

⁸ Vgl. Th. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions* (Chicago 1970).

⁹ Vgl. *Anthropologie de la mort* (Paris 1980), *Mort et pouvoir* (Paris 1978).

¹⁰ Vgl. P. Baudry, *Mort, violence et sacré dans la société moderne* (Paris 1983).

¹¹ Vgl. M. Horkheimer, *Eclipse de la raison* (Paris 1974) 28.

¹² Vgl. *Die Seele und die Formen. Essay* (Berlin 1971) 230.

Aus dem Französischen übersetzt von Arthur Himmelsbach

Heinz Henseler

Psychologie des Suizids

Die historische Situation

Die Frage, was einen Menschen bewegt, der sich entschließt, sich das Leben zu nehmen, ist bis vor rund hundert Jahren so gut wie ausschließlich den Theologen, Philosophen und Juristen überlassen geblieben. Man nahm eine sehr einfache und bewußte Motivation an und zweifelte nicht an der moralischen Verantwortung des Suizidanten für sein Tun.

Es war das Verdienst eines Soziologen (E. Durkheim, 1897), die Freiheit des sogenannten Freitods erstmals in Zweifel gezogen zu haben. Er wies empirisch nach, daß Selbstmorde sich unter ungünstigen sozialen Bedingungen häufen. Acht Jahre später machte ein Psychiater (R. Gaupp, 1905) aufmerksam auf «Persönlichkeitsfaktoren abnormer Art» bei Suizidanten und auf die Notwendigkeit, situationsgebundene Motive und krankhafte Ursachen sorgfältig zu unterscheiden.

Nun geriet in der – vorwiegend biologisch orientierten – Psychiatrie die Einschätzung des Suizids in die Gefahr, ins gegenteilige Extrem umzuschlagen. Die Suizidhandlung wurde als Symptom bzw. Komplikation einer Depression, vor allem «endogener» oder «psychopathischer» Genese, angesehen und damit zum Ausdruck einer schicksalhaften Krankheit bzw. Entwicklung, der gegenüber die suizidauslösenden Motive und deren therapeutische Berücksichtigung vernachlässigt werden konnten. Die Entdeckung unbewußter Motive und die Möglichkeiten ihrer Aufdeckung durch die Psychoanalyse (S. Freud,

1916) erlaubten es aber, konstitutionelle und dispositionelle Faktoren bei der Entstehung von Suizidimpulsen nicht zu bezweifeln, einer unbewußten psychischen Dynamik jedoch erhebliche Bedeutung einzuräumen. Dies rettete Suizidgefährdete sowohl vor der vorschnellen moralischen Verurteilung als auch vor der therapeutischen Resignation.

Ist damit die Suizidhandlung von vornherein als pathologischer Akt, als «Abschluß einer krankhaften Entwicklung» (Ringel, 1953), somit als irrational und frei von Verantwortung zu betrachten? Die Frage verkennt, daß die Medizin längst darauf verzichten mußte, klare Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit zu ziehen, und daß auch im Falle einer vorwiegend psychischen Problematik im Einzelfall zu prüfen ist, unter welchen biologischen oder/und soziologischen bzw. sozialpsychologischen Bedingungen eine Suizidhandlung erfolgt, und wie sich bei ihr bewußte (verantwortbare) Motive mit unbewußten (nicht verantwortbaren) mischen. Um dies aber entscheiden zu können, bedarf es nicht nur des sorgfältigen Hinhörens, sondern auch des theoretischen Wissens um biologische, soziologische und (tiefen-)psychologische Zusammenhänge.

Unter der Psychologie des Suizids soll im Folgenden die idealtypische Dynamik der psychischen Faktoren und Kräfte verstanden sein, die – unter Berücksichtigung eventueller biologischer oder soziologischer Belastungen – für das Zustandekommen von ernsthaften Suizidabsichten, Suizidimpulsen, Suizidversuchen oder Suiziden maßgeblich sind. Diese idealtypische Psychodynamik betrifft – nach psychiatrischer Klassifikation – neurotisch gestörte Menschen. Sie sind es, die mit über 90 % das Gros der Suizidanten ausmachen. Seltener Selbstmordhandlungen, wie solche aus Bilanzgründen, aus rituellen, politischen oder aus psychotischen Gründen,

können hier nicht berücksichtigt werden. Nicht unterschieden wird zwischen den Graden der Ernsthaftigkeit der Suizidimpulse bzw. Suizidhandlungen. Es ist empirisch gut belegt, daß es den einfachen, klaren Selbsttötungsimpuls ebenso wie den rein demonstrativen Selbstmordversuch nur als seltene Extremvarianten gibt. Zwischen diesen Extremen liegt das Gros der Suizidgefährdeten mit allen Mischungsverhältnissen aus lebenszerstörenden und lebenserhaltenden (Appell, Rache, Geltungssucht u.ä.) Motiven.

