

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster i. W. und der Provinzialheilanstalt Marienthal in Münster i. W.)

Über pathologische Neugier und Mangel an Langeweile bei Encephalitis epidemica.

Von
Elisabeth Jacob-Kleffner.

(Eingegangen am 11. Dezember 1933.)

Eine Menge von Untersuchungen erstrecken sich auf die körperlichen wie die seelischen Veränderungen der epidemischen Encephalitis. Besonders auch dem chronischen Stadium hat man seine Aufmerksamkeit zugewendet. Gleichwohl bedürfen noch manche Punkte der Klärung. So hat sich neuerdings der Begriff des „*Dranges*“ (*Stein, Thiele*) als ein Gesichtspunkt für das Verständnis erwiesen. *Thiele* versteht darunter eine „primär gänzlich amorphe, ziel- und richtungslose Entladungstendenz, die sich, ihrer psychischen Repräsentanz nach, als eine unlustvolle Unruhe und Spannung darstellt und die erst in ihrer Auswirkung, in ihrer Betätigung am Objekt, oder infolge Interferenz mit gerichteten, intentionalen Akten sich zu einer inhaltlich bestimmten Handlung gestaltet“. Diese als Dranghandlungen zu bezeichnenden Abläufe stehen mit den Triebhandlungen unterhalb der durch Ziel- und Zweckvorstellungen geleiteten eigentlichen Willenshandlungen.

Neuerdings hat des weiteren *Kehrer* auf die pathologische Neugier und den pathologischen Mangel an Langeweile als psychische Begleitsymptome im chronischen Stadium der Encephalitis epidemica hingewiesen. In seinem Buch „*Die Allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste*“ heißt es: „Es gibt Fälle von chronischer epidemischer Encephalitis, bei denen, wie bei Hirngeschwulstkranken, ein ganz ausgesprochener Mangel der Wahrnehmung und des Bewußtseins der eigenen Steifigkeit, Akinesie und Zittern im Sinne des *Antonschen* Symptomenkomplexes besteht. Die Kranken sind erstaunt, wenn man sie darauf hinweist, daß sie eine schwere Störung derart haben, wie sie andererseits auch oft einen pathologischen Mangel an Langeweile darbieten. Andere chronische Encephalitiker zeigen umgekehrt eine kennzeichnende pathologische Neugier.“

Vor der Untersuchung der pathologischen Neugier und des Mangels an Langeweile sind zunächst die *zugrunde liegenden Begriffe* zu klären:

Kehrer weist darauf hin, daß sich merkwürdigerweise die Normalpsychologie fast gar nicht mit den eigenartigen und dabei doch für das Alltagsleben bedeutsamen seelischen Grundhaltungen der Neugier und Langeweile befaßt hat. Bezüglich ersterer lägen nur die Ausführungen von *K. Groß* über die Neugier beim Kinde vor, und bezüglich letzterer die feinsinnige Analyse von *Hoche*. Er lenkt zunächst die Aufmerksam-

