

DET HVIDE SNIT

Af Birgit Kirkebæk

Læsning af Ph.d.-afhandling: "lavmælt i tonen, overlader det for en stor del til læserne at perspektivere fundene . . . stort og velgennemarbejdet kildemateriale, der gør fund og konklusioner troværdige."

Den første forsøgsbehandling med det, der senere skulle blive kaldt det "hvide snit" foregik i Portugal i 1935. Patienten var en kvinde på 63 år med diagnosen "involutions-melankoli". Behandleren var professor i neurologi Egas Moniz efter hvis anvisninger, operationen blev foretaget. *"Som mål for operationen havde Egas Moniz valgt et område i frontallapperne, der var kendt for en stor tæthed af hvide nervetråde, som forbandt de forreste dele af hjernen med centre i mellemhjernen. Til at ødelægge nervebanerne havde han besluttet sig for at anvende indsprøjtninger med alkohol"* (s. 7).

Jesper Vaczy Kragh:
Det hvide snit. Psykokirurgi og dansk psykiatri 1922-1983.
Ph.d afhandling, Københavns Universitet,
Medicinsk Museion 2007.

Resultatet af operationen var ikke så godt, som Moniz havde forestillet sig. Alligevel hævdede han, at kvinden var blevet helbredt for sin angst, og indgrebet blev opført som helbredelse, selv om Moniz noterede,

at hun stadig var depressiv, og at hun desuden var blevet apatisk. Denne beretning er en nøglefortælling, som ridser afhandlingens problematik op. Hvad lå der gemt i de talrige meddelelser om helbredelse eller bedring af patienter efter indgrebet? Hvordan kan det være, at bivirkningerne blev nedtonet i formidling af den nye behandling og dens resultater? Hvad bragte lægerne på den tanke, at et indgreb i hjernen og ødelæggelse af hjerneafsnit kunne virke helbredende? En underliggende diskussion i denne problematik var, hvad der bevirkede sindssygdom. Var sindssygdom en biologisk lidelse af somatisk natur, eller var det en psykisk lidelse, som krævede andre former for terapi end fysiske indgreb.

Moniz var somatiker, og han byggede sin teori på erfaring med soldater, som under første verdenskrig havde fået hjerneskrader på grund af skudsår i hovedet. *"Studierne viste, at soldater med skader i frontallapperne var præget af ændringer med hensyn til sindsstemning og initia-*

António Egas Moniz (1874-1955), portugisisk neurokirurg og politiker, som i 1935 udførte det første hvide snit (lobotomi). Modtog 1949 Nobelprisen sammen med W.R. Hess i fysiologi/medicin – og var endvidere udenrigsminister 1918-19.



tiv, men at der sjældent kunne spores en negativ effekt i forhold til hukommelse og intellektuelle evner” (s. 11). Moniz havde en teori om, at “fikserede ideer” i patientens hjerne kunne fjernes operativt gennem indgreb i frontallapperne – at ideerne så at sige var fysiologisk forankret. Han præsenterede sine overvejelser og resultater på Den anden Internationale Neurologkongres i London i 1935. Her fremhævede Moniz fortrinsvis positive resultater i sin teorigennemgang, mens teoretikere, der havde fokus på bivirkninger af indgreb i frontallapperne, ikke blev omtalt. På det tidspunkt vakte Moniz’s teori undren og også mishag, men snart blev metoden videreført af andre, som var optaget af, at metoden ifølge Moniz kunne helbrede eller bedre op mod 70% af patienternes tilstand.

Den amerikanske neurolog Walter Freeman, der var ivrig somatiker, begyndte i 1936 sammen med kirurgen James Watts at operere patienter. Samtidig søgte de at videreudvikle den teknik, Moniz havde benyttet. I 1942 udgav de en monografi om lobotomien (det hvide snit), som blev meget udbredt. Freeman havde forenklet den operative metode, og han begyndte at formidle den til andre i 1945. *“Bedøvelsen af patienten blev foretaget med to elektrochok kort efter hinanden. Et instrument, der lignede en issyl, blev ført langs næseryggen og ind under patientens øjenlåg. Herefter blev det med en hammer banket gennem den tynde del af kraniet ved øjenhulen,*

videre ind i frontallapperne og vrikket fra side til side, så det overskar et område af hjernens hvide substans” (s. 13).

