

Rehm, Helga und Pfitzner, Rudolf

## **Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 39 (1990) 8, S. 283-293

urn:nbn:de:bsz-psydok-34361

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

<b>Erziehungsberatung</b>	
GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988) . . . . .	55
<b>Familientherapie</b>	
HEEKERENS, H. P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research) . . . . .	2
<b>Forschungsergebnisse</b>	
GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population) . . . . .	87
GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students) . . . . .	306
HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment) . . . . .	38
JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems) . . . . .	244
KLAUER, K. J.: Denks training für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development) . . . . .	150
KÜSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment) . . . . .	114
LEMP, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles) . . . . .	80
LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy]) . . . . .	157
LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses) . . . . .	18
STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood) . . . . .	74
<b>Identität</b>	
DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence) . . . . .	214
LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien) . . . . .	210
OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity) . . . . .	203
REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View) . . . . .	222
<b>Praxisberichte</b>	
HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients) . . . . .	180
KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach) . . . . .	300
DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?) . . . . .	172
LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppen-therapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents) . . . . .	293
MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit) . . . . .	94
<b>Psychotherapie</b>	
SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation) . . . . .	6
<b>Übersichten</b>	
BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence) . . . . .	126
FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu-	

ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz) . . . . .	132	SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview . . . . .	330
FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy) . . . . .	12	SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives) . . . . .	364
HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology) . . . . .	120	SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems) . . . . .	347
REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests) . . . . .	283	ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis) . . . . .	358
REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment) . . . . .	162	<b>Tagungsberichte</b>	
SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family) . . . . .	167	Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.-29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie . . . . .	61
SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father) . . . . .	261	Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989 . . . . .	62
STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation) . . . . .	255	Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.-9. 2. 1990 . . . . .	229
SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy) . . . . .	278	Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.-3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers . . . . .	230
ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?) . . . . .	249	Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR . . . . .	231
VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence) . . . . .	52	Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg . . . . .	232
WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry) . . . . .	45	2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft . . . . .	310

#### Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities) . . . . .	325	ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie . . . . .	313
MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry) . . . . .	353	ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus . . . . .	104
REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles) . . . . .	338	BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen . . . . .	379
ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective) . . . . .	361	BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth . . . . .	100
		BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung . . . . .	371
		BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation . . . . .	28
		CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie . . . . .	314
		CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony . . . . .	238
		DOLD, P.: Szeno-Familientherapie . . . . .	101

EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie . . . . .	378	LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule . . . . .	105
EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25 . . . . .	312	MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße . . . . .	65
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen . . . . .	315	MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers . . . . .	64
ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs . . . . .	315	MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie - Kindheit und Jugend . . . . .	139
ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen . . . . .	313	NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung . . . . .	380
FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen . . . . .	64	NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung . . . . .	193
FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie . . . . .	102	NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie . . . . .	377
FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart . . . . .	382	NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter . . . . .	381
FRIESE, H. J./TROTT, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend . . . . .	194	NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie . . . . .	140
GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart . . . . .	271	OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit . . . . .	142
GRISSEMAN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik . . . . .	66	PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems . . . . .	29
HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann . . . . .	63	PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl. . . . .	142
HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung . . . . .	270	PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter - Psychologische Hilfen . . . . .	316
HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität . . . . .	236	PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe . . . . .	382
HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz . . . . .	237	PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung . . . . .	64
HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens . . . . .	375	RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit - Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten . . . . .	375
HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention . . . . .	30	RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder - Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger . . . . .	105
INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV . . . . .	195	ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology . . . . .	31
ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen . . . . .	370	SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie . . . . .	102
JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen . . . . .	272	SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung . . . . .	315
KAISER, P.: Familienerinnerungen - Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie . . . . .	100	SCHLEIFFER, R.: Elternverluste - Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik . . . . .	103
KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie . . . . .	374	SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern . . . . .	28
KAST, V.: Wege zur Autonomie . . . . .	235	SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten . . . . .	272
KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung . . . . .	314	SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44 . . . . .	107
KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen . . . . .	31	SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder . . . . .	192
KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung . . . . .	33	STAATSWINSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder . . . . .	380
KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie . . . . .	373	STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter . . . . .	33
KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre . . . . .	379	THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte . . . . .	237
KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht . . . . .	106	THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis . . . . .	30
LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen . . . . .	32	TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl. . . . .	66
		VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe . . . . .	272
		VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn . . . . .	376
		WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter . . . . .	194

WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982-1977) - Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen . . . . .	235	ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit . . . . .	104
WEISS, H.: Familie und Frühförderung . . . . .	192	ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag	32
WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie - Ein Behandlungsplan . . . . .	372	<b>Editorial:</b> 202, 324	
ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen . . . . .	370	<b>Autoren der Hefte</b> 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367	
ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen - Eine erkenntnistheoretische Untersuchung . . . . .	141	<b>Diskussion/Leserbriefe:</b> 233, 267	
		<b>Zeitschriftenübersicht:</b> 26, 98, 191, 268, 368	
		<b>Tagungskalender:</b> 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384	
		<b>Mitteilungen:</b> 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384	

# Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik\*

Von Helga Rehm und Rudolf Pfitzner

## Zusammenfassung

In der klinischen Praxis ist das Problem von Diagnose und Krankheitskonzept in der Jugendpsychiatrie vor allem mit der äußerst wichtigen Frage nach der therapeutischen Vorgehensweise verknüpft. Diese Arbeit untersucht die Aussagekraft des diagnostischen Konzepts „Adoleszentenkrise“. Im ersten Teil der Arbeit wird eine Übersicht über die Entwicklung und den Gebrauch des Konzeptes dargestellt. Im zweiten Teil wird anhand einer katamnestic kontrollierten Einzelfallstudie an zehn jugendlichen Patienten die Stabilität der Merkmale untersucht, die die Diagnose begründen. Für diese Untersuchung wird das Rorschach-Verfahren benutzt. Die Fragestellung, die der Arbeit zugrunde liegt, bezieht sich auf den prognostischen Wert der Rorschachergebnisse. Außerdem waren wir von dem Gedanken geleitet, wenn möglich, ein Rorschach-Syndrom zu finden, das mit der Diagnose „Adoleszentenkrise“ verbunden ist.

## 1 Die Diagnose „Adoleszentenkrise“

Bei der Bezeichnung Adoleszentenkrise, die in der Praxis Anwendung findet, handelt es sich zunächst um einen unspezifischen Sammelbegriff. Er umfaßt alle Erscheinungen bei jugendlichen Patienten, die dazu führen, daß sie in dieser Lebensperiode psychiatrisch behandlungsbedürftig wurden. Verschiedentlich werden auch Begriffe wie „Pubertätskrise“ (E. KRETSCHMER 1952), „Reifungskrise“ (MEYER 1962 a, 1962 b, 1966, 1972), „karikierte Pubertätsentwicklungsstörung“ versus „puberale Akzentuierung abnormer Charaktereigenschaften“ (LANGEN u. JAEGER 1964) für psychische Störungen im Jugendalter verwendet. VAN KREVELEN (1966) empfiehlt, zwi-

schen Störungen *der* und Störungen *in der* Pubertät zu unterscheiden. MEYER (1972) betont, daß bezüglich der Terminologie der Abgrenzung von „Pubertät“ und „Adoleszenz“ ebenfalls keine einheitliche Auffassung bestehe. Zwar werde die Pubertät übereinstimmend als der frühere Abschnitt angesehen, die Abgrenzung gegenüber der Adoleszenz erfolge aber teils einfach nach dem Lebensalter, teils nach unterschiedlichen psychischen Reifezeichen, die wiederum auf theoretischen Auffassungen vom „normalen“ Ablauf der Reifung im Jugendalter basieren. Der Autor bezeichnet daher als Adoleszenz das Gesamt der psychischen und psycho-sozialen Reifung und nennt Störungen in dieser Phase der Entwicklung „Reifungskrisen“.

### 1.1 Adoleszentenkrise als klinisch-psychiatrischer Krankheitsbegriff

Obwohl die Diagnose „Adoleszentenkrise“ in der klinischen Praxis verwendet wird, ist sie als eigenständige Kategorie wieder im ICD 9 (1980) noch im DSM III-R (1989) vertreten. Störungen in der Adoleszenz sind aber doch gesondert an verschiedenen Stellen in der kürzlich erschienenen revidierten Fassung des DSM III-R (1989) beschrieben. Diese sind:

- a) Angstsyndrome der Kindheit oder Adoleszenz (S. 58 ff.),
- b) Andere Störungen des Kleinkindalters, der Kindheit und der Adoleszenz (S. 65 ff.),
- c) Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Adoleszenten (S. 317 ff.).

