

Tidligere i Tidsskriftet

Ønskes ikke gjengitt i pressen

Helt frem til siste halvdel av 1980-tallet fantes artikler ledsaget av slike og liknende merknader. Så også i 1947 da Ørnulv Ødegård presenterte en oversikt over lobotomi som behandlingsmetode «i den anglosaksiske verden».

En annen formulering lød: «Ønskes stoff i denne spalte omtalt i massemedia, ber vi om at det skjer i samråd med Redaktøren.» Hensikten bak slike anmodninger var nok et ønske om at dagspresse, TV og radio skulle ta kontakt med klinikere så vel som forskere – slik at de sammen kunne drøfte hvordan en popularisert fremstilling skulle bli for allmennheten. Men effekten ble snarere motsatt. Nettopp stoff som var ledsaget av slike overskrifter, vekket appetitten for uavhengig omtale utenfor det medisinskfaglige tidsskriftets rekke. Hvordan landets øvrige redaksjoner valgte å vinkle sin presentasjon, verken kunne eller skulle staben i legenes vitenskapelige publikasjon påvirke.

En av artiklene som eksplisitt var merket med «Ønskes ikke gjengitt i dagspressen»,



Samme år som Tidsskriftet publiserte Ødegårds artikkel, hadde ukebladet Aktuell en reportasje kalt Livet på et sinnssykehus. Under dette bildet stod følgende tekst: «Dette kan helbrede – i det minste lindre. Kirurgen borer et hull i kraniet for å skjære i hjernen. Gjennom hullet i kraniet vil han bryte av hvite hjernefibre som føres tilbake til frontal-lappen, setet for sentrale forbindelser.» Foto Bildesentralen, gjengitt i Tranøy J. Lobotomi i skandinavisk psykiatri. KS-serien nr. 1–92. Oslo: Institutt for kriminologi og strafferett, 1992

var signert Ørnulv Ødegård (1901–86). Mannen, som i 1950 ble professor ved Universitetet i Oslo og er blitt beskrevet som en av pionerene i norsk og internasjonal psykiatri (1), var på det tidspunkt overlege og direktør ved Gaustad sykehus.

I oktober 1945 holdt Ødegård foredrag i et fellesmøte for daværende «Neurologisk og Psykiatrisk forening». To år senere presenterte Tidsskrift for Den norske lægeforening psykiaterens tema under overskriften «Behandling av sinnssykdommer med prefrontal levtotomi. En oversikt»:

«Utviklingen i den psykiatriske terapi i de siste desennier har på et vis gått mot stadig mer inngripende metoder. Også før sjokkbehandlingene kom, var en slik tendens merkbar. «Dauerschlaf»-behandlingen brukte sovemiddel-dosering langt inn i det toksiske område, og behandlingen lå ikke langt unna. Likevel var sjokkbehandlingene med insulin, cardiazol og elektrisitet et betydelige skritt videre. Hvordan de virker, vet vi ikke, men den fellesfaktor en kan øyne er vel at større områder av nervesystemet settes ut av virksomhet for en tid, slik at innarbeidede sykelige funksjonsformer løsner, gamle mønstre strykes ut som når svampen går over en tavle, og det blir mulig å skrive inn nye og bedre.

[...] Disse metodene er så radikale at de fleste psykiatere betenker seg på å bruke dem overfor lettere sinnslidelser, men på den annen side var andre utålmodige over at virkningen ved de sværeste former ikke strakk til. En slik utålmodighet blir forståelig når en tenker på hvilken byrde sinnssykdommen kan være for den syke selv, for familien og for sykehusene, og hvor farlige de ofte kan være for pasientens liv og sunnhet. Det er denne utålmodigheten som forklarer at psykiatrien stort sett tok imot Moniz' drastiske behandling med interesse, selv om de fleste i begynnelsen var svært tilbakeholdende. De amerikanere som først innførte metoden, kunne i flere år ikke få noen pasienter fra offentlige sykehus – noe som vel for en del skyldtes at psykiatere derover må vokte seg vel for å utfordre den offentlige mening, og for å gi anledning til erstatningssøksmål.»

Artikler som refereres finnes i fulltekst på www.tidsskriftet.no – velg Tidligere i Tidsskriftet fra menyen på venstre side. Spalten redigeres av Kari Ronge.

