

Aus der Universitätsnervenklinik Tübingen (Direktor: Prof. Dr. E. KRETSCHMER)

Intelligenz und Psychose

Von

WOLFGANG KRETSCHMER und KOSTAS ANGELIDIS

(Eingegangen am 30. September 1956)

Der gesetzmäßige Zusammenhang zwischen Intelligenz und Psychose hat immer wieder das psychiatrische Denken beschäftigt. Man spürt es den diesbezüglichen Arbeiten zumeist an, daß sie nicht nur routinemäßig ein mögliches Programm erfüllen wollen, sondern im Bewußtsein geschrieben sind, ein ganz grundsätzliches Problem der psychiatrischen Krankheitslehre zu verfolgen. Die grundsätzliche Bedeutung der Fragestellung rührt daher, daß sich in ihr ein stabiler, weitgehend definierbarer (wenn auch nicht genügend erklärbarer), habituellem Faktor — nämlich die Intelligenz, lebendig verbindet mit einem dynamischen, schwer definierbaren, krankhaften Geschehen der Psychose. So ergibt sich für die Forschung ein ebenso eigenartiges wie aussichtsreiches dialektisches Feld, welches verspricht, dem Wesen seelischer Krankheiten, aber auch dem Wesen der Intelligenz, näher zu kommen. Denn, erblicken wir in den endogenen Psychosen eine typisch menschliche Form des Scheiterns, so haben wir allen Grund, sie zu beziehen auf jene spezifisch menschliche *Fähigkeit*, Subjekt und Welt geistig zu erfassen, die Intelligenz.

Allerdings vereinfacht sich hierbei das Problem der Psychosen zunächst nicht, sondern wird schwieriger, weil wir beim Berücksichtigen der Intelligenz gerade nicht vom komplexen Geschehen auf feste instrumentale Funktionen zurückverwiesen werden, vielmehr das wechselnde Bild der Krankheit um eine höchstwertige Dimension bereichern. Solange man bisher versuchte, Klarheit in das Gebiet der Psychosen dadurch zu tragen, daß man sie auf möglichst einfache Elemente bezog und reduzierte: Körperbedingungen, Triebmotive, systematisch-deskriptive Einheiten usw., und so die Intelligenz vernachlässigte, übersah man, daß das Intelligenzproblem einen wichtigen Schlüssel zur geistig-personlichen Seite seelischer Störungen liefern könnte. Hier liegt der große Reiz, aber auch die große Last unseres Themas. Welche Fülle von Fragen und Perspektiven sich daraus entwickeln lassen, ersieht man am besten, wenn man die nach wie vor klassische Arbeit von MEDOW⁵ und den letzten einschlägigen Artikel von K. SCHNEIDER⁶ aufmerksam liest.

Bisher haben die Versuche, den Zusammenhang zwischen Intelligenz und Psychose aufzuhellen, vorwiegend mit reduzierenden Verfahren gearbeitet. Die erste Reduktion bestand darin, daß man die Korrelation nur

unter negativem Vorzeichen untersuchte, etwa mit dem Thema „Schwachsinn und Psychose“, die positive Frage aber, wie sich gute oder überdurchschnittliche Intelligenz zu psychotischen Erkrankungsneigungen verhält, kaum mehr als streifte bzw. erwog. Diese Einseitigkeit mag zwei Gründe haben. Einmal begegnen wir hier der merkwürdigen Tatsache, daß wir durch Negieren eines Tatbestandes dessen Wesen theoretisch besser fassen als durch äußere positive Beschreibung (*principium negationis*). Zweitens läßt sich der direkte Bezug zwischen positiver Intelligenz und Psychose untersuchungstechnisch schwer angehen. Nichtsdestoweniger behält die positive Frage ihre Berechtigung.

Die anderen Methoden der Reduktion gliedern sich in drei Hauptformen: 1. Suchen einer gemeinsamen körperlichen Ursache von Schwachsinn und Psychose. 2. Systematische Verteilung der oligophrenen Psychosen auf die klassischen Krankheitsgruppen (äußerer statistischer Bezug). 3. Strukturpsychologische Analyse des intelligenzgestörten Psychotikers (innerer Bezug). Bei allen drei Formen des Vorgehens muß man den von K. SCHNEIDER herausgestellten methodischen Doppelaspekt der mehrdimensionalen Strukturanalyse beherzigen: Ätiologisch-kausaler Aspekt und phänomenaler Aspekt⁶.

