

Aus der Frauenklinik der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe  
(Chefarzt: Dozent Dr. H. ROEMER).

## Die Pathogenese der Hyperemesis gravidarum\*.

Von

HANS ROEMER.

(Eingegangen am 20. Mai 1948.)

Unsere Anschauungen von Krankheitsentstehung und Krankheitsablauf sind seit einigen Jahrzehnten einer Wandlung unterworfen, die sich heute noch in vollem Flusse befindet. Die alte Cellularpathologie VIRCHOWS, die unsere klinische und theoretische Forschung jahrzehntelang befruchtet hat und heute noch eine der Fundamente medizinischen Denkens darstellt, wurde durch die funktionelle Pathologie (v. KREHL, v. BERGMANN) erweitert und zum Teil abgelöst. Hinzu kommen in jüngster Zeit die Erkenntnisse der Konstitutionsforschung im Sinne gesetzmäßiger psychosomatischer Relationen und Erfassung der Gesamtpersönlichkeit, vertreten von KRETSCHMER und seinen Schülern und die Ergebnisse der psychologischen und psychoanalytischen Forschung, deren Bedeutung für die Gesamtmedizin mehr und mehr evident wird (I. H. SCHULTZ u. a.).

Versuchen wir, die alte Vorstellungsweise formelhaft auszudrücken, so würde sie etwa lauten: Exogene Noxe — Zellerkrankung — Symptom — morphologischer Endzustand. Wir haben im Laufe der Entwicklung gelernt, nicht nur das morphologische Substrat zu sehen, wenn wir von Krankheit sprechen, sondern in Funktionsabläufen und Betriebsstörungen zu denken, sie aufzudecken und zu versuchen, sie methodisch nachzuweisen. Verhältnismäßig langsam und zögernd werden in die moderne funktionelle Denkweise gerade am Krankenbett die Ergebnisse der psychologischen und konstitutionsbiologischen Forschung einbezogen, ohne die die häufig mehr propagierte als praktisch durchgeführte „Ganzheitsbetrachtung“ unvollständig bleiben muß. Dies rührt einerseits daher, daß in den nichtpsychiatrischen Disziplinen gewöhnlich die Voraussetzungen hierfür völlig ungenügend sind. Umgekehrt fällt es dem Nichtpsychiater, z. B. beim Studium der modernen Neuroseliteratur auf, wie sehr der körperliche Zustand des Neurosekranken und die Rückwirkung seines physischen Befindens auf die Psyche im Verhältnis zu einer außerordentlich gründlichen Analyse in den Hintergrund tritt.

Versuchen wir wieder, unsere heutige Auffassung einer Pathogenese im Sinne dieser Ganzheitsbetrachtung in einer Formel zum Ausdruck zu bringen, so wird diese etwa folgendermaßen aussehen: Psycho-

\* ERNST KRETSCHMER zur Vollendung seines 60. Lebensjahres gewidmet.

somatische Konstitution, — psychische und somatische Disposition — symptomauslösendes Agens — funktionelle Störung — Zellerkrankung — organischer Endzustand, wobei das Symptom je nachdem, ob die Krankheit mehr konstitutionell oder mehr exogen bedingt ist, bald früher, bald später in diese Reihe einzufügen sein wird. Bei dieser Art der Betrachtung bleibt die Abwägung des Körperlichen zum Seelischen generell offen und kann bestenfalls für die einzelne Krankheit, gewöhnlich aber nur im speziellen Krankheitsfall richtig gewertet werden. Theoretisch stößt diese Art der Krankheitsbetrachtung auf weit weniger Schwierigkeiten als praktisch. Der Arzt nimmt am Krankenbett zunächst nur die gegenwärtige Erscheinungsform der Erkrankung wahr, die wir als Symptom zu bezeichnen gewohnt sind und die uns häufig gleichzeitig das pathologische Geschehen charakterisiert. Daß es sich bei diesem Erscheinungsbild pathogenetisch um ganz heterogene Vorgänge handeln kann, wissen wir zwar, aber es ist uns häufig nicht voll bewußt. Dies gilt vor allem für die psychosomatischen Funktionen. Es wird darum zweckmäßig sein, an einer Erkrankung, bei der gerade diese im Vordergrund der Pathogenese stehen, wie bei der Hyperemesis gravidarum, aufzuzeigen, wie wir die Ganzheitsbetrachtung heute verstanden wissen wollen.

