

Institut für Psychologie der Universität Göttingen  
und Max-Planck-Institut für Psychiatrie München

## Primär- und sekundärprozeßhaftes Denken bei Normalen, Neurotikern und Borderline-Patienten\*

Von Falk Leichsenring und Wolfgang Hiller

### *Summary*

#### *Primary and Secondary Process Thinking in Normals, Neurotics and Borderline Patients*

In the present paper normals, neurotics and borderline patients were compared with respect to primary and secondary process thinking. The Holtzman Inkblot Technik was used to assess the different modes of functioning. As it was expected, normals had more indicators of the most severe levels of primary process thinking than neurotics, but less than borderline patients. On the other hand it could be demonstrated that in normals the reality testing ability and synthetic functioning were not impaired compared to neurotics. In the contrary, the normals exceeded the neurotics concerning indicators of abstractive abilities. The results are discussed with regard to the hypothesis of a continuum of normal and deviant thinking and with regard to the concept of adaptive regression in the service of the ego.

### *Keywords*

Primärprozeß, Sekundärprozeß, Regression, Borderline

### *Zusammenfassung*

In der vorliegenden Arbeit sind Normale, Neurotiker und Borderline-Patienten hinsichtlich primär- und sekundärprozeßhaftem Denken verglichen worden. Zur Erfassung der verschiedenen Funktionsweisen wurde die *Holtzman* Inkblot Technik verwendet. Wie erwartet fanden sich bei Normalen mehr Indikatoren für primärprozeßhaftes Denken des höchsten Schweregrades als bei Neurotikern, aber weniger als bei Borderline-Patienten.

---

\* Die Idee und Anregung zu dieser Arbeit stammt von Herrn Prof. Dr. Ulrich Rüger, bei dem wir uns herzlich bedanken wollen.

Andererseits konnte gezeigt werden, daß Normale gegenüber Neurotikern nicht hinsichtlich der Fähigkeit zur Realitätsprüfung sowie hinsichtlich des synthetischen Funktionierens beeinträchtigt sind. Normale waren Neurotikern im Gegenteil im Hinblick auf Testmerkmale überlegen, die als Indikatoren für Abstraktionsfähigkeit interpretiert werden. Die Untersuchungsergebnisse werden im Hinblick auf die Hypothese eines Kontinuums zwischen normalem und auffälligem Denken sowie im Hinblick auf das Konzept der adaptiven Regression im Dienste des Ichs diskutiert.

In der psychoanalytischen Theorie des Denkens wird zwischen primär- und sekundärprozeßhaftem Denken unterschieden (vgl. *Rapaport*, 1950, 1951; *Bellak*, *Hurvich* u. *Gediman*, 1973). Unter sekundärprozeßhaftem Denken wird hierbei das bewußte Denken des Erwachsenen verstanden, das den Gesetzen der Logik und der Syntax folgt und überwiegend verbal ist. Primärprozeßhaftes Denken wird dagegen als der vorwiegende Denkmodus des noch unreifen Ichs angesehen. Als Mechanismen des primärprozeßhaften Denkens werden Verschiebung und Verdichtung genannt. Es wird davon ausgegangen, daß das primärprozeßhafte Denken im Laufe der psychischen Entwicklung zwar zugunsten des sekundärprozeßhaften Denkens zurücktritt, daß jedoch dem Erwachsenen die Möglichkeit bleibt, auf die frühere Denkform zurückzugreifen, z. B. in Witz, Spiel, Traum oder Kunst (*Freud*, 1905; *Kris*, 1952; *Brenner*, 1972). Dieser Vorgang wird als „Regression im Dienste des Ichs“ bezeichnet (*Kris*, 1952) und von *Bellak* (1958, S. 367, zitiert nach *Bellak et al.*, 1973, S. 183) folgendermaßen definiert:

„... a topographical regression of the cognitive processes ... takes place which involves simultaneously a temporal regression to primary-process levels; the synthetic function does not regress at all but remains, or rises in fact, to optimal levels.“

Neben dem Anwachsen der synthetischen Ich-Funktionen wird auch eine Verbesserung der realitätsbezogenen Ich-Funktionen als Folge einer Regression im Dienste des Ichs angenommen (*Bellak*, 1961, S. 14—15, nach *Bellak et al.*, 1973).

Nach diesen Überlegungen ist nicht das Auftreten von primärprozeßhaftem Denken an sich als pathologisch anzusehen, sondern das relative Zurücktreten des sekundärprozeßhaften Funktionierens, z. B. bei schizophrenen, manischen oder organischen Psychosen (*Brenner*, 1981). Empirische Untersuchungen haben jedoch gezeigt, daß sich auffällige Denkvorgänge nicht nur bei Psychosen, sondern auch bei Borderline-Störungen und sogar bei Neurosen finden, wenn auch in geringerem Ausmaß als bei Psychosen (vgl. z. B. *Harrow* u. *Quinlan*, 1977; *Singer* u. *Larson*, 1981; *Exner*, 1966; *Leichsenring*, 1989).

Es liegt daher nahe, von einem Kontinuum zwischen primär- und sekundärprozeßhaften bzw. auffälligen und „normalen“ Denkvorgängen auszuge-

hen (vgl. Harrow u. Quinlan, 1985, S. 87; Urist, 1981). Harrow und Quinlan (1985) sind zwar der Ansicht, daß die vorliegenden Befunde eher eine Kontinuums- als eine Dichotomie-Hypothese („vorhanden“ — „nicht vorhanden“) der Denkstörung stützen, halten jedoch eine abschließende Entscheidung über diese Frage für gegenwärtig (noch) nicht möglich.

Die „Kontinuums-Hypothese“ scheint allerdings keine einfache, sondern eine komplexe Hypothese zu sein, die unserer Ansicht nach mehrere Annahmen beinhaltet:

1. Es lassen sich verschiedene Grade von Auffälligkeiten im Denken unterscheiden, die von leichten kognitiven „Ausrutschern“ („cognitive slippage“, Harrow u. Quinlan, 1985) bis zur Denkstörungen von schwerstem Niveau reichen (Annahme 1).
2. Auffällige Denkvorgänge verschiedener und auch höherer Schweregrade finden sich nicht nur bei Schizophrenen oder allgemein bei Psychotikern, sondern auch bei weniger stark gestörten Personen (Annahme 2).
3. Je höher jedoch der Grad der psychischen Störung ist, desto stärker sollten auch Auffälligkeiten im Denken sein. Unter dem „Grad der Störung“ soll in der vorliegenden Arbeit das Niveau der Ich-Organisation auf dem Kontinuum zwischen dem „fiktiven Normal-Ich“ und dem psychotischen Ich (Freud, 1937) verstanden werden (Annahme 3).

