

Die Psychochirurgie und ihre sittliche Bewertung

Von P. Karl Ginthör S. J., Manila (Philippinen)

Seit der Portugiese Egas Moniz im Jahre 1936 seine Monographie „Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses“ (Paris, Masson) veröffentlicht und damit die Psychochirurgie als neuen Weg zur Behandlung bestimmter Geisteskrankheiten angeben hat, ist das Schrifttum darüber nie mehr abgebrochen. Besonders seit dem Ende des Krieges, der den internationalen Austausch der Problematik gehindert hatte, beschäftigen sich die Zeitschriften der Medizin, insbesondere der Psychiatrie, mit der neuartigen Operation. Die Fachärzte tauschen in fast unübersehbarer Literatur ihre Erfahrungen aus über die Operationstechnik und ihre Modifikationen, über Erfolge und Mißerfolge, über Voraussetzungen und Grundlagen, über die Anwendbarkeit (Indikationsstellung) u. a.

Wie bei jeder Neueinführung gibt es auch hier ein Für und Wider. Besonders wegen der Folgen, die dieser chirurgische Eingriff mit sich bringt, wurde selbst von medizinischer Seite die Frage nach der Erlaubtheit der Operation gestellt. So kann es nicht wundernehmen, wenn sich auch die Moralthologie für die Psychochirurgie interessiert, besonders, da schon mancher Psychiater an den Theologen herangetreten ist, um seine Zweifel bezüglich ihrer sittlichen Erlaubtheit vorzulegen. Es ist interessant, welch scharfer Widerspruch sich unter der Ärzteschaft in England erhob, als die Psychochirurgie dort eingeführt wurde. Einer fordert den Board of Control auf, zur neuen Operation Stellung zu nehmen, indem er schreibt: „Es ist höchste Zeit, daß sich das königliche Aufsichtsamt an seine Pflicht erinnert . . ., die Patienten der Irrenanstalten vor der Gewalt zu schützen, da die Anstalten nicht länger ein Asyl sind.“ Ein anderer sagt: „Man möchte fragen: Warum sollte sich der Patient seiner Anfälle nicht erfreuen dürfen, auch wenn sie uns ekelhaft scheinen? Man möchte sagen: Laßt doch wenigstens den Wahnsinnigen die Freude am Leben, wenn schon die Gesellschaft dies für die Mehrzahl der Menschen unmöglich macht . . .“¹⁾. Daraufhin gab 1947 das königliche Kontrollamt einen aufklärenden Bericht über Wesen und Ergebnisse der Leukotomie heraus²⁾. Auch in Frankreich fand Moniz' Schrift keinen günstigen Widerhall. Bis jetzt sind die Stimmen gegen die Psychochirurgie noch nicht zur Ruhe gekommen. Emmanuel Mournier hat noch 1950 eine

¹⁾ W. Freeman and J. W. Watts, Psychosurgery. Progress in Neurology and Psychiatry, New York, Grune and Stratton, 1947, S. 462.

²⁾ Board of Control (England and Wales), Prefrontal Leucotomy in a Thousand Cases. London, His Majesty's Stationery Office, 1947.

Spezialnummer der Monatsschrift „Esprit“ der Diskussion gewidmet, ob und wiefern psychologische und psychosomatische Methoden die menschliche Freiheit vergewaltigen können. Darin meldeten sich etwa sechzig Wissenschaftler — Ärzte, Philosophen, Theologen — zum Wort³⁾.

Wir wollen nun im Folgenden nach einem geschichtlichen Überblick die Voraussetzungen und das Wesen der Psychochirurgie darlegen, dann über die einzelnen Techniken, über ihre Anwendbarkeit und Erfolge berichten und schließlich wollen wir ein — vielleicht nur vorläufiges — Urteil über die sittliche Bewertung der Psychochirurgie geben.

1. Zur Geschichte

Egas Moniz ist der Begründer der Psychochirurgie. Ihm wurde für seine bahnbrechende Arbeit auf diesem Gebiete der Nobelpreis des Jahres 1949 zugesprochen. Sein Werk ist gleichsam der Abschluß einer langen Entwicklung und der Anfang neuer Forschungen und Wege, um vielen seelisch und geistig kranken Menschen den Zugang zu einem wertvolleren Leben innerhalb der menschlichen Gesellschaft zu öffnen. Nachdem Ziele erreicht sind, schaut man zurück auf Weg und Umweg, die dazu geführt haben. Dabei kann man den Gedanken nicht verdrängen, daß das erreichte Ziel nicht endgültig ist, sondern über sich hinausweist.

Der Gedanke, seelisch kranken Menschen durch operative Eingriffe zu helfen, ist uralt. Er reicht in die frühgeschichtliche Zeit zurück. Bei Ausgrabungen in verschiedenen Ländern wurden Schädel mit Trepanationslöchern gefunden. Vornehmlich in Südamerika (Peru) sind Hunderte solcher Schädel zum Vorschein gekommen. Nun können nicht alle diese Schädelöffnungen auf einfache Kopfverletzungen, wie sie z. B. Kriege mit sich brachten, zurückgeführt werden. Weisen doch manche Schädel mehrere (bis zu fünf) Löcher auf, die mit gewisser Regelmäßigkeit und Technik gebohrt sind. Nach Ausweis umfangreicher Sammlungen und eingehender Studien wurden diese Eingriffe augenscheinlich zur Linderung von Krankheiten des Schädels und des Gehirnes vorgenommen, vor allem zur Befreiung von seelischen Störungen, von „Besessenheit“ („Teufelsaustreibungen“).

Später wandte man sich Körperorganen zu, um Menschen in ihren geistigen Störungen Hilfe zu gewähren. Beeinflußt durch die Griechen, meinte man, die Ursache und den Erreger der Geisteskrankheiten in Drüsen und Organen entdeckt zu haben. So kam es zu chirurgischen Eingriffen in die äußeren und inneren Geschlechtsorgane; die Schilddrüse wurde exstirpiert, die Nebendrüse herausgeschält, andere Drüsen wieder wurden eingepflanzt.

³⁾ Esprit (Peut-on capter notre liberté?) 18 (1950), 3.

Manchmal erzielt man günstige Ergebnisse von kürzerer oder längerer Dauer, aber großen Anklang fanden diese Operationen zur Linderung der Geisteskrankheiten nicht. Vereinzelt kommen sie auch jetzt noch vor.

Neue Ideen brachte die Lehre von der Fokalinfection für die chirurgischen Eingriffe bei Psychosen. Eine richtige Erfahrung zeigte nämlich, daß fokale Infektionen bei vielen Menschen von seelischen Störungen begleitet sind. Man schloß auf ein ursächliches Verhältnis und griff chirurgisch zu. Die Infektionsherde (Mandeln, Blinddarm, Zähne usw.) wurden entfernt. Diese Operationen brachten auch einigen Erfolg. Freilich konnte man nicht immer mit Sicherheit feststellen, ob das günstige Ergebnis nicht vielleicht nur oder wenigstens zum Teil auf Grund eines Operationsschockes erreicht wurde. Vielleicht hat auch die Psychose infolge des nach der Operation zurückgekehrten Selbstvertrauens des Kranken nachgelassen⁴⁾.