Ein Beispiel

Ein 17jähriger Oberschüler unternahm einen Selbstmordversuch mit 30 Tabletten Valium und einer halben Flasche Wein. Er berichtete, daß er seit zwei Jahren mit Gedanken an Selbstmord spiele. Jetzt habe er sie in die Tat umsetzen wollen. Drei Tage zuvor war bei seiner Freundin die Periode ausgeblieben, und beide hatten mit täglich steigender Spannung eine Schwangerschaft befürchtet. Am dritten Tag machten sie in gedrückt-gereizter Stimmung einen langen Spaziergang. Die mißmutige Stimmung hielt bis zum Abend an. Noch beim Abschied hätten sie sich gestritten. Niedergeschlagen ging er heim. Die Abendstunden verbrachte er rauchend auf seinem Zimmer, bis er sich gegen ein Uhr entschloß, in den Wald zu gehen und sich dort zu vergiften. Er wurde am nächsten Morgen von Passanten in bewußtlosem Zustand entdeckt.

Was hatte zu dieser Tat geführt? Noch bevor ich den jungen Mann sprechen konnte, hörte ich viele Vermutungen: Die Mutter rief mich an. Weinend klagte sie, ihr Sohn sei ihr in den letzten Jahren so fremd geworden, habe so merkwürdige philosophische Ansichten entwickelt, nach denen das Leben nicht lebenswert sei, und man eigentlich die Pflicht habe, sich umzubringen. Er vernachlässige die Schule, treibe sich nachts herum, rauche Haschisch. Früher sei er so religiös gewesen. Der Pfarrer deute seinen Suizidversuch als Folge seiner Abkehr vom Glauben. Der Vater komme mit pädagogischen Maßnahmen nicht gegen ihn an. Ob ich da helfen könne?

Die Ärztin wies auf den asthenischen Körperbau des Jungen hin und meinte, man sähe ihm ja schon von außen an, daß ihm der Halt fehle. Sie machte Vorschläge für eine Behandlung mit aufbauenden Präparaten und für pädagogische Hilfen. Die Sozialarbeiterin, der gegenüber der Pa-

tient erstmals von der befürchteten Schwangerschaft gesprochen hatte, schlug dringend eine Beratung mit dem Ziel einer legalen Interruptio vor. Es gab also eine Vielzahl von Erklärungen über die Bedingungen bzw. Motive des Suizidversuches. Diese Vielzahl verwirrt um so mehr, als keine dieser Deutungen von der Hand zu weisen ist. Angesichts solcher Erklärungen greift man heute gern zu der modischen Formel, daß Suizidhandlungen «multifaktoriell» bedingt, und daß Hilfe dementsprechend «mehrdimensional» anzusetzen sei. Diese Formel ist deswegen so fragwürdig, weil 1. die genannten Motive bzw. Bedingungen sehr unterschiedlichen Stellenwert haben, weil 2. gar nicht klar ist, ob schon alle Faktoren bekannt sind, und weil 3. die in der Regel sehr empfindsamen Menschen sich einem therapeutischen Aktivismus entziehen. Nutzbringender ist die Suche nach dem entscheidenden Motiv. Von diesem ist zu erwarten, daß seine Aufhebung zu einem wesentlichen Nachlassen der Suizidneigung führt.

Nun lag auf der Hand, in der Angst vor einer Schwangerschaft der Freundin das entscheidende Motiv zu sehen. Daß sie das nicht war, zeigte sich an der Reaktion des Patienten auf die Nachricht, die Menstruation sei inzwischen eingetreten. Zwar war er entlastet, doch blieb er dabei, daß sein Leben nicht lebenswert sei. Der Suizidversuch sei ihm zwar nicht gelungen, er werde ihn aber bei nächster Gelegenheit wiederholen.

