

Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen (Direktor: Prof. Dr. W. SCHULTE)

Das „Praecoxgefühl“ in der Diagnostik der Schizophrenie

Ergebnisse einer Umfrage bei westdeutschen Psychiatern

Von
G. IRLE

(Eingegangen am 18. April 1962)

In den Bemühungen um die diagnostische Abgrenzung der Schizophrenie hat seit einigen Jahren ein Terminus Aufmerksamkeit auf sich gezogen, den RÜMKE prägte. Er nannte dieses Krankheitsphänomen „Praecoxgefühl“, um im gleichen Atemzug hinzuzusetzen, eigentlich handle es sich um ein „Praecoxerlebnis“. Im Sprachgebrauch hat sich rasch das Wort Praecoxgefühl eingebürgert, obwohl die Bezeichnung „Gefühl“ in einem Begriff, der diagnostischer Klärung dienen soll, suspekt ist. Bemerkenswert ist es dabei, daß hier zwar auf ein bestimmtes Charakteristikum schizophrener Erkrankter gezielt wird, daß aber für die Diagnostik entscheidend ein Erlebnis, ein Gefühl, eine Sensation im Beobachter wird. So rückt, neben den Kranken mit seinen Symptomen, ganz betont der Diagnostiker mit seinen Erlebnisfähigkeiten in den Vordergrund.

Obwohl es in einer Disziplin, die nach den Worten CONRADs eher im Stadium der Kennerschaft als im Stadium der Wissenschaft sich befindet, naheliegen könnte, sich mit der Persönlichkeit des Diagnostikers ebenso sehr wie mit der zu diagnostizierenden Krankheit zu beschäftigen, stehen die Qualitäten des Untersuchers in der Literatur vergleichsweise im Hintergrund der Betrachtung. Sieht man von dem Negativ ab, der von psychologischer Seite häufig geübten Kritik an der Subjektivität psychiatrischer Diagnostik (unter anderem etwa bei BRENGELMANN und EYSENCK), so werden in der Psychiatrie die unterschiedlichen Erkenntnismöglichkeiten des Diagnostikers seltener diskutiert. Doch sei an WYRSCH und PETRILOWITSCH erinnert, die der Intuition, dem ganzheitlich physiognomischen Eindruck einen Platz in der Schizophreniediagnostik einräumten, an W. SCHULTES Beobachtungen der Reaktion Gesunder auf psychotische Zustandsbilder.

Wenn also im Blick auf die Literatur der Eindruck entstehen könnte, das ganze Bemühen um exaktere Abgrenzungsmöglichkeiten schizophrener Krankheitsbilder spiele sich im Rahmen psychopathologischer Termini und testpsychologischer Kriterien ab, so drängen sich doch

zweifelnde Fragen auf, ob die landauf, landab geübte Praxis der Diagnostik dem Bild in der Literatur entspricht.

Wir nahmen es uns deswegen vor, eine große Zahl der Untersucher selbst zu befragen, worauf sie in der täglichen Praxis eigentlich die Diagnose einer Schizophrenie stützen. Dabei zielten wir vor allem darauf, ob Gefühle und Erlebensweisen, wie sie etwa mit dem Praecoxgefühl umrissen sind, in der Diagnose eine Rolle spielen. An dieser Stelle soll nur kurz rekapituliert werden, daß das Rümkesche Praecoxgefühl als ein spezifisches Erlebnis herausgestellt wird, das sich wahrscheinlich an einem Formproblem im Schizophrenen entzündet. RÜMKE meint, daß wir bei der Kerngruppe der „echten“ Schizophrenien die Diagnose auf etwas basieren, „das wir mit Sicherheit wahrnehmen, ohne es jedoch anderen durch Worte mitteilen zu können“. Die bekannten Schizophreniesymptome blieben ohne das schizophrene Kolorit, ohne das Praecoxgefühl unespezifisch. Allen bekannten Symptomen müsse man im Grunde die Bezeichnung „eine ganz bestimmte“ hinzufügen, wobei dieses ganz Bestimmte nicht verbalisierbar sei, sondern nur durch das im Untersucher erwachende Praecoxgefühl gekennzeichnet werden könne. Allerdings könne sich nur ein sehr erfahrener Untersucher dieses Kompasses bedienen. MÜLLER-SUUR hat diese Gedankengänge aufgenommen und das Praecoxgefühl als einen Akt intuitiver Wesensschau im Sinne der Phänomenologie HUSSERLS beschrieben. Er hat es als den Eindruck von etwas ganz bestimmten Unverständlichen abzugrenzen versucht von dem physiognomischen Eindruck befremdlichen unbestimmten Unverständlichen und schließlich, in einer Weiterführung Rümkescher Gedanken, ein relativ bestimmtes Unverständliches als den Eindruck definiert, den das Praecoxgefühl dem Untersucher gibt. Dabei stellte MÜLLER-SUUR am Ende heraus, dem Praecoxgefühl sei eine schwerwiegende symptomatologische Bedeutung für die Schizophreniediagnose zuzuerkennen. Er will es als ein Symptom I. Ranges im Sinne von K. SCHNEIDER bewertet sehen.

Methodik

Bei der Umfrage bedienten wir uns eines Fragebogens, der zusammen mit einem kurzen Anschreiben an eine möglichst umfassende Zahl westdeutscher Nervenärzte versandt wurde. Aus den Anschriftenverzeichnissen zweier großer Arzneimittelfirmen erreichten wir dabei eine Zahl von Nervenärzten (2324), die ein Stück über der von der Bundesärztekammer (1594) und vom Statistischen Bundesamt in Wiesbaden (2004 für 1959)¹ angegebenen Höhe liegt. Im vorliegenden Bericht beschränken wir uns, schon aus Raumgründen, darauf, über die Ergebnisse der Umfrage im Blick auf das Praecoxgefühl zu berichten. Es soll später eine kurze Mitteilung über die übrigen Ergebnisse folgen.

Wir nahmen uns nämlich vor, die Psychiater mit dem Ziel zu befragen, nicht nur etwas über ihre Gewohnheit zu erfahren, mit Gefühl und Intuition in der

¹ Fernmündliche Mitteilungen dieser Institutionen.

Diagnostik umzugehen, sondern vor allem auch ein Bild davon zu bekommen, was für Persönlichkeiten es sind, die sich auf das Praecoxgefühl verlassen, die etwas damit anfangen können und welche nicht. Wir haben also einen Fragebogen ausgearbeitet, der nicht nur nach der spezifischen Tätigkeit des Nervenarztes fragt, etwa ob er in einer Klinik, einer Anstalt oder freiberuflich tätig ist, nicht nur nach seiner Erfahrung, gemessen an der Zeit, die er im Fach arbeitet, nicht nur nach neurologischem, psychiatrischem oder sonstigem Schwergewicht in seinem Alltag, sondern auch nach seinen Auffassungen vom Wesen der Schizophrenie, vor allem aber von den Möglichkeiten und Erfahrungen seiner diagnostischen Arbeit. Die Fragen nach dem Praecoxgefühl erschienen eingekleidet erst in der 12.—16. Position des 21 Fragen enthaltenden Bogens. Nur relativ wenigen der Befragten wurde offenbar klar, daß es im Grunde um diese Fragen ging.

