

Tötung und Tötungsversuche eigener Kinder durch psychotische Mütter

LENORE ZUMPE

Psychiatrische und Neurologische Klinik der Med. Akademie Lübeck
(Direktor: Prof. GERHARD SCHMIDT)

Eingegangen am 21. Januar 1966

Ausgangspunkt dieser Betrachtungen ist die ungewöhnliche Tat einer jungen Frau, die in einer endogenen Depression ihre neun Monate alte Tochter tötete, ohne einen Selbstmordversuch zu unternehmen. Zum Vergleich diskutieren wir die Taten zweier schizophrener Mütter und einer reaktiv depressiven Patientin. Alle drei wollten ihre Kinder in den Tod „mitnehmen“.

Auf den ersten Blick scheint die Tötung eines Kleinkindes durch die eigene Mutter allen mütterlichen Instinkten zu widersprechen. Gemeint ist hier nicht das Delikt der „Kindestötung“ in engem zeitlichem Zusammenhang mit der Geburt durch meist jugendliche und unverheiratete Mütter. Dabei kommt es zur Tötung des Kindes, das als nicht zu bewältigende Belastung erlebt wird, noch ehe sich eine Mutter-Kind-Beziehung entwickeln konnte. Während die isolierte Tötung des Kindes durch unsere depressive Patientin sich jeder normalpsychologischen Erklärung und Einfühlung zu entziehen scheint, ist der „erweiterte Selbstmord“ oder „Familienmord“ (JACOBI), bei dem zum Sterben entschlossene Personen ihre Angehörigen „mitnehmen“, eher einfühlbar. Die Erhellung der Hintergründe der Tat unserer Kranken wird aber zeigen, daß auch sie in diesen Rahmen gehört.

Kasuistik

Fall 1. Die 22jährige I. K. stellte sich am 1. 7. 1963 selbst der Polizei und gab an, daß sie soeben ihre 9 Monate alte Tochter erstickt habe, weil sie fürchtete, das Kind „doch nicht groß (zu) bekommen“.

Sie stammte aus bürgerlicher, nicht erkennbar mit Geisteskrankheiten belasteter Familie. Nach Angabe der Eltern war sie bis zur Geburt der Tochter lebenstüchtig und heiter, „der Sonnenschein der Familie“. Auf Befragen schilderte sie aber eine äußerlich nicht begründete depressive Verstimmung im 16. Lebensjahr, „das war das erste Mal so wie jetzt, ich sagte immer, ‚ich schaff‘ das nicht! kam ganz aus dem Rhythmus.“ Trotz guter Leistungen ging sie damals von der Oberschule ab, weil sie sich „nichts mehr zutraute“. Nach einiger Zeit kehrten ihre alte Leistungsfähigkeit und Selbstsicherheit zurück, sie wurde in höherer Handelsschule und Verwaltungslehre als besonders tüchtig und aktiv beurteilt.

Mit 20 Jahren lernte sie einen 7 Jahre älteren Ingenieur kennen. Heirat mit 21 Jahren, als ein Kind unterwegs war. Beide Eheleute berichteten, daß es sich durchaus um eine Liebesheirat handelte, die nur wegen der Schwangerschaft früher als vorgesehen stattfand. Während der Schwangerschaft war Frau K. besonders heiter und aktiv.

Bald nach der am 14. 9. 1962 komplikationslos verlaufenden Entbindung zunehmende Unruhe und Umrückigkeit. Vom 24. 10. 1962 bis 21. 3. 1963 befand sich Frau K. mit zwei kurzen Unterbrechungen in unserer Klinik. Zunächst hochgradige, therapeutisch schwer beeinflußbare maniforme Erregung mit Rededrang, Ideenflucht, angedeuteten Größenideen, teils gehobener, teils gereizter Stimmung. Unter medikamentöser und elektrokonvulsiver Behandlung mehrmals kurzdauernde depressive Episoden mit ausgeprägter Hemmung und Vitalstörung. Leidlich ausgeglichen in ambulante Behandlung entlassen.

Zu Hause anfangs apathisch und initiativearm, dann zunehmend ausgeglichener und tatkräftiger. Übernahm nach und nach die Versorgung ihres Haushalts sowie, unter Aufsicht ihrer Mutter, die Betreuung des Kindes, das zunächst bei ihren Eltern blieb. Da Frau K. diese Aufgaben tadellos zu bewältigen schien, wurde ihr das Kind auf ihr wiederholtes Drängen am 29. 6. 63 in ihre Wohnung mitgegeben. Ihre Mutter war bereit, jederzeit zu helfen, wenn Frau K. nicht zurechtkommen sollte. Alle Angehörigen waren sich einig darüber, daß Frau K. sehr an ihrer kleinen Tochter hing, stolz auf sie war und bei kleinen Unpäßlichkeiten des Kindes eine fast übertriebene Besorgnis zeigte.

