

Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen  
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h. c. E. KRETSCHMER)

## Orbitale und hebephrene Verhaltensweisen\*

Von  
**WOLFGANG KLAGES**

(Eingegangen am 21. Oktober 1955)

Wenn wir hier den Versuch unternommen, zwei offensichtlich so wesensverschiedene Bilder vergleichend nebeneinander zu stellen, so ist dies nur deshalb möglich, weil bei beiden der Akzent auf den Störungen des Verhaltens liegt. Es wird sich bei einer solchen Betrachtung zeigen, daß Ähnlichkeiten in der Struktur motorischer und affektiver Abläufe vorliegen, die verständlich machen, daß man klinisch manchmal von einem hebephrenieartigen Orbitalhirnsyndrom oder umgekehrt spricht. Weiter aber wird ersichtlich werden, daß die Ähnlichkeiten der motorischen und affektiven Verhaltensweisen die große Zahl diagnostischer Verkennungen erklärt. Es wird so auch die amerikanische Statistik (BRAATELIEN) verständlich, daß Autopsien von Geistesgestörten in 3,5% cerebrale Neoplasmen aufzeigten.

Wir möchten meinen, daß bei diesen Fehldiagnosen gerade die gleichsinnigen Störungen des motorischen und affektiven Verhaltens entscheidend ins Gewicht fallen. Wir glauben, daß in vielen Fällen nur das Alter oder eine bekannte exogene Ursache, z. B. ein Schädeltrauma uns zu der Diagnose eines Orbitalhirnsyndroms führen, während wir dasselbe Bild als Hebephrenie ansprechen würden, wenn es spontan und bei einem jungen Menschen entstanden wäre. Es erscheint daher gerechtfertigt, zu untersuchen, welcher Art diese Analogien sind, wobei wir jeweils vom Orbitalhirnsyndrom als dem körperlich begründbaren Syndrom ausgehen.

Unsere Untersuchungen stützen sich auf klinisch gesicherte, teilweise bioptisch bestätigte Fälle von Orbitalhirnaffektionen, und zwar in erster Linie auf umschriebene Verletzungen, dann auf PICKSche Stirnhirnatrophien vom orbitalen Typ und Tumoren. Damit wurde in Vergleich gesetzt das Erfahrungsgut an Hebephrenen der vergangenen 5 Jahre an unserer Klinik.

Nach der längst vergessenen Arbeit von L. WELTE und den Mitteilungen von BERGER und GRÜNTHAL haben ja SCHUSTER und dann besonders KLEINER und KRETSCHMER ein psychopathologisches Syndrom herausgearbeitet, das bei

\* Nach einem Vortrag, gehalten auf dem Kongreß d. Ges. deutsch. Neurol. u. Psychiater in Hamburg am 19. Sept. 1955.

Verletzungen, Tumoren und umschriebenen Atrophien des der Orbita aufliegenden basalen Stirnhirns gefunden werden kann, das sich praktisch mit dem Begriff der basalen Rinde von SPATZ deckt.

Wenn man nun zunächst das *motorische* Verhalten bei Orbitalhirn geschädigten und bei Hebephrenen untersucht, so zeigt sich bei beiden eine *Desintegrierung* des Bewegungsspiels. Die motorischen Ansätze verpuffen schnell, es kommt nicht zu gleichmäßig zügigen Abläufen. Alles erfolgt flüchtig und sprunghaft. Die Bewegungen sind überschließend, ausladend. Der unökonomische Einsatz motorischer Abläufe erinnert an den ungerichteten Bewegungstrieb, der erst eine sinnvolle Einteilung und dynamische Steuerung erhalten muß. Die beim Gesunden straff gebündelten Bewegungsabläufe scheinen auseinandergefallen. Es fehlt das, was man sonst im Sprachgebrauch als ausgewogene, gesammelte Motorik bezeichnet. Die Desintegrierung der Motorik läßt sich hier als Wegfall eines übergeordneten Systems ansehen, das offensichtlich einen zügelnden und lenkenden Einfluß hat. Es kommt, ohne daß die motorischen Bausteine selbst zerfallen, zu einer Art Ent-Zügelung. In diese Richtung lenkt auch das gelegentlich zu beobachtende Crescendo-Phänomen, wobei wir sowohl bei den Bewegungen als auch bei der Sprachmotorik ein starkes Ansteigen beobachten können, das immer schneller bis zur Erschöpfung weiterlaufen kann (KRETSCHMER). Wenn wir die Motorik hinsichtlich ihrer Leistung beurteilen, so fällt die Diskrepanz zwischen Bewegungseinsatz und Nutzeffekt auf.

