

(Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Frankfurt a. M. [Direktor: Prof. Dr. K. Kleist].)

Über chronische systematisierte Wahnbildung bei Epilepsie. (Zugleich ein Beitrag zur Paranoialehre.)

Von
Hans Strauss.

(Eingegangen am 2. April 1929.)

Das Auftreten kurzlebiger unsystematisierter Wahnbildungen im Rahmen epileptischer Dämmer- und Ausnahmestände ist ein so häufiger und bekannter Befund, daß es heute nicht mehr lohnt, dazu noch kasuistische Beiträge zu bringen. Dagegen ist das Vorkommen chronischer und systematisierter Wahnbildungen bei Epileptikern ein so viel selteneres Ereignis, daß es schon deswegen angängig erscheint, einschlägige Beobachtungen mitzuteilen. Rechtfertigt sich schon aus diesem Grunde die Darstellung des folgenden Falles, so dürfte diese um so mehr von Interesse sein, als die Beobachtung einen interessanten Beitrag zur Paranoialehre darstellt.

Krankengeschichte:

Katharina B., geb. 23. 12. 91.

Erblichkeit: Vater der Patientin ist Lokomotivführer, im Dienst durchaus unauffällig, ein sehr ruhiger, gutmütiger Mensch von ausgesprochenem Phlegma. Die Mutter der Patientin ist etwas mißtrauisch, wittert leicht Benachteiligungen ihrer Person oder ihrer Familie, achtet sehr darauf, ob ihre Mitmenschen sich einwandfrei benehmen. Sie ist starrköpfig und eigensinnig, ergeht sich gerne in langen Schimpfereien, wenn ihr etwas nicht paßt. Eine ihrer Schwestern ist linkshändig, ein Bruder leicht schwachsinnig. In der weiteren Verwandtschaft des Vaters der Patientin soll ein Fall von Epilepsie vorgekommen sein, doch ist Genaueres über die anderen Familienmitglieder nicht zu erfahren. Das Kind der Patientin ist linkshändig, ebenso auch eine Schwester des Ehemanns der Patientin.

Selbst: Die Patientin hat in der Schule gut gelernt, später eine Schneiderlehre durchgemacht und als Schneiderin fleißig und erfolgreich gearbeitet. Sie war sich ihrer Tüchtigkeit stets bewußt, war „stolz“, d. h. sie meinte, daß sie nicht zur großen Masse gehöre, sondern hielt einen gewissen Abstand von ihren Berufskolleginnen usw. Sie legte großen Wert darauf, recht ordentlich angezogen zu sein, hielt zu Hause ihre Sachen in peinlichster Ordnung. In Gesellschaft sprach sie nicht viel, ging aber gerne unter die Menschen, machte gerne Vergnügungen mit, tanzte gerne. Sie war recht egoistisch, nicht mißtrauisch, nicht empfindlich oder reizbar.

Mit ihrem späteren Ehemann hatte sie schon längere Zeit vor der Ehe ein Verhältnis. Sie ist in sexueller Beziehung nie anspruchsvoll gewesen, war auch in der Ehe in dieser Hinsicht immer der passive Teil, andererseits aber auch nie ablehnend.

Im Jahre 1914 wurde eine Schwangerschaft künstlich unterbrochen, was ohne Komplikation verlief. 14 Tage später trat der erste Krampfanfall auf, dessen Schilderung einen sicher epileptischen Anfall darstellt. Solche Anfälle blieben in der Folgezeit ganz vereinzelt, sie kamen in Abständen von $\frac{1}{2}$ —2 Jahren. 1917 hat Patientin geheiratet. Im Januar 1918 traten gehäufte Anfälle auf, anschließend ein Dämmerzustand, der Patientin in die Klinik brachte. Nach 4 Tagen konnte sie schon wieder entlassen werden, kam aber Ende 1918 erneut mit einem Dämmerzustand zur Aufnahme. Es traten nun immer wieder gehäufte Anfälle mit Dämmerzuständen auf, in denen die Patientin stets sehr gereizt-erregt und mißtrauisch war. Vereinzelt kam es zu Sinnestäuschungen, indem sie z. B. Beschimpfungen durch die Mitpatienten hörte. Im November 1918 wurde sie entlassen. Sie äußerte keinerlei wahnhafte Gedankengänge. Nach der Entlassung traten in Abständen von 3—5 Monaten Anfälle auf, immer mehrere hintereinander, an die sich Dämmerzustände von einigen Tagen Dauer anschlossen. In der Zwischenzeit versah Patientin den Haushalt.