keit auf die ethymologische Ableitung des Wortes *Neugier*. Aus ihr (Stamm „Gier“ in den Worten „Begehr“ und „gern“) ergibt sich als wesenhaft eben das starke, heftige sinnliche Streben, ja triebhafte Verlangen nach Neuem. Im Gegensatz zu *Groß* setzt er Neugierde nicht der Wißbegier oder Wißbegierde gleich, insofern es dem Neugierigen nicht auf ein: mehr *wissen*, sondern auf ein: mehr *erleben* ankomme und zwar gerade in bezug auf die (bzw. von der) Außenwelt (her), d. h. der Neugierige gehe sozusagen auf Eindrücke aus, die er aus der ihm gerade erreichbaren Umwelt herausholen könne. Nach *Kehrer* läuft daher die Neugier viel mehr auf Sensationsgier hinaus als auf Wißbedürfnis. Allerdings bestreitet er nicht, daß bei besonders gelagerten Fällen in der Neugier eine Wißbegier stecke, aber dann doch mehr in zweiter Linie. Nach seiner Ansicht trifft die Definition, die *Groß* von der Wißbegier gegeben hat, eigentlich auf die Neugier zu: „Die Emotion der Wißbegier drängt zu einer weitergehenden, nun schon mehr willkürlichen Betätigung der Aufmerksamkeit dem ungewohnten Eindruck gegenüber. Sie ist, wo sie nicht auf Hemmungen stößt, von Lustgefühlen begleitet und ermuntert so die Seele zu fortschreitender Untersuchung des Objektes.“ Nach *Kehrer* beruht der Unterschied von Wißbegier und Neugier darin, daß jene umfassenden höheren, d. h. also mehr „jen-zeitigen“ Zwecken dient, diese dagegen lediglich der Befriedigung eines augenblicklichen Bedürfnisses. Sie hascht nach Wahrnehmungen, ist mehr oder weniger gleichgültig gegenüber den aus diesem entstehenden Erinnerungsvorstellungen. Gerade insofern sei Neugier ungefähr dasselbe wie Sensationsbedürfnis oder besser: Sensationsgier. Durch die spezifische Hinwendung der Aufmerksamkeit des Neugierigen, die sich zur Sensationslüsternheit steigern kann, auf die Außenwelt soll ein ganz eigenartiger Lustgewinn erreicht werden. Für den Neugierigen sind die Geschehnisse der Umwelt Reize, die in ihm eine Art seelischen Kitzel erzeugen. Weiter erblickt *Kehrer* darin eine besondere Eigenart der Neugier, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, daß der von ihr Beherrschte, ja Besessene auf die Eindrücke von einem *bewegten Geschehen*, nicht etwa nur der ruhenden Landschaft, und zummeist auch ein Geschehen, an dem Mitmenschen irgendwie beteiligt sind, „aus ist“. Der Neugierige sei letzten Endes rein passiv erlebend, auch wenn er sich noch so aktiv, ja dranghaft und beharrlich der Umwelt zuwende. Niemals rege ihn das, was er kraft seiner Aufmerksamkeitseinstellung erlebe, zur Mittätigkeit, und sei es auch nur zur Nachahmung des Handelns derer, deren Tun im Mittelpunkt seiner Neugier steht, an. Insofern sei Neugier kein Plus-, sondern ein Minussymptom. Neugier diene nicht der Lust am Wissen zu irgend einem übergeordneten Zwecke, sondern der Lust an einem spezifischen Lustgefühl, die ihrerseits wohl letztlich der Überbrückung eines dunklen Gefühls seelischer und geistiger Leere, ja vielleicht einer Art Neid auf die Fähigkeit der Umwelt, handeln zu können, entspringe. In der Neugier befriedige sich der Neugierige sozusagen selbst, in der Wißbegier mehr

eine Forderung an sein höheres Ich bzw. soziale Forderungen. Meist komme dieser negative Charakter der Neugier auch darin zum Ausdruck, daß es dem von ihr Beherrschten gar nicht auf eine Bereicherung seiner Erinnerungsschätze, seiner Erfahrungen, seines Wissens und seines Weltbildes ankomme.

Langeweile andererseits definieren wir mit *Hoche* als das peinliche Gefühl der Verlangsamung des Zeitablaufes und des gleichzeitigen Mangels an Interesse an der gerade gegebenen inneren und äußerem Lage. Nach *Illge* wird im System der Psychologie die Langeweile den Kraftgefühlen zugerechnet, also formal bedingten geistigen Gefühlen, die Zeugnis über das Verhältnis zwischen Anforderung und Leistungsfähigkeit im Haushalte der Seele ablegen. Wenn unsere Kräfte in einem mittleren Grade in Anspruch genommen werden, wenn ein zuträgliches Verhältnis zwischen verfügbarer Kraft und geforderter Leistung vorhanden ist, dann stellen sich Lustgefühle ein. Wird aber durch den Mangel an geistiger Aufnahmefähigkeit ein Mißverhältnis hervorgerufen, dann reagiert die Seele mit Unlustgefühlen, und zwar mit der Überreizung, wenn zu viel auf unseren Geist eindrängt, oder mit dem des Bedürfnisses, wenn sich zu wenig darbietet. *Beide* Gefühlsrichtungen können sich zum Gefühl der *Langeweile* verdichten. Die Langeweile ist Zeugin eines gewissen Tiefstandes des seelischen Lebens. Die Seele — als ein Organ der Lebensgestaltung — strebt danach, dieses Gefühl möglichst bald zu überwinden.

Diese psychischen Veränderungen sollen an folgenden Krankheitsfällen dargestellt werden:

Fall 1. A. D., Frau, 37 Jahre alt, ohne Beruf.

Das Vater ist Trinker, die Mutter gesund. Eine Schwester ist hochgradig „nervös“.

Patientin zeigte als Kind weder körperlich noch seelisch irgendwelche Aufälligkeiten. In der Schule lernte sie mäßig. Im Januar 1920 machte sie eine „Gehirngrippe“ durch, im folgenden März stellten sich Symptome der Encephalitis epidemica ein.

