Jahrbuch für kritische Medizin

Prof. Dr. med. Volkmar Sigusch

Medizinische Experimente am Menschen
Das Beispiel Psychochirurgie

BEILAGE ZU AS 17

Über den Autor

Sigusch, Volkmar, Prof. Dr. med., geb. 1940, Studium der Medizin, Psychologie und Philosophie; zweijährige Medizinalassistentenzeit auf den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie; Fortbildung auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie und Sexualwissenschaft; bis 1972 Assistent und Dozent der Psychiatrischen Universitätsklinik und des Instituts für Sexualforschung an der Universität Hamburg. 1972 Habilitation. 1973 Professor für Sexualwissenschaft in den Fachbereichen Humanmedizin und Gesellschaftswissenschaften der Universität Frankfurt am Main und Geschäftsführender Direktor des Zentrums der Psychosozialen Grundlagen der Medizin des Klinikums der Universität Frankfurt am Main. Leiter der Abteilung für Sexualwissenschaft des dortigen Klinikums. Charter Member der International Academy of Sex Research, New York; Mitherausgeber von „The Journal of Sex Research", „Archives of Sexual Behavior" und „Beiträge zur Sexualforschung". Buchveröffentlichungen (z. T. zusammen mit Gunter Schmidt) u. a.: „Zur Frage des Vorurteils gegenüber sexuell devianten Gruppen" (1967), „Exzitation und Orgasmus bei der Frau" (1970), „Tendenzen der Sexualforschung" (1970), „Arbeiter-Sexualität" (1971), „Ergebnisse zur Sexualmedizin" (1972), „Jugendsexualität" (1973), „Therapie sexueller Störungen" (1975). Arbeitsgebiete: Psychosoziale Grundlagen der Medizin; Materialistische Theorie der Sexualität des Menschen; spezielle Probleme der Behandlung sexuell gestörter Menschen.

ISBN 3-920037-85-5

Copyright © Argument-Verlag GmbH Berlin 1977. Alle Rechte – auch das der Übersetzung – vorbehalten. – Redaktion: Altensteinstraße 48 a, 1000 Berlin 33, Telefon: 0 30 / 8 31 49 15. – Verlag, Anzeigen und Auslieferung: Dr. Christof Müller-Wirth, Postfach 21 0730, 7500 Karlsruhe 21, Telefon 07 21 / 55 59 55, Fernschreiber 7 825 909. – Auslieferung für Berliner Buchhandlungen: M. Langenberger, Bocholter Weg 10, 1000 Berlin 27. – Gesamtherstellung: C. F. Müller, Großdruckerei und Verlag GmbH, Rheinstraße 122, 7500 Karlsruhe 21. – Umschlaggestaltung: Hans Förtsch und Sigrid von Baumgarten. – 1.–4. Tausend: Juli 1977.

Inhalt

Einleitung 2
Definition 3
Entwicklung und Technik der Psychochirurgie 4
„Klassische" Leukotomie 4
„Standard"-Leukotomie 4
Stereotaxie 5
Topektomie 6
Transorbitale Leukotomie 6
Orbital Undercutting 6
Das Ausmaß 6
Gegenwärtige Technik 7
Neueste Entwicklungen 8
Allgemeine Entwicklung der Psychochirurgie in der BRD 9
Das Resultat 12
Persönlichkeitsdefekt 12
Absinken ins Subhumane 13
Todes- und Komplikationsrate 13
Stereotaxie 14
Patienten 14
Werner K. 14
Norbert R. 14
Klaus B. 15
Bernd M. 15
Stefan H. 16
Weitere Patienten 16
Rückfälle 16
Freiwilligkeit 16
Todesfälle 17
Der Anwendungsbereich 18
Indikationen 18
Therapeutische Raserei 18
Krankheitsideologie 18
Psychosomatische und internistische Erkrankungen 19
Die Bedrohtesten 19
Indikatoren 19
Die wissenschaftliche Begründung 20
Biologische Hirnmythologie 20
Lokalisationslehre und Tierexperimente 20
Quantitatives Prinzip 21
Lege artis 22
Öffentliche Kritik 23
BRD 23
USA 23
Japan 24
Kanada 24
Großbritannien 24
Australien 24
WHO 24
Schluß 24
Anmerkungen 26

Einleitung*

Psychochirurgische Hirneingriffe sind keine einmalige Entgleisung. Sie sind auch nicht mit den Menschenversuchen faschistischer KZ-Ärzte gleichzusetzen. Sie sind ein notwendiger Ausfluß und merklicher Ausdruck der tonangebenden technologischen Körpermedizin, die sich unter hiesigen gesellschaftlichen Verhältnissen zu menschenfeindlichen Höhepunkten entwickeln konnte. Hirneingriffe zur Beseitigung seelischer Erkrankungen und zur sozialen Kontrolle werden heute nicht von Außenseitern der Medizin unter der Theke vorgenommen. Sie werden von einflußreichen Medizinprofessoren in den renommiertesten Kliniken der kapitalistischen Welt durchgeführt und in den feinsten Fachblättern anstandslos publiziert.

Medizinische Experimente am Menschen? Ich sehe mich auf meinem Schreibtisch um, stöchere in Papieren und finde im Handumdrehen:

Medical Tribune vom 16. 7. 1976: In Tuskegee, Alabama, lief seit 1930 eine Lues-Langzeitstudie. Ärzte beobachteten dort „eine Gruppe an Lues erkrankter Neger zum Studium des Krankheitsverlaufs. Selbst nach 1945, als Penicillin als wirksames Therapeutikum schon bekannt war, unterblieb eine entsprechende Behandlung, so daß wahrscheinlich einige der Kranken, die zu retten gewesen wären, unnötig starben".

The New York Education Law Report[1]: Im Juli 1963 haben die Ärzte Emmanuel Mandel, Chester M. Southam und Deogracias B. Custodio vom Jewish Chronic Disease Hospital in Brooklyn, New York, 22 Patienten lebende Krebszellen eingespritzt, um deren Abwehrkräfte zu testen. Das Experiment stand in keinem Zusammenhang mit der Behandlung der Patienten. Der Klinikdirektor hatte vorab zugestimmt; die Patienten waren nicht gefragt worden. Der Assistenzarzt Samuel Rosenfeld brachte das medizinische Verbrechen ans Licht. Ein Standesgericht sprach mit 14 : 3 Stimmen einen „tadelnden Verweis" aus. 1967 wurde Chester M. Southam zum Vizepräsidenten, ein Jahr später zum Präsidenten der größten US-amerikanischen Krebsgesellschaft, der American Association for Cancer Research, gewählt.

Bild der Wissenschaft, Jg. 1976[1a]: Der westdeutsche Chefarzt Gerhard Kienle überprüfte insgesamt 964 Veröffentlichungen aus drei repräsentativen medizinischen Zeitschriften (Deutsche Medizinische Wochenschrift, Arzneimittelforschung, Therapie-Woche) auf „unethisches" Vorgehen. Sein Ergebnis: „228 Untersuchungen erfolgten eindeutig gegen das Interesse der Patienten, das heißt Arzneimittelschäden bei den Versuchspersonen wurden bewußt in Kauf genommen, um die Schädlichkeit zu prüfen. Belastende Arzneimittel (wie Antibiotika bei Schwangeren) wurden ohne therapeutische Indikation verabreicht, risikoreiche Untersuchungen wie Herzkatheterisierung vorgenommen oder verlängert, ja es wurden Heilungschancen vorenthalten; auch gab es Maßnahmen, die geltenden Vorschriften (die Strahlenschutzverordnung) verletzten. Nur 55 Berichte enthielten Angaben über die Aufklärung der Patienten. Der Anteil der unethischen Arbeiten steigt bei Untersuchungen zur Pharmakodynamik auf 39 %, zur Pharmakokinetik gar auf 73 %. Die Analyse dieser Arbeiten zeigt, daß auch die rigorose Mißachtung der Interessen der Patienten die Aussagekraft der Untersuchungen nicht verbessert. Denn in keinem Falle konnte die Wirksamkeit im Sinne der Methodenlehre der klinischen Statistik erbracht werden."

Frankfurter Rundschau vom 8. 7. 1976: Das Institut für Ernährungsforschung in Dortmund-Brünninghausen führt eine öffentlich geförderte Untersuchung mit dem Ziel durch, die Wirkungsweise der marktgängigen Säuglingsnahrungsmittel zu erforschen. Laut einer Suchanzeige sollen die Säuglinge nach der Geburt für vier bis sechs Monate in dem Institut abgeliefert werden. Ein Franziskanerpater wirft dem zuständigen Ministerium vor: Es wird verschwiegen, daß die Säuglinge an Apparaturen zum Auffangen ihrer Ausscheidungsstoffe angeschlossen sind und ständig auf dem Rücken liegen müssen.

Scientific American, Vol. 234, 1976: Nach Interviews mit 350 Forschern, die aktiv an Experimenten mit Menschen beteiligt sind, und einer Umfrage an 293 biomedizinischen Forschungsstätten befürworteten 28 % der Befragten ein fiktives Experiment, nach dem bei herzoperierten Kindern die Thymusdrüse chirurgisch entfernt werden sollte, um Effekt auf das Einheilen eines Hauttransplantats zu ermitteln. 6 % waren selbst dann dafür, wenn nur eine Chance von 1 : 10 für ein „bedeutsames" Ergebnis angenommen wurde. Ein Experiment, durch das die Wirkung von radioaktivem Kalzium auf den Knochenstoffwechsel untersucht werden sollte, befürworteten 46 %, davon 14 % auch bei einer Chance von 1 : 10. Jene Wissenschaftler, die die meisten Veröffentlichungen produziert hatten, gleichwohl aber am seltensten von anderen Wissenschaftlern zitiert worden waren, befürworteten am häufigsten risikoreiche, wenig „nutzbringende" Experimente. Die Aufklärung und Einwilligung der Patienten bedeutete ihnen noch weniger als anderen Experimentatoren.

Versuche an Menschen und nutzlose bis schädigende Behandlungen sind in der hiesigen Medizin zu bekannt, als daß man kritischen Medizinern gegenüber auf diesem Tatbestand länger zu insistieren brauchte. Den Patienten aber und der liberalen Öffentlichkeit gegenüber müssen wir es tun. Wo eine wirksame öffentliche, geschweige denn gesellschaftliche Kontrolle des Gesundheitswesens fehlt, wo die Interessen derjenigen, die alles bezahlen, was im Gesundheitswesen zu bezahlen ist, nicht wirksam vertreten werden können, wo eine asoziale somatische Krankheitslehre auf eine ehrfurchterweckende medizinische Technologie trifft und die wirklichen Ursachen von psychosozialen Störungen und Erkrankungen einer kollektiven Verschwörung zur Verleugnung anheimfallen – wo das der Fall ist, ist es regelhaft unmöglich, medizinische Menschenversuche zu verhindern, oft sogar als solche zu erkennen. Man braucht ein Beispiel enormer Brutalität, sensationell und überschaubar. Nur dann kann es vielleicht gelingen, die allgemeine Gleichgültigkeit und Lähmung, die herrschende Krankheitsideologie, gleichförmig im Kopf der Therapeuten wie im Kopf der Patienten, für einen Moment zu durchstoßen.

Dieses Beispiel läuft zur Stunde als Massenexperiment in diesem Land. Es geht nicht um vertuschbare Säuglingsversuche, um Verbrechen in Alabama, um statistische Ergebnisse irgendwelcher Umfragen. Es geht um Hirnoperationen in Kliniken der BRD und Westberlins.

Definition

Das Beispiel heißt „Psychochirurgie", ein Bastardbegriff, der schon sagt, worum es geht[1b].

Als psychochirurgische bezeichne ich solche Eingriffe, die am gesunden Gehirn mit dem Ziel vorgenommen werden, Erlebens- und Verhaltensbereiche eines Menschen durch das Zerstören (oder direkte Reizen) von Hirnge-

webe zu beseitigen, zu beeinflussen oder zu kontrollieren. Auch Eingriffe, die an Menschen mit einer körperlich faßbaren Hirnerkrankung vorgenommen werden, gehören fraglos dazu, wenn ihr Ziel ist, Erleben und Verhalten zu ändern. Die zutreffendste Definition aus psychochirurgischer Sicht hat der berühmt-berüchtigte Inder V. Balasubramaniam gegeben. Er spricht heute von „sedative neurosurgery" und versteht darunter „that aspect of neurosurgery where a patient is made quiet and manageable by an operation"[2].

Chirurgische Hirneingriffe bei Menschen, die an einer neurologischen oder neurologisch relevanten Erkrankung i. e. S. leiden (z. B. bösartigen Tumoren), bleiben hier außer Betracht, was nicht bedeuten soll, daß sie ohne wirksame Kontrolle und jenseits ethischer Fragestellungen vorgenommen werden könnten. Wir wissen schließlich inzwischen, daß es Psychochirurgen gibt, die politisch motivierten „Aufrührern" und „Krawallmachern" eine Hirnerkrankung bescheinigen und sie einer entsprechenden „Behandlung" zuführen[3].

Entwicklung und Technik der Psychochirurgie

Will man die gegenwärtige Praxis der Psychochirurgie einordnen, muß man zunächst ihre Geschichte studieren, eine Geschichte ärztlicher Skrupellosigkeit und ärztlicher Untaten.

„Klassische" Leukotomie: Von einigen Vorläufern abgesehen, beginnt die Ära der Psychochirurgie in der Neuzeit mit der Operation einer melancholischen Prostituierten durch die Portugiesen Antonio de Egas Moniz und Almeida Lima im Jahre 1935[4]. Dieser Frau wurde zunächst Alkohol in die weiße Substanz des Stirnhirns gespritzt; später nahmen die Operateure mit einem eigens konstruierten spachtelartigen Instrument, dem sog. Leukotom, Durchschneidungen in dieser Hirnregion vor. Moniz, zeitweise auch Außenminister seines Landes und 1949 mit dem Nobelpreis für Medizin dekoriert – „für seine bahnbrechende Heilmethode psychisch Kranker", wie das Komitee befand –, operierte etwa einhundert Menschen mit dem Leukotom. Einer der leukotomierten Patienten feuerte auf ihn fünf Kugeln ab. Moniz war seitdem gelähmt.

„Standard"-Leukotomie: Zum eigentlichen Durchbruch verhalfen der Psychochirurgie die Washingtoner Neurochirurgen Walter Jackson Freeman – genannt „Jack, the Brainslasher", das heißt „der Hirnschlitzer" – und James Watts, die den Moniz-Eingriff bereits 1936 übernahmen und zur „Standard"-Leukotomie (auch präfrontale Lobotomie genannt) entwickelten[5].

Der Eingriff wird folgendermaßen beschrieben: „6 cm über dem Jochbogen und 3 cm hinter dem lateralen Orbitalrand werden beidseits 1,5 cm große Trepanationsöffnungen angelegt, die Dura durchschnitten und das Leukotom horizontal in einer frontalen Ebene in die weiße Substanz des Stirnhirns hineingestoßen ... Die Schnittebene liegt in der Regel vor dem Seitenventrikel, doch kommt es vor, daß dieser eröffnet wird. Alsdann wird das freie Ende des Leukotoms nach oben bzw. nach unten gekippt (30 – 40° bei einem Radius von 4,5 cm), wodurch in einem dreieckförmigen Sektor ober- und unterhalb der Ausgangslage die Fasermassen durchschnitten werden ... Im Anschluß an diese Durchschneidung kommt es zur Resorption des nekrotischen Gewebes und zur Ausbildung von cystischen Hohlräumen, die eine sehr verschiedene Ausdehnung haben."[6]

In dieser Weise operierten Freeman und Watts bis 1950 etwa 4000 Menschen. Die Diagnosen reichten von Zwangs- und Angstneurose, Depressionen, Aggressivität und Schizophrenie bis zu „Persönlichkeitsschwäche" oder „Geistesabwesenheit". Die Resultate waren wie bei Moniz und Lima: die Patienten vegetierten fortan als Hirnverletzte und emotional Verödete dahin.

