

Aus der Psychopathologischen Forschungsabteilung (Prof. MÜLLER-SUUR) der
Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Göttingen
(Direktor: Prof. EWALD).

Der psychopathologische Aspekt des Schizophrenieproblems*.

Von

H. MÜLLER-SUUR.

Mit 3 Textabbildungen.

(Eingegangen am 24. Oktober 1954.)

1. *Bedeutung des Terminus „schizophren“.* — Die Psychopathologie benutzt das Wort „schizophren“ zur Bezeichnung von bestimmten Bewußtseinszuständen, für die wir eine Reihe von Kriterien anzugeben wissen: die sogenannten schizophrenen Primärsymptome. Solche schizophrenen Primärsymptome sind z. B. Sinnestäuschungen besonderer Art, wie unter anderen die „Stimmen“, bestimmte Bedeutungserlebnisse, wie die sogenannten „Wahnwahrnehmungen“, eigenartige Denkvollzugsänderungen, die zum sogenannten schwebenden, faseligen und zerfahrenen Denken führen, eigenartige Stimmungs- und Gefühlsveränderungen, wie die sogenannte Wahnstimmung und gemachte Gefühle mit veränderter Ich-Qualität, besondere Ausdrucksphänomene, wie katatone Erregung, Stupor und Ambivalenz.

2. *Frage nach einem einheitlichen schizophrenen Bewußtsein oder Dasein.* — Diese verschiedenen schizophrenen Erlebensweisen, die als solche empirisch gesicherte Sachverhalte sind, können wir nur mit Mühe auf eine einheitliche Formel bringen; eine aus der anderen ableiten, und damit etwa alle auf eine zurückführen, können wir nicht. Man kann darüber diskutieren, ob es über diese einzelnen schizophrenen Erlebensweisen hinaus, ihnen allen zugrundeliegend, ein einheitlich schizophrenes Bewußtsein oder eine dieses Bewußtsein umgreifende schizophrene Daseinsveränderung gibt. Es bestehen hier erhebliche Meinungsverschiedenheiten. — Diese Frage ist als psychologische oder auch daseinsanalytische Frage aber zu trennen von der Frage nach der Krankheitseinheit Schizophrenie. Auch wenn es ein einheitliches schizophrenes Bewußtsein oder Dasein gäbe, wäre damit nämlich die Krankheitseinheit Schizophrenie noch nicht gesichert. Denn es ist sehr wohl möglich, daß verschiedenartige krankhafte Veränderungen im Ablauf der Lebensvorgänge zu gleichartigen psychischen Erscheinungen führen können.

* Vorgetragen in der Medizinischen Gesellschaft Göttingen am 20. 5. 54.

Ein Beispiel dafür sind die sogenannten symptomatischen Psychosen. Diese sind gekennzeichnet dadurch, daß die verschiedenartigsten äußeren Ursachen hier den gleichen psychischen Grundzustand, nämlich die Bewußtseinstörung hervorrufen.

3. *Frage nach der Krankheitseinheit Schizophrenie.* — Die Frage nach einem einheitlichen schizophrenen Bewußtsein oder einer einheitlichen schizophrenen Daseinsveränderung ist also, wie gesagt, heute umstritten. Über die Frage, ob die Schizophrenie eine Krankheitseinheit sei, bestehen dagegen keine ernsthaften Meinungsverschiedenheiten: sie wird heute von fast allen verneint. — Wir wissen nämlich, daß beim Auftreten der erwähnten schizophrenen Primärsymptome im Verlaufe der Zeit Veränderungen der Persönlichkeit bei den betreffenden Kranken gefunden werden, die in ihren Extremformen zu ganz verschiedenartigen schizophrenen Endzuständen führen. Und diese verschiedenen schizophrenen Endzustände, (man unterscheidet bekanntlich allgemein nach typologischen Gesichtspunkten katatone, hebephrene und paranoide), lassen sich unmöglich als Äußerungen eines einheitlichen Krankheitsprozesses erklären. Sie lassen vielmehr nur die Annahme verschiedenartiger Krankheitsprozesse zu.

4. *Schizophrene und körperlich begründbare Psychosen.* — Was diese verschiedenen schizophrenen Krankheitsprozesse sind, wissen wir nicht. Für die hypothetischen Annahmen über deren Natur und damit für die Theorie der Schizophrenie ist aber wichtig, daß die schizophrenen Endzustände sich deutlich von jenen geistigen Defektzuständen unterscheiden, welche aus den sogenannten symptomatischen Psychosen hervorgehen, bei denen wir die Ursachen und zum Teil auch die krankhaften körperlichen Grundvorgänge mit klinischen Mitteln erfassen können und die wir als Demenzen (Formen intellektuellen Persönlichkeitsabbaus) bezeichnen. Die schizophrenen Krankheitsprozesse führen nicht, wie die körperlich begründbaren Psychosen, zur Demenz. — Man kann daraus den Schluß ziehen, daß, auch wenn bei den Schizophrenien bisher nicht faßbare, körperliche Grundvorgänge anzunehmen sind, diese doch hier viel weniger ausschließlich das Krankheitsgeschehen beherrschen können, als das bei den körperlich begründbaren, symptomatischen Psychosen der Fall ist.