Patientin ist groß und kräftig, der Gesichtsausdruck maskenartig, das Mienenspiel sehr dürftig, die Sprache langsam und geziert. Kein Zittern. In den unteren Extremitäten geringer Rigor. Der Gang ist gespreizt und choreiform. Keine Lähmungserscheinungen. Alle Bewegungen sind deutlich verlangsamt.

Die psychischen Erscheinungen sind bei ihr sehr mannigfaltig. Sowohl Ärzten wie Schwestern bringt sie ein ausgesprochenes Mißtrauen entgegen, fortwährend glaubt sie, es würde über sie gesprochen und zwar nur Nachteiliges. Ausgeprägt ist auch ihre Zanksucht, die es bewirkt, daß im Streit mit ihren Mitpatientinnen Handgreiflichkeiten entstehen.

Die Orientierung ist zeitlich und örtlich gut, das Denken ungestört.

Am auffallendsten ist die *Neugier* der Patientin: Wenn eine neue Patientin kommt, macht sie sich sofort an sie heran, fragt sie aus, wer sie sei, woher sie käme, welchen Beruf der Mann oder Vater habe. Wenn die ärztliche Visite kommt, ist sie die erste, die sie entdeckt, um ihre Ankunft dann weiter zu verbreiten. Stehen Arzt und Schwester zusammen, schleicht sie in der Nähe umher und fragt, sobald der Arzt den Rücken kehrt: „Schwester, was hat er gesagt?“ Mit Vorliebe belauscht sie die Gespräche ihrer Mitpatientinnen und versucht, deren Briefe mitzulesen. Ebenso geht es mit Paketen, sie packt sie unaufgefordert mit aus und hat nicht eher

Ruhe, bis sie alles gesehen hat. Typisch ist auch folgendes: Plötzlich muß sie beichten (was sie sonst gar nicht zu tun wünscht). Die Schwester fragt erstaunt nach dem Grunde, worauf sie antwortet: „Ich muß wissen, wie der neue Pater aussieht!“

Im Vordergrund steht bei dieser Patientin die psychomotorische Unruhe, die einen eigenartigen triebhaften Charakter an sich hat. Die Stimmung ist häufig leicht ängstlich, unruhig, selten heiter. Manchmal verfällt sie in eine Art Wutkrampf, besonders wenn sie sich benachteiligt glaubt. Hierbei bleibt die Auffassung gut. Es besteht Agrypnie.

Fall 2. A. C., 38 Jahre alt, unverheiratet, Gerichtsreferendar. Der Vater ist gesund, die Mutter leidet an Epilepsie. Ein Bruder ist sehr reizbar.

Patient selbst war ein guter Schüler, besonders in den oberen Klassen sehr ehrgeizig. In der Zeit der Vorbereitung zum Abitur erlitt er einen „Nervenzusammenbruch“. Anfang 1923 machte er eine „Gehirngrippe“ durch, die mit Fieber, Kopfschmerzen, Bewußtseinstrübung, zeitlicher und örtlicher Desorientiertheit und sehr starker psychomotorischer Unruhe einherging. 2 Jahre später stellte sich das typische Bild des Parkinsonismus ein.

Geistig ist der Patient intakt, Auffassung und Gedächtnis haben nicht gelitten, letzteres scheint im Gegenteil besonders gut zu sein. Er zeigt Interesse für alles und liest auffallend viel.

Um so bemerkenswerter sind die *psychischen Veränderungen*. Reizbarkeit und Neigung zu Zornausbrüchen machen ihn für seine Umgebung sehr unangenehm. Auch ist bei ihm, wie in Fall 1, eine ausgesprochene *Neugier* festzustellen, was aus folgenden Geschehnissen hervorgeht: Mit Vorliebe betritt er in der elterlichen Wohnung die Räume, worin sich Menschen aufhalten, deren Besuch nicht für ihn bestimmt ist. Scheinbar ist er völlig überrascht, in der Tat hat er sich aber genau orientiert, sei es durch Befragen, sei es auch durch Horchen. Sehr gern belauscht er auch Telephonesprache. Ein anderes Beispiel: Es kann vorkommen, daß er, wenn man die Zimmertür öffnet, ruhig davor steht, um zu lauschen. Klingelt es an der Haustür, sieht er schnell durch die Tür, um zu erfahren, wer da ist. Mit Vorliebe pflegt er auch Briefsachen zu lesen, die nicht für ihn bestimmt sind. Zu finden ist er auch bei dem kleinsten Ereignis, das sich in der Stadt zuträgt.

