

KAPITEL VI

ØDELÆGGELSE AF HJERNEN FOR AT REDDE SINDET

DE FLESTE LÆSERE VIL UDEN TVIVL UNDRE SIG OVER, AT VI INKLUDERER et kapitel om psykokirurgi. Denne berygtede form for psykiatrisk behandling forsvandt trods alt fra den psykiatriske arena i 60'erne og 70'erne.

Det enkle svar er, at psykokirurgi faktisk *ikke* er forsvundet. Det er i stedet gået under jorden.

I sin bog *Psychosurgery* fra 1992 konstaterer Joann Rodgers, at på grund af frygt for juridiske, politiske og restriktive efterdønninger er de, der fortsætter med at arbejde inden for dette område, ikke tilbøjelige til at ville informere hverken offentligheden eller de journalister, der rapporterer til offentligheden om sundhed og medicin. Hun skriver: "Fx undlod flere af de psykiatere og kirurger, der skabte overskrifter i 70'erne, hvor de opfordrede til fordomsfrihed over for psykokirurgi, at reagere på gentagne forespørgsler om interviews ... En neurolog på et velrenommeret lægecenter på Østkysten krævede anonymitet for sig selv og sit hospital for at samarbejde og give adgang til oplysninger."¹

Det fremkalder faktisk angst bare *at nævne* emnet for disse læger. Ligesom nutidens psykiatere desperat forsøger at forvise udtrykket *chokbehandling* fra offentlighedens ordforråd, så får ordet *psykokirurgi* håret til at rejse sig på dem, der udfører operationerne. "Uden undtagelse," skrev Rodgers, "bad enhver kirurg og psykiater, jeg interviewede, om at ordet *psykokirurgi* måtte blive udeladt af teksten til fordel for udtryk som 'hjernekirurgi til behandling psykiatriske diagnoser' eller 'funktionel neurokirurgi.'"²

Dette område er så fuldt af hemmeligheder, at det nøjagtige antal psykokirurgiske operationer ikke kendes. Mens der er registreret mellem 200 og 300 operationer om året i hele verden³, kan det reelle tal let løbe op i tusindvis, hvoraf mange af dem bliver udført uden offentlighedens kendskab og under dække af andre former for hjernekirurgi.⁴

Man kan kalde det, hvad man vil – af psykiatriske årsager foregår der stadig kirurgiske indgreb i hjernen.

PSYKOKIRURGIENS OPSTÅEN

Medicinske historikere sporer ofte den moderne psykokirurgis oprindelse til 1848 og et uheld ved en eksplosion, der involverede en jernbanearbejder ved navn Phineas Gage. Den begavede og omgængelige Gage fik en jernstang gennem kinden og ind i hjernens frontallapper, men fortsatte til manges forundring med at leve, så han kunne fortælle historien. Han levede, men overlevede alligevel ikke så godt endda. I følge hans læge blev den tidligere religiøse Gage “uroelig, respektløs, gav sig somme tider af med den groveste blasfemi (hvilket han ikke tidligere havde haft for vane), og udviste kun ringe hensynsfuldhed overfor sine kolleger ...” Lægen bemærkede, at “hans mentalitet var radikalt forandret, så alle hans venner og bekendte sagde, at han ikke længere var Gage.” Da han ikke var i stand til at beholde sit arbejde, fik jernbanearbejderen ansættelse som en original i P. T. Barnums Cirkus.⁵

Men denne og lignende begivenheder gik ikke ubemærket hen i lægekredse. Her var et levende bevis på et usædvanligt fænomen: man kunne fjerne eller beskadige de frontale dele af et menneskes hjerne uden at slå det helt ihjel.

I 1880'erne blev den schweiziske leder for et sindssygehospital, Gottlieb Burckhardt, den første kendte psykokirurg, da han fjernede hjernevæv ikke bare fra én, men fra seks patienter, idet han håbede, “at patienten måske ændrede sig fra en forstyrret sindssyg til en rolig sindssyg.”⁶ Selvom én døde og andre pådrog sig epilepsi, lammelser og afasi (tab af evnen til at bruge eller forstå ord), var Burckhardt tilfreds med, at adskillige faktisk blev lettere at håndtere.⁷ Efter alvorlig kritik fra sine kolleger, stoppede psykiateren operationerne, men forsvarede sine handlinger.

I 1910 blev tilsvarende kirurgi forsøgt på tre patienter af Lodivicus Puusepp, en estisk læge, der derefter også opgav ideen.⁸

Men 1935 markerer psykokirurgiens egentlige fødsel. Det år deltog Egas Moniz, som var portugisisk neurolog, ved den Anden Internationale Neurologiske Kongres i London, hvor han hørte om rapporter om to chimpanseer, der havde fået fjernet frontallapperne. Postoperativt udviste dyrene ringe eller ingen interesse over for ting, der tidligere havde gjort dem frustrerede. De var blevet rolige og passive.

Moniz opstillede en hypotese om, at den samme behandling måske kunne anvendes til at passivisere menneskelige følelser. Når man overvejer de indlysende farer, der er forbundet med det område, lægen bevægede sig ind på, skulle man forvente, at en sådan teori ville blive efterforsket grundigt og testet omhyggeligt, før den blev anvendt på offentligheden. Moniz udførte ikke bare én operation for derefter metodisk at granske korttids- og langtidsvirkningerne – trods den kendsgerning som en forfatter bemærker,

at "... Det blev rapporteret, at kvinden efter den første operation var mindre ophidset, men mere apatisk."⁹ Mindre end 60 dage efter konferencen udførte neurologen med hjælp fra en neurokirurg en serie på 20 psykokirurgiske operationer i løbet af to måneder.^{10, 11}

Han gav det tilnavnet *leukotomi* (leuco: "hvid"; tomos: "snit"), fordi det indebar, at der blev skåret i den hvide substans. For at udføre indgrebet udviklede han et bemærkelsesværdigt instrument, som han kaldte en leukotom. Skaftet trængte ind i frontallappernes hvide substans. Kirurgen pressede et stempel på leukotomen. En ståltrådsspiral kom ud af enden på instrumentet og ind i hjernen. Leukotomen blev drejet og skar en del af patientens hjernevæv ud.¹²

Moniz – den mand der opfandt ordet *psykokirurgi* – påstod, at en tredjedel af hans patienter blev helbredt, en tredjedel gjorde fremskridt og en tredjedel forblev uforandrede.^{13, 14} Denne påstand – som ikke var andet end lægens ubekræftede mening – skulle blive den opfattelse, der i de følgende år kom til at ligge til grund for tusindvis af leukotomier. Afvigende meninger var ikke velsete. Forfatteren Joann Rodgers siger om Moniz i *Psychosurgery*: "Han benyttede personlige kontakter til at knuse kritikken i den populære presse."¹⁵

Den uundgåelige fodnote man støder på, når man diskuterer Moniz's liv er, at han i 1944 ironisk nok blev skudt og permanent lammet af en af sine leukotomerede patienter. Men man hører sjældent, at han 12 år senere igen blev angrebet af en taknemmelig patient – denne gang med dødeligt resultat.¹⁶

WALTER FREEMAN OG LOBOTOMI

Moniz's arbejde indvarslede en æra, som Alan Stone, der var præsident for Amerikansk Psykiatrisk Selskab, kaldte "et tragisk og ulykkeligt kapitel i psykiatriens [historie]". Han tilføjede: "Dengang jeg var medicinstuderende syntes jeg, det var chokerende, og det synes jeg stadig, det er. Der findes ingen undskyldning for det, der blev gjort."¹⁷

"Det, der blev gjort, var, at Moniz's påstande om helbredelser satte en kæde af begivenheder i gang, hvilket i løbet af de næste 20 år resulterede i mere end 100.000 psykokirurgiske operationer over hele verden.

Den 14. september 1936, tre måneder efter offentliggørelsen af den portugisiske læges arbejde, slog en amerikansk psykiater og neurolog ved navn Walter Freeman sig sammen med neurokirurgen James Watts for at udføre den første hjerneoperation af den slags i USA. Freeman gav operationen et nyt navn – et navn, der uden hans vidende, skulle leve videre i vanære: frontal lobotomi.*¹⁸

*Frontal lobotomi blev af Moniz kaldt "præfrontal leukotomi" eller "præfrontal lobotomi". Det er samme operation. Senere psykokirurger foretrak "frontal", eftersom beskadigelsen af væv ikke er foran (præ) frontallapperne, men i frontallapperne.

Patienten var en kvinde, der før indgrebet “viste ukontrollabel frygt, var ude af stand til at sove, var grinende og græd hysterisk.” Hun blev holdt nede, mens hun fik noget medicin, der gjorde hende bevidstløs. “Fire timer efter narkosen havde fortaget sig,” skrev Freeman og Watts, “havde hun et fredsommeligt udtryk i ansigtet, og hun indrømmede, at hun havde det meget bedre...”¹⁹

I løbet af de næste fem år udførte Freeman og Watts 108 operationer på forskellige psykiatiske patienter. Fire døde. Freeman påstod, at 63 % havde opnået et gavnligt udbytte. En “komplikation”, som de bemærkede hos nogle af patienterne, var hvad Freeman kaldte “frontallapssyndromet”, en vegetativ tilstand, som er beskrevet af en moderne psykokirurg som “ligeegyldighed, manglende evne til at udføre opgaver og tab af social kontrol.”²⁰

Freemans opfattelse af “gavnligt” og “forbedret” var imidlertid identisk med Moniz’s. Hvor andre så “zombier”, så Freeman patienter, der var “mindre angst, mindre foruroligede over deres indre oplevelser og mere interesserede i omgivelserne.”²¹ Når der blev foretaget lobotomi på patienter, der havde kroniske smerter, mente psykiateren, at det var en succes, at de nu ikke længere bekymrede sig om smerterne, eller som han udtrykte det: “Patienten var blevet i stand til at se handicap og død i øjnene med sindsro.”²²

Dette er et nøglepunkt, for det gælder generelt for alle psykiatiske behandlinger i dag. Når du læser de mange selvretfærdige aviscitater fra psykiatiske talsmænd, der påstår, at de med succes kan kontrollere eller kurere eller dæmpe depression, psykoser og talrige andre sygdomme, så husk ovenstående og følgende afsnit.

Men tilbage til Freeman. I sin bog *Psychosurgery* (1942), viser han et foto af en kvinde med et sløvt blik med underteksten: “Fotografi af patienten 22 måneder senere, da hun havde taget meget på i vægt og var temmelig ugidelig, men venlig, tilpassede sig fint og tog sig af hjemmet.”

En række før-og-efter billeder beretter en lignende historie: Før – “Depression af 4 års varighed med konstante klager over smerter i øjet.” Efter – “Patienten et år efter operationen. Hun var ugidelig, euforisk og led af krampeanfald, men hun beklagede sig ikke.”²³

Freeman og Watts’ brede fortolkning af “bedre” er ret tydelig – også selv om deres rapporter kun studeres overfladisk. Følgende brev er skrevet af en patients søn:

“24. Marts, 1940

Helt ærligt, dr. Freeman, jeg kan ikke komme i tanker om nogen anden måde, hvorpå man mere effektivt kunne forårsage ødelæggelsen af en hel familie, end den operation. Siden operationen er min far i stigende grad gledet tilbage i barndommen. Han har mistet sin forretning ... bortødslet familieformuen ... og praktisk talt gjort vores familieliv utåleligt. Operationen var for ham øjensynligt en succes, for han havde ingen bekymringer om fortiden eller fremtiden og opfordrer næsten dagligt andre til at opsøge

Dem for at få foretaget operationen ...”

