

XII.

Selbstmordversuch während der Geburt.

Von

Dr. W. Sigwart,

Assistenzarzt an der Universitätsfrauenklinik der Königl. Charité zu Berlin.
(Director Geheimrath E. Bumm.)

Der Geisteszustand der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen hat von jeher für den Geburtshelfer sowohl, wie für den Psychiater und Gerichtsarzt vielseitiges Interesse geboten. Denn die Störungen des Geisteszustandes der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sind so zahlreich in den verschiedenen Formen ihres Auftretens, die ätiologischen Momente, welche in Betracht gezogen werden müssen, so mannigfaltig, die Folgen einer plötzlichen Geistesstörung beim Geburtsact oder im Wochenbett in forensischer Hinsicht so weittragend, dass dies Interesse wohl berechtigt ist und die reichhaltige Literatur älterer und neuerer Zeit, welche die Geistesstörungen in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett zum Gegenstand hat, erklärt.

Die gerichtliche Medicin hat sich der Natur der Sache nach in erster Linie zu befassen mit dem Geisteszustand der Gebärenden, da bei der Geburt und im unmittelbaren Anschluss an dieselbe am meisten Gelegenheit geboten ist zu Gewaltacten, welche einer gerichtsarztlichen Beurtheilung bedürfen. Der Gewaltact wird sich in den überwiegend meisten Fällen gegen das neugeborene Kind richten und durch den Gerichtsarzt wird zu entscheiden sein, ob die Mutter während der That bei vollem Bewusstsein war, oder ob Störungen bei der Mutter nachzuweisen sind, welche die That als Ausfluss einer pathologischen Geistesverfassung erscheinen lassen.

Dörfler¹⁾ hat in Anlehnung an Krafft-Ebing die von diesem aufgestellten Formen der Psychosen der Gebärenden mit weiteren Bei-

1) Dörfler, Der Zustand der Gebärenden. Friedreich's Blätter. Heft IV. 1893.

spielen aus der Literatur belegen können, bei welchen es zu Gewaltacten gegen das Kind kam, unter dem Bilde der *Mania transitoria* oder des *Raptus melancholicus*, oder wo die Kindestödtung erfolgte in einem „in's pathologische Gebiet hinüberreichenden Affect“ oder in „wuthzornartigem Erregungszustand“, wie in dem von Dörfler erwähnten Fall Albert, wo eine 40jährige Erstgebärende unter dem Eindruck des äusserst heftigen Geburtsschmerzes in einem wahren Wuthparoxysmus die Hebamme zur Seite stösst, ihr bis zum Kopfe geborenes Kind aus der Schamspalte herausreisst und an den Bettpfosten schleudert, dass es todt zu Boden fällt.

Weitere Fälle bringt Roustan¹⁾, der vielfach auf Marcé²⁾ zurückgreift. Auch bei Freyer³⁾, welcher die forensische Bedeutung der Ohnmacht während der Geburt zum Gegenstand seiner Untersuchung macht, findet sich reichlich einschlägiges Material, gewonnen aus umfangreichen Umfragen und aus der neueren und älteren Literatur, von welcher letzterer Arbeit die von Jörg⁴⁾ besonders zu nennen ist.

Dass auch die sichere Diagnose der Eklampsie bei der Beurtheilung, ob ein Fall einer forensischen Behandlung bedarf oder nicht, entscheidend sein kann, zeigt der von Siemerling⁵⁾ beschriebene Fall, bei dem es sich um eine Frau handelte, welche in bewusstlosem Zustande mit todttem Kinde, bei welchem die Nabelschnur durchgerissen war, am Boden liegend gefunden wurde. Die sicher nachgewiesene Eklampsie nahm dem Falle jede forensische Bedeutung.

