

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Rostock  
[Direktor: Prof. Dr. *M. Rosenfeld*].)

## Über das Traumleben bei Epileptikern.

Von

**Dr. Leonhard Göttke,**  
Assistenzarzt der Klinik.

(Eingegangen am 24. August 1933.)

<i>Inhaltsverzeichnis.</i>		Seite
A. Allgemeines über das Träumen überhaupt . . . . .		137
1. Geschichtlicher Rückblick . . . . .		137
2. Quellen für Träume . . . . .		138
3. Träume als Diagnosticum . . . . .		139
B. Das Traumleben der Epileptiker . . . . .		141
1. Allgemeines . . . . .		141
2. Methodik . . . . .		142
3. Häufigkeit des Träumens bei Epileptikern . . . . .		144
4. Änderung der Häufigkeit des Träumens seit Auftreten der Anfälle . . . . .		148
5. Unmittelbare Beziehung zwischen epileptischem Anfall und Träumen . . . . .		150
6. Verwendung in diagnostischer Hinsicht . . . . .		153
7. Träumen nach organischen Anfällen anderer als epileptischer Genese . . . . .		155
8. Das Träumen in den einem Anfall nicht unmittelbar folgenden Schlafzuständen . . . . .		155
9. Traumäquivalente . . . . .		157
10. Traum inhalte bei Epileptikern . . . . .		158
11. Träumen in periodischen Verstimmungen . . . . .		159
12. Träumen in Dämmerzuständen . . . . .		159
13. Träumen unter Opium . . . . .		160
14. Zusammenfassung . . . . .		161
Literaturverzeichnis . . . . .		162

### A. Allgemeines über das Träumen überhaupt.

#### *1. Geschichtlicher Rückblick.*

Von den beiden Möglichkeiten, an das Traumproblem heranzugehen — kritische Beobachtung und Beschreibung des formalen Geschehens auf der einen, Deutung des Traum inhaltes auf der anderen Seite — überwog nicht nur heute, sondern, entsprechend der Entwicklung des menschlichen Geistes vom mystischen zum naturwissenschaftlichen Denken erst recht in früheren Epochen der Menschheitsgeschichte das letztere bei weitem.

Fast alle überlieferten ältesten Traumberichte, z. B. der Bibel, sind Angaben und evtl. Deutung von Traum inhalten, denen größte Bedeutung beigelegt wurde.

Grundanschauung war dabei, daß der Schlafende dem wachen Menschen überlegen war, der Trauminhalt wahrer und realer als das Denken des Wachbewußtseins. Die angenehmen Ursachen für dieses Mehrvermögen des Träumers über den wachen Menschen waren verschieden.

1. Der Traum war entweder eine direkte Äußerung göttlicher Wesen, die sich des Schlafers gewissermaßen als Sprachrohre bedienten, um ihm im Traum ihre Wünsche, Befehle, Ratschläge mitzuteilen (Bibel, Ilias usw.). Auch der Tempelschlaf beruhte auf dieser Anschauung: Apoll und Askulap gaben den Kranken in ihren Tempeln im Traum nicht nur die Natur ihrer Krankheit, sondern auch die dagegen anzuwendenden Mittel an, eine Rolle, die in der christlichen Zeit — in Konstantinopel bis ins 4. Jahrhundert hinein — von den Heiligen Kosmas und Damian übernommen wurde.

2. Der Traum war, besonders in den Zeiten, die den Schlaf als Bruder des Todes ansah, wobei in beiden Fällen sich die Seele vom Körper löst — beim Toten für immer, beim Schlafenden für die Dauer des Schlafes — das Erlebnis dieser vom Körper losgelösten und herumwandernden Seele.

3. Man schrieb der Seele im Schlaf ein ganz besonderes Vermögen an sich zu, kraft dessen sie Leistungen vollbringen konnte, die dem Wachbewußtsein unmöglich waren. (Plato, Hippokrates, Plutarch, gesteigerte intuitive Kraft des Schlafes bei Augustinus.)

Nur vereinzelt wurde der Traum nicht als übernatürlicher, sondern als biologischer Vorgang aufgefaßt, z. B. von Aristoteles. Dieser gab auch die Erklärung für manche übernatürlich und prophetisch erscheinenden Träume, indem er auf den Einfluß körperlicher Reize auf die Traumgestaltung hinwies und auf die vergrößernde und umdeutende Traumtendenz (Traumsummation). Er versuchte auch schon, diese Beobachtung diagnostisch zu verwerten: Reize, die im Wachzustand infolge Ablenkung nicht bemerkt werden, nimmt der Traum wahr, und zwar im allgemeinen in vergrößerter und umgedeuteter Form, eine Anschauung, die von der späteren Traumdeutung allgemein anerkannt wurde (*Albertus magnus, Arnald v. Villanova*).

## 2. Quellen für Träume.

Als Quellen für Träume darf man annehmen: 1. Psychische Elemente. 2. Äußere Reize. 3. Innere Reize.

1. Bei den *ersten* (psychische Elemente) beschäftigt sich das Traumleben weiter mit Vorstellungen und — besonders affektiv betonten — Erlebnissen des Wachbewußtseins (Tagesreste).

2. Bei der *zweiten* Quelle (äußere Reize) wird durch irgendeinen Reiz von außen (Licht, Ton usw.) ein Anknüpfungspunkt geschaffen, an den sich ein mehr oder weniger den ursprünglichen Reiz umdeutender Traum anschließt (experimentelle Träume).

3. Als *dritte* Quelle wirken innere Reize traumauslösend oder — falls bereits vor Wirkung des Reizes ein Traum abläuft — ändernd, z. B. Herztätigkeit, Verdauungsvorgänge und ähnliches, wobei vom Wachbewußtsein noch nicht wahrgenommene Reize im Traum in Erscheinung treten und evtl. zur Frühdiagnose bei pathologischen inneren Reizen verwendet werden können (diagnostische Verwendung der Träume bei Aristoteles, prophetische Träume).

Wie schwierig jedoch eine Verwendung des Traumtes in dieser Richtung ist, geht schon daraus hervor, daß ein körperlicher Reiz lediglich die Stimmungslage des Träumenden — meist unangenehm — schaffen kann, wobei der Trauminhalt entsprechend der durch den körperlichen Reiz hervorgerufenen unangenehmen Stimmungslage ebenfalls unlustbetont ist, ohne jedoch im allgemeinen stofflich und inhaltlich in einem sinnvollen inneren Zusammenhang mit dem primär auslösenden Reiz zu stehen, sondern aus allen möglichen Erinnerungsbildern, Tagesresten usw. sich Inhalte zur Verarbeitung im Traum heranziehen kann.

1. Zu den psychischen Elementen sei kurz bemerkt, daß nicht, wie man annehmen sollte, jede Vorstellung, die das Wachbewußtsein besonders stark in Anspruch genommen hat, oder jeder Affekt vom Tage zuvor im Traum zum Ausdruck kommen muß. Es ist vielmehr auffallend, wie selten z. B. selbst so hochgradig affektbetonte Erlebnisse wie der Tod von Familienangehörigen im Traum Normaler auftritt in den Nächten unmittelbar nach dem Ereignis, also dann, wenn das Tagesbewußtsein sich am meisten damit beschäftigt und der begleitende depressive Affekt am stärksten ist. Erst viel später pflegt der Traum sich mit dem Ereignis oder der gestorbenen Person überhaupt zu beschäftigen. Selbst die Charakteristica einer Psychose treten nicht regelmäßig im Traum auf: So können depressive Kranke sich im Traum glücklich fühlen (*Savage, Herschmann* und *Schilder*).

2. Die vergrößemde, bzw. umdeutende Traumtendenz besteht allgemein, nicht nur bei inneren, sondern auch bei äußeren Reizen: Aus dem Läuten des Weckers kann der Traum nacheinander alles mögliche machen, wie das Läuten der Kirchenglocken, der Glocken einer Kuhherde usw.; aus einem über den Schlafenden gleitenden Lichtschein machte der Traum eine volle Körperumdrehung (*Pötzl*) usw.

3. Unter den Begriff innere Reize fallen nicht nur die organisch körperlichen Reize (*Aristoteles*), sondern auch diejenigen, wie sie Intoxikationen, Infektionen, innersekretorische Stoffe und ähnliches darstellen. Man hat, von *Aristoteles* angefangen bis heute immer wieder versucht, diese inneren evtl. pathologischen Reize aus den von ihnen ausgelösten bzw. umgeänderten Träumen heraus zu erfassen und gegebenenfalls diagnostisch zu verwerten.

### 3. Träume als Diagnosticum.

Die Vielgestaltigkeit der Träume und ihre Umdeutungsfähigkeit von Reizen erschwert ihre Verwendung in dieser Richtung, so daß größere diagnostische (frühdiagnostische) Bedeutung den Träumen nach dieser Richtung hin nicht zukommen dürfte. Von der größeren Gruppe, bei der innere Reize das Traumleben gestaltend beeinflussen, kann man unter diesem Abschnitt eine kleine Gruppe trennen, bei der ein fehlender, normalerweise vorhandener Reiz bzw. Reize das normale Traumleben in bestimmter Richtung ändert. Ein ausgezeichnetes Beispiel einer Abänderung des Traumlebens einer Person durch fehlende physiologische Reize bringt *Grünstein*. Bei einer Patientin mit luischer Gefäßerkrankung im Gebiet des linken Hinterhauptlappens war gleichzeitig mit einer rechtsseitigen Hemianopsie und Seelenblindheit ein Ausfall der optischen Erlebnisse im Traum aufgetreten, die früher vorherrschten. Auch nach Rückgang der Seelenblindheitserscheinungen fehlte weiterhin in den Träumen die optische Komponente. *Grünstein* weist auf die praktische Bedeutung dieser Erscheinungen für die Frühdiagnostik einer Seelenblindheit und die Lokalisation des Krankheitsherdes hin, indem nur bei Läsion der sekundären Sehzentren dieser Ausfall im Traumleben auftritt, nicht bei Schädigung der primären Zentren, wie *Grünstein* in einem anderen Falle, bei dem durch einen Schuß beide primären Sehzentren der Rinde vernichtet waren und wo optische Traumbilder besonders zahlreich vorhanden waren, feststellen konnte.

In der gleichen Arbeit erwähnt *Grünstein*, daß auch bei anderen Agnosien Analoges sich finden werde („Ausfallsträume“)<sup>1</sup>.

Auch bei nichtagnostischen Störungen, bei Erkrankung des peripheren Nervenapparates können entsprechende Erscheinungen auftreten („Reizträume“): Hervortreten akustischer Elemente im Traum bei Acusticustumor, und zwar auch dann schon, wenn im Wachzustand kein Symptom auf die Erkrankung hindeutet, erotische Träume bei Tabikern mit Erkrankung des Konus.

<sup>1</sup> Voraussetzung für die diagnostische Verwendbarkeit dieser erwähnten Ausfallserscheinungen ist außer der noch nachzuprüfenden Gesetzmäßigkeit auch, daß der betreffende Kranke überhaupt Traumerlebnisse hat bzw. sich daran erinnert.

Hier angefügt seien die Untersuchungen *Eisingers* und *Schilders* über Träume bei Labyrinthläsionen, bei denen alle Arten von Bewegungen auftreten und ferner eine Arbeit von *Hans Hoff* über den Zusammenhang von Vestibularfunktion, Schlafstellung und Traumleben: Die Versuchsperson liegt im Schlaf immer auf der Seite, die dem leichter auf das Schlafmittel ansprechbaren Vestibularapparat entspricht (Medikamente der Barbitursäurereihe); etwa 70% der Menschen haben eine ständige Schlafstellung. Zwingt man solche in eine andere Schlafstellung, so treten Träume auf, welche den Halluzinationen und Träumen Vestibularerkrankter entsprechen.

Diese letzteren Träume gehören nun zu der bereits erwähnten größeren Gruppe organisch bedingter Träume, den Reizträumen. Wir wiesen schon auf die Schwierigkeiten hin, die einer Verwendung dieser Träume zur Erkennung organischer Krankheiten entgegenstehen und die zum Teil darin beruhen, daß ein krankhafter organischer Reiz sehr häufig lediglich die Stimmungslage des Träumenden erzeugen kann als Basis eines entsprechenden gleichgerichteten Traumes.