Notater om patienten viser, at han “blev ret uregerlig og aggressiv overfor sin familie og sine klienter, mistede resten af sin forretning, blev sagsøgt på grund af finansielle uregelmæssigheder såvel som fysiske overgreb. Han smed sin søn ud af hjemmet, skiftede sekretær med få dages mellemrum, opførte sig på en meget enerådende måde overfor sine klienter og satte sig helt op imod sin kone, der var syg af kræft.”

Følgende beskriver, hvordan Freeman og Watts med disse beviser i hænde fortolkede resultaterne: “Set ud fra patientens indre harmoni, kan det kun betragtes som en overvældende succes. Her er en mand, hvis forretning er ruineret, familien har han stødt fra sig, han står over for at blive retsforfulgt, og han insisterer på, at han aldrig har haft det bedre i sit liv.”²⁴

Overbevist om rigtigheden i deres sag viste Freeman og Watts ringe samvittighedsnag over at bede patienterne betale højeste pris for “at få det bedre”. “Patienter, der gennemgår præfrontal leukotomi,” skrev Freeman “må ofre nogle af deres fortrin, noget af deres drivkraft, kreative ånd eller sjæl.”²⁵

En patient, der måtte betale denne pris, var John F. Kennedys søster, Rosemary. Den unge kvinde var lettere retarderet, lejlighedsvis voldelig, offer for voldsomme humørsvingninger og yndede af og til at løbe gennem gaderne. Et ugeblad rapporterede: “Fremragende lægespecialister blev konsulteret og rådet var, at pigen burde gennemgå ‘en særlig form for neurokirurgi’.”²⁶ Man regner med, at Freeman selv forestod operationen.²⁷

Mange år senere fortalte Rosemarys mor, Rose Kennedy, hvad der skete: “Operationen fjernede volden og krampeanfaldene, men den havde også den effekt, at den efterlod Rosemary i en tilstand, hvor hun fungerede meget dårligt. Hun mistede alt, som hun gennem årene havde opnået ved sin egen tapre indsats og vores kærlige indsats over for hende. Hun havde ingen mulighed for på noget tidspunkt at blive i stand til at leve et nogenlunde normalt liv igen.”²⁸

Som tidligere nævnt tilbragte Rosemary Kennedy efter sin operation det næste halve århundrede i et klosterhjem i Wisconsin.²⁹

Freeman og Watts retfærdiggjorde deres arbejdes nedbrydende resultater med deres egen udgave af en social filosofi. De skrev: “Det er bedre for [en patient] at have et forenklet intellekt, der er i stand til simple handlinger, end et intellekt, som er styret af subtile syntesers uorden. Samfundet kan tilpasse sig den mest ydmyge arbejder, men det nærer med rette mistro til den skøre tænkere.”³⁰

I 1948 havde duoen udført 623 lobotomier med en dødelighed på tre procent. De havde forfinet deres teknik, idet de brugte dybere og mere præcise snit og ved at skifte fra almindelig narkose til et skud novokain i hovedet, så patienten var vågen under operationen – hvilket tillod dem at kontrollere patientens adfærd, mens de skar gennem hans hjerne.³¹

Operationen begyndte med, at der blev boret huller ovenover tindingerne.

“Angsten er lidt tydeligere, mens hullerne bliver boret,” skrev de, “formentlig på grund af selve presset mod kraniet og den borende lyd, der er mindst lige så foruroligende som lyden af et tandbor.”³²

Patienten kunne føle og høre skalpellen, som inde i kraniet skrabede den hvide substans væk.

“Man kunne se forandringen lige dér på operationsbordet,” huskede Watts i et interview. “Folk, der jamrede, og folk, der var forkrøblede af skyld og af depression – deres ansigt blev afslappet og spændingen forsvandt – sådan.”³³

Under lobotomien af en 24-årig mand ved navn Frank tog lægerne notater om hans kommentarer som bevis for operationens succes:

“Lægen: Hvordan har du det?

Frank: Jeg føler ingenting, men de skærer i mig nu.

L: Ønskede du det?

F: Ja, men jeg troede ikke, I ville gøre det, mens jeg var vågen. Åh, du godeste, jeg dør. Åh, doktor. Vær sød at stoppe. Åh, Gud, jeg forsvinder igen. Åh, åh, åh. av, (mejsel). Åh, det er rædselsfuldt. Av. (Han griber min hånd og begraver sine negle i den). Åh, jeg forsvinder, vær sød at stoppe.”

Femogfyrre minutter senere:

Læge: Hvad skete der med din angst?

Frank: Forsvundet.

L: Hvorfor var du bange?

F: Det ved jeg ikke.

L: Har du det godt?

F: Ja, jeg har det ret godt lige nu.”³⁴

Det er en grusom tanke, at dette monster havde kontrol over tusindvis af psykiatriske patienters sind og kroppe – og at han var villig til at bruge den. Vore dages psykokirurg Thomas Ballantine kommenterer sine oplevelser, da han så Freeman demonstrere sin mest berømte psykokirurgiske opfindelse – “issylkirurgi”: “Det var forfærdeligt. Uf. Jeg fik kvalme. Jeg kunne ikke klare at overvære det. Ingen af os kunne ret godt ... Jeg var nødt til at forlade rummet. Jeg har ikke nogen god forklaring på, hvorfor han ikke blev standset.”³⁵

Det Ballantine overværede – eller hvad hans mave ikke kunne klare at overvære – var en specialiseret udgave af lobotomi, udviklet af Freeman og første gang udført i hemmelighed på hans klinik i januar, 1946.³⁶ Hidtil var operationerne komplicerede og dyre og krævede fingernem bistand af en neurokirurg og et kirurgisk team. Freeman ønskede noget, som var enkelt og let.

Hans foretrukne kirurgiske instrument var en almindelig issyl, som han havde taget fra sin køkken-skuffe. Patienten, en kvinde ved navn Ellen, blev gjort bevidstløs med elektrochok. For at blottlægge tåre-kanalen, dér hvor øjenhulen mødte næseryggen, skubbede Freeman et af hendes øjenlåg tilbage. “Et let slag med hammeren,” skrev han senere, “er normalt alt, hvad der skal til for at føre spidsen gennem knoglevævet ved næsen.”³⁷ Han bemærker, ”I andre tilfælde er knoglevævet imidlertid så tykt og massivt, at kirurgen risikerer at bøje eller knække instrumentet. Ret ofte giver den pludselig efter, eller der kan endog høres et knæk, når ... knoglevævet brækker.”³⁸

Under den typiske operation blev issylen ført cirka 5 cm (senere op til 8,5 cm³⁹) ind og skaftet skubbet så langt til den ene side, som kraniet tillod. Derefter blev der slået og boret yderligere. Så blev proceduren gentaget via den anden øjenhule. Patienten vågnede normalt med sorte øjne.

Han kaldte det for den transorbitale lobotomi (eller leukotomi). Det var Walter Freemans gave til psykiaterne, en psykokirurgisk teknik, som de selv kunne udføre uden behov for en uddannet kirurg eller narkoselæge.

“Jeg var rystet, da jeg så det,” kommenterede APA-formanden Alan Stone.⁴⁰

Neurokirurgen Watts var rasende over sin kompagnons uværdige og fandenivoldske, kirurgiske metoder, og de to skiltes til sidst.^{41,42} Freeman selv bemærkede, at teknikken blev “favoriseret af psykiatere, men at de fleste neurokirurger rynkede på næsen af den.”⁴³

Der var også en anden årsag til gnidninger mellem Watts og Freeman. Lige fra de begyndte at operere, var aftalen mellem dem, at lobotomi kun skulle bruges som en sidste udvej for håbløse tilfælde. Som tiden gik, begyndte Freeman imidlertid at se anderledes på tingene. “Lobotomi bør overvejes, når det drejer sig om en psykiatrisk patient, der ikke gør fremskridt efter et halvt års konservativ terapi,” fortalte han lægerne i 1951. “Det er sikrere at operere end at vente.”⁴⁴

Freemans nye, hurtige løsning for de psykiatriske hospitalers håbløse tilfælde kastede ham ind på verdensarenaen – et sted han virkelig nød at være. I følge sin eks-kompagnon var han “en god taler, næsten teatralisk. Han var så god, at folk kunne finde på at tage deres kærester med til klinikken, for at de kunne høre hans foredrag.” Lobotomisten blev en medie-ikon, der blev bakket op af ros fra topnavne inden for psykiatrien, når han rejste fra stat til stat (og ti andre lande) og falbød sine opblæste resultater fra sin “issyle-kirurgi” og forsøgte at sælge sin service til samfundet under mottoet: “Lobotomi rammer plet”.⁴⁵

Hans vilde påstande om succes blev omhyggeligt rapporteret af en tjenstvillig presse, men stort set ikke af andre. En dag, mens han var midt i en operation på Cherokee State Hospital i Iowa, slap Freeman sit greb om sit kirurgiske instrument for at tage et billede. Issylen sank ind i patientens hjerne, helt til skafet. Sagen blev bare afvist uden megen opmærksomhed.

Ligesom chokbehandlingerne blev lobotomi hilst velkommen som et universalmiddel for alle mentale sygdomme. Psykoser, homoseksualitet, egenrådig adfærd, alkoholisme, depression – der var ikke mange begrænsninger. Forfatteren til *Psychosurgery*, Joann Rodgers, rapporterer: “Intet kunne tilsyneladende standse lobotomi-fremstødet eller dets forsvarere. Entusiasmen overgik langt de mistænkeligt opreklamerede resultater.”⁴⁶

Hvad der normalt *ikke* blev rapporteret, var de overvældende tragedier, der fulgte i kølvandet:

1. Postoperativ død og selvmord – der blev rapporteret dødelighed helt op til 10 %.⁴⁷
 2. Epileptiske anfald. Undersøgelser har fundet krampeanfald hos op til næsten halvdelen af de patienter, der har modtaget lobotomi.⁴⁸ Freeman selv bemærkede: “Anfaldene kan begynde kort efter operationen og kan nemt bringes under kontrol, eller de opstår først 10 år efter operationen.”⁴⁹
 3. Vægtforøgelse – der sommetider fører til fedme. “Et nedsat aktivitetsniveau og en nedsat selvfølelse i omgang med andre mennesker fører til frådseri med mad,” skrev Freeman.⁵⁰
 4. Tab af blære- og tarmkontrol – “hvilket er et større problem for familien end for patienten,” siger Freeman.
 5. Bizar adfærd: Hyperaktivitet, distraktion, irritabilitet, banden, uforskammethed, tab af sociale hæmninger, overdrevet seksualitet, dovenskab. Og alkoholisme – “Familien har et ansvar med hensyn til ... at forhindre at personen får smag for alkohol.”⁵¹
 6. Lobotomiens særmærke: Nedbrydning af intellekt, tab af personlighed, tab af selv. Med Freemans ord: “Er det ikke sandt, at når disse stakkels djævløse hører op med at lide, er det gennem et tab af det, man kalder psyke ... Hvad sker der med psyken, hvis den ikke bliver ’medlidenhedsdræbt’?”⁵²
- Ikke engang børn var tabu. Freeman og Watts kommenterede en mors syn på sin uregerlige og fjendtlige 6-årige efter lobotomi: “Hun har ikke haft et raserianfald siden operationen ... nu er det en fornøjelse at klæde hende på.”⁵³ En undersøgelse fra 1949 af mere end 20 lobotomerede unge rapporterede om “noget blandede resultater”. Den omtalte et tilfælde med en “vild, destruktiv” dreng: “Barnet var underdanigt ... lydigt om end uansvarligt. Moderen konstaterer, at hun nu har ansvaret for et barn, der rent fysisk er ni år gammelt, men mentalt kun er tre år gammelt.”⁵⁴

