

Über thymopathische Gemütsdepressionen bei Epilepsie.

Von

Dr. med. K. Volland, Bethel/Bielefeld.

(Eingegangen am 24. Juli 1933.)

Bei den unter der Bezeichnung Epilepsie zusammengefaßten Krankheitsbildern handelt es sich nach dem übereinstimmenden Urteil aller namhaften Forscher bekanntlich um einen Sammelbegriff, dessen Auflösung voraussichtlich noch längere Zeit die Aufgabe ärztlicher Forschung bleiben wird. Nachdem in den letzten Jahrzehnten die Pathogenese des epileptischen Anfalls mit seinen Varianten, die Stoffwechselvorgänge beim Epileptiker, die epileptischen Seelenstörungen und die epileptische Persönlichkeit in intellektueller und charakterologischer Hinsicht Gegenstand eingehender wissenschaftlicher Forschung gewesen sind, hat sich in jüngerer Zeit auch die erbbiologische Forschungsrichtung (*Rüdin, Luxenburger, H. Hoffmann, Mauz, Minkowska u. a.*) erfolgreich mit dem Epilepsieproblem in nosologischer und charakterologischer Hinsicht befaßt, ein Weg, der auch bei der Charakterisierung der folgenden Fälle zu beschreiten war. Es handelt sich bei ihnen um eine in der großen Masse der Epileptiker allerdings *verhältnismäßig kleine Gruppe*, die im außerparoxysmalen Zustande und mit ihren transitorischen psychischen Änderungen depressiver Natur behandelt werden sollen, letztere mit der Einschränkung, daß in erster Linie nur eben *solche transitorisch depressive Epileptiker* herangezogen werden sollen, die in ihren Ausnahmezuständen in besonderem Maße an die Depressionen der Thymopathen bzw. Manisch-Depressiven erinnern. Weiterhin soll untersucht werden, ob beim epileptischen Krankheitsverlauf und bei thymopathischer Veranlagung eine gegenseitige Beeinflussung festzustellen ist. Mit Recht weist *Bumke*⁵ darauf hin, daß epileptische Verstimmungen sich ohne Kenntnis der Vorgeschichte zuweilen von melancholischen nicht sicher abgrenzen lassen, und daß auch bei der Epilepsie ein Wechsel zwischen deprimierter und exaltierter Stimmungslage vorkommt. Ferner berührt er die von *Rittershaus*²⁹ und *Krisch*¹⁹ erörterte Frage, ob nicht auch Mischungen der epileptischen und der manisch-depressiven Anlage, Überschneidungen beider Krankheitskreise, vorkommen können. Mit Recht fordert *Bumke* beim Auftreten manisch-depressiver Erscheinungen im Krankheitsbilde der Epilepsie das Bestehen erblicher Beziehungen, auf deren Vorhandensein deshalb auch in den vorliegenden Fällen das Augenmerk gerichtet wurde. Berücksichtigung fanden bei den vorliegenden Untersuchungen

die Ausführungen *Kurt Schneiders*^{35, 36} über das Wesen der Depression bei der Cyclothymie, das er in der Gefühlsseite, und zwar in dem Darunterliegen der Lebensgefühle findet, während der manische Zustand das Gehobensein der Lebensgefühle aufweise. Diese vitale endogene Depression grenzt er von anderen endogenen Depressionen ab, die z. B. bei der Schizophrenie und bei Organikern (Arteriosklerose, Paralyse), vor allem aber auch bei der übergroßen Mehrzahl der epileptischen Verstimmungen anzutreffen sind mit dem Vorwiegen der gereizten, mißmutigen Färbung. Demgegenüber möchte ich aber, besonders auch im Hinblick auf die Beurteilung und das Verständnis der folgenden Fälle, betonen, daß mir die *Bumkesche Auffassung der manisch-depressiven Erkrankungen als die gegebene erscheint*. *Bumke*⁶ (s. auch *Stauder*^{38, 39}) bezeichnet die manisch-depressive Konstitution als *pyknisch-thymopathische* und faßt unter der Bezeichnung der Thymopathien den ganzen Formenkreis zusammen, also die *zirkulären oder die bloß periodischen Verläufe*, ebenso wie die *hyperthyphmen, dysthyphmen, cyclothymen oder dystonen Gemütsarten*, die die Kranken außerhalb ausgesprochener Manien und Melancholien zu zeigen pflegen. Oft äußere sich die Thymopathie auch in leichten Stimmungsschwankungen und weiterhin fast immer in einer dauernd vorhandenen Eigenart des seelischen und des körperlichen Verhaltens.

Hinsichtlich der Ätiologie wurden die folgenden Fälle aus rein historischen und praktischen Gründen im Einklang mit der von *Hans W. Gruhle*¹¹ auch kürzlich wieder vorgenommenen Gruppierung einerseits als genuine, idiopathische, konstitutionelle, andererseits als symptomatische Formen bezeichnet. Dabei sei aber ausdrücklich *Felix Frisch*⁸ zugestimmt mit seiner Annahme, daß beim epileptischen Mechanismus eine Mischung konstitutioneller und konditioneller Faktoren vorliegt, wobei naturgemäß die letztere bei der symptomatischen Form, die erstere bei der genuinen Form im Vordergrund stehen werden. In diesem Sinne sei von autoritativer Seite weiterhin *Reichardt*²⁷ angeführt, der die Frage „genuine oder symptomatisch“ ruhig in den Hintergrund treten läßt und das Hauptproblem der Epilepsie in der Erforschung der Anlage erblickt; gegenüber der vorwiegend oder ausschließlich humoral und endokrin gerichteten Einstellung betont er die Wichtigkeit des cerebralen Standpunktes. Von größter Bedeutung für die Frage „genuine oder symptomatisch“ ist ferner *O. Wuth*⁴¹ mit seinem Ergebnis der Untersuchung der Körperflüssigkeiten, die keine differential-diagnostische Handhabe zur Unterscheidung genuine-epileptischer Anfälle von epileptiformen Anfällen anderer Genese ergaben. Auch die erbiologische Forschung (*Rüdin*³², *van Valkenburg*) erblickt zwischen organischer und genuine Epilepsie keinen Gegensatz. Auf Grund seiner psychologischen Untersuchung kommt weiterhin *Rittershaus*²⁸ zu dem Schluß, daß aus den Assoziationen ein differential-diagnostischer Unterschied zwischen genuine und organisch-encephalitischer Epilepsie nicht möglich sei. Schließlich sei im Hinblick auf

anatomische Befunde noch *E. Pollak*²⁵ mit dem zusammenfassenden Schlusse angeführt, daß die genuine und symptomatische Epilepsie nur schwer voneinander zu trennen seien. Im Bewußtsein aller dieser Ergebnisse sei aber doch aus den obengenannten Gründen an der bisherigen Einteilung bei den folgenden Fällen festgehalten, die in aller Kürze jetzt beschrieben werden sollen.

Fall 1. Johannes W., ohne bestimmten Beruf, geboren am 20. 1. 1875. 1. Aufnahme vom 20. 10. 07 bis 19. 6. 07. 2. Aufnahme am 4. 9. 08.

Erblichkeit. Mutter war zeitweise gemütsleidend (abwechselnd melancholisch und manisch erregt), konnte aber bei den ihrigen verbleiben; ihr Vater litt an periodischer Melancholie; in einem solchen Zustande Suicid; dessen Vater war sehr leichtsinnig, verließ seine Angehörigen, ist verschollen.

Vater unseres Patienten starb im 66. Jahre, Todesursache nicht genau bekannt, war zuletzt dement, hat angeblich jahrelang an den Folgen eines Sturzes vom Pferde gelitten. Der Bruder des Patienten ist jetzt 72 Jahre alt, seit einigen Jahren angeblich gleichfalls zeitweise deprimiert; er hat einen gesunden erwachsenen Sohn. Die Schwester ist schwerhörig und kinderlos verheiratet. Patient hatte bald nach der Geburt, über deren Verlauf nichts Näheres bekannt ist, „konvulsivische Zukünfte“. Nach zuerst ungestörter Entwicklung Besuch der Schule, wo er sehr schwer lernte, saß z. B. 3 Jahre in Quinta. Im 10. Jahre Steinwurf oberhalb der rechten Schläfe. Unmittelbar danach keine sichtbaren Folgen. Im 11. Jahre auf dem Heimweg vom Schaukeln der erste epileptische Anfall; im 12. Jahre der zweite, dann allmählich zunehmende Verschlimmerung der Epilepsie; zeitweise soll Patient geistig schwer gestört gewesen sein. Im 15. Jahre wegen *Jackson*-Erscheinungen Schädeltrepanation, danach noch 3 Anfälle in den nächsten 2 Jahren, hierauf anfallsfrei bis zum 22. Jahre. Dann wieder Einsetzen der Insulte in atypischer Form und in Gestalt ausgebildeter Anfälle in wechselnder Häufigkeit.

Im 20. Jahre machte Patient auf Grund väterlicher Vorhaltungen „wegen seines Egoismus“ einen Selbstmordversuch. Seit dem Wiedereinsetzen der Anfälle im 22. Jahre zeigte sich Patient sehr erregbar und litt auch unter Stimmungsschwankungen. Während der seit dem 4. 9. 08 datierenden Anstaltpflege hatte der leptosom gebaute Patient bei längeren Anfallspausen nur vereinzelt ausgebildete epileptische Anfälle pro Jahr. Seit dem 1. 5. 28 ist Patient anfallsfrei.

Seelisches Verhalten. Während der 1. Aufnahme umständlich, weitschweifig, Haftenbleiben an Kleinigkeiten und nebensächlichen Dingen, reizbar, mißtrauisch, hypochondrisch. Allmählich wurde er zwar geistig frischer, zeitweise zeigte er sich aber immer wieder verstimmt, aufbrausend und erregbar. Nach seiner Entlassung mit dem Resultat „gebessert“ wurde er schon nach 2½ Monaten wegen ernster Verstimmungen „namentlich melancholischer Art“ in seinem 33. Lebensjahr der Anstalt wieder zugeführt. In der Folgezeit werden krankengeschichtlich zeitweise Unruhe, Erregbarkeit, vor allem schwere Depressionen und Verstimmungen vermerkt, ohne daß ein Rückgang der Geisteskräfte sich einstellte. Seit 6 Jahren in Beobachtung des Verfassers ergibt sich folgendes Bild seiner Persönlichkeit: Intellektuell zwar gering begabt, aber ohne geistigen Rückgang und imstande, seinen Obliegenheiten, bestehend in Botengängen, Sortieren und leichteren schriftlichen Arbeiten, mit großer Gewissenhaftigkeit nachzukommen; Stimmung vorwiegend schwerblütig, verzagt, die frühere Reizbarkeit und Konfliktsneigung ist mit den Jahren immer mehr zurückgegangen. In seinem Wesen zwar etwas schwerfällig, aber doch mit Eifer und Interesse bei seiner Tätigkeit. Ausgesprochen epileptische bezüglich epileptoide Erscheinungen fehlen.

Krankheitsbild während der transitorischen Seelenstörungen. Ohne erkennbaren Grund und ohne Beziehung zu epileptischen Insulten plötzlich bekümmert, zieht

sich von den anderen zurück, spricht kaum, fragt nur ab und zu ängstlich, ob er wohl entlassen würde, und was nur aus ihm werden solle, fürchtet einer schweren, unheilbaren Krankheit entgegenzugehen; dabei völlig orientiert, Nahrungsaufnahme genügend, Schlaf unruhig. Wiederkehr dieser tage- und wochenlang andauernden Depressionen unregelmäßig, wiederholt im Jahre, früher häufiger, in den letzten Jahren seltener. Im freien Intervall schildert er diese Zustände folgendermaßen: „Ich habe das Gefühl, als ob sich ein Schleier plötzlich über den Kopf legt, dann fühle ich mich im allgemeinen schlapp und schwach, bin mutlos, habe an nichts Interesse und Freude; wenn der Zustand zu Ende ist, habe ich das Gefühl eines Knackes im Kopfe, dann fühle ich mich wieder frei“. Andere Sensationen, Sinnes-täuschungen usw. werden in Abrede gestellt.

Zusammenfassung. Wir stellen bei dem jetzt 58jährigen Patienten hereditär fest: Urgroßvater mütterlicherseits höchst wahrscheinlich hyperthymer Psychopath, Großvater periodischer Melancholiker, Mutter manisch-depressiv; Patient prämorbid nur gering intellektuell begabt; eklamptische Erscheinungen kurz nach der Geburt; seit dem 11. Lebensjahre symptomatische Epilepsie. Mit den Jahren epileptische Charakterveränderungen, dazu gesellen sich in den ersten Lebensjahrzehnten Verstimmungen und Depressionen, im vorgesetztenen Lebensalter seltener und immer mehr den rein depressiven Charakter annehmend. Seit 5 Jahren anfallsfrei, kein geistiger Rückgang, im freien Intervall psychisch mehr als cyclothyme Persönlichkeit anzusprechen. Die thymopathische Veranlagung ist höchst wahrscheinlich durch den epileptischen Krankheitsprozeß beim Patienten früher manifest geworden als bei dem älteren Bruder, bei dem sie erst nach dem 60. Lebensjahr in Erscheinung tritt.

Fall 2. Karl H., Schuhmacher, geboren 16. 8. 07.

Erblichkeit. Vater im Kriege gefallen. Von väterlicher Seite keine Belastung. Ein Onkel der Mutter (Bruder ihres Vaters) war schwerküttig, endete durch Selbstmord; ihre Mutter hat öfter Zeiten von Schwermut gehabt, starb an Altersschwäche, war zuletzt blind. Die Mutter des Patienten selbst war im Alter von 18 Jahren einige Wochen schwerküttig, danach sei sie wieder „sehr glücklich“ gewesen. Schon einige Jahre vor dem Kriege „Not im Kopfe“; 6 Geburten, ein Mädchen im Alter von 5 Monaten an unbekannter Krankheit, ein Knabe mit 6 Jahren an Ruhr gestorben; ein Sohn und 2 Töchter sind gesund und unauffällig. 1915 fiel der Ehemann in Rußland, 1917 erkrankte Karl H. (unser Patient) an Epilepsie. Seit Sommer 1921 fühlte sich die Mutter sehr schwach, im Herbst 1921 (im 48. Jahre) „furchtbare Qualen“, war „bange vor der Ewigkeit“, glaubte sich „verfolgt von allem Bösen“, hatte Angst, Versündigungsideen und Selbstmordgedanken, wurde deshalb vom 15. 4. 22 bis 1. 6. 23 wegen Melancholie in der Provinzialheilanstalt A. behandelt und gebessert entlassen. Ist seither gesund.