Diese kriminelle Praxis der Psychochirurgen hatte aber ihren vorläufigen Höhepunkt noch nicht erreicht. In den 40er und 50er Jahren wurden jährlich Tausende von Patienten leukotomiert, mit „Eispickel" oder „Spatel". In den Nachkriegsjahren bis 1954 sollen in den USA nach zuverlässigen Schätzungen 40 000 bis 50 000, in England etwa 10 000 Leukotomien durchgeführt worden sein, auch von Landärzten und Wunderheilern, auch bei Ehebruch und unregelmäßigem Stuhlgang.

Stereotaxie: 1947 führte eine Gruppe um den New Yorker Neurochirurgen Ernest Spiegel' die stereotaktischen Operationen ein, worunter das gezielte Einführen von Instrumenten in das Gehirn nach vorheriger stereometrischer Bestimmung und Errechnung eines Zielgebietes – heute mit Hilfe von Computern – zu verstehen ist. Damit begann die Zeit der Zerstörung und Reizung von Hirngewebe mit Hilfe von Sonden und Kanülen, die z. B. Strom oder Pharmaka transportieren und auch tief im Gehirn gelegene Areale erreichen können.

Mitte der 50er Jahre gerieten die Psychochirurgen in Konkurrenz mit anderen körperlichen Behandlungstechniken bei seelisch Kranken. Elektroschock, Insulinkoma und die neu eingeführten Psychopharmaka, generell die aufkommende Forderung nach Therapieforschung und kalkulierbarer Effizienz nötigten viele Operateure vom Messer zur vielversprechenden stereotaktischen Sonde überzugehen. Der Amerikaner Kenneth Livingston überwand in dieser Zeit seine ethischen Bedenken und entschied sich schweren Herzens gegen die Rechte des Individuums und für die Forschung. Er versuchte zu beweisen, daß die Erfolge stereotaktischer Hirneingriffe nicht nur auf einen Placebo-Effekt zurückgehen. Livingston operierte daher Patienten zum Schein: Er schnitt ihnen „lediglich" die Kopfschwarte auf, bohrte ihnen ein Loch in den Schädel, stach die Hirnhäute etwas an und schickte sie dann „mit einem dicken Kopfverband" in die Anstalt zurück. Nur er allein wußte um das doppelte Menschenexperiment – und der Erfolg war „frappierend".

Psychochirurgischerseits wird oft so getan, als heiße Stereotaxie: gezielte Elektrokoagulation von winzigen Hirnarealen mit Hilfe eines hochfrequenten Wechselstroms, der von einer eigens konstruierten Spezialsonde geleitet wird. Tatsächlich aber wird auch hier auf Teufel komm' heraus herumexperimentiert. Der westdeutsche Psychochirurgie-Verfechter Hans Orthner hat schon vor Jahren eine eigene „schonende" Technik entwickelt und die seiner Kollegen bemängelt:

„Die meisten Operateure gehen leider viel gröber vor. Sie verwenden einfache Stabelelektroden oder bringen von der Spitze einer Nadel zerstörende oder raumverdrängende Substanzen oder radioaktive Isotopen ins Gewebe ein, oder sie versuchen an der Spitze einer besonders konstruierten Sonde eine Vereisung (sogenannte kryogene Chirurgie). Auch mechanische Zerstörungen mit Hilfe von Drahtschlingen werden durch-

geführt. Andere versuchen mit Hilfe von Strahlen umschriebene Hirnschädigungen zu erzeugen; Röntgenkreuzfeuerbestrahlung, Ultraschall, Protonenstrahlen wurden vom Tierversuch sehr rasch auf den Menschen übertragen. Ich kann keine dieser Methoden gut heißen, weil durch keine eine genügende Anspassung an die anatomischen Gegebenheiten gewährleistet ist." Nur wenn man so vorgehe, wie von ihm beschrieben, sei die Gefahr unberechenbarer Blutungen an der Koagulationsstelle – für Neurochirurgen die gefürchtetste Komplikation – sehr gering. Und schließlich plädierte Orthner, auch auf seine westdeutschen Kollegen gemünzt, für größte Präzision: „In jedem Fall geben wir uns über das Ausmaß der Ausschaltungen Rechenschaft."[8]

Topektomie: Die Zeit der Messer-Chirurgie war aber durch das Aufkommen der Stereotaxie ohnehin nicht vorbei: Bereits 1948 führte Lawrence Pool in New York die Topektomie neu ein, bei der der größte Teil des Stirnhirns herausgeschnitten und anschließend zur Kontrolle gewogen wird.

Transorbitale Leukotomie: Zu dieser Zeit besann sich Freeman auf eine Leukotomie-Technik, die der Italiener A. M. Fiamberti bereits 1936 angewandt hatte. Alles, was man dazu brauchte, war ein Elektroschockgerät zur „Anästhesie" und der „Eispickel", den der Operateur unmittelbar über dem Auge des Patienten durch den Knochen hindurch sieben Zentimeter weit ins Gehirn hineintrieb, um dann mit Kreisbewegungen Stirnhirngewebe zu zerstören. Diese Methode war so praktikabel, daß sie von Allgemeinärzten und nichtmedizinischen Scharlatanen in der Praxis oder beim Hausbesuch zur Behandlung psychosozialer Probleme benutzt werden konnte. Einer der skrupellosesten Psychochirurgen, Vernon Mark, schätzte die Zahl derartiger Hirnverstümmelungen in den USA auf mindestens 30 000; Kritiker sprechen von 50 000 transorbitalen Leukotomien in der Mitte der 50er Jahre[9].

Orbital Undercutting: Inzwischen „verfeinerte" der US-Amerikaner William B. Scoville, ein Schüler Freemans, die „klassische" Leukotomie, indem er den Schädel in der Stirngegend breit eröffnete, so daß er ausgesuchte Nervenverbindungen unter Sichtkontrolle mit dem Skalpell gezielter durchtrennen konnte. Seine Technik heißt „orbitale Unterschneidung". Er empfiehlt sie bis zur Stunde als Universaleingriff bei seelischen Erkrankungen. Von der Annahme seiner Kollegen, jede seelische Erkrankung lasse sich einem bestimmten Hirngebiet zuordnen, hält er (völlig zu Recht) überhaupt nichts.

Das Ausmaß: In den zwei Jahrzehnten seit der ersten Moniz-Operation sind mindestens 100 000 Menschen einem psychochirurgischen Eingriff unterzogen worden. Nach allem, was wir wissen, wurden dabei die auf dem Papier kodifizierten Regeln ärztlichen Handelns durchweg mißachtet. Für die Menschenexperimentatoren war und ist das nicht mehr als Firlefanz, der den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft zu bremsen geeignet ist. Freeman beispielsweise operierte an einem einzigen Vormittag zehn bis fünfzehn Menschen. Nach eigenen Angaben wurde schon drei Tage nach der ersten Operation über eine zweite entschieden – wenn der Patient eine lange Anreise hatte.

Gegenwärtig werden psychochirurgische Eingriffe neben der BRD vor allem in den USA, Japan und Großbritannien vorgenommen; außerdem in Thailand, Indien, Kanada, Australien, Neuseeland, Frankreich, Spanien, Italien, Norwegen, Schweden, Dänemark, Finnland und der Schweiz, höchst-

wahrscheinlich auch in den Niederlanden und Argentinien. In der CSSR ist – soweit ich weiß als einziger – ein gewisser Pavel Nádvornik in Bratislava psychochirurgisch aktiv[10]. Er ist übrigens international neben den Westdeutschen der einzige, der Menschen mit abweichendem Sexualverhalten operiert hat.

Wie viele Menschen heute psychochirurgischen Operationen in den genannten Ländern unterzogen werden, ist nicht bekannt. Geschätzt wird, daß in den USA (bis 1974) 500 bis 600, in England 300 bis 400 und in der BRD ungefähr 150 Eingriffe pro Jahr vorgenommen werden.

In der UdSSR sind Lobotomien aus neuropsychiatrischer Indikation bereits am 9. 12. 1950 von der Regierung verboten worden[11]. Der damalige Gesundheitsminister A. A. Khachaturian begründete die Entscheidung ausführlich und wies auf die Lehre Pawlows und insbesondere Bechterews hin, wonach seelische Erkrankungen Störungen der Gesamthirntätigkeit und nicht einzelner Hirnbezirke sind[12].

Gegenwärtige Technik: Die Psychochirurgie kam exakt zu jener Zeit auf, als die Psychiatrie begann, somatische Behandlungstechniken, besonders Insulinkoma und Elektroschock, einzusetzen. Sie überschritt in den 50er Jahren ihren Höhepunkt exakt zu jener Zeit, als die Psychopharmaka zum Einsatz kamen. Seit Ende der 60er Jahre feiert die „in aller Stille" wiedererstandene Psychochirurgie eine „Renaissance"[13]. Alle Operateure sprechen vom Beginn einer neuen Welle. Westdeutsche Psychochirurgen erwecken heute den Eindruck, als sei die Zeit grober Hirnverstümmelungen vorbei, als würden „nur" noch feine und kleine „Hirnstiche" appliziert. So makaber es ist, darum zu rechten: Erstens sind die grobschlächtigsten Fleischer-Techniken bis heute nicht vollends aus dem medizinischen Waffenarsenal verbannt worden; es sind Kliniken bekannt, in denen heute noch in „klassischer" Manier leukotomiert wird[14]. Zweitens praktizieren führende Psychochirurgen nach wie vor andere messerchirurgische Techniken der Leukotomie-Ära. Drittens dominieren heute zwar stereotaktische Eingriffe; sie sind aber in der Regel nichts weiter als eine moderne Variation der alten Leukotomien: multilokulär angewandt, eine Koagulation neben die andere gesetzt, dreißig, vierzig, fünfzig, nicht selten auf beiden Hirnseiten, und wenn das nicht reicht, eine ganz andere Hirnregion, bestenfalls Millimeter um Millimeter, verbrannt. Leukotomien bzw. präfrontale Lobotomien, Durchtrennungen der Stirnhirn-Thalamus-Verbindungen werden heute eben stereotaktisch durchgeführt, an denselben Hirnstellen mit derselben Absicht. Die Sonde reicht aber weiter.

International führende Psychochirurgen, beispielsweise der Japaner Sadao Hirose[15], der Brite Geoffrey Knight[16], der Kanadier Earle Baker[17] und der Nordamerikaner William B. Scoville[18], halten von diesen modernen Techniken sehr wenig oder gar nichts. Ersterer wendet die präfrontale Lobotomie des Freemann-Watts-Typs und ein selbst entwickeltes orbitofrontales Undercutting an; letzterer praktiziert und propagiert seine oben beschriebene orbitale Rindenunterschneidung nach wie vor als Universaleingriff. Scoville ist seit vielen Jahren als Präsident der Internationalen Gesellschaft für Psychiatrische Chirurgie der offizielle Anführer. Zuletzt hielt er auf dem 4. Internationalen Kongreß dieser Gesellschaft, der im September 1975 in Madrid

stattfand, Lobeshymnen auf die „sachlichen, wohlüberlegten Operationen", auf die hervorragende Arbeit Walter Freemans. Das internationale Auditorium spendete heftigen Applaus.

Fragt man westdeutsche Psychochirurgen, ob hierzulande, wie getan, „nur" noch stereotaktisch vorgegangen werde, dann bleibt eine verbindliche Antwort aus. Was sich hinter der Bezeichnung „Stereotaxie" verbirgt, habe ich einen ihrer Vertreter sagen lassen. Man lese noch einmal den entsprechenden Abschnitt. Welche Techniken westdeutsche Operateure heute empfehlen, werde ich noch berichten.

Ein keinesfalls einmaliges Beispiel – ich glaube, man muß hier wirklich von „Fall" sprechen – soll das Gerede von den „schonenden", wohlüberlegten, engumschriebenen Eingriffen ebenso widerlegen wie die wissenschaftlichen Begründungen als bösen Mummenschanz und die Praxis als erbarmungslos entlarven.

Es geht um den neunjährigen Joe M., der als „behavioral disorder" eingeordnet und von den Ärzten als „hyperactive, combative, explosive, destructive, sadistic" bezeichnet wurde. Der US-Chirurg Orlando J. Andy operierte ihn fünfmal am Gehirn. Zunächst zerstörte er Teile des linken Thalamus, dann, zwei Wochen später, des rechten Thalamus. Acht Monate später wiederholte er den Eingriff auf der rechten Seite. Obwohl er ein Nachlassen des Erinnerungsvermögens zugeben mußte, unterzog Andy den kleinen Joe ein Jahr später einer Fornikotomie, d. h. er durchtrennte die Nervenbahnen zwischen Hippocampus und Hypothalamus im limbischen System. Endlich stellten sich schwere Zeichen der Hirnschädigung ein; Joe hatte sein Kurzzeit-Gedächtnis verloren. Da das Kind aber immer noch nicht gezähmt war, wurde einen Monat später nochmals auf beiden Seiten eine Thalamotomie vorgenommen. Danach war Joe ausreichend abgestumpft und gut zu „managen", aber, so schreibt der Chirurg 1970: „Intellectually... the patient is deteriorating", d. h. verfällt. Vor den Operationen hatte er eine normale Intelligenz. Andy operiert in Jackson, Mississippi; er sagt nicht, welcher Rasse seine Opfer angehören[9].

Neueste Entwicklungen: ESB = Electrical Stimulation of the Brain heißt die Chiffre für die im wahrsten Sinne des Wortes gemeingefährliche Weiterentwicklung der Stereotaxie. Mit Hilfe von operativ ins Gehirn eingepflanzten Elektroden, mit hilfe von „endoradiosondes", telemetrischen Systemen, Dataphonen und Computern können Gefühle und Verhalten beeinflußt, blockiert, konditioniert, kontrolliert werden, Tag für Tag, 24 Stunden lang, ferngesteuert, an jedem Ort.

Führend auf diesem Gebiet ist der US-Psychiater Robert G. Heath, der bereits seit 1950 einschlägig tätig ist. Sein persönlicher Rekord liegt zur Zeit bei 125 Elektroden pro Versuchsperson. 1972 berichtete er über Experimente an einem 24jährigen Homosexuellen und einer 34jährigen Epileptikerin, die einer „laufenden Serie" von 60 Patienten entnommen waren und zum Ziel hatten, das „Lustzentrum" im Gehirn zu lokalisieren.

Dem Mann implantierte er unter Vollnarkose und Ventrikulographie stereotaktisch Elektroden, „each with 3 to 6 leads", in folgende Hirnregionen: „right midseptal region, right hippocampus, left and right amygdalae, right anterior hypothalamus, right posterior ventral lateral thalamus, left caudate nucleus, and at two subcortical sites within the left lobe of the cerebellum. Cortical leads were placed under the dura at sites in the left and right frontal regions, left and right parietal areas, and right temporal region. Triple-lead silver ball polyvinyl chloride acetate-insulated electrodes were implanted into the left anterior and left posterior septal region ... Intracerebral cannulas (used for studies to be described in another report) were implanted into the septal region bilate-

rally (about 2 mm rostal to the anterior commissure on the left and at the level of the anterior commissure on the right) and into the hippocampus."[20]

Der Frau spritzte er außerdem Acetylcholin und Levarterenolbitartrat in die Kanülen, die im Septum lagen. Sie kam wiederholt zum Orgasmus. Der Mann wurde ausgerüstet mit einem „three-button-self-stimulating transistorized device". Er durfte das Gerät jeweils drei Stunden lang tragen, stimulierte dann die Septalregion seines Gehirns selber bis zu 1500 Mal mit Stromstößen, weil er Lustgefühle hatte, aber weder Orgasmus noch Befriedigung erreichte. (Diese Reaktion ist aus Experimenten mit Ratten bekannt, die sich bis zur totalen Erschöpfung selber stimulieren). Daraufhin setzte Heath den Patienten vor einen Sexfilm und ließ ihn bis zum Orgasmus masturbieren, um die Hirnströme ableiten zu können. Schließlich brachte er ihn unter elektrischer Hirnreizung aus „therapeutischen" Gründen mit einer Prostituierten zusammen, so daß er auch noch EEGs beim Koitus anfertigen und anschließend publizieren konnte.

