

Kritische Anmerkungen über die Gedankeneingebung*

KARL KOEHLER¹ und HERMANN WITTER²

¹Universitäts-Nervenklinik, D-6650 Homburg/Saar, Bundesrepublik Deutschland

²Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie,
D-6650 Homburg/Saar, Bundesrepublik Deutschland

Eingegangen am 5. August 1975

CRITICAL REMARKS ON THE SYMPTOM OF "THOUGHT INSERTION"

SUMMARY. "Thought insertion" is one of Kurt Schneider's first rank symptoms of schizophrenia. Earlier, Karl Jaspers had made a finer distinction, differentiating between "thought insertion in a narrower sense" and "made thoughts." However, most German and English writers have dispensed with the Jasperian criteria for this differentiation and consequently their use of the term "thought insertion" is broader. Such authors, including Kurt Schneider and Weitbrecht, usually speak of "thought insertion", "made thoughts", and "influencing of thoughts" as if they were identical phenomena. In contrast, Jaspers' differentiation offers us the possibility of more clearly distinguishing such symptoms and thus his distinction should not be neglected. Furthermore, the Jasperian criteria can be logically and usefully extended to all "made and passivity experiences" enabling one to recognise four aspects of such phenomena. Some general differential diagnostic considerations with respect to "thought insertion" are then presented.

KEY WORDS: Thought Insertion - Made Thoughts - Schizophrenia - First Rank Symptoms.

ZUSAMMENFASSUNG. "Gedankeneingebung" ist eines der Symptome ersten Ranges im Sinne von Kurt Schneider. Schon früher hatte Karl Jaspers eine feinere Trennung vollzogen: Er unterschied zwischen der "Gedankeneingebung in einem engeren Sinne" und "gemachten Gedanken". Indessen haben die meisten deutschen und englischen Autoren die Jasperschen Kriterien dieser Unterscheidung verschmolzen und dadurch den Gebrauch des Terminus ausgeweitet. Auch Kurt Schneider und Weitbrecht sprachen von "Gedankeneingebung", "gemachten Gedanken" und "Gedankenbeeinflussung", als ob diese Phänomene identisch seien. Demgegenüber bietet die Jaspersehe Differenzierung eine Trennschärfe bei der Erfassung psychopathologischer Symptome, auf die nicht verzichtet werden sollte. Logischerweise und aus praktischen Gründen lässt sich diese Differenzierung auf alle "ge-

* Professor H. -H. Meyer zum 65. Geburtstag herzlich zugeeignet.

machten oder Beeinflussungserlebnisse" ausdehnen, so daß man vier Aspekte solcher Phänomene unterscheiden kann. Einige differential- "diagnostische" Überlegungen hinsichtlich der "Gedankeneingabe" werden abschließend kurz besprochen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Gedankeneingabe - gemachte Gedanken - Schizophrenie - Symptome ersten Ranges.

EINLEITUNG

Wirft man einen Blick auf die historische Entwicklung der wissenschaftlichen Psychopathologie, dann läßt sich die Dominanz verschiedenartiger Betrachtungsweisen zu verschiedenen Zeiten als eine Pendelbewegung beschreiben, deren Hin und Her sich zwischen den Polen Thema und Form oder Inhalt und Funktion vollzieht. K. Jaspers (1965) versuchte die schlicht-thematisch beschreibenden Materialsammlungen der alten Psychiatrie in eine Funktionslehre umzusetzen, deren Ideal es war, die mannigfaltigen Themen und Inhalte der individuellen psychotischen Erlebnisse ganz auf die formalen Gesetzmäßigkeiten, unter denen sie sich darbieten, zu reduzieren. Diese Zielsetzung war wissenschaftsgeschichtlich gesehen wohl eine Notwendigkeit, um in die chaotische Verwirrung der vorkraepelinschen Psychiatrie eine sinnvolle Ordnung zu bringen. Ausgehend von den klinischen Beobachtungen Kraepelins hat diese symptomatologische Richtung der Psychopathologie von Jaspers in der Heidelberger Schule mit Gruhle, Mayer-Gross und Kurt Schneider einen Höhepunkt erreicht, so daß man in der Mitte unseres Jahrhunderts wiederholt die Auffassung hören konnte, die deskriptive Psychopathologie könne nun in der Psychiatrie keinen Erkenntniszuwachs mehr bringen. Vielfach war man auch der Meinung, daß die Fortsetzung der deskriptiven Phänomenologie jetzt Gefahr laufe, sich in realitätsferner Griffelspitze zu verlieren.

Das Gefühl der Stagnation in der klassischen deskriptiven Psychopathologie führte zu einem neuen Aufschwung der ganz überwiegend an der thematischen Problematik interessierten Richtungen der Psychiatrie, die beispielsweise unter den Bezeichnungen tiefenpsychologisch und daseinsanalytisch bekannt sind. Auch die gestaltanalytische (Conrad, 1958), die strukturdynamische (Janzarik, 1959, 1968) und die dynamisch-typologische (Kisker, 1960) Richtung rückten von der deskriptiven Phänomenologie zugunsten einer dynamisch-ganzheitlich deutenden Betrachtungsweise ab, verloren dabei allerdings die von der Heidelberger Schule erarbeiteten Einsichten nicht aus dem Auge. Demgegenüber tendierte die dynamisch-deutende Betrachtungsweise anderer Richtungen mit einer Verabsolutierung ihrer Gesichtspunkte stark zur Negierung des doch weithin gesicherten Erkenntnisgutes der deskriptiven Psychopathologie.

Während diese letztgenannte Bewegung in der kontinental-europäischen Psychiatrie noch voll in Gang zu sein scheint, ist eine neue Forschungsrichtung der Gegenwart, hauptsächlich im anglo-amerikanischen Raum, bemüht, die diagnostischen Einheiten in der Psychiatrie mit einer symptomatologisch arbeitenden operationalen Methodik zu erfassen. Man ist bestrebt, den Mangel an Präzision und intersubjektiver Gültigkeit in der psychiatrischen Diagnostik durch "eine Standardisierung der psychiatrischen Befund-

und Anamneseerhebung, etwa durch Verwendung von Schätzskalen und Durchführung von standardisierten Interviews (Mombour, 1975)" zu überwinden.

