

## **Schizophrenie-Diagnostik: Das „Praecox-Gefühl“ – ein fliegender Holländer der Psychiatrie?**

**Asmus Finzen**

***Inhalt:** Vorbemerkung. Das Praecox-Gefühl. Das sogenannte Praecox-Gefühl. Schizophrener Eindruck und Praecoxgefühl. Das Praecoxgefühl als schizophrenie-spezifische Gegenübertragung Das Praecoxgefühl als zuverlässiges Diagnostikum. Die Rezeptionsgeschichte des Begriffs. Lexika und Wörterbücher. Lehrbücher. Handbücher. Rückblick und Ausblick. Das Borderline-Gefühl ante portas*

### **Vorbemerkung**

Die Psychiatrie hat sich in den vergangenen fünf Jahrzehnten in einer Weise geändert, dass der erfahrene Kollege von 1950 oder 1960 – Kolleginnen gab es damals noch nicht viele – Mühe haben würde, sich zurechtzufinden. Das gilt nicht nur für die Entwicklung der Medikamentenbehandlung und das Verschwinden der Schockverfahren, oder der Leukotomie, der wir keine Tränen nachweinen. Es gilt vor allem auch für das psychiatrische Denken, für die Wahrnehmung der Krankheit, ihrer Symptome und der kranken Menschen.

Die Psychiatrie der Fünfziger- und der Sechzigerjahre war eine Disziplin – ich zögere ich zu schreiben Wissenschaft – des klinischen Eindrucks, eine Disziplin der biographischen Exploration, der zwischenmenschlichen Kommunikation, der Beobachtung und der Interpretation, auch der hermeneutischen Interpretation. Wer damals psychisch Kranke behandelte, liess sich von ihnen beeindrucken, lauschte auf die Gefühle, die sie in ihm auslösten und liess sie in sein klinisches Urteil einfließen.

Nur wenige waren sich darüber klar, dass es sich dabei auch um Gegenübertragungsgefühle handelte; das psychoanalytische Denken hatte sich in Mitteleuropa damals noch nicht durchgesetzt. Nur so ist es zu erklären, dass ein

Gefühl, eben jenes das vom holländischen Psychiater H.C. Rümke als Praecox-Gefühl in den Fünfziger- und Sechzigerjahren zu einem - zumindest in den deutschsprachigen Ländern - allgegenwärtigen und allseits anerkannten Diagnosekriterium der Schizophrenie wurde.

Im Begriff „Praecox-Gefühl“ steht das Wort Praecox für die Verkürzung von Emil Kraepelins Dementia Praecox, jener unglücklichen Krankheitsbezeichnung, die in den ersten Jahrzehnten des zwanzigsten Jahrhunderts durch Eugen Bleulers nicht viel weniger unglückliche Wortprägung Schizophrenie oder Gruppe der Schizophrenien abgelöst wurde. Dass ein solches Gefühl, oder „Erlebnis“, wie Rümke schreibt, zu einem Diagnosekriterium werden konnte, ist im Zeitalter einer Psychiatrie des Skalierens, des Messens und Klassifizierens kaum nachvollziehbar.

Gerade deshalb lohnt es sich, der Entwicklung des Praecox-Gefühls und seiner Rezeptionsgeschichte in der damaligen Psychiatrie einmal nachzugehen. Das gilt um so mehr, als ich den Eindruck habe, dass es sich dabei um einen fliegenden Holländer, um einen Widergänger also, handeln könnte. Die gegenwärtige Diskussion um die Borderline-Störung enthält manchen Hinweis dafür (Zehnder-Waltert u.a. 1999). Ich werde in meiner Schlussdiskussion darauf zurückkommen. Der vorliegende Text versteht sich als psychiatriehistorischen Essay. Er ist mit zahlreichen, zum Teil auch längeren Zitaten belegt und abgesichert. Der ungeduldige Leser, die ungeduldige Leserin, mögen mir das nachsehen. Die Quellen sind zum Teil entlegen und nur schwer zugänglich.

## **Das Praecox-Gefühl**

Anlässlich des zweiten psychiatrischen Weltkongresses 1957 in Zürich hielt der Utrechter Psychiater H.C. Rümke einen vielbeachteten Vortrag über „Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien“. Die deutschsprachige Veröffentlichung im Jahre 1958 im Nervenarzt wurde zu einer der meist diskutierten und meist zitierten psychiatrischen Publikationen der sechziger Jahre. Die allgemeine Aufmerksamkeit der psychiatrischen Zünfte galt vor allem jenen Sätzen, in denen Rümke „ein bestimmtes Gefühl“ als Diagnosekriterium einführte:

„Was mir klinisch am meisten geholfen hat, ist folgendes: Praktisch lasse ich mich führen von dem Untersucher entstehenden „Praecoxgefühl“, vielleicht besser gesagt „Praecoxerlebnis“ – denn das ist kein echtes Gefühl. Nur ein sehr erfahrener Untersucher kann sich dieses Kompasses bedienen. Wird dieses Gefühl bei mir erweckt – die oben erwähnten Kriterien entbehren dann auch immer des „ganz bestimmten“ oder „schizophrenen“ -, dann sträube ich mich so lange wie nur möglich gegen die Diagnose „echte Schizophrenie“.

Für den Begriff der Schizophrenie kommt mir auch folgendes wichtig vor: Das Geheimnis der Schizophrenie ist ein Geheimnis der „Form“. Dass es sich bei der echten Schizophrenie um ein Formproblem handelt, geht vor allem aus der Tatsache hervor, dass wir nicht selten die Diagnose mit vollkommener Treffsicherheit stellen können, ohne dass wir auch nur das geringste von den Inhalten des Erlebnisses kennen, z.B. dadurch, dass wir die Sprache nicht verstehen: die Mimik, oder vielmehr die Pantomimik, die Psychomotorik ist bei den Schizophrenen ernstlich gestört. Das „echt-schizophrene“ ist un-individuell. Nichts weist deutlicher daraufhin, dass wir es mit einer nosologischen Entität zu tun haben. In Athen oder Helsinki, in Paris und London, Mexico City und Toronto sehen wir dieselben „echten Schizophrenen“, die oft mit einem einzigen Blick zu erkennen sind“.

Im Abschnitt von diesem Zitat sichert er sein „Gefühl“ mit Berufung auf andere zeitgenössische Autoren ab:

„Es gibt noch einige wichtige Kriterien nämlich das Gefühl der Ausschaltung der eigenen Aktivität (Kronfeld). Persönlich kenne ich dieses nur bei „schizophrenen“. Kennzeichnend ist Minkowskis gestörter vitaler Kontakt, aber dazu gehört eigentlich auch wieder das „ganz Bestimmte“ oder „Schizophrene“. Ein ganz wichtiges Kennzeichen ist die Aufwühlung der archetypischen Welt von Jung. Doch dieses Kriterium ist oft unzulässig. Es müssen noch Gruhles Symbolerleben, Kurt Schneiders Symptome ersten Ranges, C. Schneiders und Arnolds Störungen im Erlebnisvollzug genannt werden. Wichtig ist auch die von Wyrsh beschriebenen „schizophrene Grundstimmung“. Alle diese sogenannten primären Symptome sind erst dann primär, wenn das Adjektiv „schizophren“ hinzugefügt wird. Selbst messe ich der Störung im psychischen „Sich öffnen und schliessen“ noch grossen Wert bei. Ein bestimmtes Gefühl des „Offenliegens“ kann pathognomonisch sein“.

Die Arbeit über die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenen ist nicht die erste Veröffentlichung Rümkes zum Praecoxgefühl. Bereits 1941 publizierte er in der niederländischen Zeitschrift für die Heilkunde einen Aufsatz mit dem Titel „Das Kernsymptom der Schizophrenie und das „Praecoxgefühl“. Dort führt er aus:

„Der Psychiater kann wohl nie präzise sagen, auf welche Gründe er die Diagnose macht. Sicher bringt er allgemein bekannte Symptome bei: die schizophrene Denkstörung, Aufhebung des Gefühls der eigenen Aktivität, Beeinflussungsideen, intrapsychische Ataxie, Gespaltenheit der Persönlichkeit, das schizophrene Lächeln. Derjenige, der verteidigt, dass diese Symptome auch bei anderen Krankheiten gesehen werden, bei verwirrten Manien, schizoider Psychopathie, Degenerationspsychosen, kann auch recht haben, oder er wird sagen, dass die Gespaltenheit gar nicht besteht, das Lächeln gar nicht leer ist.

