

Kapfhammer, Hans Peter / Neumeier, Reinald und Scherer, Josef
**Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem
Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei
psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 3, S. 68-77

urn:nbn:de:bsz-psydok-36214

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology and Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Specialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171
Psychotherapie		Werkstattberichte	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345
Übersichten		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Tagungsberichte	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Buchbesprechungen	
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220

FABER, F. R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J. A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAFER, M. R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J. A./NEUBAUER, P. B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J. P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E. H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P. H./CONGER, I. J./KAGAN, I./HUSTON, A. C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H. U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden

Hans Peter Kapfhammer¹, Reinald Neumeier² und Josef Scherer³

Zusammenfassung

Das Konzept der Identität nach ERIKSON erlaubt in der Operationalisierung nach MARCIA zu ergründen, inwieweit den psychosozialen Entwicklungsbemühungen Heranwachsender auch eine detaillierte innere Auseinandersetzung mit möglichen Alternativen parallel läuft sowie eine schon verbindliche Entscheidung für einen bestimmten Lösungsweg in den unterschiedlichen Lebensbereichen möglich geworden ist. Im ADAMS-Fragebogen zum Identitätsstatus reklamieren Patienten und Probanden zunächst im vergleichbaren Ausmaß für sich den Status der „erworbenen Identität“. Probanden weisen aber signifikant deutlicher die übrigen Statusmöglichkeiten der „übernommenen Identität“, des „Moratoriums“ und der „Identitätsdiffusion“ zurück. Dadurch besitzt ihr Identitätsprofil eine wesentlich klarere Konturierung. Beide Gruppen sprechen sich aber entschieden dagegen aus, sie würden ihre Identitätsfragen durch eine bloße assimilative Übernahme von äußeren sozialen Rollenerwartungen etwa ihrer Eltern lösen. Nicht-psychotische Patienten unterscheiden sich von psychotischen Patienten durch eine deutlichere Zurückweisung des Status der „übernommenen Identität“. Affektiv-psychotische Patienten erzielen im Vergleich zu den schizophrenen Patienten ein reiferes Identitätsprofil. In den schizophrenen Subgruppen deuten die hebephrenen Patienten an, daß sie die dem Identitätsparadigma zugrunde liegende Entwicklungslogik nach Erprobung und Entscheidung am wenigsten für sich beanspruchen, eventuell gar nicht verstehen können. Den subjektiven Urteilen zum Identitätsstatus werden für die Patienten- und Kontrollgruppe objektiv erhobene Indikatoren für eine „Adoleszentenkrise“ in den Entwicklungsjahren von der Pubertät bis zur Spätadoleszenz an die Seite gestellt.

1 Einleitung

Störungen der Identität werden in einem psychopathologischen Verständnis meist den Störungen des Ich- und

Selbsterlebens gleichgesetzt. In modernen diagnostischen Klassifikationssystemen wie dem DSM III/(R) findet das Konzept der *Identitätsstörung* seine Beachtung als eigenständige diagnostische Kategorie (313.82) mit einem Gültigkeitsbereich in der Adoleszenz und prominenten Störungen der innerseelischen, psychosexuellen und psychosozialen Reifung, wobei die symptomatische Aufgliederung sich eng an die ursprünglichen Formulierungen von ERIKSON (1968) hält. Eine Störung der Identität ist auch integrales Kriterium in der Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung (301.83). Die operationale Bestimmung im DSM III/(R)-System folgt weitgehend, wenn auch nicht deckungsgleich der psychoanalytischen Konzeptualisierung der Borderlinestörung durch KERNBERG (1975). KERNBERG (1976) aber trifft eine wichtige Unterscheidung zwischen einer „*Identitätskrise*“, wie sie ERIKSON als normatives Entwicklungsphänomen für die Jugendzeit formuliert hat, und einer auch in diesem Abschnitt schon als pathologisch zu wertenden „*Identitätsdiffusion*“:

„*Identitätskrise*“ beschreibt den passageren Verlust einer Korrespondenz zwischen einem inneren Gefühl der Identität und einer Bestätigung durch die psychosoziale Umgebung, kann sich also durchaus auf ein basal ungestörtes Identitätsgefühl stützen. „*Identitätsdiffusion*“ hingegen meint aber immer dissoziierte Ich-Zustände, die durch pathologische Spaltungsoperationen zustande gekommen sind, und regelhaft Borderline-Persönlichkeitsorganisationen charakterisieren. Trotz mancher oberflächlicher Gemeinsamkeiten kann eine „*Identitätskrise*“ von einer „*Identitätsdiffusion*“ durch den Nachweis von Gefühlen persönlicher Schuld und echter Fürsorge, einer Fähigkeit zu langfristigen Beziehungen mit realitätsgerecht eingestuften Personen und eines konsistenten Systems verbindlicher Werte klar abgegrenzt werden.

In einer entwicklungspsychologischen Warte umfaßt der Prozeß der *Identitätsbildung* die emotional-kognitiven Leistungen der *Differenzierung*, die eine zuverlässige Antwort auf die Frage eines Jugendlichen „wer bin ich nicht?“ geben wird, und der *Individuation*, die ihn über die Antwort auf die Frage „wer bin ich?“ befähigen soll, als eigenständige Person zu handeln, Entscheidungen ohne direkte Anleitung zu fällen und ein Gefühl von Selbstbehauptung zu zeigen (GARBARINO, 1985). Während der Adoleszenzjahre wird die Abstimmung zwischen diesem inneren Gefühl der subjektiven Gleichheit und Kontinuität und neuartigen sozialen Außendefinitionen zur entscheidenden Entwicklungsaufgabe. Nach wie vor gelten die klinisch-entwicklungspsychologischen Ausführungen von E. ERIKSON (1968) als die Referenzbasis zu diesem Thema

¹ Psychiatrische Klinik der Universität München (Direktor: Prof. Dr. H. Hippus)

² Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen (Direktor: Prof. Dr. E. Rüther)

³ Bezirkskrankenhaus München-Haar (Direktor: Prof. Dr. Dr. W. Bender)

(vgl. KAPFHAMMER et al., 1992 a). Dies trifft auch auf Versuche zu, das ERIKSONsche Identitätstheorem in operationalisierbare Konzepte überzuführen und dadurch einer empirischen Forschungspraxis anzunähern. Das in diesem Zusammenhang bewährteste Identitätsparadigma geht auf MARCIA (1966, 1980) zurück, der die ursprüngliche Polarität von „Identität vs. Identitätsdiffusion“ bei ERIKSON in vier unterschiedliche *Identitätsstatus* aufgliedert, die ein inhärenter Entwicklungsprozeß der Identitätsbildung miteinander verbindet. Er unterscheidet:

Identitätsdiffusion („identity diffusion“):

Auf dieser Entwicklungsstufe liegen noch keine subjektiv verbindlichen Entscheidungen in beruflicher, moralischer, politischer, religiöser und sexueller Hinsicht vor, die einen Lebensplan für das Erwachsenenalter charakterisieren könnten. Der Jugendliche unternimmt auch keine Anstrengungen, diese einzelnen Bereiche in den jeweiligen Alternativen zu erproben. Dieser Status ist kennzeichnend für die Mehrzahl der Präadoleszenten.

Moratorium („moratorium“):

Dies ist eine Periode des aktiven Experimentierens. Zahlreiche persönliche und soziale Variablen gilt es noch zu definieren, zu analysieren, miteinander zu vergleichen und probeweise auszuwählen. Es liegen also typischerweise noch keine festen Überzeugungen oder verbindliche Entscheidungen vor.

Übernommene Identität („foreclosure“):

Der Prozeß der Identitätsbildung ist vorzeitig abgeschlossen worden. Definierte Haltungen, Ideale und Ziele sind von wichtigen Erwachsenenmodellen, meist den Eltern ohne eine kritische Auseinandersetzung und ideologische Suche oder ernstzunehmende persönliche Lösungsversuche übernommen worden. Es liegen aber sehr wohl subjektiv verbindliche Überzeugungen und Entscheidungen vor, die einen Erwachsenenlebensplan charakterisieren.

Erworbene Identität („identity achievement“):

Auf dieser Stufe werden subjektiv verbindliche Entscheidungen für die einzelnen psychosozialen Bereiche gefällt, nachdem zuvor ein Stadium der kritischen Prüfung von Alternativen, des offenen Ausprobierens verschiedener Lebensmöglichkeiten durchlaufen worden ist.