Erst der neueren Zeit war es vorbehalten, an den Nerven selber zu operieren. Damit entstand ein neues Gebiet für operative Eingriffe, die Neurochirurgie. Ihr Ziel ist freilich nicht in erster Linie die Linderung der seelischen und geistigen Leiden, sondern vielmehr, fortgeschrittene Krankheitsprozesse an Organen stillzulegen. Überlegungsmäßig war von der Neurochirurgie nur mehr ein Schritt zur „Psychochirurgie“. Auf diese Zusammenhänge hat Menninger-Lerchenthal hingewiesen⁵⁾. Die Neurochirurgie ging von dem Prinzip aus, das erkrankte Organ nicht in seiner Peripherie, sondern in seinem Nervenzentrum ruhigzustellen. Dies geschieht durch die Ausschaltung oder Dämpfung des vom Nerv dem Organ zufließenden Erregungsstromes. So kam es zur Phrenicusexhairäse zur Ruhigstellung der tuberkulösen Lunge; zur Vagusresektion bei ulzerösem Magen; zur Halssympathicusresektion zur Lösung des Gefäßkrampfes bei Angina pectoris. So, fügt oben Genannter hinzu, wird durch die Leukotomie zwischen Hirnrinde und Thalamus opticus die krankhaft hyperaktive Hirnrinde ruhiggestellt. Freilich war der Weg zur Psychochirurgie noch lang und schmerzlich; denn es mußten erst die Grundlagen geschaffen werden: die Einsichten in die Zusammenhänge des Gehirns.

Die ersten Anfänge der eigentlichen Psychochirurgie liegen etwa 60 Jahre zurück. Der Schweizer G. Burckhardt ging, gestützt auf Berichte über Tierexperimente und einem alten

⁴⁾ W. Freeman and J. W. Watts, Psychosurgery, Springfield and Baltimore 1942. — Wir zitieren nach der deutschen Übersetzung von A. von Braunmühl, Psychochirurgie, Intelligenz, Gefühlsleben und soziales Verhalten nach präfrontaler Lobotomie bei Geistesstörungen, Stuttgart 1949. (Der Kürze halber wird im folgenden zitiert: Freeman-Watts, Psychochirurgie). S. 16 ff.

⁵⁾ Wiener klinische Wochenschrift 60 (1948), 44, S. 742.

Grundsatz folgend „*Melius anceps remedium quam nullum*“, als erster daran, den Eingriff am anatomisch intakten Gehirn zu machen mit dem Zwecke, geistige Störungen zu beheben. Er exstirpierte Rindenteile bei sechs chronischen Schizophrenen. Der Erfolg jedoch war nur gering. Das hing zum Teil mit der Wahl der Patienten zusammen, da er für diese ersten Versuche nur schlimmste Fälle der Schizophrenie nahm. Außerdem waren die theoretischen Grundlagen für einen solchen Eingriff noch weniger bekannt⁶⁾.

Ein anderer Vorläufer war L. P u s e p p, der in den Jahren 1906 bis 1910 einige Operationen durchführte; er schrieb darüber erst 1937. Er durchschnitt bei Patienten mit manisch-depressiven Zuständen die sogenannte weiße Substanz zwischen Stirn- und Scheitellappen auf einer Seite. Da aber die Operation nicht die erhofften Ergebnisse brachte, gab er die Versuche wieder auf⁷⁾.

Einen ähnlichen Versuch machte noch vor Moniz in Wien O. P ö t z l. Er führte den Eingriff gemeinsam mit H o f f an drei chronischen Schizophrenen durch, und zwar mittels einer direkten Verletzung des Thalamus und Hyperthalamus. Die Operation wurde von S c h ö n b a u e r ausgeführt. Da aber in keinem der Fälle eine wesentliche Besserung erzielt werden konnte, wurde diese Methode wieder aufgegeben. Interessant ist jedoch, daß man auch neuerdings durch die Thalamotomie auf diese radikale Operationstechnik zurückgegriffen hat⁸⁾.

Am zweiten Internationalen Neurologischen Kongreß, der im Sommer 1935 in London stattfand, wurde ein Referat über das Stirnhirn und seine Funktionen gehalten. Die folgende Diskussion beanspruchte einen ganzen Tag. Dabei wurden besonders auch die Erfahrungen und Studien am verletzten menschlichen Gehirn und am Tierexperiment verwertet. Egas M o n i z war Kongreßteilnehmer. Durch seine eigenen jahrelangen Studien und durch die Erwägungen in London angeregt, entschloß er sich nach seiner Rückkehr in die Heimat zur ersten Operation am 12. November 1935. Die Operationen wurden durch Trepanationslöcher mittels eines eigens hiezu konstruierten „Leukotoms“ durchgeführt. Dabei wurden in den weißen, markhaltigen Leitungsbahnen, die vom Thalamus zum Frontallappen laufen, kugelförmige Hirnteile ausgeschnitten. Dadurch wurde eine mehr oder minder vollständige Unterbrechung der thalamo-frontalen Verbindungen erreicht. Die Operation führte er an zwanzig

⁶⁾ G. Burckhardt, Über Rindenexzisionen als Beitrag zur operativen Therapie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 47 (1890/91), S. 463 ff. — Vgl. Freeman-Watts, Psychochirurgie, S. 19 ff.

⁷⁾ E. Stengel, Die Läsionen im Stirnhirn nach präfrontaler Leukotomie. Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Otto Pözl, Innsbruck 1947, S. 446.

⁸⁾ E. Stengel, Die Läsionen . . . , S. 446 f.

Patienten durch, die an schweren chronischen Melancholien litten. Als Ergebnis konnte er im Juni 1936 sieben „Heilungen“ und ebenso viele Besserungen berichten; sechs Fälle blieben unverändert⁹⁾.

Moniz' Methode wurde rasch in Amerika verbreitet. Hier waren es vor allem W. Freeman und I. W. Watts, die in gemeinsamer Arbeit die neue Behandlungsweise der Geisteskranken ausbauten und ihre reiche Erfahrung in zahlreichen Veröffentlichungen weitergaben. Günstige Aufnahme fand die Psychochirurgie auch in Italien. Dort führte Puusepp einige Leukotomien in Monizscher Methode durch. Fiamberti gab schon 1937 einen neuen Weg zur Durchtrennung der fronto-thalamischen Verbindungsbahnen an, indem er als Eintrittsstelle für das Leukotom die Augenhöhle vorschlug¹⁰⁾; so entstand die transorbitale Leukotomie, die allerdings erst 1947 außerhalb Italiens angewendet wurde. Die Topektomie — die Resektion von präfrontalen Rindenfeldern —, die im wesentlichen auf den Schweizer Burckhardt zurückgeht, wurde 1948 von einer New-Yorker Forschungsgruppe, den „Columbia-Greestone-Associates“, ausgearbeitet¹¹⁾. Im gleichen Jahre wurde von Spiegel und Wycis die Elektrokoagulation des dorsomedialen Thalamuskernes angegeben¹²⁾. Dieser kurze geschichtliche Überblick mag für den Rahmen dieser Arbeit genügen.

