

# "Soziale Heilung" als Ziel psychochirurgischer Eingriffe : Leukotomie im Spannungsfeld von Individuum, Anstalt und Gesellschaft

Autor(en): **Meier, Marietta**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Zeitschrift für Geschichte = Revue suisse d'histoire = Rivista storica svizzera**

Band (Jahr): **54 (2004)**

Heft 4

PDF erstellt am: **21.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-81378>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## «Soziale Heilung» als Ziel psychochirurgischer Eingriffe

*Leukotomie im Spannungsfeld von Individuum,  
Anstalt und Gesellschaft*

Marietta Meier

### **Summary**

*Psychosurgical operations, i.e., surgery of morphologically "healthy" brains as the result of psychiatric indication, were introduced in Switzerland after the end of World War II. The aim of these measures was to provide a "social cure". This concept was an important category of reference in general psychiatry. In psychosurgery, however, it played a central role since it could not cure a patient in the medical sense. The major effect of the intervention was a change in the "social behaviour" of the patient. It was hoped to achieve a "social healing" or, at least, a so-called social readjustment of the patient within the institution. The occurrence of changing personalities, heavy physical secondary effects and events of death were taken into account. The present paper attempts to clarify, with examples of a case study and contemporary scientific articles on psychosurgery, why the method was "functioning" in the views of doctors, authorities and public. To this end it is investigated how these views estimated the level of success, failure, or acceptability of secondary effects of the surgery. Since these views were influenced by the accepted perception of law and order of the time, we can get an indication of this perception from the recorded reactions to psychosurgery.*

Die Leukotomie, ein von Hand vorgenommener Eingriff ins Frontalhirn, wurde um 1940 in zahlreichen Ländern eingeführt. Operationen am Gehirn folgten in der Psychiatrie auf Malaria- und Schlafkuren

---

Dr. phil. Marietta Meier, Universität Zürich, Forschungsstelle für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Rämistrasse 64, 8001 Zürich

sowie auf Schocktherapien wie Cardiazol-, Insulin- und Elektroschockkuren. Diese so genannt «grossen» körperlichen Kuren, die ab den 1920er Jahren angewandt wurden, stellten den Körper ins Zentrum der Behandlung von Geisteskranken. Als in den 1950er Jahren mit den Neuroleptika und Antidepressiva neue Medikamente auf den Markt kamen, verloren solche Kuren und psychochirurgische Eingriffe immer mehr an Bedeutung.

Nach meinen bisherigen Forschungsergebnissen wurden Leukotomien in der Schweiz meist bei schwer kranken Patientinnen und Patienten durchgeführt, die auf andere Massnahmen nicht ansprachen, deshalb als unheilbar galten und in der Anstalt Probleme bereiteten<sup>1</sup>. Operationen am Gehirn stellten wohl die risikoreichste und einschneidendste Massnahme in der Psychiatrie dar, weil sie direkt und irreversibel in die Persönlichkeit der Betroffenen eingriffen, diese veränderten und auch schwere körperliche Nebenwirkungen haben konnten. Das war auch den zeitgenössischen Psychiatern bewusst, die nicht glaubten, mit der neuen Behandlungsmethode die eigentliche psychische Störung heilen zu können, sondern hofften, bestimmte Symptome wie Erregungszustände oder Zwangshandlungen zu beseitigen oder wenigstens abzuschwächen. Das Ziel des Eingriffs war, die Patientinnen und Patienten «sozial» zu heilen oder wenigstens so zu bessern, dass sie wieder in eine Gemeinschaft mit einer bestimmten Ordnung integriert werden konnten.

Dem Diskurs über Krankheiten und psychische Störungen unterliegen – so meine These – immer sozial gesetzte und kulturell verbindliche Ordnungsvorstellungen. Grundlage ist die wissenschaftshistorische Einsicht, dass jeder Erkenntnisprozess gesellschaftlich bedingt ist und dass auch Medizin und Psychiatrie als soziale Bereiche zu verstehen sind<sup>2</sup>. Nach dem Philosophen Bernhard Waldenfels bedeutet Therapie

1 Mit dem Thema Psychochirurgie befasste ich mich im Rahmen des Projekts «Internieren und Integrieren. Zwang in der Psychiatrie: Der Fall Zürich 1870–1970», das durch das Nationale Forschungsprogramm «Integration und Ausschluss» (NFP 51) finanziert wird. Das Thema ist für die Schweiz bisher kaum untersucht; es existieren nur ein paar Beiträge zu Gottlieb Burckhardt, dem Direktor der Neuenburger Anstalt Préfargier, der am Ende des 19. Jahrhunderts einige Gehirnoperationen an Geisteskranken vornahm, und die Dissertation von Jürgen Hill (vgl. Anm. 4), der an mehreren Stellen auf die Schweiz eingeht. – Für ihre Unterstützung zu diesem Beitrag danke ich Urs Germann, Lukas Meier und Thomas Müller.

2 Einführend: Ulrike Felt, Helga Nowotny, Klaus Taschwer, *Wissenschaftsforschung. Eine Einführung*, Frankfurt a.M./New York 1995. Thomas Schlich, «Wissenschaft. Die Herstellung wissenschaftlicher Fakten als Thema der Geschichtsforschung», in: Norbert Paul, Thomas Schlich (Hg.), *Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven*, Frankfurt a.M./New York 1998, S. 107–129.

die Wiederherstellung einer Ordnung: «Für jede Therapie stellt sich die Frage nach den Massstäben, die bei der Heilung anzulegen sind, und nach der Ordnung, die in der Heilung wiederherzustellen oder zu finden ist. Diese Frage [...] bedeutet für jedes Heilverfahren eine offene Flanke, an der die Ansprüche der Medizin mit denen der Gesellschaft, des Alltagslebens und schliesslich auch mit denen der Philosophie zusammenstossen.» Dabei setzt die Medizin die wiederherzustellende Ordnung voraus; sie lehnt sich an eine Ordnung an, die sie nicht selbst erbringt<sup>3</sup>.