Unser Patient Karl H. erkrankte im Alter von 5 Monaten an Gehirnentzündung, hatte dabei auch Genickstarre und Krämpfe; letztere hielten 2–3 Monate an. Hierauf normale Entwicklung; in der Schule zuerst der beste Schüler; im 12. Jahre Bettnässen ungefähr 1 Jahr lang, danach setzten allmählich die Anfälle ein; neben ausgebildeten Anfällen auch atypische Schwindelanfälle. Vor der am 2. 8. 23 erfolgten Anstaltaufnahme durchschnittlich 2–3 Anfälle wöchentlich. Vom Aufnahmefund seien sog. Halbseitenerscheinungen hervorgehoben: Facialisinnervation beim Grimassieren links schwächer; Unfähigkeit, das linke Auge isoliert zu öffnen; Abweichen der Zunge nach rechts, Körperbau leptosom (kräftig-hager). In geistiger Hinsicht wohl etwas umständlich und schwerfällig, doch im ganzen

noch ziemlich frisch, so daß er die Schuhmacherlehre mit Erfolg beginnen konnte. Anfallscharakter: Ausgebildete und atypische epileptische Anfälle mit Aura in Gestalt von Hitzegefühl im Kopf und der Empfindung, als ob etwas den Rücken herunter und in der Blase zusammenlieft; Wiederkehr der Anfälle einzeln und in Gruppen bis zu 14 pro Monat. Von 1925 bis Juni 1926 anfallsfrei, dann Wiederauftreten und Schwankungen in der Anfallszahl; Höchstzahl der Insulte 1927 mit 128 ausgebildeten und 124 atypischen Anfällen. 1932 wurden 54 ausgebildete und 77 atypische Insulte beobachtet. Während der Anstaltpflege ist trotz zeitweiliger Anfallshäufung zu bestimmten Zeiten in den 10 verflossenen Jahren keine stärkere Demenz eingetreten. Handwerkliche Leistungsfähigkeit *im freien Intervall* noch ziemlich gut erhalten, kann Reparaturen ausführen, zeigt Interesse und Eifer; beeinträchtigt wird nur seine Leistungsfähigkeit durch eine gewisse Umständlichkeit, Schwerfälligkeit, Pederanterie, Vergeßlichkeit und etwas geschraubtes, wichtig-tuendes Wesen. Gemütsstimmung empfindsam, immer etwas schwermüdig, verzagt, dabei altruistisch, denkt an die Zukunft, spart unter anderem kleine Taschengelder auf, um seine Mutter zu unterstützen, wenn die nächsten Verwandten, wie es sich schon ereignet hatte, wieder einmal arbeitslos werden sollten.

Transitorische Seelenänderungen seit seiner Anstaltaufnahme. Wiederholt im Jahre, unregelmäßig und ohne erkennbare Beziehung zu den epileptischen Insulten stellen sich tagelang bis zur Dauer von einigen Wochen ernste Depressionen ein, wobei er gedrückt und kopfhängerisch im Hause und Garten umherschleicht; seine Leistungen seien ungenügend, er fühle sich vereinsamt, er sehe schlecht aus, er werde von den anderen gemieden; besorgt fragt er, ob er kränker geworden sei; zuweilen scheint er sogar mit Selbstmordideen zu spielen. Häufig schließt sich an solche Depressionen ein plötzlicher tagelang anhaltender Umschwung an: Patient wird heiter, redselig, dichtet, macht Schüttelreime, wobei er die Mitkranke zuweilen verärgert; es stellen sich fernerhin Größenideen ein, seine jetzige Umgebung genüge ihm geistig nicht, er selbst sei der Intelligenteste von allen, stehe geistig am höchsten usw. Gesichtszüge dabei freudig erregt, schreitet mit wiegendem Gange einher. Diese euphorischen Zustände können übrigens auch einige Tage den epileptischen Anfällen vorausgehen oder auch selbständig ohne erkennbare Beziehungen zu Insulten und depressiven Verstimmungen auftreten und tagelang anhalten.

Zusammenfassung. Thymopathische Belastung von Seiten der Mutter und deren Aszendenz. Symptomatische Epilepsie nach Encephalomeningitis im 5. Lebensmonat, Auftreten der Insulte erst im 12. Jahre. Psychisch cyclothyme neben epileptischen Symptomen. Intellektuell trotz 14jähriger Krankheitsdauer und zeitweiliger Anfallshäufung noch ziemlich frisch und leistungsfähig im Schuhmacherhandwerk. Bei den transitorischen Seelenänderungen zeigen nur die euphorischen Zustände in Gestalt des zeitweiligen präepileptischen Auftretens einen Zusammenhang mit den epileptischen Insulten.

Fall 3. Wilhelm Pf., Bergmann, geboren 9. 2. 02, Aufnahme am 9. 12. 21.

Erblichkeit und Vorgeschichte. Vater Potator, zur Zeit weniger trinkend. Mutter an Gebärmutterentzündung und Gelenkrheumatismus im 42. Jahre verstorben. Sie soll eine ernste, zur Schwermut neigende Persönlichkeit gewesen sein. Ein Bruder der Mutter endete durch Suicid. Patient wurde normal geboren, entwickelte sich bis zu seiner epileptischen Erkrankung, abgesehen von Bettlässern während der ganzen Schulzeit, ohne Störungen. Im 17. Jahre Unfall, Bruch beider Unterarme, Fingereiterung mit anschließender Lymphgefäßentzündung und Blutvergiftung, im Anschluß daran epileptische Anfälle; zuerst etwa alle 8 Tage eine Gruppe

von mehreren Anfällen. In den nächsten Jahren vor der Anstaltaufnahme wiederholt seelische Störungen: Einmal wollte er im Hemd davonlaufen, einmal im Elternhause aus dem Fenster springen, einmal vom Zug sich überfahren lassen; im 19. Jahre sprang er aus dem Fenster im 2. Stock des heimatlichen Krankenhauses.

Von den Beobachtungen während der Anstaltpflege ist folgendes hervorzuheben: Gesundes Aussehen, kräftiger Körperbau, Narbe an der linken Zeigefingerkuppe, das linke Auge kann isoliert nicht geöffnet werden. Geistig bei der Aufnahme ohne Intelligenzstörung; auch während der nunmehr 12 Jahre währenden Anstaltpflege ist keine epileptische Demenz eingetreten, trotzdem im Jahre 1932 56 atypische und 4 ausgebildete Anfälle und in den vorausgegangenen Jahren ungefähr die gleiche Zahl beobachtet wurden. Verlauf der atypischen Anfälle: Ohne unmittelbare Vorboten Blässe, Bewußtseinsverlust, motorische Unruhe, zusammenhanglose Worte und Silben murmelnd, nach wenigen Minuten schnelle Wiederkehr des Bewußtseins.

Persönlichkeit des Patienten im freien Intervall. Gute Anstelligkeit im Schuhmacherhandwerk, für das er während der Anstaltpflege ausgebildet werden konnte, auch sonst interessiert, leistungsfähig, im Umgang hilfsbereit, anhänglich, gefühlswarm, Grundstimmung ernst, neigt zur Empfindlichkeit.

Transitorische Seelenstörungen. Meist einige Tage vor den Insulten, selten ohne erkennbare Beziehung zu ihnen, plötzlich still, gedrückt, zieht sich von den anderen zurück, ist besonders empfindlich und reizbar, zeigt sich mutlos und unfähig zur Konzentration, leistet nichts. Auf Befragen weint er, ist verzweifelt über sich und seine Angehörigen, die politisch und religiös radikal gerichtet seien, sieht alle Dinge in seiner Umgebung im schwärzesten Lichte. Nach Eintritt der Insulte in der Regel Abschluß der Depression. Neben diesen depressiven Zuständen stellen sich auch zuweilen tagelang anhaltende euphorische, mit stark gehobenem Lebensgefühl einhergehende ein; am 26. 11. 32 beispielsweise plötzlich glückstrahlendes Gesicht, er freue sich, daß es ihm so gut gehe, er möchte nun wieder nach Hause, das in der Andacht Gehörte sei ihm im Garten bestätigt, wo er einen „Gotteskäfer“ (sog. Marienkäfer) gefunden habe; auch noch in den folgenden 5 Tagen gesteigertes subjektives Wohlbefinden; er empfinde so angenehm seine „klare innere Stellung im Gegensatz zu den anderen, die das entbehren müssen“. Am 6. Tage wieder geordnet, ruhig, unauffällig; kein Insult.

Zusammenfassung. Väterlicher Alkoholismus; durch die Mutter höchstwahrscheinlich thymopathisch belastet, bei der jedoch keine ausgesprochene Seelenstörung bestanden hat, deren einer Bruder aber durch Suicid endete. Leider war nichts Bestimmtes über diesen in Erfahrung zu bringen. Die symptomatische Epilepsie des Patienten ist höchstwahrscheinlich auf einen embolischen Hirnherd mit narbigen Folgeerscheinungen zurückzuführen, der nach dem pyämischen Prozeß im 17. Lebensjahr sich entwickelt hatte. Suicidversuche, die vor der Anstaltaufnahme in der seelischen Störung dreimal stattfanden, haben sich während der Anstaltsbetreuung nicht wiederholt. Ohne erkennbare Beziehung zu den Insulten, meist aber präepileptisch, treten kurze, nur tagelang anhaltende Depressionen auf, ausgezeichnet durch Konzentrationsunfähigkeit, düstere Stimmung, Verlust des Lebensmutes. Möglicherweise werden sie durch epileptische Krankheitsvorgänge ausgelöst, da sie nach Eintritt der Insulte verschwinden. Außer den depressiven kommen tagelang anhaltende euphorische Zustände ohne erkennbare Beziehungen zu den Insulten vor. Bemerkenswert ist das Fehlen der epileptischen Demenz

trotz des nunmehr 17jährigen Bestehens der epileptischen Anfälle bei dem Patienten, der in seelischer Hinsicht als cyclothyme Persönlichkeit zu bezeichnen ist.

Fall 4. Karl St., Schreiner, geboren 13. 7. 05, aufgenommen 11. 7. 27.

Erbliechkeit. Vater war groß und kräftig, seelisch unauffällig, ist an Darmverschlingung gestorben. Auf väterlicher Seite anscheinend keine Belastung. Mutter der Mutter war schwermüdig. Mutter selbst war in der Schule eine gute Schülerin, bis zum 17. Jahre litt sie an epileptischen Anfällen. Im 36. Jahre nach dem Tode des Ehemannes war sie vom 26. 1. 06 bis 28. 5. 07 wegen „Melancholie (manisch-depressiver Anfall)“ in der Landesheilanstalt M. Sie war damals schwermüdig, wollte sich das Leben nehmen, verweigerte die Nahrung, äußerte Selbstanklagen, Versündigungsideen, litt an hochgradigen Angstzuständen; nach plötzlichem Umschwung war sie wieder vorübergehend deprimiert, dann besserte sie sich und wurde als genesen entlassen. 7 Kinder in der Familie. Das 5., ein Sohn, hatte vorübergehend im 14./15. Jahre epileptische Anfälle. 5 Kinder sind unauffällig. Patient, der Jüngste, entwickelte sich normal; regelrechter Besuch der Schule und Fortbildungsschule, Ablegung der Schreinergesellenprüfung und Betätigung in diesem Handwerk. Im 16. Jahre, ohne erkennbare Veranlassung, Erkrankung an Epilepsie. Die Anfälle nahmen allmählich an Zahl und Stärke zu. Auch Gruppenanfälle stellten sich ein. Wegen der gehäuften Anfälle und wegen „hypochondrischer Verstimmung“ erfolgte in seinem 22. Jahre auf Grund des kreisärztlichen Attestes vom 9. 3. 27 die Aufnahme in Bethel.

Der kräftig gebaute, körperlich sonst gesunde Patient, von pyknisch-dysplastischem Habitus, zeigte sich bei der Aufnahme geistig noch ziemlich frisch. Während der Anstaltpflege war folgendes in Kürze festzustellen: Die epileptischen Anfälle traten in ausgebildeter und atypischer Form auf, bei letzteren plötzlich bewußtlos, weinerlich, zitternd, motorisch unruhig, greift mit den Händen um sich, legt sich dann hin und schläft ein. Die Insulte, einzeln und in Gruppen und vornehmlich am Tage auftretend, wechselten an Zahl. Neben anfallsfreien Monaten und völliger Anfallsfreiheit im Jahre 1931 stellte sich dann zeitweise wieder eine Anfallshäufung ein. So wurden im Jahre 1928 8 ausgebildete und 15 atypische Anfälle, im Jahre 1929 32 ausgebildete und 9 atypische, im Jahre 1930 23 atypische, 1932 13 ausgebildete und 49 atypische Anfälle beobachtet. Ein Rückgang der Geisteskräfte war während der Anstaltpflege nicht festzustellen.

Im freien Intervall arbeitet er mit Interesse und Eifer, mit Anstelligkeit und Geschick als Tischler. In sonstiger psychischer Hinsicht besteht wohl eine Neigung zur Empfindlichkeit und Erregbarkeit, doch ist er im freien Intervall durchaus als geordnete, umgängliche, anhängliche, ernste, warmherzige Persönlichkeit zu bezeichnen.

In den transitorischen Seelenänderungen, die Tage bis Wochen andauern können, tritt eine hochgradige Steigerung der Reizbarkeit ein, dazu gesellen sich Angstgefühle, Verstimmungs- und Depressionszustände. In diesen Perioden ist seine handwerkliche Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt, er nimmt z. B. falsche Maße, sagt falsch usw. Seine Gesichtszüge sind bekümmert; innerlich ist er zweifellos gespannt; seine Bewegungen tragen einen unsicheren und unfreien Charakter. Er zeigt sich verschlossen und abweisend, es besteht Mutlosigkeit und Traurigkeit. Nachträglich gibt er über diese Zustände, bei denen er völlig orientiert ist, einigermaßen Nahrung zu sich nimmt, offenbar aber unruhig schläft, folgendes an: „Es ist so ein ängstliches Gefühl im ganzen Körper, wie wenn ein Anfall käme; ich habe das Gefühl, als ob es nicht mehr ginge, und habe keinen starken Mut mehr, ich kämpfe aber mit aller Macht dagegen an“. Von Sensationen hat er dabei nur „Flimmern vor den Augen, so daß ich wo anders hinssehen muß“. Es bestehen bei

diesen Verstimmungs- und Depressionszuständen gewisse Beziehungen zu den epileptischen Insulten: Setzen diese Störungen etwa 3–4 Tage vor den ausgebildeten Insulten ein, dann sind sie in der Regel nach dem grand mal beendet, einzelne petit mal führen in der Regel keine Entspannung herbei. Falls die Insulte ausbleiben, erreichen diese depressiven Verstimmungen eine Dauer ungefähr bis zu 2 Wochen. Nach einer petit mal-Gruppe Anfang November 1930 war Patient mehrere Tage lang auffallend heiter und vergnügt, sang und war lebhaft.