Forfatteren forteller om hvor utbredt inngrepet allerede var blitt i «den anglosaksiske verden». Bare ved engelske sykehus var 800 pasienter blitt operert:

«I dag brukes metoden ved så vidt mange sykehus i U.S.A., Storbritannia, og andre land, også Sverige og Danmark, at den må sies å være på god vei til å bli et naturlig ledd i det komplette psykiatriske reper-toaret. Den er ikke så anerkjent at det kan rettes noen som helst bebreidelse mot de mange som ennå holder seg avventende, men den er på den annen side kommet ut av det rent eksperimentelle stadium.

[...] På den nordiske psykiaterkongress i København i sommer hadde Beckomberg den største gruppe, med 49, operert av Nordlén. I Danmark er det operert i alt et halvt hundre tilfelle. I Norge er det på Gaustad operert 16, og Dedichen og andre har spredte tilfelle.

Hva først indikasjonene angår er alle enige om at de må være strenge. Det kreves at sjokkbehandling med insulin og et av krampemidlene skal være forsøkt først, eller at det er kontraindikasjoner for slik behandling.

[...] Videre kreves det at sykdommen skal ha vart så lenge at det er liten chance til spontan remisjon – et tidsrom som da vil variere etter sykdommens art. Ved tvangsnervose er man tilbøyelig til å vente i flere år, og likedan ved kroniske hypokondrier. Derimot vil en ved ondartet schizofreni ikke vente mer enn et par år, fordi det gjelder å operere før den emosjonelle sløvheter er for fremskreden. Ett til to år etter sykdommens begynnelse er her det optimale, og over tre år bør det ikke være hvis man vil oppnå sosial helbredelse. Endelig kreves det at sykdommen skal være plagsom for den syke og så komplett invalidiserende at det blir forsvarlig å prøve alle muligheter.

Når det gjelder sykdomsbildet er alle enige om at her, så vel som for sjokkbehandling, er det ikke sykdomsener man behandler, men enkeltsymptomer – i høyden syndromer. Man velger ut fra de forskjellige sykdomsgrupper de tilfelle som preges av sterk affektiv spenning med utpreget ulystbetoning av angst og bekym-

ring. Det gjelder å finne fram til de pasienter som «still fight their disease», som Freeman sier. De skal reagere affektivt på sine symptomer, med angst, depresjon, aggressivitet, bekymrede grublerier. Ansiktsuttrykket er det beste mål for denne spenningen, mener Freeman, fordi det gir et godt inntrykk av vegetative tonus og likevekt. Wohlfahrt og Holmgren prøver å måle den samme spenningen objektivt gjennom blodsukkerkurven ved adrenalbelastning.

Det heter videre at prognosen er best ved sykdommer med akutt begynnelse og med tilbøyelighet til periodisitet i forløpet – videre der hvor det var utløsende årsaker av psykisk art, og hvor det var livlig produksjon av vrangforestillinger og sansebe- drag.»

En rekke tilstander ville kunne bedres av lobotomien, ifølge Ødegård:

«I første rekke kommer *de kroniske depresjoner*, slik en særlig finner den i involusjonsårene – de som i den angelsaksiske psykiatri gjerne skilles ut fra den manisk-depressive gruppe under navnet involusjonal melancholia. Her er jo ikke sykdommen bare langvarig og ofte utsiktsløs, men også meget plagsom grunnet angst, hypokonder sykdomsopp- tattethet og rastløshet. Dessuten truer den direkte livet. Ved de mer svingende manisk-depressive tilfelle når intervallene blir korte eller helt mangler og svingningene varer uavbrutt i årevis, slik som ved enkelte manier. Men her må snittet legges langt tilbake for å få noen effekt.

I slekt med disse depresjonene er *de kroniske hypokondrier*, helt inngrodde og intraktable, på grensen mellom nevrosen og psykoser ofte – noen av dem snarest av

parafren natur, andre av nevrotiske eller depressive.

Tvangsnevrosen av årelang varighet hører også til de viktigste indikasjonsområder. [...] Ved *kroniske angstnevrosen* har det vært brukt, men de fleste vil her finne operasjonen for drastisk.

