

## Abnorme Erlebnisreaktion und Minderbegabung

### Ein Beitrag zum Problem der „Primitiv“-Reaktionen

F. FUNK

Neurologische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Mannheim  
(Direktor: Dr. med. J. Kieser)

Eingegangen am 25. August 1969

### *Abnormal Reactions and Mental Deficiency*

**Summary.** 1200 inpatients from 2 neuropsychiatric hospitals were diagnosed as suffering from abnormal reactions. Of these 3% were mentally subnormal. The symptoms of the abnormal reactions were similar in both the intellectually normal and subnormal patients, though the latter showed more introverted reactions and the number of suicide cases was unusually high; 10 out of 36 cases. A quantitative difference in the reactions was also observed i.e. the subnormals often showed an exaggerated response. Their lack of insight and poorly differentiated structure of personality may be responsible for the difference. It is suggested that the small number of subnormal patients in the sample is due to the fact that their primitive personality structure reduces their reactive capacity.

**Key-Words:** Mental Deficiency — Abnormal Reactions — Primitive Reactions.

**Zusammenfassung.** Im Krankengut von zwei Neurologisch-Psychiatrischen Kliniken waren von 1200 stationär behandelten Patienten mit abnormer Erlebnisreaktion nur etwa 3% Schwachsinnige. Die Manifestationen der abnormen Erlebnisreaktionen waren die gleichen wie bei normal Begabten, doch wurden auffallend häufig introvertierte Reaktionen gefunden. Ungewöhnlich groß war die Zahl von Selbstmordversuchen (unter 36 Fällen 10). Beim Vergleich der abnormen Erlebnisreaktionen bei Minderbegabten mit denen Normalbegabter ergibt sich vor allem eine Abweichung der Reaktion hinsichtlich der Quantität, d.h. es führen die überschreitenden Reaktionen. Für diese Abweichung ist einmal der Kritikmangel bei Minderbegabung, zum anderen die wenig differenzierte Persönlichkeitsstruktur anzuschuldigen. Die geringe Zahl Minderstimmiger im klinischen Krankengut wird darauf zurückgeführt, daß bei vielen Minderstimmigen die Reagibilität infolge der primitiven Persönlichkeitsstruktur herabgesetzt ist.

**Schlüsselwörter:** Minderstimmigkeit — Debilität — Abnorme Erlebnisreaktion — Primitivreaktion.

Den abnormen Erlebnisreaktionen Schwachsinniger wird in Praxis und Schrifttum nur geringe Beachtung geschenkt. Sehr selten werden in Einzelpublikationen abnorme Erlebnisreaktionen mitgeteilt, meist nur Reaktionen von jahrelang asylierten Patienten und meist von Menschen mit sehr niedrigem Intelligenzquotienten. E. Kretschmer führt in seiner „Medizinischen Psychologie“ die „Primitivreaktionen“ an, die bei „primitiven“ Menschen häufig gefunden werden, sie können aber auch bei Gesunden beobachtet werden. Zu dieser Reaktionsform gehört aber, daß bei normal begabten und differenziert strukturierten Menschen das

Geschehen, die auslösende Ursache der Reaktion, die Persönlichkeit mit besonderer Wucht trifft und somit einige „Schichten der Persönlichkeit“ durchschlägt, eine Voraussetzung, die bei Minderbegabten nicht notwendig ist.

Mit K. Schneider heben wir hervor, daß zwischen „Infantilen, Primitiven, Einfältigen (Einfachen, Schlichten)“ und Schwachsinnigen zu trennen ist. Ein Infantiler braucht ebenso wie ein Primitiver nicht schwachsinnig zu sein. Aber wenn wir auch trennen zwischen Schwachsinn als Variation der Verstandesbegabung — als Negativum der Intelligenz — und zwischen Persönlichkeitsstruktur als einem Eigenschaftskomplex des individuellen seelischen Seins, so lehrt uns die tägliche Erfahrung, daß ein Schwachsinniger eine weniger differenzierte Persönlichkeitsstruktur hat als ein normal Begabter.