Die Schizophrenien sind keine symptomatischen Psychosen, sondern sie sind, wie man wohl sagen kann, reine Psychosen. Reine Psychosen, das kann zunächst heißen: sie sind nicht nur symptomatisch für krankhafte körperliche Veränderungen der Organprozesse, von denen das seelische Geschehen abhängt, sondern an ihnen muß auch das seelische Geschehen selbst, von sich aus, durch eigene, selbständige Veränderungen wesensbestimmend beteiligt sein.

5. *Schizophrene Krankheitsprozesse und psychogenes Kranksein.* — Diese seelischen Veränderungen sind nun aber nicht etwa durch psychologisch faßbare Anlässe verständlich zu machen, wie die abnormen seelischen Erlebnisreaktionen oder abnorme Persönlichkeitsentwicklungen, welche die Grenzen der seelischen Sinngesetzlichkeiten nicht überschreiten. Die Sinnkontinuität der seelischen Entwicklungsprozesse wird vielmehr mit dem Auftreten der schizophrenen Primärsymptome und den damit einsetzenden schizophrenen Krankheitsprozessen durchbrochen. — Zieht man auch dies noch in Rechnung, so muß man also sagen, daß die schizophrenen Primärsymptome ebenso wie die schizophrenen Krankheitsprozesse bisher nicht nur nicht (wie die symptomatischen Psychosen) als Ausdruck eines körperlich erklärbaren Geschehens, sondern auch nicht (wie die abnormen Erlebnisreaktionen und Persönlichkeitsentwicklungen) als Ausdruck eines seelisch verständlichen Geschehens begriffen werden können.

6. *Konsequenz aus den Differenzen.* — Dies steht entgegen oder beeinträchtigt doch zumindest erheblich sowohl alle hypothetischen Annahmen über cerebrale oder andere bisher nicht faßbare Organveränderungen oder organische Funktionsveränderungen als Ursachen der Schizophrenien, wie auch alle Spekulationen über ihre bisher nicht faßbare psychogene Entstehung. Und da der Krankheitsbegriff der klinischen Psychiatrie auf der Annahme organischer Prozesse beruht, wird auch er gegenüber den Schizophrenien problematisch.

7. *Der Grenzbegriff der reinen Psychose.* — Man ist daher genötigt, mit JASPERS zu einem Grenzbegriff der psychischen Krankheit zu greifen, um diesen „reinen“ Psychosen wirklich gerecht zu werden. Dieser Grenzbegriff der psychischen Krankheit besagt, daß die betreffenden Krankheitsprozesse auf der Grenze zwischen somatogenem und psychogenem Geschehen liegen und daß sie weder allein auf den Begriff der körperlichen Krankheit noch auf den des seelischen Krankseins reduziert werden können. Der Grenzbegriff der reinen Psychose steht hier also einerseits dem Gattungsbegriff der körperlich begründbaren symptomatischen Psychose und andererseits dem Gattungsbegriff des psychogenen Krankseins gegenüber.

8. *Mehrdimensionale Grenzbegriffe und eindimensionale Gattungs- und Extrembegriffe.* — Man kann das auch so ausdrücken, daß man sagt, dieser Grenzbegriff enthält 2 definierbare Dimensionen: er ist also nach 2 Richtungen hin bestimmt, oder in ihm treffen sich 2 qualitativ verschiedene Bereiche, nämlich der Bereich des Somatogenen (den man z. B. als Dimension a bezeichnen kann) und der Bereich des Psychogenen (der dementsprechend als Dimension b zu bezeichnen wäre). Man kann sich auch Grenzbegriffe zwischen mehr als 2 Qualitätsbereichen denken, die dann also durch mehrere definierbare Dimensionen (z. B. die Dimensionen

a, b, c, \dots) bestimmt wären. Will man das formalisieren, so kann man einen Grenzbegriff der letzten Art als Funktion von mehreren Argumenten fassen: „ $f(a, b, c, \dots)$ “. Und ein Grenzbegriff der ersten Art zwischen 2 Dimensionen hätte dann die Form einer Funktion von 2 Argumenten: „ $f(a, b)$ “.