Både Moniz og Freeman noterede bivirkninger af indgrebet. Moniz rapporterede om fysiske mén som inkontinens, øjenproblemer og opkastninger og psykiske mén som apati, initiativløshed, sløvhed og stumhed. Freeman noterede som psykiske mén personlighedsændringer i form af følelseskulde, hensynsløshed, løssluppenhed, dorskhed, manglende dømmekraft og manglende evne til planlægning. Fysiske mén var krampeanfald og utilsigtede hjerneskader gennem uensartede snit. Den mest alvorlige komplikation ved operationerne var blødninger, som medførte patientens død.

Trods dødsfald og bivirkninger var der flere og flere læger, der tog metoden i brug i forhold til patienter, hvor andre behandlingsmetoder havde været uden virkning. Medvirkende til metodens udbredelse var den populære presses fremstilling af behandlingen som et *“avanceret indgreb med fantastiske resultater”* (s. 15). Medvirkende var også, at Egas Moniz i 1949 blev tildelt Nobelprisen for sin opdagelse, og

at behandlingen ikke alene i den populære presse men også i medicinske lærebøger blev tillagt positiv værdi.

I 1948 nåede lobotomien sit højdepunkt. Metoden var blevet videreudviklet, og de forskellige teknikker blev lanceret under betegnelsen "psykokirurgi". "Den første internationale psykokirurgiske kongres" blev afholdt i Lissabon i 1948. På kongressen blev fremlagt rapporter om 8000 psykokirurgiske operationer på verdensplan. De patienter, der blev valgt til operation, var patienter med skizofreni, tvangsneurose, epilepsi, psykopati samt enkelte kriminelle¹⁾ og åndssvage²⁾ I forhold til åndssvage blev børn helt ned til seks år opereret.

Jesper Vaczy Kragh har som hovedformål med sin afhandling "*at undersøge udviklingen og brugen af behandlingsmetoder inden for dansk psykiatri og her især den exceptionelt store anvendelse af psykokirurgien. Hvad var baggrunden for at bruge en metode, som var forbundet med risiko for patienterne? Og hvilke faktorer bidrog til den meget omfattende anvendelse af indgrebet i Danmark?*" (s. 21). På baggrund af analyse af behandlingspraksis på statslige sindssygehospitaler diskuterer Kragh sine fund i forhold til to hovedforklaringer, som udenlandsk historisk forskning om lobotomien har fokuseret på: Var anvendelsen af "det hvide snit" i Danmark udtryk for "social kontrol" eller "en sidste udvej"?

Direktoratet for Statens Sindssygehospitaler, som hørte under Indenrigsministeriet, blev oprettet i 1922. Kragh undersøger, hvilken rolle sindssygehospitalerne og direktoratet spillede med hensyn til brug af psykokirurgi. Specifikt er udvælgelsespraksis på sindssygehospitalet i Vordingborg undersøgt. Analysen starter i 1922 med det første danske psykokirurgiske indgreb og slutter i 1983, hvor det sidste blev foretaget. Hovedvægten i afhandlingen ligger på perioden fra slutningen af 1930erne frem til 1953, der var behandlingens "storhedstid". Arkivfundene behandles både kvalitativt og kvantitativt.

Jesper Vaczy Kragh konkluderer, at "*Den danske historie om lobotomien ikke [var] mindre kontroversiel end i andre lande. Og tallene fra perioden viser, at antallet af indgreb i Danmark snarere var større*

end i noget andet land" (s. 366). Det forklares ud fra følgende forhold:

Der blev skabt en basis for lobotomien gennem den harmonisering af sindssygevæsenet fra 1920erne til 1940erne, som oprettelsen af Direktoratet for Statens Sindssygehospitaler bevirkede. Direktoratet medvirkede til at anerkende metoder, som sindssygeoverlægerne ønskede afprøvet. At der blev indført fælles regler for diverse behandlinger og et formelt samarbejde sindssygehospitalerne imellem medvirkede til, at nye behandlingsmetoder fik bred tilslutning.

