

## VIII.

# Der künstliche Abort bei psychischen Störungen.

Von

**E. Meyer**, Königsberg i. Pr.

Der Aufsatz von Lienau im 53. Band dieses Archivs gibt mir Veranlassung, auf dieses schon einige Male von mir erörterte Thema<sup>1)</sup> noch einmal einzugehen, obwohl genau genommen Lienau praktisch zu von den meinen nicht wesentlich abweichenden Resultaten kommt.

Seiner Zeit (1910 und später) ist von mir als Ergebnis meiner Untersuchungen hervorgehoben, dass bei den sogenannten funktionellen Psychosen, speziell der Dementia praecox und dem manisch-depressiven Irresein eine Indikation für den künstlichen Abort nicht vorliege, ebenso wenig bei der Paralyse und zumeist der Epilepsie, dass am ehesten bei den Depressionszuständen auf psychopathischer Basis der künstliche Abort in Frage komme. Die vorher und nachher erschienenen Arbeiten über dieses Thema kamen im wesentlichen zu dem gleichen Resultat.

Lienau wendet dagegen ein, dass man „nicht lediglich nach bestimmten Diagnosen“ die Frage des künstlichen Abortes beantworten könne, da unsere Diagnostik dazu noch nicht weit genug gefördert sei.

Die Durchsicht von Lienau's Material zeigt aber ohne weiteres, dass auch bei ihm, wie das nicht anders zu erwarten war, die Diagnose psychischer und körperlicher Störungen die Hauptrolle spielt und ja auch spielen muss.

Es kann sich nur um die Würdigung des individuellen Momentes handeln, auf das Lienau besonderen Nachdruck legen will. So berechtigt diese Forderung an sich erscheint, so kommt doch eben die Reaktion des Individuums vorwiegend bei der psychopathischen Konstitution in Betracht, während, von der Paralyse ganz abgesehen, die sogenannten funktionellen Seelenstörungen und auch die Epilepsie in ihrem

1) Klin.-therapeut. Wochenschr. 1913. Nr. 1. — Deutsches Archiv. Bd. 48. H. 2. — Münchener med. Wochenschr. 1912. Nr. 51. — Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 38. H. 3. S. 343.

Verlauf von der Reaktion des Individuums jedenfalls in der Hauptsache unabhängig sind. Es kommt dabei nicht in Betracht, ob und wieweit bei der Entwicklung und Ausgestaltung psychogene Momente von Einfluss sind, für den eigentlichen Ablauf der Erkrankung hat das jedenfalls keine irgendwie erhebliche Bedeutung.

Dass im übrigen allgemeine Erfahrung und Besonderheit des einzelnen Falles bei der Beurteilung zusammenwirken müssen, bedarf keines weiteren Wortes, doch werden wir darauf noch zurückkommen.

Auf Grund meines früher besprochenen und neuen Materials möchte ich in Folgendem noch einmal kurz die Beziehungen der verschiedenen Formen geistiger Störung zur Gravidität und, inwieweit sie zum künstlichen Abort eine Anzeige geben können, wiedergeben. Allgemeine Erfahrungssätze wird man nur gewinnen können, wenn man von der Erkenntnis des Krankheitsbildes, von der Stellung der sogenannten Graviditätspsychosen im Gesamtsystem der Psychosen ausgeht.

In den letzten Jahren ist eine „neue Einteilung der Psychosen und Psychopathien“ vorgeschlagen<sup>1)</sup> gegenüber der der offiziellen Statistik dienenden Gruppierung, die schon sehr lange im Gebrauch ist und den Fortschritten unseres Faches nicht genügend Rechnung trägt. Ohne damit ein Urteil über diesen Vorschlag abgeben zu wollen, möchte ich hier den Versuch machen, meiner Besprechung die neue Einteilung zu Grunde zu legen.

An erster Stelle stehen die originär-paranoischen Formen: Die originär-paranoische Konstitution und ihre pathologischen Entwicklungen (Querulantenwahn, Paranoia).

Hier ist es insbesondere der Eifersuchtwahn, neben dem Querulantenwahn die charakteristischste Form der originär-paranoischen Entwicklungen, die in Beziehung zu den Generationsphasen stehen kann. So hat Schüle schon von einem Laktations-Eifersuchtwahn gesprochen und in der Gravidität ist nicht so selten das Auftreten von einer Art Eifersuchtwahn, insofern besonders, als Frauen, die von jeher eine gewisse Neigung zur Eifersucht haben, nun in der Gravidität und zwar nicht selten in jeder Gravidität ein ausserordentlich starkes Hervortreten derselben zeigen.

