

# Narzisstische Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität: Behandlungsschwierigkeiten aus psychodynamischer Perspektive

■ G. Dammann<sup>a</sup>, B. Gerisch<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel

<sup>b</sup> Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete, Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf (D)

## Summary

*Dammann G, Gerisch B. [Narcissistic personality disorders and suicidal behaviour. A psychodynamic perspective on treatment difficulties.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2005;156:299–309.*

**Objectives:** Suicidal threats, gestures and overt attempts and suicide are common problems in patients with narcissistic personality disorders and other severe personality disorders. From a psychodynamic perspective, suicidal behaviour is based on both aggression as well as narcissistic self-regulation. Challenges for the clinical treatment of patients with suicidal behaviour and narcissistic disorders are described and discussed from a psychodynamic perspective. Negative self-concept, the ambivalence of suicide and aggression in suicide attempters and other risk factors are discussed.

**Method:** Empirical research findings, classical and newer psychodynamic theories and clinical experiences with psychotherapy for personality disorders are critically discussed.

**Results:** Psychotherapeutic treatment should follow a suicide attempt. The therapist or psychiatrist must gauge the intensity of the patient's suicidal ideation, the existence of plans, the availability of means, the depth of depression, the extent of social isolation, the amount of alcohol or drug intake, and the degree to which the patient's communications are trustworthy to evaluate the situation. Broadly speaking, suicidal ideation in personality disordered patients has its primary source either in character pathology or affective illness. Different technical approaches apply when suicidality is primarily characterological or primarily affective. Besides the therapist's strong counter-

transference reactions, which can include the extreme of hate, typical problems pertaining to his/her attitude and psychotherapeutic process can occur. The focus of the therapy is on the suicidal trigger and the roots of the narcissism. Suicide or the threat of suicide are called on by the patients as solutions to long-standing intrapsychic conflicts. When the patient's aggression, often due to traumatic experiences, is stimulated by current anger, frustration or envy, self-destruction provides a means to cope with the internalised tormentor or destructive schema. In many cases transferences related to the wish for revenge seem the prime motivator of suicidal behaviour. Chronic suicidal behaviour of more severely disturbed narcissistic patients is related to particular treatment difficulties.

**Conclusions:** Suicidal behaviour presents therapists treating narcissistic disorders with significant treatment difficulties and risks. Yet, it is precisely the time following a suicide attempt which offers an opportunity to understand patients' narcissistic dynamics and to process them more intensively. Suicidality often necessitates action-oriented interventions and departures from technical neutrality on the therapist's part. Secondary gain from suicidality and learning history should carefully be considered by therapists. It seems possible to integrate both principal psychodynamic models of suicide risk, conflictual aggression problems and their impact on the ego, as well as narcissistic self-economy.

**Keywords:** *suicide; suicidal behaviour; narcissism; narcissistic personality disorder; psychodynamic therapy*

## Einleitung

Um den Narzissmus ist es in den letzten Jahren in der Psychiatrie und Psychotherapeutischen Medizin allgemein sehr ruhig geworden, nachdem in den 1970er und 1980er Jahren grosse theoretische Schlachten in diesem Bereich geschlagen wurden

Korrespondenz:

Dr. med. Dipl.-Psych. Gerhard Dammann  
Universitäre Psychiatrische Kliniken  
Wilhelm Klein-Strasse 27  
CH-4025 Basel  
e-mail: gerhard.dammann@upkbs.ch

**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 ausgenützt, um die eigenen Ziele zu erreichen                                                                                               |
| 7. Mangel an Einfühlungsvermögen                                                                                                                                                      |
| 8. Neid auf andere, oder sich beneidet fühlen                                                                                                                                         |
| 9. arrogantes, überhebliches Verhalten                                                                                                                                                |

[1, 2]; der Narzissmus-Begriff wurde in der Folgezeit zunehmend mehrdeutig gebraucht und entwickelte sich später gar zum Inbegriff für die von Individualismus geprägte Gegenwart [3]. Konnte noch Hartmann [4] den Narzissmus trieb- und Ich-psychologisch fundiert als «libidinöse Besetzung des Ichs» definieren, sprachen Moore und Fine [5] in einer bis heute gültigen Definition nur mehr von einer «Konzentration seelischen Interesses auf das Selbst». Aus psychodynamischer Sicht gilt die «narzisstische Krise» trotz dieser Einschränkung noch immer als ein zentrales psychodynamisches Konzept für die Erklärung von Suizidalität [6–8].

Auch neuere empirische Studien zur Suizidalität konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass neben der psychiatrischen Erkrankung besonders häufig eine komorbide Persönlichkeitsstörung bei Patienten mit Suizidversuchen und Suiziden festgestellt wurde [9, 10]. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind im gleichen Masse suizidgefährdet wie solche mit Depressionen [11]. Zum einen konnte nachgewiesen werden, dass die Impulsivität [12] und die affektive Instabilität [13, 14] der Patienten ein Risikofaktor für Suizidalität ist; weiterhin war die Häufigkeit psychopathologischer Kriterien im DSM-IV-Klassifikationssystem für die histrionische, die antisoziale, die Borderline- und die narzisstische Persönlichkeitsstörung generell mit der Häufigkeit und Schwere der Suizidversuche assoziiert [15]. Während in den letzten Jahren mehrere Arbeiten zur Entstehung und Behandlung der chronischen Suizidalität bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erschienen sind [16–19], gibt es kaum entsprechende Literatur zur narzisstischen Persönlichkeitsstörung.

## Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Nach dem DSM-IV [20] ist die narzisstische Persönlichkeitsstörung durch ein durchgängiges Muster von Grossartigkeit (in der Phantasie oder im Verhalten), ein Bedürfnis nach Bewunderung und einen Mangel an Einfühlungsvermögen sowie das Vorhandensein typischer Merkmale gekennzeichnet (Tab. 1). In der ICD-10 [21] findet sich die narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht als eigene Kategorie (ausser in einem späteren Anhang als provisorisches Kriterium) – ein Grund lag im mehr psychoanalytischen Ursprung dieser Konzeption, die vielen Psychiatern suspekt erschien.

Die Komorbidität mit anderen Persönlichkeitsstörungen ist auch bei der narzisstischen Persönlichkeitsstörung ausserordentlich hoch. Am häufigsten finden sich die Kombinationen mit histrionischen, dissozialen oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen [22]. Häufig ist aber auch die Kombination mit einer dependenten, zwanghaften oder paranoiden Persönlichkeitsstörung.

Die phänomenologische, aber atheoretische und kategoriale Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung erfolgt trotz verschiedener Untersuchungsinstrumente, wie dem SCID-II-Interview, einem strukturellen klinischen Interview für die DSM-IV-Achse-II-Persönlichkeitsstörungen [23], oder dem Narzissmusinventar [24], einem deutschsprachigen Selbstbeurteilungsinstrument zur Untersuchung der Selbstregulation, in erster Linie meist bereits nach der klinischen Phänomenologie und der Erhebung der Anamnese. Einschränkung wird darauf aufmerksam gemacht, dass nicht bei jedem Vorhandensein von narzisstischen Persönlichkeitszügen von einer «narzisstischen Persönlichkeitsstörung» gesprochen werden sollte. Es sollte generell zumindest eine länger dauernde schwerwiegende Beeinträchtigung in zahlreichen Lebensbereichen (Arbeit, Beziehungen usw.) vorliegen, damit von einer «Persönlichkeitsstörung» gesprochen werden kann. Nicht übersetzt wurde bislang ein spezifisches diagnostisches Interview (DIN) von Gunderson und Mitarbeitern [25].

