

Die Konstruktion von Wissen durch Fallgeschichten

Psychochirurgische Studien in den 1940er und 1950er Jahren

Im April 2005 erschien in der *Neuen Zürcher Zeitung am Sonntag* ein Artikel über Daniel Jeanmonod, einen Hirnchirurgen des Zürcher Universitätsspitals, der neben Personen, die an Parkinson und Epilepsie leiden, seit einiger Zeit auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen operiert. Der Neurochirurg habe herausgefunden, dass Epileptiker, Parkinsonkranke, chronische Schmerzpatientinnen, Depressive und Schizophrene unter einer »thalamocorticalen Dysrhythmie« litten, und befreie nun, so die Journalistin, mit einer »Hightech-Operation« »die Köpfe von den abnormalen Hirnwellen«. Die zwölf psychisch Kranken, die bisher operiert worden seien, hätten alle vom Eingriff profitiert. Als Beispiel wird der Fall eines 30-jährigen Amerikaners aufgeführt, dessen Krankengeschichte laut der Journalistin »den Eindruck einer wundersamen Heilung« erwecke. »Doch«, so fährt sie fort, »jeder Genesungsprozess lässt sich wissenschaftlich dokumentieren und begründen. Die Psychochirurgie am Zürcher Unispital unterscheidet sich damit grundlegend von den Heilsversuchen in der Vergangenheit.«¹

Der porträtierte Neurochirurg distanziert sich in diesem Artikel klar von der frühen Psychochirurgie, die 1935 entwickelt wurde, und spricht ihr jegliche Wissenschaftlichkeit ab. Die Ärzte, die in den 1940er und 1950er Jahren psychochirurgische Verfahren anwandten, wären wohl kaum darüber erfreut gewesen: Sie präsentierten zwar nicht so hohe Er-

folgsquoten wie ihre Nachfolger, behaupteten aber doch, in bis zu 90% der Fälle eine Besserung zu erzielen.² Und auch sie dokumentierten und begründeten ihre Fälle wissenschaftlich, indem sie mit Fallgeschichten und quantitativen Studien Wissen produzierten – unter anderem eben Wissen über die Erfolgsquote bei psychochirurgischen Eingriffen.

Im Folgenden wird gezeigt, wie dieses Wissen konstruiert wurde. Dabei soll es nicht darum gehen, die publizierten Erfolgsquoten zu kritisieren und ihnen andere entgegenzustellen, sondern es wird dargestellt, wie man zu solchen Erfolgsquoten kam. Der Beitrag handelt also nicht von der Wahrheitsfähigkeit von Aussagen, sondern von den Bedingungen, unter denen sich solche Aussagen formieren.³ Um die Ergebnisse psychochirurgischer Eingriffe zu dokumentieren, zu verstehen und zu erklären, arbeiteten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in den 1940er und 1950er Jahren mit zwei Verfahren, die auch miteinander kombiniert wurden: der quantitativen Methode und der Fallgeschichte. In diesem Aufsatz gehe ich auf das zweite Verfahren ein, das sich großer Beliebtheit erfreute, und untersuche, wie die Fallgeschichte in der Psychochirurgie zur wissenschaftlichen Erkenntnis- und Beweisfindung eingesetzt wurde. Dabei gehe ich davon aus, dass die Wahl eines bestimmten Genres »die Begründung und Organisation von Wissensfeldern« grundlegend bestimmt,⁴ und frage deshalb nach den Regeln und Verfahren, nach denen psychochirurgische Fallgeschichten verfasst wurden.

Der Artikel gibt zunächst einen kurzen Überblick über die Geschichte der Psychochirurgie und zeigt, welchen Stellenwert die Fallgeschichte in der Psychochirurgie hatte. Danach geht er an einem Beispiel auf die Frage ein, wie durch psychochirurgische Fallgeschichten Wissen konstruiert wurde. Diese Fallgeschichten machen – so die These – aus den Patientinnen und Patienten »Leukotomie-Fälle«. Sie beschreiben und beurteilen eine komplexe Situation nach bestimmten Mustern und fügen so disparate Elemente in eine kohärente und konsistente Geschichte zusammen, aus der die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler dann Schlüsse zogen.