Bei einer solchen Patientin z. B., die stark belastet und ausgesprochen psychopathisch war, hatte sich in der ersten Gravidität sehr starke Eifersucht gezeigt, die nach der Geburt zurücktrat, an der aber doch festgehalten wurde. Mit dem Einsetzen der zweiten Gravidität

---

1) Vergl. Einteilung der Psychosen und Psychopathien auf Grund der Heidelberg-Illenauer Bearbeitung.

machte sich die Eifersucht wieder in der gleichen Richtung sehr heftig geltend. Während in diesem einen Falle nur gegen eine Person der Verdacht gerichtet war und somit von einem eigentlichen Eifersuchtwahn noch nicht gesprochen werden kann, war in einem zweiten die Verallgemeinerung der Eifersuchtsideen in den verschiedenen Schwangerschaften sehr ausgesprochen und es trat andererseits in den Zwischenzeiten Krankheitseinsicht ein.

Für solche Fälle, die in der psychopathischen Konstitution wurzeln und somit in ihrer Entwicklung nicht einfach gleichartig verlaufen, muss von Fall zu Fall die Entscheidung getroffen werden, ob etwa Anlass zum künstlichen Abort gegeben ist.

Wie die kurz skizzierten Fälle es zeigen und unsere Erfahrungen über krankhafte Eifersucht sonst es lehren, können der Grad und die Ausbreitung eine sehr verschiedenartige sein. Wenn mir auch klar beweisende Fälle, insbesondere im Zusammenhang mit der Generations-tätigkeit, nicht zur Verfügung stehen, so ist doch wohl die Annahme berechtigt, dass die auffallende Eifersucht als psychopathischer Zug unter vielen anderen sich allmählich unter wiederholten neuen Anreizen, wie sie speziell das Generationsgeschäft bekanntmassen bietet, zu einem ausgesprochenen Eifersuchtwahn steigern kann. Beobachtet man eine solche Entwicklung, so ist ohne Zweifel beim Eintritt neuer Gravidität die Unterbrechung der Schwangerschaft in Betracht zu ziehen, deren Ausführung von der Lage des Einzelfalles mit allen seinen Faktoren abhängt.

An zweiter Stelle stehen die „manisch-depressiven Formen“.

Von einer Reihe von Autoren ist hervorgehoben, dass das manisch-depressive Irresein nicht selten in der Gravidität auftritt und zwar vor allem in der depressiven Phase und dass sich die Anfälle mit einer gewissen Vorliebe wieder in der Gravidität einstellen. Aehnliches gilt auch nach unseren Erfahrungen für das Wochenbett, was für die Frage des künstlichen Abortes kaum weniger an sich Bedeutung hat. Denn wenn wir etwa das Wiedereintreten der Melancholie im Puerperium mit einer gewissen Bestimmtheit befürchten und andererseits erwarten könnten, dem durch die Unterbrechung der Gravidität vorzubeugen, so könnte hierin natürlich an und für sich die Anzeige für die Vornahme des künstlichen Abortes liegen.

Dasselbe gälte, wenn Beobachtungen dafür sprächen, dass z. B. aus der „konstitutionellen Verstimmung“ oder „Erregung“ das ausgesprochene Bild des manisch-depressiven Irreseins unter dem Einfluss wiederholter Schwangerschaften hervorgehen könnte, sei es in der Gravidität selbst, oder im Puerperium.