Im Verständnis von MARCIA bewegt sich die Identitätsbildung aus relativ unreifen Vorstufen auf reifere Stufen einer übernommenen bzw. erworbenen Identität hin (ARCHER, 1982; FITCH/ADAMS, 1983; KROGER/HASLETT, 1988; MARCIA, 1976; WATERMAN et al., 1974; WATERMAN/GOLDMAN, 1976). Im Verlauf der Adoleszenzjahre ist somit von einer großen Variabilität des gerade aktuellen Identitätsstatus bei einem Individuum auszugehen, wobei sich offenkundig der Status des Moratoriums als am wenigsten stabil erwiesen hat, möglicherweise auf Grund hier besonders unangenehm erlebter Identitätskonflikte (BOURNE, 1978 a, b; CÔTÉ/LEVINE, 1987, 1988; MARCIA, 1980; MEILMAN, 1979; ROTHERAM-BORUS, 1989). Es ist ferner sehr wahrscheinlich, daß die meisten Jugendlichen nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt eine umfassende Lösung all ihrer Identitätsfragen anzielen, sondern eher ihre Aufmerksamkeit sukzessiv auf unterschiedliche Lebensbereiche je nach subjektiver Dringlichkeit oder situativer Erfordernis richten (COLEMAN, 1974, 1978).

Die einzelnen Stufen sind nicht per se mit einer bestimmten psychopathologischen Wertigkeit verbunden. Ursprünglich sind die vier Status zwar als Outcome-Variablen konzipiert worden. In Abhängigkeit vom Untersuchungszeitpunkt etwa in der mittleren Adoleszenz, in der Spätadoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter kommt den gefundenen Querschnittsurteilen hinsichtlich des Prozesses der Identitätsbildung aber eine unterschiedliche Aussagekraft zu (WATERMAN, 1982, 1985; WATERMAN/ARCHER, 1990). So impliziert z. B. der Status der „Identitätsdiffusion“ zu Beginn der Pubertät zunächst lediglich die Bedeutung, daß der Jugendliche in den angesprochenen Lebensbereichen noch über keinerlei differenzierte, kognitiv-affektive Strukturen verfügt, die bevorstehenden Herausforderungen sofort konstruktiv angehen zu können (MARCIA, 1987, 1988). Wird derselbe Status aber auch noch im jungen Erwachsenenalter erhoben, dann muß u. U. schon von einem bedenkenswerten Zustand ausgegangen werden (JONES/HARTMANN, 1988; JONES et al., 1989; ARCHER, 1989). Auch sorgfältige Verlaufsuntersuchungen weisen in diese Richtung (JOSSELYN, 1987). Trotzdem ist in der Begriffsllogik von MARCIA zunächst einmal nicht jene oben angesprochene psychopathologische Bedeutungskonnotation enthalten (KERNBERG, 1976).

In entwicklungstheoretischer Perspektive ist grundlegend, daß die Bewertung eines bestimmten Identitätsstatus von zwei Komponenten abhängig ist: Vom Vorliegen oder Fehlen einer verbindlichen *Entscheidung* („commitment“) und vom Vorliegen oder Fehlen einer *Exploration* in einem speziellen Lebensbereich (MARCIA, 1980; MATTESON, 1977). Da die Herausforderungen der adoleszenten Entwicklungsjahre von einem Großteil der Heranwachsenden mit deutlichen Zeichen einer emotionalen und kognitiven Dissonanz wahrgenommen werden, die auf ein reiferes strukturelles Gleichgewicht drängt, lassen sich die verschiedenen Identitätsstatus auch unter dem Gesichtspunkt betrachten, wie die einzelnen Jugendlichen mit diesem Spannungszustand umgehen. In dieser Prozeßperspektive bedeutet „Exploration“ einen Zustand einer bewußt intendierten Selbstüberprüfung mit einer Bereitschaft, zahlreiche selbstrelevante Informationen zu erkunden und zu verarbeiten. Die einzelnen Status reflektieren in dieser Sichtweise unterschiedliche Stile der Problemlösung oder personalen Entscheidungsfällung, wobei jeweils einer Informationsorientiertheit, einer Normorientiertheit bzw. einer situativen oder bedürfnismäßigen Ad-hoc-Orientierung die ausschlaggebende Rolle zukäme (BERZONSKY, 1988; GROTEVANT, 1987).

Eine mögliche klinische Relevanz dieser einzelnen Identitätsstatus wird deutlicher, wenn gleichzeitig auch häufig hierbei beobachtete Persönlichkeitscharakteristika und Korrelate des sozialen Verhaltens aufgeführt werden (KROGER, 1989):

Jugendliche mit dem *Status der etablierten Identität* zeichnen sich durch eine zuverlässige Stärke in der Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt aus, sind offen für Neuheiten und soziale Kontakte. Sie zeigen eine gute Fähigkeit zu intimen Beziehungen (FITCH/ADAMS, 1983; HODGSON/FISCHER, 1979; KACERGUIS/ADAMS, 1980; ORLOFSKY, 1976; ORLOFSKY et al., 1973). Sie sind gedankenvoll, introspektiv, aber in ihrer Reflektivität nicht immobi-

liert (MARCIA, 1979). Unter psychosozialen Streß beweisen sie eine gute Belastbarkeit, zeigen eine hohe Autonomie in ihrer Urteilsbildung und kreative Lösungsstrategien (DONOVAN, 1975; MARCIA, 1966; MATTESON, 1977; WATERMAN/ARCHER, 1979). Andererseits kommt nicht selten auch eine Versagensangst, eine Furcht vor Erfolg zum Ausdruck (ORLOFSKY, 1978). Bei der Lösung moralischer Dilemmata argumentieren sie mehrheitlich auf der postkonventionellen Stufe (HULT, 1979; PODD, 1972; ROWE/MARCIA, 1980). Intrapsychisch liegen klar differenzierte Objektrepräsentanzen vor (GINSBURG/ORLOFSKY, 1981). Die Bindung zu wichtigen anderen ist sicher (KROGER, 1985; KROGER/HASLETT, 1988). Die Einschätzung der Eltern in ihren Stärken und Schwächen ist realistisch (GROTEVANT/COOPER, 1985; JORDAN, 1971).

Jugendliche mit dem *Status der Pseudoidentität* beweisen ein hohes Maß an Ausgeglichenheit und Selbstzufriedenheit. Sie sind autoritätsgläubig (CÔTÉ/LEVINE, 1983; MARCIA, 1966, 1967; MARCIA/FRIEDMAN, 1970; SCHENKEL/MARCIA, 1972). Ihre wertemäßige und ideologische Orientierung ist konventionell, ihre Arbeitsmoral hoch. In ihrer Auseinandersetzung mit sich und der sozialen Umwelt zeigen sie aber eher eine rigide als eine flexible Stärke (MARCIA, 1979). In ihrer Urteilsbildung sind sie stark von der Position anderer abhängig und besitzen eine eher niedrige Autonomie (MARCIA, 1966, 1967). Die kognitiven Stile zeichnen sich durch eine geringere Komplexität und Integrität aus (HULT, 1979; PODD, 1972; ROWE/MARCIA, 1980; SLUGOSKI et al., 1984). In Beziehungen trifft man häufig auf stereotype und Verschmelzungsinteraktionsmuster (LEVITZ/ORLOFSKY, 1985; ORLOFSKY et al., 1973). Intrapsychisch liegen häufig noch undifferenzierte Elternintjekte vor, die Bindungsprofile verraten eine Unsicherheit (KROGER/HASLETT, 1988). Sie zeigen eine hohe Abhängigkeit vom familiären Wertesystem (JORDAN, 1971).

Jugendliche mit dem *Status des Moratoriums* können sowohl ängstlich als auch neugierig sein. Sie haben noch Schwierigkeiten, sich von ihren Eltern, besonders vom heterosexuellen Elternteil abzugrenzen. Die Strategien der Auseinandersetzung mit sich und der sozialen Umwelt verraten noch eine hohe Ambivalenz (MARCIA, 1979). Die kognitiven und perzeptiven Stile sind ähnlich strukturiert denen der Jugendlichen mit etablierter Identität (BOURNE, 1978b; SLUGOSKI et al., 1984). In Beziehungen sind sie häufig angespannt, flüchtig. Obwohl nicht selten schon ein Konzept von Intimität vorhanden ist, vermeiden sie konkrete Intimkontakte noch häufig (DONOVAN, 1975; ORLOFSKY et al., 1973). Intrapsychisch befinden sich diese Jugendlichen im Prozeß einer noch nicht vollendeten Ablösung, es liegt ein gemischtes Interaktionsverhalten vor (KROGER/HASLETT, 1988). In familiären Interaktionen werden sie aber in ihrem Unabhängigkeitsbestreben von ihren Eltern unterstützt (GROTEVANT/COOPER, 1985).