Es stellt sich also die Frage, an welche Ordnung sich die Medizin anlehnt bzw. – konkret auf das Thema dieses Beitrags bezogen – welche Massstäbe für psychochirurgische Eingriffe galten und welche Ziele damit verfolgt wurden. Um diese Frage zu beantworten, gebe ich im Folgenden zunächst einen kurzen Überblick über die Geschichte der Psychochirurgie. Danach gehe ich auf den Begriff «soziale Heilung» ein und erkläre, warum er in der Psychochirurgie eine zentrale Rolle spielte. Obwohl die Psychochirurgie wegen ihrer Radikalität nicht unumstritten war, standen Wissenschaft und Öffentlichkeit der Massnahme mehrheitlich positiv gegenüber. Anhand eines Fallbeispiels und zeitgenössischer wissenschaftlicher Artikel zur Leukotomie soll gezeigt werden, warum die Methode in den Augen von Ärzten, Behörden und Öffentlichkeit «funktionierte». Zu diesem Zweck untersuche ich, welchen Blick Zeitgenossen auf die Misserfolge und die Nebenwirkungen der Operationen hatten und welchen Stellenwert die Erfolge für sie besaßen. Da ihrem Blick Ordnungsvorstellungen zugrunde lagen, kann auf diese Weise auch die Ordnung skizziert werden, die durch psychochirurgische Eingriffe wiederhergestellt werden sollte.

### **Zur Geschichte der Psychochirurgie<sup>4</sup>**

1935 entwickelte der portugiesische Neurologe Egas Moniz einen chirurgischen Eingriff im Hirn, der in der weissen Substanz beider Frontal- oder Stirnlappen kleine Läsionen verursachte. Er nannte das Verfahren

3 Bernhard Waldenfels, «Grenzen der Normalisierung. Studien zur Phänomenologie des Fremden», Bd. 2, Frankfurt a.M. 1998, S. 116, 118.

4 Die Geschichte der Psychochirurgie ist bisher vor allem im angelsächsischen Raum, in erster Linie in den USA, erforscht. Dieser kurze Überblick über die Geschichte der Psychochirurgie beruht auf: Jürgen Hill, *Der frontale Eingriff in das Gehirn und die Entwicklung der Psychochirurgie*, Diss. Hamburg, Münster 1992 (Spuren der Wirklichkeit, Soziologische Beiträge, Bd. 1); Elliot S. Valenstein, *Great and Desperate Cures. The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*, New York 1986; Meinhard Adler, Rolf Saupe, *Psychochirurgie. Zur Frage einer biologischen Therapie psychischer Störungen*, Stuttgart 1979, Kap. 2 und 3; Elliot S. Valenstein, *Brain Control. A Critical Examination of Brain Stimulation and Psychosurgery*, New York etc. 1973.

Leukotomie – nach dem griechischen Wort für «weiss», «leukos», und dem griechischen Wort für «Schneiden, Schnitt», «tomos». Dabei handelte es sich um einen psychochirurgischen Eingriff: einen Eingriff mit der Absicht, psychisches Erleben und Verhalten zu beeinflussen, ohne dass eine morphologisch oder funktionell nachweisbare Veränderung des Gehirns vorlag. Moniz sah psychische Erkrankungen und abweichendes Verhalten als Ausdruck von Fehlfunktionen der Synapsen an und zerstörte deshalb absichtlich Nervenverbindungen im «gesunden» Hirn.

Moniz war nicht der erste, der am intakten Hirn Operationen vornahm, um psychische Störungen zu beeinflussen. Im Gegensatz zu seinen Vorgängern stiess er jedoch auf Resonanz<sup>5</sup>. Aufgrund der Berichte, in denen Moniz die positiven Ergebnisse seiner Eingriffe vorstellte, führten der Neurologe Walter Freeman und der Neurochirurg James W. Watts 1936 die ersten Leukotomien in den USA durch. Die Behandlungsmethode stiess bei Psychiatern, Neurologen und Neurochirurgen auf reges Interesse und breitete sich schnell aus. Im August 1948 fand in Lissabon die erste internationale Konferenz zur Psychochirurgie statt, an der über 200 Personen aus 27 Nationen teilnahmen. Am Kongress berichtete man insgesamt bereits von über 5000 Leukotomiefällen. 1949 erhielten Egas Moniz und der Schweizer Physiologe Walter Rudolf Hess für ihren Beitrag zur Hirnforschung den Nobelpreis für Medizin.

Moniz, Freeman und Watts lösten mit ihren Berichten eine stürmische Phase des Ausprobierens und Weiterentwickelns aus. In zahlreichen Studien versuchte man, die Wirkungen und Nebenwirkungen der Methode zu erfassen und zu erklären. Bereits in Lissabon wurden verschiedene technische Varianten vorgestellt. Bei den ersten Eingriffen, die Moniz durchführte, wurden kleine Mengen von Alkohol in die weisse Substanz der Region des Frontallappens gespritzt, um die Nervenverbindungen zu unterbrechen. Er benutzte aber auch schon das Leukotom, ein stilettartiges Messer, das später weite Verbreitung fand. Freeman und Watts führten eine modifizierte Variante ein, die sich durchsetzte und bald als Standardverfahren galt. Der Chirurg bohrte auf beiden Seiten des Schädels Löcher, führte danach das Leukotom ein und nahm damit kreisförmige Schnitte in der weissen Substanz der Stirnhirnlappen vor. Neben der Standardleukotomie oder -lobotomie wurden zahlreiche weitere Varianten entwickelt. Sie beschränkten sich zum grössten Teil auf Eingriffe ins Frontalhirn und verfolgten alle

<sup>5</sup> Vgl. dazu – vor allem auf die USA bezogen – Jack D. Pressman, *Last Resort. Psychosurgery and the Limits of Medicine*, Cambridge u.a. 1998, Kap. 1 und 2.

dasselbe Ziel: Zum einen versuchte man, das Operationsrisiko zu vermindern, zum andern war man bestrebt, eine möglichst grosse therapeutische Wirkung bei möglichst geringen Persönlichkeitsausfällen zu erzielen. Die Operation konnte nämlich auch schwerwiegende unerwünschte körperliche und psychische Nebenwirkungen haben – zum Beispiel epileptische Anfälle und Persönlichkeitsveränderungen wie Apathie oder Nivellierung des Gefühlslebens.

Bei allen Varianten der Leukotomie handelte es sich um Techniken, die mehr oder weniger unter Führung des Auges angewandt wurden, in einem grossräumigen Hirnareal auch relativ grosse Läsionen setzten und sich nicht für Eingriffe an tiefer liegenden subkortikalen Teilen des Gehirns eigneten. Im Gegensatz dazu ermöglichen es stereotaktische, im Raum gerichtete Verfahren, auch tiefer gelegene und wesentlich kleinere, umschriebene anatomische Orte anzuzielen und Läsionen mit wesentlich geringerer Zerstörung von Hirnsubstanz zu setzen. Die Stereotaxie wurde bereits 1948 in Lissabon vorgestellt, die Verfahren waren allerdings erst in den 1960er Jahren so weit entwickelt und erprobt, dass sie schonendere Eingriffe ermöglichten und in die Psychochirurgie Eingang fanden. Ende der 1940er und anfangs der 1950er Jahre dominierte eindeutig die Leukotomie.

