

LOPEZ IBOR J. J. (Madrid, Spanien)

Die primären und sekundären Symptome der Schizophrenie

Das was wir Schizophrenie nennen, ist uns durch ihre psychischen Symptome bekannt: Es ist eigentümlich, daß noch keine Übereinstimmung darüber besteht, was die Symptome anbetrifft, die der Krankheit als eigen bekannt sind. Vielleicht wird es auch nie dazu kommen. In jedem Buch finden wir andere aufgezählt. Man stellt seit *E. Bleuler* bis heute ein Verdrängen des signifikativen Wertes vieler Symptome fest, so zum Beispiel des Autismus oder der Ambivalenz.

Die psychoanalytischen Deutungen einerseits und die anthropologisch-existentialen andererseits, die bemüht sind, jeden einzelnen klinischen Fall den historisch-individuellen Umständen nach gründlich zu verstehen, stellen die Prinzipien der Diagnose in Gefahr.

Es wäre daher wichtig, eine Serie von Symptomen herauszusuchen, wobei wir interessiert sind an ihrer praktischen Anwendung in der Klinik und nicht für theoretische Erwägungen. Die Diagnose ist keine Etikette (zumindest soll sie es nicht sein), sondern ein Aktionsschema.

Wenn man die Symptome der Schizophrenie, die einige Autoren aufzählen, vergleicht, dann findet man eine gewisse Übereinstimmung, so zum Beispiel die von *K. Schneider*, *Bumke* und *Gruhle*.

<i>K. Schneider</i>	<i>Gruhle</i>	<i>Bumke</i>
Gedankenlautwerden. Hören von Stimmen in der Form von Rede und Gegenrede. Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten. Leibliche Beeinflussungserlebnisse. Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussungen. Gedankenausbreitung. Wahnwahrnehmungen. Gelenktes und Beeinflußtes auf dem Gebiet des Fühlens, Strebens und des Willens.	Halluzinationen. Gedankengangstörung. Delirium. Größtenteils schizophrener Humor (schizophrene Grundstimmung) Impulse.	Besondere Pseudoperzeptionen. (Sinnestäuschungen) Besondere Störungen des Gedankenganges. Besonderes affektives Handeln. Katatonische Störungen des Wollens und Handelns.

Seit *Bleuler* spricht man von *primären* und *sekundären* schizophrenen Symptomen. Es ist eindeutig klar, daß bei der Schizophrenie viele Symptome als von anderen abgeleitete angenommen werden dürfen, so zum Beispiel eine Wahnidee, die sich *ver-*

ständiglicherweise von einem bestimmten affektiven Zustand ableitet. Selbstverständlich verbinden sich die sekundären Symptome oder greifen ineinander über wie im Falle einer Kette¹.

Man kann sich ein Bild von primären Symptomen von verschiedenen Standpunkten aus machen. Für *Bleuler* ist das primäre Symptom dasjenige, das der angenommenen körperlichen Beschwerde am nächsten steht und welches das Gerüst des schizophrenen Prozesses ist.

Bleuler sagt: «Wir können eine physisch bedingte Psychose nur dann verstehen, wenn wir die Symptome, die sich direkt durch den Krankheitsprozeß entwickeln, von den sekundären unterscheiden können. Diese letzteren ihrerseits entstehen durch die Reaktion der kranken Psyche gegenüber irgendeinem innern oder äußeren Prozeß». . . . «Fast die gesamte bis heute beschriebene Symptomatologie der ‚Dementia praecox‘ ist sekundär, in einem gewissen Sinne zufällig.» . . . «Wir kennen die primären Symptome der schizophrenen Hirnaffektion nicht mit Gewißheit.» . . .

