

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

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 4, S. 106-113*

urn:nbn:de:bsz-psydok-36366

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://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
<b>Psychotherapie</b>		<b>Werkstattberichte</b>	
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
<b>Übersichten</b>		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	<b>Tagungsberichte</b>	
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	<b>Buchbesprechungen</b>	
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	<b>Editorial</b> 232, 273	
OTTO, H. U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention . . . . .	311	<b>Mitteilungen der Herausgeber</b> 350	
		<b>Autoren der Hefte</b> 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		<b>Diskussion/Leserbriefe</b> 27	
		<b>Zeitschriftenübersicht</b> 58, 139, 216, 306, 380	
		<b>Tagungskalender</b> 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		<b>Mitteilungen</b> 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

# Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden

Hans Peter Kapfhammer<sup>1</sup>, Reinald Neumeier<sup>2</sup> und Josef Scherer<sup>3</sup>

### Zusammenfassung

Das Modell der Ich-Entwicklung nach LOEVINGER bietet die Möglichkeit, die strukturellen, affektiv-kognitiven Voraussetzungen zu untersuchen, unter denen Heranwachsende die Auseinandersetzung mit zentralen Entwicklungsaufgaben aufnehmen. Auf unterschiedlichen Entwicklungsniveaus werden zunehmend komplexere Ich-Leistungen der Impulskontrolle, der interpersonalen, moralischen und kognitiven Stile beschreibbar. Probanden zeichnen sich gegenüber Patienten durch bedeutsame Vorteile in ihren innerseelischen Verarbeitungsmöglichkeiten, in ihrem sozialen Regelbewußtsein und zwischenmenschlichen Beziehungswissen aus. Wenngleich sich in den Patientenuntergruppierungen für die nicht-psychotischen Patienten eine tendenzielle, aber statistisch nicht signifikante Überlegenheit abzeichnet, überwiegt bei allen Patientensubgruppen eine vergleichbare psychosoziale Unreife. Die Ergebnisse werden im Hinblick auf klinisch führende psychopathologische Syndrome diskutiert, der Zusammenhang zu psychosozialen Anpassungsmustern in den OFFER-Selbstkonzepten erörtert, eine mögliche Abhängigkeit vom Status einer aktuellen psychischen Erkrankung betont.

### 1 Einleitung

In der Betrachtung der psychosozialen Entwicklung sind vorteilhaft funktionale und strukturelle Aspekte zu unterscheiden. Während der *funktionale* Aspekt in der Auseinandersetzung mit den alterstypischen Herausforderungen zum Ausdruck kommt, bezieht sich der *strukturelle* Aspekt auf jene kognitiv-affektiven Voraussetzungen, mit denen ein heranwachsender Jugendlicher diese Entwicklungsaufgaben zu lösen versucht.

Der strukturelle Gesichtspunkt weist in der traditionellen Psychopathologie eine lange und differenzierte Geschichte auf (PETERS, 1980). Prominente Beispiele für diese Perspektive sind etwa CONRADS (1958, 1960) gestalttheoretische Analysen „zur beginnenden Schizophrenie“ oder

zu den symptomatischen Psychosen, JANZARIKS (1987) „Grundlagen einer strukturdynamischen Psychiatrie“, PETERS' (1969, 1982) strukturalistisch-linguistische Beiträge, LANGS (1978, 1982) struktur-analytische Betrachtungen zur Erklärung v.a. schizophrener Krankheitsanlässe. Trotz unterschiedlichster theoretischer Fundierung und psychopathologischer Fokussierung ist diesen Ansätzen eine sich von der Betrachtung der Einzelsymptome lösende und sich statt dessen auf das systemische Zusammenspiel verschiedenster Einflußfaktoren konzentrierende, übergreifende Analyseebene gemeinsam, die es gestattet, hinter phänomenologischen Oberflächengestalten eines Krankheitsgeschehens zugrunde liegende Gesetzmäßigkeiten und Strukturprinzipien zu formulieren. Von den an der Psychoanalyse LACANS orientierten Ausführungen LANGS abgesehen spielen vorrangig aktualgenetische Aspekte eine Rolle, kommen also entwicklungspsychologische Gesichtspunkte kaum zum Tragen. Unser Ansatz möchte sich von einer unmittelbaren Anwendung auf psychopathologische Sachverhalte lösen und wiederum gerade eine Entwicklungsdimension betonen.

Im Anschluß an J. PIAGET sind mittlerweile eine Reihe von bedeutsamen Entwicklungsmodellen konstruiert worden, die eine vorteilhafte Anwendung im klinischen Feld von Psychiatrie und Psychotherapie versprechen (KEGAN, 1982, 1986; NOAM, 1985, 1988; NOAM/KEGAN, 1989; SELMAN, 1980). Unter diesen Ansätzen ragt nach wie vor LOEVINGERS (1976) *Theorie der Ich-Entwicklung* infolge ihrer Komplexität, empirischen Validierung und verbreiteten Forschungsreferenz heraus. Im Unterschied zur ich-psychologischen Tradition der Psychoanalyse, in der spezielle Ich-Funktionen separat behandelt werden, stellt das Ich-Konzept bei LOEVINGER ein zentrales Konstrukt dar, das die vorherrschenden Motivationen, Integrationsprozesse, die Organisationsstruktur einer Person überhaupt, die Basis ihrer Identität erfassen möchte. Es beschreibt die vorherrschenden Grundorientierungen zwischen Selbst und psychosozialer Umwelt. LOEVINGER (1976) hat die verschiedenen Organisationsformen als sukzessive Ich-Stufen im Kontext eines Entwicklungsprozesses identifiziert.

Jede Ich-Stufe läßt sich an Hand der Dimensionen der Impulskontrolle, der zentralen Sorgen, der vorherrschenden interpersonalen und kognitiven Stile, der möglichen Anpassungsfertigkeiten sowie der Höhe des erreichten Reflexionsniveaus differenzieren. Die Entwicklungshierar-

<sup>1</sup> Psychiatrische Klinik der Universität Münster (Direktor: Prof. Dr. H. Hippus).

<sup>2</sup> Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen (Direktor: Prof. Dr. E. Rüther).

