

Trude Kristine Nerland

## **"Dette er Reitgjerdet - gjerne folk overalt".**

En studie av lobotomi ved Reitgjerdet i perioden 1948-53. Motiver og resultat i en nasjonal og internasjonal kontekst.



Masteroppgave i historie  
Trondheim, mai 2017

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Det humanistiske fakultet  
Institutt for historiske studier



# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	v
<b>1. Introduksjon</b> .....	1
Innledning .....	1
Problemstilling og avgrensning .....	1
Den psykiatriske historiografien .....	3
Internering av sinnssyke .....	4
Moral treatment – fra brutalitet til humanitet .....	6
Behandling av sinnslidende – “den store desperasjonen” .....	8
Eksperimentell behandling .....	10
Opprettelsen av Reitgjerdet, 1923 .....	13
Diagnose: Schizofreni .....	16
Antipsykatrien .....	17
Å forstå historien på dens egne premisser .....	18
Kildene, kildekritiske utfordringer og metode .....	19
<b>2. Lobotomi som fenomen</b> .....	23
Bakgrunn .....	23
Walter Freeman og James Watts .....	24
Fra prefrontal til transorbital lobotomi .....	26
Omfang .....	28
Lobotomi innføres i Norge .....	29
Holdninger i Norge .....	31
Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri .....	33
<b>3. Motiver</b> .....	35
Hvem var de lobotomerte pasientene? .....	36
Farlig og utrygg? .....	41
Motiver .....	43
Lobotomi som behandling .....	44
Lobotomi på grunn av mangel på ressurser .....	47
Lobotomi for anstaltbedring .....	49
Lobotomi som prestisje .....	50
Lobotomi etter påtrykk fra pårørende og pasienter .....	52
Sammensatte motiv .....	53
Samtykke .....	55
<b>4. Resultater</b> .....	59
Omfang og metode .....	60
Resultater .....	61
Hva ble pasientene utskrevet som? .....	62
Post-lobotomi-syndromet .....	64
Bivirkninger: epileptiske anfall .....	66
Dødelighet .....	67
Vellykkede lobotomier: Levde pasientene lenger? .....	69
Lavere dødelighet ved Reitgjerdet enn andre steder? .....	72

Utfordringer for pårørende .....	73
Enkeltmenneskers bidrag .....	76
Motiver og resultat – en diskusjon .....	78
<b>5. Tida etterpå .....</b>	<b>83</b>
Hvorfor tok bruken av lobotomi som behandlingsmetode slutt? .....	84
Lobotomipasientene får erstatning .....	87
Kritikken av Reitgjerdet og Reitgjerdet-saken .....	88
Mediedebatten om lobotomi på 1990-tallet og forskeren Joar Tranøy .....	89
Forholdene ved Reitgjerdet .....	93
Dagens situasjon .....	96
<b>6. Avslutning .....</b>	<b>99</b>
Forslag til videre forskning .....	103
<b>Bibliografi .....</b>	<b>105</b>
Litteratur .....	105
Trykte kilder .....	107
Nettressurser .....	108
Oppslagsverk .....	108
Forkortelser .....	108
Utrykte kilder .....	108
Grafer .....	109
Bilder .....	109

## Forord

Da jeg skulle velge meg tema for masteroppgaven visste jeg at jeg ville skrive institusjonshistorie. Jeg har alltid vært nysgjerrig på hva som har foregått bak lukkede dører ved institusjoner. I den forbindelse var jeg så heldig å få bli med på prosjektet “Galskapens fengsel” og fikk innsyn i det innholdsrike kildematerialet fra Reitgjerdet.

Jeg har trivdes svært godt i arbeidet med masteroppgaven og det er vemodig å tenke på at tida som historiestudent snart er over. Det er i den sammenheng en rekke personer som må takkes.

Først og fremst vil jeg takke min kjære veileder, professor Øyvind Thomassen. Takk for at du har delt av din kunnskap og gitt meg grundige tilbakemeldinger og oppløftende ord.

Takk til alle på forskningsprosjektet “Galskapens fengsel” for at dere tok meg godt imot og kom med mange gode tips til oppgaven. Jeg gleder meg til å lese utgivelsene deres i fremtiden. En spesiell takk Eivind Myhre for god hjelp da jeg begynte arbeidet med kildematerialet og Hilde Dahl for nyttige tips og kommentarer i skriveprosessen.

Takk til psykiater Per Ivar Finseth for at du tok deg tid til et veldig nyttig møte hvor jeg kunne spørre om alt jeg lurte på.

En stor takk sendes også til de jeg har delt lesesal med – både for gode faglige diskusjoner og mange artige påfunn.

Jeg vil også takke alle de fantastiske folkene som jeg har blitt kjent med gjennom Det Historiske Selskab. Dere har virkelig beriket studietida mi og jeg har fått venner for livet. Jeg vil også sende en takk til NTNUI volleyball for mye idrettsglede og sosialt samvær.

Sist, men ikke minst vil jeg rette en stor takk til venner og familie. Takk til mor, far, Eldrid Marit og Ragnhild for at dere hele tiden har hatt tro på meg og prosjektet mitt. En spesiell takk til mor for våken korrekturlesing og gode faglige diskusjoner.

Og til alle dere som har gjort meg bevisst på at historie er så mye mer enn fortellinger om kriger og mektige menn – tusen takk.

Alle feil er mine egne.

Trude Kristine Nerland, Trondheim, mai 2017.



# Kapittel 1: Introduksjon

## Innledning

Forvaring og behandling av farlige sinnssyke, sinnssyke kriminelle og “gråsonepasienter/-kriminelle” har vært et stadig aktuelt tema de siste 200 årene. Hverken fengselsvesenet eller allmennpsykiatrien ønsker å forvare eller behandle kriminelle sinnssyke sammen med andre fanger og pasienter.<sup>1</sup> Disse personene er forstått å være for farlige til å være fri ute i samfunnet eller i sykehus og for utilregnelige til å bli fengslet. Dette har ført til en rekke utfordringer knyttet til hvordan samfunnet har valgt å håndtere dem. Hvordan samfunnet har opptrådt ovenfor denne gruppen har endret seg mye de siste 200 årene. Den medisinske utskillingen av “gale” skjedde som en gradvis prosess i siste halvdel av 1800-tallet og den kriminalpolitiske innplasingen av dem skjedde som et resultat av Kriminalloven av 1842 og Straffeloven av 1902. Byggingen av særanstalter skjedde ikke som resultat av et enkelt kongelig påbud, men var et resultat av langvarige politiske og kulturelle prosesser og kontroverser.<sup>2</sup> I 1848 kom loven om behandling og forpleining av “sinnssyke” og i tida som fulgte ble det reist asylr rundt omkring i landet.<sup>3</sup> Opprettelsen av Reitgjerdet asyl i Trondheim var et viktig tilskudd i denne prosessen i Norge, og ble opprettet for å ta imot farlige og vanskelige sinnssyke fra 1923.<sup>4</sup>

Som vi skal se i dette kapitlet har behandlingen av sinnssyke vært preget av flere forsøk på å prøve å behandle mentalt syke pasienter. Behandlingsmetoden lobotomi er et inngrep i hjernen som ble mye brukt i Norge for å behandle psykiatriske pasienter fra begynnelsen av 1940-årene. I dag vekker metoden ofte avsky. Inngrepet blir sett på som en av de brutale metodene som i enkelte tilfeller ødela livet til noen av de aller svakeste i samfunnet. Men er det så enkelt og så lite nyansert?

## Problemstilling og avgrensning

I denne masteroppgaven skal jeg ta for meg lobotomi som behandlingsmetode for farlige sinnssyke ved Reitgjerdet, med følgende problemstilling:

---

<sup>1</sup> Wenche Blomberg, *Galskapens Hus: Internering og utskilling i Norge 1550-1850* (Universitetsforlaget 2002), 9.

<sup>2</sup> *Ibid.*, 13.

<sup>3</sup> Per Haave, *Ambisjon og handling: Sanderud og norsk psykiatri i et historisk perspektiv* (Unipub, 2008), 13.

<sup>4</sup> Norsk rettsmuseum, *Galskapens Fengsel*, (Trondheim: Norsk Rettsmuseum, 2015), 14.

Hvorfor og hvordan ble lobotomi utført ved Reitgjerdet i perioden 1948-53? Hva var motivene og resultatene i nasjonal og internasjonal kontekst?

For å svare på problemstillingen skal jeg diskutere samtidens erfaringer når det gjaldt behandling av og synet på sinnssykdom. Oppgaven fokuserer på perioden 1948-53, da lobotomier ble utført ved Reitgjerdet, men for å sette empirien inn i en større sammenheng har jeg valgt å ta med en del aspekter både før og etter denne tidsperioden. Selv om oppgaven først og fremst tar for seg Norge og har hovedfokus på Reitgjerdet, skal jeg også trekke paralleller til USA og de andre skandinaviske landene. Det er naturlig fordi disse landene også lobotomerte mange pasienter i samme periode som Norge, 1941-1974. Jeg skal også se på faktorer som har gjort at ulike institusjoner i Norge har hatt ulik praksis når det gjelder å ta i bruk lobotomi og omfanget av bruken. Denne masteroppgaven er først og fremst historisk, men kan ikke skrives uten en gjennomgang av aspekter knyttet til psykiatri og medisin. Holdninger til etikk er viktig da et fenomen som lobotomi knapt kan beskrives uten å prøve å forstå rammene for de etiske refleksjonene som lobotomeringen skjedde innenfor.