Eine Verlangsamung der seelischen Vorgänge ist nicht vorhanden. Ebenso hat er keinen Mangel an Langeweile. Er hat sowohl Krankheitsbewußtsein wie Krankheitseinsicht und kommt sich sehr bedauernswert vor.

Bei diesem Patienten, der vor Beginn der Krankheit in psychischer Beziehung nichts besonders Auffälliges bot, entwickelte sich allmählich eine eigenartige Wesenveränderung, die nach 2 Jahren von seiner Umgebung bemerkt wurde. Patient neigte öfters zu kleinen Unehrlichkeiten, und es entwickelte sich immer mehr die auffallende *Neugier*. Bemerkenswert sind bei ihm auch die dranghaften Nachtunruhezustände.

Fall 3. A. U., Mann, Holzarbeiter, 36 Jahre alt, unverheiratet.

Angeblich keine Kinderkrankheiten. 1917 bekam er plötzlich heftige Kopfschmerzen, die am anderen Tag vorüber waren und nicht wiederkamen. 1918 machte er eine „Kopfgrippe“ durch, die mit Kopfschmerzen, Fieber und Frieren einherging. 1927 setzten Flimmern vor den Augen und ein Gefühl der Steifigkeit in den Armen ein, das bis 1931 immer mehr zunahm. Allmählich verschlechterte sich die Sprache, und es trat vermehrter Speichelfluß auf. Patient wurde vergeßlicher und bekam häufig Schwindelanfälle. Die Zunge wurde ihm schwerer, er schlief beim Essen ein und nahm an Gewicht ab.

Ausgesprochene Amimie. Konvergenzschwäche des linken Auges. In beiden Armen deutlicher Rigor, angedeutetes Treppenphänomen. Kein Tremor. Typische Haltung. Ausgesprochene Hyperhidrosis, mäßiger Speichelfluß.

Psychisch besteht eine erhebliche Antriebslosigkeit und Inkohärenz, allgemeine Verlangsamung und Denkhemmung, dabei euphorisches Benehmen.

Auch bei ihm ist eine pathologische *Neugier* nachweisbar. Ähnlich wie in Fall 1 steht er neugierig an allen Ecken herum, empfängt die ärztliche Visite und hat überall Fragen und Wünsche.

Fall 4. M. D., verheiratet, 45 Jahre alt.

Aus dem Befund sei hervorgehoben: Patientin macht einen frühzeitig gealterten Eindruck. Maskengesicht. Dürftiges Mienenspiel. In beiden Händen leichter Tremor. In allen Extremitäten ausgeprägter Rigor. Außerordentliche Verlangsamung aller Bewegungen.

Der Intellekt ist intakt, Auffassung, zeitliche und örtliche Orientierung sind gut.

Besonders auffallend ist das Fehlen jeglichen Antriebes. Seit 3 Jahren bereits sitzt sie stets im Sessel, obschon das Gehen ihr keineswegs unmöglich ist. Des Morgens bringt sie etwa eine Stunde lang die Stühle der Stationsveranda in Ordnung. Dies ist ihre einzige tägliche Beschäftigung. Wird ihr andere Arbeit zugewiesen, z. B. das Zupfen von Wolle, beginnt sie zwar mit dieser Beschäftigung, aber schon nach wenigen Minuten hört sie auf, um statt dessen in die Weite zu starren. Wird sie aufgefordert, sich doch weiter zu beschäftigen, wiederholt sich nach kurzer Zeit derselbe Vorgang. An manchen Tagen liest sie auch die Zeitung, aber nur für Augenblicke. Am liebsten sitzt sie ruhig im Sessel, unterhält sich mit niemandem und beschäftigt sich mit nichts. Auf die Frage: „Was denken Sie denn eigentlich den ganzen Tag, wenn Sie so still dasitzen, antwortet sie: „Nichts“ und lacht dabei zufrieden. Auf weiteres Befragen, das sei aber doch sehr langweilig, sagt sie: „Nein, gar nicht.“

Patientin äußert weiter, sie habe noch nie *Langeweile* verspürt, im Gegenteil, die Zeit gehe ihr immer sehr schnell herum, und sie sei oft erstaunt, wenn der Abend schon wieder da sei. Sie sei dann sehr müde, lege sich schlafen und freue sich auf den anderen Tag. Wenn sie an ihre Kinder denke, sei sie wohl traurig, aber meistens sei sie zufrieden. Neugierig ist die Patientin nicht. Um ihre Mitpatientinnen kümmert sie sich sehr wenig, sie kennt wohl ihre Namen, mehr weiß sie jedoch nicht von ihnen. Fragen stellt sie nicht, im Gegenteil, sie antwortet nur, wenn sie angesprochen wird. Außer deutlicher Akinesie und Bradyphrenie ist bei ihr auch die Denkverlangsamung ausgesprochen. Krankheitsgefühl hat sie sehr wenig, dagegen besitzt sie wohl Krankheitseinsicht.