Zur Geschichte der Psychochirurgie

Der Begriff »Psychochirurgie« ist zeitgenössisch und wurde sowohl in der Forschung wie in der Praxis häufig verwendet.⁵ Unter psychochirurgischen Operationen verstand und versteht man gezielte Eingriffe am

morphologisch unauffälligen Gehirn, die aus psychiatrischer Indikation durchgeführt wurden.⁶ Gehirnoperationen stellten in den Augen der zeitgenössischen Ärztinnen und Ärzte 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. Mit der Methode ließ sich die eigentliche psychische Störung nicht heilen; die Operation sollte – so hoffte man – »affektgeladene« Symptome wie Erregungszustände, Aggressivität oder Zwangshandlungen beseitigen oder wenigstens dämpfen.

Bis in die 1960er Jahre waren psychochirurgische Eingriffe vor allem Leukotomien; ein von Hand vorgenommener Eingriff ins Frontalhirn, wobei mit einem Schnitt durch das weiße Hirngewebe Verbindungen zwischen Frontalhirn und Thalamus durchtrennt wurden. Die Leukotomie oder Lobotomie wurde in der Psychiatrie ab der zweiten Hälfte der 1930er Jahre angewandt. Sie folgte auf die so genannten »großen« körperlichen Kuren, die man ab den 1920er Jahren einfuhrte: Malaria-, Dämmer- und Schlafkuren sowie Schocktherapien wie Insulin-, Cardiazol- und Elektroschockkuren, die alle den Körper ins Zentrum der Behandlung von Geisteskranken stellten.

Die Leukotomie wurde 1935 vom portugiesischen Neurologen Egas Moniz entwickelt. Aufgrund der Berichte, in denen er die Ergebnisse seiner Eingriffe vorstellte, führten der Neurologe Walter Freeman und der Neurochirurg James W. Watts 1936 die ersten Operationen in den USA durch. Die Behandlungsmethode stieß bei Psychiatern, Neurologen und Neurochirurgen auf reges Interesse und breitete sich schnell aus. In Rumänien und Italien wurde die präfrontale Leukotomie bereits 1936 eingeführt. Im übrigen Europa dauerte es noch einige Jahre, bis man die Methode anzuwenden begann. In Großbritannien (1941), Frankreich (1944) und Schweden (1944) führte man den Eingriff während des Zweiten Weltkriegs ein, in Spanien, Ungarn, Deutschland, Österreich, Holland, in der UdSSR und der Schweiz nach dem Ende des Kriegs. 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 von insgesamt bereits über 5.000 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 den 1940er und 1950er Jahren versuchte man in zahlreichen Studien, 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. Moniz benutzte aber auch schon das Leukotom: ein Instrument, das aus einer Hohnadel mit einem Stilett bestand und später weite Verbreitung fand. Freeman und Watts führten eine modifizierte Variante ein, die sich durchsetzte und bald als Standardverfahren galt. Dabei bohrte der Chirurg 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 wurden zahlreiche weitere Varianten entwickelt. Sie beschränkten sich zum größten Teil auf Eingriffe ins Frontalhirn und verfolgten alle dieselben Ziele: Zum einen versuchte man, das Operationsrisiko zu vermindern, zum anderen war man bestrebt, eine möglichst große therapeutische Wirkung bei möglichst geringen unerwünschten Nebenwirkungen zu erzielen.

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 subkortikalen, tiefer liegenden Teilen des Gehirns eigneten. Im Gegensatz dazu ermöglichen es stereotaktische Verfahren, auch tiefer gelegene und wesentlich kleinere, umschriebene anatomische Orte anzuzielen und Läsionen mit wesentlich geringerer Zerstörung von Hirnsubstanz zu setzen. Die Stereotaxie, die auch der eingangs erwähnte Neurochirurg des Universitätsspitals Zürich anwendet, wurde bereits 1948 in Lissabon vorgestellt, doch waren die Verfahren erst in den 1960er Jahren so weit entwickelt und erprobt, dass sie schonendere Eingriffe ermöglichten und Eingang in die Psychochirurgie fanden.