Es wurden in den letzten Jahren Schätzskalen für den psychopathologischen Befund entwickelt (z. B. Wittenborn, 1955; Overall & Gorham, 1962; Lorr et al., 1963; Foulds, 1965), deren Standardisierung nur aus einer einfachen Gruppe von mehr oder minder klinisch definierten Items bestand. Allerdings hatte man in Deutschland, Österreich und der Schweiz auch das AMP-System (Angst et al., 1969; Scharfetter, 1972) mit seinen weit detaillierteren Definitionen der klassischen psychopathologischen Items eingeführt. Leider waren diese Schätzskalen nicht geeignet, den Schwellenwert für die Feststellung eines Symptoms festzulegen.

Dagegen hatten Spitzer und Mitarbeiter (1970) das Interview selbst stark strukturiert und die wenig detaillierten Symptomdefinitionen vernachlässigt. Insgesamt ist ihre Item-Auswahl auch eher den besonderen amerikanischen psychiatrischen Anschauungen und weniger der klassischen europäischen Psychopathologie angepaßt. Es war dann die Arbeitsgruppe um Wing in England (Wing et al., 1967; Wing et al., 1974), die die Standardisierung des psychopathologischen Befundes am weitesten vorangetrieben hat. In der Tat lesen sich die Symptombeschreibungen in Wings PSE (Present State Examination) wie ein Miniaturlehrbuch der klassischen deutschen Psychopathologie (Mombour, 1973; Wing et al., 1974). Im PSE werden erstmals alle psychopathologischen Symptome in äußerst detaillierten Beschreibungen definiert - sogar die Differential- "Diagnostik" der einzelnen Symptome, beispielsweise der Symptome ersten Ranges (K. Schneider, 1973) wird ausführlich dargelegt - und zweitens ist die Exploration dieser Symptome durch ein standardisiertes - aber immerhin noch klinisch flexibles - Vorgehen unter Kontrolle gebracht.

In jüngster Zeit hatte auch Kendell (1975) in seinem Referat "Defining Diagnostic Criteria for Research Purposes" die Frage der Zuverlässigkeit der Symptomerfassung (symptom detection) stark in den Vordergrund gerückt, da sie gleichsam zur Gretchenfrage dieser neuen psychopathologischen Forschungsrichtung wird. In diesem Zusammenhang haben wir kürzlich (Koehler) das große Interesse der gegenwärtigen anglo-amerikanischen Forschung an den Symptomen ersten Ranges dargelegt. Gerade die Tatsache, daß die Symptome ersten Ranges operational definiert sind, macht ihre besondere klinische Stärke und ihre relativ leichte Erfassung am Krankenbett aus (Mellor, 1970; Luria & McHugh, 1974). Nach Wing et al. (1974) hatten die Symptome ersten Ranges bei Psychosen, die nicht organisch bedingt waren, das größte Gewicht. Schon ein einziges der Symptome ersten Ranges, die Wing und Mitarbeiter für ihre Catego-Klasse S+ aufführten, genügte völlig, um die Diagnose einer schizophrenen Psychose zu stellen.

Geht man dagegen beispielsweise von einer Auffassung aus, wie sie M. Bleuler (1972a) vertritt, dann treten für die operationale Methodik große Schwierigkeiten auf. Wie man weiß, geht Bleuler von einer "Grundstörung" aus und faßt die Symptome ersten Ranges als lediglich akzessorisch auf. In letzter Zeit (Bleuler, 1972b) unterstrich er besonders die Wichtigkeit von Gespaltenheit und Autismus bei der Schizophrenie und betonte dabei auch, daß "noch viele andere Kennzeichen" außer Symptomen ersten Ranges vorhanden seien. Obwohl Bleuler Mellors (1970) Befund - unter 166 Schizophrenen hatten 119 eines oder mehrere Erst-Rang-Symptome im Sinne von K.

Schneider - zitiert, hebt er hervor, daß Symptome ersten Ranges "zwar für die Diagnostik wichtig, aber nicht entscheidend sind".

Nachdem Bleulers "Grundstörung" zum größten Teil durch Ausdrucks-symptome in Erscheinung tritt, war von vornherein zu erwarten, daß ihre Erfassung im Rahmen einer Untersuchung mit Wings PSE (Luria & McHugh, 1974) an Zuverlässigkeit viel zu wünschen übrig ließ. In ihrer Arbeit meinten die Autoren, daß "die diagnostischen Hauptkriterien für die Schizophrenie, die in vielen Kliniken benutzt werden, nämlich Ambivalenz, Autismus, affektive Verflachung, inadäquater Affekt, Zerfahrenheit, die unzuverlässigsten Aspekte der Exploration darstellen". Kendell et al. (1968), in einer Untersuchung mit dem PSE, kamen zu ähnlichen Ergebnissen.

Logischerweise wird man einwenden können, daß sich beim Nachweis der als nur sekundär betrachteten erstrangigen Symptome Kurt Schneiders eine zugrunde liegende primäre "Grundstörung" im Sinne Bleulers immer behaupten läßt, weil dies nach der theoretischen Konzeption Bleulers von vornherein nicht anders sein kann. Damit entfällt auf diesem Wege weitgehend die Möglichkeit, die Bleulerschen Ansichten hinsichtlich dieser schizophrenen "Grundstörung" und ihrer Kopplung mit den Schneiderschen Erst-Rang-Symptomen im Sinne Karl Poppers (Slater, 1973) zu falsifizieren. Was die neuere Betonung der Wichtigkeit von Gespaltenheit und Autismus (Bleuler, 1972b; Bleuler, 1972c) angeht, halten wir also die Kritik von Hoenig (1973) doch für sehr beachtlich.