Die Abb. 1 und 2 sollen der bildlichen Veranschaulichung dieser Begriffsdifferenzen dienen. Die Bereiche, welche in die betreffenden Grenzbegriffe eingehen, sind durch Kreise dargestellt. Die schraffierten

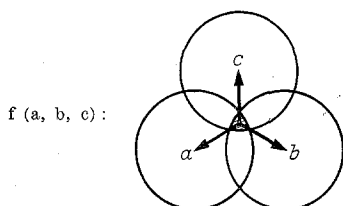


Abb. 1. Mehrdimensionaler Grenzbegriff aus den 3 Bereichen a, b und c .

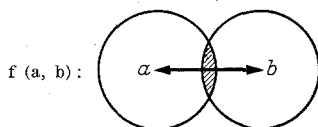


Abb. 2. Zweidimensionaler Grenzbegriff aus den beiden Bereichen a und b .

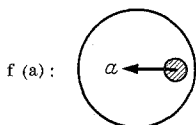


Abb. 3. Eindimensionaler Extrembegriff aus dem Bereich der Gattung a .

Überschneidungszonen der Gattungsbereiche stellen den Bereich des Grenzbegriffs dar. Man ersieht aus dieser Darstellung erstens, daß die Weite der Grenzbegriffe mit der Anzahl der in ihnen enthaltenen Dimensionen abnimmt, d. h. daß diese Begriffe mit zunehmender Zahl der in ihnen enthaltenen Dimensionen präziser werden, und weiter sieht man auch, daß die Zonen der Grenzbegriffe an der Peripherie der Gattungsbereiche liegen, daß also die Grenzbegriffe zugleich Extreme der verschiedenen Gattungen betreffen, auf die sie bezogen sind.

Dadurch, daß in Grenzbegriffen immer mehrere Dimensionen stecken, unterscheiden sie sich aber von gewöhnlichen Extrembegriffen, welche stets nur auf eine Dimension bezogen sind, also nur einem einzigen Qualitätsbereich angehören. Ein Extrembegriff würde also gegenüber einem Grenz-

begriff als Funktion nur eines einzigen Argumentes zu fassen sein und die Form: „ $f(a)$ “ haben. Abb. 3 veranschaulicht dies wieder bildlich.

Der Begriff des sogenannten „Schizoids“ im Sinne von KRETSCHMER wäre z. B. ein solcher Extrembegriff, der das Extrem des sogenannten schizothymen Konstitutionsradikals bezeichnet. Er ist also durch die eine Dimension des Schizothymen bestimmt. Der Begriff der Schizophrenie enthält aber gegenüber dem Begriff des Schizoids auch im Sinne KRETSCHMERS außer diesem schizothymen Konstitutionsradikal noch als weitere Dimension den sogenannten „Psychosefaktor“ und ist damit gegenüber dem Extrembegriff des Schizoids als Grenzbegriff charakterisiert.

9. Grenzbegriff der reinen Psychose und Schizophrenietheorien. — Da die Forschung stets und mit Recht bestrebt ist, Grenzbegriffe in Gattungs-

begriffe aufzulösen, finden wir unter den Theorien über die schizophrenen Psychosen, entsprechend den beiden Gattungsbegriffen, zwischen denen nach JASPERS der Grenzbegriff der reinen Psychose liegt, zwei Extreme. Zunächst die Theorien, welche eine schizophrene Somatose annehmen: sei es, daß an hirnorganisch definierbare Systemerkrankungen gedacht wird, wie es KLEIST, LEONHARD, EWALD, VOGT, HASSLER tun, oder daß ganz allgemein eine hypothetische Somatose postuliert wird, wie von GRUHLE und KURT SCHNEIDER. Diese Theorien, welche übrigens wohl immer noch die meisten Anhänger haben, bilden das eine Extrem. Die psychoanalytischen Theorien über die Schizophrenien bilden das andere Extrem. Die funktionsdynamische Konzeption von CARL SCHNEIDER (der annimmt, daß bei den Schizophrenien bestimmte, an sich normale psychophysische Funktionsverbände infolge von Isolierung aus dem psychophysischen Gesamtzusammenhang ihre Qualität verändern und damit die Krankheit ausmachen) und besonders die mehrdimensionale Theorie der KRETSCHMERSchen Schule rechnen dagegen mehr mit einem komplexen Charakter der schizophrenen Psychosen und stehen in der Mitte. Vor allem kommt die Theorie der KRETSCHMER-Schule meines Erachtens dem Grenzbegriff der reinen Psychose sehr entgegen.

10. *Grenzbegriff der reinen Psychose und Sachverhalt: Schizophrenien.* — Vom Standpunkt der klinischen Psychopathologie aus ist zu sagen, daß nur der Grenzbegriff der psychischen Krankheit unserem tatsächlichen Wissen bzw. Nichtwissen über die schizophrenen Psychosen entspricht. Ob er sich durch den Fortschritt der Forschung auflösen lassen wird, muß heute noch dahingestellt bleiben.