Der ausgesandte Fragebogen hatte diesen Inhalt:

1. Arbeiten Sie a) in einer Klinik? b) in einer Anstalt? c) freiberuflich? d) wie sonst?
2. Wieviel Jahre sind Sie jetzt in der Psychiatrie tätig?
3. Liegt das Schwergewicht Ihrer Arbeit auf a) psychiatrischem, b) neurologischem oder sonst c) welchem Gebiet?
4. Neigen Sie dazu, in der Schizophrenie a) etwas grundsätzlich anderes oder b) die besonders schwere Form einer Neurose zu sehen?
5. Sollte man Ihrer Ansicht nach den Bereich der Schizophrenie a) eng fassen, b) weit halten, c) weit halten und eine Kerngruppe von Randgruppen unterscheiden?
6. Ist nach Ihren Erfahrungen eine Schizophrenie a) eigentlich unheilbar? b) gelegentlich völlig reversibel? c) nur zu bessern unter Hinterlassen eines Defektzustandes?
7. Entschließen Sie sich a) nüchtern und sachlich, b) nur unter Überwindung inneren Widerstandes zur Diagnose einer Schizophrenie oder d) möchten Sie die Diagnose besser ganz umgehen?
8. Sind Sie in der Lage, gelegentlich eine Schizophrenie gleichsam auf Anhieb zu diagnostizieren?
9. Sind Sie bereit a) bei solchen Gelegenheiten diese Anhebdiagnose auch schriftlich zu fixieren? oder warten Sie b) bevor Sie sich in der Diagnose festlegen, auf jeden Fall einen gewissen Beobachtungszeitraum ab?
10. Korrigieren Sie bisweilen im Krankenblatt (den Aufzeichnungen) Ihre bereits (vorläufig) festgelegte Diagnose einer Schizophrenie oder b) kommt es umgekehrt öfter vor, daß Sie eine anders oder unbestimmter formulierte Diagnose in Schizophrenie ändern müssen?
11. Was erscheint Ihnen letzten Endes aufschlußreicher für die Diagnose einer Schizophrenie, a) das gegenwärtige Zustandsbild, b) die charakteristische Vorgeschichte?
12. Erleben Sie es bisweilen, daß in Ihnen dem Patienten gegenüber ein überzeugendes Gefühl, Gespür entsteht, das Ihnen die Diagnose einer Schizophrenie nahelegt?
13. Falls Sie 12 bejahen, ist dann dieses Gespür a) ein Ergebnis Ihrer Erfahrung oder knüpft es b) eher an einem Erlebnis des Befremdenden an, das Ihres Erachtens auch jeden Laien überkommen würde?
14. Können Sie Ansatzpunkte nennen, a) von denen her solch ein Gespür in Ihnen auftaucht? welche? b) Ist die Wurzel des Gespürs nicht in Worten auszudrücken?
15. Erscheint Ihnen solch ein Gefühl für das Vorhandensein einer Schizophrenie a) verlässlich oder b) haben Sie sich des öfteren doch damit getäuscht?

16. Ist Ihnen ein solches Gefühl trotz gelegentlicher Fehler letzten Endes doch verlässlicher als alle übrigen Symptome?

17. Oder auf welche der aufgeführten Faktoren sonst würden Sie sich am ehesten in Ihrer Diagnose verlassen? a) Die Symptome I. Ranges etwa im Sinne von KURT SCHNEIDER? b) eher die Ausdruckssymptome, das Gehabe des Patienten? c) die Möglichkeiten des Patienten, Kontakt zu finden? d) seine mangelnde affektive Resonanz?

18. Wie halten Sie es mit einer exakten Diagnose? Geben Sie sich in schwierigen Fällen a) mit der Therapie zufrieden? oder b) legen Sie großen Wert auf diagnostische Einordnung?

19. Halten Sie es für möglich, daß die Psychiatrie jemals zu einer exakten Naturwissenschaft wird? b) oder meinen Sie, daß naturwissenschaftliche Kategorien zum Begreifen der eigentlichen Probleme der Geisteskrankheiten nicht ausreichen werden?

20. Meinen Sie, daß ein Psychiater sich mit wachsender Erfahrung, unterstützt durch wissenschaftliche Fortschritte a) weitgehend in das Erleben eines Schizophrenen einleben kann? oder b) sind Sie der Ansicht, daß letzten Endes über begrenzte Möglichkeiten des Verständnisses hinaus eine Psychose uneinfühlbar bleibt?

21. Meinen Sie, daß der Arzt a) im schizophrenen Patienten vor allem die „gesunden“ Anteile der Persönlichkeit ansprechen sollte? oder b) sollte er sich intensiv in die kranke Innenwelt einzufühlen suchen, um Ansatzpunkte zur Heilung zu gewinnen?

Unsere Besorgnis, ein zu umfangreicher, ein zu sehr ins Detail gehender Fragebogen werde bei einem Großteil der Befragten auf Ablehnung stoßen, zwang uns dazu, mehr oder weniger schlagwortartige Alternativfragen zu stellen, die natürlich den komplizierten psychopathologischen Gegebenheiten kaum gerecht werden konnten. Wir mußten in Kauf nehmen, mit gutem Recht von vielen Seiten wegen der Unzulässigkeit der Alternativschemata getadelt zu werden. Eine ganze Reihe der Antwortenden ließen die Besorgnis überflüssig erscheinen, indem sie es uns anheimstellten, die Fragebogenpositionen auf der Basis ihrer ausführlicheren Explikationen anzukreuzen. Auf der anderen Seite wird man fürchten müssen, viele der ausgebliebenen Antworten erklären sich durch die Abneigung, so zu verallgemeinern, wie es der Fragebogen verlangte. Es ist sicherlich nicht jedermanns Sache, seine Meinung in das Prokrustesbett von Alternativfragen zu zwingen. Erst recht ist es nicht jedermanns Sache, überhaupt einen Fragebogen zu beantworten. Wir hatten eigentlich erwartet, die Affekte gegen das Ausfüllen von Fragebögen einer Meinungsbefragung würden heftiger lodern. Stattdessen stieß unser Unternehmen auf ein uns überraschendes Echo. Wir gewannen den Eindruck, daß gerade bei den frei praktizierenden Kollegen eine bemerkenswerte Bereitwilligkeit zur Diskussion vorhanden ist. So müssen wir feststellen, daß in den Grenzen, die einem solchen Fragebogenunternehmen von vornherein gezogen sind, relativ viele Informationen zusammenkamen. Allerdings kann der entscheidende Mangel nicht verschwiegen werden, der unserer Umfrage anhaftet. Wir konnten kein repräsentatives Bild über die Meinung der bundesdeutschen Psychiater gewinnen. Dazu hätten wir eine repräsentative Auswahl bestimmter Gruppen von Nervenärzten aufsuchen müssen, um sie unmittelbar zu befragen. Die dafür notwendigen Unterlagen fehlen bisher, so daß wir stattdessen allenfalls alle jetzt angeschriebenen Kollegen hätten selbst aufsuchen müssen, um sie zu einer Stellungnahme zu bewegen. Das war aus technischen Gründen nicht möglich. Es blieb nur der eingeschlagene Weg übrig, bei dem wir zwar die Antwort von über der Hälfte westdeutscher Psychiater erhielten, auf der anderen Seite eben kein repräsentatives Bild von der Meinung aller Nervenärzte. So stellen

die Ergebnisse zweifellos eine interessante Sammlung von Meinungen dar, doch können sie in ihrer Begrenztheit allenfalls einen Meinungstrend beschreiben.

Es versteht sich, daß wir auf die beschriebene Weise nicht daran dachten, etwas zur Frage der Gültigkeit und Legitimation des Praecoxgefühls beizutragen. Dazu eignet sich beim gegenwärtigen Stand der Diskussion unseres Erachtens einzig ein Experiment, in dem eine ausgewählte Psychiatergruppe aus verschiedenen Schulen und Orten sich angesichts von Paralytikern, hirnganisch Geschädigten, gehemmt Depressiven und Schizophrenen der Kern- wie der Randgruppen im Lauf einer zeitlich begrenzten Exploration darüber schlüssig werden müßte, ob ein Praecoxgefühl entsteht und später über eine längere Beobachtungszeit hinweg in der Diagnose bestätigt wird. So ermutigten uns die ironischen oder ärgerlichen Vorwürfe eher, in denen wir gefragt wurden, ob wir meinten, gefundene Mehrheiten könnten so subtile Komplexe psychiatrischer Diagnostik entscheiden. Da wir selbst, hätte man uns den Fragebogen vorgelegt, zwar die Frage nach Gefühl und Gespür in der Diagnostik für uns als zutreffend angekreuzt hätten, schon bei der Frage nach der Verlässlichkeit solchen Gefühls unsere Zustimmung verweigert hätten, bestärkte uns eigentlich mancher Spott über das Ansinnen, überhaupt nach Gefühl und Gespür im Zusammenhang mit diagnostischer Klärung gefragt zu werden. (Freundliche Ironie schlug etwa vor, uns rasch zu entscheiden, zur schwäbischen Wissenschaft oder Dichtung einen Beitrag liefern zu wollen.) Wir waren im Gegenteil eigentlich in unserer untergründigen Erwartung enttäuscht, ein Großteil der Antwortenden werde sich dagegen wehren, subjektive Momente in der Diagnostik für verlässlich zu halten. Wir hatten gedacht, die Erfahrung der Vielen werde zureichende Veranlassung geben, nicht mehr zu viel vom Praecoxgefühl zu sprechen, auf das genannte Experiment von vornherein zu verzichten.