Fall 5. P. B., Mann, ohne Beruf, 53 Jahre alt, verheiratet.

In der Familienanamnese ist nichts Besonderes.

1923 machte er eine „Kopfgrippe“ durch, wonach sich bald körperliche wie seelische Veränderungen einstellten: Allgemeiner Kräfteverfall. Das Wesen wurde stumpfer, mit den Menschen seiner Umgebung geriet er in Streit, und oft „dämmerte er tagelang dahin“.

Orientierung, Auffassung und Gedächtnis sind gut, der einzelne Denkvorgang ist stark verlangsamt.

Psychisch ist eine deutliche Veränderung eingetreten: Patient zeigt ein stumpfes Wesen, er beschäftigt sich sehr wenig. Manchmal, aber selten, liest er zu einem kleinen Teil die Zeitung. Außerdem korrespondiert er mit seinen Angehörigen. Das Schreiben einer Karte dauert ungefähr 2 Tage. Manchmal wird er von der Schwester angewiesen, die Fußböden zu reinigen, aber nach kurzer Zeit steht er wieder beschäftigungslos da. Am liebsten sitzt er in einem Sessel und tut gar nichts. Auf Befragen, was er denn immer denke, antwortet er, er denke gar nichts, er sitze gedankenlos stundenlang im Sessel, und das tue er auch am liebsten. Er habe nicht gern, wenn ihn jemand störe, am angenehmsten wäre ihm, wenn sich niemand um ihn kümmere. Dabei ist er immer guter Stimmung. Patient hat einen ausgesprochenen Mangel an Langeweile. Neugierig ist er gar nicht. Ebenso besitzt er kein Krankheitsgefühl, hingegen geringe Krankheitseinsicht.

Fall 6. R. Sch., Frau, 25 Jahre alt, unverheiratet.

1922 Gehirngrippe, die mit Kopfschmerzen und großem Schlafbedürfnis einherging.

Patientin macht einen frühgealterten Eindruck. Maskengesicht. Gesichtsausdruck ängstlich und ratlos. In Armen und Beinen mäßiger Rigor. Keine Bradykinesie.

Charakteristisch sind die psychischen Veränderungen. Patientin ist sehr leicht reizbar. Wenn ihr eine Beschäftigung nicht paßt, wirft sie unter grobem und lautem Schimpfen alles fort. Ihre Ausbrüche von Zorn und Wut sind so heftig, daß sie mitunter gewalttätig wird. Häufig sind solche Erregungen die Auswirkung einer ausgeprägten Eifersucht: Es ist ihr unerträglich zu sehen, wenn jemand anderes mit der Stationsschwester spricht oder wenn sie sonst nicht zuerst beachtet wird. Auch die Neugier ist bei ihr deutlich ausgeprägt: Wenn 2 Patienten zusammenstehen, macht sie sich unauffällig in deren Nähe zu schaffen, um zu horchen. Ist Besuch im Wartezimmer, paßt sie so lange auf, bis er das Zimmer verläßt und sie ihn gesehen hat. Eventuell fragt sie, wer sie seien, wen sie besuchten usw. Mit einer neu angekommenen Patientin ist sie sehr schnell bekannt, fragt sie eindringlich aus und läßt sie dann wieder laufen. Sie meldet immer die ärztliche Visite an. Hört sie Schritte, läuft sie schnell zur Tür, es darf ihr nichts entgehen.

Andererseits ist bei ihr ein Mangel an Langeweile vorhanden. Patientin ist von einer lebhaften Unruhe und Unrast befallen, sie ist dauernd beschäftigt, auch zu den Ruhezeiten. Sie arbeitet mit Fleiß, aber ohne Ausdauer. Am liebsten ist sie jeden Tag wo anders beschäftigt. Die Zeit geht ihr immer sehr schnell herum. Sie hat nie *Langeweile*. Zu erwähnen ist weiter, daß sie glaubt, dauernd würde über sie gesprochen und ihr Unangenehmes in den Weg gelegt. Patientin besitzt weder Krankheitsgefühl noch Krankheitseinsicht.