In Europa reagierte man unterschiedlich auf die Berichte von Moniz. In Rumänien und Italien wurde die präfrontale Leukotomie bereits 1936 eingeführt. Während des Zweiten Weltkriegs begann man auch in Grossbritannien (1941), Frankreich (1941) und Schweden (1944), den Eingriff vorzunehmen. Aus der UdSSR, aus Spanien, Ungarn, Deutschland, Österreich und Holland erschienen erst nach Kriegsende Artikel über eigene Erfahrungen mit der Methode. Abgesehen von einzelnen Eingriffen ins Frontalhirn psychisch Kranker setzte man die Psychochirurgie auch in der Schweiz erst nach dem Krieg als therapeutische Massnahme ein.

Manfred Bleuler, Professor für Psychiatrie und Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in Zürich, war offenbar der erste, der nach dem Zweiten Weltkrieg in der Schweiz Leukotomien durchführen liess<sup>6</sup>. Ende Oktober 1946 operierte sein Freund Hugo Krayenbühl, Professor für Neurochirurgie und Leiter der neurochirurgischen Abteilung des Kantonsspitals Zürich, die ersten zwei Patientinnen aus dem Burghölzli. Die Eingriffe wurden zunächst im Operationsaal der psychiatrischen Anstalt vorgenommen, nach den ersten 19 Leu-

<sup>6</sup> Max Müller, *Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte 1920–1960*, Berlin/Heidelberg/New York 1982, S. 395.

kotomien entschied man sich jedoch im Sommer 1947, die Operationen in Zukunft in der nahe gelegenen neurochirurgischen Klinik durchzuführen<sup>7</sup>. In der Folge breitete sich die Methode schnell aus. Nach den Jahresberichten der einzelnen Kliniken wurden in der Schweiz in den Jahren 1948 bis 1950 jährlich über 100 Leukotomien durchgeführt, wobei auch Anstalten existierten, die auf psychochirurgische Eingriffe verzichteten oder nur sehr wenige Operationen vornehmen liessen. Da bei weitem nicht alle Kliniken, welche die Methode anwandten, die Zahl der durchgeführten Leukotomien in ihren Jahresberichten nennen, ist diese Angabe als Minimalwert zu verstehen.

Nach der Spitze Ende der 1940er Jahre nahm die Zahl der Leukotomien rasch ab. Die meisten Kliniken gaben die Methode im Lauf der 1950er Jahre auf. Mehrere Anstalten führten aber auch in den 1960er Jahren noch Leukotomien durch. In den 25 Jahren, in denen man in der Schweiz Leukotomien vornahm, wurden insgesamt etwa 1000 Personen operiert, wobei auch diese Zahl als Mindestwert zu verstehen ist<sup>8</sup>.

### **Zum Begriff «soziale Heilung»**

Wie bereits erwähnt, war für die zeitgenössischen Ärzte klar, dass eine Leukotomie die Krankheit nicht heilen konnte. Der Eingriff sollte gewisse Symptome beseitigen oder zumindest dämpfen und so – wie Freeman und Watts schrieben – der Krankheit ihren affektiven Stachel nehmen<sup>9</sup>. Moniz propagierte die Leukotomie vor allem bei Zwangsneurosen und agitierten Depressionen. Der Eingriff wurde deshalb zunächst vor allem bei Patientinnen und Patienten ausgeführt, die nicht hospitali-

7 StAZH, Z 100, Krankenakten der entsprechenden Patientinnen und Patienten.

8 Diese Zahlen beruhen auf den Angaben in den Jahresberichten der (halb)staatlichen psychiatrischen und verschiedener chirurgischer Kliniken, in denen Leukotomien durchgeführt wurden. Die Berichte aus dem Zeitraum 1945–1975 variieren von Klinik zu Klinik in Inhalt und Umfang sehr und unterscheiden sich deshalb auch in ihrem Informationsgehalt für mein Thema stark. Durchgesehene Jahresberichte psychiatrischer Kliniken: Königsfelden (AG), Herisau (AR), Waldau, Münsingen und Bellelay (BE), Hasenbühl (BL), Friedmatt (BS), Marsens (FR), Bel-Air (GE), Waldhaus und Realta/Beverin (GR), St. Urban (LU), Perreux (NE), St. Pirminsberg und Wil (SG), Breitenau (SH), Rosegg (SO), Münsterlingen (TG), Casvegno (TI), Cery (VD), Malévoz (VS), Burghölzli und Rheinau (ZH). Durchgesehene Jahresberichte somatischer Spitäler, wo Leukotomien durchgeführt wurden: Kantonsspital Aarau (AG), Inselspital Bern (BE), Bezirksspital Langenthal (BE), Kantonsspital Genf (GE), Rätisches Kantons- und Regionalspital Chur und Krankenhaus Thuisis (GR), Bürgerspital Solothurn (SO), Kantonsspital Münsterlingen (TG), Kantonsspital Zürich (ZH).

9 Diese Metapher wird in zeitgenössischen Publikationen häufig, aber ohne nähere Angaben zitiert. Nach Pressman (wie Anm. 5), S. 79, stammt sie aus einem frühen Aufsatz von Freeman und Watts: Walter Freeman, James Watts, «Prefrontal Lobotomy in the Treatment of Mental Disorders», in: *Southern Medical Journal* 30 (1937), S. 23–31.

siert waren und Hilfe in Privatpraxen suchten. Nach Berichten über spektakuläre Erfolge erprobte man die Methode auch in psychiatrischen Anstalten und stellte fest, dass die Operation bei chronisch Schizophrenen ebenfalls einen positiven Effekt hatte. Obwohl die Erfolgsrate bei diesen Fällen nicht so beeindruckend war wie bei der ursprünglichen Zielgruppe, wurden in der Folge psychochirurgische Eingriffe vor allem bei Patientinnen und Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis durchgeführt<sup>10</sup>. Dabei war man sich bewusst, dass bei diesen Schwerkranken kaum eine vollständige «soziale Heilung» erreicht werden konnte, hoffte aber, die Patientinnen und Patienten zumindest so weit «sozial» zu heilen, dass man von einer «Anstaltsbesserung» sprechen konnte.