Wir haben dieser Arbeit die Krankenblätter aus der Universitäts-Nervenklinik Homburg aus den Jahren 1951—1961 und aus der Nervenklinik der Städt. Krankenanstalten Mannheim aus den Jahren 1966 bis 1968 zugrunde gelegt und wollen versuchen, einige wesentliche Merkmale herauszustellen. Bei Durchsicht der Diagnosekarteien wird offenbar, wie vielfältig die diagnostische Formulierung der „abnormen Erlebnisreaktionen Schwachsinniger“ gehandhabt wird. Sie reicht von der Feststellung einfacher Debilität über Erlebnisreaktionen bei Debilität, abnormer Erlebnisreaktion bei Debilität und Primitivreaktion bis zur einfachen Feststellung einer abnormen Erlebnisreaktion. Die Diagnose „Debilität“ erfaßt hier nicht das Wesentliche; nicht wegen der unkomplizierten Debilität wurde der Patient in die Klinik eingewiesen, sondern wegen der „abnormen Erlebnisreaktion“ bei einer Debilität. Andererseits wird die Erlebnisreaktion bei diesen Patienten durch die Mangelbegabung, mehr aber noch durch die schlichte Persönlichkeitsstruktur geprägt, oft sogar erst ermöglicht. Insofern sind Intelligenzmangel und Persönlichkeitsstruktur, die wir nach Möglichkeit auseinanderhalten wollen, doch recht eng miteinander verwoben. Bei vielen abnormen Erlebnisreaktionen Schwachsinniger kommt der intellektuellen Minderbegabung mit ihrer Kritikschwäche eine geringere Rolle zu als der primären „abnormen Persönlichkeitsstruktur“ und doch sollte man erwarten, daß gerade bei der Kombination „Verstandesmangel und primitive Persönlichkeit“ die abnormen Erlebnisreaktionen gehäuft auftreten. Dem ist aber offenbar nicht so, im Gegenteil, der Anteil Schwachsinniger am Krankengut, das von uns geprüft wurde, ist geringer als der Anteil von normal begabten Psychopathen.

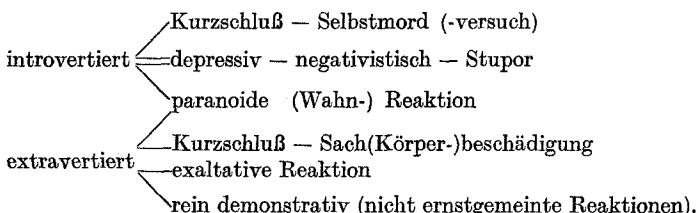
Wenn wir den von K. Jaspers definierten Begriff der Erlebnisreaktion zugrunde legen und mit K. Schneider zusammenfassend feststellen, 1. der reaktive Zustand wäre nicht aufgetreten, ohne das verursachende Erlebnis, 2. der Inhalt, das Thema des Zustandes steht in verständlichem