Kapitlet er et introduksjonskapittel som skal ta for seg generelle utviklingstrekk i behandlingen og synet på sinnssyke med spesielt fokus på det som har skjedd de siste 200 år. Jeg skal diskutere det som i oppgaven blir kalt for den "store desperasjonen" som karakteriserer den historiske perioden hvor det ble tatt i bruk desperate behandlingsmetoder for å prøve å behandle sinnssyke pasienter. I den sammenheng skal jeg også se på to ulike perspektiver knyttet til behandlingsparadigmet som har blitt kalt "moral treatment". Jeg skal også kort beskrive antipsykatrien som fant sted fra 1970-tallet før jeg diskuterer hvorfor Reitgjerdet ble opprettet som asyl i 1923, og hva som kjennetegnet denne institusjonen. Avslutningsvis i kapitlet diskuterer jeg hvilke kilder jeg har brukt og hvilke kildekritiske utfordringer jeg har stått ovenfor i arbeidet og hvilken metode jeg har anvendt. I kapittel 2 diskuterer jeg lobotomi som fenomen. Hvem oppfant inngrepet? Hvordan utviklet lobotomi seg til å bli en sentral behandlingsmetode i psykiatrien? I hvilket omfang ble den anvendt i Norge? Hvilke holdninger kan vi skimte i fagmiljøet i samtida? Kapittel 3 tar for seg hvilke motiver som lå bak lobotomeringene av farlige sinnssyke ved Reitgjerdet. Hvem var disse pasientene? Ble pasientene lobotomert for at avdelingene i psykiatriske institusjoner skulle bli roligere, slik som mange i ettertid har hevdet? Eller var det even-



tuelt også andre årsaker? I kapittel 4 diskuterer jeg resultatene av lobotomeringene ved Reitgjerdet. Er det slik som mange kritikere har hevdet, nemlig at lobotomi var en forferdelig behandlingsmetode som ødela livene til pasientene? Eller kunne inngrepet forbedre livskvaliteten til pasienter som var svært syke? I kapittel 5 diskuterer jeg tida etter at lobotomi ble brukt som behandlingsmetode ved Reitgjerdet. Jeg diskuterer blant annet hvilke årsaker som lå til grunn for at man gikk bort fra å bruke inngrepet. Jeg skal også se på erstatningssaken for lobotomiofre som var spesiell for Norge i internasjonal sammenheng. Helt til slutt i kapittel 5 diskuterer jeg den norske mediedebatten om lobotomi og noen av de mest sentrale aktørene i denne debatten. Masteroppgavens siste kapittel, kapittel 6, er en kort avslutning som svarer på oppgavens problemstilling.

## **Den psykiatriske historiografien**

Før jeg går inn på temaet lobotomi er det nyttig å se på utviklingen som skjedde i forkant av at praksisen ble tatt i bruk. Det var legene som var først ute med å skrive psykiatrihistorie. Denne trenden fortsatte i Europa helt til mellomkrigsårene da medisinhistorisk forskning ble tematisert innenfor sosiologi og antropologi. Det var først og fremst på 1960-tallet, mest på grunn av den franske filosofen og idehistorikeren Michel Foucault, at store endringer fant sted innenfor historiografien for dette fagfeltet. Senere kom også andre sentrale aktører med i denne historieskrivingen, som jeg skal komme tilbake til.<sup>5</sup> Historiografien innen legevitenenskap og kriminalitetskontroll har vært dominert av en progresjonsteoretisk forståelse og fortolkning, altså at den vitenskapelige utviklingen bare fortsatte én vei; oppover og fremover.<sup>6</sup>

Det er en utfordring å holde seg nøytral til en virksomhet som man selv er en del av. Dette gjaldt først og fremst legene Philippe Pinel i Frankrike, John Conolly i England og Herman Major i Norge på 1800-tallet. Det som av dem ble beskrevet som hindre kunne overkommes så lenge det kom penger nok til institusjoner, personell og forskning.<sup>7</sup> I dag er den dominerende historiefaglige forståelsen at fagfeltet psykiatri har vært preget av både store utfordringer og stor fremskrittsoptimisme om hverandre. Det har derfor de siste tiårene blitt hevdet, med blant annet den amerikanske sosiologen og psykiatrihistorikeren Andrew Scull i spissen, at legene

---

<sup>5</sup> Haave 2008, 16.

<sup>6</sup> Blomberg 2002, 11.

<sup>7</sup> Ibid., 11.

har skjønnet historien for å rettferdiggjøre det som har blitt gjort.<sup>8</sup> Med sentrale arbeider fra forskere som for eksempel Michel Foucault (*Galskapens historie*), den kanadiske samfunnsforskeren Erving Goffman (*Overvåkning og straff*) og den amerikanske psykiateren og psykoanalytiker Thomas Szasz (*The Myth of Mental Illness*) ble den medisinskdominerte historio- grafien brutt.<sup>9</sup>

For Norges del ble den første store psykiatrichistoriske fremstillingen utgitt på begynnelsen av 1900-tallet og ble skrevet av psykiateren og politi- og fengselslegen Paul Winge. I senere tid har psykiatriprofessor Einar Kringlen ført videre den faginterne tradisjonen. Han hadde i motsetning til sine forløpere et mer kritisk perspektiv på norsk psykiatrichistorie. De siste tiårene har det kommet sentrale bidrag, blant annet fra psykolog Kjersti Ericsson, kriminolog Wenche Blomberg, statsviter Kari Ludvigsen, faghistoriker Jan Bjarne Bøe og historikerne Per Haave og Svein Atle Skålevåg. De siste tiårene har bidragene kommet fra mange fagfelt. Medisinerne har gjerne skrevet psykiatrichistorie i form av jubileumsbøker og de som har skrevet disse, har ofte selv vært aktører i kraft av å ha vært leger eller psykiatere ved sykehus. Ofte har også andre ansatte ved sykehusene vært aktive bidragsytere. Det sier seg selv at dette i enkelte tilfeller kan sies å være problematisk da disse historiene ikke kan karakteriseres som objektive.<sup>10</sup> På den annen side kan det også være problematisk at helt utenforstående aktører har en svært kritisk holdning til det som har skjedd i psykiatrien fordi det er et fagfelt det er vanskelig å ha full oversikt over og detaljert innsikt i.

## **Internering av sinnssyke**

For å skrive psykiatrichistorie er det viktig å se på utviklingen av hvor og hvordan mentalt syke har blitt skilt ut i den moderne tidsperiode etter ca. 1800. Som tidligere nevnt var byggingen av særanstalter en gradvis utvikling. Allerede i middelalderen ble myrkvastofu tatt i bruk, og senere den sivile arresten.<sup>11</sup> Myrkvastofu var et konkret sted hvor mennesker ble holdt innesperret. Disse fantes forskjellige steder for innesperring, blant annet i festninger og klostre.<sup>12</sup> Arbeids- og tukthus ble også etterhvert tatt i bruk. I andre halvdel av 1700-tallet ble det opprettet

---

<sup>8</sup> Ibid., 11.

<sup>9</sup> Ibid., 12.

<sup>10</sup> Haave 2008, 17-18.

<sup>11</sup> Blomberg 2002, 13.

<sup>12</sup> Ibid., 25-26.

dollhus, som var separate bygninger/avdelinger som var beregnet for flere former av avvikende mennesker som ble holdt under oppsyn. Historikeren Andrew Scull påpeker at etter at anstaltene ble etablert ble de gale ansett som en egen sosial kategori.<sup>13</sup>

I middelalderen var det i all hovedsak familiene som tok seg av de gale. Da ble denne gruppen mennesker ofte gjemt vekk i kjellere og grisebinger. Mange ble bortvist fra sine hjemsted, noe som resulterte i at en stor del av dem vandret gatelangs for å tigge. I enkelte tilfeller ble også gale låst inne i tårn eller fangehull under regi av myndighetene. "Omsorgen" for gale virker med andre ord å ha vært uorganisert. Galskap var tidligere sterkt knyttet til skam og ble sett på som noe djevelsk. Ved slutten av middelalderen kan vi skimte en mer formell segregering, og dette var ofte knyttet til den kristne veldedighetsplikten.<sup>14</sup>

Ved utgangen av 1500-tallet hadde for eksempel Bergen fått en overskuddsbefolkning som måtte bringes under kontroll. Folk skulle enten deporteres eller settes i arbeid hos private. Men i skjæringspunktet mellom truende massefattigdom og medlidenhet kan vi skimte et tidlig forsøk på å fange avviket i skrift, ved bokføring av enkeltindivider. Dette var en teknologisk nyvinning i den sosiale kontrollen.<sup>15</sup> Michel Foucault skrev følgende om den nye formen for kontroll, at den

Markerte [...] en avgjørende hending, nemlig det øyeblikk da galskapen ble satt inn i det sosiale landskapet som utgjøres av fattigdom, arbeidsudyktighet og manglende evne til å la seg integrere i gruppe – det øyeblikket da den ble et sosialt problem.<sup>16</sup>

I 1760-70-årene gikk man fra å bruke dårekister til å bruke dollhus.<sup>17</sup> Dollhusene var større enn dårekistene og med et varierende antall enkeltceller, kunne flere personer oppbevares der samtidig. Det ser likevel ut til at forpleiningen og den materielle tilstanden for øvrig var like dårlig som den hadde vært tidligere. Endringene som fant sted bar mer preg av administrativ endring enn noe annet. Likevel finner vi flere eksempler på skildringer som uttrykker at folk fra nå av så noe mer enn bare dyret, monsteret, i galskapen.<sup>18</sup> Det skjedde en gradvis endring i synet på

---

<sup>13</sup> Ibid., 13.

<sup>14</sup> Roy Porter, *Madness: A Brief History* (New York: Oxford University Press, 2002), 90.

<sup>15</sup> Blomberg 2002, 43.

<sup>16</sup> Ibid., 51.

<sup>17</sup> Ibid., 63.