2. Wesen und Voraussetzungen

Was ist Psychochirurgie? Der Name stammt von Moniz. Er klingt etwas befremdend. Man könnte meinen, es sei eine verfeinerte materialistische Weltanschauung an der Namensgebung beteiligt gewesen; denn wie soll sich die Psyche in ihrer einfachen und geistigen Substanz vom Messer des Chirurgen behandeln lassen? Doch der Name ist nun einmal in die Literatur eingegangen und in einem gewissen Sinne gerechtfertigt. Diese Operation ist nämlich ein chirurgischer Eingriff in das anatomisch gesunde und intakte Gehirn, um „seelische“ Störungen bei geisteskranken Menschen zu heilen oder wenigstens zu mindern. Die bisher vorgenommenen Gehirnoperationen galten vor allem dem verletzten oder kranken Gehirn, sei es durch äußere Verwundung oder durch innere Erkrankung, z. B. bei Tumoren. Dadurch

⁹⁾ E. Moniz, Tentatives opératoires dans le traitement de certaines psychoses. Paris, Masson, 1936.

¹⁰⁾ A. M. Fiamberti, Proposta di una tecnica operatoria modificata e semplificata per gli interventi alla Moniz sui lobi prefrontali in malati da mente. Rassegna di studi psichiat. 26 (1937), S. 437 ff.

¹¹⁾ H. Krayenbühl und W. A. Stoll, Psychochirurgie bei unerträglichen Schmerzen. Acta Neurochirurgica 1 (1950), 1, S. 15 f.

¹²⁾ E. A. Spiegel and H. T. Wycis, Mesencephalothalamotomy for Relief of Pain. Festschrift zum 70. Geburtstag von Prof. Dr. Otto Pötzl, S. 437 ff.

wurden gewiß auch geistige Störungen verursacht. Diese Eingriffe zur Behandlung von Gehirnkrankheiten werden nicht zur Psychochirurgie gerechnet, sondern nur solche, die zur Behandlung von Geisteskrankheiten, die nicht anatomisch bedingt sind, vorgenommen werden. Weiter unten, wo von der Anwendbarkeit der Operation gesprochen wird, werden die Gruppen von geistigen Störungen angeführt, für die die Psychochirurgie in Frage kommt.

Wie aus der Geschichte bekannt ist, war die Idee, seelische Störungen chirurgisch zu behandeln, alt. Sie gründet im innigen Zusammenwirken zwischen Leib und Seele und den daraus sich ergebenden gegenseitigen Abhängigkeiten. Leib und Seele bilden eben ein Ganzes im Menschen. Ihre wechselseitigen Funktionen zu durchforschen, war von jeher ein fesselndes Problem für Philosophie und Medizin, so z. B. die Frage nach dem Sitze der Wahrnehmungen, Gefühle und des Denkens. Nach einigen irrigen Ansichten war man schon längst dazu gelangt, daß das Gehirn das Zentrum der geistigen Funktionen sei. Früh schon schrieb man auch den beiden Stirnlappen im Großhirn besondere Bedeutung zu. So gaben die alten griechischen Bildhauer ihren Göttern und Helden Köpfe mit hohen und breiten Stirnen, weil sie dort den Sitz der Intelligenz wähten. Die Medizin hat Versuche gemacht, in einer Art Topographie an der Großhirnrinde die einzelnen sinnlichen Wahrnehmungen und geistigen Funktionen zu lokalisieren. Man kam aber über Hypothesen nie hinaus. Im Folgenden soll nun kurz gezeigt werden, wie man dazu kam, dem Stirnlappen und dem Thalamus besondere Bedeutung bezüglich der geistigen Störungen zuzuschreiben, was dann die Grundlage für die Psychochirurgie bildete.

Aufmerksam gemacht durch verschiedene Schädelverletzungen, begann zunächst ein eingehendes Studium der Stirnlappen am Tierexperiment. Der Stirnpol ist allerdings bei den Tieren von sehr geringer Ausdehnung. Hier tritt der Unterschied zur menschlichen Gehirnbildung bedeutend hervor. Es sollen hier nur die bemerkenswerten Forschungsergebnisse angeführt werden, die Bianchi an Affen erzielte. Zunächst fand er, daß die einseitige Zerstörung des frontalen Assoziationsgebietes kaum wesentliche Symptome mit sich brachte. Wohl aber verursachte die doppelseitige Zerstörung eine sehr merkbare „Charakterveränderung“ beim Tiere. Dies konnte der Forscher gut beobachten, da er infolge seines engen Zusammenlebens mit seinen Affen die Veränderung klarer sehen konnte. Er hatte die Affen ständig um sich, fütterte sie von seinem Tische, sie waren bei ihm, wenn er arbeitete und schrieb. Nach dem chirurgischen Eingriff durch die Zerstörung der beiden Frontpole traten folgende Änderungen in ihrem Benehmen auf. Es ergaben sich einmal Störungen im Wahrnehmungsvermögen und dadurch Fehler im Erkennen alter

und neuer Gegenstände, die sich ähnlich waren; das an sich schwache Gedächtnis für neue und alte Gegenstände wurde stark geschwächt; das Assoziationsvermögen wurde sehr herabgesetzt; Initiativverlust trat ein; emotionale und gefühlsmäßige Lebensäußerungen wurden merklich eingeschränkt; das ganze Gehaben machte einen zusammenhanglosen Eindruck, gepaart mit Stumpfheit und Lethargie. Ähnlich waren die Ergebnisse der Experimente, die von anderen durchgeführt wurden: Antriebslosigkeit, Mangel an Interesse, Vergessen der erlernten Tricks¹³⁾.

Diese Einsichten wurden jedoch bedeutend gefördert durch die Erfahrungen, die man an verletzten Gehirnen machte. So wird bei Kranken mit Frontallappentumoren immer wieder Apathie und Gleichgültigkeit erwähnt, ebenso eine gewisse moralische Abstumpfung und Hemmungslosigkeit, die sich in Schlüpfrigkeit, Bloßstellen und liebesbedürftigen Annäherungsversuchen äußert, dabei ebenfalls Unmäßigkeit im Essen und Inkontinenz. Kaum verschieden sind die Erscheinungen von Frontallappenatrophie oder -sklerose. Sie beginnen mit langsamem Nachlassen der Initiative und der Energie. Vergeßlichkeit im Kleinen macht sich bemerkbar. Die Erfassung von Gesamtsituationen ist gestört, indem der Kranke unfähig wird, äußere Wahrnehmungen zu vereinen. Er kann die Ereignisse weder zueinander noch zu früheren in Beziehung bringen. Das bedingt hinwieder die Unmöglichkeit einer Planung für die Zukunft.