Viel seltener scheint sich der Gewaltact bei der Geburt als Conamen suicidii zu äussern, wenn man absehen will von den Fällen, wo etwa unehelich Geschwängerte aus Furcht vor der ungewissen Zukunft, aus Verzweiflung über ihre hilflose Lage und was dieser psychischen Momente noch mehr sind, ihrem Leben ein Ende zu machen suchen. Hier mag das Eintreten der Geburt höchstens den schon lange erwogenen Gedanken zum Entschlusse haben reifen lassen und dem Entschlusse folgt, beschleunigt durch die mannigfachen psychischen Ein-

1) Roustan, De la Psychicité de la femme pendant l'accouchement. (Etude de Responsabilité.) Bordeaux 1900.

2) Marcé, Tracté de la folie des femmes enceintes. Paris 1858.

3) M. Freyer, Die Ohnmacht bei der Geburt.

4) Jörg, Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangeren und Gebärenden. Leipzig 1837.

5) Siemerling, Casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Charité-Annalen Bd. XIV. S. a. § 52. Bewusstlosigkeit u. s. w. in Siemerling: Streitige geistige Krankheit (Schmidtman, Hdbch der gerichtlichen Medicin. III. Bd.).

drücke, welche auf die Unglücklichen beim Beginn der Geburt Schlag auf Schlag einstürmen, die That der Verzweiflung, welche Andere ja schon bei der sicher festgestellten Thatsache oder auch nur bei der Vermuthung einer eingetretenen Schwangerschaft zur Ausführung bringen. Dass aber Frauen, welche in geordneten Verhältnissen und glücklicher Ehe leben, unter den Schmerzen der Geburt Hand an sich legen, dürfte wohl zu den Seltenheiten gehören.

Auch in der mir zugänglichen Literatur finde ich nur bei Hucklenbroich¹⁾, den Ahlfeld in seinem Lehrbuch citirt, in einem Bericht über Einleitung der Frühgeburt die kurze Notiz, dass eine Mehrgebärende nach dreitägiger Wehenthätigkeit „kurz vor der Entbindung aus Schmerz und Angst“ einen Strangulationsversuch mit einem Rockband gemacht habe.

So darf wohl eine Beobachtung, die ich in der geburtshülflichen Poliklinik der Charité gemacht habe, hier Platz finden.

Die poliklinische Hülfe wurde in Anspruch genommen wegen einer Gesichtslage. Der Volontärarzt, der die Frau zuerst untersuchte, meldete mir, es handle sich um eine 39 Jahre alte Frau, welche fünf spontane Geburten und vier Aborte durchgemacht habe.

Leichte Oedeme beider Beine und der äusseren Genitalien. Geringer Eiweissgehalt des Urins. Ausgetragenes grosses Kind, rechte Gesichtslage, Kinn nach hinten, Gesicht im Beckeneingang. Wehen seit zwei Tagen, Blase vor 16 Stunden gesprungen. Kindliche Herztöne normal. Temperatur der Mutter 38,6. Puls 124. Frau unruhig.

Als ich bei der Frau ankam, fand ich sie in einem tiefen, wie comatösen Zustand, mit schwerer, röchelnder, aber regelmässiger Athmung, mit weiten starren Pupillen, die auf Lichteinfall nicht reagirten, ganz das Bild einer Eklampischen nach dem Anfall. Es wurde mir nun vom Volontär berichtet, die Frau, welche vorher Zeichen starker Unruhe, aber keinerlei Sinnesverwirrung gezeigt, habe sich plötzlich in einem unbewachten Augenblick aus dem Bett geschlichen und sich im Closet mit einer Schnur am Thürpfosten aufgehängt. Er habe die schon Bewusstlose rasch abgeschnitten, auf's Bett gebracht und nach einigen Minuten künstlicher Athmung sei auch wieder die spontane Athmung eingetreten. Auch die kindlichen Herztöne waren noch deutlich zu hören.

Ich entschloss mich, die Frau durch die Wendung zu entbinden, welche durch das Feststehen des Gesichts einerseits und das frühe Abfliessen des Fruchtwassers andererseits sehr erschwert war, aber in tiefer Narkose gelang. Das sehr grosse Kind war leicht asphyctisch, wurde aber bald wieder belebt.