<sup>18</sup> Ibid., 65.

de gale. Folk begynte etter hvert å kjenne igjen mennesket bak den atferden som ble sett på som dyrisk. Den generelle kunnskapen om verden og naturen var økende. Troen på at man kunne forbedre menneskene økte også. Defekten hos det gale mennesket kunne dermed forandres, bli gjenstand for behandling. Temming og oppdragelse kunne gjøres med andre metoder.<sup>19</sup> I løpet av tidligmoderne tid ble med andre ord folk påtvunget nye atferdsmønstre og idealer. Begrepet “disiplinering” kan brukes om denne perioden og signaliserer hvordan samfunnet ble fredeligere.<sup>20</sup>

Det var store endringer i omsorgen for gale fra slutten av 1700-tallet og gjennom 1800-tallet i den vestlige verden. Det var en forståelse av at det var til alles beste å låse inn gale mennesker, men etter hvert argumenterte legene for at de også skulle bli bra igjen.<sup>21</sup> Det ble presentert dristige løfter om helbredelse dersom legene fikk sine anstalter. Tida var preget av individualisering og sosial opprydding, både når det gjaldt arbeidskraft og avvikerbefolkning, og ikke minst institusjonsbygging. Enkelte kunne etter hvert gjøre krav på ekspertise og tilbydde sine tjenester og garanterte resultater. Leger og ingeniører ble sett på som bærere av troen på fremskrittet.<sup>22</sup>

### **Moral treatment – fra brutalitet til humanitet**

I dag er det mange som ser på psykiatriske institusjoner som steder hvor det har skjedd mye fryktelig. I denne sammenheng er det viktig å reflektere over at det finnes mange pasienthistorier som viser noe annet. Som beskrevet over ble de sinnssyke internert på ulikt vis gjennom historien og levde ofte under dårlige forhold. I dag blir den franske legen Philippe Pinel (1745-1826) sett på som den viktigste representanten for overgangen fra et middelaldersk syn på galenskap til et moderne syn. Mens man i middelalderen så på sinnssyke som besatt av (onde) ånder, bygde Pinels forståelse av de sinnslidende på humanitet og kunnskap. Mennesker som tidligere hadde vært låst inne i mørke celler, lenket til veggen og utsatt for brutale handlinger ble nå behandlet på en annen måte. Pinel blir sett på som mannen som løsnet de sinnssyke fra lenkene ved La Bicêtre i Paris. Han mente at mentalt stress, arv og somatiske sykdommer var grunnen til sinnssykdom, og at de sinnssyke derfor måtte behandles på en annen måte. Han mente at den

---

<sup>19</sup> Ibid., 80.

<sup>20</sup> Ole Georg Moseng et.al., *Norsk historie II: 1537-1814* (Oslo: Universitetsforlaget, 2012), 139.

<sup>21</sup> Blomberg 2002, 164.

<sup>22</sup> Ibid., 80.

beste behandlingen var lys og luft, samtaler med leger, og å diskutere personlige problemer, fysisk aktivitet, god hygiene og arbeid som var meningsfullt for den sinnssyke.<sup>23</sup>

Omtrent på samme tid, i 1792, ble The York Retreat grunnlagt av William Tuke i England. Dette var en liten institusjon for mentalt syke pasienter. Her ble lenkene fjernet og alle former for fysisk vold og tvang var forbudt. Ideene bak institusjonen fikk etter hvert stor innflytelse også andre steder. I stedet for bruk av vold og tvang ble belønninger brukt for å opprette et fortrolig forhold mellom pleiere og pasienter. Premissene for arbeidet var at de gale hadde de samme insentiver og følelser som tilregnelige mennesker. Alle mennesker har noe fornuft i seg, og denne kunne utnyttes gjennom dyktig manipulering av miljøet for å oppmuntre dem til å undertrykke sine villfarne tilbøyeligheter, mente Tuke.<sup>24</sup> Det var viktig at pasientene ble behandlet som rasjonelle individer. Ved å gå, snakke, arbeide, drikke te med inspektørene og leve under det nøye gjennomtenkte terapeutiske miljøet, skulle pasientene få mulighet til å beherske seg. Hovedpoenget var å tilby et humant og omsorgsfullt miljø hvor de menneskene som ikke taklet hverdagen kunne få et pusterom. Den fysiske arkitekturen var også viktig og de nye institusjonene skulle ikke minne om et alminnelig fengsel.<sup>25</sup>

Erfaringene fra The York Retreat var med på å reformere utviklingen også andre steder når det gjaldt entusiasmen for asylter. Philippe Pinel hadde kommet fram til lignende premisser i det post-revolusjonære Paris.<sup>26</sup> Han poengterte blant annet viktigheten av at pasientene måtte oppholdes andre steder enn hos familien, og at pasienter som fikk leve i isolerte miljøer hadde større sjanse for å bli kureret. Han mente at pasientene ble føyelige og rolige når de ble tatt vare på av et trent personale ved asylene.<sup>27</sup> Asylene han bestyrte var basert på ideene fra behandlingssideologien “moral treatment”.<sup>28</sup>

I dag beskrives moral treatment gjerne med to ulike perspektiver. På den ene siden har vi de som hevder at moral treatment var en utvikling som førte til et mer humant miljø i forhold til

---

<sup>23</sup> Norsk rettsmuseum 2015, 29.

<sup>24</sup> Andrew Scull, *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine* (New Jersey: Princeton University Press, 2015), 202.

<sup>25</sup> Ibid., 203.

<sup>26</sup> Ibid., 204.

<sup>27</sup> Ibid., 205.

<sup>28</sup> Ibid., 207.

behandlingen i de tradisjonelle galehusene og dollhusene. På den andre siden har vi de som hevder at moral treatment var en form for “gigantisk moralsk fengsling”. Den mest sentrale representanten for det siste perspektivet er Michel Foucault.<sup>29</sup> Han karakteriserer utviklingen som “den store innesperringen” av gale og fattige.<sup>30</sup> Foucault hevder at denne innesperringen ikke bare utgjorde en mer fysisk håndtering av de gale, men at den også forandret selve galskapen. Foucault mener at institusjonaliseringen av de gale reduserte de gale til ikke lenger å være en del av menneskeheten. Han mener at de innsatte i galehus ble behandlet som ville dyr i bur. Selv om noe av Foucaults fortolkning lyder rimelig er det også en forenklet og generaliserende måte å se utviklingen på.<sup>31</sup> Selv om enkelte trekk ved utviklingen var problematisk er det mange grunner til å anta at livskvaliteten for mange sinnssyke forbedret seg dramatisk i denne perioden. Utviklingen i asylene bar preg av både utfordringer og fremskrittsoptimisme, men det må likevel kunne sies at sinnssyke i denne perioden ble behandlet på en mer human måte enn tidligere. Det at psykiatrien stod ovenfor en rekke utfordringer, og at utviklingen ikke bare har vært preget av progresjon, kommer tydelig frem i denne oppgaven.

### **Behandling av sinnslidende – “den store desperasjonen”**

Synet på gale endret seg over tid, og det samme gjorde behandlingsmåtene. Gjennom historien har det blitt gjort mange forsøk på å prøve å finne en kur mot sinnssykdom. Derfor har stadig nye behandlingsmetoder vunnet innpass som ledd i behandlingen. Noen metoder har vist seg å være kortlivede, mens andre behandlingsmetoder bruker vi fremdeles i dag. Nedsenkning i varme eller kalde bad er et eksempel på en utprøvd behandlingsmetode i tidligmoderne tid. Det ble trodd at bad virket rensende på sjelen. Kurer med kaldt vann ble en slags forløper for sjokkterapiene og skulle avlede galskapen.<sup>32</sup> Vannbehandling fortsatte som behandlingsmetode til langt inn i det 20. århundre.<sup>33</sup>

Den engelske legen og vitenskapsmannen Thomas Willis’ (1621-75) var én av pionerene som forsket på anatomien i hjernen og nervesystemet, og det var han som først brukte faguttrykket nevrologi.<sup>34</sup> Dette ble viktig i arbeidet med behandlingsmåter av sinnslidende. En annen sentral

---

<sup>29</sup> Ibid., 207.

<sup>30</sup> Porter 2002, 92.

<sup>31</sup> Ibid., 93.

<sup>32</sup> Blomberg 2002, 198 og 200.

<sup>33</sup> Ibid., 199.

<sup>34</sup> Scull 2015, 153.

aktør i denne sammenhengen var William Battie. Han var en av de fremste psykiaterne i 1700-tallets Storbritannia, og brukte mye tid på å studere mentale forstyrrelser som en medisinsk vitenskap. Dette fant sted i en tid hvor psykiatri ikke hadde blitt etablert som en medisinsk disiplin enda, og kunnskapen han produserte ble derfor viktig i tida som fulgte.<sup>35</sup>

Siden psykologi heller ikke var etablert som en vitenskapelig disiplin innen tidligmoderne medisin er det fåfengt å prøve å skille somatiske og psykologiske behandlingsmetoder i denne perioden. Da det for eksempel ble foreskrevet å ta inn bitre stoffer, hadde det ikke noe med fysisk behandling å gjøre, fordi ønsket var å rense sjelen så vel som kroppen. Men i årene som fulgte ble galskapen etter hvert oppfattet som en sykdom. Det som tilhørte det somatiske kom til å komme under det organiske feltet, og det som hørte under det irrasjonelle, ble lagt under det psykologiske. Det var med andre ord her psykologien ble født og galskapen ble løsrevet fra tidligere mytiske forestillinger om ufornuft.<sup>36</sup>

På begynnelsen av 1900-tallet ble behandlingsmetoder som defokalisering og sovekurer brukt i behandlingen av psykiatriske pasienter i Norge. Defokalisering ble utviklet og anvendt av den amerikanske psykiateren Henry Cotton, direktør og overlege ved New Jersey State Hospital i Trenton fra 1906.<sup>37</sup> Metoden bygde på tanken om at alvorlige sinnslidelser kunne bli behandlet gjennom kirurgi ved at betennelser i kroppen ble fjernet ved rota. Legene fjernet dermed kilden til pasientenes infeksjoner som hadde "sete" i ulike organer. Det ble trodd at betennelseskildene kunne spre bakterier eller bakteriestoffer rundt om i kroppen og forårsake sinnssykdom eller eventuelt utløse en latent sinnssykdom. Dette kunne føre til reduserte muligheter for helbredelse. I Norge var defokalisering først og fremst begrenset til tanntrekking.<sup>38</sup> Resultatene av defokalisering viste seg å være skuffende og bruken av behandlingsmetoden tok slutt rundt 1940.<sup>39</sup>

---

<sup>35</sup> John Beard, "A Treatise on Madness", hentet 27.11.16 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1952499/>

<sup>36</sup> Foucault 1999, 169.