Psychochirurgische Fallgeschichten

In der Schweiz wurde die Psychochirurgie wie fast überall in Kontinentaleuropa eher spät, skeptisch und mit einer wesentlich strengeren Indi-

kationsstellung rezipiert als in den USA und in England. Die eigenen Forschungsbeiträge waren klinisch und am Fall orientiert.⁷ Obwohl man nicht auf quantitative Schlussfolgerungen verzichtete und zum Beispiel auch Erfolgsquoten präsentierte, arbeitete man also vor allem mit Fallgeschichten. Die Studien stammen fast ausschließlich aus den Universitätskliniken Zürich und Bern; in den meisten psychiatrischen Anstalten der Schweiz wurden Leukotomien durchgeführt, ohne entsprechende Studien zu betreiben und zu veröffentlichen.

Mit der Fallgeschichte griff man in der psychochirurgischen Forschung auf eine Methode zurück, die in der Medizin eine lange Tradition besaß. Bereits die Hippokratische Medizin verwendete Fallgeschichten, um das Schicksal einer Person und ihrer Krankheit zu erzählen. Mit der »Entstehung des klinischen Blicks«⁸ am Ende des 19. Jahrhunderts veränderte sich die Fallgeschichte stark: Im Zentrum standen nun nicht mehr die Person und ihre Geschichte, sondern die Symptome und deren Zuordnung zu einer bestimmten Krankheit. Die Psychiatrie und die Forensik arbeiteten häufig mit Fallgeschichten, und in der Psychoanalyse spielten sie seit Freud eine zentrale Rolle.⁹ Auf Fallgeschichten stößt man also nicht nur in Studien zur Psychochirurgie, aber man findet dort weit mehr als in Publikationen zu anderen psychiatrischen Themen und vor allem als in Artikeln aus der somatischen Medizin.¹⁰ Studien zur Psychochirurgie beruhen fast immer auf Fallgeschichten. Artikel ohne Fallgeschichten sind meist Literaturberichte oder Lehrbuchtexte; außerdem verzichten auch einige quantitative Studien darauf, die Ergebnisse mit Fallbeispielen zu illustrieren.

Psychochirurgische Fallgeschichten stützen sich auf Krankengeschichten. Neben Dokumenten wie Laborbefunden oder Einwilligungserklärungen von Angehörigen für bestimmte Maßnahmen enthalten Krankengeschichten vor allem Notizen von Ärztinnen und Ärzten, die in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen Einträge zu Diagnosen, zum Gesundheitszustand, zu Maßnahmen und anderen Punkten vornahmen. Der situative Charakter dieser Einträge ist klar erkennbar; die Krankengeschichte wird nicht auf eine bestimmte inhaltliche Fragestellung hin geschrieben, sie soll keinen Sinn erzeugen, sondern dokumentieren, was aus institutioneller Sicht bei einem Patienten vor und vor allem während seines Klinikaufenthalts relevant scheint.¹¹

Wie gehen nun Forschende vor, wenn sie aus Krankengeschichten, die sehr heterogene Einträge zu einzelnen Beobachtungen, Ereignissen und Untersuchungen enthalten, fachspezifische Erzählungen machen? Wel-

chen Mustern folgen die psychochirurgischen Fallgeschichten, wenn sie bestimmte Elemente aus den in der Klinik entstandenen Bemerkungen zu einem Lebens- und Krankheitsverlauf auswählen, ordnen und deuten?

Narration im Dienste wissenschaftlicher Erkenntnisfindung und Beweisführung

Psychochirurgische Studien verfolgen nicht das Ziel, einen einzigen Fall möglichst bis in alle Details auszubreiten, sondern enthalten fast immer zahlreiche, sehr kurze Fallgeschichten. Dabei verwenden die Autorinnen und Autoren – die Funktionen Beobachten, Erzählen und Schreiben werden nie unterschieden – die Fallgeschichten entweder als illustrative Beispiele in ihrer Argumentation oder sie erzählen zuerst die Fallgeschichten und kommen danach zu einem Urteil, bedienen sich also einer Einführung und eines anschließenden Kommentars. Die Zürcher Dissertation, auf die im Folgenden eingegangen wird, geht nach dem zweiten Muster vor. Die Arbeit stellt in Bezug auf Aufbau, Form und Inhalt der Fallgeschichten ein typisches Beispiel dar. Darüber hinaus bietet sich bei dieser Studie die Chance, auf die Dossiers der Patientinnen und Patienten zurückzugreifen, die beschrieben werden;¹² man kann also Kranken- und Fallgeschichte miteinander vergleichen und so die Muster, nach denen die Fallgeschichten konstruiert wurden, besser herausarbeiten.

