

Aus der Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Gugging  
(Direktor: Hofrat Prim. Dr. K. NAGY)

## Krankheitsverlauf und Therapieerfolg im Hinblick auf den Wandel zeichnerischen Gestaltens

Von  
L. NAVRATIL und L. MARKSTEINER

Mit 4 Textabbildungen

(Eingegangen am 16. Dezember 1958)

Im Rahmen der Erstuntersuchung von Patienten, die in die Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen werden, wenden wir seit 4 Jahren den *Figurzeichentest* (FZT) von K. MACHOVER an und konnten innerhalb dieses Zeitraumes mehrere 1000 Zeichnungen sammeln<sup>1</sup>. Unsere Beschäftigung mit diesem Test führte zu neuen Aspekten, als wir begannen, Patienten in entscheidenden Phasen ihres Krankheitsverlaufs wiederholt zeichnen zu lassen. Gewisse Zusammenhänge zwischen Änderungen des klinischen Bildes und dem Wandel des zeichnerischen Gestaltens traten zutage und einzelne Interpretationen des Tests, denen man vorher nur hypothetischen Wert zuerkennen konnte, erlangten Evidenzcharakter.

### Methodik

Die von MACHOVER angegebene Testmethode (es handelt sich nicht um einen standardisierten Test, sondern um eine „projektive Methode“) ist aus mehreren Gründen für die Anwendung durch den Psychiater zur Kontrolle seelischer Krankheitsverläufe besonders geeignet:

1. Der Test ist rasch durchzuführen und erfordert kein schwer zu beschaffendes Testmaterial.

Man legt vor die Versuchsperson (Vp.) ein Blatt Papier von bestimmter Größe (Postkartenformat) und einen weichen Bleistift. Der Versuchsauftrag lautet: „Zeichnen Sie einen Menschen!“ Man achtet darauf, daß eine ganze Figur gezeichnet wird; ob Mann oder Frau, in Vorder- oder Seitenansicht, bleibt der Vp. überlassen, deren eigene Entscheidung darüber für die Auswertung des Tests von Bedeutung ist. Sofort nach der Fertigstellung der ersten Zeichnung wird der Vp. ein zweites Zeichenblatt vorgelegt und sie wird aufgefordert, nun eine Figur des anderen Geschlechts zu zeichnen („Jetzt zeichnen Sie, bitte, eine Frau [einen Mann]!“).

---

<sup>1</sup> Wir möchten an dieser Stelle Herrn Prim. Dr. F. LORENZ, dem Vorstände der Männerabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Gugging, Herrn Dr. G. HENNIG und Herrn Dr. W. KUTSCHA für ihr Interesse, ihre anregende Kritik und ihre tätige Mithilfe bei der Gewinnung dieses Materials herzlichst danken.

2. Die wiederholte Durchführung des Tests durch eine Vp. beeinflußt die diagnostische Relevanz der Ergebnisse nicht.

3. Die Aufgabe wird von nahezu allen Patienten, auch von solchen, mit denen es kaum gelingt, einen sprachlichen Kontakt herzustellen, ohne Widerstreben durchgeführt und das Ergebnis des Gestaltungsvorganges zeigt die Vp. unter einem neuen, der verbalen Kommunikation nicht zugänglichen Aspekt. Die Zeichnungen lassen sich leicht sammeln, ordnen, vergleichen und reproduzieren.

4. Die für alle Patienten gleiche Testsituation, der Versuchsauftrag, durch den aus der Fülle möglicher Zeichenobjekte („athematisches“, spontanes Zeichnen) ein bestimmtes herausgehoben wird („thematisches“ Zeichnen), das genormte Format des Zeichenblattes sowie das gleichbleibende Zeichengerät schaffen konstante Bedingungen, die dem Versuch den Charakter eines Experimentes verleihen und dadurch den Vergleich der Ergebnisse ermöglichen.

5. Durch die Festlegung der Vp. auf die Darstellung eines Menschen ist von allen denkbaren Objekten zeichnerischer Wiedergabe das höchstbedeutsame gewählt.

6. Selbst wenn Jahre zwischen der Durchführung eines Versuches und seiner Wiederholung durch die gleiche Vp. liegen, bleiben die Ergebnisse — sofern keine wesentlichen psychischen Veränderungen eingetreten sind — einander ähnlich wie eine persönliche Signatur.