<sup>37</sup> Haave 2008, 159.

<sup>38</sup> Ibid., 159-160.

<sup>39</sup> Ibid., 166.

Sovekuren vant imidlertid større utbredelse, spesielt i Europa. Sovekuren er spesielt forbundet med den sveitsiske psykiateren Jakob Klaesi, men metoden ble også forsøkt av flere.<sup>40</sup> Metoden gikk ut på å holde pasienter sovende i opptil tre uker ved bruk av et sterktvirkende stoff med dempende effekter på sentralnervesystemet (sommifen). Pasientene fikk ved oppvåkning flytende føde som var tilsatt vitaminer og en ny dose med sommifen. Denne metoden ble først og fremst introdusert som en kur mot schizofreni og det var oftest urolige og engstelige pasienter som mottok denne kuren. Tanken bak bruken var at pasienten etter langvarig søvn skulle falle til ro og havne i en tilstand hvor han/hun var hjelpeløs. I en slik tilstand ville pasienten være mer mottakelig for psykoterapi.<sup>41</sup> I Norge ble sovekuren anvendt første gang i 1922 ved Dikemark sykehus og etter hvert ved en rekke andre asyler.<sup>42</sup> Sovekuren var risikofylt og det ble meldt om alvorlige komplikasjoner som brekninger, feber, lungebetennelse, kretsløpsforstyrrelser og dødsfall fra flere asyler. Sovekuren opphørte etter hvert som behandlingsmetode, men enkelte av landets asyler brukte metoden så sent som de første årene etter andre verdenskrig.<sup>43</sup>

1900-tallet var med andre ord preget av en rekke forsøk på å kontrollere den psykiatriske pasienten gjennom hans eller hennes kropp. Legene begynte også i større grad å se på hjernen som senteret for forstyrret oppførsel.<sup>44</sup>

## **Ekspimentell behandling**

Hvordan inngrep i hjernen ble brukt i behandlingen av psykiatriske pasienter skal jeg diskutere nærmere i kapittel 2. For å forstå handlingsrommet som lobotomi skjedde innenfor skal jeg i det følgende diskutere andre former for det som kan karakteriseres som eksperimentell behandling fra omtrent samme periode. Malariabehandling, insulin- og cardiazolsjokk og elektroshokk vant i større og mindre grad innpass som behandlingsmetoder i norsk psykiatri. Det er interessant å se på enkelte aspekter ved disse metodene for å få en bredere innsikt i hvorfor lobotomi på enkelte områder ble sett på som et “bedre” alternativ.

---

<sup>40</sup> Ibid., 166.

<sup>41</sup> Psykoterapi: helbredelse ved psykiske midler, bruk av psykologiske metoder i behandlingen av mentale lidelser. I moderne psykoterapi finnes en rekke forskjellige metoder som har til hensikt å forandre pasientene i retning av større psykisk eller mental helse. For moderne psykoterapi er det først og fremst psykoanalysen som har vært grunnleggende. *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon. 11: Pari-Saj, 2. utg., s.v. “psykoterapi”*.

<sup>42</sup> Haave 2008, 167.

<sup>43</sup> Ibid., 168-69.

<sup>44</sup> Joel T. Braslow, *Mental Ills and Bodily Cures : Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century* (California: University of California Press, 1997), 172.



Malariabehandling gikk ut på å smitte pasienten med malaria og ble sett som en vanlig og forholdsvis effektiv behandling mot alvorlig tertiær syfilis.<sup>45</sup> Metoden ble oppfunnet av den østeriske legen Julius Wagner-Jauregg i 1917. Malariabehandling var i mellomkrigstiden en internasjonal anerkjent behandlingsmetode av paralysis generalis (se fotnote 45). Metoden ble brukt ved Ullevål sykehus, Rikshospitalets nerveavdeling og ved Gaustad asyl i Norge.<sup>46</sup> Metoden gikk ut på å påføre pasienten flere feberanfall, eller at pasienten lå med feber i et par døgn. For å drepe bakterien *Spirochaet pallida* (bakterien som forårsaker syfilis, senere kalt *Treponema pallidum*) ble kroppstemperaturen hevet til minimum 41°. Det ble også etter hvert trodd at virkningen kanskje skyldtes at den høye feberen satte antistoffer i bevegelse. Selv om sykdommen i en del tilfeller ble stanset i sin videre utvikling, ble ingen friske. Det ble vurdert at sykdommen hadde ødelagt hjerneceller som ikke lot seg reparere.<sup>47</sup> Behandlingen fortsatte utover 1950-tallet, men i begrenset omfang. Metoden innebar fare for alvorlige komplikasjoner og en del pasienter døde. Siden man kunne se bedring hos 30-50 prosent av pasientene var metoden i bruk så lenge som den var.<sup>48</sup>

Ulike typer sjokkbehandlinger ble lansert fra midten av 1930-årene. Først kom insulinsjokk, deretter andre alternativer. Cardiazol utviklet seg til å bli den første mer utbredte metoden. Elektrosjokk var en av de siste alternativene og erstattet etter hver alle andre former for sjokkbehandling. Av de nevnte metodene er det kun elektrosjokk som brukes i dag. Bruken av "sjokk" tilsiktet i første rekke lav kroppstemperatur og lavt blodtrykk som følge av store påkjenninger. Den rumenske psykiateren Constanse Pascal introduserte ordet "sjokk" i psykiatrisk behandling i 1926. Det ble trodd at sinnslidelser skyldtes ubalanse i det sentrale nervesystemet og ved å sprøyte inn ulike stoffer kunne denne balansen gjenopprettes. I Norge ble det reist kritiske innvendinger mot sjokkbehandlinger, først og fremst insulinsjokkbehandling.<sup>49</sup>

---

<sup>45</sup> Paralysis generalis: tredje stadium (tertiær syfilis) av syfilis med hjerneskader. *Medisinsk leksikon*, s.v. "paralysis generalis".

<sup>46</sup> Paul Linnestad, "Ondt skal ondt fordrive" *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 23-24 (2014), 2326.

<sup>47</sup> Haave 2008, 152.

<sup>48</sup> *Ibid.*, 156-57.

<sup>49</sup> *Ibid.*, 268-69.

Insulinet revolusjonerte diabetesbehandlingen ved at sukkersyke pasienter kunne bringes ut av dødelig koma. Etter hvert ble insulin tatt i bruk for å behandle schizofreni. Behandlingen, utviklet av østerrikeren Manfred Sakel, gikk ut på at senke blodtrykket så lavt at pasienten falt i koma. Det var ulike meninger knyttet til hvorfor behandlingsmetoden var effektiv i enkelte tilfeller. Insulinsjokkterapien hadde sin største utbredelse i perioden 1937-55.<sup>50</sup> Selv om metoden ble tatt i bruk ved omtrent halvparten av landets sinnssykehus, var mange leger skeptiske til metoden som de så som risikabel behandling. I november 1941 kom totalforbudet mot bruk av insulinsjokkbehandling i Norge.<sup>51</sup> Da forbudet opphørte etter andre verdenskrig ble metoden gjenopptatt flere steder.<sup>52</sup> Enkelte institusjoner fortsatte å bruke mindre, men forholdsvis store doser insulin helt frem til midten av 1960-tallet. "Insulindøsekur" ble denne varianten kalt.<sup>53</sup>

Siden insulinsjokkbehandling krevde ressurser og var erkjent for å være i farligste laget, ble det lansert alternative sjokkterapi. Cardiazolsjokk ble lansert i 1936 og som insulin var også denne metoden ment for schizofrene pasienter. Metoden ble introdusert av den ungarske nevrologen og psykiateren Joseph Lázló Meduna. Insulinsjokk kunne utilsiktet forårsake epileptiske anfall. Den nye metoden søkte imidlertid å fremkalle epilepsilignende kramper. Av den grunn ble metoden kalt krampeterapi/konvulsjonsterapi. Medina hadde observert at det var sjelden at epileptikere var schizofrene og at kramper hos schizofrene av den grunn kunne bedre utsikten for helbredelse. Selv om metoden var enklere å administrere enn insulinsjokk og det ble meldt om færre dødsfall, kunne denne behandlingsmetoden være invalidiserende. Rygggradsbrudd er et eksempel på en forholdsvis hyppig komplikasjon ved bruk av metoden. Skepsisen mot cardiazolsjokk var imidlertid ikke like stor som for insulinsjokkbehandling.<sup>54</sup> Overlege og direktør Erik Härne på Sanderud sykehus i Ottestad nær Hamar, vurderte cardiazol som mer oppløftende enn insulinsjokk både som kur og kontrollmiddel. Han registrerte også større grad av "anstaltbedring" og skrev ut flere cardiazolsjokk- enn insulinsjokkpasienter.<sup>55</sup> Men komplikasjoner som belastninger på hjertet, knokkel- og rygggradsbrudd og aktivering av latent tuberkulose gjorde at også denne behandlingsmetoden hadde en rekke svakheter.<sup>57</sup>

---

<sup>50</sup> Ibid., 270.

<sup>51</sup> Ibid., 273 og 275.

<sup>52</sup> Ibid., 277.

<sup>53</sup> Ibid., 288.

<sup>54</sup> Ibid., 289.

<sup>55</sup> "Anstaltbedring": brukes for å beskrive pasienter som ble roligere og lettere å ha med å gjøre i institusjon.

<sup>56</sup> Haave 2008, 293.

<sup>57</sup> Ibid., 291-292.