Ergebnisse

Es gingen 2324 Fragebögen hinaus und wir bekamen darauf 1246 Antworten, also eine Reaktion von 53,6% der Befragten. Ausgewertet wurden 1196 Bögen (51,4%). Die Differenz erklärt sich aus solchen Antworten, die zu spät kamen (26) und aus solchen, die ihre Inkompetenz für die angeschnittenen Fragen erklärten, teils, weil sie als reine Neurologen nicht zur Antwort imstande seien, teils auch, weil sie es mit Entschiedenheit ablehnten, in dieser Weise zu den Problemen Stellung zu nehmen (24).

Wie nicht anders zu erwarten, waren in den Bögen hier und dort Positionen unbeantwortet geblieben. Oft auch entschied man sich bei Alternativfragen für beide Möglichkeiten. So sind es also immer verschieden große Gruppen des Gesamts, die auf eine Frage geantwortet haben.

Die Frage 12 nach dem überzeugenden Gefühl dem Patienten gegenüber, das die Schizophreniediagnose nahelege, haben 1027 (85,8%) für sich als zutreffend bezeichnet. Die Frage 15, ob dieses Gefühl für verlässlich gehalten werde, bejahten 645, das sind 53,9%. 300 schließlich meinten (25%), dieses Gefühl sei ihnen trotz gelegentlicher Fehler letzten Endes verlässlicher als alle übrigen Symptome. Es ergibt sich also, daß knapp 86% das Gefühl kennen, daß über die Hälfte der Antwortenden es für verlässlich hält und daß ein Viertel dieses Gefühl für verlässlicher als alle übrigen Symptome einstufen will.

In der Position 13 wollten wir wissen, ob man das Gefühl für ein Ergebnis der speziellen psychiatrischen Erfahrung halte oder eher für ein allgemein evidentes Erlebnis, wie es auch Laien überkommen könne. Nur 137 (13,3%) stimmten dem letzteren zu, die meisten sahen es im Zusammenhang mit ihrer speziellen Erfahrung (818 = 79,6%). Eine Reihe (55) kreuzten beide Positionen an.

Unter Frage 14 gingen wir auf Ansatzpunkte aus, an denen das Gefühl anknüpfe und stellten zur Alternative die Aussage, die Wurzel des Phänomens sei nicht in Worten auszudrücken. Es gab einen recht beschränkten Raum, um eventuell stichworthaft Ansatzpunkte aufzuzählen. 962 von den 1027, die das Gefühl bestätigten, äußerten sich und 463 (45%) erklärten, es gebe Ansatzpunkte. 438 führten Stichworte auf oder explizierten in Briefen ausführlicher. 499 (48,4%) dagegen hielten die Wurzel des Gefühls nicht für verbalisierbar.

Hier sind vor allem die 438 interessant, die Ansatzpunkte nannten. Wir haben eine Reihe von Gruppen zusammengefaßt, wobei man allerdings bedenken muß, daß oft auf einem Bogen mehrere Stichworte nebeneinander aufgezählt wurden. Relativ häufig (141 mal) setzt man an der Psychomotorik, der Mimik, dem Gehabe, den Manierismen, auch dem Grimassieren an. Ähnlich häufig wird der Kontakt, die Resonanzfähigkeit genannt (114 mal). Nicht ganz so oft (87 mal) führt man das Affektverhalten an. Zu den größeren Gruppen zählen auch das Gefühl, der Kranke lebe in einer anderen, fremden Welt (45 mal) und das Empfinden der „Glaswand“ zwischen Untersucher und Patienten (24 mal). Eine Reihe der Antwortenden nennt auch solche Symptome, die bei K. SCHNEIDER als Symptome I. Ranges aufgeführt werden (45). Viele von ihnen versuchen dann, „das ganz besondere“, „das charakteristische“, „das spezifische“ als Kennzeichnung hinzuzusetzen und meinen damit nach der Definition RÜMKES eben das Praecoxgefühl. Am Rand sei vermerkt, daß immerhin 18 mal der Blick bzw. der besondere Augenausdruck für kennzeichnend und als Wurzel des spezifischen Gefühls gehalten wird. Auch ein bestimmter Geruch der Kranken wird fünfmal als Kriterium erwähnt, das den Ansatz für das Praecoxgefühl ergibt.

An einer Reihe vereinzelt dastehender Äußerungen bemerkenswerter Art sollte man nicht vorbeigehen. So wird von der „zwischenmenschlichen Angst, die sich dem anderen mitteilt“, von der „eigenen Angst davor“ gesprochen, von dem „ansteckenden Unheimlichkeitsgefühl“, von dem „ich, zu dem ich nicht du sagen kann“. Es wird die „schizoide Struktur des Diagnostikers, die dann im Gegensatz zu anderen Diagnostikern die Schizophreniediagnosezahlen heraufschnellen“ lasse, angeführt, auch die eigene latente Psychosebereitschaft, die auf ihr Verwandtes und vertrautes anspreche oder „das Gefühl der eigenen Hilflosigkeit“ und schließlich die Tatsache, daß dieses Gefühl „von der eigenen Anlage und

Gesundheit abhängig“ sei. Für manche ist das Praecoxgefühl eine Erscheinung per exclusionem. Es ergebe sich etwa, wenn man in der Analyse eines Kranken in einen „sinntoten Winkel“ gerate, „in ein schizophrenes Loch“ gefallen sei. Ein anderer meint — und leitet diese Fähigkeit von seiner eigenen Struktur, die in diese Richtung gehe, ab — er habe eher ein Gefühl für Psychopathen und für Kranke aus dem Bereich der Cyclothymie. Einer schließlich beschreibt den „ärgertlich-ablehnenden Widerstand“, den er (abseits von Sympathie und Antipathie dem Patienten gegenüber) bei einer Neurose zu überwinden habe, während eine Schizophrenie in ihm einen „beinahe elementaren Drang zum Helfenwollen“ erzeuge. Man spricht von der „sympathetischen Kommunikation“, vor allem aber von der Intuition. „Fluidumöse Intuition“ nennt man es, während ein anderer gerade das „Fehlen eines Fluidums“ herausstellt. Einer kennzeichnet die Intuition als die „frei steigende Vorstellung aus dem dunkel bereitliegenden Erfahrungsmaterial“. Wieder andere meinen, das Praecoxgefühl setze am eigenen Traumerleben an. Wenn des öfteren darauf hingewiesen wird, das Gefühl sei recht komplex, kein einheitliches Erlebnis, vor allem auch bei verschiedenen Diagnostikern nicht identisch, so scheint ein guter Teil der hier wiedergegebenen Sätze das zu bestätigen.

Auch die schwierige Frage, ob es sich hier wirklich um ein wohlumrissenes und besonderes Phänomen bei der Schizophrenie handelt, wird angeschnitten. Einer spricht von der „Kennerschaft“, dem von CONRAD geprägten Begriff, ein anderer sagt, hier handle es sich nicht um mehr Intuition, „als bei jeder anderen Diagnose“. Dem stimmt im Grunde der zu, der vom „ärztlichen Blick“ spricht und einer schließlich spricht es gezielt aus: es ist eine „Sonderform des klinischen Blicks“, die „als Praecoxgefühl praktisch wertlos“ sei.

Wiederholt zitiert man K. SCHNEIDERS Formulierung „es weht einen schizophren an“. Immer wieder kommt auch die Bemerkung, es sei die Zusammenfassung von im Lauf der Zeit im Umgang mit Schizophrenen gesammelten Erfahrungsbildern, „die vergleichende Erinnerung aus der Erfahrungsbreite“, wie es einer nennt. Einige benutzen auch die Formel von MÜLLER-SUUR „der aus dem Gespräch mit dem Patienten erwachsende Eindruck von etwas bestimmtem Unverständlichen“. Man spricht von der „intuitiven vorsprachlichen psychiatrischen Erfassung des So-Krankseins im Gegenüber“ oder man definiert, es sei ein „sphärisches Perzipieren einer rational noch lückenhaften Gestalt“.

Zu differentialdiagnostischen Möglichkeiten wird spontan relativ wenig Stellung genommen. Immerhin bemerkt einer, bei ihm beschränke sich das Praecoxgefühl auf die Hebephrenie. Andere führen als Täuschungsmöglichkeiten die Verwechslung mit der Progressiven Paralyse, mit Dämmerzuständen oder mit schweren Psychopathien an.