Vom Einfluß organisch krankhafter Vorgänge auf das Traumleben abgesehen, hat man vielfach Untersuchungen angestellt über den Einfluß körperlicher Vorgänge auf das Traumleben überhaupt. So hat man besonders die bei guten Träumern besonders in der Kindheit nicht seltenen Flugträume physiologisch zu erklären versucht, so *Bergson*, ferner *Lévy*. Letzterer erklärt die Flugträume aus den im Schlaf stattfindenden Änderungen des körperlichen Tonus. Daß die Flugträume bei Kindern häufiger sind als bei Erwachsenen, soll nach *Lévy* darin begründet liegen, daß der Erwachsene durch die bewußte Einstellung auf den Schlaf seinen Körper erschlafft, während das Kind meist in irgendeiner Bewegung vom Schlaf überrascht wird, und darin, daß beim Kind die Schwankungen der Intensität des Muskeltonus an sich größer sind als beim Erwachsenen.

Wiederholt ist hingewiesen auf die Bedeutung der Herzfunktionen für das Traumleben (*Walleczek*, *Rynberk*, *Braun*, *Eichenberger*), erstere vom gesunden, letztere vom kranken Herzen ausgehend. *Rynberg* will sogar in seinen Träumen nicht nur eine Darstellung des Herzrhythmus, sondern auch eine Symbolisierung von Kammer und Vorhof, Herzwand und Blut gefunden haben, was zum mindesten sehr unwahrscheinlich erscheinen dürfte. *Walleczek* weist gleichfalls auf den Zusammenhang: Herz-Traum hin, sowie auf die Bedeutung der Atmung und der Verdauungsvorgänge für das Träumen: „Gefühle von Herz- und Atemnot bringen Illusionen der Art, welche Erinnerung mit jenen verknüpft ist: Gehen, Stolpern, Fallen und erschöpfendes Fliehen.“ Nach diesem Autor sollen übrigens die Vagotoniker die besten Träumer sein.

Den Einfluß kranker Herzen auf das Traumleben untersuchten *Braun* und *Eichenberger*. Nach ihnen träumen Patienten mit Herzschäden häufig und meist ängstlich. *Braun* führt zusammenfassend aus, daß die Angstträume der Stenokardiker, sodann die durch Extrasystolie hervorgerufenen, etwas mehr oder weniger Typisches haben, daß sie sich auch viel häufiger, insbesondere zur Zeit des schlechteren Befindens wiederholen, und daß die Angst des träumenden Stenokardikers immer viel greifbarer ist (als Angst anderen Ursprunges) und sich besonders im Traum ausdrückt.

*Eichenberger* gibt an, daß Patienten mit Herzinsuffizienzerscheinungen mehr und ängstlicher träumen als solche mit kompensierten Herzen, und zwar dann besonders viel und ängstlich, wenn sie sich im Stadium der Wasserretention befinden.

Von *Hoke* sind eine Reihe von Träumen Lungenkranker gesammelt, in denen die ängstliche Spannung auffällt, sowie — inhaltlich — ein häufiges Auftreten des Todesgedankens.

*Mayer* (Tübingen) untersuchte die Bedeutung des Traumes in der Gynäkologie. Dabei dürfte es jedoch zweifelhaft sein, ob die sexuellen Träume, die eine

auslösende Rolle bei sonst unerklärbarem morgendlichen Auftreten von Fluor, Leibschmerzen, Blasenreizerscheinungen spielen, bzw. die Angstträume, die durch körperliche Erschöpfung zu Ermüdungssymptomen führen sollen, tatsächlich die Ursache der angegebenen krankhaften Zustände sind oder ob nicht vielmehr umgekehrt die erwähnten körperlichen Symptome die entsprechenden Träume auslösen.

Einige sehr anschauliche Beispiele der Wirkung von inneren Reizen auf das Traumleben erwähnt *E. Mitchell, Groesbeck*: In einem seiner Fälle träumte ein Mann wiederholt, daß eine Ratte im rechten Hypogastrium nage. Die klinische Untersuchung ergab ein Ulcus duodenale. In einem anderen Fall träumte eine Frau mehrfach, daß jemand eine brennende Kerze gegen ihr linkes Bein hielt. Der zu dieser Zeit zu erhebende Befund war geringfügig. Erst später wurde von anderer Seite eine Osteomyelitis der Tibia dieser Seite festgestellt.

Allgemein bekannt ist die Wirkung von fieberhaften Zuständen sowie von Giften auf das Traumleben.

Übersieht man die Bestrebungen, Wesen und Ursache von Krankheiten aus den Träumen eines Individuums zu erkennen, so darf man wohl sagen, daß in vielen Fällen die Krankheit sicher einen großen Einfluß auf das Traumleben des Erkrankten hat, daß aber im allgemeinen kein gesetzmäßiger diagnostisch verwertbarer Zusammenhang besteht zwischen Krankheit und Träumen. Wie bei jedem anderen — äußeren oder inneren — Reiz können auch bei den durch die krankhaften Vorgänge im Organismus gesetzten Reizen die verschiedensten Träume ausgelöst werden, ohne daß man einem Reiz und noch weniger einer Krankheit mit ihrer Häufung von Reizen immer den gleichen Trauminhalt bzw. die gleiche Traumform zugesellen könnte. Eine besondere Stellung in dieser Hinsicht nehmen die durch cerebrale Prozesse bzw. durch die von diesen ausgehenden Reizen ausgelösten bzw. umgeänderten Träume ein.

## B. Das Traumleben der Epileptiker.

### 1. Allgemeines.

In den im vorstehenden kurzen Überblick dargestellten Arbeiten ist ganz allgemein, die Arbeiten *Grünsteins, Schilders* und *Hoffs* ausgenommen, der Einfluß körperlicher normaler oder krankhafter Prozesse auf das Träumen gezeigt. Der Einfluß cerebraler organischer Prozesse auf das Traumleben ist, von den oben erwähnten Arbeiten abgesehen, bisher — wenigstens in neuerer Zeit — kaum untersucht worden, zum Teil sicher unter dem Einfluß der *Freudschen* Schule. Die letzten Arbeiten, speziell über das Traumleben der Epileptiker, dürften unseres Wissens von *Sante de Sanctis* stammen.

Bei einem Krankheitsbild jedoch, wie es die Epilepsie darstellt, mit ihren Abbauvorgängen, periodischen Verstimmungen, Dämmerzuständen, bzw. schweren Krampfanfällen, dürfte man von vornherein auch Veränderungen des Traumlebens annehmen. Wie diese evtl. Veränderungen beschaffen sein mochten, das zu untersuchen war der Zweck dieser Arbeit.

## 2. Methodik.

Der Arbeit zugrunde liegen die Ergebnisse von Traumerhebungen bei insgesamt 31 Epileptikern, 20 Männern, 11 Frauen, eine Zahl, die nicht groß genug ist, um die gefundenen Ergebnisse als allgemeingültig anzusehen, eine Nachprüfung jedoch bei einer größeren Anzahl epileptischer Patienten wünschenswert erscheinen läßt. Mit 3 Ausnahmen (symptomatische Epilepsie bei cerebraler Kinderlähmung) handelte es sich bei diesen Patienten um genuine Epileptiker. Zu Vergleichszwecken wurde gleichzeitig eine größere Anzahl von Patienten anderer Krankheitsgruppen nach ihrem Traumleben gefragt. Die Gesamtzahl der explorierten Patienten betrug weit über 300. Besprochen werden in dieser Arbeit jedoch nur die Ergebnisse bei Epileptikern im einzelnen.

Von den beiden Möglichkeiten, etwas über das Träumen eines Menschen zu erfahren — Fremdbeobachtung und Selbstbeobachtung — haben wir allgemein nur von letzterer Gebrauch gemacht. Die Fremdbeobachtung — Rückschlüsse auf das Träumen aus Bewegungen, Sprechen usw. des Schlafenden zu ziehen —, hat zuviel Fehlermöglichkeiten und ergibt zu geringe Resultate, ganz abgesehen davon, daß diese Methode bei einer größeren Anzahl Patienten nur sehr schwierig anzuwenden sein dürfte. Dagegen waren wir bei der durchweg angewandten Methode der Selbstbeobachtung angewiesen auf das, was die Patienten über ihr Traumleben beobachtet hatten bzw. wußten. Wir erfuhren also streng genommen nicht eigentlich das Träumen des einzelnen Patienten, sondern nur das, was am Morgen noch an Erinnerungen sich im Gedächtnis vorfand, zwei Dinge, die wesentlich voneinander verschieden sind.

Der wesentlichste Faktor für das Wissen um stattgefundenes Träumen und für die mehr oder weniger deutliche und sich auch auf Einzelheiten erstreckende Erinnerung daran, ist die Beobachtungsgabe. Schon die statistischen Erhebungen bei Normalen zeigen — selbst bei Einschränkung der Erhebungen auf Personen gleichen Bildungsganges und Geschlechtes — auffallende Unterschiede in den Ergebnissen, die sicher größtenteils auf die mehr oder weniger entwickelte Beobachtungsgabe des einzelnen zurückzuführen sind. Es ist einleuchtend, daß die Ergebnisse um so ungleichmäßiger werden, je verschiedenartiger die Zusammensetzung der explorierten Personen dem Alter, Bildungsgrad, Geschlecht usw. nach ist. Bei einem Menschenmaterial, wie es die Patienten einer psychiatrischen Klinik darstellen, konnte man von vornherein besondere Schwierigkeiten in dieser Hinsicht erwarten. Wir haben einen gewissen Ausgleich dadurch zu schaffen versucht, daß wir die Explorationen auf einen möglichst großen Patientenkreis ausdehnten und den einzelnen Patienten möglichst oft explorierten.

Unsere Explorationen beschränkten sich auf Geisteskranke bzw. Gehirnranke, von denen hier nur die Epileptiker im einzelnen besprochen werden sollen, während wir die Ergebnisse bei den übrigen Patientengruppen in dieser Arbeit lediglich zum Vergleich heranziehen. Ebenso zum Vergleich haben wir gelegentlich das Traumleben des Normalen angeführt, wie es z. B. in den Untersuchungen *Heerwagens*, *Sante de Sanctis*<sup>1</sup>, *Hoches* und zahlreicher anderer Untersucher auf statistischer Grundlage und in den Arbeiten *Köhlers*, *Hackers*, *Hoches* usw. auf spezieller Eigenbeobachtung begründet vorliegt. Naturgemäß mußten unsere Untersuchungen auf solche Patienten beschränkt bleiben, denen ein Auffassen der vorgelegten Fragen und mit denen eine sinngemäße Verständigung möglich war. Alle Patienten, bei denen diese Voraussetzungen nicht zutrafen, schieden selbstverständlich aus. Damit ist nicht gesagt, daß bei diesen Personen nicht doch noch ein, wenn auch quantitativ und qualitativ vielleicht verändertes Traumleben sich abspielt. Es fehlt uns nur die Möglichkeit, dieses etwa vorhandene Träumen festzustellen<sup>1</sup>. Höchstens völlig

<sup>1</sup> *Hoche* hält es durchaus für möglich, daß bei weiter entwickelter Technik durch elektrische Messung ein träumendes Hirn von einem nichtträumenden unter-

abgebauten Endzuständen verschiedener Krankheitsformen (Schizophrenie, Epilepsie, Paralyse), bei denen sich auch im Wachzustand kaum etwas auf der Bühne des Bewußtseins abspielen dürfte, dürften auch Traumerlebnisse abgesprochen werden. Denn das Traumleben ist zweifellos an eine gewisse, beim Normalen schon in früher Jugend (im allgemeinen im 4. Lebensjahr) erreichte Entwicklungsstufe des Gehirnes gebunden, während schwachsinnige Kinder sehr viel später als normale anfangen zu träumen<sup>1</sup>. Es ist anzunehmen, daß das Gehirn der oben erwähnten Patienten diese Entwicklungsstufe, die Vorbedingung für das Zustandekommen von Träumen ist, wieder unterschritten hat. Verschiedene Patienten dieser Kategorie aus verschiedenen Krankheitsgruppen wurden längere Zeit während ihres (ausgezeichneten) Schlafes beobachtet, wobei keine sicheren Zeichen (Bewegungen, Sprechen u. dgl.) für ein etwa sich abspielendes Träumen beobachtet werden konnten in Bestätigung des oben Dargelegten. Unsere Rundfragen erstreckten sich über einen Zeitraum von etwa 20 Monaten und umfaßten über 300 körperlich gesunder Patienten, um den evtl. Einfluß organischer Krankheiten auf das Traumleben auszuschalten.