Freeman tog på turné med sit show og rejste rundt i landet og holdt foredrag og udførte lobotomier, som var det et teater, og solgte sit løfte om at tømme landet for dets retarderede. I august 1952 drøede han gennem fem statshospitaler i Vest Virginia og udførte eller overvågede 228 psykokirurgiske operationer på 12 dage. Pressen gav hans turné tilnavnet “Operation Issyl”.⁵⁵

En rapport fortæller: “Han udførte ikke bare sine operationer for fulde huse, men også for kameraerne. Han satte belysning op og arrangerede en baggrund for sig selv, optrådte med sin gyldne issyl i hånden parat til at stikke den ind i en eller andens hoved. Han opererede ofte ti patienter efter hinanden, somme tider to ad gangen.”⁵⁶

Freeman omtalte en patient, en kæmpe stor sort kvinde, som voldelig og asocial. Efter lobotomien kunne vi imidlertid, “Vi kunne for sjov gribe fat om Orethas hals, vride hendes arm om, kilde hende i siden og slå hende bagi, uden at det udløste andet end et bredt grin eller en hæst latter.”⁵⁷

I slutningen af 1948 tog Freeman til Western Washington State Hospital i Steilacoom, hvor han udførte, hvad der skulle blive en af hans mest berygtede operationer. Patienten var Frances Farmer, en populær, smuk og livlig skuespillerinde, der havde været indlagt fem år på psykiatriske hospitaler for sin oprørske, vilde og ofte løjerlige adfærd.

Farmers biograf, William Arnold, beskriver Freemans besøg:

“Den plagede skuespillerinde blev anbragt foran ham. Han satte elektroder på hendes tindinger og gav hende elektrochok, indtil hun besvimele. Så løftede han hendes venstre øjenlåg og stak sit issylformede instrument ind under hendes øjeæble og ind i hjernen. [Efter at have ordnet endnu et par patienter, tog Freeman af sted. William Keller, der var leder af hospitalet, forlod lokalet og kastede op.] ... En time senere vendte Keller tilbage til operationsstuen og opdagede, at alle var forsvundet. Han gik ind i forværelset og så på de post-operative patienter, der lå på sengene. En kvinde græd stille, og flere andre lå og kiggede tomt op i loftet. For enden af en af rækkerne lå Frances Farmer. Hun var praktisk talt parat til at blive udskrevet. Hun ville ikke længere vise tegn på en vanskelig og sammensat kunstners rastløse, utålmodige og uberegneligt kreative sind. Hun ville ikke længere modsætte sig autoritet eller provokere til diskussioner. Hun ville ikke længere være en trussel mod andre.”⁵⁸

Walter Freeman var imidlertid ikke den eneste lobotomist inden for branchen. Andre fulgte trop kort efter de første operationer i 1930'erne. Med fremkomsten og opreklameringen af den simple “issylekirurgi” i 1946, gik ikke-kirurger (for det meste psykiatere) også ind i kampen. Antallet siger det meste. Indtil da var der – ti år efter operationens indførelse – blevet foretaget cirka 2.000 lobotomier. I løbet af tre år var antallet steget til 10.000. I 1949 var antallet af udførte lobotomier vokset til 5.000 pr. år.⁵⁹

På statshospitalet i Logansport, Indiana, studerede dr. Jack Ferguson Freemans metoder og ændrede den transorbitale lobotomi til en treminutters procedure. Han udførte hundredvis af operationer og påstod, at han havde en succesrate på to tredjedele, og at den eneste ulempe – så vidt han kunne se – var, at de opererede patienter “ikke kunne planlægge frem i tiden.”⁶⁰

I 1955 havde Lobotomi-æraen nået sit højdepunkt. Nye nerveberoligende midler dæmpede patienterne med meget større effektivitet. Men for utallige psykiatriske patienter var skaden allerede sket. Som den medicinske forfatter, Joann Rodgers, bemærkede: “Den barske virkelighed er, at der mellem 1936 og 1960 alene i USA blev foretaget omkring 50.000 lemlæstende lobotomier.”⁶¹

Andre 15.000 blev udført i England.⁶² På verdensplan var antallet 100.000.⁶³ Freeman selv var ansvarlig for 4.000 procedurer.⁶⁴

Til sidst skulle lobotomien - lige som det blev det for Moniz - vise sig at blive Freemans endeligt. I 1967 udførte han sin sidste transorbitale lobotomi på Herrick Memorial Hospital i Berkeley i Californien. Kvinden døde. Pinligt berørte hospitalessbedsmænd gjorde det, som mange før dem havde ønsket, men ikke turde: de inddrog hans kirurgiske autorisation.⁶⁵

Men dette afskaffede ikke lobotomi. Selv om antallet blev reduceret til et minimum, og proceduren blev udført i hemmelighed, har der altid været en håndfuld læger, der insisterer på, at operationen simpelthen er blevet udsat for bagtalelse, og at den har en retmæssig plads i det psykiatriske arsenal.

En rapport fra 1994 om psykiatri og menneskerettigheder i Europa chokerede verden med nyheden om, at lobotomi faktisk stadig udføres i Frankrig, Irland, Holland og England. Rapporten var lavet af Europaparlamentet.⁶⁶

HVAD DER IKKE BLIVER SAGT OM PSYKOKIRURGI

Når man nævner emnet psykokirurgi over for psykiatere, er den normale reaktion - hvis de overhovedet er villige til at tale om det - en erkendelse af, at Freemans og Watts' Lobotomi-æra virkelig var en sort periode i psykiatriens historie.

Hvad man dog næsten *aldrig* hører på den offentlige arena er, at Freeman og Watts kun udførte en brøkdel – mindre end 10 % – af de psykokirurgiske operationer i USA og stort set ingen af dem i udlandet. Offentlighedens brede kendskab til deres umenneskeligheder gjorde det muligt for professionen at bruge dem som syndebukke uden at diskutere den brede sammenhæng.

Sandheden er, at *mange* læger foruden Freeman og Watts – deriblandt førende personer inden for psykiatrien – deltog i lobotomier, og mange flere udførte – og er fortsat med at udføre – andre former for psykokirurgi. Men de fleste taler ikke om det, fordi, som en psykokirurg konstaterede: “Det ikke er professionelt sikkert.”⁶⁷

Da vi interviewede en pensioneret kirurg, Robert Shaw, fra New England, sagde han, at han var en af mange, der i begyndelsen hjalp med at udføre lobotomier. “Jeg medvirkede som assistent. Det var ikke

min beslutning. Jeg assisterede reservelægen, og hjalp det kyndige personale ... da jeg blev fastansat ... begyndte jeg at se lidt nærmere på det og havde intet med det at gøre.”

Da vi spurgte ham om, hvad der kom ud af disse operationer, formørkedes hans stemme tydeligt. “Åh, Gud, forfærdeligt”, sagde han “Det gjorde dem socialt tilpassede. De mistede al deres gå-på-mod. De mistede deres individualitet. De havde ikke længere nogen kampgejst. De blev lette at håndtere. Det var noget djævelsk noget.”⁶⁸

Dr. Shaws ærlighed er ekstremt sjælden. Faktisk udspillede der sig lignende scener med temmelig mange læger i 40'erne og 50'erne, men detaljerne er blevet begravet sammen med deres patienter. Nogle stoppede med proceduren på grund af deres samvittighed, nogle på grund af socialt pres. Andre fortsatte i årevis, men fik mindre opmærksomhed end den strålende Freeman, om end de var ivrige efter at komme frem ved hans hjælp.

Guy Mckhann, leder af Krieger Mind-Brain Institute på John Hopkins Universitet, bemærker, at læger, der på den måde slutter sig til den vindende part, “er interesserede i at få deres navn i avisen eller i radioen; og så er der dem, der anser dette for en måde til at tjene lette penge. Folk inden for mit fag bryder sig ikke om at tale om det, men det er nøjagtig, det der sker. Og det er nøjagtig det, der skete med psykokirurgi.”⁶⁹

I England var en af psykokirurgiens patriarker, Geroffrey Knight. Da neurokirurgen som 84-årig blev interviewet, så han tilbage på sit arbejde i den første tid. “Jeg skar igennem til den nedre halvdel af lappen og stak leukotomen ind horisontalt. Jeg bevægede instrumentet nedad, indtil jeg følte modstand, så drejede jeg det sidelæns eller til siden. Det var den første leukotomi af den nedre del.” Knights opfattelse af “fremskridt” mindede om Freemans: “Vi hjalp folk med deres værste symptomer, men visse patienter kunne ikke føre et normalt liv og oplevede ingen forbedringer, man måske kunne have frembragt. Mange af dem blev barnagtige i deres adfærd, retarderede, euforiske, irritable.”⁷⁰

Inden for det amerikanske militær skete der en dramatisk ændring i behandlingen af psykisk syge soldater, samtidig med at psykiatere i 1943 indtog magtfulde positioner. Det år opfordrede et direktiv fra Veteranledelsen neurokirurger til at uddanne sig i Freemans og Watts lobotomiteknik. I løbet af de næste otte år måtte næsten 3.000 veteraner ofre deres frontallapper for kniven.⁷¹

Disse ofre blev givet trods regeringens egne beviser for, at operationerne var nytteløse. En rapport fra National Institute of Mental Health afslørede, at en fireårig undersøgelse af lobotomier - foretaget på Greystone Hospital i New Jersey - viste, at indgrebene fremkaldte *negative* resultater. Undersøgelsen var udført af Columbia University i 1949. En opfølgingsundersøgelse, der sluttede i 1953, nåede til samme konklusion. “Hverken den oprindelige eller opfølgingsundersøgelsen,” konstaterede NIMH-rapporten,

“var i stand til at skaffe afgørende, videnskabelige beviser for, at de psykokirurgiske procedurer var gavnlige.” Ifølge NIMH havde konklusionerne fra 1949 og 1953 desuden “ringe effekt på psykokirurgerne, der fortsat ignorerede eller tilslørede bivirkningerne af deres procedurer.”⁷²

Ironisk nok blev lobotomiens destruktive natur imidlertid *ikke* overset i – endnu engang – Sovjet Unionen. I følge en psykiatrisk tekst fra 1985 “påviste Sovjet-psykiatere” - i dette land, der i begyndelsen af 1950-erne under hele den Kolde Krig blev karakteriseret som skånselsløst og beregnende - “at hverken leukotomi eller lobektomi i praksis frembragte ønskelige resultater i behandlingen af psykiske sygdomme, men derimod påfører patientens hjerne enorme skader og traumer.” I 1954 blev lobotomier efter en kort testperiode permanent forbudt i USSR og forblev forbudt, indtil Unionen blev opløst i ‘80erne.⁷³

Dr. Edward Babayan, en af de sovjetiske videnskabsmænd, der deltog i forskningen, der førte til forbudet, skrev, “I 1949-50 studerede USSR’s sundhedsministerium erfaringerne med brugen af leukotomi og lobektomi i behandlingen af psykiatriske patienter ... Ministeriet forbød anvendelsen af disse metoder i USSR, fordi de blev karakteriseret som ‘brutale, skadelige for patienten, videnskabeligt uberettigede og ineffektive.’ Dette var en usædvanlig vigtig og human vurdering.

