un système relationnel. Dans cette situation fantasmée, les patients seraient dispensés de tout effort de maîtrise des relations objectives.

Dans la psychothérapie de ces patients narcissiquement perturbés, on devrait en première ligne reconnaître, fortifier et structurer leur soi faible. Une prévention primaire doit, pour être efficace, commencer immédiatement après la naissance et consister surtout en la médiation d'une expérience tactile et de chaleur, expérience présente dans la vie intrautérine et qui est une condition primordiale du développement sain du petit enfant.

**Summary**

**Narcissistic impairments and suicidality**

Many of the suicidal patients who come to us for out-patient psychiatric treatment have an impairment of their self-esteem. The narcissistically disturbed patients have deranged object relations. Thus they often ask themselves whether their further existence under these circumstances is worthwhile.

By means of four cases, various psychodynamic aspects are shown and discussed. The suicidal patient often wants to attract the attention of his environment, so that in the suicidal act a mixture or an overdetermination of self-destructive and self-preserving motives (*Henseler*) can be recognized. Through their attempted suicide, such patients achieve the narcissistic gratification which they otherwise don't experience and yet would so urgently need. The attempted suicide of a narcissistically disturbed person can be due to fantasies of grandiosity. These people strive after a high Ego ideal which is not based on reality and which they can never achieve. This leads to heavy disappointments. The step to a suicidal act is thus often small. Some patients imagine that they can negate and thus overcome death and hope that in some way, after their suicide, they will be able to remain in contact with the world and thus somehow take part in life. They may imagine for instance that they will be able to experience the punishment of their relations. It is the infantile wish to be able to experience the hoped for release in a worldly frame. Thus the actual difficulties in the way of mastering object relations would be removed.

In the psychotherapy of such narcissistically disturbed patients, the impaired self should first be recognized, strengthened and restructured. An effective primary prevention would have to take place already immediately after birth, by means of the establishment of that tactile experience of warmth, which exists intra utero, and

which is the condition for the healthy development and thriving of the infant.

**Literatur**

- [1] *Battegay, R.*, Narzissmus und Objektbeziehungen, Über das Selbst zum Objekt (Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien 1977).
- [2] *Freud, S.*, Trauer und Melancholie, Gesammelte Werke, Bd. 10, 427, 3. Aufl. (S. Fischer, Frankfurt a. M. 1963).
- [3] *Freud, S.*, Das Ich und das Es, Gesammelte Werke, Bd. 13, 235, 4. Aufl. (S. Fischer, Frankfurt a. M. 1963).
- [4] *Freud, S.*, Zur Einführung des Narzissmus, Gesammelte Werke, Bd. 10, 3. Aufl. (S. Fischer, Frankfurt a. M. 1963).
- [5] *Henseler, H.*, Narzisstische Krisen, Zur Psychodynamik des Selbstmords (Rowohlt, Reinbek bei Hamburg 1974).
- [6] *Jaspers, K.*, Kleine Schule des philosophischen Denkens (Piper, München 1965).
- [7] *Kernberg, O. F.*, Borderline-Conditions and Pathological Narcissism (Jason Aronson, New York 1975).
- [8] *Kohut, H.*, Narzissmus (Suhkamp, Frankfurt a. M. 1973). Aus dem Amerikanischen: The Analysis of the Self. Intern. Universities Press, New York 1971.
- [9] *Kohut, H.*, The Restoration of the Self (Intern. Universities Press, New York, 1977).
- [10] *Ringel, E.*, Der Selbstmord, Abschluss einer krankhaften Entwicklung (Wien-Düsseldorf: W. Maudrich 1953).
- [11] *Ringel, E.*, Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem (Wien: Brüder Hollinek 1961).
- [12] *Ringel, E.*, Über Selbstmordversuche von Jugendlichen, in: Zwingmann, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung (Frankfurt a. M., Akad. Verl. Ges. 1965).
- [13] *Ringel, E.*, Selbstmordverhütung (Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1969).

## Selbstmordgedanken, Persönlichkeitsstruktur und soziale Probleme bei 19jährigen Zürichern

A. Widmer<sup>1</sup>

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Im vorliegenden Artikel werden einige wichtige Aspekte einer Dissertation zusammengefasst, die 1977 publiziert wurde.

### 1. Fragestellung und Methodik

Während die meisten Untersucher ihre Erhebungen zur Suizidalität an Probanden durchführten, die einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich hatten, interessierten wir uns für die Suizidgedanken – als Indikator der latenten Suizidalität – bei einer Stichprobe von 586 stellungspflichtigen 19jährigen Männern aus dem Kanton Zürich, die anlässlich der militärischen Aushebung mittels Fragebogen untersucht wurden.

Die dabei verwendeten drei Fragebogen seien kurz vorgestellt. Der selbst entworfene kombinierte Suizid-Fragebogen befasst sich mit Selbstmordgedanken und

**Die Untersuchung von Selbstmordgedanken 19jähriger Jugendlicher zeigt, dass jeder vierte schon solche Gedanken gehabt hat. Diese Personen unterscheiden sich von jenen, die keine Suizidgedanken hatten.**

Selbstmordversuchen im Zusammenhang mit bestimmten Problembereichen sowie zahlreichen soziographischen und persönlichen Daten. Bei der Hopkins Symptom Checklist (*Derogatis* e.a. 1974) handelt es sich um eine in den USA entwickelte standardisierte Beschwerdeliste, die vorwiegend neurotische Störungen untersucht. Beim standardisierten Aggressions-Fragebogen (SAF s. *Koch* 1974) werden verschiedene Aggressionsaspekte der Persönlichkeit berücksichtigt. Die statistische Verarbeitung der gewonnenen Daten wurde im Rechenzentrum der Universität Zürich vorgenommen. Die Verlässlichkeit der von uns erhobe-

<sup>1</sup> Dr. med., c/o Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungsdirektion, Postfach 68, CH-8029 Zürich 8.