<sup>3</sup> Bezirkskrankenhaus München-Haar (Direktor: Prof. Dr. Dr. W. Bender).

chie beinhaltet den Reifungsfortgang mit sukzessiv steigender Komplexität und Differenziertheit der Ich-Stufen, die in übergeordnete Strukturniveaus zusammengefaßt werden können:

- *Präkonformistisch*: Personen auf diesen Entwicklungsstufen benutzen als vorherrschenden Ich-Bezugsrahmen den der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung. Ihre Handlungsweise ist vorrangig von Impulsen bestimmt, die Fähigkeit zum seelischen Aufschub ist gering ausgeprägt. Die kognitiven Konzepte sind meist konkret, dichotom ausgerichtet. Es besteht kaum eine Wahrnehmung der inneren Erlebniszustände, eine Reflexion hierüber ist nur schwer möglich. In den zentralen Beziehungen dominieren übermäßige Abhängigkeits- oder selbstsüchtige Motive. Die ersten drei Stufen werden zu einer „präkonformistischen“ Ich-Modalität zusammengefaßt.
- *Konformistisch*: Personen auf diesen Entwicklungsstufen benutzen als vorherrschenden Ich-Bezugsrahmen den einer interpersonellen Akzeptanz. In der Kontrolle des eigenen Verhaltens, der Gedanken und Gefühle werden die Erwartungen der anderen als Regulativ miteinbezogen. Sie verfügen über eine Bedürfnisaufschubsfähigkeit und haben eine gewisse Selbstwahrnehmung erreicht. Innere Zustände werden in Begriffen gängiger Stereotype der sozialen Bezugsgruppen ausgedrückt. Zentrale Beziehungen verraten als Hauptmotive soziale Erwünschtheit, Akzeptanz und Normorientierung. Die Stufen der Konformität und des Selbstbewußtseins werden zu einer „konformistischen“ Ich-Modalität zusammengefaßt.
- *Postkonformistisch*: Personen auf den reifsten Ich-Stufen benutzen als vorherrschenden Ich-Bezugsrahmen den der Selbst-Verwirklichung. Hierbei sind sie fähig, sich auf situative Erfordernisse flexibel einzustellen. Ihre kognitiven Fertigkeiten sind komplex, eine Wahrnehmung innerseelischer Konflikte wird möglich. Sie verfügen über ein hohes Ausmaß an Introspektions- und Reflexionsvermögen. Ihre zentralen Beziehungen zeichnen sich durch das Prinzip der Wechselseitigkeit und der toleranten Achtung individueller Unterschiede aus. Die Ich-Stufen des Gewissens, des Individualismus, der Autonomie und der Integration werden zu einer „postkonformistischen“ Ich-Modalität zusammengefaßt.

Das Forschungsinstrumentarium LOEVINGERS ist ein semiprojektiver Satzergänzungstest. Dieser SET gibt halbe Sätze vor, die unterschiedlichste psychosoziale Felder, interpersonale Themen und innerseelische Konfliktsituationen anstoßen. Die so motivierten Satzergänzungen werden aber nicht nach inhaltlichen Gesichtspunkten ausgewertet, wie dies beispielsweise beim Thematischen Apperzeptions- oder beim Rorschachtest mit beabsichtigt ist. Es erfolgt vielmehr eine formale Analyse, die eine Zuordnung zu den o.g. Ich-Entwicklungsstufen ermöglicht. Über ein detailliertes Auswertungsmanual werden sehr zufriedenstellende Werte der Objektivität und Reliabilität erzielt (LOEVINGER/WESSLER, 1970; WEISS et al., 1989). Die Validität der hierüber erfaßten Entwicklungssequenz der Ich-Stufen ist gut gesichert (HAUSER, 1976; LOEVINGER, 1976, 1979; -NOAM et al., 1983).

Aus zahlreichen Längsschnittuntersuchungen ist bekannt, daß während der frühen und mittleren Adoleszenz stetige Fortschritte in der Entwicklung der Ich-Stufen zu beobachten sind, während in der Spätadoleszenz und im jungen Erwachsenenalter eine relative Stabilität vorzuliegen scheint (ADAMS/FITCH, 1982; GFELLNER, 1986 a; LOE-

VINGER, 1979; REDMORE, 1983; REDMORE/LOEVINGER, 1979). Eine gewisse situative Variabilität der Ergebnisse kann bei herausfordernden sozialen Veränderungen erwartet werden, wie dies Studien von ADAMS und FITCH (1983) und LOEVINGER et al. (1985) anzeigten. Ein Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status wurde berichtet (BROWNING, 1987; GFELLNER, 1986 b; HANSELL et al., 1985).

Als konsistenter Untersuchungsbefund in zahlreichen Studien kristallisierte sich ein relativ enger Zusammenhang zwischen der Höhe der erreichten Ich-Stufen und androgynen Geschlechtererwartungen, aber keine positive Korrelation mit den Selbstkonzepten traditioneller Maskulinität und Femininität heraus (COSTOS, 1986; NETTLES/LOEVINGER, 1983; PRAGER/BAILEY, 1985; SCHWARZ/ROBINS, 1987; SNAREY et al., 1986).

Es fanden sich moderate Beziehungen zwischen der Höhe moralischen Argumentierens und etablierter Ich-Entwicklungsstufe (GFELLNER, 1986 a, b; KITCHENER et al., 1984; REST, 1979). Jugendliche und junge Erwachsene, die sich in den Identitätsstatus der etablierten Identität oder des Moratoriums befanden, wiesen gegenüber solchen mit den Identitätsstatus der Pseudoidentität und der Identitätsdiffusion signifikant höhere Ich-Stufen auf (ADAMS/FITCH, 1982; ADAMS/SHEA, 1979; GINSBURG/ORLOFSKY, 1981). HAUSER (1978) fand bedeutsame Unterschiede in den interpersonellen Interaktionsstilen von Jugendlichen, die sich in ihrem Reifenniveau den präkonformistischen, konformistischen und postkonformistischen Ich-Modalitäten zuordnen ließen.