Sowie nun die Wirkung der Narkose aufhörte, begann die Frau, welche bei meinem Eintreffen wie in comatösem Zustande lag und nur auf kräftiges

1) Hucklenbroich, Festschrift zur Feier des 50jährigen Jubiläums der Aerzte des Reg.-Bez. Düsseldorf. 1894.

Anfassen mit Abwehrbewegungen reagierte, eine grosse motorische Unruhe zu zeigen. In starkem Bewegungsdrang begann sie mit den Extremitäten um sich zu schlagen und zu stossen und drohte bei den heftigen Bewegungen des ganzen Körpers aus dem Bette zu fallen. Ausgesprochene Krämpfe wurden nicht beobachtet. Bei dem Versuch, die Frau im Bette zu halten, steigerte sich noch die Unruhe, die Frau verzerrte ihr Gesicht, stiess unarticulierte Laute aus, fletschte die Zähne und biss nach uns, die wir kaum im Stande waren, die Frau zu halten. Unter diesen Umständen war auch eine aseptische Leitung der Nachgeburtsperiode nicht möglich, da wir grosse Mühe hatten, die Hände der Frau von den Genitalien fern zu halten. Nach 20 Minuten Expressio placentae, leichte atonische Blutung. Da es unmöglich war, die Frau in diesem Zustande im Privathause zu lassen, Ueberführung in die Charité. Während des Transportes relative Ruhe der Patientin, nur während des Einladens in den Krankenwagen wehrt sich die Frau gegen die Krankenträger mit dem Ausdruck höchster Angst auf dem Gesichte.

Aus dem mir von Herrn Prof. Ziehen gütigst zur Verfügung gestellten Journal der Abtheilung für Geisteskranke entnehme ich noch folgende Daten: Angaben des Mannes: Der Vater soll Potator gewesen sein, die Mutter an einer Operation gestorben. Die Stiefschwester etwas nervös gewesen. Geschwister gesund. Während der Schwangerschaft kein Kopfschmerz, kein Erbrechen, keine Schwindelanfälle. Vor der Entbindung keine psychische Störung, hat gesprochen wie sonst; nur einmal rief Patientin: Schlägt mich lieber todt, ehe ich solche Schmerzen aushalte.

Patientin war bei der Aufnahme unruhig, stöhnte und schrie; keine Worte oder Aeusserungen. Stark ausladende Bewegungen, die etwas choreoformen Charakter zeigten. Beim Ausziehen stark abwehrend, schlägt nach den Wärterinnen. Auf Hyoscyamin Beruhigung.

Status am anderen Morgen (zehn Stunden nach dem Suicidversuch): Patientin liegt ganz ruhig im Bett, Augen weit geöffnet. Keine Wortverständigung. Die Aufforderung, nachzusprechen, bleibt ohne Erfolg. Reagiert nicht auf Herantreten des Mannes. Auf Nadelstiche lebhafte Reaction. Passiven Kopfbewegungen wird lebhafter Widerstand entgegengesetzt. Augen offen, Pupillen weit. Lichtreflex prompt. Cornealreflex fast Null. Puls 134, regelmässig, klein.

Im Laufe des Tages vollständige Aufhellung. erinnert sich der Anwesenheit des Arztes in der Wohnung. Vom Suicidversuch ab, dessen sie sich noch erinnert, weiss sie nichts Bestimmtes mehr. (Mir giebt die Frau später nach ihrer vollständigen Genesung noch an, dass sie die That begangen habe, in einer fürchterlichen Todesangst. Sie habe die Vorstellung gehabt, man wolle ihr in ihren Schmerzen nicht helfen und die Aerzte seien gekommen, sie zu zerreißen. Von den Vorgängen nach dem Conamen suicidii wisse sie nichts mehr, habe nur noch die Erinnerung an uniformirte Männer (die Krankenträger), welche sie anfassen und ihr das Kind aus dem Leibe reißen wollten. Sie wusste also nicht, dass sie entbunden war, kennt auch mich, da ich erst nach dem Conamen suicidii eintraf, nicht.)