I den tidlige fase af psykokirurgiens historie skete valget af lobotomi-behandling i et samspil mellem lægernes ønske om at afprøve metoden og de pårørendes forhåbninger. Pårørende udsatte læger for et vist pres med hensyn til at gennemføre behandlingsforløb af sindssyge familiemedlemmer ved brug af nye og positivt omtalte metoder. De første patienter var veluddannede og velstillede (s. 169), Der blev før brugen af lobotomi forsøgt behandling af sindssyge med "feberbehandling". Smitte med en mild form for malaria skulle fremkalde feberanfald hos udvalgte patienter. Malariabehandlingen blev udviklet i Østrig i begyndelsen af 1900-tallet. Forestillingen var, at feber kunne have en gavnlig indvirkning på den form for sindssyge, der var et resultat af syfilis i sidste stadie. Behandlingen gav ifølge rapporter bedring af patienternes tilstand. Behandling med malaria blev brugt i Danmark i 1920erne. Lægerne vidste ikke, hvad det var ved malariaen, der tilsyneladende virkede. Var det den varme feberen fremkaldte, eller var det den mobilisering af antistoffer, som sygdommen bevirkede, der skaffede patienterne bedring? I 1950erne gjorde penicillinet forsøg med varmebehandlinger overflødig i forhold til syfilis. Sulfosin var et svovlloliepræparat, som gennem injektion i musklerne kunne fremkalde høj feber hos patienterne. Også det blev forsøgt anvendt til behandling på linie med malaria.

Andre behandlingsformer blev forsøgt – eksempelvis "metalsaltebehandling" med indgivelse af mangan. Manganbehandling blev afprøvet på Sindssygehospitalet i Vor-

dingborg i 1927, men behandlingen syntes ikke at have den forventede effekt overfor skizofreni. Forestillingen med hensyn til metalsaltebehandlingen var, at sindssygdom skyldtes en forgiftningstilstand, som blandt andet mangan kunne modvirke. Sidstnævnte behandling gav som omtalt ikke de forventede resultater. Herefter forsøgte lægerne sig med insulin og cardiazol.

Insulin og cardiazol blev i slutningen af 1937 benyttet som en form for chokbehandling på Statens Sindssygehospitalet. Chokbehandling blev betragtet som et genembrud for psykiatrien, og der blev meldt om mirakuløse helbredelser. De nye chokbehandlinger kunne både løfte faget ud af et behandlingsmæssigt dødvande og placere psykiatrien på linie med andre lægelige specialer. Ved at give injektioner med insulin i store doser skete der et fald i blodsukkerprocenten med en påfølgende hæmning af hjernens funktion. Behandlingen kunne resultere i kramper og koma, som skulle behandles med sukkeropløsning. (s. 81).

Cardiazolchokbehandling gik ud på at fremkalde epileptiske anfald, som ifølge opfinderen af metoden, den ungarske neurolog og psykiater Ladislaus Joseph von Meduna skulle bedre tilstanden hos skizofrene. Cardiazol blev indsprøjtet i patienterne, som fik krampeanfald fulgt af dyb bevidstløshed. Behandlingen blev af patienterne opfattet som meget angstprovokerende og ubehagelig. Kramperne kunne være så voldsomme, at der kunne ske skader på patienten.