Zusammenfassung. Es handelt sich bei dem jetzt 28jährigen seit dem 16. Jahre an epileptischen Anfällen leidenden Patienten offenbar um genuine Epilepsie. Außer der thymopathischen Belastung von mütterlicher Seite liegt auch epileptische vor, die sowohl beim Patienten wie bei einem älteren Bruder in Erscheinung tritt. Bei den transitorischen Seelenstörungen, die gewisse Beziehungen zu den Insulten aufweisen, zeigen sich neben dem Insuffizienzgefühl und der Mutlosigkeit die bei Epilepsie häufig anzutreffenden Verstimmungs- und Angstzustände; dabei scheinen im Hinblick auf die migräneartigen Zustände auch bestimmte angiospastische Veränderungen im Gehirn sich abzuspielen. Bemerkenswert ist der fehlende Rückgang bei der seit 12 Jahren bestehenden Epilepsie. Im freien Intervall tritt Patient mehr als cyclothyme Persönlichkeit in Erscheinung. Es erhebt sich die Frage, ob nicht auch bei der Mutter und dem Bruder des Patienten die thymopathische Veranlagung den günstigen Verlauf der Epilepsie herbeigeführt hat.

Fall 5. Hermann Cl., ohne Beruf, geboren 12. 11. 1887, aufgenommen 30. 3. 25.

Erblichkeit. Vater im 45. Lebensjahr an Grippe gestorben, Mutter „nervös“ (leicht erregbar, zuweilen schlaflos). Eine rechte Schwester des Patienten war sehr schwächlich, starb früh. Großmutter mütterlicherseits litt an „zirkulärer Psychose“, war jahrelang in der städtischen Irrenanstalt zu F. und verstarb in der zweiten Irrenanstalt, wohin sie aus der ersten verbracht war. Patient hatte mit 3 Jahren Scharlach und Gehirnhautentzündung, lag 8 Tage lang in Krämpfen, danach Hemiparese rechts. Jahrelang nachher Neigung zum Erbrechen. Im 8. Lebensjahr Wiederkehr der Krampfanfälle nach jahrelangem Aussetzen. Außerdem machte Patient Masern, Keuchhusten und eine Blinddarmoperation durch. In den ersten Jahren in der Schule fleißig und befriedigende Leistungen, war ruhig und lenksam. Allmählich Nachlaß der Leistungen, einsilbig und umständlich. Nach Krankenblattaufzeichnungen der Städtischen Irrenanstalt zu F. in seinem 22. oder 25. Jahre kurzdauernde Angstzustände. In der Folgezeit häuften sich derartige Erscheinungen, Patient glaubte, der Sarg stände vor der Tür, gleich würde der Starkrampf eintreten, verlangte seine Mutter zu schen, klagte zu anderen Zeiten außer der Angst über Druck im Kopf „blechschallendes Geräusch im linken Ohr“ oder „grabbliches Gefühl im Körper“. Allmählicher Nachlaß der Erscheinungen, so daß er aus der Anstalt nach 12jährigem Aufenthalt im 26. Jahre gebessert entlassen wurde. Am 29. 1. 25 erfolgte daselbst seine 2. Aufnahme, nachdem er im Verstimmungszustand in selbstmörderischer Absicht sich am rechten Handgelenk eine Verletzung beigebracht hatte. In den ersten Tagen noch verwirrt, stöhnend und mit Selbstmordgedanken beschäftigt, besserte sich allmählich sein Zustand, so daß er nach 3 Monaten als gebessert entlassen werden konnte. Die epileptischen Insulte hatten sich in diesen Jahren wechselnd an Häufigkeit, Schwere und Charakter eingestellt. Am 30. 3. 25 erfolgte seine Aufnahme in die hiesige Anstalt. Vom körperlichen Befunde seien hervorgehoben: Sehr guter Ernährungszustand, Habitus, wie er sich häufig nach cerebraler Kinderlähmung findet (rundes Gesicht ohne scharfe Züge, kurzer

Hals, faßförmiger Körper, reichliches Fettpolster), Hemiparese rechts; starke Behaarung der Brusthaut und des Rückens, und zwar hier in Dreieckform vom Nacken bis über beide Schulterblätter reichend; außerdem 2 Haarinseln auf beiden Oberarmen und nach außen von der Nierengegend beiderseits; Sprache hesitierend. Psychisch: Geistig geschwächt, eingeengt, umständlich, langsam, an Einzelheiten klebend, empfindlich. In den ersten Monaten der hiesigen Anstaltspflege unauffällig, geordnet, und beschäftigte sich fleißig mit einfachen Schreibarbeiten.

In der Folgezeit bis jetzt bietet er folgendes Bild seiner Persönlichkeit: Im freien Intervall immer sehr empfindlich, leicht gekränkt, alles schwer nehmend, zur Hypochondrie neigend; intellektuell die gleiche Schwäche wie bei der Aufnahme, jedenfalls kein weiterer geistiger Rückgang. Jahrelang mit einfachen schriftlichen Arbeiten beschäftigt, die er mit Eifer und großer Gewissenhaftigkeit erledigte, wandte er sich nach Auflösung des betreffenden Büros der Weberei zu; auch hier bis zu einem gewissen Grade brauchbar und anstellig, schied er nach 7monatiger Tätigkeit wegen eines persönlichen Konflikts aus diesem Betriebe aus und ist wieder seither mit einfachen schriftlichen Buchführungsarbeiten beschäftigt, denen er gleichfalls wieder mit Interesse und Gewissenhaftigkeit obliegt.

Transitorische Seelenstörungen. Ohne erkennbare Beziehungen zu den Insulten wiederholt im Jahre tage- und wochenlang nach vorausgegangener weiterer Steigerung der Empfindlichkeit hochgradig deprimiert, liegt weinend zu Bett, fühlt sich zurückgesetzt und schlecht behandelt, sogar jahrelang zurückliegende Kränkungen tauchen in der Erinnerung wieder auf, er hält sich für schwer krank, hat Angstzustände, glaubt sterben zu müssen, schläft schlecht, neigt in diesen Zeiten zu Durchfall. Zuweilen werden kürzere depressive Perioden auch reaktiv durch körperliche Unpäßlichkeiten, z. B. rheumatische Beschwerden ausgelöst.

Epileptische Insulte vorwiegend in atypischer Form und bei Tage auftretend; im Jahre 1932 40 atypische und 10 ausgebildete, im Jahre 1931 51 atypische und 4 ausgebildete Anfälle, in den früheren Jahren ähnliche Häufigkeit.

Zusammenfassung. Erbliche Belastung durch cyclisches Irresein der Großmutter mütterlicherseits und Nervosität der Mutter; symptomatische Epilepsie seit dem 8. Lebensjahr, Habitus des Hemiparetikers nach cerebraler Kinderlähmung, abnorme Körperbehaarung. In psychischer Hinsicht für Epilepsie charakteristische Wesensveränderung neben cyclothymen Eigenschaften. Ohne erkennbare Beziehungen zu den Insulten, nur vereinzelt reaktiv ausgelöst, tage- und wochenlang anhaltende transitorische Depressionen mit hochgradiger Herabsetzung der Lebensgefühle. Keine fortschreitende epileptische Demenz trotz der seit 4 Jahrzehnten bestehenden Insulte. Während der psychischen Ausnahmestände vegetative Störungen in Gestalt von Schlaflosigkeit und Neigung zu Durchfällen.

Fall 6. Agathe L., ohne Beruf, geboren 20. 7. 1900, aufgenommen 13. 1. 25.

Erblichkeit. Vater lebt, begabter Jurist, eine Schwester von ihm litt an „Verfolgungswahn“, endete durch Suicid. Mutter an Carcinom gestorben, deren Mutter litt jahrelang an Melancholie, starb gleichfalls an Carcinom. Die älteste Schwester der Mutter war „sehr ernst“; ein paar Zwillingskinder von ihr sollen „etwas schwermütig“ sein; 2 Brüder von ihr erkrankten an Typhus, der eine von ihnen starb, der andere stürzte sich während der Erkrankung aus dem Fenster.

Patientin selbst, die dritte von 6 rechten Geschwistern, hat ein paar Zwillingsbrüder (anscheinend zweieiig), von denen der eine unauffällig, der andere von Kindheit auf ein erregbarer, schwieriger, unruhiger, leichtsinniger Psychopath gewesen

ist, der als Erwachsener angeblich eine hohe Begabung, insbesondere auch rhetorische und musikalische Talente zeigte und nach seinem religiösen Bekenntniswechsel in einen katholischen Orden eintrat. Eine Schwester der Patientin befindet sich zur Zeit als Morphinistin in einer Anstalt.

Patientin entwickelte sich langsam, sie lernte spät laufen und sprechen, in der Schule kam sie nur mangelhaft vorwärts, konnte das Reifezeugnis der Töchterschule nicht erreichen. Im Wesen war sie gutmütig, nicht selten aber auch ausgesprochen eigensinnig; ferner traten während der Pubertät gelegentlich ethische Mängel hervor, z. B. das Sichaneignen fremden Eigentums und Neigung zur Unwahrhaftigkeit; in späteren Jahren entwickelte sie sich körperlich kräftig; die geistige Entwicklung gestaltete sich nicht dementsprechend. Etwa im 10. Jahre ohne besondere äußere Veranlassung Erkrankung an Epilepsie, anfangs in Form von tiefen Ohnmachten, später traten ausgesprochene epileptische Krampfanfälle an ihre Stelle. Das Krankheitsbild komplizierte sich in der Folge noch dadurch, daß auch sog. hysterische Anfälle und Charakterzüge beobachtet wurden. Nach einem vorzeitig abgebrochenen Pensionsaufenthalt und vorübergehender Unterbringung in den Häusern von Geistlichen und Ärzten, wo sich neben den epileptischen Anfällen schwankende Gemütsstimmungen und Widerstandslosigkeit gegen Triebregungen zeigten, erfolgte am 13. 1. 25 die hiesige Anstaltsaufnahme mit der Unterbringung zunächst in einem offenen Hause. Nachdem Patientin sich bis zum 31. 1. 25 ruhig und geordnet verhalten hatte, stellten sich in der Zeit vom 26. bis 31. 1. 25 5 Anfälle von ausgesprochen psychogenem Charakter ein. Am 31. 1. 25 machte die Kranke in einem Zustand von seelischer Depression einen Selbstmordversuch, indem sie sich mit einer Schere die Pulsader zu öffnen versuchte; im Anschluß daran eine 8tägige traurige Verstimmung. Im Hinblick auf die damalige Intelligenzprüfung ist bei leidlichen Schul- und Allgemeinkenntnissen ein gewisses Unvermögen hervorzuheben, das Wesentliche einer Sache zu erfassen und die Dinge richtig zu beurteilen.

Zustand im freien Intervall. Die schlank und proportioniert gebaute Patientin zeigt bei guten Umgangsformen den Intelligenzbefund wie bei der Aufnahme vor 8 Jahren, keinesfalls irgendwelchen Rückgang. Bei häuslichen Arbeiten stets anstellig, willig und fleißig, hat sie sich im letzten Jahre auch noch das Weben angeeignet, dem sie mit großem Interesse und gutem Geschick obliegt. Hinsichtlich der Gemütstätigkeit besteht Hilfsbereitschaft, Warmherzigkeit und eine gewisse Schwerblütigkeit.

Über die *Insulte* ist zu bemerken, daß die psychogenen Anfälle von 1927 ab immer mehr zurückgetreten sind und in den letzten Jahren sich überhaupt nicht mehr eingestellt haben; die in ausgebildeter Form auftretenden epileptischen Anfälle setzen zuweilen monatelang aus, im Jahre 1932 wurden 12, im Jahre 1931 wurden ebensoviel ausgebildete Anfälle beobachtet.

Transitorische Seelenstörungen. Nach wochenlang anhaltender gleichmäßiger Stimmung und geordnetem Verhalten treten zweierlei Formen in Erscheinung: Patientin zeigt sich einerseits tagelang reizbar, launisch, abweisend und hochfahrend gegen ihre Umgebung, trägt auch ein gehobenes Selbstgefühl zur Schau, andererseits stellen sich tage- bis wochenlange Depressionen spontan, zuweilen auch prämenstruell ein, sie wird empfindlich, bekümmert, weinerlich, zeitweilig wird sie auch von Minderwertigkeitsgefühlen gequält; sie erklärt, sie habe das Bedürfnis sich zurückzuziehen, sie fühle sich unglücklich, sie sei mit sich und der Welt unzufrieden, nichts mache ihr mehr Freude, sie habe keine Lust zum Essen usw. Zu bemerken ist noch, daß diese Depressionen im verflossenen Jahre seltener und schwächer aufgetreten sind.

Zusammenfassung. 32jährige Patientin, seit dem 10. Lebensjahr an Epilepsie leidend, höchstwahrscheinlich auf konstitutioneller Basis. Thymopathische Belastung von mütterlicher Seite; auf väterlicher Seite

kommt für die Heredität die Schwester des Vaters mit sog. „Verfolgungswahn“ in Betracht. Bei der intellektuell gering veranlagten Patientin kombinieren sich die epileptischen Anfälle mit sog. hysterischen Charakterzügen und Anfällen, die später zurücktreten. Ihre Persönlichkeit wie die transitorischen Seelenstörungen tragen einen cyclothymen Charakter. Trotz des jahrelangen Bestehens der epileptischen Anfälle ist keine Abnahme der Geisteskräfte, vielmehr eine gute praktische Intelligenz festzustellen.

Fall 7. Anna St., Instrumentenmacherstochter, geboren 14. 9. 1874, aufgenommen 10. 6. 07.

Erblichkeit. Vater war Sommer 1906 $\frac{1}{2}$ Jahr lang in der Provinzial-Heilanstalt A., hatte nach Größenideen und stark gehobener Stimmung schwere Depressionen mit Angstzuständen; hielt sich für verloren, es gehe ihm besser, als er es verdiene, hörte auch massenhafte Stimmen, hatte Selbstmordabsichten; wurde wesentlich gebessert entlassen; starb im 63. Jahre an Schlaganfall. Mutter des Vaters und Mutter der Patientin waren Kusinen. Patientin ist das 2. Kind von 6 sonst unauffälligen Geschwistern; war körperlich immer etwas schwächlich, entwickelte sich aber geistig normal. Besuch der Töchterschule mit gutem Erfolge; von Gemüt stets gutartig. Auftreten der epileptischen Anfälle im 23. Jahre in ausgebildeter Form, Wiederkehr in Zwischenräumen von 3–4 Wochen, besonders bei Erregungen. Vorher Angst und Schwindelgefühl.