Når vi så kommer til *schizofreniene* er meningene mer delte, skjønt flertallet av de opererte hører til denne gruppen. De fleste holder på at virkningen er best hos paranoide og parafrene, hvor der er rikelig produksjon av vrangforestillinger og hallusinose med sterk affektiv betoning. Er der derimot følelsesmessig sløvhet, kan man ikke vente noen særlig virkning, fordi slike schizofrene så likevel ikke «bruker sin frontalcortex» mer. Vrangforestillingene og hallusinosen påvirkes ikke direkte, men taper sin affektbetoning, og kommer derfor ikke til å bety så meget for den syke og hans atferd – etter hvert blekner de så bort. [...] Fra anstalthold meldes det om meget verdifulle bedringer hos kronisk urolige schizofrene – ikke minst hos urolige tuberkuløse – slik at de blir langt lettere å forpleie.

Endelig kan nevnes at en del aggressive og irritable *epileptikere* er operert med bra resultat, uten at antallet er øket. Derimot ser det ut til å virke dårlig hos tilsvarende imbesille typer. Enkelte pasienter med *utholdelige smerter* er også operert, og man oppnår iallfall at det psykiske overlager svinnet, angsten for smertene. Det gjelder for eks. syke med inoperabel cancer, tabes, ondartet dermatitt, artritt osv.»

Verken kontraindikasjoner eller operasjonsrisikoen var i særlig grad tema i Ørnulv Ødegårds artikkel:

«Det er imidlertid ikke bare sykdomsbil- ledet en må ta hensyn til, men også den *prepsykotiske personlighet*. Pasienter som alt før sin psykose viste et underskudd i tiltak og i følelsesmessig reaksjon på tilværelsen, eller som røpet underskudd i hemninger og sosial ansvarsfølelse, skal en være varsom med. Slike trekk kan forverres så en skaper psykopater. Derimot kan irritable og eksplosive trekk i personlig- heten ofte påvirkes gunstig, så hvis en skal innlate seg på operasjon av asosiale individer må de helst ha vært av denne typen.

[...] *Kontraindikasjonene* gjelder i første rekke selve operasjonsrisikoen, og skal derfor forbigås her. Av rent psykiatriske kontraindikasjoner er senile og arteriosklero- tiske forandringer viktigst. Men en ameri- kaner oppgir å ha operert med godt resultat flere over 70 år.»

Forfatteren er meget fornøyd med hva de utførte inngrepene har avstedkommet så langt:

«Hva nå *resultatene* angår, står en her i den heldige situasjon at noe kontrollmate- riale nesten ikke er påkrevd. All den bedring en får i slike tilfelle kan trygt

godskrives behandlingen. Best er resultatet ved depresjonene, hvor det kommer sosial remisjon i 60 til 90 prosent av tilfellene.

[...] ved schizofreni er tallene lavere, men like fullt meget oppmuntrende. Freeman hadde i 1945 50 tilfelle som var etterunder- søkt fra 2 til 7 år. Av dem var bare 9 frem- deles i anstalt, og over halvparten var i nyttig arbeid ute. [...] Oppsiktsvekkende gode er resultatene ved tvangsnevrosen, hvor det berettes om 80 prosent gode remi- sjoner. Tallene er jo små, men [...] alt i alt viser statistikkene at om lag tredjedelen av disse lite håpefulle tilfelle fikk en sosial remisjon, mens enda en tredjedel iallfall ble tydelig bedre. Dødeligheten er omkring 3 pst.

Det en først og fremst vil spørre om er da om en får disse resultatene gratis, eller om det drastiske inngrepet fører til svære post- operative defekter. Stort sett må en si at defektene er merkverdige små. Motoriske forstyrrelser eller taleforstyrrelser fore- kommer overhodet ikke, hvis man ikke legger snittet for langt tilbake, og det samme gjelder den frontale ataksi. De intel- lektuelle funksjoner svekkes påfallende lite.

[...] Evnen til sosial innsats er jo høyst forskjellig, men mange har gått tilbake til ganske høytliggende arbeid, og en har eksempler på at nye yrker er lært etter operasjonen – en dame i Amerika ble således interiørarkitekt. På den annen side er evnen til finere presisjonsarbeid ofte nedsatt. Husstell greier de med letthet. De fleste har operert langt flere kvinner enn menn – sikkert fordi husmoryrket regnes for å ligge svært godt til rette for slike pasienter.»