Untersuchungen, die sich explizit psychopathologischen Fragestellungen widmen, müssen zunächst berücksichtigen, daß, wie bereits LOEVINGER (1976) betonte, die erreichte Höhe einer Ich-Stufe allein wenig über die Güte einer psychosozialen Anpassung aussagt und schon gar nicht mit einer irgendwie gearteten seelischen Gesundheit gleichzusetzen ist. Eine etablierte Ich-Stufe liefert lediglich den umfassenden Bezugsrahmen, in dem psychosoziale und innerseelische Phänomene von einem speziellen Individuum wahrgenommen und beantwortet werden. In unserem entwicklungspsychologischen Kontext eines Übergangs von der Adoleszenz ins junge Erwachsenenalter kann lediglich festgestellt werden, daß die komplexen Entwicklungsherausforderungen eine gewisse kognitiv-affektive Strukturiertheit voraussetzen, damit erfolgreiche Lösungen im Rahmen sozial akzeptierter Grenzen möglich werden. Vorrangig „impulsive“ oder „selbstschützende“ Stadien der „präkonformistischen“ Ich-Modalität z. B. stellen hierzu aber nur sehr inadäquate Coping-Mechanismen zur Verfügung. Bei einem Entwicklungsmodell mit sukzessiv aufeinanderfolgenden Ich-Stufen muß aber auch berücksichtigt werden, daß von einer Gesamtpopulation allenfalls eine Minderheit die höchsten Stufen als sicher verfügbare innerseelische und interpersonale Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten erreicht. Amerikanische Bürger beispielsweise operierten in Prävalenzstudien mit dem SET vorrangig auf den Stufen I-3 bis I-4, also in der „konformistischen“ Ich-Modalität (BROWNING, 1987; DUBOW et al., 1987; HOLT, 1980; REDMORE/LOEVINGER, 1979).

Da die Ich-Entwicklung einen sehr viel allgemeineren Bezugsrahmen für das jeweilige Individuum darstellt, sich

selbst und seine Umwelt zu verstehen und entsprechend auch die Beziehungen zu gestalten, kann der Zusammenhang zwischen Ich-Stufe und psychiatrischer Erkrankung bzw. seelischer Gesundheit kein linear einfacher sein. Sie drückt auch nicht unbedingt ein direktes Maß für Ich-Stärke oder Reife der Abwehrmodalitäten aus, wenn sie sich nur an der jeweils erreichten Höchststufe orientiert, aber für eine psychopathologische Vulnerabilität eventuell bedeutsamere Sektoren der Persönlichkeit damit nicht erfaßt.

## 2 Ziel der Untersuchung und Fragestellungen

In diesem Untersuchungsabschnitt interessierte, inwieweit sich zunächst wiederum Patienten und Probanden in den strukturalen, kognitiv-affektiven Voraussetzungen ihrer Ich-Funktionen unterschieden, mit denen sie an die Lösung der alterstypischen Entwicklungsaufgaben jeweils herangingen. Daneben galt das weitere Augenmerk erneut eventuellen Differenzen zwischen Patientensubgruppierungen.

## 3 Methodik<sup>4</sup>

- *Satzergänzungstest nach LOEVINGER* (1976): In diesem semiprojektiven Test werden 36 halbe Sätze vorgegeben, die frei ergänzt werden müssen. Nach einem detaillierten Auswertungsmanual (LOEVINGER/WESSLER, 1970) erfolgt die Zuordnung zu diskreten Ich-Entwicklungsstufen. Für unsere Untersuchung wurde entsprechend der Auswertungsregeln ein Gesamtscore für die vorherrschende Ich-Entwicklungsstufe berechnet. Die Hierarchie des Testes umfaßt 5 Hauptstufen und drei Zwischenstufen. Die niedrigste Stufe ist I-2 („I“ steht für „Ich“). Die einzelnen acht Stufen werden in unserer Untersuchung fortlaufend von 1 bis 8 durchnummeriert. Die Stufen 1–3 lassen sich zu einem präkonformistischen, die Stufen 4 und 5 zu einem konformistischen, die Stufen 6–8 zu einem postkonformistischen Niveau zusammenfassen (s. o.).
- In einem klinischen Interview wurde zusätzlich für jeden Patienten das psychopathologische Initialsyndrom registriert.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Vergleichsuntersuchungen zu den Ich-Entwicklungsstufen

Die über den LOEVINGER-Satzergänzungstest ermittelten *Ichstufen* beschreiben die *kognitiven, affektiven und interpersonalen Entwicklungsvoraussetzungen*, mit denen ein Individuum zu einem bestimmten Zeitpunkt die Auseinandersetzung mit einer Reihe von psychosozialen Aufgaben aufnimmt. Der semiprojektive Test zielt auf keine explizite Bewertung der ergänzten Satzinhalte, sondern auf eine *Beurteilung nach formalen und strukturellen Gesichtspunkten*. Die in unserer Untersuchung zugrunde gelegte Auswertungsmodalität beschrieb einen für jeden Patienten und Probanden typischen Gesamtwert einer dominierenden Ich-Stufe. Für statistische Gruppenvergleiche wurden die Einzelstufen schließlich zu präkonformistischen, konformistischen und postkonformistischen Ich-Entwicklungsniveaus zusammengefaßt.

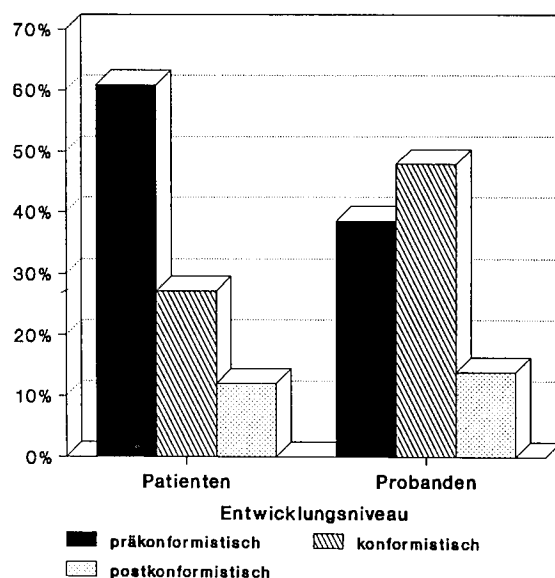
Der Häufigkeitenvergleich von LOEVINGER-Ichstufen bei *Patienten- und Kontrollgruppe* im Chi<sup>2</sup>-Test zeigte einen hoch signifikanten Unterschied (Chi<sup>2</sup>: 58.476; D.F. = 7, p = 0.000; die Statistik war aber infolge einiger Zellen unter einem Erwartungswert von 5 nur deskriptiv zu interpretieren). Probanden bewiesen insgesamt einen klaren Trend zu höheren Ich-Verarbeitungsstufen (Tab. 1).