Jugendliche mit dem *Status der Identitätsdiffusion* stellen offensichtlich eine sehr heterogene Subgruppe dar (MARCIA, 1979; JOSSELSON, 1987). Einige demonstrieren einen unbekümmerten Lebensstil ohne soziale Verpflichtungen, lediglich vom Augenblick bestimmt. Andere wiederum zeigen deutliche psychopathologische Störungen, sind sehr einsam, kaum zu engen interpersonalen Kontakten fähig (DONOVAN, 1975; ORLOFSKY et al., 1973). Sie beweisen ein sehr schwaches Selbstgefühl. Ihre auf Selbstwert- und Autonomie-Skalen erreichten Werte sind niedrig (MARCIA, 1980). Ihre moralische Argumentation erfolgt vorrangig auf der präkonventionellen Stufe, ihre kognitiven Fertigkeiten sind deutlich einfacher strukturiert als bei Jugendlichen in den anderen Identitätsstatus (HULT, 1979; PODD, 1972; MARCIA, 1980; SLUGOSKI et al., 1984). In ihrer primären Sozialisation haben sie offenkundig große Schwierigkeiten, konsistente Elternintjekte zu errichten (KROGER/HASLETT, 1988). Die Eltern-Kind-Interaktionen weisen häufig Merkmale einer Distanziertheit und Zurückweisung auf (JORDAN, 1971).

In unserer Untersuchung kam ein in Anlehnung an die Gedankengänge von MARCIA konstruierter und validierter Selbstfragebogen zur Anwendung, der zu acht, vorrangig nach ideologischen bzw. vorrangig interpersonalen Aspekten geordneten Lebensbereichen eine relative Zustimmung bzw. Zurückweisung der verschiedenen Identitätsstatus aus der Innenansicht der Patienten und Probanden messen sollte (ADAMS et al., 1979; BENNION/ADAMS, 1986; GROTEVANT/ADAMS, 1984).

2 Ziel der Untersuchung und Fragestellungen

Der ADAMS-Fragebogen zum Identitätsstatus greift im Prinzip dieselben psychosozialen Herausforderungen in den unterschiedlichen Lebensbereichen auf. Er mißt jedoch nicht globale Anpassungsleistungen. Er versucht vielmehr zu ergründen, inwieweit dieser psychosozialen Adaptation auch eine detaillierte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Alternativen sowie eine schon verbindliche persönliche Entscheidung für eine bestimmte Lösung zugrundeliegt.

In unserer Untersuchung interessierte zunächst, inwieweit Patienten wie Probanden diese Entwicklungslogik nach den Dimensionen der Erprobung und Entscheidung für ihre Identitätsbildung nachvollzogen. In einem zweiten Analyseschritt wurden Vergleiche zwischen Patientensubgruppierungen durchgeführt.

Als Hintergrund für die aktuellen Einschätzungen zum Identitätsstatus diente eine systematische Suche nach Indikatoren wahrscheinlicher Identitätskrisen, die den Entwicklungsgang seit Beginn der Pubertät markierten.

3 Methodik

3.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppen

Es wurde versucht, alle sukzessiv zu einer stationären Behandlung (Psychiatrische Klinik der Universität München) aufgenommenen Patienten mit dem Lebensalter 17/18 bis 25/26 Jahre für die Studie zu gewinnen. Von insgesamt 177 jungen Erwachsenen während eines 9monatigen Aufnahmezeitraums willigten 146 Patienten ein („informed consent“). Von 139 Patienten konnte ein vollständiger Datensatz erhoben werden.

Die *Diagnosestellung* erfolgte nach ICD-9. Rev.:

Psychotisch: n = 101 (295.1 -7, 296.0 -3), Nicht-Psychotisch: n = 38 (300., 301., 303.0, 307.1, 309.1).

Affektiv: n = 41 (295.7, 296.), Schizophren: n = 60 (295.1 -6).

Hebephren: n = 32, Schizophren - Restgruppe: n = 28.

Entsprechend des Aufnahmeschwerpunkts der Klinik für eine psychiatrische Akutversorgung überwogen die Fälle mit psychotischen Zustandsbildern.

Als *Kontrollgruppe* wurden 100 junge Erwachsene gewonnen. Einschlusskriterien waren neben dem Lebensalter (17-26 Jahre) das Fehlen einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedürftigkeit für den Zeitpunkt der Untersuchung sowie die zurückliegenden drei Jahre. Die Kontrollgruppe rekrutierte sich vorrangig aus Krankenschwestern und Pflägern, Medizinstudentinnen und -studenten, Krankengymnastinnen und -gymnasten, die überwiegend im Rahmen psychiatrischer Ausbildungskurse gewon-

nen wurden, aber auch nicht-pflegerisches Krankenhauspersonal und vereinzelt Besucher von Patienten.

Beide Untersuchungsgruppen waren in grundlegenden *soziodemographischen Variablen* recht gut vergleichbar (vgl. KAPFHAMMER et al., 1992a). Das durchschnittliche Alter betrug bei den Patienten 22.81 (+/-2.4), bei den Probanden 22.36 (+/-2.17) Jahre (n.s.). Die Geschlechterverteilung war bei den Patienten: n = 79, Männer: n = 60, bei den Probanden: Frauen: n = 55, Männer: n = 45).

3.2 Meßmethoden

(a) *ADAMS-Fragebogen zum Identitätsstatus* (BENNION/ADAMS, 1986): Je 16 Sätze stehen für die oben beschriebenen vier Identitätsstatus in 8 inhaltlichen Lebensbereichen (Beruf, religiöse, politische, allgemeine Weltanschauung, Freizeitaktivitäten, Geschlechtsrollenorientierung, heterosexuelle und freundschaftliche Beziehungen). Die ersten vier und die zweiten vier Lebensbereiche lassen sich in eine „ideologische“ bzw. eine „interpersonale Identität“ zusammenfassen (GROTEVANT/ADAMS, 1984). Eine deutsche Übersetzung und Adaptation wurde von NEUMEIER (1989) im Rahmen seiner vom Erstautor betreuten medizinischen Promotionsarbeit vorgelegt. Die insgesamt 64 Sätze werden an Hand einer 6-Punkte-Likert-Skala eingestuft. Je kleiner ein Wert ist, desto stärker wird der jeweilige Identitätsstatus bejaht, je größer der Wert, desto stärker wird er abgelehnt.

(b) In einem klinischen Interviewteil wurden systematisch in den zurückliegenden Entwicklungsjahren von Pubertät und Jugend durchlebte Störungen erfragt, die als wahrscheinliche Indikatoren einer „Adoleszentenkrise“ zu verstehen waren. Speziell wurden registriert Erfahrungen einer Selbstentfremdung (Depersonalisation, Derealisation), außergewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse, bedeutsame ängstliche oder depressive Verstimmungen, Gefühle von Sinnlosigkeit, Zeiten einer Pubertätsaskese und betonten philosophischen Intellektualisierens, fehlende Zukunftsperspektive, Drogen Erfahrungen, heftiges Protestverhalten gegenüber Eltern oder anderen Autoritätspersonen, soziales „Ausflippen“, häufig wechselnde sexuelle Kontakte, soziale Isolationstendenz, Sektenzugehörigkeit, Suizidgedanken und suizidale Handlungen.

3.3 Statistische Auswertung

(a) Häufigkeitsvergleiche in Gruppen erfolgten mit *Chi²-Test*, Mittelwertsvergleiche von Gruppen mit *univariaten und multivariaten Testverfahren* (ANOVA, MANOVA).

(b) *Diskriminanzanalyse* zur Vorhersage eines dichotomen Kriteriums mit mehreren diskret intervallskalierten Variablen: Mit Hilfe der Gewichtung mehrerer Prädiktoren der Linearkombination von Prädiktoren und Kriterium wurde eine optimale Trennung der Gruppen gesucht. Diese war dann gegeben, wenn die Varianz innerhalb der Gruppen minimal und die Varianz zwischen den Gruppen maximal wurde. Voraussetzung für die Anwendung der Diskriminanzanalyse war, daß die Varianz-Kovarianz-Matrizen innerhalb der Gruppen sich nur zufällig unterschieden, d.h. homogen waren. Die Homogenität wurde in der vorliegenden Arbeit durch Box'M geprüft (KRAUTH, 1983).

4 Ergebnisse

Tabelle 1 gibt einen orientierenden Überblick über *Indikatoren für eine Adoleszentenkrise*. Selbst ein nur flüchtiger Blick auf die Prozentzahlen verdeutlicht für die Patientengruppe einen insgesamt problematischeren Ent-

wicklungsverlauf in der Adoleszenz. Immerhin berichteten aber auch 39% unserer Probanden von Episoden „beunruhigender Selbstentfremdung“, kannten 60% zumindest passager auftretende Ängste, depressive Verstimmungen, Gefühle der Sinnlosigkeit, spielten 15% einmal mit Suizidgedanken oder verstanden Suizid als gut einfühlbaren Lösungsweg für Entwicklungsschwierigkeiten während dieser Jahre.