Am 2. Tage Schüttelfrost. Temperatur 40. Puls 140—150, Patientin ab und zu noch unklar, glaubt die anderen Kranken lachen sie aus. Verwechselt noch die Zeiten. Liegt bei Nacht nass.

Am 3. Tage morgens Schüttelfrost, Temperatur 39,0. Puls 150. Völlig orientirt und lucide.

Patientin wird am 6. Tage nach der septischen Abtheilung verlegt, wo sich die Schüttelfröste viermal bei Temperaturen bis zu 40° wiederholen. Sodann langsamer Fieberabfall. Nach nochmaliger Exacerbation mit Schüttelfrost am 16. Wochenbettstage geht die Temperatur zur Norm zurück und die Frau kann am 30. Wochenbettstage geheilt entlassen werden, nachdem sich eine leichte doppelseitige Parametritis bis auf eine kleine Schwielen links zurückgebildet hatte.

Die Seltenheit der transitorischen psychischen Störungen, welche sich eng an den Geburtsact anschliessen, wird von allen Autoren hervorgehoben. Den Psychiatern werden sie weniger zur Beobachtung kommen, als den Geburtshelfern, da eben durch das rasche Abklingen der psychischen Störung nach erfolgter Geburt eine Behandlung durch den Psychiater sich erübrigt. Auch Siemerling¹⁾, der über ein grosses Material verfügt, kann keinen selbst beobachteten Fall anführen.

Diese Seltenheit der psychischen Störungen während der Geburt im Gegensatz zu der relativen Häufigkeit der Puerperalpsychosen ist wohl auch in Zusammenhang zu bringen mit der Häufigkeit der puerperalen Infection, welche in neuerer Zeit besonders von Hansen²⁾ und Olshausen³⁾ als ätiologisches Moment beim Zustandekommen einer Puerperalpsychose betont wird. Diesen Infectionspsychosen reiht Olshausen noch die Gruppe der Intoxicationspsychosen an, sei es, dass sie als eklamptische, sei es, dass sie als urämische Verwirrheitszustände in die Erscheinung treten. Es ist nach diesen klinischen Erfahrungen auch erklärlich, weshalb die Geburtshelfer, voran Olshausen, sich nicht ganz den Psychiatern anschliessen, die bei puerperalen Psychosen neben erblicher Belastung und psychopathischer Disposition die psychischen Momente ätiologisch höher einschätzen. Treten aber zu den psychischen Momenten den Organismus schwächende, somatisch wirkende Vorgänge, wie starker Blutverlust, langdauernder Geburtsact mit intensivem Wehenschmerz hinzu, so ist ein Ausbruch einer Psychose bei dem an und für sich labilen psychischen Gleichgewicht einer Gebärenden, auch ohne Infection, wohl verständlich. Und darin stimmen

1) Siemerling, Graviditäts- und Puerperalpsychosen. Deutsche Klinik Bd. VI. 1904.

2) Hansen, Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1888. Bd. XV.

3) Olshausen, Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1891. Bd. XXI.

auch Psychiater, Geburtshelfer und Gerichtsärzte überein, dass auf dem durch die während der Schwangerschaft sich vollziehenden gewaltigen Umwälzungen im Gesamtorganismus vorbereiteten Boden der Geisteszustand einer Gebärenden durch einen schmerzhaften Geburtsact mächtig alterirt werden kann. Wenn man auch nicht so pessimistisch sein will wie Jörg¹⁾, der alle Gebärenden für mehr oder weniger unzurechnungsfähig hält, so hat doch wohl die Ansicht Dörfler's²⁾ ihre Berechtigung: „Der Geisteszustand einer Gebärenden stellt jeder Zeit einen mehr oder weniger hochgradigen Erregungszustand des Gehirns und seiner psychischen Thätigkeit dar. In den meisten Fällen ist die Zurechnungsfähigkeit entschieden erhalten. Doch sind die geringsten Begünstigungsamomente, wie neuropathische Belastung, abnorme schmerzhafte Wehen, abnorme Widerstände, heimliche Geburt, vorausgegangene Gemüthsdepressionen besonders bei unehelich Gebärenden im Stande, das Gleichgewicht des Geisteszustandes der Kreissenden zu stören. Von der physiologischen Erregung zur pathologischen ist kein allzugrosser Zwischenraum in dieser Phase des Lebens des Weibes“.