Tab. 1: Loevinger – Ichstufen:  
Vergleich Patienten- und Kontrollgruppe (%)

Ichstufen	Patienten	Probanden
1	23,3	3,8
2	37,6	34,7
3	1,5	1,9
4	12,8	8,5
5	12,8	37,6
6	5,3	12,2
7	3,8	0,9
8	3,0	0,5
	100 %	100 %

p < 0.01

Faßte man die Einzelwerte der LOEVINGER-Ichstufen in den einzelnen *Entwicklungsniveaus* zusammen (Abb. 1), so bildeten sich selbstverständlich analoge statistische Signifikanzen ab („Patienten vs. Probanden“: Chi<sup>2</sup>: 17.780, D.F. = 2, p = 0.0001). 60,9% unserer Patienten zeigten



p < 0,001

Abb. 1: Patienten und Kontrollgruppe:  
Vergleich in Loevinger-Entwicklungsniveaus

<sup>4</sup> Beschreibung der Untersuchungsgruppen und statistische Auswertung (vgl. KAPFHAMMER et al., 1993 a in Heft 3/1993 der Zeitschrift).

Tab. 2: Loevinger – Ichstufen:  
Vergleich von Patientenuntergruppierungen

Loevinger-Ichstufen	1	2	3	4	5	6	7	8	total
psychotisch	19	39	2	10	12	3	2	2	89
nicht psychotisch	8	8		5	4	3	2	2	32
schizophren	12	25	1	5	5	1	1	1	52
affektiv	7	14	1	5	6	2	1	1	37
hebephren	9	13		3	1	1	1		28
rest-schizophren	3	12	1	2	5			1	24

Tab. 3: Loevinger – Entwicklungsniveaus:  
Vergleich von Patientenuntergruppierungen

Loevinger Entwickl. Niv.	präkon- formistisch	kon- formistisch	postkon- formistisch
psychotisch	58	24	7
nicht psychotisch	16	9	7
schizophren	37	12	3
affektiv	21	12	4
hebephren	22	4	2
rest-schizophren	15	8	1

Antworttendenzen auf einem unreifen *präkonformistischen* Ich-Funktionsniveau. Aber immerhin auch 38,5% der Probanden wiesen Werte auf dieser Ebene auf. Hierbei galt es zu bedenken, daß von den Patienten dieses Niveaus 23,3% auf der unreifsten, der „impulsiven“ Ich-Stufe (I-2) funktionieren, während bei den Probanden nur 3,8% diese unterste Stufe einnahmen, die überwiegende Mehrheit aber der „selbstschützenden“ Ichstufe (Delta) angehörte (34,7%). Auf einem *konformistischen* Ich-Funktionsniveau operierten 27,1% der Patienten und 47,9% der Probanden. Schließlich rangierten auf einem *postkonformistischen* Ich-Funktionsniveau noch 12,0% der Patienten und 13,6% der Probanden.

Die Tabellen 2 und 3 geben die Vergleiche für die *Patientenuntergruppierungen* hinsichtlich der LOEVINGER-Ich-Stufen bzw. deren Zusammenfassung in die *Entwicklungsniveaus* wider. Sah man von einer allenfalls tendenziellen Überlegenheit der nicht-psychotischen Patienten gegenüber den psychotischen Patienten auf präkonformistischen, konformistischen und postkonformistischen Ich-Funktionsniveaus ab (50% – 28,1% – 21,9% vs. 65,2% – 27% – 7,9%;  $\chi^2$ : 4.890, D.F. = 2,  $p$  = 0.0867), so blieben alle übrigen Vergleiche ohne jegliche Signifikanz („schizophren vs. affektiv“:  $\chi^2$ : 2.088, D.F. = 2,  $p$  = 0.352; „hebephren vs. rest-schizophren“:  $\chi^2$ : 2.70, D.F. = 2,  $p$  = 0.259).

#### 4.2 Relativierung der Ich-Entwicklungsstufenvergleiche

Tabelle 4 verschafft einen Überblick über die Verteilung der erzielten *Ichstufen*, wenn man eine *syndromale Orientierung* zugrunde legt. Da in der Tabelle eine Reihe von Zellen leer waren bzw. unter einem Erwartungswert von 5 blieben, war ein  $\chi^2$ -Test nicht mehr durchführbar, d. h.

lediglich eine deskriptive Bewertung möglich. Trotzdem ließen sich einige Grundtendenzen ausmachen. Übereinstimmend in allen Syndromen war jeweils mehr als die Hälfte der Patienten in den beiden unreifsten Ichstufen vertreten. Dies war besonders offenkundig für die Syndrome „maniform“, „suizidal“, „aggressiv-erregt“, „süchtig“ und „Borderline“. Berücksichtigte man lediglich die unterste, „impulsive“ Ichstufe (I-2), so rangierten hier die Syndrome „aggressiv-erregt“ (35%), „süchtig“ (33%) und „Borderline“ (33%) zu oberst. Sah man von dem Syndrom „aggressiv-erregt“ ab, so gelang es in allen übrigen Syndromen immerhin einigen unserer Patienten, sogar das postkonformistische Ich-Funktionsniveau in der aktuellen Untersuchungssituation zu instrumentalisieren.