Umgekehrt erfolgten nur bei den Patienten Angaben über „Drogen Erfahrungen“ (32%), „häufig wechselnde sexuelle Beziehungen“ (11.5%) oder „Sektenzugehörigkeit“ (5.8%). Besonders kraß fiel auch der Unterschied in dem Item „soziale Isolationstendenz“ aus (1% vs. 51.1%). Auch das Problem der „Suizidalität“ schien in der Patientengruppe in den zurückliegenden Jugendjahren sehr virulent zu sein (41%).

Spezielle Störungen der psychosozialen Entwicklung wurden für die Patientengruppe in den Items „Verwahrlosung“ (2.9%), „Kriminalität“ (8.6%), „Prostitution“ (0.7%), „Perversionen“ (1.4%) protokolliert (Tab.2). Diese Formen ge-

Tab. 1: Patienten- und Kontrollgruppe: Vergleich in Indikatoren einer „Adoleszentenkrise“ während der Entwicklungsjahre von der Pubertät bis Spätadoleszenz (%)

	Patienten	Probanden
Selbstentfremdung	48,2	39,0
außergewöhnliche Erlebnisse	15,8	8,0
Ängste, depressive Verstimmungen, Gefühle von Sinnlosigkeit	81,3	60,0
fehlende Zukunftsperspektive	48,23	4,0
bedeutsame Drogen Erfahrungen	30,2	-
ausgeprägtes Protestverhalten	41,7	12,0
soziales Treibenlassen	25,9	7,0
häufig wechselnde Sexualkontakte	11,5	-
soziale Isolationstendenz	51,1	1,0
Sektenzugehörigkeit	5,8	-
Suizidalität	41,0	15,0
Sonstiges	28,1	-

Tab. 2: Patientengruppe: Spezielle Störungen bei stationärer Aufnahme (%)

Verwahrlosung	2,9
Kriminalität*	8,6
Prostitution	0,7
Perversion	1,4
Süchtiges Verhalten:	
Alkohol	18,7
Sedativa/Hypnotika	6,5
Analgetika	2,2
Amphetamine	5,8
Halluzinogene	7,9
Kokain	5,0
Cannabis	15,1
Opiate	3,6
Sonstige	2,1

* meist kleinere Delikte (BTM-Verstoß, Führerscheinentzug wegen betrunkenem Zustand, Diebstahl u.ä.)

störten Sozialverhaltens wurden aber klar von dem beträchtlichen Prozentsatz eines süchtigen Verhaltens dominiert, das seit der Spätadoleszenz bis in die unmittelbare Zeit der aktuellen Erkrankung das psychiatrische Hauptproblem darstellte oder in der Mehrzahl dieser Patienten neben der psychiatrischen Grunderkrankung eine zusätzliche psychosoziale Auffälligkeit markierte.

4.1 Vergleichsuntersuchungen zum Identitätsstatus nach ADAMS

Das im ADAMS-Fragebogen zugrunde gelegte theoretische Konzept der unterschiedlichen *Identitätsstatus nach MARCIA* (s. o.) bezieht sich auf acht psychosoziale Lebensbereiche, die *global* zusammengefaßt, aber auch getrennt nach vorwiegend *ideologischen* bzw. vorwiegend *interpersonalen* Identitätsaspekten verrechnet werden können. Wenngleich in den inhaltlichen Bereichen eine große Ähnlichkeit etwa mit den dimensionalen Aspekten des OFFER-Selbstbild-Fragebogens besteht, ist weniger eine bipolare Zustimmung oder Ablehnung zu einer psychosozialen Verhaltens- und Erlebnisweise im subjektiven Urteil intendiert, die wiederum auf eine mehr oder weniger geglückte psychosoziale Anpassungsleistung im objektiven Verständnis schließen läßt. Stattdessen versucht bereits die Konstruktion der zur Einschätzung vorgelegten Sätze auch die prozessualen Momente der Einstellungs-, d.h. Identitätsbildung zu erfassen. Die hier integrierten Aspekte von fehlender oder variantenreicher Experimentierung einerseits sowie von fehlender oder verbindlicher Entscheidung andererseits erfordern also eine Beurteilung von vier un-

terschiedlichen Status der Identitätsbildung. Dies bedeutet aber, daß die Bestimmung sowohl eines globalen als auch spezieller ideologisch bzw. interpersonal ausgerichteter Identitätsmaße nie zu kategorialen Scores führen kann, sondern ein dimensionales Urteil zu all diesen vier Statusmöglichkeiten beinhaltet. Konkret drückt ein niedriger Wert eine überwiegende Zustimmung zu einem bestimmten Identitätsstatus, ein höherer Wert aber eine zunehmende Ablehnung aus. Mit diesen *dimensionalen Urteilen* hinsichtlich der vier Statusmöglichkeiten ergibt sich dann ein für die Gruppe je typisches *Identitätsstatusprofil*, das für unsere Zwecke lediglich auf einer deskriptiven Ebene dargestellt werden soll, während für die einzelnen Identitätsstatus selbst jeweils varianzanalytische Mittelwertvergleiche vorgenommen werden. In der graphischen Darstellung wird für die diskreten Identitätsstatus jeweils der durchschnittliche Skalenwert abgebildet, entsprechend der Skalenkonstruktion also ein Wert zwischen „1“ und „6“.

Abbildung 1 veranschaulicht die Vergleiche zwischen *Patienten- und Kontrollgruppe* hinsichtlich der relativen Urteile zu den einzelnen *globalen Identitätsstatus*. Beide Gruppen requirierten in ähnlichem Ausmaß den Status der „erworbenen Identität“ für sich (ANOVA, $F = 2.232$, $p = 0.136$), unterschieden sich aber in den übrigen Status der „übernommenen Identität“, des „Moratoriums“ sowie der „Identitätsdiffusion“ hoch signifikant ($F = 47.804$, $p = 0.000$; $F = 29.634$, $p = 0.000$; $F = 45.435$, $p = 0.001$), wobei die Differenzen hier jeweils eine stärkere Ablehnung dieser Identitätsstatus durch die Kontrollgruppe signalisierten. Bei einer Betrachtung des Identitätsprofils fiel trotz der bestehenden signifikanten Gruppenunterschiede auf, daß Patienten wie Probanden gleichermaßen den Status der „übernommenen Identität“ am klarsten von sich wiesen, sich also im subjektiven Urteil deutlich dagegen aussprachen, sie lösten ihre Identitätsfragen vorrangig durch eine bloße Assimilation sozialer Rollenerwartungen. Klar fiel auch in beiden Gruppen die Ablehnung einer „Identitätsdiffusion“ aus, d.h. Patienten und Probanden waren überzeugt, sich in den angesprochenen Lebensbereichen nicht überwiegend ohne experimentierende Orientierung und ohne verbindliche Festlegung einfach „treiben zu lassen“. Die Zurückweisung des Status eines „Moratoriums“ nahm hier eine Mittelstellung ein, wobei vor allem Patienten signifikant häufiger für sich diesen sozial angebotenen „Übergangsraum“ als zutreffend ankreuzten.

Betrachtete man den *ideologischen* Part dieser Urteile (Abb. 2), so fielen die Vergleiche zwischen beiden Gruppen analog aus, wobei die Differenzen hinsichtlich „übernommener Identität“, „Moratorium“ und „Identitätsdiffusion“ erneut hoch signifikant (ANOVA, $F = 79.306$, $p = 0.000$; $F = 25.123$, $p = 0.000$; $F = 27.414$, $p = 0.001$), hinsichtlich der „erworbenen Identität“ jedoch nicht signifikant waren ($F = 0.000$, $p = 0.989$). Das Profil über die vier diskreten Identitätsstatus erschien bei den Patienten noch nivellierter zu sein als im Globalmaß. Dies mochte darauf hinweisen, daß die im ideologischen Teil enthaltenen Lebensbereiche (Beruf, religiöse, politische und allgemeine Weltanschauung) für die Patienten als