Allgemein ist noch zu den Explorationen zu sagen, daß jede Person mehrfach, und zwar mindestens 5mal, meist jedoch weitaus öfter nach ihrem Traumleben gefragt wurde, und zwar an verschiedenen Tagen und durchweg morgens möglichst kurz nach dem Erwachen. Der Sinn dieser häufigen, an verschiedenen Tagen und Wochen vorgenommenen Explorationen lag zum Teil darin, ein möglichst umfangreiches Material zu bekommen. Zum größeren Teil jedoch sollten durch diese häufigen Befragungen die Fehlerquellen ausgeschaltet werden, die in einer nur einmaligen Befragung liegen. Die wiederholte Exploration sollte gewissermaßen einen Längsschnitt durch das Traumleben ergeben, während eine einmalige Befragung eben nur dieses einmalige Traumleben aufgezeigt hätte — von den spärlichen Erinnerungen an alte Traumerlebnisse abgesehen —, das zufällig am Tage der Exploration vielleicht besonders lebhaft oder auch gar nicht vorhanden gewesen sein konnte. Ferner mußten die Explorationen morgens möglichst unmittelbar nach dem Erwachen angestellt werden, da sich zeigte, daß bei Einschaltung eines größeren zeitlichen Zwischenraumes — es genügten wenige Stunden — im allgemeinen nur Bruchteile der Traumangaben gemacht wurden, wie unmittelbar nach dem Erwachen. Zum großen Teil war nach dieser Zeit die Tatsache des Geträumthabens überhaupt schon vergessen, jedenfalls darf man darauf schließen, denn bei den Befragungen unmittelbar nach dem Erwachen betrug die Angaben geträumt zu haben ein Mehrfaches der gleichen Angaben bei späteren Explorationen. Daß bei noch größeren zeitlichen Zwischenräumen das Vergessen der Träume fast vollständig ist, und nur einzelne entweder mit besonders lebhaften Affekten verbundene oder öfter aufgetretene gleichartige Träume sich noch im Gedächtnis vorfinden, ergab sich ebenfalls aus diesen Explorationen. Selbst Patienten, die, wie aus den späteren Explorationen hervorging, gute Träumer waren, gaben bei der ersten Exploration wohl an, viel und lebhaft zu träumen, ohne daß sie jedoch eine wesentliche Erinnerung an Traumeinzelheiten gehabt hätten. Ferner stellte sich im Laufe der Untersuchungen heraus, daß allgemein die Angaben über Traumerlebnisse zunahmen. Man wird diese Tatsache nicht aus einer wirklichen Zunahme des Träumens an sich, sondern nur so erklären können, daß durch diese Explorationen die Aufmerksamkeit des Patienten erst auf sein Traumleben gelenkt wurde, das bis dahin kaum beachtet worden war. Diese auf das Träumen gelenkte Aufmerksamkeit hatte eine bessere

---

schieden werden kann. Man wird dagegen wohl nicht soweit kommen, wie die Marsbewohner im Roman: Auf 2 Planeten von Kurt Laßwitz, der die Bewohner des Mars in psychologischen Laboratorien ihre Träume photographieren läßt.

<sup>1</sup> Daß Schwachsinnige überhaupt sehr viel weniger träumen, zum Teil gar nicht, zeigte sich auch bei den Explorationen einer größeren Anzahl dieser Patienten.

Beobachtung und damit ein erhöhtes Wahrnehmen und Behalten der Träume zur Folge. Es gilt dies besonders für die männlichen Patienten, während die weiblichen Patienten von vornherein reichhaltige Traumangaben machten und überhaupt ihrem Traumleben eine weit größere Bedeutung zumaßen als die Männer.

Der Verlauf der einzelnen Explorationen war folgender: Jede Exploration begann zunächst mit ganz gleichgültigen Fragen. Erst allmählich wurde das Gespräch auf den Schlaf — ob gut oder schlecht — und von diesem auf das Träumen übergelenkt.

Die erste Frage nach dem Traumleben versuchte lediglich zu klären, ob viel oder wenig geträumt wurde. Im allgemeinen ergab sich auch hier eine Bestätigung des Satzes: daß schlechte Schläfer gute Träumer sind und umgekehrt, doch gab es dabei auch eine ganze Reihe von Ausnahmen. Es wurde bei der Beantwortung der Frage nach der Häufigkeit des Träumens die Antwort des Patienten: Ich träume viel bzw. ich träume wenig, gar nicht, als mit der Tatsache übereinstimmend angenommen und nicht die später erfolgende größere oder geringere Menge an Traumangaben zugrunde gelegt. Viel träumen und reichhaltige Traumangaben trifft zwar für viele, aber durchaus nicht für alle Patienten zu. Es hängt das zusammen mit der Fähigkeit des einzelnen, sich zu beobachten, mit dem Interesse, das jemand seinem Traumleben zuwendet u. a. m.<sup>1</sup>. Die folgende Frage suchte festzustellen, ob eine Veränderung im Traumleben der Häufigkeit und dem Inhalt nach aufgetreten sei seit dem Aufenthalt in der Anstalt bzw. seit der Erkrankung. Speziell wurden bei den Epileptikern Fragen gestellt, die eine Beziehung zwischen Anfällen und Träumen zu klären suchten. Zum Schluß wurden die Patienten dann aufgefordert, ihre Träume zu erzählen. Auch hierbei mußten bei einzelnen durch Fragen die Angaben gefördert werden, doch wurden dabei nach Möglichkeit alle Suggestivfragen vermieden.

Die erste Exploration unterschied sich von den späteren dadurch, daß bei diesen nur das Traumleben der vergangenen Nacht bzw. Nächte erfragt wurde, während bei der ersten Exploration versucht wurde, den ganzen vorhandenen Vorrat an Traumerinnerungen sowohl formal als inhaltlich zu erfassen. Wie schon erwähnt, war diese Erinnerung selbst bei Patienten, die sich später als gute Träumer herausstellten, auffallend gering im Verhältnis zur Häufigkeit der Traumerlebnisse bei manchen Patienten und zu den Tageserinnerungen.

Betrachten wir, ehe wir an die Besprechung der Einzelergebnisse gehen, das Gesamtmaterial, so finden wir, bei einem Vergleich sämtlicher Angaben der männlichen und weiblichen Patienten, ein Überwiegen der Frauen bezüglich der Häufigkeit des Träumens und der Erinnerung daran. Es wird von ihnen nicht nur öfter angegeben, viel zu träumen, sondern es überwiegen auch die Angaben der Traum-inhalte. Auch die statistischen Erhebungen beim Normalen zeigten ebenfalls ein Überwiegen der Frauen über die Männer bezüglich ihres Traumlebens.

### 3. Häufigkeit des Träumens bei Epileptikern.

Sämtliche epileptischen Patienten gaben mit einer Ausnahme in Beantwortung der Frage nach dem Schlaf diesen als gut an. Nur 2 Patienten machten dabei die Einschränkung: Doch würden sie durch häufiges

<sup>1</sup> Beim Normalen fand *Heerwagen*, daß im allgemeinen Personen, die häufiger träumen, sich auch leichter ihrer Träume erinnern, und zwar Personen mit leichtem Schlaf besser als solche mit tiefem Schlaf. Das gleiche fand sich bei unseren Psychopathen, die — bei verschiedener Schlaftiefe — allgemein außerordentlich viel und lebhaft träumen und für ihre Träume zumeist ein sehr gutes Erinnerungsvermögen haben.



Träumen gestört. Um zu versuchen, ob dieser gute Schlaf eine Eigentümlichkeit unserer Epileptiker an sich ist, oder ob nicht den verabreichten Medikamenten dabei die Hauptrolle zufiel, wurden diese zeitweise geändert bzw. ganz abgesetzt. Dabei ergab sich, daß Epileptiker mit Luminal im allgemeinen einen festeren Schlaf zeigten als solche mit Belladonal. Auch Prominal scheint weniger starke hypnotische Wirkung zu haben als Luminal. Eine Untersuchung der Schlaftiefe bei unseren Epileptikern ohne Medikamente war nicht möglich wegen des danach gehäuften Auftretens von Anfällen, die ihrerseits die Schlaftiefe änderten. Auf dieser Verschiedenheit der Schlaftiefe unter verschiedenen Medikamenten beruht nun wahrscheinlich auch die Änderung der Häufigkeit des Träumens bei diesen Medikamenten, und zwar unabhängig davon, ob der einzelne an sich ein Viel- oder Wenigträumer war. Es könnte auch das einzelne Medikament an sich eine traumsteigernde, vielleicht auch herabsetzende Wirkung haben, doch scheinen die hier angewandten Medikamente, wenigstens bei unseren Epileptikern, lediglich durch ihre oben angeführte Wirkung auf die Schlaftiefe eine Veränderung in der Häufigkeit des Träumens herbeizuführen. Bei der Verwendung von Belladonal statt Luminal nahmen die Träume zu, eine Wirkung, die die erwähnte Annahme bestätigt, daß das unter Luminal geringere Träumen auf die stärkere hypnotische Wirkung des Mittels und damit auf die größere Schlaftiefe zurückzuführen ist, während unter Belladonal die Patienten weniger tief schlafen und mehr träumen bzw. das Träumen besser wahrnehmen. Beim Wechsel von Belladonal zu Luminal nahm mit der erhöhten Schlaftiefe, wie zu erwarten, auch das Träumen wieder ab. Dieser Unterschied zwischen dem Träumen unter Belladonal bzw. Luminal war sehr deutlich. Die zum Vergleich mit Patienten anderer Krankheitsgruppen angestellten Versuche, in denen als Schlafmittel längere Zeit Luminal bzw. Belladonal gegeben wurden, hatten in bezug auf Zu- bzw. Abnahme des Träumens kein einheitliches Resultat. Bei verschiedenen Patienten, besonders Schizophrenen und Manischen, schien gerade Luminal eine spezifische traumfördernde Wirkung zu haben.

Auch eine völlige Absetzung der Medikamente bei Epilepsie hatte eine Änderung des Träumens zur Folge insofern, als häufigere Anfälle auftraten, die ihrerseits das Traumleben änderten im Sinne einer Herabsetzung bzw. Aufhebung, wie im folgenden noch näher ausgeführt werden soll.

Die Frage nach der Häufigkeit des Träumens wurde von allen Epileptikern in irgendeinem Sinne — häufig, selten, gar nicht — beantwortet, und zwar immer gleich, auch bei zeitlich weit auseinanderliegenden Explorationen. Es ist dies durchaus nicht selbstverständlich. Viele der Patienten anderer Krankheitsgruppen wußten diese Frage entweder gar nicht eindeutig zu beantworten oder sie wechselten mit der gegebenen Antwort bei länger auseinanderliegenden Explorationen. Sicher hat

diese Differenz in den Angaben bei diesen Patienten nicht einen einheitlichen Grund, doch scheint neben schlechter Beobachtung des Träumens und mangelhaftem Erinnerungsvermögen dieser Wechsel in der Angabe bei manchen Individuen auch auf einem tatsächlichen Wechsel der Häufigkeit des Träumens zu beruhen. Bei unseren Epileptikern fand sich, wie gesagt, niemals eine derartige Differenz der Angaben; vielleicht darf man daraus auf ein besonders gleichmäßiges Traumleben bei unseren Epileptikern schließen. Eine Ausnahme machen selbstverständlich die Zeiten periodischer Verstimmung bzw. die Dämmerzustände.