Ein anderes wichtiges Gebiet für das Studium der Frontallappen und ihrer Funktionen waren die Unfalls- und Kriegsverletzungen des Gehirnes. Einem amerikanischen Seemann wurde beim Putzen des Gewehres durch unvorhergesehene Entladung die Putzstange quer durch das Vorderhirn getrieben, was eine schwere Störung der beiden Hirnlappen zur Folge hatte. Und doch „überlebte der Mann die Verletzung relativ anstandslos, zeigte späterhin zwar eine gewisse Enthemmung, war aber intelligent genug, um sich selbständig noch fast zwanzig Jahre zu erhalten und auch nicht zu verabsäumen, sein Gehirn noch bei Lebzeiten einem wissenschaftlichen Institut zu verkaufen“¹⁴⁾. Die Untersuchungen von Kriegsverletzten, die einen Durchschuß durch die Frontallappen erlitten, zeigten anfangs verschiedene Symptome, wie Störungen der Aufmerksamkeit, Euphorie, Langsamkeit, Apathie, Desorientierung über Zeit und Ort, Mangel an Beziehungserkenntnis usw. Die Symptome waren nicht immer dieselben. Das hing nicht nur mit anatomisch nicht immer gleich laufenden Verletzungen zusammen, sondern rührte auch von den oft sehr verschieden gearteten charakterlichen Eigenschaften des Verletzten her. Häufig waren solche Kriegsverletzte, wenn nicht

¹³⁾ Freeman-Watts, Psychochirurgie, S. 49 ff.

¹⁴⁾ R. Schindler, Zur präfrontalen Lobotomie. Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete 2 (1949), 3, S. 320.

Komplikationen (Blutungen, Infektionen usw.) hinzutraten, nach relativ kurzer Zeit wiederum feldtauglich.

Aus diesen Studien und Untersuchungen ergaben sich wichtige Erkenntnisse, die für die Psychochirurgie grundlegend waren. Zunächst stand fest, daß Verletzungen der Stirnlappen, wenn nicht Komplikationen folgten, an sich nicht tödlich waren. Weiters wurde durch diese Verletzungen die Denkfähigkeit nicht genommen. Schließlich erlaubten sie, gut begründete Hypothesen über die Bedeutung des Stirnlappens aufzustellen, und vertieften die Kenntnisse über den Thalamus. Die Frontallappen sind durch doppelläufige Fasern mit dem dorso-medialen Thalamuskern verbunden. Der Thalamus — er besteht aus verschiedenen Kerngruppen — ist ein Nervenzentrum im Zwischenhirn, von dem aus Verbindungen radial zu den übrigen Teilen des Gehirnes laufen. Er ist das Empfindungsorgan für alle sensorischen Impulse, und man nimmt auch allgemein an, daß hier die Empfindungen mit Gefühlsregungen verschmolzen werden. Ob auch die Ideen ihre Affekttönung durch den Thalamus erhalten, ist eine zwar nicht allgemein anerkannte, aber begründete Theorie. „Der dorso-mediale Thalamuskern kann gemäß seiner Verbindung mit der Rinde die affektive Tönung intellektueller Vorgänge ergänzen und ihnen bei seinen Verbindungen mit dem Hyperthalamus mannigfachen — willkürlichen wie unwillkürlichen — Ausdruck verleihen. Freilich besagt das nicht, daß dies die einzige Verknüpfung von Gefühl und Vorstellung darstelle. Jedoch ist dieses Faserbündel, das die präfrontale Region mit dem Thalamus verbindet, fraglos von großer Bedeutung. Es besteht auch kein Zweifel, daß seiner Unterbrechung nach präfrontaler Lobotomie für die Persönlichkeitsveränderung große Bedeutung zukommt“¹⁵⁾. Der Stirnlappen ist zweifellos von besonderer Bedeutung für den Menschen. Durch ihn unterscheidet er sich mühelos von der Tierwelt. Außerdem besteht ein klares inneres Verhältnis zwischen Ausbildung der Frontalregion und menschlicher Intelligenz. Der größere Teil des mächtig entwickelten Frontallappens dient für die wichtige Assoziationstätigkeit, die jedoch weniger leicht nachweisbar ist.

Nun sollen die wichtigsten Theorien über die neurophysiologischen Voraussetzungen zusammengefaßt werden. Sie verfolgen alle den gleichen Zweck, nämlich den geisteskranken Menschen von den Einflüssen seiner irrigen Ideen auf das praktische Leben zu befreien. Dies bedeutet schon einen großen Erfolg, wenn auch die Wahnideen selber nicht immer genommen werden können. So wird der Melancholiker für sich und die Umwelt ein wertvoller Mensch sein, wenn es gelingt, die Einflüsse seiner fixierten Gedanken des Versagens, des Mißerfolges, des schlechten

¹⁵⁾ Freeman - Watts, Psychochirurgie, S. 44.

Gesundheitszustandes usw. auf das praktische, impulsive Handeln einzudämmen. Ebenso wird eine große Änderung mit dem Psychotiker vorgehen, wenn ihn Furcht und Angst vor Ansteckung, Verantwortung usw. nicht mehr zu abnormalen Handlungen fortreißen. Auch der Schizophrene wird ruhiger und normaler sich gebärden, wenn seine Halluzinationen und Delusionen nicht mehr zu einem „irrsinnigen“ Treiben und Benehmen ausbrechen. Neben dem Zwecke ist den einzelnen Theorien auch noch die Operationstechnik gemeinsam, insoweit sie die Trennung zwischen Stirnhirnrinde und Thalamus erstrebt. (Über die verschiedene Durchführung der Operation wird weiter unten gehandelt werden.) Die Vorstellungen über die Wirkweise der Operation sind allerdings verschieden.

Die ursprüngliche Auffassung Moniz' nahm im Stirnhirn der Geisteskranken eine Hemmungsfunktion an. Er sagt: „Zu solchen Geistesstörungen (depressive, hypochondrische oder Größenideen, Angst, Verfolgungswahn usw.) kommt es nach unserer Auffassung dann, wenn gewisse Zellenverbindungen mehr oder weniger starr geworden sind. Die Zellkörper bleiben normal; ihre Axone mögen keine anatomischen Veränderungen aufweisen, aber ihre vielfältigen, beim Gesunden wechselnden Verbindungen gehen mehr oder weniger feste Verbindungen ein und lassen so die Grundlagen für fixe Ideen und Wahnvorstellungen entstehen. Im Einklang mit der eben entwickelten Theorie kommen wir zu folgendem Schluß: Zur Heilung dieser Kranken müssen mehr oder weniger starre Zellenverbindungen, welche dem Gehirn eigen sind, und insbesondere solche, die Beziehungen zu den Stirnlappen haben, zerstört werden.“¹⁶⁾ Von dieser Vorstellung ist man abgegangen. Sie würde wohl für die Melancholien entsprechen, aber inzwischen hat sich das Anwendungsgebiet erweitert.

Der größere Teil der Autoren schließt sich der Auffassung von Freeman und Watts an. Sie schreiben den Frontallappen zwei sehr komplexe und persönliche Funktionen zu, nämlich die Voraussicht und die Einsicht. Damit wird ein beziehungsvolles und planendes Erkennen möglich, es kommt Harmonie in die Ideenwelt. Vom Thalamus gehen die Affekttönung und Emotionalität aus. Nun kommt bei den Geisteskranken infolge einer zu heftigen affektiven Tönung, die durch die thalamischen Verbindungen den intakten Frontallappen zugeführt werden, allmählich eine fixierte Reaktion zustande. Das bewirkt das Eingeschlossensein in bestimmte Ideenkreise. Die Durchtrennung der frontothalamischen Verbindungsbahnen nimmt nun die Affektivität und emotionale Betonung aus den Vorstellungen heraus oder verändert sie. Es wird den Ideen der „emotionale Stachel“ genom-

¹⁶⁾ Zitiert nach Freeman - Watts, Psychochirurgie, S. 25.

men oder, wie sie sich auch ausdrücken, die affektiv-geistige Gespanntheit¹⁷⁾.