Im Gegensatz zu RÜMKES Meinung, gerade erst der sehr erfahrene Diagnostiker könne sich dieses Kompasses bedienen, kommen einzelne Stimmen, die sich dahin aussprechen, als Anfänger hätten sie ein solches Gefühl gekannt, dann nicht mehr. Einer drückt seine Skepsis, hier allerdings nicht nur speziell gegenüber dem Gefühl, in den Worten aus: „je älter und erfahrener man wird, um so fragwürdiger werden alle angeblich spezifischen Schizophreniesymptome“. Manche betonen die Vorläufigkeit die dem Praecoxgefühl innewohne. Das Gefühl bestehe nur anfangs, man müsse dann bereit zur Korrektur bleiben oder: es könne nur als „Hinweis“ benutzt werden, es sei eine Summe von Eindrücken, die lediglich eine „Vermutung“ erzeugen, die dann in weiteren Untersuchungen erhärtet werden müsse. Solche Vorläufigkeit findet ihre Übergänge bis hin zu dem, der zwar das Gefühl nicht einmal als für sich zutreffend ankreuzen wollte, jedoch einräumte, es ergäben sich in Vorgeschichte und Verhalten des Patienten Hinweise, die eine erhöhte Aufmerksamkeit in Richtung auf eine Schizophrenie nahelegten.

Neben ganz entschiedenen, gar affektgeladenen Äußerungen gegenüber der Frage nach dem Gefühl in der Diagnostik sind auch solche Formulierungen anzuführen wie: „ich kenne das Gespür, bemühe mich, dagegen kritisch zu sein“ oder die lakonische Antwort eines Nestors der deutschen Nervenheilkunde auf die Frage nach der Verlässlichkeit des Gefühls: „ihm stets mißtraut“. Ein anderer schließlich versucht den Zwiespalt so zu beschreiben: „im objektiven Sinn verlässlich ist dieses Gespür keineswegs, wenn ich auch sagen möchte, daß es mich persönlich kaum je geträgt hat“.

Äußerungen wie die vorstehenden könnten noch weiter angeführt werden, doch soll ihnen hier nicht ein zu breiter Raum gewidmet sein, weil sie nun einmal Einzeläußerungen bleiben, deren Gewicht vor dem, was die anderen nicht aussprachen, nicht zu hoch veranschlagt werden darf. Es wird andererseits einleuchten, daß uns bei dem Unternehmen diese Einzelantworten oft bemerkenswerter vorkommen wollten, als die Menge der Antwortbögen mit ihren lakonischen Ja-Nein-Reaktionen.

Wir sagten vorn, daß wir mit dem Fragebogen uns nicht nur ein Bild über die Stellung des Praecoxgefühls in der praktischen Diagnostik verschaffen wollten, sondern darüber hinaus versuchten, die Zu- oder Abneigung bestimmter Gruppen von Psychiatern zu diesem Instrument herauszubekommen. Es geht also darum, ob bestimmte Gruppen der Befragten sich darin, ob sie das Praecoxgefühl für besonders verlässlich oder für weniger brauchbar halten, voneinander abheben. Es wurden einmal die drei großen Gruppen, die Kliniker, die Anstaltspsychiater und die freiberuflich Tätigen miteinander verglichen (Tab. 1).

Es zeigt sich, daß die Anstaltspsychiater und die Freiberuflichen zusammengefaßt, sich stärker auf das Praecoxgefühl verlassen wollen, als

die Kliniker. (Differenz im χ^2 -Test auf 0,001 Ebene hochsignifikant.) Untereinander zeigen Freiberufliche und Anstaltspsychiater keine deutlichen Unterschiede in ihrer Auffassung dazu.

Gliedert man entsprechend psychiatrischer Erfahrung in vier große Altersgruppen, so zeigt sich zwar ein gewisser Trend dahin, mit zunehmender Erfahrung auch das Praecoxgefühl für verlässlicher zu halten.

Tabelle 1

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
Klinik	258 100%	29 11,2%	119 46,1%	61 23,6%	49 19 %
Anstalt	475 100%	72 15,1%	136 28,7%	137 28,8%	130 27,4%
freiberuflich	397 100%	56 14,1%	109 27,4%	122 30,7%	110 27,7%
zusammen	1130	157	364	320	289

$$\chi^2 = 30,76 \quad df = 6 \quad P < 0,001$$

Tabelle 2

Alter	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
bis 5 Jahre	67 100%	10 14,9%	27 40,3%	14 20,9%	16 23,9%
6—15 Jahre	603 100%	81 13,4%	196 32,5%	187 31,0%	139 23,1%
16—25 Jahre	214 100%	38 17,8%	57 26,6%	60 28,0%	59 27,6%
über 25 Jahre	283 100%	32 11,3%	89 31,4%	78 27,6%	84 29,7%
zusammen	1167	161	369	339	298

$$\chi^2 = 13,57 \quad df = 9 \quad P = 0,20-0,10$$

Doch sind die Differenzen nicht sehr ausgeprägt (Tab. 2) (χ^2 -Test auf der Ebene zwischen 0,2 und 0,1 nicht signifikant.)

Nur als gewisser Trend drückt sich auch der Unterschied zwischen der Gruppe der mehr psychiatrisch gegenüber den mehr neurologisch Tätigen aus. Die psychiatrisch Orientierten sind in gewissem Maß eher bereit, vom Praecoxgefühl etwas zu halten. (Im χ^2 -Test auf der Ebene zwischen 0,1—0,05 kaum signifikant.) (Tab. 3).

Greift man jedoch die kleinere Gruppe der Psychotherapeuten und der ausdrücklich psychotherapeutisch tätigen Nervenärzte gegenüber

dem Gros der psychiatrisch Orientierten heraus, so ergibt es sich, daß die Psychotherapeuten sich eher auf das Praecoxgefühl verlassen als die Psychiater. (Im χ^2 -Test auf Ebene zwischen 0,05 und 0,02 gering bis mittel signifikant.) (Tab. 4.)

Tabelle 3

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
vorw. Psychiater	677 100%	84 12,4%	211 31,2%	194 28,6%	188 27,7%
vorw. Neurologen	263 100%	42 16,0%	87 33,1%	82 31,2%	52 19,7%
zusammen	940	126	298	276	240

$$\chi^2 = 7,24 \quad df = 3 \quad P = 0,10-0,05$$

Tabelle 4

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
Psychiater	566 100%	67 11,8%	175 30,9%	174 30,7%	150 26,4%
Psychotherapeuten	111 100%	17 15,3%	36 32,4%	20 18,0%	38 34,2%
zusammen	677	84	211	194	188

$$\chi^2 = 8,28 \quad df = 3 \quad P = 0,05-0,02$$

Tabelle 5

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
Psychose	1061 100%	145 13,6%	347 32,7%	317 29,9%	252 23,8%
Neurose	91 100%	12 13,2%	23 25,2%	20 22,0%	36 39,5%
zusammen	1152	157	370	337	288

$$\chi^2 = 11,40 \quad df = 3 \quad P = 0,01-0,001$$

Die Nervenärzte, die meinen, die Schizophrenie sei eine Neurosevariante, sind in stärkerem Maße geneigt, das Gefühl für verlässlich zu halten. (Im χ^2 -Test auf der Ebene zwischen 0,01 und 0,001 signifikant.) (Tab. 5.)

Gruppen nach der Auffassung, eine Schizophrenie sei unheilbar oder nur unter Defektbildung heilbar und solchen, die das Krankheitsbild für gelegentlich völlig reversibel halten, unterscheiden sich untereinander

ebensowenig wie Gruppeneinteilungen zwischen solchen, die den Schizophreniebegriff eng halten wollen und solchen, die ihn weit fassen wollen und solchen, die eine Kerngruppe der Krankheit von den Randgruppen unterscheiden wollen (Tab. 6 und 7).