Dauert die Diskussion lange, dann wird der erstere sich berufen auf das Schizophrenie- oder Praecoxgefühl, das er bei diesem Patienten hat. Vielleicht auch redet er vom schizophrenen Kolorit, das das Krankheitsbild für ihn färbt; Wogegen der andere erwidert, dass alle Symptome an sich schizophren sein könnten, dass aber für ihn das spezifische unbeschreibbare Praecoxgefühl oder schizophrene Kolorit fehlt. Was heisst Praecoxgefühl. Der Verfasser gibt zu, dass alle oben genannten Erscheinungen nur selten Grund zu einer Diagnose, aber meistens die Symptome, mit denen die Diagnose erörtert wird, und dass er auch bereit ist, die Bedeutung aller Symptome für die Diagnose fallenzulassen, wenn für ihn das Essentielle fehlt. Gibt man sich Rechenschaft, was man meint, wenn man alle jene Symptome anführt und ihnen wohl Wert beilegt, dann geht es um etwas, was nicht in den gangbaren Rubriken unterzubringen ist, dass aber wohl in allen angeführten Erscheinungen mit inbegriffen ist.

Das Phänomen ist am deutlichsten verflochten mit Affektstörungen, den Denkstörungen, den Störungen im Handelnd. Dieses undefinierbare, das bei allen diesen Phänomenen ist, lässt das Praecoxgefühl entstehen. Bei der kürzesten Untersuchung bemerkt der Arzt bereits, dass die Einfühlung fehlen lässt. Dabei geht es nicht nur um das Einfühlen des Affektes des Kranken, aber um das Nicht-in-Kontakt-treten-können mit seiner Persönlichkeit als Ganzes. Deutlich bemerkt man,

dass dies durch etwas Krankes geschieht. Der Schizophrene ist aus der Gemeinschaft der Menschen geraten. Es ist keine Störung im Gefühlsleben, die Störung betrifft etwas, was die Relation zwischen den Menschen bestimmt. Das In-Kontakt-Treten der Menschen untereinander geschieht nicht als gewollte Tat, sondern instinktiv. Die Abschwächung dieses Instinktes, das der Verfasser Annäherungsinstinkt nennt, ist vielleicht das fundamentalste Symptom der Schizophrenie. Öfter ist das Praecoxgefühl schon geweckt, bevor man einige Worte mit dem Patienten gewechselt hat. Der Gesichtsausdruck, die Haltung, die Motorik, die Pantomimik verraten den Zustand gleich .... In der schizophrenen Sprache hören wird das selbe, wie wir im Bewegungsbild sehen, den Ausdruck des ausserhalb der Gemeinschaft stehenden Menschen .....

Welche Fehler kann der Kliniker machen, wenn er aufgrund des Praecoxgefühls die Diagnose der Schizophrenie stellt? Verfügt er über ein grosses und reich nuanciertes einführendes Vermögen, dann gelingt es oft, einen gegenseitigen Kontakt zu schöpfen, wenn man die Kontaktmöglichkeit noch als normal ansieht, indem sie eigentlich schon unter die Norm gesunken ist. Auch kann man in den eigenen Reaktionen nicht genügend unterscheiden, was aus dem eigenen Willen zur Annäherung stammt und was aus dem wirklich bestehenden Verhalten. Dann hält man einen Pseudokontakt für einen wahren. Hat man selber ein gehemmt oder geringes Annäherungsvermögen oder keine Kenntnis des Spielraums des normalen in dieser Hinsicht, dann kann man viel zu bald ein Praecoxgefühl haben. Eine grosse Bedeutung für die richtige Diagnosenstellung der Schizophrenie hat das eigene Sympathiegefühl für den Kranken; steht man ihm gleichgültig gegenüber, dann ist die Diagnose nicht so schwierig (Rümke 1941, referiert von G. Geelen 1942)“.

Obwohl die Arbeit auf anderthalb Druckseiten im Zentralblatt für Neurologie und Psychiatrie referiert wird (1942) – haben wir aus diesem Referat zitiert – verhindern die Zeitumstände ein breiteres Echo und eine wissenschaftliche Diskussion der Überlegungen Rümkes. Rümke lässt jedoch nicht nach. 1950 trägt er seine Thesen zum Praecoxgefühl auf dem ersten psychiatrischen Weltkongress in Paris vor (Veröffentlichung in französischer und englischer Sprache). Dort verweist er überdies auf eine Veröffentlichung im Jahre 1948.

Aber erst 1958 – Rümke ist zu diesem Zeitpunkt ein prominenter Vertreter der phänomenologischen Psychiatrie – trifft er den Zeitgeist. Das Praecoxgefühl ist in aller Munde. Es wird diskutiert, aufgegriffen, bestritten, modifiziert. Folgt man den zeitgenössischen Veröffentlichungen, so nimmt die psychiatrische Zunft es mit Erleichterung zur Kenntnis, dass es legitim sein soll, psychiatrische Diagnosen nach Gefühl bzw. richtiger aufgrund eines bestimmten Gefühls, des Praecoxgefühls oder – Erlebnisses zu stellen.

Rümke steht mit seiner Vereinnahmung des Gefühls für die Erkenntnis in den Vierzigerjahren nicht allein. Hans W. Gruhle beispielsweise veröffentlicht 1943 im Nervenarzt einen Aufsatz über psychologische Intuition und Evidenz. Allerdings setzte er sich deutlich von Rümke ab, ohne diesen zu nennen, möglicherweise auch ohne ihn zu kennen.

„Diese Gefühlsbeigaben mögen es ... verschuldet haben, dass die Intuition gelegentlich als ein Gefühl bezeichnet wird, oder dass man vom Intuierenden sage, er denke oder er finde etwas gefühlsmässig. Das ist eine vollkommen abwegige Wortgebung. Das Wesen der Intuition hat mit dem Gefühl nichts zu tun.“

Später nimmt er diesen Satz noch einmal auf: „Der Akt der Intuition hat aber an sich mit dem Gefühl nichts zu tun, er bleibt ein automatischer Erkenntnisakt der Kennerschaft“ (Gruhle 1943).

Auch Jakob Wyrsch (1946) denkt „über die Intuition bei der Erkennung des Schizophrenen“ nach. Er bezieht sich dabei unter anderem auch auf Rümke (1941). Er meint Rümkes Sichtweise sei zu einfach. Dennoch misst er der intuitiven Erfassung schizophrener Störungen eine beträchtliche Bedeutung bei. Allerdings betrachtet er sie als Ergebnis von Erfahrung des Wesens der Schizophrenie:

„denn im Gegensatz zu allen anderen Geistesstörungen leichter Art ... führt die Krankheit hier nicht bloss zu Symptomen, sondern sie verändert von Anfang an die Weise in der Welt zu sein und an ihr teilzuhaben in einer nicht verkennenden Art ...“

„Ob dies nun Folge einzelner psychische Ausfälle oder Veränderungen oder Symptome ist, oder ob sich in ihr eine psychopathologisch nicht fassbare

Grundstörung der Person auswirkt, ist eine andere Frage und wäre zu untersuchen. Tatsache ist aber, dass sie oft den greifbaren Symptomen vorangeht, und dass sie dann nicht durch Analyse zergliedert, sondern nur durch Intuition geschaut werden kann.“ (Wyrsh 1946)

Das Praecoxgefühl taucht am Anfang der Sechzigerjahre rasch in den Sachwortverzeichnissen von Zeitschriften und Monographien zum Thema Schizophrenie auf. Es findet, wie zu zeigen sein wird, Eingang in Wörterbücher, Handbücher und in zahlreiche Lehrbücher. Insbesondere in letzteren wird es bis in die Gegenwart mitgeschleppt. Im Zeichen der modernen Klassifikation ICD 10 und DSM IV wird es somit gleichsam zum fliegenden Holländer der Schizophreniediagnostik.