Die Dissertation trägt den Titel *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie durch die präfrontale Leukotomie nach Moniz*, wurde unter Manfred Bleuler, dem damaligen Direktor der Zürcher Heil- und Pflegeanstalt Burghölzli, verfasst und 1948 publiziert. Es handelt sich um den ersten Beitrag der Universität Zürich zur psychochirurgischen Forschung. In der Studie geht es um die ersten neun Personen, die in Zürich leukotomiert wurden und den Eingriff überlebten.¹³ Wie die Autorin, Lina Tuor-Winkler, in der Einleitung schreibt, stellte sie sich die Aufgabe, die neun Leukotomierten »vorurteilslos klinisch durchzuuntersuchen« und ihren Gesundheitszustand nach dem Eingriff weiter zu verfolgen. Die Untersuchung umfasste »eine genaue Erhebung der Familiengeschichte und der Lebens- und Krankengeschichte bis zur Operation«. ¹⁴ Dazu ist zu bemerken, dass die Ärztin die neun Patientinnen und Patienten nicht kannte, bevor sie mit der Studie begann. Wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, fand der erste Kontakt immer erst kurz

vor der Operation statt; zu einem Zeitpunkt, als der Entscheid für die Leukotomie bereits gefallen war. Obwohl in der Studie ein entsprechender Hinweis fehlt, ist also anzunehmen, dass sich Tuor-Winkler für die Anamnesen vor allem auf die Krankengeschichte stützte. Nach dem Eingriff beobachtete sie die Patientinnen und Patienten in einem Zeitraum zwischen neun und zwölf Monaten und verfasste dann ihre Dissertation, die aus einer kurzen Einleitung, den neun Fallgeschichten und einem Fazit besteht, in dem sie auf vier Seiten Schlussfolgerungen aus den Falldarstellungen zieht. Wie in anderen Studien zur Psychochirurgie werden also die Fallgeschichten auch hier induktiv verwendet, um wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen und Beweise für bestimmte Hypothesen zu erbringen. Lina Tuor-Winkler setzte sich nach eigenen Angaben zum Ziel, »dem Wesen der Operationserfolge nachzugehen«, weil diese Frage trotz zahlreicher Untersuchungen noch nicht geklärt sei. Die Arbeit kommt – so viel sei vorweggenommen – zum Schluss, dass die Leukotomie in acht der neun untersuchten Fälle erfolgreich gewesen sei und dass sich vor allem »asoziale Verhaltensweisen« beeinflussen ließen.¹⁵

Psychochirurgische Fallgeschichten sind stark standardisiert. Sie sind immer gleich aufgebaut und bestehen in allen Studien aus verschiedenen Teilen, die meist auch graphisch voneinander abgegrenzt sind und stets ähnliche Titel tragen. Das Geschehen wird in streng chronologischer Reihenfolge erzählt. Lina Tuor-Winkler unterscheidet zwischen der »Familienanamnese«, die bei ihr ungewöhnlich viel Raum einnimmt, der »persönlichen Anamnese«, welche die »Vorgeschichte« des Patienten vor dem Ausbruch der Krankheit sowie die eigentliche Krankengeschichte umfasst, und dem »postoperativen Verlauf«. Fett gedruckt, quasi als Höhepunkt in der Dramaturgie der Fallgeschichte, steht die Leukotomie.