Um dem Anliegen der operationalen Methodik gerecht werden zu können, muß man sich also an Symptombeschreibungen halten, die als Merkmalseinheit möglichst zuverlässig zu erfassen sind und möglichst unabhängig von interaktionistischen Einflüssen und subjektiven Deutungen bleiben. Deshalb sollten die Kriterien zum Feststellen des Vorhandenseins oder Nicht-Vorhandenseins des betreffenden Symptoms so detailliert wie möglich angegeben werden. Wing et al. (1974) meinen: "Es ist ganz sinnlos, feststellen zu wollen, ob ein Symptom vorhanden ist, ohne ganz im klaren darüber zu sein, was seine spezifischen Charakteristika sind und wie man es von allen anderen Symptomen abgrenzen kann". Hier erweist sich der Rückgriff auf die unübertroffenen sorgfältigen und scharf abgegrenzten phänomenologischen Beschreibungen der klassischen Psychopathologie als fruchtbar. In unseren nachfolgenden Ausführungen wollen wir uns dabei ausschließlich mit dem Symptom der "Gedankeneingabe" befassen.

Das Phänomen der "Gedankeneingabe" ist bekanntlich eine der Störungen des Ich-Erlebnisses oder der Meinhaftheit und kommt ungefähr bei einem Fünftel aller Schizophrenen mit Symptomen ersten Ranges vor. Mellor (1970) fand "Gedankeneingabe" bei 19,7% seiner schizophrenen Patienten, die Symptome ersten Ranges hatten. Unter Benutzung der 8. Auflage des Wingschen PSE fanden Carpenter, Strauss & Muleh (1973) dieses Symptom bei 20%, und Carpenter & Strauss (1974) sahen dieses Phänomen bei 13% ihrer Fälle von Schizophrenie mit Symptomen ersten Ranges. (Letztere Prozentzahl haben wir nach den vorhandenen Daten selbst errechnet.) Nimmt ein Merkmal in der operationalen Diagnostik eine derartig bedeutungsvolle Position ein, dann muß es durch eine sorgfältige deskriptiv-analytische Heraushebung abgesichert und gegen mißverständliche Gleichsetzung oder Verwechslung mit anderen psychopathologischen Phänomenen geschützt sein. Die Bedeutung dieses Anliegens zeigt eine Untersuchung von Wing & Nixon (1975), die die Gründe für die falsche Zuordnung von Symp-

tomen ersten Ranges analysierten. Sie fanden beispielsweise, daß die (unscharf gefaßte) "Gedankeneingebung" von verschiedenen Untersuchern des öfteren fälschlicherweise bei einer Manie registriert worden war.

DIE JASPERSCHE POSITION

Als Ausgangspunkt unserer Betrachtung nehmen wir die Darstellung von K. Jaspers (1965): Was die Kranken als "gemacht" bezeichnen, war für Jaspers prinzipiell etwas Prototypisches für ein unverständliches Symptom (Jaspers, 1965: S. 484). Er schrieb: "Gemacht werden Gefühle, Wahrnehmungen, Willenshandlungen, Stimmungen usw. Die Kranken fühlen sich infolgedessen unfrei, unter fremder Macht, nicht Herr ihrer Gedanken, nicht ihrer Affekte (Jaspers, 1965: S. 484)." Und dann: "Fast immer bilden sie aufgrund dieser Erlebnisse den Wahn von physikalischer oder anderer Beeinflussung (Jaspers, 1965: S. 484)." Also unterschied Jaspers zwischen dem primären Erlebnis des Verlustes, der Reduzierung oder der Veränderung des Vollzugsbewußtseins und dem sekundären Erlebnis, z. B. der wahnhaften Ausgestaltung dieses Primärerlebnisses. Diese wichtige allgemeine Unterscheidung hinsichtlich "gemachter Erlebnisse" und deren sekundäre Ausgestaltung scheinen allerdings auch fast alle Autoren zu vollziehen, und sie soll deshalb hier nur festgehalten und nicht weiter diskutiert werden.

Anders verhält es sich aber mit einer anderen ziemlich vernachlässigten Jasperschen phänomenologischen Trennung: Jaspers (1965) sprach einerseits von "gemachten Gedanken" (Jaspers, 1965: S. 102), und andererseits erwähnte er auch "eine andere Weise, in der Gedanken gegeben werden (Jaspers, 1965: S. 103)." Um diesen Unterschied unverfälscht wiederzugeben, muß man hier unbedingt Jaspers selbst etwas ausführlicher zitieren.

Über die "Gedankeneingebung" sagte er: "Die Gedanken werden nicht zugerufen, auch nicht gemacht Aber die Gedanken sind doch nicht die ihrigen, nicht von der Art, wie sie gewöhnlich denken, sie sind eingegeben. Diese Gedanken steigen auf, die Kranken nehmen sie hin wie etwas von fremder Seite Kommendes (Jaspers, 1965: S. 103)."

Dagegen faßte Jaspers die "gemachten Gedanken" wie folgt auf: "Sie denken etwas und fühlen doch, es hat ein anderer den Gedanken gedacht und ihnen bloß auf irgendeine Weise eingezwungen, daß nicht der Kranke sondern eine fremde Macht ihn denkt. Der Kranke weiß nicht, warum er diesen Gedanken hat, er will ihn gar nicht haben. Er fühlt sich nicht nur nicht Herr seiner Gedanken sondern in der Gewalt einer unfaßbaren fremden Macht (Jaspers, 1965: S. 102)."

Obwohl Jaspers die Erkennung und Erfassung solcher Phänomene "leicht" nannte, wurde doch durch seinen Gebrauch der Wörter "eingegeben" und "eingezwungen" eine klare Unterscheidung auf den ersten Blick etwas erschwert. Aber bei einer genauen Analyse der Jasperschen Ausführung bleibt ziemlich klar: Im Rahmen der "Gedankeneingebung im engeren Sinne" kommen buchstäblich fremde Gedanken von außen, und bei den "gemachten Gedanken" werden die eigenen Gedanken irgendwie von außen kontrolliert, gelenkt, beeinflußt usw.