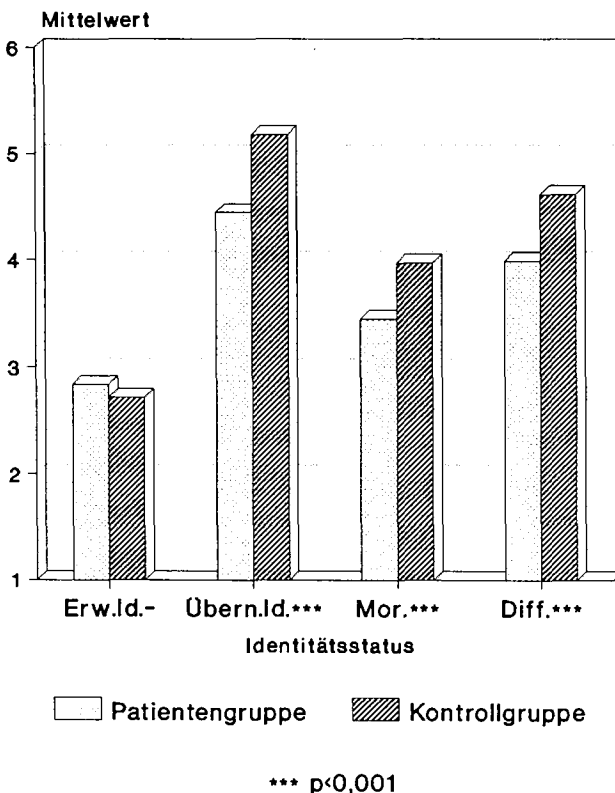


Abb. 1: Gesamtidentität

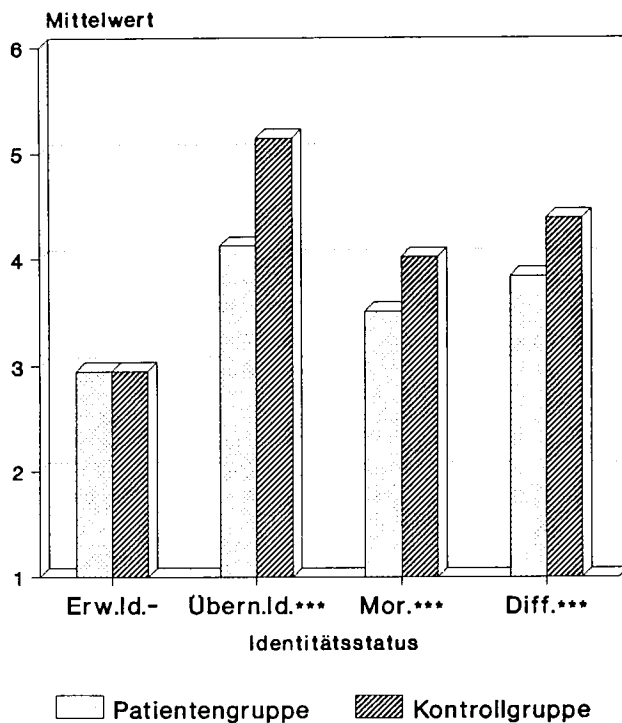
*** $p < 0,001$

Abb. 2: Ideologische Identität

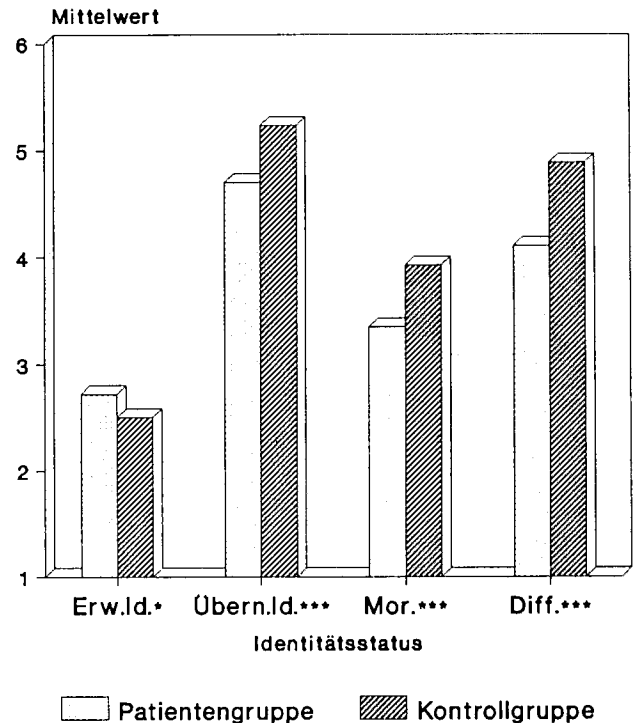
* $p < 0,05$ *** $p < 0,001$

Abb. 3: Interpersonale Identität

Gesamtgruppe nicht so sehr nach den prozessualen Momenten der Identitätsbildung differenziert wurden, sondern vielleicht nach basaleren Kategorien einer vorrangig nach außen orientierten sozialen Anpassung. Möglicherweise kam aber diese Nivellierung auch durch eine hohe Heterogenität der Patientengruppe zustande.

Abbildung 3 beschreibt den *interpersonalen* Part der Identitätsbildung der beiden Vergleichsgruppen. Neben den hoch signifikanten Unterschieden in den drei Identitätsstatus von „übernommener Identität“, „Moratorium“ und „Identitätsdiffusion“ (ANOVA, $F = 22.654$, $p = 0.000$; $F = 31.373$, $p = 0.000$; $F = 54.031$, $p = 0.000$) erreicht hier auch der Status der „erworbenen Identität“ eine Signifikanz ($F = 5.603$, $p = 0.019$). Auch erschien das Identitätsstatusprofil der Patientengruppe in diesen Aspekten deutlich prononcierter im Vergleich zum ideologischen Part, was möglicherweise eine größere persönliche Relevanz dieser Bereiche für die psychosoziale Identität der Patienten anzeigte.

In den Vergleichen für einzelne Patientenuntergruppierungen wurden zunächst *psychotische* und *nicht-psychotische Patienten* einander gegenübergestellt. Hier fanden sich für den Status der „übernommenen Identität“ signifikante Unterschiede, die in der globalen Identität ein Signifikanz-Niveau von 1% (ANOVA, $F = 7.349$, $p = 0.008$), in den ideologischen und interpersonalen Aspekten jeweils nur das 5%-Niveau erreichten (ANOVA, $F = 6.408$, $p = 0.013$; $F = 6.871$, $p = 0.010$), wobei die nicht-psychotischen Patienten dieses Konzept klarer verneinten. Betrachtete man die jeweiligen Identitätsprofile der beiden

Vergleichsgruppen, so fiel auf einer deskriptiven Ebene die relativ klarere Konturierung bei den nicht-psychotischen Patienten, die größere Nivellierung bei den psychotischen Patienten auf.

Die Vergleiche von *Patienten mit schizophrenen und affektiven Psychosen* ließen für die Gesamtidentität im Status der „erworbenen Identität“ einen hoch signifikanten Unterschied (ANOVA, $F = 16.945$, $p = 0.000$) erkennen, der im ideologischen Part das 1%-Niveau erreichte (ANOVA, $F = 7.240$, $p = 0.009$), im interpersonalen Part aber wieder hoch signifikant war (ANOVA, $F = 20.743$, $p = 0.000$). Affektiv erkrankte Patienten lehnten hier zusätzlich auch das Konzept der „übernommenen Identität“ entschieden für sich ab ($F = 4.218$, $p = 0.043$).

Einen weiteren Vergleich bildeten die Subgruppen der *hebephrenen Patienten* vs. der *Patienten mit anderen schizophrenen Psychosen*. In der Gesamtidentität lehnten hebephrene Patienten sowohl den Status der „übernommenen Identität“ ($F = 10.241$, $p = 0.002$) als auch den des „Moratoriums“ ($F = 6.692$, $p = 0.013$) weniger klar ab als die Vergleichsgruppe. Die Verhältnisse für den ideologischen Part waren analog („Pseudoidentität“: ANOVA, $F = 11.202$, $p = 0.002$); „Moratorium“: $F = 4.396$, $p = 0.041$), intensivierten sich aber im interpersonalen Part noch („übernommene Identität“: ANOVA, $F = 9.372$, $p = 0.004$), „Moratorium“: $F = 7.570$, $p = 0.008$), wenn hier die Hebephrenen zusätzlich auch den Status der „Identitätsdiffusion“ nicht so entschieden zurückwiesen ($F = 4.888$, $p = 0.032$).

4.2 Relativierung der Identitätsstatusvergleiche

Die Vermutung, daß Patienten eventuell ihren persönlichen Ort zu den einzelnen Identitätsstatus nicht so klar nach den prozessualen Momenten der Experimentierung und Entscheidung bestimmten wie die Probanden, sondern sich möglicherweise gemäß globalerer Richtlinien der sozialen Anpassung verhielten, kam durch den Blick auf die auffällige Nivellierung der Identitätsstatusprofile zustande. Eine Überprüfung dieser Vermutung bot sich in der Methode der linearen *Diskriminanzanalyse* an. Diese erlaubte über die Einzelabschätzung der Prädiktoren hinaus auch eine Beurteilung der Vorhersage des dichotomen Kriteriums „Patientengruppe vs. Kontrollgruppe“ mit mehreren Prädiktoren. In die Analyse der schrittweisen Diskriminanzanalyse wurden nur solche Variablen aufgenommen, die einen minimalen F-Wert von 1 lieferten. Eine gute Homogenität der betreffenden Varianz-Kovarianz-Matrizen konnte mittels Analyse durch Box' M gesichert werden (Box's M: 1.8011, angenähertes F: 0.5806, Freiheitsgrade: 3, Signifikanz: 0.6278).