Im Folgenden wird auf die Fallgeschichte von Erna F. eingegangen.¹⁶ Erna F. war eine der acht Patienten, bei denen Lina Tuor-Winkler zum Ergebnis kam, die Leukotomie habe sich positiv ausgewirkt, der Grad der Psychose sei aufgrund des Eingriffs zurückgegangen. In den ersten zwei Abschnitten der Fallgeschichte, der »Familienanamnese« und der »Vorgeschichte« werden Erna F. und ihre Familie kurz vorgestellt: Die zwei Teile enthalten Angaben zu Familienverhältnissen und Krankheiten in der Familie sowie zu Alter, Ausbildung, Beruf, Zivilstand und Charakter der Patientin. Aufgrund dieser summarischen Informationen kann man auf die soziale Herkunft und die – so der zeitgenössische Fachbe-

griff – »hereditäre Belastung« der Patientin schließen, über den Lebenslauf von Erna F. erfährt man aber kaum etwas. So wird zum Beispiel erwähnt, dass Erna F. nach der Primarschule bis zum Ausbruch der Krankheit 18 Jahre in derselben Fabrik arbeitete, nicht aber, dass sie als uneheliches Kind bei Zieheltern aufwuchs.

Der Abschnitt mit dem Titel »Psychose« setzt mit dem Ausbruch der Krankheit ein und schildert, wie sich der Zustand der Patientin derart verschlechterte, dass die Einweisung in die Anstalt notwendig wurde. Danach wird das Verhalten von Erna F. seit ihrer Hospitalisation im Jahr 1931 beschrieben: »Im Vordergrund starke Erregungszustände, gefährlich aggressiv, zerreißt ihre Kleider und ist gewalttätig; fortwährend auf unruhigster Abteilung, meist isoliert. Katatoner¹⁷ Endzustand mit völliger Verblödung.« Um den Verlauf der Krankheit zu beschreiben, listet Tuor-Winkler also eine Reihe von Symptomen und Verhaltensweisen sowie deren Auswirkungen auf. Nach der Erwähnung, dass alle Behandlungsversuche ohne Erfolg blieben, folgt unmittelbar der Eintrag »Leukotomie am 14. Januar 1947«.

Der Abschnitt »Postoperativer Verlauf« nimmt ebenso viel Platz ein wie der Abschnitt »Psychose«, fasst aber nicht 16 Jahre, sondern nur neun Monate des Lebens von Erna F. zusammen. Hier wird abschließend festgehalten, dass sich das Verhalten der Patientin in bestimmten Punkten deutlich gebessert habe, während sich in anderen nichts geändert habe. Erna F. sei »bedeutend ruhiger« und »nicht mehr aggressiv«, aber weiterhin »wenig zugänglich«, »meistens mutistisch« und seit dem Eingriff »völlig apathisch«.

Die Fallgeschichte von Erna F. besteht wie fast alle psychochirurgischen Fallgeschichten aus aneinander gereihten Stichworten; es gibt kaum Sätze, die Subjekt und Prädikat enthalten. Obwohl die Geschichte – wie der Titel besagt – von »Erna F.« handelt, verwendet Tuor-Winkler im Folgenden weder ihren Namen noch ein Pronomen, das auf sie verweist. Auch ihre Mitpatientinnen und das Klinikpersonal treten nur implizit in Erscheinung; abgesehen von einer Ausnahme kommen nur unpersönliche Konstruktionen vor. Da eine Rahmenerzählung fehlt, wirkt die Fallgeschichte, als ob sie – und nicht die Krankengeschichte – die Grundlage der Darstellung wäre. Der Bericht ist distanziert, die Autorin scheint überhaupt nicht am Geschehen beteiligt und bringt ihre Perspektive nicht explizit ein, so dass eine objektivierte Fallgeschichte entsteht und man den Eindruck gewinnt, eine andere Ärztin, ein anderer Arzt hätte genau dieselbe Geschichte erzählt.¹⁸

Die Ereignisse folgen in der Fallgeschichte nicht nur aufeinander, also in chronologischer Reihenfolge, sondern entwickeln sich auch aus den vorangegangenen Begebenheiten, d.h. die Verbindung der Fakten impliziert eine kausale Beziehung. Die Fallgeschichte wird präsentiert, als ob die Verbindung von Ursache und Wirkung die Kraft wäre, welche die Geschichte erzählt, indem sie das Geschriebene organisiert und motiviert. Die Fakten, so die Behauptung, sprechen für sich selbst.¹⁹ So wurde Erna F. zum Beispiel leukotomiert, weil sie bestimmte Verhaltensweisen zeigte und andere Therapien erfolglos waren. Auch der Zustand und das Verhalten der Patientin nach der Leukotomie werden auf den Eingriff zurückgeführt. Der kausale Zusammenhang der Geschichte besteht aber nur implizit, er muss erschlossen werden. Die Leserin, der Leser zieht bei der Lektüre der Fallgeschichte den Schluss, dass die Patientin wegen der dargestellten Verhaltensweisen operiert wurde und dass sich ihr Zustand aufgrund des Eingriffs besserte.