Als Konsequenz würde aus der zuletzt genannten Annahme folgen, daß Normalpersonen das „untere Ende“ des Kontinuums auffälligen Denkens markieren. Diese Implikationen der Kontinuums-Hypothese scheint uns jedoch fraglich zu sein, zumindest im Hinblick auf bestimmte, nämlich primärprozeßhafte Formen von auffälligen Denkvorgängen. Wir nehmen eher an, daß psychisch Gesunde nicht nur über die Fähigkeit zu sekundärprozeßhaftem Denken verfügen, sondern auch über die Fähigkeit, im Dienste des Ichs, d. h. „kontrolliert“ zu regredieren. Es sollten daher charakteristische Unterschiede zu den verschiedenen Gruppen des psychopathologischen Spektrums bestehen:

Von neurotischen Patienten sollten sich psychisch Gesunde einerseits durch eine bessere Fähigkeit zur zeitweisen Regression auf ein primärprozeßhaftes Funktionsniveau unterscheiden: Wir nehmen an, daß sich psychisch Gesunde mehr Freiheit der Phantasie gestatten als Neurotiker, die unserer Ansicht nach i. a. eher durch eine Hemmung als durch eine freie Beweglichkeit der Phantasie gekennzeichnet sind. Zur Erklärung dieses Unterschiedes kommen von den Faktoren, die die verschiedenen Autoren als wesentlich für eine Regression im Dienste des Ichs ansehen, mehrere in Frage: Strenge des Über-Ichs und Rigidität der Abwehr (vgl. Schafer, 1958), geringere Autonomie gegenüber Triebimpulsen und Umwelt (vgl. Rapaport, 1951) sowie gegenüber Über-Ich-Introjekten (vgl. Joffe u. Sandler, 1968). Schafer (1958, 1968) führt eine Reihe weiterer Voraussetzungen an, von denen einige bei neurotischen Patien-

ten beeinträchtigt sein können, z. B. die Bewältigung früher Traumata, was für eine sichere Annäherung an ehemals erschreckende Erlebnisse der Kindheit wichtig ist.

Im Hinblick auf die zweite Phase einer Regression im Dienste des Ichs ist zu erwarten, daß bei psychisch Gesunden die Realitätsprüfung intakt ist und insbesondere die synthetischen Funktionen des Ichs gegenüber Neurotikern (durch Regression im Dienste des Ichs) verbessert sind.

Psychisch Gesunde sollten sich dagegen von Borderline-Patienten und Psychotikern sowohl durch die Begrenzung der regressiven Phase als auch hinsichtlich der in der zweiten Phase wesentlichen Funktionen der Realitätsprüfung und der Synthese unterscheiden: Die Freiheit der Phantasie sollte bei psychisch Gesunden nicht (durchgehend) das Ausmaß erreichen, daß es bei Borderline-Patienten oder Psychotikern hat. Sie sollte durch die Fähigkeit begrenzt sein, zwischen freiem Phantasieren und Realitätsprüfung hin- und her-zupendeln.

In der vorliegenden Arbeit sollen die eben abgeleiteten Annahmen empirisch geprüft werden. Dies schließt eine Prüfung der oben angeführte Annahme 3 in ihren Implikationen für Normalpersonen ein. Zu diesem Zweck werden drei Untersuchungsgruppen miteinander verglichen: Normalpersonen, Neurotiker und Borderline-Patienten. In einer anderen Arbeit ist gezeigt worden, daß bei Borderline-Patienten signifikant mehr primärprozeßhafte Denkformen höheren Schweregrades auftreten als bei Neurotikern (*Leichsenring*, 1989). Die Ergebnisse dieser Untersuchung stehen im Einklang mit allen drei Annahmen der Kontinuums-Hypothese (vgl. *Leichsenring*, 1989).

### Methoden

#### Untersuchungsstichproben und diagnostische Instrumente

Zur Prüfung der angeführten Annahmen griffen wir auf die Daten der Untersuchung von *Hiller* (vgl. 1986, *Hiller* u. *Duhm*, 1989) und *Leichsenring* (1989) zurück.

Die Normalstichprobe der Untersuchung von *Hiller* (1986) besteht aus 35 Personen, die im Rahmen eines Vergleichs mit neurotisch depressiven Patienten mit verschiedenen diagnostischen Verfahren untersucht worden sind. Bei den angewendeten Instrumenten handelt es sich um das „Diagnostic Interview Schedule“ (*DIS*, vgl. *Robins* et al., 1981; *Wittchen* u. *Rupp*, 1981), das „Biographische Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen“ (*BIV*, vgl. *Jäger* et al., 1976) sowie um den Gießen-Test (*Beckmann* u. *Richter*, 1975). Mittels des *DIS* war die für den Vergleich mit depressiven Patienten wesentliche DSM-III-Kategorie „Major Depression“ (*American Psychiatric Association*, 1980) ausge-

Tabelle 1: Vergleich der Normalstichprobe mit den Eichstichproben des Biographischen Inventars (BIV) und des Gießen-Tests (GT)

	M s		M s t		est.omega <sup>2</sup>	
Biographisches Inventar (BIV)						
	Normale (N = 35)		Normalpopulation-BIV (N = 751)			
FAM	6.69	3.98	5.28	4.04	.59	
ERZ	7.03	4.69	7.08	5.23	.06	
SOZLAG	.89	.96	1.44	1.63	3.14*	.01
PSYKON	2.11	2.47	3.57	2.80	3.35*	.01
SOZAKT	2.83	2.42	3.38	2.57	1.29	
ICHSTK	3.69	2.26	4.02	2.50	.83	
N	2.86	2.76	4.19	2.78	2.75*	.01
E	4.66	2.62	4.88	2.61	.48	
Gießen-Test (GT)						
	Normale (N = 35)		Eichstichprobe-GT (N = 1587)			
1	29.06	4.84	28.79	5.26	.32	
2	23.43	4.83	27.27	5.06	4.58**	.01
3	24.86	5.56	26.78	5.66	1.99**	.002
4	22.94	5.74	23.27	6.16	.33	
5	23.03	5.16	22.28	5.92	.84	
6	20.49	4.41	20.06	5.34	.57	

BIV-Skalen:

- FAM: Familiäre Situation (subjektive Beschreibung der familiären Situation in der Kindheit);  
 ERZ: Erziehungsverhalten (Erziehungsverhalten der Eltern);  
 SOZLAG: Soziale Lage (gegenwärtige soziale Belastungen);  
 PSYKON: Psychophysische Konstitution (Disposition zu somatischen Reaktionen auf Belastungen);  
 SOZAKT: Soziale Aktivitäten (Kontaktverhalten);  
 ICHSTK: Ich-Stärke (Selbstsicherheit, Durchsetzungsvermögen);  
 N: Neurotizismus (emotionale Labilität);  
 E: Extraversion  
 \*signifikant bei  $n = .05$  (zweiseitig), d. h. signifikante Abweichung der Normalstichprobe in Richtung auf geringere Gestörtheit (BIV-Skalen Sozlag, Psykon und Neurotizismus)

