

## Untersuchungen zur forensischen Bedeutung der psychomotorischen Epilepsie

U. H. PETERS und I. FORD-LÄUFER

Psychiatrische und Nervenlinik der Universität Kiel  
(Direktor: Prof. Dr. G. E. STÖRRING)

Eingegangen am 17. Juni 1968

In den meisten älteren Darstellungen zur Psychiatrie der Epilepsie wird für die Allgemeinepileptiker eine erhöhte Kriminalität angenommen (BINSWANGER, STAUDER, GRUHLE, u. a.). Dabei wird den Epileptikern, insbesondere auf Grund ihrer Reizbarkeit und Aggressivität, eine Neigung zu schweren Affekttaten zugeschrieben. Bei diesen, auch in die Lehrbücher übergegangenen Ansichten ließen sich die meisten Autoren offenbar hauptsächlich von Erfahrungen mit besonders krassen Einzelfällen leiten, während systematische Untersuchungen erstaunlich selten sind. Immerhin konnte auch ALSTRÖM (1950) bei Untersuchungen an einem größeren Krankengut bestätigen, daß bei wesensveränderten Epileptikern die Kriminalität größer ist als dem Durchschnitt der Bevölkerung entsprechen würde. Nicht wesensveränderte Anfallsranke fielen jedoch nicht durch eine häufige Straffälligkeit auf.

Die früheren Untersuchungen gehen noch von einer einheitlichen Konzeption der Epilepsie aus und treffen insbesondere hinsichtlich der einzelnen Anfallsformen keine Unterscheidungen. Daher fehlen bisher Untersuchungen über die spezielle Kriminalität der Temporallappenepileptiker. Die allgemeinen Erfahrungen verschiedener Autoren (GASTAUT, 1958; LANDOLT, BALLERINI, MULDER und DALY) und verschiedene kasuistische Mitteilungen lassen jedoch bereits vermuten, daß es sich dabei um eine eigenständige Problematik handelt.

Ein bereits historischer Fall betrifft den Maler VAN GOGH, der nach GASTAUT (1956) an einer psychomotorischen Epilepsie litt, dessen berühmte Tat aber gewöhnlich nicht unter den Gesichtspunkten dieses Leidens betrachtet wird.

VAN GOGH griff bekanntlich am Weihnachtsabend 1888 — unter Alkoholeinfluß stehend — seinen Freund und Kollegen GAUGIN an und schnitt sich selbst anschließend in einer Rückwendung der Aggression mit dem Rasiermesser ein Stück des Ohres ab. Darauf hatte er eine Erinnerungslücke für 3 Tage.

Einzelne Beobachtungen wurden auch von COURJON und BONNET (1951) mitgeteilt. Die Autoren heben insbesondere Antriebe zum Stehlen hervor. Besonders berichtet wird über einen 60jährigen Mann, der einen

neben ihm sitzenden Mann plötzlich bedrohte und sich zu seiner eigenen Verwunderung in Handschellen wiederfand (als er aus einem Dämmerzustand erwachte?). Die Auffälligkeiten der Temporallappenepileptiker sind nach COURJON und BONNET bei jüngeren Patienten auf eine mangelnde Reife, bei älteren auf einen vorzeitigen Abbau des Temporallappens zurückzuführen. Ausführlicher wurde das Thema der Kriminalität bei Temporallappenepilepsie erstmals von MEYER (1957) bearbeitet. In einem der 3 dargestellten Fälle beging ein Kranker mit einem Oligodendrogliom des Schläfenlappens 80—100 Ladendiebstähle. Die Straftaten werden von MEYER mit einer ausgeprägten Wesensänderung und insbesondere mit einer Perseverationstendenz in Zusammenhang gebracht. Auch die meisten anderen Autoren sehen als Ursache der Kriminalität die enechetische Wesensänderung an.

RABENDING (1961) nimmt dagegen in 2 mitgeteilten Fällen Zusammenhänge zwischen der präparoxystischen Phase vor den Dämmerattacken und kriminellen Handlungen an. Ein 19jähriger Mann hatte etwas von Mussolini gesagt und ein Hakenkreuz an eine Wand gemalt. Ein 59jähriger Mann betrat in der präparoxystischen Phase in einem Hotel das Zimmer eines Fremden und mußte mit Gewalt aus dem Hotel gebracht werden.

Auf die bemerkenswerte Tatsache, daß der psychomotorische Anfall selbst zum Träger kriminellen Verhaltens werden kann, hat SCHULTE unter Berufung auf eine der Beobachtungen von MEYER hingewiesen. Ein 52jähriger Mann ohrfeigte während eines Anfalls einen Kellner, trat aber sonst mit Ausnahme einer Ordnungsstrafe gerichtlich nicht in Erscheinung. Weitere Einzelfälle vom Temporallappenepileptikern, die während einer Dämmerattacke kriminell wurden, sind von STEVENSON (zweifacher Juwelenraub) und PETERS (versuchter Bankeinbruch) mitgeteilt worden.