Die kausale Motivierung der Fallgeschichte wird durch den Kommentar der Studie bestätigt. Wie bereits erwähnt, kommt Lina Tuor-Winkler in ihrer abschließenden Beurteilung zum Ergebnis, die Leukotomie habe sich bei Erna F. positiv ausgewirkt. Zu dieser Einschätzung gelangt sie aus drei Gründen: Erstens sei Erna F. »bedeutend weniger gefährlich und gewalttätig als früher« und müsse nun nicht mehr isoliert werden. Zweitens hebt Tuor-Winkler in ihrem Kommentar alle Punkte hervor, die für eine Besserung sprechen, und lässt Elemente weg, die sie in der Fallgeschichte erwähnt, diese Einschätzung aber in Frage stellen würden.²⁰ Drittens fällt bei einer Analyse der Krankengeschichte auf, dass es auch nach dem Eingriff Einträge gibt, in denen die Patientin als aggressiv bezeichnet wird. So zog zum Beispiel ein Arzt drei Monate nach der Leukotomie folgendes Fazit: »Der Zustand hat sich durch die Leukotomie nicht wesentlich verändert. Pat.[ientin] neigt zur Bösartigkeit und kann oft sehr gemein werden.«²¹ Die Fallgeschichte von Erna F. wurde also auch deshalb zur Erfolgsgeschichte, weil Tuor-Winkler aus den zahlreichen und heterogenen Einträgen verschiedener Personen in der Krankengeschichte gewisse Angaben auswählte, diese anordnete und so eine auf Eindeutigkeit angelegte, kurze, zielgerichtete Fallgeschichte verfasste, die nach ganz anderen formalen Kriterien aufgebaut war als die Krankengeschichte.

Fazit: Die Konstruktion von Wissen durch psychochirurgische Fallgeschichten

Es ging bei der Analyse dieser Fallgeschichte nicht darum, zu zeigen, dass Tuor-Winkler einem Zirkelschluss erlag. Wie im vorgestellten Beispiel schätzen Studien aus den 1940er und 1950er Jahren die Resultate psychochirurgischer Eingriffe nicht einfach als positiv oder negativ ein, als ob es sich um absolute Werte handelte. Sie stellen Vergleiche zwischen dem Zustand der Patienten vor und nach der Operation an und nehmen dann eine Beurteilung vor.²² Ziel des Beitrags war deshalb zu untersuchen, wie man zu solchen Erfolgsquoten kam, wie also die Fallgeschichte zur wissenschaftlichen Erkenntnis- und Beweisfindung eingesetzt wurde.

Abschließend sollen die Ergebnisse der Analyse in zwei Thesen zusammengefasst werden: Erstens erzählen psychochirurgische Fallgeschichten den Lebens- und Krankheitsverlauf von Menschen linear auf die Leukotomie hin und machen so aus ihnen »Leukotomie-Fälle«. Der Eingriff scheint deshalb folgerichtig und unausweichlich, Alternativen gibt es nicht. Im Gegensatz zur Fallgeschichte, die auf Eindeutigkeit hin angelegt ist, stellen Krankengeschichten sehr heterogene Dokumente dar. Sie enthalten zum Teil widersprüchliche Einträge verschiedener Personen, die in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen vom Auf und Ab des Zustands eines Patienten berichten, ohne den weiteren Verlauf klar voraussagen zu können. Die Fallgeschichte hingegen wird erst im Nachhinein erzählt. Ihre Autorinnen und Autoren wählen isolierte Phänomene aus der Krankengeschichte aus, die ihnen im Zusammenhang mit ihrem Thema relevant scheinen, integrieren sie zu einer kohärenten und konsistenten Erzählung, ziehen danach Schlüsse und produzieren auf diese Weise Wissen.