1. In dem Bemühen, Schwachsinn und Psychose auf eine *gemeinsame somatische Ursache* zurückzuführen, äußert sich die weitverbreitete wissenschaftliche Tendenz, seelische Phänomene aus materiellen Substraten kausal abzuleiten. Dies ist bei unserem Problem nicht gelungen, und zwar weder erbbiologisch noch pathophysiologisch. Es fehlen direkte erbgesetzmäßige Korrelationen zwischen Schwachsinn und endogenen Psychosen. Sie wären allerdings von vornherein wenig wahrscheinlich, da Intelligenzstörung und Psychose kategorial ganz verschiedene Phänomene darstellen. Ebenso wenig lassen sich beide mit bestimmten Störungen des Zentralnervensystems kausal verknüpfen. Ererbte oder früh erworbene Strukturschäden des letzteren finden wir sowohl bei Schizophrenen und Epileptikern, wie auch bei Schwachsinnigen (bei diesen allerdings öfter und intensiver, besonders wenn man die schweren Fälle hinzunimmt). Ihr direkter ursächlicher Zusammenhang mit den einzelnen seelischen Störungen oder mit beiden gemeinsam ist aber im Hinblick auf die Komplexität der Intelligenzleistungen und die vielfältige Determiniertheit der Psychosen gar nicht zu erwarten und erst recht nicht beweisbar. Nur bei schwersten Schwachsinnformen können wir einen *negativen* Kausalnexus zwischen Strukturdefekt und Intelligenzausfall aufstellen, indem wir ziemlich grob vergleichen: Wenn das eine fehlt, muß auch das andere fehlen. Im übrigen kommen wir nie weiter als zum Postulat kausaler Bündel, deren Einzelglieder niemand zählen kann, erst recht, wenn es sich darum handelt, zwei kategorial verschiedene seelische Störungen von *einem* körperlichen Substrat herzuleiten!

Nun scheint es allerdings ein gemeinsames Substrat zu geben. Wir finden es in den *erblichen* oder *erworbenen Formbildungsstörungen* von Körper und ZNS, die bekanntlich bei vielen psychiatrischen Störungen (einschließlich Schwachsinn und Hysterie) sich häufen, wenn man vom zirkulären Formkreis absieht. Diese verschiedenartigen, wenn auch typisch akzentuierten Dysplasien bilden ein allgemeinstes degeneratives konstitutionelles Zeichen biologischer Schwäche³. Ihnen kommt in bezug auf Oligophrenie und Psychose — äußerlich statistisch gesehen — die Bedeutung einer begünstigenden Voraussetzung, einer *konditionalen* Bestimmung zu.

2. Die Frage, ob Schwachsinnige an den gleichen *endogenen Psychosen* erkranken wie die Vollsinnigen, ist bisher grundsätzlich positiv beantwortet worden. Problematisch — weil dies von der Art der Diagnose abhängt — blieb lediglich die *quantitative Verteilung* der endogenen Syndrome beim Schwachsinn sowie die *spezifische Modifikation* der ersteren durch den letzteren.

Nach unseren persönlichen Erfahrungen kommen folgende psychotischen bzw. psychoseartigen Bilder in Frage: Epileptische Ausnahmezustände, schizophrene bzw. katatone Syndrome, zirkulär gefärbte Syndrome, schließlich Primitivpsychosen und Primitivreaktionen (evtl. „hysterisch“ erscheinend).

Die gehäufte Verbindung von Intelligenzschwäche und *Epilepsie* wird schon seit BINSWANGER beobachtet. Abgesehen davon, daß man sich davor hüten muß, primären Schwachsinn mit epileptischer Wesensveränderung oder Demenz zu verwechseln, bietet die Koinzidenz keine besonderen diagnostischen Probleme. Man könnte nur vermuten, daß sich die epileptischen Psychosen (Auren, Dämmerzustände) beim Oligophrenen anders ausgestalten bzw. ausdifferenzieren als beim normal Intelligenten.

Wie die *schizophrenen Psychosen* im allgemeinen schon am kompliziertesten aufgebaut sind und uns am meisten Rätsel aufgeben, so auch in Verbindung mit dem Schwachsinn. Wir stimmen auf Grund unserer Erfahrungen mit BREND¹ und anderen Untersuchern darin überein, daß es bei Schwachsinn klassische Schizophrenien gibt, und zwar sowohl im Hinblick auf das Familiengepräge wie auf die Kernsymptome und den Verlauf. Was die Kernsymptome anbelangt, so haben wir paranoidhalluzinatorische Formen mit magischen Fernwirkungen beobachtet, aber auch typisch katatone Bewegungsformen, wobei wir weniger auf die beim Oligophrenen überhaupt häufigen rhythmischen Phänomene als auf die Art des Bewegungsablaufes (Spannung) und den Ausdrucksgehalt Wert legten. Bei jungen Schwachsinnigen spielten weiter hebephrene Symptome eine Rolle, z. B. die charakteristische kindliche Albernheit, aber auch Sprunghaftigkeit und stumpfes Versagen

des Antriebes. Solche typisch erscheinenden Psychosen dürften aber aufs ganze gesehen in der Minderzahl sein gegenüber andersartigen, evtl. „uncharakteristischen“ Bildern, wie jetzt allgemein angenommen wird.