Zusammenhang mit seiner Ursache, 3. der Zustand ist in seinem zeitlichen Verlauf abhängig von seiner Ursache, insbesondere hört er auf, wenn die Ursache wegfällt, so können wir gleichsinnig folgern, daß abnorme Erlebnisreaktionen vom Durchschnitt normaler Erlebnisreaktionen, vor allem durch ungewöhnliche Stärke, Inadäquatheit im Verhältnis zum Anlaß, durch Abnormalität der Dauer oder des Aussehens oder abnormes Verhalten abweichen (K. Schneider). In unserer Arbeit ist nun zu untersuchen, ob und wie sich die „abnormen“ also psychiatrisch auffälligen Erlebnisreaktionen minderbegabter Menschen von den entsprechenden Reaktionen normal Begabter unterscheiden und wie sie sich psychopathologisch manifestieren. Wir haben schon angedeutet, daß nicht nur die mangelnde intellektuelle Begabung eine Rolle spielt, sondern daß gerade für unsere Fragestellung die Temperamente, Triebe und der Charakter, also die gesamte Persönlichkeitsstruktur eine Rolle spielt. Temperament und Triebe können wir dem Menschen als eingeboren ansehen. Sie spielen bei den abnormen Erlebnisreaktionen vor allem als „psychischer Hintergrund“ aber auch in der Zügelung der Reaktion eine Rolle. Sie spielen sowohl bei Oligophrenen wie bei normal Begabten eine wesentliche Rolle im Rahmen von Erlebnisreaktionen. Wenn wir darüber hinaus mit E. Kretschmer annehmen, daß der Charakter das Resultat einer Entwicklung aus Konstitution (Erbanlage) und Konstellation (Umwelt) ist, als eine Summe allmählich immer fester eingeschliffener „Reaktionsbereitschaft“, so läßt sich beim primitiv strukturierten Minderbegabten die fast durchweg erkennbare Charakterabartigkeit relativ leicht erklären. Einmal handelt es sich um eine angeborene Konstitutionsanomalie, zum anderen ist die Konstellation bei diesen Menschen oft ungünstig (schlechtes soziales Milieu, schlechte Schulbildung, niedrige soziale Stellung u. a.). Nicht als Regel, aber doch nicht selten finden wir ein „Asozialen-Milieu“ (hierzu Sarason), zumindest ein schlechtes soziales Anpassungsvermögen, mitunter kriminelle Beispiele oder Anleitung zu kriminellem oder asozialem Verhalten, nicht selten häufiges Versagen (Cromwell, McCandless) und ständige Enttäuschung, durch eine unverständige Umwelt unterstützt und gefördert. Da der Schwachsinn „alle Schichten der Persönlichkeit durchdringt“ (K. Schneider), somit nicht nur Charakter, sondern auch Triebe und Temperamente anders sind als bei Nichtschwachsinnigen (Comby, McLachlan), so ist klar, daß einmal die Konstitution, zum anderen die Konstellation beim Minderbegabten für die Charakteranomalie verantwortlich ist. Viele „abnorme“ Reaktionen Minderbegabter erscheinen unter diesem besonderen Blickwinkel eher adäquat, zumal unter Berücksichtigung des Intelligenzmangels, mehr aber noch aus der Sicht der wenig differenzierten Persönlichkeitsstruktur und der mangelnden Persönlichkeitsreife und -festigkeit.

Die Diagnose „abnorme Erlebnisreaktion bei Minderbegabung“ mußte bei klinisch behandelten Patienten erstaunlich selten gestellt werden. Wir haben im Zeitraum von 1951—1961 und von 1966—1968 1200 Patienten mit den Diagnosen „abnorme Erlebnisreaktion, Neurose, Rentenneurose, Kurzschlußreaktion usw.“ gefunden. Dagegen waren nur 36 Patienten in die Klinik aufgenommen worden, bei denen die Diagnose „abnorme Erlebnisreaktion bei Minderbegabung“ gerechtfertigt erschien, darunter einige Patienten, die mehrfach in unserer Behandlung standen. Wir können mit diesen wenigen Fällen nur aussagen, daß die Diagnose „abnorme Erlebnisreaktion bei Minderbegabung“ bei etwa 3% der Patienten mit „abnormaler Erlebnisreaktion bei normaler Begabung“ zu stellen war. Nach Möglichkeit wurden aus dem bearbeiteten Krankengut solche Patienten ausgesondert, bei denen sich Hinweise für eine schwerwiegende organische cerebrale Schädigung fanden, bei denen wir Anhaltspunkte dafür hatten, die Minderbegabung sei Folge eines frühkindlichen Hirnschadens oder einer Demenz als Folge eines Hirntraumas post partum. Patienten mit faßbaren neurologischen Auffälligkeiten und EEG-Veränderungen wurden ebenso wie Patienten mit pathologischem Pneumencephalogramm eliminiert. Desgleichen wurden in unserer Aufstellung solche Patienten nicht berücksichtigt, die offensichtlich an einer Imbezillität oder Idiotie litten. Es wurden also nur Patienten aufgenommen und verglichen, die nach Anamnese und Befund an einer sog. „endogenen Debilität“ litten. (Wir sind uns bewußt, daß manche Formen genbedingter Mangelbegabung noch nicht bekannt sind und noch irrtümlich den „endogenen“ Schwachsinnssformen zugerechnet werden müssen, doch fehlt uns zunächst die Möglichkeit einer weiteren Aufgliederung hinsichtlich der Schwachsinnssursachen.) Sämtliche Patienten hatten in der Volksschule eine oder mehrere Klassen repetiert, konnten schlecht und zum Teil nur fehlerhaft schreiben, lesen und rechnen und mußten sich nach der Schulentlassung mit Hilfsarbeiterstellen begnügen. In einigen Fällen wurde der Intelligenzquotient durch eine Testuntersuchung (HAWIE) kontrolliert, zum Ausschluß einer höhergradigen Mangelbegabung.