Tabelle 6

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
unheilbar	701 100%	92 13,1%	239 34,1%	226 32,3%	144 20,5%
völlig reversibel	473 100%	68 14,4%	159 33,6%	133 28,1%	113 23,9%
zusammen	1174	160	398	359	257

$$\chi^2 = 3,71 \quad df = 3 \quad P = 0,30-0,20$$

Tabelle 7

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
eng	719 100%	98 13,6%	236 32,8%	217 30,2%	168 23,4%
weit	99 100%	10 10,1%	31 31,3%	28 28,3%	30 30,3%
Kern-Randgruppe	341 100%	50 14,7%	104 30,5%	93 27,3%	94 27,5%
zusammen	1159	158	371	338	292

$$\chi^2 = 4,67 \quad df = 6 \quad P = 0,90-0,50$$

Anders war es, wenn man die zusammenfaßte, die sich in der Schizophreniediagnose nüchtern und sachlich vorkamen, gegenüber denen, die eingestanden, sie müßten einen inneren Widerstand überwinden, bevor sie sich zur Diagnose entschlossen und denen, die die Diagnose am liebsten ganz umgehen wollten. Hier waren die Bedenklicheren und Skrupelhafteren eher bereit, sich vom Praecoxgefühl leiten zu lassen, als die Nüchternen. (Im χ^2 -Test hochsignifikant auf der 0,001 Ebene.) Es muß hier allerdings eingeflochten werden, daß die Alternativfrage „nüchtern oder mit innerem Widerstand“ nicht sehr glücklich war. Es läßt sich denken, daß auch unter den „Nüchternen“ eine ganze Reihe sind, die inneren Widerstand haben, ohne sich gleich in eine Gruppe stellen zu wollen, die nicht „nüchtern“ ist. Immerhin haben nur 18 unter den 916, die für nüchtern plädierten, außerdem den Widerstand oder das Umgehenwollen der Diagnose angekreuzt (Tab. 8).

Andrerseits waren aber auch diejenigen, die sich für fähig hielten, eine Schizophrenie gelegentlich auf Anhieb zu diagnostizieren, gegenüber denen, die das nicht tun wollten, viel bereitwilliger, mit dem Praecoxgefühl etwas anzufangen. (Im χ^2 -Test auf der 0,001 Ebene hochsignifikant.) (Tab.9.)

Tabelle 8

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
nüchtern	916 100%	134 14,6%	280 30,5%	287 31,3%	215 23,4%
Widerstand umgehen	258 100%	29 11,2%	98 38,0%	52 20,1%	79 30,6%
zusammen	1174	163	378	339	294

$$\chi^2 = 17,38 \quad df = 3 \quad P < 0,001$$

Tabelle 9

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
Anhieb ja	1035 100%	120 11,6%	315 30,4%	325 31,4%	275 26,6%
Anhieb nein	161 100%	49 30,4%	68 42,2%	21 13,1%	23 14,3%
zusammen	1196	169	383	346	298

$$\chi^2 = 63,67 \quad df = 3 \quad P < 0,001$$

Tabelle 10

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
schriftlich fixiert	420 100%	46 11,0%	85 20,2%	161 38,3%	128 30,5%
verschoben	600 100%	71 11,8%	224 37,3%	162 27,0%	143 23,8%
zusammen	1020	117	309	323	271

$$\chi^2 = 45,09 \quad df = 3 \quad P < 0,001$$

Gruppiert man die — grob gesagt — potentiellen Anhiebdiagnostiker unter sich in solche, die dann auch gleich bereit waren, ihre Diagnose schriftlich zu fixieren gegenüber denen, die auf jeden Fall erst einen Beobachtungszeitraum verstreichen lassen wollten, bevor sie sich schriftlich festlegten, so zeigten sich wiederum die rasch Entschlossenen viel eher bereit, das Praecoxgefühl für verlässlich zu halten, als die Abwartenden. (Im χ^2 -Test hochsignifikant auf der 0,001 Ebene.) (Tab.10.)

Die Gruppierungen der Frage 10, ob man häufiger gezwungen sei, die festgelegte Schizophreniediagnose zu korrigieren oder umgekehrt, eine unbestimmter gehaltene Diagnose in das Urteil Schizophrenie zu ändern, ergab hinsichtlich der Tendenzen zum Praecoxgefühl keine wesentlichen Unterschiede. Auch bei den Gruppen der Frage 11, wo sich relativ viele nicht entschließen konnten, das gegenwärtige Zustandsbild oder die charakteristische Anamnese für aufschlußreicher in der Schizophreniediagnose zu halten — eine, zugegeben wirklich fast unzulässige Alternativfrage, obwohl sie sich aus der Literaturdiskussion begründen läßt —

Tabelle 11

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
Schizophrenie korrigiert	216 100%	25 11,6%	76 35,2%	51 23,6%	64 29,6%
anderes korrigiert	705 100%	91 12,9%	216 30,6%	217 30,8%	181 25,7%
zusammen	921	116	292	268	245

$$\chi^2 = 3,14 \quad df = 3 \quad P = 0,50-0,30$$

Tabelle 12

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
Querschnitt	380 100%	51 13,4%	104 27,4%	118 31,1%	107 28,1%
Längsschnitt	425 100%	56 13,1%	148 34,8%	99 23,3%	122 28,7%
zusammen	805	107	252	217	229

$$\chi^2 = 9,01 \quad df = 3 \quad P = 0,05-0,02$$

zeigte sich nur ein gewisser Trend zum Gefühl bei denen, die das Querschnittsbild gegenüber dem Längsschnitt für wichtiger hielten. (Im χ^2 -Test mittlere Signifikanz auf der 0,05—0,02 Ebene.) (Tab. 11 und 12.)

Bei der Gruppierung der auf die Frage 17 Antwortenden haben wir uns darauf beschränkt, nur die aufzuführen, die sich auf eine der vier Möglichkeiten festgelegt hatten. Zwar haben, wie man der Tabelle entnehmen kann, relativ viele entweder mehrere der Positionen oder auch alle vier angekreuzt. Es schien uns jedoch nicht lohnend zu sein, alle verschiedenen Kombinationen von Meinungen noch einmal besonders in ihrer Haltung zum Praecoxgefühl zusammenzustellen. Der Blick auf die Tabelle zeigt, daß diejenigen, die sich am ehesten auf die Symptome I. Ranges verlassen wollen, eine auffallend geringe Tendenz zum Praecoxgefühl haben. Umgekehrt findet sich eine deutliche Korrelation zwischen

dem Praecoxgefühl und der Beachtung der Kontaktmöglichkeiten wie der Ausdruckssymptome des Patienten. (Im χ^2 -Test hohe Signifikanz auf der 0,001 Ebene.) (Tab. 13.)

Die etwas größere Neigung derer, die sich in schwierigen Fällen mit der Therapie zufriedengeben wollten gegenüber denen, die betont Wert

Tabelle 13

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
Symptome	309	59	116	94	40
I. Ranges	100%	19,1%	37,5%	30,4%	13,0%
Ausdruck-Symptome	155	12	42	33	68
	100%	7,7%	27,1%	21,3%	43,9%
Kontaktmöglichkeit	27	2	8	4	13
	100%	7,4%	29,6%	14,8%	48,1%
Affektive Resonanz	42	5	16	10	11
	100%	11,9%	38,1%	23,8%	26,1%
zusammen	533	78	182	141	132

$$\chi^2 = 40,93 \quad df = 9 \quad P < 0,001$$

Tabelle 14

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
Therapie zufrieden	472	74	137	125	136
	100%	15,7%	29,0%	26,5%	28,8%
betont Diagnost.	616	80	213	185	138
	100%	13,0%	34,6%	30,0%	22,4%
zusammen	1088	154	350	310	274

$$\chi^2 = 9,41 \quad df = 3 \quad P = 0,05-0,02$$

auf diagnostische Einordnung legten, das Praecoxgefühl zu schätzen, war nicht sehr ausgeprägt, wenngleich dann doch im χ^2 -Test auf der 0,05 bis 0,02 Ebene signifikant (Tab. 14).

Einen deutlicheren Unterschied zeigten die Gruppen derer, die es für möglich hielten, daß die Psychiatrie eines Tages zu einer exakten Naturwissenschaft werde gegenüber denen, die meinten, naturwissenschaftliche Kategorien reichten zum Begreifen der eigentlichen Probleme der Geisteskrankheiten nicht aus. Verständlicherweise war es für viele eher naturwissenschaftlich Orientierte recht schwer, in diese Alternative ihr Kreuz zu setzen. Wer wagt es schon, auf die *exakte* Naturwissenschaft zu hoffen und wer wiederum muß nicht einräumen, daß auf lange Sicht zumindest ein Rest bleiben wird, den naturwissenschaftliche Kategorien nicht erfassen können. Trotzdem ordneten sich bei dieser Alternative relativ

viele unter die eher naturwissenschaftlich Orientierten ein. Diejenigen, die ausdrücklich die naturwissenschaftlichen Kategorien nicht für ausreichend hielten, neigten mehr dazu, auf das Praecoxgefühl zu bauen. (Im χ^2 -Test Signifikanz der Differenz auf der Ebene zwischen 0,02 und 0,01.) (Tab. 15.)

