

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Göttingen [Direktor: Geheimrat Prof. Dr. *Schultze*] und der Landesheil- und Pflegeanstalt Göttingen.)

Über das Epileptoid und den epileptischen Charakter.

Von

Prof. Dr. U. Fleck,
Oberarzt der Klinik.

(Eingegangen am 1. August 1934.)

In einer im übrigen verdienstvollen psychiatrischen Arbeit der letzten Jahre werden verschiedene Persönlichkeiten als „Sonderlinge mit *epileptoiden* Zügen“ dahin charakterisiert:

1. Sehr empfindlich, reizbar, soll von Hause aus fort aufs Gymnasium, ist darüber schwermütig, schließt sich ein und ißt nicht.
2. Herrschsüchtig, sehr ordentlich und sparsam.
3. Übertrieben fromm, sehr arbeitsam.
4. Sehr zornmütig, versteht alles besser, trinkt viel.
5. Gern für sich, launenhaft, man kennt sich nicht aus mit ihm.

Sucht man sich nach solchen Angaben, die beliebig aus anderen Arbeiten heraus vermehrt werden können, ein Bild vom Begriff des Epileptoiden zu machen, so wird man, falls man einige Ansprüche an Klarheit und Deutlichkeit stellt, wenn man verlangt, daß dieser Begriff in sich selbst und von anderen zu unterscheiden sein soll, bald mit Bedauern sagen müssen: Man kennt sich nicht aus mit ihm.

Die Psychiatrie unserer Zeit ist erbbiologisch orientiert und gerade für die verwickelten Gänge erbbiologischer Untersuchung scheint mir möglichst große Klarheit der verwandten Begriffe unbedingt erforderlich, wie sie notwendig ist für die Ökonomie wissenschaftlichen Denkens und Forschens überhaupt.

So gilt die vorliegende Arbeit dem, was unter *Epileptoid und dem epileptischen Charakter* zu verstehen ist. Daß man dabei von dem auszugehen hat, was man bei Epileptikern beobachten kann, ist eine Selbstverständlichkeit. Ich stimme dabei *Bumke* durchaus zu, der dem Begriff der sog. psychischen Epilepsie als einer Epilepsie, die lediglich aus psychischen Symptomen heraus zu erkennen sei, und bei der keine Anfälle auftreten, durchaus skeptisch, ja ablehnend gegenübersteht¹.

Bedauerlich ist es gewiß, daß sichere diagnostische Kriterien für die Unterscheidung der sog. genuinen (oder erblichen) von der symptomatischen Epilepsie durchaus fehlen. Der Begriff der genuinen Epilepsie ist

¹ Vgl. auch *O. Binswanger*: „Der Nachweis, daß bestimmte psychische Krankheitsbilder zu den Formen des epileptischen Irreseins gehören, wird in erster Linie durch Feststellung der Tatsache gesichert, daß das erkrankte Individuum an epileptischen Anfällen leidet.“

ja nur ein Begriff per exclusionem; aber das ist eine Tatsache, mit der man sich abfinden muß.

Zu meinen Untersuchungen habe ich im ganzen 157 Epileptiker heranziehen können; von diesen verwandte ich 54 Kranke schon für einen Vortrag in Danzig (1929). Ich halte es für einen besonderen Vorteil, daß ich in den letzten Jahren die wesentlich leichter kranken, zum Teil „ambulanten“ Epileptiker auch der Nervenklinik Göttingen heranziehen konnte, also nicht nur auf die schwerer Kranken der Göttinger Heil- und Pflegeanstalt angewiesen war.

Die Zahl 157 betrifft nicht etwa alle Epileptiker, die ich bis zum Jahre 1932 sehen konnte. Sie betrifft ebenso nicht etwa eine besondere Auswahl dieser Kranken. Für die Auswahl spielte nur der Zufall insofern eine Rolle, als es eben die Fälle waren, mit denen ich Zeit fand, mich genauer zu beschäftigen. Eine erbbiologische Bearbeitung meiner Kranken mußte unterbleiben.

I. Über das Epileptoid.

a) Das Epileptoid Griesingers.

Wenden wir uns zunächst dem *Epileptoid* zu, so wird man aus dem Wandel dieses Begriffes in der Zeit manches lernen können. Der Begriff hat seinen Inhalt sehr häufig, fast möchte man sagen, immer wieder geändert. Die Krankheit Epilepsie war gewiß schon im europäischen Altertum bekannt. Man braucht sich nur an die Schilderung der Fallsucht bei *Hippokrates* zu erinnern, an die Bezeichnung *ἱερὴ νόσος* und *Morbus sacer*. Was gab aber der Krankheit den Beinamen heilig? Das war gewiß das unvermutet Hereinbrechende, das anscheinend von oben herab bestimmte Eintreten der Anfälle, das plötzliche Ergriffenwerden. Die Anfälle gaben den wesentlichsten diagnostischen Anhalt; alles andere war gewiß zunächst kaum beachtetes Beiwerk.

Der Begriff des Epileptoiden findet sich in der deutschen psychiatrischen Literatur zunächst wohl in der letzten und unvollendeten Arbeit *Griesingers* aus dem Jahre 1886, die den Titel: „Über einige epileptoide Zustände“ trägt. Hier ging *Griesinger* von dem damaligen Krankheitsbegriff der Epilepsie aus, wobei er nicht versäumte, darauf hinzuweisen, daß unter dem Namen Epilepsie offenbar mannigfache innerlich verschiedene Zustände „kursierten“.

Er hält es trotz mancher Bedenken nicht für wertlos, Zustände, die bisher in der Pathologie so gut wie keine Stelle hätten, in der Luft ständen, an etwas Bekanntes anzureihen, zu dem sie unzweifelhaft gehörten. Die Feststellung eines solchen epileptischen Zustandes habe eine große Tragweite in klinischer, prognostisch-therapeutischer, vollends in sozialer und in mediko-forensischer Hinsicht.

Am Ende seiner Arbeit faßt *Griesinger* seinen Standpunkt dahin zusammen: „Es haben aber die Zustände erfahrungsgemäß wirklich alle

etwas Gemeinsames. Den Praktiker wird vor allem der Punkt dieser Gemeinsamkeit interessieren, daß bei allen, mögen sie sich weiter hier gestaltet haben, wie sie wollen, in jedem Augenblick auch ein wahrer, gewöhnlicher epileptischer Anfall ausbrechen kann.“

Die *erste* seiner Krankengruppen, die er als epileptoide bezeichnet, betrifft junge Menschen mit Schwindelanfällen, sie wurden sonst als Erscheinungen einer „Chlorose“ angesehen. In die gleiche Gruppe rechnet *Griesinger* aber auch Personen über 50 Jahre, die zeitweise an Schwindelanfällen litten. Dabei macht er sich selbst den Einwand: „Es können ja gerade in dieser Lebensperiode noch andere wichtige Faktoren in dieser Richtung wirksam sein.“ Um nun in solchen Fällen die Diagnose: Epileptoide Zustände zu erhärten, muß er auf die Vorgeschichte der Kranken zurückgreifen. Hier spielen Krämpfe mit Verlust des Bewußtseins oder doch „unverkennbar vertiginöse“¹ epileptische Anfälle als Kind oder junger Mensch eine Rolle. Solche Anfallszustände seien auch wohl als Angst, Ohnmacht, Zähneknirschen im Schlaf u. dgl. bezeichnet worden.

Man wird sich diesen Gedanken *Griesingers* heute nicht mehr anschließen können. Wir wissen, daß ein großer Teil der Ohnmachtszustände in jugendlichen Jahren als vegetativ bedingt anzusehen ist. Hier spielen wohl vor allem Änderungen im Gefäßtonus nicht nur der Hirngefäße eine Rolle. Schwindelanfälle bei Männern über 50 Jahre werden aber vor allem an arteriosklerotische Zustände denken lassen. Als irgendwie pathognomonisch für Epilepsie wird man solche Anfälle gewiß nicht ansprechen können.

Man wird *Griesinger* ebenso die Gefolgschaft versagen müssen für den Großteil der Kranken, die er wegen stark entwickelter intervallärer sensitiver und psychosensitiver Symptome neben einem leichten und kurzen, also ganz inkompletten und zuweilen noch seltenen Anfall aus dem Rahmen der Hypochondrie oder Hysterie herausgreift. Hier bahnt sich bei ihm der Gedanke der „psychischen Epilepsie“ an, von dem wir weiter unten zu sprechen haben werden.

Solche Kranke sprechen von Aufregungen, Erschlaffungen, von Ängstlichkeit, Befangenheit. Wenn bei einem der Kranken *Griesingers* die Ängstlichkeit auch bei ganz gleichgültigen Handlungen, beim Schreiben, beim Mittagessen eintritt, so werden wir nicht ohne weiteres an Epilepsie denken. Ebensowenig, wenn ein anderer Kranker zuweilen mitten im Weg stehen bleibt, sich besinnen muß, ob er auch weitergehen könne. Es bleiben uns auch Wege offen zum schizophrenen Erleben und zum Erleben depressiver Art. Unbezwingliches Auftreten gehässiger Stimmungen gegenüber Angehörigen, tiefster Ärger über Kleinigkeiten, überströmende Wehmut ohne Grund,

¹ Es kann hierzu auf die Arbeit von *K. H. Stauder*: „Epilepsie und Vestibularapparat“ verwiesen werden [Arch. f. Psychiatr. **101**, 739 (1934)].

das Gefühl, als ob „alle Leute etwas gegen den Kranken haben“, als ob eigenes Verschulden Ursache des Leidens sei, das heißt uns doch jetzt nur einen Weg durch die allgemeine Symptomatologie der Psychosen machen, ohne daß sich irgendwie besonderes für eine Epilepsie ergäbe. *Griesinger* hebt die Worte eines seiner Kranken so hervor: „Die Sinneswahrnehmungen kommen in einer Weise zum Bewußtsein, die nicht zu definieren ist, sondern nur dadurch bezeichnet werden kann, daß sie *anders* als sonst sind.“ Wenn ein anderer meinte: Tagelang erscheine ihm alles traumhaft und die Menschen als „Figuren“, so spielt das doch wieder nach der Schizophrenie hin. Bei manchen der Kranken zeigten sich sogar distinktive Gesichts-, Gehörs- oder Geruchshalluzinationen. Sexuelle Schwäche oder besondere sexuelle Erregung sollen eine Rolle spielen. Ein Kranker klagte, sein Körper sei „selbständig tätig“. Er könne nur noch schwierig durch den Willen belebt werden usw.

Das Epileptoide der Anfälle dieser Kranken ist im wesentlichen nur durch das plötzliche Einsetzen der Störungen, also durch rein zeitliche Beziehungen, charakterisiert.

Man wird gewiß aus klinischer Erfahrung heraus zugeben können, daß all solche Symptome einmal bei einer Epilepsie auftreten können; aber das bunte Mosaik dieser verschiedenen Störungen zeigt doch nichts individuell auf die Epilepsie Zugeschnittenen.

Griesinger spricht von bestimmten pathologischen Individualitäten. Aber es bleibt bei dieser recht farblosen Ankündigung, ohne daß irgendeine Schilderung den Begriff erläuterte. Die Angaben über das Körperliche dieser Kranken können wir hier als belanglos übergehen.

Aus alledem ergibt sich, daß *Griesinger* den Begriff des Epileptoiden in das nicht mehr Greifbare verdünnt. Die Maschen seines Netzes sind zu weit, um das herausfischen zu können, was wirklich für die Epilepsie von besonderer Bedeutung sein könnte.

Man kann der Kritik von *C. Westphal* in seiner bekannten Arbeit über die Agoraphobie (1872) zustimmen, daß *Griesinger* einem Symptom, dem der Anfälle, auf Kosten anderer eine Bedeutung beigelegt habe, die ihm nicht zukomme. Berücksichtigt man noch das Schemenhafte, Unbestimmte der Anfälle, so wird man *C. Westphal* nur beipflichten können, daß es fruchtbarer sei zu sondern, als sich bei der Verallgemeinerung des Begriffes des epileptischen oder epileptoiden Anfalles zu beruhigen.

Griesingers Bemühungen um das Epileptoid sind fruchtlos im Sande verlaufen. Und schon *Binswanger* meinte: „Diese (sc. epileptoiden) Krankheitserscheinungen können nur dann als epileptische angesprochen werden, wenn sie neben wirklich epileptischen Insulten vorkommen.“

b) Die epileptoide Psychopathie.

Viel später hat dann *H. Roemer* (1910) den Begriff des Epileptoides neu belebt. Er fand in den Sippen seiner Fälle von „psychischer Epilepsie“ — für diesen Begriff bleibt meine Kritik durchaus aufrechterhalten —

„scheinbar Gesunde“ mit starker motorischer Erregbarkeit, auffallender Neigung zum Eigensinn, Jähzorn, zur Gewalttätigkeit, häufig auch zu sexueller Übererregbarkeit, sowie zu periodischer, selten chronischer Trunkenheit. Diese Persönlichkeiten nannte er „Epileptoide“; es sind also Persönlichkeiten, die vor allem Erlebnisse in Bewegungen so umsetzen, wie man es bei Epileptikern mit Anfällen, dieser Ausdruck sei hier einmal gestattet, sehen kann. Die Explosibilität steht im Vordergrund.

Man glaubt geradezu Gedanken von *Kretschmer* zu lesen, wenn *Roemer* z. B. meint: „Die epileptoide Anlage ist innerhalb der Breite der Norm die Präformation der epileptischen Konstitution.“ Ähnliches meinte *Kretschmer* ja mit dem Schizoiden und Cycloiden. Aber man wird gegen *Roemers* Ansicht vor allem aus dem Grunde heraus mißtrauisch sein müssen, weil es nicht recht ersichtlich ist, inwiefern sich aus Charakterologischem schließlich eine Krankheit mit Anfällen ergeben sollte, denn Anfälle sind eben doch ein wesentlicher Bestandteil der Krankheit Epilepsie. Ihnen mögen häufig genug gewisse psychische Eigenschaften zugeordnet sein. Aber ob das immer der Fall ist, das ist ja gerade die Frage, die *Roemer* so bejahend der Erfahrung vorausnimmt.

Und man wird auch eine gewisse Skepsis nicht verlieren, wenn man hört, wie *Roemer* einen seiner psychischen Epileptiker charakterisiert, der von jeher für sich, schwerfällig im Umgang mit anderen war, keine Freunde hatte, als Sonderling lebte. Dabei versorgte er seine Landwirtschaft richtig, wirtschaftete sparsam, folgte immer nur eigensinnig seinem eigenen Kopf, war anderen gegenüber mißtrauisch. Sein Gefühlsleben war lebhaft entwickelt, die Sexualität stark gesteigert. Doch äußerte er in seiner verschlossenen, absonderlichen Art selten, was ihn bewegte. Sobald jedoch die mehr oder weniger latente psychomotorische Erregung eintrat, führten alle Affekte zu explosiven Entäußerungen, und die angesammelte Spannung äußerte sich in heftigem Schimpfen, Streiterei und Gewalttätigkeit. Von nervösen Begleiterscheinungen seien Absenzen und namentlich Schwindelanfälle zu erwähnen. Das ist das, was *Roemer* über die Kennzeichen der epileptischen Anlage sagt.

Die Arbeit *Roemers* beruft sich auf eine recht kleine Zahl von Kranken. Man wird sich bei ihnen fragen müssen, ob tatsächlich dabei das Epileptische erfaßt ist. Einerseits wird man dafür die Schwerfälligkeit im Umgang mit anderen, andererseits die leichte Erregbarkeit, Explosibilität herausheben dürfen. Hat aber das eigensinnige Verharren auf dem eigenen Kopf, die mißtrauische Haltung gegenüber anderen, die gesteigerte Sexualität, die verschlossene, absonderliche Art etwas für Epilepsie Spezifisches? Denkt man dabei nicht an schizophrene Kranke¹? Und doch müßten diese Teileigentümlichkeiten epileptischen Geruch tragen, wenn sie hierher gehören sollten.

Einige Jahre später (1914) hat dann *Wilmanns* den Begriff des Epileptoiden in der epileptoiden Entartung, der epileptoiden Psychopathie zusammenfassen wollen. Ich beziehe mich hier auf seine Ausführungen im Handbuch der Neurologie von *Lewandowsky*.

¹ Nach *H. Hoffmann* steht ja die Gesamtkonstitution der *Roemerschen* Familie der schizothymen Konstitutionsgruppe sehr nahe.

Wilmanns geht von der Verwaschenheit des damals üblichen Epilepsiebegriffes aus: Die Franzosen neigten dazu, der Epilepsie das zirkuläre Irresein unterzuordnen, die Deutschen dagegen, den Begriff auf alle mit endogenen Verstimmungen einhergehenden Psychopathien auszudehnen. Demgegenüber sucht *Wilmanns* den Begriff der *epileptoiden Entartung* schärfer zu umreißen. Bei einer Gruppe von sowohl in intellektueller wie gemüthlicher Beziehung sehr verschiedenartigen Personen komme es zu ausgesprochenen Stimmungsschwankungen und in diesen zur Entwicklung von gewissen affektiven Anomalien, die dem ursprünglichen Wesen der Kranken nicht eigentümlich seien. Die Labilität der Stimmung äußere sich so in mehr oder weniger scharf abgegrenzten Verstimmungen, die sich als etwas der Persönlichkeit Fremdes entwickelten. Diesen endogenen Verstimmungen mißt *Wilmanns* eine ganz besondere Bedeutung zu, um die epileptoide Entartung zu kennzeichnen. Mit einem gewissen Verständnis für solche Verstimmungen könne manches ausgeglichen, könnten heftige Auftritte vermieden werden.

Bei der Epilepsie können nach *Wilmanns* auch die Krampfanfälle fehlen. Nach ihm haben *die* Forscher recht, die auch diejenigen Fälle epileptoider Psychopathie als Epilepsie aufgefaßt wissen wollen, die sich lediglich in periodischen Verstimmungen äußere. Andererseits sei in der Tat ein kleiner Teil der epileptoiden Entartung in der Krampfepilepsie enthalten und schwer von ihr zu trennen. Es sei jedoch klinisch nicht fruchtbar, eine Krankheitsgruppe, deren Kern aus Verblödungsprozessen gebildet werde, auf Entartungen auszudehnen, die sich im Alter erfahrungsgemäß oft wesentlich besserten, denn dann büße der Begriff Epilepsie jede prognostische Bedeutung ein.

Dieser Gesichtspunkt veranlaßte *Wilmanns*, die epileptoide Entartung von den schweren anatomischen Prozessen, soweit möglich, abzugrenzen.

Die Schwierigkeit dieser Stellungnahme kommt — abgesehen davon, daß es schwer, ja unmöglich ist, eine Epilepsie ohne Anfälle zu diagnostizieren — auch in den weiteren Gedanken von *Wilmanns* zum Ausdruck.

Aus dem klinischen Bilde allein sei die Diagnose der epileptoiden Entartung nicht zu stellen, hierzu müsse weiterhin vorliegen: Das Auftreten von allerlei nervösen Symptomen schon in der Kindheit (Pavor nocturnus, Somnambulismus, Bettnässen bis in die Jünglingsjahre herein und darüber hinaus), Neigung zu Migräne, zu Fieberdelirien, dazu das Vorhandensein von hysterischen Symptomen, von körperlichen Stigmen, übermäßiger Lebhaftigkeit der Phantasie, Neigung zu pathologischem Schwindeln und Wachträumereien, zu krankhaften Reaktionen in der Haft, sowie der Nachweis einer charakteristischen Psychopathie¹. Das alles spreche für das Vorhandensein einer epileptoiden Entartung. Und hier herein gehöre vor allen Dingen auch die echte Poromanie und Dipsomanie und nicht zur Epilepsie. Die epileptoide Entartung verlaufe ohne Verblödung.

Der Titel des Abschnittes von *Wilmanns* lautet: „Die Psychopathien“. Wir dürfen wohl annehmen, daß er mit der epileptoiden Entartung die „epileptoiden Psychopathien“ kennzeichnen will. Die klinische Trennung der epileptoiden Psychopathie von der Epilepsie bleibt aber unbestimmt und unsicher.

Man wird sich daran erinnern, daß *Samt*, von dem später zu sprechen sein wird, die Kennzeichen, die *Wilmanns* für die epileptoide Entartung betont, für seine psychische Epilepsie in Anspruch nimmt. Wenn *H. W. Siemens* kürzlich einmal meinte, Definitionen brauchten gar nicht

¹ Vom Verfasser gesperrt.