Am 30. Juni 1920 brachte sie ein Mädchen zur Welt. Während der Schwangerschaft waren zweimal Anfallsserien von 6—7 Tagen Dauer aufgetreten, an die anschließend sie immer etwa 3 Wochen lang verwirrt blieb. Sie war aber auch in den freien Zeiten in ihrem Charakter verändert, sehr eigensinnig und gereizt. Wenn sie sich irgend etwas vorgenommen hatte, so konnten alle gegenteiligen Einwände sie nicht davon abbringen. Solche nahm sie dann sehr übel, schimpfte heftig. Durch die geringsten Bemerkungen fühlte sie sich schwer gekränkt und beleidigt.

Sie hatte sich schon immer ein Kind, und zwar einen Knaben gewünscht, freute sich während der Schwangerschaft auf die Geburt des Kindes, an dessen Ausstattung sie eifrig arbeitete.

Etwa 14 Tage vor der Geburt traten wieder Anfälle auf, die sich häufig wiederholten, so daß sie bei der Geburt schwer umdämmert war, von den Geburtsvorgängen keinerlei Notiz nahm. Erst 3 Tage später beachtete sie das Kind zum ersten Male, war damals aber noch sehr verwirrt und äußerte sich nicht dazu. Erst 14 Tage später hellte sich ihr Zustand völlig auf. Als man ihr nun sagte, sie habe ein Mädchen geboren, äußerte sie sofort: „So ein schlechtes Mädchen!“ und behauptete auch gleich, das sei gar nicht ihr Kind. In den weiter folgenden 14 Tagen machte sie ergänzende Angaben zu dieser Behauptung, indem sie diejenigen Ideen äußerte, die sie auch später in der Klinik vorbrachte. Sie behauptete, man habe ihr das Kind untergeschoben. Als sie aus dem Schlafe aufgewacht sei, habe ihre Tante O. im weißen Mantel am Bett gestanden (tatsächlich war das die Hebamme), diese habe das Kind gebracht, das eigentlich einem Fräulein H. im Hause der Tante O. gehöre und dessen Vater ihr Mann sei.

Trotz aller dieser Ideen, über die Genaueres weiter unten zu finden ist, sorgte sie gut für das Kind, ließ fremden Leuten gegenüber nie Bemerkungen darüber fallen, daß es nicht ihr Kind sei, äußerte das auch nur selten spontan gegenüber ihren Angehörigen, versteifte sich aber darauf, sobald von anderer Seite die Rede darauf kam. Als Erklärung für ihr Schweigen fremden Leuten gegenüber gab sie an, sie wolle der Familie keine Schande bereiten.

Auch in der Folge traten in Abständen von 2—3 Monaten immer wieder Anfälle gehäuft auf mit etwa 3—4 Wochen anhaltenden Dämmerzuständen. Sie wurde im übrigen immer zänkischer und reizbarer.

Am 30. 8. 22 wurde sie wegen eines Dämmerzustandes erneut in die Klinik aufgenommen. In den ersten 14 Tagen ihres Aufenthaltes in der Klinik war sie weiter umdämmert, ging auf Fragen überhaupt nicht ein, sondern lehnte diese mit gereizten Schimpfereien ab. Erst am 7. 9. war eine genauere Unterhaltung möglich, sie war bis auf das genaue Datum orientiert, faßte prompt auf, lehnte zwischendurch einmal die Beantwortung einer Frage ab, bot einen erheblichen Rededrang, indem sie in abschweifender Weise die verschiedensten Dinge aus ihrem Leben erzählte. Auf die Angelegenheit mit dem Kinde kam sie nicht zu sprechen,

äußerte nur einmal beiläufig, 1920 habe ihre Mutter ein Kind auf den Arm gehabt und gesagt, das sei ihr Kind. Sie habe es aber schon vorher bei einer anderen im Kinderwagen gesehen (tatsächlich kannte sie das Kind der H., das bei der Geburt ihres Kindes schon zwei Jahre alt war).