In diesem eigenartigen Nebeneinander von Starreerscheinungen und hyperkinetischen Symptomen steht die psychomotorische Agitation im Vordergrund der Erscheinungen. Die allgemeine, eigentlich ängstliche Unruhe, verbunden mit motorischer Rastlosigkeit, hat einen dranghaften Charakter an sich. Die Stimmung ist, wie der Gesichtsausdruck, meist leicht ängstlich.

Neugier und Mangel an Langeweile treten hier nebeneinander auf.

Fall 7. M. H., 29 Jahre alt, unverheiratet.

Der Vater war Alkoholiker, er soll schwermüdig gewesen sein und sich das Leben genommen haben.

Mit 17 Jahren klagte Patientin über zunehmende Kopfschmerzen, Schlafsucht und Müdigkeit. Sie stand den äußeren Vorgängen teilnahmslos gegenüber und war zu keiner Arbeit zu bewegen, weil sie „keine Gewalt über ihre Muskeln habe“. Die Sprache wurde langsamer, Reizbarkeit und Erregung nahmen von Tag zu Tag zu, so daß sie für ihre Umgebung unerträglich wurde.

Seit 2 Jahren liegt Patientin dauernd zu Bett, das Gehen, Stehen und Sitzen ist unmöglich. Salbengesicht. Starrer Blick. Verlangsamte Augenbewegungen. Sprache unverständlich. Hyperhidrosis. Starker Rigor. Erhebliche Antriebslosigkeit.

Auffassung und Gedächtnis, zeitliche und örtliche Orientierung sind gut. Der einzelne Denkvorgang ist stark verlangsamt. Die Stimmung ist meistens heiter.

Auffallend ist ihre Neugier und ihr Mangel an Langeweile. Patientin, die seit 3 Jahren dauernd im Bett liegt, weiß sehr genau, was in ihrer Umgebung vor sich geht. Sie ist darüber orientiert, was sich im anliegenden Tagesraum ereignet. Sie informiert sich sowohl durch scharfes Beobachten als auch auf Grund von Fragen. Letztere stellt sie in Form von Bewegungen als auch durch stoßweise Wortäußerungen. Über die Familienverhältnisse ihrer Mitpatientinnen ist sie genau orientiert, besonders auffallend ist, daß sie das Alter jeder Patientin kennt. Nach den Aussagen der Schwester soll ihre Neugier zu der Zeit, als sie noch nicht zu Bett lag, viel ausgesprochener gewesen sein. Damals habe sie oft und gern gelauscht. Heute beobachtet sie alles vom Bett aus und zwar mit grösster Genauigkeit.

Bei ihr zeigen sich, wie in Fall 6, Neugier und Mangel an Langeweile nebeneinander. Ihre einzige Beschäftigung ist manchmal lesen. Die übrige Zeit beobachtet sie die Menschen und Dinge ihrer Umgebung. Sie spricht fast nie. Auf die Bemerkung: „Wie langweilig muß es Ihnen doch oft sein,“ antwortet sie: „Nein, gar nicht, hier passiert so viel. Es ist mir nie langweilig, das kenne ich gar nicht.“ Sie verlangt nie nach Beschäftigung. Auch die Bücher verlangt sie nicht aus eigenem Antrieb, sie werden ihr gegeben. Es handelt sich hier um eine Vermischung von akinetischen mit hyperkinetischen Symptomen, wobei die außerordentlich starke Bewegungsarmut und Antriebslosigkeit besonders auffallend sind. Ebenfalls ist eine psychomotorische Unruhe bei ihr deutlich wahrzunehmen.

Die obige Betrachtungsweise beschäftigt sich im wesentlichen mit bestimmten psychischen Veränderungen im chronischen Stadium der Encephalitis epidemica. In den 3 ersten Fällen wurde versucht, eine pathologische Neugier nachzuweisen. Der 4. und 5. Fall wurden unter dem Gesichtspunkt des Mangels an Langeweile dargelegt, während in Fall 6 und 7 der Nachweis von pathologischer Neugier und Mangel an Langeweile erbracht werden sollte.