Tabelle 15

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
Naturwissenschaften	423 100%	64 15,1%	140 33,1%	135 32,0%	84 19,8%
Geisteswissenschaften	671 100%	81 12,1%	204 30,4%	187 27,9%	199 29,6%
zusammen	1094	145	344	322	283

$$\chi^2 = 9,99 \quad df = 3 \quad P = 0,02-0,01$$

Tabelle 16

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
einfühlbar	332 100%	53 16,0%	96 29,0%	91 27,4%	92 27,7%
uneinfühlbar	802 100%	107 13,3%	266 33,2%	236 29,4%	193 24,1%
zusammen	1134	160	362	327	285

$$\chi^2 = 2,44 \quad df = 3 \quad P = 0,50-0,30$$

Tabelle 17

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verlässlich	verlässlicher
gesunde Anteile	793 100%	101 12,7%	258 32,5%	234 29,5%	200 25,2%
krankte Welt	175 100%	26 14,9%	48 27,4%	50 28,5%	51 29,2%
zusammen	968	127	306	284	251

$$\chi^2 = 2,37 \quad df = 3 \quad P = 0,90-0,50$$

In den letzten beiden Fragenkomplexen ergaben die Gruppierungen keine deutlichen Unterschiede. Weder hoben sich die, die hoffte, man werde sich eines Tages weitgehend in das schizophrene Erleben einfühlen können von denen, die die Psychose letzten Endes für uneinfühlbar hielten wesentlich ab, noch machten diejenigen, die das therapeutische Ansprechen der sogenannten gesunden Anteile der Persönlichkeit für förderlicher hielten als den intensiven Einfühlungsversuch in das kranke

Innenleben ihrer Patienten irgendwelche Unterschiede in ihrer Neigung zum Praecoxgefühl deutlich (Tab. 16 und 17).

Wir haben leider nicht nach dem Geschlecht der Angeschriebenen gefragt. Dieses Versäumnis ist ärgerlich. Wenn auch viele bei der Antwort ihren Stempel aufdrückten, obwohl Anonymität vorgeschlagen worden war, läßt sich doch die Zahl der Männer gegenüber den Frauen nicht eindeutig feststellen. Trotzdem haben wir es unternommen, wenigstens die Meinungen der Frauen zum Praecoxgefühl zusammenzustellen, die an ihrem Absender zu erkennen waren. Das sind nur relativ wenige — knapp 3% —, während dem statistischen Bundesamt entsprechend mit einem Anteil der Frauen unter der Zahl der Nervenärzte von etwa 17% gerechnet werden muß. Immerhin ergibt diese kleine Stichprobe im Verhältnis zum großen Rest, in dem wahrscheinlich nun auch eine beträchtliche Zahl von Frauen sich verbirgt, eine deutlich größere Neigung der Frauen, das Praecoxgefühl für verläßlich zu halten (Tab. 18).

Tabelle 18

	Antw. ges.	kein Gefühl	Gefühl überh.	verläßlich	verläßlicher
ganzer Rest	1153 100 ⁰ / ₀	164 14,2 ⁰ / ₀	370 32,1 ⁰ / ₀	336 29,1 ⁰ / ₀	283 24,5 ⁰ / ₀
erkennbare Frauen	43 100 ⁰ / ₀	5 11,6 ⁰ / ₀	12 27,9 ⁰ / ₀	9 20,9 ⁰ / ₀	17 39,5 ⁰ / ₀
zusammen	1196	169	382	345	300

$$\chi^2 = 7,04 \quad df = 3 \quad P = 0,10-0,05$$

Besprechung der Ergebnisse

Es hat uns überrascht, daß ein so hoher Prozentsatz der Antwortenden nicht nur das Praecoxgefühl kennt, sondern es für verläßlich hält. Man wird daraus schließen müssen, daß vielfach in der Diagnostik der Schizophrenie Gesichtspunkte eine Rolle spielen, die man aus der Sicht der Lehrbücher nicht erwarten sollte. Entweder unterstellt man, eine große Zahl von Psychiatern habe den Vorschlag von RÜMKE (1957) lebhaft aufgegriffen und die Praxis der Diagnostik danach ausgerichtet oder — das ist wahrscheinlicher — man muß annehmen, RÜMKE habe etwas ausgesprochen, das längst vielen Orts den Schizophrenen gegenüber als kennzeichnend in Erscheinung trat, nur eben nicht genannt wurde. Ungeachtet der mangelnden Repräsentativität der Umfrage, so scheint es uns, muß man am Ende herausstellen, daß der Trend, das Praecoxgefühl zu schätzen, beträchtlich ist. Das würde selbst dann gelten, wenn alle, die nicht antworteten, unter die gezählt werden müßten, die kein Gefühl haben. Dieser Schluß ist natürlich ebensowenig zulässig wie irgendwelche

Spekulationen darüber, wieviele der Schweigenden etwas mit dem Gefühl anfangen können.

Wenn wir so unumwunden unserer Verwunderung Ausdruck geben, bei der Umfrage auf eine so große Neigung zum Gefühl gestoßen zu sein, müssen wir uns doch selbst fragen, ob wir genau genug auf das Praecoxgefühl gezielt haben. Hat man uns hier das Vorhandensein, die Gewohnheit damit umzugehen von etwas Spezifischem bestätigt? Oder stimmten nur viele darin überein, mit dem „klinischen“, dem „ärztlichen Blick“ oder mit der „Kennerschaft“ vertraut zu sein, die bei der Schizophrenie wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen eine Rolle spielen? Im Gegensatz zur Intuition oder Erfahrungssumme eines gereiften Internisten, der bereits vor handfesten Untersuchungsbefunden und der Kenntnis anamnestischer Daten spüren mag: hier geht es um die Lunge oder hier ist das Herz insuffizient, erhebt das Praecoxgefühl doch den Anspruch, der schwerwiegenden diagnostischen Bedeutung eines Symptoms gleichzukommen. So sagt MÜLLER-SUUR, es könne der Bedeutung eines Symptoms I. Ranges im Sinne von K. SCHNEIDER gleichgesetzt werden. Durch das am schizophrenen Symptom erwachende Praecoxgefühl könne das am Symptom wesentlich Eigenartige, nämlich „das Schizophrene“ erfaßt werden. In einem Akt intuitiver Wesensschau im Sinne HUSSERLS gelinge die Heraushebung des echt Schizophrenen aus den sogenannten Schizophrenien. Ein ähnliches „unbestimmtes Unverständliches“ wird ja nicht bei der Paralyse, der Kerngruppe der endogenen Depression oder beim allgemein hirnorganisch Beeinträchtigten gefunden. Solche Gefühle im Sinne des ärztlichen Blicks mögen dem erfahrenen Praktiker auch bei anderen psychischen Krankheiten bekannt sein. Sie erheben bisher keineswegs Anspruch darauf, in einem Symptomkomplex als gleichwertiges, gar bevorzugt kennzeichnendes Characteristicum gewürdigt zu werden. Oder gibt es nur deswegen kein „Paralysegefühl“, weil es Liquorbefunde gibt? Aber die fehlen auch bei der Depression und obwohl ein depressives Zustandsbild ebenso drängend nach diagnostischer Einordnung verlangt, wie ein schizophrenes, hat man nicht vom Depressionsgefühl gesprochen. So will es uns also scheinen, wie wenn die relative Einmütigkeit, mit der in der Schizophreniediagnose auf ein Gefühl zurückgegriffen wird, nicht ohne weiteres als Zeichen der Hilflosigkeit in der Abgrenzung gesehen werden kann. Vielmehr scheint man hier wirklich an einem Specificum im Sinne von RÜMKE anzusetzen. Allerdings ist dabei die ausgesprochene Meinung einiger der Antwortenden zu bedenken, die in gewisser Weise durch die Fülle der verschiedenartigen Stellungnahmen gestützt wird, dieses Specificum sei doch nicht so scharf umrissen, daß das Gefühl bei verschiedenen Diagnostikern identisch ist.

