

(Aus der Psychiatrischen und Nervenkllinik der Universität Kiel.
Direktor: Prof. Dr. Georg Stertz.)

Selbstmordversuch durch Beilhiebe in den Scheitel.

Von
Dr. O. Pedersen.

Munck hat vor kurzem in dieser Zeitschrift¹ einen interessanten Fall von Selbstmord durch Beilhiebe in den Scheitel eingehend geschildert. Solche Fälle kommen selbstverständlich relativ selten vor. Nach *Munck* sind in der gerichtsmedizinischen Literatur nur etwa 20 derartige Fälle von Selbstverletzungen durch Beilhiebe in den Kopf bekannt. Wegen des stets naheliegenden Verdachts auf eine Verletzung durch fremde Hand oder unter Umständen auf Mord, haben aber diese Fälle ein großes gerichtsärztliches und polizeiliches Interesse, sie sind aber auch rein psychiatrisch nicht weniger bemerkenswert. Denn bei den allermeisten — wenn nicht gar bei allen — dieser Selbstmörder dürfte es sich wohl um Geistesranke handeln. Auch bei der von *Munck* beschriebenen Frau war dies offensichtlich der Fall. Bei dem in Nachfolgendem beschriebenen Patienten lag eine sichere schizophrene Psychose vor. Hier führten allerdings die sehr schweren Verletzungen nicht zum Tode, so daß die rein polizeiliche Klärung des Falles weniger Schwierigkeiten bereitete.

Der 20 jährige Zimmermann W. V. stammt aus einer erblich belasteten Familie. Mütterlicherseits litten 2 Tanten an Verfolgungsvorstellungen, waren aber nicht in Anstaltsbehandlung, ein Onkel hat sich erhängt. Väterlicherseits war ein Onkel 5 mal in der hiesigen Klinik wegen chronischem Alkoholismus (einmal wegen Delirium tremens); dessen 5 Brüder und ein Großvater waren ebenfalls Trinker.

Der Patient selbst war von jeher still, zurückhaltend und empfindlich. Er war aber sonst in seinem psychischen Verhalten niemals besonders auffällig geworden. Er war ein guter Schüler, stets arbeitswillig, in seinem Beruf tüchtig und im Umgang freundlich. Auch während der Arbeitsdienstzeit war er in seinem Wesen unauffällig. Eines Nachmittags aber, während seine Kameraden spielten, verhielt er sich eigenartig still. Etwa um 8 Uhr abends entfernte er sich schnell aus dem Lager und kehrte in der Nacht nicht zurück. Erst am nächsten Tag um 2 Uhr mittags wurde er von seinen Kameraden auf einem entfernt liegenden Grundstück bewußtlos und blutüberströmt aufgefunden. Er lag ausgestreckt auf der Erde; am Kopf, am Hals und an beiden Handgelenken fanden sich mehrere schwere Wunden. Unmittelbar neben ihm lagen ein blutiges, offenes Taschenmesser und ein Beil, dessen Kopf und Stiel mit Blut beschmiert war. In der Umgebung fanden sich keine Zeichen dafür, daß ein Kampf stattgefunden hatte. Es konnte festgestellt werden, daß das Messer V. selbst gehörte und daß das Beil aus einem Schuppen im Lager stammte.

V. wurde gleich in ärztliche Behandlung genommen und kam nach kurzer Zeit vorübergehend zum Bewußtsein. Auf die Frage, wer ihn verletzt hätte, erklärte er: „Das habe ich selbst getan.“ — Er wurde dann alsbald in die hiesige Chirurgische Klinik eingeliefert, wo die Verletzungen entsprechend versorgt

¹ *Willy Munck*, Dtsch. Z. gerichtl. Med. **27**, 308 (1937).

wurden. Nachdem er das Bewußtsein wiedererlangt hatte, bestätigte er nochmals seine Angabe, daß er sich selbst die Verletzungen beigebracht habe. In den nächsten Tagen wurde er zunehmend stuporös, gab keine Antwort und lag völlig unbeweglich im Bett. Als wir ihn bei der daraufhin veranlaßten psychiatrischen Untersuchung zum erstenmal sahen, bot er ein ausgesprochen stuporöses Bild, mutazistisch, ängstlich-gespannt. Er wurde sofort (24. V. 1933) in die Psychiatrische Klinik überführt. Es fanden sich bei ihm folgende Verletzungen:

1. Oberflächliche Schnittwunde am rechten Handgelenk. Hier war nur die Haut verletzt.
2. Tiefere Schnittwunden am linken Handgelenk mit Durchtrennung der Sehne des *Palmaris longus*.
3. An der linken Halsseite mehrere ganz oberflächliche Schnittwunden, außerdem am Hals eine über 10 cm lange Wunde, die das *Platysma* durchtrennt, aber keine tieferen Verletzungen verursacht hatte.
4. Am Kopf fanden sich mehrere (deutlich erkennbar 4 voneinander getrennte) Wunden, die alle sagittal und ziemlich genau parallel verliefen. Eine davon, die an der Haargrenze anfang und in der Mittellinie des Schädels verlief, hatte nur die Haut durchtrennt. Zwei andere lagen weiter nach hinten in der Scheitelgegend, ebenfalls in der Medianlinie und unmittelbar neben derselben; beide hatten die *Tabula externa* des Knochens zertrümmert. Auf der Scheitelhöhe links fand sich eine Hiebwunde, die den Knochen zertrümmert hatte, so daß die Dura in einem mehrere Zentimeter großen Bezirk frei lag; die Dura selbst war unverletzt.