Im einzelnen wurde bezüglich der Häufigkeit des Träumens angegeben: Vielträumen von 7 Männern und 5 Frauen. Unter diesen empfanden 2 Männer das Vielträumen als unangenehm, als Belästigung, ebenso eine Frau, während die übrigen das Vielträumen als etwas Gegebenes hingenommen ohne besondere affektive Stellungnahme. Bemerkenswert ist das Alter der beiden Patienten, die das Vielträumen als lästig empfinden (61 und 43 Jahre). Der ältere, Kl. hat ziemlich häufig und sehr schwere Anfälle, wöchentlich 2—3 trotz Luminal, während bei Ma. I schon seit Jahren keine Anfälle mehr aufgetreten sind, ohne daß er noch irgendwelche Mittel bekommt. Beide Patienten sind außerordentlich affekt-labil; Kl. neigt mehr zu depressiven Verstimmungen mit Weinen, während bei Ma. I. zeitweise zornige Erregungen auftreten. Eine Abhängigkeit des Träumens von Tageserlebnissen in bezug auf Häufigkeit, Intensität, Inhalt der Träume wird von beiden nicht angegeben. Es sei vielmehr bei ihnen das Vielträumen immer vorhanden und gehöre zum Wesensbestandteil ihres Schlafes. Sie kennen beide keinen traumlosen Schlaf, ausgenommen den unmittelbar nach einem Anfall (Kl.), während Ma. I. darüber keine Angaben machen kann, da er während der Zeit seines Aufenthaltes hier noch keinen Anfall gehabt hat. Bei der Patientin Sche., die „furchtbar viel“ träumt, ist dieses Vielträumen erst „zum Ausbruch gekommen“ im Anschluß an eine Fieberkur, nach der ihre Anfälle sich erheblich verringerten. Nach ihrer Angabe hat sie auch schon vor der Fieberkur wohl viel geträumt, doch hätte sie das alles „nicht so interessiert“, während sie jetzt ihre Träume „so ganz anders“ empfindet, ohne daß deren Inhalt, soweit sie noch die Möglichkeit habe, mit alten Traumerinnerungen zu vergleichen, sich besonders geändert habe. Die Tageserlebnisse waren für ihre Träume bedeutungslos. Auch sie kennt keinen traumlosen Schlaf, ausgenommen den unmittelbar nach einem Anfall und auch den in Nächten, in denen sie einen Anfall gehabt habe. Dagegen wäre der Schlaf in den Nächten, die einem Anfall folgten, besonders traumreich, vorausgesetzt, daß der zeitliche Abstand zwischen Anfall und Nachtschlaf nicht zu gering sei; also etwa, wenn sich in den Morgenstunden der Anfall abspiele, habe sie ein sehr reichhaltiges und intensives Träumen in der Nacht, während sie beim Anfall in den Nachmittagsstunden nachts nicht träume. Das gleiche gibt auch der Patient

Kl. dieser Gruppe an, während bei Ma. I. Angaben über diesen Punkt aus bereits erwähntem Grund — keine Anfälle hier — nicht zu erhalten sind. Die Patientin Sche. ist außerordentlich affektlabil und empfindlich.

Von den übrigen vielträumenden epileptischen Patienten geben 3 Männer eine Abhängigkeit ihres Traumlebens von Tagesereignissen an. 2 von diesen sind noch sehr jugendlich (27, 28 Jahre), der 3. ist 55 Jahre. Gemeinsam ist allen dreien: Auftreten häufiger und schwerer Anfälle, sehr leichte Erregbarkeit. Die Tageserlebnisse haben angeblich keinen Einfluß auf den Inhalt, sondern nur auf Häufigkeit und Intensität der Träume. Bei den übrigen vielträumenden epileptischen Patienten wird das Träumen als zum Wesen des Schlafes gehörig angesehen, ohne daß Tageserlebnissen ein besonderer Einfluß eingeräumt wird und ohne daß besonders affektive Stellung zu den Träumen genommen wird. Von allen Patienten wird, wie schon erwähnt, der Schlaf als gut bezeichnet.

Weniges Träumen wurde von 11 Männern und 5 Frauen angegeben; dabei ist eine Entscheidung darüber, ob nun wirklich wenig geträumt wird oder ob nur keine Erinnerung an stattgehabtes Träumen besteht, nicht möglich. Bei einem dieser Patienten (Mann) stimmt die Angabe sicher nicht, da er fast jede Nacht im Schlafe spricht, also mindestens ebenso häufig träumt, ohne daß er aber eine Erinnerung an sein häufiges Träumen zu haben scheint. Auch von diesen Patienten wird mit einer Ausnahme der Schlaf als gut bezeichnet. Die Ausnahme, der einzigen unter allen unseren Epileptikern überhaupt, ist der letzterwähnte im Schlaf sprechende Patient. Gemeinsam ist allen wenig träumenden Epileptikern: Intellektuell nicht besonders abgebaut, jedenfalls nicht mehr als die vielträumenden Epileptiker. Affektiv ist der größere Teil: wenig labil, zum Teil stumpf, langsam, klebrig, während bei einem kleineren Teil auch in dieser Hinsicht kein Unterschied gegenüber den Vielträumern besteht. Anfälle: verschieden häufig und schwer bei den einzelnen.

2 Männer und 1 Frau bestreiten überhaupt jedes Traumleben. Auch hierbei stimmt bei einem der männlichen Patienten diese Angabe sicher nicht, aus dem gleichen Grunde wie bei dem oben erwähnten im Schlaf sprechenden, wenig träumenden Patienten. Während aber bei dem ersteren die Angabe, nur wenig zu träumen bzw. spärliche Erinnerung daran zu haben, glaubhaft erscheint, leugnet letzterer (43 Jahre) jedes Träumen aus der Einstellung heraus: Wenn ich von meinen Träumen spreche, bekomme ich Anfälle. Es ist bei diesem Patienten kein Zweifel, daß er wenigstens an einen Teil seiner Träume Erinnerung hat. Er unterscheidet sich psychisch wesentlich von den beiden anderen Patienten dieser Kategorie. Gemeinsam ist allen eine erhebliche Demenz und Urteilsschwäche; während aber die beiden sicher nicht träumenden Patienten affektiv stumpf sind, ist dieser Patient leicht erregbar, mißtrauisch und außerordentlich abergläubisch in jeder Beziehung. Anfälle

sind bei ihm ziemlich häufig und schwer, bei den beiden anderen selten und ebenfalls schwer.

Bemerkenswert ist, daß von den selten träumenden Patienten nur einer im höheren Alter steht (Ha., 64 Jahre), während die übrigen, die Patienten Schn., 38 Jahre und G., 35 Jahre ausgenommen, durchschnittlich 22—25 Jahre alt sind. Die beiden männlichen Epileptiker ohne Traumangaben sind beide über 40 Jahre, die weiblichen Patienten der beiden letzten Kategorien durchschnittlich 35 Jahre alt.

Wie größere statistische Erhebungen bei Normalen zeigten, gibt auch eine erhebliche Prozentzahl der befragten normalen Personen — bei den einzelnen Erhebungen stark schwankend — seltenes Träumen an. Man muß also, bei unseren oben dargelegten Ergebnissen bezüglich des Viel- und Wenigträumens bei Epileptikern die von Natur vorhandene Anlage des einzelnen zum häufigen oder seltenen Träumen berücksichtigen, ehe man dem Hirnprozeß bei der Epilepsie als solchem einen Einfluß in der einen oder anderen Richtung zugestehen will. Immerhin ist das seltene Träumen bei einem so großen Teil unserer Epileptiker, besonders den männlichen, bemerkenswert, zumal es sich hier um Personen handelt, die zumeist in einem Alter stehen, in dem der Mensch — nach *Heerwagen* — am meisten zu träumen pflegt.

#### 4. *Änderung der Häufigkeit des Träumens durch die Anfälle.*

Eine Änderung der Häufigkeit des Träumens seit dem Auftreten der Anfälle wurde von 13 Personen angegeben: 9 Männern und 4 Frauen. Mehr zu träumen seit dem Auftreten der Anfälle behaupten 3 Männer und 1 Frau (Stu., L., Ma. II., Sche.). Von diesen sind mit Ausnahme des Patienten Stu. (62 Jahre) sämtliche sehr jugendlich (27 und 28 Jahre). Die Ausnahme Stu. gibt an, daß bei ihm erst sehr spät Anfälle aufgetreten seien. Er behauptet, überhaupt erst seit diesen Anfällen geträumt zu haben. Allmählich sei dann das Traumleben immer lebhafter geworden. Jetzt träume er fast jede Nacht, und das Träumen gehöre gewissermaßen zu seinem Schlaf. „Ich kann ohne Traum gar nicht mehr schlafen.“ Einen Einfluß der Tagesereignisse auf Häufigkeit, Inhalt oder Intensität des Träumens hat er nicht feststellen können. Einen derartigen Einfluß gibt dagegen der 2. Patient dieser Gruppe an (Ma. II), dessen seit dem Auftreten der Anfälle gesteigertes Traumleben eine besondere Intensität erfährt, wenn er am Tage irgendwie durch Neckereien von Mitpatienten geärgert wurde. Diese affektbetonten Träume haften besonders gut in seiner Erinnerung und beeinflussen seine Stimmung während des nächsten Tages sehr stark. Seiner Angabe nach hat er auch an solchen Tagen öfter Anfälle und führt das auf die jeweilige, durch diese unangenehmen Träume hervorgerufene schlechte Stimmungslage zurück. Wahrscheinlich ist jedoch bei ihm dieser ganze psychische Zustand das Prodromalstadium seines später erfolgenden epileptischen Anfalles: Reizbarkeit

am Tage vorher, unangenehme Träume, schlechte Stimmungslage am nächsten Tag und evtl. Anfall<sup>1</sup>. Bei dem 3. Patienten (L.) dieser Gruppe bestehen die Anfälle erst seit kurzer Zeit. Es ist ihm selbst aufgefallen, daß er seit dieser Zeit viel mehr träumt als vorher. Die Patientin dieser Reihe, deren Traumleben seit Auftreten der Anfälle sehr viel lebhafter geworden ist, gibt an, als Kind lange nicht so viel geträumt zu haben: „Da hatte ich ja auch noch keine Anfälle.“ Erst nachdem diese dann aufgetreten seien, habe sie angefangen, sehr viel zu träumen „trotz der Medizin“. Nach einer aus therapeutischen Gründen gemachten Fieberkur seien dann die Anfälle wesentlich seltener und auch leichter geworden, „statt dessen ist das Träumen um so schlimmer geworden“. Schon während der Fieberkur habe sie auffallend viel und intensiv geträumt<sup>2</sup>. Das sei auch jetzt noch unverändert geblieben, „trotzdem in den letzten Monaten wieder sehr viel schwere Anfälle aufgetreten sind“. Sämtliche Patienten dieser Gruppe sind sehr affektlabil, empfindlich und neigen zu Erregungszuständen.

Weniger Träumen seit dem Auftreten der Anfälle wird von insgesamt 9 Patienten, 6 Männern und 3 Frauen, angegeben. Ein Patient, 63 Jahre, träumt auch jetzt noch viel, doch wesentlich weniger als vor den Anfällen, während die übrigen angeben, nur noch selten zu träumen. So erklärt z. B. der Patient Schn., dessen Anfälle mit 18 Jahren auftraten, er habe noch mit 20 Jahren geträumt. Von da ab sei das allmählich immer weniger geworden. Jetzt träume er nur noch selten. Vor dem Beginn seiner Anfälle sei sein Träumen nicht nur sehr häufig, sondern auch sehr intensiv gewesen. Zum Teil geben die Patienten schon eine Erklärung für dieses ihnen selbst aufgefallene Abnehmen des Träumens seit den Anfällen. Patient Ha. (64 Jahre): „Ich habe schon darüber nachgedacht, das liegt einfach daran, daß ich jetzt seit den Anfällen nicht mehr so viel in den Kopf zu nehmen habe als vorher. Hier in der Anstalt brauche ich nicht mehr an das alles zu denken, worüber ich mir früher den Kopf zerbrechen mußte, und deshalb habe ich seit den Anfällen so wenig

---

<sup>1</sup> Daß jedoch auch, wie der letztgenannte Patient von sich angibt, ein Einfluß der stattgehabten Träume bzw. der Traumstimmungen auf die Stimmungslage des nächsten Tages vorkommt, kann, wer viel träumt, nicht selten erleben. In der Mehrzahl der Fälle bleibt dieser Einfluß jedoch unbemerkt. Nach *Hoche* ist ein derartiger Einfluß der Träume anzunehmen, wenn abendliche Verstimmungszustände auch noch am Morgen andauern. „Die Affekte pflegen meist die Nacht nicht zu überdauern.“ Man kann auch, leider nicht sehr häufig, diese Wirkung der Traumstimmung bewußt erleben, wenn man z. B. auf der Höhe der Traumstimmung vielleicht durch sein eigenes Lachen in ausgezeichnete Stimmung erwacht. Diese Erlebnisse sind nicht gerade häufig, haften aber im Gegensatz zu anderen Traum-erlebnissen sehr stark im Gedächtnis. In der Mehrzahl der Fälle ist die Traumstimmung jedoch unangenehm.