Tatsächlich liegen die Dinge aber anders. Mag auch das Vorkommen des manisch-depressiven Irreseins während der Generationsphasen häufiger sein, als es nach unseren eigenen, früher mitgeteilten Beobachtungen der Fall zu sein schien, die nur sehr wenige Fälle ergeben, so ist doch die überwältigende Mehrzahl der Fälle manisch-depressiven Irreseins ohne näheren Zusammenhang mit ihnen, sowohl im ersten wie späteren Auftreten. Insbesondere findet sich durchaus kein genügender Anhalt dafür, dass, wenn eine zeitliche Beziehung besteht, nun auch ein innerer Zusammenhang vorhanden ist. Fälle, wo ein depressiver Anfall in der Gravidität, ein anderer zu anderer Zeit usw. sich einstellt, sind nichts Seltenes, und ebenso solche, wo, auch ohne dass eine Gravidität wieder eintritt, die Erkrankung sich nicht ändert, geschweige denn sistiert. Es entspricht das nur der Erfahrung, dass äussere Umstände bei dem manisch-depressiven Irrsein keinen nennenswerten Einfluss ausüben, und es wäre gezwungen, weil die Generationstätigkeit in einzelnen Fällen zeitlich in Beziehung mit den Krankheitsanfällen zu stehen scheint, nun einen tatsächlichen Zusammenhang anzunehmen. Ebensowenig sind bisher Uebergänge konstitutioneller Verstimmung und Erregung in eigentliches manisch-depressives Irresein in einwandsfreier Abhängigkeit von der Generationstätigkeit festgestellt. Daher ist selbst das wiederholte Auftreten von Anfällen manisch-depressiven Irreseins in den Generationsphasen keine Indikation für den künstlichen Abort, da keine Gewähr damit für dauernde Besserung oder Beseitigung der Krankheit gegeben ist und ebenso wenig bei Unterlassen des Eingriffes die Befürchtung einer Verschlimmerung begründet ist.

Bei der Diagnose: Melancholie, als Phase oder Aequivalent des manisch-depressiven Irreseins, ist aber, insbesondere in der Gravidität, daran müssen wir uns erinnern, stets an die Depression der Psychopathen zu denken. Es unterliegt meines Erachtens keinem Zweifel, dass ein nicht geringer Teil der „Melancholien“ der Gravidität, die in der Literatur aufgeführt sind, dahin gehören. Hier die Differentialdiagnose richtig zu stellen, ist für die Frage des künstlichen Abortes, wie ich das wiederholt dargelegt habe, von grosser Bedeutung.

Von den als „andere psychopathische Formen“ zusammengefassten Krankheitsgruppen kommen diese Depressionszustände der Psychopathen, die wir der Untergruppe der „pathologischen Reaktionen“ am besten zuzählen, für den künstlichen Abort am meisten in Betracht, worauf Friedmann zuerst hingewiesen hat.

Meine weiteren Erfahrungen entsprechen durchaus dem, was ich zuletzt darüber ausgeführt hatte<sup>1)</sup>. Der Vollständigkeit halber weise

---

1) Münchener med. Wochenschr. 1912. Nr. 51.

ich darauf hin, dass es sich um Depressionszustände auf psychopathischer Grundlage handelt, bei denen der „Gedankeninhalt ausschliesslich beherrscht wird von den stark affektbetonten Ideen, die an die Schwangerschaft und ihre Folgen anschliessen (Schwangerschaftskomplex). Vielfach waren sie schon lange Zeit vor der Ehe angedeutet, sie treten aber nun mit dem Einsetzen der Gravidität sehr stark hervor, zuweilen zwangsaartigen Charakter annehmend. Es sind vorzüglich Gedanken der Abneigung gegen kleine Kinder, speziell das zu erwartende eigene, das sie nie lieben können würden, ja, hassen müssten, Befürchtungen, dem Manne und aller Welt verhasst und zur Last zu werden und andere mehr, durch individuelle Besonderheiten gefärbt; daran anschliessend die Idee, die Schwangerschaft, Geburt und all die Folgen nicht ertragen zu können, mit Selbstmordideen und Versuchen.“