Babayan fortsatte: “I USA fx er disse operationer, som ud fra vores mening invaliderer patienterne, ikke blevet forbudt trods protester fra patienterne og deres pårørende.”⁷⁴

I Amerika fortsatte operationerne så sandelig med uformindsket styrke. I *The Mind Manipulators*, beretter forfatterne Alan Schefflin og Edward Opton historien om den amerikanske neurokirurg William Scoville, der eksperimenterede med at fjerne dele af patientens tindingelapper (området lige bag ved og neden for frontallapperne). Selvfølgelig kunne man forvente, at en sådan operation blev udført med største forsigtighed, og måske ét lille skridt ad gangen. Men som Schefflin og Opton gør opmærksom på: “Moniz, Freeman og andre berømte psykokirurger opnåede ikke deres berømmelse ved hjælp af forsigtighed.”

Scoville opererede ikke én, men *tredive* patienter og fjernede væv fra *begge* tindingelapper. Ingen af patienterne fik det bedre, men otte af dem blev permanent skadet eller fik totalt hukommelsestab. En mand, hvis sag var veldokumenteret, blev fuldstændig ude af stand til at opfatte nye informationer efter operationen. For ham forblev verden og folk omkring ham fremmede og hele tiden ukendt, en skæbne han var nødt til at leve med resten af sine dage. Ironisk nok var manden ikke engang mentalt forstyrret til at begynde med – han var blot epileptiker.⁷⁵

Blev Scoville censureret og boykottet for sine handlinger? Tværtimod. Han blev præsident for International Society of Psychosurgery. Da tidsskriftet *Frontiers of Psychiatry* i 1972 havde brug for et psykokirurgisk synspunkt til deres debat om emnet, blev Scoville manden, der fremlagde dette standpunkt. I 1980 beskrev *Washington Post* ham som “én af en håndfuld psykokirurger, der deler det syns-

punkt ... at destruktion af udvalgte dele af hjernen kan ændre menneskelig adfærd i gunstig retning og helbrede psykisk sygdom.”⁷⁶

Scovilles syn på lobotomi? “Resultaterne er virkelig umagen værd.”⁷⁷

TILBAGE TIL CHELMSFORD

Når man gennemgår psykokirurgiens historie, kan man ikke lade være med at føle det excentriske, perverse – og endda kriminelle – der hele tiden gennemsyrrer den.

Vi har set samme mønster dukke op inden for andre områder, hvor den psykiatriske profession slår sig ned, som fx de seksuelle afvigere blandt Freuds tidlige efterfølgere og ECT-tilhængernes forkastelige aktiviteter.

Når vi følger nedgangen i lobotomier i slutningen af 50'erne og stigningen i nye former for psykokirurgi i 60'erne og 70'erne, burde det derfor ikke overraske nogen, at vi blandt projektlederne af de nye metoder finder personer, der lå langt under det moralsk acceptable.

Den 4. august 1988 bragte Australiens førende avis, *Sydney Morning Herald*, følgende overskrift på forsiden: “Hvordan de satte metalskiver i Bruce's hjerne.” Den følgende historie beskrev detaljeret den makabre beretning om patienterne Bruce Roach og Gwen Whitty. De havde begge to i henholdsvis 1971 og 1965 fået udført en *cingulotraktotomi*, en operation, der overskærer et vævsbunt i en del af hjernen, kaldet cingulum, nær ved panden.

Flere år senere gjorde Roach en gruopvækkende oplevelse. “Det, der viste sig på scanningen, var chokerende,” huskede han. De fandt metalklemmer i kraniet i den forreste del af mit hoved.” Det kunne give en vis forklaring på de blændende hovedpineanfald og pludselige totale hukommelsestab, han havde oplevet siden operationen.

Gwen Whittys prøvelser var ikke mindre alarmerende. Efter hendes psykokirurgiske indgreb led hun af uudholdelig hovedpine og udviklede en betændt bule på størrelse med et halvt æg på hovedet. “Det forfærdelige stads kommer ud af mit hoved, der hvor jeg var blevet opereret,” fortalte hun den læge, der havde anbefalet cingulotraktotomien. “Det skal du ikke bekymre dig om, Gwen,” svarede han. “Du skal bare vaske håret, så forsvinder det.”

Tretten år senere dukkede de bizarre symptomer op igen. “Jeg måtte stå ud af sengen og kaste op. Jeg havde disse forfærdelige smerter, som om nogen stak et spyd ind i hovedet på mig.”

I 1984, da der var gået yderligere seks år, vendte mareridtet tilbage. Med Whittys ord, “Åh Gud, ikke igen.” En bule, der afgav materie, dukkede endnu engang op på hendes hoved. Efter hun havde været hos adskillige læger, spurgte en specialist om noget, der uden tvivl fik det til at løbe koldt ned ad ryggen på

hende. “Hvor længe har du haft et stykke metal stikkende ud af hovedet? Du har et stykke metal, der rager ud af kraniet på dig.”

Gwen Whitty blev straks opereret for at få fjernet det fremmedobjekt, der havde siddet fast i hendes kranium i 19 år.⁷⁸

Arkitekten bag disse operationer var en mand, der hævdede, at han havde deltaget i flere psykokirurgiske operationer end nogen anden på den sydlige halvkugle.⁷⁹

Den samme mand, der undgik retsforfølgelse ved at tage sit liv ‘

Det var Dyb-Søvn-doktoren Harry Bailey.

De døds- og rædselshistorier, der udgår fra Baileys sovemiddel- og elektrochokbehandlinger har en tendens til at overskygge hele det særlige, men ikke mindre rystende, kirurgiske aspekt ved hans karriere. I følge hans assistent dr. John Herrons vidneudsagn blev Bailey faktisk “anset for at være det internationale centrum for psykisk kirurgi.”⁸⁰ Rapporten fra *Royal Commission into Deep Sleep Therapy* fortæller, at “i 60’erne og 70’erne var det dr. Baileys brug af psykisk kirurgi, som var mere kendt i offentligheden end hans brug af DST, der gav størst anledning til bekymring blandt hans kolleger.”⁸¹

Baileys engagement i psykiatrisk kirurgi i 50’erne begyndte, da han studerede under Sveriges Lars Leksell, Europas førende eksperimenterende hjernekirurg. Leksell var med til at udvikle “stereotaktisk” kirurgi – en teknik, der bruger et apparat uden for hjerneskallen til at lede en nål eller et andet kirurgisk instrument gennem et boret hul – fx i baghovedet – og ind til et angivet sted i hjernen.

Bailey bragte den svenske læges teknikker og udstyr med til Australien, og oprettede i 1957 Cerebral Surgery Research Unit. I følge efterforskere, “havde dr. Bailey i denne periode problemer med patienter, der døde.” Kollegaen dr. Michael Kennedy Perkins sagde, at Bailey mere end én gang antydede, at der ikke var brug for noget retsligt ligsyn.⁸²

Selvom Dyb-Søvn-doktoren ikke selv udførte operationerne, var han drivkraften bag dem og gjorde sig store anstrengelser for at udbrede det til offentligheden. Han pralede engang over for sin advokat med, at “vi udførte over 350 cingulotraktotomier, den største serie udført på den sydlige halvkugle.”⁸³

Ligesom Moniz, Freeman, Scoville og andre psykokirurger før ham udbasunerede Bailey sit arbejde i respekterede professionelle tidsskrifter. I en artikel fra 1973, der gennemgår 150 af hans “succesfulde” cingulotraktotomi-tilfælde, forsikrer lægen os om, at operationen er sikker og endog medfører en “let forbedring” af folks intelligens. Bruce Roach - den patient, der fandt metalklemmer i sit hoved – regner med, at han var blandt de 150, men han ville næppe kalde proceduren for succesfuld.⁸⁴

En af Baileys kolleger, dr. John Ellard, kommenterede mange år senere, efter at skaden var sket ved behandlinger, der “burde have fortjent alvorlig censur af [Baileys] kolleger”: “Husk også, at han mindst én eller måske to gange havde offentliggjort sine psykokirurgiske operationer i *Medical Journal of Australia* med fremragende dommere [autoritative udtalelser] og havde fået dem godkendt. Nu forekommer det uomstødeligt, men det gjorde det ikke dengang.”⁸⁵

Hvordan mord og lemlæstelse kunne undgå at se “uomstødeligt” ud dengang siger en hel del om psykiatri. Og den psykiatriske profession fortsatte med at citere Baileys arbejde som bevis for psykokirurgiens terapeutiske værdi, selv efter hans død i 1985. Lærebogen *Physical Treatments in Psychiatry* fra 1988 citerer gentagne gange Dyb-Søvn-doktorens værker, trods omfattende anklager om kriminelle handlinger mod ham, utallige beviser på journalforfalskninger og ikke mindst Baileys eget selvmord på grund af sagen.⁸⁶

Man kunne måske antage, at bogens forfattere simpelthen var uvidende om Baileys aktiviteter. Intet kunne ligge sandheden fjernere. To af de tre medforfattere, Leslie Kiloh og J. Sydney Smith, kendte ham godt og var faktisk Baileys lokale konkurrenter. De to eneste psykokirurgiske grupper af betydning i Australien var Baileys og Smiths.⁸⁷

Faktisk vidnede Smith åbenlyst *mod* Bailey – den mand han i sin lærebog havde citeret som psykokirurgisk ekspert. I 1980 påstod han og en regeringsembedsmand, at de skødesløse omstændigheder omkring en af Baileys patienters død “efter vores opfattelse meget vel kunne retfærdiggøre en anklage for manddrab.”⁸⁸ Man må nødvendigvis undre sig over, at Smith over for den psykiatriske profession ville reklamere for arbejdet af en mand, han personligt anså for at være morder – med mindre det simpelthen var for at give indtryk af, at psykokirurgi var mere succesfuldt end det faktisk var, selv om det indebar brugen af falske journaler til at bevise det.