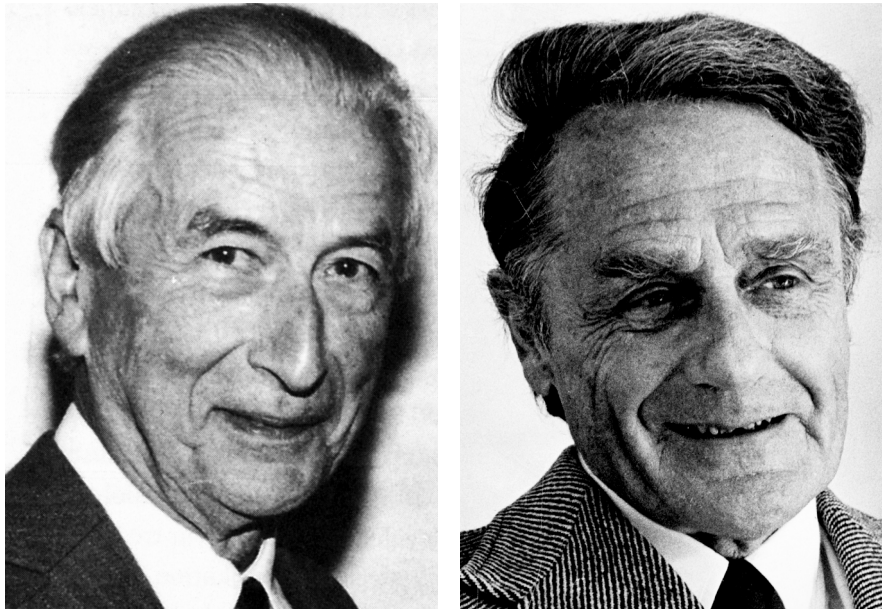
På baggrund af den somatiske optaget og de mange forsøg på behandling af sindssygdom gennem fysiologiske metoder blev neurologi det faglige fokusområde i psykiatrien. Det betød, at læger med et neurologisk speciale blev foretrukket, når læger skulle ansættes eller opgraderes. Det betød også, at terapeutiske specialer blev fravalgt.

Neurologi og neurokirurgi blev tænkt sammen. I psykiatriske lærebøger blev psykologiske og psykoanalytiske metoder nedtonet til fordel for fysiske behandlingsmetoder. Det forsvarlige i at anvende risikofyldte metoder blev cementeret ved chokbehandlingerne i slutningen af 1930'erne. Samstemmende med det blev

også andre risikofyldte behandlinger accepteret som eksempelvis kastration af psykiatriske patienter. Før lobotomiens gennemslag i 1940'erne var der allerede politisk accept af fysiske indgreb. Den første danske lov om sterilisation og kastration blev vedtaget i 1929. Sideløbende med lobotomien blev elektrochok fra 1940 en anvendt metode i Danmark. Den afløste cardiazol-behandlingen. Hvor elektrochok ikke virkede, blev der ofte grebet til behandling med lobotomi.

Mennesker med skizofreni indgik antalsmæssigt med stor vægt i de foretagne lobotomier. Holdningen var, at skizofreni var en uhelbredelig sygdom ved brug af de gængse metoder, og at *“eventuelle skader som følge af [lobotomi]behandlingen”* derfor ikke spillede *“en afgørende rolle for patienternes tilstand. Sygdommen ville alligevel til sidst give dem “defekter”* (s. 371). Desuden var skader og dødsfald ikke nye foreteelser i forhold til lobotomien. De var allerede kendt (og accepteret) i forhold til de anvendte chokbehandlinger. Initiativet til at udføre lobotomibehandling på de danske neurokirurgiske afdelinger kom ikke fra neurokirurger, men fra psykiatere. Kragh har ikke fundet modstand fra neurokirurgerne i forhold til de lobotomi-indgreb, de skulle udføre. *“Modvillige patienter blev i flere tilfælde opereret af neurokirurgerne, der også gik med til at lobotomere både helt unge patienter med diagnosen psykopati og børn helt ned til 6 års alderen”*. (s. 377). Mange operationer foregik på Rigshospitalets neurokirurgiske afdeling.