In diesem Sinne zählt er als mögliche primäre Symptome die folgenden auf: die assoziativen Störungen, die Benommenheitszustände, die manischen und melancholischen Anfälle, die Veranlagung zu Halluzinationen und die katatonischen Symptome. Dieser Serie werden die physischen oder körperlichen Symptome beigelegt, wie zum Beispiel: verschiedene Pupillengrößen, das Zittern, vasomotorische Anomalien, Ödeme und die katatonischen Anfälle. Es besteht für *Bleuler* also kein Zweifel über das primäre Symptom: dasjenige, das den somatischen Grundprozeß direkt darstellt.

Bei der Beschreibung des klinischen Bildes unterscheidet *Bleuler* jedoch zwischen «Grundsymptomen und zusätzlichen Symptomen». Die «Grundsymptome» sind: die «spezifischen Dauersymptome», die der Schizophrenie eigen sind, während die «zusätzlichen» auch bei anderen Krankheiten auftreten können. Dementsprechend bilden die «Grundsymptome» eine Gruppe dem *diagnostischen Wert* entsprechend. Sie stimmen nicht mit den *primären Symptomen* überein. Er geht so weit, daß er unter den Grundsymptomen das *Fehlen* von Symptomen miteinbegreift, die in anderen Krankheiten wichtig sind, so zum Beispiel die primären Störungen der memoriellen Wahrnehmung, der Orientation usw. Die Grundsymptome bestehen aus der schizophrenen Störung, der Assoziation, der Affektivität und aus der Neigung, aus der Phantasie Wirklichkeit zu machen (Autismus, Ambivalenz).

Bei der klinischen Beurteilung müssen wir diesen zweiten Standpunkt einnehmen. Wir müssen charakteristische Symptome suchen ihres diagnostischen Wertes halber, das hieße, daß es sich um Symptome handeln würde, die sich nicht auf verständliche Art von den anderen ableiten lassen. Mit dieser pragmatischen Meinung hat *K. Schneider* die Symptome eingeordnet, und deshalb zieht er die Bezeichnung «Symptome erster Ordnung oder ersten Grades» vor. Noch besser wäre es, klassische Wörter zu benutzen, wie zum Beispiel *pathognomonische* oder *pathognostische* Symptome².

Bei *K. Schneider* ist der Wert einer Diagnose durch ein Symptom klar bewiesen. Wenn man die vorher angeführte Serie dieses Autors mit der von *Gruhle und Bumke* vergleicht, merkt man eine große Analogie mit dem Unterschied, daß bei *K. Schneider* das Symptom klarer umrissen oder begrenzt ist als bei den anderen. Das heißt, daß sie nicht von einer Gedankenstörung sprechen, wo später erst definiert werden muß, was

¹ *K. Schneider* sagt: Was nicht primär ist, ist sekundär oder tertiär (und so könnte man weiter fortfahren). Man muß eine Glied an Glied folgende symptomatische Kette annehmen. Vielleicht wäre es besser, von primär - nicht primär an Stelle von primär-sekundär - zu sprechen. Das ist der Sinn des Wortes sekundär, dessen Reichweite in jeder Angelegenheit alles, was nicht primär ist, betrifft, das heißt das Zusätzliche.

² Pathognomonisch von *πάθος*=Krankheit und *γνωμονικός*=was anzeigt. Pathognostisch, die zweite Wurzel ist *γνωστικός*=Erkenntnis.

typisch schizophren ist, sondern vom Erlebnis des gestörten Gedankenganges. Auf diese Art wird der Begriff, den *Bumke* ständig wiederholt, präzisiert: «pekuliäre» Störung des Gedankenablaufes, «spezielle» Störung des affektiven Benehmens usw.