Es war nicht zuletzt diese bei gesunden Versuchspersonen überraschende *Konstanz* der Ergebnisse, welche uns anregte, den Versuch bei Patienten, die einen tiefgreifenden seelischen Wandel erlebten, in den verschiedenen Stadien ihres Krankheitsverlaufes durchzuführen. Die Zusammenstellung der von einem Patienten im Laufe der Zeit erhaltenen Zeichnungen vermittelt ein Bild des Krankheitsverlaufes von unmittelbarer Anschaulichkeit. Die einschneidenden Änderungen des psychischen Zustandes spiegeln sich in den Veränderungen des zeichnerischen Gestaltens wider, aber auch geringe, der klinischen Beobachtung leicht entgehende Schwankungen des seelischen Befindens werden in den Zeichnungen oft klar registriert. Darüber hinaus ermöglichen die Verlaufskontrollen mit dem FZT neuartige Einblicke in die Psychodynamik der geistigen Störungen und deren Verhältnis zur Persönlichkeitsstruktur des Patienten. Schließlich enthalten sie für die psychologische Analyse des Gestaltungsvorganges bei der zeichnerischen Darstellung einer menschlichen Figur wertvolle Hinweise.

Durch die folgenden Beispiele sollen die Möglichkeiten der Methode in der Hand des klinischen Psychiaters, der allein zum ständigen Vergleich des Testergebnisses mit dem Zustande des Patienten in der Lage ist, illustriert werden. Auf die Systematik der Interpretation kann hier leider nicht eingegangen werden. Der an der Anwendung des Tests interessierte Leser muß auf die Literatur verwiesen werden.

Eine ausgezeichnete Einführung in die Probleme der Entwicklungspsychologie des zeichnerischen Gestaltens bietet das Buch von MÜHLE. SEHRINGER gab in jüngster Zeit in seiner Arbeit über den Goodenough-Test einen historischen Überblick über sämtliche bisherige Versuche, die Zeichnung eines Menschen zu diagnostischen Zwecken zu verwenden. Im Jahre 1949 erschien das Buch „Personality Projection in the Drawing of the Human Figure“ von KAREN MACHOVER, nach

deren Methode wir unsere Untersuchungen durchführten. In deutscher und französischer Sprache liegen von STERN, BALTRUSCH und NAVRATIL kurze Publikationen über den Test MACHOVERS vor.

### Kasuistik

**1. Manische Psychose.** Es handelt sich um einen 57jährigen Sattlermeister, der zum drittenmal an einer manischen Psychose erkrankt war. Der Patient zeigte eine ideenflüchtige Verwirrtheit mit hochgradiger Logorrhoe und gesteigerter Ablenkbarkeit. Er befand sich in gehobener Stimmung, war mitunter aber auch zornig erregt.

Die Aufgabe, einen Menschen zu zeichnen, löste er in wenigen Sekunden (Abb. 1a). Er setzte hierauf eine schriftliche Bemerkung darunter, ein für manische Kranke charakteristisches Verhalten. Der Ausdruck des gezeichneten Gesichtes spiegelt die Stimmung des Patienten wider. Die schwungvolle Profillinie weist keine Unterbrechung, wohl aber abrupte Richtungsänderungen auf. Die Zeichentätigkeit erfolgte derart expansiv, daß nur der Teil eines Gesichtes mit Auge, Nase und Mund am Zeichenblatt Platz fand.

Die Wiedergabe von Zähnen und Nasenlöchern ist nach MACHOVER ein Ausdruck abnorm gesteigerter Aggressivität. Im Rahmen der vorliegenden Zeichnung und im Hinblick auf das klinische Bild des Patienten erscheint diese Interpretation gerechtfertigt.

Bei der Wiederholung des Tests am nächsten Tag lautete der Versuchsauftrag: „Zeichnen Sie eine menschliche Figur, vom Kopf bis zu den Füßen!“ Es kam die in Abb. 1b wiedergegebene Zeichnung zustande.

Das ideenflüchtige Denken ist infolge des Zurücktretens der „determinierenden Tendenzen“ (АСН) durch ein rein assoziatives Aneinanderreihen von Vorstellungsinhalten gekennzeichnet. Anknüpfend an 2 in der Aufgabe enthaltene Worte wurden von dem Patienten 2 Elemente der Zeichnung nebeneinandergesetzt, die Zielvorstellung blieb nur hinsichtlich der Lokalisation dieser beiden Details wirksam und wurde hierauf fallen gelassen.