Ehe wir im einzelnen auf die Kasuistik eingehen, sei kurz dargestellt, nach welchen Gesichtspunkten die Einteilung der abnormen Erlebnisreaktionen durchgeführt wurde. Wir haben in Anlehnung an die Meinung von K. Schneider die Einteilung zunächst nach Leitgefühlen getroffen. Hierbei führen Traurigkeit, Schreck und Angst. In der Regel werden die abnormen Erlebnisreaktionen aber nach äußerlich auffallenden klinischen Bildern beschrieben. Aus der großen Zahl systematischer Typisierung seien nur einige wenige aufgezählt. So beschreibt E. Braun im Handbuch der Geisteskrankheiten 1. Persönlichkeitsreaktionen (depressive Reaktionsformen, explosive Reaktionsformen, Anfälle, Dämmerzu-

stände und dgl., körperliche Störungen), 2. Milieureaktionen (Schreck, Angst, Erwartung, Hypochondrie, Epithymie und Simulation). G. Ewald nennt psychogene Depressionen, exaltative Erregung, paranoische Reaktionen, Schreckreaktionen, Angstreaktionen, hysterische Reaktionen. K. Schneider reduziert die Erscheinungsformen auf reaktive Depressionen, reaktive Dämmerzustände, reaktiven Wahn. E. Kretschmer nennt Primitivreaktionen, Explosivreaktionen (mit Kurzschlußhandlungen, hypobulischen und hyponoischen Reaktionen) und Persönlichkeitsreaktionen (expansive Entwicklung, sensitive Entwicklung, autistische Wunscherfüllung). Die am weitesten aufgegliederte Typologie gab G. Kloos. Er unterschied zunächst, wie fast alle Untersucher, quantitative abnorme Erlebnisreaktionen und qualitative abnorme Erlebnisreaktionen. Daneben unterteilte er ebenfalls in abnorme Erlebnisreaktionen auf äußere Erlebnisse und abnorme Reaktionen auf innere Erlebnisse (= innere Konfliktreaktionen). So differenziert die Einteilung von G. Kloos auch ist, so ist sie für den klinischen Gebrauch recht unhandlich. Wir können die Reaktionsformen auch nach ihren äußereren Erscheinungsbildern einteilen, wobei wir zunächst introvertierte und extravertierte Formen besonders herausstellen möchten.



Sowohl bei der introvertierten Form wie bei der extravertierten Reaktion sind Kurzschlußhandlungen möglich, die bei der introvertierten Form in der Regel zum Selbstmordversuch führt, bei der extravertierten zur Sachbeschädigung. Die depressiven Ausdrucksformen mit negativistischem und stuporösem Verhalten sind ebenfalls der introvertierten Reaktionsform zuzuordnen, während die rein demonstrativen Reaktionen mit nicht ernstgemeintem Selbstmordversuch oder „hysterischen“ Reaktionen und reaktiven Dämmerzuständen zu den extravertierten Erlebnisreaktionen zählen. Zwischen beiden stehen die paranoiden und wahnhaften Formen. In diese Typisierung lassen sich alle abnormen Erlebnisreaktionen einreihen. Sachlich nicht ganz gerechtfertigt scheint uns die Einteilung nach den Ursachen zu sein. Die Begriffe Schreckreaktion, Angstreaktion und dgl. sind zwar im klinischen Sprachgebrauch eingeführt, sachlich aber nicht ganz zutreffend.

In unserem Krankengut stehen 17 weibliche Patienten 19 männlichen Patienten gegenüber. Die Verteilung auf die einzelnen Jahre ist annähernd