Diese zwei Möglichkeiten, die Symptome zu beschreiben, bringen uns meiner Ansicht nach auf den Kern der Angelegenheit. Sind die «typischen» Symptome, wie *K. Schneider* meint, unabhängig, oder kann man sie auf einen gemeinsamen Nenner bringen? Ist es möglich, *Bumkes* Bezeichnung «pekuliär» klarer oder direkter zu definieren? *K. Schneider* lehnt diese Möglichkeit schroff ab, was die Symptome erster Ordnung anbetrifft, besonders die Wahnwahrnehmungen und die speziellen Sinnes-täuschungen. Ganz im Gegenteil dazu steht *M. Bleuler* auf dem Standpunkt, daß wir ständig *weniger* dazu neigen, die pathologischen Symptome der Schizophrenie als eine Serie aneinandergereihter Symptome anzunehmen, und wir gewöhnen uns mehr und mehr daran, in ihnen das Abbild einer Störung der Persönlichkeit zu sehen.

Wir werden das einmal genauer prüfen: Das charakteristischste Symptom und um nach *K. Schneider* zu urteilen das hartnäckigste, ist das der Wahnwahrnehmung. Wir wählen es jetzt als Beispiel: Man spricht von Wahnwahrnehmung, wenn man einer normalen Empfindung eine anomale Bedeutung zuschreibt, die größtenteils auf einen selbst bezogen wird (Autoreferenz), ohne daß dafür ein verständliches Motiv vorläge, weder vom rationalen Standpunkt aus betrachtet noch von dem des Gemütslebens.

Zum Unterschied vom Wahneinfall ist die Wahnwahrnehmung zweigliedrig. Das erste Glied geht vom Subjekt zum empfundenen Objekt und das zweite vom Objekt zur anomalen Deutung. Oftmals hat es symbolischen Charakter, es ist jedoch ein Symbol, das weder von individueller noch von kollektiver Kenntnis abstammt. Wenn jemand ein vierblättriges Kleeblatt findet und glaubt, daß es ihm Glück in der Zukunft bringen wird, dann denkt er wie ein normaler Mensch. Das ist jedoch nicht der Fall, wenn er meint, daß dieser Zufall eine besondere Stimme Gottes für ihn bedeute.

Und trotzdem, was passiert, wenn jemand im normalen Leben, zum Beispiel ein Dichter, ein neues Symbol hervorbringt? Wo sind die Grenzen der Verständlichkeit, wenn Viktor Hugo sagt: «Die Welt ist ein Auswurf Gottes»? Wenn man verständnis-mäßig großzügig sein will, dann kann das psychotische Leben verständlich erscheinen. Das ist im Grunde genommen die psychoanalytische Einstellung, und in einem anderen Sinne ist es das, was die anthropologischen Erklärungen *Binswangers* und *Zutts* erreichen wollen.

Aus diesem Grunde finde ich es nicht überflüssig, einen neuen Versuch zu unternehmen, um die Wahnwahrnehmung aufs neue zu analysieren. Es herrscht ein *qualitativer* Unterschied zwischen der normalen Wahrnehmung und der Wahnwahrnehmung. Der normale Mensch lebt seine psychischen Momente als eigene, als ob sie in ihm entstünden; wenn er dabei auch auf erworbene Kenntnisse zurückgreifen muß, wie in dem oben angeführten Beispiel mit dem vierblättrigen Kleeblatt, so fehlt doch nie das Empfinden von Aktivität bei der Erkenntnis einer solchen Bedeutung. Als Gegenteil empfindet der Schizophrene die Wahnbedeutung als fremd und gezwungen. Sie stammt natürlich in Wirklichkeit von ihm (von wem sonst?); ihm erscheint sie jedoch als eine Offenbarung einer äußeren und fremden Macht. Daher sein *numinöser* Charakter. Bei den *numinösen* Erlebnissen ist stets eine fremde Macht da, die auf die Persönlichkeit wirkt. Etwas «Fremdes», das sich behauptet. Der Mensch lebt abhängig von dieser Macht. Vom psychopathologischen Standpunkt aus gesehen, besteht *Passivität* im Gegensatz zum normalen psychologischen Erlebnis, wo *Aktivität* herrscht. Diese Charakteristik ist mehr oder weniger transparent im Erlebnis und je nach dem Fall, um den es sich handelt; sucht man sie, dann findet man sie auch. Bei