Bekannt ist bei der Hyperemesis gravidarum zunächst das symptomauslösende Agens. Es ist die „Gewißheit, schwanger zu sein“, die unter den später zu besprechenden Voraussetzungen die Hyperemesis auslöst oder eine Emesis zum unstillbaren Erbrechen steigert. So gut wie alle Hyperemesispatientinnen erbrechen über das physiologische Maß erst nach dem Ausbleiben der erwarteten Menstruation oder wenn sie durch andere körperliche Symptome oder aus Angst, die innere Gewißheit haben, gravid zu sein. An der psychischen Auslösung des Symptoms kann somit kein Zweifel sein, wie auch von den meisten Verfechtern einer rein somatotoxischen Hyperemesisgenese zugegeben werden muß.

Die disponierenden Momente, ohne die eine Manifestation der Erkrankung keinesfalls denkbar wäre, sind teils psychischer, teils somatischer Natur. In der Schwangerschaft ist die Reaktionslage des vegetativen Nervensystems — gewöhnlich im Sinne einer Tonuserhöhung — verändert. Die Reizschwelle des Brechzentrums ist herabgesetzt, wie überhaupt die Übertragung corticaler Reize auf subcorticale Zentren in der Schwangerschaft leichter erfolgt als sonst. Eine emotionelle Labilität stellt sich ein, die bis zur Affektinkontinenz gesteigert sein kann. Wir fassen diese Erscheinungen der veränderten Reaktionslage als somatische Disposition zusammen und wollen damit zum Ausdruck bringen, daß sie im wesentlichen durch das Ei, wahrscheinlich auf hormonalem Wege, ausgelöst werden. Aber nicht nur einzelne Organe oder Organsysteme, sondern die Gesamtpersönlichkeit, also Soma und

Psyche, unterliegen dieser Veränderung, ohne daß wir in der Lage wären, die gegenseitige Einflußnahme und Abhängigkeit im einzelnen zu erkennen.

Die rein psychische, besser gesagt, die psychologische Disposition, die nach Angaben der einzelnen Kliniker in 50—100% aller Hyperemesisfälle, nach unseren Erfahrungen bei exakter Anamnese immer gefunden wird, besteht in der besonderen Situation, die bewußt oder unbewußt der Patientin eine Gravidität unerwünscht erscheinen läßt (Angst, Protest, soziale Not, ambivalente Einstellung zur Ehe usw.). Immer aber spielt das psychische Milieu, die Resonanz, die die Kranke bei ihrer Umgebung findet oder die Tendenz, der das Erbrechen dienen soll, als disponierendes Moment eine wichtige Rolle. Hierfür läßt sich neben den therapeutischen Erfolgen durch Milieuwechsel die Beobachtung anführen, daß es während der letzten Kriegsjahre, in denen die tägliche Sorge um Leben und Existenz während der Fliegerangriffe das Interesse für nicht absolut vitale Schwierigkeiten in den Hintergrund treten ließ, zu einem starken Rückgang der Hyperemesisfrequenz kam. Eine parallele Beobachtung konnte HAUG als beratender Psychiater eines Armeekorps machen. Er stellte fest, daß an der Ostfront Krankmeldungen mit neurotischen Beschwerden, übrigens meist mit Magensymptomen, regelmäßig nur dann erfolgten, wenn die Truppe in Ruhe lag oder im Stellungskrieg festgehalten wurde, während im Bewegungskrieg, also in Zeiten erhöhter körperlicher und seelischer Anspannung, derartige Krankmeldungen so gut wie ganz ausblieben. Der Einwand, die schlechte Ernährung gegen Kriegsende habe den Rückgang der Hyperemesis gravidarum verursacht, und damit erfahre die Theorie einer primären Stoffwechselstörung eine Stütze, ist insofern nicht haltbar, als nach 1945 bei der gleichen Calorien- und vitaminarmen Kost die Hyperemesis rasch wieder an Häufigkeit zugenommen hat. Nicht immer wird sich allerdings psychische und somatische Disposition so reinlich scheiden lassen. Wir erinnern nur an den komplexen Begriff der Erschöpfung. Flüchtlingselend, Unterernährung, Minderung der seelischen und körperlichen Widerstandskraft sind disponierende Momente, die sich nicht absolut exakt differenzieren lassen.

Die Frage, ob ein bestimmter Konstitutionstyp zur Hyperemesis prädisponiert sei, ist immer wieder gestellt und schließlich negativ beantwortet worden. So wenig man von einer Neurosekonstitution sprechen kann, wird es je gelingen, eine Hyperemesiskonstitution herauszuarbeiten. Die Fragestellung in dieser überspitzten Formulierung ist falsch. Eigene Untersuchungen in dieser Richtung<sup>1</sup> lassen uns zu folgender vorsichtiger Aussage kommen: Es gibt bestimmte Konstitutionsformen, die unter dem wechselnd starken Einfluß der Gravidität (Graviditätsumstellung) und dem Druck der jeweiligen psychischen

<sup>1</sup> Z. Geburtsh. 120, H. 3.