Da Frau K. ihre Aufgaben gut bewältigte, merkten die Angehörigen nicht, daß sie, wie sie später angab, „immer Angst hatte vor den Aufgaben, die mir bevorstanden“. Sie hielt sich für eine schlechte und unfähige Mutter und war überzeugt, das Kind „nicht großzubekommen“. Da sie sich rasch beschwichtigen ließ, sah ihr Mann ihre gelegentliche Furcht vor Belanglosigkeiten — sie sagte etwa (im Juni) verzweifelt, „was mach ich nur im Winter, wenn ich die Windeln nicht trockenkrieg!“ — oder den Vorschlag, doch mit ihr und dem Kind aus dem Leben zu gehen, nicht als bedeutungsvoll an.

Später sagte Frau K., daß sie seit der Heimholung des Kindes ständig daran gedacht habe, mit ihm aus dem Leben zu gehen. Sowie der Ehemann zur Arbeit gegangen und sie erstmalig mit dem Kind allein war, versuchte sie es trockenzulegen. „Da habe ich es ersticken ... ich hatte Angst vor den Aufgaben ... ich hatte die rechte Hand auf Mund und Nase gelegt ... dann habe ich gewartet, bis kein Leben mehr drin war.“ Sie habe das Kind in diesem Augenblick sehr geliebt, es vorher zweimal geküßt und empfunden, „daß ich es aus dieser Welt nehme und in eine bessere führe.“

Nach der Einlieferung in unsere Klinik berichtete sie noch am gleichen Tage, sie habe „sofort“ den Impuls verspürt, „ich wollt es rückgängig machen“. In der Erwartung, „daß ich lebenslänglich bekomme“, sei sie zur Polizei gegangen, obgleich ihr ursprünglich vorgeschwebt habe, sich anschließend „vor den Zug zu werfen ... dazu kam ich nicht mehr ...“ (?) „Weil ich dann auf dem Weg zur Polizei war.“

Frau K. war zunächst schwerstgehemmt, wie versteinert, ohne jede spontane Äußerung. Allmählich unter medikamentöser Behandlung und bei häufigen Unterredungen gewisse Auflockerung. Jetzt erst wurden ein tiefgreifender depressiver Affekt und heftige Schuldgefühle erkennbar: „Ich bin an allem schuld, an allem! Für mich ist die höchste Strafe noch nicht ausreichend ... ich hab alles falsch gemacht.“ Sie verstehe nicht, „wie ich dazu kam“. Sie sei doch so stolz auf ihre Tochter gewesen. Nie habe sie den Gedanken gehabt, nur das Kind umzubringen,

wohl ihrem Mann gesagt, daß sie alle drei sterben sollten. (Wer war am wichtigsten, der nicht mehr leben sollte?) „Ich!“ Als Begründung dafür, daß sie das Kind „mitnehmen“ wollte, gab sie neben der Angst, eine unfähige Mutter zu sein, noch an, daß es nicht werden sollte wie sie und „nicht in einer Welt von Haß aufwachsen“. Sie träume jetzt oft von ihrem Kind, sehe es niemals tot, sondern „wie es noch so niedlich war“.

Beim Rückgang der depressiven Symptomatik wurde Frau K. fähig, sich von den anfänglich maßlosen Schuldgefühlen zu distanzieren. Jetzt trat der Gedanke einer späteren Sühne, „möchte doch zeigen, daß ich nicht ganz schlecht bin ... arbeiten und das Geld für andere Kinder zur Verfügung stellen!“ in den Vordergrund. Während des ganzen Aufenthaltes äußerte Frau K. nie Selbstmordabsichten, lehnte sogar den Gedanken entschieden ab, anfangs, weil sie sich der erwarteten Zuchthausstrafe nicht entziehen dürfe, später, weil es „feige“ wäre, „ich muß es durchstehen!“ Schließlich begann sie einzusehen, „daß ich nichts dafür kann, daß ich nicht zurechnungsfähig war“. Endlich wurde ihre Einstellung zur Zukunft so positiv, daß sie sich sehnlich weitere Kinder wünschte.

Im Strafverfahren wegen Mordes erfolgte Freispruch aus § 51 Abs. 1 sowie die Unterbringung gemäß § 42 b StGB. 10 Monate nach ihrer Tat wurde Frau K. aus dem psychiatrischen Landeskrankenhaus entlassen. Bereits nach 3 Monaten Wiederaufnahme in einer schweren manischen Phase. Auch nach der Entlassung vorwiegend hypomanische Stimmungslage. Bei späteren Untersuchungen zeigte sich Frau K. durchaus nicht mehr bedrückt wegen ihrer Tat und ging auch leichthin über die Scheidung ihrer Ehe hinweg (der Ehemann erklärte, daß er sie noch liebe, jedoch über das Vorgefallene nicht hinwegkomme). Frau K. suchte sofort Beziehungen zu anderen Männern, wollte das Abitur nachholen und studieren; ihre Zukunft sah sie im rosigsten Licht.