Aus Vorberechnungen hatte sich ergeben, daß für eine lineare Diskriminanzanalyse sinnvollerweise nur die Variablen „Moratorium“ und „Identitätsdiffusion“ der interpersonalen Identität in die Analysegleichung aufgenommen wurden. Auch diese Berechnungen unterstrichen somit indirekt die vermutlich für beide Untersuchungsgruppen größere Relevanz der interpersonalen Lebensbereiche zur Erlangung eines Konzeptes persönlicher Identität als die ideologischen Aspekte des psychosozialen Lebens.

Ein Gütemaß der Differenzierung durch die Diskriminanzfunktion stellt die *Reklassifikation nach der Diskriminanzfunktion* dar. Mit dem Kriterium „tatsächlicher“ und

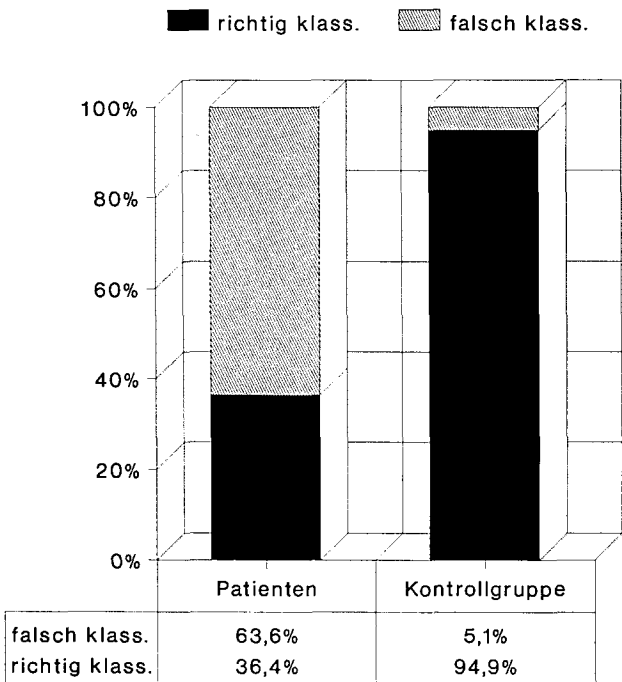


Abb. 4: Reklassifikation der Patienten- und Kontrollgruppe durch die Diskriminierung der Adams-Skalen

„prognostizierter Gruppenzugehörigkeit“ wurden die Prozentsätze für richtig und falsch klassifizierte Fälle ableitbar. Abbildung 4 veranschaulicht diesen Sachverhalt. Während die Probanden der Kontrollgruppe an Hand dieser Diskriminanzfunktion zu einem hohen Prozentsatz (94,9%) zutreffend prognostizierbar waren, also die im ADAMS-Fragebogen zum Identitätsstatus inhärente Logik der Identitätsbildung nach Exploration und Entscheidung trefflich für sich nachvollziehen konnten, zeichneten sich die Patienten durch eine sehr hohe Fehlerquote in 63,6% aus, signalisierten also, daß sie für sich diese Entwicklungslogik nur sehr unzureichend schon instrumentalisieren konnten.

Wollte man entsprechend der Vorgaben von ADAMS et al. (1979) über alle subjektiven Urteile hinweg einen *dominanten Identitätsstatus* berechnen, wobei zusätzlich zu den vier Statusmöglichkeiten ein sog. „Übergangstatus“ (z. B. Diffusion-Moratorium, Diffusion-Pseudoidentität etc.) bestimmt werden kann, so ergab sich folgendes Bild:

Tab. 3: Dominanter ideologischer Identitätsstatus in Patienten- und Kontrollgruppe (%)

	Übergang	Id. Diffus.	Morat.	Übern. Id.	erworb. Id.
Patienten	18+	0	77	2	3
Probanden	49*	5	18	9	19

Chi-Quadrat: 75.17, D.F.: 4, p = 0.0000
+ Übergang: Identitätsdiffusion – Moratorium (18)
* Übergang: Moratorium – erworbene Identität (38)
übernommene – erworbene Identität (11)

Tab. 4: Dominanter interpersonaler Identitätsstatus in Patienten- und Kontrollgruppe (%)

	Übergang	Id. Diffus.	Morat.	Übern. Id.	erworb. Id.
Patienten	25+	1	74	0	0
Probanden	45*	6	22	0	27

Chi-Quadrat: 66.31, D.F.: 4, p = 0.0000
+ Übergang: Identitätsdiffusion – Moratorium (25)
* Übergang: Moratorium – erworbene Identität (32)
übernommene – erworbene Identität (13)

Tabelle 3 zeigt die Häufigkeitsverteilung für die einzelnen Status in der „ideologischen Identität“, Tabelle 4 die entsprechende Häufigkeitsverteilung in der „interpersonalen Identität“. Die Unterschiede der Häufigkeiten waren in den Chi²-Testen jeweils statistisch signifikant, konnten aber nur deskriptiv bewertet werden, da einige Zellen zu gering besetzt waren. Es ist wichtig zu erinnern, daß dieses Verfahren auf einen diskreten kategorialen Status zielte, also die Differenziertheit einer dimensional Betrachtung wie oben aufgab.

In der „ideologischen Identität“ überwogen in beiden Untersuchungsgruppen die Status „Moratorium“ und

„Übergang“, wenngleich in reziprokem Verhältnis. Insgesamt nahmen 48,5% aller Studienteilnehmer den Identitätsstatus „Moratorium“ ein, wovon 82% Patienten waren. Im „Übergangstatus“ war es gerade umgekehrt. Dieser Status drückte eine Bewegung zwischen zwei Status aus, stellte also eine im Fluß befindliche Entwicklungsveränderung dar.

In der „interpersonalen Identität“ herrschten ganz analoge Verhältnisse vor. Wiederum nahmen 48,5% aller Studienteilnehmer den Identitätsstatus „Moratorium“ ein, wovon 78% Patienten waren. Im „Übergangstatus“ ergab sich erneut ein umgekehrtes Verhältnis.

5 Diskussion

Die Suche nach subjektiv annehmbaren Lösungen der Identitäts- und Intimitätsfragen stellt die zentrale Entwicklungsaufgabe der Spätadoleszenz und des jungen Erwachsenenalters dar (ERIKSON, 1968). Hierunter ist eine vorläufige innerseelische Neuorientierung angesichts der vielfältigen psychobiologischen und psychosozialen Umwälzungen in diesen Entwicklungsjahren gemeint, die es gestattet, mit einem integrierten Selbstverständnis, in tragfähigen und befriedigenden zwischenmenschlichen Beziehungen typische Rollenerwartungen des Erwachsenenstatus in einem gesellschaftlichen Rahmen zu beantworten. Notwendigerweise ist hier eine Prozeßperspektive anzulegen, die ihren Ausgang in der entwicklungsmaßiigen Erschütterung eines kindlichen Selbstgefühls zu Beginn der Pubertät nimmt, die zahlreichen Modifikationen während der Jugendjahre in einer zunehmend sich weitenden sozialen Welt mit qualitativ neuartigen Erfahrungen berücksichtigt und sich auf die notwendige Transformationsaufgabe konzentriert. Nur unter diesem Gesichtspunkt ist in unserem Konzept von einem „Entwicklungsabschnitt mit normativer Krise“ zu sprechen, ohne hierbei bereits eine psychopathologische Konnotation zu implizieren.

Hinsichtlich der *Identitätsfragen* entschieden wir uns für ein Modell, das den psychosozialen Oberflächenmanifestationen Vorrang vor den grundlegenden psychodynamischen, allenfalls in einer subtilen Einzelfallkasuistik erschließbaren Veränderungen gab, und somit Vergleiche zwischen Gruppen erlaubte. Das Paradigma des „Identitätsstatus“ nach MARCIA in theoretischer Anlehnung an ERIKSON bestimmte zunächst unsere Wahl eines Selbstfragebogens (ADAMS et al., 1979; BENNION/ADAMS, 1986; GROTEVANT/ADAMS, 1984). Diesem Selbstbeurteilungsverfahren liegt ein vielschichtiger Identitätsbegriff zugrunde, der individuelle Lösungen in verschiedenen psychosozialen Bereichen berücksichtigt. Die Dimensionen der „Exploration“ und „Entscheidung“ ermöglichen hierbei eine Zuordnung zu den diskreten Statusmöglichkeiten der „erworbenen oder etablierten Identität“, der „übernommenen Identität“ bzw. des „vorzeitigen Abschlusses der Identitätsbildung“, des „Moratoriums“ und schließlich der „Identitätsdiffusion“. Der Fragebogen erfordert hierbei eine dimensionale Selbsteinschätzung in einem psychosozia-

len Bereich entsprechend einer relativen Zustimmung zu oder relativen Ablehnung der vorgelegten Statuskonzepte.