Situation zu ganz bestimmten, der Anlage entsprechenden psychischen Reaktionen neigen. Diese beeinflussen ihrerseits entscheidend das Krankheitsgeschehen, besonders die Schwere und die therapeutische Ansprechbarkeit der Erkrankung. Wir unterscheiden: 1. Die konstitutionelle Neuropathin, 2. die Psychasthenica, 3. die psychisch Primitive, 4. die konstitutionelle Hysterica. Sie neigen einerseits (Neuropathin, Hysterica) zu vegetativen Fehlsteuerungen, andererseits zu psychischen Reaktionen, die die ganze Skala von der einfachen Primitivreaktion bis zur kompliziert gebauten Neurose durchlaufen. Man sieht, es handelt sich also nicht um „Hyperemesistypen“, sondern um Teilkonstitutionen, wie sie sich bei allen psychogenen Erkrankungen mit Organsymptomen gehäuft finden. Die Tatsache, daß auch konstitutionell Unauffällige, mit keinem der genannten Merkmale sichtbar Behaftete, unter dem Druck einer bestimmten Situation an einem unstillbaren Erbrechen erkranken, zeigt uns, daß, wie bei jeder psychogenen Erkrankung, das Mißverhältnis zwischen persönlicher Tragfähigkeit und Belastung zur Krankheit führt. Für den Psychiater ist dies eine Binsenwahrheit, dem nicht fachlich Geschulten kann sie nicht oft genug wiederholt werden, wie die Durchsicht der Hyperemesisliteratur praktisch beweist. Beschränkt man diese Relation nicht auf das Psychische allein, so ist klar, daß die oben genannten Konstitutionsformen auch der somatischen (hier vegetativen) Umstellung, die die Gravidität darstellt, leichter erliegen, als „konstitutionell Gesunde“, daß aber auch diese bei zunehmender Belastung krank werden. Wir sehen also: Übersteigt die somatisch-psychische Belastung die individuelle, konstitutionsbedingte Tragfähigkeit, so genügt die Gewißheit, schwanger zu sein, um das Symptom — die Hyperemesis — auszulösen. Nur in Ausnahmefällen steigern sich die disponierenden Momente erst im späteren Verlauf der Frühschwangerschaft, z. B. durch Zuspitzen der Konfliktsituation, so daß die Krankheit erst im 2. oder 3. Schwangerschaftsmonat in Erscheinung tritt.

Wir sind gewohnt, erst mit dem Auftreten des Kardinalsymptoms, nämlich des Erbrechens, von einer Hyperemesis zu sprechen, obwohl dieses eigentlich schon die 2. Phase im Krankheitsgeschehen einleitet. Sie ist durch mehr oder weniger starke Störungen des intermediären Stoffwechsels charakterisiert. Während es bisher trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen ist, die sog. Schwangerschaftsumstellung des Organismus physiologisch-chemisch zu definieren, und das „toxisch wirkende Prinzip“ zu finden, sind die Störungen des intermediären Stoffwechsels nach Ausbruch der Erkrankung ziemlich exakt untersucht. HEYNEMANN und Mitarbeiter kommen jedoch nach jahrelanger Arbeit auf diesem Gebiet heute zu dem Schluß, daß die meisten der toxischen Hyperemesissymptome und Stoffwechselveränderungen, die sich im Laufe des unstillbaren Erbrechens entwickeln, Folgen des