Aus dem Gewirr psychotischer Motive, die zu den erweiterten Selbstmordversuchen der beiden schizophrenen Mütter führten, trat einmal ein plötzlicher Wahneinfall, einmal ein seit langem bestehendes quälendes Entfremdungs- und Entwurzelungsgefühl besonders hervor.

Fall 2. Die 40jährige E. B. vergiftete am 17. 4. 1964 sich und ihre beiden Kleinkinder (ein zweijähriges Mädchen und einen 10 Monate alten Jungen) mit Taxilan-Dragées. Alle drei kamen in Klinikbehandlung und überstanden die Vergiftung komplikationslos.

Familiäre Belastung mit Geisteskrankheiten nicht bekannt. Trotz unehelicher Geburt angeblich recht schöne Kindheit, alle Klassen der Volksschule durchlaufen, dann Fabrikarbeiterin. Mit 24 Jahren erste Ehe, die kinderlos blieb und nach 2 Jahren geschieden wurde. Wohnte weiter bei ihrer Mutter.

1957 nach Schilddrüsenoperation erstmalig hier klinisch behandelt wegen eines hypochondrisch gefärbten Versagenszustandes zunächst ohne produktiv-psychotische Symptome. 1959 erneut hier, diesmal Beobachtungs- und Beeinträchtigungs-ideen, akustische Halluzinationen, „Verlieren“ der eigenen Gedanken. Im gleichen Jahr nochmals mit einem katatonen Bild aufgenommen. Unter medikamentöser und elektrokonvulsiver Behandlung jeweils leidlich remittiert und sozial angepaßt. Mit 37 Jahren zweite Ehe mit einem 5 Jahre jüngeren Arbeiter, angeblich sehr harmonisch. Freute sich sehr darüber, noch Kinder zu bekommen. Betreute Familie und Haushalt liebevoll und umsichtig. Während sie sich vor der zweiten Heirat oft einsam gefühlt und manchmal an Selbstmord gedacht hatte, wollte sie „jetzt gar nicht tot sein, hatte einen guten Mann und zwei niedliche Kinder, der Tag

war ausgefüllt, ich mach alles gern schön . . .“ Der Gedanke, mit den Kindern in den Tod zu gehen, sei ihr vorher nie gekommen.

Anfangs erklärte Frau B. nur lakonisch: „Der alte Schmidt hat mich unter! Ich sollte meine Kinder umbringen, er wollte sehen, ob er das machen kann. Ich wollte das erst nicht machen, konnte nicht mehr anders! Er wollte das immer schon. Die Kinder sollen nicht rumlaufen wie Idioten, sollten vor mir sterben, das wollte ich sehen, daß die vor mir sterben, bitte schön!“ Sie bot ein fast katatonisches Bild, war hochgradig gespannt, zeitweise gesperrt, dann erregt und laut, mit iterativer Wiederholung einzelner Sätze und Ausrufe.

Nach zehntägiger intensiver medikamentöser und elektrokonvulsiver Behandlung war eine geordnete Exploration möglich, die zu einer weitgehenden Aufhellung der Hintergründe der Tat führte. Aus vollem Wohlbefinden heraus war Frau B. „so schlagartig, ich war am Bettmachend“, der Einfall gekommen, daß ein ihr nur flüchtig bekannter älterer Nachbar sie „unter“ habe. „Ich mußte einfach das machen, was er sagt, d. h., er hat ja nichts gesagt, aber ich wußte es ohne allen Zweifel, er hat dich unter! Ich fühle mich nicht mehr frei, und denn wollt ich nicht mehr leben, und die beiden sollten dann mit.“ Ohne einen Augenblick zu zögern habe sie sich und den Kindern das Taxilan eingegeben, „gleich am Bett, für sie die kleinen, für mich die größeren“. Ohne sich weiter um die Kinder zu kümmern, sei sie zum „alten Schmidt“ gelaufen, „hab ihm das gesagt, daß er mich unter hätte“. Dann ging sie zur Polizei, um sich über ihn zu beklagen und wurde von dort aus zum Arzt geschickt. (Angst um die Kinder?) „Nein, das ging ja auch alles so schnell.“ (Angst vor Strafe?) „Nein, ist ja alles gut gegangen.“

Als Bindeglied zwischen dem Einfall, daß der „alte Schmidt“ Frau B. „unter“ habe und der Vergiftung der Kinder stellte sich die auch später nicht korrigierbare Überzeugung heraus, dessen Schwiegertochter, die ihre beiden Kinder ertränkt hatte, habe unter seinem hypnotischen Einfluß gehandelt. „Die hat allerdings direkt neben ihm gewohnt. Und jetzt zieht er neben uns, da komm ich ran!“