### Eigene Untersuchungen

Um einen Überblick über die tatsächliche Kriminalität der Temporallappenepileptiker zu gewinnen, haben wir bei 56 unausgewählten klinisch untersuchten Kranken anhand von Strafregisterauszügen und Gerichtsakten die Vorgeschichte genauer erforscht, da sich eine derartige Untersuchung nicht allein auf die Angaben der Patienten stützen kann. Ergänzt wurden die Angaben durch die in jedem Falle — evtl. nachträglich — erhobene Fremdanamnese und Eigenanamnese. Im Unterschied zu forensisch-psychiatrischen Untersuchungen, die von gerichtlich begutachteten (DONNER) oder sonst auffällig gewordenen Patienten ausgehen, sind bei unserem klinischen Ausgangsmaterial nur wenige — unvermeidbare — Auslesefaktoren wirksam. Sie betreffen vor allem die Auswahl der Patienten zur Klinikaufnahme (aus diagnostischen und

therapeutischen Gründen) und die Unvollständigkeit der Strafregisterauszüge, da manches Verfahren frühzeitig eingestellt, durch Tod (Suicid) des Betroffenen nicht eröffnet, durch Amnestien gelöscht wird usw. Das von uns vorgelegte Untersuchungsgut ist zwar durch systematische Methoden kaum noch zu erweitern, erfaßt aber dennoch nur einen Teil der tatsächlichen Kriminalität. Nach JAROSCH beträgt das Verhältnis von feststellbarer zu nicht feststellbarer Kriminalität sogar 1:2. Da wir unter 56 Fällen 7 fanden, die gerichtlich in Erscheinung getreten waren, könnte die echte Kriminalitätsziffer somit doppelt so hoch liegen.

*Beobachtung 1* (22jähriger Malergehilfe W.). Der bisher unauffällig in seinem Beruf tätige W. fuhr nach einem Tanzfest in angetrunkenem Zustand mit dem Motorrad nach Hause. Als er einem Mädchen nachschaute, geriet er auf die linke Fahrbahn und prallte mit einem entgegenkommenden Motorradfahrer zusammen, wobei beide Fahrer verletzt wurden. W. trug eine Contusio davon. Die Anfälle waren nicht lange vor dem Unfall erstmals aufgetreten. Außer Dämmerattacken traten auch seltene Grand mal-Anfälle auf. Der Kranke wurde mehrmals klinisch beobachtet. Dabei ließ sich eine zunehmende Wesensänderung erkennen. W. war anfangs gering, später deutlicher verlangsamt. Er war reizbar, ordnete sich schwer ein, kritisierte ständig die Klinik und war oft die Ursache einer mürrischen Stimmung auf der Station. Andererseits war er oft freundlich und hatte guten Kontakt zum Stationspersonal. Die Stimmung wechselte vielfach rasch, manchmal lachte und weinte er in einem Atemzug. Oft war W. verstimmt und unzufrieden. Vor allem in diesen Verstimmungszuständen genoß er viel alkoholische Getränke. — Eine greifbare Ursache für das Anfallsleiden ließ sich nicht finden. Es wurde eine Residualepilepsie angenommen.

*Epikrise.* Bei dem wesensveränderten, jedoch nicht typisch enechetischen Malergehilfen kommt es bei Verstimmungszuständen zu vermehrtem Alkoholgenuß und unter Alkoholeinfluß zu einer Straftat, die mehr durch den — hier pathologischen — Leichtsinn als durch Aggressivität geprägt wird.

*Beobachtung 2* (48jähriger Lagerarbeiter S.). Der durchschnittlich intelligente Kranke leidet seit seinem 42. Lebensjahr an Dämmerattacken. In russischer Gefangenschaft war er häufiger, als Folge von Schlägen, bewußtlos, jedoch ist dies als Ursache des Anfallsleidens umstritten. In einem auswärtigen Krankenhaus wurde S. bereits einmal wegen „erheblicher psychischer Fehlreaktionen“ behandelt. Auch sonst wird stets von seinem auffälligen Wesen berichtet. S. neigt zu Hause und auf seiner Arbeitsstelle zu gewalttätigen Erregungszuständen, was zu häufigen Streitereien und Scheidungsklagen der Ehefrau, jedoch nicht zu einer gerichtlichen Verurteilung führte. S. ist demonstrativ und hat ständig weinerliche Versagenszustände. Er wird als verweichlichter, schwächlicher und lebensuntauglicher Psychopath geschildert. Er ist einerseits leicht reizbar und distanzlos, andererseits aber wieder höflich und zuvorkommend. Eine geringe Verlangsamung ist festzustellen.

S. wurde bestraft, weil er 2 Jahre vor der letzten Klinikaufnahme mit seinem Moped auf einem Fußgängerüberweg eine ältere Fußgängerin umgerissen hatte.

*Epikrise.* Das Anfallsleiden besteht bei dem 48jährigen Lagerarbeiter erst seit dem 42. Lebensjahr, doch besteht eine auffällige, ebenfalls nicht

typisch epileptische Wesensänderung bereits länger. Diese führt zu erheblichen Schwierigkeiten mit der sozialen Umgebung, neben denen sich die einzige zur Bestrafung führende Tat beinahe bescheiden ausnimmt. Daß es aber überhaupt dazu gekommen ist, läßt Unvorsichtigkeit und Leichtsinn vermuten.