Bleuler und Krayenbühl vertreten in einem Bericht vor der Züricher Ärztesgesellschaft (1946) die Ansicht, daß durch die Lobotomie ein mitigiertes Stirnhirnsyndrom (Moria und Antriebschädigung) bewirkt wird, das im Gegensatz zum psychotischen Syndrom (Depression und Impulsivität) stehe. Durch den Ausgleich dieser entgegengesetzten Syndrome sei die Besserung zu erklären. Schindler weist diese Auffassung zurück, indem er schreibt: „Wir allerdings konnten weder Moria noch Apathie bei unseren Patienten feststellen. Die in der ersten Zeit der zweiten Phase spürbare Tendenz zur Faulheit und Inaktivität ist wohl nur ein Ausdruck einer sich wieder geltend machenden Introversionsneigung. Neurologisch waren niemals Stirnhirnzeichen nachweisbar.“¹⁸⁾

Schließlich ist noch die Ansicht von Cobb zu erwähnen. Nach ihm hängt die Leukotomiewirkung von der Beeinflussung der Assoziationsbahnen ab. Durch Psychosen herrschen bestimmte Assoziationen vor, welche die Streuung von Reizen zu anderen und verschiedenen Hirnfeldern einschränkt. Durch die Leukotomie nun werden die gewohnten, eingelaufenen Assoziationsbahnen verhütet und die Möglichkeit für neue Assoziationen geschaffen.

Die verschiedenen Vorstellungen über die Wirkweise des psychochirurgischen Eingriffes sind noch immer mehr oder weniger Hypothesen. Das letzte Wort muß erst gesprochen werden. Gerade durch diese Operationen wurde das Studium sehr gefördert. Deshalb ist auch zu erwarten, daß die Psychiatrie in absehbarer Zeit durch genaue Untersuchungen der präpsychotischen, psychotischen und postoperativen Persönlichkeit in allen ihren Entwicklungs- und Rückentwicklungsphasen, zusammen mit den durch die Eingriffe erfolgten anatomischen Veränderungen — die allerdings erst nach dem Tode des Patienten voll erkannt werden —, ein endgültiges Urteil zu geben imstande sein wird.

3. Methoden und Techniken

Nachdem die neurophysiologischen Voraussetzungen und Grundlagen für den psychochirurgischen Eingriff dargelegt wurden, wird nun das zum Verständnis Notwendige über den Eingriff selbst, nämlich über seine Methoden und Techniken, erwähnt. Sie alle zielen darauf hin, die Verbindung zwischen dem vordersten Teil des Frontallappens, dem Stirnhirnpol, und dem

¹⁷⁾ Freeman-Watts, Psychochirurgie, S. 361 ff. Vgl. besonders W. Freeman and J. W. Watts, Behavior and Frontal Lobes. Transactions of the New York Academy of Sciences, Series II, Vol. 6 (June 1944), S. 284—310, besonders S. 307.

¹⁸⁾ R. Schindler, a. a. O., S. 344.

Thalamus, genauer gesprochen dem dorso-medialen Thalamuskern, zu unterbrechen. Der Eingriff kann nun verschieden gemacht werden, sei es in den beiden Endpolen, nämlich im Stirnhirnpol oder im Thalamus, sei es in den doppelläufigen Verbindungsfasern. Man rechnet somit zur Psychochirurgie die folgenden Operationen.

Die **L o b o t o m i e** (wörtlich Lappenschnitt). Unter diesem Namen faßt man die Eingriffe in die Präfrontalregion des Stirnlappens zusammen. Handelt es sich dabei um die Durchtrennung der sogenannten weißen Substanz, so spricht man auch von **Leukotomie**. Die hier in Frage kommende weiße Substanz sind eben die Verbindungsbahnen zwischen der dunkleren (gelblichen), etwa einen Zentimeter dicken Rinde und dem Thalamus. Von der Operationstechnik aus gesehen, gibt es verschiedene Spielarten dieser Eingriffe. Die Termini sind noch nicht einheitlich festgelegt. Man spricht gewöhnlich von präfrontaler Lobotomie oder Leukotomie, wenn der Eingriff durch Trepanationslöcher (Bohrlöcher) in der Schläfengegend erfolgt. Durch die Öffnungen wird das Leukotom — jetzt wird dafür ein doppelschneidiges, aber eher stumpfes Messer benützt — eingeführt, die weiche Hirnrinde durchstoßen und dann durch ein mehr vertikales Schwenken des Leukotoms in der weißen Substanz die doppelläufige Verbindung zwischen Thalamus und Stirnrinde durchschnitten. Dabei können durch weiteres oder engeres Schwenken mehr oder weniger Fasern unterbrochen werden, bzw. kann dasselbe auch erreicht werden, wenn der Schnitt näher am Thalamus (mehr Fasern) oder näher an der frontalen Hirnrinde (weniger Fasern) geführt wird. Das erklärt auch, daß man am gleichen Patienten eine zweite Lobotomie durchführen kann, wenn die erste wegen der geringeren Durchschneidung nicht den erwünschten Erfolg erzielt hat. Dabei achtet der Chirurg vor allem darauf, keine Adern zu verletzen, um nicht durch Blutungen Komplikationen hervorzurufen. Die Operation wird gewöhnlich doppelseitig durchgeführt. Die einseitige hat geringeren und kaum dauernden Erfolg, da der vordere Teil des sogenannten corpus callosum die zwei Frontalregionen innig verbindet und alle Funktionen zu einem einzigen Mechanismus zusammenfaßt.

Bei der transorbitalen Lobotomie oder Leukotomie wird das Leukotom unter dem Augenlid eingeführt, das Augenhöhlendach (Orbita, daher der Name), ein dünner Knochen, durchstoßen und in einer Tiefe von etwa $4\frac{1}{2}$ bis $5\frac{1}{2}$ Zentimeter durch Schwenken des Leukotoms in einem Winkel von etwa 30 Grad die weiße Substanz durchtrennt. Der Eingriff ist bedeutend geringer sowohl in seinen postoperativen Erscheinungen als auch in seiner Wirkung. Die Durchtrennung der thalamo-frontalen Verbindungen erfolgt bei dieser Operation näher an der Stirnrinde, und somit

werden weniger Fasern durchschnitten. Der Eingriff kann in fünfzehn Minuten und ohne Blutvergießen vollzogen werden.

Später kam zu diesen beiden Eingriffen noch eine andere Spielart hinzu, die auch in gleicher Weise die Durchschneidung der Verbindungsfasern zum Ziele hat. Sie hat noch keinen eigenen Namen. Dabei wird der Eingriff nicht durch Trepanationslöcher in der Schläfenregion gemacht, sondern aus dem Verlangen, mit Sicht operieren zu können, wird am Scheitel die Schädeldecke etwa drei Zentimeter im Quadrat abgehoben und dann werden von oben her die durchtrennenden beiderseitigen Schnitte im Thalamusstiel ausgeführt. Dadurch ist es dem Chirurgen möglich, vorher genau fixierte Fasern zu durchtrennen, während bei den beiden vorher erwähnten Techniken — die ja „blind“ durchgeführt werden — durch die zwar geringe anatomische Verschiedenheit der Gehirne und die nicht eingesehene Schnittweite die Durchschneidung von Fasern nicht genau fixiert werden kann¹⁹⁾.