Wir können nun jedoch auf der Ebene orbitaler und hebephrener Verhaltensstörungen nicht erwarten, daß sich bei einer motorischen Desintegrierung ohne weiteres rein elementare isolierte motorische Abläufe eliminieren lassen, wie dies bei Stammhirnerkrankungen zu beobachten ist. Wir haben es ja bei Störungen auf der „orbitalen Ebene“, wenn ich es einmal so sagen darf, nicht mit der „niederen Motorik“ zu tun, wie sie mehr an die phylogenetisch alten Stammhirnanteile gekoppelt ist, sondern es handelt sich hier ja um eine Desintegration der „höheren Motorik“, d. h. komplex strukturierter motorischer Kondensate, die durchsetzt sind von *affektiven* und *rationalen* Einflüssen. Man kann auf dieser höchsten Integrationsstufe Motorik und Affektivität nicht mehr trennen und spricht darum ja auch von der Psychomotorik. Im phylogenetisch-biologischen Längsschnitt sind ja eines Tages Motorik und Affektivität so eng verwachsen, daß man sie nicht mehr voneinander trennen kann und darum beim Gesunden mit weitgehender Sicherheit von der Motorik auf die Affektlage zu schließen vermag.

Was nun die *Affektlage* beim Orbitalhirnkranken betrifft, so zeichnet sich das Gros der Fälle durch eine *Desintegrierung* der Affektivität aus, die Ähnlichkeit mit den hebephrenen oder puberalen Stimmungsäußerungen zeigt. DUUS hat einmal bei einer Reihe von Krankengeschichten

die zur Kennzeichnung der Affektlage bei orbitalen Tumoren benutzten Ausdrücke zusammengestellt und man könnte praktisch mit demselben Vokabular Hebephrene beschreiben. Diese Desintegrierung der Affektivität findet ihren Ausdruck in einer wechselnden, meist flachen Affektlage mit mangelnder affektiver Schwingungsfähigkeit. Dieser Resonanzverlust kann zu Störungen in dem beweglich federnden System zwischen Ich und Umwelt führen, wie sie bei den Orbitalhirnverletzten als Entgleisungen des Taktgefühls und der ethischen Steuerung bekannt sind und von KRETSCMER unter dem Begriff der sphärischen Desintegrierung herausgestellt wurden. Als Beispiel aus unserer Orbitalhirnreihe erwähne ich den Organisten, der während der Andacht das Choralspiel plötzlich unterbrach und zu Tanzrhythmen überging.

Ganz ähnliche Störungen des affektiven Umweltbezugs finden wir auch beim Hebephrenen, nur daß wir in diesem Fall nicht von einer Desintegrierung sprechen, sondern von inadäquatem Affekt oder inadäquatem Verhalten. Diese verwandten Verhaltensstörungen machen verständlich, daß wir sowohl beim Hebephrenen wie auch beim Orbitalhirngeschädigten schwer einen tiefergehenden Kontakt bekommen können.

Vergleichen wir nun noch die *assoziativen* Leistungen, so hat FAUST in jüngster Zeit bei einer Bearbeitung alter und frischer Stirnhirnverletzter herausgestellt, daß sich bei Orbitalhirnschädigungen keine Intelligenzausfälle finden. Das deckt sich auch mit unseren Befunden. Daß es bei Hebephrenen keine intellektuellen Defekte faßbarer Art gibt, wissen wir. Doch haben unsere experimentalpsychologischen Untersuchungen gezeigt, daß bei Orbitalhirngeschädigten die Fähigkeit, eine Zielvorstellung fest zu intendieren, erschwert war, wie wir bereits in früheren Beiträgen zur Stirnhirnpsychopathologie darlegen konnten (KLAGES). Auch die noch nicht abgeschlossenen Vergleichsuntersuchungen bei Hebephrenen lassen bereits durchscheinen, daß es sich gleichfalls bei der Prüfung der Vorstellungsfähigkeit um eine deutliche Erschwerung handelt, gegebene Vorstellungen zu realisieren. Diese speziellen Störungen im Vorstellungsgeschehen erschweren das ausgreifende Planen und Handeln, sie verhindern das, was wir mit STOERRING als *Besinnung* bezeichnen, nämlich die wertreflektierende Stellungnahme zu sich und der Welt, zur Vergangenheit und Zukunft. Sie erklären auch die häufig fehlende innere Auseinandersetzung mit der Krankheit.

Und nun schließt sich wieder der Kreis zum motorischen Verhalten. Auch bei den motorischen Abläufen kommt es nicht zu gezielten, geplanten und vorausberechneten motorischen Einsätzen, sondern der Handlungsbogen, um mit KAILA zu sprechen, hat eine kleine Spannweite und ist auf die Nahwelt eingestellt. Der Orbitalhirngeschädigte wie der Hebephrene wirken daher vielfach präsentisch, augenblicksgebunden.

