

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik Greifswald [Dir.: Prof. E. Forster].)

Kritisches über die „Affektepilepsie“ (Bratz)¹⁾, die „Psychasthenischen Krämpfe“ (Oppenheim)²⁾ und den epileptischen Charakter.

Von

H. Krisch.

(Eingegangen am 4. Mai 1926.)

Es würde zur Klärung der Epilepsieprobleme meiner Ansicht nach erheblich beitragen, wenn man die Begriffe „Affektepilepsie“ und „Psychasthenische Krämpfe“ beseitigen würde, da es sich um überflüssige Konstruktionen von Krankheitsformen handelt.

Ehe ich jedoch in die Kritik dieser beiden Krankheitsbilder eintrete, will ich die drei Grundfragen erörtern, die jeder Autor, der über Epilepsie arbeitet, vorher eindeutig beantworten muß, da nur dann seine Ansichten und Folgerungen verständlich sind. Da ich in den früheren Epilepsiearbeiten dazu ausführlich Stellung genommen habe, will ich hier meine Ansichten nur in Form von Leitsätzen formulieren, um die ganze Darstellung kurz halten zu können.

Zunächst sei hervorgehoben, daß ich mit *Redlich, Hartmann, Hoche, Bumke, Forster* und anderen auf dem Standpunkt stehe, daß wir nicht zwischen epileptischen und epileptischen „formen“ Krämpfen unterscheiden sollten, sondern daß Krampf gleich Krampf gesetzt werden muß, d. h. daß auch der Mechanismus der sog. epileptiformen Krämpfe kein anderer ist, als der der sog. echten epileptischen. Man nennt doch auch nicht die Hemiplegie eines Tumorkranken zum Unterschiede von der arteriosklerotischen „hemiplegiform“.

Für den hirnhysiologisch Eingestellten ist eine andere Möglichkeit aus allgemeinen physiologischen Prinzipien heraus nicht gegeben. Außerdem bewegt sich der klinische Diagnostiker nur dann auf sicherem Boden, wenn er die Diagnose „Epilepsie“ von dem Nachweis des Krampfes abhängig macht. Die Existenz einer psychischen Epilepsie lehne ich nicht prinzipiell ab, ich stehe nur auf dem Standpunkt, daß sie heute nicht mit den zur Verfügung stehenden Mitteln beweisbar ist, infolgedessen für den Kliniker ausscheiden muß. Um aber nicht Verwirrung zu stiften, weise ich darauf hin, daß bei ätiologischer Betrachtung der Krampf

¹⁾ Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. **29**.

²⁾ Journ. f. Psychol. u. Neurol. **16**. 1905/6.

natürlich nur eines von vielen anderen Symptomen ist. Nun kann man aber von *einem* Symptom nirgends in der biologischen Medizin auf *eine* Ätiologie schließen, infolgedessen muß man definieren: der Krampfanfall ist ein polyätiologisches Symptom, etwa wie „Fieber“ oder „Polyurie“. Und wenn wir nun mit dem Krankheitseinheitsbegriff im Epilepsiegebiete arbeiten, müssen wir uns bewußt sein, daß es sich hier nur um provisorische, unzulängliche Krankheitseinheitsdefinitionen handeln kann. Aus praktischen Gesichtspunkten heraus empfiehlt es sich, die „idiotypische Epilepsie“ besonders zu betrachten, ferner die „symptomatischen“ Epilepsien und letzten Endes die sog. „genuine“, besser „kryptogene“ Epilepsie. Und auch bei dieser, den Hauptteil der klinischen Fälle ausmachenden Gruppe wird man gut tun, sich vor Augen zu halten, daß, wie auch neuerdings wieder die Über ventilationsversuche zeigen, es sich wahrscheinlich um eine polyätiologische Restgruppe handelt. Ihr Kern wird vermutlich toxisch bedingt sein.