Medvirkende til den positive opfattelse af lobotomien var videnskabelig praksis og den anvendte evalueringsmetode. Dansk Psykiatrisk Selskabs chokudvalg vurderede lobotomien ud fra kriterier, som gik ud på at vurdere enkeltsymptomer. I det system var bivirkninger nedtonet, og en personlighedsmæssig helhedsvurdering manglede. *“Uhyre få patienter fik betegnelsen “forværret”, når psykiaterne evaluerede effekten af lobotomien i den psykiatriske litteratur”* (s. 371). Der blev ikke foretaget systematiske psykologiske undersøgelser af patienterne før og efter indgrebet. *“Bedring”* blev alene vurderet efter klinisk



“Brugen af lobotomi blev støttet af toneangivne og højt respekterede psykiatere som Erik Strömngren og Villars Lunn.

Psykiatrien havde som fag brug for den opmærksomhed og det håb, psykokirurgien repræsenterede. Disse indgrebs somatiske natur placerede psykiatrien på linie med andre lægelige specialer og gav anledning til, at der kunne fremsættes krav om udbygning af behandlingsfaciliteter, opgradering af personalestab, samarbejde med andre lægelige specialer etc.”

Strömngren og Lunn afviste helt op i 90'erne kritik af psykokirurgiske indgreb.

observation. Der var ikke forsøg med kontrolgrupper, idet psykiaterne fandt det unødvendigt i forhold til behandling med lobotomi.

Brugen af lobotomi blev støttet af toneangivne og højt respekterede psykiatere som Erik Strömngren og Villars Lunn. I pressen og populærvidenskabelige tidskrifter blev lobotomien fremhævet som en banebrydende og succesfuld behandling, og også i fagtidsskrifterne blev lobotomien fremhævet positivt.

Psykiatrien havde som fag brug for den opmærksomhed og det håb, psykokirurgien repræsenterede. Disse indgrebs somatiske natur placerede psykiatrien på linie med andre lægelige specialer og gav anledning til, at der kunne fremsættes krav om udbygning af behandlingsfaciliteter, opgradering af personalestab, samarbejde med andre lægelige specialer etc. Økonomisk

blev der argumenteret med, at lobotomi-behandlingen kunne resultere i udskrivninger og dermed “redde sygedage”. Fra at være opbevaringshospitaller skulle sindssygehospitallerne nu ændre status til at være behandlingsinstitutioner med udskrivning for øje.

De klager over behandlingen, der fremkom fra patienter og pårørende, nåede ikke langt. De blev afgjort internt af Direktoratet, som sjældent fandt grundlag for at give patienter og pårørende medhold i deres klager. Sundhedsstyrelse og Retslægeråd bakkede som regel Direktoratets vurdering op. *“De fælles bestræbelser på at få ligestillet psykiatrien med de almindelige hospitaler var i alles interesse, mens en større offentlig diskussion om tvangsbehandling ikke hørte til ønskescenarierne for nogen af parterne”*, skriver Kragh (s. 375).

Som argumentation for brug af lobotomi-behandling fremførte lægerne de problematiske pladsforhold på hospitalerne, men Kragh har ikke kunnet finde nogen klar sammenhæng mellem særligt problematiske forhold på afdelingerne og indførelse af lobotomi. Der er heller ikke en overvægt af patienter med lange indlæggelser i materialet vedrørende lobotomerede (s. 249). Dog var der i perioden 1948-1953 store pladsproblemer på hospitalerne, og lobotomibe-handling kan i denne periode være blevet udført i et håb om udskrivning og dermed pladsforbedring.

Skizofreni var den største gruppe af lobotomerede på Sindssygehuset i Vordingborg, men også patienter med diagnosen psykopati indgik med bemærkesværdig høj vægt. Endvidere blev kvinder i langt højere omfang end mænd lobotomerede. *“Selvom psykopaterne blot blev karakteriseret som “karakterafvigende”, var lægerne i høj grad villige til at indstille dem til hjerneoperationerne. Det foregik sjældent med patienternes velsignelse, og psykopaterne noterede ofte flere uheldige følger af operationerne”,* skriver Kragh (s. 260).