Setzt man einmal voraus, die schizophrenen Psychosen seien wirklich durch einen 2 dimensionaligen Grenzbegriff zwischen somatogenem und psychogenem Geschehen (also durch einen Grenzbegriff im Sinne von JASPERS) erfassbar, so ist es zwar sehr wahrscheinlich, daß ein Teil dessen, was wir heute noch Schizophrenie nennen, sich mit der Zeit doch als körperlich begründbare Prozesse herausstellen wird: so vor allem die katatonen Prozesse; es ist aber nach meiner Überzeugung ebenso wahrscheinlich, daß nicht *alle* Schizophrenien, vor allem nicht alle paranoiden Prozesse, sich als körperlich begründbar erweisen werden. Das heißt, der Bereich des rein Psychotischen wird sich wahrscheinlich mit der Zeit zugunsten der körperlich begründbaren Prozesse verengern. Bei dem verbleibenden Rest aber wird das Grenzproblem des Schizophrenen weiter bestehen bleiben: Denn gegenüber dem rein organischen Geschehen, bei dem das Psychische nur symptomatische Bedeutung hat, wie z. B. beim Fieberdelirium oder bei einer toxischen Halluzinose, und wo die krankhaften psychischen Erscheinungen mit dem Aufhören des organischen Krankheitsprozesses wieder verschwinden, — gegenüber solcher nur symptomatischer Bedeutung muß man dem Psychischen hier, bei den

eigentlichen, reinen schizophrenen Psychosen einen bestimmenden Eigenwert für den Krankheitsprozeß beimessen. Und gegenüber dem rein psychischen Geschehen, welches auch gelegentlich, wie z. B. bei gewissen körperlichen Ausdrucksphänomenen in seelischen Entwicklungskrisen und bei den sogenannten Organ-Neurosen, zu symptomatischen körperlichen Erscheinungen führen kann, fehlt hier, bei den schizophrenen Psychosen, der Sinnhintergrund, den jede seelische Entwicklung hat, und wodurch sie psychologisch verstehbar wird, auch wenn sie krisenhaft verläuft und wenn sie fremdartig aussieht.

Diese eigentümliche Stellung der schizophrenen Psychosen zwischen somatogenem und psychogenem Geschehen ist nicht nur wichtig für eine adäquate Theorienbildung zur Frage der Schizophrenie, sondern sie ist auch wichtig für eine richtige Beurteilung der Behandlungsmaßnahmen und ein angemessenes therapeutisches Vorgehen bei diesen Psychosen. Körperliches und Psychisches müssen danach nämlich sowohl für die Theorienbildung wie für die Behandlungsmaßnahmen zumindest in gleicher Weise berücksichtigt werden. — Das Rätselhafte aber bei den schizophrenen Psychosen ist, daß wir weder den körperlichen noch den psychischen Faktor dabei positiv bestimmen können. Wir kennen nur bestimmte psychische Primärsymptome und verschiedene Typen schizophrener Krankheitsverläufe; wir können aber beides weder körperlich erklären noch seelisch verstehen. Wir wissen wohl, daß die Schizophrenien, besonders soweit sie bösartig verlaufen, die seelische Entwicklung und das geistige Eigenleben zerstören; wir wissen aber nicht, was dabei das zerstörende Schizophrenie wirklich ist.

11. *Methodologischer und metaphysischer Problemaspekt der reinen Psychose.* — Nimmt man es nun aber als einen Fortschritt der psychopathologischen Forschung in den letzten Jahrzehnten, daß wir dieses unser Nichtwissen um die schizophrenen Krankheitsprozesse besser einzusehen gelernt haben, so ergibt sich bei der Annahme, daß hierin vielleicht etwas grundsätzlich Unerkennbares sich anzeigt, ein zweiter, nicht mehr methodologischer, sondern metaphysischer Problemaspekt der reinen schizophrenen Psychosen. Das Schizophrenieproblem tritt uns jetzt ganz anders entgegen. Es erscheint als eine rätselhafte Frage vor einem Unbegreiflichen, dessen Realität uns bedrängt und beunruhigt, dem wir aber als Ganzem nicht gewachsen sind. — Hinter dem methodologischen Grenzbegriff der reinen schizophrenen Psychosen, mit dem wir vor einer grundsätzlich lösbaren Aufgabe stehen (denn es dürfte wohl nicht als unmöglich anzusehen sein, mit der Zeit die Dimensionen zu bestimmen, welche im Grenzbegriff der Schizophrenie stecken, auch wenn es mehr als 2, 3 oder noch mehr definierbare Dimensionen¹ sein sollten),

¹ Vgl. hierzu die Anmerkung zu Abschnitt 13.