Dokumenterne fra Royal Commission into Deep Sleep viser tydeligt splittelsen mellem de to mænd. “Der var et modsætningsforhold”, konstaterede Kommissionen, “mellem professor Kiloh og dr. Smith mod dr. Davies [en psykolog, der arbejdede sammen med Bailey] og dr. Herron, der blev sat i forbindelse med dr. Bailey. Sidstnævnte blev i følge dr. Herron mere accepteret af deltagerne i Madrid-forsamlingen, [Fjerde Verdenskongres om Psykiatrisk Kirurgi, 1975] som anså dr. Bailey for centrum for psykokirurgi i Australien.”⁸⁹

I 1977 skrev Bailey i samarbejde med de psykokirurgiske holdkammerater, lægerne Davies og John Dowling flere kapitler til bogen *Neurological Treatment in Psychiatry, Pain and Epilepsy*. Et af dem havde ironisk nok titlen ”Den Psykiatriske Kirurgis Etik.” Der forklarer de, at psykiateren og det psykokirurgiske personale “alle må samle sig om [patientens] problem, så den kirurgiske procedure kan resultere i et maksimalt ‘gode’.” Derefter definerer de *det gode*: “Den opfattelse af ‘det gode’, der anvendes

her, er det, der støtter adfærdsformer, som ikke krænker eller på anden måde begrænser andres adfærsudtryk.”⁹⁰

Lige som Walter Freeman erklærede Dyb-Søvn-doktoren tydeligt, “Operationen bør ikke udføres som en ‘sidste udvej’” Faktisk anså han cingulotraktotomi som ‘den bedste behandling’ for adskillige psykiatriske problemer.”⁹¹

Som en målestok for hvor *mislykket* operationen faktisk var, viste en undersøgelse af Baileys første dybsøvn-patienter imidlertid, at 5.6 % af dem (56 ud af 1000) tidligere havde gennemgået psykokirurgi – på Baileys anbefaling. Adskillige havde gennemgået *to*. I en gruppe under en anden læges administration på Chelmsford havde to af patienterne hver fået foretaget *tre* psykokirurgiske operationer.⁹²

I 1977 blev der endelig nedlagt midlertidigt forbud mod psykokirurgi i Baileys hjemstat, New South Wales. I et brev til den amerikanske psykokirurg M. Hunter Brown, erklærede Dyb-Søvn-doktoren, at operationerne i Australien led under “en oplussen af vrede blandt forbrugerne”.⁹³

Baileys forbindelse til Brown, der var en ledende skikkelse inden for sit område, var ikke ubetydelig. De havde kendt hinanden i 30 år og det var almindeligt, at Doktoren fra Down Under sendte sine patienter hele vejen til Californien, så Brown kunne udføre sin “multiple target” psykokirurgi på dem.

Dette forhold er vigtigt, fordi det giver os mulighed for at kaste et blik ind i den psykiatriske kirurgs tys-tys-verden. Vi ved en hel del om Bailey – denne “meget, meget lave form for liv”, som en politibetjent kaldte ham. Vi får en hel del mere at vide om psykokirurger i almindelighed, når vi ser på, hvorvidt de afviste dette brodne kar eller blot accepterede ham som endnu én af de mange.

M. Hunter Brown – en af de mest fremtrædende psykokirurger i Amerika – accepterede ikke blot Bailey, *han vidnede også til fordel for ham* under en retssag - via en skriftlig udtalelse afgivet i 1984. Og han forsvarede endda Dyb Søvn: “Der er i dag ikke så ofte brug for dyb beroligelse ... Hos alvorligt syge kan der imidlertid opstå en krise inden den indgivne psykofarmaka virker.” I den samme vidneerklæring forsøgte han at hjælpe Bailey fri for anklager for dødsfald foranlediget af DST, selv om det fremgik tydeligt, at Brown aldrig nogensinde havde set patienten: “Jeg kan forstå, at patienten i dette tilfælde pludselig satte sig op i sengen og derefter udåndede; klinisk set udelukker det sandsynligvis den dybe beroligelse som den direkte årsag.”⁹⁴

Hvis vi undersøger det nærmere, opdager vi, at Brown arbejdede sammen med dr. Gary Aden, den ECT-læge, der fik sin autorisation inddraget, efter han havde misbrugt sine patienter seksuelt (se foregående kapitel). I 1975 sluttede Brown sig sammen med Aden som medsagsøger, da de lagde sag an mod staten Californien for at få den nye ECT-lov (som også begrænsede psykokirurgi) trukket tilbage.⁹⁵

Hvis man skal dømme folk efter, hvem de omgås, er det rimeligt, at reglen bør gælde for læger såvel som for bøller. Hvad angår deres “videnskabelige” forståelse af karakteren af de irreversible, kirurgiske indgreb, de foretog, skrev Bailey engang til Brown: “Problemet med den overivrige mor har været til stede i næsten alle tilfælde, og det lader sandelig til at multiple target operationen giver os mulighed for mere effektivt at skyde en kile ind mellem moderen og patienten.”⁹⁶

Brown bildte sig ind, at deres psykokirurgiske indsats var et universalmiddel for den voldeligt kriminelle. Han påstod engang: “For omkring 6.000 \$ kan samfundet give en medicinsk behandling, der vil ændre ham til en ansvarsfuld, veltilpasset borger.”⁹⁷ I samme stil forudsagde han vores eksisterende straffesystems forfald: “Når den nuværende indsats mislykkes, hvilket den givetvis vil, vil staten henvende sig til professionelle for at få veltilrettelagte, forståelige programmer, der omfatter kromosomklassificering [dvs. massegenetiske screeninger ...] ... og endelig neurokirurgiske indgreb mod bestemt angivne mål. Indtil da må menneskeheden bare se tiden an.”⁹⁸

Det afsluttende ord om Bailey og Brown – og deres psykokirurgiske forhåbninger – er høfligt sammenfattet i *Report of the Royal Commission*: “[Brown] og dr. Bailey gav hinanden stærk gensidig støtte. I følge [en kollega] havde de regelmæssig brevveksling. Selvom der ikke blev fundet mange breve, bekræftes denne påstand af tonen i dem, der blev undersøgt ... De to mænd havde den samme indfaldsvinkel til psykiatrisk behandling ...”⁹⁹

PSYKOKIRURGI I DAG

Inden for de seneste årtier er Walter Freemans issyl blevet opgivet til fordel for mere raffinerede teknikker. Stereotaktisk kirurgi er nutidens psykokirurgers vej ind i hjernen. Med et apparat, der med en millimeters nøjagtighed leder deres kirurgiske instrumenter ind til områder i hjernen, bruger lægerne elektroder, minutiøse radioaktive stave, ultralyd, varme nålespidser og andre redskaber for at frembringe “læsioner” (vævsskader) i hjernen.

Det er som regel det “limbiske system”, der stiles mod. *Limbisk* betyder “omkranser”, og det *limbiske system* er det væv, der omkranser hjernestammen.

Områder omkring hjernestammen nås ved, at man skaffer sig adgang til dem gennem et hul i hjerne-skallen, et hul, der er boret på et hvilket som helst sted, der vil kunne give adgang.

Cingulum – et af nutidens populære mål for psykokirurger (inklusive Baileys team) – er et vævsområde, der befinder sig nede i området mellem de to hjernehalvdele. Cingulum sidder i udkanten af det limbiske system.

Andre populære kirurgiske områder inden for de seneste årtier, som fx amygdala og hypothalamus, er blot hjernestrukturer, der befinder sig i nærheden af hjernestammen.

Psykiatere og psykokirurger tror, at det limbiske system er “det sted, hvor følelserne sidder” og antager derfor, at de kan ændre uønskede følelsesmæssige tilstande, hvis de piller ved det. Faktisk giver de ofte offentligheden det indtryk, at hjernen er fuldstændig kortlagt og forstået – og selvfølgelig går man ud fra, at de ikke ville operere inde i folks hjerneskaller, hvis de ikke fuldt ud fattede, hvad de gjorde.

Men hvis man læser deres udtalelser grundigt igennem, opdager man, at det er forbundet med en betydelig mængde gætterier. “Det limbiske system og hjernestammen, hjernens ‘hardware’ i computerterminologi, udgør højst sandsynligt den neurale basis for følelser,” skrev to japanske neurokirurger i 1988.¹⁰⁰

Lægerne ved ikke engang, hvad der vil ske, når de skærer. “Der er stærke beviser for, at forskellige indfaldsvinkler giver forskellige resultater,” skrev psykokirurgen L. V. Laitinen i 1988.¹⁰¹

Den belgiske kirurgitilhænger og psykiater P. Cosyns bemærkede i *Acta Neurochirurgica*: “Der findes ingen universelt accepteret forståelse af, hvordan psykokirurgi virker.”¹⁰²

Selv når det drejer sig om den grundlæggende teori bag psykokirurgi – at mennesket er sin hjerne – opdager vi, at kirurgerne er forvirrede. Mens de på den ene side påstår, at personligheden blot er neuroner og biokemiske processer, og at en velplaceret læsion vil forbedre adfærden, så ser vi også, at psykokirurgerne, *når det ikke lykkes dem at påføre en forandring*, faktisk taler om et personlighedselement, der ligger uden for hjernen. Man kan kalde personligheden for sjælen, viljen, ånden eller hvad man vil - i et sammensurium af akademisk forvirring kan disse læger se det, de giver det skylden for deres fiaskoer og benægter alligevel dets eksistens.

Det bekræftes af tre fremtrædende neurokirurgers nylige udtalelser. Den amerikanske Thomas Ballantine: “Nogle mennesker er selvfølgelig blot dårlige medspillere. De har en karakterbrist, der ikke har noget at gøre med abnormiteter i hjernen eller psykose. Det kan ingen operation rette op på.”¹⁰³

Englands Paul Bridges: “Den vanvittige holder op med at bekymre sig og gør det heller ikke, selvom man fjerner depressionen [med psykokirurgi].”¹⁰⁴

Engelske Desmond Kelly: “Hvis vi ikke ventede i årevis med at overveje at bruge kirurgi, ventede til de adfærdsmønstre, der var forbundet med sygdommen, var så klippefaste og vanskelige at behandle og patienterne så frustrerede og demoraliserede, ville vi efter min mening gøre det endnu bedre ... Hvis folk er så svækkede, at de har mistet alle støttesystemer, alt håb, vil vi ikke kunne opnå så gode resultater.”¹⁰⁵

I midten af 70'erne foretog neuropsykologen Elliot Valenstein på den amerikanske regerings opfordring en omfattende undersøgelse af psykokirurgi. Han konkluderede, at det er ret tydeligt "at forskere ikke ved 'hvordan' eller 'hvorfor' psykokirurgi virker, og de udtaler åbenlyst, at de fysiologiske forklaringer på nuværende tidspunkt er rene gætterier, usammenhængende og ofte fordrejede argumenter."¹⁰⁶

I slutningen af sin karriere giver Thomas Ballantine, der i 70'erne og 80'erne var en af de mest aktive psykokirurger i USA, en temmelig rystende virkelighedsskildring af, hvor lidt han og hans moderne kolleger ved: "Det må [i fremtiden] afgøres, hvorvidt der i virkeligheden er tale om en speciel afbrydelse i det limbiske system, en afbrydelse som er det bedste for en speciel affektiv forstyrrelse, eller: Er det limbiske system et kredsløb, der virkelig giver så megen respons, at placeringen af en læsion deri har mindre betydning end størrelsen eller formen af den?"¹⁰⁷

Alligevel udførte Ballantine hundredvis af operationer, hvor han specialiserede sig i cingulotomier. I *Psychosurgery* rapporterer Joann Rodgers: "Ballantine husker, at folk var meget ophidsede over ham og andre på grund af det, de foretog sig. Men han holdt aldrig op med at operere."¹⁰⁸

Da vi interviewede kirurgen Robert Shaw, der kendte Ballantine fra deres samarbejde på Massachusetts General Hospital, gav han os en sjælden indsigt i, hvad der kunne motivere en psykokirurg til at udføre irreversible indgreb til trods for en sådan begrænset viden. "Åh, han er såmænd flink nok," fortalte Shaw os. "Han giftede sig med chefens datter. Han giftede sig med datteren af en meget, meget berømt neurokirurg, hvilket hjælper én frem i systemet ... Han er ikke følsom over for de ting, han burde være følsom over for ... Han var ikke sensitiv over for sine patienters reaktioner."