Etiske betenkeligheter så psykiateren riktignok, for selv om resultatene var gode viste opererte pasienter et svekket register:

«Forandringene ligger altså på det følel- sesmessige område. Det er ikke bare de sykkelig forsterkede ulystfølelser som svekkes, men også den normale følsomhet. Tross dette kan en i de gunstige tilfelle si at den sentrale personlighet er uforandret – slektningene synes de har fått pasienten tilbake igjen. I et av våre tilfelle var det for eks. tilfelle med en 12 års gutt, som godtok sin mor helt ut som den gamle. Visse forandringer er det nok alltid – noen karak- teriserer det som en viss barnslighet – andre sier at de heller er blitt eldre, er falt mer til ro i et slags otium – atter andre snakker om en ekstrovertering. Det er øyensynlig vanskelig å finne noen presis karakteristikk av det som er hendt med dem, og særlig inngående psykologiske undersøkelser er det smått med ennå. Det er på det rene at tiltaket er tydelig nedsatt, interessene er avstumpet, og arbeidet går mer på rutinen. I dagliglaget reagerer de hensiktsmessig på sitt miljø, men for fjerne mål og muligheter viser de ingen sans lenger. Evnen til å se og planlegge fremover er ikke i og for seg helt borte – de kan godt vise «foresight» i enkle



Isolat ved Gaustad Asyl, slik det så ut da antallet lobotomiinngrep var på det høyeste i Norge; i 1940- og 50-årene. Foto Gaustad sykehus arkiv/Riksarkivet

og objektive ting som når de spiller bridge eller sjakk. De har sin etiske vurderings- evne i behold, men den er blitt mer konvensjonell og følelsesfattig. De er på det rene med at de må opptre slik og slik, hvis ikke vil det og det hende, men selve følelsen av personlig etisk ansvar er svekket, og de er helt fri for all tvil om de selv handler riktig. Det er som de savner evnen til å se seg selv i en videre sosial sammenheng, og til å se seg selv i en fremtidig situasjon. De har tapt introspeksjonen, evnen til selv-objektivering som Golla har kalt det. Derfor opptre de ofte taktløst og hensynsløst, uten sans for andres følelser. Ansvarsfølelsen er også svekket, de blir slusket i sitt arbeid, lite å stole på. En husmor blant våre pasienter kunne gå fra oppvasken midt i arbeidet for å ta en tur i det fine været.

De forandringene en kan se i personligheten er altså uten tvil noe betenkelig sosialt og etisk sett, og ofte vil de uheldige trekkene komme tydeligere fram i hjemmet enn på sykehuset. Men utpregede asosiale trekk er heldigvis ikke iaktatt i noe tilfelle, selv om en forfatter beretter om tre pasienter som ble hustryraner av den hensynsløse typen.

Meget vesentlig er det imidlertid at slike forandringer sjelden er varige og upåvirkelige.»

Å finne ut av hva det er som gjør at inngrepet hjelper, er ikke særlig interessant, mente artikkelforfatteren:

«Alle fremhever at det etter operasjonen skjer en vidtgående reintegrering i hjernen, og at den ikke er ferdig før det er gått minst et par år. Tilstanden i det første halvår etter operasjonen er overhodet av liten betydning for den endelige prognose. Reintegrering skjer lettest hos unge. Hos gamle tar den lengre tid, og er mindre vidtgående – derfor skal en operere noe mindre radikalt hos dem. I denne opplæringsstiden lønner det seg å ofre tid på dem. På Gaustad satte vi en tidspleier til å passe to av dem, og resultatet var godt.

[...] Som ledd i denne etterbehandlingen har sjokkbehandling ofte vært brukt, med godt resultat, og den tåles uten vanskelighet. Mange tilfelle er også reoperert, enkelte til og med to ganger, og man har fått den bedring som uteble første gang. En enkelt anbefaler å bruke amfetamin som middel mot initiativmangelen og rastløsheten – jeg skulle tro det er en for farlig medikasjon.

Hvorfor dette inngrepet hjelper, vet en ikke så nøye, og alle spekulasjoner om det har derfor vesentlig teoretisk interesse. [...] Det er på det rene at det som først og fremst rammes er banene som forbinder den mediale thalamuskjerne med frontal cortex – en viktig forbindelse, som i fosterlivet får sin modning tidlig, lenge før de fleste assosiasjonsbaner. Muligens rammes de kortkopetale fibrer sterkest – iallfall er de retrograde celleforandringene langt sterkere