„richtig“ zu sein, sie seien ja frei, aber sie sollten zweckmäßig für Lehre und Forschung sein, so wird man die epileptoiden Psychopathie in dieser Fassung ablehnen müssen. Bleibt man einmal dabei, daß *Wilmanns* zur Darstellung seiner epileptoiden Psychopathie sich nicht an charakterologischen Merkmalen, am Querschnitt, genügen lassen kann, daß er vielmehr die Vorgeschichte heranzieht, so wird man an *Griesinger* denken und bei der bunten Reihe von zum Teil psychischen, zum Teil auch körperlichen Merkmalen, die anamnestisch den Begriff: epileptoiden Psychopathie unterstützen sollen, recht bedenklich werden. Vor allen Dingen weiß man dann nicht recht, was eigentlich der Begriff der charakteristischen Psychopathie bedeuten soll, die ihrerseits wieder eine Voraussetzung zur Annahme einer epileptoiden Entartung bilden soll.

Auch *Gruhle* hat sich kürzlich (1932) zum „Epileptoid“ geäußert.

Es stellt eine Reihe auf, an deren einem Pol echte Epileptiker stünden, die fast gar keine Äquivalente, sondern nur motorische Anfälle haben. In den folgenden Gruppen tritt das Motorische zurück. Eine 5. Gruppe entbehre so allen motorischen Beiwerks, ihre gesamten — „nur psychischen“ — Symptome seien deutlich endogen. Eine weitere Gruppe, die sich weitgehend mit *Gowers'* reiner psychischer Epilepsie decke, möge zweckmäßig als epileptoiden Psychopathie bezeichnet werden.

Es ist meines Erachtens aber nicht nur aus didaktischen Gründen heraus zweckmäßig, Psychosen von den Psychopathien scharf zu trennen, auch wenn man *P. Schröder* das Unzulängliche unseres Wissens über die Psychopathien zugibt. Psychopathien sind doch nicht nur Verdünnungen von Psychosen. Vielmehr steht dem konstitutionell Gegebenen der Psychopathien das sich erst krankhaft Entwickelnde der Psychosen gegenüber. Wirft man beide Begriffe durcheinander, so bedeutet das das Ende der klinischen Psychiatrie.

Gurewitsch hat 1913 von epileptoiden Zuständen bei Psychopathien gesprochen, in die er allerdings auch die Narkolepsie einrechnet. Als wesentlich für diese Epileptoidie erachtet er gerade das Fehlen des den Epileptikern eigenen Charakters. So findet er Epileptoiden im Gegensatz zu Epileptikern immer wieder rege und aufgeweckt. Jedoch ist das, was sich schließlich aus dieser Arbeit ergibt, so wenig klinisch verwendbar, daß ich nicht weiter auf sie eingehe.

Es ist vielleicht zweckmäßig, schon hier einige grundsätzliche Erwägungen einzuschalten. Epileptoid heißt doch epilepsieähnlich, und es wird nur einen Sinn haben, von einer epileptoiden Psychopathie dann zu sprechen, wenn die psychischen Erscheinungen dieser Psychopathie Ähnlichkeit haben mit denen einer Epilepsie. Und damit schiebt sich eigentlich vor die Frage der epileptoiden Psychopathie die nach den seelischen Störungen der Epileptiker. Gibt es da pathognomonische Symptome oder Syndrome? Treten sie bei jeder Epilepsie auf oder nicht? Man wird unter dem Gedanken der Struktur der menschlichen Persönlichkeit nach der Beteiligung der verschiedenen „Schichten“ fragen müssen. Es wird zu fragen sein: Muß die Epilepsie bei allen Kranken die ganze

seelische Persönlichkeit betreffen oder nicht? Und dann weiter: Gibt es vielleicht verschiedene epileptische Züge entsprechend den verschiedenen seelischen Provinzen? So kommt man schließlich zu der Frage: Kann es überhaupt ein Epileptoid geben, oder gibt es nur verschiedene epileptoide Züge, die allerdings auch zusammen in derselben Persönlichkeit gefunden werden könnten? Im letzteren Falle würde der Begriff Epileptoid nur eine Bedeutung haben als Beiwort zu verschiedenen seelischen Eigenschaften.

Damit ist das umschrieben, was meine Arbeit zu klären versucht. Wir wollen aber zunächst unseren historisch orientierten Gang weiter fortsetzen.

1927 berichtete *Ilse Graf* über 12 epileptoide Psychopathen, bei denen sie körperbauliche Untersuchungen vornahm. Als psychische Eigentümlichkeiten werden betont:

Beim	1. Kranken:	Gereiztheit, Handgreiflichkeit,
„	2. „	schwere Reizbarkeit,
„	3. „	endogene Verstimmung,
„	4. „	Trinkexzesse, Verstimmungen,
„	5. „	schwere pathologische Reizzustände, dabei sexuell perverse Psychopathie,
„	6. „	Verstimmungen, Schwerfälligkeit,
„	7. „	rasche Gereiztheit,
„	8. „	Reizbarkeit, Verstimmungen,
„	9. „	epileptoide Reizbarkeit,
„	10. „	Reizbarkeit, Umständlichkeit,
„	11. „	Erregbarkeit,
„	12. „	schwere Reizbarkeit, Bettnässen.

Es wird auch hier schwer fallen, oder besser gesagt, unmöglich sein, einen einheitlichen Begriff des Epileptoiden herauszustellen. Bei den einzelnen Kranken werden recht verschiedene Züge als epileptoide bezeichnet, die zum Teil in das Bereich der Intelligenz (Umständlichkeit) oder des Temperaments (Reizbarkeit, Verstimmungen), aber auch da wieder an verschiedene Stellen fallen.

Auch eine Arbeit von *Ssucharewa* zur Frage der epileptoiden Psychopathie ist wenig befriedigend.

Der Begriff der epileptoiden Psychopathie sei wohl auf viele Zweifel gestoßen, habe viel Streit gezeitigt, aber trotzdem sei er außerordentlich rasch und leicht in die klinische Tagespraxis eingegangen. Arbeiten von *Roemer*, *Minkowska*, *Delbrück*, *Mauz*, *Kreyenberg*, *Ganuschkin*, *Judin*, *Krassnuschkin*, *Serejski* und *Rappoport* sprächen sich dafür aus, daß Psychopathien existierten, die eine biologische Verwandtschaft mit der Epilepsie aufwiesen, auch wenn manche Autoren wie *K. Schneider*, *Braun* und *Kahn* sich dagegen aussprächen. Die 2 Typen *Kraepelins* der (1.) Reizbaren, Zornmütigen und Explosiven werden den (2.) Langsamen, kleinlichen Pedanten gegenübergestellt; auch bei *Delbrück* bilde die Schwerfälligkeit und Explosibilität nur 2 Seiten ein und desselben Syndroms. Dann aber hören wir bei *Ssucharewa* von der Bipolarität der sozialen Einstellung der Epileptiker, die Grausamkeit und Sentimentalität verknüpfe, von ihrer Religiosität, Bigotterie und Neigung zum Moralisieren. Es bestehe bei den Epileptikern eine ungenügende

Lebhaftigkeit der psychischen Prozesse; in intellektueller Hinsicht seien sie langsam, ungenügend biegsam. Die intensive Spannung und Klebrigkeit der Affekte, ihre Neigung zu affektiven Explosionen ergebe diese eigentümliche „Bipolarität“. Die habituelle Stimmung sei die der Unzufriedenheit, Reizbarkeit und Mürrisckheit, des Mißtrauens. Die polare Formel des Epileptoids trete bei Kindern schwächer als bei Erwachsenen auf. Vor allen Dingen spiele Pedanterie, Ordnungssinn, äußerste Prinzipienfestigkeit (= hypersoziales Syndrom) bei Jugendlichen eine weniger große Rolle als bei Erwachsenen. In der ersten Gruppe der Kranken von *Ssucharewa* finden sich die Kranken, die mit Epilepsie belastet sind. Eine zweite Gruppe von Kindern weist keine Belastung mit Epilepsie auf. Aber auch nur einige von ihnen weisen die oben beschriebene Formel des Charakters auf. Diese Kinder neigen zu affektiven Explosionen, sie sind grob, sehr egoistisch und boshaft, verhalten sich sthenisch, befehlshaberisch, machthaberisch, sind moralisch stumpf, ohne das Symptom der Langsamkeit. Trotzdem entspricht ihr emotioneller Tonus dem der ersten Gruppe, es sind rasche und haltlose Subjekte.

Ich weiß jedoch der Beschreibung nach nicht recht, wie man die zweite Gruppe von jugendlichen Kranken, z. B. von postencephalitisch veränderten Kindern trennen kann, und man wird bei solchen Kindern gewiß kaum darauf kommen, sie etwa als „epileptoide“ zu bezeichnen. Ich weiß weiterhin auch nicht recht, wie man solche Kinder von den anderen Psychopathentypen der Explosiblen, Erregbaren, Jähzornigen und Haltlosen abtrennen soll.

Es ist jedenfalls beachtenswert, daß sowohl *K. Schneider* wie *Kahn* in ihrer Bearbeitungen der Psychopathien den Begriff der epileptoiden Psychopathen ablehnen. Gleiches ergibt sich aus einer neueren Arbeit von *Boening* und *Constantinu*.

c) Über epileptoide = epileptaffine Charaktere.

Eine andere Färbung trägt das Epileptoid *Gerums*, dessen Arbeit hier ausführlich zitiert werden soll, wenn auch *Schulz* aus dem *Rüdinschen* Institut Bedenken gegen die statistische Methodik *Gerums* erhoben hat. *Rudin* wie *Reichardt* hatten früher geltend gemacht, daß die Psychiatrie extra muros vielleicht ein anderes Bild von den seelischen Störungen bei Epileptikern ergeben könne, als die Psychologie der Anstaltsepileptiker. Das glaubt *Gerum* verneinen zu können. Er will die engeren Konstitutions- und Erbbeziehungen zwischen der genuinen Epilepsie und den aus ihr ausgesonderten Krankheiten im Auge behalten und schließt mit *Kleist* diese beiden Krankheitsgruppen mit den epileptoiden Psychopathien zusammen zum „epileptischen Konstitutions- und Formenkreis“. Er will auch die aus dem Krankheitsbegriff der Epilepsie ausgeschiedenen Krankheiten als „epileptoide“ bezeichnen. Noch unverbindlicher spricht er auch von einem „Kreis der anfallsartigen Erkrankungen“, gegen den allerdings geltend zu machen ist, daß er doch nur eine Zusammenfassung auf Grund recht äußerlicher Ähnlichkeiten von Symptomen bedeutet. *Gerum* meint selbst, daß, wenn die Epilepsie dabei gleichsam die zentrale Stelle einnehme, diese Einordnung doch etwas willkürlich sei. Denn

sind die aus der Epilepsie ausgeschiedenen Krankheiten wirklich selbständige Krankheitseinheiten, die sich auf Grund eigener Gene vererben, so stehen sie gleichberechtigt neben der Epilepsie. Der Ausdruck „epileptoid“ bedeute dann nichts anderes, als daß die so bezeichneten Krankheiten eine teilweise symptomatische Ähnlichkeit mit der Epilepsie haben, allerdings bei gleichzeitigem Bestehen von uns in ihrer Grundlage noch nicht näher bekannten konstitutionellen und erblichen Beziehungen („Affinitäten“ *Kleists*). Daß die epileptoiden Psychopathien etwa Ausdruck einer psychischen Epilepsie seien, dafür sei noch kein Beweis erbracht worden. Es handele sich bei ihnen vielmehr um konstitutionelle Dauerzustände, die wieder nur gewisse Züge der Gesamtkrankheit Epilepsie zur Darstellung brächten und eine „Affinität“ gegenüber den epileptoiden Erkrankungen und der Epilepsie selbst aufwiesen. Mit *K. Schneider* und *Krisch* lehnt *Gerum* die epileptoiden Psychopathien als äquivalente Erscheinungsformen der Epilepsie ab.

Nur glaubt er einwenden zu müssen, daß die Behauptung von *Krisch*, daß diese Typen symptomatologisch und erbbiologisch nichts mit der Epilepsie zu tun hätten, für den, der sich eingehender erbbiologisch mit der Epilepsie beschäftigt habe, schwer verständlich sei. *Krisch* gebe allerdings zu, daß vor allen Dingen neue Untersuchungen über die epileptoiden Psychopathien notwendig seien.

Nicht unwichtig erscheint mir der Hinweis, daß von epileptischen Merkmalen die Anlage zur Religiosität, zur Bigotterie wohl die am stärksten paravariablen seien.

Als epileptaffine Störungen hob unter erbbiologischen Gesichtspunkten *Luxenburger* vor allem das explosiv-reizbare Syndrom hervor, das in den Sippen der Epileptiker bei Nichtkrampfkranken häufig vorkomme. Vergleiche man aber gleichsam die erbbiologische Wertigkeit dieser Typen mit den Sonderlingstypen des schizophrenen Kreises, so komme ihnen bei weitem nicht die hohe belastende Bedeutung für die Genese der genuinen Epilepsie zu. Das ausgeprägte Symptom der Unlust, wie es von *Delbrück* und *Mauz* betont worden sei, sei zwar für die Typen des epileptischen Kreises sehr charakteristisch. Aber ohne Kenntnis des Familienbildes sei so der Verschlussene, Empfindliche keineswegs von einem schizophrenen Sonderling zu trennen. Vor allem aber sei die Reihe der möglichen epileptaffinen Typen mit diesen „epithymen“ Psychopathen noch lange nicht erschöpft. Als bedeutsamste körperliche Korrelation hebt *Luxenburger* im übrigen die vasomotorische Insuffizienz hervor. Er meint aber: „Wir glauben auch nicht, daß man mit solchen Fortschritten wird rechnen können, solange die klinische Abgrenzung der genuinen Epilepsie selbst und demgemäß ihre erbbiologische Fixierbarkeit so im Argen liegt, wie dies heute leider immer noch der Fall ist.“ Diese Worte weisen mit Nachdruck auf die besondere Wichtigkeit klinischer Einzelarbeit hin. Intuitives spielt gewiß in der Wissenschaft eine

große Rolle, aber intuitiv Gefundenes muß doch eben schließlich wieder die Resonanz in der Wirklichkeit finden.

d) Das Epileptoid in der Psychologie der „normalen“ Persönlichkeit.

Ich kann mich deshalb nicht recht mit dem einverstanden erklären, was *Otto Kant* über Cycloid, Schizoid und Epileptoid als seelische Grundhaltungen sagt.

Neben dem cycloiden und schizoiden fand er noch einen dritten Persönlichkeitstyp, der einerseits wohl an die Außenwelt gebunden, aber nicht mehr fähig sei, frei mitzuschwingen, andererseits schon zu Spaltung und Umbau neige, sich aber nicht in besonderer autistischer Abkehr von der Außenwelt zeitweise abwende, sondern nur in der explosiven Umdämmerung realisieren lasse. Das sei der epileptoid Typ. Er leide an einer vermehrten inneren Reibung der „Strebungsbündel“. Reibungsvolle Gebundenheit und reizbare Labilität, die zu abrupten und explosiver Entladung dränge, charakterisieren das Epileptoid *Kants*. Sie bilden die Hauptzüge jenes Typs, von dem sich alle anderen Eigenschaften mehr oder weniger ableiten lassen. Die Pedanterie bedeutet mit ihrer besonderen Gewissenhaftigkeit eine Kompensation gegen die „Ablösungsbestrebungen“. „Auch die oft fanatische Frömmigkeit mit ihrer häufig bigotten Färbung hat ihre Quelle einerseits in der erlösungsbedürftigen inneren Unfreiheit, andererseits in der kompensatorischen Abwehr explosiven Aufbegehrens.“ *O. Kant* fühlt in der Reizbarkeit des Epileptoiden und Schizoiden deutliche Unterschiede. Er charakterisiert die Reizbarkeit des Schizoiden als eine mimosenhafte Überempfindlichkeit bestimmter schizoider Typen, die schon auf geringe Außenweltsereignisse hin ihre Fühler einsteckten und nach innen hin verarbeiten könnten. Demgegenüber bedeute die Reizbarkeit des Epileptoiden einfach die Neigung zu explosiver Entladung.

Aber — und das klingt fatal — damit will *O. Kant* nichts über nosologische Beziehungen aussagen, in diesem Falle also nichts über den Nährboden des Epileptoids und seine Beziehungen zur Epilepsie. Er stellt seinen Begriff des Epileptoiden gleichsam in den luftleeren Raum, wenn er meint, daß offengelassen werden müsse, ob die Bezeichnung „epileptoid“ wegen der Ableitung aus der Krankheitsbezeichnung Epilepsie künftig für diesen Typ beibehalten werden solle. Ich gestehe, daß ich bei dieser Arbeit immer wieder das Gefühl des Ikarosfluges habe.

Man wird sich an *P. Schröder* erinnern dürfen, der gerade im Gebiete der Psychopathien vor zu weiten Begriffen warnte: „Dehnt man den Begriff soweit aus, dann wird er wie alle solche weiteren Begriffe praktisch wertlos und täuscht nur Wissen vor.“ Das gilt gewiß nicht nur für den Begriff der Psychopathien.

Was hat es für einen Zweck, die vielgestaltigen Persönlichkeiten der Erfahrung gleichsam nur in 3 Typen auffangen zu wollen? Hier wird man wohl immer an das Schizoid *Bleulers* erinnert, das schließlich doch nur im allgemein Menschlichen mündete.

II. Über den epileptischen Charakter.

a) Die Frage der psychischen Epilepsie, „Epilepsie ohne Anfälle“.

Wenn wir nun vom epileptischen Charakter sprechen, so könnten wir zunächst das anführen, was in den großen Lehrbüchern über den epileptischen Charakter gesagt worden wäre. Wir könnten also mit den Ansichten von *O. Binswanger, Bleuler, Bumke, Hartmann* und *di Gaspero, Kraepelin, E. Schultze*, sowie *H. Vogt* einsetzen.

Zweckmäßiger erscheint es mir, auch hier etwas der historischen Entwicklung zu folgen und von der Arbeit *Samts*: „Epileptische Irreseinsformen“ aus dem Jahre 1875 auszugehen.

Ein Zitat aus *Samt* ist wohl jedem Psychiater bekannt. Er spricht da von den armen Epileptischen, die das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge, aber den Ausbund von Kanaillerie im ganzen Leibe trügen. Ich weiß allerdings nicht recht, ob die Arbeit von *Samt* über das Zitat heraus sehr viel gelesen worden ist, und es möchte mir fast scheinen, daß es nicht der Fall ist. Sonst würde man, wie sich weiter unten ergibt, gewiß vorsichtiger gewesen sein, sie für die Epilepsie so auszuwerten, wie es *Samt* in seiner Arbeit getan hat.

Samt setzt sich ganz besonders für den Begriff der sog. *psychischen Epilepsie* ein. Er spricht von den einfachen wie den protrahierten Äquivalenten, die vor allem bei Kranken auftraten, die nie einen epileptischen Krampfanfall gehabt hätten. Dabei stellt er die stolze These auf: Das epileptische Irresein könne natürlich nur qua Irresein ein spezifisches genannt werden. Aber man sieht bei Durchsicht seiner Arbeit bald, daß der damaligen Psychiatrie entsprechend der Krankheitsbegriff Epilepsie ein durchaus unreiner ist, insofern darunter sowohl die „genuine Epilepsie“ unserer Zeit wie auch die symptomatische (posttraumatische) und die habituelle Epilepsie der Trinker zusammengefaßt wird. Wenn auch *Samt* in eindringlicher Weise betont, daß der Längsschnitt der Psychosen etwas diagnostisch außerordentlich Wichtiges sei, so berücksichtigt er auf der anderen Seite für seine Kranken im wesentlichen doch nur den Querschnitt, der sich bei häufig recht kurzem Aufenthalt der Kranken in der Charité ergab.

Man wird sich folgenden Satz *Samts* vor Augen halten müssen: „Es ist ebenso falsch, jedes Irresein, das ein Individuum befällt, welches einmal einen epileptischen Anfall irgendwelcher Art gehabt hat, ein epileptisches zu nennen, wenn dieses Irresein die spezifischen Erscheinungen des Epileptischen nicht bietet, als es falsch ist, ein Irresein mit den spezifischen Erscheinungen des Epileptischen ein epileptisches nicht nennen zu wollen, wenn es ein Individuum befällt, das allgemein als epileptisch akzeptierte Antezedentien nicht hat.“ Gerade diesem Satz gegenüber wird man sich die Krankengeschichten *Samts* genauer durchsehen müssen. Und da zeigt sich, daß von seinen 40 Kranken vom Standpunkt der heutigen Psychiatrie aus 18 sicher nicht der Epilepsie zugerechnet werden können.