Da vi spurgte dr. Shaw, hvad han mente med "ikke sensitiv", svarede han simpelthen: "Han ved ikke bedre. Jeg kan godt lide ham. Han er en flink fyr. Han ved bogstaveligt talt ikke bedre. Han er ikke sensitiv over for det, han gør. Han er ufølsom over for feedback. Jeg beklager, men sådan er det bare. Visse mennesker er tykhudede."¹⁰⁹

Joann Rodgers beskrivelse af Ballantine i 1992 havde en påfaldende lighed: "En person, der stadig arbejder med alt dette efter næsten fire årtier, har på døren ind til sit kontor et skilt, hvorpå der står: "Tiger inden for". Bag døren findes en mand med et gennemborende blik og en glubsk energi. Han undskylder ikke sin kæderygning eller sit forsvar for psykokirurgi ... End ikke hans 48-årige søns nylige død ved et biluheld kan dæmpe det veloplagte 'cowboy'-indtryk, der både skyldes hans Oklahoma-arv og hans lange karriere som neurokirurg."¹¹⁰

Denne "usensitivitet" er en hyppig anklage mod psykokirurger. Walter Freeman og Harry Bailey var berygtede for den. Det kan forklare, hvorfor så få læger vil foretage operationerne, og hvorfor så mange rapporterer, at de kaster op eller besvimer, når de overværer dem. Dette er et essentielt emne, hvis man

indser, at psykokirurgerne opreklamerer deres “succeser” i de lægefaglige tidsskrifter og andre steder med påstande, der højst sandsynligt udelader mere tragiske detaljer, som lægerne ikke ser, betragter som “uvæsentlige” eller som “acceptable bivirkninger”, eller som de simpelthen ikke ønsker, at offentligheden skal få kendskab til.

Det forklarer måske, hvorfor forskere – de engelske psykologer O’Callaghan og Carroll – i 1982 konkluderede: “Der, hvor der er foretaget følsomme og omfattende undersøgelser, hvad enten det drejer sig om ældre eller nyere procedurer, er et bredt spektrum af postoperative skader og uspecificerede virkninger blevet afsløret. Antallet af de bivirkninger, der blev afdækket, lader hovedsagelig til at afspejle efterforskningens omfang og i mindre grad størrelsen eller placeringen af læsionen og operationens tekniske raffinement.”¹¹¹

Det kan også forklare, hvorfor kritikere, der gennemgår de moderne psykiatriske kirurgers rapporterede triumfer, finder påstandene yderst tvivlsomme. I Elliot Valensteins tidligere nævnte regeringsundersøgelse fandt han, at over 90 % af de evaluerede artikler i lægetidsskrifter, (skrevet af psykokirurger i perioden 1970-1976) rangerede i kategorierne fire til seks i en nedadgående skala for videnskabelig acceptabilitet (hvor seks var det laveste). Kategori fire blev defineret som “artikler af lav videnskabelig værdi. Det er fx usandsynligt, at en dyreundersøgelse, der rangerer så lavt, ville blive offentliggjort af redaktørerne af et respekteret eksperimentelt magasin.” Valenstein henviste cirka halvdelen af artiklerne til kategori seks.¹¹²

O’Callaghan og Carroll nåede frem til lignende konklusioner i deres grundige undersøgelse af området. “Efter 40 års psykokirurgi,” bemærkede de, “burde man med rimelighed kunne forvente en vis enighed, hvad angår dens effektivitet. Det er imidlertid tydeligt, at der ikke hersker en sådan enighed ... Der er ikke meget, der tyder på, at nutidige undersøgelser for alvor har ændret tvivlsomme, metodologiske procedurer (fra fortiden).”¹¹³

Alt dette kunne have bidraget til en engageret debat, hvis det blot var emner, der blev diskuteret i de akademiske korridorer. Men det er det ikke. Mens psykiatriske kirurger gætter og diskuterer, bliver menneskeligt hjernevæv ødelagt. Og for den enkelte patient er der ingen vej tilbage. Som forfatterne Alan Schefflin og Edward Opton forklarer i *The Mind Manipulators*: “Når man er død, er man død ... Men torturen ved at skulle leve med et lemlæstet sind vil vare evigt.”¹¹⁴

BRUGEN AF PSYKOKIRURGI

Gennem de seneste adskillige årtier, er en stor del af protesten imod psykokirurgi opstået på grund af dens potentielle overgreb som et middel til social kontrol. Mens tilhængerne ynder at påstå, at disse bekymringer ikke har noget på sig, så er sandheden, at behandlingen ikke bare *kunne* bruges til den slags formål, men at *den er blevet det og stadig bliver det*.

En undersøgelse af 70 hypotalamotomier på seksualforbrydere og -afvigere i Vesttyskland (1962-1975) viste, at ”indikationer for operative indgreb [var] baseret på tvivlsomt videnskabeligt og klinisk grundlag og praktisk talt [udelukkede] psykoterapeutiske ... aspekter.”¹¹⁵ Lignende operationer er blevet brugt til at dræbe overaktive libidoer hos seksualforbrydere.¹¹⁶

I Japan er hypotalamotomier blevet brugt til at standse voldelig, aggressiv adfærd. En tilhænger påstod: “Bivirkninger som hyperaktivitet og manglende blærekontrol gør dette til en risikabel procedure, men i alvorlige tilfælde er det risikoen værd.”¹¹⁷

I en artikel fra 1988 beskriver japanske psykokirurger resultaterne af disse operationer, som i perioden 1962 – 1977 blev foretaget på 60 mennesker, hvoraf næsten halvdelen var under 15 år. Den “beroligende neurokirurgi” blev anvendt til at standse aggressiv adfærd, også blandt dem de omtalte som “hyperaktive børn.” De fleste af patienterne var epileptikere med en let mental retardering. Lægerne *gættede* sig til, hvad det var, de gjorde: “Det område, vi har stimuleret og elektroættet, omfatter *formentlig* [det ene af to små hjerneområder] ... Det er derfor *temmelig sandsynligt*, at ødelæggelse af [vævsfibre] vil medføre en reduktion af raseri- eller aggressionsudtryk ...”(Kursiv tilføjet).

Postoperative opfølgingsundersøgelser 10 og 25 år efter konstaterede, at 13 af de 60 patienter var døde – der var bl.a. tre selvmord, to drukneulykker, en “ukendt årsag”, og to tilfælde med status epilepticus (konstante anfald). Kirurgerne ville ikke engang overveje, om de kunne have noget ansvar for disse dødsfald. “Eftersom ingen af dødsårsagerne lader til at have direkte forbindelse til det kirurgiske indgreb,” skrev de, “afspejler denne usædvanligt høje forekomst af dødsfald måske den korte levetid, man kunne forvente hos disse handicappede patienter.” De konkluderer: “Erfaringerne med den foreliggende gruppe på 29 børn lader til at tale for et tidligt, kirurgisk indgreb.”¹¹⁸ Det var det japanske folk tilsyneladende ikke enig i. Psykokirurgi blev i midten af 70’erne forbudt i landet.¹¹⁹

I Tjekkoslaviet er psykokirurgi blevet brugt til at behandle “hedonisme”. Mennesker med denne sygdom ”forstyrrer den eksisterende sociale orden og truer af og til den sociale orden i betydelig grad; nogle er endda kriminelle, fx seksuelle afvigere”. ”Nogle symptomer omfatter overdreven rygning, druk og/eller spisning. En af disse kirurgisk forandrede hedonister var en seksårig dreng.”¹²⁰

Børn har været udsatte mål for disse behandlinger. Forfatterne Schefflin og Opton har gengivet et interview med en amerikansk psykokirurg, der “fortalte os, at de fire til fem millioner børn i USA, der har ‘forskellige grader af mental retardering’, hyperaktivitet eller autisme også er gode kandidater til psykokirurgi. Han har personligt opereret et ‘stort antal’ retarderede børn samt nogle få med autisme.”¹²¹ Psykokirurgen Orlando J. Andy fra Mississippi har også specialiseret sig i børn – helt ned til fem år. “Psykokirurgi”, sagde han i 70-erne til et underudvalg i senatet, “er at foretrække frem for at lade et barn med abnorm adfærd fortsætte under utilstrækkelig kontrol i de år af dets liv, hvor det former og udvikler

sig.”¹²²

Blandt psykokirurgerne har også fanger været fortrukne kandidater. I 1972 forsøgte psykokirurgen Ernst Rodin at udføre amygdalotomier på indsatte med aggressiv adfærd i Michigan. Retssagen der fulgte, kendt som *Kaimowitz* (efter den advokat, der anlagde sag pga. operationerne), forbød effektivt psykokirurgi på statsinstitutioner for fremtiden.¹²³

Psykiateren Louis Jolyon “Jolly” West fra University of California i Los Angeles – der nyder den ære at være den eneste mand, der nogensinde har dræbt en elefant med LSD – gik i 70-erne i spidsen for et initiativ til at oprette Center for the Study and Reduction of Violence. Selv om West og statens embedsmænd benægtede, at centeret havde nogen planer om psykokirurgisk forskning,¹²⁴ så erklærer deres fremlagte “projektbeskrivelse” klart: “Efterhånden som Centeret udvikler sig og viderefører forskellige undersøgelser af voldelig adfærd og kontrollen af den, vil det indhente bistand fra forskere fra så forskellige ekspertise-områder som psykiatri, neurologi, neurofysiologi, neurokirurgi ...”

Den fortsætter med at fremføre, at dyr “bevidst kan provokeres til vold eller underkastes medicinering og hjernekirurgi med det formål, at de får større anvendelighed for mennesker.”¹²⁵ I 1992 så West tilbage på denne periode med en vis bitterhed. “I kølvandet på Ken Kesey’s [antipsykiatriske roman og film] *Gøgereden*, blev enhver, der opererede en anden persons dyrebare hjerne, anset for at være en Frankenstein.”¹²⁶

Som resultat af et betydeligt, offentligt ramaskrig blev Voldscenteret aldrig åbnet. Senere høringer i det amerikanske senat i 1974 afslørede dog, at det for nogle få fangers vedkommende var for sent. Ifølge vidneudsagn ”amygdalotomiserede californiske statsansatte i 1968 i hemmelighed tre fanger, uden at skænke særlig opmærksomhed på lovmæssige og etiske aspekter omkring informeret samtykke. Dette alvorlige indgreb i den menneskelige hjerne medførte ingen gunstige resultater hvad angik reduktion af vold og kriminalitet. Faktisk sidder den fange, som ifølge embedsmændenes rapport havde gjort det største fremskridt, stadig i fængsel. Hans gamle symptomer er vendt tilbage, og han lider nu desuden af hukommelsestab og andre følgevirkninger af ødelæggelsen af hjernen.”¹²⁷

Denne forestilling om at anvende psykokirurgi som social kontrol har en mere skjult betydning end den åbenbare politiske anvendelse. Mens nogle kirurger opfatter deres indsats som et nødvendigt onde til fordel for samfundet, går andre et skridt videre og ser kun på familiens intolerance og deres ønske om at befri patienten fra uønsket adfærd. Her kommer vi ind på den slags som Rosemary Kennedys lobotomi og Harry Baileys bemærkninger om, at psykokirurgi bør fremkalde en adfærd, “der ikke krænker eller på anden måde begrænser andres adfærdsudtryk.”