vielen Kranken findet man sie, bevor sie eine bestimmte Signifikation empfinden, und es enthüllt sich als ein eigentümlicher Wechsel, was die Empfindungen der äußeren Welt gegenüber anbetrifft. Alles kommt oder stürzt «auf besondere Art und Weise» auf ihn ein. Die Pfeilrichtung des intentionalen Bogens ist falsch; an Stelle vom Subjekt zur Umgebung, um dann zurückzukehren, kommt sie von der Umwelt auf ihn zu. Das Verhältnis Empfindung \rightleftharpoons Subjekt, welches er empfindet, ist qualitativ gestört. Was die Wahneinfälle betrifft, so meint *K. Schneider* folgendes: «Man hat ständig den Eindruck, daß die schizophrenen Wahneinfälle, vom Standpunkt des Erlebnisses aus betrachtet, verschieden sind gegenüber den nicht psychotischen, wenn sie auch noch so grotesk und fremd erscheinen; dieser Unterschied ist psychopathologisch *unverständlich*.»

Damit sind wir aber noch nicht am Ende der Beschreibung der Eigenschaft des Erlebnisses bei der Wahnwahrnehmung. Ihr eigener Name deutet uns ihren Verlauf: die Verseuchung der psychischen Funktion. Die normale psychologische Aktivität erleidet eine Trennung, nicht nur, was den Inhalt anbetrifft, sondern auch in ihrer Funktion. Man ist sicher, daß eine gewisse Unabhängigkeit zwischen dem Empfinden, dem Denken, dem Fühlen usw. besteht, obgleich natürlicherweise die Aktivität der Person global ist, und wir wollen damit nur sagen, daß die Funktion, die an erster Stelle durchgeführt wird, eine gewisse «funktionelle Reinheit» besitzt. Beim Schizophrenen gibt es keine funktionelle Reinheit. Das ist der Grund, warum man bei der Beschreibung der einzelnen Symptome, so wie man sie in der Klinik sieht, diese eigenartige *Zusammenschmelzung* der Funktionen bemerkt, wie sie auch gut ausgedrückt sind mit der Bezeichnung «Wahnwahrnehmung», «Gedankenlautwerden» usw.¹ Die Funktion wird «verseucht», und diese Verseuchung stammt von der Änderung der eigenen Struktur ab.

Eine solche Änderung der psychischen Aktivität findet man bei den anderen pathognomischen Symptomen: dem «Gedankenlautwerden». Erlebnisse durch körperliche Einflüsse, aufgezwungene, befohlene oder interferierte Gefühle und Handlungen. Die Aktivität des «Ichs» ist geändert; dem muß ich aber beifügen, daß diese Störung ein besonderes Wesen besitzt, denn es ist mit dem referierten Charakter verbunden, dem eine zentrifugale Bewegung der Aktivität des «Ichs» entspricht. Das «Ich» des Schizophrenen fühlt sich bedroht und angegriffen. Seinem Verhältnis mit der Umwelt fehlen die Herzlichkeit, Sicherheit, der Glaube. Deswegen kann man auch von einer existentiellen Mutation, wie *Kurtz* meint, sprechen oder von einem Verlust des «Standes», wie *Zutt* anführt. Der Schizophrene hat seine Stellung, seinen Platz auf dieser Welt geändert.