I 1938 ble elektrosjokk lansert av den italienske psykiateren og nevrologen Ugo Carletti og hans assistent Lucio Bini ved den psykiatriske universitetsklinikken i Roma. Også elektrosjokk ble først brukt på pasienter som var diagnostisert med schizofreni. Etterhvert ble også metoden brukt på andre diagnosegrupper, blant annet alvorlige depresjoner og tvangsnevroses. I Norge ble elektrosjokk tatt i bruk første gang i 1939 ved Dikemark sykehus. Det tok ikke lang tid før elektrosjokk ble den dominerende formen for krampeterapi over hele verden. Metoden var billigere, lettere å administrere enn cardiazolsjokk, den var mindre risikofylt og man mente at den viste mer lovende resultater. Elektrosjokkbruken tok gjerne over for bruken av cardiazol, mens insulin og elektrosjokk i en del tilfeller ble brukt kombinert.<sup>58</sup> Bruk av elektrosjokk hadde ofte komplikasjoner, spesielt ryggradsbrudd og verkebyller i lungene. Verkebyllene kom trolig av oppkast som gikk i lungene menes pasienten var bevisstløs. Elektrosjokk ble anvendt en del frem til begynnelsen av 1960-tallet. Nedgangen fra midten av 1960-tallet kjennetegnet en internasjonal trend som hovedsakelig var forårsaket av at den økende bruk av psykofarmaka og fremveksten av bevegelsen “antipsykiatrien”, som skal beskrives nærmere senere i kapitlet.<sup>59</sup>

### **Opprettelsen av Reitgjerdet, 1923**

Forvaringen av farlige sinnssyke krevde et annet sikkerhetsnivå enn det de ordinære asylene var bygd og organisert for. Kriminalasylet ble bygd i Trondheim i 1895 og var dimensjonert for 15 pasienter. Fra 1900 økte kapasiteten til 35 pasienter ved at en ny etasje ble åpnet. Det viste seg tidlig at det var behov for enda flere sikkerhetsplasser. Det ble i 1914 foreslått å bruke det tidligere leprahospitalet Reitgjerdet til bruk av både behandling og sikkerhet.<sup>60</sup> Michel Foucault har hevdet at da spedalskheten forsvant tok en ny gruppe over rollen de spedalske hadde hatt. Dette var fattige, landstrykere, forbrytere og “sinnsforvirrede” individer.<sup>61</sup>

Reitgjerdet asyl for farlige og vanskelige sinnssyke ble åpnet for pasienter i mars 1923 i Trondheim.<sup>62</sup> Etter Kongelig resolusjon av 1923 ble Reitgjerdet autorisert for inntil 135 pasienter.<sup>63</sup> I

---

<sup>58</sup> Ibid., 296.

<sup>59</sup> Ibid., 298.

<sup>60</sup> Hilde Dahl og Øyvind Thomassen, “Om sikring og farlighetserklæringer – sikkerhetspsykiatrien etableres”, *Tidsskrift for strafferett*, nr. 2 (2015), 185.

<sup>61</sup> Michel Foucault, *Galskapens fengsel i opplysningens tidsalder*. (Trondheim: Gyldendal, 1999), 24.

<sup>62</sup> Norsk rettsmuseum 2015, 14.

<sup>63</sup> Dahl og Thomassen 2015, 185.

1948 var det totalt 160 sengeplasser ved institusjonen.<sup>64</sup> Det samme året var overbelegget på 70 pasienter.<sup>65</sup> Arbeidsterapi var en sentral del av behandlingen pasientene fikk ved Reitgjerdet. Gjennom å leve et rolig og rutinepreget liv i landlige omgivelser, med fysisk arbeid, frisk luft og mye hvile, skulle pasientene bli friskere. Pasientene kunne blant annet jobbe med gårdsdrift, i gartneri og ved ulike typer verksted.<sup>66</sup> Reitgjerdet var en lukket institusjon og derfor hadde pasientene begrenset kontakt med omverdenen. Det var svært vanlig å være innlagt i mange år, og på 1950-tallet var gjennomsnittlig liggetid 16 år pr. pasient.<sup>67</sup> Allerede i 1921 hevdet lege og sykehusdirektør Hans Evensen at

“Det er ute i samfundslivet med dets rigdom paa mangehaande konflikter og vanskelige situationer, at de syke ikke har kunnet klare sig. Under de enkle forhold i asylet, hvor de syke er skjærmet mot uheldig paaavirkning, strid og fristelser, og deres sind falder til ro, vil de synes like normale som mange utenfor asyl”.<sup>68</sup>

Farlige sinnssyke var som nevnt en vanskelig gruppe å håndtere for samfunnet, og på slutten av 1800-tallet pågikk en debatt i Norge om utilregnelighet og hvordan farlighet og sinnslidende skulle håndteres strafferettslig.<sup>69</sup> I dag har vi lukkede institusjoner for sinnslidende overtredere, som en del av norsk sikkerhetspsykiatri. Tvungen behandling av utilregnelige er en av de tre særreaksjonene i strafferetten, i tillegg til dom til forvaring på grunn av farlighet og dom til tvungen omsorg for utviklingshemmede. Men hva var det som førte til denne utviklingen? Behandlingen av farlige sinnssyke kriminelle krevde et høyere sikkerhetsnivå enn det som de alminnelige sinnssykeasylene var bygd for. Dette førte til at det ble argumentert for egne sikkerhetspsykiatriske institusjoner. Disse institusjonene skulle være tuftet på farlighetserklæringer som kom med straffeprosessloven (juryloven) av 1887 og sikringsordningen fra 1930.<sup>70</sup> Psykiatrien er i denne sammenheng preget av både behandling og forvaring.

En sentral teoretiker på dette feltet var den tidligere nevnte Michel Foucault. Han hevdet at en ny form for makt oppstod som han karakteriserte som “det disiplinære samfunn”. Det kan sies at etableringen av norsk sikkerhetspsykiatri kan sees på som en overgang til det han beskrev

---

<sup>64</sup> Statistisk sentralbyrå, “Sinnssykehusenes Virksomhet 1948 og oppgaver over offentlig forpleide sinnssyke i 1948” (1950): 25.

<sup>65</sup> Ibid., 27.

<sup>66</sup> Norsk rettsmuseum 2015, 15.

<sup>67</sup> Ibid., 16.

<sup>68</sup> Hans Evensen, *Haandnok i sindssykepleie* (Kristiania: Aschehoug, 1921), 75.

<sup>69</sup> Dahl og Thomassen 2015, 180.

<sup>70</sup> Ibid., 178.

som en disiplinærmakt. Foucault mente at denne utviklingen var preget av tre sentrale elementer. For det første at disiplinen endret funksjon fra å nøytralisere fare til å øke nytten til individene. For det andre at disiplinære metoder ble mer utbredt. Her er det først og fremst økningen i antall anstalter han henviste til. Det tredje elementet Foucault pekte på var at disiplinærmekanismene gikk mot å bli statlige. Gjennom disse tre faktorene hevdet han å se en utvikling hvor staten intensiverte og alminneliggjorde disiplinering ved hjelp av kunnskap, nye rutiner og kontrollmekanismer.<sup>71</sup> Argumentasjonen i denne debatten handlet ofte om å beskytte “gode borgere” mot “den farlige klasse”. I tråd med Foucault sin idé om overgangen til et disiplinært samfunn skjedde dette i kombinasjonen mellom helsevesen og rettsvesen.<sup>72</sup>

Utviklingen var til tider problematisk blant annet på grunn av bestemmelser i to ulike lovverk som trådte i kraft i 1840-årene. Kriminalloven av 1842 forbød å fengsle sinnssyke på grunn av kriminelle handlinger. I Kriminallovens § 2 i syvende kapittel var det nedfelt: “*De handlinger ere straffrie, som forøves av Galne eller Afsindige, eller av dem, som Forstandens brug ved Sygdom eller Alderdomssvaghed er berøvet*”. Mens i § 20 i Sinnssykeloven av 1848 ble det gjort forbud mot å behandle kriminelle sinnssyke sammen med ikke-kriminelle sinnssyke i alminnelige sinnssykeasyl. Formuleringen var; “*Ingen Sindssyg maa forvares sammen med Forbrytere*”.<sup>73</sup>

På slutten av 1800-tallet var det en opplevelse i samfunnet av at det måtte utvikles en ny forvaringsordning for å oppnå sikker forvaring av problemindividene. Det ble etter hvert etablert en rolledeling mellom jurister og psykiatere. Den forbindelsen som da oppstod mellom juss og psykiatri ble formalisert mot slutten av 1800-tallet. Det oppstod en debatt som først og fremst omhandlet tiltak for vaneforbrytere og sinnssyke lovovertridere. Blant psykiaterne var det en generell holdning om at straff var formålsløst overfor sinnslidende og at det var fornuftsstridig å låse dem inne i fengsel. Straffeanstaltene hadde aldri som formål å helbrede syke mennesker. Psykiaterne så på selve sinnssykdommen som et onde i seg selv, spesielt for den syke selv. Juristene derimot var mer opptatt av samfunnsvernet. Det som forente de to tilnærmingene var at det var enighet om at det måtte opprettes egne institusjoner for sinnssyke lovovertridere. I

---

<sup>71</sup> Ibid., 178-179.

<sup>72</sup> Ibid., 180.

<sup>73</sup> Ibid., 180.

1894 vedtok Stortinget at det skulle bygges egne asyler for farlige, kriminelle sinnssyke. Gjennom kongelig resolusjon ble sikring innført som særreaksjon og farlighetserklæringer formalisert.<sup>74</sup>

Da Reitgjerdet var nyrenovert fremstod det som noe av det ypperste vitenskapen og helsepolitikken kunne by på av kunnskap og behandling av mentale lidelser. Etter 2. verdenskrig utviklet det seg imidlertid et stadig større gap mellom den generelle utviklingen i velferdsstaten og det tilbudet som pasientene fikk i institusjonene. Utover 1960-tallet bar bygningene preg av å være nedslitte, en stor del av pleiepersonalet var ufaglærte og det var en utstrakt bruk av tvang i behandlingen av pasientene. Dette bidro til den offentlige debatten og kritikken Reitgjerdet ble gjenstand for fra 1978. Da sykehuset ble nedlagt i 1987, ble mange pasienter sendt til sine hjemfylker.<sup>75</sup> En del av denne kritikken var knyttet til hvilke behandlingsmetoder som ble brukt i institusjonen, som blant annet elektroshokkbehandling, cardiazolbehandling, bruk av tvang og sist men ikke minst, lobotomi.