Beobachtungen während der Anstaltpflege. Blaß, zart, asthenisch, sonst körperlich gesund. Geistig andauernd frisch und ohne Rückgang, geschickt in Handarbeiten, hilfsbereit, warmherzig. Epileptische Anfälle vorwiegend in atypischer Form. Im Jahre 1931 182 atypische Anfälle, im Jahre 1932 158 atypische Anfälle, in früheren Jahren auch einzelne ausgebildete Anfälle. Früher nach den Insulten deprimiert und einige Tage zu Bett. Vom 50.–52. Jahre zeitweise klimakterische Blutungen. Mit den Jahren zunehmende Schwerhörigkeit und zuweilen mißtrauisch und gereizt.

Seit Beginn des Klimakteriums zeitweise ausgesprochene Depressionen mit Minderwertigkeitsgefühlen von tagelanger Dauer; bei Einsetzen von Insulten in der Regel Besserung des Seelenzustandes. Am 25. 11. 32 Einsetzen einer starken Depression; Gesichtsausdruck tief bekümmert, Sprache leise, monoton, zunehmende Unruhe und Angst, läuft ruhelos umher, drängt fort: „Ich kann hier nicht mehr sein, ich kann auch nicht mehr leben, der Teufel will mich haben, der liebe Gott will nichts mehr von mir wissen, es ist alles nix mehr mit mir, ich bin verloren, das sind alles so gute Menschen, aber ich bin so schlecht, ich kann nicht mehr beten, ich kann nix mehr glauben, tot soll man mich machen“ usw. Verweigerung der Nahrung und der Medikation; am 8. 12. 32 ausgesprochenes Bild der sog. Melancholia agitata. Deshalb Überführung nach der geschlossenen Abteilung. Anhalten des schweren Zustandes bis 12. 12., dann zunehmende Besserung, so daß am 23. 12. die Rückkehr auf die offene Abteilung erfolgen konnte, wo sie sich seither wieder völlig geordnet verhält.

Vegetative Störungen während der seelischen Ausnahmezustände: Schlechter Schlaf, Neigung zu Durchfall, während sonst eher Verstopfung besteht, auffallend übler Geruch aus dem Munde.

Zusammenfassung. Verwandtschaft beider Eltern. Vater im 60. Lebensjahr $\frac{1}{2}$ Jahr lang wegen manisch-depressiven Irreseins in Anstaltsbehandlung. Patientin im 23. Lebensjahr an epileptischen Anfällen erkrankt und mehr als cyclothyme Persönlichkeit zu beurteilen,

zeigt zuerst nur kürzere postepileptische Depressionszustände; erst nach dem Klimakterium tagelange Depressionen, die in der Regel nach epileptischen Insulten ihren Abschluß finden. Im 58. Jahre ungefähr im gleichen Lebensalter wie der Vater über 3 Wochen anhaltende Depression, in der fast wörtlich die gleichen Klagen wie seinerzeit beim Vater auftreten; schließlich tagelang das Bild der sog. Melancholia agitata. Trotz der jahrelang bestehenden Epilepsie mit einer verhältnismäßig großen Anfallszahl in atypischer Form keine epileptische Intelligenz- und Charakterveränderung.

Fall 8. Charlotte S., geboren 4. 8. 1871. 1. Aufnahme 5. 10. 26 bis 3. 2. 27.
2. Aufnahme 20. 5. 27.

Erblichkeit. Großeltern beiderseits angeblich unauffällig. Mutter in früheren Jahren heiter, in späteren nervös, schonungsbedürftig; von Gestalt groß, stark-knochig; ist im 48. Jahre an Typhus verstorben. Die Tochter einer Schwester war viele Jahre in einer Nervenheilanstalt, anscheinend wegen Depression; Ursache angeblich „unglückliche Liebe“. Vater der Patientin Philologe, von Gestalt klein, zart, leicht angegriffen, starb im 76. Jahre an Lungenentzündung nach Schlaganfall; eine Schwester seiner Mutter war in der Jugend zeitweise melancholisch, später Häufung und Verschlimmerung der melancholischen Zustände, schließlich Anstaltsüberführung; in der Anstalt verstorben. In der Familie der Patientin 6 Kinder: 1. ♂, geboren 1863, Dr. jur.; zuerst sehr begabt, anregend, witzig, später „Verfolgungswahn“, starb durch Suicid im 31. Jahre. 2. ♂, geboren 1865, litt an angeborenen Herzfehlern, starb 2 Jahre alt an Gehirntuberkulose. 3. ♀, geboren 1863, lebt, ist gesund. 4. ♂, geboren 1869, an Hirntumor verstorben. 5. Patient. 6. ♀, geboren 1874, groß, schlank, sehr begabt; ungefähr im 20. Jahre Einsetzen von Stimmungsschwankungen, dabei bestand ein Augenleiden; sie sei einerseits übermüdig, lustig gewesen, dann „Stimmungsumschlag in Reizbarkeit und Ungeduld“; sie starb nach 15jähriger Anstaltpflege im 43. Jahre.

Aus der Vorgeschichte der Patientin: Als Kind reizbar und heftig, sonst auch wieder gutherzig. Später in größeren Zwischenräumen „Magenkrämpfe“. Besuch der Töchterschule mit Erfolg. Ungefähr im 35. Jahre, wahrscheinlich schon früher, kurze, leichte Anfälle epileptischen Charakters. Nach denselben meist kurzer Dämmerzustand. Wahrscheinlich schon vor den epileptischen Krankheitserscheinungen Depressionssphasen.

Vom Aufnahmefund: 168 cm groß, kräftig und proportioniert gebaut, Puls 78 bis 82, Blutdruck 132/74 R.R. Psychisch keinerlei Intelligenzdefekt.

Persönlichkeit im freien Intervall. Pflichtbewußt, unermüdlich im Hause und Garten tätig, durchaus leistungsfähig, hilfsbereit, warmherzig, immer etwas feinfühlig. Trotz Wiederkehr der epileptischen Insulte, die in atypischer Form auftreten, kein geistiger Rückgang.

Psychische Ausnahmezustände. Vor den petit mal häufig gehobene Stimmung, auffallend lebhaft und gesprächig. Nach den Insulten, aber auch ohne Beziehung zu ihnen, wiederholt im Jahre in unregelmäßiger Zeitfolge auftretend, wochenlang hochgradig deprimiert, Gesichtsausdruck dabei schwer verändert, schlaflos, völlige Mutlosigkeit und Entschlußunfähigkeit, schweres Krankheitsgefühl, fühlt sich unglücklich, sie sei allen zur Last, sie habe nichts erreicht, ihr Leben sei verfehlt („am besten ist es, Sie werfen mich in den Müllkasten“ usw.), liegt weinend und angstvoll zu Bett, drängt fort. In früheren Jahren wegen solcher hochgradigen Depressionen mit Unruhe und Suicidgefahr wiederholt nach geschlossener Abteilung verlegt. Seit 1932 nur noch tageweise deprimiert und vorwiegend gleichmäßig gestimmt.

Epileptische Insulte: 1932 71 atypische, 3 ausgebildete Anfälle;
 1931 39 „ 4 „ „
 ähnlich in früheren Jahren.

Zusammenfassung. Thymopathische Belastung durch die schwere Melancholie der Schwester des Vaters, wahrscheinlich auch thymopathische Veranlagung in der mütterlichen Familie. Aus der Ehe der beiden lebenstüchtigen Gatten gehen 6 Kinder hervor, von denen nur eine Tochter als gesund und lebenstüchtig zu bezeichnen ist.

Bei der Patientin selbst ist bemerkenswert: In der Jugend reizbar, Neigung zu vegetativen Störungen, Auftreten epileptischer Insulte Ende der zwanziger oder Anfang der dreißiger Jahre höchstwahrscheinlich auf konstitutioneller Basis; ungefähr zur selben Zeit, möglicherweise auch schon etwas früher, stellen sich Depressionen cyclischen Charakters ein. Von den transitorischen Seelenstörungen in ihrem Verhalten zu den epileptischen Anfällen ist zu bemerken: Einige Tage vor den Insulten Euphorie, postepileptisch, aber auch ohne erkennbare Beziehung zu den Insulten, schwere Depressionen mit ausgesprochener Herabsetzung der Lebensgefühle. Keinerlei Abnahme der Geisteskräfte. Im freien Intervall cyclothyme Persönlichkeit.

Fall 9. Hans v. H., Landwirt, geboren 1. 1. 1876. 1. Aufnahme 5. 1. 1889 bis 5. 4. 1899. 2. Aufnahme 2. 11. 11.

Erblichkeit. Der Vater hat angeblich an progressiver Paralyse gelitten und starb nach zwei kurz hintereinander erfolgten Schlaganfällen im 45. Jahre. Die Mutter wird von einer Seite als sehr ernst, tiefreligiös und „nervös“ bezeichnet, nach einem anderen Bericht soll sie einen „seltenen Humor“ besessen haben. Die hereditären Verhältnisse über die Eltern hinaus sind unbekannt. Patient ist der älteste von 4 Geschwistern; der 6 Jahre jüngere Bruder ist erregbar, unruhig, zu Konflikten neigend, kann sich nicht selbstständig im Leben halten. Von den beiden andern unauffälligen Geschwistern starb der jüngste Bruder im Kriege.

Patient hatte während der Zahnperiode im 1. Lebensjahr vorübergehend heftige Krämpfe. Wiederkehr der Krampfanfälle im 4. Lebensjahr. Vor den Anfällen, die in ausgebildeter und atypischer Weise unregelmäßig auftraten, verdrießlich; nach den Anfällen schnell wieder bei Bewußtsein. Besuch des Gymnasiums bis Quarta. Nach der ersten Anstaltsaufnahme gebessert entlassen. Infolge Verschlimmerung Wiederaufnahme in Bethel im 34. Lebensjahr. Vom damaligen Befunde: 167,5 cm groß, schlank gebaut, blaß, rechter Schilddrüsenlappen etwas vergrößert. Rumpfmuskulatur nicht ganz symmetrisch entwickelt. Geistig verhältnismäßig frisch, Neigung zur Reizbarkeit und Heftigkeit. Wa.R. im Blut und Liquor negativ.

In den ersten 10 Jahren seines 2. Anstaltsaufenthaltes immer sehr erregbar, explosibel, auch zu schweren Konflikten mit Tätilichkeiten geneigt, ferner Neigung zur Pedanterie und Bigotterie, andererseits auch altruistisch; bei der Arbeit als Landwirt und Gärtner interessiert, anstellig und fleißig. Auch in der Folgezeit ohne geistigen Rückgang, dagegen gesellen sich zu den eben genannten Eigenschaften seit dem 45. Lebensjahr bei dem von jeher sehr religiös eingestellten Kranken ausgesprochene *Depressionen* von tage- bis wochenlanger Dauer ohne erkennbare Beziehung zu den epileptischen Insulten: Patient äußert plötzliche Beängstigungen wegen seiner religiösen Zukunft, hat schwere Versündigungsideen, glaubt, „die Sünde wider den heiligen Geist“ begangen zu haben und „besessen“ zu sein. Insuffizienzgefühle in sonstiger Hinsicht, Lebensüberdrüß, Sinnestäuschungen oder

sonstige Wahnvorstellungen sind nicht vorhanden. Zu bemerken ist, daß Patient beruhigendem Zuspruch gegenüber sich empfänglich zeigt, und daß diese Depressionen bei der gärtnerischen Tätigkeit draußen im Freien sich seltener einstellen als in den Zeiten, die derartige Arbeiten einschränken, z. B. im Winter. Hinsichtlich der Insulte, deren Charakter nichts Besonderes bietet, sind folgende Zahlen zu nennen: 1932 15 ausgebildete, 10 atypische Anfälle, 1931 24 atypische Anfälle, 1930 34 atypische Anfälle; ähnliche Zahlen gelten für die früheren Jahre.

Zusammenfassung. Im Hinblick auf erbliche Belastung besteht höchstwahrscheinlich eine väterliche Paralyse. Eine thymopathische Belastung von mütterlicher Seite ist zwar nicht ganz sicher, möglicherweise aber doch vorhanden gewesen. Die Krampfanfälle während der Zahnpause und die asymmetrische Beschaffenheit der Rumpfmuskulatur lassen eine symptomatische Epilepsie nach Encephalitis in frühester Jugend vermuten. Die seit dem 45. Lebensjahr bestehenden tage- und wochenlang anhaltenden Depressionen haben nur einseitig religiöses Gepräge und sind gewissermaßen nur eine episodische Steigerung, der religiösen Gefühle im freien Intervall. Während der letztgenannten Zeit neben epileptischen bzw. epileptoiden Charaktereigenschaften lebhaftes Interesse am Beruf; guter Antrieb, Ausdauer, ausgesprochene altruistische Rengungen; bemerkenswert ist ein fehlender geistiger Rückgang bei dem jetzt 56jährigen Patienten, der seit dem 4. Lebensjahr an epileptischen Anfällen leidet.