Zu den Schwierigkeiten, unter den vielen möglichen Bedingungen und Motiven die psychodynamisch entscheidenden Faktoren zu finden, gehört nicht nur, daß Motive nur aus dem subjektiven Erleben des Betreffenden erschlossen werden können, sondern daß sie ihm auch selbst in der Regel nicht oder doch nicht voll bewußt sind. Es gilt also, dem Suizidgefährdeten nicht nur sorgfältig zuzuhören, sondern auch darauf zu achten, an welchen Stellen es Hinweise dafür gibt, daß der Patient vor sich selber etwas verbirgt oder verbergen möchte. So hatte der erwähnte Patient von der Gereiztheit gesprochen, die zwischen ihm und seiner Freundin am letzten Tage geherrscht, und auch erwähnt, daß er sich abends im Streit von ihr getrennt hatte. Mir war die eher beiläufige Erwähnung dieser Tatsache im Gedächtnis geblieben. Ich fragte daher nach dem Anlaß des Streits. Der Patient zögerte sehr mit der Antwort. Es war deutlich zu spüren, daß er da etwas zurückhalten oder auch vor sich selbst bagatellisieren wollte. Als ich ihm diesen

Eindruck mitteilte, konnte er nach einigem Zögern davon berichten, daß seine Freundin beim Abschied zärtlich geworden sei. Sie habe ihm bedeutet, daß sie gerne mit ihm schlafen wollte, was sie in der Situation als tröstlich erlebt hätte. Der Patient fühlte sich aber außerstande dazu und sagte ihr das. Enttäuscht durch diese Abweisung, wurde die Freundin wütend und machte ihm Vorwürfe: immer sei sie es, die ihn verführen müsse; was er denn eigentlich für ein Mann sei?

Der Patient fühlte sich tief getroffen, um so mehr, als der Vorwurf zutraf. Nach dem Abschied versuchte er, sich über die Kränkung hinwegzusetzen, ihre Bedeutung auch vor sich selbst herabzuspielen. Zu dem Suizidversuch entschloß er sich einige Stunden später mit der bewußten Überlegung: nun wolle er endlich seine Feigheit überwinden und seine langgehegten Suizidgedanken entsprechend seiner philosophischen Überzeugung in die Tat umsetzen.

Theoretischer ausgedrückt: Der Patient hatte die Kränkung teils wieder verdrängt oder verleugnet, teils durch eine Gegenreaktion aufgehoben, indem er sich zu einer «mannhaften» Tat entschloß. Erst meine Intervention machte ihm die Kränkung und ihre Bedeutung für den Entschluß zum Suizid wieder voll bewußt und damit einer Bearbeitung zugänglich. Die Bearbeitung bestand darin, in einer Reihe von weiteren Sitzungen die Hintergründe seiner Kränkbarkeit, sein narzißtisches Problem, zu erörtern. Dieses bestand, wie sich zeigte, in quälenden Zweifeln an seiner Männlichkeit, angesichts der Tatsache, daß er «noch immer» onanierte. Er hatte sich aus der Lektüre kirchlicher Schriften die Theorie zugelegt, daß er durch die Onanie lebenswichtiges Eiweiß verliere und dadurch seine Liebesfähigkeit und männliche Potenz schwäche. In dem Vorwurf seiner Freundin sah er den Beweis und die befürchtete Entdeckung seiner Schwäche.

Schon die Möglichkeit, über die kränkende Äußerung seiner Freundin und seine Befürchtungen bezüglich der Onanie erstmals mit jemandem zu reden, entlastete den Patienten sichtlich, was er auch sinngemäß formulierte. Die weitere und entscheidende Entlastung bestand darin, daß statt der narzißtischen Kränkung nun seine Kränkbarkeit – mit anderen Worten, sein zugrunde liegendes narzißtisches Problem, nämlich seine seit langem bestehenden, aber peinlich abgewehrten Männlichkeitszweifel – in den Vordergrund rückte und infrage gestellt werden konnte (die sich natürlich nur vordergründig auf

die Onanie bezog). Damit hatte sich die Aufmerksamkeit vom äußeren Anlaß auf ein mit ihm verknüpftes unbewältigtes, großenteils unbewußtes inneres Problem verschoben. Mit dieser Verschiebung war zugleich die akute Suizidgefahr aufgehoben. Der Patient konnte nun mit mir überlegen, was dazu geführt hatte, daß er sich selber so infrage stellen mußte, und ob die Gründe dafür denn stichhaltig seien. Auf Einzelheiten sei in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen.