Frau B. verhielt sich bald äußerlich unauffällig. Sie vermochte sich aber von den zu ihrer Tat führenden Erlebnissen nicht völlig zu distanzieren und zog sie auch zur nachträglichen Erklärung ihres ihr jetzt unverständlichen Verhaltens heran, „es muß mich doch einer hypnotisiert haben oder was, wie komm ich sonst darauf . . . aber ich glaub eigentlich gar nicht an sowas!“ Da sie die Tat als so ichtfremd erlebte, kamen Reue, Selbstvorwürfe oder gar Strafbedürfnis nicht auf. Andererseits empfand Frau B., daß sie im Wiederholungsfall einem solchen Impuls vermutlich ebenfalls nicht widerstehen könne, „ich tu's doch nicht wieder, oder? Tu ich das wohl? Weil's so plötzlich kam . . . geben Sie mir bloß was dafür ein, daß ich das nicht wieder mach . . . vorsehn werd ich mich ja . . . ich geh dann gar nicht erst zum Schmidt, sondern gleich zu Dr. Meyer!“

Ein Strafverfahren war nicht eingeleitet worden. Wir behielten Frau B. längere Zeit in der Klinik, obwohl sie bereits ein äußerlich geordnetes Verhalten zeigte und sie und ihr Mann immer wieder um die Entlassung baten. Trotz gewisser Bedenken entließen wir sie schließlich nach Hause,

verpflichteten aber sie und den Ehemann, beim Auftreten der geringsten beunruhigenden Symptome sofort den behandelnden Arzt aufzusuchen und notfalls eine erneute Einweisung herbeizuführen.

Fall 3. Die 29jährige H. B. vergiftete im Sommer 1961 ihre ältere, sechsjährige Tochter mit 19 Kapseln Trisomnin und beging einen Selbstmordversuch durch Pulsaderschnitt. Beide überlebten.

Keine familiäre Belastung mit Geisteskrankheiten ersichtlich. Mittelstands-milieu. Die intelligente Patientin war in der Schule und als Anwaltshilfin besonders erfolgreich. Mit 23 Jahren heiratete sie einen Vertreter, den sie schon jahrelang kannte, als ein Kind unterwegs war.

1957 erste Aufnahme in unserer Klinik. Im Vordergrund standen quälende Depersonalisationsphänomene, „ich bin irgendwie abgestorben ... läßt mich alles so kalt ... kann nicht mehr an andere denken, nicht mal an meine Tochter ... eine Art Gedächtnislähmung“. Hinzu kamen vage Beziehungs- und Beeinträchtigungserlebnisse, gelegentlich auch akustische Halluzinationen. Frau B. empfand sich als entwurzelt, ihre Ehe plötzlich als verfehlt, „das Nichtwissen, wohin man gehört“ quälte sie sehr, „ich möchte das Unheimliche loswerden ... habe das Gefühl, daß mir nicht geholfen werden kann“. Unter der Therapie teilweise Distanzierung von diesen Erlebnissen, „es wird wohl 'ne Krankheit gewesen sein“.

Bei der zweiten Aufnahme 1960 keine akuten psychotischen Symptome. Distanzierte sich von den früheren Erlebnissen, „war damals ganz durcheinander, dann plötzlich aufgewacht, das war wie ein Traum! Nun weiß ich natürlich, daß das alles krankhaft war.“ Jedoch könne sie „nie wieder so heiter sein wie früher“. Fühlte sich als „Versager“, meinte ohne Nachdruck, am besten drehe sie mal den Gashahn auf. Flach-depressiv mit Hinweisen auf schizophrene Persönlichkeitsdefekt (angedeutete Zerfahrenheit, fast ständiges leeres Lächeln, flacher Affekt, frustrane Umtriebigkeit).

Im Sommer 1961 unternahm Frau B. den oben geschilderten erweiterten Selbstmordversuch, hinterließ eine briefliche Mitteilung, daß sie und die ältere Tochter „beide Versager“ seien und „aus dem Leben verschwinden“ müßten.

1963 erneute Aufnahme, wieder mit eher vagen Depersonalisations- und De-realisationsphänomenen. Die positive, ihr einen Halt bedeutende Beziehung zu ihrem behandelnden Arzt hatte sie nach Art eines Liebeswahns umgedeutet. Nachträglich meinte sie, bei der damaligen Tat habe es sich eigentlich um einen „Sexualmord“ gehandelt, „weil ich nicht zu Dr. ... gehen wollte.“

Bei der letzten Aufnahme waren die Depersonalisations- und Entfremdungs-erlebnisse so quälend geworden, daß Frau B. keinen Standort mehr zu finden wußte, um so weniger, als ihre Intelligenz sie immer wieder zu partieller Kritik befähigte und ihr nicht erlaubte, sich ganz im psychotischen Erleben zu verlieren. „So fremd wie im Moment bin ich mir noch nie gewesen ... wie ein trübes Netz im Gehirn ... alles ist dumpf und zerfallen ... das Gefühl, daß man mir was sagen will, aber ich begreife ja den Sinn nicht! Bin keine selbständige Person ... bin gar nicht die H. B., die hier im Bett liegt ... da sprechen immer ... sind es andere, wer ist es eigentlich ... so ein totes Flüstern. Richtig selbständig gelebt und gehandelt hab ich eigentlich nur das erste Jahr, wie ich verheiratet war, danach nie mehr, da riß der Faden ab.“