*Beobachtung 3* (26jähriger Kraftfahrer K.). Der Vater des Kranken suicidierte sich 4 Jahre nach der Geburt des Patienten. Die Mutter heiratete 9 Jahre später einen Zeugen Jehovas. Die Geburt des Patienten hatte 18 Std gedauert. Er war schließlich aus Steißlage geboren worden. Nach Angaben der Mutter hatte K. als Kind „Zahnkrämpfe“. Er war immer schwer zu erziehen. In der Schule galt er als faul, verlogen, unzuverlässig und rüpelhaft. In seinem 13. Lebensjahr wurde die Erziehung so schwierig, daß die Mutter den Vormundschaftsrichter um Hilfe bat, was sie jedoch bald wieder rückgängig machte. Mit 15 Jahren wurde er wegen mehrfacher Diebstähle zu 3 Wochen Jugendarrest verurteilt. Im Strafvollzug wurde er als unstet und heuchlerisch beurteilt. Aus der Schule wurde K. darauf wegen Erziehungsschwierigkeiten ausgeschult und aus dem Kolping-Heim, in das er dann kam, alsbald wegen Ungebührlichkeit verwiesen. Dort wurde er als faul, träge und abgebrüht beurteilt. Weil die Mutter sich darüber beklagte, daß K. ständig der Anlaß zu Familienstreitigkeiten sei, wurde schließlich Fürsorgeerziehung eingeleitet. Später gab er verschiedene Arbeitsstellen stets wieder nach Monaten oder sogar nach Tagen auf oder wurde gekündigt. Als er 20 Jahre alt war, beklagte sich seine Mutter darüber, daß er sich nur noch für sein Motorrad interessiere und viel Geld für Alkohol und Zigaretten verbrauche. Hin und wieder schlug er seine Mutter auch.

Das Anfallsleiden wurde im 24. Lebensjahr festgestellt. Es bestehen ausschließlich Dämmerattacken, als deren Ursache eine Residualepilepsie angenommen wird. Durch antikonvulsive Behandlung verschwanden die Anfälle, doch nahm K. die Medikamente so unregelmäßig, daß immer wieder Anfälle oder Anfallsserien auftraten. In der Klinik wurde er als hypochondrisch, unsicher und minderbegabt bezeichnet. Kein Haftsyndrom. In seiner Umgebung erregte er Angst. Es wurde ständig befürchtet, er könne etwas Unüberlegtes tun. Mit seiner Frau hatte er ständig Streit.

Die einzige Straftat beging K. mit 20 Jahren, 5 Jahre vor Feststellung, wahrscheinlich auch vor Ausbruch des Anfallsleidens. Sie wird in den Akten als eine Tat im pathologischen Rausch geschildert. K. hatte in einer Gastwirtschaft bis nachts 2 Uhr gefeiert und verließ die Wirtschaft mit einem (später errechneten) Blutalkoholwert von 2,2‰ zusammen mit Kameraden und ließ einsichtig sein Motorrad stehen. Als die Gruppe an einem Ziegeleigelände vorbeikam, wollte K. dort einen anderen Kameraden sprechen. Als ihm die anderen klarmachen wollten, daß dies jetzt nicht gehe, kam es zu einer kleinen Schlägerei. Es gelang den Kameraden aber, K. zu beruhigen. Sie brachten ihn noch ein Stück weit nach Hause. Als man sich bereits verabschiedet hatte, sammelte K. noch einen Feldstein auf und schlug damit einen Kameraden nieder, der bewußtlos zusammenbrach. Er wurde überwältigt und in ein Kartoffelfeld gestoßen, wo ihn die Polizei später fest schlafend vorfand. K. wurde wegen Volltrunkenheit verurteilt. Über eine Erinnerungslücke finden sich nirgendwo Angaben.

*Epikrise.* Der 26jährige Kraftfahrer ist seit seiner Kindheit durch sein schwer sozialisierbares Wesen auffällig. Obwohl er offenbar aus einem ungünstigen Milieu stammt, läßt das grobe Muster der psychischen Auffälligkeiten von vornherein an eine hirnorganisch bedingte Wesens-

änderung denken. Das im 24. Lebensjahr festgestellte Anfallsleiden macht die Situation weiter schwieriger. Die Straftat hängt deutlich mit Alkoholeinfluß zusammen. Nach einem schon durch Reizbarkeit und Uneinsichtigkeit des K. gekennzeichneten Streit kommt es zur Straftat in einem typischen pathologischen Rausch, der aber vom Gericht nicht als solcher gewürdigt wird.

*Beobachtung 4* (49jährige Kunstgewerblerin R.). Leidet seit dem 23. Lebensjahr an Dämmerattacken und seltenen Grand mal-Anfällen, als deren Ursache eine frühkindliche Encephalitis angesehen wurde. Früh verheiratet wurde sie mit 32 Jahren wieder geschieden, weil sie während der Kriegsgefangenschaft ihres Mannes Umgang mit anderen Männern hatte. Die antikonvulsive Therapie führte sie nie konsequent durch, so daß es immer wieder zu Anfallshäufungen kam. Insgesamt war sie 11mal in der Klinik. In allen Krankenblättern wird ihr besonderes Verhalten beschrieben. Sie war reizbar und aufbrausend, mit den Worten ausfallend, im Verhalten frech. Wenn man sich mit ihr unterhielt, steigerte sie sich ohne ersichtlichen Grund in einen gereizten Affekt hinein. Gegen Ehemann oder die (häufig wechselnden) Liebhaber wurde sie gelegentlich gewalttätig, was aber nie zu einer gerichtlichen Bestrafung führte. Sie äußerte beharrlich Wünsche oder brachte immer wieder neue hypochondrische Klagen vor und äußerte auch Selbstmordgedanken. Im übrigen gilt sie aber als fleißig, willig, sauber und sparsam, so daß sich viele um sie bemühen. Eine Verlangsamung besteht nicht, das psychomotorische Tempo ist eher beschleunigt.