## Narzisstische Dynamik und narzisstische Pathologie

Aus psychodynamischer Sicht kann der Aspekt der erhöhten Vulnerabilität von narzisstischen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen für Suizidversuche wie folgt verstanden werden: Es findet sich beim Narzissmus eine ausgelebte oder phantasierte grandiose Vorstellung, alles Gute in sich zu tragen, nichts zu benötigen, was dem Schutz gegenüber

**Tabelle 2** Narzisstische Kränkung des suizidalen Patienten nach Henseler [6].

Die in ihrem Selbstwertgefühl verunsicherbare Persönlichkeit benötigt zur Aufrechterhaltung ihres labilen, narzisstischen Gleichgewichts in ihrer Umgebung idealisierbare Personen, die unbedingt und zuverlässig stabilisierend wirken sollen.

Versagt diese Umgebung, zum Beispiel durch Kränkungen und Enttäuschungen, kommt es zu einer «narzisstischen Katastrophe», die abgewehrt werden muss. Gelingt die Abwehr aber nicht, erfolgt eine Regression auf den sogenannten Primärzustand mit den Phantasien von Ruhe, Wärme und Geborgenheit (Verschmelzung mit einem diffus erlebten primären Objekt).

Der Suizidant verzichtet zwar mit dem Suizid auf seine leibliche Individualität, gewinnt aber, ganz im Sinne einer Ökonomie, an Sicherheit, Geborgenheit und Ruhe, sogar Seligkeit.

Die narzisstische Kränkung oder Kränkbarkeit kann verschiedene Bereiche umfassen:

1. Angenommensein (z.B. wurde er nicht zu einer Familienfeier eingeladen)
2. Wert und Macht (z.B. der Patient hat einen «Schein» an der Universität nicht erhalten)
3. psychosexuelle Identität (z.B. wurde der Patient wegen einer Impotenz von einer Zufallsbekannten, wie er es empfand, lächerlich gemacht)

Gefühlen der Nichtigkeit, der Abhängigkeit und des Neides dient. Die Abwehr von Gefühlen der Nichtigkeit und der Leere ist dabei als zentral anzusehen. Die Nichtigkeitsgefühle, die bei Trennungen und Misserfolgen verstärkt auftreten, stellen dann eine Bedrohung der Person dar.

Die Grandiosität kann dabei die Form einer durch Ansprüchlichkeit geformten, chronifiziert wütenden Grundstimmung annehmen, die sich dann als Ärger, Zorn oder rachsüchtiges Ressentiment anderen Menschen gegenüber zeigen kann. Insbesondere ist es Wut – zum Teil aus nichtigen Anlässen, wenn etwas nicht so läuft, wie gewünscht, d.h., sich die Realität nicht nach einem selbst richtet –, die dann auftaucht. Die wesentlichen Abwehrmechanismen beim Narzissmus sind dabei die Idealisierung und die Entwertung.

Andere Menschen, selbst Partner, Freunde oder Familienangehörige, werden in ihrer Selbständigkeit nicht wahrgenommen, oder diese wird als lästig erlebt. Der andere, etwa dessen Erfolge, dient der eigenen Selbstwertregulation. In Beziehungen sind diese Patienten oft sehr leicht verletzlich, der Patient erlebt sich selbst so, dass er selbst auf der Suche nach Liebe, Unterstützung und anerkennender Bewunderung ist, während er andere so erlebt, dass sie ihn kritisieren, kontrollieren oder einengen.

Bei schwer narzisstischen Patienten dreht sich zentral vieles um ein grandioses, unabhängiges Selbst-System, bei dem negative Erfahrungen ins Aussen projiziert, abgespalten oder verleugnet

werden müssen. Lässt sich die Grandiosität nicht mehr aufrechterhalten, treten massive Minderwertigkeitsideen an ihre Stelle, die selbst wieder übertriebene «negative Grössenphantasien» darstellen [26] und dann ebenfalls auch zur Quelle für einen Suizid werden können. Zentrale Affekte sind dabei auch hier die Wut als Ausdruck der erhöhten Kränkbarkeit und vor allem der (zumeist auch unbewusst ausgeprägte) Neid auf andere.

Insgesamt lassen sich zwei theoretische Linien der psychodynamischen Narzissmusforschung der letzten Jahrzehnte konzeptionell identifizieren: Die eine Linie kann auf die Verletzbarkeit des gestörten «Selbstachtungs-Narzissmus» zurückgeführt werden (Autoren wie A. Reich [27], E. Jacobson [28] und besonders H. Kohut [29]). Neben diesem «Selbstwert-Narzissmus» beschreiben insbesondere Herbert Rosenfeld sowie Otto F. Kernberg in ihren Arbeiten einen «Objekt-Abwehr-Narzissmus» und eine grandiose Selbststruktur, die der Abwehr abhängiger Objektbeziehungen dienen. (Auf andere wichtige psychodynamische Theorien des Narzissmus, etwa die von André Green [30] oder Bela Grunberger [31], die das Problem der Suizidalität ebenfalls anschneiden, kann aus Platzgründen an dieser Stelle nicht eingegangen werden.)

## Suizidalität und Narzissmus

Henseler [6] beschreibt in seiner Arbeit den suizidalen Patienten als eine zutiefst verunsicherte Persönlichkeit, die fürchtet, in einen Zustand totaler Verlassenheit, Hilflosigkeit und Ohnmacht zu geraten, und die weiter durch Einflüsse ihrer Umwelt in ihrem Selbstwert tiefgreifend gekränkt und gestört wird. Typische Auslöser einer narzisstischen Krise sind etwa Trennungen, Prüfungen, Tod der Eltern oder eigene Krankheit, aber auch Erfolgserlebnisse. Der Zusammenhang zwischen verunsicherter Persönlichkeit und schwerer Kränkung des Selbstwertes ist vereinfacht in Tabelle 2 dargestellt.