Ständig fühle sie sich imperativ aufgefordert, mit der älteren Tochter zu sterben, „Anke nicht, meine immer, die wird besser mit dem Leben fertig ... Birgit war wie ich ... immer Angst, genau wie bei mir. Damals war das alles zu unheimlich und so selbstverständlich, wie ich das machte (meinte den erweiterten

Selbstmordversuch), ich hab gar nichts dabei empfunden, als Birgit und ich abgefahren wurden . . . keine Angst um Birgit . . . keine Reue, nichts. Für mich war das alles selbstverständlich, das war schrecklich! Gefühl jetzt, als wenn ich Angst vor mir selber habe . . . ein schreckliches Gefühl! Dr. . . . sagt ja, ich darf es nicht tun. Fühl mich da so hingezogen . . . Sehnsucht nach dem Tod!“

Unter intensiver Therapie keine wesentliche Änderung. Obwohl Frau B. sich äußerlich nicht grob ungeordnet verhielt, glaubten wir, besonders wegen der Gefährdung der Kinder, eine Entlassung nicht verantworten zu können. Mit einem längeren Aufenthalt im psychiatrischen Landeskrankenhaus war Frau B. einverstanden.

Ganz anders sieht die Motivation bei einer nicht psychotischen Mutter aus:

Fall 4. Die 32jährige E. G. vergiftete sich und ihre drei Kinder (1—5 Jahre alt) am 9. 8. 1954 mit Leuchtgas.

Es handelte sich um eine einfach strukturierte, aber nicht schwachsinnige Frau, die den Bankrott ihrer vor 6 Jahren geschlossenen Ehe nicht verwinden konnte. Ihr Mann warf ihr, wohl zu Recht vor, daß sie nicht wirtschaften könne und immer wieder Schulden gemacht hätte. Jedoch schilderte man sie von allen Seiten als besonders liebevolle, gewissenhafte Mutter. Als die Ehescheidung bevorstand und der recht brutale Mann drohte, ihr auch die Kinder wegzunehmen, ja, sie wegen einer gefälschten Mietquittung ins Zuchthaus bringen zu lassen, vergiftete sie sich und ihre Kinder mit Leuchtgas. Ihr Abschiedsbrief lautete: „Ich liebe meinen Mann, was auch gewesen ist; er hat eine andere und findet zu uns nicht mehr zurück, deshalb gehen wir.“ Während alle Kinder starben, wurde Frau G. gerettet.

Als sie das Bewußtsein erlangte, galt die erste Frage den Kindern. Später erklärte sie: „Ich wollte meinem Mann nicht die Kinder geben, weil die Kinder es auch nicht gut bei meinem Mann haben. Und später die Kinder einer fremden Frau geben, das wollte ich auch nicht . . . wenn ich bloß wüßte, ob die Kinder leben . . . sie wären zugrunde gegangen, wenn ich nicht mehr dagewesen wäre . . . ich liebe meine Kinder über alles. Aber gerade deshalb!“ Als sie vom Tode der Kinder erfuhr: „. . . ich möchte nicht mehr leben . . . oh, meine Kinder . . . daran hab ich mich so geklammert!“

Frau G. befand sich in einer Lage wie Medea, die ihre Kinder nicht dem Mann und der Nebenbuhlerin lassen wollte. Jedoch standen hier offensichtlich nicht die Impulse der Mißgunst und der Rache im Vordergrund. Vielmehr war die primitive Frau, in deren Gesichtskreis die Kinder den größten Raum einnahmen, überzeugt, daß die Kinder ohne sie „zugrunde gegangen“ wären. Nachdem die Ehe nicht ohne ihr Verschulden gescheitert war, blieb ihr nur die Mutterrolle, in der sie bisher nie versagt und an die sie sich „so geklammert“ hatte. Die Drohung, daß ihr auch diese Position genommen werden sollte, genügte, um sie kurzschnellhaft die eigene Vernichtung und die der Kinder betreiben zu lassen. Wegen der viel geringeren Resistenz der Kleinkinder gegenüber der Kohlenoxydvergiftung überlebte Frau G., entgegen ihrer Absicht, als einzige.

Besprechung

Als wesentlichen gemeinsamen Faktor finden wir bei allen vier Frauen eine starke Tendenz zur Identifikation mit ihren Kindern, die weitgehend als Teil ihrer selbst erlebt wurden. Je größer die Abhängigkeit von der Mutter, je kleiner oder gebrechlicher die Kinder also sind, desto weiter geht erfahrungsgemäß diese Identifikation (McDERMAID u. WINKLER). Sie führt dazu, daß eine wirkliche oder vermeintliche Existenzbedrohung von der Mutter auch auf das Kind projiziert wird. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Existenz von außen oder durch eigenes „Versagen“ in Frage gestellt zu sein scheint.