In der ersten Septemberhälfte war Patientin dauernd weiter gereizt und erregt. Dann trat allmählich Beruhigung ein. Sie war nett und freundlich zu allen, stand auf, half bei der Arbeit. Am 5. 10. 22 kommt sie zum Untersuchungszimmer, ergeht sich gleich wieder in heftigem Rededrang, schweigt aber, wenn man sie dazu auffordert. Sie ist nicht umdämmert, völlig orientiert, zeigt einen guten Gedächtnisbesitz. Sie erzählt dann, ihr Mann sei gestern dagewesen und habe wieder von dem Kind gesprochen, das zu Hause als ihr eigenes erzogen werde, aber gar nicht ihr Kind sei. Das Kind gehöre einem Fräulein H., das im Hause ihrer Tante O. wohne und sei ihr auf ganz raffinierte Weise untergeschoben worden. Bei ihr habe die Periode ein paar Monate ausgesetzt, ganz genau wisste sie nicht wie lange, schwanger sei sie aber nicht gewesen, auf keinen Fall habe sie ein Kind zur Welt gebracht, denn das müsse sie ja schließlich wissen. Am 30. 6. 20 habe man die Sache gemacht. Als sie morgens aufgewacht sei, habe die Hebamme im weißen Kittel an ihrem Bett gestanden, sie habe diese aber gar nicht an sich herangelassen, weil sie gewußt habe, daß sie nicht schwanger sei. Da habe das Kind aber schon im Kinderwagen am Ofen gestanden. Man habe es ihr gezeigt und auf den Arm gesetzt. „Wie kann das ein Kind, das erst eine Stunde alt ist?“ Ihre Mutter habe zu dem Kind gesagt: „Sag' mal Mama!“, sie habe aber sofort erklärt, sie sei nicht die Mutter. Diese heiße H. und das Kind Martha, was ausgezeichnet gestimmt habe, da auch ihre Schwägerin Martha hieß. „Die haben sich gesagt, dem Kind seine Mutter ist ein Mädel — ich denk' mirs so —, da haben sich die paar Personen zusammengetan und haben gesagt: Die sind schon drei Jahre verheiratet und haben doch noch kein Kind.“ Daher hätten sie die Hebamme geschickt und das Kind am Morgen, als sie noch schlief, herbeigeholt, damit sie nicht das Geschrei höre. Vielleicht hätten sie auch gemeint, sie bekomme einen Anfall und diesen zum Unterschieben ausnutzen wollen. Außerdem hätten sie es geschickt ausgenützt, daß sie eine Zeitlang die Periode nicht gehabt habe. Sie behauptet an diesem Tage nicht bestimmt, daß ihr Mann der Vater des Kindes sei. Das sei möglich, aber sie wisse es nicht genau. In der Folge sei es häufiger über das Kind zu Streitigkeiten gekommen. Sie habe ihrem Mann gesagt, daß sie keine Veranlassung habe, für die Kinder anderer Leute zu arbeiten. Schließlich habe sie es aber doch behalten: „Was soll ich es verweigern?“

Vom 15. 10. ab kam es wieder zu zahlreichen, sich wiederholenden Anfallsserien, so daß Patientin bis Anfang November umdämmert war. Einmal behauptete sie, ein Pfarrer sei an ihrem Bett gewesen und habe ihr unsittliche Anträge gemacht, welche Idee sie längere Zeit beibehielt.

Anfang November tritt wieder eine völlige Beruhigung ein. Bei einer Unterredung am 9. 11. ist sie völlig orientiert, gibt bereitwillig und freundlich Auskunft. Sie erklärt sofort, es tue ihr sehr leid, daß sie an der Verhandlung wegen des Kindes nicht habe teilnehmen können. Eine solche habe in den letzten Tagen stattgefunden, eine Schwester oder ihr Mann müßten ihr davon erzählt haben, sie wisse das aber nicht mehr genau. Bestimmt sei aber hier davon gesprochen worden, das könne sie beschwören. Auch sei der Name einer ihr bekannten Frau hier geäußert worden, was auch mit dieser Sache zusammenhänge. Auch weiterhin bleibt sie völlig ruhig. Am 15. 11. erklärt sie noch einmal, sie habe zwar damals einen dicken Leib gehabt, das sei aber keine Schwangerschaft gewesen, sondern komme daher, daß die Periode aus anderen Gründen ausgeblieben sei. Wenn sie schon ein Kind haben solle, so habe sie sich einen Knaben gewünscht. Am 24. 11. macht sie wieder die gleichen Angaben über ihre Wahnideen, hält auch an der Sache mit dem Geistlichen fest.