Hat die Befragung Hinweise auf den Ursprung des Gefühls gegeben? Zwar haben 48⁰/₁₀ derer, die das Gefühl kennen, bestätigt, die Wurzel des

Phänomens sei nicht verbalisierbar. Das kann eine Rechtfertigung der entsprechenden These RÜMKES sein. Es kann aber auch — und das haben manche sogar spöttisch angedeutet — heißen, daß sich viele, ob nur in der Fragebogensituation oder auch in ihrer Praxis allgemein bleibt dahingestellt, nicht genug Gedanken darüber machen, an was ihr Gefühl ansetzt. Setzt es aber doch an verbalisierbaren Fakten an, so wird daraus folgen, man müsse diese Fakten so rasch wie möglich klarer herausarbeiten, um damit das Gefühl, die Gestimmtheit, das am Ende kaum Vergleichbare in seine Schranken bei der Diagnose zurückzuweisen. Die Umfrage scheint uns in dieser Richtung doch weitergebracht zu haben. Die 45% derer, die das Gefühl kennen, die Ansatzpunkte für das Gefühl zu nennen versuchten, stimmten in ihrer Tendenz darin überein, Phänomene aus dem Reich der Ausdruckssymptome zu nennen, an denen das Gefühl sich entzündet. Ob man dieses Ergebnis mit dem Hinweis auf sekundäre Rationalisierungsversuche, die auch noch durch unsere Fragestellung nahegelegt wurden, abtun soll? Man könnte gar den umgekehrten Weg gehen und argumentieren, diese Gruppe dürfe gar nicht mehr unter die gerechnet werden, die, mit mehr oder weniger Zutrauen, auf das Gefühl bauen. Es blieben dann nur noch 47,1% (564) des Gesamts, die ein Gefühl haben und 34% (407), die es für verlässlich halten, schließlich 13,1% (157), die es für verlässlicher als alle übrigen Symptome ansehen. Bemerkenswert wäre bei solcher Rechnung übrigens, daß die mittlere Gruppe derer, die „verlässlich“ ankreuzten, unverhältnismäßig stärker in dieser Zusammenstellung erschiene als zuvor. Nun, man wird am Ende denen, die ein Gefühl zu haben meinen, es nicht durch solche Manipulationen absprechen dürfen. Wir möchten aber doch anführen, daß die Ergebnisse der Tab. 13 mit der hohen Korrelation, das Praecoxgefühl zu schätzen und sich auf Ausdruckssymptome verlassen zu wollen, zusätzlich herausstellt, dieses Gefühl könne etwas mit den Ausdruckssymptomen zu tun haben.

Ist mit dem Praecoxgefühl die Kerngruppe der Schizophrenie getroffen? In den Grenzen der Umfrage ist darüber nichts in Erfahrung zu bringen. Man könnte allenfalls daraus, daß bei den Gruppierungen der Frage 5 (Tab. 7) keine wesentlichen Unterschiede in der Haltung zum Praecoxgefühl zutage traten, schließen, in der Praxis werde gerade diese Möglichkeit, die RÜMKE im Praecoxerlebnis sah, kaum genutzt. Allerdings wünschen wir uns nachträglich in den Bogen eine Frage, die darauf zielte, ob bei fehlendem Gefühl die diagnostizierte Schizophrenie für weniger schwerwiegend und tiefgreifend gehalten werde.

MÜLLER-SUUR hat betont herausgehoben, das Praecoxgefühl habe nichts mit dem physiognomischen ersten Eindruck zu tun. Zu seinem Zustandekommen werde ein bestimmtes, durch psychiatrische Erfahrung schon festgelegtes Erscheinungsfeld — das der sogenannten Schizophre-

nien — vorausgesetzt, überdies komme ihm ein bestimmter „Modus des Erwachens“ zu. Das Gefühl kann danach erst während der Untersuchungen, im Gegenüber, im Registrieren der üblichen schizophrenen Symptome sich entwickeln. Die Auffassung des Gefühls als physiognomischen ersten Eindrucks sei ein Mißverständnis der Rümkeschen These. Gegenüber diesem Mißverständnis scheint eine große Zahl der Antwortenden gefährdet zu sein. Die hohe Korrelation zwischen denen, die sich getrauen, gelegentlich auf Anhieb zu diagnostizieren und gar diese Diagnose schriftlich zu fixieren, gibt zu denken (Tab. 9 und 10). Zu überlegen wäre bei diesem Ergebnis allerdings, ob MÜLLER-SUUR in seinem begrifflichen Klärungsversuch nicht zu sehr die mögliche Herkunft des Gefühls aus den Ausdruckssymptomen hintenangestellt hat. Immerhin hat ja RÜMKE unmißverständlich von den Schizophrenen in Athen oder Helsinki, Mexico-City oder Toronto gesprochen, die „oft mit einem einzigen Blick“ zu erkennen sind. Überdies zielte er selbst mit dem Characteristicum auf ein „Geheimnis der Form“ im Schizophrenen, also möglicherweise doch auch auf Ausdrucksphänomene. Wir haben hier über die Ergebnisse der Umfrage zu berichten und werden deswegen zur Diskussion um die Wurzeln und die Anwendbarkeit des Praecoxerlebens nur soviel beitragen dürfen, wie sich aus den Ergebnissen herleiten läßt. Aus ihnen scheint hervorzugehen, ob Mißverständnis oder nicht, daß das Praecoxgefühl bei vielen in der Nähe der Möglichkeit steht, auch auf den ersten Blick die Diagnose zu stellen. Dies wiederum legt es uns nahe, die Herkunft des Gefühls bei vielen der Befragten in enge Nachbarschaft zu den Ausdrucks- und Formphänomenen bei der Schizophrenie, im weiteren Sinne zur Gestalt der Krankheitserscheinung zu rücken.

Bei der Frage nach der Verlässlichkeit des Phänomens tauchen notwendig Zweifel auf, in welchem Maß persönlichkeitsgebundene Faktoren beim Diagnostiker im Spiel sind, Fehlerquellen enthalten und es erschweren, von einem eindeutigen, nachprüfbaren Characteristicum zu sprechen. Natürlich ist der Frageraster einer solchen Umfrage recht grob, Interviews hätten wesentlich weiter geholfen als eine Aufschlüsselung nach der Stellung der Diagnostiker zu verschiedenen strittigen Punkten der im Fluß befindlichen Lehre von der Schizophrenie. Immerhin schälen sich hier gewisse Zusammenhänge heraus, solche, die man auch ohne den ganzen Aufwand zu kennen meinte und solche, die überraschten. Niemand wird überrascht sein, daß die Kliniker sich nur geringes Zutrauen zum Praecoxgefühl erlauben (Tab. 1). Von vornherein hätte man auch erwartet, daß die frei Praktizierenden in ihrer besonderen Lage häufiger gezwungen sind, dem ärztlichen Blick zu vertrauen. Dagegen dachten wir nicht, daß in den Anstalten eine ähnliche Bereitwilligkeit zum Gefühl zutage treten würde. Man könnte gerade diese Korrelation als Zeichen dafür werten, daß über den ärztlichen Blick hinaus doch Spezifisches

mit dem Gefühl erfaßt wird da, wo man bei Langstreckenverläufen seiner gar nicht mehr so sehr bedürftig ist. Kann man die gewisse Neigung älterer Diagnostiker zum Praecoxgefühl für eine Bestätigung RÜMKES halten, daß eben nur ein erfahrener Nervenarzt hier angesprochen wird? Wir meinen, gegen den Verdacht, hier könnten sich Alterungsvorgänge im Sinn nachlassenden Genauigkeitsstrebens bemerkbar machen, spreche das Faktum, daß der Trend einigermaßen gleichmäßig durch die Jahrgänge nach oben steigt und nicht erst etwa gegen Ende ruckartig hochschnellt. Man wird sich eher wundern, daß relativ viele jüngere Kollegen schon ihre Erfahrungen mit dem Gefühl gemacht haben und sich darauf verlassen. Tritt hier besonders deutlich das Dilemma zwischen Kenner-schaft und Wissenschaft zutage in unserer Disziplin oder ist eben doch das Praecoxgefühl ein so überzeugendes Erlebnis? (Tab. 2.)

Bei der Gruppierung der vorwiegend neurologisch Orientierten gegenüber den psychiatrisch Tätigen hatten wir erwartet, bei den Psychiatern eine größere Tendenz zum Gefühl zu finden gegenüber den Neurologen, während tatsächlich die Differenz nicht so sehr groß ist. Liegt es daran, daß sich die vorwiegend neurologisch Tätigen zu einem höheren Prozentsatz als die Psychiater unter den Freiberuflichen finden? (Bei den Neurologen sind etwa 42% freiberuflich tätig, bei den Psychiatern nur 24%.) Wir glauben nicht, daß dieser Hinweis genügende Erklärung gibt und müssen das Faktum dahingestellt bleiben lassen (Tab. 3).