Unter a) und b) wird u. a. das Syndrom der Identitätsstörung<sup>1</sup> angegeben, dessen Beschreibung weitgehend der diagnostischen Kategorie der „Identitätsdiffusion“ nach ERIKSON (1966) entspricht (s. u.). Davon abgegrenzt

\* Gefördert mit Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft

<sup>1</sup> Die Kategorie „Identitätsstörung“ (313.82) kommt im ICD 9 unter „Sonstige oder kombinierte emotionale Störung in Kindheit und Adoleszenz“ vor.

werden die Schizophrenie, die Schizophrenieform oder Affektive Störung sowie die Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Nach DSM III darf die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ nur gestellt werden, „wenn die charakteristischen Merkmale typisch für die überdauernden Verhaltensweisen des Betroffenen sind und nicht auf begrenzte Krankheitsepisoden beschränkt bleiben“ (DSM III-R, S.317). Entscheidend ist, ob die Kriterien der charakteristischen Störungen der Adoleszenz (z. B. Identitätsstörung) über das Alter von 18 Jahren fortauern und somit die Diagnose der entsprechenden Persönlichkeitsstörung (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung) begründen. Die nosologische Zuordnung bleibt also einem späteren Zeitpunkt vorbehalten, wenn sich nämlich durch die Längsschnittuntersuchung die zuvor beobachteten Auffälligkeiten entweder als Durchgangsstadien einer Entwicklungskrise, als prolongierte Adoleszenz, als eine sich erstmals manifestierende Neurose, als Persönlichkeitsstörung oder als Prodrom einer psychiatrischen Entwicklung erklären lassen.

### 1.1.1 Verlauf und Prognose

Die zentrale Frage, die sowohl die deskriptive Sichtweise als auch die entwicklungspsychologische verbindet, ist die nach Indikation und Prognose. Nach der Übersicht über die Problemgeschichte des Krankheitsbegriffes, die DU BOIS (1982) gibt, stehen sich auch heute noch grundsätzlich zwei Auffassungen gegenüber: Die auf BLEULER zurückgehende Zustandsdiagnostik im Jugendalter und eine auf die Entwicklung bezogene, psychiatrische Diagnostik, die die Altersabhängigkeit psychopathologischer Phänomene in den Vordergrund stellt. Nach DU BOIS verleiht „der alleinige Gebrauch der Zustandsdiagnostik im Jugendalter dazu, ... den Krankheitsbegriff in der Beurteilung unklarer, schwerer Pubertätskrisen zu weit zu benutzen und sich um eine Prägnanz zu bemühen, die nur noch im einheitlichen Begriff (Herv. des Verf.), aber nicht mehr in der Fülle der damit subsumierten Phänomene zu erkennen ist“ (DU BOIS 1982, S.668). Die jugendpsychiatrische Sichtweise müsse ihr Augenmerk eher auf die Erkenntnisse zur individuellen Pathogenese richten. Diese erfordere eine abweichende Annäherung an das nosologische System. D. h., „den Gebrauch des Schizophreniebegriffs in der Pubertät einzuschränken und den gewonnenen Raum mit genauen Fallstudien der psychopathologischen Grundlagenforschung verfügbar zu machen“ (DU BOIS 1982, S.668). Der Autor legt dabei besonderen Wert auf die umfangreiche Dokumentation schizophrenieverdächtiger Ersterkrankungen sowie die Analyse der Persönlichkeitsentwicklung, vor allem unter dem Aspekt der strukturellen Ich-Stärke (im Gegensatz zur phasenbedingten Ich-Schwäche). In diesem Zusammenhang verweist er auf die einheitlichen Ergebnisse der Forschungen BENEDETTIS (1975), die noch keine klare Orientierung zum Schizophreniebegriff im Jugendalter ergeben hätten. Die diagnostische Ungewißheit resultiere in diesem Lebensalter

aus der Nähe von psychopathologischen Symptomen (bis zu Depersonalisationserlebnissen) zur schizophrenen Symptomatik. LEMPP (1982) vermutet, daß die Diagnose einer Schizophrenie (Hebephrenie) daher eher zu häufig als zu selten gestellt werde.

Auch MEYER (1962a, 1966) trifft eine Unterscheidung zwischen Reifungskrisen und Neurosen in der Adoleszenz und konstatiert, daß die handliche und im ärztlichen Alltag gängige Bezeichnung „Reifungskrise“ dem Arzt und den Angehörigen zusage, „denn sie impliziert, daß es sich um einen vorübergehenden Zustand handelt, den zu beheben man getrost wenigstens teilweise der ‚Natur‘ überlassen kann“ (MEYER 1972, S.118). Er kommt aufgrund seiner klinischen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß die Bezeichnung „Reifungskrise“ in der Pubertät nur dann ihre Berechtigung habe, wenn zu der zeitlichen Koinzidenz zwischen seelischer Störung und Pubertät auch eine ursächliche Beziehung trete. Damit stellt er neben den deskriptiven Aspekt einen psychodynamischen. Reifungskrisen können nach seiner Auffassung als aktuelle Konfliktsituationen nach ungestörter Kindheitsentwicklung und ohne auslösendes seelisches Trauma entstehen, d. h. sie beziehen ihre Dynamik hauptsächlich aus den sozialen Anforderungen dieses Lebensabschnittes und sind nicht Wiederholungen verdrängter, primär infantiler Konflikte<sup>2</sup>. Er nennt sie „Initialstadien einer Neurose“ (MEYER 1962a, S.245). In der Praxis ergeben sich für den Autor aus der Abgrenzung der Reifungskrise – die somit für ihn eine echte diagnostische Kategorie darstellt – gegen die klassischen Neurosen Konsequenzen hinsichtlich der Behandlung. Ungeklärt bleibt aber auch bei dieser theoretischen Unterscheidung das Problem der Differentialdiagnose nach der Seite der Psychosen. Von den Symptomen her betrachtet kann es sich bei den Auffälligkeiten auch immer um Frühphänomene einer schizophrenen Psychose handeln. Aus psychiatrischer Sicht wird der Schweregrad der Beeinträchtigungen im Jugendalter – betroffen ist etwa ein Sechstel bis ein Fünftel aller Jugendlichen – in Anlehnung an LANGEN u. JAEGER (1964) in drei Abstufungen unterschieden:

- passagere Auffälligkeiten,
- Auffälligkeiten, die phänotypisch wie Entwicklungskrisen erscheinen, jedoch stärker ausgeprägt sind und keinen vorübergehenden Charakter haben (z. B. Anorexia nervosa),
- Erkrankungen, die während oder in der Adoleszenz auftreten, aber kein Spezifikum der Adoleszenz sind.

Der weitere Verlauf der unterschiedlichen im Jugendalter beobachteten Auffälligkeiten wurde nur wenig verfolgt. Soweit Untersuchungen vorliegen, kamen sie zu ungünstigen Ergebnissen. Hierbei muß man jedoch überlegen, welche Patienten überhaupt stationär behandelt werden; meist handelt es sich um eine Selektion besonders ungünstiger Fälle. 30–40% psychiatrisch auffälliger

<sup>2</sup> MEYER beruft sich dabei auf FREUD (vgl. S. FREUD: Über neurotische Erkrankungstypen 1912, Stud. Ausg. Bd. VI, S. 223 ff.).

Patienten werden ambulant betreut und daher von der Forschung nicht erfaßt.

Unter diesem einschränkenden Aspekt müssen auch die beiden einzigen katamnesticen Untersuchungen gewertet werden, die sich systematisch mit den Krisen im Jugendalter und ihrer Weiterentwicklung befassen: MASTERSON (1967) kommt aufgrund seiner Nachuntersuchung an 153 stationär behandelten Adoleszenten zu dem Ergebnis, daß es keine Beziehung zwischen Erkrankungsalter und Typ der Erkrankung gäbe, es sich also bei der Diagnose „Adoleszentenkrise“ um eine Verlegenheitsdiagnose handle. LANGEN u. JAEGER (1964) fanden aufgrund ihrer katamnesticen Untersuchung an 110 „Reifungskrisen“ folgende Unterschiede: *Gruppe 1* wurde retrospektiv als „Karikierte Pubertätsentwicklung“ bezeichnet und hatte eine gute Prognose, *Gruppe 2* als „Akzentuierung abnormer Charaktereigenschaften“ eingestuft, eine ungünstige. *Gruppe 3* wurde als „Initiale Schizophrenie“ bezeichnet (je ein Drittel der untersuchten Probanden). Beginn und Verlauf würden durch unabhängige Faktoren bestimmt. Die enge Verzahnung von Reifung, Entwicklung und Psychose in den ungünstigen Fällen trifft aber den Jugendlichen mehr als den Erwachsenen, der in seiner Identitätsbildung schon gefestigter ist. Nach BRAUN-SCHARM (1989) wird heute als prä-morbide Persönlichkeitsstruktur bei schizophrenen Erkrankungen im Jugendalter weniger häufig eine schizoide Struktur beobachtet, sondern das nicht Schritthalten-Können mit einer stürmischen emotionalen Entwicklung bei noch nicht voll ausgebildeter Ich-Struktur. MASTERSON sowie LANGEN und JAEGER befürworten aus psychologischen Gründen die Vermeidung vorschneller diagnostischer Einordnungen, um sich nicht zu früh dem „therapielähmenden Endogenitätsfaktor“ auszuliefern. Andererseits läßt die Akutsymptomatik, die zur Hospitalisierung des Jugendlichen führte, befürchten, daß die erhöhte Labilisierung dieser Entwicklungsphase Auslöser für eine latente Erkrankungsbereitschaft geworden ist, bzw. – wie bereits erwähnt – nur eine zeitliche Koinzidenz beider Faktoren bestand.