Am 6. 12. 22 wird sie in die Landesheilanstalt überführt. Auch dort bringt sie wieder die gleichen Wahnideen über die Sache mit dem Kinde vor, was noch 1926

verzeichnet ist. Irgendwelche anderen fixierten Wahnideen liegen bei ihr nicht vor. Zwischendurch kommt es stets wieder zu Anfällen und Dämmerzuständen, in denen häufiger auch mit dem Dämmerzustand schwindende Wahnideen bestehen. In der freien Zeit äußerte sie in dieser Beziehung immer nur ihre Wahnideen, die die Sache mit dem Kind betreffen.

Für das Jahr 1927 läßt das Krankenblatt nicht mehr erkennen, ob sie diese Dinge noch vorbrachte. Sie war in diesen Jahren dauernd schwer erregt und umdämmert, immer wieder traten serienweise Anfälle auf. Es tritt eine Lungenaffektion auf, an der Patientin im Januar 1928 stirbt. Eine Autopsie wurde nicht vorgenommen.

Es bedarf wohl keiner weiteren Begründung, daß es sich im vorliegenden Falle um eine Epilepsie handelt. Wenn wir weiterhin annehmen, daß es sich bei der Patientin um eine *genuine* Epilepsie handelt, so können wir uns dabei auf das Fehlen jeden Hinweises auf eine symptomatische Epilepsie stützen und darauf verweisen, daß die Patientin in der Richtung auf eine Epilepsie erblich belastet ist. Ganz abgesehen von der unsicheren Epilepsie in der Verwandtschaft des Vaters zeigen sich in der Ascendenz auf mütterlicher Seite Linkshändigkeit und Debilität, die in der Ascendenz von Epileptikern nicht selten sind (vgl. z. B. die Ausführungen von *Kleist* über den epileptoiden Formenkreis).

Bei unserer Patientin kommt es nun zu einer chronischen und systematisierten Wahnbildung, also einer solchen von ausgesprochen paranoischem Charakter. Nach einem im Beginn erfolgten gewissen Ausbau des Wahnes wird dieser später dauernd beibehalten, nie korrigiert und besteht über alle andersartigen psychotischen Zustände der Patientin dauernd und unverändert fort. So steht die Wahnbildung unserer Patientin mit ihrer Geschlossenheit und ihrer Zentriertheit um ein ganz bestimmtes Erlebnis in starkerem Gegensatz zu den Wahnbildungen anderer Epileptiker, die meist in Verbindung mit zahlreichen Sinnestäuschungen zu Bildern führen, die ernstlich an schizophren-paranoide Zustände gemahnen (Fälle von *Buchholz*, *Deiters*, *v. Holst*, *Gnauck*, *Raecke* u. a.) und damit zum Ausgangspunkt der Diskussion über die Beziehungen von *Dementia praecox* und Epilepsie geworden sind (vgl. die Monographie von *Vorkastner*).

Ebensowenig wie wir unseren Fall diesen letzterwähnten Beobachtungen zuordnen können, ebensowenig liegt bei ihm auch ein Residualwahn vor. Man kennt diese Wahnformen ja gerade von der Epilepsie sehr gut, bei denen aus dem Erlebnis von Dämmer- und Ausnahmeständen eine Zahl von Wahnvorstellungen noch über das Abklingen des akuten Krankheitszustandes hinaus beibehalten werden, um dann aber doch bald aufgegeben und korrigiert zu werden. Tatsächlich hat auch unsere Patientin mehrfach solche flüchtigen Residualwahnbildungen gezeigt. Einzig und allein aber die mit der Ablehnung des Kindes verknüpfte Wahnbildung wurde von der Patientin dauernd beibehalten und ein Stück weit ausgebaut. Diese Ausnahmestellung gegenüber den

anderen Wahnbildungen der Patientin muß auf das Wirken ganz besonderer Kräfte hinweisen, und es wird daher im folgenden zu untersuchen sein, welches dieses Kräfte sind. *Kraepelin* ist es, der bei der Besprechung des Residualwahns der Epileptiker darauf hinweist, daß bei den seltenen Fällen, wo eine Fixierung desselben erfolgt, der Gefühlsbetonung eine erhebliche Rolle für diese zuzuschreiben ist. Auch in meinem Falle muß der Gefühlsbetonung, wie wir sehen werden, große Bedeutung beigelegt werden.