Ausser den Auswegen der «Phantasien vom Rückzug in einen harmonischen Primärzustand» ([6], S. 85) kann auch die ebenfalls gefährliche «Dissoziation von Körper-Selbst und psychischem Selbst» ([7], S. 109) wirksam werden. Indem die narzisstisch gestörte Persönlichkeit diese latente Phantasie in Handlung umsetzt (Suizid, Suizidversuch, offene Suiziddrohung), kommt sie paradoxerweise der intrapsychischen, drohenden narzisstischen Katastrophe aktiv zuvor und stabilisiert so, ein letztes Mal, die labile narzisstische Ökonomie. Grunberger [31] hat darauf hingewiesen, dass für den unter Selbstwertproblemen und Iden-

**Tabelle 3** Motive und Phantasien suizidaler Patienten.

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tötung eines internalisierten Objektes                                                                       |
| Autoaggression                                                                                               |
| blinde Abfuhr aggressiver Spannungen (Katharsis)                                                             |
| Rache und Vergeltung                                                                                         |
| Selbstbestrafungstendenzen infolge unbewusster Schuldgefühle; Bestrafung und Sühne i.S. der Wiedergutmachung |
| die Onnipotenzphantasie, «Herr der Lage» zu sein                                                             |
| ein gegen das Selbst gewendeter Mord                                                                         |
| Wiedervereinigung mit einem Verstorbenen oder Geliebten                                                      |
| Wunsch nach Wiedergeburt, Rettung und Neuanfang                                                              |
| faktische Realisierung eines emotional schon eingetretenen Zustandes, nämlich psychisch «tot» zu sein        |
| Wunsch nach Rückkehr in die Kindheit                                                                         |
| Wunsch nach Flucht und Pause                                                                                 |
| Wunsch nach Kontrolle und Macht                                                                              |
| Wunsch zu töten und zu bestrafen                                                                             |
| Wunsch zu sterben                                                                                            |
| masochistische Unterwerfung                                                                                  |

titätsdiffusion leidenden narzisstischen Menschen die Tatsache, sterben zu können, oft immerhin bedeutet, ein Ich zu besitzen.

Bei der Suizidalität spielen aber auch weitere Konflikte und Dynamiken eine wesentliche Rolle, die von Seiten der Psychoanalyse seit Sigmund Freuds [32] und Karl Abrahams [33] Arbeiten zusammengetragen wurden: Vergeltung, Neid, Rache, Symbiosewünsche, onnipotente Kontrolle, Tötung von internalisierten Objekten, Identifizierung mit dem Aggressor, Wendung gegen sich selbst, aber auch Hingabe und Treue. Die Suizidalität im allgemeinen kann daher nicht in allen Fällen vollständig nur über einen narzisstischen Regulationsmodus (beispielsweise selbstpsychologisch) erklärt werden, allerdings spielt dieser bei Patienten mit narzisstischen Charakterpathologien eine grössere Rolle. Eine kritische Rezeption der einflussreichen Konzeption von Henseler, die unter Umständen ein wenig zur Ausblendung der massiven Aggressionsproblematik bei Suizidalen geführt hat, findet sich unter anderem bei Gerisch [34].

In jüngster Zeit beschrieb Maltzberger [35] den suizidalen Ich-Zusammenbruch durch Zerfall des Ichs (Selbst) (Ich-Regression), Scheitern der Affektregulierung, narzisstische Kapitulation, Zusammenbruch der Repräsentanzenwelt und Verlust der Realitätsprüfung in vier Phasen:

1. Affektüberflutung;
2. verzweifelte Manöver, um der so entstehenden psychischen Notlage zu entgehen;
3. Kontrollverlust durch zunehmende Desintegration des Selbst und schliesslich

4. grandiose, magische Vorstellung des mentalen Überlebens (Spaltung der Selbstrepräsentanz, «Körper-Dissoziation»).

Es lassen sich zwar markante Übereinstimmungen in der Psychodynamik von suizidalen Personen beschreiben, allerdings gibt es nicht *die* Psychodynamik der Suizidalität. In Tabelle 3 sind einige wichtige Motive und Phantasien, die der Suizidhandlung immanent sein können, zusammengefasst.

Möglicherweise besteht allerdings aber gerade bei narzisstischen Patienten die Gefahr, die zweifelsohne in jedem Suizidversuch inhärente narzisstische Dynamik als ausschliessliche zu verkennen. Eine primär depressive Entwicklung, die zu einem Suizidversuch führt (auch bei einem narzisstischen Patienten), wäre dann, psychoanalytisch verstanden, weniger Ausdruck eines letzten triumphalen narzisstischen Aufbegehrens und «Siegens» als vielmehr Ausdruck einer depressiven Identifikation mit einem desobjektalisierten Objekt, dem Nichts. Eine Dynamik, die ihre Wurzeln etwa bei einer depressiven («toten») Mutter haben kann. Betty Joseph [36] beschreibt bei manchen Patienten eine «Sucht nach Todesnähe», die sich in den Therapiestunden in zirkulärem Rasonieren und Nörgeln (statt wirklichem Denken als Ausdruck des Gefangenseins in der Phantasie) äussert und die psychodynamisch mit einer sich steigernden libidinösen Befriedigung in der Beinahe-Zerstörung erklärt werden kann.

Weitere Beachtung hat insbesondere die depressiv-masochistische Dynamik gefunden. Von Wichtigkeit sind aber auch hysterische, paranoide, hypochondrische, dissoziale oder perverse Dynamiken im Zusammenhang mit Suizidalität. Gerade bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, bei denen ja Suizidversuche und auch chronische Suizidalität [16–19] sehr häufig sind, scheinen zum Beispiel in der Regel andere Dynamiken als narzisstische eine Rolle zu spielen («Spiel mit dem Feuer», «unerträgliche Leere oder Angstgefühle»)<sup>1</sup>.

### **Destruktiver Narzissmus – ein Sonderfall**

Eine besondere Situation bei der Behandlung narzisstischer Patienten stellt nach Ansicht einiger Kliniker und Theoretiker das wichtige Phänomen des sogenannten «destruktiven» oder «malignen» Narzissmus dar. Nach Kernberg [37] äussert sich

<sup>1</sup> Bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erscheint die Suizidalität oft primär beziehungsorientiert, bei solchen mit maligner narzisstischer Persönlichkeitsstörung dagegen zunächst beziehungsabweisend.

die tiefgehende Abwehr vor jeder Form abhängiger Beziehung etwa in Therapien darin, dass der Patient sich jeden Fortschritt, den er macht, sofort aneignet und behauptet, dass er den Inhalt der Deutungen bereits wusste und dass sie deshalb schon immer in seinem Besitz waren. Patienten mit malignem Narzissmus suizidieren sich nicht nur häufig, oftmals als Akt eines letzten Triumphs, sondern benutzen diesen Akt dann auch häufig wie eine «Waffe», etwa um sich zu rächen.