Ohne Zweifel müssen auf Grund unseres heutigen Standpunktes *die vorstehenden Fälle* trotz der Art ihrer transitorischen psychischen Ausnahmezustände als *Epileptiker* bezeichnet werden, da in Übereinstimmung mit *Binswanger*, *Bumke*, *Gruhle* u. a. der epileptische, spontan auftretende Krampfanfall in ausgebildeter oder atypischer Form ein Hauptcharakteristikum der Epilepsie bildet, von dem zweckmäßigerweise vorläufig nicht abgegangen werden darf. Die epileptischen Insulte in ihren verschiedenen Formen waren es auch, die in den vorliegenden Fällen dauernd oder wenigstens in bestimmten Lebensperioden im Vordergrunde des Krankheitsbildes standen. Mit Recht hat sich bei der Epilepsie neben dem epileptischen Anfall und seiner Pathogenese von jeher auch der *epileptischen Persönlichkeit* das ärztliche Interesse zugewandt, was in den Charakterisierungsversuchen durch eine Reihe von Autoren zum Ausdruck kommt. Im Hinblick auf die Übereinstimmung derselben in wesentlichen Hauptsymptomen sollen nur einige der wichtigsten angeführt werden. So kennzeichnet *Binswanger*² die ausgesprochen epileptische Seelenänderung, von der nach seiner Erfahrung allerdings ein zahlenmäßig noch nicht genau umgrenzter Bruchteil verschont bleibt, mit folgenden Attributen: Unmotivierte Schwankungen in der Stimmung, eine düstere, pessimistische Weltaustraffung, ein mißtrauisches, geradezu menschenfeindliches Verhalten auf der einen Seite, eine kindlich-fröhliche, harmlos-heitere Auffassung aller Vorgänge auf der anderen Seite in Verbindung mit einer für Epilepsie charakteristischen intellektuellen

Schwäche, die schließlich zur tiefen Verblödung führen kann; aber auch bei leichteren Fällen von Epilepsie ohne stärkeren intellektuellen Verfall setzt er eine gewisse Pedanterie und Umständlichkeit in allem, Weitschweifigkeit im sprachlichen und schriftlichen Ausdruck, eine leichte Empfindsamkeit, einen deutlichen Egoismus oder eine Neigung zur hypochondrischen Beachtung der eigenen Gesundheit auf Rechnung des epileptischen Leidens. Auch *Kräpelin*¹⁶ führt Peinlichkeit, Umständlichkeit, Schwerfälligkeit, egozentrische Einstellung als epileptische Charaktereigenschaften neben Reizbarkeit und Empfindlichkeit sowie Beschränktheit in intellektueller Hinsicht an. *Bumke*⁵ pflichtet dieser Beurteilung bei und führt neben dem als Beschränktheit von *Kräpelin* bezeichneten epileptischen Schwachsinn Umständlichkeit, Gespreiztheit, egozentrische Einstellung mit starkem zu unterwürfigem Wesen in grellem Gegensatz stehenden Selbstgefühl, Gedächtnisanomalien, Mißtrauen, große Reizbarkeit als epileptische Eigenarten an. *Kretschmer*¹⁷ unterscheidet in seinem Psychobiogramm neben den epileptoiden Merkmalen die spezifisch epileptischen mit folgenden Eigenschaften: Klebrig, plump, vertraulich, süßlich, bigott, umständlich, pedantisch, egozentrisch. Ebenso wie *Kretschmer* hält *Mauz*²³ nicht die explosive Reizbarkeit, sondern die Gebundenheit für spezifisch epileptisch und nennt als typische epileptische Eigenschaften: unfrei, nüchtern, fremd, unpersönlich, unselbstständig, unelastisch, umständlich, schwerfällig. Auf eine kurze Formel bringt *Delbrück*⁷ die Charakterisierung des Epileptikers, wenn er ihn als „gebunden und getrieben“, den Schizoiden dagegen als „gereizt und stumpf“ kennzeichnet. *Aschaffenburgs*¹ düstere Schilderung des epileptischen Charakters ist ohne Zweifel durch die Art seines Beobachtungsmaterials bedingt, das vorzugsweise aus Gefängnisinsassen bestand; danach seien epileptische Charaktereigenschaften: „Eigensinn, Verlogenheit, Egoismus, Heuchelei und Bigotterie, Neigung zum Hetzen, Familienlobrednerei, Reizbarkeit und Rücksichtslosigkeit“; bei anderen Epileptikern zeige sich mehr „eine verbissene Stumpftheit, eine kleinliche Zähigkeit in der Verfolgung der eigenen Wünsche, das Fehlen jeden Interesses für andere“. Ein spezifisches Symptom der Epilepsie seien Stimmungsschwankungen. Wenn auch in der großen Masse der Epileptiker eine gewisse Anzahl der von *Aschaffenburg* geschilderten Eigenschaften anzutreffen ist, und eine Übereinstimmung mit der bekannten, gleichfalls düsteren Charakterbeschreibung des Epileptikers von *Samt*³⁴ besteht, so ergab sich dem Verfasser auf Grund langjähriger Tätigkeit an Tausenden von Epileptikern im ganzen ein lichteres Bild; insbesondere sei in bezug auf die Religiosität und bestimmte charakterliche Eigenschaften die Übereinstimmung mit *Küffner*²⁶ betont; ferner sei auch *Kreyenberg*¹⁸ zugestimmt, wenn er auf Grund eines umfangreichen hiesigen Beobachtungsmaterials zu der Feststellung kommt, daß nur bei $\frac{2}{3}$ seiner Fälle die von allen obengenannten Autoren als typisch-epileptisch bezeichneten Eigenschaften anzutreffen waren.

Zweifellos sind aber bei der Mehrzahl der Epileptiker die von den Autoren angeführten seelischen Eigenarten mehr oder weniger ausgeprägt, durch die sie sich von anderen psychotischen Persönlichkeiten abheben, und es soll daher festgestellt werden, welche der genannten seelischen Merkmale bei den vorliegenden Fällen anzutreffen sind.

Was die *intellektuelle* Seite unserer Fälle betrifft, so stand bei Fall 1, der bald nach der Geburt eklamptische Erscheinungen hatte, schon vor Eintritt der epileptischen eine geringe, unter dem Durchschnitt liegende intellektuelle Begabung; letztere ist auch bei Fall 6 festzustellen. Fall 2 war trotz der mit 5 Monaten überstandenen Encephalitis und den 2 bis 3 Monaten anhaltenden Krampfanfällen in den ersten Schuljahren vor Einsetzen der epileptischen Krankheitserscheinungen überdurchschnittlich begabt. Ebenso leistete Fall 5 trotz der Encephalomeningitis nach Scharlach in seinem 3. Lebensjahre prämorbide in der Schule Befriedigendes, beide waren auch sonst unauffällig, bis mit Einsetzen der Krampfanfälle sich bestimmte, für Epilepsie charakteristische seelische Änderungen entwickelten. Fall 3, 4, 7, 9 zeigten eine durchschnittliche Intelligenz, die im Laufe der Jahre kaum merklich zurückgegangen ist. Die bei den Fällen 2 und 5 auch jetzt noch bestehende, für Epilepsie charakteristische Umständlichkeit, Schwerfälligkeit, Pedanterie und Langsamkeit in Verbindung mit großer Empfindlichkeit und typischer, wenn auch nicht hochgradiger Beschränktheit im Sinne von Kräpelin und Bumke sind zwar ohne weiteres in die Augen fallend, haben sich aber während der jahrelangen Anstaltpflege nicht verschlimmert, während die genannten Eigenarten beim Falle 1 in der Zeit seines ersten Aufenthaltes in seinem 32. Jahre deutlich in Erscheinung traten, im Laufe der Jahre jedoch entschieden zurückgetreten sind, und seine Persönlichkeit eine Wandlung nach der cyclothymen Seite erfahren hat.

Gruhle, der die eigenartige, langsame, schwerfällige Reaktion bei der epileptischen Demenz als Folge einer apperzeptiven Schwäche ansieht und im übrigen den epileptischen Charakter als noch nicht genügend scharf formuliert findet, lenkt nachdrücklich die Aufmerksamkeit auf die praktisch so wichtige Unterscheidung dementer und nichtdementer Formen von Epilepsie. Die vorliegenden Fälle mit thymopathischen Erscheinungen und gleichsinniger erblicher Belastung ergeben nun, daß einerseits bei Fällen mit charakteristischen Zeichen epileptischer Demenz während der jahrelangen Anstaltsbeobachtung ein *deutliches Fortschreiten des geistigen Verfalls nicht festzustellen*, vielmehr eine beachtliche soziale Brauchbarkeit verblieben ist, andererseits daß in der Mehrzahl der Fälle die seelischen Kräfte überhaupt nicht abgenommen haben und nur während der transitorischen Seelenstörungen darniederliegen. Ferner sei noch angeführt, daß bei allen Kranken, auch in den Fällen mit Anzeichen epileptischer Demenz charakterlich der von den Autoren erwähnte, rücksichtslose *Egoismus* fehlt, daß vielmehr ausgesprochene altruistische

Regungen in Erscheinung treten in Gestalt von Pflichtgefühl und steter Hilfsbereitschaft im täglichen Leben, ferner ist der gute Antrieb, das Interesse und der Fleiß bei nützlicher Tätigkeit, sei es im Büro, im Hause, oder als Handwerker hervorzuheben. Diese altruistischen Regungen erfahren sogar in einzelnen Fällen eine derartige Steigerung, daß die Kranken ihre wenigen Sparpfennige mit Bedacht und ohne Beeinflussung unbemittelten nächsten Angehörigen in den Zeiten der Not zukommen lassen, im Gegensatz zum sonstigen Verhalten der meisten Epileptiker mit ihrer egozentrischen Einstellung. So würde man bei den vorliegenden Fällen, wenn sie charakteristische epileptische Symptome nicht in aller Deutlichkeit aufwiesen, sogar berechtigt sein, an bestimmte cyclothyme Temperamente nach *Kretschmer* zu denken mit den Eigenschaften: schwerblütig, gemütswarm, gutmütig, schwerfällig und extravertiert im Hinblick auf die soziale Einstellung; allerdings wäre das reizadäquate Verhalten dieser Temperamente einer mehr gesteigerten Empfindsamkeit, verbunden mit Reizbarkeit bei unseren Fällen gewichen.

Der Zusammenhang der vorliegenden Krankheitsbilder mit den Thymopathien tritt in aller Deutlichkeit bei den *transitorischen seelischen Ausnahmezuständen* in Erscheinung. Bezuglich des Zeitpunktes ihres ersten Auftretens ist festzustellen, daß nur im Falle 8 die Depressionszustände vor dem Einsetzen der epileptischen Insulte bestanden haben sollen, die nach Ablauf des 3. Lebensjahrzehntes sich eingestellt hatten; zeitlich bestehen jedenfalls hinsichtlich des Einsetzens der beiden verschiedenen Krankheitsscheinungen keine erheblichen Differenzen. In allen übrigen Fällen sind die psychischen Ausnahmezustände im Laufe der epileptischen Erkrankung aufgetreten. Es ist daher die Annahme berechtigt, daß die auf Grund der Erblichkeit konstitutionell verankerten thymopathischen Reaktionsweisen durch den epileptischen Krankheitsprozeß zum Schwingen und Manifestwerden gebracht worden sind. Es wäre dies eine Analogie zu dem Hinweis *Boströms*³, daß der paralytische Hirnprozeß gelegentlich einmal eine Manie oder Melancholie auslösen kann, die dann nach eigenen Gesetzen abläuft. Mit Bezug auf diese Beobachtungen führt *Lange*²² ähnliches an: Manifestation schizophrener Schübe durch die schleichend beginnende Paralyse, die die noch fehlenden Bedingungen für den Ausbruch endogener, in der Anlage präformierter, aber nicht in hinreichender Durchschlagskraft vorhandener Psychosen schafft. In diesem Zusammenhange sei noch in aller Kürze die *Kahnsche*¹⁴ Vorstellung angeführt, daß die höchstgradige Auto-intoxikation der konstitutionellen Epilepsie die schizophrene Erbanlage mobilisiere und beim epileptischen Geschehen zur Entfaltung bringe.

Über die Symptomatologie und den Verlauf der transitorischen, thymopathischen Seelenstörungen in den folgenden Fällen ist folgendes kurz zu bemerken: Ihr Einsetzen erfolgt in allen Fällen bis auf einen einmal ohne erkennbaren Zusammenhang mit dem Auftreten der epileptischen

Anfälle. Bei Fall 7, mit kurzen, nur einige Tage währenden Depressionszuständen nach den Insulten, setzen mit Beginn des Klimakteriums etwas längere Depressionen ein, die durch das Auftreten von epileptischen Insulten abgekürzt werden; im 58. Lebensjahr der Patientin stellt sich bei ihr der Symptomenkomplex der sog. Melancholia agitata ein mit dem getreuen Abbild von dem, was der Vater laut krankengeschichtlicher Aufzeichnung im 60. Jahre in der Provinzialheilanstalt A. dargeboten hatte, nur mit dem Unterschied, daß der schwere psychische Zustand beim Vater $\frac{1}{2}$ Jahr, bei der Tochter nur 1 Monat währte. Der Verlauf ist bei ihr ein absolut günstiger im Gegensatz zu der Erfahrung von *Gaupp*⁹ und *Mauz*, daß die Melancholien des höheren Lebensalters aus der dritten Untergruppe der manisch-depressiven Erkrankungen vom körperbaulich-asthenischen Flügel einen vorwiegend ungünstigen Verlauf nehmen.

Während, wie oben erwähnt, in allen Fällen bis auf einen kein Zusammenhang mit den epileptischen Insulten in Erscheinung tritt, zeigen sich bei Fall 2 und Fall 8 außerdem einige Tage vor dem Anfall hypomanische, bei Fall 3 und bei Fall 4 ebenso lang währende depressive Zustände, die durch den Eintritt der Insulte in der Regel ihren Abschluß finden. Eine postepileptische Depression weist Fall 8, einen bis jetzt vereinzelt gebliebenen postepileptischen euphorischen Zustand Fall 4 auf. Im Vordergrund der seelischen Ausnahmezustände stehen auf jeden Fall die *Depressionen* mit den Symptomen der Angst, der Unruhe, der Mutlosigkeit, der Hemmung, mit den Gefühlen der Beeinträchtigung durch die Umgebung, der eigenen Minderwertigkeit, dazu gesellt sich schweres Krankheits- bzw. Vernichtungsgefühl; bei einzelnen Kranken steigert sich der schwere seelische Zustand bis zur suicidalen Neigung. In der Mehrzahl der Fälle besteht ein ausgesprochenes Darniederliegen der Lebensgefühle, nur in den Fällen 3 und 9 ist das weniger deutlich ausgeprägt. Beim Rückblick auf die vorliegenden Fälle ist über das gegenseitige Verhältnis von epileptischer Erkrankung und den thymopathischen Erscheinungen folgendes zu vermerken: Im allgemeinen wirkt der große ausgebildete Anfall am stärksten entspannend auf die thymopathische Veränderung. Während gewisse, uns vorläufig noch unbekannte Vorgänge beim epileptischen Krankheitsprozeß die thymopathische Veranlagung offenbar zur Manifestation bringen, scheinen die epileptischen Entladungen mit ihren Begleiterscheinungen wieder entspannend auf die thymopathischen Ausnahmezustände zu wirken; dies könnte vielleicht der Grund für die verhältnismäßig kurze Dauer dieser Ausnahmezustände beim Epileptiker sein. In diesem Zusammenhange sei noch einmal die Aufmerksamkeit auf Fall 4 mit der thymopathischen Belastung von seiten der mütterlichen Großmutter und der eigenen Mutter verwiesen, die vor ihrer im 36. Lebensjahr aufgetretenen manisch-depressiven Erkrankung bis zum 17. Jahre außerdem an epileptischen Anfällen gelitten

hat und ebenso wie der vorübergehend im 14.—15. Lebensjahre an epileptischen Anfällen erkrankt gewesene Bruder unseres Patienten zur Zeit völlig gesund ist. In mehrfacher Weise zeigt sich bei diesem Falle das Überschneiden von zwei der drei zuerst von *Bratz*⁴ im Jahre 1909 aufgestellten Erbkreise, des manisch-depressiven Irreseins und der hereditären Epilepsie, wobei sich eine Bestätigung seiner im Gegensatz zu *Morel* vertretenen Ansicht ergibt, daß eine Degeneration in solchen Fällen nicht einzutreten braucht.