Hierzu dürften zunächst einmal die bei grober Betrachtung zirkulär bzw. manisch-depressiv erscheinenden Schwachsinnigen gehören. MEDOW gibt 44% leichter und schwerer Intelligenzgestörte bei seinen zirkulären Patienten an. BRENDDEL findet unter 22 Psychosen Schwachsinniger 5 Zirkuläre (teils depressiv, teils wechselnd). Wir sind diesen Angaben gegenüber sehr zurückhaltend, da es sich vielleicht um verschiedenartige uncharakteristische Verstimmungszustände und nicht in erster Linie um manisch-depressive Psychosen im präzisen konstitutionellen Sinne handelt. Schon E. BLEULER hatte das reziproke Verhältnis zwischen zirkulären Krankheiten und Oligophrenie ausdrücklich hervorgehoben und ist hierin von K. SCHNEIDER⁶ kürzlich bestätigt worden. E. KRETSCHMER² hat immer auf die von LUXENBURGER erbbiologisch unterbaute Tatsache einer überdurchschnittlich hohen Begabung im manisch-depressiven Formkreise hingewiesen. Wir selbst haben eindeutige oligophrene Zirkuläre bisher nicht beobachten können, überblicken allerdings aus eigener Anschauung nur das begrenzte klinische Material. Es gibt uns aber zu denken, daß neben den angeführten Argumenten die Sonderstellung der Zirkulären auch hinsichtlich der Dysplasien auffällt. Wie vorsichtig man bei der Sache vorgehen muß, zeigen die BRENDDELSchen Fälle. Von den 5 manisch-depressiven Schwachsinnigen hatten 3 bereits vor dem 18. Lebensjahr ihren ersten Verstimmungszustand. Nun haben wir eine echte bzw. reine zirkuläre Psychose in so frühem Lebensalter sehr selten gesehen. Vielmehr handelte es sich in solchen Fällen nach unserer Erfahrung entweder um Entwicklungskrisen oder um schizophrene Verstimmungen, die beide stärker manisch oder — was viel häufiger vorkommt — depressiv *gefärbt* sind. Pubertätspsychosen wie Heboid oder Hebephrenie müßten aber gegen eine ausgeprägte zirkuläre Anlage sprechen, auch wenn sie mit Schwachsinn verknüpft sind. Somit vermuten wir, daß es sich bei den erwähnten Psychosen BRENDDELS nicht um reine oder vorwiegend zirkuläre Kranke gehandelt hat. Ähnliches dürfte auch von den Fällen MEDOWS gelten. Man bedenkt häufig nicht, daß depressive Verstimmungen sowohl in der Individualentwicklung wie auch im Querschnitt der Bevölkerung nicht nur zu den häufigsten Erscheinungen gehörten, sondern überdies ganz verschiedenartig bedingt sein können. Wir wissen auf der anderen Seite, daß es in der Psychiatrie keine hundertprozentigen Korrelationen gibt. Darum halten wir es für durchaus möglich, daß gelegentlich bei leichteren Formen der Oligophrenie vorwiegend endogen zirkulär determinierte Psychosen vorkommen. Im übrigen sprechen alle Erfahrungen und Erwägungen dafür, daß die meisten sogenannten zirkulären Psychosen bei Schwachsinn,

wenn nicht reaktiv ausgelöst, so doch durch manische oder depressive Schwankungen des Untergrundes verursacht werden, wie wir es bei den Mischpsychosen kennen.

Der größte Teil der Schwachsinnpsychosen aber läßt sich nicht befriedigend in die großen Krankheitskreise einordnen. Hierüber sind sich alle Untersucher der letzten Jahre einig. Wir möchten die Störungen zusammenfassen mit dem Namen „Primitivpsychosen“ in Analogie zu E. KRETSCHMERS „Primitivreaktionen“. In diesen Primitivpsychosen scheint sich das Spezifische der Geisteskrankheiten Schwachsinniger am typischsten auszuprägen, soweit die leichteren und mittleren Grade der Oligophrenie betroffen sind. Beim schwersten Schwachsinn ist es nicht sinnvoll, von einer Psychose zu reden, da sich die Kategorien „Intelligenz“ und „Psychose“ hier nicht oder kaum isolieren lassen. Zu den Primitivpsychosen zählen die *episodischen Psychosen* (SIOLI-NEUSTADT), aber auch die von BRENDEL als „amorphe Psychosen“ und „gereizte Zustände“ bezeichneten Fälle. In ihnen können alle klassischen psychotischen Syndrome anklingen: Erregungen, Stuporen, Verstimmungen, paranoide Verkennungen, Halluzinationen usw., aber auch sehr wohl hysterische Syndrome (reaktive Fluktuationen, theatralisch-demonstrative Züge). Besonders charakteristisch sind verbale und motorische Leerläufe, nicht so automatisch wie bei organischen Bildern, aber auch nicht so affektbesetzt und ausdrucksgeladen wie beim Katatonen. Ebenso charakteristisch fanden wir das Mißverhältnis zwischen starkem Aufwand an Affekt und Bewegung einerseits und der relativ geringen Differenzierung des Ausdruckes und der Motivierung des Aufwandes andererseits. Im übrigen sind die Primitivpsychosen schon so oft und so ausführlich beschrieben worden, daß wir aus unserer eigenen Erfahrung nichts Neues hinzufügen können. Die Differentialdiagnose wird erschwert durch die Entdifferenzierung aller Strukturen, das „trübe Medium“ (MEDOW), welche der Schwachsinn mit sich bringt. Mit weiteren systematischen Einteilungen der Primitivpsychosen wäre weder theoretisch noch praktisch etwas gewonnen. Entscheidend bleibt die mehrdimensionale Analyse des einzelnen Falles. Gewisse Hinweise gibt auch der Verlauf, insofern die psychotischen Phasen defektlos abklingen und sich gleichförmig wiederholen. Hingegen scheinen uns diagnostische Beziehungen zu körperlich exogenen Zügen in Übereinstimmung mit BRENDEL nicht begründet, jedenfalls nicht belegbar, da wir bei den Primitivpsychosen weder die Skala der Bewußtseinsstörung noch die typischen objektiven Halluzinationen erkennen.