Eine 34jährige Patientin mit einer destruktiv narzisstischen Persönlichkeitsstörung begann wegen Leeregefühlen, zeitweiligem Alkoholabusus, Beziehungsproblemen mit ihrer lesbischen Freundin und rezidivierenden suizidalen Phasen eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Nach bereits kurzer Zeit ging es ihr, ihrem Gefühl nach, viel besser, und sie setzte sich zum Ziel, mit ihrem Psychotherapeuten eine Affäre zu beginnen. Seine offensichtliche Unkorruptibilität, seine intakt erscheinenden Familienverhältnisse und die Tatsache, dass er für sie wie nicht erreichbar schien, reizten sie und ihren Neid dabei besonders. Bald sah sie nur noch in diesem Ziel, ihn zu gewinnen, den einzigen Grund in die Therapiestunden zu kommen. Die Patientin unternahm relativ drastische und eindeutige Anstrengungen, um den Therapeuten zu verführen, bis ihr dieses schliesslich auch gelang. Man könnte sagen, dass sie tatsächlich erneut die (ebenso beruhigende wie letztlich doch enttäuschende) Bestätigung erhielt, dass Beziehungen nur über Manipulation zustande kommen können. Sie selbst führte während dieser Zeit die Beziehung zu ihrer Freundin fort, konnte also selbst alles omnipotent kontrollieren. Allerdings beendete der Therapeut bereits nach kurzer Zeit die Beziehung zu ihr, aus Angst davor, seinen familiären Rückhalt zu verlieren, aber auch infolge eigener ethischer Bedenken, nachdem er bereits zuvor die Therapie beendet hatte. Die Patientin geriet darauf hin in eine schwere Krise, fühlte sich verraten, weggeworfen und von ihrem Therapeuten missbraucht. Sie unternahm dringliche Versuche, ihn als Liebhaber oder zumindest als Therapeuten zurückzugewinnen. Nachdem diese Versuche nicht fruchteten, tyrannisierte sie ihn mit Telefonterror. Schliesslich suizidierte sie sich und hinterliess einen Abschiedsbrief an ihre geschockte Freundin, aus dem hervorging, dass sie von ihrem Therapeuten sexuell missbraucht worden sei, was sie dadurch belegte, dass sie dem Schreiben den einzigen Liebesbrief, den sie von dem Psychotherapeuten erhalten hatte, beilegte. Deshalb, so schrieb sie, habe sie sich das Leben nehmen müssen, weil sie mit dieser Belastung durch das Trauma nicht mehr zurechtkäme. Es sei wichtig, sein Vergehen der Standesorganisation zu melden, damit er sich nicht noch in Zukunft an weiteren Patientinnen vergreife. Dies sei ihr letzter Wille, wenigstens anderen zu helfen und diese zu schützen.

Dieser von Otto F. Kernberg beschriebenen Patientin war es offensichtlich unerträglich, die unabhängige Existenz des Analytikers und die eigene bedürftige Abhängigkeit von ihm anerkennen zu müssen, was sich in dem intensiven Neid zeigt. Statt sich damit auseinanderzusetzen, suchte sie jedoch im Agieren Bestätigung, wobei der Therapeut sich auf eine dramatische, skandalöse und suizidbegünstigende Art und Weise mit der Patientin verstrickt hatte, eine Gefahr, die gerade bei diesen Patienten besonders gross ist [38]. Der Suizid ist hier Ausdruck des destruktiven Hasses gegen andere und gegen sich selbst. Rosenfeld [39]

hat darauf hingewiesen, dass man es in diesen Fällen wie mit einer intrapsychischen «mächtigen Bande» zu tun hat, deren psychische Struktur von einem abgespaltenen, allmächtigen, ausserordentlich grausamen Zentrum beherrscht zu sein scheint, das die Vorstellung erzeugt, «innerhalb des Wahnobjekts herrsche völlige Schmerzlosigkeit, aber auch Freiheit und Auftrag, sadistischen Impulsen nachzugehen, die gegen jede Objektbeziehung gerichtet sind» ([26], S. 245).

Patienten mit «antisozialen Persönlichkeitsstörungen» sind interessanterweise insgesamt relativ wenig von Suiziden bedroht, obwohl sie ja unter der möglicherweise stärksten Form einer narzisstischen Pathologie leiden. Eine Erklärung könnte sein, dass gerade bei diesen schwersten Störungen die «synthetische Funktion des Ichs» relativ erfolgreich eine vordergründig stabilisierende Ich-Syntonzität erreicht [40], die «Integration» also besonders stark ist, während zum Teil leichtere Charakterstörungen stärker unter Symptomen, Regressionen und Wiederholungszwängen leiden, was allerdings auch mit der Hoffnung nach Bewältigung einhergeht.

## Psychodynamische Psychotherapie

### Gegenübertragungsreaktionen

Auf die heftigen Gegenübertragungsreaktionen, die hier auch bis zum Hass reichen können, die narzisstisch suizidale Personen auslösen können (oft ganz andere als bei depressiv suizidalen oder hysterisch suizidalen Krisen), haben einzelne Autoren bereits hingewiesen [41, 42]. Es ist dabei wichtig, die Gegenübertragungsreaktion zu identifizieren und auch für die weitere therapeutische Fokusbildung oder Deutungsarbeit zu nutzen.

Die Dynamik der Gegenübertragungsreaktionen ist oft dadurch besonders stark wirksam, dass «professionelle Helfer» (Ärzte, Therapeuten, Pfleger) oft selbst über ein ausgeprägteres narzisstisches Potential verfügen (Grandiosität, narzisstische Gratifikation usw.). Von seiten der Psychotherapieforschung konnte beispielsweise Strupp [43] zeigen, dass selbst sehr erfahrene Therapeuten grosse Schwierigkeiten haben, mit ablehnenden bis feindseligen Patientenreaktionen umzugehen.

Aus psychodynamischer Sicht gibt es auch entsprechend starke Hinweise dafür, dass Therapeuten, die der Meinung sind, dass sie auf jeden Fall ihren Patienten vor dem Suizid werden bewahren können, eher das Gegenteil erreichen [44–46]. Man könnte sagen, dass, im Sinne eines Gegenübertragungsgagierens, in diesen Fällen der Therapeut auf

**Tabelle 4** Therapeutische Dilemmata.

1. Er muss insbesondere die innere Seite im Patienten würdigen, die trotz allem weiterleben möchte, die unter Umständen auch dazu beigetragen hat, dass der Suizidversuch misslang, weil er, mit dieser Seite verbündet, mit dem Patienten in der Folge an einem Weiterleben arbeiten wird. Auf der anderen Seite muss er jedoch möglichst frühzeitig mit der Seite im Patienten in Kontakt treten, die im Suizid den einzigen Ausweg sah, und dem verständlichen Versuch des Patienten, diese Seite möglichst rasch zu verleugnen oder zu verdrängen, widerstehen.
2. Ein stärker narzisstischer Patient wird vielleicht versuchen, sich nach dem Suizidversuch innerlich dadurch wieder zu stabilisieren, dass er sich zurückzieht, seine Abhängigkeit von anderen wieder zu minimieren versucht, was ja letztlich auch zum Suizidversuch geführt hatte. Der Therapeut steht dabei vor der Aufgabe, sich von dieser möglichen Ablehnung eines Beziehungsangebots nicht abschrecken zu lassen, sondern weiter zu versuchen, sich als hilfreiches Subjekt anzubieten. Häufig ist es, dass gerade bei schwereren Ich-syntonen Persönlichkeitsstörungen, wie bestimmten Formen des Narzissmus, ein therapeutischer Einstieg nur dann gelingt, wenn ausreichend Leidensdruck, Unlusttoleranz und Wunsch sich zu ändern vorhanden sind, um den Widerstand gegen eine therapeutische Beziehung aufzugeben. So gesehen, ist die Krise nach einem Suizidversuch für diese Patienten oftmals überhaupt eine erst- oder einmalige Chance, sie für eine Psychotherapie zu gewinnen. Diese Chance besteht jedoch oft nur in der ersten Zeit direkt nach dem Suizidversuch.
3. Der Therapeut muss empathisch und wohlwollend sein, gerade wegen der Scham und der Schuld, die der Patient nach dem Suizidversuch möglicherweise empfindet, aber er darf den Patienten wiederum nicht zu sehr von dem, was passiert ist, entlasten, also nicht verharmlosen, dies könnte nämlich eine weitere Verstärkung von dessen Insuffizienzgefühlen und Schwächung seiner Autonomie bedeuten.