Diese Forschungsrichtung, Elektroneurophysiologie genannt, ist inzwischen so weit gediehen, daß die „external control over emotions, consciousness, memory and behavior of man by electrical stimulation of the brain" gegeben ist, daß Menschen „can be controlled like robots by push buttons", wie ihre Vertreter begeistert verkünden[21]. Wie sie diese Errungenschaft zur Kontrolle von Gesetzesbrechern und zur „Psychozivilisierung" der ganzen Gesellschaft einzusetzen wünschen, werde ich andernorts berichten[22].

Allgemeine Entwicklung der Psychochirurgie in der BRD

Über die hiesigen Verhältnisse ist bekannt, daß der Berliner Neurochirurg Werner Böhlke Ende der 40er und Anfang der 50er Jahre etwa 400 Patienten leukotomiert hat, die überwiegend in die Heilanstalt Königslutter bei Helmstedt und in die Städtische Nervenklinik Braunschweig verlegt worden sein sollen. Insgesamt sind schätzungsweise 1000 Messer-Leukotomien durchgeführt worden. Daß es nicht mehr waren, hängt wohl in erster Linie mit der Hemmwirkung zusammen, die die Erinnerung an die „Medizin ohne Menschlichkeit" zur Zeit des deutschen Faschismus vorübergehend entfalten konnte.

Bereits 1950 führte dann der Freiburger Neurochirurg Traugott Riechert das vielversprechende stereotaktische Verfahren in der BRD ein. Ein Jahr später hatte er ein eigenes Zielgerät für Eingriffe am Menschen konstruiert[23]. In den folgenden Jahren waren der Göttinger Neuropathologe Hans Orthner und sein Operateur Fritz Douglas Roeder mit besonderer Sorgfalt darum bemüht, die technische Apparatur und die Methode der Zielberechnung zu optimieren. Seit 1961 verwenden sie eine Spezialelektrode „und verfügen damit über ein ideales Instrument, das es gestattet, fast unabhängig von Sondenstellung und -richtung Hochfrequenzläsionen jeder beliebigen Lage und Gestalt zu setzen"[24].

1961 injizierten die Bonner Peter Roettgen und Winfried Bettag einem Sexualdelinquenten „ein heißes Öl-Wachs-Gemisch in das Stammhirn" – „mit der Folge einer schweren Verhaltensstörung"[25]. Yong Kie Kim und Wilhelm Umbach (zuletzt Klinikum Steglitz in Berlin) begannen, Zwangskranke zu operieren. Ende der 50er, Anfang der 60er Jahre kamen auch der Neuroanatom Rolf Hassler (jetzt Frankfurt/Main) und der Neurochirurg Gerhard Dieckmann (jetzt Homburg/Saar) auf die Idee, Neurotiker mit der neuen

Technik psychochirurgisch zu behandeln[26]. 1962 unterzog Roeder einen als homosexuell-pädophil bezeichneten Patienten erstmalig in der Geschichte der Psychochirurgie einem stereotaktischen Hypothalamus-Eingriff – eine Leistung, die Orthner, der theoretische Kopf der heute in Göttingen und Hamburg erst richtig aktiven Stereotaxie-Teams, in „dankbarer Anerkennung" als „Pioniertat" zusammen mit sieben Kollegen monografisch feierte[27]. Nach dem Tod des Patienten stellte sich heraus, daß nicht nur, wie behauptet, der rechte Nucleus ventromedialis zerstört, sondern auch auf dieser Seite der Fornix durchtrennt und das Corpus mamillare zugrunde gegangen war. 1972 operierte Roeder zusammen mit Orthner und Dieter Müller, 1973 Dieckmann zusammen mit Hassler zum ersten Mal einen Suchtkranken. Erethisch-aggressive Kinder sind in der BRD schon Mitte der 60er Jahre erstmalig operiert worden.

Westdeutsche Psychochirurgen haben heute eine international führende Stellung inne. Sie haben etliche Hirneingriffe zum ersten Mal durchgeführt und neue Indikationen gefunden. Namentlich die Hypothalamotomie bei Menschen mit abweichendem Sexualverhalten können sie auf ihrem Konto verbuchen, Eingriffe, die ihre amerikanischen Kollegen, weiß Gott nicht zimperlich, als technisch zu schwierig ansehen. Dazu Hunter Brown, der Hirnoperationen bei Strafgefangenen empfiehlt: „Vor allem die Lokalisation und die Kleinheit des Zielareals sind uns noch viel zu unsicher, da traut sich in den USA keiner dran!"[28]

Was die Westdeutschen ansonsten glauben erfolgreich zu bekämpfen, haben Dieckmann und Hassler zuletzt 1976 im „Deutschen Ärzteblatt" propagieren können: Schizophrenie, Zwangserscheinungen, Morbus Gilles de la Tourette, Angst und Spannung, Depressionen, Erethismus, aggressive Verhaltensweisen, unstillbare Schmerzzustände, sexuelle Verhaltensstörungen und Suchtverhalten – so wörtlich ihre Aufzählung. Moniz, Freeman, Watts und Scoville respektvoll und zustimmend zitierend und über alle Kritik, darunter auch klassisch-deutscher Psychiater, hinwegwischend, hatten sie die Unverfrorenheit zu sagen, daß auf die „Leukotomie alter Prägung" bestimmte Schizophrenieformen „gut ansprachen", daß sich die Scovillesche Ausschaltungsoperation „als günstig" erwiesen und daß „eine offene oder stereotaktische Unterschneidung" der orbitofrontalen Hirnrinde „bei etwa 70 Prozent" der Patienten mit „Angst und Spannung" zu besten Resultaten geführt hätte[29].

Daß die westdeutschen Psychochirurgen experimentierfreudig sind, den US-amerikanischen nicht nachstehen, stereotaktisch leukotomieren, vor messerchirurgischen Eingriffen nicht zurückschrecken, mehrere Zielgebiete für ein und dieselbe ins Auge gefaßte Erkrankung in petto haben – was schon darauf hinweist, daß sie nicht, wie rechtlich geboten, nach „Regeln der ärztlichen Kunst" vorgehen können –, das alles geht aus dem hervor, was beispielsweise der Freiburger Psychochirurg Fritz Mundinger 1974 den westdeutschen Allgemeinärzten mitteilen zu müssen glaubte. Man mache sich beim Lesen vor allem das Ausmaß der empfohlenen Hirneingriffe klar:

Über die „Behandlung" schwachsinniger, erethisch-aggressiver Kinder schreibt Mundinger: „Die kombinierte Ausschaltung des Medialkerns mit Reduktion der vom

Stirnhirn einlaufenden Projektion – verantwortlich für Selbstbewußtsein, inneren Antrieb und Impuls – kombiniert mit einer Ausschaltung in den davor liegenden intralaminären Kernen, die möglicherweise für die psychomotorische Komponente oder die Impulse der erethischen Oligophrenie verantwortlich sind, hatte nach der bilateralen Operation bei der Hälfte der Fälle eine völlige Beseitigung dieser Symptome und bei weiteren 30 % eine Besserung zur Folge. Nach unseren Erfahrungen ist in einem Teil der Fälle auch eine Thalamotomie der dominanten Hemisphäre und Amygdalotomie der subdominanten Hemisphäre indiziert". Weiter: „Gegen die schwere maligne Zwangskrankheit und verwandte Zustände sowie schwere Hypochondrien, gewisse Depressionen, Angst- und Depersonalisationspsychosen wirken multilokuläre, teils bilaterale Ausschaltungen. So wird auch nach unseren Erfahrungen eine Besserung erzielt mit der basofrontalen Tractotomie, mit bilateralen Läsionen in der Substantia innominata und der darüberliegenden Area 13 der medialen, orbito-frontalen Hirnrinde." Und für Schizophrene bieten sich „die multilokulären, bilateralen Ausschaltungen (basofrontale Tractotomie, Amygdalotomie, Thalamotomie, Cingulotomie)" an. Selbst Suchtkranke und Alkoholiker können nach Mundinger erfolgreich am Hirn verstümmelt werden: „Präfrontale Rindenunterschneidungen und Unterbrechungen im vorderen Schenkel der inneren Kapsel und – in unseren Fällen – in der Lamella medialis des Thalamus, im Cingulum und in der Amygdala, also in den fronto-thalamischen und limbischen Systemen."[30]

Nur ein Jahr vorher hatte der ebenfalls stereotaktisch aktive Essener Neurochirurg Bettag Eingriffe aus psychiatrischer Indikation als „bislang praktisch noch im ‚Versuchsstadium'" befindlich eingestuft. Erfolge kämen eher zufällig zustande, „wie sie bislang jede andere operative Maßnahme aufzuweisen hat."[31]

Gegenwärtig wird in der BRD mindestens in den Universitätskliniken Freiburg (Mundinger), Hamburg (Müller) und Homburg/Saar (Dieckmann und Hassler) sowie außerhalb der Universität in Göttingen (Roeder) operiert. Daß zumindest früher auch im Klinikum Steglitz in Berlin (Umbach und Kim) und in der Universitätsklinik Bonn (Röttgen) operiert wurde, habe ich bereits erwähnt.

Über „das tatsächliche Ausmaß liegen bisher kaum verläßliche Zahlen vor. Einen Anhalt gibt beispielsweise die Äußerung von Mundinger, daß er bisher insgesamt mehr als 5000 stereotaktische Hirneingriffe aus allen, insbesondere neurologischen Indikationen vorgenommen habe[32]. Die Anzahl der psychochirurgischen Operationen i. e. S. wird, wie gesagt, auf etwa 150 pro Jahr geschätzt.

Wir selber haben anhand der Fachpublikationen festgestellt, daß bis 1975 über Hypothalamotomien an ungefähr 50 als sexuell abnorm bezeichneten Männern berichtet worden ist. Alle im vorletzten Absatz namentlich genannten Psychochirurgen haben zumindest eine Operation bei Menschen mit abweichendem Sexualverhalten durchgeführt. Im April 1976 haben wir seitens der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung und der beiden sexualwissenschaftlichen Universitätsabteilungen in Hamburg und Frankfurt in einer öffentlichen Stellungnahme, die anschließend in mehreren Fachzeitschriften publiziert wurde, auf diese Praxis der Psychochirurgen hingewiesen[33]. Wir haben damals gefordert, derartige Hirnoperationen einzustellen und zunächst alle bisher operierten Patienten von unabhängigen Wissenschaftlern nachuntersuchen zu lassen, soweit das bei dem Mangel an Voruntersuchungen überhaupt noch möglich ist.

Die Psychochirurgen haben unsere ethischen, ärztlichen und wissenschaftlichen Bedenken und Einwände aber nicht angefochten; sie operieren bis zur Stunde weiter. Zuletzt führte Roeder auf einer Tagung der „Gesellschaft für vorbeugende Verbrechensbekämpfung" in Kassel, die vom 27. bis 29. Januar 1977 stattfand und unter dem bezeichnenden Rahmenthema „Suchten, Transsexualität und Terrorismus" stand, persönlich vor: einen Homosexuellen, einen Pädophilen, einen Exhibitionisten, einen Transvestiten, eine Alkoholikerin. Der Hamburger Müller sagte dort: „Einen Operationsstopp habe ich selber nicht gemacht. Warum?"

Das Resultat

Persönlichkeitsdefekt: Psychiater, die die beschriebenen psychochirurgischen Stirnhirneingriffe keineswegs prinzipiell ablehnten, sondern einen nützlichen Anwendungsbereich sahen, haben die *durchschnittliche* Wirkung dieser Operationen deskriptiv-psychopathologisch schon vor längerer Zeit übereinstimmend beschrieben: als Persönlichkeitssenkung, -verflachung, -verarmung, -reduktion, als Entdifferenzierung der höchsten Bewußtseins-Schichten, als regressive Syntonisierung der Person, als Persönlichkeitsdefekt, Stirnhirn-Syndrom[34].

In Bewegungen und Gedankengängen verlangsamt und umständlich wirke der Operierte robust bis schwerfällig, wie ein „Roboter". Stimmungsmäßig sei er gedankenleer heiter bis euphorisch, neige aber auch zu Ausbrüchen und Verstimmungen, die er hemmungslos an der Umgebung auslasse. Er sei dann „sozial untragbar". Fast immer sei er überwiegend stillgestellt, antriebslos, initiativereduziert, apathisch, befriedet. Angst und Sorge seien für ihn keine Grundbefindlichkeiten mehr. Kompliziertere Situationen könne er nicht überblicken, er sei kaum noch selbstkritisch, leichter prägbar durch Umwelteinflüsse, auf Fremdwillen angewiesen, welche Verantwortung aus, suche Schutz und Anlehnung, zeige regressives Verhalten. Er gehe kindlich in der Gegenwart auf, erschöpfe sich in alltäglichen Problemen, lasse die Vergangenheit geschehen sein und kenne keine Zukunft. Gefühle nach dem Vergangenen hin, wie Wehmut, Trauer, Reue, Freude, oder nach dem Zukünftigen hin, wie Ungeduld und Sorge, blieben weitgehend aus. An die Operation könne er sich oft gar nicht mehr erinnern. Er sei vermehrt ablenkbar, reizabhängig, beeinflußbar, „bildsam", unempfindlich für differenziertere Gefühlsbeziehungen, daher oft taktlos, läppisch, „sittlich depraviert", auf unmittelbare Triebbefriedigung gerichtet, ohne höhere Ansprüche, ohne schöpferische Qualitäten, ohne tiefe innere Bewegung, an die sinnliche Aktualsituation gebunden, der Abstraktionsfähigkeit beraubt, im Erleben eingeengt, verflacht.

Diese Wirkungen sind oft nicht in der üblichen Untersuchungssituation, sondern erst im Alltagsleben und am Arbeitsplatz zu erkennen, und eine eventuell geringfügigere Persönlichkeitsentdifferenzierung ist durch die psychiatrische Exploration und psychologische Tests sehr viel schwieriger zu erkennen als intellektuelle und mnestische Mängel, sie kann oft nur von nahestehenden Personen im Vergleich mit der „präoperativen Persönlichkeit" oder beim längeren Zusammenleben gefaßt werden. Daher, schrieb Hadden-

brock 1961, „muß allen Behauptungen von ohne Nachteil erzielten ‚psychochirurgischen' Erfolgen und auch derartigen Zukunftshoffnungen gegenüber Skepsis am Platze sein." Für ihn stand jedenfalls „der Beweis, daß ein echter therapeutischer Dauererfolg auch ohne frontales Psychosyndrom erzielbar ist, noch aus"[35].

Weder das eine noch das andere konnte bis heute bewiesen werden. Katamnestische Untersuchungen[36] haben, sofern sie nicht unmittelbar von den Operateuren selber stammen, übereinstimmend gezeigt: schwere Hirnschädigung und seelisch-intellektueller Verfall, bei Schizophrenen keine Verbesserung der Langstrecken-Prognose, bei Depressiven erhöhte Suizidgefahr durch Wegfallen von Hemmungen, kein Verschwinden von Zwangserscheinungen, Wahninhalten, Halluzinationen usw. Der Teufel wird jetzt „einfach registriert, ohne daß ein ängstlicher Affekt anklingt"; er wird jetzt „wahrgenommen wie der Baum, hinter dem er hervortritt" – räumt selbst der Neurochirurg Röttgen ein[37].

Absinken ins Subhumane: Jene Auffälligkeiten, Störungen und Verhaltensabweichungen, die psychotische oder neurotische Erkrankungen zu nennen wir uns angewöhnt haben, sind zugleich produktive Auszeichnung und lähmende Last der Gattung Mensch. Menschen, die Konflikte nicht mehr erleben können, denen moralische und religiöse Empfindungen und solche vom Range der Sorge, Trauer, Wehmut, Freude, Angst genommen sind, die auf direkte Triebbefriedigung und unmittelbare Gegenwart reduziert sind, die das Gesicht ihrer Mutter nicht mehr erinnern können, die Rücksicht, Einsicht, Voraussicht, kritische Besinnung, produktives Tätigsein, Abstraktionsfähigkeit, Wille und Kraft zur Veränderung verloren haben, sind wesentlicher menschlicher Fähigkeiten und Qualitäten beraubt. Sie sind abgesunken ins Subhumane.