<sup>2</sup> Auch der Normale pflegt im Fieber sehr viel zu träumen, während die fast durchgängig selten oder gar nicht träumenden Paralytiker auch im Fieber keine Steigerung ihres Traumlebens angeben!

geträumt.“ Eine Patientin (Le., 51 Jahre) hat für das frühere lebhaftere Träumen einen besonderen Namen geprägt und bezeichnet es als „Kinderträumen“. Diese Patientin gibt an, auch jetzt noch viel zu träumen, doch wesentlich weniger als vor den Anfällen. Ähnlich gibt ein Patient Schö. an, seit den Anfällen überhaupt nicht mehr zu träumen. Die letzten Traumerlebnisse, die er am Morgen seinen Angehörigen mitgeteilt hätte, hätte er gegen Ende seiner Schulzeit gehabt, nachdem er schon einige Zeit vorher Anfälle bekommen hätte. Er erinnere sich jetzt natürlich nicht mehr an den Inhalt seiner damaligen Träume, sondern nur daran, daß er sie sehr häufig seinen Angehörigen erzählt hätte. Seit der Zeit hätte dann das Träumen völlig aufgehört. Auch dieser Patient hat sich schon darüber Gedanken gemacht, daß er jetzt „so gut“, d. h. traumlos schliefe, seit er die Anfälle hätte. Er glaubt, daß die Ursache darin zu suchen sei, daß er als junger Mensch Brom in sehr erheblichen Dosen bekommen hätte; dadurch sei sein Gedächtnis in starkem Maße geschädigt worden, und das sei die Ursache für die Traumlosigkeit seines jetzigen Schlafes. Ähnlich berichtet eine Patientin (Wa., 40 Jahre). Auch sie hat während ihrer Jugend viel geträumt und am Morgen ihren Angehörigen davon erzählt. Das hätte seit ihren Anfällen ganz aufgehört. Jetzt hätte sie seit Jahren schon keine Traumerlebnisse mehr gehabt. Öfter wiederholte Explorationen unmittelbar nach dem Aufwachen bzw. nach dem Aufwecken brachten keine Traumerlebnisse zum Vorschein.

Auch bei diesen Angaben über Veränderungen des Träumens seit dem Auftreten der Anfälle ist nicht ohne weiteres in diesen Anfällen bzw. den durch die gesetzten Veränderungen die Ursache zu suchen. So hat z. B. bei den zuletzt erwähnten Patienten mit seit den Anfällen seltener gewordenen Träumen dieses zum Teil sicher die gleichen, wenn auch ebenfalls nicht geklärten Ursachen wie beim Normalen, die in irgendwelchen durch das Alter hervorgerufenen Veränderungen zu suchen sind, um so mehr, als das Alter der Patienten dieser Gruppe durchschnittlich ziemlich hoch ist, zwischen 38 und 64 Jahren. Auch beim Normalen nimmt das in der Jugend je nach Veranlagung häufigere oder seltenere Träumen im allgemeinen mit zunehmendem Alter ab. Das gleiche Ergebnis fand sich auch bei den Patienten sämtlicher anderen Krankheitsgruppen. Immerhin werden in manchen dieser Fälle die epileptischen Veränderungen selbst beim Zustandekommen des veränderten Traumlebens eine wesentliche Rolle spielen. Wenigstens wird man nach den oben angeführten Angaben verschiedener Patienten einen Kausalzusammenhang annehmen müssen. Nur ein Patient in hohem Alter (s. oben) gibt an, seit den Anfällen sehr viel mehr zu träumen als vorher.

##### *5. Unmittelbare Beziehung zwischen Anfall und Träumen.*

Für die Zeit des epileptischen Anfalles selbst besteht völlige Erinnerunglosigkeit; selbstverständlich würden aus diesem Grunde schon

evtl. Traumerlebnisse im Anfall selbst nicht erinnert. Man darf jedoch mit Sicherheit annehmen, daß während eines Anfalles überhaupt kein Träumen stattfindet: Es handelt sich eben nicht um einen Schlaf, sondern um eine schwere Bewußtseinsstörung<sup>1</sup>.

Aber auch der wirkliche Schlaf unmittelbar nach einem Anfall wird von fast sämtlichen Patienten, die überhaupt nach ihren Anfällen zu schlafen pflegen und über ihr Träumen oder Nichtträumen in diesem Schlaf Auskunft geben, als traumlos bezeichnet. Es handelt sich also um den Schlaf nach einem Anfall am Tage, aus dem Wachzustand heraus, aus dem nach kürzerer oder längerer Zeit der Patient durch Tageshelligkeit, Geräusche der Umgebung usw. geweckt wird. Der Schlaf nach einem Anfall in der Nacht, wobei sich also an diesen Schlaf nach dem Anfall noch ein, durch die fehlenden Weckreize bedingter Nachtschlaf anzuschließen pflegt, verhält sich etwas abweichend. Dabei scheint die Schwere des Anfalles keine sehr wesentliche Rolle zu spielen für die Traumlosigkeit des sich ihm evtl. anschließenden Schlafes. Sie, die Schwere des Anfalles, hat jedoch insofern einen Einfluß auf den Schlafzustand, als dadurch der Schlaf vertieft bzw. verlängert werden kann. Traumlos war dieser Schlaf bei unseren Epileptikern fast immer. Nur 2 Patienten (Männer, Wenigträumer) gaben an, manchmal in diesem Schlaf Traumerlebnisse zu haben, und zwar ängstlicher Natur. Mehrfach unmittelbar nach einem derartigen Schlaf — entweder nach spontanem Aufwachen oder nach Wecken — gaben auch diese durchweg an, nicht geträumt zu haben. Vielleicht ist die Traumlosigkeit dieses unmittelbar einem Anfall folgenden Schlafes zurückzuführen auf die abnorme Tiefe dieses Schlafzustandes, der seinerseits wieder hervorgerufen sein könnte durch die körperlichen Anstrengungen, die beim Anfall auftreten und die dadurch bewirkte hochgradige Ermüdung. Es hätte also der abnorm tiefe Schlafzustand nach einem Anfall eine Herabsetzung oder Aufhebung des Träumens bzw. der Beobachtung desselben zur Folge. Es wäre das die gleiche Erscheinung wie beim Normalen, bei dem ebenfalls der tiefe Schlaf traumlos zu sein pflegt, also in der Regel der Schlaf der ersten Stunden — an den wenigstens keine Erinnerung mehr besteht — während gegen Morgen bei Flacherwerden des Schlafes Träume häufiger werden. Es scheint jedoch, als ob, abgesehen von dieser Möglichkeit, auch die im Anfall veränderten Hirnzustände selbst diese Herabsetzung bzw. Aufhebung des Träumens bewirken. Beachtenswert ist bei der Angabe der

---

<sup>1</sup> Nichttraumlos dagegen, wenigstens nicht immer war der Schlaf bei einem 14jährigen Narkoleptiker im Anfall selbst. Diese Tatsache, daß Narkoleptiker träumen, auch während der Anfälle, hat übrigens schon *Gowers* beobachtet. Sie läßt sich auch in differentialdiagnostischer Hinsicht verwerten, zur Unterscheidung eines narkoleptischen vom pyknoleptischen Anfall. Der letztere ist eben kein Schlaf, sondern eine mehr oberflächliche Bewußtseinsstörung im Gegensatz zum wirklichen narkoleptischen Schlaf.

Traumlosigkeit des Schlafes nach einem Anfall, daß von den 13 epileptischen Personen, die überhaupt eine Auskunft, und zwar — mit Ausnahme der oben erwähnten — alle die gleiche geben, 7 zu den vielträumenden Patienten gehören, die zum Teil keinen Schlaf ohne Traum kennen. Es gewinnt dadurch die Angabe der Traumlosigkeit dieses erwähnten Schlafes sehr an Wahrscheinlichkeit.

Etwas abweichend bezüglich der Traumlosigkeit von diesem meist kurzen Schlaf nach einem Anfall aus dem Wachzustand heraus mit Wachwerden durch Tageshelligkeit, Geräusche der Umgebung usw. scheint sich der Schlaf nach einem Anfall in der Nacht zu verhalten, wenn also der Patient nicht durch äußere Reize geweckt wird, sondern wenn dieser Anfallsschlaf in den Nachtschlaf übergeht. Auch von diesem Schlaf wird von der Mehrzahl der Patienten, die überhaupt nachts Anfälle haben und danach weiterschlafen, Traumlosigkeit angegeben, insgesamt von 11 Patienten, doch machen 3 Patienten eine Ausnahme (Wenigträumer). Diese geben — glaubhaft — an, in Nächten mit Anfällen gegen Morgen manchmal, jedoch nicht regelmäßig, mehr zu träumen, als in anderen Nächten, und zwar immer ängstlich, als wenn sie jemand verfolgt, ihn aber nicht einholen könnten; als wenn sie selbst verfolgt würden usw. 3 vielträumende Patientinnen (Lae., Sche., Ah.) bei denen nicht selten nachts Anfälle auftreten, gaben spontan an, aus dem Geträumt- oder Nichtgeträumthaben während des Nachtschlafes schließen zu können, ob ein Anfall stattgefunden hat oder nicht, auch dann, wenn keine sonstigen Zeichen (Verletzungen usw.) am Morgen auf ihren Anfall hindeuteten. Längere Zeit regelmäßig durchgeführte Traumbefragungen bei diesen Patienten ergaben: Träumen in jeder Nacht, ausgenommen die mit Anfällen. Wiederholt gaben diese Patienten am Morgen nach einem Anfall in der Nacht an: „Ich habe diese Nacht so gut geschlafen und nicht geträumt, ich habe sicher einen Anfall gehabt.“ Allgemein gaben sämtliche Patienten dieser Gruppe — mit den 3 oben erwähnten Ausnahmen — an, in Nächten mit Anfällen nicht zu träumen. Dementsprechend wurde die am Morgen nach einer Nacht mit stattgefundenem Anfall gestellte Frage nach Träumen meist verneint, höchstens einmal offengelassen: Ich weiß nicht, aber ich glaube nicht <sup>1</sup>.