Im 34. Lebensjahr wurde Frau R. bei Ladendiebstählen gefaßt, bei denen sie mit ungewöhnlicher Dreistigkeit vorgegangen war. Im gleichen Jahr stahl sie auf dem Wochenmarkt mehrere Apfelsinen. Bezeichnend ist, daß sie zuerst bezahlen wollte, als die Verkäuferin sich aber zuvor einem anderen Kunden zuwandte, ging sie ohne zu zahlen fort. Auch in den nächsten beiden Jahren beging sie noch 2 Ladendiebstähle. Es wird berichtet, daß die Diebstähle jeweils in Zeiten gehäufter Anfälle begangen wurden, doch ließ sich dies nicht näher nachprüfen. Vom 45. Lebensjahr an zeigten sich deutlichere Kritikschwäche, Konzentrationsstörungen und auch Gedächtnisstörungen. Schließlich wurde die Kranke wegen Geistesschwäche entmündigt.

*Epikrise.* Die 49jährige Kunstgewerblerin, deren Anfallsleiden seit dem 23. Lebensjahr besteht, ist seit ihrer Jugend durch exzentrisches Wesen und mangelhafte soziale Anpassung auffällig. Erst seit dem 34. Lebensjahr tritt sie durch wiederholte Ladendiebstähle forensisch in Erscheinung. Es ist bemerkenswert, daß ihre Wesensänderung ab dem 45. Lebensjahr so zunimmt, daß sie entmündigt werden muß.

*Beobachtung 5* (38jähriger Funkoffizier G.). G. war ein gut begabter Mittelschüler. Als Soldat erlitt er mehrmals eine Gehirnerschütterung. Wann die (reine) Psychomotorepilepsie ausbrach, ist nicht ganz klar. Bereits in einem Gerichtsprotokoll aus der Zeit seines 21. Lebensjahres ist von „Krampfanfällen“ und „zeitweiligen Nervenstörungen“ die Rede. Klinisch festgestellt wurde das Anfallsleiden erst 12 Jahre später, 4 Jahre nach einem Autounfall mit *Comotio*. Psychisch wird er von einem Untersucher in der Klinik als ruhig und aufgeschlossen beschrieben, lediglich eine geringe Verlangsamung und leichte Erschöpfbarkeit wurden bemerkt. Der Vater schilderte ihn als leicht aufbrausend und gelegentlich zu Angriffen auf die Umgebung übergehend. Auf einen Untersucher außerhalb der Klinik wirkte er oberflächlich, arrogant, affektiv stumpf und gemütsarm. Auch ist von

einem Geltungsbedürfnis primitiver Art bei normaler intellektueller Entwicklung die Rede. Tatsächlich sind alle diese Beschreibungen zutreffend, je nach seinem Zustand zum Zeitpunkt der Untersuchung oder nach der Dauer der Beobachtung. Im Alter von 21—30 Jahren wurde G. mehrmals betrafft. 1946 war er an einem Einbruchdiebstahl beteiligt, bei dem Alkohol gesucht wurde. Im gleichen Jahre stahl er, unter Alkoholeinfluß stehend, 5 Zentner Butter in einer Meierei. Auch in den nächsten Jahren beging er 8 gemeinschaftliche Einbruchdiebstähle. Ferner wurde er bestraft wegen Fahrens ohne Führerschein, Alkohol am Steuer und Überschreiten der Höchstgeschwindigkeit. Über eine Auslandsstrafe 1 Jahr vor der Aufnahme in die Klinik konnte nichts Genaueres in Erfahrung gebracht werden.

*Epikrise.* Der 38jährige Funkoffizier kann bis zu seinem 30. Lebensjahr als Krimineller gelten, da er nicht weniger als 10mal an Einbruchdiebstählen beteiligt war. Seine Verkehrsdelikte sprechen ebenso für Unstetigkeit und Leichtsinne wie die von verschiedenen Seiten vorliegenden Wesensbeschreibungen. Um so auffälliger ist es, daß es G. nach dem 30. Lebensjahr doch noch gelingt, in einem anspruchsvollen Beruf Fuß zu fassen, wobei ihm seine gute Intelligenz offenbar behilflich war; allerdings auch nicht ganz ohne Entgleisungen, wie eine nicht aufzuklärende Auslandsstrafe erweist.