Die primären schizophrenen Symptome formen sich oder «kristallisieren» in einer pekulären Atmosphäre, der man den Namen «Wahnstimmung» gegeben hat. *Jaspers* und *Gruble* geben dieser «Wahnstimmung» diagnostischen Wert. *K. Schneider* tut fast das Gegenteil und meint, sie wäre von geringem Wert. Die Wahnwahrnehmung entsteht nicht aus einer besonderen Gemütsstimmung, meint er. Wenn sie nun schon vorkommt, dann ist die Wahnstimmung nicht fähig, die Wahnwahrnehmung ihrem Inhalt nach zu orientieren. Sie stimmen weder im Inhalt noch im Anblick überein. Diese Art, zu urteilen, hängt natürlich von der verständnisvollen Perspektive ab, die der Autor einnimmt. Die Wahnstimmung ist als Gemütsstimmung mit keinem normalen Gemütszustand zu vergleichen. Die Entstehung verschiedener Möglichkeiten, Gedanken, kann nicht mit dem normalen Gemütszustand gleichgesetzt werden. Deswegen ist es paradox und widerspricht sich. Eine negative Idee, zum Beispiel Angst vor

¹ Aktivität der Wahrnehmung + Aktivität des Denkens. Aktivität des Empfindens + Aktivität des Denkens. Es ist aber nicht der Inhalt, sondern es sind die Funktionen, die zusammenschmelzen oder ineinander übergehen.

Verfolgung, kann aus einer anscheinend euphorischen oder fröhlichen Stimmung entstehen. Jeder Gemütszustand will «illuminert» sein und ist bestrebt, sich an etwas Konkretum umzuwandeln; daher auch das unklare eines Gemütszustandes und das Verständliche und Konkrete der Erscheinung oder Form, der Gedanken und Wünsche. Die Struktur der Wahnstimmung führt durch sich selbst zum Absurden und zum Unsinn; das liegt an der Spaltung, dem Bruch der «*Einheit des Sinnes des Erlebnisses*» des normalen Menschen. Nicht nur die Einheit des Sinnes ist zerbrochen, sondern sogar die *Einheit des Erlebnisses*, so wie sie beim normalen Menschen vorkommt; daher das Phänomen oder das Auftreten eines Verschmelzens oder einer Verseuchung, wie wir es vorher anführten. Sie tritt bei den primären schizophrenen Symptomen auf, wie zum Beispiel beim «Gedankenlautwerden». *Die primären Symptome sind die Kristallisation (das Endresultat) – Gebilde einer Grundstimmung, die mehr oder weniger transparent sind.* Ich schlage dafür den Gebrauch des Wortes *Schizophorie* vor. Wenn die Grundstimmung weniger transparent ist, erscheint das Symptom alleinstehender, getrennter und auch absurder und weniger verständlich. Sein «prozessualer» Charakter ist klarer. Es erscheint uns deswegen absurd, wenn bei einer Wahnwahrnehmung, zum Beispiel beim Anblick zweier gekreuzter Hölzer, der Mensch, der nicht von Angst befallen ist, meint, er würde gekreuzigt werden. Wenn es ein von Angst besessener Patient ist, dann müssen wir überlegen, ob seine «Wahrnehmung» dem Angstzustand zuzuschreiben ist und ob es sich in diesem Fall um eine Wahnwahrnehmung handelt. So versteht man die Schwierigkeiten in der Klinik und die verschiedenen möglichen Stellungnahmen des Psychiaters, seine so stark kritisierte Meinungsdivergenz. Handelt es sich um einen Schizophrenen, oder ist es ein sekundärer melancholischer Wahn? Die als pathognomonisch angenommenen Symptome sind die «Kristallisation» (in psychologischen Funktionen) einer Grundstimmung, der «Grundbefindlichkeit» des Schizophrenen. Das Problem dem klinischen Ausdruck nach ist, ob diese Grundstimmung mehr oder weniger greifbar ist. Sein Verständnis hängt auch von der Haltung des Psychiaters ab.