Abb. 1c zeigt die nächste Zeichnung des Patienten. Die Psychose hatte sich inzwischen nicht wesentlich geändert, wenn auch der Grad der Unruhe und Verwirrtheit schwankte. Bei diesem Versuch wurde zum erstenmal der Aufgabe entsprochen und eine ganze Figur wiedergegeben. „Kopf bei Fuß“, sagte der Patient während der Herstellung dieser Zeichnung. Die durch unnatürliche Proportionsverschiebungen etwas bizarr wirkende Figur zeigt einen Kopf mit zwei Beinen, Rumpf und Arme fehlen, allerdings findet sich nunmehr eine geschlossene Struktur.

Der „Kopffüßler“ kennzeichnet ein Entwicklungsstadium in der zeichnerischen Wiedergabe der menschlichen Gestalt durch das Kind. Er stellt eines der frühesten Menschen-Schemata dar. Bei unserem Patienten ist die Verwendung des Kopffüßler-Schemas als Rückfall auf

eine frühkindliche Stufe innerhalb der Dimension des Zeichnens aufzufassen. Genauer kann man von einer Regression auf der Stufenfolge der Schemata oder von einer „schematischen Regression“ sprechen.

Die unverhältnismäßige Größe der Kieferpartien im Vergleich zum Obergesicht und zum gesamten Kopf sowie die Darstellung der Zähne im leicht geöffneten Mund verleihen der Zeichnung den Ausdruck oraler Aggressivität. Das Ausmaß der Disproportionierung und die Wahl des Kopffüßler-Schemas lassen auf einen hohen Grad von Realitätsverlust schließen.

Um festzustellen, ob der Psychose des Patienten eine organische Gehirnerkrankung zugrundeliege, wurde eine Pneumoencephalographie durchgeführt (normaler Befund). Nach der Luftfüllung hatte sich das klinische Bild deutlich verändert. Die motorische Erregung und die ideenflüchtige Verwirrtheit waren geschwunden. Obwohl der Gedankenablauf noch nicht völlig geordnet erschien, war der Patient weitaus besser kontaktfähig; das Bewußtsein erschien aufgeheitelt.

Der von K. NAGY beschriebene therapeutische Effekt der Luftfüllung kommt auch in der Zeichnung (Abb. 1d) deutlich zum Ausdruck: Die menschliche Figur zeigt Hals, Rumpf und Arm; das Ausmaß der Disproportion ist geringer; die oral-aggressive Note ist zurückgetreten, deutet sich vielleicht noch in den Schnurrbarthaaren in diskreter Form an. Das Fehlen des Auges ist als Alternanzerscheinung im Sinne von MEILL-DWORETZKI aufzufassen (vorübergehender Verlust eines Details infolge Erreichung einer höheren Struktur).

Nun wurde eine Elektroschockbehandlung eingeleitet. Abb. 1e zeigt das Ergebnis des Tests *nach dem ersten Elektroschock*. Es ist zu einer weiteren Verbesserung der Struktur und zu einer Bereicherung an Details gekommen. Die Ausstattung der Figur mit Knöpfen steht mit dem höheren Niveau der Zeichnung in Beziehung und läßt eine bessere Realitätsanpassung des Patienten vermuten. Wir möchten annehmen, daß sich darin ein Wiedererwachen zwischenmenschlicher Beziehungen, vorwiegend im Rahmen der Subordinations-Autoritäts-Relation ankündigt. Alle folgenden von dem Patienten gezeichneten Figuren weisen einen immer deutlicher hervortretenden „militärischen Charakter“ auf.

Nach dem zweiten Elektroschock waren nur mehr geringe hypomani-sche Symptome vorhanden. Die zu diesem Zeitpunkt angefertigte Zeichnung (Abb. 1f) ist teilweise (Hand, Hals, Schuhe) besonders gut ausgeführt.

Nach dem dritten Elektroschock hatte sich ein *amnestisches Syndrom* eingestellt und kam auch in der Zeichnung (Abb. 1g) zum Ausdruck. Es ist wieder eine gewisse Vereinfachung und Auflösung der geschlossenen Struktur zu erkennen.