*Beobachtung 6* (30jähriger Schlosser P.). Der Sohn eines Feldwebels wuchs in ungünstigen Familienverhältnissen auf. Die Ehe der Eltern wurde 3 Jahre nach seiner Geburt geschieden; die Mutter heiratete wieder, ließ sich aber auch in zweiter Ehe scheiden und heiratete ein drittes Mal. Der Kranke wuchs unter Kriegs- und Nachkriegsschwierigkeiten in polnischen Gebieten auf und kam erst mit 19 Jahren in die Bundesrepublik. In seinem Wesen war er nach Angaben der Ehefrau „nervös“, bei Kleinigkeiten leicht aufgebracht und legte sich ins Bett, wenn bei der Arbeit etwas nicht so ging, wie er wollte. P. reflektierte hypochondrisch über das eigene körperliche Befinden, war leicht verstimmbar, hielt sich dann für wertlos und wirkte sehr unreif. In Gruppen hatte P. keinen Kontakt, galt als haltschwach, sozial mangelhaft angepaßt mit Neigung zur Verwahrlosung. Er trank häufig Alkohol, besonders in Zeiten der Verstimmung. Die wegen der Geburt eines Kindes geschlossene Ehe stand häufig kurz vor dem Zerbrechen. Sexuell war er mit 20 Jahren sehr leicht erregbar; später trat fast vollständige Impotenz ein. — Dämmerattacken wurden erstmalig im 27. Lebensjahr eindeutig beobachtet, 2 Jahre nach einem Mopedunfall mit leichtem Hirntrauma. Im EEG krampfpotentialähnliche Verläufe rechts-temporobasal und klinisch latente Absenzen. — Mit 24 Jahren wurde P. bestraft, weil er im Zustand der Volltrunkenheit in der Öffentlichkeit uriniert und onaniert hatte. Ein anderes Mal wurde er wegen Gefährdung des Straßenverkehrs durch Volltrunkenheit, dann wegen versuchter Notzucht (unter Alkoholeinfluß) und schließlich wieder wegen Exhibitionismus bestraft. Auch bei der letzten Straftat war geringer Alkoholeinfluß vorhanden (0,4‰/00); P. hatte sich in der Druckerei, in der er arbeitete, mit roter Farbe übergossen und in einem Hohlweg vor jungen Mädchen entblößt. Ein voyeuristischer Akt aus der gleichen Zeit konnte ihm nicht eindeutig nachgewiesen werden. In einem psychiatrischen Gutachten wurde ein Anfallsleiden bejaht, daneben aber eine Psychopathie diagnostiziert und volle Zurechnungsfähigkeit angenommen.

*Epikrise.* Auch bei dem 30jährigen Schlosser P. sind soziale Auffälligkeiten und Kriminalität lange vor Manifestation des Anfallsleidens vorhanden. Da er in einem ungünstigen Milieu unter den erschwerenden

Umständen der Nachkriegszeit aufwuchs, ging ein psychiatrisches Gutachten davon aus, daß es sich um eine abnorme Persönlichkeit handele. Es ist der einzige Kranke dieser Zusammenstellung, der außer Dämmerattacken auch — klinisch latente — Absenzen aufweist. Seine Kriminalität ist durch sexuelle Abnormität geprägt (mehrfacher Exhibitionismus, Voyeurismus, Notzucht), wobei meist Alkohol mit im Spiele ist.

*Beobachtung 7.* 26jähriger Landarbeiter, der während einer Dämmerattacke einen Bankeinbruch versuchte. Dabei war ein geringer Alkoholeinfluß vorhanden. Genaue Zeugenangaben, die Beobachtung gleichartiger Anfälle mit aggressiven Handlungen vor der Tat und die Analyse der Gesamtumstände (es handelte sich genaugenommen nur um das Einwerfen einer Scheibe bei einer kleinen Zweigsparks) ermöglichte die Annahme einer Tat während einer Dämmerattacke, obwohl ein deutliches Tatmotiv vorhanden war. Die ausführliche Kasuistik wurde an anderer Stelle dargestellt (PETERS).

#### *Diskussion*

Wenn auch aufgrund der kleinen Zahlen kein genauer statistischer Vergleich möglich ist, so kann man doch feststellen, daß die Kriminalität mit mehr als 10% der Probanden höher liegt als im Landesdurchschnitt von 1%. Sie liegt auch höher als die Kriminalität der Epilepsie ohne Unterscheidung nach Anfallsformen, die nach ALSTRÖM bei wesensveränderten Epileptikern nur wenig den Durchschnitt übersteigt, bei nicht Wesensveränderten dem Durchschnitt der Bevölkerung entspricht.

Bereits die flüchtige Durchsicht der Kasuistik zeigt aber, daß es sich nicht um die gefährliche Kriminalität handelt, die man hätte erwarten können; Gewaltverbrechen, Tötungsdelikte oder dergleichen kommen nicht vor. Es handelt sich mit Ausnahme der Beobachtung 5 durchweg um kleinere Delikte oder gar Bagatellen, die ebensogut ohne Anfallsleiden denkbar wären. Damit liegen unsere Beobachtungen auf der gleichen Linie mit den bisherigen kasuistischen Mitteilungen (RABENDING, u. a.). Von einer typischen oder gar spezifischen temporalepileptischen Kriminalität kann also nicht gesprochen werden.

*Forensischer Beweiswert des Anfallsleidens.* Es ist deshalb zu fragen, welcher Beweiswert überhaupt der Feststellung einer Temporallappenepilepsie zukommt, wenn gutachtlich zu der Frage der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit Stellung genommen werden soll. Eindeutig kann die Frage nur beantwortet werden, wenn für die Tatzeit eine Dämmerattacke bzw. ein postparoxysmaler Dämmerzustand nachgewiesen oder wahrscheinlich gemacht werden kann, was aber in der vorliegenden Serie nur einmal möglich war. Es ist aber auffällig, daß dies zugleich der einzige Fall (7) war, der aufgrund seines Anfallsleidens psychiatrisch begutachtet wurde, allerdings auch nur, weil der Patient, der erst wenige Monate vorher aus der Klinikbehandlung entlassen worden war, selbst darauf drängte. Ein anderer Patient (6) wurde wegen seines Exhibitionismus, nicht wegen der Anfälle, zur Begutachtung geschickt. Gerade

diese beiden Fälle lassen die von ALSTRÖM empfohlenen Beurteilungskriterien fragwürdig erscheinen. Nach ALSTRÖM ist besonders dann Zurückhaltung bei der Begutachtung am Platz, wenn den Straftaten ein „psychologischer Sinn“ zukomme. Dagegen haben die Untersuchungen von EPSTEIN und ERVIN gezeigt, daß sogar die während der Dämmerattacken vorkommenden Handlungen von der Persönlichkeit her motiviert sind; die Motivation erschließt sich jedoch oftmals erst bei eingehender Untersuchung.