Aus demselben Sinne heraus wird auch der „Kindesmord“ nach dem Strafgesetzbuch § 217 nicht als Mord, sondern als vorsätzliche Kindestödtung bestraft³⁾. Es wird also ohne Weiteres eine Handlung im Affect angenommen.

Ueber die Gründe, welche den Gesetzgeber bei der milderen Behandlung der Kindestödtung leiteten und auch darüber, ob diese Gründe die Milderung der Strafe rechtfertigen, sind die Juristen nicht ganz einig. Der Kriminalist Liszt⁴⁾ führt aus, dass die mildere Behandlung der Kindestödtung einerseits in der Stärke der die unehelich Gebärende zur Tödtung treibenden Beweggründe, andererseits in der durch den Gebäract hervorgerufenen Verminderung der Zurechnungsfähigkeit liegt. Ob diese Gründe eine soweit gehende Berücksichtigung verdienen, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls hat der Gesetzgeber den ersten dieser beiden Gesichtspunkte als den entscheidenden betrachtet, da der zweite in gleicher Weise auch bei der ehelich Gebärenden zutreffen kann. Nach Liszt fällt also, wenn auch in geringerem

1) Jörg l. c.

2) Dörfler l. c.

3) § 217. Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tödtet, wird mit Zuchthaus nicht unter 3 Jahren bestraft. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter 2 Jahren ein.

4) Liszt, Lehrbuch des Deutschen Strafrechts. Zehnte Auflage. 1900. S. 293/94.

Grade, neben den psychischen Motiven auch die verminderte Zurechnungsfähigkeit der Gebärenden in's Gewicht. Anders dagegen Wahrenfeld¹⁾. „Der Grund der Milderung, über den man vielfach streitet, liegt keineswegs in dem besonderen Verhältniss der Mutter zum Kinde, auch nicht in der geminderten Zurechnungsfähigkeit, welche man für die Gebärende anzunehmen geneigt ist. Beide Gründe schlagen dem positiven Rechte gegenüber deshalb nicht durch, weil nach ihm die Milderung lediglich der unehelichen Mutter zu Theil wird. In Rücksicht hierauf lässt sich die Privilegirung nur auf das der Thäterin innewohnende Motiv der Furcht vor Schande zurückführen. Demgemäss muss die Tödtung, um als Kindesmord behandelt werden zu können, spätestens gleich nach der Geburt geschehen. Denn der Geburtsact kann, wenn das Kind bereits längere Zeit gelebt hat, kaum verheimlicht werden. Ist er aber publik geworden, hört die Möglichkeit Schande zu verbergen, auf“.

Ich möchte mich gerne der Ansicht zuneigen, dass bei den Gewaltacten während oder gleich im Anschlusse an die Geburt auch bei unehelich Gebärenden die verminderte Zurechnungsfähigkeit, hervorgerufen durch die Aufregungen der Geburt eine wesentliche Rolle spielen, und ich glaube, dass manche unehelich Geschwängerte zur Kindesmörderin wurde, welche während der Schwangerschaft nie daran gedacht oder nicht den Muth gehabt hat, aus Furcht vor Schande ein Verbrechen wider das keimende Leben zu versuchen. Andererseits giebt es Fälle, wo das Motiv der Schande ganz wegfällt und die Mutter, wie in dem oben angeführten Fall Albert in einem pathologischen Erregungszustand ihr Kind tödtet.