Nach fünf Elektroschocks wurde die Therapie beendet. Das amnestische Syndrom war noch stärker ausgeprägt.

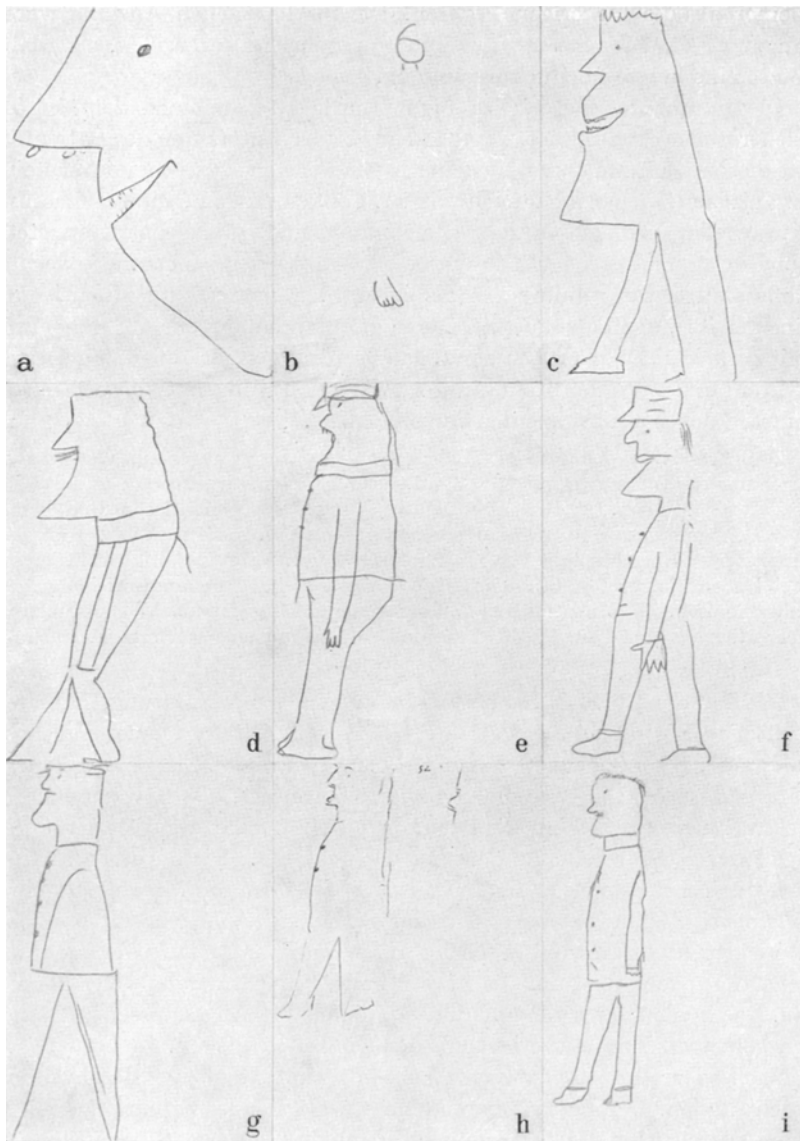


Abb. 1 a—i. Verlauf einer manischen Psychose (Die Zeichnungen der weiblichen Figur sind aus Gründen der Raumersparnis weggelassen)

Die gezeichnete Figur (Abb. 1 h) zeigt eine beträchtliche Verarmung an Einzelheiten und einen Strukturzerfall organischer Art. Sie ist außerdem, entsprechend der leicht depressiven Stimmung des Patienten, wesentlich

kleiner als die bisherigen Figuren. Die intellektuellen Ausfälle waren länger als eine Woche in unveränderter Schwere vorhanden, erst dann setzte eine langsame Rückbildung ein.

Die in Abb.1i dargestellte Figur wurde 19 Tage nach dem letzten Elektroschock gezeichnet, unmittelbar vor der Entlassung des Patienten. Zu diesem Zeitpunkt waren keine psychotischen Symptome und keine organischen Zeichen mehr nachweisbar. Vollkommene Realitätsanpassung war wieder erreicht. In der Zeichnung sind sämtliche Körperteile nun in annehmbaren Größenverhältnissen wiedergegeben. Hände und Füße sind etwas weniger gut als in Abb.1f dargestellt, was wir auf eine gewisse, der Persönlichkeit des Patienten entsprechende Gehemmtheit zurückführen. Der FZT zeigt, daß der Heilungsverlauf einer geistigen Erkrankung oft eine Reduktion gewisser Leistungen erfordert — zugunsten des Äquilibriums der Persönlichkeit.