Ob man die Primitivpsychosen als „Psychosen“ bezeichnen darf, ist letzten Endes eine Frage der Definition. Wir sind uns mit BRENDEL darin einig, daß nicht nur Art und Grad der Veränderungen den Begriff der Psychose fordern, sondern auch die Entstehungsweise. Auch bei

sorgfältiger Beobachtung und Prüfung der Anamnese lassen sich sehr oft reaktive Anlässe nicht finden. Indessen legt der phänomenale Tatbestand einen spontanen endogenen Krankheitsfaktor nahe. Allerdings können auch undramatische chronische Konflikte zu plötzlichen „Reaktionen“ führen, was nur schwer zu erkennen ist. Im übrigen muß an die Möglichkeit einer reaktiv anlaufenden Störung des „Untergrundes“ (K. SCHNEIDER) gedacht werden. Wenn wir von der Meinung K. SCHNEIDERS, der solche episodische Zustände nicht als Psychosen anerkennt, abweichen, so geschieht dies weniger bezüglich der Definition der Psychose als in der Auslegung des Tatbestandes.

Wie die Unterscheidung der endogenen Psychosen bei Schwachsinn von den Primitivpsychosen weitgehend vom Urteil des Beobachters abhängt, so ist auch die Grenze zwischen Primitivpsychosen und Primitivreaktionen nicht scharf zu ziehen. Obgleich es sich bei letzteren im strengen Sinne der Definition nicht um Psychosen handelt, sind sie doch so häufig und charakteristisch, durch ihre Heftigkeit aber auch so bedeutsam, daß man sie in Verbindung mit den Psychosen behandeln muß. Dafür spricht allein schon die erwähnte differentialdiagnostische Relevanz. Die Primitivreaktionen gehören im weiten Sinne zum hysterischen Syndrom, insofern es sich dabei um unbesonnene, impulsive Affektantworten auf die Umweltsituation handelt. Sie erscheinen als plötzliche Verstimmungen, Affektausbrüche, unmotiviertes Weglaufen, Sich-krank-Stellen, evtl. massive Aggressionen. Derartige Reaktionen sind nicht nur im Alltag des Schwachsinnigen in allen Abstufungen geläufig. Sie prägen auch in hohem Maße die psychotischen Episoden, welche dann mehr das Gepräge „degenerativer“ Bilder, mit ihren wechselvollen, umweltempfindlichen Ausdrucksformen erhalten.

Damit wären die wichtigsten systematischen Kreise berührt. Es hat sich gezeigt, daß die Intelligenzstörung als ein Element eigener Kategorie über alle diese Kreise hinweggreift und deren Bestimmung im Einzelfalle erschwert. Hierin liegt aber gleichfalls das Reizvolle für eine Diagnostik, die sich allen Kriterien einer mehrdimensionalen Analyse gegenüber offen hält, seien es nun die typischen klinischen Formen K. SCHNEIDERS, seien es die dynamisch-charakterologischen Maßstäbe E. KRETSCHMERS². Die systematische Verteilung der oligophrenen Psychosen führt uns so wieder zurück zur Frage der primären Ursachen oder Bedingungen, sie führt uns aber auch weiter zur psychologischen Durchdringung des Zusammenhanges zwischen Schwachsinn und Psychose.

3. Dieser *innere psychologische Zusammenhang* bildet die dritte Möglichkeit einer vereinfachenden Reduktion. Er bezieht sich also weder auf die etwaige Ursache beider Störungen, noch auf ihre systematische Beschreibung, sondern er erfaßt die erklärbaren und verstehbaren *Abhängigkeiten zwischen dem intellektuellen und psychotischen Strukturwandel*.

Wer danach sucht, wird etwa fragen: Wie wirkt sich die Intelligenzschwäche auf das psychotische Erlebnis, die psychotische Reaktion aus oder wie begünstigt das eine das andere? Oder, wie spiegelt sich das psychotische Erlebnis in einem verkümmerten Denken und ähnliches? Diese Methode ist bisher eigentlich nur in beiläufigen Gedanken aufgetaucht oder war implizite in anders ausgerichteten Beschreibungen enthalten. So hat man z. B. seit MEDOW erwogen, ob die Kritischschwäche des Schwachsinnigen nicht den Weg zu paranoiden Reaktionen bereite (K. SCHNEIDER), ob die besondere Struktur der gestörten Intelligenz nicht zu der eigenartigen *Form* oligophrener Psychosen führen müsse (SJÖGREN⁷); aus dem niederen Persönlichkeitsniveau nicht die Bevorzugung affektiver und motorischer Äußerungen zwangsläufig folge (MEDOW); der Schwachsinn die Bewältigung der Pubertätskonflikte erschwere (R. MARTINSEY⁴), im Hinblick auf die Psychosen jedoch nur pathoplastische Bedeutung habe (K. SCHNEIDER) usw. Was das Verhältnis zwischen Intelligenzgrad und Psychoseform anbelangt, so konnte BRENDDEL statistisch gewonnene, einleuchtende Zusammenhänge skizzieren, die wir *grob* akzentuierend folgendermaßen parallelisieren wollen:

Leichter Schwachsinn	Mittlerer Schwachsinn	Schwerer Schwachsinn
gestaltetes Erlebnis	Affekt	Motorik
Endog. Syndrome	Primitivpsychosen	Automatismen