Todes- und Komplikationsrate: Aber kein Ende. Hinzu kommt das, was in der technologischen Medizin beim Aufrechnen ohnehin nicht zählt: die übliche Todes- und somatische Komplikationsrate. Bei der „Standard"-Lobotomie liegt die Operationsmortalität nach den eigenen Angaben der Verantwortlichen zwischen zwei und acht Prozent. (Auf acht Prozent kommt auch der angesehene Balasubramaniam, der bis 1970 mehr als 150 Kinder an den Mandelkernen des Gehirns stereotaktisch operiert hat.) Acht Prozent heißt: Jeder zwölfte Patient, jedes zwölfte Kind starb an den unmittelbaren Folgen der Operation. Das ist Vernichtung von Leben mittels „ärztlicher Kunst".

Eine Gehirnblutung während oder kurz nach dem Eingriff ist die wichtigste spezifische Komplikation und die häufigste Todesursache. Außerdem kann es zu Infektionen mit meningitischen Erscheinungen und Hirnabzessen, zu trophischen Störungen und Urämie bei „zu weit hinten geführten Schnitten", zu Urininkontinenz, Erbrechen, Meningismus, Temperaturerhöhungen und Kopfschmerzen kommen. Bei den meisten Operierten wurde eine spezifische Gewichtszunahme, oft verbunden mit einer „Freßsucht", beobachtet. Da eine Abnahme des Traumerlebens hinzukommt, ist davon gesprochen worden, die Operation mache Patienten zu „wohlbeleibten Männern ..., die nachts gut schlafen"[38]. Als häufigste Spätkomplikation wird eine traumatische Epilepsie beschrieben; nach Freeman selber kommt sie bei wiederholtem Eingriff in 53 % der „Fälle" vor[39].

Nicht zu vergessen ist das *allgemeine* Risiko, das jede Operation (z. B. Pneumonie, Zystopyelitis), jede Ventrikulographie und jede Vollnarkose beinhaltet.

Stereotaxie: Zumindest jene stereotaktischen Eingriffe, die lediglich modifizierte Lobotomien alten Typs (z. B. basofrontale Traktotomie bzw. mediobasale Lobotomie) oder Teil-Lobotomien (z. B. Zingulotomie nach Scovilles Auffassung) darstellen, haben prinzipiell den Persönlichkeitsdefekt zur Folge und sind mit den Risiken behaftet, die ich gerade beschrieben habe. Stereotaktische Operationen an anderen Orten haben negative Wirkungen und beinhalten Risiken, die nach dem Zielpunkt im Gehirn differieren: Lähmungen, Diabetes insipidus, Leistungsabfall, Antriebsmangel, Gewichtszunahme, Seh-, Sprach-, Konzentrations-, Schlaf- und Gedächtnisstörungen, Korsakow- und Klüver-Bucy-Syndrom, Verlust des optischen Erinnerungsvermögens, Blutdruckabfall, Kreislaufkollaps mit tödlichem Ausgang usw. usf.

Systematische und kontrollierte Untersuchungen sind dazu in der BRD noch nicht vorgelegt worden. Besser als allgemein abgehobene und „durchschnittliche" Schilderungen können aber die nachfolgenden „Fallberichte" belegen, daß stereotaktische Eingriffe keineswegs „erfolgreicher", ungefährlicher und „schonender" sind, als psychochirurgische Operationen alten Typs. Einzelne Daten und natürlich die Namen der Patienten habe ich geändert, um eine Identifikation auszuschließen.

Patienten

Werner K.: Der jetzt 40 Jahre alte Arbeiter ist Ende 1974 von Müller in Hamburg einer stereotaktischen Zingulotomie und wahrscheinlich auch Leukotomie unterzogen worden. Er hatte unter starken anankastischen Ängsten gelitten. Nach der Operation berichtet der Patient: Die „Sprungfeder" sei zerbrochen, die Realität erfasse er nur noch verschwommen, er sei wie benebelt, traue sich selber nicht mehr, sei überhaupt nicht mehr er selber. Einer solchen Operation würde er sich nicht noch einmal unterziehen; sie habe ihn zerstört und sein Problem nicht beseitigt, sondern nur umgedreht: „Die Zwänge sind nach wie vor da, nur ins Gegenteil verkehrt." Vor der Operation hat Werner K. Feuer und Wasser ängstlich gemieden, seit der Operation sucht er deren zerstörerische Kräfte. Er beschuldigt sich, in einer Heidegegend mehrfach Flächenbrände gelegt zu haben (Gott sei Dank ohne nennenswerte Schäden). Es sei wie ein Rausch, dem er sich nicht entziehen könne. Ständig halte er Ausschau nach Möglichkeiten, etwas „anzustellen". Er reise in der Gegend ziellos umher. Vor der Operation hat der Patient sechs Jahre lang ununterbrochen bei einer Firma gearbeitet, jetzt lebt er mit seiner Frau von DM 700,– Arbeitslosengeld und ist als Schwerbehinderter amtlich anerkannt.

Norbert R.: Die Ehefrau dieses Patienten hatte durch eine Fernsehsendung davon gehört, daß Roeder Alkoholiker erfolgreich behandelte. Sie schickte ihren Mann zu ihm. Roeder sprach mit ihm in seiner Privatpraxis und setzte gleich den Operationstermin fest. (Der Chirurg Roeder andermal: „Ich habe an erster Stelle die Indikationen gestellt!") Im Frühjahr 1974 wird

Norbert R. einer doppelseitigen Hypothalamotomie unterzogen. Eine Entziehungskur hatte er bisher nicht versucht; sie ist ihm auch von Roeder nicht empfohlen worden. Seit Anfang 1975 trinkt Norbert R. wieder: „Rückschauend betrachtet, ist es genauso wie vor der Operation." Nur: „Ich war zwar auch vor der Hypothalamotomie kein Hengst, aber nach dem Eingriff war da gar nichts mehr!" Einem Bekannten, den Norbert R. zu Roeder geschickt hatte, ging es nach der Hirnoperation ebenso: „Das war dermaßen katastrophal, der soff hinterher mehr als je zuvor." Roeder bewertete den Eingriff bei Norbert R. als „herausragendes Ergebnis", als „hervorragenden Operationserfolg". Die „Nachuntersuchungen" erfolgten brieflich; der Patient hatte seinen Rückfall verschwiegen.

Klaus B.: Der 36jährige Handelsvertreter wurde Mitte 1974 von Roeder einer beidseitigen stereotaktischen Leukotomie wegen einer „schweren anankastischen Depression" bei „homosexuellen Tendenzen" unterzogen. In Arztbriefen schreibt Roeder vier bzw. sechs Monate nach der Operation: „Der anfangs erzielte, sehr zufriedenstellende Naheffekt hat sich gehalten." und : „Zusammenfassend kann ich nur sagen, daß unser bilateraler Eingriff ... nach wie vor einwandfrei positive Wirkungen zeigt." Gleichzeitig teilt er mit: „Der Butdruck war zu niedrig (95/70); ich habe ihm deshalb Ordinal vetard verordnet", gegen die Depressionen „habe ich ... empfohlen Saroten retard abends 75 mg zu geben und habe Herrn ... auch auf Lithium eingestellt (Lithium Duriles 2 × 2 Tabl. tägl.) ... Man müßte aber wahrscheinlich die Lithium-Dosen noch erhöhen." Ferner: „Eine Schwierigkeit besteht darin, daß er durch seine homosexuellen Tendenzen gequält wird. Er nimmt fortlaufend Androcur, dieses hat natürlich zu einem Aussetzen der ehelichen Beziehungen geführt. Sehr ungünstig wirkt sich aus, daß Herr ... inzwischen seine Stellung nicht mehr halten konnte." Schließlich: „An und für sich wäre es durchaus möglich, noch eine einseitige Hypothalamotomie durchzuführen..." Als sich der Patient dann 1976 zweimal in klinisch-psychotherapeutische Behandlung begab, schrieben die Ärzte in das Krankenblatt: „Intellektuell deutlich verlangsamt, leicht reizbar, weinerlich. Im ganzen wirkt die Emotionalität abgeflacht bei deutlicher Affektinkontinenz." Der Patient sei weiterhin „depressiv und unruhig", leide unter Antriebsmangel, Konzentrationsschwäche, Gefühlskälte und Schlaflosigkeit, sei total arbeitsunfähig. „Das Leben scheint für den Pat. richtiggehend verödet zu sein. Die Zwangsvorstellungen und die Schwierigkeiten im täglichen Leben sind unverändert. In der Zwischenzeit ist die Berentung genehmigt worden. Die Ehefrau teilt mit, daß der Pat. zunehmend zum Alkohol greift; ... auch zunehmend völlig betrunken ... Das Zusammenleben mit ihm wird für die Familie immer schwieriger: er ist zunehmend aggressiv und haltlos, besonders wenn er getrunken hat."

Bernd M.: Der 39jährige Akademiker litt an einer Zwangsneurose, die Roeder und Müller 1973 und 1974 durch stereotaktische Leukotomien zu beseitigen suchten. Zwei Jahre nach dem letzten Eingriff schrieb der Chefarzt einer Klinik: „Er hat seine Angst- und Zwangszustände schlimmer als vor der Operation, aber hier ist der Persönlichkeitsverfall durch den Eingriff fixiert." Die Möglichkeit einer „ursächlichen Therapie" sei „praktisch verbaut" durch „dieses Massaker der Seele". Der Patient sei jetzt motorisch

sehr unruhig, ansonsten stark verlangsamt und könne nicht mehr geistig arbeiten. Inzwischen ist Bernd M. zwangsweise in den Ruhestand versetzt worden. Drei Jahre vor der ersten Hirnoperation war er nach amtsärztlichen Untersuchungen in das Beamtenverhältnis auf Lebenszeit übernommen worden. Heute liest er nicht mehr.

Stefan H.: Der jetzt 26 Jahre alte Jurastudent ist von Dieckmann unter der Indikation „Alkoholismus" 1975 beidseitig stereotaktisch operiert worden. Er hat sein Kurzzeit-Gedächtnis verloren: „Man hat mir gesagt, daß ich operiert worden bin. Es muß wohl etwas schief gegangen sein." Seit etwa zwei Jahren ist Stefan H. in einer geschlossenen Abteilung einer Nervenklinik untergebracht. Bis zu der Hirnoperation soll er studiert und alle vorgesehenen Prüfungen abgelegt haben. Besucher beschreiben ihn heute als „in seiner Persönlichkeit stark verändert"; er habe 40 Pfund zugenommen und nach der Operation wieder Alkohol getrunken.

Weitere Patienten: Erst nachdem wir uns im Frühjahr 1976 zur Psychochirurgie in der Öffentlichkeit kritisch geäußert hatten, wurden wir durch Berichte von Betroffenen, Ärzten und Journalisten in die Lage versetzt, die Praxis der Operateure und Zuweiser durch konkrete Beispiele zu bezeichnen. Vorher hatten wir weder einen psychochirurgisch Operierten selber untersucht noch sind wir (bis heute) jemals vor einem Hirneingriff als Psychotherapeuten, Psychiater oder Sexualwissenschaftler danach gefragt worden, ob andere Therapiemöglichkeiten bestünden. Im Gegenteil: Wir können belegen, daß wir selbst dann umgangen wurden, wenn es sich um Patienten handelte, die früher von uns behandelt worden waren.

An anderer Stelle werde ich über weitere Patienten berichten. Wir haben mittlerweile sehr viel mehr zuverlässige Informationen, als ich hier wiedergeben kann – beispielsweise über ein seit der Operation halbseitig gelähmtes Kind, über in aller Stille durchgeführte Kastrationen nach „erfolglosen" Hirneingriffen, über den Selbstmord eines Patienten nach Hypothalamotomie und poststereotaktischer Kastration, über die aus dem Widerstand eines Patienten während einer psychoanalytischen Behandlung heraus angeordnete Operation, über den von Psychotherapeuten als erschreckend bezeichneten „Persönlichkeitsabbau" bei einem vorher „äußerst kultivierten Menschen", den Orthner im Ausland regelrecht aufgespürt haben soll, um ihn einem zweiten Hirneingriff zuzuführen.

Rückfälle: Dieser sogenannte Sexualstraftäter ist inzwischen trotz neuerlichen Eingriffs wieder rückfällig geworden – wie etliche andere auch. Natürlich müssen diese Patienten, die unter der Androhung von Gefängnisstrafe und Maßregel stehen, ihre Rückfälle aus Gründen des Überlebens verschweigen. Und wenn wir von Rückfällen erfahren, ist uns weiß Gott nicht zum Jubeln. Eine medizinische Technik wie die Psychochirurgie darf aber nicht mit unwahren Aussagen über die Prognose, hier bei sogenannten Sexualdelinquenten, gegen humane Behandlungsverfahren, gerade auch gegenüber Gerichten, durchgesetzt werden. Uns bleibt zum Schutz des einzelnen Patienten die ärztliche Schweigepflicht.

Freiwilligkeit: Ähnlich irreführend wird von den Psychochirurgen das Problem behandelt, ob die Operierten aus freier Willensentscheidung oder unter innerem und äußerem Zwang dem Eingriff zugestimmt haben. Alle Chirur-

gen tun so, als sei ersteres immer der Fall gewesen. Zunächst: Die Annahme, Gefangene und von Strafe Bedrohte könnten völlig frei entscheiden, ist nach meiner Auffassung zynisch und absurd. Sie müssen oft versuchen, auf diese Weise ein Stück Freiheit zu „erkaufen". Die Praxis lehrt, daß es so ist. Ein Gefangener sagte beispielsweise: „Bei 95 % aller Leute in meiner Lage ist eine Freiwilligkeit nicht gegeben. Die und auch ich haben doch nur die Birne hingehalten, um dem Knast zu entgehen." Dieser Patient ist mehrfach vor einem Hirneingriff geflohen. Er hatte nach alternativen Behandlungen gefragt, nach Psychotherapie. Die Antwort des Hamburger Anstaltspsychiaters: „Das kostet ja einen großen Mercedes."[40]

Daß Alternativen gar nicht angeboten werden, hat der Gerichtspsychiater H. J. Horn in einer Diskussion bekannt: „Es ist aber so, daß in den meisten Institutionen bzw. in den meisten Gefängnissen, in Justizvollzugskrankenhäusern usw. überhaupt gar keine Psychotherapie betrieben wird, auch nicht psychoanalytisch untersucht wird... Es ist auch nicht so, daß wir operieren ..., wenn eine Psychotherapie nicht geglückt ist, daß das eine ultima ratio darstellt, sondern es ist ganz einfach so, daß wir uns im forensisch-psychiatrischen Bereich ganz einfach nach den Gegebenheiten richten müssen." Und zur Indikationsstellung: „Ich gehe vorwiegend oder mit sehr großen Anteilen von den forensischen Konsequenzen aus."[41] Die Arbeit der Indikatoren läuft oft darauf hinaus, den Gefangenen – so sagte es eine Anstaltspsychologin – „zu der Einsicht zu bringen: Wenn ich raus will, muß ich mich operieren lassen. Von einer freiwilligen Entscheidung kann da gar keine Rede sein." Gefangene sind erpreßbar und werden erpreßt. Wo schließlich setzt der freie Wille bei der (außerdem falschen) Alternative Hirnoperation oder Sicherungsverwahrung an?