Zum großen Teil wird es sich da wohl um Schizophrene handeln. Bei den übrigen 22 Kranken ist ebenfalls nicht sicher, ob die Anfälle, die sie haben, Ausdruck der genuine Epilepsie unserer Zeit sind. Diese Beobachtung wird gewiß vorsichtig machen in der Bewertung der Schlußfolgerungen *Samts*.

Aber was sind das für seelische Züge und Veränderungen, die er als pathognomonisch für seine Epileptiker ansieht? Dafür wird man einen Satz *Samts* anführen müssen: „Man braucht keine Anamnese, man braucht nichts von dem folgenden Irresein zu wissen: *Solche Tage erleben nur Epileptische.*“ Mit diesem Satz ist aber nicht in Übereinstimmung zu bringen, daß es anderorts heißt: „Viel spezifischer für die epileptische Natur ist der Verlauf rasch aufeinander folgender, kurz dauernder Anfälle.“

Als pathognomonische Symptome stellt *Samt* schließlich heraus:

1. Stupor.
2. Rücksichtsloseste, extremste Gewalttätigkeit.
3. Schwerste Delirien.
4. Verschiedenartigste Erinnerungsdefekte, schließlich noch ängstliche Delirien mit Größenideen und die eigentümlichen religiösen Delirien, die „Gottnomenklatur“ wie die Verflechtung der „Majestät“ mit den Delirien. In besonderem Maße betont *Samt* die eigentümliche epileptische Familien-Lobrednerei. Von der Religiosität seiner Kranken spricht er ohne weitere Differenzierung: „Der Epileptiker schwelgt in dem non plus ultra von Größendelirien, verkehrt mit Gott wie mit seinesgleichen“. Daß aber der eigentlich religiöse Gehalt solchen Erlebens recht gering sein kann, insofern sich das „Größendelirium“ nur der religiösen Nomenklatur bedienen kann, um sich selbst mit den letzten Gedanken zu erhöhen, davon spricht *Samt* nicht. Nur 13 der Kranken von *Samt* (von im ganzen 40) äußerten intervallär oder während ihrer „Anfälle“ religiöse Gedanken und Vorstellungen. Von diesen 13 Kranken hatten nur 7 sicher epileptische Anfälle, können also vielleicht genuine Epileptiker gewesen sein. Das heißt doch, daß nur bei einem recht geringen Prozentsatz der Kranken *Samts* die Symptomatologie eine religiöse Färbung zeigte. Man wird sich dabei von der Klinik her erinnern, daß ekstatisches Erleben gemeinhin, ganz gleich welcher Herkunft, immer wieder auf das Religiöse zurückgreift, auf die Gottnomenklatur. Man denke nur an das ekstatische Erleben von Schizophrenen. Daß aber *Samt* die religiösen Züge seiner Kranken in besonderem Maße für seine Diagnose Epilepsie verwandte, erklärt sich wohl daraus, daß der Kraftpunkt Schizophrenie der damaligen Psychiatrie fehlte, und so schloß er seine Kranken der Epilepsie an.

Das, was *Samt* als pathognomonisch für seine „psychische Epilepsie“ angesehen hat, hat zu einem guten Teil sicher nichts mit Epilepsie zu tun.

Auf den Begriff der psychischen Epilepsie sind auch Arbeiten *H. Roemers* aufgebaut, aber es mag von vornherein an die Kritik *Gruhles* erinnert werden, dem es oft nicht recht ersichtlich schien, weshalb überhaupt die von *Roemer* geschilderten Kranken zur Epilepsie gerechnet werden sollten. *Roemer* zog dem damaligen psychiatrischen Zeitgeist folgend experimentell-psychologische Untersuchungen heran.

b) Verschiedene Ansichten über den epileptischen Charakter.

In den Vordergrund stelle ich dann eine Arbeit von *Kraepelin* aus dem Jahre 1919.

Nach ihm liegen die Kennzeichen der genuinen Epilepsie nicht so sehr in den mannigfaltigen anfallsweise auftretenden Störungen wie vielmehr in den eigenartigen Veränderungen der seelischen Gesamtpersönlichkeit, die oft ohne weiteres den Schluß auf das Bestehen des Leidens gestatten. Man höre ferner öfters, daß Kranke schon lange Zeit vor dem Einsetzen der Anfälle seelische Eigentümlichkeiten dargeboten haben, wie sie der epileptischen Veränderung entsprächen. Ja, es gebe hie und da Persönlichkeiten, die in ihrem ganzen Wesen genau an Epileptiker erinnerten, ohne jemals Anfälle zu haben, so daß man zu der allerdings vorderhand in der Luft stehenden Vermutung geführt werde, es könne vielleicht auch „Epileptiker ohne Epilepsie“ geben. Man werde jedenfalls annehmen dürfen, daß auch dann die Anfänge des Leidens weiter zurückreichen können, wenn die Krämpfe erst verhältnismäßig spät hervortreten.

Man wird das Vorsichtige der Formulierungen *Kraepelins* als des großen Klinikers ganz besonders betonen müssen. Wir wissen ja bei vielen Kranken tatsächlich nichts Sicheres darüber, ob die Anfänge des Leidens schon lange vor das Auftreten der Anfälle zurückreichen. In manchen Fällen kann man das mit einer gewissen Sicherheit annehmen, dann eben, wenn seelische Veränderungen den Anfällen vorausgehen. In anderen Fällen hat man, soweit ich sehe, gar keine Anhaltspunkte dafür; das sind die Fälle, in denen Anfälle die Krankheit einleiten.

Eine Epilepsie ohne Anfälle wird jedenfalls immer wieder ein Krankheitsbegriff mit mehreren Fragezeichen, zuweilen auch direkt ein fragwürdiger Krankheitsbegriff bleiben. Gewiß können die gleichen seelischen Störungen bei Kranken mit und Kranken ohne Anfälle auftreten. Gewiß mögen auch bei vielen Kranken die Anfälle die zunächst nur aus den psychischen Symptomen heraus vermutete Diagnose Epilepsie bestätigen. Man wird weiterhin auch daran denken müssen, daß manche Anfälle sich dem diagnostischen Zugriff entziehen.

Aber wenn man sieht, daß nicht etwa alle Fälle von nicht symptomatischer Epilepsie überhaupt charakteristische seelische Veränderungen aufweisen, daß zudem nicht etwa alle psychisch veränderten Epileptiker die gleichen seelischen Veränderungen zeigen, so wird man die Verbindung zwischen Anfällen und psychischen Veränderungen auch nur im Sinne einer mehr oder minder lockeren Korrelation auffassen können. Und damit drängt sich die Frage der Pathogenese wie der Pathoplastik im Sinne *Birnbaums* oder auch des Mehrdimensionalen im Sinne von

Kretschmer auf. Man wird nach der Abhängigkeit der psychischen Störungen vom epileptischen Krankheitsprozeß oder auch nur ihrer Ausgestaltung durch den Krankheitsprozeß auf dem Wege des Organischen oder des Erlebnismäßigen fragen.

Hier wäre der Ort für erbbiologische Untersuchungen, auf die ich verzichten mußte.

Kraepelin hebt ja hervor, daß Epileptiker in ihrem ganzen Wesen einander oft in verblüffender Weise ähnelten. Dabei hält er mehrere Reihen von Zügen auseinander: Einmal die kindlich-naive Beschränktheit und Zutunlichkeit, sodann die übertriebene Peinlichkeit, Förmlichkeit und Umständlichkeit, ferner die Reizbarkeit und endlich die Frömmigkeit, das gehobene Selbstgefühl, die Hoffnungsfreudigkeit. Die Eigentümlichkeiten der kindlich-naiven Beschränktheit und Zutunlichkeit hält *Kraepelin* möglicherweise nur für den Ausdruck der durch das Leiden, namentlich durch die Schädigung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses bedingten seelischen Entwicklungshemmung; sie finde sich in ähnlicher Weise bei anderen früherworbenen Schwachsinnformen, so nach abgelaufener Encephalitis.

Darin ist ihm durchaus zuzustimmen. Pathognomonisch sind diese Züge durchaus nicht für genuine Epileptiker. Mit der Enge des Gesichtskreises und der gemütlichen Beziehungen dürfte nach *Kraepelin* auch die „Familienlobrednerei“ der Epileptiker in Beziehung stehen.

Gewiß wird das für viele der Kranken zutreffen. Aber so eingleisig scheint mir die Bahn zu kindlich-naiver Beschränktheit und Zutraulichkeit nicht zu sein. Die Beschränktheit mag nach einer Kinderencephalitis die gleiche sein wie beim Epileptiker, bei dem die Krankheit bis in die Jugend zurückgeht. Aber es sind doch nicht alle Kranken mit kindlicher Encephalitis kindlich-naiv und zutraulich, ebensowenig wie es alle kindlichen oder jugendlichen Epileptiker sind.

Zudem scheint mir bei der Betonung der entstandenen Enge des Gesichtskreises und der gemütlichen Beziehungen als Ursache der „Familienlobrednerei“ etwas nicht voll beachtet zu sein. Als Kern liegt der Familienlobrednerei doch immer wieder eine starke Ichbetonung zugrunde, die einerseits gewiß unmittelbar aus der Person herauswachsen, aber andererseits doch auch wieder sekundärer Art, etwa im Sinne der Überbetonung des Ichs bei empfundenem Schaden, sein kann. Zudem ist die Familienlobrednerei etwas, was gewiß nicht nur bei Epileptikern zu beobachten ist. Es gehörte ja zur Eigentümlichkeit schon „normaler“ älterer Damen vergangener Zeiten, daß sie immer wieder ihre Familienangehörigen in ein besonders gutes Licht setzten. Es bedeutete diese Art der Familienlobrednerei doch gleichsam einen Schmuck der eigenen Person. Dieser Kern mag der Familienlobrednerei bei Epileptikern zuweilen auch zugrunde liegen, und es zeigt sich bei ihnen eine Verbreiterung und Verflachung dieser Eigentümlichkeit, eben das, was wir mit anderen Worten als Ausdruck der Niveausenkung ansehen können.

Die übertriebene Peinlichkeit, Förmlichkeit und Umständlichkeit bedeutet nach *Kraepelin* vielleicht einen unmittelbaren Ausfluß des epileptischen Leidens. Sie hänge wohl mit der Gedächtnis- und Merkschwäche zusammen, sowie mit der

Verlangsamung und Erschwerung der seelischen Vorgänge, die den Kranken geistig verarmen lasse und dazu zwingen, bei jeder Einzelheit haltzumachen, die ihm die Übersicht und damit das Augenmaß für die Bedeutung der Dinge nehme, ihn verhindere, die sich aufdrängenden Kleinigkeiten mit dem Blick auf ferne Ziele zurückzudrängen. Die Merkstörung und Schwerfälligkeit seien am ausgeprägtesten in der Zeit nach dem Anfall; sie könnten daher ungezwungen als dauernde Wirkung jener Krankheitsvorgänge angesehen werden, die in ihrem Anschwellen die Anfälle selbst erzeugten.

Auch für die Empfindlichkeit und Reizbarkeit nimmt *Kraepelin* an, daß sie durch die Krankheit selbst erzeugt werden; beide ließen sich in Beziehung setzen zu den so häufigen Verstimmungen, die vor oder nach den Anfällen oder als selbständige periodische Störungen beobachtet würden.

Die äußerliche Frömmigkeit hänge wohl von der hilflosen Abhängigkeit der Kranken von ihrem Leiden ab, die sie Anlehnung an eine höhere Macht suchen lasse, während ihre Hoffnungsfreudigkeit und Selbstgefälligkeit aus dem lebhaften Wunsche entspringen könnten, von der Krankheit befreit zu werden und die durch sie bedingten Mängel auszugleichen.

Die Bedeutung der *Kraepelinschen* Ausführungen liegt meines Erachtens darin, daß nicht etwa von *den* seelischen Veränderungen der Epileptiker gemeinhin gesprochen wird, daß vielmehr die verschiedenen, gewiß nicht einheitlichen Störungen in mehr oder minder enge Beziehungen zum Krankheitsvorgang der Epilepsie gesetzt werden. Es ergibt sich so gleichsam eine „Werttabelle“ der seelischen Störungen in Beziehung zum Hirnprozeß der Epilepsie. Über die Entstehungsweise der dem Krankheitsprozeß etwas fernerer Symptome findet man bei *Kraepelin* allerdings keine weiteren Angaben.

Für die kindlich-naive Beschränktheit und Zutraulichkeit wird nur die seelische Entwicklungshemmung durch Schädigung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses geltend gemacht, also eine ziemlich neutrale Bezeichnung, während Gedächtnis- und Merkschwäche zusammen mit der Verlangsamung und Erschwerung der seelischen Vorgänge auch an der Wurzel der übertriebenen Peinlichkeit, Förmlichkeit und Umständlichkeit stehen sollen.

Kraepelin neigt zu dem Gedanken, daß einige „Grundstörungen“ sich vielleicht in verschiedenen Provinzen des seelischen Lebens in besonderer Weise auswirken könnten.

Kindlichkeit der Epileptiker erwartet er nur dann, wenn das Leiden in der Jugend eingesetzt hat. Die epileptischen Veränderungen müßten weiterhin eine gewisse Höhe erreicht haben, bis der erste Anfall zustande komme, aber niemand wisse, wie lange Zeit dazu nötig sei. Er schließt deshalb, daß man kindliche Enge des geistigen und gemüthlichen Lebens bei einer erst in reiferen Jahren aufgetretenen Epilepsie durch eine lange Vorbereitungszeit des Leidens erklären könnte.

Aber — wird man einwenden müssen — wir sehen z. B. auch bei Arteriosklerotikern nach einem apoplektischen Insult ein Zurücksinken auf die Stufe des Infantilen. Wir sehen unter Umständen ähnliches bei einer progressiven Paralyse, ähnliches bei einer senilen Demenz. Hier

ist doch ein Abbau der Persönlichkeit möglich, ohne daß man annehmen könnte, es müsse gewissermaßen die seelische Entwicklung von vornherein beeinträchtigt sein. Bei manchen Epileptikern liegt es doch schließlich auch so. Selbst zugegeben, daß sich im Infantilismus mancher Epileptiker ein Stehenbleiben der Entwicklung eben auf der Stufe des Kindlichen äußert, so tritt in anderen Fällen ein Abbau der jüngeren und ein Hervortreten älterer Schichten ein. Man wird beide Wege als möglich zugeben müssen, und damit ist die gewiß nur vorsichtig angenommene Eindeutigkeit der kindlich-naiven Beschränktheit und Zutunlichkeit nicht wahrscheinlich gemacht.

Wo sie aber fehlt, meint *Kraepelin*, wird man nicht ohne weiteres berechtigt sein, einen Fall aus der Gruppe der genuinen Epilepsie auszuschließen. Damit leuchtet der Gesichtspunkt der obligaten oder der fakultativen Symptome der organischen Hirnerkrankungen, wie ihn *Stertz* für die organischen Psychosen vertritt, auf. Hier wird man wieder auf die Gedanken der Strukturanalyse im Sinne *Birnbaums* hingewiesen.

Der Peinlichkeit, Umständlichkeit und Schwerfälligkeit, die sich öfters in Assoziationsversuchen — hier ist vor allem auch an Arbeiten von *Rittershaus* zu erinnern — besonders deutlich offenbare, weist *Kraepelin* eher den Rang von obligaten Syndromen zu, während er eigentümlicherweise weniger großes Gewicht auf die eigentümliche Abnahme der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses vieler Epileptiker legt. Für Fälle, die keine Peinlichkeit, Umständlichkeit und Schwerfälligkeit aufweisen, hält *Kraepelin* größtes Mißtrauen hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zur genuinen Epilepsie für notwendig.

Also auch hier weist er mit der Vorsicht des erfahrenen Klinikers darauf hin, daß wir uns nicht der Erkenntnis verschließen dürfen, daß die Beschränkung der genuinen Epilepsie auf die Fälle mit einer bestimmten Umwandlung der seelischen Persönlichkeit zunächst nur eine Annahme darstelle, die den Ausgang weiterer Untersuchungen bilden solle. Sie stützt sich auf die Erfahrung, daß tatsächlich eine große Zahl von Epileptikern eine weitgehende Übereinstimmung ihrer seelischen Eigenart darbietet. Ob aber die so gekennzeichnete Gruppe eine klinische Einheit bildet, namentlich ob ihr ausschließlich derartige Fälle einzuordnen sind, läßt sich bis auf weiteres nicht sicher entscheiden.

Darauf, daß es aber auch Epileptiker ohne deutliche Charakterveränderungen gibt, hat vor einigen Jahren z. B. auch *Zeller* hingewiesen.

Zu einer größeren Sicherheit in diagnostischer Hinsicht sind wir bisher noch nicht gekommen. Und die genuine Epilepsie ohne Anfälle bedeutet immer wieder nur die *Frage*: Kann der epileptische Hirnprozeß auch das Symptom der Anfälle gleichsam weglassen? Eine Antwort darauf haben wir bisher noch nicht.

Die Worte *Kraepelins* umschließen meines Erachtens durchaus die wesentlichen Fragen, die die psychischen Veränderungen der Epileptiker uns stellen, und sie umgehen durchaus nicht ihre Problematik.

Für den Gedankengang in epileptischen Ausnahmezuständen stellt *Christoffel* etwas später neben Verlangsamung die Neigung zu Perseverationen, eine Unklarheit in allen Beziehungen und eine „Unterbrechbarkeit“ des Ablaufes von Vorstellungen, das Vorkommen von „Einschieben“ fest, so daß ein Gedanke, der sich zwischen andere einschiebt, voll erlebt wird und dann erst der Weitergang erfolgt. Hierher gehört auch die Neigung zu Transitiivismen, bei denen zwischen Ich und Nichtich nicht recht unterschieden wird. Ein unklares und lückenhaftes Gedächtnis verbindet sich mit sprachlicher Insuffizienz, die sich in allgemein gehaltenen Ausdrücken äußert, wie z. B.: „Eben, eben; das ist halt so; alleweil, alleweil.“

Aber die in solchen Ausnahmezuständen gefundenen Störungen des Gedankenganges sind auch im gewöhnlichen Zustande verblörender Epileptiker mehr oder weniger ausgesprochen. Vielleicht mit Ausnahme der Unterbrechbarkeit erscheinen sie als vorübergehende Steigerungen eines krankhaften Dauerzustandes. Die epileptische Unklarheit und sprachliche Insuffizienz läßt sich noch nicht genügend scharf abgrenzen gegen ähnliche Störungen bei „Organischen“ (= Geisteskranken mit diffuser Rindenreduktion). Es ist nach *Christoffel* jedenfalls so, daß die „eigentlichen“ epileptischen Zeichen sich nicht von anderen organischen abgrenzen lassen, während die fakultativen epileptischen nicht immer da zu sein brauchen.

Das entspricht durchaus meiner Ansicht. Auch einzelne Assoziationsgewohnheiten sind noch nicht von ähnlichen schizophrenen Störungen zu unterscheiden, wie überhaupt die Arbeit dahin ausklingt, daß eine Zurückführung der Unterschiede auf Differenzen einzelner Elementarvorgänge bei Epilepsie und Schizophrenie noch nicht gelungen sei. Das spricht auch gegen den eben besprochenen Versuch *Kraepelins*, etwa spezifisch Elementares für die Epilepsie herauszustellen.

Heilbronner hat übrigens schon vor *Kraepelin* eine gewisse Ordnung der seelischen epileptischen Syndrome aufgestellt und wollte zwischen Zuständen unterscheiden, die unabhängig von der Epilepsie als solcher (wenn auch letzten Endes auf gemeinsame Ursachen zu beziehen), und anderen, die als essentielle Folgeerscheinungen des epileptischen Prozesses (nicht etwa nur der epileptischen Anfälle) aufträten.

Als reiner Typus der ersten Kategorie gelten *Heilbronner* die Zustände einfachen stationären Schwachsinn. Das Unspezifische solchen Schwachsinn geht auch daraus hervor, daß er in gleicher Weise bei den „Idioten“ der verschiedensten Genese auftreten kann. *Heilbronner* glaubt, daß ein solch unspezifischer Schwachsinn vor allem vor der Zeit der Entwicklungsjahre auftreten könne.

Hat ein Individuum schon Gelegenheit gehabt, sich jenseits der Entwicklungsjahre als geistig vollwertig zu erweisen, ist dann erst die Epilepsie und im Laufe derselben der geistige Rückgang aufgetreten, so läßt sich eine intellektuelle Einbuße konstatieren, die sich in den leichtesten initialen Stadien als Herabsetzung der Leistungsfähigkeit, als „Vergeßlichkeit“, oft als eine sehr lästig empfundene „Dösigkeit“ offenbart. In schwereren Fällen konstatiert man besonders die Schwerfälligkeit und Umständlichkeit des Denkens oder vielmehr nur der Ausdrucksweise; beide mit deutlichen Anklängen an die kombinationsunfähigen und wortamnestischen Störungen während der psychotischen Zustände.