Die Berechtigung der formellen Unterscheidung von Jaspers wird durch ein schönes Beispiel aus den Selbstschilderungen des Friedrich Krauss

(1867) belegt, die die entsprechenden Phänomene im Erleben des Patienten deutlich werden lassen: "Sie belagern mich wie Stechfliegen, stellen die ärmlichen Bilder ihrer abgeschmackten, obszönen Phantasie in mir auf, verunstalten, verdrehen und verspotten meine Gedanken, durchkreuzen sie, wehren sie ab suchen andere unterzuschieben"

Die meisten deutschen Autoren haben die Trennung zwischen "Gedankeneingabe im engeren Sinne" und den "gemachten Gedanken" nicht beachtet und die geschilderte Unterscheidung eher verwischt, indem sie die Komponenten der Jasperschen Definition von den "gemachten Gedanken" einfach in den engeren Begriff der "Gedankeneingabe" aufgenommen haben. Auch in der Schule von K. Schneider, in der man die Unterscheidung zwischen "gemachten Gedanken" und "Gedankeneingabe" eigentlich erwarten würde, wird diese Trennung nicht explizite aufrechterhalten.

Lediglich Karl Kleist scheint die Jaspersche Differenzierung auf konsequente Weise zu berücksichtigen, obwohl er eine andere Terminologie wählt. Seine Auffassung von "Eingabe oder gemachten Gedanken" ist dem Jasperschen Begriff der "Gedankeneingabe im engeren Sinne" ähnlich und das, was er als "autopsychische Ich-Veränderungen" bei einem Eingbungssyndrom beschreibt, ist phänomenologisch Jaspers' "gemachten Gedanken" gleichzusetzen. Wenn wir Kleist richtig verstanden haben (Wolf, 1955), sieht man, wie wichtig es ist, genau zu eruieren, was einzelne Kliniker mit ihren Begriffen meinen, auch wenn sie eine ähnliche oder verschiedene Terminologie anwenden.

ABKEHR VON DER JASPERSCHEM POSITION

Kurt Schneider (1973) hatte in der Aufzählung aller Symptome ersten Ranges die "Gedankeneingabe" nicht explizite genannt, sondern er sprach von "anderen Gedankenbeeinflussungen", die nicht den "Gedankenentzug" oder die "Gedankenausbreitung" darstellten. Allerdings hatte Kurt Schneider früher im gleichen Kapitel das Symptom der "Gedankeneingabe" doch beim Namen genannt. Auf jeden Fall ist übrigens zu entnehmen, daß der Terminus "Gedankenbeeinflussung" einen Oberbegriff darzustellen scheint.

Anstatt dem Phänomen der "Gedankeneingabe" eine ausführliche formale Analyse zu widmen, hatte Kurt Schneider (1973) einfach das konkrete Beispiel einer schizophrenen Näherin aufgeführt. Er sagte: "Sie müsse auch Gedanken denken, die sie nicht wolle, auch schlechte Gedanken. Dies alles führte sie auf Hypnotismus eines Kaplans zurück." Obwohl Kurt Schneider in diesem Falle von "Gedankeneingabe" sprach, hat man nicht genügend Auskunft, um zu entscheiden, ob die eigenen Gedanken durch Beeinflussung von außerhalb schlecht waren, oder ob fremde schlechte Gedanken durch Beeinflussung von außen kamen.

Diese "Haarspaltereи" will nur aufzeigen, daß Kurt Schneider nicht eindeutig die klare Trennung von "gemachten Gedanken" und "Gedankeneingabe" im Sinne von Jaspers durchführte. Im Gegensatz zu Jaspers hatte er schon 1931 beide Phänomene gleichgesetzt: "Über Beeinflussung des Denkens kann auch in der Weise geklagt werden, daß von fremder Seite Gedanken eingegeben werden (gemachte Gedanken)." Auch wenn Kurt Schneider (1973) ganz allgemein über die Störungen des Icherlebens sagte, "daß die eigenen Akte und Zustände nicht als solche eigene sondern als von anderen gelenkte und beeinflußte erlebt werden..", erkennt man, wie die Komponenten der Jasperschen Trennung verschmolzen wurden.

Weitbrecht (1966, 1968) schien den Ausdruck "Gedankeneingebung" nicht zu bevorzugen. Er sprach von "gemachten Gedanken", das heißt, die Kranken fühlen sich "in ihren Gedanken beeinflußt (Weitbrecht, 1968)", wie auch von "anderen Gedankenbeeinflussungen", die nicht den "Gedankenentzug" oder die "Gedankenausbreitung" darstellten (Weitbrecht, 1966). Allerdings in einem Beispiel schien Weitbrecht (1966) mit diesen Termini das zu meinen, was Jaspers eigentlich als "Gedankeneingebung im engeren Sinne" auffaßte. Auf jeden Fall wird bei Weitbrecht nicht wie bei Jaspers streng zwischen "Gedankeneingebung" und "gemachten Gedanken" formal unterscheiden, sondern die Begriffe scheinen ähnlich wie bei Kurt Schneider verschmolzen zu werden. Das gleiche sieht man auch bei Huber (1974).

M. Bleuler (1972a), der im Grunde genommen eine formal-dynamische Betrachtungsweise unter anderem einnimmt, sah das Auftreten der schizophrenen Symptome als weitere Schritte in der "Entfremdung und Abspaltung von gewissen Vorstellungen des Ichs". In diesem Zusammenhang sagte Bleuler (1972a) auch: "... die eigenen Gedanken werden ... als aufgezwungen, unecht und fremd empfunden. Der Kranke hat das Gefühl, er denke ohne eigenen Willen, "es" denke in ihm (automatisches Denken) oder er erlebe das Denken anderer". Also auch bei Bleuler ist keine klare Trennung der Jasperschen Begriffe der "Gedankeneingebung im engeren Sinne" und der "gemachten Gedanken" durchgeführt worden, obwohl wie bei Kurt Schneider und Weitbrecht die Komponenten der Unterscheidung vorliegen.