*Seltenheit von Begutachtungen.* Die Tatsache der Seltenheit von Begutachtungen ist sicher nicht nur darauf zurückzuführen, daß bisher wenig über die forensisch-psychiatrische Bedeutung der Psychomotor-epilepsie bekannt ist; die Patienten selbst werden oft ungewollt die Ursache dafür, da sie ihr Anfallsleiden bagatellisieren und einen Zusammenhang mit den Straftaten nicht vermuten. Die einzelne Dämmerattacke entspricht in keiner Weise dem Bild, das sich die Allgemeinheit und damit auch das Gericht von einem epileptischen Anfall macht, so daß der Sachverständige evtl. sogar Schwierigkeiten hat, das Gericht vom Vorhandensein des Anfallsleidens zu überzeugen.

*Frage des kausalen Zusammenhanges.* Für die einzelne Tat außerhalb eines Dämmerzustandes ist es allerdings schwer, einen Zusammenhang mit dem Anfallsleiden zu erkennen. MEYER hat dies in einem Fall getan und eine Serie von gleichförmigen Trickdiebstählen mit der Perseverationstendenz eines Kranken in Zusammenhang gebracht. Damit wird die Frage der Bedeutung von Wesensänderungen aufgeworfen.

*Pseudopsychopathische Wesensänderung.* Bei Durchsicht der 7 Krankengeschichten wird deutlich, daß die meisten Patienten ein Wesen zeigen, das man sonst als Psychopathie zu erkennen gewohnt ist. Allerdings lassen sich die Kranken kaum einem der bekannten Psychopthentypen zuordnen. Andererseits können die Temporalepileptiker als eigener Typ mit Gruppencharakteristik beschrieben werden (LANDOLT, PETERS), was sich vor allem auch an einem größeren Krankengut außerhalb jeder forensischen Problematik erkennen ließ. Die typischen Merkmale der epileptischen Wesensart, die besonders das Haftende und Klebrige von Denken und Fühlen sowie Pedanterie und Explosivität umfaßt, kommen nur bei einer kleineren Gruppe von Temporallappen-epileptikern vor, die meist außerdem an Grand mal-Anfällen leidet.

*Affektstörungen. Rascher Affektwechsel.* Die meisten Temporalepileptiker wirken nicht wie Enechetiker. Bei ihnen sind aber vor allem Störungen der Affektivität sehr auffällig. Die affektive Gesamthaltung unterliegt einem raschen Wechsel. Die Patienten können in einem Augenblick zurückhaltend, freundlich, bescheiden und anhänglich wirken, um im nächsten Augenblick bei Aufschließen eines entsprechenden Affektes

schon frech, distanzlos, aufdringlich und querulatorisch zu sein. Durch dieses charakteristische Nebeneinander freundlich-eusozialen und aggressiv-dysozialen Verhaltens wirken die Patienten im Ergebnis unzuverlässig und destruktiv. Sie versprechen in ruhigen Zeiten, ihre Medikamente einzunehmen, keinen Alkohol zu trinken, nicht Auto zu fahren, usw. und halten nachher doch nichts davon ein. Da die Zeiten der Affektruhe stunden- oder auch tagelang anhalten können, besteht bei Fehlen einer guten Fremdanamnese die Gefahr, daß sich die Veränderungen bei kurzer Beobachtung, Untersuchung in einer Sitzung oder in der Begutachtungssituation der Feststellung völlig entziehen. Aus dem gleichen Grunde kann die Wesensänderung im Hörsaal kaum demonstriert werden.

*Mangelhafte Frustrationstoleranz.* Neben diesem raschen Wechsel des Affektes sind noch andere Affektstörungen charakteristisch. Die Kranken geraten bei Versagungen oder Zurücksetzungen auch geringer Art leicht in einen oft stunden- und tagelang anhaltenden Affekt mürrisch-freudlos-gereizter Stimmung, der durch kleinste Frustrationsreize immer wieder verstärkt werden kann. In diesem Zustand kann es ebenfalls aus geringstem Anlaß zu Aggressionen oder Autoaggressionen kommen. Ein Kranker LANDOLTS versuchte z. B. einen Suicid, nachdem er zur Ordnung im Zimmer erwähnt worden war. Darüberhinaus läßt sich eine *Reifungsstörung* der Gesamtpersönlichkeit feststellen; die Kranken zeigen ein infantil-egozentrisches Verhalten, in dessen Dienst auch eine auffällige, aber nicht tief empfundene, sondern mehr „gedachte“ (LANDOLT) Hypochondrie gestellt werden kann. Die Kranken leben vielfach unbekümmert in den Tag hinein und bedenken nicht die Folgen ihres oft leichtsinnigen Verhaltens. Die hier ausführlicher dargestellten Fälle zeigen alle in mehr oder weniger ausgeprägter Form die beschriebene Wesensänderung; 3 davon zeigen außerdem enechetische Züge, so daß sich bei ihnen die 2 Formen mischen.