Betrachten wir zuerst die Fälle 1, 2, 3 und 5, so ist bei ihnen eine erhöhte Impulsivität festzustellen, eine Bereitschaft, „Triebhaftes ohne Hemmung in die Tat umzusetzen“. Besonders in Fall 1 und 5 ist eine eigenartige Unrast zu bemerken, die die Patienten bei keiner Beschäftigung ausharren läßt. Personen der näheren Umgebung werden mit Fragen, Bitten und Forderungen bestürmt. Auch wenn man diese Patienten sich selbst überläßt, bleibt die Unruhe.

Bostroem glaubt, daß der scheinbare Überfluß an Antriebsenergie sich dadurch erklären läßt, daß, da bei der Unmöglichkeit von Beherrschungsvorgängen keinerlei Kraft durch Bremsungen verloren geht, der gesamte Energievorrat sich nach außen hin auswirkt und insbesondere von Dranghandlungen zutage tritt. Der Drang läßt eine bestimmte Richtung vermissen und findet mehr zufällig irgend ein Objekt der Betätigung. So ließe sich auch die pathologische Neugier als Dranghandlung analysieren.

Wie schon erwähnt, liegt in den Fällen 1, 2, 3 und 5 eine gesteigerte Impulsivität vor. Mit dieser Steigerung der Impulsivität hängt unmittelbar oder mittelbar eine Menge von Eigenschaften zusammen, indem sie einem vermehrten Äußerungsdrange entspringen: Aufgeregtheit, Zappeligkeit, Unruhe, Hast und Geschäftigkeit einerseits, andererseits, wenn das hemmende Gefühl der Scheu verloren geht, Aufdringlichkeit, Unverfrorenheit, Vorlauigkeit, Taktlosigkeit und Frechheit. Hierunter könnte man als eine ebenfalls aus der Steigerung der Impulsivität resultierende Eigenschaft auch die Neugier zählen.

Kauders und *Fleck*, auch *Stern* haben darauf hingewiesen, daß bei manchen Kindern oder im chronischen Stadium der Encephalitis eine hochgradige Hypervigilanz der Aufmerksamkeit vorliegt, der „Hyper-

metamorphose“ *Wernickes* analog, die bekanntlich *Wernicke* als den „organisch bedingten Zwang, von Sinneseindrücken Notiz zu nehmen und die Aufmerksamkeit darauf zu lenken“, definierte. Nach *Kehrer* kommt zwar die pathologische Neugier unter allen in der Psychopathologie beschriebenen Zuständen der Hypermetamorphose am nächsten. Doch sei sie nicht bloß bei Kindlichen und Jugendlichen mit epidemischer Encephalitis anzutreffen und vor allem nicht jener ohne weiteres gleichzusetzen. *Wernicke* sagt: „Sie (die Hypermetamorphose) läßt sich meist experimentell feststellen, indem man beliebige Sinnesreize in den Bereich der Kranken bringt“ und „die Hauptfolgeerscheinung derselben ist die mangelhafte Lenkbarkeit der Gedanken und die Unfähigkeit, einem geschlossenen Gedankengang zu folgen.“ Danach wäre die Hypermetamorphose wohl am ehesten als Steigerung der Vigilanz der Aufmerksamkeit auf beliebige äußere Sinnesreize bei gleichzeitig erhöhter Ablenkbarkeit im Rahmen motorischer Unruhe bzw. allgemeiner Dranghaftigkeit zu kennzeichnen. Dies letztere trifft nach *Kehrer* bei der pathologischen Neugier der chronischen Encephalitiker nicht zu. Am sinnfälligsten trete sie gerade bei allgemein antriebsarmen, rigidem Kranken in die Erscheinung. Bei diesen werde die über längere Zeit das Tages bestehende Initiative-losigkeit entweder durch eine über mehr oder weniger lange dauernde Erwartungsspannung, ein Lauern auf neue Erlebnisse, welche ihnen durch Vorgänge der Umgegend, insbesondere das Tun und Treiben der möglicherweise oder tatsächlich regelmäßig in dem ihnen gerade zugewiesenen Lebensraum ermöglicht werden könnten, durchbrochen. Oder der Kranke durchbreche seinen akinetischen Zustand, sofern die Umgebung ihm nichts ihn Anregendes biete, indem er aktuellen Vorgängen in seiner weiteren Umgebung sozusagen nachlaufe. Ja *Kehrer* meint, daß bei typischen Fällen mit pathologischer Neugier schon von weitem die Diagnose eines encephalitischen Parkinsonismus selbst bei fehlender typischer Haltung aus der Neigung dieser Kranken erschlossen werden könne, sich an solchen Orten, z. B. auf der klinischen Abteilung, regungslos in Bereitschaftsstellung zu begeben, an welchen tatsächlich am meisten von den Geschehnissen, die gewöhnlich in diesem Raum sich abspielen, zu erhaschen ist.