Unter die Lobotomie wird auch die *Topektomie* gerechnet²⁰⁾. Bei der Topektomie (wörtlich: örtliche Ausschneidung) wird ein Teil der vorderen Hirnrinde selbst exstirpiert. Es handelt sich dabei um jene Rindenfelder (nach der Brodmannschen Einteilung: Felder 9, 10, 46), die auch durch die Lobotomie mehr oder weniger ausgeschaltet werden. Freilich ist dieser Eingriff bedeutend schwerer; denn bei der Leukotomie wird die Hirnrinde mit Ausnahme der Einstichstelle nicht verletzt; ihre Zellen, Blutgefäße usw. bleiben intakt. Somit ist die Topektomie radikaler als die anderen Lobotomien und auch, operationstechnisch gesehen, schwieriger. Auf der anderen Seite wieder hat die Topektomie den großen Vorteil der „offenen“ Operation, weshalb sie auch von vielen vorgezogen wird. Nach Entfernung eines großen frontalen Knochentellers kann sehr übersichtlich operiert und die Blutstillung gut durchgeführt werden. Außerdem kann diese Operation genauer vollzogen werden als die „blinde“ Lobotomie. Die Topektomie schaltet also, wie dargelegt wurde, die Verbindung zwischen präfrontaler Hirnrinde und Thalamus nicht in ihren Verbindungsfasern aus, sondern in einem der Pole durch Ausschneidung der Rinde selbst.

Eine ähnlich radikale Methode nimmt den Eingriff im zweiten Endpol, dem Thalamus, vor. Sie heißt deshalb auch *Thalamotomie*. Untersuchungen nämlich von lobotomierten Gehirnen ergaben, daß durch die Durchtrennung der Faserverbindung die den Fasern entsprechenden Kerne in der dorso-medialen Thalamuskerngruppe degenerierten. Aus dieser Einsicht heraus fand

¹⁹⁾ M. Greenblatt et al., Report on Lobotomy Studies at the Boston Psychopathic Hospital. American Journal of Psychiatry, Vol. 104, Dec. 1947, S. 361. — Diese neue Methode wird auch an der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik in Wien durchgeführt.

²⁰⁾ H. Krayenbühl und W. A. Stoll, Psychochirurgie . . . , S. 7.

man in der Thalamotomie eine Technik, die betreffende Gruppe von Thalamuskernen direkt zu zerstören. Dies geschieht mit Hilfe eines stereotaktischen Verfahrens unter Röntgenkontrolle. Dabei wird eine Elektrodennadel an genau fixierter Stelle durch den Schädel eingeführt und mit sehr geringer Verletzung der oberhalb gelegenen Gehirnpartien der Thalamuskern koaguliert²¹⁾.

Neuerdings wurde auf dem ersten internationalen Kongreß für Psychiatrie in Paris (18. bis 27. September 1950) über eine neue psychochirurgische Behandlung berichtet. Stransky schreibt darüber: „Von Interesse ist hier der Versuch mancher Forscher, statt der Durch- und Umschneidung, beziehungsweise Ausschneidung von Hirnanteilen gewisse Pharmaka in bestimmte Hirnpartien zu injizieren, um dadurch klinische und therapeutische Wirkungen zu erzielen; französische Psychiater haben solche Versuche unternommen. Von den anwesenden Österreichern konnte zumal Hans Hoff berichten, daß er im Verein mit dem Wiener Chirurgen Felix Mandl durch Novocaineinspritzung in bestimmte Hirnpartien bei Schizophrenen auffallende Besserungen erzielt habe, wenngleich vorerst über deren Andauer noch nichts gesagt werden kann.“²²⁾

Diese kurze Übersicht und Zusammenfassung der Methoden und Techniken, die in der Psychochirurgie Anwendung finden, genügen für den Zweck dieser Arbeit.

4. Die Anwendung der Operation (Indikationsstellung)

Nun soll die Frage erörtert werden, wann dieser operative Eingriff, die Psychochirurgie, seine Anwendung findet. Eigentümlich für die Operation ist, daß sie nicht durchgeführt wird, um die Heilung einer Krankheit zu bewirken, wie dies bei anderen chirurgischen Eingriffen der Fall ist, wenn z. B. kranke Organe oder Geschwüre operativ entfernt werden. Sie gilt vielmehr den Begleiterscheinungen oder -vorgängen (Syndromen) von Krankheiten, die sich auf das psychische Leben, das affektiv betonte Empfindungsleben, überaus erschwerend und zerstörend auswirken. Es wird also durch die Psychochirurgie die eigentliche Krankheit oder der Krankheitserreger nicht entfernt. Denn die Ursache für die psychischen Störungen ist oft ein vererbtes, organisch bedingtes oder nervenkonstitutionelles Leiden. Oder es sind Störungen der Persönlichkeitsverwirklichung, die zu inneren Spannungen oder Gespanntheiten und Konflikten geführt und so Psychosen oder Neurosen hervorgebracht haben. Durch den psychochirurgischen Eingriff wird die Ursache dieser seelischen Leiden nicht aufgehoben, wohl aber will man die psychische Ein-

²¹⁾ E. A. Spiegel and H. T. Wycis, Mesencephalothalamotomy . . . , S. 437.

²²⁾ E. Stransky, Psychiater in Paris, Die Warte, Beilage zur Österreichischen Furche, 6 (1950), 43, S. 2.

stellung dazu ändern und über die psychische Änderung eine eventuelle seelische Gesundung möglich machen oder grundlegen. Dies geschieht häufig nach der Operation durch die Psychotherapie.

Bei den folgenden vier Krankheitsgruppen wird der psychochirurgische Eingriff als indiziert betrachtet. Als ursprüngliche Indikation wurden von Moniz aus der Gruppe der zirkulären Psychosen die schweren, anhaltenden Melancholien angegeben. Sie eignen sich für den Eingriff besonders dann, wenn sie starke und chronische Depressionen mit agitierter und ängstlicher Färbung aufweisen. Sie sind auch oft mit Suizidtendenz und Nahrungsverweigerung verbunden. Solche Melancholien treten häufig in der Involutionsperiode (Wechseljahre) auf. Manchem Psychiater scheint aber so ein schwerwiegender Eingriff, wie ihn die Psychochirurgie mit sich bringt, nicht gerechtfertigt zu sein, da oft ein natürliches Abklingen der depressiven Phase eintritt²³).