*Dysozialität.* Diese pseudopsychopathische Wesensänderung bringt, wie sich leicht einsehen läßt, eine besondere Form der Dysozialität mit sich, die allerdings gewöhnlich in den — dadurch oftmals sehr belasteten — Familien aufgefangen wird. Für das Verständnis sind diese sozialen Gesichtspunkte, auf die in anderer Form schon in älteren Arbeiten aufmerksam gemacht wurde (HALLEN, LANDOLT, FERGUSON) von besonderer Wichtigkeit, da aus sozialen Anpassungsschwierigkeiten gewöhnlich eher auf eine abnorme Charaktervariante als auf eine Krankheit geschlossen wird. Zum Beispiel beschreibt RABENDING einen Kranken (Fall I) als im Wesen exzentrisch, er habe „seltsame Manieren“ und ein „provozierendes Benehmen“. Daß auch die forensisch-psychiatrische Beurteilung unter Berücksichtigung des krankhaften Ursprungs der

Charakterabweichungen zu erfolgen hat, ist erst aus der Zusammenstellung der Fälle deutlicher zu ersehen; im Einzelfall und außerhalb dieses Zusammenhanges kann die Beurteilung außerordentlich schwierig werden.

*Epileptische Schwindler.* Das forensisch-psychiatrische Problem ist wahrscheinlich schon älterer Natur. Es ist zu vermuten, daß auch KRAEPELINS „epileptische Schwindler“ wenigstens teilweise solche pseudopsychopathischen Temporallappenepileptiker betreffen, und daß auch SAMT (1876) schon derartige Kranke im Auge hatte, als er von den „armen Epileptikern“ schrieb, welche „das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge, aber den Ausbund von Canaillerie im ganzen Leibe tragen“.

*Alkoholeinfluß.* Die forensisch-psychiatrische Beurteilung wird aber weiter dadurch kompliziert, daß die strafbaren Handlungen oft unter — evtl. nur geringem — Alkoholeinfluß begangen werden. Nur in 2 von den 7 Fällen war eindeutig kein Alkohol im Spiele. Bei vielen Klinikpatienten mit dem beschriebenen pseudopsychopathischen Affektsyndrom ließ sich ein Medikamenten- und Alkoholmißbrauch feststellen (PETERS), der mit dem Leichtsinn und der Unbeständigkeit dieser Patienten zusammenhängt, aber bisher in keinem Falle die typischen Erscheinungen der Alkohol- und Drogenabhängigkeit zeigt. Der Alkohol hat aber bei diesen Kranken über seine bekannte anfallsprovozierende Wirkung hinaus zur Folge, daß der Leichtsinn weiter zunimmt, ein jäh aufschießender Affekt entfesselt, die soziale Anpassung weiter erschwert und die gerade noch in der besonnenen Persönlichkeit beherrschte Aggressivität enthemmt wird. Bei sicherer Feststellung einer Temporallappenepilepsie, der Wahrscheinlichmachung einer pseudopsychopathischen Wesensänderung und einem evtl. geringen Alkoholeinfluß dürfte daher im allgemeinen Unzurechnungsfähigkeit anzunehmen sein. Auch der historische Fall des Malers VAN GOGH hätte wohl unter diesen Gesichtspunkten exkulpiert werden müssen.

Theoretisch müßte dies auch gelten, wenn das Anfallsleiden (noch) nicht klinisch manifest geworden ist, denn aus den biographischen Anamnesen ergibt sich, daß die Wesensänderung — wie bei Allgemein-epilepsie — oft viele Jahre vor dem ersten Auftreten der Anfälle bemerkbar wird. Praktisch wird es aber gewöhnlich nicht möglich sein, bereits eine sichere Zuordnung zu treffen. Wenn die temporalepileptische Pseudopsychopathie auch charakteristisch ist, und es dem Erfahrenen gelingen kann, daraus bereits auf das Anfallsleiden zu schließen, so ist doch wie bei allen derartigen Typen keine scharfe Abgrenzung möglich. Ohne Bestätigung durch den Nachweis des Anfallsleidens wird es daher nur in seltenen Ausnahmefällen möglich sein, aus den psychopathologischen Veränderungen allein forensische Konsequenzen zu ziehen.

### *Zusammenfassung*

Über die forensische Bedeutung der Temporallappenepilepsie liegen bisher erst einzelne kasuistische Untersuchungen vor, so daß ihre forensisch-psychiatrische Begutachtung mit stärkerer Unsicherheit belastet ist. In einer systematischen, 56 klinisch beobachtete Fälle umfassenden Untersuchung wurde dieser Frage über Strafregisterauszüge und Gerichtsakten nachgegangen. Dabei zeigte sich, daß immerhin 7 von 56 Kranken nachweislich vor Gericht gestanden haben, so daß die Kriminalität weit über dem Durchschnitt liegt. Von einer gefährlichen Kriminalität kann allerdings kaum gesprochen werden; Gewalttaten und schwere Verbrechen kommen nicht vor. Häufig kommt es aber zu Reibereien der Kranken mit der Umgebung, auch zu Tätlichkeiten, unbedachten Handlungen und Diebstählen, bei denen oftmals Alkoholeinfluß eine Rolle spielt. Aus der Zusammenstellung geht hervor, daß die Straftaten gewöhnlich mit einem charakteristischen pseudopsychopathischen Affektsyndrom der Temporalepileptiker zusammenhängen. Die Pseudopsychopathie führt zu Schwierigkeiten der sozialen Anpassung, als deren Grenzfall wiederum die Kriminalität angesehen werden kann. Der Nachweis eines Zusammenhanges kann allerdings im Einzelfall schwierig sein und ist besonders dann anzunehmen, wenn plötzlich aufschießende Affekte oder ein — evtl. geringer — Alkoholeinfluß im Spiele sind. Eine psychologische Motivierbarkeit der Handlungen spricht dagegen keineswegs gegen einen Zusammenhang. Auch der Anfall selbst kann zum Träger kriminellen Verhaltens werden, doch zählen derartige Fälle mehr zu den Seltenheiten.