Wenn auch *Heilbronner* meinte, unter den intellektuellen Erscheinungen der Kategorie II essentielle Erscheinungen der epileptischen

Veränderungen sehen zu können, so — glaube ich — ist auch in ihnen irgendetwas Spezifisches oder Pathognomonisches nicht zu finden.

Er meint aber dann, daß schon für die grobe Betrachtung der „typische“ chronische Geisteszustand der Epileptiker nicht durch die Defekterscheinungen auf intellektuellem Gebiet als solchem, sondern durch ihre Kombination mit anderen Symptomen charakterisiert werde; zuweilen entwickelten sich diese, ehe noch Ausfallserscheinungen im engeren Sinne nachweislich seien.

Hierzu rechnet *Heilbronner* zunächst affektive Störungen, so die Neigung zu explosiven Affekten, Zornmütigkeit, Reizbarkeit, auch Unversöhnlichkeit und Nachträglichkeit, oft in seltsamem Kontrast zu oder gemischt mit einer zur Schau getragenen Unterwürfigkeit. Nicht alle Epileptiker zeigen diese Eigentümlichkeiten, es gäbe in- und außerhalb der Anstalten wirklich gutmütige, stets hilfsbereite. Man dürfe aber doch die außerordentliche Häufigkeit dieser Zustände nicht überhaupt negieren oder jeweils darin den Ausdruck vorübergehender Verstimmungen sehen. Einigermassen typisch für den Epileptiker sei weiterhin eine eigentümliche Überschätzung seiner Person und seiner Leistungen, die sich nicht selten in der dauernden Unzufriedenheit über das Maß der ihm gespendeten Anerkennung kondensiere. Bei manchen Epileptikern scheine eine gesteigerte Sexualität zu bestehen, die sich bei weiblichen Kranken — im bezeichnenden Gegensatz zum Verhalten Hysterischer — in plumper und aufdringlicher Form äußere. Wahrscheinlich schon als Residuum akuterer Zustände sei die bei sehr vielen Epileptischen zu beobachtende Neigung zur Bigotterie und Frömmerei, richtiger vielleicht auch zur gewohnheitsmäßigen (oft verständnislosen) Verwendung religiöser Phrasen, Gleichnisse usw. aufzufassen. Bei manchen Kranken lasse sich direkt beobachten, wie psychotische Erlebnisse unkorrigiert in die intervalläre Zeit mit hinübergenommen würden. Das könne aber unter Umständen zur Überschätzung des wirklich bestehenden reinen Defektes verleiten. Dieser erweise sich oft unerwartet gering, wenn die psychotischen Erscheinungen doch einmal schwänden. Auch bei den allerschwersten epileptischen Defektzuständen pflege eine gewisse reizbare Selbstzufriedenheit und ein oft geradezu abstoßender Egoismus noch nachweisbar zu bleiben. Zu einem völligen Erlöschen des geistigen Lebens, wie bei der multiplen Sklerose und bei der Paralyse, pflege die Epilepsie auch nach langem Bestand nicht zu führen¹.

Den fein ziselierten Ausführungen *Heilbronners* ist im allgemeinen nichts entgegenzusetzen. Es sind Beobachtungen, die im großen und ganzen jeder Kliniker wird bestätigen können. Man wird nur genauer nach der Häufigkeit des Auftretens der verschiedenen psychischen „Syndrome“ fragen müssen, nach dem Immer oder Zuweilen? Und dann stellt sich immer wieder die Frage ein, wieso es denn kommt, daß bei verschiedenen Epileptikern so verschiedene psychische Störungen in Erscheinung treten können. *Heilbronner* und *Kraepelin* ähneln sich in ihren Ansichten darin, daß sie die Verschiedenheiten der einzelnen Epileptiker immer wieder betonen. Das ist ein Gesichtspunkt, der meines Erachtens eigentlich sehr gegen die Annahme eines Epileptoids sprechen muß. Man wird gewiß daran denken können, daß die Epilepsie bei verschiedenen Personen verschieden stark ausgeprägt auftreten kann. Es wird gewiß auch für die Lokalisation des epileptischen Krankheitsprozesses die Prädilektion mancher Hirngebiete für gewisse Hirnerkrankungen nicht übersehen werden dürfen. Man wird im einzelnen, falls

¹ Verf. kennt jedoch mehrere solche Anstaltskranke.

man einmal das Hirn mit einer angegriffenen Festung vergleichen will, auch bei den einzelnen Kranken von verschiedenen günstigen Einfällen sprechen dürfen.

Die präpsychotische Persönlichkeit tritt bei *Heilbronner* und *Kraepelin* in den Hintergrund. Man wird jedenfalls sagen müssen, es gibt nicht so sehr *den* Epileptiker, sondern nur *die* Epileptiker der klinischen Erfahrung. Die Struktur der Krankheit und die Struktur der Persönlichkeit werden in ihrer von Fall zu Fall verschiedenen Ausprägungsweise das klären müssen, was wir als das klinisch Verschiedene sehen.

Die Betrachtungen über den epileptischen Charakter und das Epileptoid von *Kretschmer* und *Mauz* können zusammen besprochen werden.

Die kranke Persönlichkeit steht für *Kretschmer* immer wieder im Vordergrunde.

Auch *Kretschmer* und *Mauz* gehen bei ihren Betrachtungen über die seelischen Eigenarten des epileptischen Formenkreises von zwei Gruppen aus.

So sprach *Mauz* 1. von Kranken mit den von *Roemer* als epileptoid gekennzeichneten Merkmalen des explosiven Jähzorns, der starken motorischen Erregbarkeit und der Neigung zu periodischer Trunksucht; 2. von genuin epileptischen Kranken mit Neigung zu chronischem Verlauf, Ausgang in der Richtung der geistigen Schwäche und ganz überwiegendem Beginn der Erkrankung im Kindesalter.

In der epileptoiden Merkmalsgruppe stand eine Disposition zu vasomotorischer Insuffizienz mehr oder minder schweren Grades im Vordergrunde. Vorherrschende Stimmungsrichtung war die Unlust, das Ausbleiben der lustbetonten Entspannung und Lösung auf das fast dauernd vorhandene unlustbetonte Spannungsgefühl sowie ein Abfließen jeglicher emotiver Alterationen in die vegetativen Apparate und in die Muskulatur. Unverkennbar war dabei eine *Tendenz zum Asozialen*, wobei dieser explosiv-epileptoiden Psychopathentyp außerdem eine enorme Ermüdbarkeit, Erschöpfbarkeit, Intoleranz gegen jegliche körperliche Überanstrengung und jeden körperlichen Schmerz, gegen Alkohol und Hitze aufwies. Die deutliche Anfallsbereitschaft (etwa in der Hälfte der Fälle) schillerte oft bei einem und demselben Fall vom Organischen zum eindeutig Psychogenen und Hysterischen herüber. Der erbliche Aufbau dieser Typen zeigte ein verhältnismäßig seltenes Vorkommen der wirklichen Epilepsie. Die Anfallsneigung unter Blutsverwandten trat nur auf in Form von anfallsartigen Erkrankungen im weitesten Sinne, wie Ohnmachten, Migräne, Schwindelanfällen, episodischen Dämmerzuständen usw. Auch im Erbbilde zeigte sich eine deutliche Verschiebung nach der Seite des Psychopathischen und Hysterischen hin. Immerhin waren doch Anlagebeziehungen dieser mehr allgemein cerebralen Merkmalsgruppe (starke motorische Erregbarkeit, explosiver Jähzorn, Intoleranz gegen Alkohol und Hitze) zur eigentlichen genuinen Epilepsie deutlich nachzuweisen.

Auffallen muß wohl, daß die Erbbeziehungen dieser als epileptoid bezeichneten Gruppe zu „echten“ Epileptikern recht geringe sind, daß die Anfallsbereitschaft dieser Kranken vom Organischen zum eindeutig Psychogenen und Hysterischen „herüberschillert“. Man fragt sich: Was unterscheidet diese Epileptoiden von manchen anderen psycho-

pathischen Typen mit Bereitschaft des vegetativen Systems, die Erregungen aufzufangen? Die Anlagebeziehungen zur genuinen Epilepsie äußern sich nur in starker motorischer Erregbarkeit, explosivem Jähzorn, Intoleranz gegen Alkohol und Hitze. Dies ist ein etwas mageres Ergebnis, und man fragt sich: Wenn so wenig Beziehungen auch in charakterologischer Hinsicht zur Epilepsie bestehen, weshalb die Bezeichnung: epileptoid?

Mauz findet dann unter seinen genuinen Epileptikern „ganz andere Persönlichkeitsbilder“, wenn auch das explosiv-reizbare Syndrom vorhanden ist (aber dem eben Gehörten nach doch nur selten). Es tritt aber in den anfallsfreien Zeiten weit zurück hinter Charaktereigenschaften, die er als „spezifisch epileptische“ bezeichnen möchte. Und hier sieht er mit *Delbrück* den charakterologischen Grundzug in der *Gebundenheit*. Er zitiert hier die Äußerung eines solchen Kranken über sich selbst: „... ich weiß, daß ich gelebt werde. Mein ganzes Leben läuft mechanisch wie vorher bestimmt ab alles was ich erlebe, muß ich schon einmal erlebt haben.“ Die Eigenschaftsreihe solcher Kranken enthält die Begriffe: unfrei, nüchtern, fremd, unpersönlich, eng, unselbständig, unelastisch, pedantisch, umständlich, schwerfällig. Wie bei den Epileptoid-Reizbaren findet *Mauz* Unlust, gesteigert bis zur nörgelnden Gereiztheit und mißtrauischen Gespanntheit oder Lustlosigkeit, mit den Zeichen des Freudlosen, Leidenschaftslosen und Hingebungsarmen, der naiven Stumpfheit, ja der Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit.

Mauz glaubt eine deutliche „*hypersoziale*“ Färbung bei seinen Kranken feststellen zu können; in ihren Familien, unter ihren nichtepileptischen Blutsverwandten findet man den soliden, pedantischen kleinen Beamten oder den bodenständigen, an der Scholle klebenden, traditionsgebundenen Bauern. Diese engere, spezifisch epileptische Eigenschaftsgruppe hat zu den explosiv-epileptoiden Merkmalsgruppen nur gewisse Teilbeziehungen. Das explosiv-epileptoide Syndrom stellt eine mehr allgemein-cerebrale Merkmalsgruppe dar, die in der engeren genuinen Epilepsie auch vorkomme, aber nicht den charakterologischen Grundzug bilde.

Es ist nicht ohne Bedeutung anzumerken, daß sich hier gewisse soziale Beziehungen für die Epileptiker ergeben müßten, insofern sich aus den Familien der kleinen Beamten und bodenständigen Bauern weit mehr Epileptiker rekrutieren müßten als aus anderen sozialen Gruppen. Ich glaube jedoch nicht recht, daß man das wird annehmen können. Viel eher wird man erwarten können, daß nur die „soliden, pedantischen“ Epileptiker eben aus *den* Familien von kleinen Beamten und Bauern stammen, in denen solche Züge von vornherein häufiger vorkommen. Die Krankheit ergibt dann die Karrikatur, die Übertreibung solcher Eigenschaften.

Gerade die Umständlichkeit, die naive Stumpfheit glaubte *Kraepelin*, und ich kann mich seiner Ansicht nicht verschließen, mit gutem Recht als unmittelbaren Ausfluß des epileptischen Leidens, also gleichsam als cerebrale Reaktionsform ansehen zu dürfen. Ich glaube auch, daß man mindestens ebenso den Ausdruck einer allgemeinen cerebralen Merkmalsgruppe darin erkennen kann wie in dem explosiv-epileptoiden Syndrom.

Der Ausdruck der hypersozialen Färbung erscheint mir recht wenig glücklich. Ich habe in Danzig (1929) schon darauf hingewiesen, daß

Kraepelin betont, daß nach *Werther* früher ein großer Teil der Landstreicher — ungefähr 7—8% — Epileptiker waren, und man kann Landstreichern kaum besonders hypersoziale Qualitäten zuschreiben¹.

Delbrücks Gebundenheit scheint mir aber so „hirnnahe“ zu sein, daß ich auch hierin eine Auswirkung der epileptischen Hirnerkrankung sehen möchte. Daß es auch „nichtepileptische“ Familien gibt, in denen die Gebundenheit ein beherrschendes Merkmal der „Familienseele“ sein kann, würde damit durchaus nicht bestritten. Es fragt sich nur, ob die Gebundenheit gleichsam ein Merkmal ist, das obligat wäre für Familien, aus denen Epileptiker mit der Eigentümlichkeit der Gebundenheit hervorgegangen sind.

Kretschmer betonte im Anschluß an den Vortrag von *Mauz* (1927), daß das explosive Syndrom im Umkreis der genuinen Epilepsie nicht ganz fehle, es sei aber für die Entstehung der genuinen Epilepsie von weniger zentraler Bedeutung. Er hält es gegenüber den dem sog. epileptischen Charakter nahestehenden Eigenschaften für das entschieden weniger häufige. Das explosive „Epileptoid“ bleibt für ihn ein klinisch wohl charakterisiertes Syndrom. *Kleist* betonte aus klinischen Erfahrungen heraus gegenüber *Mauz*, daß er unter den epileptoiden Psychopathen mit explosiver Reizbarkeit häufiger als *Mauz* echte Epileptiker gefunden habe. Den spezifisch epileptischen Charaktereigenschaften, wie sie *Mauz* fand, stand *Wilmanns* insofern sehr skeptisch gegenüber, als er vermutete, daß *Mauz* diese Eigenschaften, falls er nicht von einem Epileptiker, sondern von einem Schizophrenen als Probanden ausgegangen wäre, gewiß als schizoide bezeichnen würde. Dieser Meinung wollte sich jedoch *Hoffmann* nicht anschließen. *Luxenburger* glaubte auch, doch an der biologischen Zugehörigkeit der epileptoiden Typen, zum mindesten der Aufgeregt-Reizbaren, Explosiven, zum epileptischen Erbkreis vorerst festhalten zu müssen.

Ich muß aber gestehen, daß, wenn man *Mauzs* Epileptoid mit verschiedenen Psychopathentypen (z. B. den streitsüchtigen und haltlosen Hyperthymischen, den stimmungslabilen Psychopathen oder den Explosiblen *K. Schneiders*, vergleichen würde, man schwer einen spezifischen Unterschied würde finden können. Ein Gleiches gilt auch für die spezifisch epileptischen Charaktereigenschaften, wenn man damit Hirntraumatiker völlig ohne epileptische Anfälle vergleicht.

Wenn *Mauz* auf die Gebundenheit, wie sie *Delbrück* als wesentlich für die Epileptiker bezeichnete, besonderen Wert legt, so ist hier der Ort, auf *Delbrücks* Arbeiten zurückzukommen.

In seiner Arbeit: Epileptisch und Epileptoid erkennt er das hypersoziale wie das epileptische Syndrom (= Epileptoid) *Kretschmers* an. Wenn aber nach *Mauz* und *Kretschmer* das explosive Syndrom in das Psychogene und Hysterische herüberschillert, so wendet *Delbrück* durchaus mit Recht ein, daß doch eine scharfe Grenze zwischen epileptisch und hysterisch zu ziehen sei. Man dürfe gewiß nicht von einem epileptoiden Psychopathen sprechen, wenn es sich um einen „hysterischen Charakter“ handle. Die Trennungskurve gehe nicht zwischen hypersozial und explosiv hindurch, sondern mitten durch das explosive Syndrom.

¹ *O. Binswanger* meinte: „In der Masse der Raudies und Zuhälter, in der Zunft der Diebe und Einbrecher, bei den Prostituierten sowie bei den Stromern der Landstraße finden wir eine erhebliche Zahl von Epileptikern.“

Er findet dann gleichsam eine Analogie zu *Kretschmers* Gedanken von der „polaren Gestaltung“ des Schizoiden und Cykloiden in den Begriffen des Getriebe-seins und der Gebundenheit, die das Wesen des Epileptikers bilden soll. Er meint: Es gibt *einen* cyclothymen Typus und nur *ein* Epileptoid. Die Hyper-sozialität (= Gebundenheit) bedeutet für *Delbrück* nur den Ausdruck der Pedanterie, Schwerfälligkeit, des engen Gesichtskreises und des Gefühls der gottgewollten Abhängigkeit. In die Explosibilität (= Getriebenheit) sind nach ihm die dipsomanischen Zustände, die Fugues und andere Verstimmungszustände einzureihen, ebenso aber auch manche fanatische religiöse Begeisterung, die gar nicht immer, wie es nur oft scheine, äußerlich zu sein brauche. Die Psyche der Epileptoiden sei eine fest zusammenhaftende Einheit. Der Schizoide spalte zu viel, der Epileptoid zu wenig (*Bleuler*). Eng, zu eng seien bei ihm Triebleben, Affekte und Intelligenz verbunden.

Aber die Ableitung der Traditionsgebundenheit und des engen Gesichtskreises aus der Eigenschaft der Epileptiker, sich selbst nicht einmal kritisch betrachten zu können, mutet doch als Konstruktion ohne feste Grundlage an. Denn erstens einmal kennt jeder Kliniker gewiß Epileptiker, die sich wohl kennen aber doch traditionsgebunden sind und einen engen Gesichtskreis haben. Und andererseits gibt es sehr viele Menschen, die sich selbst gegenüber nicht kritisch sind (wie wenig Gesunde haben überhaupt die Fähigkeit zur Selbstkritik?) und doch nicht traditionsgebunden und engen Gesichtskreises sind.

Wenn *Delbrück* dann meinte, daß die Religiosität Dostojewskis als eines Epileptikers darauf beruhe, daß gerade die feste Verbindung von Affektleben und Intelligenz ihn, den Großen, zu seiner psychologischen Tiefe führe, so hat ihm in dieser Hinsicht schon *Kretschmer* durchaus zu Recht damit widersprochen, daß Dostojewski seine tiefe Religiosität wohl trotz, nicht wegen seiner Epilepsie gehabt habe.

Delbrücks Gedanken fordern nach mancher Richtung hin zur Kritik heraus. Gewiß verlocken die Begriffe der Getriebenheit und Gebundenheit der äußeren Form nach geradezu dazu, sie in eine Reihe zu stellen, wie das Heitere und Traurige des Cyclothymen, die schrittweise ineinander überzuführen sind. Aber das Heitere und Traurige bleibt im Rahmen des Temperaments. Hier kann man von einem zum anderen schrittweise gelangen.

Wie steht es aber mit dem Epileptoid, das einmal die Gesamtheit der Züge des epileptischen Charakters darstellt, dann aber wieder in Getriebenheit und Gebundenheit zerfällt? Beide Begriffe fallen doch nicht etwa in das Temperament. Heiter und traurig schließen sich gemeinhin doch aus, und Gebundenheit und Getriebenheit sind doch im epileptischen Charakter gleichzeitig vorhanden. Es soll sich da ja doch nur um zwei Seiten des epileptischen Charakters handeln.

Man wird jedenfalls, von *Delbrück* kommend, sehr erstaunt sein müssen, wenn *Mayer-Groß* in seiner Darstellung der Schizophrenie im *Bumkeschen* Handbuch die Ausdrücke getrieben und gebunden gerade auf die Schizophrenen anwendet.

Bedenklich muß auch machen, worauf *Westphal*, der im übrigen den Gedanken von *Mauz*, *Kretschmer* und *Delbrück* weitgehend zustimmt, hinweist, daß *Kreyenberg* bei epileptischen Hirntraumatikern das Epileptoid in weit größerem Prozentsatz als bei den genuinen Epileptikern fand.

In einer ganzen Reihe von Arbeiten in polnischen, französischen, schweizerischen und deutschen Zeitschriften beschäftigen sich *Franziska* und *Eugen Minkowska* mit der Frage der psychischen Störungen der Epileptiker.