Zusammenfassend läßt sich aus dem gegenwärtigen Schrifttum ablesen, daß die Bezeichnung „Adoleszentenkrise“ keine eigenständige Diagnose im Sinne eines psychiatrischen Krankheitsbegriffes darstellt. Die Tendenz, diesen Begriff weiterhin für unklare Fälle im Pubertätsalter und während der Adoleszenz zu verwenden, ist aber in der Praxis zu beobachten und scheint sogar zuzunehmen.

### 1.2 Der psychoanalytische Beitrag zur Entwicklungs- und sozialpsychologischen Perspektive in der Diagnosestellung

Aus psychoanalytischer Sicht beschäftigt sich vor allem ERIKSON mit der krisenhaften Entwicklung in Pubertät und Adoleszenz. Er beschreibt dabei das Phänomen der Identitätsdiffusion bei Pubertierenden und Adoleszenten und ein psychopathologisches Bild dieser Störung (ERIKSON 1957, 1966, 1988). ERIKSON stützt seine Befunde auf

Fallberichte junger Patienten im Alter zwischen 16 und 24 Jahren, die wegen akuter Beeinträchtigungen zur Behandlung kamen.

Nach seiner Auffassung handelt es sich um „... ein psychopathologisches Syndrom von Störungen ...“, das junge Menschen daran hindert, sich die institutionell angebotene Karenzzeit ihrer Gesellschaft zunutze zu machen, oder sich ... aus eigener Kraft ein eigenes, einzigartiges Moratorium zu schaffen und zu wahren. Statt dessen erscheinen sie beim Psychiater, beim Priester, vor dem Richter und ... in den Rekrutierungsbüros der Armee, um sich einen von der Gesellschaft vorgesehenen, wenn auch oft höchst unbequemen Ort zuweisen zu lassen, an welchem sie ihre Zeit abwarten können“. „Ein Zustand akuter Identitätsdiffusion wird gewöhnlich manifest, wenn der junge Mensch sich vor eine Häufung von Erlebnissen gestellt sieht, die gleichzeitig von ihm die Verpflichtung zur physischen Intimität ..., zur Berufswahl, zu einer energischen Teilnahme am Wettbewerb und zu einer psychosozialen Selbstdefinition fordern“ (ERIKSON 1966, S. 153).

Intimität setzt „fest umrissene Selbstabgrenzung“ voraus, die für diese Jugendlichen nicht möglich ist. Das Erlebnis der Verschmelzung führt zu Identitätsverlust. Die Unfähigkeit, Intimität (sexuelle oder andere) zu erleben, treibt sie zu „angestrenzter Introspektion und Selbstprüfung ...“, die unter besonders erschwerten Umständen oder bei einer Lebensgeschichte mit relativ stark autistischen Zügen zu einem lähmungsartigen Grenz-zustand führen kann. Die diesbezüglichen Symptome sind: Schmerzhaft gesteigertes Gefühl von Vereinsamung; Verfall des Gefühls innerer Kontinuität und Gleichheit; ein generelles Gefühl der Beschämung; Unfähigkeit, aus irgendeiner Tätigkeit Befriedigung zu schöpfen; ein Gefühl, daß das Leben geschieht, statt aus eigener Initiative gelebt zu werden; radikal verkürzte Zeitperspektive und schließlich Urmißtrauen ...“ (ERIKSON 1966, S. 158). Die Diffusion der Zeitperspektive „besteht in dem Gefühl, in großer Zeitbedrängnis zu sein“ (ERIKSON 1966, S. 159), in einer allgemeinen Verlangsamung, in dem Gefühl, gleichzeitig sehr jung, fast babyhaft, und uralt zu sein. Desorientierung in der Zeit führt oft zu Verzweiflung und Todessehnsucht. Die Diffusion des „Werksinns“ äußert sich in einer akuten Störung der Leistungsfähigkeit, in der Unfähigkeit, sich auf Arbeit zu konzentrieren „oder in Gestalt einer selbstzerstörerischen, ausschließlich Beschäftigung mit irgendwelchen einseitigen Dingen, z. B. exzessivem Lesen“ (ERIKSON 1966, S. 161). An Stelle der Tendenz des Ich, Passivität in Aktivität zu verwandeln, verlieren diese Adoleszenten „alle Arbeitsfähigkeit, alle Lust an Sport und Geselligkeit“ und damit die wichtigste Zuflucht „vor leerem Phantasieren und vager Angst. Statt dessen erhalten infantile Ziele und Phantasien nun die gefährliche Energie, die aus dem gereiften Geschlechtsapparat und der voll entwickelten Aggressionskraft stammt“ (ERIKSON 1966, S. 162). Das bedeutet eine Wiederbelebung des Ödipus-Konfliktes mit archaischen Phantasien.

Oft führt der Verlust des Identitätsgefühls zu wütenden Kämpfen gegen alle Werte, die die Familie oder die unmittelbare Umgebung dem jungen Menschen vermitteln will. Der Adoleszent nimmt eine negative Identität an, „... eine Identität, die pervers auf diejenigen Rollen und Identifikationen greift, die ihm in kritischen Entwicklungsstadien als höchst unerwünscht und gefährlich und doch bedrohlich naheliegend gezeigt worden waren“ (ERIKSON 1966, S. 166). Erikson beschreibt hier etwa die Familiendynamik der „Delegation“ (vgl. STIERLIN 1978) aus seiner Sicht. Spezifische Faktoren in Familie und Kindheit, die Aufsteigerproblematik, Fassadenhaftigkeit, penetrante Allgegenwart der liebenden, aber zudringlichen Mütter, latente Ehekön-

flikte der Eltern, exzessive Mutterbindung der Väter, Eifersucht auf die Kinder und anderes mehr begünstigen die pathologische Entwicklung des Jugendlichen.

Die von ERIKSON beobachteten Jugendlichen wurden als „präschizophren“ oder größtenteils als „Grenzfälle“ diagnostiziert. ERIKSON betont, daß der Begriff Identitätsdiffusion keine diagnostische Einheit sei, die die Einstufung des Falles in die gängigen psychiatrisch-diagnostischen Kategorien ersetzen würde. Mit der Einführung dieses entwicklungspsychologisch-diagnostischen Begriffs versucht er jedoch, „Zeit zu gewinnen“, den Adoleszenten ein auch *diagnostisches* Moratorium zu gewähren, um vorzeitige „Etikettierungen“ mit ihren oft verheerenden psychosozialen Folgen zu vermeiden<sup>3</sup>. Eine völlige Genesung ist wohl relativ selten, aber nicht ausgeschlossen<sup>4</sup>.

ERIKSONS entwicklungs- und sozialpsychologischer Ansatz wird in der psychoanalytischen Literatur nur zögernd und vereinzelt aufgenommen. Es mag daran liegen, daß diese soziologisch-sozialpsychologische Denkweise nicht leicht in das Gefüge der psychoanalytischen Theorien zu integrieren ist. Psychoanalytiker, die den Ursprung seelischer Störungen überwiegend in den intrapsychischen Konflikten sehen, halten das ERIKSONSche Modell für praktisch-diagnostische Bedürfnisse nicht für differenziert genug (vgl. BAURIEDL 1982).

In erster Linie beschäftigen sich entwicklungs- bzw. sozialpsychologisch orientierte Autoren mit der Problematik der Identitätsentwicklung und deren Krisen. BLOS (1983) nimmt Bezug auf ERIKSONS Vorschlag, „die Adoleszenz nicht als ein Gebrechen, sondern als eine normative Krise, d. h. eine normale Phase mit Konfliktverstärkung“ zu verstehen, „die durch eine scheinbare Fluktuation in der Ich-Stärke und trotzdem auch durch ein hohes Wachstumspotential charakterisiert ist“ (BLOS 1983, S. 23). MENTZOS (1985) beschreibt die Problematik der Identitätsfindung in der Spätpubertät im Sinne ERIKSONS. JACOBSON (1973) erwähnt eine fast obligatorische Intensivierung des Narzißmus während der Pubertät.

Auch BLANCK und BLANCK (1978) widmen diesen Fragen ihre Aufmerksamkeit. Im Rahmen ihres sozialisationstheoretischen Konzepts wird die Entwicklung des gesunden wie des pathologischen Narzißmus im Kontext der Entwicklung der Ich-Organisation sowie der Objektbeziehungen verstanden. KERNBERG (1988), der die Identitätsdiffusion als eines der Hauptmerkmale der Borderline-Pathologie hervorhebt, beruft sich zwar auf ERIKSON, jedoch ohne den besonderen Bezug dieses Störungsaspektes zur Adoleszenz zu reflektieren<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> Jeder Psychiater kennt das Problem der diagnostischen Unsicherheit gerade bei adoleszenten Patienten und die große „Versuchung“, eine Hebephrenie zu diagnostizieren, die sich möglicherweise dann doch nicht bestätigt.

<sup>4</sup> ERIKSON beschreibt u. a. die schwere Entwicklungsstörung und deren kreative Überwindung bei G. B. SHAW.

<sup>5</sup> Die Begriffe Identität und Identitätsdiffusion im Sinne ERIKSONS beschäftigen auch die Soziologen (vgl. HEINTZ, Fischerlexikon Soziologie 1958, Stichwort „Person“).