Gießen-Test:

- Skala 1: Soziale resonanz (Wirkung auf die Umgebung)  
 Skala 2: Dominanz (Dominanz vs. Gefügigkeit)  
 Skala 3: Kontrolle (Unter- vs. Überkontrolliertheit)  
 Skala 4: Grundstimmung (hypomanisch vs. depressiv)  
 Skala 5: Durchlässigkeit (durchlässig vs. retentiv)  
 Skala 6: Soziale Potenz (sozial potent vs. sozial impotent)  
 \*\*signifikant bei  $\alpha = .05$  (zweiseitig), signifikante Abweichung der Normalstichprobe in Richtung auf Dominanz und Unterkontrolliertheit (GT-Skalen 2 und 3)

est.omega<sup>2</sup>:  $t^2 - 1/t^2 - 1 + N(1) + N(2)$  nach Hays (1973, S. 417)

geschlossen worden. Weiterhin bestehen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der Normalstichprobe und der Eichstichprobe (Normalpopulation) des BIV in 5 der 8 Skalen. Bei den 3 restlichen Skalen bestehen statistisch signifikante Abweichungen in Richtung auf eine geringere Gestörtheit der Normalstichprobe (vgl. Tabelle 1). Im Gießen-Test unterscheidet sich die Normalstichprobe nicht signifikant von der Eichstichprobe (*Beckmann, Brähler u. Richter, 1983*) in den Skalen Soziale Resonanz, Grundstimmung, Durchlässigkeit und soziale Potenz (vgl. Tabelle 1). In den Skalen Dominanz und Kontrolle weist die Normalstichprobe dagegen statistisch signifikante Abweichungen in Richtung auf erhöhte Dominanz und Unterkontrolliertheit auf (vgl. Tabelle 1). Sowohl die Unterschiede im BIV als auch die im Gießen-Test sind jedoch betragsmäßig gering, ihnen entsprechen nur sehr geringe Anteile an aufgeklärter Varianz (vgl. est.  $\omega^2$  in Tab. 1).

Insgesamt sprechen die dargestellten Befunde für eine weitgehende Unge störtheit der Normalstichprobe.

Bei den Borderline- und neurotischen Patienten handelt es sich um stationär behandelte Patienten, die im Rahmen eines Vergleichs beider Gruppen hinsichtlich verschiedener Aspekte der Psychopathologie untersucht worden sind (*Leichsenring, 1989*). Sie stammen zum überwiegenden Teil aus dem Niedersächsischen Landeskrankenhaus Tiefenbrunn bei Göttingen, weitere Teile kommen aus der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie sowie der Abteilung Psychiatrie der Universität Göttingen, ferner aus dem Landeskrankenhaus Göttingen\*\*. Die Diagnose „Borderline-Störung“ vs. „Neurose“ ist anhand des „Diagnostic Interviews for Borderlines“ (DIB) von *Gunderson und Kolb* (*Kolb u. Gunderson, 1980*) in seiner deutschen Übersetzung von *Eckert et al. (1987)* gestellt worden (vgl. *Leichsenring, 1989*). Das DIB war vom Erstautor bei Patienten durchgeführt worden, deren klinische Diagnose entweder die einer Neurose oder die einer Borderline-Störung war. Patienten mit einem Gesamtskalenwert im DIB von mindestens 7 waren als „Borderline-Patienten“ klassifiziert worden, Patienten mit einem niedrigeren Gesamtskalenwert als „neurotisch“. Um diagnostisch zweifelhafte Fälle aus der Untersuchung auszuschließen, waren in die endgültigen Untersuchungsgruppen nur die  $2 \times 30$  Patienten aufgenommen worden, bei denen eine Übereinstimmung zwischen klinischer und DIB-Diagnose bestand<sup>1</sup>. Nach ihren klinischen Diagnosen erfüllten die in die Borderline-Stichprobe aufgenommenen Patienten die Kriterien *Kernbergs* für eine Borderline Persönlichkeitsorganisation, die in die Neurotiker-Gruppe aufgenommenen Patienten die Kriterien *Kernbergs* für eine Ich-Organisation auf neurotischem Niveau (*Kernberg, 1967*;

\*\* Ich möchte mich an dieser Stelle besonders bei allen Mitarbeitern der Kliniken bedanken, ohne deren Unterstützung die Untersuchung kaum möglich gewesen wäre (*F. L.*).

1 Die zufallskorrigierte Übereinstimmung (*Cohen, 1960*) zwischen klinischer und DIB-Diagnose war relativ hoch ( $\text{Kappa} = .74$ ).

Kernberg et al., 1981). Im einzelnen sind folgende Neuroseformen in der Stichprobe vertreten: Angstneurose (7), neurotische Depression (3), Zwangneurose (3), hysterische Neurose (5), Phobie (3), verschiedene Charakterneurosen (9), z. B. zwanghafte oder hysterische Charakterneurosen.

Sowohl im Hinblick auf die DIB-Rating als auch auf die Auswertung der *Holtzman* Inkblot Technik (s. u.) konnte eine gute Übereinstimmung mit „blinden“ Auswertern nachgewiesen werden (Leichsenring, 1989).

### *Holtzman-Inkblot-Technik*

Zur Untersuchung der relevanten psychischen Funktionen ist in beiden angeführten Untersuchungen die *Holtzman* Inkblot Technik (HIT, *Holtzman* et al., 1961) verwendet worden. Sie wird hinsichtlich Standardisierung, Normen Signierungskonsistenz und Variablen-Stabilität als vielen nicht-projektiven Persönlichkeitstests gleichwertig angesehen (vgl. *Spitznagel*, 1986, S. 242).

Als Indikatoren für primärprozeßhafte Denkvorgänge werden die verschiedenen Formen von „abweichende Verbalisationen“ verwendet, die *Holtzman* et al. (1961) in Anlehnung an die Arbeit von *Rapaport* et al. (1946, 1950) unter gewissen Modifikationen in das Auswertungssystem der HIT integriert haben. Neben einigen qualitativen Veränderungen ist insbesondere ein Rating der Schweregrade der einzelnen Formen von abweichenden Verbalisationen eingeführt worden, das von der Stufen 0 (nicht auffällig) bis 4 (extrem auffällig) reicht (vgl. *Holtzman*, 1961; *Holtzman* et al., 1961). Eine Übersicht über die in der HIT erfaßten Formen von abweichenden Verbalisationen sowie eine kurze Beschreibung ist in Kasten 1 gegeben (vgl. *Holtzman*, 1961, S. 27; *Neumann*, 1977, S. 21 ff.). Eine ausführliche Darstellung ist bei den eben genannten Autoren zu finden.