Ihre Anschauungen ergeben sich aus dem Vergleich zweier Familien, deren einer Stammvater (geb. 1761) an einer Epilepsie litt. Die Beobachtungen von *Fr. Minkowska* erstrecken sich über Jahre hinaus, betreffen eine große Zahl von Familienmitgliedern. In der Familie B. mit dem epileptischen Stammvater fanden sich einige Schizophrenie, vereinzelt „schizoide“ Persönlichkeiten. Aber diese gleichen doch nicht denen aus einer anderen Familie F. mit vor allem schizophrener Belastung. Wohl waren sie auch verschlossen, „mehr für sich“, aber in ihrem Autismus nicht feindlich gestimmt; im Gegenteil: ihre Interessen waren mehr der Außenwelt zugekehrt, sie interessierten sich mit besonderer Vorliebe für „stark gefühlsbetonte Ideen“, wie Frieden auf der Erde, Bewertung des ärztlichen Berufes als höhere Mission und auch für religiöse Probleme. Eines der Familienmitglieder, ein Mann, dessen Psychose von anderer Seite allerdings als Amentia geschildert wurde, verhielt sich zunächst mißtrauisch, reserviert, taute dann aber auf, ließ sich in ein Gespräch ziehen, das er mit großer Umständlichkeit fortsetzte. Er sprach mit großer Liebe von sich selbst, drückte beim Abschied schließlich klebrig die Hand. Mit Ekstase erzählte er von seinen Träumen, von Visionen und deren prophetischer Bedeutung. Die Mitglieder dieser Familie B., die allerdings meist beisammen in ihrem Heimatdorfe wohnten, interessierten sich im allgemeinen für ihren Stammbaum. Die ganze große Familie B. hielt täglich zusammen, lebte zusammen; sie unterstützte sich gegenseitig. Soziale Unterschiede spielten bei ihnen keine große Rolle: eine reiche Frau besuchte auch eine ärmere Verwandte, die sie wieder ohne Haß, mit Würde empfingen. Die gebildeten Lehrer dieser Familie sprachen ganz natürlich von ihren bäuerlichen Verwandten. Bei Mitgliedern der Familie B. blieb das persönliche Moment im Schatten; es suchte sich vor allem an die Familie anzulehnen.

Jedenfalls werden die Mitglieder der Familie B. als gutartige, freundliche, arbeitsame, bescheidene, ruhige, dabei gewissenhafte, pflichttreue, an ihrer Familie, an ihrem Berufe, an ihrer Arbeit hängende Menschen beschrieben, die oft eine spezielle Vorliebe für gefühlsbetonte Ideen und Probleme haben.

Ausführlichere Schilderungen der einzelnen Persönlichkeiten hat *Fr. Minkowska*, soweit ich sehe, bisher nicht veröffentlicht. Ich muß jedoch gestehen, daß ich das spezifisch Epileptische in ihren Arbeiten nicht finden kann. Auch wenn man die anscheinende Gleichförmigkeit der einzelnen Familienmitglieder berücksichtigt, so braucht das doch nur die besondere „Formel“ der Familie B. zu bedeuten, aber keineswegs etwas für Epileptiker gemeinhin Verbindliches zu sein.

Vor allem hat dann *Fr. Minkowska* in einer der letzten Arbeiten gemeint, es sei zweckmäßiger, anstelle des Epileptoids den Begriff des „Glischroiden“ einzuführen, worunter die Klebrigkeit der Epileptiker zu verstehen ist. Sie meint, es liege bei solchen Menschen eine zentrierte, kondensierte, klebrige Affektivität vor, die sich nicht so leicht von den Objekten löse. Solche Glischroide verlören sich in Einzel-

heiten, reagierten langsam, verzögert; neuen Dingen gewinnen sie kein Interesse ab. Es bestünde bei ihnen eine deutliche Bradypsychie, aber zuweilen „les ralentis deviennent des excités“. „Tandis que chez les schizophrènes tout se dissocie, tout se disperse, tout se désagrége, chez l'épileptique tout s'accommode, se condense, s'agglutine.“

Ich glaube jedoch, daß diese elegante literarische Formulierung uns nicht eigentlich weiterbringt, einfach deshalb, weil die Klebrigkeit, sofern man unter ihr etwas versteht, was sich von anderen Begriffen abtrennen läßt, bei weitem nicht etwa bei allen Epileptikern vorliegt, also nicht mit Recht als ein Kennwort für alle Epileptiker zu verwenden ist, und weil ein zu weiter Begriff der Klebrigkeit, wie ihn *Fr. Minkowska* verwendet, eben kein Begriff von klinischem Wert ist.

Auch eine ausführliche Arbeit von *Gilbert-Robin* bringt nichts wesentlich Neues. Er kritisiert manche der Ansichten von *Fr. Minkowska*.

Ganz kurz ist auf einige Gedanken hinzuweisen, wie sie von *Binder* vertreten worden sind.

Die Ansichten von *Stekel*, nach denen der Epileptiker mit dem Anfall symbolisch ein Verbrechen begehe, sind als skurrile Tatsache zu erwähnen. Man könne versuchen, auch von der Klinik aus in das Problem des epileptischen Charakters hereinzukommen. Der fortschreitende organische Hirnprozeß könne zur Folge haben, daß mit fortschreitender Zeit infantile Regungen eine dauernde Überwertigkeit im Haushalt der Persönlichkeit erlangen könnten. Die epileptische Überbetonung von Gutmütigkeit und Milde, von Anhänglichkeit und Zärtlichkeit, die sentimentale Frömmerei und das süßliche Moralisieren seien aufzufassen als Abwehrreaktionen der Psyche oder Zeichen für die zunehmende Bedeutung primitiver Haßtendenzen, die in Ausnahmezuständen auch in Träumereien hervorträten. Daß in diesen Charakterzügen auch noch andere Triebhaltungen, vor allem normal erotische, ihre Auswertung finden könnten, sei klar. Aber gerade das auffällig Überbetonte ihrer Eigenschaften, die Ungleichheit, mit der die eigene Tugend immer wieder herausgestrichen werde, sei besser verständlich, wenn man in diesen Charakterzügen Reaktionsbildungen sehe. Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Jähzorn, kleinliche Nachträglichkeit, Neigung zu gehässigem Hetzen, hier und da eine brutale Impulshandlung, dies könne man auffassen als direkte Folgen der überwertig gewordenen primitiven Haßeinstellung in der Tiefe der Persönlichkeit. Auffallend häufig finde man bei Epileptikern ausgesprochen kindliches Wesen, eine Rücksichtslosigkeit, einen Durst nach Selbstgelobtwerden, eine wichtigtuerische Geschäftigkeit. Für manche kleinen Eigenschaften, manche Sprachwendungen, eine Bevorzugung von Diminutiven, die Art, wie manche Epileptiker von Eltern und Geschwistern sprächen, wie ihre ganze Seligkeit von der Erfüllung eines geringfügigen Wunsches abhängt, wie sie Kleinigkeiten anwendeten, ihre Geburtstage als große Angelegenheit betrachteten (alles dies als Ausdruck der Wiederbelebung infantiler Regungen), dafür könne man doch nur den organischen Prozeß als Ursache ansehen. Und solche primitiven Züge könnten schon zu einer Zeit hervortreten, zu der in der intellektuellen Verarbeitung der Wirklichkeit noch keine Störungen bemerkbar seien, sondern erst die affektive Haltung sich zu verändern beginne.

Binder betont jedenfalls die Verschiedenheit der Wege, auf denen es zu manchen seelischen Eigenartigen der Epileptiker kommt. Infantile (regressive) Regungen spielen herein, andere Züge bedeuten nach *Binder* Abwehrreaktionen, andere sind Folgen der überwertig gewordenen Haßeinstellung in der Tiefe der Persönlichkeit. Und zum letzten handelt es sich um die Zeichen, die nur kausal durch den organischen Prozeß im Hirn bedingt auftreten.

Viele der Erklärungen *Binders* muten gezwungen an, sie psychologisieren zu stark. Reizbarkeit und Jähzorn, Neigung zu gehässigem Hetzen, hier und da brutale Impulshandlungen, dies alles kann ich nicht als direkte Folgen der überwertig gewordenen primitiven HaßEinstellung aus der Tiefe der Persönlichkeit heraus ansehen. Und wenn *Binder* an einer Stelle seiner Arbeit meint: „Die Störung, die der epileptische Prozeß in derjenigen Wirklichkeitserfassung setzt, die den Oberschichten der entwickelten Psyche zukommt, geht Hand in Hand mit dem Aufleben der primitiven Reaktionsformen“, so gilt das doch schließlich für alle organischen Prozesse, nicht nur für die Epilepsie. Übersetzt man den Satz *Binders* in die übliche klinische Sprache, so wird man nichts anderes sagen können als: Abbau der Persönlichkeit. Das Spezifische der epileptischen Veränderungen wird damit nicht getroffen. Es handelt sich bei den Gedanken von *Binder* nur um Annahmen, ebenso wie die Erklärung mancher Züge als reaktiv bedingt, als Abwehrreaktion der Psyche auf eben die primitiven Haßtendenzen unwahrscheinlich ist. *Binders* Gedanken sind zu konstruktiv, ohne die entsprechenden Fundamente in der Erfahrung zu haben.

Für ganz abwegig halte ich — um das nebenbei zu erwähnen — die Ansicht *Großmanns*, daß der Todeskomplex die tiefste Wurzel der Religiosität der Epileptiker überhaupt bilde, daß weiterhin Frömmigkeit und Brutalität des Epileptikers ein und desselben Ursprunges seien, daß sich das aus dem mit dem Anfall verbundenen Todeserleben herauskrystallisiere. Das sind nur literarische Konstruktionen, die einen Wert für die Wirklichkeit nicht haben. Es geht nicht an, Dostojewski als Beweis für solche Ansichten aufzuführen mit der Begründung, daß in dem Charakter der Gestalten von Dostojewskis Helden eigentümliche Kontraste eine große Rolle spielten insofern, als sie Verbrecher und Helden zugleich seien. Wenn er weiterhin meint: „Die Kunst diene ihm zur Objektivierung seiner eigenen epileptischen Impulse“, so sind das Gedanken, die sich mit klinischer Nüchternheit nicht vertragen.

c) Einiges zur Religiosität der Epileptiker¹.

Häufig ist in dem Bisherigen von der Religiosität der Epileptiker gesprochen worden, wie überhaupt der Religiosität der Epileptiker immer wieder eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird. So erinnere ich mich, kürzlich ein Gutachten gelesen zu haben, in dem ein Kollege das Vorliegen einer Epilepsie bei einem Epileptiker ablehnte, weil sich bei dem Betreffenden nicht „für die alle Epileptiker charakteristische Religiosität“ nachweisen ließ.

Jedenfalls hat sich *Goldblatt* (1928) mit der Frage der Religiosität der Epileptiker eingehend beschäftigt.

¹ Diese Frage wird andererseits besonders behandelt.

Ich möchte aus seiner Arbeit, ohne die Namen der einzelnen Autoren anzuführen, doch ein Schema bringen, in dem die verschiedenen Ansichten über die Entstehung der Religiosität der Epileptiker zusammengestellt sind. Es wird dafür geltend gemacht:

1. Anlehnungsbedürfnis.
2. Abhängigkeit von höheren Gewalten.
3. a) Habituelle Depression.
b) Hypochondrische Verstimmung.
4. a) Schreck bzw. Angst während des epileptischen Anfalles.
b) Schreckhafte Halluzinationen während des Krampfanfalles.
c) Angst vor dem Tode nach dem Krampfanfall.
5. Ekstaseartige Zustände nichtreligiöser Art.
6. „Hoheitsgefühle“.
7. Religiöse Einflüsse in der Kindheit.
8. Gesteigerte Sexualität.
9. Grausamkeit bzw. sadistische Neigung.
10. Dämonologische bzw. transzendente Vorstellungen über das Wesen des Leidens.
11. Sensorische Störungen.
12. Automatischer Vorgang auf organischer Grundlage während der Aura.

Von diesen verschiedenen Möglichkeiten zieht *Goldblatt* aber doch nur in Betracht: 1. Anlehnungsbedürfnis. 2. Schreck bzw. Angst während des epileptischen Anfalles. 3. Ekstaseartige Zustände nichtreligiöser Art. 4. Auch die gesteigerte Sexualität. Dabei muß aber zu den eben genannten Faktoren noch etwas hinzutreten, was den Ausschlag für die religiöse Reaktion gibt.

Auch nach *Goldblatt* ist also die Religiosität der Epileptiker nicht etwa als eingleisig entstanden zu verstehen, wie überhaupt das Entstehen religiöser Einstellung auch beim Gesunden selbst immer wieder etwas sehr Verschiedenes sein kann.

Das bisher Unausgesprochene wird auch beim kranken Menschen erst bei besonderer Vertrautheit ausgesprochen. Vieles läßt sich zudem kaum mit Worten fixieren. Man wird weiterhin auch festhalten müssen, daß die Religiosität der Epileptiker echt und unecht sein kann, daß sie durchaus nichts Einheitliches zu sein braucht. Das trifft nicht nur für die Entstehung, sondern auch für ihre äußere und innere Erscheinung zu. Aber mit Recht weist *K. Schneider* den Charakterveränderungen der Epileptiker in seiner Einführung in die Religionspsychopathologie eine besondere Bedeutung zu. Dabei stehe eine zur Schau getragene Frömmigkeit oft in einem ausgesprochenen Gegensatz zu einem unaufrichtigen Wesen. Ähnliches ist ja schon aus dem oben zitierten Zitat von *Samt* zu entnehmen. Daß *Delbrück* anderer Ansicht war, ist oben erwähnt. Auch *Goldblatt* glaubt anscheinend eher an echte religiöse Gefühle bei Epileptikern.

Übrigens hat *Boven* 1918 vor allem die Ansicht vertreten, daß möglicherweise religiöse Epileptiker solche seien, die in deliranten Zuständen das „rendez-vous périodique avec la mort“ erlebten. Die Hoffnung auf Heilung durch Gott sei noch ein Überrest der Euphorie solch deliranter Zustände. Daß aber auch das nicht allein die Wurzel der Religiosität

bilden kann, geht aus der klinischen Erfahrung hervor, daß nicht etwa nur der Epileptiker mit paroxysmal eintretenden deliranten Zuständen eine besondere Religiosität entwickelt.

Beachtenswert sind Hinweise von *Hagebuč*, *Fundyler*, andererseits von *Goldenberg* und *Goldowskaja*, wie schließlich von *Küffner*.

Goldenberg und *Goldowskaja* fanden, daß unter 198 genuinen Epileptikern nur 8 = 5% religiöse Vorstellungen aufwiesen. Sie sehen darin einen Beweis, daß Religiosität nichts mit dem epileptischen Prozeß zu tun habe, sondern daß religiöse Einstellung lediglich auf den Einfluß der Umgebung zurückzuführen sei. Die Erlebnisse der eigenen Nutzlosigkeit, der Belastung der Umgebung, die Minderwertigkeitsgefühle der Epileptiker, die vorübergehende vollkommene Hilflosigkeit, das Bedürfnis nach fremder Hilfe, die zum Teil auch zu Argwohn, Mißtrauen und Erbostheit führen, sind es, die den Epileptiker zwingen, Trost in der Religion zu suchen. Beide Autoren fahren dann fort: „An unseren Kranken hat sich die Wirkung der Sowjetepoche geäußert; kein einziger von ihnen ist gottesfürchtig. Der Inhalt der Affekte ist bestehen geblieben.“ Die Religiosität ist durch eigenartige soziale Scheinheiligkeit, durch den sehr verbreiteten Drang der Epileptiker zur „Gerechtigkeit“ abgelöst worden.

Gewiß werden äußere Einflüsse die Ausgestaltung der Religiosität der einzelnen Epileptiker beeinflussen können. Ich meine jedoch, daß es eine Einstellung gibt, die man als religiöse bezeichnen muß, auch wenn ihre äußeren Formen sehr wechseln können. Es wäre nun sehr merkwürdig, wenn diese innere, nicht weiter ableitbare Grundeinstellung auf einmal durch die äußere Umstellung in Rußland verschwinden sollte.

Aber auch *Küffner* fand die „Religiosität“ doch sehr von Äußerem abhängig. Er untersuchte 175 weibliche und 80 männliche Epileptiker und fand, daß nur der 4. Teil von ihnen in irgendeiner Form „religiös“ war. Es fiel ihm dann auf, daß am Karfreitag einmal die Kirche auffallend leer blieb, wobei auch solche Kranke fernblieben, welche den lieben Gott viel im Munde führten, und er fand den Grund für das Leerbleiben der Kirche darin, daß es zu stark regnete. Von 44 Frauen, die sich in besonderem Maße religiös gaben, zeigten 24 eine oberflächliche Religiosität, 7 eine tiefere und 13 eine krankhafte Religiosität, wie sie von *Samt* geschildert wurde. Von 20 Männern waren 9 oberflächlich, 6 tief und 5 Männer krankhaft religiös. Sie waren süßlich, kindlich, aufdringlich. *Küffner* nimmt dann noch gegen Ansichten von *Goldblatt* Stellung. Das Anlehnungsbedürfnis infolge der Anfälle sei bei den Kranken nicht so groß, weil sie von ihren Anfällen recht wenig spürten. Ein recht großer Teil der Epileptiker sei zudem habituell nicht einmal depressiv. Todesangst spiele nur in ganz vereinzelt Fällen eine Rolle. Ob aber, wie *Goldblatt* meinte, eine Regression, eine primitive Form der Religiosität bei den Epileptikern anzunehmen sei, erscheint ihm durchaus fraglich. Ein Abhängigkeitsgefühl von höheren Gewalten fand *Küffner* nie. Seine Epileptiker waren „selbstbewußt und einsichtslos“. Für dämonologische und transzendente Vorstellungen waren seine Sachsen wohl zu „aufgeklärt“. Vielleicht spielten aber Umweltseinflüsse bestimmend mit herein, dabei vielleicht auch Jugendeindrücke. *Küffner* meint, daß, weil die Kranken infolge ihrer Schwerfälligkeit, ihres geistigen Schwachsinn späterhin ablenkenden Einflüssen weniger ausgesetzt seien, Jugenderinnerungen in einem verklärten Licht erscheinen könnten. Und daher komme vielleicht auch ihre Familienlobrederei.

Aus der Arbeit *Küffners* wird man jedenfalls den Schluß ziehen können, daß eine besonders betonte Religiosität bei Epileptikern nicht etwa etwas Häufiges ist. Die religiöse Einstellung als solche hat nicht den Wert des Pathognomonischen.

d) Zur Kriegsfreudigkeit der Epileptiker.

An die Religiosität kann man ungezwungen einiges über die Kriegsfreudigkeit der Epileptiker anfügen.

Von *Hauptmann* ist im Jahre 1917 die Kriegsfreudigkeit der Epileptiker in besonderem Maße betont worden. Daß manche Epileptiker immer wieder nach dem Felde herausdrängten, hat auch *Bonhoeffer* beobachtet; *Steiner* spricht davon und ebenso *Levy-Suhl*. So berichtet z. B. *Bonhoeffer* von 10 Epileptikern, die als Kriegsfreiwillige eingetreten waren und ihre Krankheit verheimlicht hatten. Auf der anderen Seite erwähnt *Bonhoeffer* aber, daß in verhältnismäßig großer Zahl Disziplinverstöße bei Epileptoiden vorgekommen seien.

Sieht man die Arbeit von *Hauptmann* durch, so findet man, daß von seinen 52 Kranken nur 30 als eigentlich kriegsfreudig zu bezeichnen waren. *Hauptmann* findet dafür Beziehungen zur epileptischen Gewissenhaftigkeit wie zu dem krankhaft gesteigerten Ichgefühl, das den Kranken dahin bringe, der Krankheit zum Trotz dem Vaterlande seinen Dienst zu leisten. In Zusammenhang stünde die Kriegsfreudigkeit allerdings zum Teil auch mit dem Triebe, sich herumzutreiben, neue Situationen zu erleben. „Wir können also in dieser Eigentümlichkeit eine besondere Beleuchtung einer Seite des epileptischen Charakters durch die augenblickliche Situation erblicken.“ Nicht uninteressant ist, daß *Hauptmann* für manche Epileptiker den Trieb, sich herumzutreiben und neue Situationen zu erleben, als wichtig hervorhebt. Das steht in einem eigentümlichen Gegensatz zu den Ansichten anderer Autoren, die das Hypersoziale der Epileptiker betonen, wie zu anderen, die ihren Mangel an Antrieb zu Neuem, ihre Gebundenheit als wesentlich hervorheben.

Wenn *Hauptmann* meint, daß die Situation der Zeit in ganz besonderem Maße dazu beigetragen habe, die Kriegsfreudigkeit herauszustellen, so kann man dem zustimmen. Man wird vielleicht sogar daran denken dürfen, daß sich in ihr nur die Konstellation der ersten Kriegsjahre äußert.