Das Zusammentreffen von thymopathischen Erscheinungen und Epilepsie in den vorliegenden Fällen lenkt die Aufmerksamkeit auf die Frage im allgemeinen über das *Zusammentreffen und die gegenseitige Beeinflussung von Krankheiten*. Von pathologisch-anatomischer Seite ist diese Frage kürzlich durch *Rössle*³⁰ unter Heranziehung des von *Pfaundler* geprägten Ausdrucks „*Syntropie*“, von psychiatrischer Seite, wie bereits oben erwähnt, durch *Lange* in anregenden Ausführungen behandelt worden. Im Hinblick auf die Möglichkeit eines Einflusses bezüglich einer mangelnden Disposition bei gewissen psychischen und nervösen Störungen gegenüber dem paralytischen Prozeß weist *Lange* darauf hin, daß Menschen mit endogenen Seelenstörungen seltener paralytisch werden, als man erwarten sollte; ja, es fehle noch der sichere Beweis, daß manisch-depressiv Erkrankte überhaupt einmal eine Paralyse bekommen hätten; aber auch bei der Schizophrenie sei dies ein seltenes Ereignis. Betreffs der Epilepsie erwähnt *Kehrer*¹⁵, daß Paralyse bei echten Epileptikern überhaupt noch nicht beobachtet zu sein scheine, obwohl nach den Angaben der Ärzte der Anstalt Wuhlgarten 6—10% der Epileptiker Lues durchgemacht hatten. Daß beim hiesigen großen Krankenbestand jemals ein Epileptiker paralytisch geworden wäre, ist auch hier in all den Jahrzehnten noch nie beobachtet worden, so daß die von *Kehrer* angeführten Angaben der Anstalt Wuhlgarten auch durch die hiesige Anstalt bestätigt werden können. Allerdings gibt es bekanntlich im biologischen Geschehen keine allgemeingültigen Regeln. Es sei daher auf die Beobachtungen von *Reichardt*²⁷ und von *Siebert*³⁷ verwiesen, daß die progressive Paralyse gelegentlich eine genuine Epilepsie zum Verschwinden zu bringen vermochte. Wenn diese vereinzelten Beobachtungen auch gegen eine absolute Immunität der Epileptiker gegen Paralyse sprechen, so sind sie doch interessante Beispiele für die gegenseitige Beeinflussung völlig verschiedener Krankheiten.

Um auf das Zusammentreffen von Epilepsie und manisch-depressivem Irresein zurückzukommen, so ergibt die Durchsicht der Literatur, daß dieses Problem die Autoren schon seit Jahrzehnten beschäftigt hat. Auf die angeblich innigen Beziehungen zwischen Epilepsie und zirkulärem Irresein unter Hinweis auf ältere und neuere Autoren wurde schon von *Saiz*³³ im Jahre 1907 in einer Arbeit aus der Ziehenschen Klinik hingewiesen, wobei er vermutet, daß Krampfanfälle und Geistesstörungen

zwei verschiedene Symptomreihen desselben Prozesses, der epileptischen Veränderung seien; so könnten Hirnnarben, die beiläufig bemerkt auch bei der Mehrzahl der vorliegenden Fälle anzunehmen sind, manchmal Epilepsie und zirkuläre Geistesstörung zur Folge haben. Das Problem Epilepsie und manisch-depressives Irresein wird weiterhin von *Rittershaus*²⁹ in einer eingehenden Studie behandelt, in der er unter anderem auf *Pilcz* verweist, der, angeregt durch *Wagner von Jauregg*, auf die interessanten Zusammenhänge von manisch-depressivem Irresein und Epilepsie aufmerksam machte, insbesondere auf die Ähnlichkeit in der Ätiologie beider Krankheitsformen: Erbliche Belastung, Schädeltraumen, in der Kindheit durchgemachte cerebrale Leiden und anderes mehr, Faktoren, die auch in der Mehrzahl der vorliegenden Fälle anzutreffen sind. Mit vollem Recht betont *Rittershaus* die Bedeutung der Heredität, die die Prädisposition und vielleicht auch die Richtung der Reaktion des Individuums auf die krankmachende Ursache bedinge. Er kommt allerdings zu dem zusammenfassenden Schlusse, daß manisch-depressive Symptomkomplexe bei einer ganzen Reihe von andersartigen Erkrankungen vorkommen, unter anderem bei der Epilepsie, wo sie als epileptische Äquivalente aufgefaßt werden könnten, gleichwertig den übrigen Verstimmungszuständen der Epileptiker. Diese in früheren Jahren auch von *Saiz* und von *Heilbronner* vertretene Anschauung über die Beurteilung der manisch-depressiven Zustandsbilder bei Epilepsie ist in ihrer Allgemeinheit nicht mehr haltbar. In völliger Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren kommt daher *Lange* mit Recht zu dem Schlusse, daß auch bei Annahme gelegentlicher Beziehungen zwischen beiden Formenkreisen nicht der leiseste Beweis erbracht sei, daß etwa die zirkulären Psychosen der Ausdruck eines zugrunde liegenden epileptischen Prozesses seien, oder aber, daß epileptische und zirkuläre Störungen auf die gleichen Anlagekomponenten oder biologischen Vorgänge zurückzuführen seien. Diesen Ausführungen sei auf Grund der eigenen Erfahrung unbedingt beigestimmt. Mit Hilfe der *Bumkeschen Konzeption des Begriffs der Thymopathien* wird vielmehr bestimmt in der Mehrzahl der Fälle die Möglichkeit gegeben sein, die bei Epileptikern allerdings verhältnismäßig seltenen echten thymopathischen Erscheinungen von den häufigeren manischen und depressiven Zustandsbildern rein epileptischer Natur zu unterscheiden, auch wenn die beiden letzteren den erstgenannten, rein äußerlich betrachtet, recht ähnlich sein können. Mit Recht kommt daher *Krisch* in seiner wichtigen Studie unter anderem zu dem Ergebnis einerseits, daß bei manisch-depressiv belasteten Epileptikern seelische Ausnahmezustände einen ausgesprochen zirkulären Charakter haben können, andererseits, daß die erbbiologische Betrachtungsweise (*Rüdin*) uns in der Erkenntnis gefördert hat, ob die psychopathologischen Erscheinungen als epileptisch oder manisch-depressiv angesprochen werden können. Indem wir auf diese Weise der Viel-

gestaltigkeit der psychotischen Erscheinungen überhaupt mit größerem Verständnis gegenüberstanden, so gälte das in besonderem Maße für das epileptische Irresein, bei dessen Vielgestaltigkeit Hinrichsen¹² 1911 den Standpunkt eingenommen hatte, daß der Beweis eines Zusammengehens von Epilepsie mit einer funktionellen Psychose schwer zu erbringen sei, obwohl die theoretische Möglichkeit einer derartigen Kombination zugegeben werden könne. Demgegenüber betont H. Hoffmann¹³ mit Recht, daß bei Annahme einer schizophrenen-epileptischen Anlagemischung ebensogut auch zirkuläre Legierungen mit der epileptischen Anlage angenommen werden können. Diese Anschaugung wird durch die Autorität Rüdins³¹ geteilt, nach dem gleichfalls theoretisch an die Möglichkeit zu denken ist, „daß jemand von 2 Psychosen zugleich befallen werden kann, weil sich die genetische Voraussetzung für beide Psychosen im gleichen Menschen zusammengefunden haben können“. Einleuchtend ist weiterhin Rüdin's Annahme, daß das Auftreten der beiden Störungen beim gleichen Individuum gleichzeitig oder nacheinander sich jeweils nach den klinischen Gesetzen richte, denen sie gehorchen. Im 1. Falle würde es dann zu einer mosaikartigen Durchsetzung der Symptome (aber nicht im Sinne einer Abart der intermediären Vererbung) kommen. Nach Rüdin könnte man dann von „Juxtaposition“ von Mosaik, vielleicht auch von „Legierung“ im Sinne Kretschmers sprechen. Derartiges ist nun bei den oben beschriebenen Fällen auf Grund der Persönlichkeit im freien Intervall und während der transitorischen Seelenstörungen anzunehmen; dazu kommen die von Bumke geforderten Erblichkeitsverhältnisse, die auf Grund der freundlichst überlassenen Krankengeschichten der betreffenden Heilanstalten 5mal bestimmt, 2mal mit großer Wahrscheinlichkeit vorliegen, da die Mütter in den betreffenden 2 Fällen wahrscheinlich cyclothyme Persönlichkeiten gewesen sind und somit die leichtesten Formen der Thymopathie darstellen. Bei einem Bestande von über 2000 Anstaltsinsassen mit epileptischen Krampfanfällen ist der Prozentsatz unserer Fälle mit thymopathischen Zuständen als gering zu bezeichnen und bestätigt damit den Standpunkt Gerums¹⁸ in seiner Übereinstimmung mit Rüdin, Bumke, Krisch, Lange u. a., daß das Zusammentreffen von Epilepsie mit dem zirkulären Erbkreise recht selten sei. Von Rittershaus wird auch Ziehen mit der Erfahrung angeführt, daß das zirkuläre Irresein selten auf dem Boden der Epilepsie vorkomme, fernerhin Mendel und Schüle mit der gleichen Ansicht. Lange²¹ stellte auf Grund seiner neuen Beobachtungen seit Ende 1922 fest, daß 4% der Kranken (davon 2% epileptisch belastet) vereinzelt epileptische Anfälle im Verlaufe zweifeloser zirkulärer Störungen hatten, außerdem noch 5% eine epileptische Belastung aufwiesen; es kam also annähernd das gleiche Verhältnis heraus. Im Hinblick auf den Körperbau zeigt speziell der pyknische Konstitutionstypus nach Östreicher²⁴ nur eine geringe Affinität zur Epilepsie und zum Epileptoid; auch nehme die Epilepsie bei

Pyknikern einen milderen Verlauf und überhaupt seien Überschneidungen des zirkulären und epileptischen bzw. epileptoiden Formenkreises selten nachzuweisen. Bekanntlich hat ja der dysplastische Konstitutionstypus nach dem übereinstimmenden Befunde aller Untersucher bei der Epilepsie bei weitem das Übergewicht. Nur beiläufig sei im Hinblick auf die geringe Bedeutung des zirkulären Erbkreises für die Epilepsie die von Hoffmann angeführte und auch bei dem hiesigen epileptischen Beobachtungsmaterial bestätigte unverhältnismäßig hohe Belastung der Epileptiker durch schizophrene Erkrankungen hingewiesen. Von Interesse ist in diesem Zusammenhange die gleichfalls von Hoffmann (1919) angeführte Tabelle Luthers, fußend auf dessen eigne Zusammenstellungen und denen anderer Autoren, die 62 manisch-depressive Aszendenten mit 77 Kindern umfaßt und folgende Deszendenz aufweist: 43 Fälle von manisch-depressivem Irresein, 22 mit Dementia praecox, 2 mit paranoidischen Zuständen, 1 mit Amentia, 6 mit Imbezillität und Idiotie, 2 mit Epilepsie und 1 mit Hysterie. Über die Frage der Nachkommenschaft Manisch-Depressiver im Hinblick auf das Auftreten von Epilepsie sei noch auf Rehm²⁶ verwiesen, der in Familien mit 51 Kindern 3 mit epileptischen Krampfanfällen behaftete fand, die in Kürze folgendermaßen zu charakterisieren sind: ein Kind ist als ein mit innersekretorischen Störungen (unter anderem Struma) behafteter Idiot zu bezeichnen; ein Kind, dessen Mutter an „Marie mit deliranter Verwirrtheit und Bewegungsstereotypien, die an katatonische erinnerten“, litt, ist als Epilepsie mit charakteristischer Veränderung der Seelentätigkeit zu bezeichnen; ein Kind war nach 3jährigem Bestehen der Epilepsie gut entwickelt und von normaler Intelligenz. Auch spätere Untersuchungen von H. Hoffmann ergaben, daß für die Kinder von Zirkulären die Erkrankungshäufigkeit für das gleiche Leiden sehr hoch sei, jedenfalls wesentlich höher als bei Dementia praecox und Epilepsie, daß daneben aber schizophrene Erkrankungen eine gewisse Rolle spielen, und daß im Hinblick auf das vereinzelte Vorkommen von Epilepsie dieses Leiden in keinem engeren Zusammenhange zum zirkulären Formenkreise stehe. Ohne auf die Vererbungsfragen beim manisch-depressiven Irresein näher eingehen zu wollen, sei nur auf die allgemein bekannte Tatsache verwiesen, daß bei diesem Leiden eine besonders hohe direkte Erblichkeit festzustellen ist, die von Rüdin und Hoffmann auf das Hereinspielen dominanter Vererbungsmechanismen, wenn auch natürlich nur in komplizierter Form, zurückgeführt wird; aber auch ein recessiver Typus sei anzunehmen im Hinblick auf die weiterhin zu beobachtenden Durchbrechungen. Wenn die verschiedenen Gradabstufungen des manisch-depressiven Irreseins vom Normal bis zur ausgeprägten Psychose von H. Hoffmann zur Erklärung des Erbganges mittels einer Polymerie mit gleichsinnigen Faktoren herangezogen werden, so ergibt sich auch aus der Erbforschung die Berechtigung des von Bumke geprägten Begriffs der Thymopathien,

die, wie oben bemerkt, den ganzen Formenkreis bis zu den leichtesten Formen umfassen. Die Ausprägung der Polymerie wird für die Gestaltung der Thymopathie von größter Bedeutung sein. Im Hinblick auf die hohe Durchschlagskraft der thymopathischen Veranlagung ist auch beim epileptischen Krankheitsbild ein deutlicher modifizierender Einfluß zu erwarten. Die in den Fällen 6 und 8 teils vorgeschiedlich, teils während der hiesigen Beobachtung in Erscheinung getretenen sog. hysterischen Symptome sind nach Strohmayer⁴⁰ neben anderen von ihm angeführten Psychosen als Folgen einer degenerativen Vererbung durch Kumulation von Vater- und Mutterseite zu bewerten. Über die *körperlichen Begleiterscheinungen* der transitorischen Depressionen in den vorliegenden Fällen ist nur kurz zu berichten: Fall 5 leidet an Schlaflosigkeit und Durchfällen im Gegensatz zur Obstipation im freien Intervall; genau das gleiche ist beim Fall 7 festzustellen, bei dem außerdem noch ein auffallender Foetor ex ore in Erscheinung tritt. Fall 8 leidet unter hochgradiger Schlaflosigkeit; die übrigen Kranken weisen keine nennenswerten vegetativen Störungen auf. Bei einem Überblick über das *gegenseitige Verhalten von thymopathischer und epileptischer Veranlagung* ergibt sich für den epileptischen Prozeß entschieden eine günstigere Prognose bzw. ein milderer Verlauf; ein sicherer Schutz gegen die epileptische Demenz ist jedoch nicht gewährleistet. Wegen der transitorischen Seelenstörungen trotz ihrer verhältnismäßig kurzen Dauer ist jedoch besonders auch im Hinblick auf die suicidalen Neigungen Überwachung in der Anstalt notwendig, wo die Kranken infolge ihrer Arbeitswilligkeit und ihrem altruistischen Verhalten sich als wertvolle, nützliche Pfleglinge erweisen. Auch die notwendige und vielfach erfolgreiche psychotherapeutische Beeinflussung kann am sichersten nur in der Anstalt erfolgen. Neben dieser erwies sich auch während der transitorischen Seelenstörungen die möglichst lange durchgeführte Arbeitstherapie mit ihrer ablenkenden, beruhigenden Wirkung erfolgreich. Sollten die genannten therapeutischen Beeinflussungen versagen, dann ergeben sich die Indikationen für die Anwendung der arzneilichen und physikalischen Behandlungsmethoden, die sich sonst bei schweren Depressionen bewährt haben.