**2. Depressive Psychose.** Ein 47-jähriger Drogist wurde wegen eines ängstlichen Erregungszustandes aus einem öffentlichen Krankenhaus in die geschlossene Anstalt eingewiesen. Der Patient bot ein vorwiegend hypochondrisches Bild, klagte über Beklemmungsgefühl und hartnäckige Obstipation. Außerdem gab er an, daß er seit seiner Eheschließung vor 18 Jahren an dauernder Schlaflosigkeit leide. Die nach außen hin mustergültig erscheinende Ehe war in sexueller Hinsicht äußerst unharmonisch. Das klinische Bild und die Anamnese legten zunächst die Annahme einer Neurose nahe, die Möglichkeit, daß es sich um eine larvierte Melancholie handle, erschien allerdings nicht ausgeschlossen.

Das Ergebnis des FZT bestärkte uns in der Vermutung, daß den seelischen Störungen des Patienten der Krankheitswert einer Psychose zukomme. Die gezeichnete Figur (Abb.2a) wirkt auffallend schablonenhaft und starr. Die extreme Symmetriebetonung läßt das zwanghafte Bestreben des Kranken erkennen, Impulse, welche die Integrität des eigenen Ich bedrohen, in Schranken zu halten. Diese Interpretation entsprach dem Wunsche des Patienten, man möge ihn „in eine Gummizelle sperren, damit er sich austoben könne“. Die nahezu vollkommene Leere der Figur, sowohl in bezug auf inhaltliche Details als auch auf Schattierungen, weist auf die krampfhafteste Unterdrückung von Affekten hin. Das Fehlen der Arme und die Darstellung der Augen lassen auf einen weitgehenden Kontaktverlust mit der Umwelt schließen.

Nach vier Elektroschocks waren sämtliche subjektive Beschwerden geschwunden. Der Patient befand sich in glänzender Stimmung, zeigte einen gesteigerten Redefluß und einen unaufhaltbaren Beschäftigungsdrang. Eine manische Phase hatte sich eingestellt. In diesem Stadium wurde die in Abb.2b wiedergegebene Figur gezeichnet.

In der relativen Größe der Figur, in der Linienführung und vor allem im Bleistiftdruck unterscheidet sich diese Zeichnung wesentlich von der ersten. Das leicht erhobene Haupt weist auf Selbstbewußtsein, das betonte Haar auf gesteigerte Vitalität und Sexualität hin.

Im Verlauf von 17 Tagen kam es unter Beschäftigungstherapie zu einem Abklingen der manischen Symptome. Abb. 2c zeigt die Figur, welche der Patient unmittelbar vor der Entlassung zeichnete. Er befand sich immer noch in leicht gehobener Stimmung, so daß wir die Befürchtung hegten, daß über kurz oder lang ein Rückfall in jenes Stadium eintreten könnte, in dem er seine erste Figur gezeichnet hatte.

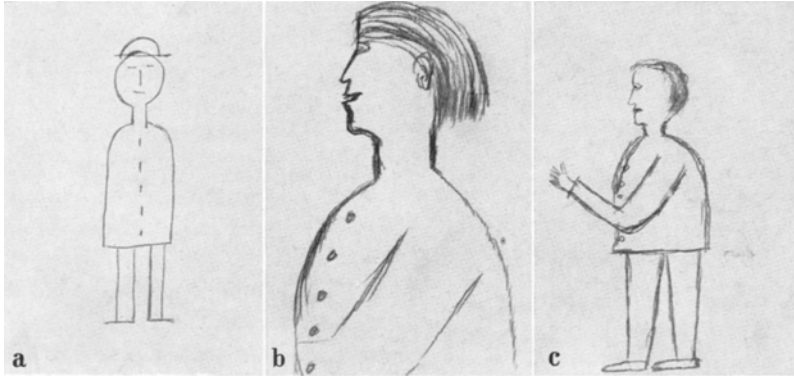


Abb. 2 a—c. Heilung einer depressiven Psychose (Die Zeichnungen der weiblichen Figur sind aus Gründen der Raumersparnis weggelassen)

**3. Akute schizophrene Psychose.** Der 23jährige Patient (Facharbeiter) war psychomotorisch erregt, grimassierte, lachte und weinte unmotiviert; sein Gedankenablauf erschien zeitweise zerfahren; es traten Sperrungen auf. Den Äußerungen des Kranken war zu entnehmen, daß er sich von Arbeitskameraden verfolgt, von Geheimsendern umgeben und durch Strahlen beeinflusst fühlte. Hochgradige Angstzustände stellten sich ein. Ein Schockblock führte eine gewisse Beruhigung herbei.