Es gilt jedenfalls für die Kriegsfreudigkeit der Epileptiker, ebenso wie auch für andere ihrer seelischen Seiten durchaus die Möglichkeit der Vieldeutigkeit. Vielleicht ist ihre Kriegsfreudigkeit nur der Zeitgeist, aufgefangen im Spiegel verschiedener Persönlichkeiten. Man braucht sich nur daran zu erinnern, daß viele andere Menschen auch Krankheiten, die sie an und für sich dienstunfähig gemacht hätten, verschwiegen, um ins Feld zu kommen. Man wird daran denken

müssen, ob nicht bei manchen der Epileptiker nicht auch sozial weniger Wertvolles, z. B. nur ein „Prahlen“ mit der Begeisterung für den Krieg vorliegt.

e) *Über psychische Veränderungen bei symptomatischen Epileptikern.*

Wichtig ist die Frage, ob traumatische Epileptiker die gleichen seelischen Veränderungen wie genuine Epileptiker aufweisen. Ist das der Fall, so würde man den Schluß ziehen dürfen, daß die als epileptisch gekennzeichneten Veränderungen nicht etwa obligatorisch für den Krankheitsprozeß der genuine Epilepsie wären. Man könnte daran denken, daß vielleicht den Anfällen dafür eine besondere Rolle zuzuschreiben sei. Es könnte auch der Krankheitsprozeß der traumatischen Epilepsie ähnliche morphologische oder auch pathophysiologische Veränderungen im Hirn setzen wie die genuine Epilepsie. Man könnte sich vorstellen, daß so die „Ursache“, oder wohl besser die Ursachen, die einmal eine genuine Epilepsie zur Entwicklung bringen, in einem anderen Falle durch das „Trauma“ ersetzt werden könnten.

Es besteht weiterhin aber auch die Möglichkeit, daß nur eine besondere Disposition das Auftreten der seelischen epileptischen Störungen bedingt. Man könnte so verstehen, wenn sowohl bei genuinen wie bei symptomatischen Epileptikern eben unter Voraussetzung der gleichen Disposition ähnliche oder schließlich auch die gleichen Symptome in seelischer Hinsicht aufträten. Man müßte allerdings dann erwarten, daß schließlich bei genuinen wie symptomatischen Epileptikern der gleiche Prozentsatz seelischer Störungen epileptischer Art auftrete. Der klinische Eindruck spricht von vornherein dagegen.

Ihnen klinisch näher zu kommen, hat *Günther Weise* in einer kurzen Arbeit versucht.

Er fand unter 11 Fällen traumatischer Epilepsie nur 3 Fälle mit psychischen Veränderungen, während von 13 Fällen genuiner Epilepsie 9 Fälle psychische Veränderungen im Sinne der bekannten Veränderungen der Epileptiker aufwiesen. Bei traumatischer Epilepsie sei in der Mehrzahl der Kranken keine erbliche Belastung anzunehmen, und könne man für solche Kranken eine besondere Belastung nachweisen, so sei sie der ähnlich, wie man sie bei der genuine Epilepsie finden könne.

Bei der traumatischen Epilepsie fand *Weise* jedenfalls nur selten epileptische Dauerveränderungen auf psychischem und intellektuellem Gebiete, die denen bei der genuine Epilepsie gleichen.

Zwei Arbeiten, die im gleichen Jahr erschienen sind, von *Baumm* und *Feuchtwanger*, widersprechen dem Resultat *Weises* in gewisser Hinsicht.

Feuchtwanger meint, daß die epileptischen Wesensveränderungen bei Hirnverletzten mit großer Häufigkeit ausgesprochen als Stumpfheit, Verlangsamung und Zähflüssigkeit nachzuweisen seien, während die Erscheinungen von weicher Sentimentalität, von Überreligiosität mit Unaufrichtigkeit, Falschheit und Boshaftigkeit nicht so häufig, aber doch in einzelnen Fällen beobachtet wurden. Jedoch lägen

über die statistische Verteilung dieser Formen, auch bei der genuinen Epilepsie, noch keine endgültigen Resultate vor.

Sehr beachtenswert sind die Ergebnisse einer Arbeit von *Baumm*.

Er zählte unter 1040 Hirnverletzten 247 Kranke mit epileptischen Anfällen und fand auch Verletzte, bei denen „psychische Epilepsie“ und Äquivalente, etwa in Form von Verstimmungen, leichten Schwindel- und Ohnmachtsanfällen, schon jahrelang bestanden, bis der erste von einem kundigen Untersucher nicht selten schon prophezeite Anfall die Szene eröffnete.

Bei 46 der 247 Hirnverletzten (= 19%) fanden sich deutliche psychische Störungen. Den Versuch, aus der Gruppe der Hirntraumatiker mit epileptischen Störungen ein für die Epilepsie charakteristisches psychisches Syndrom herauszuschälen, hält *Baumm* für sehr schwierig. Auch von epileptischen Erscheinungen freie Hirnverletzte zeigen in ihren Wesenszügen vielfach Eigenschaften, die zum sog. epileptischen Charakter in Beziehung stehen. Man wird das für Reizbarkeit, die oft in Form der explosiven Reaktionsfähigkeit erscheint, gewiß zugeben müssen. Beachtenswert ist dabei ein Kranker *Baumms*, der eine Occipitalverletzung erlitten hatte, selbst nicht an epileptischen Anfällen litt, aber doch durch einen krampfkranken Bruder seine Verwandtschaft mit dem epileptischen Formenkreis offenbarte. *Baumm* fand dann noch bei den Hirntraumatikern: Stumpfheit, Schwerfälligkeit, Umständlichkeit, Langsamkeit, abnorme Ermüdbarkeit, eine intellektuelle Einengung, auch einzelner Qualitäten, etwa der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit oder Merkfähigkeit.

Bei nur 14 der 247 (= 5,7%) traumatischen Epileptiker fand *Baumm* den epileptischen Charakter in voller Ausprägung. Diese Kranken waren: peinlich gewissenhaft, pedantisch, verlegen, scheu, unfrei; sie haften an einer einmal ergriffenen Vorstellungsweise, waren egozentrisch. Ihr Interessenkreis war eingengt. Teils zeigten sie sich mürrisch-nörgelnd, mißmutig, neigten zum Räsonnieren, teils verhielten sie sich still-vergnügt, heiter und zutraulich. Prätraumatische Krankheitsmomente waren nur selten nachzuweisen. Das Verwundungsalter spielte anscheinend keine ausschlaggebende Rolle. Aber: die Zahl von 14 würde nach *Baumm* gewiß auf das Fünf- oder Sechsfache in die Höhe schnellen, wenn man zur epileptischen Charakterveränderung auch noch die den nichtepileptischen Hirnverletzten oft eigenen Kennzeichen der Reizbarkeit, Umständlichkeit und Schwerfälligkeit zurechnen würde. Relativ häufig fand *Baumm* eine gewisse Euphorie (8,5% = 21) bei seinen Hirnverletzten, sowie 33mal (= 13%) eine verminderte Spontaneität.

Die Gesamtheit der traumatischen Epileptiker bleibt in bezug auf die Häufigkeit euphorischer Verstimmung hinter den Frontalhirnverletzten, in bezug auf die Spontaneitätsstörungen hinter den Frontal- und Occipitalhirnverletzten erheblich zurück. Wichtig ist noch eine Beobachtung *Baumms*, nach der rentenneurotische Tendenzen bei Hirnverletzten mit epileptischen Störungen nur etwa halb so häufig (= 8,5%) waren als bei jenen ohne solche Störungen (= 16,2%). 2 Hirnverletzte zeigten auffallend plötzlich eine lebhaft religiöse Einstellung, ohne epileptisch zu werden. Das Triebleben traumatischer Epileptiker wies übrigens keinen Unterschied gegenüber dem anderer Hirnverletzter auf.

Daß lokalisatorische Einflüsse von Geltung sind, ist klar, und das wird man auch für die psychischen Störungen der genuinen Epileptiker anmerken müssen. Es besteht ja immerhin die Möglichkeit, daß, abgesehen von der Anlage, nicht bei allen Epileptikern durchaus die gleichen Hirnteile vom epileptischen Krankheitsprozeß betroffen zu sein brauchten. Daß übrigens *Baumm* einen Teil der Schwerfälligkeit seiner Kranken auf ihre Herkunft aus Ostpreußen bezieht, mag angeführt werden.

Man wird bei dem relativ geringen Prozentsatz der Hirntraumatiker, die epileptische Störungen aufwiesen, sich aber auch darüber klar sein müssen, daß das Hirntrauma als solches nicht immer bis in den Kern der Hirnfunktionen hereinzureichen braucht. Bei einem Teil der Verletzten können klinisch bedeutungslose Stellen des Hirns betroffen worden sein; man braucht bei solchen Kranken dann keine psychischen Veränderungen und keine epileptischen Anfälle erwarten.

Aus den Betrachtungen von *Baumm* ergibt sich, daß bei epileptischen Hirnverletzten, auch wenn sie später im engeren Sinne „psychisch epileptisch“ werden, prämorbid irgendwelche in dieser Richtung kennzeichnende Charakterzüge nicht vorhanden zu sein brauchen. Die Frage der Bedeutung erblicher Belastung für die psychische Symptomatologie posttraumatischer Epileptiker bleibt offen. Wichtig ist weiterhin, daß *Baumm* epileptische psychische Erscheinungen im engeren und solche im weiteren Sinne unterscheidet, und daß er die „echten“ psychischen epileptischen Zeichen nur bei 14 seiner Kranken findet, während die in weiterem Sinne psychischen epileptischen Erscheinungen bei einer 5- bis 6fach größeren Zahl zu erwarten sind. Aber — und das ist wichtig — diese Störungen treten ebenso auch bei Kranken auf ohne epileptische Anfälle. Es handelt sich hierbei also wohl um ein organisches Syndrom, dem die Anfälle nur koordiniert zu sein brauchen, ohne daß zwischen Anfällen und seelischen Veränderungen eine sehr enge Beziehung angenommen zu werden brauchte. *Baumm* hält sich in manchen Fällen für durchaus berechtigt, von epileptischen oder epileptiformen Störungen zu sprechen, wenn auch das Symptom der Krämpfe fehlt.

III. Eigene Untersuchungen.

Für meine eigenen Untersuchungen, die sich auf im ganzen 157 Kranke beziehen, spielten seelische Veränderungen die Hauptrolle. Ich mußte mit Rücksicht auf die Drucklegung dieser Arbeit ihren Umfang sehr kürzen und darauf verzichten, auch nur einige ausführliche Krankheitsberichte zu bringen. Es kam mir vor allen Dingen darauf an, die Gefühls- und Willensseite meiner Kranken genauer ins Auge zu fassen und das Ergebnis dann in Beziehung zu setzen zu den Fragen der epileptischen Charakterveränderung und des Epileptoids, wie sie sich aus der klinischen Literatur ergeben.

Der Begriff der Ganzheit des Charakters ist gewiß von Wichtigkeit. Aber ich glaube, man kommt als Naturwissenschaftler nicht weiter, wenn man nicht einzelne Züge des Charakters aus der Ganzheit heraushebt. Die Lehren der modernen, nicht medizinischen Charakterologie bedeuten für die Klinik noch nicht allzuviel.

Epileptoid bedeutet doch nur epilepsieähnliche Charakterveränderung bei einem Nichtepileptiker. Als Grundstock des Epileptoids hat also die epileptische Charakterveränderung zu dienen.

Es fragt sich vor allen Dingen, ob man berechtigt ist, von *dem* epileptischen Charakter zu sprechen, ob dabei alle Bestandteile oder auch Schichten des Charakters eine irgendwie spezifisch epileptische Färbung aufwiesen. Oder ob es nicht wenigstens zuweilen zweckmäßiger ist, nur von seelischen Einzelzügen zu sprechen, die epileptisch gefärbt sein können. Man wird sich der Feststellung von *Kraepelin* erinnern müssen, daß Epileptiker sich in seelischer Hinsicht weitgehend voneinander unterscheiden können.

Daß die Diagnose: Genuine Epilepsie nur eine solche per exclusionem ist, versteht sich von selbst. Unser tatsächliches Wissen über die Krankheit und den Krankheitsvorgang der Epilepsie ist, wie wir am Ende der Arbeit sehen werden, noch recht gering.

Mir kam es zunächst darauf an, einen Überblick zu gewinnen, in welcher Häufigkeit einige Charakterzüge, die in der Literatur als „epileptische“ bezeichnet werden, bei meinen Kranken vorkommen. Dieser Überblick ließ sich am einfachsten auf statistischem Wege gewinnen.

Zunächst ist zur Gesamtzahl meiner Kranken zu bemerken, daß ich zur Verfügung hatte:

genuin epileptische Männer	85
genuin epileptische Frauen	30
symptomatisch epileptische Männer	40
symptomatisch epileptische Frauen	2
	157

Ich habe die Kranken der Anstalt und der Klinik tabellarisch zusammengefaßt:

		Zahl	Unlust	Gleichgültigkeit	Umständlichkeit	Gebundenheit	Klebrigkeit	Hypersozialität	Religiosität	Jähzorn
Männer (genuin) A ¹	31	16 = 51,6%	21 = 67,7%	23 = 74,3%	24 = 77,4%	8 = 25,8%	1 = 3,2%	8 = 25,1%	15 = 49,4%	
	N ² 54	15 = 27,8%	17 = 31,5%	38 = 70,3%	33 = 61,6%	21 = 38,9%	5 = 9,3%	13 = 24,1%	14 = 25,9%	
Frauen (genuin) A	14	9 = 64,3%	5 = 35,7%	10 = 71,4%	10 = 71,4%	4 = 28,6%	—	5 = 35,7%	6 = 42,9%	
	N 16	8 = 50%	5 = 43,7%	12 = 75%	10 = 62,5%	7 = 45%	2 = 12,5%	6 = 37,5%	4 = 25%	
Männer (symptomatisch) A	8	6 = 75%	7 = 88,5%	8 = 100%	8 = 100%	2 = 25%	—	3 = 37,5%	6 = 75%	
	N 32	8 = 25%	13 = 40,6%	24 = 75%	25 = 78,1%	6 = 18,7%	1 = 3,1%	3 = 9,37%	12 = 37,5%	
Frauen (symptomatisch) A	1	1 = 100%	—	1 = 100%	1 = 100%	—	—	—	—	
	N 1	—	1 = 100%	1 = 100%	1 = 100%	—	—	—	—	
Gesamtzahl		157								

¹ A = Kranke der Anstalt. ² N = Kranke der Nervenklinik.

Gewiß werden Zahlen, wie ich sie gebe, nach der Subjektivität der Untersucher immer wieder wechseln. Das hat die Erfahrung mit den sog. Psychogrammen mit aller Sicherheit ergeben. Eine gewisse Konstanz der Beurteilung wird jedoch dadurch gewährleistet, daß hier immer wieder derselbe Untersucher für die Zahlen verantwortlich ist.

Um die Tabelle verständlich zu machen, sind Erläuterungen zu den einzelnen seelischen Zügen notwendig.

Die *Unlust*, das Mürrische stellt sich als eine gewisse Färbung der Stimmungsgrundlage heraus; sie betont das Freudlose eines Menschen. Unter *Gleichgültigkeit* verstehe ich die Indifferenz eines Menschen, der nicht einmal so sehr nach der Seite der Unlust hinneigt, vielmehr wenig oder gar nicht auf äußere Reize hin anspricht. Unlust und Gleichgültigkeit stehen in enger Beziehung zum Biotonus im Sinne Ewalds.

Die *Umständlichkeit* kennzeichnet vorzugsweise die Ausdrucksfähigkeit der Kranken, geht also auch herein in das Intellektuelle. Umständlichkeit heißt: einen Umweg machen, eine nicht notwendige Verlängerung des Gedankenganges sowie des sprachlichen Ausdruckes durch Unwichtiges. Demgegenüber betrifft die *Gebundenheit* vor allem das Naturell, d. h. sie bedeutet allgemein eine Hemmung des Umsetzens von Seelischem in Handlungen, ganz gleich, ob es sich um Handlungen als „Antworten“ oder um Handlungen aus eigenem Antriebe heraus handelt. In der Gebundenheit wird also auch der Antrieb wesentlich getroffen sein.

Im Begriff der *Klebrigkeit* liegt wohl immer wieder zugleich ein Werturteil insofern, als man von Klebrigkeit im wesentlichen nur bei Menschen mit herabgemindertem geistigen Niveau sprechen wird. Der Faktor der unangenehm empfundenen und zuweilen distanzlosen Überaktivität, die lästig fällt, spielt herein. Dabei bedeutet die Klebrigkeit im Hinblick auf den Klebrigen wohl immer auch eine Überschätzung des eigenen Ichs. Klebrigkeit weist meist die Farbe des Egozentrischen auf.

Der Begriff *Jähzorn* bedarf keiner besonderen Erläuterung; in ihm findet sich viel vom Epileptoid von Roemer, Kretschmer und Mauz. Oft genug kann der Jähzorn aber auch erst nach einem gewissen Verhalten der Affekte hervortreten. Dann erst geht der affektive Apparat mit dem Betreffenden einfach durch. Auch ein weitgehend Gleichgültiger kann schließlich einmal bei entsprechenden (qualitativen oder quantitativen) Reizen jähzornig losbrechen. Eine echte *Hypersozialität*, die allein doch diesen Namen verdient, habe ich selten gefunden. Unter *Religiosität* ist, soweit hier ein Urteil überhaupt möglich ist, nur betonte Religiosität zusammengefaßt.

Die einzelnen Gruppen meiner Kranken sind recht verschieden groß und zum Teil zu klein, um aus den bei ihnen gewonnenen Zahlen und Prozentsätzen besondere Schlüsse ziehen zu können. Ein einigermaßen

zutreffendes Bild wird man nur bei den genuin epileptischen Männern erwarten können, deren Zahl relativ groß ist.

Nicht unwichtig scheint mir der Vergleich der Kranken der Anstalt mit denen der Klinik. Erst in zweiter Linie will ich auch auf die Zahlen bei den symptomatischen Epileptikern eingehen.

Unlust und *Gleichgültigkeit* treten bei den genuinen Epileptikern der Anstalt wesentlich deutlicher hervor als bei denen der Klinik. Das ergeben ohne weiteres die Prozentzahlen der entsprechenden Stellen der Tabelle 1. Man darf daraus jedenfalls *den* Schluß ziehen, daß Unlust durchaus nicht die beherrschende Grundstimmungsqualität der genuinen Epileptiker ist. Auffallend ist der niedrige Prozentsatz der Unlust (= 27,8%) bei den genuinen Epileptikern der Klinik. Das läßt sich wohl damit erklären, daß in der Klinik zum Teil als Begutachtungsfälle auch leichtere und wohl auch „jüngere“ Fälle von Epilepsie zur Beobachtung kamen. Ähnliches gilt auch für die Gleichgültigkeit.

Beachtenswert ist der hohe Prozentsatz von Unlust (= 50%) bei den genuin epileptischen Frauen der Nervenklinik. Es könnte sich hier aber um einen Fehler der kleinen Zahl handeln. Eine besondere Erklärung wage ich nicht zu geben.

Für den großen Unterschied der Prozentsätze für Unlust bei den symptomatisch epileptischen Männern der Anstalt und der Nervenklinik (75 : 25%) gilt wohl das gleiche, was oben für die genuin epileptischen Männer gesagt wurde (Auswahl der Schwere des Zustandsbildes nach). Ihnen entsprechen einigermäßen die von mir errechneten Prozentzahlen der Gleichgültigkeit.

Die Anzahl der untersuchten symptomatisch epileptischen Frauen ist viel zu klein, um irgendwie Berücksichtigung finden zu können.

Unlust gehört wie Gleichgültigkeit herein in das Temperament. Wir wissen von Schizophrenen her, daß das ihnen angeborene Temperament die psychotisch bedingten Erlebnisse häufig genug färbt. Es ist das Temperament als abstimmender Faktor für das seelische Leben bis zu einem gewissen Grade eine Konstante, wenn man von endokrinen Störungen und cyclothymen Schwankungen absieht. Jedenfalls möchte ich meinen Zahlen nach aber als sicher annehmen, daß Unlust nicht etwa obligat bei genuinen, aber auch symptomatischen Epileptikern ist. Daß manche Epileptiker aus Krankheitsgefühl, aus Krankheitsbewußtsein reaktiv depressiv sind, spricht nicht dagegen. Bei manchen Kranken wirkt wohl auch die mit Fortschreiten der Krankheit zunehmende Un-einsichtigkeit „lösend“. Die endogen auftretenden epileptischen Verstimmungen sind hier bewußt beiseite gelassen worden.