Anfang der Sechzigerjahre setzten sich gleich mehrere Autoren direkt mit Rümke auseinander. Zunächst Hemmo Müller-Suur (1961), dann 1962 und 1963 Gerd Irle mit einer Analyse über die Ergebnisse eine Umfrage bei westdeutschen Psychiatern: Das „Praecoxgefühl“ in der Diagnostik der Schizophrenie. 1963 folgt Theodor Spörri mit seinen Überlegungen zur Schizophreniediagnose und Praecoxgefühl. Schliesslich nimmt Walter Theodor Winkler den Diskurs 1967 noch einmal auf, als er sich mit der Schizophrenie als sozialem Prozess auseinandersetzt. Auf diese vier Beiträge will ich im folgenden näher eingehen.

## **Das sogenannte Praecoxgefühl**

*Hemmo Müller-Suur: „Ein Symptom ersten Ranges“*

Hemmo Müller-Suur (1961), Phänomenologe und Leiter der Psychopathologischen Forschungsabteilung am Göttinger Landeskrankenhaus, ist der erste, der die Auseinandersetzung mit Rümke aufnimmt. Auch seine Ausführungen sind, wie jene Rümkes, zunächst als Vortrag entstanden und 1960 auf der Tagung der Gesellschaft Nord- und Nordwestdeutscher Psychiater und Neurologen erstmals dargelegt worden. Müller-Suur weist auf einen zentralen Aspekt der Thesen Rümkes hin, der im späteren Diskurs kaum mehr Beachtung gefunden hat. Rümke führt sein

Praecoxgefühl im Zusammenhang mit seiner Forderung ein, zwischen „echter Schizophrenie und den von ihm sogenannten Pseudo-Schizophrenien“ zu unterscheiden.

Bei den „echten Schizophrenien“ seien die sogenannten primären Symptome immer vorhanden. Aber sie seien ungenau und träten bei vielen verschiedenen psychischen Störungen auf. Rümke sieht seinen Ausweg aus diesem Dilemma, indem er jedes dieser sogenannten primären Symptome durch die Worte „ein ganz bestimmtes“ klassifiziert. Wegen der zeitgenössischen Unzulänglichkeit der Symptombeschreibung sei es allerdings bis heute (1958) nicht möglich, dieses ganz bestimmte – und damit im eigentlichen Sinne „echt Schizophrene“ – zu benennen. Man könne zwar meinen, so Rümke, dass die Einsetzung des Terminus „ein ganz bestimmtes Symptom“ durch den Terminus „ein (echt) schizophrenes Symptom“ eine wissenschaftliche Torheit sei; doch sei dies nicht der Fall:

„Denn jeder Forscher weiss genau, worauf diese „schizophren“ zielt: Er kann es aber wiederum nicht in Worte fassen, nicht verbalisieren. Es ist auch sehr notwendig, dass der Kliniker sich immer der Bedeutung jenes „ganz bestimmten“ oder „schizophrenen“ bewusst bleibt. Tut er das nicht, so besteht die sicher nicht imaginäre Gefahr – es geschieht immer und immer wieder - , dass er die Diagnose „Schizophrenie“ bei „Nicht-Schizophrenen“ stellt.“ (Rümke 1958)

In diesem Zusammenhang führt Rümke, wie Müller-Suur so mit Recht hervorhebt, sein Praecoxgefühl als differentialdiagnostisches Mittel ein. „Es ist“, so Müller-Suur, „das Erlebnis des Erwachsens eines ganz bestimmten schwer definierbaren Eindrucks, den schizophrene Symptomatik bei einem „sehr erfahrenen“ Untersucher hervorrufen kann und der das eigentliche Schizophrene vermittelt, was durch psychologisches Verstehen nicht zu begreifen ist.“

Dieser Eindruck ist an zwei Voraussetzungen gebunden:

1. Schizophrene Symptomatik muss vorliegen,  
Der Untersucher muss „sehr erfahren sein.

Müller-Suur versucht dann, das Rümkesche Gefühl als differentialdiagnostisches Kriterium an drei Beispielen zu erproben und will auf diese Weise Ungenauigkeiten



und Widersprüche in der Rümkeschen Argumentationsführung nachweisen: Das Praecoxgefühl als Diagnosekriterium sei bei eindeutigem Vorliegen einer schizophrenen Symptomatik „wegen der relativ grossen Präzision des phänomenalen Sachverhaltes“, während es im Grenzbereich bei uneindeutiger Symptomatik entschieden eine Rolle spiele, obwohl die von Rümke angegebenen Voraussetzungen hier eigentlich nicht richtig zuträfen. Diese Schwierigkeit lasse sich mit der Ausnutzung der Differenzen „des Eindrucks von etwas Unbestimmtem, Unverständlichem und des Eindrucks von etwas bestimmten Unverständlichem“ auflösen. Das Praecoxgefühl liesse sich auf diese Weise begrifflich genau erfassen, wenn man beachte, dass der Inhalt dieses Begriffes einen Bereich umfasse, der zwischen diesen beiden Differenzen liege.

Das heisst mit anderen Worten, dass das sogenannte Praecoxgefühl im Grunde auf einem Eindruck beruht, der etwas Schizophrenes andeutet und nur im Grenzfall auf einen Eindruck, der etwas Schizophrenes erfasst. Der Eindruck aber, der etwas Schizophrenes andeutet, ist der Eindruck von etwas relativ Unbestimmtem und zugleich etwas relativ Bestimmtem, und der Eindruck, der etwas Schizophrenes erfasst, ist damit der Eindruck von etwas Bestimmtem.“

Grob vereinfacht erlebt der Untersucher bei zu wenig eindeutiger Symptomlage das Gefühl, hier stimme etwas nicht und fühlt sich dadurch veranlasst, weiter nachzuforschen (oder etwa eine Diagnose zu stellen?).

In einem weiteren Schritt führt Müller-Suur eine Analyse des phänomenologischen Aspektes des sogenannten Praecoxgefühls durch. Er betont noch einmal, dass es nicht Rümkes Ziel sei, ein neues Schizophreniesymptom zu beschreiben, sondern das bekannte Instrumentarium der Diagnostik zu schärfen, um auf diese Weise zwischen echten und Pseudoschizophrenien zu unterscheiden:

„Die Diagnostik der echten Schizophrenie wird damit sozusagen auf ein höheres Niveau gehoben, das die Diagnostik der sogenannten Schizophrenien bereits voraussetzt, und dies Niveau lässt sich auch ohne weiteres angeben. Es ist das Niveau der phänomenalen Bestimmtheit.“

Zugleich weist er darauf hin, dass das aufkommende Gefühl in der Begegnung mit dem Schizophrenen „ein ereignishaftes Phänomen und kein prozesshafter Vorgang“

ist. Schon aus diesem Grunde könne das Praecoxgefühl „die von Rümke angenommene symptomatische Begründung einer hypothetischen Krankheitseinheit „(echte) Schizophrenie nicht leisten“. Dennoch komme ihm eine wichtige juristische Bedeutung zu:

„Denn das am schizophrenen Symptom erwachende sogenannte Praecoxgefühl weist auf die Möglichkeit hin, durch das betreffende Symptom etwas wesenhaft Eigenartiges: nämlich „das Schizophrene“ zu erfassen, und führt damit zu der Aufgabe einer phänomenalen Analyse dessen, was man das schizophrene Ereignis nennen kann. – Rümke darf daher auf jeden Fall für sich in Anspruch nehmen, mit dem sogenannten Praecoxgefühl (wenn auch ohne phänomenologisches Methodenbewusstsein) ein Akt intuitiver Wesensschau im Sinne der Phänomenologie Husserls betrieben zu haben, mit dem die Heraushebung des echt Schizophrenen aus den sogenannten Schizophrenien gelingt. Hiermit ist aber ein empirischer Zugang zu einem der Grundprobleme der Schizophrenieforschung angezeigt.“