An einer durch den Zweitautor blind signierten Zufallstischprobe von HIT-Antworten der Neurotiker-Gruppe wurde die Übereinstimmung zwischen den Signierungen der beiden Autoren (F. L. und W. H.) geprüft. Sie lag für die verschiedenen Schweregrade von abweichenden Verbalisationen zwischen  $\Phi = .77$  (Stufe 1) und  $.83$  (Stufe 4) und kann als ausreichend für Gruppenvergleiche angesehen werden. Diese Werte liegen ungefähr in dem Bereich, wie sie *Whitaker* (1965) für Blind-Signierungen abweichender Verbalisationen in der HIT mitgeteilt hat (.81).

Zur Erfassung von Aspekten der Integrationsfähigkeit wird zum einen die HIT-Variable „Integration“ (I) herangezogen. Bei einer Integrations-Antwort werden zwei oder mehr adäquat wahrgenommene Kleckselemente angemessen zu einer größeren Einheit verbunden (vgl. *Holtzman*, 1961). Voraussetzung ist nach *Holtzman* (1961) ein Mindestmaß an Formbestimmtheit ( $\geq 1$ ) und Formangemessenheit ( $\geq 1$ ), außerdem darf die Antwort nicht stärker bi-

**Kasten 1: Skalenwerte, Kategorien und Kurzbeschreibung der einzelnen Formen abweichender Verbalisationen in der HIT (nach Holtzman, 1961, S. 27, und Neumann, 1977, S. 21), Beispiele aus Neumann (1977), S. 21–25)**

Kategorie deutsche Bezeichnung	englische Bezeichnung	Abkürzung	mögliche Skalenwerte
Fabulierung	Fabulation	FB	1
Fabulierte Kombination	Fabulized Combination	FC	2, 3, 4
Autistische Logik	Autistic Logic	AL	1, 2, 3, 4
Seltsame Antwort	Queer Response	QR	1, 2, 3
Eigenbezug	Self Reference	SR	2, 3, 4
Willkürliche Farbgebung	Detoriation Color	DC	2, 3, 4
Kontamination	Contamination	CT	2, 3, 4
Absurde Antwort	Absurd	AB	3
Inkohärenz	Incoherence	IC	4

**Fabulierungen:** affektive Ausschmückungen, die über den „neutralen“ Klecks hinausgehen, z. B.: „Ein Tier, ganz melancholisch“

**Fabulierte Kombinationen:** unmögliche Verbindungen von Konzepten, z. B.: „Zwei Spaziergänger, Fische kommen aus ihnen heraus.“ (FC4)

**Queer:** eigenartige, exzentrische oder merkwürdige Antworten, z. B.: „Chinesisches Bild eines chinesischen Mannes von einem Chinesen gemalt.“ (QR1)

**Autistische Logik:** phantastische Begründungen der Deutung, z. B.: „Ein Herz blutet Galle. Qc: Es ist zerbrochen und bitter.“ (AL4)

**Kontamination:** Verschmelzung von unvereinbaren Konzepten, z. B.: „Die Bibel, nein ein Fingerabdruck, nein ein Bibelabdruck.“ (CT4)

**Eigenbezug:** Einbeziehung der eigenen Person in die Antwort, z. B.: „Gesicht eines Mannes, es sieht aus wie meines, vielleicht habe ich es verloren.“ (SR4)

**Absurde Antworten:** sehr formbestimmte, aber formunangemessene Antworten, die auch ohne Bezug auf Farbe oder Schattierung sind, z. B.: „Cheopspyramide“ (zu Tafel 1A, 1a). (AB3)

**Willkürliche Farbgebung:** willkürliche symbolische Farbdeutung oder willkürliche Zuordnung von Farbe und Konzept, z. B.: „Gelbes Blut rinnt über grünes Blut, vermischt sich mit diesem und zeugt Rot.“ (DC4)

**Inkohärenz:** totaler Zusammenbruch der rationalen Kontrolle; die Antwort erscheint dem Beobachter als „Unsinn“, z. B.: „Eine Bauchoperation, ein Schuß aus den Wolken, Explosion.“ (IC4)

Die Zahl nach der Abkürzung gibt den Skalenwert an, AL4 z. B. zeigt AL der Stufe 4 an, 1a bei AB die Lokalisation, Qc bei AL4 die Frage nach den Determinanten der Antwort.

zarr elaboriert sein (Schweregrad von abweichenden Verbalisationen  $\leq 1$ ). Die Variable „Integration“ erfasst nach Hill (1981) die Fähigkeit zu Differenzierung und Integration (vgl. auch Rapaport et al., 1946, 1950, S. 323).

Als Indikatoren für die Fähigkeit zu Abstraktion, (angemessener) Generalisierung und Integration sehen Rapaport, Gill und Schafer (1946, 1950) formal

„gute“ Ganzantworten an. Da im Auswertungssystem der HIT eine Unterscheidung der Ganzantworten in gute und weniger gute Antworten nicht vorgesehen ist, ist diese Variable vom Erstautor in Anlehnung an die Integrations-Antworten folgendermaßen definiert worden: Eine „gute“ Ganzantworten (W+) liegt dann vor, wenn bei einer Ganzantwort (HIT-Variable Lokalisation = 0) die oben angeführten Bedingungen für Formbestimmtheit, Formangemessenheit und abweichende Verbalisation erfüllt sind. „Guten“ Ganzantworten wird die von *Rapaport* und Mitarbeitern gegebene Interpretation zugrundegelegt.

Als Indikator für die Autonomie der Wahrnehmungs- und Denkprozesse gegenüber dem Eindringen von unbewußten Faktoren werden „gute“ Formantworten (F+) verwendet (vgl. *Rapaport et al.*, 1946, 1950, S. 189, 193). Sie implizieren die Fähigkeit zur Realitätsprüfung und zur Impulskontrolle (*Rapaport et al.*, 1946, 1950, S. 189, 193). Da im Auswertungssystem der HIT im Unterschied zum *Rorschach*-Test „gute“ Formantworten nicht definiert sind, wurde diese Variable vom Erstautor wiederum in Anlehnung an die Integrations-Antworten durch folgende Kriterien definiert: Eine „gute“ Formantwort (F+) liegt dann vor, wenn bei einer überwiegend formdeterminierten Antwort (HIT-Variablen Farbe und Schattierung  $\leq 1$ ) die oben angeführten Bedingungen für Formbestimmtheit, Formangemessenheit und abweichende Verbalisation erfüllt sind.

### *Untersuchungshypothesen*

Entgegen der Annahme 3 der Kontinuums-Hypothese erwarten wir nach den oben angestellten Überlegungen, daß sich psychisch Gesunde auch extrem bizarre Phantasien gestatten, wie sie in größerer Häufigkeit nur bei Borderline-Patienten und Psychotikern auftreten. Wir gehen davon aus, daß sich die psychisch Gesunden von den Neurotikern nicht durch weniger abweichende Verbalisationen der höheren Schweregrade 3 und 4 unterscheiden, sondern im Gegenteil hinsichtlich einiger Formen von abweichenden Verbalisationen dieser Schweregrade sogar mehr Antworten aufweisen als die Neurotiker. Bei den Neurotikern sollten sich diese Indikatoren für stark primärprozeßhaftes Funktionieren dagegen vergleichsweise selten finden.