Betont muß aber werden, daß es sich bei der chronischen und systematisierten Wahnbildung unserer Patientin nicht um einen Residualwahn handelt. Der Wahn wurde vielmehr in lucidem Zustand von der Patientin konzipiert und gerade in ruhigen Zeiten immer wieder vorgebracht. Er baut sich auch durchaus nicht auf irgendwelche Trugwahrnehmungen eines Ausnahmezustandes auf. Wie aber ist sein Auftreten dann zu erklären? Die ganze fixierte Wahnbildung der Patientin geht hinaus auf die Ablehnung des neugeborenen Kindes als ihres eigenen. Man könnte zunächst daran denken, daß diese Ablehnung begründet sei in einer Einstellung gegen eine Mutterschaft schlechthin und ganz allgemein. Das kann aber nicht der Fall sein, nachdem wir hören, daß sich die Patientin auf ein Kind gefreut hatte. Sie hatte allerdings einen Knaben erwartet und gewünscht, wie sie auch uns selbst später gesagt hat. Ihre starke Einstellung gegen ein Mädchen geht im übrigen am besten aus der Äußerung hervor, mit der sie die Mitteilung von dessen Geburt entgegennahm: „So ein schlechtes Mädchen!“ Wir werden danach nicht fehlgehen, wenn wir in der Enttäuschung über die Geburt eines Mädchens eine der Wurzeln ihrer Wahnbildung erblicken, die sich so als eine „katasthyme“ Wahnbildung darstellt. „Ich will nicht Mutter eines Mädchens sein,“ das ist der Wunsch der Patientin. Ihre Wahnbildung bringt ihr die „autistische Wunscherfüllung“.

Nun ist es bekannter- und glücklicherweise so, daß nicht alle Mütter im Anschluß an die Geburt eines Kindes anderen Geschlechtes als sie es ersehnten, eine das Kind als ihr eigenes ablehnende Wahnbildung konzipieren. Man wird also zu fragen haben, wie das Erlebnis bei unserer Patientin zu einer solchen Wahnbildung führen konnte und wird damit auf die Persönlichkeit der Patientin eingehen müssen. Dabei ist dann zu unterscheiden zwischen der Persönlichkeit, welche die Patientin in ihrer vorepileptischen Zeit darstellte, und der „Persönlichkeit“, welche sie zur Zeit der Entstehung der Wahnvorstellungen unter dem Einfluß der epileptischen Veränderungen geworden war. In ihrer ursprünglichen Persönlichkeit sehen wir, abgesehen von ihrem Egoismus, keine Züge, welche einer Wahnbildung wie der hier vorliegenden entgegenkämen. Dagegen hatte die Epilepsie eine Umwandlung hervorgebracht, die sie für die Konzeption eines solchen Wahnes empfänglicher machen mußte. Sie war in Ergänzung ihres von jeher bestehenden starken

Egoismus sehr starrköpfig und eigensinnig geworden. Hatte sie sich irgend etwas vorgenommen, so konnten alle Einwände sie davon nicht abbringen. Daß eine so geartete Persönlichkeit ganz besonders leicht der Konzeption eines Wahnes wie des hier geschilderten verfallen muß, ist klar. Egoistisch und starrköpfig wünscht sie einen Knaben, egoistisch und unbelehrbar hält sie an der einmal gewonnenen Überzeugung fest, daß das Mädchen nicht ihr Kind sei. Daß noch ein weiterer Umstand ihr eine solche Wahnbildung besonders erleichterte, sei weiter unten dargestellt. Hier sei darauf hingewiesen, daß die der Wahnbildung entgegenkommenden Charaktereigenschaften nicht primär vorhandene sind, sondern daß die „Wahnfähigkeit“ der Patientin erst durch die epileptischen Veränderungen geschaffen worden ist. Damit weist unser Fall Parallelen auf zu den *Kretschmerschen* Beobachtungen von psychogener Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Hier wie dort spielen in der Genese der Wahnbildung organische Hirnveränderungen eine bedeutsame Rolle. Ebenso ist es bei den in jüngerer Zeit von *Joh. Langes* Mitarbeiter *Guttmann* beschriebenen Fällen von *Encephalitis epidemica*.