Kragh mener ikke, at udvælgelse af patienter til lobotomi kan reduceres til et spørgsmål om enten social kontrol eller en sidste udvej. Han har fundet indikationer, som peger i begge retninger. Indikation for lobotomi blev *“ofte fokuseret på et enkelt symptom, som udgjorde et problem i hverdagen på hospitalet. Aggression, uro, ødelæggelsestrang, urenlighed og særlige seksuelle tilbøjeligheder kunne således blive anført i begrundelse for en lobotomi. Man udtrykte i denne forbindelse håb om, at lobotomien kunne pacificere eller dæmpe patienterne. Men indikationer, der omhandlede lobotomien som en sidste udvej, kan som sagt også findes. Hvis patienterne blev vurderet som meget forpinte, havde lange sygehistorier, og ikke havde haft gavn af andre mulige behandlinger, kunne en lobotomi til sidst komme på tale”* (s. 379).

Kragh pointerer i den forbindelse, at den mest hyppige indikationsårsag drejede sig om patienternes uro og aggressivitet. I forhold til diagnosen psykopati er social kontrol momentet tydelig. Især kvindelige patienter og patienter helt ned til 14 år

med denne diagnose blev lobotomeret – i visse tilfælde som en form for disciplinering. Modpolen til denne patientgruppe var patienter med tvangsneuroser. Disse patienter voldte sjældent uro, men blev indstillet til lobotomi som en sidste udvej i forhold til deres forpinte sindstilstand. Men i forhold til mennesker med skizofreni *“er forklaringer om kontrol og sidste udvej mere dobbelttydige”,* skriver Kragh (s. 381). Her var der ikke tale om et enten-eller, men om et både-og. Det, der blev fremhævet i forhold til lobotomi af skizofrene, var, at de blev lettere at passe efter lobotomien, og at de efter indgrebet eventuelt kunne flyttes til en bedre afdeling.

Kraghs pointe er, at spørgsmålet om, hvorvidt der i lobotomibe-handlingen var tale om “social kontrol” eller “sidste udvej” må nuanceres, dels i forhold til diagnosegruppe, dels i forhold til køn og social status. Med hensyn til social status kan det tilbagevises, at der skulle være tale om en særlig udvælgelse af patienter med lav social status til lobotomi-operationer. Derimod ser det ud til, at kvinder i langt højere grad end mænd er blevet indstillet til operation, idet de er blevet opfattet som mere besværlige end mænd – dette gælder især kvinder med diagnosen psykopati. De var vanskelige at tumle på afdelinger med fortrinsvis kvindeligt personale.

Kragh pointerer, at det var velkendt blandt psykiatere, at skadevirkningerne af lobotomi var omfattende. *“På hospitalet i Vordingborg fik over 50% af patienterne diagnosen lobotomia sequelae. Over 30% havde krampeanfald og nogle i så svær grad, at de døde efter status epilepticus”* (s. 388). Dødsprocenten var generelt høj – visse steder helt op mod 10%.

Der er rapporteret 4000 psykokirurgiske indgreb i Danmark. Kragh mener ud fra sin undersøgelse, at antallet for perioden 1939-1983 snarere er 4.500 (s. 351).

I 1955 blev reglen om samtykkeerklæringer diskuteret. På trods af at ombudsmand Stephan Hurwitz anbefalede at bevare samtykkeerklæringerne, blev de efter ønske fra overlægerne på Statens Sindssygehospitaler ophævet. Dette skete, selv om der var rejst alvorlig kritik fra visse patienters og pårørendes side af, at der

var foretaget indgreb uden samtykke. Overlægerne kunne efter ophævelsen af reglerne om samtykkeerklæring uden indblanding udefra bestemme, hvilken lægelig behandling, der skulle gives. Dette reducerede patienternes retsstilling betydeligt. Først i 1970'erne kom ombudsmand Lars Nordskov Nielsen igennem med krav om, at tvangsmæssig behandling af patienter på Statens Sindssygehospitalet skulle undersøges med hensyn til omfang, forløb m.v. Denne undersøgelse blev offentlig tilgængelig i 1982. Undersøgelsens resultat bevirkede, at Sundhedsstyrelsen fandt det nødvendigt at indføre den regel, at styrelsens accept skulle indhentes ved alle psykokirurgiske indgreb.