— hinter diesem methodologischen Grenzbegriff und dem ihm entsprechenden Aspekt des Schizophrenieproblems, der eine lösbare Forschungsaufgabe enthält, erscheint nun mit dem metaphysischen Problemaspekt der reinen Psychose eine ganz andere Aufgabe der Forschung: die Aufgabe nämlich, auch das zu finden, was hier das Problematische im engeren Sinne ist, den eigentlichen Kern des Problems, der als solcher eine grundsätzlich unlösbare Aufgabe enthält, welche uns die Schizophrenien stellen und mit dem wir dann ganz offensichtlich auf eine irrationale, „undefinierbare“ Dimension im Grenzbegriff der Schizophrenie geführt werden.

Dieser irrationalen oder „undefinierbaren“ Dimension gegenüber schrumpft nun aber der methodologische Grenzbegriff zu einem Extrembegriff der definierbaren Dimensionen zusammen. Nach der vorher gegebenen Formalisierung ergibt sich daher für den diesen metaphysischen Problemaspekt enthaltenden Grenzbegriff die Form: „ $F\{[f(a, b, c, \dots)], x\}$ “, d. h. er muß gefaßt werden als eine übergreifende Funktion „ F “, die eine Funktion des Argumentes „ $f(a, b, c, \dots)$ “ und des Argumentes „ x “ ist, wenn mit x die angedeutete „undefinierbare“ Dimension bezeichnet wird, die auf einen irrationalen Faktor hindeutet, der bloß terminologisch, nicht aber definitorisch faßbar ist. Arbeitstechnisch ist dieses „ x “ sozusagen als (ein ganz bestimmter hypothetischer) metaphysischer Rest das Letzte; in der Wirklichkeit, der wir gegenüberstehen, aber ist dieses metaphysische Faktum, das wir allenfalls treffend benennen, nicht aber erkennend durchdringen können, das Eigentliche und Erste, was uns gefühlsmäßig ganz unmittelbar rätselhaft berührt und unser Erkenntnisstreben in Gang setzt.

12. *Philosophisches Problem des metaphysischen Grenzbegriffs.* — Mit dem metaphysischen Grenzbegriff der reinen Psychose stehen wir also nicht mehr nur noch vor einem methodischen Problem, sondern mit ihm sind wir vor ein philosophisches Problem gestellt, d. h. wir stehen vor einer Frage, der wir, wenn wir sie überhaupt als solche erkennen, trotz der prinzipiellen Unmöglichkeit ihrer eigentlichen Lösung nicht ausweichen können, bei der wir ernstlich und schicksalhaft der Grenzen und der Beschränktheit unseres Erkenntnisvermögens innwerden und der gegenüber wir daher gezwungen sind, uns auf Teillösungen zu beschränken. Das Ganze bleibt ein Geheimnis; allerdings nicht irgendein Geheimnis, sondern ein solches, das trotz seiner „Undefinierbarkeit“ in einem anderen Sinne doch auch wieder ein ganz bestimmtes ist.

13. *Klinische Forschung und metaphysisches Problem.* — Mögliche Teillösungen des Schizophrenieproblems, die mehr oder weniger weitgehend sein können, sind z. B. auf dem Gebiet der Psychopathologie die Präzisierung der schizophrenen Primärerlebnisse, die typologische Ordnung der Verlaufsformen schizophrener Erkrankungen und die

Präzisierung der schizophrenen Endzustände sowie das Herausfinden gesetzmäßiger Beziehungen zwischen Primärerlebnissen, Verlaufsformen und Endzuständen, wie es z. B. zuletzt CARL SCHNEIDER und auch KLEIST und LEONHARD versucht haben. Als Grundlage für die dann weiter zu fordernde mehrdimensionale Kausalanalyse kommt solchen psychopathologischen Teilfragen meines Erachtens keine geringe Bedeutung zu. Alles das, und auch gerade die Kausalanalyse, sind aber nur Vorbedingungen zur Erkennung des eigentlichen (metaphysischen) Problems der Schizophrenie, das als echtes philosophisches Problem wohl erkennbar aber nicht lösbar ist.