Bezüglich welcher speziellen Formen von abweichenden Verbalisationen der Stufen 3 und 4 Unterschiede auftreten, läßt sich schwer vorhersagen. Nach den Ergebnissen von *Swartz* (1969; nach *Hill*, 1981), der bei Normalpersonen signifikant mehr fabulierte Kombinationen gefunden hat als bei Schizophrenen, ist es jedoch wahrscheinlich, daß dies u. a. für diese Antwortform gilt. Bei einer fabulierten Kombination werden Konzepte, die miteinander unvereinbar sind, auf phantastischer Weise in eine Beziehung gesetzt, nur weil dies von

*Tabelle 2: Mittelwerte, Standardabweichungen, t- und omega<sup>2</sup>-Werte für verschiedene Formen von abweichenden Verbalisationen bei Normalen, Neurotikern und Borderline-Patienten*

	Normale		Neurotiker				Borderline			
	M	SD	M	SD	t	a (%)	M	SD	t (§)	b (%)
V1sum	4.46	2.78	8.77	4.83	4.48*	23	9.20	4.48	5.21*	29
QR2	1.43	1.65	0.20	0.48	3.93*	18	1.37	1.79	0.15	—
V2sum	4.57	2.97	6.90	3.58	2.86*	10	12.40	6.21	6.63*	40
FC3	0.74	0.81	0.73	1.08	0.04	—	3.50	3.66	4.33*	21
AL3	0.11	0.40	0.23	0.43	1.15	—	3.47	2.70	7.26*	44
QR3	0.51	1.25	0.00	0.00	2.26*	16	0.80	1.30	0.90	—
SR3	0.11	0.40	0.07	0.37	0.50	—	0.70	1.66	2.02*	5
DC3	0.00	0.00	0.00	0.00	—	—	0.10	0.31	1.94*	4
CT3	0.20	0.47	0.13	0.35	0.64	—	1.00	1.36	3.25*	13
AV3	0.20	0.41	0.07	0.25	1.56	—	0.73	1.31	2.28*	6
V3sum	1.89	2.13	1.23	1.43	1.43	—	10.30	7.50	6.36*	38
FC4	0.29	0.62	0.00	0.00	2.51*	8	1.00	1.57	2.46*	7
AL4	0.00	0.00	0.00	0.00	—	—	0.03	0.18	1.08	—
SR4	0.00	0.00	0.00	0.00	—	—	0.10	0.40	1.47	—
DC4	0.00	0.00	0.00	0.00	—	—	0.00	0.00	—	—
CT4	0.06	0.24	0.07	0.37	0.13	—	0.47	0.97	2.41*	7
IC4	0.03	0.17	0.00	0.00	0.92	—	0.00	0.00	0.92	—
V4sum	0.37	0.77	0.07	0.37	1.98*	4	1.60	2.14	3.16*	12
F+	26.67	4.77	25.87	4.26	0.70	—	17.73	5.67	6.71	40
W+	16.97	5.36	13.37	4.16	3.00*	11	7.87	3.21	8.31*	51
I	10.09	4.22	11.20	5.93	.84	—	6.77	4.02	3.19*	12

V1sum: FB1 + AL1 + QR1

V2sum: FC2 + AL2 + QR2 + SR2 + DC2 + CT2

V3sum: FC3 + AL3 + QR3 + SR3 + DC3 + CT3 + AB3

V4sum: FC4 + AL4 + SR4 + DC4 + CT4 + IC4

t (§): Vergleich Normale vs. Borderline-Patienten

\*: statistisch signifikant bei  $\alpha = 0.05$ ,  $df = 63$  (einseitig)

a: est.omega<sup>2</sup> für Normale vs. Neurotiker

b: est.omega<sup>2</sup> für Normale vs. Borderline-Patienten

est.omega<sup>2</sup> =  $t^2 - 1 / t^2 - 1 + N(1) + N(2)$  nach *Hays* (1973), S. 417)

„kleiner“, „mittlerer“ und „großer“ Effekt nach *Cohen* (1969): omega<sup>2</sup> = 0.01, 0.06, 0.14

der Lage der Klecksteile nahegelegt wird. Die Verbindung basiert mehr auf dem räumlichen als auf einem logischen Zusammenhang der (für sich betrachtet angemessen) gedeuteten Konzepte. Als Beispiel für eine Fabulierte Kombination des höchsten Schweregrades 4 mag die in Kasten 1 gegebene Antwort zu Tafel 34A dienen (vgl. *Holtzman*, 1961, S. 52).

Insbesondere im Hinblick auf die Entstehung Fabulierter Kombinationen sind die Ausführungen von *Bellak* zu den an einer Regression im Dienste des Ich beteiligter Prozessen relevant: „What happens is that cognitive, selective, adaptive functions are decreased; this weakens the sharply defined boundaries of figure and ground, of logical, temporal, spatial, and other relations, and permits them to reorder themselves into new configurations with new boundaries, under the scrutiny of the again sharply functioning adaptive forces.“ (1958, S. 367; zitiert nach *Bellak et al.*, 1973, S. 183).

Da abweichende Verbalisationen der leichteren Schweregrade 1 und 2 auch bei Neurotikern häufig sind (*Leichsenring*, 1989), werden diesbezüglich keine Unterschiede zu der Normalstichprobe erwartet. Die Gesunden sollten jedoch mindestens ebenso viele F+ und sogar mehr W+ und I aufweisen (Indikatoren für realitätsbezogenes und synthetisches Funktionieren).

Von Borderline-Patienten sollten sich Normalpersonen dagegen insbesondere durch eine geringere Zahl von abweichenden Verbalisationen der höheren Schweregrade 3 und 4 unterscheiden (Indikatoren für primärprozeßhaftes Funktionieren) sowie durch eine größere Anzahl von W+, I und F+ (Indikatoren für synthetisches und realitätsbezogenes Funktionieren).

### Ergebnisse

Wie aus Tabelle 2 hervorgeht, findet sich keine einzige Form von abweichenden Verbalisationen der höheren Schweregrade 3 und 4 signifikant häufiger bei den Neurotikern als bei den Normalen. Signifikant häufiger traten bei den Neurotikern nur die meisten der mit den leichteren Schweregraden 1 und 2 signierten Formen auf (FB1, AL1, QR1, FC2, AL2, SR2), was sich in den Summen V1sum und V2sum widerspiegelt. Es finden sich im Gegenteil bei den Normalen statistisch signifikant mehr Fabulierte Kombinationen der Stufe 4 (FC4) und Queer-Antworten der Stufe(n 2 und) 3 (QR2, QR3). — Bei Queer-Antworten handelt es sich um Antworten, die durch ihre subjektive, affektbeladene und überbestimmte Art „eigenartig“ wirken (vgl. *Rapaport et al.*, 1946, 1950).