Es ist nun nicht anzunehmen, daß diese so gut wie jede Nacht träumenden Patienten in der Anfallsnacht überhaupt nicht träumen. Man wird

<sup>1</sup> Völlig andere Angaben macht eine, kurz vor Abschluß dieser Arbeit aufgenommene Patientin (19 Jahre), die in Nächten mit Anfällen ebenso viel zu träumen angibt, meist sogar mehr, als in anderen Nächten. An der Diagnose Epilepsie ist kein Zweifel. Die Patientin zeigt außerdem ausgeprägte hysterische Züge und ist eine ausgesprochene Pseudologistin. Bezüglich der Traumhalte behauptet sie, in Nächten mit Anfällen immer von „Liebe“, in den übrigen von ihren Angehörigen zu träumen und behauptet, aus diesen Inhalten mit ziemlicher Sicherheit erschließen zu können, ob ein Anfall stattgefunden hat oder nicht, auch bei Fehlen sonstiger Anzeichen.



vielmehr mit großer Wahrscheinlichkeit für den Schlaf vor dem Anfall Träume annehmen dürfen, an die aber keine Erinnerung zu bestehen pflegt, falls nicht, wie im Falle Ste. (s. unten) sich zwischen diesen Schlaf vor dem Anfall und den Anfall selbst ein Wachzustand einschleibt. Man kann diese Erinnerungslosigkeit an stattgehabtes Träumen im Sinne einer retrograden Amnesie, hervorgerufen durch den Anfall, deuten, wobei die ganz oberflächlich haftenden schon normalerweise außerordentlich schnell vergessenen Traumerlebnisse wesentlich stärker und ausgedehnter betroffen würden als Wachbewußtseinserlebnisse. Doch könnte man auch ohne diese Annahme für das Vergessen der Träume auskommen und die gleichen Gründe dafür anführen, wie sie *Hoche* für das Nichterinnern von solchen Träumen bringt, die an Strecken flacheren Schlafes geträumt werden, eingeschlossen von Perioden tiefen und traumlosen Schlafes. „Es gilt für das Erinnern das allgemeine Gesetz, daß wir, um an bestimmte Vorstellungen oder Vorstellungsgruppen heranzukommen, seelische Fäden haben müssen, die uns hinleiten; diese Verbindungsfäden sind vorhanden, wenn der Traum nach und nach in den wachen Bewußtseinszustand übergeht; sie fehlen aber dann, wenn die mitten in der Nacht ablaufenden Träume durch lange Strecken der Bewußtlosigkeit von dem Zeitpunkte des Erwachens getrennt sind.“ Bei den Epileptikern mit nächtlichen Anfällen schiebt sich nun zwischen den Vorschlaf mit evtl. Träumen und das Erwachen eine schwere Bewußtseinsstörung mit — wenn vorhanden — im allgemeinen tiefem, bei unseren Epileptikern fast immer traumlosen Schlaf: es fehlt die Verbindung mit den Träumen des Vorschlafes. In einem Fall (Ste.) war der Patient unmittelbar vor einem Anfall wach geworden mit der Erinnerung an stattgefundenes lebhaftes Träumen. Einige Minuten später, während Patient seine Träume schriftlich fixieren will, erfolgt ein nicht sehr schwerer Anfall mit folgendem Schlaf. Am nächsten Morgen erzählt Patient spontan, daß er bis zum ersten Erwachen sehr lebhaft geträumt hätte, sich auch, wach geworden, sehr gut an seine Traumerlebnisse im einzelnen hätte erinnern können. Der spätere Schlaf nach dem Anfall, an den Patient sich erinnert, wäre dann traumlos gewesen. Jetzt erinnere er sich nicht eigentlich mehr daran, daß er geträumt habe, sondern nur noch daran, daß er in dem wachen Zustand unmittelbar vor dem Anfall an das Träumen vorher gedacht und darüber etwas aufgeschrieben habe. Die geringen Traumaufzeichnungen erschienen ihm fremd, jedenfalls nicht als von ihm geträumt.

#### 6. Verwendung in diagnostischer Hinsicht.

Wir sehen also, daß der unmittelbar einem Anfall folgende Schlaf fast durchweg traumlos ist. Traumlos, d. h. traumerinnerungslos, ist auch der einem Anfall unmittelbar vorhergehende Schlaf, aus dem heraus

sich der Anfall ereignet. Daß diese für unsere Epileptiker fast ausnahmslos zutreffende Tatsache auch in differentialdiagnostischer Hinsicht gewisse Anhaltspunkte geben kann, zeigen folgende Fälle:

41jähriger Patient wird seiner fraglichen Epilepsie wegen zur Begutachtung eingewiesen. Angeblich häufige Anfälle, und zwar nur nachts, an die er keine Erinnerung zu haben angibt. Er wisse von diesen Anfällen nur durch Darstellungen seiner Frau. Schildert dann typische epileptische Anfälle. Auf Befragen nach seinen Träumen erklärt er, er träume an sich sehr viel und intensiv. In den Nächten jedoch, in denen er diese Anfälle hätte — meist seien es mehrere — träume er besonders viel.

Diese Angabe widersprach unseren oben dargelegten Ergebnissen bezüglich des epileptischen Traumlebens. Die weitere Untersuchung und Beobachtung ergab dann: keine Epilepsie, sondern Rentenneurose mit willkürlich produzierten Anfällen.

Ähnlich verhielt es sich in einem 2. Falle, ebenfalls zur Begutachtung eingewiesen. Auch bei ihm traten angeblich im Anschluß an eine Kopfverletzung Anfälle auf, die von der vorgutachtenden Stelle als epileptisch bezeichnet wurden. Anfälle waren ärztlicherseits dort nicht beobachtet worden; die Diagnose stützte sich auf Schilderung des Personals. Auch in diesem Falle ergab die Exploration wie im Falle 1: Häufiges Träumen im allgemeinen, besonders gesteigert und intensiv im Anfallsschlaf. Die weitere monatelang dauernde Beobachtung, während der häufig Anfälle auftraten, bestätigte dann zweifelsfrei die Vermutungsdiagnose: Hysterischer Psychopath, Rentensucht.

Gerade die Differentialdiagnose dieser beiden Krankheitsgruppen: Epilepsie — Psychopathie (Hysterie) ist ja nicht allzuseiten. Bezüglich ihres Träumens in einem Schlaf mit Anfällen scheinen sich beide nach unseren Ergebnissen so zu unterscheiden: Der Epileptiker träumt in einem solchen Schlaf durchweg nicht<sup>1</sup>. Der Psychopath (Hystericus) dagegen sehr viel, wie er überhaupt viel träumt. Viel träumen an sich ist kein Unterscheidungsmerkmal: Auch der Epileptiker kann ein Vielträumer sein. Der Psychopath (Hystericus) jedoch ist seinem Wesen nach ein Vielträumer, wie unsere Untersuchungen an einer größeren Zahl derartiger Persönlichkeiten zeigte.

Auch in Fällen, wie dem oben angeführten Fall 1 mit der Klärung der Frage: Epilepsie — Rentenneurose, wird man mit der Frage nach Träumen auch dann diagnostisch verwertbare Resultate erzielen können, wenn es sich nicht um psychopathische (vielträumende) Personen handeln sollte, was jedoch meist der Fall sein dürfte. Selten wird ein Epileptiker — wenigstens war es in fast allen unseren Fällen so — auch nicht auf Suggestivfragen — angeben, er träume im Anfallsschlaf. Der Rentenjäger dagegen wird, bei geschickt gestellten Fragen, in der Annahme, daß gerade das Vielträumen ein besonders bedrohliches Zeichen sei, sofort erklären: Er träume sehr viel, und zwar dann besonders, wenn er seine epileptischen Anfälle hätte. Es ist dabei durchaus denkbar — wenn auch bei der meist vorhandenen Psychopathie nicht wahrscheinlich —, daß derartige Rentenjäger an sich selten träumen. Auch bei unserem Fall 1 konnten durch Fremdbeobachtung (Beobachtung auf Sprechen,

<sup>1</sup> Vgl. jedoch Anmerkung auf S. 152.

Bewegungen im Schlaf und ähnliches) während mehrerer Wochen von der Nachtwache ausgeführt, keine sicheren Zeichen für stattfindendes Träumen festgestellt werden.

Gleichgültig jedoch, wie das Träumen eines solchen Patienten an sich auch beschaffen ist, ob er viel oder wenig träumt: Seine Angabe, im Schlaf mit Anfällen zu träumen, spricht zunächst gegen die epileptische Natur dieser Anfälle. In einigen Fällen wurde von derartigen Patienten sogar angegeben, im „epileptischen“ Anfall selbst geträumt zu haben, ohne daß eine Erinnerung an den Anfall jedoch bestände, da sie vollkommen bewußtlos gewesen wären<sup>1</sup>.

#### 7. *Träumen nach organischen Anfällen anderer als epileptischer Genese.*

Im übrigen scheint die Traumlosigkeit des Schlafes nach Anfällen nicht nur für epileptische, sondern für organisch bedingte Anfälle überhaupt zu gelten, z. B. für paralytische und arteriosklerotische Anfälle. Es sind jedoch bei Paralytikern Angaben über Träumen überhaupt eine Seltenheit<sup>2</sup>, so daß man bei Angabe von Traumlosigkeit eines Schlafes nach paralytischem Anfall diese Traumlosigkeit nicht ohne weiteres als durch den Anfall bedingt ansehen darf, so wahrscheinlich eine solche Annahme auch ist. Bei apoplektischem Insult (Arteriosklerose) ist die Wirkung, gleichsinnig wie nach den epileptischen Anfällen, auf das Träumen sehr langdauernd. In 2 beobachteten Fällen, beide mit Lähmung der linken Körperhälfte, hörte das bis dahin nicht seltene Träumen schlagartig auf. Es begann erst ganz allmählich mit dem Rückgang der übrigen psychischen Ausfallserscheinungen. Auffallend war an den Inhalten der langsam wiederkehrenden Träume, daß sie ausnahmslos sich auf Erlebnisse der ältesten Vergangenheit bezogen und erst nach längerer Zeit, nach weiterem Rückgang der durch den Anfall gesetzten psychischen Veränderungen auch Inhalte jüngeren Datums im Traum erschienen.

#### 8. *Das Träumen in den einem Anfall nicht unmittelbar folgenden Schlafzuständen.*

Wir sahen, daß der Schlaf, der einem Anfall unmittelbar sich anschließt, beim Epileptiker durchweg traumlos ist. Man könnte annehmen, wie oben schon ausgeführt, daß die Traumlosigkeit dieses Schlafes zurückzuführen ist auf die durch die enorme Kräfteleistung im Anfall hervorgerufene große Schlaftiefe, also auf die gleiche Ursache, wie sie dem traumlosen Schlaf des Normalen nach großen körperlichen Anstrengungen

<sup>1</sup> Etwas Ähnliches gibt übrigens auch *Sante de Sanctis* an: „Ein Traum kann den nächtlichen Anfall auslösen und oft erinnert sich der erwachte Epileptische an den Traum, aber nicht an den Anfall.“

<sup>2</sup> Unsere sämtlichen Paralytiker träumten sehr selten oder — in der Mehrzahl — gar nicht; darunter eine größere Anzahl nicht wesentlich abgebauter Patienten. Selbst während ihrer Fieberturen träumten diese Patienten, wie schon erwähnt, nicht mehr als sonst.

zugrunde liegt. War diese große Schlaftiefe nun allein die Ursache der Traumlosigkeit, so war zu erwarten, daß der Schlaf der folgenden Nächte wieder das gleiche dem einzelnen Patienten eigentümliche Traumleben zeigte. Tatsächlich verhält es sich im allgemeinen nicht so. Es traf nur für 2 (alte) Patienten zu, 2 jugendliche Patienten (Frau und Mann) gaben ein gesteigertes, sämtliche übrigen ein herabgesetztes Träumen für die nächsten Nächte an. Man wird aus diesen Angaben schließen dürfen, daß die den epileptischen Anfall auslösenden Hirnvorgänge bzw. der Anfall selbst auch direkt das Traumleben beeinflußt, nicht nur durch die Schlaftiefe.

Im einzelnen waren die Ergebnisse folgende:

Auskünfte über das Träumen in den Schlafzuständen, die sich nicht unmittelbar einem Anfall anschließen, wurden von insgesamt 14 epileptischen Individuen gegeben, und zwar von 7 Männern und 7 Frauen. 10 von diesen sind Vielträumer. Dadurch gewinnen die Angaben, wie oben ausgeführt, sehr an Wahrscheinlichkeit.

2 Patienten, beides Vielträumer in höherem Alter (Stu., 61, Kl., 63 Jahre), träumen in der einem Anfall folgenden Nacht wieder gleichmäßig viel wie immer. Sie bemerken keinen Einfluß des Anfalles auf das Träumen in den folgenden Nächten (Alter der Patienten!). Fast sämtliche übrigen Patienten geben einen hemmenden Einfluß des Anfalles auf das Träumen auch für die folgenden Nächte an.