### *Summary*

A few papers concerning medico-legal problems of psychomotor epilepsy have been published so far. They deal with rare observations of single cases only. Therefore an expert's testimony in court cannot be but doubtful.

The history of 56 clinical cases including excerpts from the criminal and court records has been systematically investigated. It became evident that at any rate 7 out of 56 Patients have been on trial, which shows that their criminality is far above the average. Still it is not a dangerous criminality. No brutal acts or severe crimes are committed. But often the patients are quarreling with their relatives and colleagues; minor assaults, compulsive acts and theft occur, frequently under the influence of drinking. It is shown in the paper that the criminality is usually in close connection with a characteristic pseudopsychopathic affective syndrome of psychomotor epileptics. The pseudopsychopathic behaviour leads to difficulties in social adaption, the border-line case of which

again can be considered to be criminality. In a given case, though, it can be difficult to prove the causal connectedness of personality disorders and criminal behaviour, especially when suddenly violent affects occur or when there is an influence of alcohol. Yet the unconscious motivation of criminal behaviour does not contradict causal connectedness. The psychomotor seizure itself, too, can become the cause of criminal behaviour, but these cases are rare exceptions.

### Literatur

- ALSTRÖM, C. H.: A study of epilepsy in its clinical, social and genetic aspects. *Acta psychiat. scand.*, Suppl. **63**, 1—284 (1950).
- BALLERINI, A.: La personalità del' epilettico temporale. *Riv. sper. Freniat.* **85**, 861—979 (1961).
- BINSWANGER, O.: Die Epilepsie, 2. Aufl. Wien: A. Hölder 1913.
- COURJON, J., et H. BONNET: Aspects psychiatriques de l'épilepsie temporale. *Rev. Oto-neuro-ophthal.* **23**, 215—219 (1951).
- DONNER, A.: Zur forensischen Bedeutung der Epilepsie. *Med. Diss. München* 1958.
- EPSTEIN, A. W., and F. ERVIN: Psychodynamic significance of seizure content in psychomotor epilepsy. *Psychosom. Med.* **18**, 43—55 (1956).
- FERGUSON, S. M.: Temporal lobe epilepsy: Psychiatric and behavioral aspects. *Bull. N.Y. Acad. Med.* **38**, 668—676 (1962).
- GASTAUT, H.: La maladie de Vincent van Gogh envisagée à la lumière des conceptions nouvelles sur l'épilepsie psychomotrice. *Ann. méd.-psychol.* **114**, 196—238 (1956).
- A propos des symptomes cliniques rencontrés chez les épileptiques psychomoteurs dans l'intervalle de leurs crises. In: P. TH. ALAJOUANINE (ed.), *Actualités neuro-physiologiques*, p. 139. Paris: Masson & Cie. 1958.
- GRUHLE, H. W.: Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. In: O. BUMKE (Hrsg.), *Handbuch der Geisteskrankheiten*, Bd. 8. Berlin: Springer 1930.
- HALLÉN, O.: Die Psychiatrie der Oral-petit-Mal-Epilepsie. *Psychiat. et Neurol. (Basel)* **134**, 43—65 (1957).
- JAROSCH, K.: Aussage und Beweiswert kriminalstatistischer Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der österreichischen Kriminalstatistik. *Vortr. auf der 46. Tagg der Dtsch. Ges. für ger. u. soz. Med.* 1967 in Kiel, erscheint in *Beitr. gerichtl. Med.*
- KRAEPELIN, E.: *Lehrbuch der Psychiatrie*, 8. Aufl. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1909—1915.
- LANDOLT, H.: *Die Temporallappenepilepsie und ihre Psychopathologie*. Basel u. New York: S. Karger 1960.
- MEYER, J. E.: Zur forensischen Bedeutung der Temporallappenepilepsie. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.* **46**, 212—225 (1957).
- MULDER, D. W., and D. DALY: Psychiatric symptoms associated with lesions of temporal lobe. *J. Amer. med. Ass.* **150**, 173—176 (1952).
- PETERS, U. H.: Dämmerattacken als Träger kriminellen Verhaltens. *Psychiatria clinica* (im Druck).
- Das pseudopsychopathische Affektsyndrom der Temporallappenepileptiker. *Untersuchungen zum Problem der Wesensänderung bei psychomotorischer Epilepsie*. Nervenarzt (im Druck).

- RABENDING, G.: Zur forensischen Psychiatrie der psychomotorischen Epilepsie. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) **13**, 17—23 (1961).
- SAMT, P.: Epileptische Irreseinsformen. Arch. Psychiat. Nervenkr. **5**, 393—444 (1875); **6**, 110—216 (1876).
- SCHULTE, W.: Zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Epileptikers im Anfallsintervall. Nervenarzt **28**, 167—170 (1957).
- STAUDER, K. H.: Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker. Leipzig: Georg Thieme 1938.
- STEVENSON, H. G.: Psychomotor epilepsy associated with criminal behavior. Med. J. Aust. **50**, 784—785 (1963).

Priv.-Doz. Dr. U. H. PETERS  
Psychiatrische und Nervenlinik der Universität  
23 Kiel, Niemannsweg 147