Abb. 3a,b zeigt das Ergebnis des FZT während der Psychose. Der Ausdruck der gezeichneten Figuren ist außerordentlich aggressiv. Die Art der Schattierungen läßt auf eine weitgehend unkontrollierte Affektivität schließen. Die Vertauschung von Geschlechtscharakteren ist ein weiteres auffälliges Merkmal dieser Zeichnungen. Die massive Schattierung der Hose an der weiblichen Figur ist nach MACHOVER als Zeichen „homosexueller Panik“ aufzufassen, eine Erscheinung, die in der Psychodynamik schizophrener Psychosen nicht selten eine Rolle spielt.

Die nach dem Abklingen der Psychose entstandenen Zeichnungen (Abb. 3c,d) sind bedeutend weniger schwungvoll ausgeführt. Ich-Integration und Realitätsanpassung führten zu einem Verlust an Originalität und Ausdruck. Wir dürfen auf Grund dieser Zeichnungen annehmen, daß die Heilung durch ein Wiedererstarken der Abwehrmechanismen des Ich zustande gekommen ist. Schattierung steht mit Angst in Beziehung; in Form von Mustern, wie an der Bluse der weiblichen Figur oder im

Bereich der Gürtel, drückt sie jedoch eine Affektbeherrschung durch *Rationalisierung* aus. An Stelle der transparenten Brüste finden sich nun zwei Täschchen. Man darf annehmen, daß hier die *Verdrängung* sexueller Impulse eine Rolle spielt. Auf Grund der die Figuren umgebenden und zum Teil hintergrundbildenden Gegenstände wird man vermuten, daß

der Patient nun auch die Fähigkeit zur *Sublimierung* wiedererlangt hat und mit seiner realen Umwelt wieder in Kontakt steht. Auch die Geschlechtscharaktere sind nun der Norm angemessener verteilt, wenngleich die Männlichkeit der Eigenfigur etwas unecht und übertrieben erscheint.

Trotz dieser Verschiedenheiten der Zeichnungen während und nach der Psychose bleibt ihre Ähnlichkeit auffallend groß. Wir möchten daraus schließen, daß auch die Triebstruktur der Persönlichkeit die gleiche geblieben ist.

**4. Chronischer Alkoholismus.** Es handelt sich um einen 41 jährigen Landwirt, der wegen Tobsuchtsanfällen im Rausch eingewiesen wurde.

Kurze Zeit vor seiner Anstaltsaufnahme war der Patient von seiner Frau geschieden worden. Er hatte hierauf wieder bei seiner alten Mutter, deren zehntes und vorletztes Kind er war, gewohnt. Der Kranke klagte darüber, daß seine Frau herrisch und streitsüchtig gewesen sei, daß er mit der Schwiegermutter unter einem Dach habe leben müssen und nichts zu reden gehabt hätte.

Die Zeichnungen des Patienten (Abb. 4a, b) lassen eine auch klinisch nachweisbare alkoholische Demenz erkennen. Darüber hinaus zeigen sie jedoch das so kennzeichnende Bild der Frau in der Vorstellungswelt des Trunkers (NAVRATIL). Der Patient zeichnet die männliche Figur unbeholfen und klein, während er die weibliche groß darstellt und mit



Abb. 3 a—d. Zeichnungen eines schizophrenen Patienten während und nach der Psychose



aggressiven Zügen ausstattet. Wenn die weibliche Figur von Trinkern häufig größer, massiger, in der Haltung sicherer und im Ausdruck aggressiver wiedergegeben wird, so entspricht dies der *dominierenden Mutter-Imago* dieser Patienten.