Auch bezüglich der Gesamtzahl der mit Stufe 4 signierten Formen von abweichenden Verbalisationen (V4sum) besteht ein statistisch signifikanter Unterschied zugunsten der Normalen. Hinsichtlich der Gesamtzahl von abweichenden Verbalisationen der Stufe 3 (V3sum) weisen die Normalen zwar de-

Tabelle 3: Prozentsätze von Patienten mit mindestens einer abweichenden Verbalisation der Schweregrade 3 und 4 sowie  $\chi^2$ - und  $\hat{e}$ -Werte

	Normale Neurotiker		$\chi^2$	$\hat{e}$	Borderline		
	% $\geq 1$	% $\geq 1$			% $\geq 1$	$\chi^2$ (§)	$\hat{e}$
FC3	51	40	0.84		77	0.23	
AL3	9	23	2.70		90	43.10*	0.66
QR3	23	0	7.82*	0.12	40	2.87	
SR3	9	3	0.77		27	3.76	
DC3	0	0	0.00		10	3.69	
CT3	17	13	0.18		53	9.45*	0.15
AB	17	7	2.41		40	4.21*	0.06
V3sum	77	57	3.10		100	7.82*	0.12
FC4	17	0	5.67*	0.09	47	11.04*	0.17
AL4	0	0	—		3	1.18	
SR4	0	0	—		7	2.41	
DC4	0	0	—		0	—	
CT4	6	3	0.21		27	5.76*	0.09
IC4	3	0	0.87		0	1.74	
V4sum	23	3	5.15*	0.08	57	7.80*	0.12

\* statistisch signifikant bei  $\alpha = 0.05$  und  $df = 1$

$\chi^2$  (§): Vergleich Normale vs. Borderline-Patienten

$\hat{e} = \text{est. } e = \chi^2 / (N(1) + N(2))$  nach *Cohen* (1969)

„kleiner“, „mittlerer“ und „großer“ Effekt nach *Cohen* (1969):  $e = 0.05, 0.10, 0.20$ .

skriptiv einen höheren Wert auf, der Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant. Die Effektgröße  $\text{est. } \omega^2$  (*Hays*, 1973) beträgt für FC4 .08, für QR2 .18, für QR3 .06 und für V4sum .04 (Tab. 2). Nach der von *Cohen* (1969) vorgeschlagenen Konvention liegen diese Effekte im wesentlichen zwischen einem „mittleren“ (.06) und einem „großen“ (.14) Effekt.

Um zu prüfen, ob die gefundenen Mittelwertsunterschiede auf einige wenige Normalpersonen mit vergleichsweise vielen abweichenden Verbalisationen der Schweregrade 3 und 4 zurückgehen („Ausreißer“), wurde untersucht, ob die gefundenen Unterschiede auch auf der Ebene von einzelnen Personen bestehen. Zu diesem Zweck wurde für jede Form von abweichenden Verbalisationen festgestellt, wieviele Personen in der Neurotiker- bzw. in der Normalstichprobe mindestens 1 Antwort der Schweregrade 3 und 4 gaben. Die Ergebnisse und die zugehörigen  $\chi^2$ -Werte sind in Tabelle 3 angeführt. Sie bestätigen die Ergebnisse der Mittelwertsvergleiche: Signifikant mehr Personen in der Normalstichprobe geben fabulierten Kombinationen der Stufe 4 (FC4)

und Queer-Antworten der Stufe 3 (QR3) als in der Neurotiker-Stichprobe. — Für QR 2 gilt dies allerdings nicht. Die Effektgröße est.  $e$  (vgl. *Cohen*, 1969) beträgt für FC4 .09, für QR3 .12. Dies entspricht wiederum einem „mittleren“ Effekt nach *Cohen* (1969). Auch bezüglich der Gesamtzahl von abweichenden Verbalisationen der Stufen 3 und 4 ( $V3sum \geq 1$  und  $V4sum \geq 1$ ) bestätigen sich die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche (Tab. 3): 77 % der Normalpersonen und 57 % der Neurotiker geben mindestens eine abweichende Verbalisation der Stufe 3. Bei den abweichenden Verbalisationen der Stufe 4 betragen die entsprechenden Prozentsätze 23 % und 3 %. Während der erste Unterschied (Stufe 3) knapp unterhalb der Signifikanzgrenze liegt, ist der zweite Unterschied (Stufe 4) klar signifikant. Die Effektgröße betragen est.  $e = 0.05$  ( $V3sum$ ) und .08 ( $V4sum$ ), was einem „kleinen“ ( $V3sum$ ) bzw. einem „mittleren“ Effekt ( $V4sum$ ) entspricht.

Dieses Ergebnis bedeutet, daß Indikatoren für primärprozeßhafte Denkvorgänge schweren Grades (Stufe 3) bei mehr als 75 %, für solche des höchsten Schweregrades (Stufe 4) bei fast einem Viertel (23 %) der psychisch Gesunden aufgetreten sind. Nach den von *Holtzman et al.* (1961) gegebenen Beispielen ist zu vermuten, daß Denkvorgänge des Schweregrades 4 psychotisches Niveau erreichen (s. auch Kasten 1).

In Tabelle 2 ist auch der Vergleich zwischen den Normalen und den Borderline-Patienten dargestellt. Danach weisen die Normalpersonen hinsichtlich keiner einzigen Variable einen signifikanten höheren Wert auf als die Borderline-Stichprobe. Die Borderline-Patienten erreichen im Gegenteil hinsichtlich der meisten Variablen signifikant höhere Werte. Bemerkenswert ist es jedoch, daß es drei Variablen gibt, hinsichtlich derer sich die Normalpersonen im Unterschied zu den Neurotikern nicht signifikant von den Borderline-Patienten unterscheiden: QR2, QR3 und DC3. Die Neurotiker weisen hier signifikant niedrigere Werte auf als die Borderline-Patienten, und insbesondere die Effektgrößen von QR2 und QR3 sind nach der von *Cohen* (1969) vorgeschlagenen Konvention als „groß“ zu bezeichnen (est.  $\omega^2 = .15$ , est.  $e = .30$  bzw. .25, vgl. *Leichsenring*, 1989). Einige andere Formen abweichender Verbalisationen der Schweregrade 3 und 4 sind auch bei Borderline-Patienten so selten, daß keine Unterschiede zu Normalen und Neurotikern bestehen: DC3, AL4, DC4, SR4, IC4.