den unbewussten Wunsch des Patienten nach einer bedingungslosen, grenzenlos liebenden Mutter eingeht, zum Beispiel dann jederzeit telefonisch für den Patienten erreichbar ist und so weiter. Der Therapeut übernimmt dann für den Patienten die Verantwortung des «Am-Leben-Bleiben» in einer Kollusion mit dessen unbewusster Phantasie. Es ist jedoch klar, dass der Therapeut diesen Anspruch nicht unbegrenzt aufrechterhalten können, was dann zur nächsten Katastrophe führen kann. Im Gegenteil kann die Phantasie des Therapeuten, dass er mit genügend Zuwendung und Liebe, die dem Patienten bisher versagt geblieben ist, seinen Todeswunsch in einen Wunsch zu leben umkehren könnte, eine «Falle» darstellen.<sup>2</sup>

#### Therapeutische Dilemmata

Alle Menschen, die einen Suizidversuch überstanden haben, benötigen, wie bei Kriseninterventionen oder akuten Belastungsreaktionen<sup>3</sup>, eine be-

stimmte Form und ein ausreichendes Mass der schützenden Zuwendung. Zu diesen allgemeinen Bedingungen gehören unter anderem Ruhe, Schutz, aber auch Orientierung und Information, zum Teil aber auch psychopharmakologische Anxiolyse. Insbesondere bei suizidalen Patienten ist die reine Krisenintervention jedoch eine zu- meist nicht hinreichende Behandlungsform. Demzufolge kann Suizidalität auch immer als ein Agieren aufgefasst werden, weil der Konflikt nicht mehr erlebt, sondern körpernah und szenisch in Handlung umgesetzt wird. Vielmehr muss jede suizidale Dekompensation als ernsthaft eingeschätzt werden, und sie lässt in der Regel immer auf eine tiefgreifende Störung oder zumindest auf eine subjektiv erlebte schwerwiegende Problematik schliessen [7].

Die Patienten leiden oft unter einem Zustand der Erschöpfung mit sehr unterschiedlichen Gefühlen wie Erleichterung, Ärger, Scham, Verwunderung, Traurigkeit oder Trotz. Die Ambivalenz, die ja manchmal auch dazu geführt hat, dass der Suizidversuch überhaupt überlebt werden konnte, ist meist gut spürbar, oder es kommt zu einer Dis- simulierungstendenz, die nicht intentional sein muss («Flucht in die Gesundheit»). Schliesslich spielt bei der Beurteilung natürlich auch ein Rolle, wenn auch nicht so entscheidend, wie oft vermutet, ob die Person nach dem Ereignis erleichtert ist, oder eher nicht, überlebt zu haben.

Der Therapeut steht beim narzisstischen Pa- tienten nach einem Suizidversuch vor einem mehrfachen Dilemma, siehe dazu Tabelle 4.

#### Psychodynamische Fokusbildung

Ausgehend von den verschiedenen Erscheinungs- formen, Dynamiken, Auslösern und Untergruppen narzisstischer Pathologie, die zu einem Suizid- versuch führen können, sollte auch der Einstieg in die weiterführende Psychotherapie erfolgen. Oft ist zunächst eine Motivationsarbeit notwendig, da der Patient so rasch wie möglich wieder nach Hause will. Aus dem oben Dargestellten ergibt sich, dass eine rein supportive Zugangsweise – auch in der Phase direkt nach dem Suizidversuch – diesen

2 «Die heimliche Agenda des Patienten besteht im Versuch nachzuweisen, dass nichts, was der Therapeut tut, aus- reichend ist. Der Wunsch des Therapeuten, sich selbst als Retter des suizidalen Patienten zu sehen, kann den Therapeuten blind dafür machen, dass der Patient für ihn bereits die Rolle des Henkers vorgesehen hat.» ([47], S. 171)

3 Allerdings erscheint die Beziehung zwischen psycho- sozialen Stressoren und Suizidalität weiterhin ungeklärt [48].

Patienten meist nicht gerecht wird. Was oft als «Über-Ich-Entlastung» intendiert ist, erweist sich dann manchmal als gemeinsame Vermeidung.

Der Fokus ergibt sich aus der suizidalen und der narzisstischen Dynamik und sollte wie folgt entwickelt werden: Zwar soll auch an der suizidalen Auslösesituation gearbeitet werden, d.h., die unmittelbare Problematik, vor welcher der Patient vor dem Suizidversuch stand, mit diesem analysiert werden. Zum Beispiel der Todestag eines Angehörigen, auch weil dies weitere Rückschlüsse ermöglicht. Wichtig erscheint es aber auch, die Gründe nicht nur oder vorschnell bei äusseren Faktoren (wie Schulden, Krankheit, Mobbing usw.) zu suchen, selbst wenn der Patient und die Umgebung dies anbieten, sondern besser zu verstehen, worin die Kränkung oder die Störung der narzisstischen Balance bestand.

Manchmal ist es wichtiger, als zunächst zu rasch die zentrale narzisstische Problematik zu erfassen, das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen zu verstehen und damit zu arbeiten.

Die Patienten wollen oft schnell über die Suizidalität hinwegsehen, weil sie diese (bewusst) als peinlich oder jetzt überwunden erleben (unbewusst an ihr jedoch festhalten können wollen). Statt dessen wird ihnen ein psychodynamischer Therapeut empathisch versuchen deutlich zu machen, dass er, der Patient, mit seinem Suizidversuch oder seiner Suizidalität versucht, in seiner Phantasie die Kontrolle über seine Lebenssituation zu behalten, sein Selbstgefühl zu retten und sich so zu entlasten. Die «Suizidalität» ist für den Patienten demnach Feind und Verbündeter zugleich, was eine schwierige und gefährliche innerpsychische Situation darstellt.

Der Patient mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung steht nach einem Suizidversuch oft vor einem inneren Dilemma: Einerseits mag er erleichtert sein, überlebt zu haben, nun fürsorgliche Zuwendung zu erhalten, andererseits mag dieses Scheitern des Suizidversuchs ihm aber wie eine Niederlage erscheinen («nicht mal das gelingt mir»), die ihn unbewusst noch weiter beschämt. Dies sollte vom Therapeuten taktvoll aufgegriffen und gedeutet werden, zeigt es dem Patienten, dass sich der Therapeut in seinen Zustand der Insuffizienz und der Pein hineinversetzen kann. In dieser Situation kann es hilfreich sein, genau diese Ambivalenz taktvoll deutend zu benennen: «Sie wissen gar nicht, wie Sie sich fühlen sollen, eine Seite in Ihnen ist vielleicht erleichtert und froh, hier Hilfe zu erfahren, eine andere Seite in Ihnen mag sich aber auch dabei unwohl fühlen, das Gefühl haben, unnötige Mühe zu verursachen, und würde sich am liebsten verkriechen».