Weiter: Wenn wirklich schwere seelische Erkrankungen vorliegen, muß auch ohne Inhaftierung und Strafandrohung oft eine zumindest erhebliche Einschränkung der freien Willensäußerung angenommen werden. Eine ausweglose Situation ist ja gerade durch die Reduktion der individuellen Freiheitsgrade gekennzeichnet und dadurch, daß man sich an jeden Strohhalm klammert. Ein Suchtkranker auf die Frage, ob er auch zu einem Kurpfuscher gegangen wäre, wenn der ihm Heilung versprochen hätte: „Aber sicher! Ich wäre auch zu einem Engelmacher gegangen!"[42]

Patienten, die noch Widerstand leisten können, leisten ihn. Wie er von besessenen Psychochirurgen gebrochen wird, spätestens auf dem Operationstisch und unter elektrischer Reizung des Gehirns, ist erschütternden Berichten zu entnehmen. Ich verweise hier ausdrücklich auf den inzwischen berühmt-berüchtigten „Fall Thomas R.", der mehrfach publiziert worden ist[43]. Freeman, der Lobotomist, hat den Patienten, die noch in letzter Minute fliehen wollten, geraten: „Singen Sie: Gott schütze Amerika!"[44]

Todesfälle: An anderer Stelle werde ich schließlich über die sechs postoperativen Todesfälle berichten, die mir inzwischen bekannt geworden sind. Sie müssen mit allen zu Gebote stehenden ärztlichen und rechtlichen Mitteln rest- und schonungslos aufgeklärt werden. Über einen „eigenen" Todesfall hat Müller 1974 in einem Vortrag berichtet – eine wahrlich makabre Illustration für ärztliches Verantwortungsbewußtsein und wissenschaftliches Interesse: „Es handelt sich um einen Mann mit posttraumatischer Hypersexuali-

tät, der 6 Tage nach der Operation an einer Pneumonie verstarb. Wir führen den tödlichen Ausgang mit auf die Tatsache zurück, daß der Patient unmittelbar nach dem Eingriff in das Sicherungshaus zurückverlegt werden mußte und nicht auf eine Wachstation, wo jeder hirnoperierte Patient an sich hingehört." Und er fährt fort: „Immerhin eröffnet uns dieser Fall die Möglichkeit, die Zielgenauigkeit der Operationsmethode zu überprüfen. Sie sehen in dieser Abbildung. . ."[45]

Der Anwendungsbereich

Indikationen: Der medizinisch als sinnvoll angesehene Anwendungsbereich ist Schritt für Schritt ausgedehnt worden. Anfänglich wurden Patienten operiert, die viele Jahre in Anstalten untergebracht und als chronisch schizophren bezeichnet worden waren. Dann wurden sogenannte affektive Psychosen und solche bei organischer Grunderkrankung, Neurosen einschließlich „Kriegsneurosen", psychosomatische und internistische Erkrankungen, Psychopathie und soziale Verhaltensauffälligkeiten, Kriminalität, sexuelle Deviationen und politisch abweichendes Verhalten erfaßt. Heute gibt es keine im weitesten Sinne als „seelisch" deklarierbare Auffälligkeiten oder Erkrankung, die nicht psychochirurgisch mit Skalpell oder Sonde ausgemerzt werden sollte. Die Dauer der Störung ist als Kriterium immer mehr in den Hintergrund getreten[46]. Es wird nicht mehr lange gefackelt.

Therapeutische Raserei: Den psychochirurgischen furor sanandi hat Koch so beschrieben: „auf diese Weise krankhaft-renitente Kinder zähmen, Alkoholiker von ihrem Laster befreien, Drogensüchtige entwöhnen, Sexualtriebtäter entschärfen, Zwangsneurotiker heilen und Aggressive lammfromm machen, kurzum: psychisch Kranke umpolen."[47] Man muß hinzufügen: Einige wollen erklärtermaßen aufsässige Gefangene, politisch motivierte Gesetzesbrecher und jene, die politischen Widerstand leisten, mittels Hirnverletzung in ihrer Persönlichkeit so weit und so lange reduzieren, bis sie Ruhe geben, gebrochen sind, gedankenleer euphorisch, sorglos und bildbar. Sie operieren nicht gegen organpathologische Prozesse, sie operieren gegen gesellschaftliche Verhältnisse an.

Krankheitsideologie: So ist für die Operateure nicht in erster Linie eine krankheitstheoretische, besser: krankheitsideologische Einordnung maßgeblich, sondern das Verhalten (und Empfinden) der Patienten, ihrer Opfer, das nur für sie oder tatsächlich deviant und oppositionell ist. Das läßt Psychochirurgen nach den Instrumenten greifen. Experimentierfreudigkeit und persönlicher Karrierismus beseitigen die letzten Hemmungen. Zu den „Indikationen"[48] für einen Hirneingriff haben auch gezählt: Ehebruch, Nymphomanie, Partnerschaftsprobleme und unregelmäßiger Stuhlgang, Gewalttätigkeit von Hausfrauen, Depressionen im Klimakterium, Frigidität und starkes Rauchen, Bet-Zwang, Spielsucht und Geruchs-Halluzinationen bei Kindern, psychogene Magersucht, Karzinophobie und Platzangst – alles „Neurosen" oder „personality disorders".

Hirose teilte 1970 mit, daß er bei „oversensitivity" und „excessive self-consciousness", bei Individuen, die „delicate, warm-hearted, conscientious, enthusiastic, perfectionistic" sind, seine groben Techniken anwendet. Andy

operiert bei „nervousness, spells of shaking all over, explosive anger, attempted suicide." Balasubramaniam zerstört Kindern mit Messer und Diathermie und durch Injektionen fremden Materials verschiedene Hirnteile, wenn sie „behavioral disorders" zeigen: „The commonest is restlessness."

Es genügen ein Kopf und Probleme, um von den Lobotomisten in die stählerne Kopfzwinge genommen und am Hirn verkohlt zu werden. Ich kann gar nicht so viel zitieren, wie ich weiß und müßte, aber für die letzten Zweifler noch dies zum Nachlesen:

Psychosomatische und internistische Erkrankungen: Sargant hat Stirnhirn-Operationen mit dem Messer bei allen psychosomatischen Erkrankungen empfohlen, wo die Alternative heisse: „entweder die Chronizität oder Leukotomie". Er berichtet, Asthma, Hypertonie und rheumatische Erkrankungen, neurotisches Erbrechen, allergische Diathese, Hauterkrankungen mit unerträglichem Juckreiz sowie neurotische Herzleiden geheilt zu haben[49]. Andere nahmen sich der Colitis ulcerosa und der Magen- und Dünndarmgeschwüre an[50]. Noch andere sahen nebenher die Besserung verschiedenster internistischer Erkrankungen, vom Diabetes mellitus bis zur Lungentuberkulose[51]. Immer heiligte der Zweck die Mittel.

Die Bedrohtesten: Mögliche Opfer sind wir alle. Besonders bedroht aber sind Anstaltsinsassen, Schwachsinnige und Gefangene, Farbige und Homosexuelle, überhaupt Wehrlose, Entrechtete, Arme, Deviante, Opponierende, Angehörige von Minoritäten, Menschen, die schon Opfer sind. Nach den Recherchen des Psychochirurgie-Kritikers Peter R. Breggin bilden Frauen, Kinder (auch unter fünf Jahren) und alte Menschen (auch über 80 Jahren) die größten Gruppen.

Freeman, der Nestor der Lobotomisten, hatte nach eigener Aufrechnung 1. bei Alten, 2. bei Frauen, 3. bei Farbigen und 4. bei Einfachen und Ungebildeten die besten Resultate. Am erfolgreichsten operierte er daher Negerinnen[52]. Er bekennt frank und frei: Nach der Operation könnten die Menschen nur noch Tätigkeiten ausüben, die sehr wenig von ihnen verlangten. Als Ehe- und Hausfrau aber kann man immer noch funktionieren – hirnverbrannt.

Indikatoren: Obwohl hinreichend bekannt ist, daß Psychochirurgen Patienten operieren, die nie von einem Psychiater, geschweige denn von einem Psychotherapeuten[53] untersucht worden sind, muß mit Enschiedenheit betont werden, daß die Psychochirurgen ohne die passive Duldung und aktive Unterstützung etlicher Psychiater, gerade auch an den Universitäten, ihre Tätigkeit aufgeben müßten. Daß sie insonderheit von sogenannten biologischen Psychiatern unterstützt werden, die die seelischen Erkrankungen als körperlich begründbar ansehen und selber praktisch ausschließlich körperliche Behandlungstechniken bei seelisch Kranken empfehlen und anwenden, versteht sich.

Wie voreingenommen solche Psychiater sind, die die ärztliche Verantwortung für die Hirneingriffe zu tragen haben, sich aber in der Öffentlichkeit hinter den Chirurgen verbergen, ergibt sich eindrucksvoll aus Unterlagen, die uns vorliegen. Sie setzen ratsuchenden Patienten stereotaktische Hirnoperationen in den Kopf, disqualifizieren gleichzeitig psychotherapeutische Verfahren, geben zu verstehen, daß sie noch immer einen „Kostenträger"

für die Hirneingriffe gefunden hätten, liefern wissenschaftlich als aberwitzig einzustufende Bemerkungen über die Erkrankung des Patienten mit – auch ohne ihn jemals gesehen oder gar untersucht zu haben, ja sogar ohne „Aktenstudium", das ihnen sonst so ungemein wichtig ist. Anders gesagt: Solche Psychiater, die beispielsweise bei sogenannten Sexualstraftätern Antiandrogene, chirurgische Kastrationen und eben neuerdings psychochirurgische Operationen zur Anwendung bringen, sind selber weder als Psychotherapeut noch als Verhaltenstherapeut ausgebildet und haben es – obgleich in „leitender Position" – sträflich versäumt, alternative, nichtsomatische Behandlungsverfahren, die andernorts bereits erfolgreich praktiziert werden, für die ihnen überantworteten Patienten zu übernehmen oder zu entwickeln. Jetzt, wieder einmal unter Kritik, versuchen sie, uns die Versäumnisse in die Schuhe zu schieben.

Die wissenschaftliche Begründung

Biologische Hirnmythologie: Die psychochirurgischen Operationen sind wissenschaftlich unbegründet. „Wir operieren natürlich völlig im dunkeln, was die eigentlichen Ursachen angeht", sagte Thomas Ballentine, der aktivste Zingulotomist der USA. Daher müssen die Chirurgen spekulieren und experimentieren. Weil sie alle davon überzeugt sind, daß psychosoziale Probleme solche der Organik sind, nehmen sie eine spezifische, letztendlich physisch faßbare Fehlfunktion spezieller Hirnstrukturen an. Tatsächlich aber zerstören sie gesundes Hirngewebe: Es gibt nicht einen einzigen Beleg für morphologisch oder sonstwie „objektiv" faßbare Veränderungen. Wenn Scoville z. B. schreibt, Drogenabhängige hätten „a neurologic defect in their pleasure centers"[54], dann ist das wissenschaftlich monströs.

Lokalisationslehre und Tierexperimente: Wie spekulativ die „theoretischen" Annahmen der Psychochirurgen sind, folgt auch aus der Tatsache, daß es im allgemeinen keine Zielpunkte im Gehirn für definierbare „klinische Bilder" gibt, die für die Operateure verbindlich sind. Fast jeder Operateur hat seinen privaten Operationsort, für alle Auffälligkeiten einen oder für jede Auffälligkeit einen besonderen. Dabei wird so getan, als sei das Seelenleben wie ein Mosaik aus separaten Funktionen zusammengesetzt und als ließen sich die psychischen Fähigkeiten, Funktionen und Störungen zytoarchitektonisch im Gehirn statisch zuordnen. Die klassische Lokalisationslehre der Neuropsychiatrie ist aber durch die Psychochirurgie nicht bestätigt, sondern widerlegt worden. Alle Versuche der Verknüpfung einzelner psychischer Leistungen mit bestimmten frontalen Rindenfeldern sind von psychiatrischer Seite schon vor einiger Zeit als gescheitert bezeichnet worden[55].

Den Thalamus als „Gefühlszentrum" (Freeman) oder als „Zentrum des affektiven Tonus" (Ramos-Contreras) zu bezeichnen oder dort das „Es" und im Frontallappen das „Über-Ich" (Rees) zu lokalisieren, bezeichnete der Psychiater Hans Heimann schon 1963 als „reine Spekulationen, welche durch die Erfahrungen der ‚Psychochirurgie' weder zu begründen noch zu widerlegen sind"[56]. Zur Zeit postulieren und attackieren die Operateure ein „Suchtzentrum", für dessen Annahme nicht einmal eine tierexperimentell-

empirische Evidenz vorhanden ist. Die Tierexperimentatoren Frederick W. L. Kerr und José Pozuelo, auf die sich die Göttinger Operateure in erster Linie berufen, haben ausdrücklich festgestellt, daß ihre Befunde keine Aussage über die Möglichkeit der Beeinflussung *psychischer* Drogenabhängigkeit zulassen. Der Drogenforscher Gavril Pasternak hat klipp und klar die Richtung gewiesen: „Um einen Effekt zu erzielen, müßte man wohl Thalamus, Kleinhirn, Corpus striatum und ganze Flächen der Hirnrinde ausschalten."[57]

Das Paradebeispiel der Psychochirurgen ist der Nucleus ventromedialis (Cajal) des Hypothalamus, den als „mating center" anzusehen tatsächlich tierexperimentell diskutabel ist. Wenn namentlich die Westdeutschen aus ihm jedoch zur Rechtfertigung ihrer Eingriffe ein „Kontrollzentrum für das sexuelle Fühlen und Verhalten" (Müller) machen, ist das anthropologisch unglaublich und in den Konsequenzen gemeingefährlich. Es ist eine durch nichts zu rechtfertigende Übertragung tierexperimenteller Befunde auf den Menschen. Paarungsreaktionen des Tieres werden umstandslos, an allen Ergebnissen der Wissenschaften vom Menschen vorbei, mit dem sexuellen Fühlen, Erleben und Verhalten des Menschen gleichgesetzt. Bei dem DDR-Endokrinologen Günter Dörner beispielsweise, Kronzeuge der Stereotaktiker, entspricht dann das Bespringen im Ratten-Experiment der „männlichen Sexualität" und die Lordose der „weiblichen Sexualität". Von der Krümmung des Rückgrats, dem Sich-Bespringen-Lassen wird ohne Federlesen auf die Homosexualität des Menschen geschlossen[58]. So sieht die wissenschaftliche Basis der Psychochirurgie aus, die diese Mediziner für „naturwissenschaftlich" Denkende zu den radikalsten „therapeutischen" Schlüssen zu berechtigen scheint.

Quantitatives Prinzip: Psychochirurgie ist Ausschaltungs-, Abbau-„Therapie". Sie setzt am Symptom, nicht an den Ursachen an. Von einigen Ausnahmen abgesehen, ist für die psychosozialen Operationsfolgen nicht in erster Linie die Lokalisation entscheidend, sondern das Ausmaß der Exstirpation, Ausschälung, Verkochung oder Verkohlung von Hirngewebe. Was wirkt, so oder so, ist das Hirnverletzten-Syndrom, die Abstumpfung. Freeman und Scoville haben es so direkt gesagt. Je mehr Hirnsubstanz entfernt wird und je größer der nachfolgende Persönlichkeitsdefekt ist, desto stärker ist im allgemeinen die „therapeutische" Wirkung. Darin stimmen die meisten Autoren überein, und das gilt prinzipiell auch für die Stereotaxie.

Aus dieser Beobachtung ist gefolgert worden, daß für den klinischen Effekt das „quantitative Prinzip" und nicht ein qualitatives entscheidend sei. Zu „milde" Eingriffe hätten daher nicht die gewünschte Wirkung. Aus diesem Grunde können sich die Stereotaktiker oft nicht mit einseitigen und „umschriebenen" Läsionen zufrieden geben. Sie sind dazu übergegangen, immer weitere Hirnareale auszuschalten, Läsion an Läsion zu setzen. Man nennt das Multitarget-Operation: statt einer großflächigen Durchschneidung an einer Stelle, viele kleine Verkochungen in verschiedenen Regionen.