Im Hinblick auf die Integrations-Antworten (I) unterscheiden sich Normalpersonen und Neurotiker wider Erwarten nicht signifikant (Tab. 2), gegenüber den Borderline-Patienten bestehen jedoch signifikante Unterschiede in der zu erwartenden Richtung. Hinsichtlich der „guten“ Ganzantworten bestehen dagegen statistisch signifikante Unterschiede zwischen allen drei Gruppen (Tab. 2): Die Normalpersonen weisen den höchsten Wert auf, es folgen die Neurotiker, am Ende stehen die Borderline-Patienten. Im Hinblick auf die „guten“ Formantworten weisen die Normalpersonen die (deskriptiv) größte

Antwortzahl auf (vgl. Tab. 2). Der Unterschied zwischen den Normalpersonen und den Borderline-Patienten ist nicht nur statistisch signifikant, sondern auch die Effektgröße ist außerordentlich groß (est.  $\omega^2 = .40$ ). Der Unterschied zwischen Normalen und Neurotikern ist dagegen nicht statistisch signifikant.

### Diskussion

Nach den dargestellten Ergebnissen haben sich die oben von uns bezüglich der Kontinuums-Hypothese formulierten Zweifel bestätigt. Diese Hypothese scheint demgemäß folgendermaßen differenziert werden zu müssen: Normalpersonen weisen nicht weniger Indikatoren für primärprozeßhafte Denkvorgänge höheren Schweregrades auf als Neurotiker. Im Gegenteil scheinen bei psychisch Gesunden sowohl bestimmte Formen primärprozeßhafter Denkvorgänge (v. a. phantastische Verbindungen) als auch primärprozeßhafte Denkvorgänge, des höchsten Schweregrades allgemein deutlich häufiger aufzutreten als bei Neurotikern. Da Borderline-Patienten andererseits wesentlich mehr Indikatoren für phantastische Verbindungen sowie für primärprozeßhafte Denkvorgänge des höchsten Schweregrades allgemein aufweisen, scheinen Normalpersonen bezüglich dieser Variablen auf dem Kontinuum der Schwere von Auffälligkeiten im Denken „zwischen“ Borderline-Patienten und Neurotikern zu liegen. „Eigenartige“, d. h. subjektive, affektbeladene und überbestimmte Antworten hohen Schweregrades treten sogar bei Normalpersonen ebenso häufig auf wie bei Borderline-Patienten.

Nach den dargestellten Ergebnissen geht die Freiheit der Phantasie, die sich psychisch Gesunde nehmen, anders als bei Borderline-Patienten jedoch nicht so weit, daß die Autonomie der Wahrnehmungs- und Denkprozesse, die Fähigkeit zur Realitätsprüfung sowie zu Integration und Abstraktion beeinträchtigt wird<sup>2</sup>. Bezüglich bestimmter synthetischer Funktionen, die durch „gute“ Ganzantworten angezeigt werden, scheint sogar eine Verbesserung aufzutreten (zur Unterscheidung verschiedener synthetischer Funktionen s. *Nunberg*, 1930; *Schilder*, 1930; *French*, 1941, 1945; *Hartmann*, 1939, 1972; *Rapaport*, 1960). Die unterschiedlichen Ergebnisse beim Vergleich von Normalen und Neurotikern hinsichtlich der Integrations- und „guten“ Ganzantworten liefern möglicherweise Aufschlüsse darüber, welche synthetischen Funktionen sich als Folge einer Regression im Dienste des Ichs (d. h. als Folge des Auftretens von stark primärprozeßhaftem Denken bei den Gesunden) verbessern: Wie oben angeführt wird davon ausgegangen, daß die Integra-

<sup>2</sup> Für die diagnostische Beurteilung ist es deshalb wesentlich, einerseits die Häufigkeit schwerer Formen primärprozeßhaften Denkens zu berücksichtigen und ihr andererseits die Ausprägung von Indikatoren für sekundärprozeßhaftes Denken und synthetisches Funktionieren gegenüberzustellen.

tions-Antworten die Fähigkeit zu Differenzierung und Integration erfassen, die „guten“ Ganzantworten dagegen die Fähigkeit zu Integration und Abstraktion (vgl. *Rapaport*, 1946, 1950). Aus den dargestellten Ergebnissen kann daher geschlossen werden, daß sich durch eine Regression im Dienste des Ichs die *Abstraktionsfähigkeit* verbessert. Hierbei handelt es sich um einen sehr interessanten Befund, der natürlich weiterer Untersuchungen bedarf. Der Unterschied zwischen psychisch Gesunden und Neurotikern hinsichtlich der „guten“ Ganzantworten als Indikatoren für Integration und Abstraktion ist vom Betrag her erheblich.

Charakteristisch für psychisch Gesunde scheint demnach tatsächlich die Fähigkeit zum Hin und Herpendeln zwischen Primär- und Sekundärprozeß, zwischen freiem Spiel der Phantasie auf der einen Seite und kritischer Prüfung und Integrationsfähigkeit (v. a. Abstraktionsfähigkeit) auf der anderen Seite zu sein. Als entscheidende Voraussetzung für die psychoanalytische Behandlung ist diese Fähigkeit von *Freud* (1933), *Sterba* (1934), *Greenson* (1981) und *Bellak* (1961, S. 14—15; nach *Bellak et al.*, 1973, S. 185) hervorgehoben worden. Im Hinblick auf neurotische Patienten wird davon ausgegangen, daß sie diese Fähigkeit im Verlauf einer erfolgreichen Psychoanalyse erwerben können (vgl. *Ticho*, 1971; *Greenson*, 1981). Das in der vorliegenden Arbeit bei Borderline-Patienten gefundene Ausmaß an primärprozeßhaftem Denken bei einem gleichzeitigen relativen Mangel an sekundärprozeßhaftem und synthetischen Funktionieren weist dagegen eindringlich darauf hin, daß die freie Assoziation und das Klassische Setting bei diesen Patienten nicht indiziert ist: Borderline-Patienten würden sich unter diesen Bedingungen im „Dschungel“, des Primärprozesses verlieren (*Blanck u. Blanck*, 1978; *Rhode-Dachser*, 1983). *Bellak* (1961, S. 14—15; nach *Bellak et al.*, 1973) formuliert dies folgendermaßen: „In fact, for some patients, as we know, the absence in the analytic situation of the customarily structuring stimuli of the social situation seems to make it impossible for the patient to maintain the secondary processes; the adaptive and cognitive ego functions are so reduced that the patient fails to distinguish the boundaries of the self, and tends towards hallucinatory, delusional experiences.“

### Literatur

- American Psychiatric Association*: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington, D. C.: APA, 180, 1983. — *Beckmann, D., H.-E. Richter*: Gießen-Test. Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. Handbuch. Huber: Bern, 1972, 1975. — *Beckmann, D., E. Brähler, H.-E. Richter*: Gießen-Test. Huber: Bern, 1983. — *Bellak, L.*: Creativity: Some random notes to a systematic consideration. *Journal of Projective Techniques*, 22, 363—380 (1958). — *Bellak, L.*: Free Association: conceptual and clinical aspects. *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 9—20