Ich habe auch schon darauf hingewiesen, daß wir den tonisch-klonischen Krampfanfall mit *Bewußtseinsverlust* nach wie vor „epileptisch“ nennen müssen. Wir normieren damit einen Idealtypus, der praktisch häufig nicht verwirklicht ist. Auch ist zuzugeben, daß es besser wäre, einen anderen Ausdruck für derartige Krampfzustände zu schaffen, da in den hier rein symptomantologisch gemeinten Begriff „epileptisch“ immer der Krankheitseinheitsbegriff „Epilepsie“ hineinspielt. Alle bisherigen Versuche, diesen Begriff zu eliminieren, um das rein Symptomatologische zu kennzeichnen, halte ich aber für ebenso angreifbar deswegen, weil die epileptischen Krampfzustände nicht genügend von Krampfzuständen anderer Art, z. B. von hysterischen, getrennt werden, die nichts mit ihnen zu tun haben. So spricht beispielsweise *Kraepelin*¹⁾ von einer spasmodischen Reaktionsform des Gehirns.

Damit komme ich zu der zweiten grundlegenden These meiner Ausführungen, nämlich der, daß der epileptische Krampf von dem hysterischen prinzipiell zu unterscheiden ist. Gegenüber *Kraepelin* möchte ich betonen, daß der hysterische Krampf keine primäre Reaktionsform des Gehirns ist, daß vielmehr der Hysteriker nur physiologisch präformierte Mechanismen benutzt, um Krampfzustände zu demonstrieren. Der Hysteriker tut also in diesem Falle nichts anderes, als wenn er präformiert liegende Vasomotorenlabilität benutzt, um vasomotorische Erscheinungen zu produzieren. Dabei ist zuzugeben, daß diese Trennung theoretisch leicht und einwandfrei vorzunehmen, in praxi aber oft unmöglich ist. Selbst dem erfahrenen Epilepsiekenner wird es oft so gehen, daß er am einzelnen Anfall nicht entscheiden kann, ob es sich um einen hysterischen oder epileptischen handelt, insbesondere, wenn man die

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 98.

von mir früher geschilderten epileptischen „motorischen Varianten“ ins Auge faßt und insbesondere, wenn die Bewußtseinstörung dabei nur eine leichte ist.

Auch die Tatsache, daß psychische Einflüsse einen epileptischen Anfall auslösen können, ist meiner Ansicht nach keineswegs in dem Sinne zu verwerten, als wenn es Übergänge zwischen hysterischen und epileptischen Anfällen gäbe. Es handelt sich hierbei um nichts anderes als um den letzten Anstoß, der einen zur Explosion herangereiften Mechanismus in Gang bringt, also um einen psychogen (*Sommer*), aber nicht hysterisch bedingten Anfall. Es handelt sich um dasselbe, als wenn ein Hirnarteriosklerotiker infolge psychischer Erregung einen apoplektischen Insult erleidet. Niemand würde dann von einer Affekthemiplegie reden. Um sich diese — übrigens seltene — psychische Auslösbarkeit epileptischer Anfälle verständlich zu machen, braucht man nach dem heutigen Stande unserer chemischen Kenntnisse gar nicht einmal allein die Vasomotoren zur Erklärung heranzuziehen wie *Forster* und ich das früher getan haben. Denn psychische Erregung kann z. B. auf dem Umweg über das Atemzentrum chemische Veränderungen hervorrufen, die für Krampfstände günstige Bedingungen schaffen (*Adlersberg* und *Porges*: „Neurotische Atmungstetanie“). Wenn man hysterische Krämpfe beobachtet, sieht man manchmal, daß vor Beginn eine prononcierte Atmung einsetzt, die wie eine Überventilation wirkt, also chemische Vorbedingungen für Krampfstände schafft. Außerdem könnte man sich auf diese Weise erklären, daß rein hysterische Zustände durch das damit verbundene Überventilationsatmen einen organischen Anstrich bekommen. So begutachtete ich kürzlich einen Patienten, der an stundenlang dauernden Anfällen litt, die erstmalig nach einem Schreck aufgetreten waren und stets und nur nach erheblichem Ärger erneut auftraten, das letzte Mal nach einem gerichtlichen Vorgehen gegen ihn. Dieser Patient wies einen nicht sehr groben aber ganz deutlichen Chvostek I auf. Bei dem Überventilationsversuch nun traten eine grobe Verstärkung des Chvostek und mäßige tetanische Erscheinungen in den Händen auf, später Zittererscheinungen in den Armen, Hin- und Herfahren mit den Händen auf dem Oberschenkel, schließlich Reiben der Hände umeinander, wie wenn man kalt gewordene Hände durch Reiben zu erwärmen sucht. Man hatte den Eindruck, daß es sich um eine Reaktion auf die üblichen Parästhesien handelte. Die Pupillenreaktion war erhalten. Der glasige Augenausdruck und die leicht cyanotische Gesichtsfarbe gaben dem ganzen Bilde einen organischen Anstrich. Der Vergleich mit sonstigen Überventilationserfahrungen ergab als naheliegendste Deutung unter Berücksichtigung der Vorgeschichte, daß es sich um eine Mischung hysterischer und tetanischer Erscheinungen handelte und daß die tetanische Dis-