Der narzisstische Patient wird dann oft auch versuchen, den Therapeuten zu überzeugen, dass es jetzt keinen Sinn mehr hat, «dass er zu alt sei, nochmals ein Studium zu beginnen», dass er «nie wieder einen solchen perfekt passenden Partner» finden werde usw. Es geht dann darum, sich diesen Überzeugungsversuchen (auch im Sinne einer Einführung der Realität) zu entziehen und nicht eine konkordante Gegenübertragung [49], die dem innerlich beipflichten wollte, auszuagieren.

### Chronische Suizidalität

Ein besondere Schwierigkeit in der Behandlung stellt die chronische («charakterologische» wie Kernberg sie bezeichnet) Suizidalität dar, da hier als zusätzliches Problem auftaucht, dass der Patient selbst die Suizidalität nicht mehr als krisenhaft erlebt, sondern angefangen hat, mit ihr oder um sie herum zu existieren. Er erscheint zudem oft «hochidentifiziert» mit ihr (auch im Sinne einer Ersatzidentität). Diese Patienten können oder «wollen» ihre Suizidalität zunächst nicht aufgeben, und es geht in diesen Fällen dann technisch darum, die Suizidalität nach und nach durch eine tragfähige Beziehung zu ersetzen. Bei diesen Patienten erscheint es oft nicht möglich, Therapievereinbarungen zu treffen, sie beharren auf einem «vielleicht überlege ich es mir noch anders» oder «das lass' ich mir auch von niemandem nehmen». Erst nach einiger Zeit kommt es dann zu einem Sich-Einlassen auf den Therapeuten, wobei damit eine neue Gefahr auftaucht: Die ganze Hoffnung zu leben wird an die Existenz des Therapeuten geknüpft, was eine neue Problematik darstellt. Es ist deshalb frühzeitig notwendig, mögliche Enttäuschungen zu antizipieren, die dann manchmal wiederum Suizidalität hervorrufen. Diese Patienten testen oft den Therapeuten, der sich als unzerstörbar erweisen muss, wobei wiederum die Gefahr besteht, kollusiv eine massive Idealisierung mitzumachen. Leichte Idealisierungen des Therapeuten sind dagegen, besonders in der Anfangsphase der Therapie, oft nützlich. Diese Patienten sind in der Regel ausgesprochen empfindlich, ein geringstes Gähnen des Therapeuten oder ein Blick auf die Uhr genügen, um ihm wie zu bestätigen, dass er langweilt oder verachtenswert ist. Der Therapeut sollte, nach dem Modell von Kernberg, dabei weder «seine Fehler» und Unzulänglichkeiten dem Patienten gegenüber zugeben und sich entschuldigen, noch beschwichtigen und dessen Ängste als unbegründet zurückweisen, sondern auch hier deutend die Innenwelt des Patienten beleuchten.

**Tabelle 5** Technische Besonderheiten.

1. Aufzeigen des Konflikts zwischen libidinösen und destruktiven Aspekten, während der Patient selbst zu leugnen versucht, dass es einen Konflikt gibt (d.h. darauf beharrt, dass sein Wunsch, tot zu sein, absolut sei). Die libidinöse Seite sollte – wegen der Gefahr eines Machtkampfs – nur benannt, nicht bewiesen werden.
2. Aufzeigen bzw. Deuten der Projektion. Zahlreiche persönlichkeitsgestörte Patienten äussern, dass sie zum Beispiel nur noch wegen ihres Hundes, ihrer Grossmutter oder ihres Therapeuten usw. überhaupt noch leben. Dies kann psychodynamisch als Projektion libidinöser Teile des Selbst in den Anderen verstanden werden (etwa um diese dort vor inneren Angriffen geschützt zu wissen, was aber risikoreich ist).
3. Bearbeiten und Deuten warum die Person, die sich in vielen Fällen von den wichtigsten Personen verletzt oder angegriffen fühlt, fast paradoxerweise (in dem sie sich selbst massiv destruktiv angreift) die ganze Schuld auf sich selbst nimmt. Hilfreich ist dabei eine objektbeziehungstheoretische Überlegung von Fairbairn [50], der darin den Versuch des Bewahrens der Hoffnung auf ein gutes Aussen, durch innere Übernahme der gesamten Schuld, sieht.

**Tabelle 6** Missglückte Interventionen bei suizidalen Patienten.

1. Der narzisstische Grundkonflikt wird nach dem Suizidversuch zu wenig beachtet, es wird die Suizidalität «gemanagt» (somatische Versorgung, Vermittlung an ambulanten Therapeuten usw.). Manchmal gibt es einen «Schlagabtausch» zwischen dem Behandlungsteam und dem abwehrenden Patienten.
2. Es entsteht eine Vorwurfshaltung dem Patienten gegenüber, er sei «selber schuld», suche das Scheitern der Beziehung und so weiter.
3. Mangelnde Interaktionen zwischen den Beteiligten (die «Schützenden», aber dafür zum Teil «infantilisierenden» versus die «mit der Realität konfrontierenden», aber dafür «vernachlässigenden» Helfer).
4. Mangelnde Analyse der Gegenübertragungsreaktionen.
5. Gerade diese Patienten sollten vermehrt in Supervisionen und Balintgruppen vorgestellt werden.

Nach wie vor diskutiert wird allerdings, ob man bei diesen Patienten eher supportiv, das heisst letztlich eher ihren «Wunsch nach Beziehung» betonend, arbeiten sollte, eine Haltung, die wir nicht generell vertreten können, oder eher konfrontativ, das heisst letztlich eher ihr zerstörerisches Bemühen nach Beziehungsfreiheit betonend. Oder anders ausgedrückt, ob der Patient eher versucht, mit dem Therapeuten eine neue, korrigierende Erfahrung und helfende Beziehung aufzubauen, oder zu deuten, dass er versucht, auf Grund seines Wiederholungszwangs, eine – letztlich ihn bestätigende – erneut zurückweisende Beziehung zu konstellieren. Vermutlich bedarf es Elemente von beidem. Da der Patient an bestimmten hochidealisierten Images festzuhalten sucht, unbewusst gerade

gegen diese Person aber eine heftige abgespaltene Wut empfindet, sollte sehr vorsichtig an der konfrontativen Auflösung dieser Objektbeziehungen gearbeitet werden. (Eine verfrühte Intervention bei einem schwer narzisstischen Patienten, dass auch die Mutter letztlich am Patienten nicht interessiert war oder nur seine Erfolge sehen wollte, auf Grund deren eigener Bedürftigkeit, wäre vielleicht inhaltlich nicht falsch, aber zu einem falschen Zeitpunkt möglicherweise gefährlich.) Meist stellt sich heraus, dass der «Suizid als Ausweg» Aspekte von beidem, Aggressionsproblematik und Selbstwertproblematik hatte. Ein weiteres Problem besteht im Zurückgewiesenwerden durch den Patienten, wodurch Kränkungen oft wechselseitig agiert werden. Manchmal ist die Berücksichtigung einiger technischer Besonderheiten hilfreich (Tab. 5).