Patient La.: Das Träumen setzt erst wieder ein, wenn ich normal bin, so in der zweiten oder dritten Nacht, wenn der Puls nicht mehr so schnell geht und ich keine Kopfschmerzen mehr habe.

Patient Schn.: In den ersten 3—4 Nächten träume ich nicht, dann fängt es langsam wieder an.

Patient Gu.: In der ersten Nacht nach einem Anfall träume ich überhaupt nicht. In den folgenden Nächten merke ich keinen Unterschied gegen sonst.

Patientin Le.: In der ersten Nacht nach einem Anfall träume ich nicht. Auch das Träumen der zweiten Nacht ist nicht so lebhaft wie sonst. Aber diese Träume sind sehr deutlich.

Patientin Ja.: In der ersten Nacht nach einem Anfall träume ich gar nicht; auch in der zweiten meist nicht. Das fängt dann in der dritten Nacht im allgemeinen wieder an.

Nur 2 jugendliche Epileptiker (L. und Sche.) geben Mehrträumen nach Anfällen an, das nach einigen Nächten dann wieder zur Norm zurückkehre, falls nicht durch neue Anfälle wiederum Änderungen hervorgerufen würden. Bei der Patientin dieser Gruppe muß zwischen Anfall und Schlaf ein größerer Zwischenraum liegen, damit sie in diesem Schlaf träumt. Ist dieser Zwischenraum nur gering, so träumt sie nicht, wie schon früher ausgeführt. „Wenn der Anfall morgens ist, träume ich in der folgenden Nacht und auch in den nächsten 2—3 Nächten sehr viel. Ist dagegen der Anfall erst nachmittags, so träume ich in der folgenden Nacht gar nicht, wohl aber in den nächsten 2—3 Nächten mehr und intensiver als sonst. Das geht dann auch nach 2—3 Nächten wieder vorüber.“

## 9. Traumäquivalente.

In der älteren Literatur ist viel die Rede von Traumäquivalenten des epileptischen Anfalles. Man verstand darunter Träume ganz bestimmter Gestaltung, die ihn — den Traum — als Substitut eines Anfalles erkennen lassen sollten. Nach *Sante de Sanctis* „besteht es in der geträumten Vorstellung des epileptischen Anfalles — der Kranke drückt sich dann aus: ‚Ich habe geträumt, ich hätte einen Anfall‘ —; oder es ist ein Traum, dessen Äquivalenz den Kranken unbekannt ist und sich nur dem Arzt offenbart, wenn er die Formelemente des Traumes analysiert.“ Nach *Ch. Féré* soll ein derartiger Traum „nicht eine Vorstellung ohne Beteiligung eines Anfalles, sondern wirklich ein Anfall in Miniatur, jedoch ohne konvulsive Bewegungen, Abgang von Urin oder anderen vom Beobachtenden am Schlafenden etwa feststellbaren Phänomenen sein“.

Es dürfte zum mindesten sehr zweifelhaft sein, ob man derartiges Träumen vom Anfall als „echten epileptischen Anfall en miniature“ auffassen darf. Auch ein sicher nicht epileptischer Mensch kann gelegentlich einmal — wie Verfasser — von einem epileptischen Anfall träumen.

Wir haben bei unseren Explorationen der Trauminhalte jedesmal auch nach einem Träumen vom Anfall gefragt. Es war auffallend, wie selten Angaben darüber gemacht wurden. Nur 3 Personen, 2 Männer und 1 Frau (Sche., Ha., La.) gaben an, manchmal, aber sehr selten, davon zu träumen. 2 von diesen (Sche.; La.) sind Vielträumer. Mit Ausnahme des La. wird von den beiden anderen nur angegeben, selten vom Anfall geträumt zu haben, ohne daß Einzelheiten dazu angegeben werden. La. gibt an: „Am Tage beschäftige ich mich in Gedanken kaum mit meinen Anfällen. Ich denke wohl mal: Jetzt muß doch bald ein Anfall kommen, doch habe ich dabei nicht die geringste Erregung, besonders keine Angst. Im Schlaf dagegen, wenn ich einmal von meinem Anfall träume, habe ich Angst davor. Es ist mir dann so, als wenn ich einen Anfall hätte und ich reiße dann schnell die Augen auf, um festzustellen, daß alles gar nicht wahr ist.“ Irgendeine zeitliche und noch weniger ursächliche Beziehung dieser Träume zu seinen Anfällen hat er bisher nicht feststellen können.

Oft wird in der älteren Literatur die Möglichkeit der Auslösung epileptischer Anfälle durch einen Traum erörtert und bejaht. „Ein Traum kann einen epileptischen Anfall auslösen und oft erinnert sich der erwachende Epileptiker an den Traum, aber nicht an den Anfall“ (*Sante de Sanctis*). Nach unseren oben dargelegten Ergebnissen wird man die letztere Angabe, das Erinnern eines Epileptikers an einen Traum im Anfallsschlaf, bezweifeln dürfen. Bezüglich der Auslösung eines Anfalles durch einen Traum werden wir, aus dem gleichen Grunde der Erinnerungslosigkeit an Trauminhalte im Anfallsschlaf, durch die eigenen Angaben der Patienten wohl niemals Sicheres erfahren<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Wir haben einzelne hypnotische Versuche in dieser Richtung gemacht, indem wir mehrfach Epileptikern als posthypnotische Suggestion aufgaben, im Nacht-

Es gaben übrigens fast sämtliche Patienten, wie der oben genannte Patient La., an, im Wachzustand sich niemals gedanklich besonders mit ihrer Krankheit zu beschäftigen. Angst vor einem Anfall im Wachzustand wurde auffallenderweise nur von einem unserer epileptischen Patienten (Mann) angegeben. Größtenteils waren sie über die Frage sehr erstaunt und verwundert, ein Beweis, wie fern ihnen derartige Gedankengänge liegen<sup>1</sup>.

Wenn man auch nicht geneigt sein wird, das Träumen vom Anfall als Äquivalent eines solchen anzuerkennen, so wird man in folgenden von einem Patienten Ste angegebenen Traumerlebnissen etwas Ähnliches sehen müssen. Ste. gibt an, daß er, wenn er einen Anfall gehabt habe, in den nächsten Nächten — falls er überhaupt träume — immer schöne und angenehme Träume habe. Träume derartiger Stimmung träten aber oft auch auf vor einem Anfall, so daß bei Auftreten angenehmer, schöner Träume — ohne daß ein Anfall in den Tagen vorher aufgetreten sei — er sich schon überlege, daß heute wohl ein Anfall zu erwarten sei. Wenn er dagegen längere Zeit anfallsfrei gewesen sei, träume er ängstliche, häßliche „schlechte“ Träume. Er selbst hätte sich schon immer überlegt, ob diese häßlichen, unangenehmen Träume nicht einfach ein Ersatz für einen Anfall wären. Je länger eine anfallsfreie Periode bei ihm bestehe, um so unangenehmer, häßlicher würden die Träume — und auch immer seltener — wobei der Inhalt bei den einzelnen Träumen durchaus verschieden ist, insbesondere keine stereotypen Träume auftreten, die früher als besonders häufig bei Epilepsie angenommen wurden<sup>2</sup>.

Auch von unseren übrigen Epileptikern wurden fast niemals, jedenfalls nicht häufiger als beim Normalen auch, stereotypische (dem Inhalt nach) Träume angegeben<sup>3</sup>. Wohl glichen sich die Traumhalte bei unseren Epileptikern insofern, als die eigene Familie und religiöse Inhalte sehr häufig erschienen.

#### 10. Traumhalte bei Epileptikern.

Bei den zahlreichen Traumexplorationen wurden von unseren Patienten alle möglichen Traumhalte angegeben. Sehr selten wurde schlief von einem Anfall zu träumen. Jedesmal wurde diese posthypnotische Suggestion erfüllt und tatsächlich von einem epileptischen Anfall geträumt, wie überhaupt in jedem Fall entsprechender posthypnotischer Suggestion vom angegebenen Inhalt geträumt wurde. Ein Anfall jedoch ereignete sich dabei niemals, was schon daraus hervorgeht, daß der Patient sich an den Traum erinnerte! Auch in der Hypnose selbst gegebene Suggestion eines Anfalles vermochte niemals einen Anfall auszulösen.

<sup>1</sup> Eine Ausnahme machen Verstimmungszustände. In diesen waren die Patienten an sich sehr ängstlich, „düsig“, benommen und gaben dann Angst vor einem Anfall an, ähnlich auch in der Aura.

<sup>2</sup> Auch *Savage* weist darauf hin, daß regelmäßig wiederkehrende Angstträume als epileptisches Äquivalent aufgefaßt werden müßten.

<sup>3</sup> Eine Ausnahme machen die Träume in periodischen Verstimmungen.

auffallenderweise, wie schon erwähnt, vom Anfall selbst geträumt. Dagegen fanden sich, wesentlich viel häufiger als bei Patienten anderer Krankheitsgruppen, Träume mit religiösem Inhalt — „Der liebe Gott ist mir im Traum erschienen“ — und solche von Angehörigen und Heimat, also gleichen Inhaltes, wie sie dem Wachbewußtsein des Epileptikers ebenfalls nicht fremd sind<sup>1</sup>. Davon abgesehen unterschieden sich die Traumhalte nicht von denen bei anderen Krankheitsgruppen.

### 11. Träumen in periodischen Verstimmungen.

Eine Ausnahme machten die Träume während periodischer Verstimmungen, die während der Zeit der Explorationen bei mehreren Patienten auftraten.

Bei einer Patientin (Sche.) traten derartige periodische Verstimmungen mehrere Male nacheinander auf. In allen derartigen Zuständen bei unseren Patienten beherrschte die Depression das Bild. Sie gestaltet auch das Träumen: Ängstliche, schreckliche, aufregende Träume mit Selbstmordvorstellungen überwogen. Dabei ist bemerkenswert, daß diese Träume, wie es besonders bei der erwähnten Patientin Sche. der Fall war, schon kürzere oder längere Zeit vor dem Sichtbarwerden der periodischen Verstimmung auftreten können. Während ihrer erwähnten Verstimmungszustände hat diese Patientin in ihrer Depression dauernd Selbstmordideen geäußert, auch einen sehr ernsthaften Versuch in dieser Richtung unternommen. Nach Abklingen der — sichtbaren — Verstimmung waren dann derartige Gedankengänge im Wachzustand nicht mehr aufgetreten, wohl aber kehrten in ihren Träumen fast jede Nacht noch Selbstmordvorstellungen wieder, und zwar monatelang, trotzdem Patient sich im wachen Zustand in einer durchaus normalen Stimmungslage befand und selbst über diese Träume lächelte<sup>2</sup>. Auffallenderweise hatten also diese Träume trotz ihrer hochgradig depressiven Stimmungslage — nach Abklingen der äußerlich sichtbaren Verstimmung — keinen Einfluß auf die Tagesstimmung. Ähnlich verhielten sich die Träume in diesen Zeiten bei den übrigen Patienten.

### 12. Träumen in Dämmerzuständen.

Auch in den zur zweiten Gruppe vorübergehender epileptischer Psychosen gehörenden Fällen, den Dämmerzuständen, wurde zum Teil

<sup>1</sup> Die Neigung zu pietistischer Frömmigkeit und zur Mystik findet sich ebenso häufig bei Epileptikern wie das auf dem Boden des bei ihnen sehr stark ausgeprägten Egoismus erwachsende Streben, sich und ihre Familie zu loben.