Psychochirurgische Eingriffe sind, wissenschaftlich gesehen, klinisches Roulett, ein Experiment mit mehreren Unbekannten. Einigermaßen abschätzbar ist nur der Preis, den der Traktierte für den behaupteten „therapeutischen Effekt" zu zahlen hat: „von liebevoller Offenherzigkeit bis zur

kritiklosen ‚menschlichen Maschine' (‚human dynamos')", wie Freeman und Watts die Persönlichkeitsreduktion und den Freiheitsverlust zynisch graduierten[59].

Lege artis: Es kann überhaupt nicht davon gesprochen werden, psychochirurgische Eingriffe würden nach den „Regeln der ärztlichen Kunst" durchgeführt und seien daher rechtlich unbedenklich und zulässig. Wie falsch diese Behauptung ist, habe ich bereits an einem Beispiel gezeigt. Hier sind weitere[60]:

(1) Hassler und Dieckmann führten Thalamus-Eingriffe bei Zwangskranken ein. Zwischen 1965 und 1973 hat Dieckmann bei 50 Zwangskranken 65 derartige Eingriffe vorgenommen. Müller dagegen hält sie aufgrund eigener Erfahrungen für weniger wirkungsvoll als stereotaktische Leukotomien. Neuerdings ist Dieckmann dazu übergegangen, bei diesen Kranken eine vordere Kapsulotomie durchzuführen. Die Patienten, die ihm Hassler schickt, unterzieht er aber nach wie vor einem Thalamus-Eingriff. Hassler ist als Thalamus-Forscher weithin bekannt. Dieckmann über die Thalamotomien bei Zwangsneurotikern: „Patienten nach doppelseitigen Eingriffen haben eine Komplikationsrate von 58 Prozent". Müller wundert sich „doch ein bißchen über die Nebenwirkungen, die in diesem Ausmaß bei unserer Operationsmethode nicht zu beobachten sind: Kollege Dieckmann hat offenbar noch einige Probleme". Dieckmann über die Eingriffe Müllers: „Ich verstehe ehrlich nicht, warum man heute noch stereotaktisch leukotomiert, wenn es ein gezielter Eingriff im Thalamus auch tut"; und weiter: „Die Müllerschen Operationen sind unnötig groß, soviel Hirnmaterie bräuchte ja gar nicht zerstört zu werden." – (2) In Berlin operierten Umbach und Kim einen Sexualdelinquenten, der wegen einer „schweren Begleitkrankheit" nach Auffassung von Müller und Dieckmann gar nicht operiert werden durfte; sie bezeichneten den Eingriff als kontraindiziert. – (3) Roeder und Müller haben bei Patienten „vorsorglich" (und erfolglos) zusätzliche „Läsionen" im Gehirn gesetzt, um „eine allzugroße Appetitsteigerung nach der Operation zu vermindern." Mundinger hat nach Hypothalamotomien angeblich keine „Freßgier" oder „Fettsucht" gesehen; Roeder und Müller angeblich manchmal, Dieckmann nahezu regelmäßig. Alle geben den gleichen Eingriff an. – (4) Müller hat bei der elektrischen Reizung eines Zielpunktes zweimal einen Orgasmus und dreimal eine Erektion bei Patienten ausgelöst. Dieckmann hat das nie beobachtet und wundert sich „ehrlich gesagt, ein bißchen über die manipulierten Orgasmen." – (5) Müller appliziert zur Eröffnung der Schädelhöhle meist eine Intubationsnarkose, während Dieckmann lokal anästhesiert und den sechs bis acht Stunden dauernden Hirneingriff offensichtlich durchgehend am wachen Patienten vornimmt. – (6) Müller sagt über die Koagulationstechnik von Dieckmann: „Bei Herrn Dieckmann kann es manchmal zu kleinen Zerreißungen des Gewebes durch winzige Gasbläschen kommen, es gibt gleichsam kleine Explosionen, die bei unserer Technik nicht auftreten können, die ich aber bei der Hypothalamotomie für nicht ganz unbedenklich halte". – (7) Roeder und Müller nehmen doppelseitige Hypothalamotomien vor; Mundinger hat starke Bedenken; Dieckmann lehnt diese Eingriffe als zu gefährlich ab, hat sie aber zumindest bis vor einiger Zeit selber durchgeführt. Nádvorník nimmt doppelseitige Eingriffe am Hypothalamus von einem einzigen Bohrloch aus vor, stößt die Sonde also quer durch das Gehirn, wozu Dieckmann sagt: „Etwas skurril das Ganze". Müller fand die Idee interessant. – (8) Roeder operierte einen Suchtkranken, der eine schwere Leberzirrhose hatte. Dazu Müller: „Die Indikation zur Durchführung der stereotaktischen Hypothalamotomie sollte gestellt werden, *bevor* schwerwiegende Organschäden am Gehirn, an Leber und Nieren das primär nicht sehr hohe Operationsrisiko entscheidend vergrößern". Der Patient war nach der Operation so alkoholabhängig wie vorher, Roeder verbuchte ihn als „hervorragenden Operationserfolg". – (9) Für die Hamburger und Göttinger Operateure ist „Hypersexualität" eine diagnostische Kategorie, die Homburger

distanzieren sich jetzt davon. – (10) Auf die selbstgestellte Frage, ob durch den Eingriff „die Homosexualität sich in eine Heterosexualität gewandelt hat", antwortete Dieckmann 1976: „Die Kollegen in Göttingen und Hamburg sagen ja, das kann, wir sagen, wir sehen es nicht. Wir haben aber auch viel zu wenig Patienten, um uns ein Urteil da verbindlich erlauben zu können. Sonst haben wir keine Diskrepanzen." – (11) Hassler schließlich sprach sich für einen psychochirurgischen Eingriff an Jürgen Bartsch aus; Dieckmann sagte dazu im „Spiegel": Hier hat die Wissenschaft noch keinen entsprechenden Zielpunkt im Gehirn entdeckt, der Eingriff wäre also auf ein rein experimentelles Vorgehen hinausgelaufen, und das verbietet sich beim Menschen natürlich von selbst." Wie nicht anders zu erwarten, sah auch Roeder „von der technischen Seite her durchaus keine Schwierigkeiten"; man hätte halt eventuell noch zusätzlich eine Amygdalotomie vornehmen müssen.

Am 28. April 1976 ist Jürgen Bartsch im Landeskrankenhaus Eickelborn zu Tode gekommen.

Öffentliche Kritik

Im Kampf gegen die Psychochirurgie wird es sehr wichtig sein, die verbietenden Gerichtsurteile, die öffentliche und fachwissenschaftliche Kritik[61], die negativen Sanktionen im Ausland, überhaupt die Verbündeten zu kennen.

BRD: Nach unserer bereits erwähnten öffentlichen Stellungnahme vom April 1976 ist in Zeitungen und Zeitschriften, in Rundfunk und Fernsehen gehäuft über die Praxis der Psychochirurgie berichtet worden, teils kritisch, teils verharmlosend, teils bejubelnd, teils widersprüchlich. Bei einigen Blättern ist es ganz offensichtlich zu hausinternen Auseinandersetzungen gekommen, namentlich bei der „Frankfurter Rundschau" und beim „Spiegel", die zu einer Hü- und Hott-Position geführt haben. Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie[62], die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie[63] und die Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e. V. in München haben unabhängig von uns deutlich Kritik geäußert. Am 26. 7. 1976 lehnte das Oberlandesgericht Hamm eine stereotaktische Hypothalamotomie ab, weil diese Hirnoperation bei Menschen „wegen ihrer z. Zt wissenschaftlich noch nicht erforschten Auswirkungen keine geeignete Behandlungstherapie zur Heilung abartigen Sexualverhaltens" sei[64]. Am 4. 3. 1977 konstituierte sich beim Bundesgesundheitsamt eine Kommission „Stereotaktische Operationen bei abweichendem Sexualverhalten", die der Bundesregierung Empfehlungen geben soll.

USA: Am 10. 7. 1973 verbot der Wayne County Circuit Court von Detroit, Michigan, einstimmig psychochirurgische Eingriffe, selbst wenn der Patient zustimmt. Die Richter erklärten: Psychochirurgie ist „clearly experimental, poses substantial dangers to research subjects and carries substantial unknown risks"[65]. Ein weiteres Verbot sprach einige Monate später ein Gericht in Richmond, Virginia, aus. Bereits im Februar 1973 hatte der Gesundheitsausschuß des US-Senats ein Hearing über medizinische Experimente am Menschen abgehalten. In dieser Zeit besetzten Studenten neurochirurgische Kliniken und legten den Operationsbetrieb lahm. Mental Patients Liberation Groups setzten sich öffentlich zur Wehr[66]. Am 12. 7. 1974 wurde ein Bundesgesetz unterzeichnet, nach dem eine „National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research" Untersuchungen vornehmen und ethische Fragen klären muß. Außerdem wurden psychochirurgische Eingriffe untersagt, die im Rahmen staatlich geförderter Forschungprojekte vorgenommen werden sollten. Einem Aufruf der „National Commission", psychochirurgische Eingriffe bis zum Abschluß der Untersuchungen freiwillig einzustellen, sollen fast alle Neurochirurgen nachgekommen sein. Der Abschlußbericht der Kommission liegt noch nicht vor. Bisher sind le-

diglich Teilergebnisse und einige einschränkende Richtlinien bekannt geworden[67]. Der farbige Congressman Louis Stokes legte inzwischen dem Kongreß einen Gesetzentwurf vor, nach dem psychochirurgische Operationen in den USA wirksam verboten werden sollen[68]. Im Bundesstaat Kalifornien wurde im September 1976 ein Gesetz unterzeichnet, das der Senat mit 23 : 1 Stimmen angenommen hatte und das strenge Regelungen für psychochirurgische Eingriffe, Elektroschock- und Insulinkoma-Behandlungen vorsieht[69].

Japan: Im Mai 1975 hat sich die Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie gegen psychochirurgische Eingriffe ausgesprochen, was praktisch einem Verbot gleichkommen soll.

Kanada: Ende 1975 bezeichnete die Mental Health Association psychochirurgische Operationen als Experimente und setzte sich für einen Operationsstop ein.

Großbritannien: Verschiedene Vereinigungen, darunter insbesondere „The Citizen's Commission on Human Rights", protestierten gegen Psychochirurgie, sammelten Unterschriften und aktivierten einige Abgeordnete[70]. 1976 wurde ein in Aussicht gestellter Regierungszuschuß für psychochirurgische Forschungszwecke in Höhe von 50 000 Pfund nicht bewilligt. Im Februar 1977 brachte die Labour-Abgeordnete Joyce Butler einen Gesetzentwurf im Unterhaus ein, nach dem die Psychochirurgie stark eingeschränkt und reglementiert werden soll[71].

Australien: Am 14. 10. 1976 brachte die australische Regierung ein Gesetz ein, das strenge Regeln und Strafandrohungen für psychochirurgische Eingriffe und Elektroschock-Behandlungen vorsieht[72]. Im Februar 1977 verbot der Gesundheitsminister des Bundesstaates New South Wales psychochirurgische Eingriffe und leitete eine Untersuchung ein, nachdem im Fernsehen über den Selbstmord von drei Patienten berichtet worden war, denen Ärzte Elektroden ins Gehirn implantiert hatten[73].

WHO: 1976 lehnte die Weltgesundheitsorganisation auf ihre Weise Psychochirurgie ab: „In view of the wide divergences of opinion that exist within the medical profession on the justification or otherwise for psychosurgery, the uncertainty of its results, and its lack of a firm theoretical basis, such interventions are at least ethically doubtful."[74]

Schluß

Psychochirurgen führen das Wiederaufblühen ihres Faches ausschließlich auf die verfeinerten Techniken und neue neurophysiologische Vorstellungen zurück. In Wirklichkeit aber und in erster Linie konnte die Psychochirurgie reüssieren, weil die seelische Verwüstung und Verelendung der Menschen massenhaft, in einem ungeheuerlichen Ausmaß in Erscheinung trat, weil die klassische Psychiatrie – ohn' Aug, ohn' Ohr, ohn' Zahn, ohn' alles – für jedermann erkennbar therapieunwillig bis therapieunfähig ist[75], weil der technologische Fortschritt auf einem Boden, wie er hierzulande gegeben ist, vornehmlich in Zeiten der ökonomischen Krise und der politischen Rechtsentwicklung gegen die Menschen gerichtet wird, weil in diesen Zeiten, in dieser gesellschaftlichen Situation die herrschende biologistisch-asoziale Krankheitsideologie mit der bereitstehenden Technik der Medizin umstandsloser zur Deckung kommt. Soziale Medizin und humane Behandlungskonzepte haben dann schon gar keine Chance mehr.

Psychochirurgische Hirnoperationen sind Vernichtungs-„Therapie". Sie werden am gesunden Gehirn vorgenommen. Sie setzen bleibende anatomische und geistig-seelische Defekte, hinter die kein Weg zurückführt. Sie sind keine Notfalltherapie zur Erhaltung menschlichen Lebens. Sie sind weder mit der Amputation einer Extremität noch mit der chirurgischen Entfer-

nung eines krebstragenden Organs noch mit Kastrationen gleichzusetzen. Sie beseitigen und verändern höchste geistige, emotionale und soziale Fähigkeiten des Menschen. Sie sind Eingriffe in die Integrität des Menschen, die in der Heilkunde ihresgleichen suchen. Von den Menschenversuchen faschistischer KZ-Ärzte[6] abgesehen, können es nur die gegenwärtig praktizierten elektronisch gesteuerten Hirnreizungen zur Kontrolle menschlichen Verhaltens mit ihnen aufnehmen – an Skrupellosigkeit, an politischem Mißbrauch, an gesellschaftlicher Bedeutung.

Die „naturwissenschaftliche" Begründung psychochirurgischer Operationen ist nachweislich falsch, frisiert, widersprüchlich oder biologistisch, voller Fehlschlüsse, Spekulationen und Hirnmythologie. Diese Eingriffe werden namentlich und bestenfalls mit Tierexperimenten gerechtfertigt, deren Resultate über die psychosozialen Erkrankungen und Probleme der Menschen nichts Wesentliches auszusagen vermögen. Solch komplexe und gattungsspezifische Erscheinungen wie Neurosen in bestimmten Hirnregionen lokalisieren und durch Verkochen von Nervengewebe beseitigen zu wollen, hat angesichts der Ergebnisse aller Wissenschaften vom Menschen etwas Irres. Über diese Biologisierung psychosozialer Probleme kann man wissenschaftlich nicht diskutieren. (Weil ich in diesem Punkt schon oft mißverstanden worden bin, füge ich hinzu: Wilhelm Reich hat mir aus dem Herzen gesprochen, als er einmal irgendwo sagte: Wir dürfen die Biologie nicht den Rechten überlassen.)

Die gewünschten Resultate können sich allenfalls einstellen, wenn genügend viel Hirnsubstanz ausgeschaltet, wenn der Kranke oder der dazu Erklärte in ausreichendem Maße emotional verödet, intellektuell abgestumpft, in seiner Persönlichkeit reduziert wird. Soziale Auffälligkeiten, abweichendes Verhalten und Delinquenz auf diese Weise beseitigen, ist *direkte* soziale und politische Kontrolle. In der Tat ist das generelle Ziel der Psychochirurgen nicht das Heilen von Krankheiten, sondern soziale Anpassung, Gefügigmachen. Sie wollen, wie sie oft genug betont haben, aggressive Kinder zähmen, gehorsam, still, passiv machen; sie wollen Insassen den grausamen Bedingungen der „Heilanstalten" und Gefängnisse anpassen, sie wollen die „Pflege" rationalisieren, die Kosten „für den Steuerzahler" senken.

Nach allem, was ich weiß: Es gibt für psychochirurgische Hirneingriffe keine Indikationen. Es gibt für diese Operationen keinen ärztlich als sinnvoll anzusehenden Anwendungsbereich. Sie sind Experimente am Menschen. Sie können nicht nach „Regeln ärztlicher Kunst" vorgenommen werden. Tatsächlich aber reicht der selbstgewählte Anwendungsbereich von Partnerschaftsproblemen über depressive Verstimmungen bis zu psychosomatischen Erkrankungen, erfaßt alle denkbaren seelischen Störungen, ferner emotionale, soziale und politische Abweichungen und Auffälligkeiten. Wer solche Eingriffe als therapia absoluta, als ultima ratio, als Palliativtherapie erwägt, nimmt wissend Menschenexperimente und die Reduktion der Persönlichkeit in Kauf.