Im Verständnis von LOEVINGER beschreiben die Ichstufen umfassende Modalitäten der Ich-Funktionalität. Im OFFER-Selbstbild-Fragebogen, der methodisch in einem anderen Untersuchungsabschnitt eingesetzt wurde, drückt die Subskala *allgemeine Anpassung* ein globales Maß für Ich-Stärke aus (KAPFHAMMER et al., 1993 b). Eine Korrelation zwischen diesen beiden Variablen ergab einen Pearson's R-Koeffizienten von -0.0869 (Signifikanz: 0.0558). Beide Maße verwiesen also auf weitgehend voneinander unabhängige Charakteristika der Ich-Funktionalität. Unter der Perspektive der „psychosozialen Anpassungsprozesse“ mochte dies bedeuten, daß eine erfolgreiche soziale Adaptation durchaus auf unterschiedlichen Ichstufen, wenngleich mit unterschiedlicher Wahrscheinlichkeit gelingen konnte, oder umgekehrt, daß auch Personen mit hohen LOEVINGER-Scores ein bedeutsame Risiko zu seelischer Dekompensation trugen bzw. aktuelle Probleme der psychosozialen Entwicklung aufzeigen konnten.

Der OFFER-Anpassungskoeffizient (KAPFHAMMER et al., 1993 b) erlaubte eine andere Untergruppierung der Patienten nach dem Gesichtspunkt der Güte der psychosozialen Anpassung, wie er sich in den subjektiven Urteilen zu den Selbstkonzepten niederschlug. Für die Gesamtgruppe ließ sich ein Mittelwert von 0.362 mit der Standardabweichung von  $\pm 0.115$  errechnen. Nahm man die Standardabweichungen nach unten und oben, so konnten jenseits dieser Trennmarken jeweils eine besonders günstige bzw. eine besonders ungünstige Subgruppe definiert werden. In die besonders günstige Subgruppe ( $0.203 \pm 0.026$ ) fielen 13 Patienten, in die besonders ungünstige Gruppe ( $0.544 \pm 0.062$ ) 35 Patienten. Einer Mittelgruppe ( $0.364 \pm 0.064$ ) im Bereich der zwei Standardabweichungen jenseits und diesseits des Gesamtmittelwerts gehörten 90 Patienten an.

Es ergab sich also über diese Rechenoperation eine weitere Möglichkeit, einen eventuellen Zusammenhang zwischen der *Reife der Ichstufen* und der über den OFFER-Anpassungskoeffizienten definierten Güte der psychosozialen Anpassung zu überprüfen. Tabelle 5 stellt die Häufigkeiten der in den einzelnen Subgruppen erzielten Ich-Stufen zusammen. Da auch hier einige Zellen leer waren bzw. unter einem Erwartungswert von 5 blieben, war ein  $\chi^2$ -Test nicht durchzuführen. Orientierte man sich auf einer deskriptiven Ebene lediglich am Prozentsatz der Patienten, die in den Untergruppierungen jeweils auf einem



präkonformistischen Niveau operierten, so zeigten sich folgende Zahlen: 71%, 62%, 59%. Diese Reihe der Prozentsätze ließ somit in keinem Fall den Schluß zu, daß den über den OFFER-Anpassungskoeffizienten als unterschiedlich „psychosozial angepaßt“ eingestuften Patientensubgruppen im gleichgerichteten Sinne auch unterschiedlich reife bzw. unreife Ich-Stufen zuzuordnen wären. Es mußte also auch in dieser Gegenüberstellung von LOEVINGER-Scores und OFFER-Anpassungskoeffizienten von weitgehend unabhängigen Variablen der psychosozialen Entwicklung bzw. Anpassung ausgegangen werden.

Tab. 4: Loevinger – Ichstufen: Aufgliederung nach Syndromen

Loevinger – Ichstufen	1	2	3	4	5	6	7	8	total
paranoid-halluzinatorisch	16	27	1	6	7	2	1	1	61
ängstlich-depressiv	14	21	2	10	7	3	1	3	61
maniform	7	12		3	3	1	1		27
suizidal	11	18		8	3	3		2	45
aggressiv-erregt	8	10		4	1				23
coenästhetisch-hypochondrisch	7	11	2	6	3	3	4	1	37
süchtig	4	5			2			1	12
Borderline	6	5		1	3	1		2	18

Tab. 5: Loevinger – Ichstufen: Aufgliederung in Patientenuntergruppierungen nach dem Offer-Anpassungskoeffizienten

	sehr gut	durchschnittl.	sehr schlecht	total
1	5	15	9	29
2	3	36	10	49
3	2			2
4	1	14	1	16
5	1	8	7	16
6	2	2	3	7
7		4	1	5
8		3	1	4
Total	14	82	31	128

5 Diskussion

In der theoretischen Konzeptualisierung der *Ich-Entwicklung nach LOEVINGER* (1976) existiert eine Entwicklungsreihe sukzessiver Ich-Stufen, die zunehmend komplexere Organisationsformen der Impulskontrolle, der interpersonalen Beziehung, der moralischen und selbstreflexiven Argumentation, der kognitiven Differenziertheit sowie auch der subjektiven Probleme und Konflikte abbilden. Wenngleich ein entwicklungspsychologischer Zusammenhang einzelner Altersabschnitte und distinkter Ich-Stufen angenommen, v. a. eine Assoziation mit der allgemeineren kognitiven Entwicklungslinie nach PIAGET postuliert werden kann, ist zu unterstellen, daß nicht jede Person die Reihe zur Höchststufe durchläuft, und umgekehrt auch im Erwachsenenalter niedrigere Ich-Stufen potentiell immer verfügbar bleiben, selbst wenn das durch-

schnittlich aktualisierte Funktionsniveau höher strukturiert ist. Über das Zusammenspiel der einzelnen Ich-Stufen innerhalb der Persönlichkeitsorganisation, v. a. über die innerseelischen, interpersonalen oder situativen Faktoren, die ein Wiederauftreten früher Ich-Stufen fördern, ist wenig bekannt (NOAM, 1988).