Wenn wir alles zusammennehmen, so finden wir gemeinsame Züge sowohl im motorischen als auch im affektiven Verhalten und die experimentalpsychologischen Untersuchungen lassen erkennen, daß auch im Vorstellungsablauf Übereinstimmungen vorliegen. Dies macht verständlich, daß im Gesamtverhalten ähnliche Färbungen auftreten können. Gemeinsam im *Gesamtverhalten* ist auch die Unproduktivität, die Tendenz zum Vernachlässigen des Äußeren, die Ausgliederung aus der Sphäre jeglichen zwischenmenschlichen Beziehungsbereiches und schließlich die Isolierung von der Umwelt, der der Kranke irgendwie anders, und zwar qualitativ verändert erscheint.

Neben der praktisch-klinischen Bedeutung einer solchen vergleichenden Betrachtung orbitaler und hebephrener Verhaltensweisen lassen sich natürlich auch eine Reihe reizvoller wissenschaftstheoretischer Ansätze erkennen, die wir aber absichtlich offen lassen. Hier galt es ja nur, von der Ebene orbitaler und hebephrener Störungen aus einen Beitrag zum motorischen Verhalten zu liefern, das sich bei beiden durch eine Desintegration höherer psychomotorischer Abläufe auszeichnet.

### Zusammenfassung

An Hand von vergleichenden klinischen Beobachtungen und Untersuchungen an Orbitalhirngeschädigten und Hebephrenen wurden Ähnlichkeiten in der Struktur motorischer, affektiver und assoziativer Abläufe aufzuzeigen versucht.

Das motorische Verhalten ließ bei beiden Bildern eine Desintegration höherer psychomotorischer Abläufe erkennen. In affektiver Hinsicht fanden sich bei Orbitalhirnkranken Färbungen, die hebephrenen oder puberalen Stimmungsäußerungen ähnelten. Die sphärische Desintegration (KRETSCHMER) Orbitalhirnkranker wurde dem inadäquaten Verhalten Hebephrener gegenübergestellt. Bei einem Vergleich der assoziativen Leistungen fanden sich experimentalpsychologisch keine eigentlichen Intelligenzstörungen, sondern eine Erschwerung, eine Zielvorstellung fest zu intendieren. Es wurde dargelegt, daß durch eine solche Störung im Vorstellungsgefüge das ausgreifende Planen und Handeln schwer möglich ist. Abschließend wurde noch auf gemeinsame Tönungen im Gesamtverhalten eingegangen und auf die beide Bilder oft auszeichnende Unproduktivität, Vernachlässigung des Äußeren, Kontaktsschwäche und Isolierung von der Umwelt hingewiesen.

### Literatur

BERGER, H.: Klinische Beiträge zur Pathologie des Großhirns: Herderkrankungen in der Präfrontalregion. Arch. f. Psychiatr. **69**, 1 (1923). — BRAATELIEN, N. T., and M. GALLAVAN: Brain Tumors in Mental Patients. Dis. Nerv. System **11**, H. 7 (1950). — DUUS, P.: Über psychische Störungen bei Tumoren des Orbitalhirns. Arch. f. Psychiatr. **109**, 596 (1939). — FAUST, C. L.: Zur Symptomatik frischer und

alter Stirnhirnverletzungen. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **193**, 78 (1955). — GRÜNTHAL, E.: Über ein Brüderpaar mit Pick'scher Krankheit. Z. Neur. **129**, 350 (1930). — Über die Erkennung der traumatischen Hirnverletzung. Berlin: S. Karger 1936. — KAILA, E.: Gefühl, Wille, Persönlichkeit, Handbuch der Psychologie von D. KATZ. Basel: Benno Schwabe 1951. — KLAGES, W.: Über Störungen der Vorstellungsfähigkeit. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **193**, 243 (1955). — Frontale und diencephale Antriebsschwäche. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **191**, 365 (1954). — KLEIST, K.: Gehirnpathologie. Leipzig 1934. — KRETSCHMER, E.: Orbital- und Zwischenhirnsyndrome nach Schädelbasisfrakturen. Arch. f. Psychiatr. u. Z. Neur. **182**, 454 (1949). — Verletzungen der Schädelhirnbasis und ihre psychiatrisch-neurologischen Folgen. Dtsch. med. Wschr. **1954**, 1709. — SCHUSTER, P.: Psychische Störungen bei Hirntumoren. Stuttgart: Enke 1902. — SPATZ, H.: Über die Bedeutung der basalen Rinde. Z. Neur. **158**, 208 (1937). — Über Gegensätzlichkeit und Verknüpfung bei der Entwicklung von Zwischenhirn und basaler Rinde. Allg. Z. Psychiatr. **125**, 166 (1949). — STÖRRING, G. E.: Besinnung und Bewußtsein. Stuttgart: Thieme 1953. — WELTE, L.: Über Charakterveränderungen des Menschen infolge von Läsionen des Stirnhirns. Dtsch. Arch. klin. Med. **42**, 339 (1888).

Dr. W. KLAGES, Tübingen, Universitätsnervenklinik, Osianderstr. 22