## **Diagnose: Schizofreni**

Som vi skal se i kapittel 3 var schizofreni den absolutt dominerende diagnosen blant de pasientene som ble lobotomert ved Reitgjerdet. Derfor er det innsiktgivende å forstå hva legene observerte hos pasientene når de vurderte hva som kjennetegner denne mentale lidelsen. Den tyske psykiateren Emil Kraepelin (1856-1926) brukte mye tid på å klassifisere forskjellige typer psykiatriske sykdommer. Han delte psykiatriske sykdommer inn i to forskjellige grupper; “manisk-depressiv psykose” (kalles bipolar lidelse i dag) og “dementia praecox” (kalles i dag schizofreni).<sup>76</sup> Den sveitsiske psykiateren Eugen Bleuler (1857-1939) modifiserte diagnosen og introduserte betegnelsen “schizofrenia” i 1910 og det kan oversettes med den ofte misforståtte betegnelsen “spaltet sinn”.<sup>77</sup>

Det er viktig å poengtere at det ikke finnes bare én schizofrenisykdom, men en gruppe beslektede lidelser som kommer inn under samme kategori. Av alvorlige sinnslidelser er dette den

---

<sup>74</sup> Ibid., 183.

<sup>75</sup> Norsk rettsmuseum 2015, 14.

<sup>76</sup> Scull 2015, 263-264.

<sup>77</sup> Ibid., 265.

største gruppen. Tidligere var det disse pasientene som preget korridorene på de store sinnssykeasylene. Antallet nye personer som blir syke har holdt seg bemerkelsesverdig konstant de siste 100-150 årene. Det som har endret seg er forbedringer i behandlingsmetodene, noe som har ført til at få trenger svært langvarige opphold i institusjon.<sup>78</sup>

Det som har vært felles for diagnosen de siste 100-120 årene er at pasienten har hatt en psykotisk fase hvor han/hun har hatt vrangforestillinger; de har sett syner, hørt stemmer eller hatt tankeforstyrrelser. De har gjerne også hatt en forverring av funksjonsnivå på viktige områder som yrke, skole, kontakt med medmennesker, personlig hygiene og evnen til å klare seg selv i hverdagen. Pasienter med diagnosen kan ofte stoppe opp på et utviklingsnivå og ikke komme videre og mange isolerer seg fra de rundt seg. I dag er det slik at for å få diagnosen må vedvarende tegn ha vart i minst seks måneder og det må være symptomer på sykdommen når diagnosen stilles. Selv om det er en rekke likheter som preger livet til schizofrene mennesker er de svært ulike personligheter og de kan også ha svært forskjellige prognoser. Selv om mange blir helt invalidisert av sin sykdom, kan andre fungere godt i samfunnslivet på tross av de lidelser som diagnosen medfører. De fleste som har diagnosen befinner seg et sted midt i mellom.<sup>79</sup> De pasientene som det imidlertid blir skrevet om i denne oppgaven kan sies å være i et ytterpunkt, da de fleste var helt eller delvis invalidisert av sykdommen sin. Selv om pasientene ved Reitgjerdet ble karakterisert som farlige sinnssyke, er det viktig å poengtere at de færreste som har diagnosen schizofreni er farlige. Kriminell atferd er ikke høyere enn hos befolkningen for øvrig. De fleste som lever med diagnosen har aldri vært farlige ovenfor andre mennesker.

## **Antipsykatrien**

Fra 1960-tallet har psykiatrien blitt gjenstand for mye kritikk på bakgrunn av den offentlige oppfatningen av psykiatrien og dens behandlingsmåter, som blant annet bruken av elektroshokk og lobotomi. Mange psykiatere sluttet seg til bevegelsen som ble kalt "antipsykatrien".<sup>80</sup> Den optimismen som kunne skimtes i psykiatrien noen tiår tidligere, begynte å slå sprekker. Antipsykiatriens synspunkter varierte og var kontroversielle. Den mest ytterliggående antipsykia-

---

<sup>78</sup> Gerd-Ragna Bloch Thorsen, *Schizofreni: informasjonshefte om schizofreni for pasienter, pårørende og andre* (Stavanger: Psykiatrisk opplysningsfond - SIR, 1989), 5.

<sup>79</sup> *Ibid.*, 5.

<sup>80</sup> Scull 2015, 310.

trien hevdet at galskap hadde en egen form for sannhet, at psykosen kunne være en helbredelsesprosess og at den ikke skulle undertrykkes. Det som var felles for alle fasetter av antipsykia- trien var først og fremst kritikken av asylene. Den amerikanske psykiateren og akademikeren Thomas Szasz var den ledende talsmannen for de mer ideologiserte antipsykia- terne og ga ut *The Myth of Mental Illness* i 1961 og *The Manufacture of Madness* i 1970. I disse verkene rettet han kritikk mot psykiatrien, og mente de hadde gjort pasienter om til fanger. I 1960 ga den amerikanske sosiologen Erving Goffman ut essaysamlingen *Asylums* som beskrev det forferdelige som opphold i institusjonenes kunne medføre.<sup>81</sup> Antipsykia- trien så på schizofreni og annen sinnssykdom som et sunt svar på et sykt samfunn. Antipsykia- trien mente at psykofar- maka var et middel som undertrykte de “sunne reaksjonene”.<sup>82</sup> De negative aspektene som an- tipsykia- trien kritiserer psykiatrien for, eksemplifiserer at psykiatriens historiografi ikke bare har vært preget av progresjon, heller tvert i mot.

### **Å forstå historien på dens egne premisser**

Tyskeren Leopold von Ranke var en sentral historiker under historismen. Han var opptatt av at historien skulle rekonstrueres slik den virkelig var, “wie es eigentlich gewesen”. Historien skulle skrives saklig, upartisk og ved bruk av en objektiv vitenskapelig metode.<sup>83</sup> Disse prin- sippene er viktige i denne masteroppgaven. Svært mange mennesker har et fordømmende blikk på mange tidligere behandlingsmetoder i psykiatrien. Det er imidlertid viktig at vi er klar over at mye har endret seg i psykiatrien, både når det gjelder medisinsk etikk, behandling og retts- oppfatning. Den fordømmende holdningen til lobotomi kommer også fra psykiatrisk hold, hvor mange ser på lobotomi som et mørkt kapittel i fagets historie. Det er derfor knyttet en del ut- fordringer til hvordan man kan forstå lobotomi som behandlingsform, ettersom vi studerer en praksis fra flere tiår tilbake. Men det viktigste er at vi prøver så godt det lar seg gjøre å studere fenomenet lobotomi ut fra datidas forutsetninger. Ikke bare var de medisinske og rettslige opp- fatninger annerledes enn i dag, men muligens var også terskelen for å fremsette kritikk høyere enn det den er i dag.<sup>84</sup> Det er også viktig å poengtere at mye av kritikken knyttet til lobotomi

---

<sup>81</sup> Porter 2002, 210.

<sup>82</sup> Jon Bremer, "Johan Bremer - ein uvanleg forskar i norsk psykiatri," *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 7 (2003). 963

<sup>83</sup> Knut Kjeldstadli, *Fortida er ikke hva den en gang var: En Innføring i historiefaget* (Oslo: Universitetsforlaget, 1999), 59.

<sup>84</sup> Ketil Lund, *Utredning om lobotomi: utredning fra et utvalg nedsatt av Sosialdepartementet 20. februar 1991; avgitt 30. juni 1992*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon Statens trykning, 1992, 44.



ble sett i etterpåklokskapens lys. De kritiske aktørene som blir nevnt i kapittel 5 har først og fremst uttalt seg etter at de har visst resultatet. Kan vi fordømme fortid ut fra vår tids etikk?

## **Kildene, kildekritiske utfordringer og metode**

I mitt arbeid med denne masteroppgaven har jeg vært så heldig å få innsyn i pasientjournalene til de pasientene som ble lobotomert ved Reitgjerdet i perioden 1948-53. Disse journalene inneholder medisinske rapporter, brev, og annen relevant informasjon om pasientenes liv. Hver pasient fikk ved innleggelsen et løpenummer og det er slik journalene er systematisert. Siden noen av pasientene ble innlagt flere ganger har disse hatt flere ulike løpenummer. I denne oppgaven referer jeg til det løpenummeret som pasienten hadde i den innleggelsesperioden han ble lobotomert.

Mesteparten av informasjonen i pasientjournalene er skrevet av leger. I arbeidet med dette kildematerialet er det viktig at vi er bevisst på at vi lever i det som kan karakteriseres som “det skjeve utvalgs forbannelse”.<sup>85</sup> De fleste lobotomerte pasientene har ikke satt særlige spor etter seg i kildene. På bakgrunn av dette blir ikke det vi finner i kildematerialet et tilfeldig og representativt utvalg. Legene har notert mye informasjon om hvordan pasientene hadde det fra dag til dag og dersom det skjedde noe som var verdt å dokumentere for ettertiden. Journalene inneholder også en rekke brev. Disse brevene er først og fremst korrespondanse mellom pårørende og asylet og i enkelte tilfeller pasienten. I noen sammenhenger er også andre aktører nevnt, for eksempel når det er snakk om vergemål, skilsmisser, arveoppgjør og tidligere arbeidsgivere for å nevne noen. Ettersom kildematerialet er så rikt og variert får vi også et innblikk i pasientenes levde liv også på utsiden av asylet. Selv om kildematerialet knyttet til enkeltpasienter i enkelte tilfeller spenner over et tidsrom på mange år, har fokuset i denne oppgaven vært hovedsakelig i perioden omkring da pasientene ble lobotomert.