Zwar verlieh unsere Konzentration auf das junge Erwachsenenalter der Einschätzung des Identitätsstatus als einer „Outcome-Variable“ eine höhere Reliabilität, weil sie immerhin auf viele Jahre eines Entwicklungsprozesses zurückzuschauen gestattete, doch erschien es uns unter der Perspektive des nach vorne offenen Lebenszyklus vorteilhafter, eher den Prozeßcharakter dieser Status zu betonen (BERZONSKY, 1988; CÔTÉ/LEVINE, 1988; MARCIA, 1988). Demnach würde eine vorrangige Orientierung an einer Erfahrungsvielfalt, an äußeren Normvorstellungen bzw. an passageren affektiven oder hedonistischen Ad-hoc-Motiven den jeweils typischen Stil der „Exploration“ kennzeichnen, während eine zunehmende Strukturkonsolidierung die „Entscheidungsdimension“ markieren würde.

Patienten- und Probandengruppe unterschieden sich bedeutsam in den *Selbsturteilen* über die globale Identitätsbildung. Analoge Differenzen zeichneten sich auch in den speziellen Teilaspekten einer ideologischen wie einer interpersonalen Identität ab. Demnach stimmten zwar Probanden und Patienten dem Status einer „etablierten Identität“ in gleichem relativen Ausmaß zu, Probanden wiesen aber entschiedener die übrigen drei Statusmöglichkeiten als die Patienten zurück. Dadurch erhielt ihr Identitätsprofil eine klarere Konturierung. Umgekehrt wies die stärkere Undifferenziertheit von Zustimmung- und Ablehnungsurteilen der Patienten zu den einzelnen Identitätsstatus, die für sich ja eine entwicklungsmaßige Polarisierung beinhalten, darauf hin, daß ihre Identitätsbildung nicht so entschieden der Entwicklungslogik von „Exploration und Entscheidung“ bisher gefolgt war.

Dies wurde besonders in der ideologischen Identität deutlich. Da dieser Teilaspekt der Identität immerhin so bedeutsame Bereiche wie „religiöse“, „politische“, „allgemeine Weltanschauung“ und „berufliche Zielvorstellungen“ umspannte, mußte aus diesen Ergebnissen gefolgert werden, daß Patienten vor einer aktiven und auch konfliktorientierten Strategie der „Exploration und Entscheidung“ eher zurückscheuten und vielmehr eine globalere soziale Anpassungsstrategie verfolgten.

Auch die durchgeführte Diskriminanzanalyse wies darauf hin, daß die dem ADAMS-Identitätsstatus-Fragebogen zugrunde gelegte Logik der Identitätsbildung von „Exploration und Entscheidung“ bei den Probanden eine sehr zuverlässige Reklassifikation in „Fälle“ und „Nicht-Fälle“ erlaubte, bei den Patienten aber in hohem Maße versagte.

Im Teilaspekt der interpersonalen Identität zeigte auch das Profil der Patienten eine klarere Konturierung, was wiederum eine größere Relevanz der prozessualen Momente von aktiver Erfahrungssuche und Entscheidungsbe mühung in den psychosozialen Bereichen „Geschlechtsrollenorientierung“, „heterosexuelle“ und „freundschaftliche Beziehungen“ sowie „Freizeitaktivitäten“ unterstreichen mochte.

Als interessantes Ergebnis mußte angesehen werden, daß sich Patienten wie Probanden in der relativ gesehen stärksten Zurückweisung des Status der „übernommenen Identität“ sehr ähnlich verhielten. Diese Ablehnung der

vor allem an den Eltern orientierten, ohne kritische Auseinandersetzung übernommenen Identitätsvorstellungen setzte sich überraschend von dem in der Literatur berichteten, relativ hohen Zuspruch zu dieser Identitätskategorie ab (BENNION/ADAMS, 1986; WATERMAN, 1985; WATERMAN/ARCHER, 1990). Dies konnte zum einen mit dem höheren Lebensalter unserer Untersuchungsteilnehmer und dem hiermit einhergehenden größeren Erfahrungshorizont, zum anderen aber mit einem auch für die Patienten weniger zu verleugnenden Problemfeld „Elternhaus“ zusammenhängen.

In der *klinischen Differenzierung* lehnten zunächst die *nicht-psychotischen Patienten* entschiedener den Status der „Pseudoidentität“ als die psychotischen Patienten ab, beanspruchten die *affektiv-psychotischen* gegenüber den *schizophrenen Patienten* klarer den Status der „etablierten Identität“ für sich, und wiesen die *hebephrenen Patienten* vergleichsweise weniger eindeutig die Status von „Pseudoidentität“, „Moratorium“ und „Identitätsdiffusion“ zurück. Hierdurch erlangten die Identitätsprofile der affektiv-psychotischen und der nicht-psychotischen Patienten eine je prägnantere Konturierung, und zeichnete sich das Identitätsprofil der Hebephrenen wiederum durch eine ausgesprochene Nivellierung aus. Eine Interpretation analog einer akzeptierten Logik der Identitätsbildung einerseits, einer undifferenzierten Sozialorientierung andererseits war also auch für die Bewertung der Ergebnisse in den Patientenuntergruppierungen naheliegend.

Nach einer von ADAMS et al. (1979) vorgeschlagenen statistischen Auswertungsrichtlinie war es möglich, für Patienten und Probanden einen *dominanten Identitätsstatus über alle Selbsturteile* hinweg zu berechnen. Demnach befanden sich die Patienten sowohl in der „ideologischen“ als auch in der „interpersonalen Identität“ vorrangig im Status des „Moratoriums“ bzw. im geringeren Umfang in dem der „Identitätsdiffusion“. Probanden zeigten hingegen überwiegend einen „Übergangsstatus“ auf, der in erster Linie eine Bewegung hin zur „erworbenen Identität“ abbildete. Zu geringeren Prozentsätzen waren bei ihnen auch die übrigen Identitätsstatus vertreten. Nach dieser Auswertungsstrategie würden sich Patienten im Selbsturteil von den Probanden also weniger durch das Ausmaß einer aktiven Erfahrungssuche als vielmehr durch einen geringeren Grad an bereits erreichter struktureller Konsolidierung unterscheiden (s. o., BERZONSKY, 1988).

Eine Analyse der vorliegenden Daten zum Identitätsstatus nach der Geschlechtsvariable ist einer eigenständigen Arbeit vorbehalten (KAPFHAMMER et al., 1992 b).

Summary

Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults

The identity concept of ERIKSON has been operationalised by MARCIA. Its basic dimensions are the exploration of possible alternatives in the various areas of psychoso-

cial life and the commitment to personal solutions. Accordingly four status of identity are differentiated: identity achievement, foreclosure of identity, moratorium, identity diffusion. Patients and controls hold a similar position regarding identity achievement, but controls more decisively reject the remaining identity statuses thereby reaching an identity profile of higher maturity. Both groups show a strong endeavor not to solve the issues of identity by mere assimilation of external role patterns via their parents. Among non-psychotic patients compared to psychotic patients this very endeavor is more pronounced. Patients with affective disorders show a comparably mature profile of identity. Among schizophrenic patients those with a disorganized type seem to indicate that they are least able to invest the logic of identity formation by exploration and commitment or cannot even understand it. The subjective measures in relation to identity status are opposed to a list of events indicating an „adolescent crisis“ in the developing years from puberty to late adolescence for patient and control group.

Literatur

- ADAMS, G. R./SHEA, J./FITCH, S. A. (1979): Toward the development of an objective assessment of ego-identity status. *Journal of Youth and Adolescence* 9: 223-237. – ARCHER, S. L. (1982): The lower age boundaries of identity development. *Child Development* 53: 1551-1556. – ARCHER, S. L. (1989): Gender differences in identity development: issues of process, domain and timing. *Journal of Adolescence* 12: 117-138. – BENNION, L. D./ADAMS, G. R. (1986): A revision of the extended version of the objective measure of Ego Identity Status: An Identity instrument for use with late adolescents. *Journal of Adolescent Research* 1: 183-198. – BERZONSKY, M. D. (1988): Self-theories, identity status and social cognition. In: LAPSLEY, D. K./POWER, F. C. (eds.): *Self, ego, and identity: Integrative approaches*. New York: Springer. – BOURNE, E. (1978 a): The state of research on ego identity: a review and appraisal. Part I. *Journal of Youth and Adolescence* 7: 223-251. – BOURNE, E. (1978 b): The state of research on ego identity: a review and appraisal. Part II. *Journal of Youth and Adolescence* 7: 371-392. – COLEMAN, J. C. (1974): *Relationships in adolescence*. London: Routledge & Kegan Paul. – COLEMAN, J. C. (1978): Current contradictions in adolescent theory. *Journal of Youth and Adolescence* 7: 1-11. – CÔTÉ/LEVINE, C. (1983): Marcia and Erikson: the relationship among ego identity status, neuroticism, dogmatism, and purpose in life. *Journal of Youth and Adolescence* 12: 43-53. – CÔTÉ/LEVINE, C. (1987): A formulation of Erikson's theory of ego identity formation. *Developmental Review* 7: 273-325. – CÔTÉ/LEVINE, C. (1988): A critical examination of the ego identity status paradigm. *Developmental Review* 8: 1-38. – DONOVAN, J. M. (1975): Identity status and interpersonal style. *Journal of Youth and Adolescence* 4: 37-55. – ERIKSON, E. H. (1968): *Identity, Youth and Crisis*. New York: Norton. – FITCH, S. A./ADAMS, G. R. (1983): Ego identity and intimacy status: replication and extension. *Developmental Psychology* 19: 839-845. – GARBARINO, J. (1985): Adolescent development: an ecological perspective. Columbus C.: E. Merrill Pub. Co. – GINSBURG, S. D./ORLOFSKY, J. L. (1981): Ego identity status, ego development, and locus of control in college women. *Journal of Youth and Adolescence* 10: 297-307. – GROTEVANT, H. D. (1987): Toward a process model of identity formation. *Journal of*