Was aber verstanden die Ärzte unter «soziale Heilung»? Interessanterweise wird der Begriff in deutschsprachigen Lehrbüchern der Psychiatrie nicht erwähnt, wobei auch das Thema «Heilung» allgemein kaum eine Rolle spielt<sup>11</sup>. In der psychiatrischen Praxis hingegen verwendete man den Begriff ab den 1920er Jahren häufig. Im Jahresbericht einer Bündner Anstalt wird er 1955 ausführlich umschrieben: «Zur Entlassungsstatistik sei bemerkt, dass medizinische Heilung nur dann registriert wird, wenn von den krankhaften zur Einweisung führenden Erscheinungen gar nichts mehr festzustellen ist; von sozialer Heilung wird dann gesprochen, wenn die Kranken bei genauer Untersuchung noch gewisse Restsymptome ihrer Krankheit aufweisen, jedoch arbeitsfähig und angepasst in ihr früheres Milieu zurückkehren können.»<sup>12</sup> Das Zitat zeigt, dass der Begriff der «sozialen Heilung» von der «medizinischen Heilung» abgegrenzt wurde. Das Kriterium bei einer «medizinischen Heilung» waren die Krankheitssymptome, bei einer «sozialen Heilung» die Arbeitsfähigkeit und die soziale Anpassung.

Entliess man einen Patienten, vermerkte man in der Krankengeschichte, ob er «unverändert», «gebessert», «sozial» oder «medizinisch geheilt» entlassen oder für «geistig gesund» gehalten wurde. Aus diesen Angaben stellte man dann Austrittsstatistiken zusammen. Gemäss den Jahresberichten der staatlichen psychiatrischen Kliniken wurden die fünf Kategorien in der Schweiz sehr unterschiedlich verwendet. Die er-

10 Pressman (wie Anm. 5), Kap. 3.

11 Konsultiert wurden elf deutschsprachige psychiatrische Lehrbücher in zum Teil verschiedenen Auflagen, die aus dem Zeitraum 1920 bis 1983 stammen. Der Begriff «soziale Heilung» wird nur in einem Lehrbuch erwähnt und dort mit Arbeitsfähigkeit gleichgesetzt: Martin Reichhardt, *Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 4. Aufl., Basel 1955, S. 145.

12 *Jahresbericht der Bündnerischen Heil- und Pflegeanstalten Waldhaus, Masans bei Chur, Realta bei Cazis und Rothenbrunnen*, Chur 1955, S. 11.

sten Anstalten, darunter die Universitätskliniken in Bern und Zürich, führten die Kategorie «sozial geheilt» bzw. «guérison sociale» in den 1920er Jahren ein. Um 1970 unterschieden die meisten Austrittsstatistiken nicht mehr zwischen «sozial» und «medizinisch geheilt». In anderen Kontexten wurde der Begriff aber weiterhin verwendet<sup>13</sup>. Obwohl der Anteil «sozialer Heilungen» von Anstalt zu Anstalt schwankt, zeigen die Austrittsstatistiken eindeutig, dass sie auch quantitativ ins Gewicht fielen. In der Solothurner Anstalt Rosegg zum Beispiel ergänzte man die drei Kategorien «geheilt», «gebessert» und «ungeheilt» 1924 durch die Kategorie «erheblich gebessert». Diese Rubrik wurde zwischen 1935 und 1945 «sozial geheilt und erheblich gebessert» genannt und danach wieder aufgegeben. Der Anteil der Entlassungen in dieser Kategorie betrug in den elf Jahren durchschnittlich 22%, während die «medizinischen Heilungen» nur 4% aller Entlassungen ausmachten<sup>14</sup>. Im Zürcher Burghölzli hingegen, wo die Kategorie «sozial geheilt» im Zeitraum 1927 bis 1971 verwendet wurde, lag die Zahl der «sozialen Heilungen» – von einigen Ausnahmen abgesehen – immer etwas unter derjenigen der «medizinischen Heilungen»; die «sozialen Heilungen» machten im ganzen Zeitraum durchschnittlich 41% der Heilungen und 7% aller Entlassungen aus<sup>15</sup>.

«Soziale Heilung» ist also ein Begriff, der nicht nur im Zusammenhang mit psychochirurgischen Eingriffen verwendet wurde. Er war in der Psychiatrie allgemein eine wichtige Referenzkategorie, spielte aber in der Psychochirurgie eine besonders zentrale Rolle, weil sich der Effekt des Eingriffs – so ein zeitgenössischer Schweizer Psychiater – vor allem im «sozialen Verhalten» der Patientinnen und Patienten zeigte<sup>16</sup>. Der Zürcher Neurochirurg Hugo Krayenbühl, ein international be-

13 Der Begriff wird heute noch verwendet. Vgl. zum Beispiel *Wörterbuch Medizin*, 2., neubearb. und erw. Aufl., München 2000, S. 663: «Soziale Remission: die eine Wiedereinordnung in Familie und/oder Beruf ermöglichende Remission einer psychiatrischen Erkrankung.»

14 *Jahresberichte der Heil- und Pflegeanstalt Rosegg* (wechselnde Namen), Solothurn 1920–1975. Die Kategorien der Austrittsstatistiken weisen im Zeitraum 1935–1945 folgende Anteile auf: 49% «gebessert», 24% «ungebessert», 22% «sozial geheilt und erheblich gebessert», 4% «geheilt» und 1% «nicht geisteskrank». Ab 1970 wurden auch die Kategorien «geheilt» und «gebessert» zusammengefasst.

15 *Jahresberichte der Heilanstalt Burghölzli* (wechselnde Namen), Zürich 1920–1975. Die Kategorien der Austrittsstatistiken weisen im Zeitraum 1927–1971 folgende Anteile auf: 57% «gebessert», 24% «unverändert», 11% «medizinisch geheilt», 7% «sozial geheilt» und 1% «nicht geisteskrank».