Damit wird das Praecoxgefühl aus der Sicht Müller-Suurs zu einem Instrument der Abgrenzung in unklaren Situationen: „Je nach dem mehr oder weniger ihres Bestimmtheits, kommt diesen Nuancen des sogenannten Praecoxgefühls damit auch ein mehr oder weniger an möglicher Präzisierung des Eindrucks zu“. Von der Subjektivseite des Untersuchers her gesehen, handelt es sich hier also um eine Reihe von Erlebnisnuancen, die sich zum Extrem des Erlebens beim Eindruck von etwas Bestimmtem, der das Erkennen des wesenhaft spezifisch Schizophrenen begleitet, als Erlebnisse, die das sich mehr oder weniger deutlich andeutend der Schizophrenie begleiten, so verhalten, wie Eindruckserlebnisse von vorgestaltlichem Charakter zu den Eindruckserlebnis präzisen Endgestalt.“ Gerade in dieser das Schizophrene nur andeutenden Seite des Praecoxgefühls liege nun aber sein symptomatologischer Wert. Man werde nicht bestreiten können, dass ihm gerade unter solchen Voraussetzungen eine schwerwiegende diagnostische Bedeutung zukomme, „die man wohl ohne zu übertreiben der Bedeutung eines Symptoms ersten Ranges im Sinne von Kurt Schneider gleichsetzen kann.“ Zumindest aber werde man zugeben müssen, dass bei vorhandenem Praecoxerlebnis in Verbindung mit Symptomen zweiten Ranges „ein für die

Schizophreniediagnose „sehr schwerwiegender Befund“ vorliegt, der diese Symptome zweiten Ranges damit zu Symptomen ersten Ranges macht.

### **Schizophrener Eindruck und Praecoxgefühl**

Theodor Spörri setzt den Diskurs zwei Jahr später in den *Confinia psychiatrica* (1963) mit einem Aufsatz über Schizophreniediagnose und Praecoxgefühl fort. Seine Grundhaltung ist kritisch:

„Obwohl wir den Sachverhalt, der mit dem Namen Praecoxgefühl belegt wird nicht bestreiten, scheint uns doch für den Begriff selbst, keine Spezifität und fehlende Verbalisierbarkeit, eine Entmystifizierung möglich. Offensichtlich meint „praecox“ nicht das „vorzeitige“ Gefühl für das Vorliegen einer Schizophrenie sondern die Bezeichnung nimmt auf die alte *Dementia praecox* Bezug, ein Begriff, der mit Recht der Schizophrenie Platz gemacht hat. So erscheint die heutige Verwendung veraltet, wenn auch ehrwürdig veraltet, insbesondere aber in der Verbindung mit Gefühl und Erlebnis, als diagnostisches Kriterium unglücklich.“

Spörri bezeichnet auch die Spezifität jenes Gefühls. Das gilt auch und besonders für die Kategorie des „erfahrenen“, die nach Rümke Voraussetzung für die Wahrnehmung des Praecoxgefühls ist. Er weist auf den von Conrad (1959) geprägten Begriff der Kennerschaft und meint, dass die Dinge in dieser Hinsicht bei der Schizophrenie nicht anders liegen als bei anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen. So liege auf der Hand, dass die Erfahrung eine andere sei als beispielsweise bei Manisch-Depressiven. Die Schizophrenie sei ja eine andere Krankheit und beeindrucke den Beobachter auf andere Weise, zumal „gerade die schizophrene Grundstimmung mit ihrer tiefen Thematik, ihren durch die Erschütterung des Erlebens geprägten mimischen und stimmlichen Erscheinungen in besonderem Masse im schauenden und hörenden Beobachter eine affektive Resonanz erweckt“.

Mit diesen Überlegungen steckt Spörri das Feld seiner Argumentation ab. Er verweist auf Klaesi, der es meisterhaft verstanden habe, aus mimischen Erscheinungen

heraus das ganze eines schizophrenen Kranken zu erfassen. Dabei seien die Einzelsymptome oft bewusst auf der Seite geblieben. Sie hätten häufig lediglich dazu gedient, den vorausgehenden Gesamteindruck zu begründen. Entsprechend vertritt er die Auffassung, dass die Wurzel des sogenannten Praecoxgefühls in den Ausdruckphänomenen liegt, wobei er mit Müller-Suur zwischen Phänomenologie und Symptomatik unterscheidet:

„Der sich in den Ausdrucksphänomenen darlegende Gesamteindruck liegt in einer anderen Ebene als die sich auf Einzelsymptome stützende Diagnostik. Und diese vieldeutige Gestaltungsweise des Gesamtphänomens scheint uns der Laie wahrzunehmen, ohne jedoch in der diagnostischen Ebene die Symptome zu erkennen. Hingegen sieht der Erfahrene auf dem Hintergrund der Ausdrucksphänomene die schizophrenen Einzelsymptome, die eben durch die besondere Weise der Phänomengestaltung ihre Prägnanz erhalten und zu „typisch“ Schizophrenen werden. Anders ausgedrückt: Der Laie sieht nur das Phänomen und nicht das Symptom; der Erfahrene sieht beide, wobei die zwei Bezugsweisen sich ergänzen: Das Phänomen kann als Figur im Hintergrund der Symptome stehen, oder das Symptom wird auf dem Hintergrund der Ausdrucksphänomene gesehen“.

Spörri belegt das anhand eigener Untersuchungen, die er teilweise gemeinsam mit Heimann über das Ausdrucksyndrom der mimischen Desintegration und den Ausdruck der Sprechstimme bei chronischen Schizophrenen durchgeführt hat (1947, 1961). Zusammenfassend schlägt er vor, auf die Bezeichnung Praecoxgefühl zu verzichten und beim praktischen Fall jeweils nur von schizophrenem Eindruck zu sprechen, der durch die Beschreibung der Ausdrucksphänomene im einzelnen zu belegen sei.

### *Das Praecoxgefühl als Schizophrenie-spezifische Gegenübertragung*

Für Walter Theodor Winkler (1967) ist das Praecoxgefühl eine „typische Schizophrenie-spezifische Gegenübertragung, die Auskunft über das gibt, was sich interpersonell zwischen dem Schizophrenen und dem Psychiater abzuspielen pflegt“. Er hebt hervor, „dass sich das Schizophrene im Gegensatz zu irgendwelchen

anderen Krankheitsbildern offenbar in eigentümlicher und kennzeichnender Weise im zwischenmenschlichen Raum abspielt. Wie wäre sonst denkbar, dass man als Psychiater eine typische Gegenübertragung auf das Schizophrene zu entwickeln pflegt und sogar den Rang eines Diagnostikums zuerkennt“.

Winkler nähert sich dem Praecoxgefühl in seinem Vortrag über Schizophrenie als sozialem Prozess in anderer Weise als Müller-Suur und Spörri. Er versucht, seine soziale Dimension zu begreifen und seinen Stellenwert in der Interaktion bzw. in der Kommunikation zwischen dem Schizophreniekranken und dem Untersucher bzw. dem Therapeuten herauszuarbeiten. Wie die beiden anderen betont er die Schwierigkeit, das Praecoxgefühl zu objektivieren. Auf jeden Fall sei es nächst und in erster Linie eine Reaktion des Untersuchers auf das ihm entgegentretende Unverständliche, Rätselhafte, Befremdliche, Unheimliche, das ihn affiziere, und das er wenigstens als etwas bestimmtes Unverständliches nämlich als das schizophrene Unverständliche in den Griff zu bekommen versuche.

„Wo das Praecoxgefühl dem Untersucher sagt: „Dies ist eine Schizophrenie“ wird das unbestimmte Unverständliche in seiner Unverständlichkeit eingeschränkt und relativiert und auf einen bestimmten Nenner gebracht. Das Unverständliche verliert dadurch zwar nichts an Unverständlichkeit, aber immerhin an Rätselhaftigkeit, Befremdlichkeit und Unheimlichkeit. So gesehen stellt die sich im Praecoxgefühl zeigende Gegenübertragung eine unbewusste Abwehrmassnahme des Psychiaters dar.“

Winkler berichtet, anlässlich seiner früheren Versuche einer analytischen Psychotherapie einzelner Schizophrener habe er den Abwehrcharakter des Praecoxgefühls an sich selber genauer untersuchen können. Das Praecoxgefühl habe ihm, wo es spürbar geworden sei, jedesmal Halt in seinem Bemühen um ein Verstehen des scheinbar Unverständlichen geboten. Er habe sich immer wieder dem Schizophrenen als einem emotionell und rational undurchdringlichen Dickicht gegenübergestellt gesehen und in sich gleichzeitig einen Widerstand gegen die Fortsetzung seiner Bemühungen verspürt.