Zweitens schweigen sich die Verfasser der Fallgeschichten darüber aus, wie sie zu ihrer Darstellung kommen. Sie präsentieren sie so, als ob ihnen fertig vorliegende Teile zur Verfügung gestanden hätten, die sie nur noch in eine verständliche, zusammenhängende Form hätten bringen müssen.²³ Fallgeschichten entstehen jedoch aufgrund von Regeln und Verfahren, die an fachwissenschaftliche Konventionen gebunden sind; die epistemologischen Figuren folgen gewissen formalen Kriterien. Die Autorin, der Autor benutzt diese Regeln und Verfahren, um aus der Gesamtheit der Informationen, die eine Krankengeschichte enthält, bestimmte Elemente auszuwählen, darzustellen und zu interpretieren. Mit

der Fallgeschichte entsteht etwas Neues;²⁴ erst aus sehr summarischen, einfachen, kohärenten und konsistenten Erzählungen lassen sich eindeutige Schlüsse wie zum Beispiel Erfolgsraten ziehen; erst an dieser Stelle kann Wissen in Wissenschaft transformiert werden. Die Textsorte Fallgeschichte bestimmte also die Wahrnehmungsinhalte und die Resultate der psychochirurgischen Forschung grundlegend, was zeigt, dass die »Entscheidung für Genres und Diskursarten im weitesten Sinn [...] die Begründung und Organisation von Wissensfeldern« bedingt.²⁵

Insofern reproduziert der eingangs erwähnte Neurochirurg mit der Behauptung, er könne im Gegensatz zu seinen Vorgängern Erfolg ausweisen, nur die häufig vertretene Perspektive des wachsenden Erkenntnisfortschritts, die darauf verzichtet, »die Vergangenheit einer heutigen Wissenschaft von derselben Wissenschaft in ihrer Vergangenheit« zu trennen.²⁶ Denn auch er verwendet im zitierten Zeitungsartikel Fallgeschichten, um die Folgen seiner ersten »Hightech-Operationen« an psychisch Kranken zu dokumentieren, zu begründen und deren Erfolg zu beweisen.

Anmerkungen

- 1 *Neue Zürcher Zeitung am Sonntag* vom 17.4.2005, S. 81 und 83.
- 2 Die Erfolgsquoten differieren in den verschiedenen Studien stark, wobei die Resultate psychochirurgischer Eingriffe im deutschsprachigen Raum deutlich skeptischer bewertet wurden als in den angelsächsischen Ländern. Zu den Ergebnissen und den methodischen Problemen bei der Interpretation dieser Resultate s. Meinhard Adler/Rolf Saupe: *Psychochirurgie. Zur Frage einer biologischen Therapie psychischer Störungen*, Stuttgart: Ferdinand Enke 1979, Kap. IV und V, vor allem Kap. IV.2.
- 3 Joseph Vogl: »Einleitung«, in: Ders. (Hg.): *Poetologien des Wissens um 1800*, München: Wilhelm Fink 1999, S. 7–16, hier S. 14.
- 4 Ebd., S. 13, 15.
- 5 Die Geschichte der Psychochirurgie ist bisher vor allem im angelsächsischen Raum, in erster Linie in den USA, erforscht. Einführungen in die Geschichte der Psychochirurgie, auf denen auch dieser kurze Überblick beruht, bieten: Jürgen Hill: *Der frontale Griff in das Hirn und die Entwicklung der Psychochirurgie*, (Diss. med.), Münster, Hamburg: Lit 1992. Elliot S. Valenstein: *Great and Desperate Cures. The Rise and Decline of of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*, New York: Basic Books 1986. Meinhard Adler/Rolf Saupe: *Psychochirurgie*, a.a.O., Kap. II und III. – Dieser Beitrag entstand 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) des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung finanziert wird.
- 6 Vgl. zum Beispiel Meinhard Adler/Rolf Saupe: *Psychochirurgie*, a.a.O., S. VI.
- 7 Ebd., S. 45.
- 8 Vgl. Michel Foucault: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt/Main: Fischer 1999.