Ferner wird die schizophrene Krankheitsgruppe als indiziert betrachtet. Aus dieser Gruppe kommen aber nur jene Kranken in Frage, die noch eine starke affektive Spannung aufweisen. Diese äußert sich in gesteigerter Impulsivität, Aggressivität, in Abwehr- und Raptushandlungen, Erregtheit, Reizbarkeit, Angst- und Zwangserscheinungen, paranoiden und katatonen Gespanntheiten usf. Daher ist die Aussicht auf Erfolg um so günstiger, je emotional ansprechbarer der Patient ist. Sind dagegen bereits vollständige Apathie, Stumpfheit und Willenlosigkeit eingetreten, dann ist kaum ein günstiger Operationserfolg zu erwarten. Auch bestehen nur geringe Aussichten, wenn die Intelligenz und die Gesamtpersönlichkeit durch den schizophrenen Prozeß schon zerfallen sind²⁴). Aus diesen Gründen ist ersichtlich, daß der psychochirurgische Eingriff im allgemeinen in den ersten Jahren nach Auftreten der Krankheit erfolgreicher sein wird. Manche schlagen auch vor, mit der Operation zu warten, bis der schizophrene Prozeß zu einem stationären Endzustand geführt hat und mit einer Weiterentwicklung in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist²⁵).

Als weiteres Gebiet für die Anwendung der Psychochirurgie werden Zwangsneurosen oder -psychosen genannt, bei denen im klinischen Bild die Angst im Vordergrund steht, z. B. Putz- und Waschzwang, Ansteckungsphobie, Verfolgungswahn usw. Durch Beseitigung der affektiven Komponente durch

²³) R. Schindler, a. a. O., S. 327.

²⁴) Freeman and J. W. Watts, The Problem of Schizophrenia. The American Journal of Psychiatry, Vol. 101, No. 6, May 1945, S. 739. Vgl. R. Schindler, a. a. O., S. 326 f.

²⁵) W. Ederle, Ein Schizophrener vor und nach der präfrontalen Lobotomie. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 181 (1949), 3/4, S. 324.

eine Operation treten größere Ruhe und Zufriedenheit mit sich und der Umgebung ein. In der amerikanischen und englischen Literatur werden vor allem auf diesem Indikationsgebiet große Erfolge berichtet. Aber die Meinungen der Psychiater gehen gerade bezüglich dieser Anwendung der Psychochirurgie stark auseinander. Im allgemeinen verhalten sich die Vertreter der psychoanalytischen Schule ablehnend. Sie möchten solche Patienten eher in den Händen eines geschickten Psychotherapeuten als in denen eines Psychochirurgen sehen²⁶⁾. Unter anderen schreibt M. Müller: „Entschieden muß jedoch davor gewarnt werden, die (chirurgischen) Methoden bei psychogenen Erkrankungen anzuwenden, bei denen nicht alle erdenklichen psychotherapeutischen Anstrengungen erfolglos geblieben sind. Die Leukotomie stellt keine echte Therapie dieser Störungen dar, sondern wirkt durch die Setzung eines Defektes, der nur verantwortet werden darf, wenn in einem hoffnungslosen Fall das psychische Leiden des Kranken auf keine andere Weise erleichtert werden kann. Es wäre ebenso unsinnig wie gefährlich, die Psychotherapie einfach durch Leukotomie ersetzen zu wollen.“²⁷⁾

Hier macht sich vor allem der Mangel einer klaren Terminologie bemerkbar. Die einen lassen die Psychochirurgie gelten für Psychosen, lehnen sie aber für Neurosen ab; andere wenden sie bei schweren Fällen unterschiedslos an. Einige unterscheiden Psychose und Neurose aus ihrem Ursprung. Nach ihnen geht die Neurose auf eine konstitutionelle Nervenschwäche zurück. Infolge dieser Neurasthenie erfährt die Person keine wesentliche Beeinträchtigung, obwohl sie durch die leichte Ansprechbarkeit des Nervensystems leichter psychischen Leiden zugänglich ist. Eine Psychose geht — wie der Name eigentlich andeutet — auf psychogene Störungen zurück, die an sich unabhängig sind von der Nervenkonstitution, obwohl Nervenschwäche für die Entwicklung einer Psychose günstiger ist. Die Psychose trägt starke Disharmonie in die seelischen Reaktionen und besonders auch in den Charakter hinein²⁸⁾. Andere hingegen scheinen unter Neurosen psychische Leiden zu verstehen, die rein seelischen Ursprungs sind, während sie Psychosen auf funktionelle Störungen zurückführen. So z. B. der oben zitierte M. Müller. Diese Ansicht vertritt besonders auch die Wiener Schule. Als Stransky einen Patienten, der wegen schwerer Zwangsneurose lobotomiert wurde, vorführte, drückte O. Kauders seine Stellungnahme so aus: „Der vorgeführte Fall mit dem günstigen Operationsresultat bietet keinen Anlaß, von der Indikationsstellung bei präfrontaler

²⁶⁾ R. Schindler, a. a. O., S. 327.

²⁷⁾ M. Müller, Über präfrontale Leukotomie. Der Nervenarzt. 19 (1948), 3/4, S. 106 f.

²⁸⁾ Th. Müncker, Die psychologischen Grundlagen der katholischen Sittenlehre. Düsseldorf 1934, S. 181.

Lobotomie, die ich auf die Geisteskranken im engeren Sinne, insbesondere auf Schizophrenien beschränkt haben wollte, grundsätzlich abzugehen. Die vom Seelischen herkommende Neurose kann nur wieder durch seelische Heilmethoden angegangen und in die Normalität zurückgeführt werden. Dies geschieht durch Psychotherapie... Es gibt Zwangsneurosen, die nur mehr den Namen Neurosen führen, in Wirklichkeit einer Psychose ähneln, daß sie von einer solchen kaum mehr unterschieden werden können... Nur in Ausnahmefällen, bei denen die Schwere der Zwangsneurose einen psychoseähnlichen Dauerzustand herbeiführt, wird man sich zu einer Hirnoperation entschließen dürfen.²⁹⁾ Nach Bumke hinwiederum besteht der Unterschied zwischen Psychose und Neurose in der sozialen Leistungsfähigkeit. Beide gehen auf funktionelle Störungen zurück. Psychose ist eigentliche Geisteskrankheit, während Neurosen „funktionelle Krankheiten sind, an denen die Psyche mitbeteiligt ist, die aber sozial nicht wie eine eigentliche Geisteskrankheit wirken“. Ein Neurotiker kann trotz seiner hypochondrischen Sorgen oder Neigung zu Zwangsvorstellungen unvermindert sozial leistungsfähig sein³⁰⁾.

Die Verschiedenheit der Terminologie mag vor allem auch mitschuldig sein, daß unter den Autoren bezüglich dieses Indikationsgebietes größere Meinungsverschiedenheit herrscht. Aber sie besteht gewiß auch sachlich, indem die einen nur konstitutionelle Seelenstörungen für indiziert betrachten, die anderen auch psychogene.

Die vierte und letzte Gruppe, die manche Autoren für die Psychochirurgie vorschlagen, sind unstillbare Schmerzzustände. Wenn nämlich unerträgliche Schmerzen mit der Geistesstörung verbunden waren, beobachtete man nach präfrontaler Lobotomie Befreiung von den Schmerzen zusammen mit der Entspannung der Nerven und der emotionalen Erregung. Daraus schloß man, daß die Schmerzen, welche die Folge einer organischen Erkrankung sind, und die Furcht vor den Schmerzen, welche ebenso schrecklich ist wie der Schmerz selbst, durch die Lobotomie eine Erleichterung und Besserung erfahren würden. So kam es zur Anwendung der Lobotomie zwecks Befreiung von Schmerzen bei organischen Erkrankungen, wie z. B. bei Krebs, Arthritis, Trigeminusneuralgie usw.³¹⁾. Wie später dargelegt wird, ist gerade dieses Anwendungsgebiet sehr problematisch.