position unterstützt von der gleichsinnigen chemischen Affektwirkung ihm die Produktion von „Anfällen“ im Sinne des bekannten organischen Entgegenkommens nahelegte und erleichterte.

Ich komme schließlich zu dem dritten Kernproblem im Epilepsiegebiet.

Binswanger hat in Übereinstimmung mit meinen Erfahrungen darauf hingewiesen, daß viele Epileptiker nie dement würden. Diese Tatsache gehört zu dem gesicherten Besitzstand der modernen Epilepsieforschung. Man kann also mit diesem Argument in diagnostisch schwierigen Fällen von Krampfkrankheit nichts anfangen.

Ein anderer Versuch, klinisch Epilepsien zu erkennen, war der, die Persönlichkeit für die Diagnose auszuwerten. Man glaubte, einen epileptischen Charakter entdeckt zu haben, dessen wesentlichstes Merkmal Reizbarkeit sein sollte. Nun habe ich früher ausführlich gezeigt, daß es keinen einheitlich zur Epilepsie disponierenden Charakter gibt und daß man bei Erörterung dieser Frage natürlich *die beginnende Demenz und die Verstimmungen scharf unterscheiden* muß. Abgesehen von dem empirischen Tatbestand kann man seine Existenz schon deshalb von vornherein ablehnen, weil eine polyätiologische Krankheitsgruppe nicht auf eine einheitliche Charakterdisposition zurückgehen kann. Nicht einmal bei der idiotypischen Epilepsie konnte ich einen einheitlichen prämorbidem Charakter feststellen.

Aus diesem Grunde ist auch die Bezeichnung „epileptoide“ Psychopathen irreführend. Einmal ist Reizbarkeit kein typischer epileptischer Charakterzug, weder prämorbid noch interparoxysmal, und zweitens haben diese Typen mit Neigung zu Affektkrisen nach meiner Erfahrung symptomatologisch und erbbiologisch nichts mit den Epilepsien zu tun. Der Ausdruck „epileptoid“ ist auch in anderem Zusammenhang ein bloßes Wortspiel.

Bei dieser Gelegenheit sei auch die prinzipielle Frage erörtert, inwieweit eine im Bereich der Norm liegende Charaktervariante kausal mit einem organischen Hirnprozeß in Verbindung gebracht werden kann. Daß sie im Beginn desselben unter günstigen Bedingungen inhaltlich bzw. pathoplastisch eine Rolle spielen kann, unterliegt keinem Zweifel, aber kausal? Dazu müssen wir weiter ausholen. Als Beispiel wähle ich den sog. epileptischen Charakter¹⁾. Für *Römer* war es verlockend, die motorische Übererregbarkeit der Epileptiker per analogiam auf das Psychische zu übertragen. Andere Autoren wieder verdünnten die epileptische Demenz ins Normale, ganz abgesehen von denen, die sie überhaupt nicht scharf von dem normalen Charakter unterschieden. Nun kann man gewiß in einer beginnenden epileptischen oder z. B.

¹⁾ Epilepsie und Manisch-depressives Irresein. Abschn. III: Der interparoxysmale Habitualzustand. Beihefte d. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Berlin: S. Karger.