Die in Tabelle 6 dargestellten Punkte können (modifiziert nach [44]) oft für missglückte Interventionen bei Suizidpatienten verantwortlich gemacht werden.

#### Häufige Fehler im Umgang mit Patienten nach einem Suizidversuch

Idealerweise sollte die Behandlung von suizidalen Patienten vor einem Suizidversuch beginnen, auch weil die Dynamik und die interpersonellen Muster (in der Übertragungsbeziehung) deutlicher werden als nach dem Suizidversuch, wo es häufig zunächst zu einer erheblichen Abwehr kommt und entsprechend die Behandlungserfolge eingeschränkt sind [51]. Die in der Vergangenheit nicht selten geäusserte Meinung, dass akut suizidale Patienten nicht psychotherapeutisch behandelt werden können oder sollen, scheint jedoch problematisch zu sein; sie manifestiert und wiederholt nämlich gerade dann die innere konflikthafte Konstellation des Patienten.

Direkt nach dem Suizidversuch kommt es oft zu einigen charakteristischen Versäumnissen oder Fehlwahrnehmungen durch das Behandlungsteam (Tab. 7)<sup>4</sup>.

4 Die Behandlungsempfehlungen in diesem Beitrag, die in erster Linie für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen gelten sollen, unterscheiden sich in einigen Aspekten von der Behandlungstechnik im Therapiezentrum für Suizidgefährdete des Universitäts-Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. Die Therapeuten dort halten primär die genaue Analyse des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen für den zentralen Parameter für die Diagnostik, aber eben auch für die Einschätzung der Suizidalität.

**Tabelle 7** Typische Fehler im Umgang mit suizidalen Patienten.

1. Das Persistieren einer schweren depressiven Symptomatik wird übersehen.
2. Aus dem Fehlen depressiver Symptome wird auf fehlende Suizidalität geschlossen. Affektiv ist die Suizidalität nicht immer mit Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit assoziiert. Alle möglichen Formen anderer affektiver Zustände sind beschrieben, bis hin zu «ekstatischen Formen» [52].
3. Die meist komplexe Auslösedynamik wird ungenügend verstanden oder vereinfacht («Flucht» u.ä.).
4. Das Gegenüber tendiert zu einer Beurteilung in Richtung «will eigentlich leben» beziehungsweise «will eigentlich sterben», während der psychische Zustand des Patienten oft von beiden Positionen beherrscht wird.
5. Die Aggressionsproblematik des Patienten wird unterschätzt (besonders bei dependent oder masochistisch wirkenden Patienten).
6. Die «Bedürftigkeit», der Kontaktwunsch des Patienten wird dagegen überschätzt.
7. Der Suizidversuch wird zu schnell als «appellativ» oder theatralisch verstanden.
8. Die Therapeuten oder das Umfeld «solidarisieren» sich nur mit einer intrapsychischen Seite des Patienten. «Du machst es ja doch nicht! Du bist ja sogar zu dumm, um Dich umzubringen!» (seltener). «Sehen Sie, wenn Sie wirklich hätten sterben wollen, dann hätten Sie das anders angestellt, für mich heisst das, dass Sie eben eigentlich durchaus leben wollen» (häufiger).
9. Die chronische Suizidalität des Borderline-Patienten «lähmt» das Behandlungsteam. Es entsteht ein Gegenübertragungsgefühl, wie in einem Glashaus zu sitzen, es kann sich dabei unter anderem manchmal um Angriffe auf die therapeutische Beziehung oder um negative Übertragungsreaktionen handeln. Die stationäre Behandlung bei chronischer Suizidalität wird zum Teil kritisch gesehen [16, 17]. Bei suizidalen Patienten, die keine Borderline-Persönlichkeitsorganisation aufweisen und folglich nicht mit Suizidalität agieren, sind zumeist keine spezifischen «Therapieverträge» notwendig, insbesondere keine sogenannten «Anti-Suizidverträge» [53].
10. Der Grad der kognitiv-affektiven Zugänglichkeit des Patienten nach einem Suizid wird überschätzt.

## Diskussion

In dieser Arbeit wird die Hypothese vertreten, dass die Regulationsfunktionen der Suizidalität je nach Struktur der Persönlichkeitsorganisation sehr unterschiedlich sind:

- Während bei normalen Persönlichkeiten und Neurosen, Suizidalität Ausdruck einer extremen Dysbalance (Krise) ist,
- dient bei der narzisstischen Störung die Suizidalität zur Wiederherstellung der Selbstwert-Balance und
- ist bei der Sonderform des destruktiven Narzissmus schliesslich selbst zu einem tiefverankerten Teil der Balance geworden. Dort kann es gerade der «Verlust» der Suizidalität (etwa im Laufe

einer Therapie) sein, der zur krisenhaften Bedrohung wird.

Von entscheidender Bedeutung ist weiter, dass die Kombination von narzisstischer Persönlichkeitsstörung und Suizidalität auf Grund von Abwehrvorgängen (wie Spaltungen oder projektive Identifikationen) und Gegenübertragungsprozessen zu spezifischen Behandlungsproblemen führen kann. Durch die Beachtung der Psychodynamik und des interpersonellen Geschehens kann es gelingen, Einblick in die Objektbeziehungswelt dieser Patienten und schliesslich Veränderungsbereitschaft zu erhalten, wobei die Suizidalität lange Zeit regulierend fast wie ein «Verbündeter» des Patienten erscheinen kann. Auf die depressive Dynamik, die ebenfalls ganz entscheidend zur suizidalen Dynamik beitragen kann, und auf die häufig schwierige psychodynamische Abgrenzung zwischen Borderline-Störung und narzisstischer Störung [54], die nicht einheitlich gehandhabt wird, konnte nicht weiter eingegangen werden.

Bei der Behandlung von Suizidalität bei narzisstischen Störungen erscheint es meist unumgänglich zu sein, und nach heutigem Verständnis auch durchaus integrierbar, sowohl die konflikthafte Aggressionsproblematik und deren Auswirkung auf das Ich (Kernbergs Modell) wie auch gleichzeitig die narzisstische Selbst-Ökonomie im Sinne einer narzisstischen Stabilität und das Bedürfnis nach einem spiegelnden Selbst-Objekt im Therapeuten (Kohuts Modell) zu berücksichtigen. Typische Gefahren und mögliche Fehler in der Behandlung werden dargestellt.

Auch aufgrund der Behandlungsschwierigkeiten bei suizidalen Patienten mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen ist es für das Behandlungsteam besonders wichtig, dass es sich grundsätzlich geschützt weiss, Gruppendynamik auch als Ausdruck der Patientendynamik zu nutzen weiss und dass es im Fall eines Suizids oder eines Suizidversuchs nicht zu wechselseitigen Schuldzuweisungen oder massenhaftem «Seine-eigene-Haut-Retten» kommt, da Suizide und Suizidversuche auch für die behandelnden Therapeuten eine extreme Belastung darstellen [55].