Die Zeichnungen Abb. 4c,d wurden von dem Patienten zwei Jahre später, als er neuerlich wegen pathologischer Alkoholreaktionen eingewiesen wurde, gezeichnet. Inzwischen war seine Mutter gestorben. Infolge seiner Einsamkeit hatte er noch mehr getrunken. In den Zeichnungen kommt die weitere Abwendung vom weiblichen Geschlecht zum Ausdruck. Die weibliche Figur ist ihres Haarschmuckes beraubt. Sie erscheint dadurch weniger aggressiv, hat aber auch ein wesentliches Geschlechtsmerkmal eingebüßt. Die männliche Figur wird entsprechend der zunehmenden Introversion des Patienten im Profil wiedergegeben.

Die letzten Zeichnungen (Abb. 4e,f) wurden nach einer fünfmonatigen Entziehungskur angefertigt. Der Unterschied im Vergleich zu den vorhergehenden Zeichnungen ist überraschend groß. Der Patient besitzt jetzt

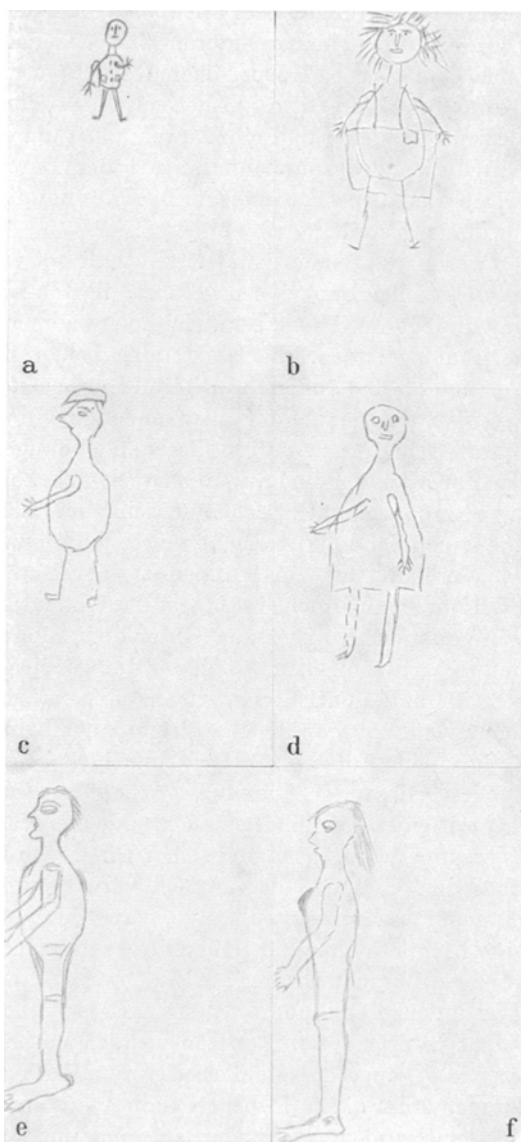


Abb. 4 a—f. Persönlichkeitsveränderungen bei chronischem Alkoholismus nach langdauernder Anstaltsbehandlung

offenbar kein für ihn real erlebbares Bild des weiblichen Wesens mehr. Die Ähnlichkeit beider Figuren läßt erkennen, daß diese nunmehr ganz nach dem *eigenen* Körperschema gestaltet wurden. Es ist eine völlige Abwendung von dem bisherigen Vorstellungsbild einer weiblichen Beziehungsperson und eine Zuwendung zum eigenen Körper eingetreten. Durch die gliederpuppenhafte Art der Darstellung erscheint die Integrität des Körperbewußtseins und des damit verbundenen Ich-Gefühls in Frage gestellt.

Der langdauernde Anstaltsaufenthalt hat vielleicht zu einer Besserung intellektueller Funktionen geführt, die Ich-Kräfte scheinen jedoch eher geschwächt worden zu sein. Ein hochgradiger Narzißmus ist in den Vordergrund getreten. Die Darstellung beider Figuren im Profil und ihre Position an den äußersten Bildrand sprechen für eine bis zum Autismus gesteigerte Zunahme der Introversion.