senilen Demenz normale Charakterzüge vergrößert finden. Aber durch den destruierenden Prozeß ist aus dem normalen ein pathologischer Charakter geworden, wenn einem dieser Begriff dann überhaupt noch angängig erscheint, da die dynamischen Zusammenhänge der Eigenschafter verändert sind. Das Wesen jedes organischen progressiven Prozesses ist die Zerstörung des normalen Charakters. Wenn es sich aber nur um Funktionsabänderungen handelt, wie etwa beim manisch-depressiven Irresein in seinen leichten und typischen Fällen, wird der prämorbid Charakter im Krankheitsbilde eine erheblich größere Rolle spielen. Der früher Liebenswürdige wird auch eine liebenswürdige Manie zeigen, worauf *Ewald* mit Recht hinwies. Zu einer prinzipiellen Streitfrage aber kommen wir, wenn wir prämorbid aus dem Rahmen des Durchschnittes fallende Charaktere in erbbiologischem Zusammenhang mit organischen Prozessen finden. Meiner Auffassung nach ist dann nur die Deutung möglich, wie bei dem Konstatieren eines Hohlfußes bei einem Mitgliede einer Familie von *Friedreichscher* Ataxie, d. h. es handelt sich dann nicht mehr um „normale“ Charaktere, sondern um abortive Formen des in ausgebildeten Fällen zur Demenz führenden Prozesses. Daß auch diese dann erbbedingt sein müssen, darin stimme ich *Kahn* völlig bei. Wenn man aber einen epileptischen Charakter im Bereiche der Norm postulieren will — also nach Analogie mit *Kretschmers* Begriff „schizothym“ —, einen epileptothymen, so ist das für mich ebenso unmöglich, als wenn man die egozentrische Einengung des Greises ins Normale verdünnen und den normalen Egoisten presbyothym nennen würde, als wenn man den Stupor über die Hemmung in die Trägheit verdünnen würde. Ich resümiere: den epileptischen Charakter im Bereiche der Norm (epileptothym) lehne ich prinzipiell ab und die Existenz der epileptoiden Psychopathen (analog dem Schizoid *Kretschmers*) lehne ich vorläufig auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen ab, da ich bei meinen Fällen keine Beziehungen zum epileptischen Erbkreis entgegen *Römer* feststellen konnte.

Aus diesem Grunde finde ich auch, daß *Kahns* Ausführungen über die Anlage zu „Epileptoid“ und „epileptisch-endotoxischer Grundstörung“ die Dinge unnötig komplizieren. Ich habe daher in „Die biologische Einteilung der Epilepsien¹⁾“ die einfachere Möglichkeit vertreten, ebenso wie bei der Gruppierung der Schizophrenien²⁾, während *Kahn*³⁾ auch hier kürzlich die kompliziertere Möglichkeit vertritt, ja mit der Einführung des Ausdrucks „schizoform“ noch eine weitere Komplikation schafft. Dazu will ich hier nur bemerken, daß ich diesen Begriff aus denselben Gründen ablehne wie den „epileptiform“.

¹⁾ Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 52. 1922.

²⁾ Vortrag in Cassel. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 42. 1925.

³⁾ *Kahn*: Kraepelin-Festschrift. Allg. Zeitöchr. f. Psychiatrie 84.

Nun hat u. a. *Gründler*¹⁾, dem Zuge der Zeit entsprechend, das Vorkommen körperbaulicher Konstitutionstypen untersucht und nichts Einheitliches gefunden. Nachuntersuchungen bleiben abzuwarten. Wenn aber vereinzelte Autoren eindrucksmäßig angeben, ein athletischer Körperbau sei häufig, so möchte ich darauf hinweisen, daß dabei die minder bewußte Vorstellung wirksam gewesen ist, der kräftigen motorischen Reaktion müßte auch ein kräftiger Körperbau entsprechen (analog müßte dann der Hysterische asthenisch sein). Es handelt sich dabei um das Wirken der uralten Volksmeinung, die in folgenden Redensarten zum Ausdruck kommt: Krause Haare, krauser Sinn. Kallos-Kagathos oder nach dem Gegensatz: Klein, aber oho!, d. h. es ist ein menschlicher Wunsch, daß eine bestimmt geartete Psyche auch ihren entsprechenden Körperbau haben müßte²⁾; es ist dies aber nur eine Idee im *Kant*-schen Sinne oder ein Idealtypus, die eine Begründung in der Realität nur im Sinne der Ausdruckspychologie haben. Die zweite reale Wurzel dieser Meinung ist die Tatsache — um bei den obigen Zitaten zu bleiben —, daß kleine Menschen oft kompensatorisch ihr Selbstbewußtsein entwickeln.