Mye av kildematerialet er skrevet for hånd, men mye har også senere blitt maskinskrevet. Siden det maskinskrevne kildematerialet ikke alltid er en primærkilde står vi i fare for at noe har blitt skrevet av feil eller blitt utelatt. Siden dette kildematerialet inneholder sensitiv informasjon er det strenge regler knyttet til arbeidet med dem. Jeg har i den sammenheng skrevet under på en

---

<sup>85</sup> Dag Ellingsen et.al., *Kvinner, krig og kjærlighet* (Oslo: Cappelen Forlag A.S., 1995), 76-78.

taushetserklæring utarbeidet for forskning hvor jeg samtykker i at informasjonen skal behandles på en måte hvor pasientene skal beholde sin anonymitet og at denne informasjonen ikke skal misbrukes.

Selv om de fleste pasientjournalene er veldig utfyllende, oppdaget jeg tidlig i prosessen at det var enkelte elementer som manglet. Flesteparten av brevene som finnes i journalene er korrespondanse mellom sykehuset og pårørende. Det finnes også brev som ble skrevet til pårørende av pasientene selv. Men brevene fra pårørende direkte til pasientene mangler, og gir derfor et mangelfullt bilde. Hvorfor mangler disse brevene? Kildematerialet gir imidlertid ikke svar på dette. Det at mesteparten av kildematerialet er skrevet av legene kan også sies å være problematisk da det gir et til tider ensidig bilde av hva som skjedde i asylet.

Det faktum at det var en strengt kontrollert brevsensur ovenfor pasientene i perioden er også med på å påvirke hva slags kildemateriale vi kan finne. I et brev skrevet av en av pasientene nevner han konkret brevsensuren og beklager seg over at dette påvirker hva han kan skrive hjem. Dette blir beskrevet mer i kapittel 5. Brevsensuren var med på å begrense pasientenes muligheter til å ytre seg fritt. Dette er noe vi må ha i bakhodet når vi arbeider med disse kildene. Det har hele tiden vært noen som har hatt ansvar for hva som har blitt nedskrevet av opplysninger, og hva som har blitt utelatt. Mange av brevene fra pasienter til pårørende ble også diktert av pleiere eller annet personell, og dette har også påvirket hva vi finner i kildene. Det at kildematerialet som regel har hatt fokus på blant annet uro, bråk og vold kan gjerne gi leseren et overdrevent mørkt bilde av asylet. Det er mindre fokus på de pasientene som oppfører seg fint og er rolige. Det er gjerne de vanskeligste enkeltpasientene som dukker opp gjentatte ganger i kildematerialet.

I kapittel 5 har jeg også brukt ulike aviser som kilder. Disse kildene gir god oversikt over debatten om lobotomi i norske media, spesielt på 1990-tallet. På bakgrunn av oppgavens omfang har jeg valgt å se på et begrenset utvalg aviser som et supplement til de andre kildene jeg har anvendt. Det er imidlertid knyttet enkelte problematiske faktorer til bruk av aviskilder i forskning. Ulike aviser har gjerne ulike politiske grunnsyn. I denne oppgaven har jeg først og fremst brukt avisinnlegg skrevet av ulike fagpersoner som uttalte seg om lobotomi og anser derfor ikke dette som problematisk for diskusjonen i kapittel 5. Det at aviskildene har blitt skrevet med

tanke på at de skulle bli lest av et stort publikum er også noe som kan ha vært med på å farge innholdet. Det at vi overvurderer omfanget av et problem avhengig av hvor ofte det omtales, som for eksempel i media, kan også være et problematisk moment.<sup>86</sup>

I oppgaven har jeg brukt både kvalitativ og enkel kvantitativ metode. Jeg har funnet frem til enkelte statistiske data for å sette bruken av lobotomi ved Reitgjerdet inn i en større sammenheng. Dette har blitt gjort for å se etter handlingsmønstre og forskjeller og likheter mellom institusjoner i Norge og i enkelte tilfeller trekke paralleller til andre land.

Statistiske data blir mangelfulle dersom man ikke går i dybden og kan forklare hvorfor tallene er slik som de er. På bakgrunn av temaet jeg skriver om har jeg valgt å bruke kvalitativ hermeneutisk metode. Dette vil i praksis si at jeg gjennom teksttolkning har forsøkt å finne meninger gjennom å se på et utvalgt tekster.<sup>87</sup> Hvilken metode, og i hvilken grad jeg har anvendt de ulike metodene, har variert fra kapittel til kapittel. Dette har variert på bakgrunn av hvilke spørsmål jeg har stilt kildematerialet.

I kildene og i litteraturen blir begreper som lobotomi, leucotomi og psykokirurgi brukt, til tider om hverandre. Jeg kommer til å bruke begrepet lobotomi som en fellesbetegnelse for behandlingsmetodene som gikk ut på å påvirke forstyrrelser i pasientenes tanker, sinnsstemning eller atferd ved å avskjære forbindelsesbaner eller ved å fjerne, ødelegge eller stimulere hjernevev.<sup>88</sup> Andre begreper som kan synes fremmed for leseren vil bli forklart fortløpende, enten i teksten eller i fotnotene.

---

<sup>86</sup> Joar Tranøy, *Reitgjerdet ødela mitt liv* (Oslo: Lanser Forlag, 2009), 31.

<sup>87</sup> Kjeldstadli 1999, 183.

<sup>88</sup> Lund 1992, 12.



## Kapittel 2: Lobotomi som fenomen

Operasjonen ble betraktet som et nødvendig onde av Ørnulf Ødegård, den 40-årige direktøren ved sykehuset [Gaustad]. Ved hjelp av lobotomi og andre tekniske metoder øynet han en mulighet til å rasjonalisere behandlingen. Psykiatrien manglet metoder som kunne avhjelpe de sinnslidendes nød, og det hadde foregått en hektisk leting etter nye behandlingsmetoder. Utenfor asylet hadde teknologiske endringer skapt et nytt samfunn med økte krav til tilpasning og effektivitet. Det var naturlig å håpe at også behandlingen av sinnslidelser kunne bli gjenstand for en moderne utvikling.<sup>89</sup>

Som vi så i kapittel 1 endret synet på gale seg i tidligmoderne tid. Gale ble etter hvert sett på som en egen sosial gruppe og hvordan denne gruppen mennesker skulle bli behandlet ble etter hvert et viktig spørsmål. Mange karakteriserer utviklingen ved at den gikk fra brutalitet til humanitet. Likevel vet vi i dag at denne utviklingen langt fra var avsluttet ved inngangen til det moderne samfunnet rundt 1800. Også i moderne tid kom behandlingsmetoder av mentale lidelser til å vekke debatt og forferdelse. En av de behandlingsmetodene som har vekket mest avsky er lobotomi. For å forstå hvorfor en slik behandlingsmetode fikk såpass fotfeste i Norge, er det viktig å diskutere utviklingen som skjedde i andre land i samme perioden.

I dette kapitlet skal jeg diskutere lobotomi som fenomen i Norge og trekke noen paralleller til andre land. Jeg skal først gi en innføring om lobotomi som behandlingsmetode og hvordan lobotomi utviklet seg til å bli viktig i behandlingen ved mange psykiatriske institusjoner i Norge. Jeg skal introdusere sentrale aktører i utviklingen av dette kirurgiske inngrepet, men også presentere enkelte kritiske aktører.

### Bakgrunn

I november 1935 utførte den portugisiske nevrologen Egas Moniz et nevrokirurgisk inngrep på en kvinnelig psykiatrisk pasient ved Hospital Santa Marta i Lisboa, Portugal.<sup>90</sup> To hull ble boret inn på hver side av midtlinjen av kraniet og alkohol ble injisert direkte inn i hjernens pannelapper. Denne operasjonsformen ble brukt på til sammen sju pasienter før alkoholen ble erstattet med et skjæreinstrument. Operasjonen ble kalt pre-frontal leucotomi. *Leuco* betyr hvit substans, altså hjernebaner, mens *tome* betyr kniv. I løpet av bare noen få måneder opererte Moniz tjue pasienter. Det tok ikke lang tid før resultatene ble publisert; og de viste tilsynelatende gode

---

<sup>89</sup> Per Johan Isdahl, *Grepet om hjernen: Fra lobotomiens historie* (Oslo: H. Aschehoug, 1993), 9.

<sup>90</sup> Lund 1992, 13.

resultater. Av de tjue opererte pasientene var sju helbredet, sju var bedret og seks forble slik de hadde vært før inngrepet. Operasjonen spredte seg raskt til andre land. Leucotomi ble brukt i forskjellige varianter som alminnelig psykiatrisk behandlingsform og fikk etterhvert en viktig rolle i behandlingen av psykiatriske pasienter helt frem til 1970-tallet.<sup>91</sup>

Egas Moniz har fått den kanskje tvilsomme æren av å ha lansert hjernekirurgiske inngrep på sinnssyke. Inngrepene ble vurdert som et epokegjørende fremskritt i samtiden, og Moniz mottok Nobelprisen i medisin i 1949. Selv om mange vurderte inngrepet som et effektivt middel for å behandle schizofreni, skulle det ikke gå lang tid før inngrepene ble karakterisert som “verdenspsykiatriens skandale”.<sup>92</sup>

### **Walter Freeman og James Watts**

Amerikaneren Walter Freeman ble tidlig under medisinstudiet fascinert av nervesystemet.<sup>93</sup> Freeman så hvordan psykiatriske sykehus på 1920-tallet ble fylt opp av pasienter; og det var svært lite leger og pleiere kunne gjøre for å helbrede dem.<sup>94</sup> I hundrevis av år hadde vestlige aktører innen medisin debattert om hvorvidt mental sykdom stammet fra funksjonsfeil i hjernen eller fra ettervirkninger av alvorlige livshendelser og traumer.<sup>95</sup> Freeman jobbet iherdig for å finne sammenhenger mellom pasienters psykiske lidelser og menneskekroppen.<sup>96</sup> Freeman deltok på den nevrologiske verdenskongressen i London i 1935. Der deltok også Moniz og en rekke andre fremtredende nevrologer og nevrokirurger. Kongressens hovedtema var pannelappenes funksjon.<sup>97</sup> Her la den amerikanske nevrofysiologen Carlyle Jacobsen frem resultatene fra de eksperimentene han og professor i fysiologi ved Yale, John Farquahar Fulton, hadde utført på sjimpansene Becky og Lucy. Eksperimentene handlet først og fremst om å måle virkningene av hjerneinngrep knyttet til apenes evne til å løse problemer, og deres evne til å erindre. Jacobsens foredrag har i ettertid blitt forklart som utløsende motivasjon for Moniz for å sette i

---

<sup>91</sup> Ibid., 14.