Gegenüber der Melancholie ist vor allem hervorzuheben, dass die Melancholiker naturgemäss nicht selten das Bestehen der Gravidität auch in ihren krankhaften Ideen verarbeiten, jedoch nie den „Schwangerschaftskomplex“ als ausschliesslichen oder hauptsächlichsten Vorstellungsinhalt aufweisen, während andererseits den Depressionszuständen der Psychopathen die Versündigungsideen mehr weniger fehlen. Von anderen differentialdiagnostischen Momenten sind zu nennen: das Vorhandensein psychopathischer Züge von früher her, das Zurücktreten der einfachen Hemmung, wie sie die Melancholiker zeigen. Während bei den Depressionen des manisch-depressiven Irreseins nach unseren früheren Darlegungen die Indikation zum künstlichen Abort nicht gegeben ist, auch deshalb besonders, weil durchaus keine Gewähr dafür besteht, dass die Melancholie durch das Aufhören der Gravidität beseitigt wird, liegen die Dinge bei der psychopathischen Depression ganz anders. Die psychische Störung steht in ihrem Inhalt in engster ursächlicher Beziehung zur Gravidität und deren Folgen, so dass von vornherein zu erwarten ist, dass sie mit deren Unterbrechung beseitigt wird. Ein Fortbestehen der Gravidität lässt eine Steigerung der krankhaften Erscheinungen zu immer grösserer Depression und Angst und Suizidgedanken dringend befürchten. Durch die Geburt ist eine Besserung des Zustandes in der Regel nicht zu erwarten, im Gegenteil muss man eher mit der Möglichkeit einer Verschlimmerung nach der Geburt rechnen. Es ist daher von der Behandlung solcher Kranken in einer geschlossenen Anstalt bis zur Geburt oder noch länger zumeist kein Erfolg zu erwarten. Eine solche Massnahme ist ausserdem schwer durchführbar, da diese Kranken ja nicht einen so ausgesprochen geistesgestörten Eindruck wie bei echten Melancholien machen.

Weiter auf die psychopathischen Depressionen in ihrer Stellung

zum künstlichen Abort einzugehen, davon kann ich wohl Abstand nehmen, da jedenfalls von psychiatrischer Seite wesentlich abweichende Meinungen nicht geäussert sind. Es ist nur natürlich, dass die Indikationsstellung im Einzelfalle stets sehr schwierig bleiben wird. Sie erfordert nicht nur die Abwägung der Schwere des Falles, sondern auch eine genaue Kenntnis der ganzen Persönlichkeit von Jugend an, sowie aller in Betracht kommenden Verhältnisse. Die Zahl der Fälle mit zwingender Indikation ist nach meinen Beobachtungen übrigens eine sehr seltene. Von grossem Interesse sind besonders die Katamnesen, zwei führe ich hier kurz an. Sie gehören zu dem in der Münchener medizinischen Wochenschrift, 1912, Nr. 5 angeführten Falle und dem ersten meiner Veröffentlichung in der klinisch-therapeutischen Wochenschrift, 1910, Nr. 1.

„In dem einen, noch nicht weit zurück liegenden, ist an sich Be-ruhigung eingetreten, bei Erwähnung der Möglichkeit der Gravidität tritt aber grosse Erregbarkeit, tagelanges Weinen ein. In dem anderen war 1905/06 der Abort ausgeführt und weiterhin die Konzeption vermieden. Die Frau befriedete sich allmählich mehr mit dem Gedanken, Mutter zu werden, zeigte Zuneigung zu Kindern. 1912 gravida, 31. III. 1913 Geburt. „Glückliche Mutter.““

Dieser zweite Fall zeigt ganz besonders, wie ein solcher Eingriff nicht nur Unheil verhüted, sondern schliesslich segenbringend wirkt.

Von den übrigen Formen psychopathischer Konstitutionen und pathologischer Reaktionen kämen hier noch die „hysterischen“ Psychosen in Betracht, insbesondere wenn man die Mitteilungen Saenger's und Lienau's berücksichtigt.

Der „hysterische Charakter“, den die neue Einteilung als Untergruppe der psychopathischen Konstitution anführt, der dem Habitualzustand bei Hysterie oder Psychogenie, der hysterischen psychopathischen Konstitution (Ziehen) gleichsteht, kann, auch wenn akute psychotische Erscheinungen sich bei ihm einstellen und in Verbindung mit der Gravidität zu stehen scheinen, nicht Anzeige zum Abort geben. Einmal spricht nichts dafür, dass gerade in den Generationsphasen der „hysterische Charakter“, wenn wir diesen Ausdruck, über dessen Begrichtigung sich natürlich streiten lässt, festhalten, mit Vorliebe zur Entwicklung käme. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass durch die Generationstätigkeit oder ihr Aufhören der „hysterische Charakter“ beeinflusst würde. Wohl scheint es zuweilen, als ob in der Gravidität Hysterische sich besonders wohl fühlen, oder als ob mit der Geburt des Kindes durch den veränderten Lebensinhalt usw. eine günstige Einwirkung auf den hysterischen Charakter nicht so selten ausgeübt

wird, wir sehen aber auch — wie ich glaube, ebenso häufig — selbst bei den gleichen Kranken genau das Gegenteil, wofür schon spricht, dass man von der früher zuweilen gebrauchten Empfehlung, Hysterische zu ihrer Heilung zu verheiraten, völlig zurückgekommen ist. Ferner kann man ja, auch ohne dass das Generationsgeschäft irgendwie in Betracht kommt, einen gleichen Wechsel der Erscheinungen beobachten, wie es eben das Wesen des „hysterischen Charakters“, die ihm anhaftende Suggestibilität und Affektivität mit sich bringen, die an sich einen irgendwie regelmässigen Einfluss der Generationsphasen ebenso ausschliessen, wie den gynäkologischer Leiden und ihrer Beseitigung.