Erst wenn nach deskriptiv-psychopathologischer Präzisierung des Gegebenen durch dessen mehrdimensionale Kausalanalyse somatogene und psychogene Faktoren, oder, bei Annahme eines differenzierteren als des 2-dimensionalen Grenzbegriffes von JASPERS¹, alle erkennbaren und definierbaren Faktoren aus dem Komplex des Schizophrenen eliminiert worden sind, — erst dann wird der eigentliche Kern des Schizophrenieproblems faßbar werden. Das heißt aber zugleich auch, daß die Frage, ob es wirklich einen solchen metaphysischen Kern des Schizophrenieproblems gibt, erst dann eindeutig entschieden werden kann, wenn alle nicht metaphysischen Faktoren des Problems, d. h. also alle mittels kausalanalytischer Reduktion erkennbaren und definierbaren Dimensionen, die in ihm vorkommen, festgestellt und der auf solche Weise

¹ JASPERS 2-dimensionaler Grenzbegriff zwischen somatischem und psychischem Bereich ist trotz seiner theoretischen Bedeutung für praktische Zwecke doch zu allgemein und daher relativ unscharf. Auch durch Einführung der Differenzen: körperlich, leiblich, seelisch, geistig (statt der einfachen Differenz: somatisch, psychisch) wird an direkter praktischer Brauchbarkeit nur wenig gewonnen. Man kann aber einen mehrdimensionalen Grenzbegriff auch ohne solchen deduktiven Ansatz fassen, rein pragmatisch-induktiv; etwa so, daß man die Dimensionen: Erbmodus, Körperbautyp, Wesensartung, Lebensalter, individuelle Entwicklungstendenz, exogene körperliche Schädigungen, seelische Erschütterungen, körperliche „Belastungen“, seelische „Belastungen“, geistige Haltung, „Daseins“-Weise usw. unterscheidet. Die Vorzüge des Ausgangs von einem derartigen pragmatischen mehrdimensionalen Grenzbegriff für die Fassung der Vielfalt der empirisch-induktiven Forschungsmöglichkeiten liegen auf der Hand. Theoretische Bedeutung bekommt ein solcher Begriff aber erst durch Zusammenfassung und Reduktion der mehr oder weniger beliebigen Ausgangsdimensionen zu gemeinsamen Grundbereichen. Diese Zusammenfassung und Reduktion der Dimensionen kann man nun entweder einfach dem Fortschritt des induktiven Erfahrungsprozesses selbst überlassen (generalisierende Induktion) oder durch Inbeziehungsetzung zum deduktiven Grenzbegriff vornehmen (exakte Induktion) oder aber auch durch analytisch-kritische Untersuchung der Ausgangsdimensionen einmal in Hinsicht auf die Unableitbarkeit jeder Dimension aus einer der anderen, und dann durch die kritische Untersuchung der Beziehungen zwischen den Dimensionen in Hinsicht auf die Vollständigkeit und die Widerspruchslosigkeit des Beziehungszusammenhanges (axiomatische Analyse).

nicht erkennbaren, undefinierbaren Dimension gegenübergestellt werden können, damit diese sich faßbar von ihnen abheben kann.

14. *Der Wahnsinn als metaphysischer Faktor des Schizophrenieproblems?* — Daß es sehr wahrscheinlich wirklich einen solchen Kern des Schizophrenieproblems geben muß, geht bisher wohl im wesentlichen nur daraus hervor, daß wir, wenn man so sagen darf, trotz aller Schizophrenien doch immer wieder von *der* Schizophrenie sprechen. Die Durchschlagskraft aller eindimensionalen Schizophrenietheorien, in denen die irrationale und undefinierbare Dimension blindlings als rational erkennbar und definierbar vorausgesetzt wird (oder, um in der formalisierten Ausdrucksweise zu sprechen, in denen der x-Faktor als ein a-, b- oder c-Faktor verkannt wird), beruht meines Erachtens nämlich nur auf jenem unmittelbaren metaphysischen Problemgefühl, auf das im vorstehenden hingewiesen wurde. Und mir scheint nun, wir spüren hier im Grunde blind, daß verborgen im Haufen der Schizophrenien vielleicht etwas wie der reine Wahnsinn steckt.

Wenn dem aber so wäre, wenn es der reine Wahnsinn wäre, der uns hier so seltsam hintergründig berührt, so könnten wir zwar sagen, daß sich, wie Wahnsinn von Unsinn und Sinn, so auch das Offenbarwerden des Wahnsinns in den reinen schizophrenen Psychosen vom Unsinn in den körperlich begründbaren (symptomatischen) Psychosen und vom Sinn in den seelisch verständlichen abnormen Reaktionen und Persönlichkeitsentwicklungen abheben läßt. Was aber Wahnsinn wirklich ist, wäre damit natürlich ebenso wenig erkannt wie das eigentlich Schizophrenie. Eine Hauptaufgabe der psychopathologischen Forschung ist es meines Erachtens deshalb auch, das blinde Spüren des metaphysischen Problemkerns (phänomenologisch) zu klären und in einsichtiges Erkennen umzuwandeln — oder aber eventuell auch nachzuweisen, daß und warum es sich hier in Wahrheit doch nur um eine tiefe Illusion der denkenden Psychiater handelt.

Zusammenfassung.