Die Ärzte, die über Psychochirurgie schreiben und dieselbe

²⁹⁾ Wiener klinische Wochenschrift 60 (1948), 44, S. 724.

³⁰⁾ O. Bumke, Lehrbuch der Geisteskrankheiten. München 1936, S. 168.

³¹⁾ W. Freeman and J. W. Watts, Pain of Organic Disease relieved by Prefrontal Lobotomy. The Lancet, June 29, 1946, S. 953 ff.

vornehmen, sind sich der ganzen Tragweite der Operation bewußt. Sie werden nur von dem Bestreben geleitet, dem Patienten, der unter Zweifel und Angst, Sinnestäuschungen, Wahnideen und Zwangszuständen leidet, Erleichterung zu verschaffen. Nun handelt es sich aber bei der Operation um einen irreparablen Eingriff in das Gehirn, um eine Defektsetzung eines an sich gesunden Teiles. Dazu kommt eine Schädigung der psychischen Integrität: eine Persönlichkeitsveränderung und -einschränkung. Schließlich ist ein gänzliches Mißlingen der Operation nicht ausgeschlossen oder doch eine bedeutende Verschlechterung des Patienten möglich.

Aus diesen Gründen nun, die später noch besprochen werden müssen, betonen die Ärzte, daß die Indikationsstellung strenge zu handhaben sei. Was ist darunter zu verstehen? Man kann vielleicht die Strenge und Gewissenhaftigkeit in der Anwendung der Psychochirurgie in folgende Punkte zusammenfassen: Zunächst soll der Eingriff nur bei den oben angeführten Krankheitsgruppen angewandt werden, obwohl auch da noch eine gewisse Einschränkung zu machen ist. Dann müssen die Krankheitserscheinungen chronisch sein, d. h. es muß sich um zuständige seelische Störungen und nicht um vorübergehende handeln. Es muß also aus der Erfahrung feststehen, daß keine spontane Remission zu erwarten sei und somit der Kranke in ununterbrochen progressiver Weise dem völligen geistigen Tode entgegengehe. Ferner soll die Operation nur ein letzter Ausweg sein. Sie soll also nur dann vorgenommen werden, wenn sämtliche bisher von der Psychiatrie mit Erfolg angewendeten Behandlungsmethoden, insbesondere auch die psychoanalytischen, nach selbst jahrelanger Anwendung versagt oder doch zu keinem dauernden Erfolg geführt haben oder wenn wegen sonstiger Unzukömmlichkeiten (z. B. Herzschwäche) die gewohnten Heilmethoden (z. B. Schocktherapie) nicht angewendet werden können. Schließlich soll der Psychiater im konkreten Fall den Operationsgewinn gegenüber den negativen Seiten der Operation sorgfältig abwägen. Das sind gleichsam Sicherungen, die die Ärzte selber aufstellen und fordern. Sie sollen aber nicht dazu führen, die Operation so lange hinauszuschieben, bis auch durch den psychochirurgischen Eingriff kaum mehr ein gutes Resultat zu erwarten sei.

Freeman und Watts schreiben darüber im Vorwort zu ihrem Buch „Psychochirurgie“: „Bei der Behandlung funktioneller Geistesstörungen dürfen Eingriffe am Gehirn keineswegs wahllos vorgenommen werden. Angesichts manch unglücklicher Ausgänge bleibt die präfrontale Lobotomie für Patienten vorbehalten, die nur wenig Aussicht auf Gesundung haben, weiter für solche, die auf andere Therapien nur unbefriedigend ansprechen, und schließlich für solche, die praktisch der Verblö-

derung oder dem Selbstmord überantwortet sind. Nicht immer gelingt die Operation. Manchmal gelingt sie freilich zu gut, insofern sie feinere Gefühle ausschaltet, welche den Kranken vor dem der Umgebung anpaßten. Was für den Kranken vorteilhaft ist, ist für die Familie unter Umständen wenig erfreulich.³²⁾

(Schluß folgt.)

Pastoralfragen

Zur Vorbereitung auf die Erstkommunion. In den letzten Jahrzehnten wurde in stets zunehmendem Maße die Forderung nach einer möglichst engen Zusammenarbeit von Elternhaus und Schule erhoben. In einigen Ländern wurden nach dem Ersten Weltkriege Elternvereinigungen, ja direkt Elternräte ins Leben gerufen, die sich teilweise gut bewährten. Vor allem wurde auch an den konfessionellen Schulen auf diesem Gebiete Vorbildliches geleistet.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß der Gedanke einer Zusammenarbeit von Elternhaus und Schule nicht nur berechtigt, sondern direkt selbstverständlich und ein Gebot der Notwendigkeit ist. Die Schule ist ja nicht Selbstzweck, sondern nur Ergänzung. Allerdings hat die Schule von heute viele Aufgaben des Elternhauses ersatzweise zu erfüllen; Mangel an Zeit und Fähigkeit machen es vielen Eltern unmöglich, ersprießliche Erziehungsarbeit zu leisten. Die Gründe hierfür sind nur allzu bekannt, als daß hier näher darauf eingegangen werden müßte. Nicht zuletzt ist es auch der Umstand, daß die Liebe erkaltet ist (Mt 24, 12), der an den erwähnten Mängeln schuld ist. Von vielen Eltern werden doch Kinder als unerwünscht, als ein unwillkommenes Zufallsprodukt angesehen.

So ist es nur begreiflich, daß die sich ihrer Aufgabe bewußte Schule die Eltern heranzieht, um ihnen durch Vorträge über die einschlägigen Gebiete und vor allem durch Aussprachen das Interesse am Kinde, an seiner Zukunft und seiner Bildung, und vor allem die Liebe wiederzugeben; sie zu dem ermuntert, was ureigenste Aufgabe des Elternhauses ist, und damit das Verantwortungsbewußtsein der Eltern weckt.

Es ist wohl selbstverständlich, daß der Religionslehrer diesen Bestrebungen nicht teilnahmslos gegenüberstehen kann. In manchen Diözesen, z. B. in Wien im Jahre 1947, sind einige Male im Jahre sogenannte Elternstunden analog den Glaubens- und Seelsorgestunden vorgeschrieben worden. Die beste und wichtigste

³²⁾ Freeman - Watts, Psychochirurgie, S. 9 f. Vgl. P. dal Bianco, Die transorbitale Leukotomie. Der praktische Arzt 3 (1949), 26, S. 291. — O. Kauders und L. Schönbauer, Über präfrontale Lobotomie. Wiener klinische Wochenschrift 59 (1947), 36, S. 607 f. — M. Müller, Über präfrontale Leukotomie. Der Nervenarzt 19 (1948), 3/4, S. 97. — R. Schindler, a. a. O., S. 345. — E. Stransky, Lobotomie bei einer schweren Zwangsneurose. Wiener klinische Wochenschrift 61 (1949), 17, S. 724.