Tabelle 1. Kasuistik

Nr.	Name	Geschl.	Alter Jahre	Behandl.	Ursache	Reaktion
1	B. R.	w.	11	1951	Erziehungsvers. d. Eltern	Erregungszustände
2	B. E.	w.	19	1953	Streit mit Freundin	Stupor
			21	1955	Streit mit Vater	psychogene Körp. Stör.
3	B. B.	w.	52	1953	Rentenablehnung	Stupor
4	F. E.	w.	31	1954	Streit mit Mann	SMV mit Essigessenz
5	B. R.	w.	24	1955	Streit mit Mann	SMV mit Tabletten
6	K. A.	w.	16	1955	Streit mit Vater	Schmerzen, Mutismus
7	S. H.	w.	20	1955	Streit mit Bräutigam	SMV mit Gas
8	G. P.	w.	30	1956	Enttäuschung ü.d. Freund	SMV mit Tabletten
9	B. L.	w.	28	1958	Streit mit Ehemann und Nachb.	Bedrohung des Ehemannes
10	H. H.	w.	27	1958	Streit mit Ehemann	SMV mit Tabletten
11	B. E.	w.	49	1960	Furcht v. d. betrunk. Mann	Versagenszustand
12	D. K.	w.	54	1960	Streit mit Ehemann Eifersucht	Depression
13	S. M.	w.	40	1961	vermuteter Unwille des Mannes	Versagenszustand
14	M. W.	w.	30	1961	Unfall d. Ehemannes	Versagenszustand
15	I. L.	w.	18	1966	Streit mit dem Bräutigam	Erregungszustand
16	G. S.	w.	43	1968	Streit an der Arbeits- stelle	depressiver Versagens- zustand
17	M. G.	w.	17	1968	Schädelprellung	Psychogene Körper- störung mit Anfällen

*der weiblichen Patienten*

Diagnose	Psychopathol. Manifestation							akut oder Entwicklung
	intro.	neg.	stup.	explos.	Kurz- schl.	Sach- besch.	dem.	
Debilität				+				Entwicklung
Debilität	+	+	+					akut
abnorme Erlebnisr.	+	+						akut
Debilität	+	+	+					akut
Primitivreaktion				+	SMV	+	akut	
Primitivreaktion				+	SMV		akut	
Primitivreaktion		+		+			+	akut
Primitivreaktion				+			+	akut
Primitivreaktion	+				+	SMV		akut
abnorme Erlebnisr., Debilität				+		(+)		akut
Primitivreaktion					+	SMV	+	akut
abnorme Erlebnisr.	+					(+)		Entwicklung
paranoide Reaktion	+							Entwicklung
Debilität	+				(+)	+	akut	
Debilität	+							Entwicklung
abnorme Erlebnisr. bei Debilität				+			+	akut
abnorme Erlebnisr. bei Debilität		+						Entwicklung
abnorme Erlebnisr. bei Debilität						+	akut	

Tabelle 2. *Kasuistik*

Nr.	Name	Geschl.	Alter Jahre	Behandl.	Ursache	Reaktion
1	Z. A.	m.	13	1952	Ärger mit Kollegen	Versagenszustand
2	M. B.	m.	20	1952	Heimweh	Tabletteneinnahme
3	D. R.	m.	32	1954	Ärger mit Kollegen	paranoid
4	U. B.	m.	18	1954	Unfall, Comm. cereb.	Rentenwunsch
			18	1954	Unfall, Comm. cereb.	Rentenwunsch
			20	1956	Unfall, Comm. cereb.	Erregungszustände
5	R. E.	m.	29	1955	Streit mit Ehefrau	Tabletteneinnahme
6	K. F.	m.	29	1955	Bagatellverletzung Hand	Rentenwunsch
7	G. H.	m.	49	1956	Distorsion li. Kniegelenk 1947	psychogene Lähmung
8	M. W.	m.	18	1957	Tonsillektomie	Mißempfindungen i. Hals
9	B. G.	m.	16	1958	Heimweh	psychogener Anfall
			16	1958	Streit mit Geselle, Heimweh	SM-Drohung mit Messer
10	B. A.	m.	47	1958	Rentenwunsch	Leuchtgas-SMV
11	G. R.	m.	39	1959	Milieuwechsel	Versagenszustand
12	E. M.	m.	40	1960	Streit i. d. Familie	Geschirr zertrümmert
13	D. R.	m.	45	1960	Gang über den Friedhof	„Angstgefühle“
			45	1960	Gang über den Friedhof	„Angstgefühle“
			46	1960	Gang über den Friedhof	„Angstgefühle“
14		m.	50	1961	Ärger mit Kollegen	SMV mit Gras- vertilgungsmittel
15.	M. R.	m.	47	1961	Rentenbegehren	körp. Mißempfindungen
16	G. W.	m.	23	1966	Streit an der Arbeits- stelle	SMV mit Insekten- vertilgungsmittel
			25	1968	Streit an der Arbeits- stelle	SMV mit Unkraut- vertilgungsmittel
17	R. N.	m.	22	1966	Elektrischer Schlag	Psychogene Arm- lähmung
18	K. F.	m.	45	1967	Beinverwundung 1945	Psychogene Bein- lähmung
19	M. G.	m.	28	1968	Streit mit der Familie	Erregungszustand, Wohnung demoliert