Flüssigkeits- und Nahrungsmangels sind“. Irgendeine der Hyperemesis eigene, primär den Stoffwechsel störende Noxe, konnte bis heute nicht gefunden werden. Auf Grund dieser Tatsachen und der klinischen Erfahrung, daß alle leichten und mittelschweren Fälle durch suggestive und andere einfache psychotherapeutische Maßnahmen zu beeinflussen bzw. zu heilen sind, kommen HEYNEMANN, KEHRER u. a. zu dem Ergebnis, für diese Fälle eine psychische Genese anzuerkennen. Für die schwer toxisch verlaufenden Formen der Krankheit, die psychotherapeutisch unbeeinflußt bleiben, zur Interruptio graviditatis zwingen oder zum Exitus letalis führen, lassen sie jedoch eine hypothetische, somatotoxische Ätiologie offen. Es ist aber nun nicht so, daß die schwere, toxische Hyperemesis etwa ein gesondertes, von den leichten Fällen von vornherein abzugrenzendes Krankheitsbild darstellt. Jede Hyperemesis beginnt vielmehr stoffwechselchemisch gesehen leicht, und die Schwere der Stoffwechselstörung geht zunächst der Häufigkeit des Erbrechens parallel. Erst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung ist der Stoffwechsel so schwer gestört, daß das Sistieren des Erbrechens allein keine Wendung mehr herbeizuführen vermag. Die Stoffwechselstörung hat sich sozusagen verselbständigt. Es ist also klar, bei rechtzeitigem Aufhören des Erbrechens kommt die Krankheit zum Stillstand. Das Erbrechen ist aber, wie wir gesehen haben, durch die Gewißheit der unerwünschten Gravidität, also einem rein psychischen Vorgang, ausgelöst. Damit negieren wir natürlich nicht, daß sich sekundär fast regelmäßig ein stoffwechselchemischer Circulus vitiosus entwickelt, indem der Verlust der Magensäure zu Hypochlorämie führt, die ihrerseits wieder Erbrechen auslöst. Diese Tatsache muß besonders berücksichtigt und in ihrer therapeutischen Konsequenz ebenso wie etwa die der zentralen Übererregbarkeit voll ausgeschöpft sein, bevor man von therapieresistenten Fällen reden kann. Über den stoffwechselchemischen Erkenntnissen dürfen wir jedoch nie vergessen, daß wir das Erbrechen primär als Ausdruck einer psychischen Reaktion erkannt haben. Die Hartnäckigkeit, mit der an ihm festgehalten wird, wird jedoch von der Art dieser Reaktion (Trotzreaktion, echte Neurose, hysterische Reaktion usw.) abhängig sein. Die Reaktionsweise auf ein psychisches Trauma ist aber eine Funktion der Konstitution. Fragen wir uns darum ganz allgemein, wie reagiert die Frau auf eine unerwünschte Schwangerschaft. Für den psychologisch Geschulten ist es selbstverständlich, daß der nüchterne, unkomplizierte, durch keine Ambivalenz unsicher gewordene Mensch rational handelt und seine Situation auf dem direktesten Wege zu ändern versucht. Nur diejenigen Frauen, die entweder aus Angst vor der Abtreibung, aus moralischen Bedenken oder aber, was für die Mehrzahl der Hyperemesiskranken zutrifft, aus einer ambivalenten Einstellung zur Schwangerschaft oder Schwangerschaftsunterbrechung

vor diesem Weg zurückschrecken, erkranken an einem Schwangerschaftserbrechen. Wäre es anders, so müßten unter den vielen Frauen, die heute wegen eines Abortus criminalis behandelt werden, oder mit dem ausgesprochenen Wunsch der Interruptio zum Arzt kommen, doch einige wenige mit einer Hyperemesis zu finden sein. Das ist tatsächlich nicht der Fall. Die Rational-Nüchterne mit einfacher psychischer Struktur, die aber nicht den Mut oder die Möglichkeit zur Abtreibung hat, wird etwa als Simulantin versuchen, die eigene Verantwortung auf den Arzt abzuschieben oder sie bringt ihre Tendenz bereits unbewußt als Primitivreaktion zum Ausdruck. Bei kompliziert gebauten Charakteren mit einer in ihrer Struktur verankerten ambivalenten Haltung werden dagegen schwerer beeinflussbare Reaktionen zu erwarten sein. Von der Simulantin, die versucht, durch eine bewußte gesteigerte Emesis den Arzt zur Schwangerschaftsunterbrechung zu bringen über die einfache Primitivreaktion bis zur kompliziert gebauten Neurose, finden wir unter den Hyperemesiskranken alle Schattierungen psychischer Reaktionsweisen. Sie alle bis zu den einfachen Fremd- und Schichtneurosen (I. H. SCHULTZ) sind der Psychotherapie, wie sie mit mehr oder weniger Geschick auch vom Gynäkologen gehandhabt wird, zugänglich. Anders verhält es sich mit den wirklich schweren, in der Entwicklung der Persönlichkeit begründeten Neurosen, deren Heilung nicht nur spezielle psychotherapeutische Kenntnisse und Erfahrung, sondern auch oft eine monatelange Behandlung erforderlich machen würde. Dies gilt vor allem für die Formen der Neurose, die KRETSCHMER als Persönlichkeitsneurose bezeichnet und die ohne Umbau der Persönlichkeit unbeeinflussbar bleiben. Die Annahme, daß es sich bei den psychotherapeutisch resistenten Fällen, die immer wieder Anlaß zu der Hypothese einer primär toxischen Hyperemesis geben, um derartige Persönlichkeitsneurosen oder um unerkannte und darum falsch behandelte einfachere Neurosenformen handelt, ist naheliegend und wenn unsere Auffassung von der Pathogenese der Krankheit richtig ist, zwingend. Wenn bis heute der schlüssige Beweis hierfür fehlt, so liegt dies an der relativen Seltenheit schwerer Verlaufsformen und dem raschen Ablauf der Erkrankung. Derartige Fälle zwingen entweder zur Schwangerschaftsunterbrechung oder sie führen zum Exitus letalis, ehe ein Psychiater zu Rate gezogen wird oder der Psychotherapeut zum Ziele kommen kann.