Da diese Identifikationstendenz zwischen Vater und Kind naturgemäß geringer ist, sehen wir viel seltener, daß ein Vater nur sein Kind oder seine Kinder in den Tod mitnehmen will (LANGELÜDDECKE, POPPELLA). Es ergibt sich aus der psychologischen Situation des Familienvaters, daß ein Mann allenfalls Frau und Kinder in seine Selbstmordabsichten einbezieht (ELSÄSSER, BALLOTTA), sofern nicht die Bindung zwischen den Eheleuten ernsthaft gestört ist, wie bei dem von JACOBI geschilderten Lehrer. Bevor er sich umzubringen versuchte, hatte er seinen dreijährigen Sohn getötet, weil die Frau das Kind „doch nicht erziehen“ könne. Wir sahen einen Mann, der sich und seine Kinder zu vergiften versuchte, nachdem seine Frau sich von ihm abgewandt hatte.

Hatten die depressive und die eine schizophrene Mutter die eigene krankheitsbedingte Lebensuntüchtigkeit auf ihre Kinder projiziert, so wollte auch die andere Schizophrene im dunklen Gefühl, selbst krank zu sein, ihre Kinder nicht „wie Idioten herumlaufen“ lassen. Weiter finden wir bei ihr die Befürchtung, die Kinder seien durch geheimnisvolle, vielleicht hypnotische Einwirkungen eines Dritten gefährdet. Da die Kinder solchen wirklichen oder vermeintlichen Gefahren nach dem Verlust der Mutter erst recht und schutzlos preisgegeben wären, ist der Gedanke, sie in den Tod mitzunehmen, vom Standpunkt der Kranken aus nicht unbegründet. Selbst die nicht geisteskranke Mutter projizierte ihre eigene prekäre Situation weitgehend auf die Kinder, die ihrer Meinung nach ohne sie „zugrunde gegangen“ wären.

Verständlicherweise kommen solche Taten daher gerade bei enger Mutter-Kind-Bindung vor. Alle unsere Patientinnen waren, ebenso wie die von JACOBI u. KÖGLER geschilderten besonders liebevolle Mütter, deren Kinder ihr „ein und alles“ waren.

Nun hat unsere depressive Patientin entgegen ihrem Vorsatz keinen Selbstmordversuch unternommen. Man kann überlegen, ob die Selbstmordtendenzen durch die Tötung des als Teil des Ich erlebten Kindes so weit abreaktiert waren, daß der geplante Selbstmord unterblieb. Wie PODOLSKY schildert, spielt auch die Projektion eigener Selbstmordtendenzen auf das Kind eine Rolle. Insofern charakterisiert er den Sach-

verhalt mit der Bezeichnung „symbolischer Selbstmord“ noch treffender als SCHIPKOWENSKY, der vom „indirekten Selbstmord“ spricht. Dieser Ablauf wird deutlich bei der depressiven Patientin, die an die Tötung des Kindes stets nur im Rahmen eines erweiterten Selbstmords gedacht hatte. Jedoch war nach ihrer Tat offensichtlich die bei noch ausgeprägter depressiver Hemmung ohnehin nur geringe freie Energie verbraucht. Außerdem traten zugleich mit der aufdämmernden Erkenntnis der Entsetzlichkeit der Tat Reue und Bestrafungsbedürfnis so in den Vordergrund, daß die Kranke nicht mehr „dazu kam“, an Selbstmord zu denken, sondern sofort zur Polizei ging. Ohne Entfaltung eigener Energie konnte sie auf diese indirekte Weise etwa noch vorhandene Selbstvernichtungstendenzen verwirklichen.

Tötungsdelikte Depressiver sind, besonders von SCHIPKOWENSKY, erörtert worden. Er stellt fest, daß es sich „immer um Mord“ handele, wenn ein Depressiver vor Gericht erscheinen müsse und zwar ausschließlich um die Tötung von Familienangehörigen. Im Gegensatz zum schizophrenen Mörder, der sein Leben verteidige, beschütze der Depressive seine Liebsten und erlöse sich von eigener Schuld durch das Mitnehmen der Seinen in den Tod. Oft wolle er auch verhindern, daß seine vermutlich ebenfalls kranken Nachkommen der Mitwelt später zur Last fallen.

Bei Depressiven kommen aber Tötungsdelikte viel seltener vor als bei Schizophrenen. Doch sind sie nicht so selten wie ZECH meint, der die Hauptkriminalität Manisch-Depressiver mit Recht in der manischen Phase findet. Kürzlich hatten wir einen Mann zu begutachten, der in einer mit einem quälenden Verarmungswahn einhergehenden Depression seine zweifellos geliebte Ehefrau im Sinne eines „Mitleidsmords“ zu töten versuchte und ihr ernsthafte Verletzungen beibrachte. Im Gegensatz zu unserer depressiven Patientin unternahm er anschließend einen Selbstmordversuch.