Allgemeine Regeln

Was an dieser Fallgeschichte exemplarisch dargestellt werden sollte, ist ein möglicher Explorationsgang aus Anlaß eines Suizidversuchs, bei dem sich die Frage nach den entscheidenden Motiven zum zentralen Problem erhebt. Die Suche nach dem Motiv wird aber erschwert

a) durch verbreitete Vorurteile über die Hintergründe von Suizidhandlungen (Henseler, 1971);

b) durch vorschnelle Beschuldigungen äußerer Belastungen (wie z. B. unerwartete Schwangerschaft, schlechtes Zeugnis, finanzielle Schwierigkeiten, soziale Mißstände u. ä.) deren Bedeutung nicht bestritten werden soll, deren Stellenwert für die Auslösung der Suizidimpulse aber nur aus der subjektiven Sicht des Betroffenen geklärt werden kann;

c) durch die Entstellung des bewußten Erlebens des Patienten durch Abwehrvorgänge, die wesentliche Anteile der Motivation ins Unbewußte abdrängen.

Wenn also allgemeine Vermutungen, äußere Belastungen, ja sogar die bewußten Angaben des Suizidanten über seine Motivation nur unzuverlässige Hinweise liefern, könnte man resignieren, gäbe es nicht Regeln, die sich als hilfreich erweisen haben. Eine solche Regel besagt, daß suizidale Krisen nicht durch unspezifische psychische Belastungen ausgelöst werden, sondern durch solche, die als Kränkung erlebt werden. Man hat also danach zu fragen: Was hat den Patienten so gekränkt, daß er glaubte, nicht mehr leben zu können?

Dabei kommt der Umstand zu Hilfe, daß unerträgliche Kränkungen, wenn, dann kurzfristig zur Suizidhandlung führen. Anders ausgedrückt heißt dies, daß der kränkende Anlaß Minuten oder Stunden, selten wenige Tage, also kurz vor der Suizidhandlung zu suchen ist. (Bei

lange bestehenden Suizidgedanken gibt es immer noch einen letzten Anstoß.) Der kränkende Anlaß erweist sich so gut wie immer als inhaltlich spezifisch in dem Sinne, daß er wie ein Allergen eine latente Allergie auslöst, das heißt, die Kränkung steht in einem engen inhaltlichen Bezug zu einer latenten narzißtischen Grundproblematik. Hat man diese entdeckt, gelingt oft eine rasche Entschärfung der Suizidgefahr. Sie gelingt einmal dadurch, daß man dem Patienten bewußt macht, wie der kränkende Anlaß nur ein neues Glied in der alten Problemkette darstellt, zum anderen ist für den Patienten und den Betreuer nun die Möglichkeit eröffnet, die narzißtische Grundproblematik, die sich fast immer als nicht oder ungenügend begründet erweist, zu hinterfragen.

Das psychoanalytische Verständnis der Suizidhandlung

Die bei dem Fallbericht und unter den allgemeinen Regeln eingeführten Begriffe von der narzißtischen Kränkung und der unbewußten narzißtischen Grundproblematik seien zum Schluß in den Zusammenhang der psychoanalytischen Theorie gestellt, aus der sie stammen.

Das vorwissenschaftliche Verständnis des Suizids, welches in seinem Begriff zum Ausdruck kommt, impliziert schon eine Theorie, nämlich die der Wendung von Aggression gegen die eigene Person. Man hat daraus vorschnell geschlossen, daß der potentielle Suizidant an einer Unfähigkeit leide, mit Aggression angemessen umzugehen, und daß die Therapie darin bestehen müsse, «Aggression ernst zu nehmen und im Gespräch zu kanalisieren» (Pohlmeier, 1978).