Nach Charakterisierung der obigen Fälle ist die kritische Frage berechtigt, ob unter dem hiesigen Beobachtungsmaterial sich Pfleglinge mit thymopathischer Belastung finden, die im Hinblick auf ihre Persönlichkeit und die transitorischen Ausnahmezustände gewisse Abweichungen von den oben geschilderten aufweisen. Zur Beantwortung dieser Frage sei zuerst der nächste Fall herangezogen.

Fall 10. Max W., Kaufmann, geboren 5. 4. 1893, aufgenommen 24. 3. 30.

Eltern und Geschwister des Vaters unauffällig. Vater seit Mitte der 30er Jahre dauernd Alkoholiker, ist an Leberleiden verstorben; „er war lebensfroh und fröhlich, nur zuweilen sehr heftig und reizbar, wenn er die Gelbsucht hatte“ (Bericht der Mutter). Großmutter mütterlicherseits war wegen Melancholie jahrelang in der Privatirrenanstalt in Z. und ist dort an Grippe verstorben. Kinder der Ehe: 1. Erna,

geboren 1888, unauffällig. 2. Gabriele, geboren 1891, „etwas nervös“. 3. Patient, geboren 1893. Patient hatte als Kind zeitweise Kopfschmerzen und Erbrechen. Er war ein guter Mittelschüler der Handelsschule, die er bis Prima besuchte. Im Alter von 18 Jahren machte er als kaufmännischer Lehrling einen Selbstmordversuch durch Aufschneiden der Pulsader wegen eines geringfügigen kaufmännischen Versehens. Auch in der Folgezeit bis zur epileptischen Erkrankung hat er immer das Leben schwer genommen, war überempfindlich, zu gedrückter Stimmung geneigt und bekundete häufig Selbstmordabsichten. 1912/13 Einjährig-Freiwilliger bei der Feldartillerie. 1914, im 21. Lebensjahr, Streifschuß am Kopf bei den Kämpfen in Tsingtau. Während der 6jährigen Gefangenschaft starke Grippe. Im 32. Jahre Auftreten epileptischer Anfälle; er fiel dabei hintenüber, die Krämpfe lokalisierten sich hauptsächlich im rechten Arm und Bein; nach denselben desorientiert, zog sich aus usw. Nach Aufenthalt in verschiedenen Sanatorien Aufnahme im Bethel am 24. 3. 30.

Vom *Aufnahmestatus*. 179,5 cm groß, kräftig gebaut. Auffallend großer Schädel (Umfang 60,5 cm). Am Hinterkopf eine 1 cm lange, nichtdruckempfindliche Narbe. Die peripheren Körperteile livide. Sehr starker Raucher. Geistig noch frisch. Hier atypische Insulte, ohne Herdcharakter, ungefähr alle 8–10 Tage. Mitte April tagelang leicht deprimiert. Am 28. 10. 30 Encephalogramm o. B. November 1930 tagelang verstimmt, ablehnend, arbeitsunlustig, Suicidgedanken. Dezember 1930 tagelang reaktiv verstimmt und deprimiert wegen fehlender Nachrichten von den Angehörigen. Anfang Januar 1931 Gefühl der Kälte und des Zusammenziehens im Leibe. Ende März bis Anfang April verstimmt, ablehnend, arbeitsunlustig, Selbstmorddrohungen. Auch Anfang Juli 1931 vorübergehend ablehnend, deprimiert und verstimmt. Mitte August 1931 nach tagelanger euphorisch-hypomanischer Stimmung schließlich gereizt, verstimmt, ausfallend und Suicidgedanken. Nach vorübergehenden Zuständen von Gereiztheit und ausfallendem Wesen am 31. 12. 31 Suicidversuch mit einer Rasierklinge am Halse; Überführung in ein geschlossenes Haus. Ende Januar 1932 wieder tagelange schwere reaktive Verstimmung wegen eines falsch aufgefaßten Versprechens der Angehörigen. Von Mai bis Ende August 1932 andauernd verstimmt und gereizt. Von da an in offener Abteilung.

Persönlichkeit im freien Intervall: Meist mimosenhaft empfindlich, häufig recht gereizt, oft verstimmt, ausfallend, gehässig, ohne Zartgefühl gegen die Umgebung wie gegen Angehörige, ohne altruistische Regungen. Im Jahre 1932 nur vereinzelte atypische Insulte, das gleiche in der ersten Hälfte des Jahres 1933. Kein intellektueller Rückgang.

Zusammenfassung. Bemerkenswert sind bei dem mit einem auffallend großen Schädel und entsprechendem Gehirn behafteten Patienten migräneartige Zustände in der Kindheit, die im Hinblick auf die späteren epileptischen Erscheinungen möglicherweise von Bedeutung sind, ferner eine von Jugend auf bestehende Neigung zu Überempfindlichkeit, gedrückter Stimmung und schwerer Lebensauffassung, die schon im 18. Jahre zu einem unbegründeten Selbstmordversuche führte. Nach einer Kriegsverletzung am Kopf durch Streifschuß im 21. Jahre stellten sich erst im 32. Jahre epileptische Insulte ein, die bei den hiesigen Beobachtungen einen Herdcharakter und einen größeren organischen Befund auf Grund der Encephalographie vermissen lassen. Trotzdem sind Hirnveränderungen infolge der Kopfverletzung auch bei der Streifung des Geschosses nicht auszuschließen. Bei den transitorischen Seelenstörungen,

die keinerlei Beziehungen zu den epileptischen Insulten aufweisen und spontan und reaktiv sich einstellen, tritt die reizbare Verstimmung neben der depressiven und den suicidalen Neigungen in den Vordergrund, während nur vorübergehend im August 1931 tagelange euphorisch-hypomanische Zustände bestanden haben. Bemerkenswert ist der bis jetzt fehlende geistige Rückgang bei schwerer Charakterdepravation und das Seltenerwerden der epileptischen Insulte. In betreff der reaktiven Verstimmungen im allgemeinen sei auf *Bumke* verwiesen, der ihr Vorkommen auch bei konstitutionell Nervösen und ihre schwere Abgrenzbarkeit von den thymopathischen erwähnt. Zweifellos besteht aber beim vorliegenden Falle thymopathische Veranlagung, die durch die entsprechende Belastung von seiten der mütterlichen Großmutter und die prämorbid Persönlichkeit des Patienten von Jugend auf in Erscheinung tritt; zu diesen Faktoren gesellt sich aber in erblicher Hinsicht die Psychopathie des Vaters und beim Patienten selbst die Kopfverletzung im Kriege, sowie die im 32. Jahre einsetzende epileptische Erkrankung.

Eine zweifellose thymopathische Belastung liegt auch beim nächsten Patienten vor:

Fall 11. Helmut P., geboren 30. 6. 15, aufgenommen 26. 5. 26 bis 10. 7. 28.

Großvater ♂ geisteskrank (Melancholie). Der Vater war wiederholt wegen manisch-depressiver Erkrankungen in Irrenanstalten. Mutter stammt aus einer neurologisch und charakterlich belasteten Bauernfamilie, in der Verwandtenheiraten vorgekommen sind. Ihr Bruder befindet sich wegen Geistesstörung mit choreiformen Bewegungen in einer Irrenanstalt. Die Mutter selbst macht einen verschrobenen, wunderlichen, äußerlich saloppen Eindruck. Zwei Schwestern unseres Kranken sind anscheinend geistig unauffällig. Im 8. Jahre stellten sich ganz leichte Zuckungen der Glieder ein; allmählich entwickelten sich ausgebildete und atypische epileptische Anfälle.

Vom Aufnahmefund sind in körperlicher Hinsicht multiple, kleine pigmentlose Hautstellen, ferner papillomartige längliche Hautbildungen in der rechten Seite hervorzuheben. In psychischer Hinsicht bestand bei Schwachsinn im Sinne der Imbezillität eine große Liebhaberei für die Pflege von Hühnern und Tauben. Hinsichtlich des Gemütslebens war der Junge hochgradig empfindsam und weinerlich. Patient wurde zwar ungeheilt entlassen, doch soll in den 5 Jahren seit seiner Entlassung keine Verschlechterung, insbesondere kein geistiger Rückgang eingetreten sein. Im Hinblick auf die thymopathische Belastung durch die väterliche Aszendenz, die möglicherweise durch das auffallend empfindsame und weinerliche Wesen zum Ausdruck kommt, ist sicher auch die Abnormität auf der mütterlichen Seite für die Gestaltung des psychischen Krankheitsbildes von Bedeutung gewesen.

Der nächste *Fall* (Nr. 12). Walter F., geboren 23. 12. 01, aufgenommen 13. 4. 17 kann in Kürze behandelt werden.

Der Kranke ist in psychischer Hinsicht durch die Involutionsmelancholie der Mutter belastet, für deren Entwicklung *Bumke* mit Recht eine endogene Anlage für wahrscheinlich hält, da eben nur ein kleiner Teil aller Frauen in dieser Zeit psychotisch wird. Auf den Patienten selbst haben schädigend eingewirkt eine lange Geburt, dabei zweimalige Umschlingung der Nabelschnur um den Hals, ferner höchstwahrscheinlich eine Encephalitis mit 1½ Jahren, die sich in Krampferscheinungen in der rechten Hand äußerte. Infolge Verschlämmerung der Krampfzustände

erfolglose Trepanation im 9. Lebensjahr. Der jetzt 31jährige Kranke besaß zwar andauernd eine noch im Bereich der Norm liegende Intelligenz, jedoch wenig Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer. Anscheinend schon seit der Pubertät bestehen bei dem dysplastisch gebauten Kranken neben empfindlichem, gereiztem, hochfahrendem Wesen tage-, wochenlange Verstimmungen und Depressionen mit Lebensüberdruß, die präepileptisch, postepileptisch und als exogene Reaktionen auftreten. Höchstwahrscheinlich haben im vorliegenden Falle einer Involutionsmelancholie der Mutter die für Thymopathie maßgeblichen Erbfaktoren nicht denjenigen bestimmenden Einfluß auf die Gestaltung des Krankheitsbildes wie in den früheren Fällen gehabt.

Die erbliche Belastung im nächsten Falle dürfte nicht zur thymopathischen Gruppe bzw. zum manisch-depressiven Kreise gehören, es handelt sich vielmehr bei der Mutter des Patienten und vielleicht auch bei dessen Vater um hysterische bzw. konstitutionell nervöse Persönlichkeiten, bei denen bekanntlich gleichfalls reaktive Depressionen auftreten. Bei der Mutter ist auch die kritische Zeit des Klimakteriums mit zu berücksichtigen. Die Heredität spielt aber auch in diesen Fällen begreiflicherweise eine Rolle.

Fall 13. Gerhard E., Bäckerlehrling, geboren 31. 10. 12, aufgenommen 5. 1. 31.

Großvater ♀ ausgewandert, in Amerika verschollen. Vater fiel im Kriege. Die Mutter gehörte vor dem Kriege einer christlichen Gemeinschaft an. Beim hiesigen Besuch machte sie einen religiös überspannten, seelisch unausgeglichenen Eindruck. Im 50. Lebensjahr 4 Monate in der Psychiatrischen Universitätsklinik zu J. Dort wurden folgende Feststellungen gemacht: September 1928 (im 50. Lebensjahr) wehleidig, mutlos, glaubte wegen einer Knieerkrankung (Arthropathia deformans) sterben zu müssen, war unruhig, hatte Angstzustände; in der Klinik affektibel, Februar 1929 leichte Depressionen, zuweilen albern, neckte die Mitkranken; wenig Ordnungssinn.

Ihr Sohn, unser Patient, ist der jüngste von 3 sonst unauffälligen Geschwistern. Im 1. Jahr Stimmritzenkrampf. Als Kind Ohrenlaufen, Masern, Ruhr. Im 6. Jahr Schädelbruch, Sturz von 5 m Höhe, mehrere Tage bewußtlos, Splitterentfernung. Angeblich schon vor dem Sturz geistig minderbegabt, auffallend eigensinnig. Nach der Schule Bäckerlehre. Anfang November 1929, im 17. Lebensjahr, plötzlich ungewöhnlich lebhaft, wollte für ein Mädchen ein Fahrrad ohne jegliche persönliche Mittel kaufen, trat großartig auf, als ob er über große Mittel verfüge, war reizbar, hatte Konflikte und Tätilichkeiten. In der Psychiatrischen Universitätsklinik zu J. am 9. 11. 29 aufgenommen, zeigte er sich sehr unruhig, hatte Angstzustände, es liege ein Mord gegen ihn vor; zerriß seine Wäsche, lief fort, hatte unsinnige Zukunftspläne, dann wieder albern und läppisch; bei allem reaktionsloser Gesichtsausdruck. Am 15. 1. 30 ein typisch epileptischer Anfall, danach wie umgewandelt, war völlig geordnet, konnte am 9. 4. 30 entlassen werden. Nach längerem Aufenthalte zu Hause, wo sich eine Reihe von epileptischen Anfällen ereignete, wurde er am 4. 12. 30 wieder der Klinik zugeführt, wo er sich albern benahm, Konflikte mit anderen Patienten hatte, von ihnen auch gehänselt wurde, ohne es zu merken. Nach seiner Entlassung nach Hause am 31. 12. 30 erfolgte am 8. 1. 31 seine hiesige Anstaltaufnahme.