Von SCHIPKOWENSKY, PUYN u. a. werden die unterschiedlichen Motivationen von Tötungsdelikten Depressiver einerseits und Schizophrener andererseits gegenübergestellt. Dem Mitleidsmotiv des Depressiven, der seine Liebsten vor dem als unerträglich empfundenen Leben „beschützt“, wird die Verteidigung des Schizophrenen gegen die „Bedroher“ oder „Verfolger“ entgegengesetzt. Auch die Opferung von Fremden oder Angehörigen komme vor und gelegentlich eine Verflechtung von psychotischen und Mitleidsmotiven, wie wir sie bei unserer zweiten Patientin E. B. gesehen haben. SCHIPKOWENSKY berichtet, daß selbst die eigenen kleinen Kinder als „Bedroher“ erlebt werden können und sieht die Ermordung ihrer Kinder durch einige von ihm geschilderte Schizophrene unter diesem Gesichtswinkel. Bei unseren beiden schizophrenen Müttern finden sich keine Hinweise dafür, daß sie sich gegenüber ihren Kindern in einer Verteidigungshaltung befanden. Auch in den von JANTZ u. KÖGLER

geschilderten Fällen fehlen solche Anklänge. Im besonderen Fall der Tötung des eigenen Kindes durch die psychotische Mutter, die am häufigsten im Rahmen eines — wenigstens primär geplanten — erweiterten Selbstmords vorkommt, erscheinen die Gemeinsamkeiten (Identifikation, Projektion äußerer oder innerer „Bedrohung“ auf das Kind, Mitleidsmotiv, Möglichkeit des „symbolischen“ Selbstmords) hervorstechender als die durch die Art der Krankheit bedingten Unterschiede.

Ein charakteristischer, bereits von SCHIPKOWENSKY hervorgehobener Unterschied kam jedoch auch bei unseren Kranken klar heraus. Während die Depressive sofort nach der Tat Entsetzen empfand, „es rückgängig machen“ wollte und ihre Bestrafung geradezu herbeisehnte, standen die beiden Schizophrenen ihrer Handlungsweise, die freilich nicht den Tod der Kinder verursacht hatte, von Anfang an merkwürdig unberührt gegenüber. H. B. (3) empfand es selbst als „schrecklich“, daß sie weder Angst um die Tochter noch Reue fühlte, es war „alles so selbstverständlich“. E. B. (2) erlebte ihre Tat als so ichfremd, daß der Gedanke an Reue oder gar Strafbedürfnis ihr niemals kam.

Bei ihr entschlossen wir uns trotz gewisser Bedenken, sie nach einigen Monaten zu Mann und Kindern zurückkehren zu lassen. Sie war weitgehend frei von psychotischen Symptomen, hatte sich von der Tat entschieden distanziert und spontan versprochen, sich beim erneuten Auftreten der geringsten beunruhigenden Erscheinungen sofort an ihren Arzt zu wenden.

Dagegen glaubten wir die Entlassung bei H. B. (3) nicht verantworten zu können. Noch Jahre nach dem erweiterten Selbstmordversuch fühlte sie sich ständig getrieben, mit der älteren Tochter, auf die sie ihre zunehmende Lebensuntüchtigkeit projizierte, zu sterben. Hier leiteten uns ähnliche Erwägungen wie JANTZ, der darstellt, daß die Wiederholungsgefahr von Selbstmordversuchen Schizophrener in erster Linie davon abhänge, ob man das „Vernichtungsgefühl“ durch die Therapie beseitigen könne (er klammert dabei Selbstmordhandlungen aufgrund von imperativen Stimmen und schizophrene Symbolhandlungen aus, die sich der Vorhersage entziehen). Da das Gefühl der Existenzbedrohung — hier in erster Linie von innen kommend als quälende Derealisierung und Depersonalisation erlebt — sich bei unserer Kranken eher verstärkt hatte und therapeutisch nicht mehr beeinflussen ließ, erschien die Gefahr weiterer, die ältere Tochter einbeziehender Selbstmordversuche so akut, daß wir eine länger dauernde Asylierung für unvermeidlich hielten.

Wenn auch die Tötung der eigenen Kinder durch geisteskranke Mütter nicht häufig vorkommt, sollte man doch diese Möglichkeit, etwa bei der Frage nach der Dauer der Asylierung, nicht ganz außer acht lassen. Je kleiner das Kind, desto größer ist erfahrungsgemäß die Gefährdung;

am größten ist sie im ersten Lebensjahr (HOPWOOD, MORTON). Einmal ist dann die Tendenz zur Identifikation zwischen Mutter und Kind noch so stark, daß es als Teil der Mutter erlebt und in Selbstmordabsichten wie selbstverständlich mit einbezogen wird. Unglücklicherweise erfordert die Tötung eines kleinen Kindes so geringe Energie, daß sie selbst für erheblich gehemmte depressive oder antriebsgestörte schizophrene Mütter leichter zu verwirklichen ist als die Selbstvernichtung. Schließlich sind ältere Kinder resisternter gegenüber Vergiftungen oder Verletzungen und überleben einen erweiterten Selbstmordversuch daher häufiger. Leider wird die Gefährdung der Kinder durch den Umstand, daß es sich um eine besonders liebevolle und besorgte Mutter handelt, nicht vermindert, da gerade eine enge Mutter-Kind-Bindung als Voraussetzung für einen erweiterten oder „symbolischen“ Selbstmordversuch gelten kann. Man wird daher oft vor menschlich schweren Entscheidungen stehen, wenn es darum geht, eine länger dauernde Asylierung oder eine Trennung von Mutter und Kind zu erwägen.