Mellor (1970) betonte die Veränderung des Vollzugsbewußtseins bei der "thought insertion" und seine Definition dieses Phänomens ist gleichzusetzen mit der engeren Auffassung von "Gedankeneingebung" im Sinne von Jaspers. Für Fish (1967) bedeutete "thought insertion" dasselbe wie bei Mellor. Die Ausdrücke "thought alienation" oder "delusions of thought control" waren für Fish (1962, 1967) Oberbegriffe für alle Erlebnisse der "Gedankenbeeinflussung" - wie "Gedankeneingebung", "Gedankenentzug" und "Gedankenausbreitung" - und wurden nicht, wie man meinen könnte, im Sinne der "gemachten Gedanken" von Jaspers gebraucht. Fish (1962) spekulierte, daß "thought insertion" erlebt werden könnte, nachdem der Patient plötzlich einen neuen Gedankengang - nach dem Erlebnis der Sperrung der Gedanken - aufgenommen hat.

Interessanterweise hatte Peters (1971) in seinen Definitionen die Jaspersche Unterscheidung aufrechterhalten. Auch Blankenburg (1973) trennte beide Phänomene voneinander. Aber obwohl Blankenburg ein Patienten-Zitat aus Jaspers (1965) aufführte, um die "Gedankeneingebung" zu verdeutlichen, war seine Abgrenzung dieses Phänomens von den "gemachten Gedanken" nicht so klar, wie dies bei Peters der Fall war. Indessen bleibt doch evident, daß Blankenburg die Phänomene getrennt haben will: "Das Symptom Gedankeneingebung ist nicht so spezifisch wie das der "gemachten" Gedanken. Es ist aber sehr häufig mit diesem ... gekoppelt." (Gegen Blankenburgs Gebrauch des Wortes "spezifisch" hätte Kurt Schneider sicher einen Einwand gehabt.) Laut Blankenburg zielt die "Gedankeneingebung" - im Gegensatz zu den "gemachten Gedanken" - weniger auf den Akt als auf den Inhalt des Denkens ab.

RÜCKKEHR ZUR JASPERSCHEM POSITION

Was man ganz allgemein auf deutsch "Beeinflussungs- oder gemachte Erlebnisse" nennt, wird meist als "made or passivity experiences" oder "experiences of alienation or influence" ins Englische übersetzt. Dabei werden im Englischen wie im Deutschen normalerweise keine essentiellen Unterschiede zwischen diesen Termini aufgestellt. Man trennt meist nicht eindeutig zwischen einer "einfachen Beeinflussung des Willens, der Gedanken usw. von außerhalb" und einem "Verlust oder fremden Ersatz des Willens, der Gedanken usw. von außen". Wie schon ausgeführt, werden die Komponenten der Unterscheidung von Jaspers in den unterschiedlichen Definitionen meist verschmolzen und manchmal sogar teilweise nicht berücksichtigt.

Dagegen machten Taylor & Heiser (1971) in den USA bei ihren Aufzählungen der Symptome ersten Ranges eine allgemeine, konsequente Trennung zwischen "experiences of alienation" und "experiences of influence". Und diese Unterscheidung war eine Ausdehnung der Jasperschen Überlegungen zu den "gemachten Gedanken" und der "Gedankeneingabe im engeren Sinne" auch auf den Willen, die Gefühle, die Triebe usw. Die besonderen Bedeutungen, die Taylor & Heiser den Wörtern "alienation" und "influence" dabei gaben, waren sicher willkürlich gewählt, aber doch einleuchtend.

Unter "experiences of alienation" verstanden Taylor & Heiser das Erlebnis eines Patienten, daß seine Gedanken, sein Wille usw. nicht mehr etwas Eigenes waren, sondern von außen durch etwas Fremdes verloren gegangen oder ersetzt worden waren. Obwohl "alienation" meist mit "Entfremdung" übersetzt wird, ist in diesem Fall eindeutig eine Störung der Meinhaftheit und nicht eine "Entfremdung der Wahrnehmungswelt" oder eine "Gefühlentfremdung" gemeint (K. Schneider, 1973). Bei den "experiences of influence" hatte, nach Taylor & Heiser, der Patient noch immer seine eigenen Gedanken, seinen eigenen Willen usw., nur gleichzeitig erlebte er, daß sie irgendwie von außen beeinflußt, kontrolliert waren.

Unsere Betonung der im deutschen Sprachraum praktisch vergessenen Jasperschen Ansichten über "gemachte Gedanken" und "Gedankeneingabe im engeren Sinne" soll auch dem Zweck dienen aufzuzeigen, wie man mit Vorteil diese klare Jaspersche Trennung konsequenterweise auf alle "Beeinflussungserlebnisse" ausdehnen kann. Wir schlagen eine systematische Symptomordnung vor, in der die "Beeinflussungserlebnisse" als Phänomene des psychopathologischen Querschnittsbildes fixiert und beschrieben werden. Mit der Symptomordnung soll nicht etwa besonders auf die sogenannten "Vorstufen", "Stufen" oder "Vorboten" (Conrad, 1958; Janzarik, 1968; Kisker, 1960) dieser Erlebnisse hingewiesen werden. Die Reihenfolge der Symptomordnung soll auch nichts Dynamisches oder Chronologisches bedeuten. Auch sind damit nicht unbedingt Stadien eines steigenden Schweregrades gemeint, wenngleich eine solche Interpretation möglich ist. Man könnte, zum Beispiel, die einzelnen Phänomene der Symptomordnung mittels abgestufter Urteile, denen ein Zahlenwert zugeordnet wird, quantifizieren. Die scharfe Herausarbeitung der Phänomene des psychopathologischen Querschnittsbildes in einer statischen Betrachtungsweise soll vielmehr dem Anliegen der neuen symptomatologischen Forschungsrichtung gerecht werden.