<sup>2</sup> Analoges berichtet *Rosenfeld* von einer Kranken, die, nach einem schweren depressiven Zustand von mehrmonatiger Dauer angab, daß sie seit ihrer Genesung noch im Traum ihre früheren Verstimmungszustände mit den gleichen depressiven Wahnbildungen erlebe. Nach einiger Zeit verloren sich dann die depressiven Traum-erlebnisse.

im Dämmerzustand selbst, zum Teil nach Abklingen desselben nach Träumen gefragt. Soweit überhaupt eine ausreichende Verständigung möglich war und Angaben gemacht wurden, unterschieden sämtliche Patienten genau zwischen ihren evtl. Halluzinationen im Dämmerzustand und ihren Träumen<sup>1</sup>. Diese Patienten führten zum Vergleich ihrer augenblicklichen Erlebnisse mit ihren Träumen immer alte Traum-erinnerungen an, niemals etwa während des Dämmerzustandes geträumte Träume. Bei direkten Fragen nach Träumen im Dämmerzustand wurden solche stets verneint. Mehrfach wurde nach Abklingen der Dämmerzustände angegeben, diese wären „wie ein Traum“ gewesen, ohne jedoch einer zu sein. Ein Patient (Har., Seltenträumer) gab im Dämmerzustand an: Er hätte das Empfinden, als trüge er eine Dornenkrone wie Christus und Nägel an Händen und Füßen. Das wäre aber kein Traum, denn er wäre ja vollkommen bei Bewußtsein. Er könne sich mit jedem unterhalten, verstehe alles, wisse genau, was um ihn vöginge. Früher hätte er auch schon geträumt „das ist etwas Menschliches“. Seine Träume seien mehr *Vorstellungen* gewesen, das, was er jetzt erlebe, sei dagegen *Zustand*.

Allgemein fällt auf, daß die Träume der Epileptiker, besonders deutlich bei den Vielträumern, oft außerordentlich affektbetont sind, auch zu Zeiten psychischer Unauffälligkeit. Häufig zeigen naßgeweinte Kissen die Stärke des Traumaffectes und auch, daß diese Affekte meist depressiv sind. Besonders ängstlich sind die Träume der Epileptiker im allgemeinen nicht, ausgenommen die Träume in periodischen Verstimmungen oder im Prodromalstadium eines Anfalles.

### 13. Träumen unter Opium.

Die Untersuchung über die im folgenden kurz dargestellte Wirkung traumsteigernder Mittel, von denen wir bisher lediglich Opium zur Anwendung brachten, auf das Träumen von Epileptikern bzw. Geisteskranker überhaupt, ist noch nicht abgeschlossen. Nach den bisherigen Ergebnissen steigert Opium allgemein das Träumen, ohne daß diese Steigerung jedoch für alle Patienten gleichmäßig zu sein scheint. Besonders stark ist die traumsteigernde Wirkung des Opiums bei Psychopathen, die ja an sich schon viel träumen. Ihre Träume können unter Opium eine außerordentliche Steigerung der Häufigkeit und Intensität erreichen. Nicht die gleiche Intensitätssteigerung erreicht das Träumen bei — soweit feststellbar und vergleichbar — gleich viel träumenden Epileptikern. Dabei ist bemerkenswert, daß die im vorhergehenden dargestellten Eigenarten des epileptischen Traumlebens bzw. der Einfluß von Anfällen

<sup>1</sup> *Rosenfeld* erwähnt einen jugendlichen intelligenten Epileptiker, der in seinen nächtlichen epileptischen Umdämmerungen eine Art von religiöser Exstase mit Gebeten um Genesung zu erleben pflegte und der ebenfalls versicherte, daß diese Erlebnisse etwas ganz anderes seien, als seine sonstigen normalen Traumerlebnisse.



auf das Träumen unverändert bestehen bleibt, auch bei diesen gesteigerten Träumen. Eine besondere Gestaltung, abgesehen von der Steigerung an sich, scheint das Traumleben Schizophrener zu erfahren, deren Ursache in einer gewissen Aktivierung, Neubelebung bzw. Steigerung ihrer wahnhaften Erlebnisse zu liegen scheint.

### Zusammenfassung.

1. Jeder körperliche Reiz, also auch jede körperliche Krankheit, kann einen Einfluß auf das Träumen ausüben, ohne daß man aber aus der formalen Gestaltung des Traumes bzw. aus seinem Inhalt immer auf den zugrunde liegenden Reiz schließen kann. Ein derartiger Rückschluß ist nur in manchen Fällen möglich und diagnostisch verwertbar.

2. Besonderer Einfluß auf das Träumen ist von Erkrankungen des Zentralnervensystems zu erwarten (Reizträume — Ausfallsträume).

3. Die Möglichkeit des Träumens ist an eine gewisse Entwicklung des Gehirns gebunden. Das Traumleben Schwachsinniger ist gegenüber dem des Normalen herabgesetzt. Intellektuell völlig abgebaute Patienten — unabhängig von der Diagnose — träumen, soweit feststellbar, nicht, d. h. nicht mehr. Zum mindesten träumen sie viel weniger als Normale.

4. Epileptiker können viel, wenig oder gar nicht träumen, ohne daß man aus Intelligenz, Affektivität usw. von vornherein einen Rückschluß auf die Häufigkeit des Träumens ziehen könnte, ebensowenig wie das bei Normalen der Fall ist.

5. Das Träumen nimmt im allgemeinen beim Epileptiker im höheren Lebensalter ab, in gleicher Weise wie beim Normalen und bei Patienten anderer Krankheitsgruppen. Davon abgesehen scheint aber auch der epileptische Prozeß als solcher eine schnellere Abnahme des Träumens hervorzurufen, als es durch den Prozeß des Alterns an sich zu geschehen pflegt.

6. Der Anfall selbst ist immer traumlos.

7. Auch der evtl. Schlaf nach einem Anfall ist im allgemeinen traumlos. (Einige Ausnahmen.)

8. Ereignet sich ein Anfall im Schlaf, so ist der dem Anfall vorhergehende Schlaf traumlos bzw. traumerinnerungslos. Auch der dem Anfall folgende Schlaf, der sich von einem Anfallsschlaf am Tage unterscheidet, ist meist traumlos: Doch finden sich dabei verschiedene Ausnahmen, die in einer solchen Nacht gegen Morgen ängstliche Träume zu erleben angeben. Allgemein war jedoch bei unsern Epileptikern eine Nacht mit Anfällen traumlos (Ausnahmen).

9. Narkoleptiker träumen während ihres Anfalles, Pyknoleptiker nicht (Differentialdiagnose).

10. Der Schlaf ist nicht nur nach epileptischen, sondern nach organischen Anfällen überhaupt, traumlos (Paralyse, Arteriosklerose).

11. Auch für die einem Anfall nicht unmittelbar folgenden Schlafzustände ist im allgemeinen, mit wenigen Ausnahmen, ein hemmender Einfluß des Anfalles auf das Träumen angegehen.

12. Auffallend selten wird vom Anfall geträumt. Ein derartiger Traum kann nicht als Äquivalent eines Anfalles angesehen werden.

13. Daß ein Anfall durch einen Traum ausgelöst werden kann, ist nicht gänzlich auszuschließen. Jedenfalls wird ein solcher Zusammenhang wohl kaum aus der Traumerinnerung des Träumenden feststellbar sein, aus dem oben erwähnten Grunde der Erinnerungslosigkeit an Träume im Anfall bzw. Anfallschlaf bzw. in dem dem Anfall vorhergehenden Schlaf.

14. In der Hypnose durch direkte Suggestion eines Anfalles bzw. im Nachtschlaf mit der posthypnotischen Suggestion eines Traumes vom Anfall konnte bei mehreren Patienten in wiederholten Versuchen kein Anfall ausgelöst werden.

15. Es gibt Traumäquivalente, die im Auftreten unangenehmer, häßlicher Träume bestehen und die so lange anhalten, wie die anfallsfreie Zeit dauert, während dieser Zeit aber immer seltener werden. Nach einem Anfall und auch manchmal kurz vorher wechselt dann der Charakter der Träume, die schön, angenehm werden.

16. Häufigste Trauminhalte bei Epileptikern: Religiöse Dinge — Heimat (Angehörige).

17. Träume in periodischen Verstimmungen und im Prodromalstadium eines Anfalles sind stark affektbetont, meist ängstlich, schrecklich. In solchen Zeiten ist auch die Einstellung des Epileptikers zum Anfall anders (ängstlich) als in normalen Zeiten.

18. Wahnhaftige Erlebnisse im Dämmerzustand werden genau von Traumerlebnissen unterschieden, wobei die wahnhaften Erlebnisse im Dämmerzustand wahrer, realer erscheinen als die Traumerlebnisse. Im Dämmerzustand scheint wenig oder gar nicht geträumt zu werden, bzw. besteht keine Erinnerung an Träume.

19. Opium steigert allgemein das Träumen, wobei die oben dargelegten Ergebnisse, speziell die Wirkung von Anfällen auf das Träumen epileptischer Personen in gleicher Weise gelten.

---

### Literaturverzeichnis.

- Braun, L.*: Herz und Angst. Wien 1932. — *Diepgen*: Traum und Traumdeutung als medizinisch-naturwissenschaftliches Problem im Mittelalter. Berlin 1911. — *Dyroff, A.*: Aufgaben der Traumpsychologie, Vortr. Ref. Zbl. Neur. 1920. — *Eichenberger, E.*: Somatisch bedingte Angstträume. Arch. f. Psychiatr. 1929. — *Eisinger, K.* u. *P. Schilder*: Träume bei Labyrinthläsionen. Mschr. Psychiatr. 1929. — *Feldmann, S.*: Traum und Krankheit, Vortr. Ref. Zbl. Neur. 1931. — *Grünstein, A.*: Das Studium der Träume als Methode der topischen Diagnostik,

Votr. Ref. Zbl. Neur. **1923**. — Die Erforschung der Träume als eine Methode der topischen Diagnostik bei Großhirnerkrankungen. Z. Neur. **93** (1924). — *Hacker*: Systematische Traumbeobachtungen mit besonderer Berücksichtigung der Gedanken. Arch. f. Psychol. **1911**. — *Henning, H.*: Der Traum, ein assoziativer Kurzschluß. Wiesbaden 1914. — *Herschmann* u. *Schilder*: Träumen der Melancholiker nebst Bemerkungen zur Psychopathologie der Melancholie. Z. Neur. **53** (1920). — *Hoche*: Mögliche Ziele der Traumforschung, Votr. Ref. Z. Neur. **1920**. — Sprachbildung im Traum, Votr. Ref. Zbl. Neur. **1921**. — Das träumende Ich. Jena 1927. Schlaf und Traum. Sammlung Wege zum Wissen. Berlin. — *Hoff, H.*: Zusammenhang von Vestibularfunktion, Schlafstellung und Traumleben. Mschr. Psychiatr. **71** (1929). — *Hoke, H.*: Träume von Lungenkranken. Med. Klin. **1930**. — *Kirsch, J.*: Darstellung somatischer Phänomene im Traum. Votr. Ref. Zbl. Neur. **1931**. — *Kiwiet de Jonge, A. J.*: Im Anschluß an *Freuds* Traumerklärung. Groningen 1918. *Köhler, P.*: Beiträge zur systematischen Traumbeobachtung. Arch. f. Psychol. **1912**. *Laignel-Lavastine*: Der semiologische Wert der Träume. Ref. Zbl. Neur. **1926**. *Lévy, J. M.*: Die Flugträume. J. de Psychol. **1928**. — *Mayer, A.*: Bemerkungen über die Bedeutung des Traumes in der Gynäkologie, Votr. Ref. Zbl. Neur. **1932**. *Mitchell, E. Groesbeek*: Der physiologisch-diagnostische Traum, Ref. Zbl. Neur. **1923**. — *Rivers, W. H. R.*: Affekt in the dream. Brit. J. Psychol. **12**, 113 (1921). — *Rosenfeld, M.*: Die Störungen des Bewußtseins. Leipzig 1929. — Die genuine Epilepsie. Berlin-Wien 1929. — *Rynberk, G. van*: Rhythmische Bewegungen im Traum als Symbole der Herzbewegungen. Encéphale **22** (1927). — *Sante de Sanctis*: Die Träume. Medizinisch-psychologische Untersuchungen. Halle 1901. — *Savage, G. H.*: Some dreams and their significance. J. ment. Sci. **58** (1912). — *Schrötter, K.*: Experimentelle Träume. Zbl. f. Psychoanal. **1912**. — *Soesman, F. J.*: Träume von leiblicher Herkunft. Ref. Zbl. Neur. **1928**. — Organreizträume. Ref. Zbl. Neur. **1928**.