Zusammenfassung

Mit der Krankengeschichte einer 22jährigen Frau, die in einer endogenen Depression ihre 9 Monate alte Tochter getötet hatte, werden die Hintergründe der seltenen Tötungsdelikte Depressiver erörtert. Es handelt sich in der Regel um einen ursprünglich als erweiterten Selbstmord angelegten „indirekten“ oder „symbolischen“ Selbstmord. Der Kranke tötet seine liebsten Angehörigen, um sie vor dem als unerträglich empfundenen Leben zu schützen („Mitleidsmotiv“). Er reagiert dadurch unter Umständen die Selbstvernichtungstendenzen so weit ab, daß der geplante Selbstmord unterbleibt.

Es handelt sich überwiegend um Frauen, die ihre eigenen, oft noch kleinen Kinder töten. Die besonders enge Bindung zwischen Mutter und Kleinkind erleichtert die dem „symbolischen Selbstmord“ zugrundeliegende Identifikation, die zur Projektion eigener Not und eigener Selbstmordtendenz auf das Kind führt. Auch bei den zum Vergleich herangezogenen erweiterten Selbstmordversuchen zweier schizophrener Mütter und einer reaktiv Depressiven waren derartige Identifikations- und Projektionsvorgänge sowie das Mitleidsmotiv erkennbar.

Die Identifikation von Mutter und Kleinkind wurzelt also in so tiefen Schichten, daß sie durch Einflüsse von Krankheit und Motiv nicht tangiert wird, es sei denn, das Kind werde im psychotischen Extremfall als „Bedroher“ erlebt.

Auf die aus dieser psychologischen Konstellation hervorgehende Gefährdung besonders der Kleinkinder sowohl depressiver wie schizophrener Mütter wird aufmerksam gemacht.

Literatur

- [1] BALLOTTA, F.: Suicidio collettivo di una intera famiglia. *Zacchia* 4, 145 (1940).
- [2] ELSÄSSER, G.: Zur Frage des „Familien- und Selbstmordes“. *Z. Psychiat. Grenzgeb.* **110**, 207 (1939).
- [3] HOPWOOD, J. Sr.: Child murder and insanity. *J. ment. Sci.* **73**, 95 (1927).
- [4] JACOBI, E.: Zur Psychopathologie des Familienmords. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **83**, 501 (1928).
- [5] JANTZ, H.: Schizophrenie und Selbstmord. *Nervenarzt* **22**, 126 (1951).
- [6] KÖGLEE: Über einen Fall von Sohnesmord. Ein forensisch-psychiatrischer Beitrag zur Paranoiafrage. *Mon. Krim. Biol.* **31**, 162 (1940).
- [7] Mc DERMAID, G., and E. G. WINKLER: Psychopathology of infanticide. *J. clin. exp. Psychopath.* **16**, 22 (1955).
- [8] MORTON, J. H.: Female Homicides. *J. ment. Sci.* **80**, 64 (1934).
- [9] PODOLSKY, E.: The psychodynamics of filicide and matricide. *Dis. nerv. Syst.* **19**, 475 (1958).
- [10] — Notes on motiveless murder. *Int. J. soc. Psychiat.* **1**, 42 (1956).
- [11] POPELLA, E.: Über den erweiterten Suicid. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **205**, 615 (1964).
- [12] PUYN, H.: Psychopathologie von Mord und Totschlag. *Allg. Z. Psychiat.* **93**, 66 (1930).
- [13] SCHIPKOWENSKY, N.: Psychose und Mord. *Wien. med. Wschr.* **107**, 54 (1957).
- [14] — Manie und Mord. *Z. Nervenheilk.* **14**, 212 (1958).
- [15] — Cyclophrenie und Mord. *Berliner Ges. Psychiat. u. Neurol. a. d. Humboldt-Universität, Sitzg. v. 4. 11. 1959. Zit. Zbl. ges. Neurol. Psychiat.* **161**, 335 (1961).
- [16] — Mitgehen und Mitnehmen in den Tod. *Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.)* **15**, 227 (1963).
- [17] ZECH, H.: Die Kriminalität der Manisch-Depressiven und ihre forensische Begutachtung. *Med. Sachverst.* **55**, 1 (1959).

Dr. med. L. ZUMPE
 Psychiatrisch-Neurologische Klinik
 der Städtischen Krankenanstalten
 62 Wiesbaden, Schwalbacher Straße 62