## 2 Die Diagnose am typischen Einzelfall im Spiegel des Rorschach-Tests

Zur Klärung der Wertigkeit der Diagnose „Adoleszentenkrise“ führten wir bei 9 Jugendlichen, die 1982 in der hiesigen Nervenklinik stationär-psychiatrisch behandelt wurden, eine Verlaufsuntersuchung mit dem Rorschachtest durch. Das Alter der Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung zwischen 17 und 23 Jahren. Ergänzt wurde die Serie durch die Untersuchung einer 30jährigen Patientin, bei der das klinische Bild sowie die besonderen Umstände ihrer Einweisung zunächst die Diagnose einer prolongierten Adoleszentenkrise nahelegten. Die Katamnese wurde nach Ablauf von 5 Jahren durchgeführt. Schon LANGEN u. JAEGER (1964) hoben hervor, daß die 5-Jahresgrenze katamnestic sinnvoll sei. Katamnesen von weniger als 3 Jahren erwiesen sich als nicht aussagekräftig.

Unsere Nachuntersuchung basiert auf dem Vergleich zweier zeitlich auseinanderliegender Rorschachbefunde (Erst-Test und Re-Test). Außerdem überprüften wir unsere diagnostischen Schlußfolgerungen aufgrund des ersten Testergebnisses mit dem weiteren Krankheitsverlauf. Der zwischenzeitliche Verlauf wurde durch ein tiefenpsychologisches Interview im Anschluß an den Re-Test geklärt. Vor der Diskussion der Ergebnisse soll ein exemplarischer Fall dargestellt werden<sup>6</sup>.

### 2.1 Der Fall Lisa

#### 2.1.1 Erst-Test

Als Beispiel einer Einzelkasuistik wählen wir den Fall Nr. 3 unserer Untersuchung (s. Tab. 1). Wir nennen die Patientin im folgenden Lisa. Sie war bei der Erstuntersuchung 18 Jahre alt und befand sich bei der Testaufnahme seit einer Woche in stationärer Behandlung, die sie wegen eines von ihr selbst als bedrohlich erlebten Zwangssyndroms aufgesucht hatte. Sie erhielt keine Medikamente<sup>7</sup>.

Es ist in diesem Rahmen nicht möglich, die ausführliche Interpretation der je 10 Tafeln beider Rorschach-Protokolle (Erst-Test und Re-Test) und die daran anschließenden Schlußfolgerungen zu referieren. Statt dessen besprechen wir die Einfälle Lisas zu *Tafel I* beider Test-Protokolle, um einen Eindruck der Vorgehensweise zu vermitteln<sup>8</sup>:

<sup>6</sup> Fragen der theoretischen Grundlegung des Rorschach-Verfahrens sowie Probleme der Validierung der Ergebnisse können in diesem Rahmen nicht diskutiert werden (Literatur siehe VOGEL, H. und I., 1977; SPADA und SEIDENSTICKER, 1980; HÖRMANN, 1982).

<sup>7</sup> Zur Frage des Einflusses von Medikamenten auf die Rorschachergebnisse s. KIKUCHI u. SHIRAHATA (1967); EBERT ET AL. (1977).

<sup>8</sup> Unser Ansatz der tiefenpsychologischen Interpretationsmethode der Rorschach-Testergebnisse sei mit folgendem Zitat kurz umrissen: „Die Rorschach-Kleckse können mit einigem Vorbehalt mit dem in der Regel logisch auch nicht voll durch-

*Erst-Test**Tafel I*

- a - Kopf von einem Tierskelett
  - Bizarrer Schmetterling
  - Exotische Blüte oder Pflanze überhaupt
- c - Helm
- a - Winziges Tier, Insekt

*Inquiry*

- a - Organist mit langer Kutte, der auf dem Instrument spielt (Seiten, obere Hälfte)
  - Frau, die die Hände über dem Kopf zusammenschlägt (Ganze Mitte)
  - Grinsende Maske

Die Unbestimmtheit der Abbildung lenkt die Aufmerksamkeit auf innere Vorgänge und spricht Ängste, Wünsche und konflikthafte Material an. Die initiale Begegnung mit der ersten Tafel löst dazu in spezieller Weise die unbewusste Aufforderung aus, sich auf zweierlei Weise mit sich selbst zu beschäftigen: „Wer bin ich?“ und „Wie sehen mich die anderen?“ bzw. „Wie sollen mich die anderen sehen?“ („Aufforderungscharakter“ der Tafeln nach MEREI 1947)<sup>9</sup>.

Der erste Einfall Lisas zeigt, daß die schwarze Farbe, aber auch die weißen Flecken in der Figur ihr Angst machen. Sie fühlt sich von einem toten Tierschädel angestarrt (die weißen Zwischenfiguren symbolisieren erfahrungsgemäß die Augenhöhlen). Mit dem nächsten Einfall wehrt sie diese Angst ab, überkompensatorisch nimmt sie nun einen bizarren Schmetterling wahr. Sie ist also mit der üblichen Antwort zu dieser Tafel („Schmetterling“) nicht zufrieden, sondern versieht ihn mit besonderen Attributen. Diese Tendenz setzt sich in der nächsten Antwort „Exotische Blüte“ fort. Dieser Einfall zu einer schwarzen Tafel ist besonders ungewöhnlich (Phänomen: „Schwarz als Farbe“). Außerdem fällt die Unbestimmtheit der Aussage „oder Pflanze überhaupt“ auf, so als würde die Patientin nicht genau hinschauen wollen.

Noch ist nicht klar, ob Lisa eher ängstlich-verwirrt ist, ob sie phobische Ängste abwehren muß, oder ob sie nur unsicher ist und meint, etwas Besonderes bieten zu müssen.

Sie flüchtet jedenfalls (vor den Eindrücken oder vor der Aufgabe?) und stellt nun die Tafel auf den Kopf. In dieser Position sieht sie einen „Helm“. Dieser kann hier sowohl Symbol für Schutz und Sicherheit sein, aber auch den Wunsch der Patientin andeuten, sich zu verstecken. Wieder können, wie schon bei der

strukturierten, mehrdeutigen manifesten Trauminhalt verglichen werden. Beide Reizquellen induzieren ein archaisches, nicht formal logisches, z.T. assoziatives Denken, das die Manifestation unbewußter Phantasien, Inhalte und Prozesse fördert. Sowohl bei der Rorschach-Aufnahme als auch bei der psychoanalytischen Sitzung werden Abwehrvorgänge in Gang gesetzt. Schließlich spielen sich hier wie dort Übertragungsvorgänge ab, und Gegenübertragungsvorgänge beeinflussen den Ablauf. So ist es meiner Meinung nach berechtigt, die Rorschach-Testung unter dem Aspekt einer abgewandelten psychoanalytischen Sitzung mit ihren Gesetzmäßigkeiten zu betrachten“ (PFITZNER 1976, S.192).

<sup>9</sup> Der Aufforderungscharakter der Beziehungssituation mit dem Versuchsleiter geht ebenfalls in Form von Übertragung und Gegenübertragung in den Deutungsvorgang ein.

ersten Antwort, die weißen Zwischenfiguren den Einfall miteterminieren. Man denke an die Augenschlitze bei einem heruntergelassenen Visier. D.h. auch: Sehen ohne gesehen zu werden<sup>10</sup>.

Die Patientin dreht die Tafel dann wieder zurück in die Ausgangsposition und kann nun die Bedrohung, die von der ersten Begegnung mit dem schwarzen Klecksbild ausging, durch Minimierung abwehren: Der tote Tierskelettschädel schrumpft zu einem „winzigen Tier“ zusammen. Der Versuch, sich von dem ersten Einfall zu distanzieren, gelingt allerdings nur auf Kosten der Realität. Die tatsächliche Größe des Bildes muß ignoriert und verleugnet werden. In der psychischen Realität erlebt sie aber nach wie vor etwas Bedrohliches.

Wenn die Frage auf *Tafel I* lautet: „Wer bin ich?“, bedeutet das also zweierlei: Die zerstörerische Macht des Sehens kann für Lisa darin bestehen, durch den Blick bis auf die Knochen entblößt und damit in der gefürchteten Minderwertigkeit, Schlechtigkeit oder Hilflosigkeit erkannt zu werden. Man denke an die Redewendung „sich bis auf die Knochen schämen“. Umgekehrt handelt es sich natürlich auch um einen Vorgang der Projektion, d.h. die eigene, unterdrückte und gehemmte Aggressivität (DZw - Antwort), sowie heimliche Neugier und Triumph („grinsende Maske“) wagen sich hervor. Zunächst werteten wir diese Vorgänge als Ausdruck einer altersgemäßen Unsicherheit in bezug auf die eigene Person und ihr Anerkanntwerden in der sozialen Umgebung.