Diese Annahme übersieht die Erkenntnis Freuds (1916), daß die Autoaggression dann einsetzt, wenn die Beziehung zu einem enttäuschenden, aber als unverzichtbar erlebten Objekt bedroht ist. Es geht also nicht einfach um einen Aggressionskonflikt, sondern um die Rettung einer Objektbeziehung. Die Wut muß gegen die eigene Person gerichtet werden, damit sie die Beziehung nicht zerstört.

Nun könnte man einwenden, daß durch die Selbsttötung die Beziehung doch zerstört wird. Für das psychische Erleben des typischen Suizidanten jedoch ist der suizidale Akt bewußt zwar ein Akt der Selbsttötung, unbewußt aber eine Flucht in einen Zustand von Ruhe, Behagen, Spannungsfreiheit, Harmonie, Ekstase, ja

Triumph; theoretischer ausgedrückt: eine Regression auf die frühen Beziehungsformen der harmonischen Verschmelzung mit einem Primärobjekt. Regelmäßig machen Suizidanten einen deutlichen Unterschied zwischen dem Sterben und dem Sich-Umbringen.

Das Ziel, durch den suizidalen Akt eine Objektbeziehung zu retten, wirft die Frage auf, warum dieses Objekt so unverzichtbar sei. Dies hat Freud 1916 damit beantwortet, daß das Objekt offenbar narzißtische Qualität habe. Das heißt, das Objekt wird nicht so sehr als eigenständiges Individuum, sondern zur Substituierung eigener tatsächlicher oder vermeintlicher Mängel geschätzt. Enttäuscht es in dieser Funktion oder geht es gar verloren, wird das Bewußtsein dieser Mängel überwältigend und unerträglich. Anders ausgedrückt: Das Subjekt reguliert sein labiles narzißtisches System u.a. mit Hilfe eines narzißtisch geliebten Objekts (Freud 1914), auch Selbst-Objekt (Kohut 1973) genannt.

Der Verfasser hat 1974 und 1976 beschrieben, wie man sich die Entstehungsgeschichte eines labilen narzißtischen Regulationssystems vorstellen kann und mit welchen bevorzugten Mechanismen es arbeitet, um Störungen zu kompensieren. Es geht vor allem um den verleugnenden Umgang mit der tatsächlichen oder vermeintlich kränkenden Realität und deren idealisierender Entstellung. Das Gilt auch für die eigene Person und die Objekte. Das Versagen eines narzißtischen Objekts in seiner Funktion wird als Kränkung erlebt. Ist diese Kränkung so schwer, daß sie durch Verleugnung und Idealisierung nicht mehr ausgeglichen werden kann, kommt es zu einem Kompensationsversuch durch das Agieren einer Phantasie von der Aufgabe der Individualität zugunsten einer Verschmelzung mit einem diffus erlebten archaischen Objekt in einem harmonischen Primärzustand. An 50 unausgelesenen nicht-psychotischen Patienten nach Suizidversuchen hat der Verfasser 1974 diese Hypothesen überprüft und belegt. Vielfältige spätere Untersuchungen von anderen Wissenschaftlern bestätigen die Relevanz dieses Konzepts (vgl. auch Henseler und Reimer, 1981).

Konsequenzen für den Umgang mit Suizidgefährdeten

Das eben geschilderte theoretische Verständnis der Psychodynamik suizidaler Menschen hat entscheidende Konsequenzen für den Umgang

mit ihnen. In fast allen Fällen von Suizidgefährdung führt die Annahme einer narzißtischen Krise zu einem raschen Verständnis der aktuellen Situation und zu einem fruchtbaren therapeutischen Ansatz.

Zur groben Orientierung hat es sich bewährt, Selbstwertzweifel in folgenden drei Bereichen zu suchen: Zweifel bezüglich der eigenen Männlichkeit bzw. Weiblichkeit, Zweifel bezüglich von Macht und Können und Zweifel bezüglich des Akzeptiertseins schlechthin. Um die Art der Selbstwertzweifel zu erkennen und sie dem Betroffenen in ihrem vollen subjektiven Bedeutungsgehalt bewußt zu machen, sollte man auf seine Selbstdarstellung, die Darstellung seiner Beziehungspersonen, besonders aber auf die Interaktion mit der betreuenden bzw. behandelnden Person achten.