Die diskutabile Frage nach einem den schizophrenen Primärerlebnissen zugrundeliegenden einheitlichen schizophrenen Bewußtsein oder nach einer dieses Bewußtsein umgreifenden schizophrenen Daseinsveränderung steht gegenüber der heute nicht mehr ernsthaft diskutierten Frage nach der Krankheitseinheit Schizophrenie. Nach allgemeiner heutiger Auffassung gibt es keine Schizophrenie, sondern nur Schizophrenien. Diese heben sich aber als solche nach Primärsymptomatik und Endzuständen deutlich von den körperlich begründbaren (symptomatischen) Psychosen sowie von den psychogenen Reaktionen und Entwicklungen ab. Die Schizophrenien lassen sich daher weder allein als somatogene Krankheiten noch allein als psychogenes Kranksein erklären, obwohl sowohl somatogene

wie auch psychogene Faktoren in ihnen als konstitutive Bestandteile angenommen werden können. Diese Sachlage erfordert zu ihrer begrifflichen Fassung einen Grenzbegriff der reinen Psychose, der einerseits dem Begriff der körperlich begründbaren symptomatischen Psychose, andererseits dem Begriff der krankheitswertigen psychogenen Entwicklung gegenübersteht. Die letztgenannten Begriffe sind als Gattungsbzw. Extrembegriffe von dem Grenzbegriff der reinen Psychose zu unterscheiden. Das methodologische Schizophrenieproblem besteht in der Definierung dieses Grenzbegriffes durch alle faßbaren definiten Faktoren, die in ihn eingehen. Dem methodischen Schizophrenieproblem steht aber noch das tieferliegende metaphysische Problem der reinen Psychose gegenüber. Diesem entspricht ein metaphysischer Grenzbegriff, dem gegenüber der methodologische Grenzbegriff zum Extrembegriff der definierbaren Dimensionen im Begriff der reinen (schizophrenen) Psychose zusammenschrumpft. Die Erkenntnis der „undefinierbaren“ Dimension im Grenzbegriff der reinen (schizophrenen) Psychose steht am Ende der klinisch-empirischen Forschung, obwohl das Erspüren dieser „undefinierbaren“ Dimension den Beginn und den Anreiz zur Erforschung der Schizophrenien bildet.

Literatur.

- BERZE, J. u. H. W. GRUHLE: Psychologie der Schizophrenie. Berlin: Springer 1929. — BINSWANGER, L.: Über die daseinsanalytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Schweiz. Arch. Neur. 75, 209 (1946). — Daseinsanalytik und Psychiatrie. Nervenarzt 22, 1 (1951). — Studien zum Schizophrenieproblem. 1. Schweiz. Arch. Neur. 53, 54 (1944), 2. Schweiz. Arch. Neur. 56, 58, 59 (1946/47), 3. Schweiz. Arch. Neur. 63, (1949), 4. Schweiz. Arch. Neur. 69, 70, 71 (1952). — BLEULER, E.: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig und Wien: Deuticke 1911. — BLEULER, M.: Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941—1950. Fortschr. Neur. 19, 385 (1951). — CARNAP, R.: Einführung in die symbolische Logik. Wien: Springer 1954. — EWALD, G.: Schizophrenie, Schizoid, Schizothymie (Kritische Bemerkungen). Z. Neur. 77, 439 (1922). — Zur Theorie der Schizophrenie. Allg. Z. Psychiatr. 110, 153 (1939) u. Dtsch. Med. Wschr. 1954, 1813. — Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie. München-Berlin: Urban & Schwarzenberg 1954. — GRUHLE, H. W.: Psychopathologie der Schizophrenie. Hb. Geisteskrh. v. BUMKE, Bd. IX, 135. Berlin: Springer 1932. — Theorien betr. die Schizophrenie. Hb. Geisteskrh. v. BUMKE, Bd. IX, 705. Berlin: Springer 1932. — Gesammelte Schriften. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953. — HÄFNER, H.: Zur Psychopathologie der halluzinatorischen Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. 192, 241 (1954). — HARTMANN, N.: Zur Grundlegung der Ontologie, 3. Aufl. Meisenheim: Westkulturverlag 1948. — Grundzüge einer Metaphysik der Erkenntnis, 4. Aufl. Berlin: de Gruyter 1949. — HASSLER, R.: Ist die Schizophrenie eine Zwischenhirnerkrankung. Zbl. Neur. 108, 311 (1950). — HILBERT, D. u. W. ACKERMANN: Grundzüge der theoretischen Logik, 3. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1946. — HOFER, G.: Zum Terminus Wahn. Fortschr. Neur. 21, 93 (1953). — JASPERS, K.: Allgemeine Psychopathologie, 3. Aufl. Berlin: Springer 1923 und 4. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1946. — KATZ, D.: Gestaltpsychologie, 2. Aufl. Basel: Schwabe 1948. — KRAEPELIN, E.: Psychiatrie,