Man darf aber vermuten, daß diese Problematik für Lisa ein besonderes Gewicht hat. Die auch später wieder auftauchenden Maskendeutungen (hier „Helm“ und „Tierskelettkopf“) hängen nach BOHM (1982) mit einer mangelnden Trennung von Ich und Außenwelt zusammen. Sie stehen in enger Beziehung zum magisch-identifizierenden Denken. Maskendeutungen findet man oft bei Menschen, die sich beobachtet fühlen und selbst angstvoll beobachten. Sie deuten zugleich auf eine Verheimlichungs- und Selbstverbergungstendenz. Daraus folgt wiederum ein Mangel an affektivem Kontakt. In dem Einfall „Helm“ (Visier) deutet sich bei Berücksichtigung der weißen Zwischenfiguren auch Weiß- bzw. Lochschock an – ein vorläufiger Hinweis auf Ängste im Bereich der Sexualität, der durch das Inquiry<sup>11</sup> gestützt wird.

Insgesamt treten auf *Tafel I* vor allem Kontaktangst und Aggression hervor. Lisa scheint durch die Konfrontation mit dem Testmaterial in einen inneren Kampf verwickelt zu sein, in dessen Verlauf sie die Präsenz archaischer und autistischer Inhalte abzuwehren versucht, indem sie die aufsteigenden Bilder erstarren oder üppig wuchern läßt.

<sup>10</sup> Wir möchten hier anmerken, daß dieses Protokoll in frappanter Weise das von L. WURMSER (1986) beschriebene, klinisch wichtige „Scham-Syndrom“ widerspiegelt. Wie er in seinem Aufsatz „Die schwere Last von tausend unbarmherzigen Augen“ eindrücklich schildert, sind im Scham-Syndrom aktives und passives Sehen Teile einer undifferenzierten Masse: „Macht durch das Sehen bedeutet Erschaffen, Umwandeln und Zerstören; Wahrgenommenwerden heißt, hypnotisiert, überwältigt und zerstört zu werden. Sich verstecken und nicht hinsehen, also Scham, bedeutet Wiederherstellen der Grenzen“ (WURMSER 1986, S.113). Die Gefahr besteht darin, entweder durch Hohn oder Abweisung wie gelähmt, versteinert, ja leblos zu werden, oder aber im Gegenteil durch den Blick im anderen aufzugehen und sich in ihm zu verlieren.

<sup>11</sup> Inquiry: Sicherung unklarer Antworten nach Abschluß des Tests. Dabei tauchen oft noch neue Antworten auf, die vom eigentlichen Versuchsprotokoll zu trennen sind.

Im weiteren Testverlauf wiederholen sich diese Auffälligkeiten. Die Polarisierung entgegengesetzter Erlebensweisen tritt deutlicher hervor und zeigt, daß Lisa ohne ausreichende Steuerungskräfte den Einflüssen von Innen und Außen ausgesetzt ist. Phobisches und Schutzbietendes (inhaltlich: Gesichter, Augen, aufgerissene Münder und Schnauzen, die schreien oder schnappen einerseits, Helme, Masken, Augenschutz, Ohrenschützer, riesige Sonnenbrillen andererseits) wechselt abrupt in ihren Antworten. Jede Deutung kann sofort umkippen in ihr Gegenteil. Lisa ist fasziniert und versucht zu faszinieren. Sie kann sich von den Bildern kaum lösen und überschüttet die Versuchsleiterin mit Einfällen (durchschnittliche Antwortenzahl im Rorschach-Verfahren 15 bis 30, Lisa gab 90 Antworten!). Rückzug und Selbstisolation, das Sichabschließen von der Außenwelt als frühe Form des Reizschutzes und die Flucht nach vorne, die sich im Faszinierenwollen einerseits aber auch in der radikalen Aggressivität der Devitalisation andererseits manifestieren, machen die sich gegenüberstehenden Pole der Ambivalenz deutlich. Mit der letzten Antwort auf *Tafel I* kann Lisa jedoch in Form einer leichten Tendenz zur Finalzensur ihre Ängste durch den Abwehrmechanismus der Verleugnung bannen. Dieser Vorgang ist prognostisch positiv zu bewerten, gelingt aber auf den nachfolgenden Tafeln nicht immer.

Als Beispiel dafür sollen Lisas Einfälle zu *Tafel X* des Versuchs stehen. Sie bringen in kaum verhüllter, primärprozeßhafter Form eine Urszenen-Phantasie zum Ausdruck:

#### Erst-Test

##### *Tafel X*

- a - Wie im Fasching, zwei verkleidete Menschen halten sich an den Händen und haben so Zeug, was rumwirbelt
  - Polizist mit Helm (Ganze Mitte)
  - Gesicht mit langem Bart und Augen (dasselbe ohne Grau oben)
  - Ameise, die nach unten fliegt (Braun, links außen)
  - Amöbe oder Bazille oder so (Blau, rechts oben)
  - Eigenartiges Tier, das über dem Abgrund steht, es hat ein Bein schon drin (Grau Mitte, eine Hälfte)
- c - Steinbockkopf oder Geiß, irgend so ein Tier (Grün Mitte)
  - Mann, der älter ist, unten Anzug mit Krawatte (Krawatte: Grau Mitte)
  - Mann, der in eine Grube gefallen ist, auf etwas drauf liegt (Grün Mitte)
  - Vogel mit kleinem Kopf und großem Bauch (Gelb Mitte)
  - Samen von einem Baum. Wenn man sie abzupft, schaut es genau so aus (Braun Mitte)
- b - Kopf von einem Vogel mit Schnabel, entfernt schaut es so aus (Grau seitl. links)
  - a - Aus einem Glas (Grau Mitte) wird Rotwein oder Saft ausgeschüttet (Rot)
    - Ein Tier mit unwahrscheinlich viel Haaren und einem langen Rüssel (Blau seitlich), da hat es was (Grün seitlich)
    - Kopf von einer Frau mit langen, roten Haaren
    - Zwei Glocken an einem Strang (Grau Mitte)
  - b - Beißzange (Grün seitlich)
  - a - Kartoffel (Braunrot)
  - c - Pflanze mit Blättern, in der Mitte eine Blüte (Grün Mitte)
    - Person, die vor irgendwas zurückweicht, das Kleid geht bis runter (Rot Rechts)
    - Erinnert ein wenig an so ein Seepferdchen (Grün Mitte)

Auslösende seelische Traumata, die die jetzige Krise mitbedingen, dürfen hier vermutet werden. Die letzte Antwort auf dieser Tafel, der nach RAPAPORT (1945) prognostisch eine beson-

dere Bedeutung zukommt, enthält eine Assoziation, die man mit aller Vorsicht als Hinweis auf Lisas sexuelle Identitätsdiffusion deuten könnte. Sie fühlt sich „ein wenig an so ein Seepferdchen“ erinnert, eine Tierart, bei der die männlichen Tiere die Nachkommen austragen und lebend gebären.

Aufgrund des Testbefundes kamen wir zu dem Ergebnis, daß dem Ich der beeindruckbaren, begabten, von ihrer Erscheinung her noch sehr kindlichen Patientin keine ausreichend wirksamen Abwehrmechanismen zur Verfügung standen und sie sich deshalb nur ungenügend gegen die aus dem Unbewußten andrängenden Ängste schützen konnte. Die Zwangssymptomatik bildete einen Teil der Barriere, mit der Lisa gegen die Gefahr der Dekompensation ankämpfte. Ihre Zweifel an der eigenen sexuellen Identität hatten sie von Gleichaltrigen isoliert und ihr ein Gefühl der Verwirrung vermittelt, welches sich unter anderem auch auf ihre berufliche Identitätsfindung auswirkte. Lisas Gefährdung wurde auch in der Gegenübertragung deutlich spürbar. Wir empfahlen dringend eine stützende, jedoch zu diesem Zeitpunkt nicht aufdeckende Psychotherapie. Die Entlassungsdiagnose der Nervenklinik lautete: „Adoleszentenkrise“ (ICD 309.9).

#### 2.1.2 Re-Test

Im Gegensatz zum Erst-Test gelingt der Patientin 5 Jahre später der Einstieg in die Aufgabe besser:

#### Re-Test

##### *Tafel I*

- a - Wolfskopf wie aus einem Märchen, nicht böse
  - Zwei geflügelte Wesen, die sich festhalten. Puttenähnlich. Da ist der Po (mittlerer lateraler Rand der seitlichen Figuren)
  - Frau in einem dicken, langen Rock (Ganze Mitte)
- b - c - ...
- a - Zwei Gestalten, die sich festhalten, jede streckt ein Bein ganz lang aus (Seiten)
- d - Muß ich gar nichts denken, fällt mir nichts ein
  - Unterseefisch, Maul (Zwischenfigur über der oberen Kontur, Öffnung nach links)
  - Flossen (seitliche Ausläufer)

##### *Inquiry*

- a - Zwei Männer, Russen, ganz dick bekleidet, laufen alle zwei auf eine Frau zu. Sie hat die Hände erhoben, erschrickt ... oder fürchterlich auf die Zwei schimpft. Zumindest heftige Gefühle

Der Stimulus scheint nicht wie beim ersten Mal ein Gefühl der Bedrohung von magisch-bannender Qualität auszulösen. Obwohl Lisa wieder zu keiner gutgesehenen Form findet, zeigt der erste Einfall - verglichen mit dem Erst-Test - eine positive Veränderung: Das Angstausslösende ist konkreter, lebendiger und begleitet von einer Verneinung. Das aggressive Moment des Einfalls kommt viel deutlicher heraus. Statt „Tierskelettkopf“ ist die Antwort jetzt „Wolfskopf“ mit dem Zusatz „nicht böse“. Die Verneinung zeigt an, daß ein unbewußter Gedanke oder Wunsch aufzutauchen beginnt, der jedoch nicht in seiner vollen

Bedeutung zur Kenntnis genommen werden darf. Lisa kann Aggression (eigene und externalisierte) bewußter wahrnehmen, weil sie nicht mehr ein sie überwältigendes Ausmaß annimmt (der archaisch-bedrohliche Aspekt wird in die Märchenwelt verlegt). Das ungesteuerte Erleben affektiver Kräfte wird dadurch gemildert und kontrollierbar.