## der männlichen Patienten

Diagnose	Psychopathol. Manifestation							akut oder Entwicklung
	intro.	neg.	stup.	explos.	Kurz- schl.	Sach- besch.	dem.	
abnorme Erlebnisr.	+							Entwicklung
abnorme Erlebnisr.	+			+		SMV	akut	
abnorme Erlebnisr. bei Debilität				+	+		akut	
synop. Anfälle				(+)			Entwicklung	
Comm. cereb.				Gutachten			Entwicklung	
neurot. Entwicklung				+		+	Entwicklung	
SMV, Primitivreaktion					SMV	+	akut	
Primitivreaktion					(+)		Entwicklung	
Primitivreaktion						+	Entwicklung	
Debilität	+	+					akut	
psychogener Ausn.- Zustand	+	+	+			+	akut	
SM-Drohung				+		+	akut	
Debilität				+	SMV	+	akut	
abnorme Erlebnisr.	+						Entwicklung	
Debilität				+	SMV		akut	
Psychopathie	+						Entwicklung	
Psychopathie	+						Entwicklung	
Debilität	+						Entwickluhg	
Kurzschl. bei Debilität				+	+	SMV	akut	
Debilität	+						Entwicklung	
abnorme Erlebnisr. bei Debilität				+	SMV		akut	
abnorme Erlebnisr. bei Debilität				+	SMV		akut	
abnorme Erlebnisr. bei Debilität						+	akut	
abnorme Erlebnisr. bei Debilität						+	Entwicklung	
abnorme Erlebnisr. bei Debilität				+		+	akut	

gleich. Die Ursachen der abnormen Erlebnisreaktionen unterscheiden sich nicht von denen, die wir auch bei normal Begabten finden. Bei 19 Männern fanden wir als auslösende Ursache in 6 Fällen Bagatellunfälle und Operationen, in 5 Fällen Ärger an der Arbeitsstelle mit Arbeitskollegen, in 3 Fällen Streit innerhalb der Familie, in 2 Fällen ein Rentenbegehr ohne vorausgegangenen Unfall, in 1 Fall Heimweh, 1 Patient bekam im Rahmen einer abnormen Erlebnisreaktion schwere Angstzustände nach einem Gang über den Friedhof, 1 Patient bot einen Versagenszustand nach Milieuwechsel (aus der Landwirtschaft in die Industrie, wo er sich sehr unglücklich fühlte).

In auffallender Weise häuften sich unter den weiblichen Patienten Streitigkeiten als auslösende Ursache. 12 der Patientinnen hatten Streitigkeiten mit dem Ehemann, den Eltern, dem Freund oder Bräutigam, 1 Patientin konnte sich über den Tod der Mutter nicht trösten, 1 Patientin ärgerte sich über einen ablehnenden Rentenbescheid, 1 Patientin war durch einen leichten Straßenunfall des Ehemannes, den sie zufällig mit angesehen hatte, in einen Versagenszustand gekommen, 1 Patientin hatte ein Bagatelltrauma des Schädels, 1 Patientin erlebte eine Auseinandersetzung an der Arbeitsstelle. Es erstaunt, daß so viele unserer Patientinnen auf „familiäre Konflikte“ in abnormer Weise reagierten.