Alles das, was von uns für den „hysterischen Charakter“ ausgeführt ist, gilt natürlich auch für die kurz dauernden hysterischen psychotischen Erscheinungen.

Eine besondere Besprechung erfordern die sogenannten „hysterischen Psychosen“, d. h. die lange dauernden hysterischen psychotischen Erscheinungen. Dabei ist vor allem zu betonen, dass „hysterische Psychosen“ selten sind und als solche allgemein nur anerkannt werden, insofern sie sich zusammensetzen aus einer Kette, an sich kurzdauernder, hysterisch-psychotischer Erscheinungen von Dämmerzuständen, Schlafzuständen, hysterischem Raptus, Furor usw.

Die Beobachtungen Sänger's und Lienau's geben uns keinen Anhaltspunkt, dass es sich um hysterische Psychosen in diesem Sinne gehandelt hat, ja, nicht einmal, dass es sich, wenn man selbst noch weitere Grenze steckt, um Kranke mit „hysterischem Charakter“ dabei handelte. Aus den wenigen Worten, mit denen z. B. Saenger seinen einen Fall schildert, in dem früher eine Psychose „hysterischer“ Art bestanden habe und während mehrerer Schwangerschaften ein „submanischer“ Zustand sich zeigte und nach der Geburt jedes Mal „ein schwerer hysterischer, ja oft stuporöser Zustand mit hochgradigem Verfall der Kräfte, also eine Erschöpfungspsychose“ in die Erscheinung trat, ist etwas Sichereres nicht zu entnehmen, ganz besonders, wenn man bedenkt, dass bei der Dementia praecox hysteriforme Erscheinungen so häufig sind. Natürlich sehe ich davon ab, dass der körperliche Zustand eine Indikation zum künstlichen Abort abgeben kann; der Eingriff geschieht dann eben nicht des psychischen, sondern des körperlichen Zustandes wegen.

Dass aus der grossen Gruppe der psychopathischen Konstitutionen sich noch bei anderen, nicht im einzelnen von uns besprochenen Formen Konstellationen ergeben können, die die Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt sein lassen, bedarf bei den vielfachen Uebergängen und verwandtschaftlichen Beziehungen der psychopathischen Konstitutionen untereinander keiner weiteren Erörterung.

Sogenannte angeborene Schwachsinnssformen, sei es, dass wir sie den psychopathischen Konstitutionen, sei es, der Imbezillität (organisch bedingt, *in utero* oder in frühester Jugend erworben) zuzählen, werden uns kaum Anlass geben, die Frage des künstlichen Abortes unter dem Gesichtspunkte, den wir sonst allgemein zu Grunde gelegt haben, aufzuwerfen. Wohl und Wehe der Mutter war für uns ausschlaggebend. Es wäre ein viel zu weites Feld, hier die Lehren der Eugenik in Betracht zu ziehen, nur soviel sei allgemein gesagt, dass sie ohne Zweifel vielfach eine gewisse Beachtung fordern, ganz besonders dann, wenn es sich um Formen psychischer Störung mit besonderer Tendenz zur Vererbung handelt oder um Nachkommenschaft ganz besonders stark belasteter und degenerativer Familien. Gerade hier wird allersorgfältigste Analyse des Einzelfalles unbedingtes Erfordernis sein, weil wir für die Bewertung hereditärer Belastung noch keine sicheren Grundlagen besitzen.

Legen wir aber weiterhin die uns gewohnte Fragestellung zu Grunde, so kommen Alkoholismus, Morphinismus und psychische Störungen durch andere chemische Verbindungen nicht in Betracht, ebensowenig Lues cerebri und Paralyse. Bei letzterer sind die Ansichten über den Einfluss der Gravidität speziell auf den Verlauf der Erkrankung geteilt<sup>1)</sup>, jedenfalls ist aber die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft nicht gegeben.