Wollte ich die Psychochirurgie medizinimmanent kritisieren, müßte ich hinzufügen: Es ist eine Lüge, daß Hirnoperationen bei allen Patienten erst angewandt worden seien, nachdem die nichtchirurgischen, namentlich die psychotherapeutischen und verhaltenstherapeutischen Methoden nach jah-

relanger Anwendung versagt hätten. Es ist unwahr, daß alle Patienten vorher von Psychotherapeuten untersucht worden seien. Es stimmt nicht, daß alle Patienten nach einem Plan, systematisch und regelmäßig vor- und nachuntersucht worden seien. Es ist sogar unwahr, daß die körperlichen Untersuchungen den üblichen Standards genügt hätten[77]. Es ist nicht zu glauben, daß die Operateure und ihre Zuweiser durchweg unvoreingenommen gewesen und von den forensischen Konsequenzen ihres Tuns unbeeindruckt geblieben seien. Es ist falsch, daß das Risiko für den Patienten minimal sei. Es ist ebenso falsch, daß sich für andere Patientengruppen aus diesen Experimenten ein Nutzen ergeben werde. Es ist eine zynische Behauptung, daß alle Operierten freiwillig dem Eingriff zugestimmt hätten. Es ist schlicht unwahr, daß die negativen Auswirkungen dieser Eingriffe wissenschaftlich ausreichend überschaubar, klinisch ausreichend untersucht und mithin ausreichend bekannt seien.

Ursprünglich wollte ich in diesem Aufsatz einige theoretische Bemerkungen über das Menschenbild der Psychochirurgen und biologischen Psychiater, über ihr theoretisches Verständnis vom Verhältnis Natur – Mensch – Gesellschaft, über ihre Krankheitsideologie machen. Nachdem ich die Praxis und die Veröffentlichungen dieser Mediziner studiert und dargestellt habe, kann ich nur sagen: das langt. Man braucht sie nur im Originalton zu lesen, wenn man wissen will, auf wessen Seite sie stehen, was sie vom „größeren Teil der Menschheit" halten. Beispielsweise Erna Hoch, damals an der Baseler Psychiatrischen Universitätsklinik tätig, in einer ausführlichen Arbeit über Leukotomien: „Aber wenn man schließlich sich vergegenwärtigt, daß vielleicht der größere Teil der Menschheit dahinvegetiert, ohne je von diesen höhern, wahrhaft menschlichen Geistesfähigkeiten, für die der Frontallappen anscheinend das materielle Substrat darstellt, Gebrauch zu machen oder dann nur, um mit den niedrigeren, animalen Trieben und Instinkten in Konflikt zu kommen, so erscheint eine künstliche Herabsetzung auf dieses unkomplizierte Niveau vielleicht weniger als eine prätentiöse Anmaßung."[78]

Es geht jetzt in der BRD nicht, wie leider auch von kritischer Seite diskutiert, um die analoge Anwendung, Änderung oder Ergänzung vorhandener Gesetze, um spezielle gesetzliche Regelungen. Das wäre die Anerkennung der Psychochirurgie als Behandlungsmethode. Es geht jetzt um ein rechtlich wirksames und kontrolliertes Verbot derartiger Hirneingriffe – auf der Stelle. Bedroht sind wir alle.

Anmerkungen

* Für Unterstützung danke ich sehr herzlich Gudrun Amler, Stefan Aust, Patricia Fermandois Casas, Wilfried Dogs, Suedama Greenwell, Ludger Hermanns, Bernd Hontschik, Inge Rieber, Jonathan Ratnick und Georg Stoffel.

1 The Jewish Chronic Disease Hospital Case, Gerichtsakten, The New York Education Law Report (unveröffentl.) (zit. n. Koch, E. R.: Faust kontra Hippokrates. Wandlungen des medizinischen Ethos. In: H. v. Nussbaum, Hrsg.: Die verordnete Krankheit. Frankfurt a. M.: S. Fischer 1977).

1 a Kienle, G.: Hippokrates werden die Augen verbunden. Bild der Wissenschaft, Jg. 1976, 1, S. 56 (zit. n. Koch, 1977, a.a.O.).

1 b Psychochirurgen nennen ihre Sparte heute auch: Psychiatrische Chirurgie, Stereoenzephalotomie, Verhaltenschirurgie, Chirurgie der Emotionen, Triebchirurgie, „plastic surgery of mental states" (Hirose) oder „sedative neurosurgery" (Balasubramaniam).

2 Balasubramaniam, V., T. S. Kanaka, P. V. Ramanugam and B. Ramanurthi: Sedative neurosurgery. J. Indian. Med. Ass. 53, 377–381, 1969; hier S. 377.

3 Auf die Psychochirurgie als Mittel der politischen Kontrolle werde ich in einem Aufsatz gesondert eingehen, der für den Argument-Band „Kritische Psychologie (II)" in Vorbereitung ist.

4 Moniz, E.: Mein Weg zur Leukotomie. Dtsch. Med. Wschr. 73, 582–583, 1948; Ders.: Die präfrontale Leukotomie. Arch. Psychiat. Nervenkr. 181, 591–602, 1949. – Unabhängig von Moniz nahmen der Schweizer Ody und der Italiener Fiamberti psychochirurgische Experimente an Menschen vor; vgl. z. B. Ody, F.: Topectomie en zône rolandique. Conf. neurol. 11, 23–25, 1951; Fiamberti, A. M.: Die transorbitale Leukotomie. Rass. Neuropsychiat. 5, 393–403, 1951.– Die Geschichte der Psychochirurgie hat der Wissenschaftsjournalist E. R. Koch kürzlich ausführlich dargestellt: Chirurgie der Seele. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt 1976. Einige Fakten und persönliche Äußerungen, *die nicht anderweitig belegt sind*, habe ich seinem Buch entnommen, das er vor der Veröffentlichung von Psychochirurgen durchsehen ließ und das er selber „als ein Plädoyer *für* die Psychochirurgie, aber als eine Anklage *gegen* die Sorglosigkeit mancher Psychochirurgen" (S. 10) zutreffend charakterisierte. – Vgl. ferner insbesondere die zusammenfassenden Arbeiten von Haddenbrock, S.: „Psychochirurgie". In: V. E. Frankl, V. E. Frh. v. Gebsattel und J. H. Schultz (Hrsg.), Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. 5. Bd. München/Berlin: Urban & Schwarzenberg 1961; Heimann, H.: Psychochirurgie. In: H. W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross und M. Müller(Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart. Bd. I/2. Berlin/Göttingen/Heidelberg: Springer-Verlag 1963; Valenstein, E. S.: Brain control. A critical examination of brain stimulation and psychosurgery. New York: Wiley & Sons 1973.

5 Vgl. insbes. Freeman, W. and J. W. Watts: Psychosurgery. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas 1942; Dies.: Psychochirurgie. Stuttgart: Wiss. Verlagsges. 1949.

6 Heimann, a.a.O., S. 671 f.

7 Spiegel, E. A., H.T. Wycis, M. Marks and A. J. Lee: Stereotaxic apparatus for operations on human brain. Science 106, 349–350, 1947; vgl. auch Spiegel, E. A. and H. T. Wycis: Stereoencephalotomy. Principles and methods. Int. Congr. Neurochir. 1, 91–118, 1957 (Acta med. Belg.).

8 Orthner, H.: Stereotaktische Eingriffe im Gehirn. Dtsch. Zbl. Krankenpflege 7, 345–359, 1963 (Zitate nach einem Sonderdruck ohne Originalpaginierung).

9 Sinason, M.: Cutting criticism. New Psychiatry, 18. 3. 1976.

10 Vgl. z. B. Nádvorník, P.: The present state of stereotactic psychosurgery. Cs. Psychiat. 65, 150–154, 1969 (tschechisch).

11 International Digest of Health Legislation 4, 312, 1952.

12 Khachaturian, A. A.: A criticism of the theory of leucotomy. Nevropatol. i psikhiatrija 20, 1, 1951 (microfilmed English translation, Library of Congress, TT 60–13 724; zit. n. U.S. Congressional Record, 92d Congress, Second Session, Vol. 118, No. 26, February 24, 1972).

13 Dieckmann, G. und R. Hassler: Psychochirurgie. Zum gegenwärtigen Stand der chirurgischen Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. Dtsch. Ärztebl. 73, 1217–1223, 1976; hier S. 1217 f.

14 Vgl. dazu und zu den folgenden Feststellungen dieses Abschnittes insbes. Breggin, P. R.: The return of lobotomy and psychosurgery. U.S.Congressional Record, 92d Congress, Second Session, Vol. 118, No. 26, Part 5, pp. 5567–5577, February 24, 1972; Ders.: Psychosurgery for the control of violence. Including a critical examination of the work of Vernon Mark and Frank Ervin. U.S.Congressional Record, 92d Congress, Second Session, Vol. 118, Nr. 26, Part 9, pp. 11 396–11 402, March 30, 1972; Ders.: Inter-

view mit Judy Miller, Sender WBAI, Pacifica, New York, 1972 (abgedruckt in Liberation, Vol. 17, No. 7, Oktober 1972 und Les Temps Modernes, No. 321, April 1973; übersetzt in Gesundheitspol. Forum, Heft 11/12, Januar 1977).

15 Vgl. z. B. Hirose, S.: Mentally abnormal offenders and psychosurgery. Act. Crim. Japon. 34, 186–195, 1968.

16 Vgl. z. B. Knight, G. C.: Bi-frontal stereotactic tractotomy: An atraumatic operation of value in the treatment of intractable neuroses. Brit. J. Psychiat. 115, 257–266, 1969.

17 Vgl. z. B. Baker, E., M. D. Yorig, D. M. Gauld and J. F. R. Fleming: A new look at bimedial prefrontal leucotomy. Canad. Med. Ass. J. 102, 37–41, 1970.

18 Vgl. z. B. Scoville, W. B.: Recent thoughts on psychosurgery. Connect. Med. 33, 453–456, 1969.

19 Andy, O. J.: Neurosurgical treatment of abnormal behavior. Amer. J. Med. Sci. 252, 232–238, 1966; Ders.: Thalamotomy in hyperactive and aggressive behavior. Conf. neurol. 32, 322–325, 1970; vgl. auch Koch, 1976, a.a.O. S. 80 f.

20 Heath, R. G.: Pleasure and brain activity in man. J. nerv. ment. Dis. 154, 3–18, 1972; hier S. 5 f.

21 Ingraham, B. L. and G. W. Smith: The use of electronics in observation and control of human behavior and its possible use in rehabilitation and parole. Iss. Crim. 7, 35–53, 1972; hier S. 41.

22 Vgl. Anmerkung 3.

23 Riechert, T. und M. Wolff: Die Entwicklung und klinische Bedeutung der gezielten Hirnoperationen. Med. Klin. 46, 609–611, 1951.

24 Orthner, a.a.O.

25 Zit. n. Koch, 1976, a.a.O., S. 37.

26 Vgl. z. B. Hassler, R. and G. Dieckmann: Stereotaxic treatment of compulsive and obsessive symptoms. Conf. neurol. 29, 153–158, 1967.

27 Orthner, H., E. Duhn, U. J. Jovanović, A. König, R. Lohmann, W. Schwidder, J. v. Wehren und St. Wieser: Zur Therapie sexueller Perversionen. Heilung einer homosexuell-pädophilen Triebabweichung durch einseitigen stereotaktischen Eingriff im Tuber cinereum. Beiträge zur Sexualforschung, 46. Heft. Stuttgart: Enke Verlag 1969; Zitate aus der Zueignung.

28 Zit. n. Koch, 1976, a.a.O., S. 120.

29 Dieckmann und Hassler, a.a.O., S. 1219 f.

30 Mundinger, F.: Psychiatrische Chirurgie. Z. Allgemeinmed. 50, 856–859, 1974; hier S. 857, 859.

31 Bettag, W.: Indikation und Ergebnisse der Stereotaxie. Med. Welt 24, 966–969, 1973; hier S. 969.

32 Brief Mundingers vom 28. 7. 1976 an die Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e. V. in München.

33 Rieber, I., A.-E. Meyer, G. Schmidt, E. Schorsch und V. Sigusch: Stellungnahme zu stereotaktischen Hirnoperationen an Menschen mit abweichendem Sexualverhalten. Sexualmedizin 5, 442–450, 1976; den gesamten Text nachgedruckt haben: Mschr. Krim. Strafrechtsref. 59, 216–222, 1976 sowie psychologie heute 3, 27–32, 1976; Auszüge haben u. a. veröffentlicht: Informationsdienst Gesundheitswesen, Heft 7, Juni 1976, S. 39–44 sowie Spektrum, Heft 5/1976, S. 175–183.

34 Vgl. insbes. Haddenbrock, a.a.O.; Dehnen, W.: Psychopathologische Erfahrungen bei ein- und beidseitigen psychochirurgischen Eingriffen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 29, 353–422, 1961; Heimann, a.a.O.

35 Haddenbrock, a.a.O., S. 47. – Zu den Wirkungen aus tiefenpsychologischer Sicht vgl. Thurner, F. K.: Leukotomie und Rohrschach-Test. Krankheitsspezifische postoperative Veränderungen und eine tiefenpsychologische Hypothese. Arch. Psychiat. Nervenkr. 194, 530–549, 1956.

36 Literaturnachweise bei Breggin, a.a.O.; Templer, D. I.: The efficacy of psychosurgery. Biological Psychiat. 9, 205–209, 1974.

37 Röttgen, P.: Der Neurochirurg und sein Arbeitsgebiet. In: W. Schöllgen und H. Dobbelstein, Gegenwartsfragen der Psychiatrie für Ärzte, Erzieher und Seelsorger. Freiburg: Herder Verlag 1956; hier S. 224. – Haddenbrock, a.a.O., S. 49 f., hält das Leukotom auch insofern für „zweischneidig", als nicht wenige Kranke ein quälendes Defektbewußtsein, „ein kritisches Bewußtsein ihrer seelischen Veränderung" behalten. So habe er einen „jahrelang asylierungsbedürftigen Psychopathen" beobachtet, der nach der Operation „zwar ruhig und lenksam wurde, aber bitter über die eingetretenen Gemütsmängel klagte." In einem Brief schrieb der Patient: „Die Nachteile sind schrecklich. Erstens bin ich ganz gehässig, habe kein Mitleid mehr mit Kranken, kann keine Musik mehr hören; Filme interessieren mich nicht mehr, Romane lese ich nicht mehr, es ist mir alles zuwider. Nur ohne Arbeit kann ich nicht mehr sein, ich muß unbedingt arbeiten." Sieben Monate nach der Operation kehrte der Patient freiwillig in die Anstalt zurück, um 3 Tage später wieder zu entweichen ... Zwei Tage später beging der Patient Selbstmord."

38 Zit. n. Haddenbrock, a.a.O., S. 46.

39 Freeman, W.: Lobotomy and epilepsy. A study of 1000 patients Neurology (Minneap.) 3, 479–494, 1953.

40 Zit. n. Amendt, Günter: Hirn, verbrannt. Konkret, Oktober 1976, S. 39. Dort kann man auch nachlesen, was der Diplom-Psychologe Eberhard Buhl, der in der Sonderanstalt Hamburg-Bergedorf gearbeitet hat, zur Freiwilligkeit und zu den Nachuntersuchungen sagt: „Nach meiner Erfahrung in Bergedorf kann man nur davon ausgehen, daß die Patienten zur Stereotaxie manipuliert werden. Bedenken, die ich in konkreten Fällen aus psychologischer Sicht vorgebracht habe, konnten den Eingriff nicht verhindern." und: „... es handelt sich hier um mehr oder weniger zufällige Nachuntersuchungen. Wenn man eben einen Patienten traf, sprach man mit ihm. Von einer systematischen und geplanten Nachuntersuchung als Bestandteil des gesamten operativen Vorgangs kann nicht die Rede sein" (S. 38 f.).