På det tidspunkt begyndte yngre psykiatere at vurdere psykokirurgiske indgreb i forhold til hele patientens personlighed, ikke kun i forhold til enkeltsymptomer. Der blev til det formål anvendt *“et større spektrum af psykologiske tests”* (s. 347). En ny undersøgelse viste, at 37% af patienterne havde fået forværret tilstand efter indgrebet, og der blev på den baggrund rejst tvivl om, hvordan rapporteringen af bedret tilstand skulle forstås i forhold til patientens personlighed.

Det sidste psykokirurgiske indgreb blev udført på Rigshospitalet i 1983. Stoppet for denne behandlingsmetode skyldtes dels, at der i pressen var kommet en mere kritisk holdning til behandlingen, hvilket fik ombudsmanden til at genoptage sagen, dels at sagen også vakte politisk opmærksomhed. Ikke mindst ombudsmandens gentagne efterlysning af en efterundersøgelse, som Sundhedsstyrelsen i 1975 havde lovet, holdt sagen varm. Ombudsmanden rykkede i alt ni gange for den lovede undersøgelse, som endelig kom i 1982. Undersøgelsens resultater fik Sundhedsstyrelsen til at ændre holdning og forlange skærpede regler for psykokirurgiske indgreb. Forfatterne til undersøgelsen havde dels vurderet indgrebets betydning for hele personligheden, dels anvendt et større spektrum af psykologiske tests. Undersøgelsen omfattede 65 patienter, der var blevet opereret efter den nyeste psykokirurgiske metode i perioden 1965-1974. Ifølge undersøgelsen var 37% af patienterne ble-

vet forværret efter operationerne, hos 25% havde der været en form for bedring, mens 9% var uforandret. 26%’s tilstand kunne tvetydigt tolkes som både forbedring og forværring og 3% kunne ikke evalueres. I undersøgelsen blev der rejst kritik af måden, indstillingerne til psykokirurgiske indgreb var foregået på, men også af måden patienterne var blevet informeret på.

Den kritiske diskussion af psykokirurgien gjorde, at der politisk måtte tages stilling til behandlingen. Det blev der på baggrund af en betænkning i 1987, der foreslog nye bestemmelser om brug af tvang i psykiatrien. Disse bestemmelser blev i et særskilt kapitel indføjede i den danske psykiatrilov og bibeholdt, da loven i 1998 blev revideret.

Jesper Vaczy Kraghs afhandling er lavmælt i tonen, og han overlader det for en stor del til læserne at perspektivere fundene. Den bygger på et stort og velgennearbejdet kildemateriale, der gør fund og konklusioner troværdige. Når jeg som læser overvejer dens betydning, finder jeg det slående, at der er hæftet lige så mange etiske problemer ved “sidste udvej” begrundelsen, som der er ved “social kontrol” aspektet. “Sidste udvej” repræsenterer i afhandlingen både fortvivlelse over patienters pinefulde tilstand og vurdering af deres livs værdi. Lægelige vurderinger af, at selv meget risikable indgreb kan accepteres, da patienten intet har at miste, viser, at der er forskel på lægers vurdering og logik og patienternes. For patienten kunne indgrebet betyde død eller fysiske og psykiske mén. For lægen var patienten allerede død i en samfundsmæssig sammenhæng, hvorfor tabet blev vurderet som ringe. Der er et gråzoneområde mellem “sidste udvej” og forsøg med mennesker. Dette gråzoneområde fik med hensyn til psykokirurgisk behandling et officielt stempel i 1955, da bestemmelsen om samtykke officielt blev ophævet. Selvom der senere blev genindført kontrolforanstaltninger, og selvom lobotomibebehandlinger er ophørt, er spørgsmålet om forholdet mellem “sidste udvej” behandlinger og forsøgsvirksomhed vel stadig aktuel.