Die Manifestationen der abnormen Erlebnisreaktionen waren die gleichen, wie bei normal Begabten. Wir fanden Erregungszustände, Tabletteneinnahme, psychogene Körperstörungen, Angstzustände und depressive Versagenszustände. Auffallend häufig konnten introvertierte Erlebnisreaktionen gefunden werden (8 Frauen, 9 Männer). Dabei führten die asthenischen und negativistischen Reaktionen. In gleichem Maße auffällig ist die Zahl der Selbstmordversuche. Unter 1200 Patienten mit normaler Begabung und abnormer Erlebnisreaktion fanden wir 75 mit versuchtem oder geglücktem Suicid, gegen 10 Patienten mit Mangelbegabung und Selbstmordversuch unter 36 Fällen mit abnormer Erlebnisreaktion. Die meisten Selbstmordversuche sind als Kurzschlußhandlung zu deuten, einige waren allerdings auch rein demonstrativ angelegt. In diesen Fällen dürfte die mangelnde Intelligenz mit schwacher Kritikfähigkeit eine besondere Rolle gespielt haben, die impulsiv demonstrative Handlung wird nicht, wie etwa beim Bilanz-Selbstmord oder -versuch, durchdacht, die hemmenden Schranken werden leichter durchbrochen. Wider Erwarten selten fanden wir Erregungszustände, bei denen es tatsächlich zu Sachbeschädigungen kam. 3 Patienten zertrümmerten in ihrer Erregung Geschirr oder Möbel, im übrigen blieb es bei Drohungen und lauter verbaler Entladung.

In 17 Fällen lag eine abnorme erlebnisreaktive Entwicklung vor, die aber in einigen Fällen aus einer akuten abnormen Erlebnisreaktion entstanden war. Ähnliche Reaktionen, wie bei den von uns beobachteten

minderbegabten Patienten, wären auch bei normal Begabten zu erwarten gewesen, in einigen Fällen aber sicher nicht in dieser überschließenden Vehemenz. Das ängstliche Zustandsbild, das sich bei einem 45 jährigen Patienten nach einem Gang über den Friedhof entwickelte, wäre bei einem normal Begabten in dieser primitiven Form und Ausprägung nicht möglich gewesen.

Vergleichen wir die von uns beobachteten abnormen Erlebnisreaktionen an Mindersehigen mit denen bei normal Begabten, so finden wir eine Abweichung der Reaktion hinsichtlich der Quantität, d. h. es kam zu überschließenden Reaktionen, die bei einem großen Teil der Patienten zu Selbstmordversuchen geführt haben. Ursächlich für diese Abweichung anzuschuldigen ist einmal der Kritikmangel bei der Minderbegabung, zum anderen die wenig differenziert strukturierte Persönlichkeit. Man könnte erwarten, daß diese beiden Komponenten zu einer besonders hohen Zahl abnormer Erlebnisreaktionen bei dieser Patientengruppe führen müßten; wir fanden aber einen erstaunlich niedrigen Anteil in unserem Krankengut von nur ca. 3%. Dieser Befund wird dadurch erklärt, daß die beobachtete Patientengruppe auf der einen Seite zwar durch mangelhafte Kritik- und Urteilsfähigkeit rascher und überschließend zu abnormen Erlebnisreaktionen gebracht werden kann, andererseits aber infolge der geringeren Differenzierung der Persönlichkeitsstruktur weniger reagibel ist, so daß es nur in relativ wenigen Fällen zu einer psychiatrisch relevanten abnormen Erlebnisreaktion kommt.

### Literatur

- Braun, E.: Psychogene Reaktionen. In: Bumke, O.: Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. V, S. 112 ff. Berlin: Springer 1928.
- Comby, H. H.: Diffuse brain damage in children. Behavior manifestations. Lancet **1955 I**, 187.
- Cromwell, R. L.: A methodological approach to personality research in mental retardation. Amer. J. ment. Defic. **64**, 333 (1959).
- Ewald, G.: Lehrbuch der Neurologie und Psychiatrie, 4. Aufl. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1959.
- Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie, 5. Aufl. Berlin: Springer 1948.
- Kloos, G.: Der heutige Stand der psychiatrischen Systematik. Med. Klin. **46**, 1 (1951).
- Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie, 11. Aufl. Stuttgart: Thieme 1956.
- McCandless, B.: Environment and intelligence. Amer. J. ment. Defic. **56**, 674 (1952).
- McLachlan, G. D.: Emotional aspects of the backward child. Amer. J. ment. Defic. **60**, 323 (1955).
- Sarason, S. B., Gladwin, T.: Psychological and cultural problems in mental sub-normality. Amer. J. ment. Defic. **62**, 1115 (1958).
- Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, 7. Aufl. Stuttgart: Thieme 1967.

Dr. med. F. Funk  
Neurologische Klinik  
der Städt. Krankenanstalten  
6800 Mannheim