Baileys egen observation af, at “problemet med den overivrige mor har været til stede i næsten alle tilfælde”, hvor han anbefalede psykokirurgi, fører os til den næsten utænkelige konklusion, at en stor del af

hans patienter fik deres hjernevæv ødelagt - ikke fordi de ønskede det, men fordi Mor anså det for nødvendigt.

Det faktum, at Bailey – i stedet, for at anbefale ferie fra Mor – ville vælge at foretage en hjerneoperation, er ikke ude af trit med den måde, som de fleste psykokirurger tænker på. Hele deres forudsætning er faktisk, at der ikke findes andre muligheder for at løse visse psykiske problemer.

Når vi diskuterer nogle af de forskellige psykiatriske grunde til at psykokirurgi udføres, må vi derfor antage, at en vis del af operationerne - selv om de angiveligt bliver lavet for at hjælpe patienten – faktisk ikke udføres på patientens anmodning, men på opfordring af en ven, en pårørende eller en psykiater. Ofte er disse patienter så svage eller demoraliserede, at det ikke kræver meget pres udefra for at lokke dem til en operation. En undersøgelse af mere end hundrede cingulotomipatienter viste, at mere end 80 % allerede havde fået chokbehandling. En fjerdedel havde hver især fået over 50 ECT-behandlinger, foruden beroligende medicin og antidepressiva.¹²⁸ Som vi så det i foregående kapitel, er føjelighed og underdanighed almindeligt efter chok, hvilket gør det meget lettere at få et “informeret samtykke” til næsten hvad som helst.

Moderne psykokirurger påstår, at deres operationer er gavnlige for forskellige psykiatriske problemer bl.a. alvorlig angst, mani-depressiv psykose, depression og i mindre grad skizofreni.

Det er bl.a. populært at bruge psykokirurgi til “OCD” eller obsessive-compulsive disorder (tvangsmæssige forstyrrelser), en situation, hvor personen føler sig besat af tilbagevendende tanker og/eller føler sig tvunget til at gentage bestemte handlinger, såsom at vaske hænder.

Det har også været anvendt i andre situationer. I Danmark har psykokirurgi været brugt til at dæmpe appetitten hos fede mennesker. I Indien udfører kirurger deres arbejde for at ændre misbrugere og alkoholikeres vaner.¹²⁹

I alle tilfælde “arbejder” kirurgen selvfølgelig ved at gribe ind i hjernens normale funktion – en handling, der har sine egne konsekvenser.

MODERNE BIVIRKNINGER

Moderne psykokirurger kan godt lide at distancere sig så meget som muligt fra enhver tilknytning til fortidens lobotomier, for selv de kan selvfølgelig indse, at lobotomien medførte så mange rædselsvækkende bivirkninger. Nutidens kirurgitilhængere ynder at påstå, at nuværende teknikker er langt mindre destruktive end lobotomi, og at de derfor er bedre og socialt mere acceptable.

Mens dette argument overfladisk set kan lyde fornuftigt, er sandheden, at vævsskaden ved moderne operationer er betydelig. Typiske cingulotomier skaber to skader (80 mm i diameter og 160 mm i dybden).¹³⁰ Selv om dette forårsager 1/2 eller 1/8 af de skadelige virkninger ved lobotomier, taler vi stadig om dramatiske og irreversible skader i den mentale og fysiske funktion og adfærd.

At kalde disse forandringer *bivirkninger* er selvfølgelig en fejltagtig betegnelse. De bliver udelukkende kaldt sådan, fordi de føjes til den tilsigtede effekt. Men de er faktisk de *primære* effekter, dvs. at ødelæggelse af hjernevæv medfører bestemte virkninger – det ødelægger den pågældende hjernedels medfødte funktion.

I deres omfattende undersøgelse af nutidens psykokirurgi konstaterer O’Callaghan og Carroll: “Man bør forvente uønskede bivirkninger, når man tager den komplekse, funktionelle integration af forskellige hjerneområder i betragtning og den kendsgerning, at psykokirurgi griber ind i ... normalt hjernevæv. Det bør aldrig antages ... at virkningerne af operationen vil være specifikke og kun vil ændre afgrænsede uønskede adfærdsmønstre og lade andre psykologiske funktioner uberørte. Faktisk drejer den mest vedholdende kritik af psykokirurgi sig om, at virkningerne af operationerne i virkeligheden er mere diffuse og fører til en temmelig generel funktionsnedsættelse.”¹³¹

Ligesom med Walter Freeman og lobotomi har vi svært ved at skaffe et klart billede af, hvilke virkninger nutidens psykokirurgiske indgreb har, fordi kirurgerne tilsyneladende ofte kun ser det, de ønsker at se. Da Thomas Ballantine gennemgik 198 cingulotomifælde konkluderede han, at to tredjedele viste betydelige fremskridt. Imidlertid rapporterer *The Wall Street Journal*, at en mere tilbunds gående undersøgelse af en anden gruppe fra Ballantines hospital kun rapporterede om fremskridt hos 25-30 %.¹³²

Udtrykket “fremskridt” er her brugt meget subjektivt. Som ved chokbehandling ser vi, at læger vil anse, at en patient har gjort fremskridt, hvis bare de oprindelige symptomer er dæmpede – også selv om denne afdæmpning var forårsaget af hukommelsestab, desorientering, svækket dømmekraft eller en hvilken som helst anden mental dysfunktion, som operationen har medført.

Et godt eksempel på hvor meget, der bliver overset, fremgår af bogen *Madness in the Streets*. Forfatterne, der i et forsøg på at tale psykokirurgiens sag, fortæller en historie om en kvinde ved navn Paula Perlstein. Vi får at vide, at Paula er “livlig”, og at hendes “opførsel og tale ikke viser antydning af den forfærdelige sygdom, der før operationen dominerede hendes liv.” Dette er, hvad forfatterne påstår, de ser. Når vi imidlertid læser beretningen, opdager vi, at Paula har en massiv historie med psykofarmaka, (det ser ud, som om den spænder over 20 år), at hun har modtaget mindst 200 chokbehandlinger, har fået foretaget *fire* psykokirurgiske indgreb og på interview-tidspunktet fik antipsykotisk medicin. Hvordan kunne forfatterne se “ingen antydning”?

Det fremgår tydeligt af Paulas udtalelser, at hun lider af en vis amnesi. “Jeg havde det meget dårligt dengang,” siger hun om dengang, hun fik udført sin første cingulotomi af Thomas Ballantine. “Jeg har læst nogle af journalerne, og jeg var tvangsindlagt.” I en beskrivelse af en hændelse fra et psykiatrisk hospital fortæller hun: “Jeg var i et isolationsværelse, men jeg kan ikke huske det; det er noget, de har fortalt mig.”

Vi kunne også læse, at Paulas fjerde psykokirurgiske operation var “den mest radikale, limbiske operation, der indtil da var foretaget,” og at Paula efter sin operation “var meget mere udadvendt.” Dette minder i slående grad om den “uhæmmede adfærd”, som Freeman talte om hos lobotomipatienter. Forfatterne konkluderer, at Paulas oplevelse var typisk – operationen havde ingen skadelige virkninger på hendes personlighed.”¹³³

Da denne beskrivelse i bedste fald lyder tvivlsom, ledte vi over hele landet efter Paula for selv at spørge hende, men vi kunne ikke finde hende. Imidlertid *fandt* vi John Barrella, en mand der havde fået foretaget tre psykokirurgiske operationer, bl.a. to cingulotomier i 1980 – nogenlunde samtidig med Paula.

Johns historie kræver ingen forskønnelse. Efter at have fået foretaget en psykokirurgisk operation for kronisk angst fortæller han: “Jeg var fuldstændig tom indeni. Jeg var væk. Jeg kunne ikke huske noget som helst ... jeg var en omvandrende zombie.” Syv år senere opdagede han en dag, at han så småt var ved at blive klar over noget meget foruroligende. Det begyndte at gå op for ham, at han ingen hukommelse havde. Før dette var hans amnesi, i følge John, så omfattende, at han ikke engang var klar over, at han havde den.

Der gik endnu fem år, til omkring 1992, før han langsomt nåede til et punkt, hvor han begyndte at fatte, hvad der var galt med ham, og begyndte at forholde sig til, hvordan han skulle håndtere det. Efter år, hvor hans mor havde prøvet at hjælpe ham til at få det bedre, fik Johns mor ham på et institut, der havde specialiseret sig i rehabilitering af hjerneskadede mennesker. “De hjalp mig til at forstå omfanget af min skade. Ellers ville jeg i dag ikke have vidst ... Min mor fulgte med mig, fordi jeg ikke var i stand til at huske information.”

Den tidligere del af hans livs var slettet. Han havde været nødt til at stykke det sammen ved hjælp af fotografier, sine lægejournaler og andres beretninger. Med hensyn til hans mor, siger han: “Jeg ved faktisk ikke, om jeg nogen sinde huskede, hvem hun var ... jeg ved, at hun er min mor, men jeg kan ikke huske hende på nogen måde.”

Det mest pinefulde er tabet af ethvert minde om hans kone gennem tre år. “Jeg mødte min kone og blev forelsket i hende, og jeg var lige blevet færdig på universitetet ... Efter hvad jeg kan forstå, giftede hun sig med mig, for jeg har set mit bryllup – optaget på video – men jeg kan ikke huske noget om det ...

Hun var ikke klar over, at jeg var så alvorligt skadet, for jeg så normal ud ... Jeg var angst for alt [efter operationerne]. Jeg kan ikke huske det ... Jeg kan overhovedet ikke huske det. Af den grund forlod min kone mig, fordi jeg bare ville ud af ægteskabet ... I begyndelsen [efter operationerne], havde jeg ingen følelser. Mine følelser var meget, meget ødelagte. Men omkring '87 begyndte jeg at få ondt af min kone.”

I dag er Johns liv centreret om kartotekskort. Han har en bog derhjemme, hvor han nedskriver alt, hvad der sker hver dag. Han bruger et afkrydsningssystem, der viser ham, hvad han har lavet og ikke har lavet. Om aftenen udfylder han et kort, der fortæller ham, hvad han skal lave næste dag. Næste morgen tager han kortet med sig, hvis han tager hjemmefra ... Når han kommer hjem om aftenen, føres dagens aktiviteter ind i bogen, og et nyt kort udfyldes til næste dag. Han fortalte os, at han efter vores interview ville føre dét, der var sket, ind i bogen. “Så vil det aldrig blive glemt,” sagde han. “Det er den eneste måde. Der findes ikke andre måder at gøre det på.”