Auffallend gleichmäßig hoch stehen die Prozentzahlen für *Umständlichkeit* und *Gebundenheit* in allen „Etagen“ meiner Tabelle. Ich glaube wohl, daß man deshalb daran denken darf, daß hier Störungen im Intellektuellen, im Naturell hereinspielen, die in enger Abhängigkeit von

dem Krankheitsprozeß der Epilepsie stehen, also pathogenetisch bedingt sind.

Man wird sich allerdings dabei daran erinnern müssen, daß Gründe für eine Einheitlichkeit des Hirnprozesses Epilepsie durchaus nicht sicher herauszustellen sind. Man wird dabei an zwei Wege denken können: einmal an rein degenerative, abbauende Prozesse, zweitens an die Folgen der epileptischen Kreislaufstörungen im Hirn.

Wenn übrigens die symptomatischen Epileptiker der Anstalt mit 100% als umständlich und gebunden anzusehen sind, so wird das wohl nicht etwa einen Fehler der kleinen Zahl bedeuten. Viel eher glaube ich, daß man das auf die Schwere und Dauer der Krankheit der in dieser Kategorie erfaßten Kranken beziehen darf.

Die *Klebrigkeit* bei den genuinen Epileptikern der Klinik (= 38,9:25,8% der Anstalt) ist vielleicht deshalb mehr entwickelt, weil diesen Kranken — als den leichteren — ein größeres Maß von Aktivität verblieben ist. Auffallend ist allerdings der besonders niedrige Prozentsatz der Klebrigkeit (= 18,7%) bei den symptomatischen Epileptikern der Klinik gegenüber denen der Anstalt (= 25%). Diese stehen zudem mit Umständlichkeit und Gebundenheit höher als die genuinen Epileptiker der Klinik. Aber die Zahl der symptomatischen Epileptiker der Anstalt beträgt nur 8.

Die Kategorie der *Hypersozialen* bedarf keiner besonderen Besprechung.

Die Prozentzahlen der *Religiosität* schwanken in der Tabelle in ziemlich starkem Maße. Doch hängt das wohl auch damit zusammen, daß bei den relativ kleinen Zahlen schon ein Kranker mehr oder weniger erheblich ins Gewicht fallen kann.

Es ist vielleicht nicht unwichtig, zum Kapitel Religiosität zu bemerken, daß viele Kranke über den Standpunkt der Indifferenz heraus eine religiöse Einstellung geradezu ablehnten. Einer der Kranken meinte: Durch den Krieg ist ja alles abgestumpft, ein anderer betonte, daß doch sein Vater Freimaurer gewesen sei, ein dritter meinte nur: ooch nee! ein vierter, mehr rationalistisch: das viele Beten hat auch nichts geholfen, ein fünfter betet seit 2 Jahren nicht mehr, weil er sah, daß es doch nicht mehr helfe.

Mehrere Kranke meinten, sie gingen eben so mit zur Kirche, wie es die anderen auch taten. Die gespreizte, aufgeblähte, zum Teil nur nach außen gekehrte, verlogene Frömmigkeit tritt fast eben so selten auf, wie eine echte tiefe Frömmigkeit im Sinne des Gefühls schlechthinniger Abhängigkeit von Gott.

Jähzorn tritt bei den Kranken der Anstalt, ganz gleich ob es sich um genuine oder symptomatisch epileptische Kranke handelt, mehr hervor als bei den Kranken der Klinik. Man wird jedenfalls sagen dürfen, daß die explosive Entladungsfähigkeit bei den gewiß auch schwerer Kranken der Anstalt erheblich öfter und auch deutlicher in Erscheinung tritt als

bei den Kranken der Nervenklinik. Das ist aber gewiß mit ihrer Anstaltspflegebedürftigkeit zu erklären, also mit ihrer Auswahl der Schwere nach. Besonders hoch ist hier wieder der Prozentsatz bei den symptomatisch epileptischen Männern der Anstalt (= 75%).

Ich habe mich weiterhin noch bei den genuinen Epileptikern der Klinik über die Häufigkeit einiger Züge unterrichtet, die immer wieder im Charakter der Epileptiker, wie ihn die Lehrbücher schildern, eine Rolle spielen.

Von den 54 genuinen Epileptikern der Klinik zeigten nur 5 ganz ausgesprochen die Neigung zu Eigenlob mit dem Mitklingen pathetischer Biedermännerei, 2 übrigens auch die Neigung, ihre Familie über Gebühr zu loben. 7 der Kranken verhielten sich auffallend gespreizt, gespreizt auch in ihrer Motorik. Weniger aufdringlich äußerte sich bei 4 der Kranken ihre plumpe Vertraulichkeit, die immer wieder ins Infantile hereinglitt. Die gleiche Zahl von Kranken zeigte übrigens eine ganz auffallende Euphorie; bei 4 eigentlich Betriebsamen handelte es sich zugleich noch um Euphorische. Allerdings waren das meist Jugendliche, und man kann nicht sagen, ob die Betriebsamkeit der Jugend, die Lebenslust der Kindheit nicht schließlich doch im weiteren Ablauf der Krankheit ausgelöscht wird. Ausgesprochen pedantisch waren aber nur 4 Kranke, brutal-egoistisch 2.

Weit fortgeschritten und sehr deutlich zeigten 14 der Kranken (= 25,9%) den Abbau der Intelligenz unter der Krankheit. Eine große Zahl anderer Kranker war von vornherein schwachsinig.

Von Interesse ist jedenfalls auch die Frage nach Korrelationen, die die einzelnen epileptischen Züge miteinander verbinden. Ich habe versucht, mir ein Bild davon zu machen, und verwandte zu diesen Auszählungen ebenfalls die 54 genuinen Epileptiker der Klinik.

Es zeigte sich dabei folgendes Bild:

Gebundenheit und Jähzorn fanden sich bei 9 (= 17,0%) der Kranken vereint

Jähzorn und Gleichgültigkeit bei 5 (= 9,3%) „ „

Klebrigkeit und Jähzorn bei 5 (= 9,3%) „ „

Klebrigkeit und Unlust bei 7 (= 13,0%) „ „

Umständlichkeit und Klebrigkeit bei 18 (= 33,3%) „ „

Die letzte Zahl wird nicht überraschen, denn Klebrigkeit enthält ja zugleich etwas von Umständlichkeit. Immerhin ist nicht ohne Bedeutung, daß diese Korrelation sich doch nur bei 18 von im ganzen 54 Kranken fand. Nicht unwichtig ist wohl auch, daß ich bei 9 der Kranken Gebundenheit mit Jähzorn vereint fand. Das sind die Kranken, von denen ich schon oben sagte, daß der Jähzorn erst nach einer gewissen Latenzzeit hervorbrechen kann. Ähnliches gilt auch für die Beziehungen von Jähzorn zu Gleichgültigkeit und Klebrigkeit zu Jähzorn. Das Unlustvolle der Klebrigkeit zeigt sich darin, daß 7 der Kranken beide Züge aufwiesen. Aber wenn man festhält, daß im ganzen 21 von 54 Kranken als klebrig zu

bezeichnen waren, so zeigt sich, daß die Temperamentsseite dieser Gruppe von Kranken doch auch eine ganz andere Färbung haben kann.

Gewiß sind all diese Zahlen, wie schon betont, mit der Subjektivität des Untersuchers belastet — ein anderer mag in mancher Hinsicht ein anderes Bild bekommen — aber das eine ergibt sich aus ihnen einwandfrei, das ist die Verschiedenheit der epileptischen Persönlichkeit im einzelnen. Man wird so den Ausdruck „epileptische Persönlichkeit“ mit dem Unterton *einer* Type, *eines* einheitlichen Schemas schon nach diesem gewiß primitiven zahlenmäßigen Überschlagn über die Charakterseite meiner Kranken nur in beschränktem Maße anwenden dürfen.

Die Verschiedenheit der einzelnen epileptischen Persönlichkeiten erhellt ja auch aus dem Vergleich der Kranken der Anstalt und der Klinik.

Man wird annehmen können, daß die Züge, die bei hohen Prozentsätzen der Kranken auftreten, in engerer Verbindung mit dem Hirnprozeß der Epileptiker stehen, daß sie vielleicht als pathogenetisch anzusehen sind, wenn man nicht — was ich jedoch nicht für wahrscheinlich halte — in diesen seelischen Eigentümlichkeiten gleichsam nur ein Reagens solcher Hirne sehen will, in denen es überhaupt zur Entwicklung des epileptischen Hirnprozesses kommen kann. Meines Erachtens wird man bei den häufig auftretenden seelischen Eigentümlichkeiten den Begriff der obligaten Symptome von *Stertz* anwenden dürfen.

Man könnte aber bei der Ausprägung der verschiedenen epileptischen seelischen Eigenarten auch daran denken, daß dafür vielleicht das Alter der Kranken eine besondere Rolle spielen könnte.

Stellt man zunächst einmal das Stellungsmittel des *Erkrankungsalters* der genuinen Epileptiker der Klinik fest, so findet man 23 Jahre, während sich für die symptomatischen Epileptiker der Klinik 27 Jahre ergeben. Die genuinen Epileptiker erkranken im Durchschnitt wohl in jüngeren Jahren als die symptomatischen. Traumen, die zu symptomatischer Epilepsie führen, fallen ja meist erst in den Ablauf des späteren Lebens, in die Reifezeit, in die Zeit der Berufstätigkeit u. dgl.

In diese Beziehungen einzuordnen ist auch, daß das Stellungsmittel der *Krankheitsdauer* bei den genuin epileptischen Männern der Klinik 10 Jahre zählt, während sich bei den symptomatischen Epileptikern nur 5 Jahre errechnen ließen. Das heißt: Die Krankheit dauert bei meinen genuin Epileptischen schon längere Zeit als bei den symptomatischen Epileptikern. Es mag das wohl damit zusammenhängen, daß es sich bei den symptomatischen Epileptikern zu einem gewissen Prozentsatz um Gutachtensfälle handelte, die nicht aus im engeren Sinne ärztlichen Gründen, also wohl früher zur Aufnahme kamen als die genuin Epileptischen.

Nun kam es mir noch darauf an festzustellen, *ob nicht das Erkrankungsalter wie schließlich auch die Krankheitsdauer sich in psychischen*

Symptomen auswirken oder engere Beziehungen zu den psychischen Symptomen haben könnten. Und dafür habe ich die Umständlichen (und Nichtumständlichen) wie die Jähzornigen (und Nichtjähzornigen) ausgewählt. Es kam also darauf an, für die Gruppen der Umständlichen (und der Nichtumständlichen) wie die der Jähzornigen (und der Nichtjähzornigen) die Stellungsmittel von Erkrankungsalter und Krankheitsdauer getrennt zu errechnen.

Unter den genuinen Epileptikern der Klinik zeigten die Umständlichen (nach der Methode des Stellungsmittels berechnet) ein *Erkrankungsalter* von 24, die Nichtumständlichen ein solches von nur 19 Jahren. Man könnte versucht sein, den Unterschied von 5 Jahren dahin zu deuten, daß Umständlichkeit vor allem eine Funktion des Alters wäre, wie man ja bei vielen Menschen im höheren Alter physiologischerweise ein Umständlicherwerden sieht. Man könnte auch vermuten, daß die Krankheitsdauer in Beziehung zur Umständlichkeit stünde, und daß diese sich gleichsam proportional zur Krankheitsdauer entwickeln würde. Hier zeigen nun die umständlichen genuinen Epileptiker eine Krankheitsdauer von 11 Jahren, die Nichtumständlichen nur eine solche von 8 Jahren. Dieser Unterschied ist nicht sehr bedeutend, aber man wird ihn sich merken müssen. Unsere Zahlen dürfen aber gewiß nur mit aller Vorsicht verwendet werden. Man wird sich daran erinnern müssen, daß es schließlich auch Epileptiker gibt, die schon vor Auftreten der Anfälle umständlich waren. Die Krankheitsdauer wurde wie das Einsetzen des Erkrankungsalters erst vom Auftreten der Anfälle an gerechnet.

Für die Jähzornigen wiesen die genuin Epileptischen als mittleres Erkrankungsalter 25 Jahre, als mittlere Krankheitsdauer 10,5 Jahre auf. Für die Nichtjähzornigen gelten die Zahlen 22,5 und 11 Jahre. Die Unterschiede dieser Zahlen sind zu gering, um etwas Besonderes damit anfangen zu können. Man wird vielleicht nur sagen können, daß sich so kein wesentlicher Anhaltspunkt dafür ergibt, daß Jähzorn etwa vom Erkrankungsalter oder der Krankheitsdauer wesentlich abhinge.

Daraus, daß Jähzorn zahlenmäßig bei weitem nicht so häufig bei Epileptikern auftritt, wie z. B. Umständlichkeit und Gebundenheit, ist wohl der Schluß erlaubt, daß seine Beziehungen zum Hirnprozeß der Epilepsie nicht so eng sind. Hier könnte es sich um das „Anspringen“ von seelischen Funktionen handeln, für die die Anlage eine ausschlaggebende Bedeutung hat.

Für die symptomatischen Epileptiker der Klinik habe ich noch folgende Zahlen berechnet:

Das mittlere Erkrankungsalter der Umständlichen betrug 26,5, das der Nichtumständlichen aber 31,5 Jahre. Und das widerlegt eigentlich die oben ausgesprochene Vermutung, daß das Erkrankungsalter für die Umständlichkeit etwas Besonderes bedeute. Dagegen spricht die bei

den Umständlichen höhere Krankheitsdauer von 7,5 gegenüber der von 3 Jahren bei den Nichtumständlichen schon für die Bedeutung der Krankheitsdauer für das Auftreten dieses psychischen Symptoms.

Für den Jähzorn ergeben sich bei den symptomatischen Epileptikern ähnliche Beziehungen wie bei den genuinen. Jähzornige weisen ein mittleres Erkrankungsalter von 26, Nichtjähzornige ein solches von 27 Jahren auf, während das Stellungsmittel der Krankheitsdauer für die Jähzornigen 6,5 Jahre, für die Nichtjähzornigen 5 Jahre beträgt. Besonders eindringliche Schlüsse ergeben diese Zahlen also nicht.

Man hat früher auch daran gedacht, daß die seelischen Veränderungen der Epileptiker unmittelbar mit der Anzahl oder auch Schwere der Anfälle zusammenhängen könnten. So unmittelbare Beziehungen halte ich für unwahrscheinlich. Ich würde aber vermuten, daß die Anfälle vielleicht auf die Ausbildung der eher pathogenetisch zu verstehenden seelischen Störungen mehr einwirken könnten als auf die dem Krankheitsprozeß ferner stehenden. Dabei darf weiterhin nicht vergessen werden, daß gehäuftes Erleben der Anfälle bei manchen Kranken zu reaktiven, unter Umständen Dauerverstimmungen führen kann, daß also auch das Psychoreaktive nicht völlig ausgeschaltet ist.

Man wird davon ausgehen müssen, daß die einzelnen seelischen Züge im Aufbau der seelischen Persönlichkeit der Epileptiker an ganz verschiedenen Orten stehen, daß dies aber auch rein lokalisatorisch in bezug auf das Hirn zu verstehen ist, wenn wir allerdings in dieser Hinsicht zunächst noch recht im Dunklen tapen. Aber auch die Dynamik des erlebnismäßigen Entstehens solcher Züge kann eine ganz verschiedene sein. Seelische Züge sind bei recht weitgehender äußerer Übereinstimmung doch sehr oft mehrdeutig, nicht zum wenigsten im Hinblick auf die Entstehungsweise. Hier tauchte immer wieder die Frage: Körperlich oder erlebnismäßig bedingt? auf.

Gewisse Unterschiede ergeben sich aus meinen Zahlen auch für Mann und Weib. Die größte Übereinstimmung zeigt sich dabei in *Umständlichkeit* und *Gebundenheit*, und auch das weist wohl auf die engen Beziehungen dieser seelischen Züge zum Krankheitsprozeß hin. Man wird für eine vergleichende Betrachtung der Zahlen von Männern und Frauen immer daran denken müssen, daß meine Zahl der Frauen eine sehr geringe ist, und daß man so immer den Fehler der kleinen Zahl fürchten muß. Daß man nicht zu viel aus den Zahlen vermuten darf, ergibt sich auch daraus, daß der Prozentsatz der Gleichgültigen bei den genuin epileptischen Frauen der Klinik höher ist als der bei den Männern, während es sich bei den Kranken der Anstalt gerade umgekehrt verhält. Beachtenswert erscheint nur, daß der Prozentsatz der genuin epileptischen religiösen Frauen in Anstalt und Klinik höher ist als der der Männer; eine „ausgesprochene“ Religiosität ist wohl gemeinhin bei Frauen eher zu finden als bei Männern.

Man wird für die Ableitung der epileptischen Wesenseigentümlichkeiten weiter ausgreifen müssen, darf gewiß nicht nur auf die Krankheit als solche blicken. Vor allen Dingen ist es notwendig, die prämorbidie Persönlichkeit heranzuziehen. Ich habe mir bei meinen Kranken ein Bild davon zu machen versucht, aber es ist hier nicht zu verwerten, da Voraussetzung dazu genauere Erkundigungen bei den anderen Familienmitgliedern wären, die ich aus Zeitmangel nicht vornehmen konnte.

IV. Zusammenfassende Betrachtungen.

Man wird an Hand unserer Feststellungen fragen dürfen, welche Rolle die einzelnen von uns besonders beachteten Züge denn in der Struktur der epileptischen Persönlichkeit spielen, dann aber auch, inwieweit es sich dabei um pathogenetisch oder pathoplastisch Bedingtes handelt.

Von der bei der Krankheit auftretenden Herabminderung des Intelligenzgrades, der Demenz, ist auf unserer Tabelle nicht die Rede. Die Intelligenz bestimmt, wenn auch gewiß nicht ausschlaggebend, doch bis zu einem gewissen Grade das Niveau der Persönlichkeit. Und in der Demenz kann man ein „Symptom“ sehen, das in engster Abhängigkeit vom Organischen, von Rückbildungsprozessen im Hirn, vor allem wohl der Hirnrinde steht. Es handelt sich bei der Demenz gewiß um eine pathogenetisch bedingte Erscheinung, für die die Anlage höchstens in dem Sinne eine Rolle spielen wird, daß wenn ein Stillstand der krankhaften Vorgänge stattfindet, eine größere Begabung größere Intelligenzreste übrig lassen wird als eine schlechte Begabung.

Als pathogenetisch und eng an den epileptischen Hirnprozeß geknüpft ist auch die Umständlichkeit und die Gebundenheit anzusehen, wenn ich allerdings auch Familien kenne, in denen Epileptiker nicht vorkommen, und in denen nichtepileptische Blutsverwandte eine epilepsieähnliche Umständlichkeit und Gebundenheit aufweisen. Das sind aber doch wohl Ausnahmen. Setzt man epileptoid = epilepsieähnlich, aber nicht epileptisch, so würde ich hier keine Bedenken tragen, von epileptoiden Zügen zu sprechen. Es besteht ja kein Hindernis, diese Bezeichnung, ihrer Unverbindlichkeit eingedenk, auch für Persönlichkeiten anzuwenden, deren Familien frei von Epilepsien sind und die selbst keine Epileptiker sind. Man wird sich dabei daran erinnern müssen, daß Umständlichkeit und Gebundenheit in gleicher Weise auch bei nichtepileptischen Hirnkranken (vor allem Hirntraumatikern) auftreten können. Umständlichkeit und Gebundenheit kommen zudem auch bei nichtepileptischem, angeborenen Schwachsinn vor. All das spricht aber auch nur für direkte Abhängigkeit vom Hirngeschehen, wenn auch beide Begriffe bei verschiedenen Individuen angewandt nicht immer dasselbe bedeuten. Es ist nicht unwichtig, daß Unlust und Gleichgültigkeit in wesentlich geringerem Prozentsatz bei meinen Epileptikern beobachtet wurden als

Umständlichkeit und Gebundenheit. Unlust und Gleichgültigkeit betrifft aber andere „Apparate des Hirns“, nämlich die des Temperaments, der Affektivität. Unlust tritt bei den genuinen Epileptikern nur in rund 25% der Fälle auf. Hier spielt doch vielleicht die prämorbid Anlage wesentlich mit. Ein Teil der Unlust ist zudem gewiß psychoreaktiv bedingt.

Noch niedriger steht der Prozentsatz des Jähzorns. Es ist das noch weniger ein obligates Symptom als die anderen, bisher genannten. Hier gibt wohl die Anlage, wenn auch gewiß nicht allein, so doch stark mitwirkend, den Ausschlag. Aber auch das wäre mit Sicherheit doch nur mit Methoden der erbbiologischen Familienforschung zu entscheiden.