Interessanterweise haben wir gewisse Ansätze unserer Aufstellung in Kiskers (1960) "Konkretisierungsreihe der Beeinflussungserlebnisse" gefunden. Allerdings schenkt Kisker insbesondere dem dynamischen Aspekt des Zustandekommens der "Gedankeneingebung" eine besondere Besprechung. - Im Interesse sprachlicher Klarheit sei vermerkt, daß es wahrscheinlich besser wäre, die Symptomreihe nicht unter den Obertitel der "gemachten oder Beeinflussungserlebnisse" zu stellen, sondern mit Huber (1974) die Termini Störungen des Ich-Erlebnisses, der Meinhafitigkeit, der Ich-Welt-Schranke als Oberbegriff zu bevorzugen. Kisker (1960) sprach von Entichungstypen. Es bleibt letztlich Ansichtssache, ob man diese Wortbildung oder andere Begriffe als vorteilhaft ansieht. Unsere deskriptive Einteilung ist wie folgt:

1. "Beeinflussungsstimmung":

Der Patient hat ein allgemeines, unbestimmtes Gefühl, daß "etwas los" ist, "etwas in der Luft liegt", in dem Sinne, daß er sich mehr oder minder kontrolliert, beeinflußt usw. fühlt, sich aber dessen noch nicht sicher ist. Während der Patient bei der "Wahnstimmung" schon weiß, daß die Dinge "etwas" bedeuten und sich lediglich über den Inhalt oder die Zielrichtung dieses "etwas" noch nicht im Klaren ist, bestehen bei der "Beeinflussungsstimmung" noch letzte Zweifel am Vorgang der Beeinflussung an sich.

2. "Allgemeines Beeinflussungserlebnis":

Der Patient ist ganz sicher und voll überzeugt, daß er gelenkt, kontrolliert, von außen beeinflußt usw. wird. Aber die Beeinflussung ist noch eher eine allgemeine "Einmischung" in die Integrität des Ichs. Das heißt: Der Patient gibt noch nicht genau an, ob seine Gedanken oder sein Wille oder seine Gefühle usw. oder mehrere dieser Ich-Aspekte betroffen sind. Hierbei kann es aber leicht schon zu wahnhafter sekundärer Ausgestaltung des Erlebnisses kommen.

3. "Spezifisches Beeinflussungserlebnis":

Phänomenologisch ist es dem "allgemeinen Beeinflussungserlebnis" ähnlich. Aber jetzt kann der Patient zusätzlich genau Auskunft darüber geben, ob seine Gedanken oder sein Wille usw. betroffen sind. Also ist das Phänomen der "gemachten Gedanken" im Sinne von Jaspers als "spezifisches Beeinflussungserlebnis" zu verstehen. Es ist wichtig, sich die Tatsache vor Augen zu halten, daß - obwohl bei den unter Punkt 1., 2. und 3. aufgeführten Phänomenen Beeinflussungen von außen wirksam sind - die Qualität des Verlustes oder des Ersatzes der eigenen Gedanken, Gefühle usw. im Erleben des Patienten noch nicht eingetreten ist.

4. "Beeinflussungserlebnisse mit Verlust- oder Ersatzqualität":

Dieser Terminus ist natürlich sehr schwerfällig und insofern unbefriedigend. Hiermit sind Störungen des Ich-Erlebnisses gemeint mit der deutlichen Qualität des von außerhalb verursachten Verlustes oder Ersatzes der eigenen Gedanken, des eigenen Willens usw. durch etwas Fremdes. Zweckmäßiger scheint es, solche spezifischen Ausdrücke wie "Gedankeneingebung" - aber hier natürlich ist das Phänomen im engeren Sinne von Jaspers gemeint - "Gedankenentzug", "Gedankenausbreitung", "Eingebung eines fremden Willens bzw. Entzug des eigenen Willens", "Eingebung bzw. Entzug von Ge-

fühlen oder Trieben oder Strebungen" usw. zu benutzen. Leider sind diese sogenannten spezifischen Ausdrücke selbst nicht ganz unproblematisch, weil sie meist vom selben Kliniker abwechselnd mal im Sinne unseres "spezifischen Beeinflussungserlebnisses", mal im Sinne des "Beeinflussungserlebnisses mit Verlust- oder Ersatzqualität" aufgefaßt werden, ohne daß sich der einzelne eines möglichen Unterschiedes bewußt wird. Davon abgesehen gibt es weitere formale Differenzierungsschwierigkeiten hinsichtlich der oben erwähnten spezifischen Phänomene dieser vierten Gruppe, z. B. hauptsächlich bei der "Gedankenausbreitung" und beim "Gedankenentzug". Diese sollen hier nicht erörtert werden.

Obwohl die Abgrenzung der einzelnen Phänomengruppen der obigen Einteilung oder auch die Abgrenzung der einzelnen Phänomene innerhalb einer Phänomengruppe oft problematisch bleibt und es immer fließende Übergänge geben wird, bleibt das Bestreben nach möglichst scharfer Abgrenzung bei den Aufgaben der symptomatologischen Forschungsrichtung notwendig und sinnvoll. In letzter Zeit, zum Beispiel, hatten in diesem Zusammenhang Wing et al. (1974) im Glossar der Definitionen zum PSE betont, daß eine "allgemeine Beeinflussung" mit "thought insertion" nicht zu verwechseln ist.

Ferner ist an dieser Stelle festzuhalten, daß es natürlich Ansichtssache bleibt, ob der einzelne Forscher allen diesen Phänomenen eine so eindeutig schizophrene Wertigkeit geben will, wie dies K. Schneider (1973) und Wing et al. (1974) tun, oder ob er es vorzieht, die diagnostische Valenz solcher Symptome bei den nicht organisch begründbaren Psychosen noch offen zu lassen, wie es beispielsweise die Kleist-Leonhardsche Schule (Leonhard, 1968), die Taylor-Gruppe (z. B. Abrams et al., 1974; Taylor & Abrams, 1975) oder die St. Louis-Gruppe (z. B. Clayton et al., 1965; Winokur et al., 1969) teilweise tun. Im Interesse der gegenseitigen Verständigung bleibt aber notwendig, daß man bei der Benennung der einzelnen Phänomene wenigstens auf vergleichbare Abgrenzungen Bezug nimmt.