Noch in einer anderen Richtung wird die Epilepsie von Bedeutung für die Wahnbildung und Wahnsicherung. Wir können bei unserer Patientin, wie schon oben dargelegt, nicht von einem Residualwahn sprechen. Es handelt sich bei ihr nicht darum, daß ein Wahn auf irgendwelchen im Verlaufe eines Dämmer- oder Ausnahmezustandes vorgekommenen positiven Fehlwahrnehmungen aufgebaut wird. Nicht solche, sondern der durch den Dämmerzustand veranlaßte Mangel an Wahrnehmungen und die auf dieser Grundlage erfolgende konfabulatorische Ausfüllung der Erinnerungslücke kommen der Wahnbildung unserer Patientin zustatten. Der Umstand, daß die Patientin tatsächlich keinerlei Rückerinnerung an die in schwerster Umdämmung erfolgte Geburt eines Kindes hat, muß ihrer Ablehnung des Kindes außerordentlich entgegenkommen und ihr eine Festigkeit verleihen, die noch mehr begründet ist als diejenige solcher paranoischer Wahnbildungen, bei denen frühere Erlebnisse ohne das Zuhilfekommen solcher organischer Amnesien „vergessen“ oder „verdrängt“ werden. In gleichem Sinne wird ein späterer Dämmerzustand für die Fortentwicklung ihres Wahnes von Bedeutung, nach welchem sie mit den konfabulatorischen Angaben über eine stattgefundene Verhandlung hervortritt.

Ich meine mit alledem aufgezeigt zu haben, wie die organischen Krankheitsgeschehnisse und das stark affektbetonte Erlebnis, das allerdings wohl auch erst unter dem Einfluß der epileptischen Wesensveränderung eine so starke Affektbetonung erhalten konnte, gemeinsam zu der hier beobachteten Wahnbildung und Wahnsicherung führen konnten und wie sich ein Verständnis für diese paranoische Wahnbildung bei einer Epilepsie gewinnen läßt.

Sieht man die Literatur auf entsprechende Fälle durch, so ergibt sich wenig positives Material. Die meisten Fälle, die in der älteren Literatur unter der Herrschaft eines sehr weit gefaßten Paranoiacbegriffes zur Frage der Beziehungen zwischen Epilepsie und Paranoia publiziert wurden, lassen jedes System in ihrer Wahnbildung vermissen. Nur bei wenigen Fällen mag, soweit das die Beschreibungen überhaupt erkennen lassen, eine ähnlich geschlossene und systematisierte Wahnbildung wie bei unserem Falle vorgelegen haben, so bei den Fällen 4 und 5 von *Buchholz* und vielleicht auch bei dem von *Raecke* zitierten Frankfurter Fall (S. 151). Die Beschreibungen sind jedoch zu ungenau, um einen exakten Vergleich mit unserer Beobachtung zu ermöglichen. Aber auch diese Fälle können keinesfalls zur Annahme der Kombination einer Epilepsie mit einer von dieser unabhängigen paranoischen Entwicklung veranlassen, vor welcher Annahme auch *Gurewitsch* vor nicht sehr langer Zeit gewarnt hat. Einen Weg aufzuzeigen, wie das Vorkommen paranoischer Wahnbildungen bei Epileptikern ohne die Annahme einer solchen Kombination verstanden werden kann, das war einer der Zwecke dieser Ausführungen.

Literaturverzeichnis.

- Buchholz*: Über die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen. Leipzig 1895. — *Deiters*: Beiträge zur Kenntnis der Seelenstörungen der Epileptiker. Allg. Z. Psychiatr. 56 (1899). — *Gnauck*: Über die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie. Arch. f. Psychiatr. 12 (1882). — *Gurewitsch*: Zur Differentialdiagnose des epileptischen Irreseins. Z. Neur. 9 (1912). — *Guttmann*: Persönlichkeitsveränderung nach epidemischer Encephalitis. Münch. med. Wschr. 1926. v. *Holst*: Zur Kenntnis paranoider Symptomenkomplexe bei Epilepsie. Z. Neur. 49 (1919). — *Kleist*: Episodische Dämmerzustände. Leipzig 1926. — *Kraepelin*: Psychiatrie. 8. Aufl. — *Kretschmer*: Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Z. Neur. 45 (1919). — *Kretschmer*: Der sensitive Beziehungs-wahn. Berlin 1927. — *Raecke*: Die transitorischen Bewußtseinstrübungen der Epileptiker. Halle 1903. — *Vorkastner*: Epilepsie und Dementia praecox. Berlin 1918.
-