In Betracht kämen dann die Psychosen „bei akuten, toxisch wirkenden Krankheiten“ und die „bei Erschöpfungen“. Wir lassen dabei wieder unerörtert, wie weit diese Einteilung annehmbar ist.

Dass bei der Chorea gravidarum mit oder ohne wesentliche psychische Störungen — je nach der Schwere des Falles — die Indikation zum künstlichen Abort gegeben sein kann, ist bekannt. Einer näheren Erörterung bedarf nur die Frage, ob in der Gravidität — durch diese selbst bedingt oder wenigstens in nahem Zusammenhang mit ihr — sogenannte „Psychosen bei Erschöpfungen“, besser „symptomatische Psychosen“ (Bonhoeffer) auftreten, und ob und wie weit bei ihnen der künstliche Abort angezeigt sein kann.

Während im Puerperium und in der Laktation Blutungen, puerperale Infektion, Mastitis u. a. zu einer symptomatischen Psychose den Anlass geben können, fehlen in der Gravidität diese Momente. Eine schwere Schädigung des Allgemeinbefindens, eine Erschöpfung, die in der Weise wirken könnte, kann am ersten noch durch lang anhaltendes Erbrechen bedingt werden, das ja an sich schon unter bestimmten Umständen

1) Vgl. Klin.-therap. Wochenschr. 1910. Nr. 1.

den künstlichen Abort in Frage kommen lässt. Die Unterbrechung der Schwangerschaft wäre dann wohl in der Regel indiziert. — Auch die Möglichkeit der Entstehung der Amentia durch die toxischen Prozesse der Gravidität könnte man sich wohl vorstellen, vielleicht auch durch psychische Erschütterung. Jedoch wird nur sehr selten „Amentia“ in der Gravidität erwähnt.

Wegen einer symptomatischen psychischen Störung, etwa in Form der Amentia, die in einem früheren Puerperium bestanden hat, wird man kaum an den künstlichen Abort denken, da mit der Wiederkehr schädigender Momente, die früher die Psychose zum Ausbruch kommen liessen, zu rechnen zumeist kein Grund vorliegt, und andererseits die Disposition, die in dem Eintreten der symptomatischen Psychose liegt, keine so schwerwiegende ist, dass die Gefahr eines Wiederverfallens in Geistesstörung als erheblich anzusehen wäre.

Weitaus die Mehrzahl der Fälle von Generationspsychoosen gehören in das Gebiet der Dementia praecox. Ihr häufiges Auftreten in den Generationsphasen überhaupt kann man sich unschwer damit erklären, dass in eben diesen Jahren die Dementia praecox überhaupt am häufigsten zur Entwicklung kommt. Man hat einen näheren Zusammenhang zumeist abgelehnt, weil die überwiegende Mehrzahl der Fälle von Dementia praecox ohne Abhängigkeit von der Generationstätigkeit oder sonstigen äusseren Momenten entstehen, auch die in Gravidität, Puerperium und Laktation keine Besonderheiten aufweisen. Die Entdeckung Abderhalden's, dass die lange gehegte Vermutung, die Dementia praecox beruhe auf einer Art Autointoxikation, zu Recht besteht, insofern neben Gehirn Drüsen mit innerer Sekretion abgebaut werden, lässt an und für sich wieder mehr an einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Dementia praecox und Gravidität denken. Der Stoffwechsel der Schwangeren ist ja, worauf die Untersuchungen der letzten Jahre wieder hinweisen, ein ganz eigenartiger, bei dem, wie es scheint, die Leber, die Nieren, die Gesamtheit der Drüsen mit innerer Sekretion und die Plazenta die Hauptrolle spielen. Leichte Schwankungen in diesen komplizierten Stoffwechselverhältnissen sind ohne Zweifel sehr häufig und wohl die Ursache der sogenannten Schwangerschaftsbeschwerden<sup>1)</sup>). Der Gedanke liegt nahe, dass die Tätigkeitsänderungen der Drüsen mit innerer Sekretion in der Schwangerschaft unter besonderen Umständen in diesen zu den Störungen führen können, die die Grundlage der Dementia praecox bilden. Weiter kann ich auf diese möglicherweise bestehenden Beziehungen nicht eingehen. Ob sich daraus etwa

1) Vgl. auch hier meine früheren Ausführungen, insbesondere Arch. f. Psych. Bd. 48. H. 2.