Der Trend derer zum Praecoxgefühl, die das Querschnittsbild für wichtiger als das Längsschnittbild in der Diagnose halten, ist einleuchtend. Eher wieder wird man umgekehrt es für überraschend halten, daß diejenigen, denen das Längsschnittbild entscheidender ist, doch soviel Vertrauen in das Gefühl setzen, daß also die Differenz zwischen beiden Gruppen nur so gering ausgeprägt ist. Das ganze Phänomen könnte man unter dem Blickwinkel sehen, wie er weiter oben für die Anstaltspsychiater ausgeführt wurde (Tab. 12). Vom Gedanken her, daß das Praecoxerleben eben doch nicht exakt genug zu umreißen ist, leuchtet es ein, daß die betont auf Diagnose Wert legenden Nervenärzte sich weniger gern mit dem Gefühl befassen als diejenigen, die in schwierigen Fällen vor allem an die Therapie gehen wollen. Hier ist es eigentlich nur bemerkenswert, wieviele Kollegen trotz der Schwierigkeiten, die die gegenwärtige Situation unserer Disziplin aufgibt, sich zu einer möglichst genauen diagnostischen Einordnung bekennen (Tab. 14). Wir erwähnten vorn die nicht ganz glückliche Formulierung der Frage 19, die auf die eher naturwissenschaftlich Orientierten zielte. Sie sind es vor allem, die dem Gefühl wenig Vertrauen entgegenbringen. Allerdings bestätigte sich unsere Vermutung nicht, diese Gruppe enthalte einen größeren Anteil solcher, die bei vorhandenem Gefühl Ansatzpunkte dafür zu sagen wüßten. In dieser Hinsicht zeigte sich eine nahezu gleichmäßige Verteilung unter eher

geisteswissenschaftlich und mehr naturwissenschaftlich Tendierenden (Tab. 16).

Wir haben die Besprechung der Ergebnisse bei den Fragen 4 und 7 (Tab. 5 und 7) aber auch denen entsprechend Tab. 4 ausgespart, weil sie unseres Erachtens in bestimmtem Zusammenhang gesehen werden können. Das Vertrauen zum Praecoxgefühl bei den Diagnostikern mit innerem Widerstand gegen das Aussprechen der Schizophreniediagnose läßt sich so deuten, daß besonders sensible Strukturen leichter dieses so schwer Faßbare spüren, man kann auch sagen, sich rascher von diesem Unnennbaren irritieren lassen. Ist es eine unzulässige Verallgemeinerung, wenn wir in dieser Richtung auch diejenigen zählen, die sich ausdrücklich als Psychotherapeuten bezeichnet haben und schließlich die, die meinen, eine Schizophrenie sei eine Neurosevariante schwerer Ausprägung? Naheliegender wäre es gewesen, daß auch die Frauen gegenüber den Männern mehr Zutrauen zum Praecoxgefühl ausgewiesen hätten. Weil eine entsprechende Frage im Bogen fehlte, konnten wir, wie vorn gezeigt, nur unvollkommen darüber Auskunft erhalten. Immerhin hat die Stichprobe (Tab. 18) eine solche vorhandene Tendenz bestätigt. Es störte uns zunächst, daß eine derartige Tendenz bei denen, die zuversichtlich sind, man werde sich eines Tages weitgehend in das schizophrene Erleben einfühlen können (Tab. 16), und bei denen, die einen intensiven Versuch, sich in die kranke Innenwelt einzufühlen für heilsam in der Therapie halten (Tab. 17), nur in so geringem Umfang abzulesen ist. Man kann dem entgegen, daß eine besondere Fähigkeit zum Sicheinfühlen können, wie sie möglicherweise bei der Mehrzahl in diesen beiden Gruppen vorausgesetzt werden kann, die Hilfe eines speziellen Praecoxgefühls überflüssig macht. Wir sind aber nicht sicher, ob solche Erklärung den Tatbestand wirklich trifft. Macht also eine irritierbare Sensibilität (Widerstand), eine betonte Aufgeschlossenheit für psychotherapeutische Fragen, die dann gegenüber dem Schizophrenen sowohl stärker engagiert, aber auch leichter irritiert sein kann, das Empfinden für das Praecoxgefühl wach? Oder kommt hier eine Abneigung gegen die massiven und prognostisch düsteren Symptome zum Ausdruck, aus der heraus gewissermaßen eine Regression auf das Praecoxgefühl stattfindet? Aus unseren Ergebnissen wird sich das nicht ablesen lassen.

Zusammenfassung

1. Ein „Praecoxgefühl“ kennen von etwas mehr als der Hälfte deutscher Nervenärzte, die geantwortet haben ca. 86%. 54% halten das Gefühl für verlässlich, 25% für verlässlicher als alle übrigen Symptome.

2. Eine relativ höhere Korrelation damit, das Gefühl für verlässlich zu halten, ergibt sich für die Gruppen a) der freiberuflichen Psychiater und Anstaltspsychiater gegenüber den Klinikern, b) der betont psychothera-

peutisch ausgerichteten gegenüber dem Gros der Psychiater, c) derer, die in der Schizophrenie eine Neurosevariante sehen gegenüber denen, die die qualitative Andersartigkeit betonen, d) derer, die nur gegen inneren Widerstand oder möglichst gar nicht eine Schizophrenie diagnostizieren gegenüber denen, die darin nüchtern bleiben, e) derer, die sich gelegentlich zutrauen, auf Anhieb zu diagnostizieren gegenüber denen, die das nicht können, f) derer, die sonst die Ausdruckssymptome für charakteristischer halten, als andere Symptome, g) derer, die eher geisteswissenschaftlich orientiert sind als naturwissenschaftlich, h) schließlich, soweit erkennbar, der weiblichen Diagnostiker gegenüber den männlichen.

Man wird sagen können, daß das Praecoxgefühl nicht auf einer Ebene mit vielen, aus der Erfahrung resultierenden Vorgefühlen steht, die beim gereiften medizinischen Diagnostiker als „ärztlicher Blick“ zusammengefaßt werden. Das offensichtliche Vertrauen so vieler Untersucher in ein gefühlsmäßiges Erleben bei der Diagnostik mag einerseits daherrühren, daß eindeutige psychopathologische Testverfahren und pathophysiologische Befunde zur exakten Abgrenzung der Schizophrenie noch fehlen. Andererseits legen es die Ergebnisse der Umfrage in stärkerem Umfang, als es bisher in der Literatur diskutiert wurde, nahe, daß dieses Gefühl sich gegenüber dem Schizophrenen an Besonderheiten, kaum verbal faßbaren Strukturelementen entzündet, die etwas mit den Ausdrucksphänomenen zu tun haben. So scheint es nicht ausgeschlossen, daß eines Tages doch wesentliche der zum Entstehen des Gefühls beitragenden Symptome diagnostisch schärfer umrissen werden können.

Literatur

- BRENGELMANN, J. C.: Wert und Grenzen von Persönlichkeitstests in der Neurose und Psychotherapie. In: Hb. Neurol. u. Psychotherap. Bd. I, 462ff. München u. Berlin 1959.
- CONRAD, C.: Das Problem der „nosologischen Einheit“ in der Psychiatrie. *Nervenarzt* **30**, 488 (1959).
- EYSENCK, H. J.: Wege und Abwege der Psychologie. Hamburg 1956.
- MÜLLER-SUUR, H.: Das sogenannte Praecoxgefühl. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* **29**, 145—152 (1961).
- PETRILOWITSCH, N.: Beiträge zu einer Struktur-Psychopathologie. S. 58—73. Basel u. New York 1958.
- RÜMKE, H. C.: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. II. Internat. Kongr. f. Psychiatrie, Zürich 1957. *Nervenarzt* **29**, 49—53 (1958).
- SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie. Stuttgart 1959.
- SCHULTE, W.: Die gesunde Umwelt in ihrer Reaktion auf Psychosen und Psychopathien. In: Psychiatrie und Gesellschaft. Bern u. Stuttgart 1958.
- WYRSCH, J.: Über die Intuition bei der Erkennung des Schizophrenen. *Schweiz. med. Wschr.* **76**, 1173 (1946).

Dr. G. IRLE,

74 Tübingen, Universitäts-Nervenklinik, Osianderstraße 22