Wenn schließlich *Gründler* gefunden haben will, daß ein schizothyrer Charakter bei den Epilepsien häufig sei, so wird man auf die Belege für diese Behauptung gespannt sein dürfen. Ich³⁾ fand bei meinen genuinen Epileptikern in etwa ein Drittel der Fälle prämorbid die Nuance des Einsiedlerisch-Empfindsamen und des Reizbar-Eigensinnigen, lehne es aber ab, hierfür den Ausdruck „schizothym“ zu gebrauchen. Außerdem müßte vor dem Versuche einer Auswertung solcher Charakterzüge erst einmal festgestellt werden, wie häufig solche Charakterzüge in der Jugend Gesunder sind.

Um zum epileptischen Charakter zurückzukehren — seine Konstruktion hat seine letzte Wurzel in der unbestreitbaren Tatsache, daß man beim Vergleich von Epileptikern und Patienten mit hysterischen Anfällen gewöhnlich einen Unterschied in der Persönlichkeit findet, aber meiner Ansicht nach keinen anderen Unterschied, als wenn man einen organisch Kranken mit einem Hysterischen vergleicht.

Außerdem gibt es auch keinen einheitlichen hysterischen Charakter. Nimmt man sich einmal die Mühe, die Hysteriekrankengeschichten einer Klinik durchzusehen, so findet man, daß hysterische Reaktionen

1) Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 60.

2) Wer etwa den Nachweis liefern würde, daß die Venus von Milo ein Intelligenzalter nach *Binet* von 5 Jahren oder eine Lues gehabt habe, würde bei uns Unlustgefühle hervorrufen, dieselben, die wir haben, wenn wir eine jämmerliche Psychopathenseele in einem athletischen Körper vorfinden. Diese Affektreaktion spricht dafür, daß affektive Bedürfnisse bestehen, eine Einheit zwischen Persönlichkeit und Körperbau zu fordern.

3) Ausführliche Belege in „Epilepsie und manisch-depressives Irresein“.

vorkommen bei affektlabilen Psychopathen, Imbezillen aller Intensitätsgrade, psychisch Infantilen. Die Hysteriedefinition von *Jaspers* scheint mir, um es scherzhaft auszudrücken, nur auf Patienten erster Klasse zuzutreffen. Ich persönlich ziehe folgende teleologische Definition vor: hysterisch nennen wir Tendenzreaktionen ideeller oder materieller Vorteile halber. Dazu werden mit Hilfe der Affekte präformierte physiologische oder vorhandene pathologische Mechanismen in Gang gesetzt, nach dem psychophysischen Prinzip der Übung fixiert, während Vorstellungen den Aufbau der Symptome determinieren. Die dabei mehr oder minder vorhandene Überzeugung, objektiv krank zu sein, verschaffen 1. die Eigenbetrachtung der Störung aller mechanisierten Reihen und 2. die Entdeckung der physiologischen Organempfindungen durch die hingelenkte Aufmerksamkeit. Sieht man sich die charakterologische Struktur an, so kann man sie am besten negativ definieren, energische, kritische und hypomanische Typen neigen am wenigsten dazu.

Schließlich sei noch angeführt, daß es zweifellos Psychopathen mit echten epileptischen Anfällen gibt.

Für diese Sachlage gibt es drei Erklärungsmöglichkeiten: die einfachste ist die, daß ein Psychopath eine symptomatische Epilepsie bekommt; die zweite die, daß z. B. ein Toxin oder organischer Hirnprozeß nicht nur epileptische Erscheinungen hervorrufen, sondern auch eine Persönlichkeitsveränderung bewirken, etwa wie eine Encephalitis im jugendlichen Alter; die dritte die, daß sich zwei verschiedene idiotypische Reihen in demselben Individuum vorfinden. Letztere Deutung läßt sich nach meinen Fällen nur selten geben. Dasselbe gilt gegenüber dem manisch-depressiven Irresein. Im allgemeinen sprechen meine Erfahrungen dafür, daß sich diese Erbkreise nur selten überkreuzen. Ich gebe aber zu, daß wir hier noch vor ungelösten Problemen stehen.

Diese allgemeinen Ausführungen genügen, um nun ganz kurz im speziellen zu der Affektepilepsie und den psychasthenischen Krämpfen Stellung nehmen zu können.