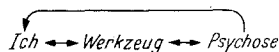
Nun bringen alle diese Untersuchungen als Reduktionen nur formale Tatbestände, welche aus der Beziehung zwischen (erklärbar gedachter) Struktur von Intelligenz, Temperament und Charakter einerseits und der (als verstehbar geforderten) Lebenssituation andererseits gewonnen wurden. Daß uns derartige Verknüpfungen anregend und interessant erscheinen, kommt daher, daß wir dabei stillschweigend das *Subjekt* des Kranken voraussetzen. Aber warum stillschweigend? Es ist dies eine Frage der wissenschaftlichen und ärztlichen Grundeinstellung. Doch hindert uns nichts, in die inneren Bezüge eines Krankheitsbildes das Subjekt des Kranken einzubeziehen. Hiermit steht und fällt ja unsere spezifisch ärztliche Tätigkeit. Da wir aber das Ich des Mitmenschen nicht objektiv „wahrnehmen“, wie die auf es bezogenen Strukturen und Verhaltensweisen, so fordert der erwähnte Schritt von uns ergänzend ein *intuitiv verstehendes* Vorgehen. Dies rechtfertigt sich nicht nur aus der erwähnten ärztlichen Situation heraus, sondern auch dadurch, daß jeder echte wissenschaftliche Akt von subjektiv-intuitiver Anschauung ausgeht, und zwar sowohl in bezug auf den Untersucher, wie in bezug auf den Untersuchten. Auch die abschließende Synthese, welche der analytischen Rechtfertigung folgt, führt zu einem intuitiv gestalteten und auch nur intuitiv wiedererkennbaren subjektiv-objektiven „Bilde“ des

Kranken und der Krankheit. Im Falle unseres Problems kommen wir dann von der reduktiven psychologischen Analyse zur *explikativen anthropologischen* Betrachtung, in welcher sich der Reichtum individuell gestalteter Lebensbezüge des Kranken entfaltet. Diese Methode fördert an sich keine neuen äußeren Fakten zutage — was bei ähnlichen Versuchen heute leicht übersehen wird —, sie liefert aber unentbehrliche ordnende Gesichtspunkte und Zugänge zum Kranken, *begünstigt* also eventuell das Finden neuer *innerer* Tatsachen, während die *äußeren* Tatsachen eine unabdingbare Voraussetzung bilden.

Selbstverständlich darf die Methode nicht zufälligen Improvisationen anheimgegeben werden, weil sie sonst über ihren bisherigen beiläufigen, das heißt unverbindlichen Charakter nicht hinauskommt. Sie hat Begriffe und vor allem ein dialektisches Feld, in welchem die Begriffe ihren angemessenen Ort besitzen. Im Falle der wechselseitigen Abhängigkeit von Schwachsinn und Psychose ließe sich dazu folgendes Schema entwickeln:

Subjekt	Oligophrenie	Psychose
Ich	→ Intelligenzschwäche	→ Konflikt

Unter dem *Ich* (als „Person“) darf nicht — wie dies meist geschieht — nur der Receptor und Konvergenzpunkt aller erlebbaren Geschehnisse gesehen werden, sondern ebenso der Ausgangspunkt alles Wirkens, besonders des persönlich-schöpferischen. Erst hierdurch kann es selbständig in Rechnung gesetzt werden. Dementsprechend wird die Intelligenz zum *Werkzeug* des Subjektes, bleibt also nicht eine isolierte funktionale Struktur. Das Werkzeug dient der *geistigen Repräsentierung alles Erfahrbaren*. Durch den Schwachsinn ist das Werkzeug gestört, genauer gesagt in seiner Leistung gemindert. Die *Psychose* — so möchten wir versuchsweise sagen — ist eine besondere Form des Konfliktes. Sie ist einerseits gekennzeichnet als Werkzeugstörung, insofern die *Organisation innerer Bewegungen* (besonders Gefühl und Wille) sich desintegriert, die Beziehungen des Subjektes verfälscht, ihm also nicht mehr *dient*. Andererseits affiziert sie *unmittelbar das Ich*, indem sie das hierarchische Gefüge der Persönlichkeit umkehrt, das Subjekt seinerseits „Objekt“ unherrschbarer „Vorgänge“ wird. Unser Schema reduziert sich also auf diesen Kern:



Dies genügt aber unserer klinischen Fragestellung nicht. Die Psychose kann zwar *definiert* werden als primär innen entstehender Prozeß, praktisch aber — und das gilt ganz besonders für die Schwachsinnpsychosen — läßt sich der erste Anlaß selten eindeutig fassen. Die

Psychose ist grundsätzlich immer doppelt determiniert, vom *Erlebnis* und von der *inneren Verschiebung*. Darum setzen wir den Begriff des „Konfliktes“ mit seiner doppelten Bedingtheit ein. Das Subjekt hält entweder der äußeren Situation nicht stand (äußerer Konflikt) oder es wird von der inneren Bewegung überwältigt (innerer Konflikt). Wir reduzieren darum das Erfassungsschema weiter:

Ich \longleftrightarrow Werkzeug \longleftrightarrow Konflikt

Auf unser Thema angewendet führt dies zu folgenden Fragen:

Wie antwortet das Ich auf den Konflikt, wenn das Werkzeug der Intelligenz zu wenig leistet? Oder umgekehrt: Was bedeutet die Stärke des Ich für die Bewältigung innerer und äußerer Konflikte, trotzdem das Werkzeug der Intelligenz geschädigt ist? Kann das Ich überhaupt stark sein, wenn die Intelligenz schwach ist?