Die Wundheilung war durch eine leichte Eiterung kompliziert. — In der Klinik war V. durch mehrere Wochen völlig stuporös, negativistisch und mutazistisch, verweigerte zeitweilig die Nahrungsaufnahme. Später wechselte Stupor und Erregung ab; in seinem Verhalten machte er einen schwer katatonen Eindruck. Dieser Zustand klang dann allmählich ab; bei der Entlassung aus der Klinik etwa 4½ Monate nach der Aufnahme war er frei und zugänglich, mit voller Krankheitseinsicht.

In der ersten Zeit des Klinikaufenthalts bestand eine leichte spastische Parese des rechten Beins, die sich allmählich zurückbildete und bei der Entlassung nicht mehr nachzuweisen war. Ein krankhafter neurologischer Befund war im übrigen nicht zu erheben. Bei der Entlassung gab er an, daß er sich am Nachmittag vor dem Selbstmordversuch, für den er keinen eigentlichen Grund angeben könne, völlig verwirrt und ratlos gefühlt habe, er habe weder ein noch aus gewußt. Er sei dann weggelaufen, habe sich aus dem Schuppen ein Beil geholt und habe sich mit diesem am Schädel verletzt. Morgens sei er wieder zum Bewußtsein gekommen und habe sich dann mit seinem Taschenmesser die Verletzungen am Hals und an den Händen beigebracht. (Es muß dahingestellt bleiben, ob diese Angaben tatsächlich zutreffen. Einiges, was er über die Zeit vor dem Selbstmordversuch aussagte, ist nachweislich falsch. Über die Überführung in die Chirurgische Klinik usw. besteht keine Erinnerung.)

In unserem Fall hat es sich also um einen erblich schwer belasteten Geisteskranken gehandelt, und zwar lag eine recht stürmisch verlaufende Schizophrenie mit vorwiegend katatonem Gepräge vor. In der ersten Phase der schnell sich entwickelnden Krankheit hat V. sich in einem Zustand starker Ratlosigkeit mit ausgesprochenem Fremdheitsgefühl eine Reihe Selbstverletzungen beigebracht: Mehrere ziemlich oberflächliche Schnittwunden am Hals und an beiden Handgelenken. Während die Schnittwunde am rechten Handgelenk ganz oberflächlich war, war links eine Sehne durchtrennt. Die mit einem Beil ausgeführten Verletzungen am

Kopf fanden sich zum größten Teil oben auf dem Scheitel, und zwar lagen die verschiedenen Hiebwunden innerhalb eines ziemlich engen Bezirks. Dieses sowohl, wie der parallele Verlauf der Wunden ist für derartige Selbstverletzungen charakteristisch. Die Hiebe mußten mit relativ geringer Kraft ausgeführt sein, teils war nur die Haut durchtrennt, teils nur die Tabula externa des Knochens zersplittert. Bei dem vierten Hieb war jedoch der ganze Knochen zertrümmert, so daß die Dura, die nicht verletzt war, in einem mehrere Zentimeter langen Bereich frei lag. An dieser Stelle ist es offenbar auch zu einer Hirnkontusion gekommen; entsprechend der Lokalisation dieser Verletzung in der linken Scheitelgegend fand sich eine vorübergehende spastische Parese des rechten Beines.

In welcher Reihenfolge V. sich die Verletzungen beigebracht hat, läßt sich nicht klar entscheiden. Er gibt selbst an, daß er sich erst mit dem Beil verletzt habe, daß er dann bewußtlos geworden sei und daß er, als er morgens vorübergehend wieder zur Besinnung kam, sich mit dem eigenen Taschenmesser die Schnittwunden zufügte. Hierbei ist es zu einer Sehnendurchtrennung an der linken Hand gekommen, wodurch die Gebrauchsfähigkeit der Hand erheblich beeinträchtigt war. Dies könnte dafür sprechen, daß die Schädelverletzungen zuerst erfolgt waren. Wenn man außerdem berücksichtigt, daß die schweren Schädelverletzungen mit Hirnkontusion aller Wahrscheinlichkeit nach zu sofortiger Bewußtlosigkeit geführt haben, so spricht vieles dafür, daß die eigene Darstellung des V. richtig ist und daß er sich die Schnittwunden erst am nächsten Morgen, als er wieder zum Bewußtsein kam, zufügte. Die rein polizeiliche Klärung war in unserem Falle nicht schwierig. Die ganzen Begleitumstände sprachen für Selbstmord und gegen einen Mordversuch; endlich haben die eigenen Angaben des V. sehr bald nach der Auffindung über diese Frage Gewißheit verschafft. Aber wenn dies auch nicht der Fall gewesen wäre, so hätte die Art der Verletzungen hinreichenden Aufschluß gegeben. Wir verweisen diesbezüglich auf die Ausführungen von *Munck*. Daß das Vorhandensein recht bedeutender Schädelknochendefekte nicht gegen Selbstverletzung spricht (*Munck*), zeigt unser Fall deutlich.

Bemerkenswert ist bei V. der weitere Verlauf. Wir haben Gelegenheit gehabt, ihn während annähernd zweier Jahre nach der Entlassung aus der Klinik mehrfach zu untersuchen. Er blieb während dieser Zeit psychisch völlig frei und zeigte niemals irgendwelche psychotische Erscheinungen. Er nahm bald nach der Entlassung seine Tätigkeit als Zimmermann wieder auf und leistete als solcher vollwertige schwere Arbeit. Neurologische Symptome waren nicht mehr nachweisbar, vor allen Dingen aber war er frei von jeglichen subjektiven Beschwerden. Es ist eben eine immer wiederkehrende Beobachtung, wie gering die Folgeerscheinungen auch bei recht schweren Hirntraumen sein können, nicht am wenigsten dann, wenn es sich wie hier um eine nicht entschädigungspflichtige Verletzung handelt.