Der *Gesamtgruppenvergleich zwischen Patienten und Probanden* deckte klare Unterschiede in den jeweils bevorzugten Ich-Stufen auf. Ca. zwei Drittel unserer *Patienten* ließen Ich-Leistungen eines präkonformistischen Niveaus erkennen (60,9%). Trotz eines bedeutsamen Altersunterschieds etwa zu den jüngeren Patienten bei NOAM et al. (1984) herrschte auch hier ein vergleichbar hoher Prozentsatz von präkonformistischen Ich-Stufen vor (67%). Von ganz ähnlichen Zahlen bei stationär behandelten Patienten berichtete auch BROWNING (1986). Aber auch unsere *Probanden* wiesen mit 38,5% noch erstaunlich häufig dieses präkonformistische Strukturniveau auf. In Vergleichsdaten von BROWNING (1987) und HOLT (1980), die an gleichaltrigen amerikanischen Stichproben erhoben worden waren, lagen die präkonformistischen Stufen deutlich unter unseren Werten (10–20%). Klinisch schien es aber durchaus vorteilhaft, die Unterteilung des präkonformistischen Niveaus in die „impulsive“ und die sich anschließende „selbstschützende Ich-Stufe“ weiter beizubehalten. Während nämlich 23,3% aller Patienten die niedrigste, impulsgesteuerte Funktionsstufe anzeigten, traf dies nur in 3,8% der Probanden zu.

In der *klinischen Relativierung der Ergebnisse* zeichnete sich allenfalls eine tendenzielle Überlegenheit der *nicht-psychotischen* gegenüber den *psychotischen Patienten* ab, die jedoch keine statistische Signifikanz erreichte. Hinsichtlich der übrigen Vergleiche zwischen Patientenuntergruppierungen ließen sich keine Unterschiede nachweisen. Dies mußte vor allem für den Vergleich der affektiv-psychotischen und der schizophrenen Patienten festgehalten werden.

NOAM und HOULIHAN (1990) thematisierten den Zusammenhang einer in den Ich-Stufen angezeigten Entwicklungsdimension und den DSM-III-Diagnosen bei jugendlichen psychiatrischen Patienten. Sie fanden eine Abnahme der Schwere der Diagnose bei höheren Ich-Stufen. Lediglich die Patienten mit einer affektiven Psychose fielen aus dieser theoretisch konzipierten Dimension der „Schwere einer psychiatrischen Erkrankung“ heraus und näherten sich in ihren Werten eher der gesunden Kontrollgruppe an. Wenngleich diese Fragestellung in unserer Untersuchung nicht direkt intendiert war, so wiesen unsere Befunde nur sehr schwach in diese Richtung. Zwar schienen sich trendmäßig höher strukturierte Ich-Stufen bei den nicht-psychotischen gegenüber den psychotischen Patienten auch bei uns abzuzeichnen. Berücksichtigte man aber andere Parameter der psychosozialen Entwicklung wie „prämorbid es Anpassungsniveau“, „aktuelle soziale Kompetenz“ oder den „OFFER-Anpassungskoeffizienten“, so imponierte in unserer Patientengruppe gerade die umgekehrte Polarisierung zwischen psychotischen und nicht-psychotischen Patienten (KAPFHAMMER et al., 1993 b). Näher lag uns die Alternativhypothese, daß die Schwere

einer psychiatrischen Erkrankung, wurde sie als allgemeinere psychopathologische Beeinträchtigung verstanden, sich auch unabhängig von der nosologischen Klassifizierung arretierend oder regressionsfördernd auf die Ich-Leistungen auswirkte. In unseren Befunden könnte diese Sichtweise dadurch gestützt worden sein, daß alle akut erkrankten Patienten, wurden die Untergruppierungen als Vergleichsbasis genommen, zueinander sehr viel ähnlicher als verschieden waren, und sich wiederum auch in den BPRS-Scores als dem Indikator für eine allgemeine psychopathologische Beeinträchtigung ebenfalls ganz analog verhielten (KAPFHAMMER et al., 1993b).

Auf einer *syndromalen Ebene* war immerhin bemerkenswert, daß die Syndrome „aggressiv-erregt“, „süchtig“ und „Borderline“, bei denen eine unverkennbare Schwäche der Impulskontrolle in der Verhaltensorganisation imponierte, auch relativ am häufigsten in der untersten, „impulshaften“ Ich-Stufe vertreten waren. Der Zusammenhang dieser „Externalisierungssyndrome“ zur niedrigsten innerseelischen Verarbeitungsstufe wurde in zahlreichen Studien nahegelegt (FRANK/QUINLAN, 1976; GOLD, 1980; NOAM/DILL, 1991; NOAM/RECKLITIS, 1990; NOAM et al., 1984; POWITZKY, 1976). Umgekehrt ließ sich eine theoretisch erwartbar höhere Assoziation von Syndromen eines stärkeren Interiorisierungsgrades wie „depressiv-ängstlich“ mit reiferen Ich-Stufen aus unseren Daten nicht ablesen, worauf auch bereits NOAM und HOULIHAN (1990) aufmerksam machten. Eine Erklärung könnte mit sein, daß auch Patienten mit einem vorrangig „depressiv-ängstlichen“ oder „suizidalen Syndrom“ eine erheblich gestörte Impulskontrolle aufwiesen, wie dies beispielsweise in unseren OFFER-Selbstkonzeptergebnissen klar zum Ausdruck kommt (KAPFHAMMER et al., 1993b).

Die theoretische Vorstellung, daß niedrige Ich-Stufen in der Altersgruppe von Spätadoleszenten und jungen Erwachsenen allgemein relativ ungünstige strukturelle Voraussetzungen für die Bewältigung der in diesem Entwicklungsabschnitt normativen psychosozialen Herausforderungen darstellen, konnte sowohl in unseren theoretischen Vorüberlegungen nachvollzogen als auch durch unsere empirischen Ergebnisse als erhärtet angesehen werden. Die Frage einer expliziten, die aktuelle Belastungs- oder Erkrankungssituation überdauernden Entwicklungsverzögerung ließ sich aber nicht aus einer Querschnittsbefundung beantworten. In einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive mußten sowohl die ca. zwei Drittel der Patienten als auch das Drittel der Probanden mit einem präkonformistischen Ich-Niveau als „unreif“ eingestuft werden (HAUSER et al., 1983; NOAM et al., 1984). Die *Differenzierung nach einer „trait vs. state“-Variable* war damit aber noch nicht entschieden (KAPFHAMMER et al., 1993c).