16 Heinz Michel, «Erfahrungen über die Wirksamkeit der präfrontalen Leukotomie bei chronischen Schizophrenen», in: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 61 (1948), S. 256–279, hier S. 273: «Der Effekt der Operation zeigte sich besonders deutlich im sozialen Verhalten der Patienten: Die erfolgreich Behandelten wurden ruhiger und kontaktfähiger, verloren ihre Aggressionsneigungen und begannen mehr oder weniger regelmässig zu arbeiten.»

kannter Wissenschaftler, schrieb 1963 in der «Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift»: «In schweren Fällen bringt der psychochirurgische Erfolg nicht Heilung, aber eine wohltuende affektive Entspannung des Zustandsbildes. [...] Dadurch können die früher erregten Kranken wieder sozial werden, die Pflegebedürftigkeit innerhalb der Anstalt wird geringer, die Kranken können in die Fürsorge der Angehörigen entlassen und auch mehr oder weniger wieder erwerbsfähig werden.»<sup>17</sup> Und in einem Lehrbuch der Psychiatrie von 1956 schrieb er im Kapitel zu den psychochirurgischen Eingriffen: «Mit Recht wird von den meisten Autoren die Beurteilung der Ergebnisse auf soziale Faktoren abgestellt, auf die geringere Pflegebedürftigkeit innerhalb der Anstalt, auf die Entlassung in die Fürsorge der Angehörigen oder auf die mehr oder weniger ausgesprochene Erwerbsfähigkeit.»<sup>18</sup>

### **Louise H.: «sozial gebessert»**

«Auf soziale Faktoren abgestellt» wurde auch in der psychiatrischen Praxis – zum Beispiel beim Urteil über die Folgen der Leukotomie, die man 1946 bei Louise H. durchführte. Sie war, wie es in der Krankengeschichte heisst, «einer der schönsten Leukotomieerfolge» unter den neun ersten Patientinnen und Patienten, die im Burghölzli operiert wurden<sup>19</sup>. Louise H. kam 1918 als Tochter eines Geschäftsmannes und einer Hausfrau zur Welt. Die Eltern liessen sich kurz nach ihrer Geburt scheiden und übergaben das Kind in die Obhut der Grosseltern. Nach der Sekundarschule arbeitete Louise H. 15 Jahre als Dienstmädchen. Abgesehen von einer kurzen Periode im Jahr 1939, wo sie aufgereggt und unruhig war, führte sie ein stilles und zurückgezogenes Leben. 1941 brach ein schwerer Unruhezustand aus, und Louise H. wurde ins Zürcher Burghölzli eingewiesen. Man stellte die Diagnose Katatonie – eine Form von Schizophrenie mit Bewegungsstarre oder starken Erregungszuständen – und führte Elektroschocks durch. Nach vier Monaten wurde Louise H. «gebessert» entlassen, ein halbes Jahr später aber bereits wieder aufgenommen. Ihr Vater gab an, seine Tochter habe unter anderem unrealisti-

17 Hugo Kraysenbühl, «Die neurochirurgischen Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen», in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 93 (1963), S. 1643–1647, hier S. 1646.

18 Hugo Kraysenbühl, Werner A. Stoll, «Chirurgische Eingriffe in der Psychiatrie (Psychochirurgie)», in: Hans Hoff (Hg.): *Lehrbuch der Psychiatrie. Verhütung, Prognostik und Behandlung der geistigen und seelischen Erkrankungen*, Basel/Stuttgart 1956, S. 807–832, hier S. 820f.

19 StAZH, Z 100, Krankenakte Nr. 35665, Krankengeschichte, S. 28, Eintrag vom 28. 5. 1947. Das Fallbeispiel ist anonymisiert.

sche Heiratspläne geschmiedet und jedem Mann, den sie antraf, Avancen gemacht. Wohl in diesem Kontext bittet er, Louise H. «vor einer evtl. Entlassung sterilisieren zu lassen»<sup>20</sup>.

Gemäss Akten war die Patientin in der Anstalt häufig unruhig, erregt und zunehmend aggressiv. Mehrere Elektroschock-, Malaria-, Dämmer- und Schlafkuren zeigten keinen oder nur vorübergehend Erfolg. Louise H. war sehr laut und unrein, zerriss Kleider und Bettzeug und griff immer wieder Pflegepersonal an, weshalb sie meist in einem Isolierzimmer gehalten wurde. 1945 notierte der Arzt in der Krankengeschichte: «Pat.[ientin] ist tatsächlich seit geraumer Zeit wieder in einer H-Zelle, immer sehr erregt und voller Wahnideen, schreit laut, wirft mit den Blechtellern umher, schimpft, tobt, ist ganz verwildert. Lässt ihre Exkreme unter sich, an den Boden, stets an die gleiche Stelle. Obzwar man sich wenig Erfolg davon versprechen kann, muss doch nochmals ein Versuch mit einer Kur (evtl. Dämmerkur) gemacht werden.»<sup>21</sup> Einige Wochen nach diesem Eintrag griff Louise H. eine Schwester und den Arzt, der dieser zur Hilfe eilte, an und hätte beide beinahe erwürgt. Nach diesem Vorfall galt die Patientin als «ausserordentlich gefährlich»<sup>22</sup>. Als sich ihr Zustand auch nach einer Cardiazolkur nicht besserte, schlug man dem Vater eine Leukotomie vor, der in die Operation einwilligte.

Louise H. wurde, 29jährig, am 30. Oktober 1946 als zweite Patientin im Burghölzli leukotomiert. Ihr körperlicher Zustand war nach dem Eingriff offenbar etwas besorgniserregend, besserte sich aber im Lauf von zehn Tagen. In den folgenden Wochen verhielt sich die Patientin bald «laut», «lästig» und «negativistisch», dann wieder «ruhiger» und «arbeitsam». Kontakt konnte man mit ihr kaum knüpfen. Einen Monat nach der Leukotomie wurde die Patientin auf die ruhigste Abteilung versetzt. Lina Tuor-Winkler, die 1948 eine Dissertation über die ersten neun Leukotomiefälle im Burghölzli publizierte, fasst den nun als stabil bezeichneten Zustand von Louise H. in folgenden Worten zusammen: «Äusserlich geordnet, auf kurze Fragen vernünftige, aber einfache und wortkarge Antworten. Dagegen sind keine längeren, fliessenden Gespräche mit ihr möglich, indem die Patientin einfach keine Antwort mehr gibt und spontan ohnehin wenig zu sagen hat. Reagiert immer sehr langsam, motorisch ebenfalls langsam und schwerfällig. Gesicht wirkt

20 Ebd., S. 8, Eintrag vom 23. 1. 1942.

21 Ebd., S. 10, Eintrag vom 14. 5. 1945.

22 Ebd., S. 9f., Eintrag vom 2. 6. 1945.

steif, blöde, affektiert-freundlich. Stumpf und ohne Initiative. Besorgt einfache und mittelschwere Arbeiten auf Anweisung hin recht. [...]»<sup>23</sup>.