Selvom Kragh ikke har fundet et hierarki i udvælgelsen af patienter til lobotomi

med hensyn til uddannelse og velstillethed, så er der alligevel et hierarki at spore, hvor "social kontrol" aspektet er fremtrædende. Åndssvage var de, der blev lobotomeret, selv om de endnu var børn. Kvindelige psykopater blev også lobotomeret i stort omfang og i meget ung alder. Hierarkiet ses af, at åndssvage og psykopater var lavest placeret i handicaphierarkiet i det tidsrum, hvor lobotomien havde sin glansperiode.

Forstemmende er det at følge, hvilken betydning håbet om en bedre faglig status fik for de lægelige risikovurderinger. Sindsygehospitalerne havde brug for succes, og der blev rapporteret succes. Succesen gav både prestige, økonomi og magt til et tidligere nedvurderet lægeligt speciale. Ledende og højt respekterede psykiatere som Erik Strömngren og Villars Lunn afviste helt op i 1990'erne kritik af psykokirurgiske indgreb. Ikke alene lægelige specialer og fagfelter kan falde for fristelsen til at lancere succes, hvor den er højst tvivlsom. Andre behandlere kan foretage den samme manøvre, hvilket må få os til at overveje, hvordan såkaldte succeser konstrueres fagligt og formidles offentligt.

I et interview i Weekend-avisen juni 2007 gav professor Tom Bolvig udtryk for, at psykiatrien er i krise, fordi den biologiske opfattelse af psykisk sygdom er blevet erstattet af en opfattelse af, at der med hensyn til sindssygdom er tale om psykologiske, sociale og samfundsmæssige problemer.³⁾

"Tre årtiers modstand mod den hvidkittede psykiatri med dens sindssygehospitaler og arsenal af kemiske præparater og elektrochok har sejret af helvede til [...]", står der indledningsvis i artiklen. Bolvig gør i interviewet op med denne "tåbelighed" og fremhæver den biologiske tilgængelighed fortjenester. Han argumenterer for, at blandt andet den hastige udvikling indenfor molekylærbiologien burde *"medvirke til at bringe specialet tilbage til dets oprindelige lægevidenskabelige ståsted, altså cementere psykiatriens placering som et medicinsk fagområde på linie med de andre store specialer: medicin, kirurgi og pædiatri"*.

I forhold til indholdet i Jesper Vaczy Kraghs afhandling er denne udtalelse både tankevækkende og foruroligende, dels fordi det bliver synligt, at den gamle kamp om at blive anerkendt som et medicinsk fagområde på linie med andre store specialer stadig er aktuel, dels at et begreb som "lægevidenskabeligt ståsted" i høj grad er historisk betinget og fagligt konstrueret, men ikke nødvendigvis sikkert funderet.⁴⁾

Noter:

1. Seks kriminelle psykopater blev lobotomeret på Psykopatanstalten i Herstedvester (Kragh 2007, s. 187).
2. Fra 1947 indstillede nogle åndssvageanstalter patienter til lobotomi. Børn og unge blev også lobotomeret – mindst 20 var under 14 år (Jf. Kragh 2007, s. 188 og 388).
3. Poul Pilgaard Johnsen: "Det er pinligt at sige, at man vil være psykiater". Weekend-avisen 15-21. juni 2007.
4. Jf. debat om interviewet med Tom Bolvig: Benny Lihme: Tærsklen er sænket. Weekend-avisen 22-28. juni 2007. Torben Ishøy: Vrangforestillinger. Weekend-avisen 29. juni-5. juli 2007. Birgitte Bechgaard: Bolvig. Weekend-avisen 29. juni-5. juli 2007. Benny Lihme: Sygt. Weekend-avisen 6-12. juli 2007.