„Sehr deutlich registriere ich dabei regelmässig eine tiefe Kluft zwischen dem Patienten und mir. Gewöhnlich schoss mir in dieser Situation der Gedanke durch den Kopf, die Psychotherapie der Schizophrenie als sinnloses Unterfangen aufzugeben und mich nicht weiter mit dem Schizophrenen einzulassen. Sobald ich meinen eigenen Widerstand einer genaueren Betrachtung unterzogen und dadurch aufzulösen vermocht hatte, stellte sich der Kontakt mit dem Patienten wieder her, und meist erfuhr ich danach vom Patienten etwas besonders Wichtiges, dass das Unverständliche verständlich erscheinen liess ....

Die Störung der Kommunikation zwischen dem Schizophrenen und mir erwies sich demnach nicht als einseitige Unfähigkeit zur Kommunikation seitens des schizophrenen Patienten, sondern als Ausdruck meines Widerstandes, also als das Produkt wechselseitiger, primärer unbewusster Interaktionen.“

Auch Winkler bezweifelt, dass das Praecoxgefühl ein Privileg „sehr erfahrener Untersucher“ sei, vielmehr bestehe kein Zweifel, dass jeder Nichtschizophrene, der einem Schizophrenen begegne, in ähnlicher Weise berührt werde, allerdings ohne, dass er dazu in der Lage wäre, das aufkommende Gefühl näher zu bestimmen.

„Der psychiatrische Laie ist ja nicht imstande, das ihm emotionell entsprechende Unverständliche als mehr oder minder typisch schizophren zu erfassen. Gerade deshalb aber wird der psychiatrische Laie stärker durch das Schizophrene affiziert als der „sehr erfahrene Untersucher“ mit seiner professionell-objektivierenden Betrachtung; und seine Gegenübertragung ist noch wesentlich stärker affektbetont und vor allem angstbesetzt.

Es liegt auf der Hand, dass mit dem Erscheinen der ersten Anzeichen einer beginnenden Schizophrenie ein aus zahlreichen unbewussten Interaktionen bestehendes, affektgetragenes und somit katathymes Wechselspiel zwischen dem Patienten und seiner Mitwelt einsetzt, das einen sehr entscheidenden Einfluss auf das Verhalten des Patienten und die Ausgestaltung seiner Symptomatik nimmt.“

## **Das Praecoxgefühl als „zuverlässiges Diagnostikum“**

Gerd Irle (1962) hat Anfang der Sechzigerjahre eine Umfrage bei mehr als tausend westdeutschen Nervenärzten vorgenommen, die sich im wesentlichen auf das Gefühl – das Praecoxgefühl – als Diagnosekriterium bei schizophrenen Erkrankungen konzentriert. Es handelt sich um eine Gesamtbefragung mit einer Rücklaufquote von 53.6 Prozent mit insgesamt 1196 auswertbaren Antworten (51.4 Prozent). Irle verweist darauf, dass sich das Praecoxgefühl im Sprachgebrauch rasch eingebürgert habe, obwohl die Bezeichnung „Gefühl“, in einem Begriff, der diagnostischer Klärung dienen sollte, suspekt sei.

Für ihn erscheint es bemerkenswert, dass hier zwar auf ein bestimmtes Charakteristikum schizophrener Kranker gezielt wird, dass aber für die Diagnostik entscheiden ein Erlebnis, ein Gefühl, eine Sensation im Beobachter werde. So rücke neben dem Kranken mit seinen Symptomen ganz betont der Diagnostiker mit seinen Erlebnisfähigkeiten in den Vordergrund. Obwohl es in einer Disziplin, die sich nach Conrad eher im Stadium der Kennerschaft als der Wissenschaft befinde, naheliegen könnte, sich mit der Persönlichkeit des Diagnostikers zu beschäftigen, seine entsprechende Untersuchungen eher selten. Irle wirft in diesem Zusammenhang die Frage auf, ob nicht möglicherweise eine Diskrepanz zwischen der „landauf, landab geübten Praxis der Diagnostik und dem Eindruck, den die Literatur vermittele: nämlich dass das ganze Bemühen um exaktere Abgrenzungsmöglichkeiten schizophrener Krankheitsbilder sich im Rahmen psychopathologischer Termine und testpsychologischer Kriterien abspiele.

Dies ist der Ausgangspunkt seiner Befragung, und die Ergebnisse sind überraschend:

85.8 Prozent der Befragten erleben „bisweilen“ ihren Kranken gegenüber eine überzeugendes Gefühl, dass die Schizophreniediagnose nahelege. Mehr als die Hälfte (53.9 Prozent) halten dieses Gefühl für verlässlich; 25 Prozent meinen, dieses Gefühl sei ihnen „trotz gelegentlicher Fehler“ letzten Endes verlässlicher als die übrigen Symptome.

Die Hälfte derjenigen, die das Gefühl kannten, hielten seine Wurzel für nicht verbalisierbar, die andere Hälfte nannten Psychomotorik, Mimik, Gehabe, Manirismen, Grimassieren, Kontakt- und Resonanzfähigkeit, Affektverhalten. Andere nennen das Gefühl, der Kranke lebe in einer fremden Welt, das Empfinden einer Glaswand zwischen Untersucher und Patienten. Er hebt besonders hervor, dass immerhin achtzehnmal der Blick bzw. der besondere Augenausdruck bezeichnend und als Wurzel des spezifischen Gefühls genannt wird. Wieder andere sprechen von der „zwischenmenschlichen Angst, die sich dem andern mitteilt“, von der eigenen Angst, von einem ansteckenden Unheimlichkeitsgefühl, vom Gefühl der eigenen Hilflosigkeit.

Betrachtet man die Antworten im Einzelnen, so bestätigt sich trotz gegenteiliger Argumente zahlreicher Antwortender, dass das Praecoxgefühl mit zunehmender Berufserfahrung für verlässlicher gehalten wird. Anstaltspsychiater und freiberuflich Tätige halten es für verlässlicher als (Universitäts-)Kliniker; psychiatrisch Orientierte halten es für verlässlich als neurologisch Orientierte. Bemerkenswerterweise halten auch erklärte Psychotherapeuten mehr davon als Psychiater. Das gleiche gilt für Mitglieder der Berufsgruppe, die die Schizophrenie für eine Neurosevariante halten.

Hochsignifikante Unterschiede ergeben sich zwischen Ärzten, die die Schizophreniediagnose nach eigenem Urteil nüchtern und sachlich stellen, gegenüber jenen, die berichteten, sie müssten einen inneren Widerstand überwinden, bevor sie sich zur Diagnose entschlossen und denen, die die Diagnose am liebsten ganz umgehen wollen: „Hier waren die Bedenklicheren und Skrupelhafteren eher bereit, sich vom Praecoxgefühl leiten zu lassen als die Nüchternen. Bemerkenswert ist auch, wie viele sich vom Praecoxgefühl leiten lassen, wenn sie die Schizophrenie als Antriebsdiagnose stellen: Fast



drei Fünftel.“ In der Diskussion und der Zusammenfassung seiner Ergebnisse führt Irle aus:

„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.“

„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 „ärztlichen 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 stärkeren Umfang als bisher in der Literatur diskutiert wurde, nahe, dass dieses Gefühl sich gegenüber dem Schizophrenen an Besonderheiten, kaum verbal fassbaren Strukturelementen entzündet, die etwas mit dem Ausdrucksphänomen zu tun haben. So scheint es nicht ausgeschlossen, dass eines Tages doch noch wesentliche der zum Entstehen des Gefühls beitragenden Symptome diagnostisch schärfer umrissen werden können.“

### **Die Rezeptionsgeschichte des Begriffs**

Wie Irle andeutet, hat Rümke fast drei Jahrzehnte, nachdem er den Begriff des Praecoxgefühls geprägt hat, Ende der Fünfzigerjahre damit den Zeitgeist getroffen.