! Fakta

Noen fakta om lobotomi

- Lobotomi ble påbegynt i november 1935. I Norge ble den første operasjonen utført ved Gaustad Asyl førjulsvinteren 1941, den siste i 1974. Frem til 1947 ble det foretatt 16 inngrep, året etter økte antallet til 248. I hele perioden 1941–74 ble det utført minst 2 500 lobotomier i Norge. Sammenliknet med USA og flere europeiske land er dette et høyt tall. I alt ble lobotomi praktisert ved 19 norske psykiatriske institusjoner. De fleste inngrepene ble foretatt i perioden 1947–57.
- Behandlingsmetoden ble introdusert av portugiseren Egas Moniz (1874–1955) professor i nevrologi. I 1949 mottok Moniz Nobelprisen i medisin. Et viktig argument i Nobelkomiteens begrunnelse var at han hadde bidratt til å løse et pleieproblem i psykiatrien.
- Høsten 1948, da lobotomi var i rask vekst i Norge, skrev en ansatt i Kontoret for psykiatri ved det tidligere Helsedirektoratet, et notat til sine overordnede om bruken av lobotomi (se <http://www.riksarkivet.no/manedens/mai2003/hovedside.html>). Forfatteren, legen Bård Brekke (1916–90), vurderte lobotomi som en svært alvorlig operasjon med høy dødsrisiko. Inntil 1948 døde vel 32 % av de opererte pasientene ved det daværende Gaustad Asyl. Når det likevel antas at metoden i en periode vil bli hyppig anvendt, var den store plassmangelen ved de psykiatriske sykehusene en viktig grunn.
- I 1940- og 50-årene var mangel på sengeplasser ved psykiatriske institusjoner et voksende problem, med et overbelegg i 1950 på rundt 25 %. Dette forholdet ble omtalt som «asylnøden», og dannet i det hele en viktig bakgrunn for datidens helsepolitiske reformer i psykiatrisektoren.
- I Helsedirektoratets notat om lobotomi antas det at en del av de kronisk syke pleiepasientene, som utgjorde en stor andel av sykehuspasientene, kunne skrives ut til privat forpleining etter å ha blitt lobotomert. Inntil plassforholdene ble bedre, var antall operasjoner av «gamle asylkasus» forventet å stige raskt. «Fullstendig helbredelse i sosial forstand», kan – ifølge notatets forfatter Bård Brekke – bare oppnås i et lite antall tilfeller blant pasienter med «kortvarige sinnssykdommer». Derfor antar han at antallet lobotomier vil synke betydelig etter en periode med utstrakt lobotomering av «gamle asylkasus».
- I 1990 satte Sosial- og helsedepartementet ned et utvalg som skulle kartlegge og vurdere bruken av lobotomi i Norge. Arbeidet resulterte i *NOU 1992: 25. Utredning om lobotomi*. I etterkant fulgte krav om erstatning fra tidligere lobotomerte. I 1996 vedtok Stortinget at alle gjenlevende lobotomerte kunne tildeles erstatning på generelt grunnlag, fordi inngrepet ble vurdert som et svært spesielt behandlingstiltak. Beløpet ble satt til kr 100 000. Erstatningsordningen ble gjort gjeldende fra august samme år, og var uten tidsavgrensning. Innen utgangen av 1997 hadde det kommet inn 483 søknader om slik erstatning.

Per Haave

per.haave@legeforeningen.no
 Legeforeningens forskningsinstitutt

i thalamus enn i cortex, hvor de er meget lite uttalt. En tenker seg at denne thalamuskjernen normalt har den funksjon å fange opp viscerale og sensoriske impulser, omarbeide dem og sende dem videre til cortex. Her blir de så integrert opp et trinn, slik at sånne ting som skapende fantasi, planleggelse framover, selverkjennelse, sosialt og moralsk ansvar osv. blir til. Man kan også si det slik at disse høyere frontale jeg-fuksjonene blir forsynt med affektive tonus fra sentret i thalamus. Alt Freud antok at overjeget sitter i frontalbarken og das Es i thalamus, og lignende tanker har Kleists og andre hevdet. Operasjonen skulle altså kunne løse konflikter mellom Es og Ich ved å svekke den abnormt sterke dominans som overjeget hos enkelte individer tiltar seg – disse tilfellene hvor den normale forsik-

tighet blir til ubeslutsomhet og aktivitets-hemming – hvor omtanken for fremtiden blir til angst og bekymring – hvor selvkritikken blir til selvoppgivelse og mistro.»

Litteratur

1. Astrup C, Dalgard OS, Noreik K, Sundby P (red). Psykiatrien på skilleveien. Oslo: J. W. Cappelens forlag, 1971.