Im Kontext unserer Diskussion erschien es sinnvoll, eine *mögliche Interaktion*, die zwischen einer *aktualisierten Ich-Stufe* und beispielsweise den *Antworttendenzen im OFFER-Selbstbild-Fragebogen* bestehen könnte, zumindest zu reflektieren. Da ein vorherrschendes Ich-Niveau die strukturellen Voraussetzungen stellt, mit denen ein bestimmter Patient oder Proband die Konfrontation mit speziellen

Problemen und Fragestellungen seiner psychosozialen Entwicklung aufnimmt, könnten unterschiedliche Strukturniveaus auch differentielle Antworttendenzen nach sich ziehen.

Wenn wir berücksichtigen, wie bedeutsam gerade die einer sozialen Öffentlichkeit zugewandten Lebensbereiche auch für einen psychiatrisch, auch psychotisch erkrankten jungen Erwachsenen sind (KAPFHAMMER et al., 1993b), dann wäre es möglich, daß beispielsweise ein Patient, der auf einer präkonformistischen Ebene seine soziale Welt bedeutungsgemäß organisiert, eine allzu realistische Sicht auf faktisch bestehende Probleme und Konflikte vermeiden muß. Da die präkonformistisch-kognitiven Konzepte überwiegend konkret und dichotom angelegt sind, resultierte konsequent eher eine subjektive Ausrichtung im Sinne einer sozialen Erwünschtheit oder normativen Rollenerwartung, um konfliktreiche Spannungen zu reduzieren. „Günstigere Anpassungsprofile“ wären ein gut einführbares Ergebnis dieser sozialen Orientierungsstrategie. Zielen umgekehrt konformistische oder postkonformistische Ich-Niveaus auf eine zunehmend differenziertere Einschätzung der vielfältigen, und damit auch widersprüchlichen personalen und sozialen Motive einer psychosozialen Entwicklung, so könnte ein „realistischerer“ Urteilsstandpunkt eher die Erkenntnis bestehender Schwierigkeiten und Defizite fördern und sekundär zu vergleichsweise „ungünstigeren Anpassungsprofilen“ führen.

Eine jeweils reziproke Ergebnistendenz bei psychotischen und nicht-psychotischen Patienten in den OFFER- und den LOEVINGER-Scores ließ an diese Möglichkeit denken, wenngleich damit allein die z. T. gravierenden Unterschiede nicht erklärt werden konnten. So war vorstellbar, daß die tendenzielle Überlegenheit der nicht-psychotischen gegenüber den psychotischen Patienten in den strukturellen Ich-Stufen eventuell zu „kritischeren“ Selbsturteilen in den OFFER-Selbstkonzepten beigetragen haben mochte. Eine relative Beschönigungstendenz bei psychotischen Patienten einerseits, eine relative Negativierung bei nicht-psychotischen Patienten andererseits könnte somit in die OFFER-Selbstbild-Scores mit eingeflossen sein.

## Summary

### *Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults*

The model of ego development by LOEVINGER describes an epigenetic series of successive stages comprising increasingly complex styles of impulse control, interpersonal relationships, moral and cognitive reasoning. This model offers an opportunity to explore the structural premises young adults rely on solving their developmental tasks. Controls compared to patients show a significantly superior intrapsychic coping, awareness of social rules and knowledge of interpersonal relations. Except non-psychotic patients who seem to dispose of slightly more mature ego capacities than psychotic patients there prevails a

dominant psychosocial immaturity among all patient subgroups however. The results are discussed in relation to psychopathological syndromes, the actual status of a psychiatric illness, and differently favourable patterns of psychosocial adaptation defined by results in the OFFER-Self-Image-Questionnaire.