Anhaltspunkte ergeben, um durch rechtzeitige Schwangerschaftsunterbrechung der Dementia praecox einmal vorzubeugen, das zu erörtern ist hier ebenfalls nicht der Ort. An der Erfahrung, dass von der Unterbrechung der Schwangerschaft keine Beeinflussung der Dementia praecox zu erwarten ist, ist vorläufig jedenfalls trotz der eben genannten Möglichkeiten festzuhalten.

Die Frage, ob ein Abort indiziert ist, wenn eine Frau, die bei der ersten Schwangerschaft an Dementia praecox erkrankte, die mit oder ohne wesentlichen Defekt abgelaufen ist, nun wieder schwanger wird, ist von verschiedenen Autoren und auch von mir früher verneint, da kein hinreichender Grund für die Annahme vorlag, dass wieder ein Anfall von Dementia praecox auftreten würde oder eine Steigerung einer noch deutlich bestehenden Dementia praecox zu erwarten wäre. Vielleicht würde man jetzt auf Grund der obigen Ueberlegungen etwas eher einen Eingriff für berechtigt halten. Das Gleiche gilt, wenn die Dementia praecox im Puerperium oder der Laktation zuerst aufgetreten war. Jedoch muss man sich immer darüber klar sein, dass der erneute Krankheitsausbruch keineswegs an die Generationsphasen gebunden bleibt, wie z. B. in einem kürzlich von uns beobachteten Falle die Dementia praecox zuerst unabhängig von den Generationszeiten sich einstellte, um dann in der Laktation nach der dritten Geburt wieder hervorzutreten. Höchstens könnte man sagen, dass man eine auslösende Ursache, ein eventuell schädigendes Moment entfernt habe.

Mehr gerechtfertigt, wenn auch nicht unbedingt geboten, ist der künstliche Abort, wenn wiederholt, wie es beobachtet ist, vor und nach einer Geburt Schübe von Dementia praecox zur Beobachtung kommen<sup>1)</sup>.

Kurz sei schliesslich der Epilepsie gedacht<sup>2)</sup>. Der Einfluss der Generationsphasen auf eine schon bestehende Epilepsie ist kein gleichartiger. In manchen Fällen bemerken wir keinerlei Einwirkung, in anderen ist er anscheinend ein günstiger, in wieder anderen ist das Gegenteil der Fall, ohne dass eine bestimmte Regel besteht. Fälle, bei denen die Epilepsie in Puerperium, Laktation oder in Gravidität zuerst aufgetreten ist, sind nicht so selten, dagegen gehören einwandsfreie der Art, dass nur in den Generationsphasen jedesmal Anfälle bestehen und speziell mit Aufhören der Gravidität sistieren, zu den Ausnahmen. Nur in solchen aber erscheint die Unterbrechung der weiteren Schwangerschaften am Platze. Ganz vereinzelt kann vielleicht das erstmalige, sehr schwere Auftreten von Epilepsie in der Gravidität den künstlichen

1) Vgl. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 38. Bd. H. 3. S. 343/344.

2) Auf die Eklampsie hier einzugehen erübrigt sich.

Abort nahe legen. Dasselbe kann zutreffen bei länger anhaltenden psychischen Störungen epileptischer Art in der Gravidität, wie sie zuweilen beobachtet sind. Man könnte von vornherein auch im Status epilepticus einen Grund zur Unterbrechung der Schwangerschaft sehen, jedoch scheint das nach der Mitteilung von Sachs<sup>1)</sup> keineswegs ohne weiteres richtig.

Die Besprechung der einzelnen Krankheitsformen, die in Betracht kommen, ist damit erledigt. Sie lehrt uns einmal, dass bei der Indikation des künstlichen Abortes wegen psychischer Störung bei aller Bewertung der individuellen und allgemeinen Verhältnisse doch auf die Diagnose das Hauptgewicht zu legen ist. Die Wesensänderung, die Lienau als besonders wichtig betont, ist keine isolierte Erscheinung, sondern ist nur als ein Symptom der betreffenden Krankheitsform von Bedeutung. Ich will dabei darauf verweisen, dass ich früher zu dem Schluss kam, „dass Schwankungen des nervös-psychischen Gleichgewichts zu den häufigsten Erscheinungen der Generationsphasen gehören und dass andererseits neuro-psychopathische Dispositionen ganz besonders oft in dieser Zeit geweckt oder gesteigert werden.“