Bei den schizophrenen Wahnzuständen ist stets sein «auf sich referierter Charakter» erwähnt worden. Der Hund an der Ecke oder ein Dominostein bedeuten immer «etwas» für den Kranken. Das ist das *Resultat* der Störung der Aktivität des «Ichs». Sie selbst ändert die Umstände, das heißt die Umwelt des Kranken, Sachen oder Tatsachen, die für ihn wichtig sind. Diese Umänderung ist eine «Inkrustation» von Passivität, von automatischem und nicht freiem und flüssigem Handeln. Die Umänderung der Aktivität wandelt sich inhaltsmäßig um; so tritt das neue Symbol auf. Eine solche Änderung des Handelns tritt auch bei den Erlebnissen körperlichen Einflusses auf, bei den «Gedankenklipsen», bei der Beeinflussung der Gedanken.

Die so gestörte Aktivität verschmilzt manchmal schließlich, und so wird das «Gedankenlautwerden», das zu Beginn von innen her kam, später als von außen herkommend angenommen. Die verschiedenen Symptome zeigen diese Graduation zwischen dem erlebnismäßig Erlebten in der Atmosphäre des «Ichs» und dem, was außerhalb liegt. Die Exteriorisation ist stets mit der numinösen Art verbunden, die wir vorher erwähnten. Sie wirkt mit besonderer Stärke auf ihn ein.

Die primären Symptome sind nicht entscheidend für die Diagnose der Schizophrenie, sondern man muß auch die Symptome zweiter Ordnung nach *K. Schneider* berücksichtigen. Dabei kann bei ihnen das pekuliäre der Schizophrenie weniger klar sein, weniger transparent, als es bei den Wahnvorstellungen vorkommt. Man darf sich bei der Diagnose deswegen nicht von einem Symptom leiten lassen, sondern man muß auf alles zurückgreifen. In dieser Totalität, in dieser komplexen Figur von Symptomen zweiter Ordnung erscheint die Spaltung der Struktur des «Ichs» verwirklicht, oder

man ist auf dem Wege dazu; sein «erstes Moment» ist die Störung der Aktivität, wie es zuvor beschrieben wurde.

Auf diese Art und Weise bilden sich chronische klinische Bilder heran. Bei ihnen hat es den Anschein, als ob die Projektion nach außen durch die Inaktivierung des «Ichs» die Persönlichkeit wie ein Glas «geleert» hat. Der Gemütszustand des Schizophrenen im Verlauf seiner Krankheit ist nicht so «gespannt» wie im Anfang, aber der Kern der Persönlichkeit ist leer.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Schizophrenie sich klinisch durch das Auftreten einer Anzahl pathognomonischer Symptome kennzeichnet. Wenn einmal ein Symptom festgestellt ist, kann man diagnostizieren, obgleich man nicht vergessen darf, daß Diagnostizieren ein klinisches Bild qualifizieren heißt. Es herrscht gewisse Übereinstimmung der bei den verschiedenen Autoren aufgezählten Symptome (*K. Schneider, Gruhle, Bumke*). Sie alle haben eine pekuliäre Struktur, was nichts mit ihrem Inhalt zu tun hat, sondern mit der Funktion. Eine solche Struktur besteht aus einer Störung der Aktivität des «Ichs», die sich auf zwei verschiedene Arten enthüllen kann: Einerseits ist die Aktivität eine Art passiver Aktivität, womit sie als auferlegt erscheint. Die andere Möglichkeit besteht aus der Verseuchung oder Fusion verschiedener Sektoren der Aktivität des Ichs, wie es beim Empfinden oder Denken der Fall ist. Auf diese Art entstehen die verschiedenen «Monstra», die man in der psychiatrischen Klinik unter dem Namen von Wahnwahrnehmungen, Gedankenlautwerden und anderen mehr kennt. Wenn eine solche gemeinsame Struktur unter den verschiedenen primären Symptomen herrscht, dann ist es nur das Ergebnis einer «Kristallisation» der totalen Mutation oder Persönlichkeit, die durchscheint, ganz besonders in der Wahnstimmung. *Es ist eine existentielle Mutation, womit die Versuche anthropologischer Analysen der Schizophrenie gerechtfertigt sind*¹.