Auf solche Fragen einzugehen, setzt ein dynamisches, mit mehrdimensionalen Reaktionsgefügen rechnendes Denken voraus, welches nicht zurückschreckt vor der metaphysischen Last subjektiver Existenz. Die Aufgabe greift sehr weit und ist mit verschiedenen *Faktoren der Unsicherheit* belastet, nicht zuletzt wegen der nur annäherungsweise lösbaren Antinomie endogen — psychisch-reaktiv. Es bedarf hier nicht nur der scharfen Beobachtung des Kranken und seiner Umgebung, sondern auch der Selbstprüfung des Arztes und des Pflegepersonales. Dies zeigt sich klar beim Problem der *Anamnese*. Sie wird nicht allein dadurch erschwert, daß der Schwachsinnige seine Erlebnisse nur unvollkommen schildern und deuten kann. Es ist ebenso wichtig, daß Angehörige und Pflegepersonal ihr wahres Verhältnis zum Patienten oft nicht kennen. Während sie behaupten und glauben, es sei alles in Ordnung, haben sie in Wirklichkeit den Schwachsinnigen hart und unpersönlich behandelt und damit einen chronischen Konflikt unterhalten. Auch setzt sich der Oligophrene in geringer Breite und vor allem wenig durchgestaltet mit der Umwelt auseinander, so daß wir die klassischen Kriterien der Konflikte in der Vergangenheit unscharf erkennen.

Diese Unschärfe erschwert nicht minder die *Diagnose des Erscheinungsbildes*. Drei Tatsachen treten dabei besonders hervor. 1. Die Kritikschwäche, welche sich auswirkt auf die Unterscheidung von Begriffen, von Innen und Außen, von Immanenz und Transzendenz. 2. Die Affektdurchlässigkeit, welche leicht zu überschießenden Gefühlsäußerungen führt. 3. Die Antriebslabilität. Sie hängt mit der Affektdurchlässigkeit unmittelbar zusammen. Alle drei Punkte verbinden sich mit der Unschärfe des Erlebens und sich Äußerns sowie mit der Langsamkeit. Von diesen Kennzeichen her verstehen wir, warum es so schwierig ist, innere und äußere Bedingungen, aber auch die verschiedenen Formkreise differentialdiagnostisch auseinanderzuhalten.

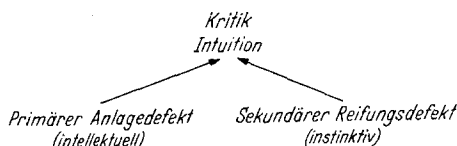
Indessen vereinfacht sich die Lage, sobald wir das *Subjekt* einführen und von ihm her krankhaftes Erscheinungsbild und Konflikt interpretieren. Damit werden die erwähnten Wurzeln der Störung — endogene oder psychisch-reaktive — keineswegs überflüssig. Aber sie relativieren sich und ordnen sich natürlich ein, indem sie im Subjekt ihr tertium comparationis finden. Gleich, wo der Konflikt herkommt, das oligophrene Individuum muß sich mit ihm befassen, und zwar unter ungünstigeren Umständen als der Vollsinnige. Von daher verstehen wir nun, warum der Schwachsinnige leicht in seelische Konflikte gerät. Es handelt sich hier wohlgerne nicht um einen kausalen Zusammenhang, der nie bewiesen werden könnte. Vielmehr findet unser Gedankengang, der auf eine *erhöhte Konfliktbereitschaft der Schwachsinnigen* hinausläuft, seine *äußere* Stütze lediglich in der statistischen Erfahrung. Sie zeigt uns eine weit überdurchschnittliche Anfälligkeit der Oligophrenen für neurotische Entwicklungen (bei leichter Intelligenzschwäche), für gelegentliche Primitivreaktionen, für Psychosen.

Wollen wir nun das Problem der Anfälligkeit für Konflikte noch besser klären, so müssen wir zunächst den *Begriff der Intelligenz* vertiefen. Es genügt nicht, wenn wir ihn begrenzen mit dem, was zum rationalen Begreifen, zum kritischen Urteil gehört. Die meisten Urteile, die wir fällen, um das Leben geistig zu bewältigen, sind intuitiv, und zwar deshalb, weil sie nicht von einzelnen begrifflichen Elementen, sondern von „Situationen“ ausgehen (logisch-psychologisch, ästhetisch, sittlich). Das *intuitive Urteil*, welches Intelligenz voraussetzt, erfährt das Ganze einer Situation, also auch die Implikationen von Gefühls- und Willenszusammenhängen beim Urteilenden wie beim Beurteilten. Wer intuitiv urteilt, ist deshalb auch stärker als der kritisch Urteilende von den Bedingungen seiner Affekte und seines Antriebes abhängig.

Nun ist aber der *Schwachsinnige* auf sein intuitives Urteil besonders angewiesen, weil seine *Kritik* zu wünschen übrigläßt, wie wir am leichtesten konstatieren. Die Intuition versagt aber ihrerseits, denn sie kann von der Kritik nicht völlig isoliert werden. Ohne kritische Differenzierung des Bewußtseins setzen sich die primitiven Affekte und Antriebe stärker durch. Die Intuition versagt, weil sie die *geistige Ordnung der Lebenszusammenhänge* verloren hat. Man kann hier nicht sagen, was primär fehlt, die Intuition oder die Kritik. Die Reduktion des einen ist begleitet von der Reduktion des anderen.