41 Podiumsdiskussion in Homburg/Saar vom 13. 7. 1976 (Tonbandprotokoll) zwischen Dieckmann und Horn einerseits und Inge Rieber andererseits.

42 Zit. n. Koch, 1976, a.a.O., S. 176.

43 Breggin, P. R.: The psychosurgery of Thomas R. A follow-up study. Iss. Rad. Ther., Vol. 1, No. 4, 1973 (auch in: Rough Times 3/8, November/Dezember 1973, S. 8–10); vgl. ferner Koch, 1976, a.a.O. sowie psychologie heute, August 1976, S. 50–51.

44 Zit. n. Breggin, Interview, a.a.O., Gesundheitspol. Forum S. 13.

45 Müller, D.: Ergebnisse stereotaktischer Eingriffe im Gehirn bei Sexualtriebstörungen. Vortrag, gehalten auf der Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Ärzte und Psychologen in der Straffälligenhilfe am 21. 6. 1974 (unveröffentl. Manuskript).

46 Freeman, wieder auf den Plan getreten und zum Ehrenpräsidenten der Psychochirurgen gewählt, hat im Brit. J. Psychiat. 119, 621–624, 1971 gefordert, Schizophrene im ersten Jahr der Erkrankung zu operieren. Der Titel seines Beitrages: Frontal lobotomy in early schizophrenia: Long follow-up of 415 cases. Tatsächlich werden zunehmend Patienten operiert, die gearbeitet und zu Hause gelebt haben.

47 Koch, 1976, a.a.O., S. 7.

48 Vgl. insbes. Breggin, a.a.O.; Haddenbrock, a.a.O.; Koch 1976, a.a.O. Nach Koch, S. 65, nahmen die Holländer W. P. Haayman und C. van Veelen bei einem Mann mit „Bet-Zwang" eine stereotaktische Leukotomie vor. Die Operateure: „Als wir das Zielgebiet im Gehirn nun zur Überprüfung der Lokalisation der Sonde elektrisch reizten, konnten wir den Betzwang nach Belieben aus- und anschalten, immer wenn wir stimulierten, rappelte er sein Vaterunser." Nach der Operation betete der Patient nicht mehr, er litt dafür unter schweren Angstzuständen. – Zu den „Geruchs-Halluzinationen" vgl.

Chitanodh, H.: Stereotaxic amygdalotomy in the treatment of olfactory seizures and psychiatric disorders with the olfactory hallucination. Conf. neurol. 27, 181–196, 1966. – Zur psychogenen Magersucht vgl. Altschule, M. D.: Adrenocortical function in anorexia nervosa before and after lobotomy. New Engl. J. Med. 248, 808–810, 1953; Carmody, J. T. B. and F. L. Vibber: Anorexia nervosa treated by prefrontal lobotomy. Ann. intern. Med. 36, 647–652, 1952; Sifneos, P. E.: A case of anorexia nervosa treated successfully by leucotomy. Amer. J. Psychiat. 109, 356–360, 1952. – Zur Karzinophobie vgl. W. Umbach in der Sendung „Psycho-Chirurgie. Operationen heilen die Seele" von E. R. Koch, Südwestfunk, 2. Programm, 26. 2. 1975. – Zur Platzangst vgl. Marks, I. M., J. L. T. Birley and M. G. Gelder: Modified leucotomy in severe agoraphobia. A controlled serial inquiry. Brit. J. Psychiat. 118, 115–127, 1966.

49 Sargant, W.: Lancet 2, 87–91, 1951; Zbl. ges. Neurol. 125, 352, 1953; Actas luso-espan. neurol. psyquiatr. 10, 217–259, 1952; Zbl. ges. Neurol. 125, 213, 1953 (zit. n. Haddenbrock, a.a.O.).

50 Bucaille, M.: Electrocoagulations of the prefrontal brain. Indications and results in intractable gastric and duodenal ulcers. Acta gastro-ent. Belg. 20, 506–514, 1957; Cattan, R., R. Carasso, P. Frumusan, P. Nataf, R. Soupault and M. Bucaille: Indications and results of prefrontal operations in ulcero-haemorrhagic rectocolitis. Sem. Höp. Paris 33, 507–521, 1957; Tucker, W. I.: Lobotomy case histories: Ulcerative colitis and anorexia nervosa. Lahey clin. Bull. 7, 239–243, 1952; Tyndel, M. and W. Forster: Chronic ulcerative colitis: Recovery after leucotomy. Cand. Med. Ass. J. 74, 455–457, 1956.

51 Oltmann, J. E., B. S. Brody, S. Friedmann and W. F. Green: Amer. J. Psychiat. 105, 10, 1949; Soloman, H. C.: Boston Soc. Neurol. Psychiat. 1946, Ref. Arch. Neurol. 57, 772, 1947 (zit. n. Haddenbrock, a.a.O.).

52 Freeman, W. and J. Watts, a.a.O., S. 515.

53 Vgl. Anmerkung 41. Über die Verhältnisse in Homburg/Saar sagte in dieser Diskussion der Direktor des zuständigen Instituts für klinische Psychotherapie, Martin Schrenk: „Es gab ... niemals einen Patienten, den wir gesehen haben oder über den wir diskutiert hätten."

54 Zit. n. Breggin, a.a.O., S. 5574.

55 Vgl. insbes. Häfner, H.: Psychopathologie des Stirnhirns. 1939 bis 1955. Fortschr. Neurol. Psychiat. 25, 205–251, 1957.

56 Heimann, a.a.O., S. 707.

57 Zit. n. Koch, 1976, a.a.O., S. 169, 171.

58 Dörner, G.: Zur Frage der neuroendokrinen Pathogenese, Prophylaxe und Therapie angeborener Sexualdeviationen. Dtsch. med. Wschr. 94, 390–396, 1969; vgl. bes. den Abschnitt „Methodik zur Beurteilung der Sexualität".

59 Zit. n. Haddenbrock, a.a.O., S. 55.

60 Vgl. Koch, 1976, a.a.O., S. 32–38, 72, 78 f., 85 f., 97, 100, 115; Podiumsdiskussion, Anmerkung 41; Der Spiegel, Nr. 22 vom 24. 5. 1976, Interview mit Dieckmann und Horn.

61 Dazu vgl. insbes. die Arbeiten von Breggin, a.a.O.; ferner: Lange, S. A. de: Ethical implications of psychosurgery. Psychiat. Neurol. Neurochir. (Amst.) 76, 383–389, 1973; Older, J.: Psychosurgery: Ethical issues and a proposal for control. Amer. J. Orthopsychiat. 44, 661–674, 1974; Whitlock, F. A.: Psychosurgery reconsidered. Comment 2. Med. J. Aust. 25, 71–72, 1974; Amendt, a.a.O.; Appy, J.-P.: Leserbrief. Dtsch. Ärztebl. 73, 3181–3182, 1976; Spengler, A.: Stereotaktische Gehirnoperationen in der BRD bei psychisch Kranken. Stellungnahme zur aktuellen Situation. Sozialpsychiat. Inform. 35/36, 121–146, Dezember 1976.

62 Vgl. Spengler, a.a.O.

63 Appy, a.a.O.

64 OLG Hamm, Beschluß vom 26. 7. 1976 – 1 VAs 79/75; vgl. NJW 1976, Heft 50, S. 2311 f. Die Entscheidung wurde inhaltlich mit den Argumenten unserer Stellungnahme begründet. Dazu der Psychochirurg Müller am 29. 1. 1977 laut Tonbandproto-

koll in Kassel: „ ... und ich muß ehrlich ... meinen, daß das Oberlandesgericht Hamm es sich da sehr, sehr leicht, unverantwortlich leicht gemacht hat."

65 Psychosurgery outlawed in Michigan. Rough Times, November/Dezember 1973; Times, 11. 7. 1973.

66 Noelson, N.: Who went mad in Detroit? Rough Times, November/Dezember 1973.

67 International Herald Tribune, 15. 6. 1976; San Francisco Chronicle, 8. 9. 1976; J. Amer. Med. Ass. 236, 1925–1927, 1976; Science 194, 299–301, 1976; New Scientist, 16. 9. 1976; Die Zeit, 17. 12. 1976; vgl. ferner Brown, B. S., L. A. Wienckowski and L. W. Bivens: Psychosurgery: Perspective on a current issue. U. S. Department of Health, Education, and Welfare. National Institute of Mental Health. DHEW Publication No. (HSM) 73-9119, 1973; Psychosurgery Report of the NIMH. Memorandum. Department of Health, Education, and Welfare. Public Health Service. January 21, 1974.

68 Citizen's Commission on Human Rights. Tomtide, January 1977.

69 Los Angeles Times, 26. 8. 1976; Herald Examiner (Los Angeles), 22. 9. 1976.

70 Evening Echo (Bournemouth), 22. 5. 1976; Kentish Independent, 27. 5. 1976; South East London & Kentish Mercury, 12. 8. 1976; Here's Health, October 1976; East Lothian News, 22. 10. 1976; West Sussex County Times, 29. 10. 1976 und 4. 2. 1977; Liverpool Daily Post, 11. 2. 1976.

71 The News Line, 16. 2. 1977.

72 The Advertiser (Adelaide), 15. 10. 1976.

73 Daily Mirror (Australien, NSW), 8. 2. 1977; The Sun (Sydney), 8. 2. 1977.

74 WHO: Health aspects of human rights with special reference to developments in biology and medicine. Genf 1976, S.38–40.

75 Wegen einiger Diskussionen mit Medizinstudenten möchte ich klarstellen: Meine Kritik an der Psychochirurgie vermindert natürlich nicht die Kritik an der allgemeinen Praxis der hiesigen Psychiatrie – im Gegenteil. Nur wer die bisherige Psychiatrie-Kritik nicht kennt oder die Bedeutung der psychochirurgischen Experimente für die Entwicklung noch „effektiverer" und breiter einsetzbarer Kontrolltechniken verkennt, kann fortlaufend bemängeln, daß nicht gleichzeitig – beispielsweise – von Neuroleptika die Rede ist, die auch zu einem „hirnlokalen Syndrom" führen und eine „chemische Leukotomie" darstellen.

76 Vgl. Mitscherlich, A. und F. Mielke: Medizin ohne Menschlichkeit. Frankfurt a. M.: Fischer 1960. Ich hoffe sehr, daß sich der Verlag endlich entschließt, dieses überaus wichtige und seit langem vergriffene Buch neu aufzulegen. Nachfragen blieben bisher ohne Erfolg.

77 Die Physiologin, Endokrinologin und Nervenärztin Ursula Laschet hat 1975 (unveröffentl. Gutachten) die endokrinologischen und andrologischen Untersuchung der westdeutschen Psychochirurgen unter dem Aspekt der (rechtlich relevanten) Keimdrüsenschädigung analysiert und total verworfen: Es lägen kein „verwertbaren" Befunde vor, mit den vorhandenen sei „nichts anzufangen".

78 Hoch, E. M.: Schweiz. Arch. Neurol. 60, 177–199, 1947 (zit. n. Haddenbrock, a.a.O.); bei ihm ist auch nachzulesen, wie L. v. d. Horst (Fol. psychiatr. Neerl. 55, 313–322, 1952) die von ihm selber getroffene Feststellung einschätzte, daß Stirnhirnoperierte auf einer niederen, in der schöpferischen Freiheit beschränkten Existenzebene lebten: Damit werde ja nur eine selten verwirklichte Fähigkeit reduziert, die „bei dem Mann von der Straße praktisch nie realisiert wird".

Unsere Veröffentlichungen zu Medizin und Psychologie

50 Kritik der bürgerlichen Sozialwissenschaften

Darin u. a.:
S. Freud: Soll Psychoanalyse an den Universitäten gelehrt werden?
E. Wulff: Transkulturelle Psychiatrie
K. Horn: Gruppendynamik
H.-U. Deppe: Zum Objekt der Medizin
Sonderband, Vierfachheft
5. Auflage (20.–24. Tausend) 1974

60 Kritik der bürgerlichen Medizin

H. Krähe und G. Schöning: Medizinische Ausbildung
E. Wulff: Medizinstudent und Psychiatrie
T. Ripke: Warenproduktion, Kapitalismus, Gesundheitswesen
B. Marowski: Arzt und Pharma-Industrie
H. Kilian: Kritische Theorie der Medizin
M. Braunsdorf: Arzt-Patient-Verhältnis
H.-U. Deppe: Ökologie und Epidemiologie am Beispiel Schizophrenie
H. H. Abholz: Industrieller Arbeitsplatz und psychische Erkrankung
M. Bauer und M. Richartz: Psychiatrie der Anpassung
D. Frießem: Theorie und Therapie der Sucht
G. Grohs: Westliches Rechtsdenken und traditionales Verhalten in Ostafrika
E. Ruebsam: Wilhelm Reichs Fetisch Genitalität
B. Kroner: Psychologische Friedensforschung
F. Haug: Dreitzels Pathologie des Rollenverhaltens
T. Brocher: Erwiderung auf K. Horn
Redaktion: Nachwort zu Brocher
Sonderband, Vierfachheft
3. Auflage (16.–18. Tausend) 1975

69 Lohnarbeit und Medizin Kritik der bürgerlichen Medizin II

K. Böker: Krankenstand der Arbeiter
H.-U. Deppe: Arbeitsunfälle
D. Frießem: Gesundheit von „Gastarbeitern"
E. Wulff: Der Arzt und das Geld
H. Mausbach: Gescheiterte Disziplinierung
Heft 11–12/Doppelheft
1. Auflage (1.–15. Tausend) 1971

71 Argumente für eine soziale Medizin (III)

Editorial: *W. F. Haug:* Kampf ums Zentralinstitut für soziale Medizin
R. Seidel: Prävention psychischer Störungen
E. Wulff: Psychopathie? – Soziopathie?
H. H. Abholz und I. Gleiss: Anpassung in der psychiatrischen Therapie
M. L. Moeller: Krankheitsverhalten und psychotherapeutische Versorgung
Heft 1–2/Doppelheft
1. Auflage (1.–15. Tausend) 1972

78 Argumente für eine soziale Medizin (IV)

M. Bauer: Gesundheitsdienste
H. Jens: Werksärztliche Versorgung
H. H. Abholz: Tuberkulose und soziale Lage
Autorenkollektiv: Psychiatrie und Politik
Ch. Ohm: Gruppendynamik
D. Seibel: Leistungskonflikt
Kongreß: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt
Heft 1–3/Dreifachheft
1. Auflage (1.–18. Tausend) 1973

AS 4 Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens / Argumente für eine soziale Medizin (V)

Editorial: *Ch. Gaedt und U. Schagen:* Vergesellschaftung der Medizin?
W. Thiele: Ärzte und Krankenkassen
S. Parlow und I. Winter: Standesorganisationen gegen Krankenkassen
M. Berger: Kassenarztrecht nach 1945
H. See: Gesetzliche Krankenversicherung
D. Löber: Krankenhausfinanzierungsgesetz
H. Mausbach: Ärzteschaft und Gesundheitspolitik
T. Hart: Ambulante Versorgung in England
I. Simon: Apotheker
H. H. Abholz: Gesundheit und soziale Lage
P. Riedesser: Militär und Medizin
Arbeitskreis: Gesundheitswesen in Chile
Sonderband, Vierfachheft
1. Auflage (1.–8. Tausend) 1974

89 Konservative Gehalte der Anti-Psychiatrie Argumente für eine soziale Medizin (VI)

Editorial: Warum Kritik von Anti-Psychiatrie?
E. Wulff: Zu Richters Randgruppentherapie
I. Gleiss: Konservativismus von Anti-Psychiatrie
R. Jacoby: Gesellschaftstheorie und Psychotherapie
Heft 1–2/Doppelheft
1. Auflage (1.–14. Tausend) 1975