8. Aufl. Bd. III. Leipzig: Barth 1913; Bd. IV, Leipzig: Barth 1915. — KLEIST, K.: Die Auffassung der Schizophrenien als psychische Systemerkrankungen (Heredodegenerationen). *Klin. Wschr.* **1923**, 962. — Störungen des Denkens und ihre hirnpathologischen Grundlagen, in: *Gegenwartsprobleme der psychiatrisch-neurologischen Forschung*, herausgeg. v. ROGGENBAU. Stuttgart: Enke 1939. — Fortschritte der Psychiatrie, Aufsätze und Reden der Senckenberg-Naturforsch. Ges., Frankfurt/M.: Kramer 1947. — KLOOS, G.: Das Realitätsbewußtsein in der Wahrnehmung und Trugwahrnehmung. Leipzig: Thieme 1938. — KRAFT, V.: Der Wiener Kreis, Ursprung des Neopositivismus. Wien: Springer 1950. — Der Positivismus, *Studium gen.* **7**, 73 (1954). — KRETSCHMER, E.: Körperbau und Charakter, 20. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1950. — Der sensitive Beziehungswahn, 3. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1950. — KRUEGER, F.: Der Strukturbegriff in der Psychologie. Jena: Fischer 1924. — Zur Philosophie und Psychologie der Ganzheit. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953. — LLAVERO, F.: Symptom und Kausalität. Stuttgart: Thieme 1953. — LEONHARD, K.: Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. Leipzig: Thieme 1936. — Formen und Verläufe der Schizophrenien. *Zbl. Neur.* **108**, 309 (1950) u. *Mshr. Psychiatr.* **124**, 169 (1952). — LUXEMBURGER, H.: Die erbbiologische Stellung der schizophrenen Psychosen, in: *Gegenwartsprobleme der psychiatrisch-neurologischen Forschung*, herausgegeben von ROGGENBAU. Stuttgart: Enke 1939. — Die Vererbung der psychischen Störungen, in *Hb. Geisteskrh. v. BUMKE*, Erg. Bd. I. Berlin: Springer 1939. — MAYER-GROSS, W.: Erkennung und Differentialdiagnose der Schizophrenie, in *Hb. Geisteskrh. v. BUMKE*, Bd. IX, 579. Berlin: Springer 1932. — METZGER, W.: Psychologie, 2. Aufl. Darmstadt: Steinkopf 1954. — MÜLLER-SUUR, H.: Überblick über die psychiatrischen Theoriebildungen in kritischer Hinsicht auf ihren Ganzheitscharakter. *Fortschr. Neur.* **17**, 31 (1949). — Das psychisch Abnorme (§ 37, Grenzbegriff der seelischen Krankheit). Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1950. — Die Ganzheitsfrage in der Psychopathologie. *Studium gen.* **4**, 280 (1951). — Das Gewißheitsbewußtsein beim schizophrenen und beim paranoischen Wahnerleben. *Fortschr. Neur.* **18**, 44 (1950). — Die Wirksamkeit allgemeiner Sinnhorizonte im schizophrenen Wahnerleben. *Studium gen.* **6**, 356 (1953) u. *Fortschr. Neur.* **22**, 38 (1954). — SCHNEIDER, C.: Die Psychologie der Schizophrenen. Leipzig: Thieme 1930. — Die schizophrenen Symptomenverbände. Berlin: Springer 1942. — SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Thieme 1950. — SCHULTZ-HENCKE, H.: Das Problem der Schizophrenie. Stuttgart: Thieme 1952. — STECK, H.: Die Psychopathologie des Wahns. *Schweiz. Arch. Neur.* **67**, 86 (1951). — SZILASI, W.: Die Erfahrungsgrundlage der Daseinsanalyse BINSWANGERS. *Schweiz. Arch. Neur.* **67**, 74 (1951). — VOGT, C., u. O. VOGT: Wesen und orthologische Bedeutung der pathologischen Erscheinungen. *Nervenarzt* **18**, 97 (1947). — WINKLER, W.: Zum Begriff der „Ich-Anachorese“ beim schizophrenen Erleben. *Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur.* **192**, 234 (1954). — WITTGENSTEIN, L.: *Tractatus logico-philosophicus*, 5. Aufl. London: Routledge & Kegan Paul Ltd. 1951. — WYRCH, J.: Die Person des Schizophrenen, Bern: Haupt 1949. — ZUTT, J.: Über Daseinsordnungen. *Nervenarzt* **24**, 177 (1953).

Prof. Dr. H. MÜLLER-SUUR, Göttingen, Rosdorferweg 70.