Zu den Ausführungen von *Bratz* ist folgendes zu sagen: Bei seinem Terminus „Affekt“epilepsie ist hervorzuheben, daß er damit nicht nur den Affekt im üblichen psychologischen Sinne meint, sondern alle *äußeren* Anlässe wörtlich im Sinne des Verbums „affizieren“. Dies ist deshalb hervorzuheben, weil das Epitheton „Affekt“epilepsie meistens in üblicher Weise aufgefaßt worden ist. Für *Bratz* ist aber die Provokation durch Alkoholintoxikation, *Hitze* (gesperrt vom Ref.!) oder Infektionskrankheit gleichwertig. Schon aus diesem Grunde werden wir seine Bezeichnung ablehnen müssen. Aber auch dem Sinne nach sind seine Begründungen abwegig. Meint er doch, daß, je vereinzelter Krampfanfälle bei den von ihm geschilderten Psychopathen auftreten, desto schwieriger der Nachweis ihrer gesetzmäßigen Abhängigkeit von dem

äußeren Anlaß zu führen sei. Nach meiner Ansicht müßten aber von ihm gerade solche Fälle zur Beweisführung herangezogen werden. Nun sehen wir aber, daß seine Degenerierten auch Anfälle ohne erkennbaren äußeren Anstoß und andererseits bei genügenden Anlässen keine bekommen, ja, daß bei einzelnen sogar eine gleichartige Belastung vorliegt. Er versucht seine Konstruktion nun dadurch zu retten, daß er vorzugsweise länger dauernde seelische Schädigungen verantwortlich macht, widerlegt sie aber selbst dadurch. Wenn wir nun noch die Behauptungen hören, daß Verstimmungen „nach meiner Erfahrung . . . aber bei echten Epileptikern selten sind“ und daß sie bei Psychopathen als affektepileptische Äquivalente häufiger seien und „sie sind hier fast ausnahmslos seelisch motiviert“ — so werden wir gegenüber seiner Beweisführung noch skeptischer. Zum wesentlichen Merkmal der epileptischen „affektiven Äquivalente“ gehört doch gerade, daß sie nicht reaktiver, sondern autochthoner Natur sind¹⁾.

Der zweite, der im Grunde genommen dieselbe Konstruktion propagiert hat, ist *Oppenheim*. Seine Konstruktion der „psychasthenischen Krämpfe“ ist auf ungenügenden Beobachtungen bzw. Berichten von Laien aufgebaut. Daß er in einem Anfall auch „reflektorische“ Pupillenstarre beobachtet hat, dürfte wohl nur ein Druckfehler sein.

Ein weiteres kritisches Eingehen auf Einzelheiten erscheint mir ebenso wie bei *Bratz* nicht lohnend. Daß hysterische Anfälle, reaktive Ohnmachten, Migränезustände usw. nicht richtig erkannt wurden, soll aber noch erwähnt werden. Über die Bedeutung des von *Bratz* häufig gefundenen Facialisphänomens habe ich schon im allgemeinen Teil gesprochen.

Nehmen wir nun noch hinzu, daß in vollkommener Übereinstimmung mit meiner Erfahrung *Kraepelin*, *Redlich*, *Bumke* noch keine affektepileptischen Anfälle²⁾ selbst gesehen haben — das einzige wenigstens annähernd hierher Gehörige, was ich bei Affektkrisen sah, waren Ohnmachten — so werden wir zu dem Schlusse kommen, daß es sich nicht nur um überflüssige, auf falscher Deutung beruhende Konstruktionen handelt, sondern daß sie nur geeignet sind, verschleiern und verwirrend zu wirken und somit die Klärung der Epilepsieprobleme aufzuhalten. Der Epilepsieforschung würde ein großer Dienst erwiesen werden, wenn diese Krankheitsbilder in den Lehrbüchern nicht mehr erwähnt würden. Dasselbe gilt von der anscheinend unausrottbaren Behauptung, daß Reizbarkeit ein charakteristisches Merkmal „des“ epileptischen Charakters (außerhalb der Demenz und der Verstimmung) sei.

¹⁾ Vgl.: Epilepsie und manisch-depressives Irresein. Abschn. V: Die affektiven Äquivalente. Beihefte d. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Berlin: S. Karger 1922.

²⁾ In dem Sinne, daß bei bestimmten Individuen epileptische Anfälle stets nur durch erkennbare äußere Anlässe oder gar nur durch Affekte ausgelöst würden.