Louise H. äusserte den Wunsch, ihr Brot selbst zu verdienen, und wurde schliesslich sieben Monate nach der Operation in eine Pflegefamilie entlassen, musste aber vier Wochen später bereits wieder ins Burghölzli eingewiesen werden. Bei der zweiten Pflegefamilie ging es besser. Sie habe sich, so das Inspektorat für Familienpflege, dank der «verständigen Führung» der Bäuerin «doch zu ganz netter Mitarbeit in Haus und Feld nacherziehen» lassen<sup>24</sup>. Louise H. galt nun als «früher chronisch erregte Schizophrene», die seit der Leukotomie keine schizophrenen Symptome, aber «eine deutliche frontale Persönlichkeitsveränderung» aufwies<sup>25</sup>. Sie musste nach dem Eingriff zwar noch acht Mal wegen Verstimmungs- und Erregungszuständen ins Burghölzli eingewiesen werden, konnte jedoch die Anstalt jeweils nach einigen Wochen oder Monaten wieder verlassen. Abgesehen von diesen Klinikaufenthalten lebte und arbeitete sie – ab 1955 unter Neuroleptika – bis kurz vor ihrem Tod im Jahr 1994 bei Bauernfamilien, war dort «ordentlich zu halten», zeigte aber anscheinend weder Initiative noch Interesse. So fasste der behandelnde Arzt nach dem vierten Klinikaufenthalt abschliessend zusammen: «Hat keine Schwierigkeiten bereitet. War oft faul, machte nur gerade, was sie geheissen wurde, war meist etwas läppisch-euphorisch-oberflächlich-unbeschwert-gleichgültig, kindisch und ohne eigentlichen Kontakt. [...] in sozial gebessertem Zustand entlassen.»<sup>26</sup>

### **Der ärztliche Blick auf Erfolge, Misserfolge und Nebenwirkungen der Leukotomie**

Neben Persönlichkeitsdefekten konnten Leukotomien auch Todesfälle und schwere körperliche Nebenwirkungen wie zum Beispiel epileptische Anfälle zur Folge haben. Darüber hinaus zeigte der Eingriff auch nach dem Urteil der behandelnden Psychiater bei vielen Patientinnen und Patienten keine oder allenfalls eine geringfügige Wirkung. Nach einer medizinischen Dissertation über die Katamnesen von 117 in Zürich leukotomierten Schizophrenen konnten 17% der Operierten entlassen werden, wobei 7% als «sozial geheilt» und 10% als «gebessert»

23 Lina Tuor-Winkler, *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie durch die präfrontale Leukotomie nach Moniz*, Diss. med. Zürich 1948, S. 6.

24 StAZH, Z 100, Krankenakte Nr. 35665, Krankengeschichte, S. 30, Bericht des Inspektionsbesuchs vom 2. 9. 1947.

25 Ebd., S. 36, Eintrag vom 29. 7. 1949, Résumé der Gemeinsamen Untersuchung.

26 Ebd., Eintrag vom 5. 9. 1949.

galten. 37% der Patientinnen und Patienten hingegen blieben «ungebessert», und 6% starben an den Folgen der Operation<sup>27</sup>. Trotz der zahlreichen Misserfolge und der Nebenwirkungen «funktionierte» die Massnahme aber in den Augen der Zeitgenossen. Will man erklären, warum sie diese Meinung vertraten, muss untersucht werden, welchen Blick Ärzte, Behörden und Öffentlichkeit auf die Misserfolge und die Nebenwirkungen der Operierten hatten und welchen Stellenwert die Erfolge für sie besaßen.

Der Westschweizer Neurochirurg François Ody, ein klarer Befürworter der Leukotomie, äussert sich in seiner Autobiographie von 1956 mit einer seltenen Offenheit zu diesen Punkten. Ody schreibt, die Leukotomie sei kein «Allheilmittel», und es gebe noch vierzig Prozent Misserfolge. Dabei handle es sich allerdings «gewissermassen um harmlose Misserfolge», denn «der Zustand der Unheilbaren» werde durch die Operation nicht verschlimmert. Ody geht auch auf die Wirkungsweise der Leukotomie ein und bemerkt in diesem Zusammenhang: «Es ist demnach wahrscheinlich, dass man durch Ausschaltung der Stirnlappen beim Geisteskranken auch eine Gruppe falscher Assoziationen beseitigt. Seine Persönlichkeit und sein Affektleben werden dadurch primitiver, doch kann er mit dem Rest immer noch ein geselliger Mensch bleiben oder es wieder werden. Die meisten Familien ziehen es vor, einen harmlosen und etwas einfältigen Menschen zu Hause zu behalten, als ein tobendes, für sich und die andern gefährliches Genie in eine Zelle sperren zu lassen.»<sup>28</sup>

In Übereinstimmung mit vielen anderen Ärzten seiner Zeit betrachtet Ody demnach auf der einen Seite die Misserfolge nicht als wirkliche Misserfolge, weil es um Schwerkranke ging, bei denen andere Therapien keinen Erfolg gezeigt hatten, die also als «hoffnungslose Fälle» galten. Auf der anderen Seite hält er es für wichtiger, das Ziel einer «sozialen Heilung» zu verfolgen als die physische und psychische Integrität eines Menschen zu respektieren, die in seinen Augen durch die Krankheit bereits schwer beeinträchtigt war. Diese Haltung unterscheidet sich grundlegend von früheren Ansichten. So erwähnt der berühmte deutsche Psychiater Emil Kraepelin 1920 im Zusammenhang mit den «unvollständigen Heilungen» nicht die wieder erworbene Anpassungsfähigkeit, sondern die verlorene Individualität. Er schreibt, bei «Besserungen» oder «Heilungen mit Defekt» habe der Patient einen «Teil

27 Alfred Stoffel, *Zürcher Erfahrungen mit der präfrontalen Leukotomie*, Diss. med. Zürich 1952, S. 9f.

28 François Ody, *Unter der weissen Lampe. Erinnerungen eines Chirurgen*, Stuttgart/Konstanz 1958 (französische Originalausgabe 1956), S. 286, 289f.

seiner Persönlichkeit eingebüsst» und damit «gerade das Beste und Wertvollste [...] von der geistigen Individualität abgestreift».<sup>29</sup>

Der Begriff der «sozialen Heilung» hingegen zeigt, dass die Gesellschaft eine wichtige Referenzkategorie für Gesundheit darstellt, dass zwischen sozialer Kompatibilität und Gesundheit keine Kongruenz, aber ein enger Zusammenhang besteht. Bei psychochirurgischen Eingriffen ist dieser Zusammenhang besonders eng: Erstens lässt sich mit dieser Methode von vornherein keine «medizinische Heilung» erreichen. Zweitens sind die möglichen Kosten für eine soziale Anpassung oder Integration sehr hoch, weil eine allfällige «soziale Heilung» nur mit dem Verlust der individuellen Persönlichkeit erzielt werden kann.