Daß der Jähzorn zum Teil andererseits den pathogenetisch bedingten Symptomen nahesteht, darauf weist der Jähzorn vieler Hirntraumatiker hin, in deren Familien nicht immer eine auffallende Belastung mit Jähzorn aufzuweisen ist. Der Jähzorn mancher Kranker mag der Anlage entspringen, gewissermaßen aus ihr entbunden sein. Bei anderen Kranken mag er nur Ausdruck des Hirnprozesses sein.

Klebrigkeit als solche ist — und das stellt eine neue Komplikation unserer Fragestellung dar — gewiß nicht immer ein einheitlicher Zug, weder unter dem Gesichtspunkt der Pathogenese noch unter dem der Struktur. Die Klebrigkeit mancher Kranker bedeutet zuweilen nur, daß sie nicht weiterkommen. Der Zufluß an Gedanken, an Neuem, an gedanklichen Entwicklungsmöglichkeiten ist gehemmt. Zuweilen kommt noch das Moment einer besonderen Höflichkeit, eines Entgegenkommenswollens hinzu. In anderen Fällen spielt eine Art Aufdringlichkeit, eine besondere Aktivität eine Rolle, die vor allem sich selbst sucht, sich selbst Genüge tun will und sich nie ganz Genüge tun kann. Das Geltungsbedürfnis spielt herein, das sich in objektiv Belanglosem zu befriedigen sucht. Daß bei manchen Frauen Klebrigkeit dem Mann gegenüber auch erotisch unterlegt sein kann, wird man zuweilen finden.

Bei der Pedanterie bleibt bisweilen nur immer wieder das leere Schema einer Handlung bestehen. Es bestehen hier Beziehungen zur Perseveration. Im übrigen bedeutet aber auch pedantisches Verhalten bei genauer Betrachtung bei verschiedenen Persönlichkeiten etwas Verschiedenes.

Die meisten Begriffe der Charakterologie unserer Kranken sind mehr- und vieldeutig, wenn sie auch im klinischen Tagesgebrauch immer wieder mit dem Wert der Eindeutigkeit verwendet werden.

Eine echte Religiosität wird bei unseren Kranken in einem recht niedrigen Prozentsatz beobachtet. Man hat früher der Ansicht zugeneigt, daß die zum Teil recht eigenartige, oft muffige religiöse Einstellung der Epileptiker etwas dem Krankheitsvorgang Nahestehendes sei. Man glaubte sogar, ihr eine diagnostische Bedeutung zulegen zu können. Das

ist meinen Zahlen nach recht gefährlich, wie es ebenso unrichtig ist, etwa *eine* religiöse Haltung als spezifisch, pathognomonisch für Epilepsie herauszustellen.

Häufig bedeutet das Religiöse bei Epileptikern nur einen äußeren Anstrich, der unter Umständen ganz anders zu bewertende Züge verbirgt. Das ist das, was z. B. als Zitat nach *Samt* immer wieder angeführt wird. Gerade bei den sog. religiösen Epileptikern kann man religiöse Formen mit einem denkbar unreligiösen Geist erfüllt finden. Diese religiöse Form ist zum Teil nur von außen her entnommen, von der Umgebung, von der Familie, der Anstalt, aus der eigenen Entwicklungszeit. Hier spielt gewiß das Milieu im weitesten Sinne und in seinen verschiedenen, auch zeitlichen Abwandlungen eine besondere, führende Rolle.

In der Religiosität sehr vieler, aber durchaus nicht aller Epileptiker finden sich dann vor allem Züge, wie die breite, zudringlich auftragende, gespritzte, nach außen gezeigte Form, die von der an und für sich vorhandenen Klebrigkeit, Gebundenheit und Umständlichkeit her unterhalten wird. Man findet alle solche Äußerungen von Religiosität aber gewiß auch bei Nichtepileptikern, vor allem Imbezillen. Und man mag dann von epileptoider Religiosität sprechen, mit all den Vorbehalten, die oben gegeben wurden. Der Begriff der Regression scheint jedoch hier auch im wesentlichen nur ein Wort zu bedeuten. Die Wurzel der Religiosität der Epileptiker liegt außerhalb der Krankheit. Ihre Religiosität erhält nur die mannigfachsten Verbrämungen von der kranken Persönlichkeit her.

Daß es nach alledem keinen rechten Sinn hat, wie ich bei einem Autor las, von „epileptoiden“ Epileptikern zu sprechen, bedarf keiner eingehenden Begründung. Es ist ja nicht recht logisch, den integrierenden Bestandteil eines Begriffes aus dem Begriff selbst herauszulösen und ihn dann wieder als Beiwort dieses Begriffes erscheinen zu lassen. Ich kann weiße Farbe aus einem Topf nicht noch dadurch weißer machen, daß ich sie mit dem gleichen Weiß aus demselben Topf noch einmal durchrühre.

Etwa die Erregbarkeit der Epileptiker als typisches „epileptoides“ Merkmal herauszugreifen und jeden Erregbaren als epileptoid zu bezeichnen, erscheint mir nicht als gerechtfertigt. Es gibt nichtepileptische Hirntraumatiker, deren Erregbarkeit sich durch nichts von der der Epileptiker und der epileptischen Hirntraumatiker unterscheidet. Es gibt die gleiche — phänomenologisch nicht zu trennende — Erregbarkeit durchaus auch bei erregbaren, vor allem vegetativ disponierten Psychopathen, besonders wenn der Alkohol mit hereinspielt.

Hinsichtlich der Epilepsie nach Hirntraumen wird sich zweckmäßig eine Gruppe der traumatischen Epileptiker von den Hirntraumatikern mit epileptischen Anfällen abtrennen lassen. Unter den traumatischen

Epileptikern sind die Kranken zu verstehen, die neben den Anfällen auch die epileptische Wesensveränderung zeigen. Bei ihnen muß vor allem erbblologische Arbeit einsetzen.

Wenn man sieht, wie ungleichmäßig die epileptischen Züge bei den einzelnen Epileptikern verteilt sind, wie Verschiedenes sich unter ein und derselben Bezeichnung verbergen kann, so wird man bei genauerem Zusehen finden, daß das seelisch Epileptische in sehr verschiedenen Ebenen der epileptischen Persönlichkeit, an sehr verschiedenen Orten liegen kann.

Man wird also auch nicht etwa von *einem* Epileptoid sprechen können, vielmehr wird man mehrere epileptoide Züge auseinanderhalten müssen. Das „Epileptoid“ des klinischen Tagesgebrauches ist ein zu schwankender Begriff, als daß er großen wissenschaftlichen Wert hätte. Er greift zudem meist gewohnheitsmäßig doch nur eine seelische Seite der Epileptiker hervor, die nicht einmal zu den obligat Prozeßnahen gehört, nämlich die übermäßige Erregbarkeit. Und auch für den Tagesgebrauch kommt es ganz auf die Schule an, was der Begriff weiterhin bedeutet.

Das Epileptoid im Sinne von *Delbrück* als Gruppe gegenüber den Schizothymen und Cyclothymen abzugrenzen, erscheint mir nicht möglich. Das gilt auch für die Ansichten von *Otto Kant*. Hier heißt es, sich auf die nüchternen Tatsachen der Klinik besinnen.

Den Begriff der psychischen Epilepsie als einer Epilepsie ohne Anfälle halte ich nicht für zweckmäßig. Gewiß gibt es Menschen, bei denen man rein aus ihrem psychischen Verhalten heraus an Epilepsie denken kann, aber der Begriff schwebt doch durchaus in der Luft (*Kraepelin*), wenn er nicht in den Rahmen einer mit Epilepsie behafteten Familie eingeordnet werden kann.

Es ist nicht unwichtig anzumerken, daß häufig der äußere Eindruck mancher Kranker, eine gewisse Leere des Gesichtes, das Pastöse ihrer Gesichtsformen, ihre eigenartig schleppende, ziehende Motorik zu der Vermutung einer Epilepsie oder zur Annahme eines Epileptoides führt. Aber es ist wohl im Interesse der Reinheit des klinischen Sprachgebrauches besser, für die Annahme eines Epileptoides vor allem die charakterologischen Kategorien anzuwenden.

Als Kliniker wird man immer wieder gern irgendwie an Beziehungen zwischen organischem Geschehenen im Hirn und Psychischem denken. Wenn man aber z. B. den Abschnitt von *Scholz* in *Bumkes* Handbuch über die Anatomie der Epilepsie liest, so findet man, daß bei Anlegung eines strengen Maßstabes nichts vorgelegt werden kann, womit der zwingende Beweis eines *selbständigen* Hirnprozesses bei der Epilepsie geführt werden könnte. Nach *Spielmeyer* sind zwei der prägnantesten anatomischen Lokalbefunde bei der genuinen Epilepsie wohl nur Folgen einer funktionellen Gefäßstörung, über deren letzte Ursachen die Anatomie

bisher Aufschluß nicht geben konnte. Ein fortschreitender Hirnprozeß ist nicht nachzuweisen; aber das Vorhandensein artgleicher anatomischer Veränderungen auch in Fällen traumatischer Epilepsie (*Scholz*) läßt es wohl verstehen, daß epileptische Hirntraumatiker, wie auch unsere Untersuchungen zeigten, in psychischer Hinsicht weitgehend den sog. genuinen Epileptikern ähneln können.

Beachtet man die große Bedeutung der Gefäßspasmen, so wird man die Verschiedenheit der einzelnen epileptischen Persönlichkeiten nicht nur auf die verschiedene persönliche Anlage zurückzuführen brauchen. Vielmehr könnten die funktionellen Gefäßprozesse bei verschiedenen Individuen auch einmal an individuell verschiedenen Hirnteilen, verschiedenen Hirnprovinzen angreifen und zerstörend wirken. Und so kann der gleiche epileptische Hirnprozeß verschiedene Persönlichkeiten formen. Man darf sich vielleicht dabei daran erinnern, daß schon die Gestaltung der epileptischen Anfälle bei verschiedenen Menschen sehr verschieden sein kann, und das läßt sich doch nur durch das „Ergriffen-sein“ verschiedener Stellen im Hirn erklären, wobei man davon absehen darf, daß das Bild des Anfalles auch beim einzelnen Epileptiker wechseln kann.

Daß aber die anatomischen Befunde im Ammonshorn und Kleinhirn (nach *Spielmeyer*) nur in 80% des Materials vorhanden sind, in 20% also fehlen, daß dafür eine ausreichende Erklärung völlig fehlt, beweist, wie sehr wir da noch im Dunkeln stehen.

Man wird sich daran erinnern dürfen, daß Hirntraumatiker eine Vasomotorenlabilität so oft zeigen, daß man eigentlich nicht annehmen kann, es handele sich dabei nur um einen Ausdruck der Konstitution. Möglicherweise ist es auch so, daß die epilepsieähnlichen psychischen Züge mancher Hirntraumatiker doch auch durch die „Gefäßunruhe im Hirn“ mitbedingt sind, die mir für viele Hirntraumatiker etwas Charakteristisches zu sein scheint. Und man wird verstehen, daß symptomatische und genuine Epileptiker sich in psychischer Hinsicht ähneln können, wenn man, wie ich es mehrmals tun konnte, auf dem Operationstisch bei geöffnetem Schädel gesehen hat, in welcher brutaler Weise die Hirngefäße im epileptischen Anfall gleichsam mit der Hirnsubstanz spielen, ganz gleich, ob es sich um eine genuine oder symptomatische Epilepsie handelt. Von solchen Erfahrungen berichtete auch *O. Foerster*.

Das Ergebnis meiner Arbeit möchte ich dahin zusammenfassen: Der einzelne seelische Zug eines Epileptikers darf gewiß nicht zur Bedeutung des Pathognomonischen hin überschätzt werden. Viele Epileptiker zeigen jedoch ein Gewebe ihrer seelischen Funktionen, aus dem heraus die Diagnose einer Epilepsie vermutet werden darf.

Ganz ähnliche seelische Strukturen wie bei den genuinen Epileptikern findet man aber auch bei manchen symptomatischen Epileptikern und bei Hirntraumatikern ohne epileptische Anfälle.

Es ist besser, von (einzelnen) epileptoiden seelischen Zügen zu sprechen als von dem Epileptoid. Dieser Begriff sollte nicht etwa die Grenzen des Begriffes Epilepsie verwischen. Epileptoid bedeutet, daß seelische Züge von Nichtepileptikern denen von Epileptikern ähnlich sind. Die epileptische Seelenveränderung kann bei verschiedenen Persönlichkeiten in sehr verschiedenen Schichten auftreten. Dem Krankheitsprozeß kausal nahestehende Störungen sind von solchen zu unterscheiden, die zu ihrem Auftreten eine besondere Anlage voraussetzen. Psychisch-reaktive Züge spielen ebenfalls mit herein.

Literaturverzeichnis.

- Baumm, Hans*: Z. Neur. **127**, 279—311 (1930). — *Binder, Hans*: Schweiz. Arch. Neur. **19**, 242—273 (1926). — *Binswanger, O.*: *Nothnagels Spezielle Pathologie und Therapie*, Bd. 12, Teil 1, Abt. 1 (1913). — *Birnbaum, K.*: Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse. Berlin 1923. — *Bleuler, E.*: Z. Neur. **78**, 373—399 (1922). — *Boening, H. u. Th. Konstantinu*: Arch. f. Psychiatr. **100**, 171—231 (1933). — *Bonhoeffer, Mschr.* Psychiatr. **38**, 61—72 (1915). — *Boven, W.*: Schweiz. Arch. Neur. **4**, 153—169 (1918). — *Braun, Ernst*: Psychogene Reaktionen. *Bumkes Handbuch*, Bd. 5. Spez. Teil I. — *Bumke, E.*: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 3. Aufl. München 1929. — *Christoffel, H.*: Z. Neur. **55**, 161—253 (1920). — *Delbrück, Hans*: Arch. f. Psychiatr. **82**, 708—718 (1928). — *Entres, J. L.*: Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von *Bumke*, Bd. 1, Allg. Teil I S. 50—307. 1928. — *Ewald, G.*: Temperament und Charakter. Berlin 1924. — *Feuchtwanger, E.*: Nervenarzt **3**, H. 10, 577—591 (1930). — *Fleck, U.*: Allg. Z. Psychiatr. **93** (1930). — Was heißt epileptoid? Erscheint in Allg. Z. Psychiatr. — *Foerster, O.*: Dtsch. Z. Nervenheilk. **94**, 15 (1926). — *Ganuschkin, Zit.* nach *G. E. Ssucharewa*. — *Gerum, K.*: Z. Neur. **115**, 319—422 (1928). — *Goldblatt, Hermann*: Z. Neur. **116**, 44—70 (1928). — *Goldenberg, S. J. u. T. J. Goldowskaja*: Z. Neur. **121**, 780—791 (1929). — *Gowers, W. R.*: Epilepsie, 2. Aufl. Deutsche autorisierte Ausgabe von Dr. *Max Weiss*. Leipzig u. Wien 1902. — *Graf, Ilse*: Mschr. Psychiatr. **64**, 25—207 (1927). — *Griesinger, W.*: Arch. f. Psychiatr. **1**, 320 bis 333 (1886—1887). — *Grossmann, J.*: Z. Neur. **117**, 12—18 (1928). — *Gruhle, Hans W.*: Z. Neur. Ref. **2**, H. 1, 1—42 (1911). — *Zbl. Neur.* **34**, H. 1/2, 1—152 (1924). — Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von *Bumke*, Bd. 8, Spez. Teil IV, S. 669—728. 1930. — *Zit. nach Zbl. Neur.* **64**, 250 (1932). — *Gurewitsch, M.*: Z. Neur. **9**, 359—390 (1912). — Z. Neur. **18**, 655—672 (1913). — *Hagebuß, V. u. R. Fundyler*: Sovrem. Psichonevr. (russ.) **10** (1930); *Zbl. Neur.* **59**, 57 (1931). — *Hartmann, F. u. H. di Gaspero*: *Lewandowskys Handbuch der Neurologie*, Bd. 5, S. 832—930. 1914. — *Hauptmann, Alfred*: Z. Neur. **36**, 181—277 (1917). — *Heilbronner, K.*: Handbuch der inneren Medizin, Bd. 5.: Erkrankungen des Nervensystems, 1912. S. 832—875. — *Hoffmann, F. H.*: *Zbl. Neur.* **45**, 835 (1927). — *Judin*: *Zit. nach G. E. Ssucharewa*. — *Kahn*: Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von *Bumke*, Bd. 1, Allg. Teil I, S. 227—478. 1928. — *Kant, Otto*: Z. Neur. **129**, 404—410 (1930). — *Kleist, K.*: Schweiz. Arch. Neur. **23**, 149—151. — *Kraepelin, Emil*: Psychiatrie, 8. Aufl., Bd. 3, S. 1040—1079. 1913. — Z. Neur. **52**, 107—116 (1919). — *Krassnuschkin*: *Zit. nach G. E. Ssucharewa*. — *Kretschmer, E.*: Jkurse ärztl. Fortbildg **18**, H. 5, 29—42 (1927). — *Kreyenberg, Gerhard*: Z. Neur. **112**, 506—548 (1928). — *Krisch, H.*: Epilepsie und manisch-depressives Irresein. Berlin 1922. — Arch. f. Psychiatr. **77**, 547—554 (1926). — *Küffner*: Z. Neur. **131**, 203—205 (1931). — *Levy-Suhl*: *Zit. nach A. Hauptmann*. — *Luxenburger, Hans*: Fortschr. Neur. **1**,

92—102 (1929). — *Mauz*: Zbl. Neur. **45**, 833—835 (1927). — *Mayer-Gross, W.*: Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von *Bunke*, Bd. 9, Spez. Teil V; Die Schizophrenie, 1932, S. 293—578. — *Minkowska, Franziska*: Ann. méd.-psychol. **89** I, 291—300. — Z. Neur. **82**, 199—211 (1923). — Schweiz. Arch. Neur. **15**, 307 bis 309 (1924). — Schweiz. Arch. Neur. **24**, 171—172 (1929). — *Minkowski, Eugen u. Franziska Minkowska*: Schweiz. Arch. Neur. **12**, 47—70 (1923). — Zbl. Neur. **54**, 684 (1930). — *Rappoport*: Zit. nach *G. E. Ssucharewa*. — *Reichardt, M.*: Z. Neur. **89**, 321 bis 346 (1924). — *Rittershaus*: Arch. f. Psychiatr. **46**, 1—93, 463—545 (1910). — *Robin, Gilbert*: L'Epilepsie chez l'enfant et le caractère épileptoïde. Paris 1932. — *Roemer, Hans*: Allg. Z. Psychiatr. **67**, 588—627 (1910). — Mschr. Psychiatr. **1909**, Erg.-H. 26. *Rudin, Ernst*: Z. Neur. **89**, 368—382 (1924). — *Samt, P.*: Arch. Psychiatr. **5**, 343 bis 444 (1875). — *Schneider, K.*: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig 1923. — *Scholz, W.*: Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von *Bunke*, Bd. 11, Spez. Teil VII: Die Anatomie der Psychosen, 1932, S. 716—754. — *Schröder, Paul*: Kindliche Charaktere und ihre Abartigkeiten. Breslau 1931. — *Schultze, Ernst*: Epileptische Seelenstörung. Lehrbuch der Psychiatrie, 4. Aufl. Jena 1915. — *Schulz, Bruno*: Z. Neur. **123**, 794—808 (1930). — *Serejski*: Zit. nach *G. E. Ssucharewa*. *Siemens, H. W.*: Münch. med. Wschr. **1934**, Nr 14, 515. — *Spielmeyer*: Zit. nach *Scholz*. — *Ssucharewa, G. E.*: Z. Neur. **123**, 626—645 (1930). — *Steiner*: Z. Neur. **30**, 305—318 (1915). — *Stekel*: Zit. nach *Binder, Hans*. — *Stertz, G.*: Die organischen Psychosen. Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgeg. von *Bunke*, Bd. 7, Spez. Teil III, 1928, S. 1—13. — *Vogt, H.*: Handbuch der Psychiatrie, herausgeg. von *Aschaffenburg*, Spezieller Teil, Abt. 1. 1915. — *Weise, Günther*: Arch. Psychiatr. **85**, 248—270 (1928). — *Werther*: Zit. nach *Emil Kraepelin*. — *Westphal, C.*: Arch. f. Psychiatr. **3**, 138—161 (1872). — *Westphal, Kurt*: Nervenarzt **4**, 96—99 (1931). — *Wilmanns, Karl*: Handbuch der Neurologie, herausgeg. von *Lewandowsky*, Bd. 5, S. 513—580. 1914. — *Zeller, Emile*: Strasbourg méd. **85**, 397—404 (1927); Zbl. Neur. **49** (1928).