ANSÄTZE ZUR DIFFERENTIALTYPOLOGIE DER "GEDANKENEINGEBUNG"

Auch wenn man mit Jaspers sorgfältig zwischen "gemachten Gedanken" und "Gedankeneingabe im engeren Sinne" unterscheidet, gibt es in der Praxis viele Verwechlungsmöglichkeiten mit anderen Phänomenen. Ohne lückenlos aufführen oder ausgiebig kommentieren zu wollen, erwähnen wir einige dieser differential- "diagnostischen" Schwierigkeiten, die für die praktische Durchführung des symptomatologischen Untersuchungsverfahrens wichtig erscheinen:

1. "Fremdheit eines Inhaltes" oder "ungenügende Motiviertheit des Einfalls". Jaspers (1965) warnte vor Verwechslungen dieser Phänomene mit "Gedankeneingabe".
2. Telepathische Erfahrungen, die von einer Gruppe geteilt werden, und mediumistische Phänomene. In den USA findet man in der Jugend ein verbreitetes Interesse für Okkultismus und Telepathie, und es mag damit zusammenhängen, daß man manchmal Schwierigkeiten bei der Abgrenzung

der "Gedankeneingebung usw." von telepathischen, mediumistischen und sonstigen kultbedingten Erscheinungen hat.

3. "Gewöhnliche" Beeinflussung der Gedanken im Alltag. Eine solche Beeinflussung gibt es beispielsweise durch die Begegnung mit jemandem, den man respektiert oder fürchtet, oder durch dessen Worte oder Schriften usw. man beeindruckt und insoweit beeinflußt ist.
4. Der "gewöhnliche oder mehr kreative Einfall (Inspiration)" oder auch die sogenannte "Besessenheit". Gruhle (1949) sagte dazu: "Dem Kenner ist schon immer der Unterschied aufgefallen, den das Vergewaltigtsein durch Inspiration oder Besessenheit von dem Gedankenmachen oder Gedankenabziehen des Schizophrenen trennt".
5. Leibhalluzinatorische Erlebnisse. Häufig genug werden "Beeinflussungserlebnisse" auch leiblich empfunden. "Leibliche Beeinflussungserlebnisse", z. B. nach Huber (1974) als Leibhalluzinationen aufgefaßt, werden, wenn sie den Kopf betreffen, oft mit Störungen des Icherlebnisses verquickt.
6. Akustische Pseudohalluzinationen (besonders wenn der Inhalt dem Patienten irgendwie fremd vorkommt). Wing et al. (1974), die entgegen den meisten deutschsprachigen Autoren die Pseudohalluzination streng nach Jaspers (1912) auffassen, betonten diese Verwechslungsmöglichkeit.
7. Wahneinfall. Conrad (1958) trennte dieses Phänomen deutlich von der von außen kommenden "apophänen Eingebung".
8. Zwangsgedanken oder Zwangseinfälle (Lewis, 1967). Eine solche Verwechslung liegt hauptsächlich vor, wenn der Inhalt bizarr ist oder als Non-sens usw. vom Patienten aufgefaßt wird.
9. Hemmung der Gedanken bei schwerer Depressionen.
10. Im Rahmen der "schwärmerischen Euphorie" oder bei der "Glücksspsychose", beide im Sinne Leonhards (1968). Hier fassen wir die Eingebungen als Folge der ausgeprägten Stimmungsänderung auf und insofern sind sie als sekundäre Erscheinungen von den primären Phänomenen der "Gedankeneingebung usw." zu trennen. Sie sind im übrigen aufgrund ihrer Einbettung in die besonderen Leonhardschen Syndrome erkennbar.

Wir beschränken uns auf die Erwähnung der vorstehenden Verwechslungsmöglichkeiten, weil sie nach unseren praktischen Erfahrungen die wichtigsten darstellen. Sicherlich könnte jeder Kliniker weitere Verwechslungsmöglichkeiten aufführen und das Bestreben liegt nahe, die formale psychopathologische Funktionslehre im Sinne von Jaspers am Beispiel der "Gedankeneingebung" und der "gemachten Gedanken" noch schärfer herauszuarbeiten. Wing et al. (1974) meinen, daß ihre Symptom-Definitionen noch häufig genug vage oder gar widersprechend seien, obgleich sie jahrelang an der Vervollkommnung ihres PSE gearbeitet haben. Ähnliches hat Kurt Schneider (1948) schon vor vielen Jahren gesagt: "Zweifellos ist die Aufgabe der Psychopathologie noch lange nicht am Ende, sondern sie hat noch

ein weites Arbeitsfeld vor sich. Vor allem muß sie weiter versuchen, die zahlreichen vagen Fachausdrücken für die Symptome Psychotischer ... zu erklären, zu differenzieren und so festzulegen, daß sie eindeutiger und im Gebrauch der Willkür mehr als bisher entzogen werden". Dies gilt auch heute noch und sogar in vermehrtem Maße, nachdem durch die Dominanz modischer Strömungen in der Gegenwartspsychiatrie das Erkenntnisgut der klassischen Psychopathologie nicht nur vernachlässigt sondern teilweise sogar negiert wird.