### **«Ein geordnetes Leben führen»<sup>30</sup>:**

#### **Anpassung und Funktionalität als Ordnungsmaßstab**

Versteht man – und damit komme ich auf meine Bemerkungen zum theoretischen Konzept zurück, die ich an den Anfang dieses Beitrags gestellt habe – Therapie als Wiederherstellung einer Ordnung, lässt sich sagen, dass in der Schweiz – wie in anderen Ländern – auch nach dem Zweiten Weltkrieg Normalitätsvorstellungen dominierten, nach denen sich ein Individuum anpassen, gesamtgesellschaftlichen Zielen unterordnen und im Interesse des Kollektivs funktionieren sollte. So heisst es in einer Publikation aus der psychiatrischen Universitätsklinik Basel von 1949: «Das Ziel der Leukotomie ist, den Patienten wieder für ein normales Leben, wenn möglich mit einer Berufstätigkeit, fähig zu machen, oder wenigstens sein Verhalten für seine Anstaltsgenossen und Pfleger erträglicher zu gestalten.»<sup>31</sup> Ziel des psychochirurgischen Eingriffs war also, psychisch Kranke wieder an die Ordnung inner- und ausserhalb der Anstalt anzupassen und sie zu integrieren, wobei Arbeit und Erwerbsfähigkeit, aber auch Pflegeaufwand und Zusammenleben in

29 Emil Kraepelin, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Bd. 1: Allgemeine Psychiatrie, 8. Aufl., Leipzig 1920, S. 453. Im letzten Teil des Zitats bezieht sich Kraepelin auf den deutschen Psychiater Wilhelm Griesinger (1817–1868).

30 «Patienten, deren Leben eine Qual für sie selbst und für die Umgebung war, werden [durch die Leukotomie] soweit wieder hergestellt, dass sie sich selbst in Ordnung halten und innerhalb der Anstalt ein geordnetes Leben führen können. Ja selbst eine grosse Anzahl von chronischen Geisteskranken kann in die Familie zurückkehren, nachdem eine Wiedererziehung der Persönlichkeit stattgefunden hat.» Hugo Krayenbühl, «Rückblick und Ausblick in der Hirnchirurgie» (Antrittsrede an der Universität Zürich vom 29. 10. 1949), in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 79 (1949), S. 1234–1245, hier S. 1242.

31 Erna Hoch, «Die Persönlichkeitsveränderungen nach präfrontaler Leukotomie», in: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, Bd. 64, 1949, S. 119–174, hier S. 120.

der Klinik eine zentrale Rolle spielten. Um dieses Ziel zu erreichen, war man auch bereit, Persönlichkeitsveränderungen, schwere körperliche Nebenwirkungen und Todesfälle in Kauf zu nehmen. Diese Perspektive änderte sich im Laufe der 1950er Jahre, als man die Erfahrung machte, dass man mit Neuroleptika meist dieselben Ziele erreichen konnte, ohne so grosse Risiken eingehen zu müssen<sup>32</sup>.

Geht man von einem sozialpolitischen Machtbegriff aus, der sozio-ökonomische Rationalisierungsprozesse als entscheidende Triebkräfte psychiatrischen Handelns postuliert<sup>33</sup>, lässt sich die Psychochirurgie als Instrument der sozialen Kontrolle verstehen, als eine Methode, die der gesellschaftlichen Ordnung dienen sollte. Stellungnahmen wie diejenige des Neurochirurgen François Ody können mit diesem Ansatz interpretiert werden. Die Ärzte stellten die Psychochirurgie als Mittel dar, um «Kranke zu sozialer Wiederanpassung zu führen»<sup>34</sup>. An diesem Ziel zeigten zum Beispiel Vormundschafts- und Armenbehörden, aber auch Angehörige von Patientinnen und Patienten grosses Interesse. So schrieb 1948 die Mutter einer Patientin an den Direktor des Burghölzli, sie kenne eine Frau, die man in Zürich operiert habe, die nun «ganz gesund und fröhlich» sei und wieder arbeiten könne. Sie bat deshalb, ihre Tochter ebenfalls zu leukotomieren, und holte bei der Armenpflege der Heimatgemeinde eine Bestätigung ein, in der sich diese bereit erklärte, die Kosten für die Operation zu übernehmen<sup>35</sup>.

Andererseits entstammen ordnungspolitische Vorgaben in der Psychiatrie nicht nur den gesellschaftlichen Wertemaximen der Leistungssteigerung oder der rationalen Organisation, sondern auch den beruflichen Prioritäten, den klinischen Bedürfnissen, den wissenschaftlichen Utopien und den daraus hervorgehenden Praktiken<sup>36</sup>. In der Schweiz erfolgten, so meine bisherigen Forschungsergebnisse, psychochirurgische Eingriffe vor allem im Interesse einer Anstaltsordnung. Diese Anstaltsordnung war durch die Gesellschaftsordnung geprägt, folgte aber – an der Stelle liesse sich an Goffmans These der totalen In-

32 Joel Braslow, *Mental Ills and Bodily Cures. Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*, Berkeley 1997, S. 168f.

33 Eric J. Engstrom, «Die Kapillarität des Normbegriffes. Kommentar zum Beitrag von Heinz-Peter Schmiedebach», in: Volker Hess (Hg.), *Normierung der Gesundheit. Messende Verfahren der Medizin als kulturelle Praxis um 1900* (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 82), Husum 1997, S. 57–63, hier S. 61.

34 Krayenbühl, Stoll (wie Anm. 18), S. 830.

35 StAZH, Z 100, Krankenakte Nr. 42937, Schreiben der Mutter einer Patientin an Manfred Bleuler, Direktor der Heilanstalt Burghölzli, 17. 10. 1948; Schreiben der Armenpflege der Heimatgemeinde an Manfred Bleuler, 24. 9. 1948.