Auch in dem vorliegenden Falle, glaube ich, wurde das Conamen suicidii ausgeführt in einem hochgradigen Erregungszustande, welcher zur vorübergehenden Sinnesverwirrung geführt hat. Als Ursache dieser plötzlichen Verwirrung darf wohl angesprochen werden die protrahirte Geburt, verursacht durch die ungünstige Lage des Kindes und den damit verbundenen intensiven Wehenschmerz.

Der gesteigerten Temperatur und dem Eiweissgehalt des Urins bei der Frage der Aetiologie glaube ich kein grosses Gewicht beilegen zu müssen. Gegen die Psychose auf der Basis einer Infection spricht der Umstand, dass die Psychose ausbrach bei ganz geringem Fieber und in gleichem Grade wieder abklang, als das Fieber stieg, so dass die Frau am 3. Wochenbettstage psychisch wieder ganz normal war, während die Temperatur 40° erreichte und von Schüttelfrösten begleitet war.

1) Wahrenfeld in Holzendorff-Kohler's Rechtsencyklop. Bd. II. S. 295.

Eine Intoxicationspsychose war nicht anzunehmen, da einmal der Eiweissgehalt des Urins sehr gering, mit Esbach kaum zu messen war, andererseits doch, wenn der Suicidversuch in urämischer oder eklamp-tischer Verwirrung ausgeführt worden wäre, wie in dem von Olshausen¹⁾ erwähnten Fall, wo eine Eklamp-tische am 3. Wochenbettstage zum Fenster hinausspringt, eine Amnesie bestehen müsste.

Wenn wir nun in einem transitorischen Verwirrheitszustand, hervorgerufen durch die langdauernde Geburt mit ihrem starken Wehenschmerz die Erklärung für den Selbstmordversuch finden können, so müssen wir, wie ich glaube, für den darauf folgenden hochgradigen Erregungszustand die Deutung auf anderem Gebiete suchen: Es ist der Zustand der wiederbelebten Erhängten. Und in der That, das Krankheitsbild, das unsere Patientin bot, stimmt im Grossen und Ganzen vollkommen überein mit der Schilderung Wollenberg's²⁾, der mehrfach Gelegenheit hatte, wiederbelebte Erhängte zu beobachten. Die meisten der von Wollenberg angeführten Symptome treffen auch für unseren Fall zu, so die anfangs absolute Bewusstlosigkeit mit Pupillenstarre, die dann bald hierauf folgende grosse motorische Unruhe, das Ausstossen unarticulirter Laute, automatische Bewegungen (Beugung und Streckung der oberen, Tretbewegungen der unteren Extremitäten, Drehungen um die Längsaxe). Weiterhin das Bild „verworrener Erregung“. Blinder Widerstand gegen Alles, dabei Stöhnen, zeitweise auch Herumwälzen, langsame Rückkehr der sprachlichen Reaction, noch völlige Desorientirtheit und schwere Störung der Auffassung. Allmälige Rückkehr der Pupillenreaction. Nur ein Hauptsymptom, das Wollenberg hervorhebt, die retroactive Amnesie fehlt, doch giebt Wollenberg zu, dass auch Fälle mit aufgehobenem Bewusstsein ohne Amnesie zur Beobachtung kamen.

Dieses Conamen suicidii aber kann für den Geburtshelfer eine Warnung sein, wie sorgfältig jede Gebärende, und sei es in den geordnetsten Verhältnissen, beobachtet und bewacht werden muss. Denn der Fall zeigt, wie leicht die durch eine schmerzhafter Geburt hervorgerufene Erregung sich zu einem Grade steigern kann, welcher unter Umständen zu einer Katastrophe, sei es für Mutter oder Kind, führt.

1) Olshausen l. c.

2) Wollenberg: a) Festschrift der Provinzial-Irrenanstalt Nietleben. 1895. — b) Archiv für Psych. Bd. 31. Heft 1 und 2.