LITERATUR

- Abrams, R., Taylor, M.A., Gaztanaga, P.: Manic-depressive illness and paranoid schizophrenia. A phenomenologic, family history, and treatment-response study. Arch. Gen. Psychiat. 31, 640 (1974)
- Angst, J., Battegay, R., Bente, D., Berner, P., Broeren, W., Cornu, F., Dick, P., Engelmeier, M.P., Heimann, H., Heinrich, K., Helmchen, H., Hippius, H., Pöldinger, W., Schmidlin, P., Schmitt, W., Weis, P.: Das Dokumentationssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP). Arzneimittel-Forsch. 19, 399 (1969)
- Blankenburg, W.: Gedankeneingebung. In: Lexikon der Psychiatrie. Hrsg. C. Müller. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1973
- Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie. 12. Auflage. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972a
- Bleuler, M.: Klinik der schizophrenen Geistesstörungen. In: Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Bd. II/2, 2. Auflage. Hrsg. K. P. Kisker, J.-E. Meyer, M. Müller und E. Strömgren. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972b
- Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Thieme 1972c
- Carpenter, W.T., Strauss, J.S., Muleh, S.: Are there pathognomonic symptoms in schizophrenia? An empiric investigation of Schneider's first rank symptoms. Arch. Gen. Psychiat. 28, 847 (1973)
- Carpenter, W.T., Strauss, J.S.: Cross-cultural evaluation of Schneider's first rank symptoms of schizophrenia. Amer. J. Psychiat. 131, 682 (1974)
- Clayton, P.J., Pitts Jr., F.N., Winokur, G.: Affective disorder. IV. Mania. Compreh. Psychiat. 6, 313 (1965)
- Conrad, K.: Die beginnende Schizophrenie. Stuttgart: Thieme 1958
- Fish, F.: Schizophrenia. Bristol: J. Wright and Sons 1962
- Fish, F.: Clinical Psychopathology. Bristol: J. Wright and Sons 1967
- Foulds, G.A.: Personality and Personal Illness. London: Tavistock 1965
- Gruhle, H.W.: Ichqualität und Impulserlebnis (1949). In: Verstehen und Einfühlen. Gesammelte Schriften von H.W. Gruhle. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953
- Hoenig, J.: Book review of M. Bleuler's Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Brit. J. Psychiat. 123, 605 (1973)
- Huber, G.: Psychiatrie. Stuttgart-New York: Schattauer 1974

- Janzarik, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Ein Beitrag zur Differentialtypologie der Wahnenphänomene. Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psychiat., Heft 86. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1959
- Janzarik, W.: Schizophrene Verläufe. Eine strukturdynamische Interpretation. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968
- Jaspers, K.: Die Trugwahrnehmungen (1912). In: Gesammelte Schriften. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963
- Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. 8. Auflage. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1965
- Kendell, R. E., Everitt, B., Cooper, J. E., Sartorius, N., David, M. E.: Reliability of the Present State Examination. Soc. Psychiat. 3, 123 (1968)
- Kendell, R. E.: Defining diagnostic criteria for research purposes. In: Methods of Psychiatric Research. Second edition. Edited by P. Sainsbury and N. Kreitman. London: Oxford 1975
- Kisker, K. P.: Der Erlebniswandel des Schizophrenen. Ein psychopathologischer Beitrag zur Psychonomie schizophrener Grundsituation. Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psychiat., Heft 89. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960
- Koehler, K.: Symptome ersten Ranges: Sind sie wirklich so verstaubt? Fortschr. Neurol. Psychiat. (Im Druck)
- Krauß, Friedrich: Notschrei eines Magnetisch-Vergifteten. Stuttgart: Im Selbstverlag des Herausgebers 1852
- Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin: Akademie 1968
- Lorr, M., Klett, C. J., McNair, D. M., Lasky, J.: In-patient Multidimensional Psychiatric Scale (Manual). Palo Alto: Consulting Psychologists Press 1963
- Luria, R. E., McHugh, P. R.: Reliability and clinical utility of the "Wing" Present State Examination. Arch. Gen. Psychiat. 30, 866 (1974)
- Mellor, C. S.: First rank symptoms of schizophrenia. Brit. J. Psychiat. 117, 15 (1970)
- Mombour, W.: Verfahren zur Standardisierung des psychopathologischen Befundes. Teil I. Psychiat. clin. 5, 73 (1972)
- Mombour, W.: Klassifikation, Patientenstatistik, Register. In: Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Bd. III, 2. Auflage. Hrsg. K. P. Kisker, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömgren. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1975
- Overall, J. E., Gorham, D. R.: The brief psychiatric rating scale. Psychol. Rep. 10, 799 (1962)
- Peters, U. H.: Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München-Berlin-Wien: Urban und Schwarzenberg 1971
- Scharfetter, C.: Das AMP-System. 2. Auflage. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
- Schneider, K.: Pathopsychologie im Grundriß. Sonderausgabe aus dem Wörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge. Berlin-Leipzig: Walter de Gruyter 1931
- Schneider, K.: Beiträge zur Psychiatrie. Stuttgart: Thieme 1948
- Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. 10. Auflage. Stuttgart: Thieme 1973

- Slater, E.: The psychiatrist in search of a science. II. Developments in the logic and sociology of science. Brit. J. Psychiat. 122, 625 (1973)
- Spitzer, R. L., Endicott, J., Fleiss, J. L., Cohen, J.: The psychiatric status schedule. A technique for evaluating psychopathology and impairment in role functioning. Arch. Gen. Psychiat. 23, 41 (1970)
- Taylor, M. A., Heiser, J. F.: Phenomenology: an alternative approach to diagnosis of mental illness. Compreh. Psychiat. 12, 480 (1971)
- Taylor, M. A., Abrams, R.: Acute mania. Clinical and genetic study of responders and nonresponders to treatments. Arch. Gen. Psychiat. 32, 863 (1975)
- Weitbrecht, H. J.: Psychiatrische Fehldiagnosen in der Allgemeinpraxis. Fibel der Differentialdiagnostik. Stuttgart: Thieme 1966
- Weitbrecht, H. J.: Psychiatrie im Grundriß. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968
- Wing, J. K., Birley, J. L. T., Cooper, J. E., Graham, P., Isaacs, A.: Reliability of a procedure for measuring and classifying "present mental state". Brit. J. Psychiat. 113, 499 (1967)
- Wing, J. K., Cooper, J. E., Sartorius, N.: Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. Cambridge: Cambridge Univ. 1974
- Wing, J., Nixon, J.: Discriminating symptoms in schizophrenia. Arch. Gen. Psychiat. 32, 853 (1975)
- Wittenborn, J. R.: Wittenborn Psychiatric Rating Scales. New York: Psychological Corporation 1955
- Wolf, R.: Die Symptomatologie und klinische Stellung des Eingebungssyndroms. München: Johann Ambrosius Barth 1953