(1961). — *Bellak, L., M. Hurvich, H. K. Gediman*: Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals. New York: Wiley, 1973. — *Blanck, G., R. Blanck*: Angewandte Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta, 1978. — *Brenner, C.*: Grundzüge der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Fischer, 1972. — *Cohen, J.*: A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement, 20, 37—46 (1960). — *Cohen, J.*: Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press, 1969. — *Eckert, J., E.-M. Biermann-Ratjen, R. Papenhause, S. Talmon-Gros, S. Tönnies, R. Seifert, W. Spehr*: Zur Diagnose von Borderline-Störungen: Überprüfung der Gütekriterien des „Diagnostischen Interview für Borderline-Störungen“ (DIB). Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 37, 68—75 (1987). — *Exner, J.*: Some Rorschach data comparing borderline with schizophrenics and schizotypal personality disorder. Journal of Personality Assessment, 50, 1986. — *French, T.*: Goal, mechanism and integrative field. Psychosomatic Medicine, 226—252 (1941). — *French, T.*: The integration of social behavior. Psychoanalytic Quarterly, 14, 149—168 (1945). — *Freud, S.* (1905): Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten, 27—145. G.W. V. — *Freud, S.* (1933): Neue Folge der Vorlesung zur Einführung in die Psychoanalyse. GW XV. — *Freud, S.* (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. In: Schriften zur Behandlungstechnik. Studienausgabe, Ergänzungsband, Frankfurt/Main: Fischer, 1975. — *Greenson, R. R.*: Technik und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta, 1981. — *Gunderson, J. G., J. E. Kolb*: Discriminating features of borderline patients. American Journal of Psychiatry, 135, 792—796 (1978). — *Harrow, M., D. M. Quinlan*: Is disordered thinking unique to schizophrenia? Archives of General Psychiatry, 34, 15—21 (1977). — *Harrow, M., D. M. Quinlan*: Disordered Thinking and schizophrenic psychopathology. New York: Gardner Press, 1985. — *Hartmann, H.*: Ego psychology and the problem of adaptation. New York: International Universities Press, 1939. Deutsch: Ich-Psychologie. Stuttgart: Klett, 1972. — *Hays, W. L.*: Statistics for the social sciences. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973. — *Hill, E. E.*: Lehrbuch der Holtzman-Inkblot-Technik (HIT) II. Klinische Interpretation. In: *H. A. Hartmann, L. v. Rosenstiel* (Hrsg.): Lehrbuch der Holtzman-Inkblot-Technik (HIT) II. Bern: Huber, 1981. — *Hiller, W.*: Beitrag zur Konstruktvalidität der Holtzman Inkblot Technik bei depressiven Neurosen. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Göttingen, 1986. — *Hiller, W., E. Duhm*: Zur Konstruktvalidität der Holtzman Inkblot Technik (HIT) bei depressiven neurotischen Störungen. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 1989 (im Druck). — *Holtzman, W. H.*: Holtzman Inkblot Technique. Administration and scoring guide. New York: Psychological Cooperation, 1961. — *Holtzman, W. H., J. S. Thorpe, J. D. Swartz, E. W. Herron*: Inkblot Perception and Personality. Austin: University of Texas Press, 1961. — *Jäger, R., S. Lischer, B. Münster, B. Ritz*: Biographisches Inventar zur Diagnose von Verhaltensstörungen (BIV), Handanweisung, Göttingen: Hogrefe, 1976. — *Joffe, W., J. Sandler*: Comments on the psychoanalytic psychology of adaptation, with special reference to the role of affects and the representational world. International Journal of Psycho-Analysis, 49, 445—453 (1968). — *Kernberg, O. F.*: Borderline Personality Organization. Journal of the American Psychoanalytic Association, 15, 641—685 (1967). — *Kernberg, O. F.*: Borderline conditions and pathological narcissism. New York: Yason Aronson, 1975. Deutsch: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt: Suhrkamp, 1983. — *Kernberg, O. F., E. G. Goldstein, A. C. Carr, H. F. Hunt, S. F. Bauer, R. Blumenthal*: Diagnosing borderline personality. A pilot study using multiple diagnostic methods. The Journal of Nervous and Mental Disease, 1981, 225—231 (1981). — *Kolb, J. F., J. G. Gunderson*: Diagnosing borderline patients with a semistructured interview. Archives of General Psychiatry, 37, 37—41 (1980). — *Kris, E.*: Psychoanalytic explorations in art. New York: International Universities Press, 1952. — *Leichsenring, F.*: Auffällige Denkvorgänge bei

Borderline-Störungen und Neurosen (in Vorbereitung). — *Neumann, P.*: Lehrbuch der Holtzman-Inkblot-Technik (HIT) I, Beiheft zur Durchführung, Signierung und Verrechnung, 1977. In: *Hartmann, H., L. v. Rosenstiel* (Hrsg.): Lehrbuch der Holtzman-Inkblot-Technik (HIT) I. Bern: Huber, 1981. — *Nunberg, H.*: The synthetic function of the ego (1930). In: the practice and theory of psychoanalysis. Vol. I, New York: International Universities Press, 1960. — *Robins, L. N., J. E. Helzer, I. Croughan, K. S. Ratcliff*: The NIMH diagnostic interview schedule: It's history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381—389 (1981). — *Rapaport, D.*: On the psychoanalytic theory of thinking (1950). In: *M. Gill* (ed.): The collected papers of David Rapaport. N. Y.: Basic Books, 1967. — *Rapaport, D.*: Organization and pathology of thought. New York: Columbia University Press, 1951. — *Rapaport, D.*: On the psychoanalytic theory of motivation. In: *M. Jones* (ed.): Nebraska Symposium on Motivation. 173—247. Lincoln: University of Nebraska, 1960. — *Rapaport, D., M. Gill, R. Schafer*: Diagnostic psychological testing, Vol. II. Chicago: Year Book Publishers, 1946, 1950. — *Rohde-Dachser, C.*: Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber, 1983. — *Schafer, R.*: Regression in the service of the ego: the relevance of a psychoanalytic concept for personality assessment. In: *G. Lidzey* (ed.): Assessment of human motives: N. Y.: Holt, Rinehart & Winston, 1958. — *Schafer, R.*: Aspects of internalization. New York: International Universities Press, 1968. — *Schilder, P.*: In: *D. Rapaport* (ed.): Organization and pathology of thought. N. Y.: Columbia University Press, 1951.

Ansch. d. Verf.: Dipl.-Psych. Falk Leichsenring, Institut für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, Goßlerstraße 14, 3400 Göttingen.  
Dr. Wolfgang Hiller, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychiatrische Poliklinik, Kraepelinstraße 10, 8000 München 40.