- Adolescent Research 2: 203-222. – GROTEVANT, H.D./ADAMS, G.R. (1984): Development of an objective measure to assess ego identity in adolescence: Validation and replication. *Journal of Youth and Adolescence* 13: 419-438. – GROTEVANT, H.D./COOPER, C.R. (1985): Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. *Child Development* 56: 415-428. – HODGSON, J.W./FISCHER, J.L. (1979): Sex differences in identity and intimacy development in college youth. *Journal of Youth Adolescence* 8: 37-50. – HULT, R.E. (1979): The relationship between ego identity status and moral reasoning in university women. *Journal of Psychology* 103: 203-207. – JONES, R.M./HARTMANN, B.R. (1988): Ego Identity: Developmental differences and experimental substance use among adolescents. *Journal of Adolescence* 11: 347-360. – JONES, R.M./HARTMANN, B.R./GROCHOWSKI, C.O./GLIDER, P. (1980): Ego identity and substance abuse: A comparison of adolescents in residential treatment with adolescents school. *Personality and individual differences* 10: 625-631. – JORDAN, D. (1971): Identity status: A developmental models as related to parental behavior. Unpublished doctoral dissertation, State University of New York at Buffalo. – JOSSELYN, R. (1987): Finding herself: Pathways to identity development in women. San Francisco: Jossey-Bass. – KAPFHAMMER, H.P. (1992): Zur psychosozialen Entwicklung und Problematik im jungen Erwachsenenalter: Entwicklungspsychologische Charakterisierung eines bedeutsamen Abschnitts im Lebenszyklus. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie (eingereicht). – KAPFHAMMER, H.P./NEUMEIER, P./SCHERER, J. (1992 a): Selbstkonzeptbildung im Übergang von Jugend und Erwachsenenalter. Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie* (eingereicht). – KAPFHAMMER, H.P./MAYER, C./SCHERER, J. (1992 b): Selbstkonzeptbildung, Identitätsstatus und Ich-Entwicklung im jungen Erwachsenenalter. Psychiatrisch erkrankte und gesunde Frauen und Männer im Vergleich (in Vorbereitung). – KACERGUIS, M.A./ADAMS, G.R. (1980): Erikson stage resolution: the relationship between identity and intimacy. *Journal of Youth and Adolescence* 9: 117-126. – KERNBERG, O. (1975): Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Jason Aronson. – KERNBERG, O. (1976): Object relations theory and clinical psychoanalysis. New York: Jason Aronson. – KRAUTH, J. (1983): Diskriminanzanalyse. In: BREDEKAMP, J./FEGER, H. (Hrsg.): Brennpunkte der klinischen Psychologie, Bd. 2. München: Kösel. – KROGER, J. (1985): Separation-individuation and ego identity status in New Zealand University students. *Journal of Youth and Adolescence* 14: 133-147. – KROGER, J. (1989): Identity in adolescence. The balance between self and other. London: Routledge. – KROGER, J./HASLETT, S.J. (1988): Separation-individuation and ego identity status in late adolescents: A two-year longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence* 17: 59-81. – LEVITZ-JONES, E.M./ORLOFSKY, J.L. (1985): Separation-individuation and intimacy capacity in college women. *Journal of Personality and Social Psychology* 49: 156-169. – MARCIA, J.E. (1966): Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology* 3: 551-558. – MARCIA, J.E. (1967): Ego identity status: relationship to change in self-esteem, „general maladjustment“, and authoritarianism. *Journal of Personality* 35: 118-133. – MARCIA, J.E. (1976): Identity six years after: a follow-up study. *Journal of Youth and Adolescence* 5: 145-161. – MARCIA, J.E. (1979): Identity status in late adolescence: Description and some clinical implications. Identity Development Symposium. The Netherlands, Groningen. – MARCIA, J.E. (1980): Identity in adolescence. In: ADELSON, J. (ed.): *Handbook of Adolescent Psychology*. New York: Wiley. – MARCIA, J.E. (1988): Common processes underlying ego identity, cognitive/moral development, and individuation. In: LAPSLEY, D.K./POWER, F.C. (eds.): *Self, ego and identity. Integrative approaches*. New York: Springer. – MARCIA, J.E./FRIEDMAN, M. (1970): Ego identity status in college women. *Journal of Personality* 38: 249-263. – MATTESON, D.R. (1977): Exploration and commitment: sex differences and methodological problems in the use of identity status categories. *Journal of Youth and Adolescence* 6: 353-374. – MEILMAN, P.W. (1979): Cross-sectional age changes in ego identity status during adolescence. *Developmental Psychology* 15: 230-231. – NEUMEIER, R. (1989): Zur psychosozialen Entwicklung und Problematik junger Erwachsener in der Psychiatrie. Eine empirische Untersuchung und ihre theoretischen Voraussetzungen. Medizinische Inauguraldissertation, München. – ORLOFSKY, J.L. (1976): Intimacy status: relationship to interpersonal perception. *Journal of Youth and Adolescence* 2: 73-89. – ORLOFSKY, J.L. (1978): Identity formation, achievement, and fear of success in college men and women. *Journal of Youth and Adolescence* 7: 49-62. – ORLOFSKY, J.L./MARCIA, J.E./LESSER, I.M. (1973): Ego identity status and the intimacy versus isolation crisis of young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology* 27: 211-219. – PODD, M.H. (1972): Ego identity status and morality: The relationship between two developmental constructs. *Developmental Psychology* 6: 497-507. – ROTHERAM-BORUS, M.J. (1989): Ethnic differences in adolescents' identity status and associated behavior problems. *Journal of Adolescence* 12: 361-374. – ROWE, I./MARCIA, J.E. (1980): Ego identity status, formal operations, and moral development. *Journal of Youth and Adolescence* 9: 87-99. – SCHENKEL, S./MARCIA, J.E. (1972): Attitudes toward premarital intercourse in determining ego identity status in college women. *Journal of Personality* 3: 472-482. – SLUGOSKI, B.R./MARCIA, J.E./KOOPMAN, R.F. (1984): Cognitive and social interactional characteristics of ego identity statuses in college males. *Journal of Personality and Social Psychology* 47: 646-661. – WATERMAN, A.S. (1982): Identity development from adolescence to adulthood: An extension of theory and a review of research. *Developmental Psychology* 18: 341-358. – WATERMAN, A.S. (1985): Identity in the context of adolescent psychology. In: WATERMAN, A.S. (ed.): *Identity in adolescence: Processes and contents*. No. 30, New Directions for Child Development. San Francisco: Jossey-Bass. – WATERMAN, A.S./ARCHER, S.L. (1979): Ego identity status and expressive writing among high school and college students. *Journal of Youth and Adolescence* 8: 327-341. – WATERMAN, A.S./ARCHER, S.L. (1990): A life-span perspective on identity formation: Developments in form, function, and process. In: BALTES, P.B./FEATHERMAN, D.L./LERNER, R.M. (eds.): *Life-span development and behavior*, Vol. 10. Hillsdale, NJ: Erlbaum. – WATERMAN, A.S./GEARY, P.S./WATERMAN, C.K. (1974): Longitudinal study of changes in ego identity status from the freshman to the senior year at college. *Developmental Psychology* 10: 387-392. – WATERMAN, A.S./GOLDMAN, J.A. (1976): A longitudinal study of ego identity development at a liberal arts college. *Journal of Youth and Adolescence* 5: 361-369.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Dipl.-Psych. H. P. Kapfhammer, Psychiatrische Klinik der Universität München, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2.