Vom *Aufnahmefund*. 171 cm groß, 73,3 kg schwer. Lidspalte etwas mongoloid gestellt, starke Schweißentwicklung, distale Marmorierung an den Extremitäten, livide Hände und Füße. Schädelnarbe über dem rechten Schläfenbein, keine Pulsation. Kein stärkerer Intelligenzdefekt; bei Rohrschach werden jedoch fast nur Tierfiguren, keine Farben und Situationen angegeben. Nach 8tätigem einigermaßen

geordnetem Verhalten plötzlich wie benommen, deprimiert, machte sich Gedanken über seine Sünden, blieb nachts nicht im Bett, stand ängstlich und mit starrem Blicke herum, zuweilen steif wie ein Stock vor dem Bette stehenbleibend; nach etwa 8 Tagen vorübergehend frischer, aber auch in den nächsten 10 Tagen noch häufig mit ratlosem, affektleerem Gesicht herumstehend, dabei noch unter dem Druck von Versündigungsideen. Auch in den nächsten Wochen tageweise Dämmerzustände und stuporöses Verhalten. Für diese Zustände bestand anscheinend meist Amnesie. Am 30. 4. 32 tagelang fast hypomanisch. In der Folgezeit meist ausglichen. Deshalb am 12. 10. 32 Verlegung nach der Bäckerei, dort verhielt er sich bis Mitte Mai 1933 geordnet, arbeitete fleißig und anstellig im Betriebe, bis sich in der genannten Zeit bei guter beruflicher Leistungsfähigkeit plötzlich ein hypomanischer Zustand einstellte: Patient rechnete sich nicht mehr zu den Kranken, verschenkte seine Kleider, da sie ihm nicht mehr gut genug seien, fühlte sich gehoben, war dabei sehr empfindlich und geriet in Konflikte mit den andern. Erst Mitte Juni 1933 wieder geordnet und im normalen Geleise.

Hinsichtlich der Anfälle ist festzustellen, daß sie nur vereinzelt und nach monatelangen Pausen auftraten. Im Jahre 1933 wurden nur am 29. 4. zwei atypische Insulte beobachtet. Trotz der manisch-depressiven Erscheinungen bei dem eben skizzierten Kranken sind diese nicht als thymopathische zu bezeichnen. Abgesehen von der fehlenden Heredität, besitzt einmal die Persönlichkeit im freien Intervall nicht die Ausprägung wie bei den thymopathischen Veranlagungen; weiterhin sind die Ausnahmezustände schwereren Charakters an epileptische Dämmerzustände gebunden. Bemerkenswert ist beim vorliegenden Falle, der nach überstandenen körperlichen Störungen und bei seelischer Anormalität in früher Kindheit auch noch ein schweres Schädeltrauma im 6. Jahre erlitt, daß der in der Universitätsklinik bestehende Ausnahmezustand durch einen epileptischen Anfall schlagartig beendet wurde. Es würde viel zu weit führen, ähnliche Fälle hier noch anzuführen. —

In aller Kürze sei nur noch erwähnt, daß die depressiven Zustände beim Epileptiker — von den thymopathischen sei hierbei abgesehen — bei weitem die manischen überwiegen. Aber auch letztere sind bei einer Reihe hiesiger Fälle festzustellen. Wenn sie in ihren Affektäußerungen auch große Ähnlichkeit mit den rein manischen zeigen, so sind beim epileptischen Maniker trotz eines zuweilen sogar ungeheuren Redeschwalles unverkennbare Ideenarmut, fernerhin Stereotypie, Merkdefekte, sowie Störungen der Urteilsfähigkeit in die Augen springend, Erscheinungen, die ohne weiteres die rein epileptische Seelenänderung charakterisieren. Die Differentialdiagnose bei diesen Zuständen wie bei den depressiven Verstimmungen gegenüber den Ausnahmezuständen thymopathischen Charakters wird noch erleichtert durch die epileptischen Eigenarten der Persönlichkeit im freien Intervall.

Zum Schlusse noch der Hinweis, daß auch bei epileptischen Krankheitsformen im Hinblick auf ihre Symptomatologie und ihren Verlauf, wie auch mehrere Fälle der vorliegenden Kasuistik zeigen, der von *Bumke* schon 1909 ausgesprochene Hinweis gilt, wonach manische, melancholische, paranoische und hysterische Krankheitszüge bei schwer belasteten Menschen zu Symptomkomplexen führen, die eine einfache schematische Diagnose machen. Bei dem Problem manisch-depressiven Irreseins und Epilepsie sei endlich noch einmal auf *Bumke* verwiesen, der einzelne Krampfanfälle bei sicherem manisch-depressiven Irresein als psychasthenische Insulte ansieht, wobei an eine Mischung der manisch-depressiven und affekt-epileptischen Konstitution bei der betreffenden Persönlichkeit zu denken ist, die beide in der Psychopathie ihren gemeinsamen Boden haben.

Zusammenfassung. Unter den häufig bei Epilepsie anzutreffenden Ausnahmezuständen mit depressiver und exaltierter Stimmungslage läßt sich mit Hilfe des von *Bumke* geprägten Begriffes der Thymopathien, der den ganzen Formenkreis der manisch-depressiven bzw. thymopathischen

Konstitution umfaßt, eine kleine Sondergruppe abgrenzen, die durch ihre Erblichkeit, durch ihre Persönlichkeit im freien Intervall und durch den Charakter der Ausnahmezustände sich von den rein auf epileptischer Basis entstehenden depressiven und manischen Verstimmungen abgrenzen lassen. Unter diesen epileptischen Krankheitsbildern sind sowohl sog. idiopathische wie symptomatische Formen anzutreffen. Die bei den beschriebenen Fällen mit Ausnahme von Fall 13 festzustellende erbliche Belastung umschließt eine Reihe von seelischen Anomalien, die in das Reich der Thymopathien im Sinne *Bumkes* gehören.

Durch das an und für sich verhältnismäßig seltene Zusammentreffen von thymopathischer und epileptischer Veranlagung erhält auf Grund einer sog. Legierung die epileptische Persönlichkeit, höchstwahrscheinlich infolge einer besonderen Durchschlagskraft der thymopathischen Veranlagung, ein besonderes Gepräge; auch der epileptische Krankheitsverlauf und die seelischen Ausnahmezustände des Epileptikers werden beeinflußt. Wenn auch einerseits durch gewisse Faktoren beim epileptischen Krankheitsprozeß die auf Grund der Erblichkeit konstitutionell verankerten thymopathischen Reaktionsweisen zum Schwingen und zur Manifestation gebracht werden — analog dem Zusammentreffen anderer voneinander verschiedener Krankheitsprozesse und Veranlagungen —, so ist andererseits beim thymopathisch belasteten Epileptiker, falls sich nicht noch andere, insbesondere auch erbliche Faktoren hinzugesellen, folgendes zu vermerken: Die so häufig im Verlaufe der Epilepsie sich einstellende Beschränktheit im Sinne von *Kräpelin* und *Bumke* entwickelt sich langsamer oder bleibt völlig aus, selbst bei prämorbid er geringer intellektueller Veranlagung und trotz verhältnismäßig häufiger epileptischer Insulte; es fehlt auch die bei Epileptikern so häufig anzutreffende egozentrische Einstellung; hervorzuheben sind ferner ein guter Antrieb, Interesse und Fleiß bei nützlicher Tätigkeit, Gemütswärme und Hilfsbereitschaft; allerdings können sich zu diesen Eigenschaften neben Schwerfälligkeit eine gesteigerte Empfindsamkeit mit Übergang in große Erregbarkeit gesellen, psychische Symptome, die eine klare Eindeutigkeit hinsichtlich ihrer psychopathologischen Basis vermissen lassen. Zu bemerken ist weiterhin, daß sich das Krankheitsbild in den verschiedenen Lebensperioden je nach dem Vorwiegen der anlagemäßig bedingten thymopathischen oder epileptischen Reaktionen nach der einen oder anderen Richtung hin gestalten kann. Jedenfalls scheint sich die Prognose der Epilepsie hinsichtlich des seelischen Verfalls bei ihrer Kombination mit thymopathischer Veranlagung verhältnismäßig günstig zu gestalten.

Im Hinblick auf die transitorischen Ausnahmezustände ist folgendes zu vermerken: Weitaus überwiegen die Depressionszustände, die bei der Mehrzahl der beschriebenen Fälle keinen klinisch erkennbaren Zusammenhang mit dem Auftreten epileptischer Insulte erkennen lassen, nur in

vereinzelten Fällen treten einige Tage vor dem Insult Exaltations-, in vereinzelten anderen Fällen ebenso lang währende Depressionszustände auf, die durch den Eintritt der Insulte in der Regel ihren Abschluß finden. Aber auch postepileptische Depressionen oder Exaltationen können vereinzelt vorkommen. Im allgemeinen wirkt der große ausgebildete epileptische Anfall am meisten entspannend auf die thymopathischen Ausnahmezustände, die sich beim thymopathischen Epileptiker durch ihre kürzere Dauer von den rein thymopathischen Störungen abheben. Die manischen Zustände der nichtthymopathischen Epileptiker zeichnen sich bei einem zuweilen ungeheueren Rededrang und großer motorischer Unruhe durch ihre Merkdefekte, ihre Gedankenarmut, ihre Stereotypie und Urteilsschwäche aus. Die Ausnahmezustände der thymopathischen Epileptiker lassen in den vorliegenden Fällen den Charakter der epileptischen Dämmerzustände vermissen, die beim nichtthymopathischen Epileptiker gleichfalls unter den Erscheinungen der Depressionen und Exaltationen verlaufen können. Ausschlaggebend für die Beurteilung der Ausnahmezustände wird fernerhin die Persönlichkeit im freien Intervalle sein.

Der körperliche Habitus unserer Fälle ließ eine bestimmte Ausprägung vermissen. In vereinzelten Fällen waren bei den thymopathischen Ausnahmezuständen auch körperliche Begleiterscheinungen am vegetativen Apparate festzustellen.

Trotz der verhältnismäßig günstigen Prognose im Hinblick auf den seelischen Verfall ist für den thymopathischen Epileptiker auf Grund seiner suicidalen Neigung — besonders während der Depressionszustände — und im Hinblick auf die psycho-therapeutische Beeinflussung in der Regel die Pflege in der Anstalt nötig, wo er sich auf Grund seiner seelischen Eigenschaften meist als nützlicher Insasse erweist.

Kombiniert sich die thymopathische Heredität mit anderen erblichen Faktoren, so gilt auch bei epileptischen Krankheitsformen hinsichtlich Symptomatologie und Verlauf der Bumkesche Hinweis, daß die verschiedenen psychotischen Krankheitszüge bei schwer belasteten Menschen zu Symptomkomplexen führen, die eine einfache schematische Diagnose unmöglich machen.

Literaturverzeichnis.

- ¹ Aschaffenburg: Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. Slg Abh. Nervenkrkh. 1908. — ² Binswanger: Die Epilepsie, 1912. — ³ Boström, A.: Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse und die Bedeutung dieses Vorganges für die Prognose der Paralyse. Arch. f. Psychiatr. 86 (1929). — ⁴ Bratz: Vererbungskreise. Neur. Zbl. 1910. — ⁵ Bumke, O.: Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 1924. — ⁶ Bumke, O.: Die psychopathischen Konstitutionen und ihre soziale Bedeutung. Münch. med. Wschr. 1932, Nr 27/28. — ⁷ Delbrick: Über die körperliche Konstitution der genuinen Epilepsie. Arch. f.

Psychiatr. 77. — ⁸ Frisch, Felix: Epilepsiepathogenese und der O. Foerstersche Hyperventilationsversuch. Z. Neur. 103 (1926). Daselbst auch Angabe der übrigen Arbeiten dieses Forschers aus dem Epilepsiegebiete. — ⁹ Gaupp u. Mauz: Krankheitseinheit und Mischpsychosen. Z. Neur. 101 (1926). — ¹⁰ Gerum: Beitrag zur Frage der Erbbiologie der genuinen Epilepsie. Z. Neur. 115 (1928). — ¹¹ Gruhle, Hans W.: Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 8, spez. Teil IV. — ¹² Hinrichsen: Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins. Allg. Z. Psychiatr. 68 (1911). — ¹³ Hoffmann, H.: Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin 1921. — ¹⁴ Kahn: Erbbiologisch-klinische Betrachtungen und Versuche. Z. Neur. 61 (1920). — ¹⁵ Kehr-Kretschmer: Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin 1924. — ¹⁶ Kräpelin: Psychiatrie, 8. Aufl. — ¹⁷ Kretschmer: Psychobiogramm. — ¹⁸ Kreyenberg: Körperbau, Epilepsie und Charakter. Z. Neur. 112 (1928). — ¹⁹ Krisch: Epilepsie und manisch-depressives Irresein. Berlin: S. Karger 1921. — ²⁰ Küffner: Über die Frömmigkeit der Epileptiker. Z. Neur. 131 (1931). — ²¹ Lange: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 6, Spezieller Teil II. — ²² Lange: Gegenseitige Beeinflussung von Krankheiten vom Standpunkt des Psychiaters. Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr. 11. — ²³ Mauz: Über den epileptischen Charakter. Zbl. Neur. 45. — ²⁴ Östreicher: Periodische triebhafte Verstimmungen im Senium. Allg. Z. Psychiatr. 95 (1931). — ²⁵ Pollak, E.: Pathologie und Pathogenese der Epilepsie. Jahrestag für ärztliche Fortbildung. München: J. F. Lehmann 1920. — ²⁶ Rehm: Ergebnisse der Untersuchung von Kindern manisch-depressiver Kranker. Z. jugendl. Schwachsinn 3 (1910). — ²⁷ Reichardt: Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung I. Z. Neur. 1924, Nr 89. — ²⁸ Rittershaus: Zur psychologischen Differentialdiagnose der einzelnen Epilepsiformen. Arch. f. Psychiatr. 46 (1910). — ²⁹ Rittershaus: Die klinische Stellung des manisch-depressiven Irreseins. Z. Neur. 56 (1920). — ³⁰ Rössle: Über das Zusammentreffen und die gegenseitige Beeinflussung von Krankheiten. Dtsch. med. Wschr. 1932, Nr 5. — ³¹ Rüdin: Über Vererbung geistiger Störungen. Z. Neur. 81 (1923). — ³² Rüdin: Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung IV. Z. Neur. 89 (1924). — ³³ Saiz: Untersuchung über die Ätiologie der Manie, der periodischen Manie und des zirkulären Irreseins. Berlin: S. Karger 1907. — ³⁴ Samt: Epileptische Irreseinsformen. Arch. f. Psychiatr. 6. — ³⁵ Schneider, Kurt: Über Depressionszustände. Z. Neur. 138, H. 3/4. — ³⁶ Schneider, Kurt: Über Abgrenzung und Seltenheit des manisch-depressiven Irreseins. Münch. med. Wschr. 1932, Nr 39. — ³⁷ Siebert: Über Epilepsie. Dtsch. Z. Nervenheilk. 60 (1918). — ³⁸ Stauder: Über Umgrenzung und Häufigkeit der manisch-depressiven Erkrankungen. Münch. med. Wschr. 1933, Nr 11. — ³⁹ Stauder: Zur Frage der manisch-depressiven Psychosen und pyknisch-thymopathischen Konstitutionen. Arch. f. Psychiatr. 100, H. 1 (1933). — ⁴⁰ Strohmayer: Über die Bedeutung der Individualstatistik bei der Erblichkeitsfrage in der Neuro- und Psychopathologie. Münch. med. Wschr. 1901, Nr 45. — ⁴¹ Wuth, O.: Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung II. Z. Neur. 1924, Nr 89.