Anders ist die rasche Ausbreitung und Akzeptanz kaum zu erklären. Ende der Fünfziger- Anfang der Sechzigerjahre ist der Begriff in der deutschsprachigen Fachwelt in aller Munde. Im angelsächsischen Raum scheint er dagegen kaum Resonanz gefunden zu haben. Rümke wird in den Sechzigerjahren mit seiner Arbeit über das Praecoxgefühl zu einem der meistzitierten psychiatrischen Autoren.

Der Begriff findet in Nebensätzen und Anspielungen Eingang in Zeitschriftenaufsätze, Lexika, Hand- und Lehrbücher. Insbesondere in den Zeitschriften scheint es sich allerdings eher um ein Strohfeuer zu handeln. In den Indices des Zentralblatts, der Fortschritte, des Archivs, der Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie, des Nervenarztes und des Schweizer Archivs taucht er in den Sechzigerjahren, wenngleich in unterschiedlicher Häufigkeit, immer wieder auf. In den Siebziger- und Achtzigerjahren fehlen solche Verweise. Meist sind die Verweise auf das Praecoxgefühl oberflächlich – etwa in dem Sinn „das gibt es auch noch“. Eine substantielle Auseinandersetzung ist eher selten weder affirmierende noch eine kritische. Eine der wenigen Ausnahmen bildet Jürg Zutt (1967), der den Begriff verwirft und vor seiner Anwendung warnt, weil er dem irrationalen Vorschub leiste.

Im folgenden wollen wir der Begriffsrezeption am Beispiel der Handbücher und Lexika sowie am Beispiel der Lehrbücher nachgehen.

### **Lexika und Wörterbücher**

Im klinischen Wörterbuch von Pschyrembel (257. Auflage 1994) kommt das Stichwort „Praecox-Erlebnis“ oder „Praecox-Gefühl“ nicht vor. Im Wörterbuch der Psychiatrie und Medizinischen Psychologie von Peters dagegen (4. Aufl. 1984 und 5. Aufl. 1999) ist ihm ein eigenes Stichwort gewidmet:

*„Praecox-Gefühl“ (H.C. Rümke, 1958).*

„Die Erfassung einer schizophrenen Psychose vor allem, wenn die Fragestellung: Schizophrenie – keine Schizophrenie – vorliegt nicht aus den Einzelsymptomen, sondern aus dem Gefühl und der eigentümlichen Form zwischenmenschlicher Kommunikation, die sich im Umgang mit Schizophrenen herstellen kann. Dieses Gefühl ist nach Rümke nicht verbalisierbar und stellt sich nur beim Erfahrenen ein. Es handelt sich daher nicht um ein eigenes Gefühl, sondern um nicht bewusstwerdende oder nicht realisierbare Erinnerungen. Dem Praecox-Gefühl kommt daher eine grosse symptomatologische Bedeutung zu, die einem Symptom 1. Ranges entspricht.“

Im Handwörterbuch der Psychiatrie von Battegay et al. (1984) schreibt Paul Mattusek unter dem Stichwort Schizophrenie:

„Der Schizophrene scheint eigenartig unerreichbar, zeigt keine affektiven Regungen oder Initiativen und ist in seinen Reaktionen unberechenbar. Das Fehlen einer affektiven Kommunikation wurde als „schizophrene Atmosphäre“ oder als die „Anmutsqualität“ des Schizophrenen bezeichnet. Rümke nannte das Gefühl, dass der Schizophrene im Kontakt beim Untersucher auslöst das „Praecox-Erlebnis“ und sah in der An- bzw. Abwesenheit dieses Erlebnisses einen „Kompass“ für den erfahrenen Diagnostiker.“

In Christian Müllers zweite Auflage 1986 im Lexikon der Psychiatrie fehlt unter dem Stichwort Schizophrenie, das von Benedetti bearbeitet ist, ein Hinweis auf Rümke.

Auch das psychologische Wörterbuch von Dorsch (1963, 1976) enthält keinen Hinweis, ebenso wie das American Psychiatric Glossary (1994) oder eines der modernen Klassifikationssysteme DSM III und IV oder ICD 10.

## **Lehrbücher**

Im klassischen Lehrbuch der Psychiatrie von Weitbrecht (3. Auflage 1973) finden sich zwei Verweise auf das Praecox-Gefühl:

„Die Kontakt- und Beziehungsänderung mancher schizophrener Kranker dem Gesunden gegenüber und dessen Reaktion auf die „Glasscheibe“, die sich zwischen den Schizophrenen und den Nichtschizophrenen einschieben kann, wurde für manche Autoren geradezu zu einem Angelpunkt einer auf Kennerschaft, nicht aber auf nachprüfbar Wissenschaft sich gründenden diagnostischen Erfassung aus der „Beziehung“ zum Wesen des „Praecox-Gefühls“ (Rümke, von dem man sich in der Begegnung mit Schizophrenen angewehrt fühlen kann, mag man sonst psychopathologisch relevante Symptome bei ihm finden oder nicht).“ (Seite 42)

Später heisst es im Zusammenhang mit diagnostischen Problemen:

„Manche Autoren fliehen vor diesen Schwierigkeiten, indem sie erklären: „Einerlei, wie die Symptome aussehen, wir müssen uns jenseits der Wissenschaft auf unsere Kennerschaft, auf die Erfassung aus der Beziehung und das Praecox-Gefühl verlassen, wenn wir entscheiden wollen: liegt eine Schizophrenie vor oder nicht?“. (Seite 414) (Weitbrecht: Psychiatrie im Grundriss) Weitbrecht geht im übrigen auch in seinem Buch über psychiatrische Fehldiagnosen auf das Praecox-Gefühl ein.

In dem von Faust (1995) herausgegebenen Lehrbuch „Psychiatrie“ verweist Christian Mundt im Kapitel Schizophrenie unter dem Verweis auf Rümke auf das Praecox-Gefühl mit dem Zusatz „Er mass ihm differentialdiagnostische Bedeutung bei“.

Im klassischen Spoerri (1961 – 1970) wird das Praecox-Gefühl nicht erwähnt. In der Fortführung des Buches durch Feldmann kommt es wiederum vor:

„Psychotische Kranke rufen beim Untersucher vielfach einen bestimmten Eindruck hervor. So erweckt der Schizophrene oft ein unmittelbares Gefühl des Befremdlichen, nicht Einfühlbaren, als ob man durch eine Glaswand von ihm getrennt sei: Praecox-Gefühl.“

Bei *Schulte-Tölle (1971)* heisst es in der ersten Auflage:

„Wenn Rümke an dieser Stelle von einem Praecox-Gefühl gesprochen hat, so meinte er auf Seiten des Untersuchers einen Eindruck von unmittelbarer Evidenz, der sich aber nicht zugleich in einer klar definierten Diagnose niederschlagen kann, bevor die Anamnese bekannt und eine eingehende Untersuchung durchgeführt ist. Dieses Praecox-Gefühl ist umstritten. Viele Psychiater sehen hierin das wichtigste Mittel zur

Schizophreniediagnostik, andere lehnen diese Art von Diagnostik kategorisch ab. Beide gehen zu weit. Es bedarf vielmehr einer genaueren Analyse dieses diagnostischen Vorgehens, um seinen Wert einzuschätzen.“

In der zehnten (1994) Auflage heisst es:

„Dieser Eindruck auf Seiten des Untersuchers (von Rümke Praecox-Gefühl genannt) ist in seinem diagnostischen Wert umstritten. Er lenkt auf die Diagnose Schizophrenie hin....“

Auch Gert Huber (1974, 1994) hält an dem Begriff fest. In bemerkenswerter Weise kommt er in der ersten Auflage weder im Sachverzeichnis noch als Literaturverweis auf Rümke vor, während er in die fünfte Auflage (1994) Eingang findet. Der Text ist teilweise jenem bei Weitbrecht sehr ähnlich. Huber setzt dann hinzu:

„Rümke selbst musste feststellen, dass das Praecox-Gefühl für ihn ganz unerwartet, bei alten Schizophrenen vermisst wird. Die Diagnose Schizophrenie kann in aller Regel nicht auf ein sich einstellendes oder ausbleibendes Praecox-Gefühl begründet sein. Zwar trifft es zu, dass ein Praecox-Gefühl aus der Diskrepanz zwischen dem Realitätsbezug des Untersuchers und dem Patienten resultiert. Doch führt es prognostisch und therapeutisch und hinsichtlich der Vermeidung von sozialen Etikettierungsschäden nicht weiter ....“