## Literatur

- 1 Kernberg OF. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York: Aronson; 1975.
- 2 Kohut H. The Restoration of the Self. New York: International Universities Press; 1977.
- 3 Lasch C. Culture of Narcissism. New York: Norton; 1979.
- 4 Hartmann H. Comments on the psychoanalytic theory of the ego. Psychoanal Study Child 1950;5:74–96.

- 5 Moore BE, Fine D, editors. A Glossary of Psychoanalytic Terms and Concepts. New York: American Psychoanalytic Association; 1967.
- 6 Henseler H. Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords, 4. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag; 2000.
- 7 Gerisch B, Fiedler G, Gans I, Götze P, Lindner R, Richter M. Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab: Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Kimmerle G, Herausgeber. Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung. Tübingen: Edition diskord; 2000. S. 9–64.
- 8 Dammann G. Psychoanalytische Therapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: Senf W, Broda M, Herausgeber. Praxis der Psychotherapie, 2. Auflage. Stuttgart: Thieme; 2000. S. 395–415.
- 9 Foster T, Gillespie K, McClelland R, Patterson C. Risk factors for suicide independent of DSM-II-R Axis I disorder. Br J Psychiatry 1999;175:175–9.
- 10 Yen S, Shea MT, Pagano M, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, et al. Axis I and Axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. J Abnorm Psychol 2003;112:375–81.
- 11 Gerson J, Stanley B. Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: controversies and treatment directions. Curr Psychiatry Rep 2004;4:30–8.
- 12 Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of Axis I and Axis II disorders in patients who attempted suicide. Am J Psychiatry 2003;160:1494–500.
- 13 Yen S, Shea MT, Sanislow CA, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. Am J Psychiatry 2004;161:1296–8.
- 14 Sampson E, Mukherjee S, Ukoumunne OC, Mullan N, Bullock T. History of deliberate self-harm and its association with mood fluctuation. J Affect Disord 2004;79:223–7.
- 15 Corbitt EM, Malone KM, Haas GL, Mann JJ. Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorder. J Affect Disord 1996;39:61–72.
- 16 Paris J. Chronic Suicidality among patients with borderline personality disorder. Psychiatr Serv 2002;53:738–42.
- 17 Paris J. Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? J Personal Disord 2004;18:240–7.
- 18 Gunderson JG, Ridolfi ME. Borderline personality disorder: suicidality and self-mutilation. Ann NY Acad Sci 2001;932:61–77.
- 19 Sansone RA. Chronic suicidality and borderline personality. J Personal Disord 2004;18:215–25.
- 20 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
- 21 Weltgesundheitsorganisation – WHO. Klassifikation psychischer Krankheiten. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10. Bern: Huber; 1991.
- 22 Maier W, Lichtermann D, Kliniger T, Heun R, Hallmayer J. Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. J Pers Disord 1992;6:187–96.
- 23 First M, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin LS. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.
- 24 Deneke FW, Hilgenstock B. Das Narzissmusinventar. Bern: Huber; 1989.
- 25 Gunderson JG, Ronningstam E, Bodkin A. The diagnostic interview for narcissistic patients. Arch Gen Psychiatry 1990;47:676–80.
- 26 Beland H. Ichveränderung durch Abwehrprozesse und die Grenzen der Analyse. Z Psychoan Theorie Praxis 1989;4:225–49.
- 27 Reich A. Pathologic forms of self-esteem regulation. Psychoanal Study Child 1960;15:215–32.
- 28 Jacobson E. The Self and the Object World. New York: International Universities Press; 1964.
- 29 Kohut H. Forms and transformations of narcissism. J Am Psychoanal Assoc 1966;14:243–72.
- 30 Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris: Editions de Minuit; 1983.
- 31 Grunberger B. Narcissism: Psychoanalytic Essays. New York: International Universities Press; 1979.
- 32 Freud S. Trauer und Melancholie [1917]. Frankfurt a. M.: Fischer; 1946 (= GW 10, S. 427–46).
- 33 Abraham K. Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido [1924]. In: Abraham K. Psychoanalytische Studien, Band I. Frankfurt a. M.: Fischer; 1971.
- 34 Gerisch B. Suizidalität bei Frauen: Mythos und Realität. Eine kritische Analyse. Tübingen: Edition diskord; 1998.
- 35 Maltzberger JT. The descent into suicide. Int J Psychoanal 2004;85:653–67.
- 36 Joseph B. Addiction to near-death. Int J Psychoanal 1982;63:449–56.
- 37 Kernberg OF. Severe Personality Disorder. New Haven: Yale University Press; 1984.
- 38 Gabbard GO. Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. Int J Psychoanal 2003;84:249–61.
- 39 Rosenfeld H. On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. Int J Psych Anal 1964;45:332–7.
- 40 Winnicott DW. Maturational Processes and the Facilitating Environment. London: Hogarth Press; 1965.
- 41 Maltzberger JT, Buie DH. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch Gen Psychiatry 1974;30:625–33.
- 42 Modestin J. Zu interpersonellen Aspekten der suizidalen Psychodynamik. Psychother Psychosom Med Psychol 1997;47:413–8.
- 43 Strupp HH. Success and failure in time-limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases: comparison II. Arch Gen Psychiatry 1980;37:708–16.
- 44 Reimer C, Henseler H. Missglückte Interventionen bei Suizidanten. In: Henseler H, Reimer C, Herausgeber. Selbstmordgefährdung: Zur Psychodynamik und Psychotherapie. Stuttgart: Frommann-Holzboog; 1981. S. 171–87.
- 45 Richman J, Eyman JR. Psychotherapy of suicide: individual, group, and family approaches. In: Lester D, editor. Understanding Suicide: The State of the Art. Philadelphia: Charles C. Thomas; 1990. p. 139–58.

- 
- 46 Zee HJ. Blindspots in recognizing serious suicidal intentions. *Bull Menninger Clin* 1972;36:551–5.
- 
- 47 Hendin H. *Suicide in America*. New York: Norton; 1982.
- 
- 48 van Praag HM. Stress and suicide are we well-equipped to study this issue? *Crisis* 2004;25:80–5.
- 
- 49 Racker H. *Transference and Countertransference*. New York: International Universities Press; 1968.
- 
- 50 Fairbairn WRD. The repression and the return of bad objects (with special reference to the “war neuroses”). *Br J Med Psychol* 1943;19:327–41.
- 
- 51 Ettlinger R. Evaluation of suicide prevention after attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1975;260:1–131.
- 
- 52 Maltzberger JT. Ecstatic suicide. *Arch Suicide Res* 1997;3:283–301.
- 
- 53 Dammann G, Buchheim P, Clarkin JF, Kernberg OF. Die Arbeit mit Therapievereinbarungen in der übertragungsfokussierten, psychodynamischen Therapie von Borderline-Störungen. In: Dammann G, Janssen PL, Herausgeber. *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Thieme; 2001. S. 59–78.
- 
- 54 Kernberg OF. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF, editors. *Major Theories of Personality Disorder*. New York: Guilford; 1996. p. 106–40.
- 
- 55 Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G. Patients’ suicides: frequency and impact on psychiatrists. *Am J Psychiatry* 1988;145:224–8.
-