- 9 John Forrester: »If *p*, then what? Thinking in cases«, in: *History of the Human Sciences*, Bd. 9, Nr. 3 (1996), S. 1–25, hier S. 3f., 13f. Gisela Steinlechner: *Fallgeschichten. Kraft-Ebing, Panizza, Freud, Tausk*, Wien: WUV-Universitätsverlag 1995, S. 7.
- 10 Eine Stichprobe in der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift ergab, dass zwischen 1947 und 1954 knapp ein Drittel aller Artikel Fallgeschichten enthält. Im Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie hingegen, wo – wie der Name der Zeitschrift andeutet – viele Psychiater und Psychiaterinnen publizierten, überwiegen die Artikel mit Fallgeschichten.
- 11 Zur (psychiatrischen) Krankengeschichte als (historische) Quelle s. Thomas Beddies/Andrea Dörries (Hg.): *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum: Matthiesen 1999, S. 26f., 206 (mit Hinweisen auf ältere Literatur). Jonathan Andrews: »Case Notes, Case Histories, and the Patient's Experience of Insanity at Gartnavel Royal Asylum, Glasgow, in the Nineteenth Century«, in: *Social History of Medicine* 11 (1998), S. 255–281. Christian Müller: *Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? Skizzen zur Psychiatriegeschichte 1920–1960*, Bonn: Edition Das Narrenschiff 1998, S. 207–221. Ulrike Hoffmann-Richter/Asmus Finzen: »Die Krankengeschichte als Quelle für Wissenschaft und psychiatrischen Alltag«, in: *Bios. Zeitschrift für Biographieforschung und Oral History* 2 (1998), S. 280–297. Guenter B. Risse/John Harley Warner: »Reconstructing Clinical Activities. Patient Records in Medical History«, in: *Social History of Medicine* 5 (1992), S. 183–205.
- 12 Die Einsicht in diesen Quellenbestand erforderte eine Bewilligung der Eidgenössischen Expertenkommission für das Berufsgeheimnis in der medizinischen Forschung, der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich und der klinischen Direktion der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.
- 13 Von den ersten zwölf Patientinnen und Patienten, die in Zürich leukotomiert wurden, starben drei infolge der Operation.
- 14 Lina Tuor-Winkler: *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie durch die präfrontale Leukotomie nach Moniz*, (Diss. med.), Zürich: Orell Füssli 1948, S. 4.
- 15 Ebd., S. 16, 19.
- 16 Ebd., S. 15.
- 17 Katatonie ist eine Form von Schizophrenie mit Bewegungsstarre oder starkem Erregungszustand, in den die Bewegungsstarre schlagartig übergehen kann.
- 18 Nur in der Einleitung, der Rahmenerzählung, und im abschließenden Kommentar verwendet die Autorin einige Male Pronomen in der 1. Person, und zwar ausschließlich im Plural. Mit diesem Plural unterstellt die Autorin, dass ihre Perspektive von allen Mitgliedern der »Scientific Community« geteilt wird. Vgl. Kathryn Montgomery Hunter: *Doctor's Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton: Princeton University Press 1991, S. 98.
- 19 Vgl. ebd., S. 102f.
- 20 Lina Tuor-Winkler: *Zur Frage der Beeinflussung der Schizophrenie durch die präfrontale Leukotomie nach Moniz*, a.a.O., S. 16f.
- 21 Staatsarchiv Zürich, Z 100, Krankenakte Nr. 26210, S. 14, Eintrag vom 9.4.1947.
- 22 Vgl. Annemarie Mol: »Cutting Surgeons, Walking Patients. Some Complexities Involved in Comparing«, in: Annemarie Mol/John Law (Hg.): *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices*, Durham: Duke University Press 2002, S. 218–257, hier S. 218, 235f., 247f.
- 23 Gisela Steinlechner: *Fallgeschichten*, a.a.O., S. 34, 36.
- 24 Vgl. Hans-Jörg Rheinberger/Bettina Währg-Schmidt/Michael Hagner: »Räume des Wissens. Repräsentation, Codierung, Spur«, in: Dies. (Hg.): *Räume des Wissens. Repräsentation, Codierung, Spur*, Berlin: Akademie Verlag 1997, S. 19.
- 25 Joseph Vogl: »Einleitung«, a.a.O., S. 13, 15.
- 26 Ebd., S. 11.