Nach unseren Ausführungen, die sich sicherlich auf Material der gleichen Art stützen, wie es Saenger und Lienau zu beobachten Gelegenheit hatten, da wir keineswegs auf streng psychiatrische — Anstaltsfälle — beschränkt sind, sondern in das gesamte Gebiet der Psychosen und Neurosen Einblick bekommen, liegt auch kein Grund vor, davon abzugehen, dass nur dann der künstliche Abort indiziert ist, „wenn das Fortbestehen der Schwangerschaft die dringende Gefahr in sich schliesst, dass ein dauerndes schweres Nervenleiden entstehen wird, das auf keine andere Weise zu beseitigen ist und von dem man mit Bestimmtheit erwarten kann, dass es durch die Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt bzw. in der Entwicklung für die Dauer gehemmt wird.“

Die von Saenger seinerzeit ausgesprochene Meinung: „Gewiss wäre manche Frau vor dauernder Geisteskrankheit bewahrt geblieben, wenn rechtzeitig ein Abort eingeleitet wäre“, ist auch durch die Arbeit von Lienau nicht gestützt, sie muss auch heute als unberechtigt durchaus zurückgewiesen werden. Der Einwand, dass dieser Satz nur aus dem Zusammenhang gerissen so zugespitzt erscheine, ist nicht begründet. Saenger's ganze Ausführungen sind eben in ihm zusammengefasst, wie sich jeder leicht überzeugen kann<sup>2)</sup>.

1) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 33. Bd. H. 6.

2) Münch. med. Wochenschr. 1912. Nr. 41.

An anderer Stelle habe ich eingehend die Häufigkeit der Generationspsychosen besprochen. Hier sei nur zum Schluss so viel gesagt, dass sie weit weniger häufig sind, als Lienau wieder anzunehmen geneigt erscheint. Es ist sogar zum mindesten zweifelhaft, ob — wenigstens ausgesprochene — psychische Störungen in den Generationsphasen unter den Geisteskrankheiten der Frauen einen grösseren Prozentsatz ausmachen als die Zahl der Geburten gegenüber der Gesamtzahl der Frauen.

Wie hoch man aber auch an sich die Bedeutung der Generationsphasen für das Zustandekommen psychischer Störungen bewerten mag, so bleibt, nach meinen Erfahrungen wenigstens, die Zahl der Fälle, wo wegen vorhandener oder drohender Psychose die Indikation zum künstlichen Abort eine zwingende ist, eine recht kleine, die nicht viel grösser wird, wenn man die Beobachtungen hinzunimmt, wo der Eingriff berechtigt, wenn auch nicht notwendig erscheint<sup>1)</sup>.

Mit wenigen Worten wollen wir endlich die Frage streifen, wie weit, im Falle die Indikation zum künstlichen Abort gegeben ist, die einfache Entfernung der Frucht, wie weit gleichzeitige Sterilisation, der immerhin erheblichere Eingriff, in Betracht kommt.

Letztere ist sicherlich da in erster Linie am Platze, wo Dementia praecox oder Epilepsie, überhaupt sehr schwere psychische Störungen vorliegen, ferner bei Frauen mit mehrfachen Geburten, insbesondere da, wo in der grossen Zahl der Geburten das Hauptmoment für die Erschöpfung des Nervensystems zu liegen scheint. Auf der anderen Seite wird man überall da, wo es sich um psychopathische Konstitution und pathologische Reaktionen, überhaupt um von äusseren Einflüssen mehr abhängige Störungen handelt, und wo erstmalige Gravidität besteht, Bedenken tragen, über die einfache Entfernung der Frucht hinauszugehen.

Gerade bei der Frage der Sterilisation gilt aber ganz besonders die Notwendigkeit, den Einzelfall aufs sorgfältigste zu analysieren.

---

1) Dass Frauenärzte die Indikation zum künstlichen Abort wegen geistiger Störungen vielfach ausserordentlich eng umgrenzen und auch dabei mehr auf den Allgemeinzustand Gewicht legen, zeigt die Diskussion zu meinem Vortrag in dem Nordostdeutschen Verein für Gynäkologie. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn. 38. Bd. H. 3. S. 343.)