## **Handbücher**

Die Karriere des Begriffs lässt sich am deutlichsten über die Psychiatrie der Gegenwart nachverfolgen. In der ersten Auflage aus den frühen Sechzigern kommt er im Sachverzeichnis nicht vor. Geht man jedoch dem Namensverzeichnis nach, findet man ihn in den Beiträgen von Klaus Conrad und Max Müller im Band II „Klinische Psychiatrie“ mindestens dreimal. In der zweiten Auflage findet er Eingang ins Sachwortverzeichnis, im Band „Klinische Psychiatrie I“ sowie als Metapher in einem Beitrag im Grundlagenband von Zerbin-Rüdin, die Essen-Möller ein „Schizophrenie-Gegen-Gefühl“ nachsagt, wie Rümke sein berühmtes „Schizophreniegefühl“. (1980) In der dritten Auflage finden wir im Band „Schizophrenien“ nur noch einen indirekten Hinweis im Beitrag von Mundt. (1987)

In den angelsächsischen Handbüchern sucht man vergeblich nach dem Begriff.

Nur in der deutschen Ausgabe des von Peters herausgegebenen Handbuch von Freedman, Kaplan und Sadock finden wir im Band 1 Schizophrenie (1984) ein kleines Unterkapitel mit der Überschrift „Praecox-Gefühl“:

„Rümke (1959) meinte, dass das Praecox-Gefühl das einzige zuverlässige diagnostische Kriterium sei. Dieses Gefühl besteht in einem intuitiven Gefühl des erfahrenen Kliniklers, das ihm anzeigt, ob es möglich ist, mit dem Patienten in eine empathische Beziehung zu treten. Rümke glaubte entsprechend, dass nur bei jenen Patienten die Diagnose einer Schizophrenie gestellt werden sollte, bei denen es aufgrund ihrer emotionalen Distanz nicht möglich sei, in einen empathischen Kontakt zu treten. Alle anderen, nach der übrigen Symptomatologie ähnlich gelagerten Fälle sollten schizophrenerform genannt werden. Es hat sich gezeigt, dass sich dieser Ansatz von Rümke durchaus grosser Beliebtheit erfreut. In einer Umfrage bei 1000 Psychiatern konnte festgestellt werden, dass 54% das Praecox-Gefühl für ein zuverlässiges Kriterium der Diagnosestellung einer Schizophrenie hielten.“

## **Rückblick und Ausblick**

Die Ära des Praecoxgefühls als Diagnosekriterium dauerte nur kurz. In den Sechzigerjahren hatte es ihren Höhepunkt. Bereits in der zweiten Hälfte der Siebzigerjahre ebte sie ab. Danach kam sie in der Literatur kaum mehr vor – allenfalls als historische Anmerkung zu einer glücklicherweise überwundenen Verirrung psychiatrischen Denkens. Das Zeitalter des Messens, des Skalierens und des Klassifizierens hatte begonnen. Wir sollten aber nicht darüber hinwegsehen, dass das Praecoxgefühl in Klinik und Praxis, abseits von der hohen Wissenschaft noch bis in die Neunzigerjahre als zuverlässiges Kriterium als Diagnose schizophrener Psychosen berühmt wurde. Aus der Retrospektive lässt sich festhalten, dass das „Praecox-Gefühl“ weder ein Gefühl, noch, wie Rümke schreibt ein Erlebnis ist bzw. war. Es war vielmehr eine bunte Mischung zwischen bewussten und nicht bewussten Wahrnehmungen von psychopathologischen Auffälligkeiten und jenem „Gesundem“, von dem Bleuler schreibt, dass es „im Schizophrenen“ erhalten

bleibt. Und es war Gegenübertragung mit den entsprechenden Gefühlen, die ihre Wurzeln mit hoher Wahrscheinlichkeit in jenem „fehlenden affektiven Rapport“ hatte, indem unsere psychiatrischen Vorfahren ein Kernsymptom der Schizophrenie sahen – nicht zu unrecht, ist er doch Bestandteil von Eugen Bleulers Grundsymptom der Störung des Gefühls.

Die Problematik des Praecox-Gefühls als Diagnosekriterium bestand nicht in seiner Existenz, in seinem Dasein, sondern in der Unreflektiertheit, mit der es weithin eingesetzt wurde, mit der es der rationalen Überprüfbarkeit entzogen wurde.

Der erfahrene Psychiater, die erfahrene Psychiaterin gewinnt auch heute nach gründlicher biographischer Anamnese, ebenso gründlicher Exploration zum Hier und Jetzt und aus der Beobachtung des Verhaltens von Kranken mit unklarer Diagnose einen Eindruck, wenn man so will ein Gefühl, dass sich Anfängerinnen und Anfängern entzieht. Aber das ist keineswegs der Einschluss von irrationalen Elementen in die Diagnosefindung. Es ist, um es Neudeutsch zu sagen, Clinical Judgement, dessen Einzelemente sich retrospektiv in Wahrnehmungen auflösen lassen, Interpretationen von beobachtetem Verhalten, so wie auch Gegenübertragungsreaktionen sich auflösen lassen: das Ergebnis von Kommunikation – auch auf der emotionalen Ebene.

### **Das Borderline-Gefühl ante portas**

Damit sind wir eigentlich am Ende unserer Auseinandersetzung mit dem Praecox-Gefühl; aber wir sind es dennoch nicht. Ich habe eingangs angedeutet, dass es sich bei diesem Gefühl möglicherweise um einen Wiedergänger, um einen fliegenden Holländer, handeln könnte; und vieles spricht dafür, dass dies im Zusammenhang mit der Diskussion um die Borderline-Störung tatsächlich so ist. Unter anderem damit setzen sich Judith Zehnder-Waltert und MitarbeiterInnen in einem lesenswerten Aufsatz auseinander, der 1999 in „die Psychotherapeutin“ erschienen ist.

In diesem Aufsatz geht es nicht nur um Probleme der diagnostischen Eingrenzung der Störung. Der Aufsatz befasst sich vielmehr eingehend mit den Attribuierungen,

die die Borderline-Patientinnen und -Patienten in den vergangenen beiden Jahrzehnten erfahren haben, und die im Wort „schwierig“ kulminieren. Borderline-Patienten sind „schwierige“ Patienten. Sie zeigen ein „schwieriges“ Verhalten. Sie haben bei Therapeutinnen und Therapeuten einen „schlechten Ruf“ der wiederum auf ein „schwieriges“ unstabiles Beziehungsverhalten zum Therapeuten bzw. zur Therapeutin zurückgeht (Friedmann 1979) und entsprechende negative Gegenübertragungsreaktionen auslösen. Rohde Dachser (1989) warnt vor dem „abwertenden Gebrauch“ der Diagnose, wie sie schreibt, vergebens.

Nicht selten sind sie gefürchtete Patienten (Schwartz-Saland 1991) und indem die Borderline-Diagnose bei Therapeutinnen und Therapeuten bestimmte Gefühle auslösen (wie Angst, wie Schwierigkeiten) sind wir nicht mehr weit von einem „Borderline-Gefühl“ als Diagnosekriterium entfernt. In der Tat feiert dieser Begriff unter Berufung auf Rümke in der Borderline-Literatur fröhliche Urstände:

„Das „Borderline-Gefühl“ meint in analoger Weise, dass im Umgang mit gewissen Patienten das untrügliche Gefühl aufkommt, dass es sich bei diesen Menschen nur um eine Borderline-Patientin handeln könne. Grotstein, Solomon und Lang (1987) halten fest, dass beim Therapeuten bereits während der ersten Begegnung mit einem Borderline-Patienten ein eigenartiges Gefühl - vermutlich analog dem Praecox-Gefühl das „aufkommt“ - , das letztlich für die Diagnose ausschlaggebend sein wird.“ (Zehnder u.a. 1999)

Bei diesem Zitat handelt es sich noch um eine Interpretation der Autorinnen. Aber in einem Aufsatz von Krämer und Pflug (1994) ist das bereits anders. Dort ist von Diagnosekriterien die Rede, mit denen „ein bestimmter klinischer Gesamteindruck der mit der emotionalen Resonanz des Arztes auf den Patienten verbunden ist (1994). Dulz, einer der führenden Borderline-Experten im deutschsprachigen Raum wird noch deutlicher. Nachdem er zunächst von der „heftigen Gegenübertragung“ schreibt fährt er dann fort:

„Dies ist vergleichbar mit jenem „Praecox-Gefühl“, dass erfahrene Psychiater von der Exploration eines Schizophrene her kennen ...“ . (Dulz 1997)



Die Einschätzung des psychischen Zustandes eines Borderline-Patienten ist also häufig im wahrsten Sinne des Wortes „Gefühlssache“, wobei hier das Gefühl des Therapeuten, also die Gegenübertragungsreaktion gemeint ist. Nach sogenannten objektiven Hinweisen sucht der Therapeut manches mal vergebens.