Im Gegensatz zum ersten Protokoll klingt jetzt die sexuelle Identitätsproblematik deutlicher an. Sie taucht bereits auf der ersten Tafel, und nicht – wie im Erst-Test – erst im Inquiry, als während des eigentlichen Rorschach-Versuchs latent gehaltenes Thema auf. Durch die zweifache Verharmlosung: „Putten“ gleich „Engelchen“, „Po“ gleich „kindlich-harmlos“, wird die Irritation zunächst abgewehrt und die Wahrnehmung verleugnet, die dann in der nächsten Antwort ein Stück bewußtseinsnäher ist. Auf der manifesten Ebene muß aber der „lange, dicke Rock“ dieses Wissen verstecken. Der Eigenbezug dieser Antwort (Anorexie? Schwangere Mutter?)<sup>12</sup> und ihr komplexhafter Inhalt führen dann zur Unterbrechung des Assoziationsflusses.

Das geflügelte Wesen verändert sich in „zwei Gestalten, die sich festhalten, jede streckt ein Bein ganz lang aus“. Diese neue Vorstellung von menschlicher Interaktion ist offenbar gefährlich – jetzt fällt ihr nichts mehr ein. Die Aggression wird wieder, wie schon im ersten Protokoll, in den Dienst der Abwehr von Angst gestellt. Assoziationen, die im Zusammenhang mit aggressiven Impulsen stehen („Unterseefisch, Maul“) enthüllen ihre sexuelle Bedeutung und die Beziehung zu ihren Ängsten dann im Inquiry. In der Antwort selbst ist das Sexuelle auf den Mund (Maul) verschoben. Wie im Erst-Test weicht die Patientin in die Tierwelt aus, und zwar in phylogenetisch frühe Stadien. Erst aufgrund des Inquiry wird klar, daß Sexualität als Vergewaltigung erlebt wird, wie es sich auch schon im ersten Protokoll (Tafel X) andeutete.

Insgesamt erscheinen die Konflikte bewußtseinsnäher, wenn auch weiterhin angstbesetzt. Es stehen Lisa nun jedoch höher strukturierte Abwehrmechanismen (z. B. auch Verdrängung) zur Verfügung, so daß sie den aus dem Unbewußten auftauchenden Einfällen nicht mehr so hilflos ausgeliefert ist. Die Wahrnehmung von menschenähnlichen Wesen und später auch Menschen, die im körperlichen Kontakt miteinander stehen, sich berühren, wenn auch durch die Bewegung sich auf Abstand haltend, zeigen diese Entwicklung an. Diese besteht in einem Deutlicherwerden der Konflikte (Inquiry, Tafel I). Die aggressiven Affekte können besser ausgehalten werden, sofern sie nicht mit der sexuellen Problematik verknüpft sind.

Wie der weitere Verlauf zeigt, nehmen regressive Tendenzen zu. Sensibilität und Empfindsamkeit sind größer geworden. Die jetzt vermehrt und deutlicher wahrgenommenen inneren Konflikte führen zu Spannungen, worauf die Patientin mit depressiven Verstimmungen reagiert. Auffällig sind ihre unbewußten Körperbild-Vorstellungen. Diese sind an Phantasien von Auflösung und Transparenz gebunden. Schwebende, schwerelose, auch fragmentierte Figuren tauchen auf. Die früher eher männliche Identifizierung, die auch die Möglichkeit aggressiv betonter, intellektueller Kontrolle geboten hatte, hat abgenommen. Der Preis scheint jedoch das Hervortreten eines fragilen Körperbildes zu sein, das ohne Repräsentationen erotischer Beziehungen zu anderen ist. Der Körper ist durch keine Art von Begehren ansprechbar (s. a. u. Tafel V). Die damit verbundene Gefahr des Zerfalls und des Todes wird verleugnet:

<sup>12</sup> Der Zwangsimpuls, sich selbst und ihre Familienmitglieder mit einem Messer töten zu müssen, richtete sich vor allem gegen den 3jährigen Bruder der Patientin.

## Re-Test

### Tafel X

- a - Der Eiffelturm ragt eisern über den bunten Trubel hinaus, als ob er das einzig Stabile in dem ganzen Gewimmel wär' (Grau Mitte: „Eiffelturm“)
  - Zwei Frauen, langes rotes Kleid, zwei Mützen auf, die laufen ganz schnell, Paris, laufen auf den Eiffelturm zu. Überstreut mit Blumen und Blüten
- b - Kaleidoskop (Grau Mitte)
- c - Von jeder Ansicht hat es 'was Unstetes, Unstabiles. Erinnert mich immer an Pflanzen und Teile
  - Hier Pflanzensamen (Braun Mitte)
- d - Zwei Milben (Grau seitlich)
  - Blick durchs Mikroskop und plötzlich Organismen, die sich entfalten
- c - Blüte aufgeschnitten, genau beschrieben. Lauter Blüten aus jeder Ansicht

### Inquiry

- b - Rochenähnlicher Fisch, bunt und hektisch. Um ihn 'rum Krebse und Getier. Fressen will er keines, hat irgendwie was anderes vor, als ob er Wichtigeres, Eiligeres zu tun hat als Fressen. Richtig rastloser Fisch

Der Wunsch nach einem stabilen, überwachsenen Prinzip („Eiffelturm“), einem personifizierten Über-Ich, ersetzt die Urszenen-Phantasie des ersten Protokolls. Buntes, Lebendiges dagegen ist unstabil, von Auflösung bedroht („erinnert mich immer wieder an Pflanzen und Teile“). In dem letzten Einfall des Inquiry deutet sich die anorektische Problematik an, welche sich im Interview bestätigt.

Zusammenfassend können wir sagen, daß Lisa ihren Schamgefühlen und ihrer archaischen Wut nicht mehr so hilflos ausgeliefert ist wie zum Zeitpunkt des Erst-Tests. Es sind mehr Steuerungskräfte vorhanden. Introversive und extratensive Momente sind in besserer Balance. Das hilft ihr, den Versuch zu wagen, korrigierende Erfahrungen im Umgang mit der Realität und im Kontakt mit Menschen zu machen (besser gesehene M-Antworten). Das Problem der Abgrenzung von Innen und Außen ist immer noch der Kern ihres intrapsychischen Konfliktes. Unsicherheit in bezug auf die eigene Identität, aggressive Impulse, jedoch ich-syntoner erlebt als vorher, und depressive Verstimmungen stehen neben einer tiefen Sehnsucht nach Geborgenheit, Ruhe und unerotischer Nähe (Tafel V: „Zwei Zwillingbrüder im Bett, schlafen ganz tief“, „Szenerie in windiger Landschaft, recht stürmisch. Im Mittelpunkt wie geborstene Skulptur“, „Frau hat sich in ein warmes Bärenfell gewickelt, nur ein Bein ragt raus“, „Kopf von Mann, der will sie umarmen. Sie ist müde, aber es gefällt ihr“).

### 2.1.3 Klinischer Status zur Zeit der Nachuntersuchung

Lisa hat es zwar geschafft, sich räumlich und z. T. auch innerlich vom Elternhaus zu lösen. Die Zwangssymptomatik, die zu dem stationären Aufenthalt geführt hatte, ist nicht mehr aufgetreten. Eine psychotherapeutische Behandlung hat nicht stattgefunden. Lisa hat nach dem Abschluß ihrer Ausbildung ein Jahr in einer Fabrik am

Fließband gearbeitet und sich dann an einer Fachoberschule für Gestaltung eingeschrieben. Nach erfolgreichem Abschluß möchte sie studieren und den ihr von den Eltern versagten Wunsch, Designerin zu werden, verwirklichen. Sie versucht mit viel Willenskraft, ihre depressiven Stimmungen zu kontrollieren und durch Kreativität zu überwinden. Im Interview wirkt sie immer noch sehr kindlich und zerbrechlich unter ihrer dicken Kleidung, die ihre Magerkeit verbirgt. Intime Kontakte zu Männern lehnt sie ab, die Mitglieder ihrer Wohngemeinschaft kümmern sich freundschaftlich um sie. Sie erscheint gefährdet durch die beginnende Anorexie, die sie offenbar verleugnet. Bewußt leidet sie unter den depressiven Stimmungen.

Insgesamt hat die zweite Untersuchung die aufgrund des ersten Rorschachversuchs gestellte Prognose bestätigt. Die Ergebnisse des Re-Tests sowie das Interview zeigen, daß Lisa weiterhin dringend psychotherapeutische Hilfe benötigt. Sie könnte jetzt mehr von einer analytischen Psychotherapie profitieren, da sie nicht mehr so mühsam um die Integrität ihrer Ich-Organisation kämpfen muß und ihr damit mehr psychische Energien für Objektbeziehungen verfügbar sind.