Wie es mit der Schwäche der Intuition und der dadurch sich ergebenden Schwierigkeit, *aus dem intuitiven Urteil ein kritisches zu entwickeln*, bestellt ist, verstehen wir noch besser, wenn wir den Schwachsinn mit *entwicklungspsychologischen Begriffen* charakterisieren. Das Wesen des Oligophrenen erscheint uns kindlich, wozu auch die beschriebene *Trias* „*Kritikschwäche, Affektdurchlässigkeit und Antriebslabilität*“

paßt. Bis in die Psychose hinein können wir die *kindliche Vorstellungswelt* verfolgen mit ihrer Bindung an familiäre Figuren mit ihrem unmittelbar objektiven Weiterleben. Hinter dieser kindlichen Welt von Vorstellungen und Bedürfnissen steht als Korrelat die *Reifungshemmung* bzw. die Reifungsverzögerung, was selbstverständlich erst von der Pubertät an sein volles Gewicht erhält. Der irrationale Untergrund, welcher die erotischen und sozialen Einstellungen zu tragen hat, gestaltet sich nicht voll aus. Wir erinnern uns hier noch einmal an die körperlichen Reifungshemmungen der Schwachsinnigen und sehen, wie die ganze Persönlichkeit ungenügend gerüstet ist, um den in der Pubertätszeit hinzukommenden menschlichen Belastungen, aber erst recht endogenen Verschiebungen, mit ihren maximale Intuition erfordernden metaphysischen Problemen zu begegnen. Wir denken auch daran, daß bei Neurosen und Schizophrenen die Reifungshemmung eine vordringliche Rolle spielt. Entwicklungspsychologisch betrachtet, bahnt sich der Konflikt also folgendermaßen an: Triebsschwäche, intuitive Schwäche, Kritikschwäche, Selbstbehauptungsschwäche. Während aber beim Neurotiker und evtl. auch beim Schizophrenen sich ein Glied der obigen Reihe aus dem anderen entwickeln läßt bis hin zum Anfangspunkt der emotionalen Schwäche, steht beim Schwachsinnigen zusätzlich und von vornherein die Intelligenzschwäche (Intuition + Kritik) im Mittelpunkt. Sie ist doppelt determiniert:



Wir müssen also R. MARTINSEY¹ rechtgeben, wenn er feststellt, daß die Pubertät für die Leichtschwachsinnigen eine besonders schwere Phase darstelle und oft verlängert sei. Wir bestätigen dies nicht nur durch die Analyse der von uns beobachteten Fälle, sondern auch durch eine statistische Erfahrung. Tatsächlich häufen sich auch die Psychosen der Schwachsinnigen in der Pubertätszeit bzw. in der ausklingenden Reifungszeit. So liegt bei den von uns in den letzten 18 Monaten untersuchten 6 Schwachsinnpsychosen das Ersterkrankungsalter in 5 Fällen unter 25 Jahren. Auch bei den BRENDELSchen Psychosen mit mittelschweren bis leichtem Schwachsinn fällt die erste Erkrankung bei etwa der Hälfte der Fälle in die Periode der Reifezeit.

Nach diesen entwicklungspsychologischen Untersuchungen sei zum Schluß nochmals in allgemeinsten Form das Verhältnis zwischen Intelligenz und Psychose diskutiert. *Mit steigender Intelligenz scheint sich die Reaktion auf den Konflikt im Denken und Handeln zu differenzieren, mit*

der Verminderung der Intelligenz zu vereinfachen. Dies gilt allerdings nur innerhalb der Grenzen, innerhalb derer überhaupt noch eine Differenzierung erkannt zu werden vermag, also zwischen dem schwersten Schwachsinn und den schwersten Psychosen. Außerhalb dieses Zusammenhanges steht aber die Relation: Ichstärke zu Ausmaß und Form der Ichbelastung. Wir können mit anderen Worten aus dem Grade des Schwachsinnns keine Schlüsse ziehen auf Art und Schwere einer evtl. hinzukommenden Psychose.

Doch läßt sich die differenzierende Ausgestaltung psychotischer Erlebnisse oder kompensatorischer Handlungen innerhalb der angegebenen Grenzen immer in Beziehung setzen zum Intelligenzgrad, was allerdings ein gutes Maß an Intuition voraussetzt. Schilderungen wie „Ich bin innerlich entleert und doch erfüllt von Gedanken“ oder „Wenn ich was Primitives mache, dann bin ich gerade kompliziert“ oder „Antichristliche Kräfte sind am Werke. Das ewige Verderben beginnt für mich. Ich esse nur noch Milch und Brot, um den Zauber abzuwehren“ stammen nicht zufällig von sehr intelligenten Schizophrenen. Demgegenüber begnügen sich die Schwachsinnigen gerne mit einfachen, lakonisch charakterisierten Situationsbeschreibungen: „Mich hat man gemeint.“ „Man will mich vergiften.“ „Ein Mann ruft mich.“ usw.