Auf Grund der Analyse dieser Zeichnungen erscheint die Annahme, daß der Alkohol dem Patienten zunächst geholfen habe, sich an die Realität anzupassen und zwischenmenschliche Beziehungen zu pflegen, erlaubt. Die zunehmende Trunksucht führte jedoch zu einer Auflösung der Ehegemeinschaft und zur sozialen Depravation des Patienten. In diesem Stadium konnte auch eine länger dauernde Anstaltsbehandlung nur mehr von geringem Nutzen sein. Unter dem Einfluß der Asylierung und der dadurch erzwungenen Abstinenz traten die Kontaktschwäche und der Narzißmus des Patienten nunmehr offen zutage. Diese Persönlichkeitszüge mögen früher schon die Bewältigung der Lebensaufgaben erschwert und dadurch zur Entstehung der Trunksucht beigetragen haben.

Die vorliegenden Ausführungen sollten nicht den Eindruck erwecken, daß wir einen Test oder eine Methode empfehlen wollen, mit deren Hilfe es möglich wäre, rasch und sicher Diagnosen zu stellen. Was PRINZHORN über den Versuch, diagnostisch verwertbare Merkmale in den Zeichnungen von Kranken zu finden, gesagt hat, ist immer noch gültig: „Wer eine Diagnose ohne dies Hilfsmittel nicht stellen kann, wird sie mit ihm ganz gewiß nicht leichter stellen.“ Der FZT ist weniger und mehr als ein Test im engeren Sinne des Wortes. Er ist nicht standardisiert. Die Regeln seiner Interpretation besitzen vielfach noch hypothetischen Charakter. Er bietet aber die Möglichkeit, den Verlauf psychiatrischer Erkrankungen unter einem bisher wenig beachteten Aspekt, nämlich dem Wandel der Gestaltungsfähigkeit, zu sehen und kann dadurch vielleicht zum Verständnis der Phänomenologie und Dynamik dieser Störungen beitragen.

#### Zusammenfassung

Es wird darauf hingewiesen, daß sich der Figurzeichentest von KAREN MACHOVER zur Kontrolle psychischer Krankheitsverläufe in besonderer Weise eignet. Im Wandel des zeichnerischen Gestaltens

zeigen sich die während der Behandlung eintretenden seelischen Veränderungen unter einem für die klinische Beobachtung neuen, oft bedeutungsvollen Aspekt. Insbesondere geben die während einer Elektroschockbehandlung angefertigten Zeichnungen wertvolle Hinweise. Dies wird an Hand von drei Fällen erläutert. Auf Grund der Zeichnungen, die wir von einem chronischen Alkoholiker in größeren zeitlichen Abständen erhielten, wird der Krankheitsverlauf dieses Patienten sowie der Erfolg eines längerdauernden Anstaltsaufenthaltes diskutiert.

### Literatur

ACH, N.: zit. nach H. ROHRACHER: Einführung in die Psychologie. Wien: Urban & Schwarzenberg 1946. — BALTRUSCH, H. J.: Klinisch-psychologische Erfahrungen mit dem Figure-Drawing-Test. Z. psycho-som. Med. **3**, 29 (1956). — MACHOVER, K.: Personality Projection in the Drawing of the Human Figure. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas 1949. — MEILI-DWORETZKI, G.: Das Bild des Menschen in der Vorstellung und Darstellung des Kleinkindes. Bern u. Stuttgart: Hans Huber 1957. — MÜHLE, G.: Entwicklungspsychologie des zeichnerischen Gestaltens. München: Johann Ambrosius Barth 1955. — NAGY, K.: Die therapeutische Luftfüllung der Liquorräume bei psychiatrischen Erkrankungen. Wien. med. Wschr. **1958**, 62. — NAVRATIL, L.: Der Figur-Zeichen-Test beim chronischen Alkoholismus. Z. psycho-som. Med. **4**, 97 (1958). — Die Rolle der Ehefrau in der Pathogenese der Trunksucht. Wien. Z. Nervenheilk. **14**, 90 (1957). — PRINZHORN, H.: Bildnerie der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. Berlin: Julius Springer 1922. — SEHRINGER, W.: Der Goodenough-Test (Probleme der Diagnostik bei der kindlichen Zeichnung eines Menschen). Psychol. Forsch. **25**, 155 (1957). — STERN, E.: Le test de Karen Machover. Mschr. Psychiat. Neurol. **129**, 385 (1955).

Prim. DDr. L. NAVRATIL und Dr. L. MARKSTEINER,  
Landes-Heil- und Pflegeanstalt Gugging (Niederösterreich)