#### 2.1.4 Erst- und Zweittest an 5 Einzelfällen

Bei den 5 ehemaligen Patienten, die zu einer Kontaktaufnahme bereit waren, (siehe Nr. 1 bis 5 der Tabelle 1), bestätigte die Katamnese (Rorschach und Interview) unsere ursprüngliche diagnostische Einschätzung aufgrund des Tests in 4 Fällen, während wir diese in einem Fall revidieren mußten. Von den 5 Fällen, in denen wir nur indirekte Informationen erhielten, konnte das Ergebnis selbstverständlich nur mit Vorsicht bewertet werden. Auch hier hatten wir uns sehr wahrscheinlich in einem Fall getäuscht (siehe Tabelle 1).

Überblickt man die 10 nachuntersuchten Verläufe von Patienten, die im Alter von 17 bis 23 Jahren unter klinisch unsicheren und wechselnden Diagnosen stationär behandelt wurden, so zeichnen sich drei charakteristische Weiterentwicklungen ab: Bei 4 der ehemaligen Patienten bestand bei der Nachuntersuchung eine eindeutige psychotische Entwicklung (dreimal Schizophrenie, einmal eine manisch-depressive Erkrankung), drei Patienten zeigten eine narzißtische Persönlichkeitsstörung (zweimal auf Borderline-Niveau). In zwei Fällen fanden sich neurotisch-gefestigte Strukturen (einmal eine Zwangneurose, einmal eine neurotische Depression mit Tendenz zur Anorexia nervosa). Ein Fall blieb unklar: Die Patientin beging Suizid unmittelbar nach der Entlassung aus der Klinik. Die ursprünglich aufgrund ihrer Uneindeutigkeit psychiatrisch als „Adoleszentenkrise“ bzw. „Reifungskrise“ eingestuft, jedoch differentialdiagnostisch z.T. schon während der Erstbehandlung klinisch als psychotisch diagnostizierten Fälle nahmen also einen unterschiedlichen Verlauf. Die Testbefunde des Erst-Tests zeigen im Vergleich mit denen der Nachuntersuchung, daß die Rorschach-Merkmale als Indikator für die Vorhersagbarkeit der einen oder anderen Entwick-

lung insgesamt die klinische Erstdiagnose – mit Ausnahme von zwei Fällen – in zutreffender Weise absichern oder korrigieren konnten. Bei 6 von 7 Patienten, die klinisch mit dem Verdacht auf eine Psychose zum Rorschach-Test geschickt wurden, sahen wir aufgrund der Test-Ergebnisse eine solche Entwicklung als nicht wahrscheinlich an. Diese prognostische Aussage hat sich in zwei Fällen nicht bestätigt. Umgekehrt kam kein Fehler bei den Fällen vor, die von uns mit großer Sicherheit als psychotisch eingestuft worden waren.

Beim Vergleich der zeitlich auseinanderliegenden Testbefunde (Erst-Test und Re-Test) zeigten sich folgende Unterschiede: Nicht-Psychotiker erreichten im zweiten Rorschachbefund ein qualitativ ähnliches oder besseres Ergebnis als beim ersten Mal. Die Problembereiche und Konflikte traten deutlicher hervor (z. B. Körperschema-Störungen bei Borderline-Patienten). Bei Psychotikern dagegen war das Erleben eingengter geworden, der Realitätsbezug gestörter, die Manifestationen der Erlebnisinhalte bizarrer und die Verarbeitungsmöglichkeiten beeinträchtigt. In den Fällen, in denen zusätzlich ein Interview geführt werden konnte, bestätigte dieses die Rorschachergebnisse der Zweituntersuchung.

### 3 Schlußfolgerungen in bezug auf die Aussagekraft des Rorschachtests

RORSCHACH (1921) nahm an, daß es innerhalb der *Formalauswertung* des Tests Kriterien gäbe, mit deren Hilfe man so gut wie immer die Frage entscheiden könne, ob eine Versuchsperson gesund oder neurotisch, schizophren oder organisch krank sei. Diese Hoffnung hat sich für seine Nachfolger nicht bestätigt. Man muß wohl davon ausgehen, daß er als Erfinder der Methode einen anderen Zugang zu den Testergebnissen hatte, als es den heutigen Rorschach-Forschern möglich ist. In erster Linie verwendete RORSCHACH das von ihm entwickelte Verfahren zur Kontrolle psychiatrischer Befunde. Als Psychiater und Psychoanalytiker hat er darüber hinaus schon bald eine tiefere Verknüpfung zwischen formalen Testmerkmalen und den daraus abgeleiteten Symptomwerten auf der einen und psychoanalytischen Vorstellungen auf der anderen Seite postuliert. Infolge seines frühen Todes konnte er jedoch keine theoretische Begründung dieser von ihm vermuteten Bezüge mehr erarbeiten.

Wenn wir trotzdem versuchen, einige Komponenten eines möglichen Rorschach-Syndroms der „Adoleszentenkrise“ (Identitätsdiffusion) aufgrund unserer verlaufsanalytischen Betrachtungsweise der Testergebnisse hypothetisch zu formulieren, so kann das nur mit der Einschränkung geschehen, daß unsere Aussagen auf Einzelbeobachtungen beruhen, die nicht ohne weiteres verallgemeinert werden dürfen. Die folgenden Hinweise scheinen uns für unsere Fälle charakteristisch zu sein:

a) Zeichen der mangelnden Abgrenzung von den introjizierten, aber auch von den Realobjekten (schlechte Konfabulationen, unscharfe Realitätswahrnehmung,

Tab. 1: Übersicht zur Patientenstichprobe

Alter 1982 Geschlecht	Klinische Diagnose	Rorschach Diagnose 1	Katamnesticher Befund	Rorschach Diagnose 2	Rorschach Diagnose 1 richtig - falsch	Veränderungen im Rorschach-Befund 1→2: + oder - oder gleichbleibend Ø
1. 18 f	Reifungskrise bei hyperthymen, in- fantilhysterischer Persönlichkeit	Adoleszente Identitätskrise	Manisch-depres- sive Erkrankung? (Lithium- Therapie)	wie 1, prolongierte Identitätskrise, keine eindeutige Psychose	falsch (?)	Ø
2. 19 m	Reifungskrise bei narzißtischer Pri- märipersönlichkeit	Starke Abwehr als Schutz gegen Psychose	Narzißtische Persönlichkeits- störung	Zwangsneurose mit depressiven Anteilen	richtig	+
3. 18 f	Adoleszentenkrise, Zwangssyndrom	Psychose nicht ein- deutig, doch psy- chosenahe Störung	Anorexie, keine Psychose	Festigung neurotischer Strukturen	richtig	+
4. 32 f	Paranoide Schizophrenie	Präpsychose	Psychose (2J. stat. Psychiatrie)	Psychose	richtig	-
5. 21 f	Psychotische Episode, Verdacht auf Hebephrenie	Wegen starker Me- dikation keine ein- deutige Stellung- nahme möglich	Psychose	Psychose	keine Stellung- nahme wegen Medikation	-
6. 23 m	Narzißtische Persönlichkeits- störung, Negativismus	Präpsychose?	Suicid (kurz nach der Entlassung aus der stat. Be- handlung)	.-.	(richtig)	entfällt
7. 19 f	Verdacht auf Hebephrenie (Dia- gnose unklar)	Adoleszente Iden- titätskrise, Border- line-Persönlich- keitsorganisation?	Keine Informatio- nen, Kontakt zur Familie abgebro- chen	.-.	(fraglich)	entfällt
8. 18 m	Reifungskrise	Kein Hinweis auf Psychose, schizoide Persön- lichkeit, psycho- sexuelle Identitäts- diffusion	Soziale Isolation der gesamten Fa- milie. Pat. entwer- tet die Unters.- methode, lehnt Nachunters. ab	.-.	(richtig)	entfällt
9. 18 f	Infantil- hysterische Pers- önlichkeit mit Konversionssym- ptomatik, auto- aggr. Tendenzen	Pubertär- adoleszente Affek- tivitätsstörung	Borderline-Pers- önlichkeit (stat. psychotherapeuti- sche Behandlung + erneute psychiatrische Aufnahme)	.-.	(richtig)	entfällt
10. 21 m	Psychotische Episode (schizophren)	Kein eindeutiger Hinweis auf Psychose	Hebephrenie (2.J. später erneut stationär)	.-.	(falsch)	entfällt

Art der M-Antworten, introjektive B-Antworten, Komplexantworten, Rorschach-Symptome der Angst).

b) Zeichen von Verschmelzungs- und Kontaktängsten auf einem relativ niederen Niveau bis zu psychotischen Ängsten (wiederholt Dekompensation im Verlauf des Tests, Zeichen schweren Stupors, die die übli-

chen Schockphänomene übersteigen, BHd, BFb, BFbHd-Antworten).

c) Zeichen narzißtischen Rückzugs vor Intimität infolge einer tiefen Unsicherheit der psychosexuellen Identität (Komplexantworten, Angstzeichen auf *Tafel II* und VI, B mit zweierlei Sinn).

d) Manifestationen von Aggression, meist im Dienst der Abwehr von Angst (DZw, Do, Komplexantworten, Antwortenzahl), aber auch in Angst konvertierte Aggression (Häufung phobischer Inhalte).