Die Vereinfachung des Konfliktes im oben beschriebenen doppelten Sinne kann beim Schwachsinnigen aber zwei ganz entgegengesetzte Konsequenzen haben. 1. Das Ich kann entwaffnet werden, weil es den Konflikt weder intuitiv noch kritisch erfaßt, ihm also hilflos gegenübersteht. 2. Das Ich könnte gerade geschützt werden, weil es mangels Einsicht von manchen Konflikten nicht berührt wird, an denen ein Vollsinniger und Vollgereifter Anstoß nehmen müßte. Es hängt also von der Art bzw. Adäquatheit des Konfliktes ab, ob er das Ich affiziert oder nicht. Hier liegt der prophylaktische und therapeutische Ansatzpunkt unseres Themas.

Ebenso doppelsinnig ist die Bedeutung der Differenzierbarkeit eines Konfliktes bei guter Intelligenz. 1. Die Intelligenz kann gegen schwere Konfliktreaktionen immunisieren, da der Konflikt intuitiv und kritisch adäquat erfaßt und kompensiert wird. 2. Die hochdifferenzierte kritische Intelligenz kann umgekehrt dem Konflikt gegenüber anfällig machen, sobald sie — was leicht geschieht — mit einer emotionalen und intuitiven Anpassungsschwäche verknüpft ist.

Unsere Gedankengänge haben versucht, die problematische Vielfalt des Themas Intelligenz und Psychose zu entfalten. Dieser Vielfalt wird man nicht durch starre Anwendung pathogenetischer und systematisch-deskriptiver Prinzipien gerecht, sondern nur dadurch, daß man die anthropologische Grundsituation „Subjekt — Intelligenzwerkzeug — Konfliktsituation“ im Rahmen der mehrdimensionalen diagnostischen

Methode so gut wie möglich entfaltet und in sich dialektisch ausgewertet. Man erreicht dies zwar nie vollständig, aber doch am besten dadurch, daß man bei der sorgfältigen Prüfung des Einzelfalles hinreichend Gesichtspunkte zur Hand hat, die es sachlich zu belegen gilt. Es zeigt sich dann, daß die Intelligenz, da sie in ein reiches Beziehungsnetz irrationaler Faktoren eingebettet ist, von Fall zu Fall eine ganz verschiedene pathogenetische, pathoplastische und existentielle Bedeutung haben kann.

Zusammenfassung

Der Zusammenhang zwischen Intelligenz und Psychose kann positiv (überdurchschnittliche Intelligenz) und negativ (Schwachsinn) untersucht werden. Das erstere ist am schwersten zu erfassen. Für das zweite gibt es drei Möglichkeiten einer Reduktion auf Gesetzmäßigkeiten: 1. Suchen einer gemeinsamen körperlichen Ursache. 2. Verteilen der Psychosen bei Oligophrenie auf die klassischen psychiatrischen Krankheitskreise (äußerer statistischer Bezug). 3. Strukturpsychologische Analyse des oligophrenen Psychotikers nach dem Verhältnis zwischen Schwachsinn und psychotischem Zustand (innerer Bezug). Im letzteren Falle haben wir gemäß der am meisten adäquaten explikativ-anthropologischen Methode das Untersuchungsfeld auszudehnen auf die drei Kardinalpunkte: Ich — Intelligenz (Werkzeug) — Konflikt (innerlich-endogen oder äußerlich-reaktiv), welche dialektisch aufeinander zu beziehen sind. Der Begriff der Intelligenz muß weit gefaßt werden und das intuitive Erfassen von Zusammenhängen mit einschließen. Es zeigt sich dann, daß mit steigender Intelligenz die Reaktion auf den Konflikt im Denken und Handeln differenzierend ausgestaltet, mit abnehmender Intelligenz vereinfacht bzw. vergrößert. Es wird diskutiert, inwieweit die schlechte Intelligenz gegen bestimmt geartete Konflikte immunisieren kann, die gute Intelligenz umgekehrt auch sensibilisieren, je nach der Differenzierung der irrationalen Sphäre.

Literatur

- ¹ BRENDL, R.: Über Psychosen b. Schwachsinnigen. Arch. f. Psychiatr. u. Z. f. d. ges. Neur. **1954**, 192. hier auch übrige Literatur. — ² KRETSCHMER, E.: Körperbau u. Charakter. 22. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. — ³ KRETSCHMER, W.: Die Bedeutung konstitutionsbiologischer Probleme der Reifungshemmungen f. d. Psychiatrie. Schweiz. Arch. Neur. **1953**, 71; La signification de la constitution dans les troubles psychiques. Évolut. psychiatr. (Paris) **1954**, 3; Les biotypes et les états mentaux, Traité de Médecine biotypologique. Paris 1954. — ⁴ MARTINSEY, R.: The diagnosis and treatment of slight degrees of mental deficiency. Ugeskr. Laeg. **1953** (skandinav.). — ⁵ MEDOW: Atypische Psychosen bei Oligophrenie. Mschr. Psychiatr. **1925**, 58. — ⁶ SCHNEIDER, K.: Über Schwachsinnige u. d. Strukturanalyse ihrer Psychosen. Dtsch. med. Wschr. **1949**, 74. — ⁷ SJÖGREN, H.: Psychische Deblität, i. b. ihr Vorkommen b. Schizophrenie, b. einer weiblichen Krankenhaus Klientel. Nord. psykiatr. Mendsbl. 1949.

Doz. Dr. W. KRETSCHMER jr., Tübingen, Univ.-Nervenklinik, Ozianderstr. 22