36 Engstrom (wie Anm. 33), S. 62.

stitution anschliessen<sup>37</sup> – auch einer eigenen Logik. Hier gilt es, die von Fall zu Fall teilweise sehr unterschiedlichen institutionellen Interessen und Bedingungen zu untersuchen, die Praxis und Diskurs beeinflussten. So konnten Faktoren wie wissenschaftliche Interessen und therapeutische Vorstellungen die Durchführung psychochirurgischer Eingriffe begünstigen. Eine Rolle spielen konnten aber auch finanzielle Restriktionen, Überbelegung der Anstalten – vor allem der Abteilungen für unruhige Patientinnen und Patienten – sowie ein Mangel an Pflegepersonal<sup>38</sup>. Auf diese Weise lässt sich das Fallbeispiel von Louise H. interpretieren. Ihre Krankengeschichte zeigt exemplarisch, dass beim Entscheid für den Eingriff nicht die (angenommenen) Interessen der Patientin im Vordergrund standen, sondern diejenigen des Pflegepersonals und der Mitpatientinnen. Louise H. wurde leukotomiert, weil sie eine «schwierige», «laute» und «gefährliche» Patientin war. Obwohl sie nach dem Eingriff apathisch und affektiv stark nivelliert war, beurteilte man den Effekt der Operation positiv, weil sie sich nachher lenkbar und anpassungsfähig zeigte. Die mögliche Problematik eines solchen Verhaltens kommt weder bei Louise H. noch bei anderen Leukotomiefällen zur Sprache. So erwähnt zwar François Ody, dass mit der Methode auch Missbrauch getrieben werden könne, ortet diesen aber im Zeichen des Kalten Kriegs auf der anderen Seite des Eisernen Vorhangs. Er vermutet, dass man im Osten Angeklagte leukotomiere, um ihre «Entschlusskraft» und ihren Widerstand zu schmälern, und erklärt auf diese Weise, warum dort «gewisse starke Persönlichkeiten, deren unerschütterlicher Wille bekannt war, vor ihren Richtern zahm wie Lämmer werden konnten, bereit, alle ihnen vorgeworfenen Verbrechen zuzugeben». Der folgende Satz – «So wenigstens betragen sich unsere Patienten, denen man gleich nach diesem kleinen Eingriff die Zwangsjacke abnehmen kann» – wirft allerdings auch ein schiefes Licht auf die Motive der Psychochirurgie in der Schweiz<sup>39</sup>.

Psychochirurgische Eingriffe hatten ein Stirnhirnsyndrom zur Folge, das auch Persönlichkeitsveränderungen nach sich zog. Obwohl man nach Techniken suchte, die eine möglichst grosse Wirkung bei mög-

37 Vgl. Erving Goffman, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt a.M. 1997 (englische Originalausgabe 1961).

38 Vgl. für den Kanton Graubünden Marietta Meier, «Eingriffe ins Gehirn 'schwieriger' Patienten und Patientinnen. Psychochirurgie im Kanton Graubünden», in: Silvia Hofmann, Ursula Jecklin, Silke Redolfi (Hg.), *Fraubünden*, Bd. 2: FrauenKörper, Zürich 2004 (im Druck).

39 Ody (wie Anm. 28), S. 294. Ende 1950 wurden in der UdSSR psychochirurgische Eingriffe durch eine Anordnung des Unionministeriums verboten. Hill (wie Anm. 4), S. 110; «La neuro-psychiatrie en U.R.S.S.», in: *Médecine et Hygiène*, Nr. 299, 1. 11. 1952, S. 442.

lichst kleinen Persönlichkeitsausfällen garantierten, gelang es nicht, eine Methode zu finden, die Erfolg versprach, aber keine unerwünschten «Nebeneffekte» verursachte. Dieses Dilemma wurde in der Wissenschaft durchaus wahrgenommen und diskutiert, in der Regel aber nicht für so schwerwiegend erachtet, dass man deshalb auf die Psychochirurgie verzichtet hätte. Schweizer Psychiater, die für die Leukotomie eintraten, bemühten sich, nicht den Eindruck zu erwecken, sie würden die ethischen Probleme ignorieren. Sie betonen in ihren Publikationen immer, dass man die Indikation in der Schweiz sehr eng und sorgfältig stelle und dass der Eingriff auch den Patientinnen und Patienten selbst zugute komme<sup>40</sup>.

Obschon die Bevölkerung von der Psychochirurgie wusste, gab es in der Schweiz nach dem Zweiten Weltkrieg keine öffentliche Debatte um die Leukotomie – im Gegenteil. Leben und Politik der 1950er Jahre waren durch «Konformität und Konsens» geprägt, und in Bezug auf den wissenschaftlich-technischen Fortschritt hielten die «scientific communities» das Definitionsmonopol inne<sup>41</sup>. Die Ärzte, die für die Psychochirurgie eintraten, stiessen deshalb in weiten Kreisen auf offene Ohren. Dabei sahen sie keinen Widerspruch zwischen der Aufgabe, sich für das Wohl des einzelnen Kranken einzusetzen, die Anstaltsordnung aufrecht zu erhalten und ihren gesellschaftlichen Auftrag zu erfüllen. Eine «soziale Heilung» oder – im weniger günstigen Falle – eine «soziale Besserung» kam, davon waren sie überzeugt, allen zugute: dem Individuum, der Anstalt und der Gesellschaft.

40 Vgl. zum Beispiel Max Müller, «Die Klinik der Leukotomie», in: *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 67 (1951), S. 338–355, hier S. 355: «[...] man wird vom ärztlich-ethischen Standpunkt aus durchaus fragen dürfen, ob man bei diesen dahinvegetierenden Menschen, die gerade auch ihrer Menschlichkeit dauernd beraubt sind, nicht den Versuch wagen darf, wenigstens einzelnen wieder ein menschlicheres Dasein zu vermitteln.»

41 Jakob Tanner, «Die Schweiz in den 1950er Jahren. Prozesse, Brüche, Widersprüche, Ungleichzeitigkeiten», in: Jean-Daniel Blanc, Christine Luchsinger (Hg.), *achtung: die 50er Jahre! Annäherungen an eine widersprüchliche Zeit*, Zürich 1994, S. 19–50, hier S. 43f.