Dieses Rorschachsyndrom bestätigt weitgehend ERIKSONS Überlegungen. Es hängt allerdings auch mit der diagnostischen Unschärfe des ERIKSONSchen Begriffs der Identitätsdiffusion zusammen, daß eine Zuordnung zu den üblichen psychiatrisch-diagnostischen Kategorien nur begrenzt möglich ist. In der psychiatrischen Praxis vermischen sich bei der Anwendung des Begriffs „Adoleszentenkrise“ zwei begriffliche Ebenen, indem klinisch-phenomenologische Beschreibungen und nicht weiter definierte entwicklungspsychologische Interpretationsansätze (vgl. aber SUGARMAN ET AL. 1980) verwendet werden.

Der gute Einblick in die Psychodynamik des pathologischen Geschehens, die uns der Rorschachbefund ermöglicht, könnte ein hilfreicher Beitrag zu Verständigung über die Diagnose „Adoleszentenkrise“ sein, die unseren Ergebnissen zufolge nicht immer eine Verlegenheitlösung (MASTERTSON 1967) oder Fiktion (RUTTER ET AL. 1976) darstellt. Gerade wenn die mit ihr einhergehenden Störungen schon zur Hospitalisierung geführt haben, muß die Möglichkeit eines schwereren Krankheitsverlaufs im Auge behalten werden. Auch davon abgesehen konnte keiner der von uns nachuntersuchten Patienten nach Ablauf von 5 Jahren als „praktisch gesund“ (vgl. LANGEN u. JAEGER 1964) beurteilt werden. Verglichen mit deren Untersuchung hätte dies bei etwa einem Drittel der ehemaligen jugendlichen Patienten der Fall sein müssen. Keiner unserer Patienten konnte der Gruppe „karikierte Pubertätsentwicklung“ zugeordnet werden, einer Patientengruppe mit einer nur überzogenen, lärmenden, aber normalen Adoleszentenproblematik. Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutung psychotherapeutischer Versorgung nach der Entlassung aus der Klinik.

### Summary

*The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach Tests*

In clinical practice the problem of diagnosis and illness concept in adolescent psychiatry is related to the highly important consequences concerning various therapeutic approaches. Though the so-called diagnostic category „adolescent crisis“ is not a real psychiatric one it serves for this purpose. The first part of this report is a review on the development and common use of this concept. The second part is an attempt to investigate the phenomena of adolescent disorder which constitute the diagnosis. For this research we use the Rorschach test based on the study of 10 catamnestically controlled single cases. Evidence for the prognostic value of the Rorschach results is – with respect to the question „adolescent crisis or schizophrenia? – the patients' clinical state and Ror-

schach-findings 5 years after their first hospitalization. In addition an attempt is made for find a Rorschach-syndrom which is related to the diagnosis „adolescent crisis“.

### Literatur

BAURIEDL, T. (1982): Zwischen Anpassung und Konflikt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – BENEDETTI, G./RAUCHFLEISCH, U. (1975): Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft. Forschungen zur Schizophrenielehre 1966–1972. Stuttgart: Thieme. – BLANCK, G./BLANCK, R. (1978): Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta. – BLOS, P. (1973): Adoleszenz – eine psychoanalytische Interpretation, Stuttgart: Klett. – BOHM, E. (1985): Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik. Bern: Huber. – BRAUN-SCHARM, H. (1989): Psychose in der Adoleszenz. Nervenärztliches Kolloquium in der Universitätsnervenklinik München am 12.7.1989. – DIAGNOSTISCHES UND STATISTISCHES MANUAL PSYCHISCHER STÖRUNGEN DSM-III-R, übers. n. d. Rev. d. 3. Aufl. d. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Dt. 1989. Weinheim: Belz. – DU BOIS, R. (1982): Pubertätskrise oder Schizophrenie? Zum Problem von Diagnose und Krankheitsbegriff in der Jugendpsychiatrie. Nervenarzt 53: 664–669. – EBERT, J.N./EWING, J.H./ROGERS, M.H./REYNOLDS, D.J. (1977): Changes in Primary Process Expression in Hospitalized Schizophrenics treated with Phenothiazines: Two Projective Tasks compared, J. of Genetic Psychology 130: 83–94. – ERIKSON, H.E. (1950): Childhood and society; dt.: Kindheit und Gesellschaft (1957). Stuttgart: Klett. – ERIKSON, H.E. (1966): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp. – ERIKSON, H.E. (1988): Jugend und Krise – die Psychodynamik im sozialen Wandel. München: DTV Klett-Cotta. – GRAHAM, P./RUTTER, M. (1985): Adolescent Disorders. In: RUTTER, M./HARSOV, L. (Eds.): Child and Adolescent Psychiatry. 2. ed. Oxford: Blackwell, 351–367. – HEINTZ, P. (1958) Person. In: KÖNIG, R. (Hrsg.): Das Fischer Lexikon Soziologie. Frankfurt/M.: Fischer. – HÖRMANN, H. (1982): Theoretische Grundlagen der projektiven Tests. In: GROFFMANN, K.-J./MICHEL, L. (Hrsg.): Grundlagen der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe, S. 173–247. – ICD 9 – Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten: dt. Ausg. d. internat. Klassifikation d. Krankheiten d. WHO, ICD, 9. Revision, 1980. Berlin: Springer. – JACOBSON, E. (1973): Das Selbst und die Welt der Objekte, Frankfurt/M.: Suhrkamp. – KIKUCHI, T./SHIRAHATA, E. (1967): Single Dosage of Chlorpromazine and Rorschach Performance. Tohoku Psychologica Folia 26: 51–65. – KRETSCHMER, E. (1952): Schizophrenien und Pubertätskrisen und ihre seelische Führung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 125: 562–571. – KRETSCHMER, W. (1972): Reifung als Grund von Krise und Psychose. Stuttgart: Thieme. – KREVELEN, A.VAN (1966): La clinique des troubles pubertaires et des troubles pendant la puberté. Acta paedopsychiat. 33: 175–182. – LANGEN, D./JAEGER, A. (1964): Die Pubertätskrisen und ihre Weiterentwicklungen. Eine katamnestische Untersuchung. Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie 205: 19–36. – LEMPP, R. (Bearb.) In: Tölle, R. (1982) Psychiatrie, 6. Aufl. Berlin: Springer. – MASTERTSON, J.F. (1967): The psychiatric Dilemma of Adolescence. Biston: Little Brown. – MEREI, F. (1947): Der Aufforderungscharakter der Rorschachtafel. Unveröffentlichte Übers., Orig. in: Magyar Psychologiai Szemle, XVI. Kötet, 3.–4. Szám, 1947. – MEYER, J.E. (1962a): Reifungskrisen der Adoleszenz, ihre Entstehungsbedingungen und ihre Prognose. Arch. Psychiat. Nervenkr. 203: 49–58. – MEYER, J.E. (1962b): Katamnestische Untersuchungen an jugendlichen Fortläufern. Z. Psychother. med. Psychol. 12:

49-58. - MEYER, J.E. (1966): Zur Klinik der Reifungskrisen. Praxis d. Psychoth. 11: 118-125. - MEYER, J.E. (1972): Psychopathologie und Klinik des Jugendalters der Pubertät und Adoleszenz. In: Psychiatr. d. Gegenwart II, 1, Klinische Psychiatr. I. Berlin: Springer, S. 823-858. - PFITZNER, R. (1976): Die Psychodynamik der Psoriasis vulgaris im Rorschachtest. Zeitschr. f. Psychosom. Medizin u. Psychoan. 22: 190-197. - RAPAPORT, D./GIL, M./SCHAFER, R. (1945): Diagnostic Psychological testing. Year Book Publishers. Rev. ed.: HOLT, R. (Ed.) (1968), New York: International Universities Press. - RORSCHACH, H. (1921, 1983<sup>10</sup>): Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments. Bern: Huber. - RUTTER, M./GRAHAM, P./CHADWICK, O.F.D./YULE, W. (1976) Adolescent Turmoil: Fact or Fiction? J. Child Psychiat. 17: 35-56. - SPADA, H./SEIDENSTÜCKER, G. (1980): Trends bei Formdeutungsverfahren? In: BAUMANN, U./BERBALK, H./SEIDENSTÜCKER,

G. (Hrsg.): Klin. Psychologie, Trends in Forschung u. Praxis, Bd. 3. Bern: Huber, S. 158-211. - SUGARMAN, A./BLOOMFESHBACH, J. (1980): Psychological Dimensions of Borderline Adolescents. In: KWAWER, J.S./LERNER, H.D./LERNER, P.M./SUGARMAN, A. (Eds.): Borderline Phenomena and the Rorschach. New York: International Universities Press, S. 469-492. - VOGEL, H./VOGEL, I. (1977): Projektive Verfahren und ihre Anwendung. In: STRUBE, G. (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts V, Binet und die Folgen. München: Kindler, S. 383-465. - WURMSER, L. (1986): Die schwere Last von tausend unbarmherzigen Augen. Zur Psychoanalyse der Scham und der Schamkonflikte. Forum Psychoanal. 2: 111-133.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Helga Rehm, Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik der Universität München, Nußbaumstr. 7, 8000 München 2