Die Selbstdarstellung, bewußt und vordergründig meist von Minderwertigkeitsideen geprägt, hebt die Selbstwertzweifel durch geheime oder unbewußte Größenphantasien auf. Die narzißtische Problematik ist in der Regel an einen Partner gekoppelt, von dem der aktuelle Konflikt ausgeht. Horcht man hin auf die Schilderung der Beziehung des Suizidanten zu ihm, gewinnt man wichtige Aufschlüsse über die nar-

zißtische Funktion dieser Person und damit wieder für die Problematik des Patienten. Die Enttäuschung durch den Konfliktpartner führt in der Regel dazu, daß der Suizidant sich rasch nach einem Ersatz umsieht. Der Betreuer bietet sich dafür an (vorausgesetzt, daß er frühzeitig in Erscheinung tritt). Bleibt dieser zunächst abwartend und läßt er zu, daß die Situation vom Suizidanten strukturiert wird, kann er an der sich nun entwickelnden Interaktion die Problematik des Betroffenen im Hier und Jetzt erleben. Das hat den unvergleichlichen Vorteil, daß man sie ebenso konkret mit ihm bearbeiten kann. Wird die narzißtische Interaktion vom Betreuer angenommen, kann sie zusammen mit dem Patienten reflektiert werden, insbesondere hinsichtlich ihrer Genese. Kann man dem Suizidanten im Hier und Jetzt der Interaktion zeigen, zu welchem Zweck, nämlich zur Beschwichtigung welcher Zweifel er im Augenblick den Betreuer und sonst die Menschen seiner Umgebung zu brauchen meint, kann er die ängstliche Fixierung auf seine aktuelle Situation relativieren und sich der Frage zuwenden, was seine narzißtische Grundproblematik ist, woher sie stammt und als wie berechtigt sie sich bei nüchterner Betrachtung eigentlich erweist.

Literatur

Durkheim, E.: *Le suicide* (1897), Presses Universitaires de France, (Paris 1960); deutsch: *Der Selbstmord* (Luchterhand, Neuwied und Berlin, 1973).

Freud, S.: *Zur Einführung des Narzißmus* (1914). *Gesammelte Werke*, Band 10, 137–170 (Imago Publishing, London, 1976).

Freud, S.: *Trauer und Melancholie* (1916), *Gesammelte Werke* Band 10, 427–446 (Imago Publishing, London, 1946).

Gaupp, R.: *Über den Selbstmord* (Gmelin, München 1905).

Henseler, H.: *Selbstmord und Selbstmordversuch – Ururteile und Tatsachen: Deutsches Ärzteblatt* 68 (1971) 789–791 und 2892–2894.

Henseler, H.: *Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords* (Rowohlt, Reinbek 1954; 2. Auflage: Westdeutscher Verlag, Wiesbaden 1984).

Henseler, H.: *Die Theorie des Narzißmus: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*, Bd. 3, 459–477 (Kindler, Zürich 1976).

Henseler, H. und Reimer, Ch.: *Selbstmordgefährdung – Zur Psychodynamik und Psychotherapie* (Grommann-Holzboog, Stuttgart 1981).

Kohut, H.: *Narzißmus* (Suhrkamp, Frankfurt 1973).

Pohlmeier, H.: *Selbstmord und Selbstmordverhütung* (Urban und Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore 1978).

Ringel, E.: *Der Selbstmord; Abschluß einer krankhaften Entwicklung* (W. Maudrich, Wien/Düsseldorf 1953).

HEINZ HENSELER

1933 in Aschendorf (Ems) geboren. Studium der Medizin in Münster und München. Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1962 bis 1966 Ausbildung zum Psychoanalytiker am Berliner Psychoanalytischen Institut. 1967 bis 1971 Assistent bzw. Oberarzt an der Abteilung für Psychotherapie und 1971–1982 Leiter der Sektion für Psychoanalytische Methodik an der Universität Ulm. Seit 1982 Inhaber des Lehrstuhls für Psychoanalyse. Psychotherapie und Psychosomatik sowie Ärztlicher Direktor der gleichnamigen Abteilung an der Universität Tübingen. Publikationen vor allem zur Selbstmordproblematik und zur psychoanalytischen Theorie des Narzißmus. Anschrift: Hundskapfklinge 40, D-7400 Tübingen.