Man hat immer wieder versucht, auf Grund stoffwechselchemischer Daten eine exakte Indikationsstellung für die Schwangerschaftsunterbrechung auszuarbeiten. Sicher wird man auch weiterhin bestrebt sein müssen, die Grenze der noch erträglichen Stoffwechselstörung exakt zu fixieren. Dem geschulten Psychotherapeuten wird es aber unseres Erachtens zweifellos auf Grund der Persönlichkeitsdiagnose möglich sein, die ungünstige Prognose solch schwerer Fälle schon in

einem Stadium zu stellen, in dem die klinischen Laboratoriumsmethoden noch im Stiche lassen. Wenn wir durch die Mitarbeit der Psychiatrie imstande sind, diese schwer verlaufenden Fälle genauer zu analysieren, muß es gelingen, den bisher fehlenden Beweis zu erbringen, daß sich die toxisch verlaufende Hyperemesis zwanglos in die hier vertretene Pathogenese einfügt.

Die Hyperemesis gravidarum umfaßt, wie wir sehen, eine Reihe psychischer Reaktionsweisen, die offenbar zwangsläufig trotz der Verschiedenheit der erkrankten Persönlichkeit zum gleichen Symptom führen. Es ist doch auffallend, daß abgesehen vom Ptyalismus gravidarum, der durch das Bestehen einer unerwünschten Schwangerschaft ausgelöste Konflikt zu keinem anderen Symptom als zum Erbrechen führt. Die Frage, ob es sich bei dieser „Organwahl“ tatsächlich um eine umschriebene somatische Disposition im Sinne der geschilderten Schwangerschaftsumstellung handelt oder ob die „Entleerung des Magens eine Ersatzhandlung für die gewünschte Entleerung der Gebärmutter im psychoanalytischen Sinne darstellt, scheint mir immerhin einer Diskussion wert. Wenn auch der Gynäkologe auf Grund seiner bisherigen Erkenntnisse einer derartigen Auslegung des Symptoms skeptisch gegenübersteht, so darf sich unseres Erachtens der Wissenschaftler, der für eine fortschrittliche Ganzheitsbetrachtung eintritt, auch derartigen Gedankengängen nicht verschließen, soweit es sich nicht um reine Spekulationen handelt. Andererseits ist das, was wir als somatische Schwangerschaftsumstellung bezeichnen, im einzelnen noch keineswegs exakt faßbar und die Erklärung dafür, warum die vegetative Umstellung des schwangeren Organismus sich an einem Organsystem besonders stark manifestieren soll, steht noch aus. Abgesehen von diesen Teilproblemen, die uns einer engeren Zusammenarbeit zwischen Psychiatrie und Gynäkologie wert scheinen, stellt die Pathogenese der Hyperemesis gravidarum einen Ansatzpunkt dar, von dem aus dem Nichtgeschulten die Bedeutung des seelisch-körperlichen Krankheitsgeschehens als etwas Einheitliches nähergebracht werden könnte. Daß dieses Ziel nicht allein durch psychiatrische Schulung oder durch ausführliche Darstellung „großer Neurosefälle“ erzielt werden kann oder gar erreicht ist, lehrt die Praxis. Man wird vielmehr am einzelnen Krankheitsbild in exakter Kleinarbeit die Abhängigkeit und Einheitlichkeit des Körperlichen und Seelischen und die Beziehungen zwischen Krankheit und Gesamtpersönlichkeit aufsuchen und aufzeigen müssen. Nur so kommen wir zu der Synthese, die uns als Ganzheitsbetrachtung vor Augen steht und die sich unseres Erachtens bewußt von den romantisch-spekulativen Tendenzen unseres heutigen ärztlichen Denkens distanzieren sollte.