Dabei will ich es bewenden lassen. Nein, ein Satz sei mir noch erlaubt. Ich habe das Gefühl, dass wir in der Psychiatrie von Praecox-, Borderline- und weiteren Diagnosegefühlen noch hören werden.

## Literatur

- 1 Barison, F. Nuove considerazioni sul „Praecoxgefühl“. Osp. Psychiat. Provinc., Padova. 1, S. 1 – 8, 1963
- 2 Battegay, R., Glotzel, J., Rauchfleisch U. (Hg.). Handwörterbuch der Psychiatrie. 2. Auflage Stuttgart Enke Verlag, 1992
- 3 Bleuler, E. Lehrbuch der Psychiatrie. Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York. 13. Auflage 1975
- 4 Conrad, K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Georg Thieme Verlag Stuttgart. 1. Auflage 1959
- 5 Dorsch, F. Psychologisches Wörterbuch. Bern Huber Verlag 1963, 1976
- 6 Dulz, B. Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 1997
- 7 Faust, V. Psychiatrie. 1995 Gustav Fischer Verlag Stuttgart
- 8 Faust, V. Psychiatrie. Gustav Fischer Verlag Stuttgart, 1995
- Feldmann, H. Psychiatrie und Psychotherapie. Karger, Basel München New York, 1984
- 9 Friedmann H.J. Exaggerated Transference Conflicts as a Criterion for the Diagnosis of Borderline Personality. The Hillside Journal of Clinical Psychiatry. ½, S. 123 – 142, 1979
- 10 Gruhle, H.W. Psychologische Institution und Evidenz. Der Nervenarzt 16: S. 19 – 281 – 290, 1943
- 11 Heimann, H., Spoerri, Th. Das Ausdruckssyndrom der mimischen Desintegration bei chronischen Schizophrenien. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 87: S. 1126 – 1128, 1957
- 12 Huber, G. Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. F.K. Schattauer Verlag Stuttgart New York. 1. Auflage 1974. 5. Auflage 1994
- 13 Irle, G. Das „Praecoxgefühl“ in der Diagnostik der Schizophrenie. Archiv für die Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie 203, S. 385 – 406, 1962
- 14 Irle, G. Meinungen westdeutscher Nervenärzte zur Schizophrenie. Arch. Psychiat. Nervenkrankheiten 204, S. 142 – 151, 1963
- 15 Krämer, S., Pflug, B. Die Diagnostik des Borderline-Syndroms im klinischen Alltag. Psychiatrische Praxis 21, S. 226 – 229, 1994
- 16 Matussek, P. Schizophrenie in Battegay u.a. 1992

- 17 Müller, Ch. Lexikon der Psychiatrie. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo. 1986
- 18 Müller-Suur, H. Das sogenannte Praecoxgefühl. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 29. S. 146 – 152, 1961
- 19 Müller-Suur, H. Die schizophrenen Symptome und der Eindruck des Schizophrenen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete 26. S. 140 – 150, 1958
- 20 Mundt, Ch. Schizophrenie. Zentralblatt Band 110, S. 93 – 110 in Faust 1995
- 21 Mundt, Ch., Lang, H. Die Psychopathologie der Schizophrenien. S. 39 – 70. Psychiatrie der Gegenwart 3. Auflage, 1987
- 22 Peters Lexikon. Psychiatrie und Psychotherapie. Medizinische Psychologie. 4. Auflage 1984. 5. Auflage 1999. Urban & Fischer München Jena
- 23 Priori, R. Sur la signification diagnostique du „Praecox Gefühl“. Evolut. Psychiat. 30, 137 – 145, 1965
- 24 Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter. 257. Auflage. 1994
- 25 Psychiatrie der Gegenwart, 1. Auflage. Klinische Psychiatrie I 1960 und II. 1962. Springer Verlag Heidelberg Berlin New York
- 26 Psychiatrie der Gegenwart, 2. Auflage. Klinische Psychiatrie I und II 1980. Springer Verlag Heidelberg Berlin New York
- 27 Psychiatrie der Gegenwart, 3. Auflage. Band 4 Schizophrenien. 1987 Springer Verlag Heidelberg Berlin New York
- 28 Rohde-Dachser, C. Das Borderline-Syndrom. 4. ergänzte Auflage Bern Göttingen Toronto. Huber. 1991
- 29 Rümke, H.C. Das Kernsymptom der Schizophrenie und das „Praecoxgefühl“. Nederl. Tijdschr. Geneesk. S. 4516 – 4521, 1941
- 30 Rümke, H.C. Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Der Nervenarzt 29: S. 49 – 53, 1958
- 31 Rümke, H.C. Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Springer-Verlag- Berlin Heidelberg New York, 1967
- 32 Rümke, H.C. Kernsymptom der Schizophrenie und „Praecoxgefühl“. Zentralblatt über die gesamte Neurologie und Psychiatrie. S. 168 – 169. Referiert von F. Geelen, 1942

33 Rümke, H.C. Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants. Actualités Scientifiques et industrielles 1096. Congrès International de Psychiatrie Paris 1950. Psychopathologie des Délires. S. 125 – 173, 1950

34 Rümke, H.C. The Clinical Differentiation within the Group of the Schizophrenie. Congress Report in 4 Volumes. S. 302 – 311, 1959

Schulte, W. Tölle, R. Psychiatrie. 1. Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York. 1971

35 Schwartz-Salant, N. Die Borderline-Persönlichkeit. Vom Leben im Zwischenbereich. Olten: Walter-Verlag, 1991

*Das vorliegende Manuskript entstand 2002. Am 21. Juli 2011 habe ich es durchgesehen und korrigiert aber nicht verändert. Die in den Quellen unterschiedliche Schreibweise Praecox-Gefühl/Praecoxgefühl habe ich bestehen lassen.*

**[www.asmus.finzen.ch](http://www.asmus.finzen.ch)**

- 36 Spoerri, Th. Kompendium der Psychiatrie. 1. – 6. Auflage 1961 – 1970. S. Karger  
Basel München New York
- 37 Spoerri, Th. Schizophreniediagnose und „Praecoxgefühl“. *Confinia Psychiatrica* 6:  
S. 53 – 63, 1963
- 38 Tölle, R. Psychiatrie. 10. Auflage 1994. Springer Verlag Berlin Heidelberg New  
York
- 39 Tölle, R. Psychiatrie. 8. Auflage 1988. Springer Verlag Berlin Heidelberg New  
York
- 40 Winkler, W.Th. Die Schizophrenie als sozialer Prozess. *Zeitschrift für  
Psychotherapie und medizinische Psychologie* 35: S. 54 – 72, 1967
- 41 Wyrsh, J. Über die Institution bei der Erkennung des Schizophrenen.  
*Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 76: S. 1173 – 1176, 1946
- 42 Zehnder-Walthert, J., Finzen, A., Hoffmann-Richter, U. Die Borderline-Störung –  
Syndrom oder Diganose? Eine Bestandesaufnahme. *die Psychotherapeutin* 10.  
Edition das Narrenschiff, S. 47 – 71, 1999
- 43 Zutt, J. Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung. Schicksale sogenannter  
Freiheitsentziehung. Schicksale sogenannter Geisteskranker. Mit einem Nachtrag  
„Freiheitsverlust und Freiheitsgewinn. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York.  
V. 117, 1970