Die Hypervigilanz tritt in Fall 7 besonders deutlich zutage. Hier jedoch hindert der starke Parkinsonismus durch seine Schwerbeweglichkeit die „Auswirkung der impulsiven Unrast, er wirkt also gleichsam als eine pathophysiologische Zwangsjacke“.

Auch *Thiele* erwähnt kurz einen auffallend neugierigen Encephalitiker, der bei der Visite sofort den Arzt anruft, immer zahlreiche Wünsche hat, vorlaut, aufdringlich und gar nicht los zu werden ist.

Es sollen jetzt die Fälle 4, 5, 6 und 7 unter dem Gesichtspunkt des *pathologischen Mangels an Langeweile* behandelt werden. In allen Fällen besteht ein Rigor und in den Fällen 4, 5 und 6 eine mehr oder minder starke Akinesie.

Am auffallendsten ist jedoch bei ihnen die psychomotorische Störung: eine allgemeine Verlangsamung und Erschwerung psychischer Funktionen.

Bostroem bringt die Bradyphrenie in enge Beziehung zum Ausfall der Automatismen und der dadurch bewirkten „psychomotorischen Umstellung“: Um nämlich den gewöhnlichsten motorischen Forderungen gerecht zu werden, muß der Parkinsonkranke die sonst automatisch ablaufenden Bewegungen einzeln willkürlich einleiten und unterhalten. Die Aufmerksamkeit der Kranken wird so in erhöhtem Maße von den für Bewegung und Haltung nötigen Innervationen in Anspruch genommen, und es bleibt für andere Leistungen wenig Energie mehr übrig. Die Patienten erscheinen also nach außen als teilnahmslos und an der Umgebung uninteressiert, haben jedoch durch die auf Bewegung und Haltung gerichtete erhöhte Aufmerksamkeit einen Mangel an Langeweile.

Hauptmann sieht die gestörte Funktion im Affektleben: Dem Encephalitiker ist alles gleichgültig geworden, er wird von nichts mehr ergriffen. Auch durch die Schwererweckbarkeit des Affektes ließe sich der Mangel an Langeweile mancher Encephalitiker erklären.

In der Literatur hat *Hauptmann* den Mangel an Langeweile kurz erwähnt, er führt einmal die Äußerung einer Patientin an: sie sei allgemein „wurschtig“ geworden, sie „lässe sich treiben“. Es sei ihr alles gleich, sie liege stundenlang auf dem Sofa, ohne sich zu rühren, und es sei ihr dabei nicht etwa langweilig, obwohl sie gar nicht denke.

Auch von *Steck* wurde in der französischen Literatur in einem Falle auf den Mangel an Langeweile hingewiesen. Es heißt da: „Il ne cause jamais à ma visite. A propos de sa maladie, il trouve que c'est long, mais il ne souffre „pas beaucoup“, il ne pense à rien, il ne s'ennuie „pas seulement.“

In den Fällen 6 und 7 — besonders schwere Fälle — treten pathologische Neugier und Mangel an Langeweile nebeneinander auf. Hier liegt ebenfalls eine gesteigerte Erweckbarkeit der Aufmerksamkeit vor.

Auch die *Hypervigilie* gibt uns eine Erklärung für den *Mangel an Langeweile*.

Literaturverzeichnis.

- Bostroem*: Allg. Z. Psychiatr. 7–8, 417 (1930). — *Zbl. Neur.* 56, 435 (1930). — *Fleck*: Arch. f. Psychiatr. 79, 723 (1927). — *Groß*: Seelenleben des Kindes. 3. Aufl. S. 309. Berlin 1911. — *Hauptmann*: Arch. f. Psychiatr. 66, 615 (1922). — *Hoche*: Psychol. Forsch. 258, 3 (1923). — *Illge*: Neue dtsch. Schule 3, 981 (1929). — *Kauders*: Zbl. Neur. 74, 431 (1922). — *Kehrer*: Die Allgemeinerscheinungen der Hirngeschwülste. Leipzig 1931. — *Steck*: Schweiz. Arch. Neur. 14, 163 (1924). — *Stern*: Die Encephalitis epidemica. Berlin 1928. — *Thiele*: Abh. Neur. usw. 36–40 (1926–1927).