En dag så han på TV dr. Stanley Stellar, den psykokirurg der havde opereret ham. Han kunne ikke huske ansigtet. Derefter så han navnet med store bogstaver på skærmen; et navn han havde set i sine lægejournaler. Et undertrykt raseri kogte i ham. “Denne fyr talte på TV,” fortalte John os, “og alle lyttede til ham, som om han var en god læge. Denne fyr ødelagde mig ... Der er noget galt. Et eller andet sted er der noget galt.”

Omkring 1993 – John kan ikke huske datoen – stillede han sig ansigt til ansigt med dr. Stellar på det hospital, hvor det hele skete. “Jeg talte med denne mand. ‘Hvad fanden gjorde du ved mig? Jeg kom til dig for at få hjælp, men du ødelagde mig, og så vaskede du dine hænder’ ... Han svarede: ‘Jeg kan se, at du er i temmelig god form.’ Derefter rykkede han nærmere og lagde sin hånd på mit knæ og sagde: ‘Hør her, det er ikke alle disse operationer, der virker et hundrede procent.’ Jeg sagde: ‘Okay, men hvorfor hjalp du mig så ikke, efter at du havde skadet mig?’”

Et af de vanskeligste aspekter ved at komme ud af den psykokirurgi-skabte amnesis tåger er det, John kalder “desorienteringen”. Han oplever et strejf af hukommelse – en melodi i radioen, eller bevidstheden om en færdighed, han havde. (Han vidste ikke før seks eller syv år efter operationerne, at han havde en universitetsuddannelse i virksomhedsledelse – og denne stump af hans fortid nager ham som en utydelig nøgle til en dør, han ikke kan åbne.

Foruden sit kort- og langtidshukommelsestab lider John Barella af manglende orientering i tid og sted, nedsat dømmekraft og delvis lammelse i højre side. Han resumerer sin psykokirurgiske oplevelse med bitterhed: “Da jeg blev indlagt til operation var jeg meget, meget forelsket, jeg ønskede at blive af med det problem, jeg ønskede at starte et nyt liv – og pludselig slog denne mand mig ihjel.”¹³⁴

Mens denne form for amnesi er almindelig, er en bunke andre bivirkninger blevet føjet til moderne psykokirurgi. Det er umuligt at få fat i deres *fulde* omfang, medmindre man – som vi gjorde – går direkte til patienten. Disse *uheldige følgevirkninger*, som læger kalder dem, er grundlæggende set de samme som dem, der viste sig hos lobotomipatienter. Vi får at vide, at bortset fra det, er der færre dødsfald, og fordi læsionerne er lokalt begrænset, er de uheldige virkninger begrænset til mindre områder af hjernen.

På samme måde som med lobotomipatienter er der problemer med vægtforøgelse, epileptiske anfald, afstumpede følelser, “ubehersket adfærd”, koncentration, intellektuel funktion, tab af blærekontrol, post-operativt selvmord – alle de virkninger, man kunne forvente efter at sundt hjernevæv er blevet ødelagt, virkninger som patienten ofte aldrig ville have drømt om ville ske. Og virkninger, som han ikke fik at vide ville ske. Forestil dig følelsen af bedrag. Forestil dig at vågne op om morgenen uden hukommelse og uden blærekontrol.

FOR OG IMOD

I dag findes der faktisk kun et ret lille antal fortalere for psykokirurgi. De består hovedsageligt af et mindretal af neurokirurger med finansielle interesser eller et lille antal psykiatere, kirurger og ligesindede borgere, der ikke kan forestille sig en bedre måde til håndtering af bestemte mentale problemer.

Bogen *Psykokirurgi* af Joann Rodgers indtager fx en sjælden pro-kirurgisk holdning. Et flygtigt blik viser imidlertid, at Rodgers er informationschef for Johns Hopkins Medical Institutions. Og hvad er hendes organisations holdning til psykokirurgi? Ledende neurokirurg Donlin Long: “Hvis fortidens grove lobotomier virkelig hjalp, og det gjorde de, så tænk, hvad vi ville kunne udrette i dag med mindre destruktive læsioner, elektrisk stimulation og medicinske implantater”.¹³⁵

For at bevise nødvendigheden af deres operationer påstår fortalere, at kirurgi er forbeholdt patienter, som er desperate tilfælde. Som eksempel citerer de sædvanligvis et tilfælde med ekstrem voldelighed, tvangstanker, depression osv. og påstår, at patienten uden psykokirurgi ville være død, have begået selvmord eller være henvist til psykisk tortur resten af livet.

Der *er* tydeligvis mennesker, der er selvmordstruede, eller som lever i private helveder, og det kan ved første øjekast forekomme rimeligt, at man vil gøre *hvad som helst* – uanset hvor desperat – hvis det indebærer et løfte om redning.

Men det første øjekast er imidlertid en dårlig vejleder, når det drejer sig om at beslutte, om nogen skal have deres hjernevæv ødelagt. Man bør først gøre sig visse tanker og overvejelser. Selv om psykokirurgerne fortæller os, at de kun opererer på de mest desperate tilfælde, hersker der først og fremmest voldsom tvivl om, at dette er sandt. “Det påstås altid, at operationen er en sidste udvej,”

bemærkede neurovidenskabsmanden Stephan Chorover fra Massachusetts Institute of Technology i 1994. "Jeg tror faktisk ikke, det er dét, der i de fleste tilfælde gør sig gældende."

På det tidspunkt Chorover fremsatte sine bemærkninger, kostede en to-timers cingulotomi 15.000 \$ på Massachusetts General Hospital og læger *arbejder* for at tjene til livets ophold. Hvor meget dette påvirker deres beslutning om at operere er svært at sige.¹³⁶

Hvis vi ser på psykokirurgernes egne kommentarer, opdager vi, at de mener, at operation bør bruges på et tidligere tidspunkt end som den "sidste udvej". Vi har allerede nævnt neurokirurgen Knights kommentarer til emnet. I 1992 sagde hans engelske kammerat, kirurgen Paul Bridges: "Mange psykiatere mener, at psykokirurgi ville have *meget* bedre resultater, hvis den blev udført tidligere i sygdomsforløbet."¹³⁷

Samme år forudsagde sociologen Andrew Scull fra University of California, i San Diego, at psykiatere – stillet over for konkurrencen med ikke-medicinske terapier - ville forsøge at bruge *mere* medicin og kirurgi for at beskytte deres "markedsandele" og holde sig i live.¹³⁸

For det andet mener psykokirurger, når de taler om desperate tilfælde, specifikt de mennesker, der har været behandlet *psykiatrisk* uden gavn. Det er et ekstremt snævert synspunkt. Som vi allerede har demonstreret, har psykiatere en notorisk dårlig dømmekraft, når det drejer sig om, hvordan man skal behandle menneskelige sygdomme – og de opnår dårlige resultater. At give en person prædikatet "håbløs", fordi psykiatere ikke har været i stand til at hjælpe ham, forekommer absurd i lyset af det, vi ved – at psykiatrisk behandling er så frugtesløs, at flere mennesker statistisk set får det bedre uden. Faktisk er det normalt, at en person kommer i en *dårligere* tilstand efter massiv behandling med medicin og chok. At man derefter erklærer en sådan person for "håbløs" og tilføjer irreversibel hjernekirurgi til hans mareridt, forekommer næppe fornuftigt.

Det kan heller ikke forekomme rimeligt, at man permanent ændrer en persons hjernevæv, bare fordi biologisk orienterede psykiatere ikke kan finde på en bedre løsning. Som vi har set, er det psykokirurgiske område blevet spækket med læger, der af deres kolleger anses for at være ufølsomme. Hvorfor skulle man lægge sin mentale fremtid i hænderne på en sådan person, når man ved det?

For det tredje kan anføres, at selv om der måske er nogle ganske få individer, som beder om at få sat en stopper for deres mentale mareridt med psykokirurgi - og som kun får rådgivning af psykiatere – så bliver disse individer nægtet ethvert alternativ, der kunne skåne dem for et liv med hjerneskade. Disse få patienter bliver af den psykokirurgiske profession brugt til at skaffe en falsk facade, så de kan holde disse patienter frem for at retfærdiggøre deres handlinger, mens de i virkeligheden ønsker og bruger psykokirurgien *tidligere* end som en sidste udvej, som vi har set. Selv om en lille håndfuld mennesker *måske* for-

bigående har fået deres dæmoner dæmpet for en pris, de ofte er for mentalt medtagne til at kunne fatte, er et endnu større antal ikke blevet hjulpet – og må leve med konsekvenserne. Det er hverken retfærdigt eller fornuftigt.

For det fjerde bør det klart fremgå, at mens moderne psykokirurger påstår, at deres hospitaler har etableret “procedurer for screening-udvalg” for at sikre, at kun de mest desperate bliver opereret, så er medlemmerne i disse udvalg tilhængere af kirurgi. I modsat fald ville ingen patient blive godkendt, og den situation ville intet hospital finde sig i.

Og endelig bør det være tydeligt, at psykokirurgi faktisk ikke er den sidste udvej. Den kan overhovedet ikke med nogen fornuft kaldes en udvej. I sit kølvand har den efterladt en arv af tusindvis af forkrøblede sind. Når vi tillader, at den psykiatriske profession – i mangel på forståelse - fortsætter med at anvende skalpeller, holder vi liv i falske forhåbninger og mulig lemlæstelse af tillidsfulde sjæle, hvis eneste forbrydelse er, at de tror på deres læger.

Ved at forhindre denne hurtige løsning med kniven ville mere humane alternativer blive tvunget i forgrunden.

Staterne Oregon og South Dakota har forbudt psykokirurgi. Lobotomi er forbudt i Louisiana. Mange andre stater har pålagt denne praksis begrænsninger, fx er operationerne i Californien blevet standset, efter at reglerne blev strammet. Psykokirurgi er blevet uønsket over hele verden.

Mens psykokirurger ynder at påstå, at deres operationer har fået et comeback, er sandheden, som et af deres medlemmer sagde: “Acceptniveauet er faldet til praktisk taget nul.”¹³⁹ Det ser fornuftigt ud i en verden, der forsøger at rejse sig fra sin fortids vold og barbarisme.

Vi ønsker at fremføre den påstand, at det er på tide, at alle operationer bliver stoppet.

Til slut vil vi gerne indfri et ønske. John Barrella, den mand der blev udsat for tre psykokirurgiske operationer, bad om, at vi til gengæld for hans interview viderebragte et personligt budskab fra ham:

“I kan sikkert forstå, at jeg er meget vred over, at der ikke har været nogen anerkendelse af alt det, der blev gjort mod mig. Ikke bare for mig selv. Jeg blev skadet. Fint. Disse mennesker slap af sted med det. Fint. Men hvor mange andre mennesker skal i fremtiden lide under den samme behandling? ... Det er dét, folk er nødt til at få at vide – at disse hospitaler stadig eksisterer. Og alligevel lader de disse ting foregå ... Disse ting foregår stadigvæk.”