### 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. – ADAMS, G. R./FITCH, S. A. (1982): Ego state and identity status development: A cross-sequential analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 43: 574-583. – ADAMS, G. R./FITCH, S. A. (1983): Psychosocial environments of university departments: Effects on college students' identity status and ego stage development. *Journal of Personality and Social Psychology* 44: 1266-1275. – BROWNING, D. L. (1986): Psychiatric ward behavior and length of stay in adolescent and young adult inpatients: A developmental approach to prediction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 54: 227-230. – BROWNING, D. L. (1987): Ego development, authoritarianism, and social status: An investigation of the incremental validity of Loevinger's Sentence Completion Test (short form). *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 113-118. – CONRAD, K. (1958): Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Thieme. – CONRAD, K. (1960): Die Gestaltanalyse in der psychiatrischen Forschung. *Nervenarzt* 31: 267. – COSROS, D. (1986): Sex role identity in young adults: Its parental antecedents and relation to ego development. *Journal of Personality and Social Psychology* 50: 602-611. – DUBOW, E./HUESMANN, L./ERON, L. (1987): Childhood correlates of adult ego development. *Child Development* 58: 859-869. – FRANK, S./QUINLAN, D. (1976): Ego development and female delinquency: A cognitive-developmental approach. *Journal of Abnormal Psychology* 85: 505-510. – GFELLNER, B. M. (1986a): Changes in ego and moral development in adolescents: A longitudinal study. *Journal of Adolescence* 9: 281-302. – GFELLNER, B. M. (1986b): Ego development and moral development in relation to age and grade level during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 15: 147-163. – 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. – GOLD, S. N. (1980): Relations between level of ego development and adjustment patterns in adolescence. *Journal of Personality Assessment* 44: 630-638. – HANSELL, S./SPARACINO, J./RONCHI, D./STRODTBECK, F. L. (1985): Ego development responses in written questionnaires and telephone interviews. *Journal of Personality and Social Psychology* 47: 1118-1128. – HAUSER, S. T. (1976): Loevinger's model and measure of ego development: A critical review. *Psychological Bulletin* 83: 928-955. – HAUSER, S. T. (1978): Ego development and interpersonal style in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 7: 333-352. – HAUSER, S. T./JACOBSON, A./NOAM, G./POWERS, S. (1983): Ego development and self-image complexity. *Archives of General Psychiatry* 44: 325-332. – HOLZ, R. R. (1980): Loevinger's measure of ego development: Reliability and national norms for male and female short forms. *Journal of Personality and Social Psychology* 39: 909-920. – JANZARIK, W. (1987): Grundlagen einer strukturdynamischen Psychiatrie. Stuttgart: Enke. – KAPFHAMMER, H. P./NEUMEIER, R./SCHERER, J. (1993a): Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter. Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 42: 68-77. – KAPFHAMMER, H. P./NEUMEIER, R./SCHERER, J. (1993b): Selbstkonzeptbildung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* (im Druck). – KAPFHAMMER, H. P./MAYER, C./BACHERT, B./SCHERER, J. (1993c): Psychiatrisch erkrankte junge Erwachsene: Selbstkonzept, Identitätsstatus und Ich-Entwicklung im Krankheitsverlauf (in Vorbereitung). – KEGAN, R. (1982): The evolving self: Problem and process in human development. Cambridge: Harvard University Press. – KEGAN, R. (1986): Kohlberg and the psychology of ego development: A predominantly positive evaluation. In: MODGIL, S./MODGIL, C. (eds.): Lawrence Kohlberg: Consensus and controversy. London: The Falmer Press. – KITCHENER, K. S./KING, P. M./DAVISON, M. L./PARKER, C. A./WOOD, P. K. (1984): A longitudinal study of moral and ego development in young adults. *Journal of Youth and Adolescence* 13: 197-211. – LANG, H. (1978): Die strukturelle Triade. Strukturanalytische Untersuchungen zur familiären Tiefenstruktur bei Schizophrenen. Heidelberg: Habilitationsschrift. – LANG, H. (1982): Struktural-analytische Gesichtspunkte zum Verständnis der schizophrenen Psychose. In: JANZARIK, W. (Hrsg.): Psychopathologische Konzepte der Gegenwart. Stuttgart: Enke. – LOEVINGER, J. (1976): Ego Development: Conceptions and Theories. San Francisco: Jossey-Bass. – LOEVINGER, J. (1979): Construct validity of the Sentence Completion Test of ego development. *Applied Psychological Measurement* 3: 281-311. – LOEVINGER, J./COHN, L. D./REDMORE, C. D./BONNEVILLE, L. P./STREICH, D. D./SARGANT, M. (1985): Ego development in college. *Journal of Personality and Social Psychology* 48: 947-962. – LOEVINGER, J./WESSLER, R. (1970): Measuring Ego Development 1: Construction and use of the sentence completion test. San Francisco: Jossey-Bass. – NETTLES, E. J./LOEVINGER, J. (1983): Sex role expectations and ego level in relation to problem marriages. *Journal of Personality and Social Psychology* 45: 676-687. – NOAM, G. G. (1985): Stage, phase and style: The developmental dynamics of the self. In: BERKOWITZ, M./OSER, F. (eds.): Moral education. Hillsdale, NJ: Erlbaum. – NOAM, G. G. (1988): A constructivist approach to developmental psychopathology. In: NANNIS, E. D./COWAN, P. A. (ed.): Developmental psychopathology and its treatment. New directions for child development, 39. San Francisco: Jossey-Bass. – NOAM, G. G./DILL, D. L. (1991): Adult development and symptomatology. *Psychiatry* 54: 208-217. – NOAM, G. G./HAUSER, S. T./SANTOSTEFANO, S./GARRISON, W./JACOBSON, A./POWERS, S./MEAD, M. (1984): Ego development and psychopathology: A study of hospitalized adolescents. *Child Development* 55: 184-194. – NOAM, G. G./HOULIHAN, J. (1990): Developmental dimensions of DSM-III diagnoses in adolescent psychiatric patients. *American Journal of Orthopsychiatry* 60: 371-378. – NOAM, G. G./KEGAN, R. G. (1989): On boundaries and externalization: Clinical-developmental perspectives. *Psychoanalytic Inquiry* 9: 397-426. – NOAM, G. G./KOHLEBERG, L./SNAREY, J. (1983): Steps toward a model of the self. In: LEE, B./NOAM, G. G. (eds.): Developmental approaches to the self. New York: Plenum Press. – NOAM, G. G./RECKLITIS, C. J. (1990): The relationship between defenses and symptoms in adolescent psychopathology. *Journal of Personality Assessment* 54: 311-327. – PETERS, U. H. (1969): Strukturelle Nosogenese. *Schweizer Archiv für Psychiatrie* 105: 369-378. – PETERS, U. H. (1980): Der Strukturgedanke in der Psychopathologie. In: PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrie: Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. X. Zürich: Kindler. – PETERS, U. H. (1982): Strukturelle Psychopathologie. In: W. JANZARIK (Hrsg.): Psychopathologische Konzepte der Gegenwart. Stuttgart: Enke. – POWITZKY, R. (1976): Ego levels and types of federal offenses. Doctoral dissertation. Health Science Center, University of Texas. – PRAGER, K. J./BAILEY, J. M. (1985): Androgyny, ego development, and psychosocial crisis resolution. *Sex Roles* 13: 525-536. – REDMORE, C. D./LOEVINGER, J. (1979):

Ego development in adolescence: Longitudinal studies. *Journal of Youth and Adolescence* 8: 1-20. - REDMORE, C.D. (1983): Ego development in the college years: Two longitudinal studies. *Journal of Youth and Adolescence* 12: 301-306. - REST, J.R. (1979): Development in judging moral issues. University of Minnesota Press, Minneapolis. - SCHWARZ, K./ROBINS, C.J. (1987): Psychological androgyny and ego development. *Sex Roles* 16: 71-81. - SELMAN, R. L. (1980): The growth of interpersonal understanding: Developmental and clinical analyses. New York: Academic Press. - SNAREY, J./FRIEDMAN, K./BLASI, J. (1986): Sex role strain among

Kibbutz adolescents and adults: A developmental perspective. *Journal of Youth and Adolescence* 15: 223-242. - WEISS, D.S./ZILBERG, N.J./GENEVRO, J.L. (1989): Psychometric properties of Loevinger's Sentence Completion Test in an adult psychiatric outpatients sample. *Journal of Personality Assessment* 53: 478-486.

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