<sup>92</sup> Johan Bremer, *Veier og villspor i psykiatrien* (Oslo: Tanum-Norli, 1982), 11.

<sup>93</sup> Jack El-Hai, *The Lobotomist : A Maverick Medical Genius and His Tragic Quest to Rid the World of Mental Illness* (Hoboken, New Jersey, John Wiley & sons, 2005), 39.

<sup>94</sup> Ibid., 60.

<sup>95</sup> Ibid., 125.

<sup>96</sup> Ibid., 67.

<sup>97</sup> Lund 1992, 19.

gang med sine psykokirurgiske forsøk. De som deltok på London-konferansen fikk bekreftet at skader i pannelappene etter alt å dømme førte til vesentlige psykologiske endringer.<sup>98</sup>

Selv om Egas Moniz og Walter Freeman etterhvert ble konkurrenter når det gjaldt å finne opp metoder for visuelt å få tilgang til hvordan hjernen er konstruert, samarbeidet de om å skrive en rapport om inngrepet. Moniz sine tanker inspirerte og påvirket Freemans arbeid.<sup>99</sup> De to mennene holdt kontakt med hverandre de neste tjue årene. Da Moniz begynte med inngrep i hjernen til mentalt syke mennesker i november 1935 var Freeman en av de aller første til å høre om det.<sup>100</sup>

Walter Freeman fant etterhvert ut at han trengte en partner til å hjelpe seg med arbeidet. Valget falt på nevrokirurg James Winston Watts ved George Washington University i Washington DC i USA. Han var tiltrukket av fremtidstroen knyttet til nevrokirurgi.<sup>101</sup> Freeman mente etterhvert at ingenting kunne stoppe psykokirurgi fra å spres til hele verden, og han ønsket å være den som introduserte den i Amerika.<sup>102</sup>

Etter at Freeman og Watts bestemte seg for å utføre det første psykokirurgiske inngrepet i USA, begynte de å undersøke hjernen til kadaver for å lete etter trygge baner fra hodeskallen til de anatomiske koordinatene som Moniz identifiserte i de prefrontale hjernelappene. I starten brukte de et verktøy som lignet en brødkniv, men i juli 1936 mottok de nye instrumenter fra Frankrike, såkalte leucotomer.<sup>103</sup> Inspirert av den amerikanske nevrokirurgen Harvey Cushings metoder når det gjaldt behandling av hjernesvulster, satte de opp en plan for hvordan de selv skulle følge opp sine psykokirurgiske pasienter.<sup>104</sup> Mens Watts var den av de to som nølte med å påføre pasientene unødvendig risiko, var Freeman den som lett brøt med konvensjonene og brydde seg i mindre grad om det han mente var unødvendige formaliteter innenfor kirurgi, som blant annet å bruke teknikker for å unngå infeksjoner.<sup>105</sup> I løpet av 1937 modifiserte Freeman og Watts inngrepet. De boret gjennom skallen på pasienten før de satte inn et instrument som

---

<sup>98</sup> Ibid., 20.

<sup>99</sup> El-Hai 2005, 95.

<sup>100</sup> Ibid., 99.

<sup>101</sup> Ibid., 88.

<sup>102</sup> Ibid., 108.

<sup>103</sup> Ibid., 108.

<sup>104</sup> Ibid., 109.

<sup>105</sup> Ibid., 91.

lignet en smørkniv for så å skjære gjennom frontallappene, og skille hjernens koblinger. Selv hevdet de at de produserte oppsiktsvekkende resultater. De valgte å kalle denne nye operasjonen for standard eller “presis” lobotomi (prefrontal lobotomi). I dag er det ingen tvil om at det ikke var noe presist ved å påføre tilfeldig skade på pasienters hjerne. Selv om selve inngrepet var nøye planlagt var hvert inngrep ulikt, da det var tilfeldigheter knyttet til hvor mye hjernevev som ble ødelagt. Inngrepet kan derfor sies å være en form for sjansespill. Hvor mye hjernevev som skulle ødelegges ble en sentral problemstilling; dersom de ødela for lite forble pasienten gal, og dersom de ødela for mye kunne pasienten ende opp som en grønnsak, og også eventuelt dø på operasjonsbordet.<sup>106</sup>

### **Fra prefrontal lobotomi til transorbital lobotomi**

Det ble etter hvert tydelig for Freeman at prefrontal lobotomi var utilstrekkelig på flere måter. For det første gjaldt det utilstrekkelighet når det kom til de teknikkene som Freeman og Watts brukte. Flere pasienter hadde kommet ut fra operasjonsstuen med store endringer knyttet til både abnormitet og personlighet. Det viste seg at prefrontal lobotomi rett og slett var for ødeleggende til å anvende på pasienter flest, og kun burde brukes i ekstreme tilfeller. Ifølge Freeman gjaldt utilstrekkeligheten knyttet til prefrontal lobotomi også at denne typen inngrep var avhengig av tilgjengelighet og godkjennelse fra nevrokirurger. Dette krevde gode sykehusfasiliteter, anestesi, og en lege opplært i kirurgi. Prefrontal lobotomi var derfor altfor kostbar og upraktisk for statlige institusjoner. Freeman mente at prefrontal lobotomi på disse grunnlagene ble holdt borte fra mange mennesker som trengte hjelp. Med denne metoden var det vanskelig å hjelpe pasienter før sykdommene deres utviklet seg for langt og førte til permanent skade.<sup>107</sup>

Amorro Fiamberti, direktør for det psykiatriske sykehuset i Varese i Italia, delte noen av de samme synspunktene som Freeman. Fiamberti mente at “if some are critical about lack of caution in therapy, it is, on the other hand, deplorable and inexcusable to remain apathetic, with folded hands, content with learned lucubrations upon symptomatologic minutiae or upon psychopathic curiosities, or even worse, not even doing that.”<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> Scull 2015, 314.

<sup>107</sup> El-Hai 2005, 179.

<sup>108</sup> Ibid., 182.



Fiamberti brukte en annen metode da han skulle få tilgang til hjernen, han gikk inn i et allerede eksisterende hull, nemlig øyehulen. Han penetrerte den tynne benplaten som skiller toppen av øyehulen fra hjernehulrommet. Denne operative banen holdt seg unna skjøre regioner som frontal sinus og synsnerven. Fiamberti lobotomerte omkring hundre pasienter ved å bruke denne passasjen til å injisere alkohol eller formalin inn i hjernevevet. I noen få tilfeller satte han også inn Moniz' leucotom og roterte kappeskiven. Denne nye måten ble uansett ikke brukt i et stort omfang, og få slike inngrep ble utført utenfor Italia. Selv om Freeman mente at Fiambertis resultater var begrenset, syntes han at denne nye tilnærmingen virket lovende siden den var et billigere alternativ enn standard lobotomi. Metoden kunne også anvendes ved statlige sykehus uten nevrokirurgisk ekspertise. Freeman begynte etter hvert å eksperimentere med øyehulen på dyrekadaver. Han eksperimenterte på veien gjennom øyehulen og opp til de transorbitale plattene, og forsøkte å bryte gjennom til hjernens hulrom. Freeman håpet at ved å passere den transorbitale platen så kunne han revolusjonere psykokirurgien ved direkte og dyptgående kutte i de nevralt gangene som han trodde viderefremte skadelige signaler mellom frontallappene og talamus.<sup>109</sup> Fiambertis transorbitale lobotomi ble utviklet i 1937, men fikk først utstrakt anvendelse da Freeman tok den i bruk ti år senere.<sup>110</sup>

I flere år hadde Freeman mistenkt at mesteparten av effektiviteten til prefrontal lobotomi var et resultat av at reduksjon av celler ble produsert i talamus når dens nerveforbindelser til frontallappene ble kuttet, og ikke fra skade på nerveforbindelser i frontallappene. Mye av den terapeutiske effekten av lobotomi kom med andre ord fra manipuleringen av talamus, og ikke frontallappene. Freeman kalte denne nye metoden for transorbital lobotomi, og håpet å sette i gang en atrofiprosess i talamus der kun et minimum av nerveforbindelser i frontallappene ble kuttet.<sup>111</sup> Freeman håpet også at inngrepet skulle gjøre minst mulig skade på andre nerver. Han så for seg at pasientene kunne bli bra igjen uten noen av de forandringene i personlighet og manglende initiativ og energi som hadde plaget mange av pasientene ved prefrontal lobotomi. Freeman trengte et instrument som var slankt, skarpt og tålte en del. Etter hvert kom han frem til et instrument han kunne bruke, nemlig en standard ishakke. Ishakken viste seg raskt å være

---

<sup>109</sup> Ibid., 182.

<sup>110</sup> Lund 1992, 12.

<sup>111</sup> Atrofi: reduksjon (svinn) av celler.

et egnet instrument.<sup>112</sup> Denne nye formen for lobotomi var rask og enkel å utføre utenfor et stort medisinsk senter.<sup>113</sup> Freeman forklarte i detalj hvordan han utførte en transorbital lobotomi:

I pull the handle of the instrument as far laterally as the rim of the orbit will permit in order to sever fibers at the base of the frontal lobe. I then return the instrument half way to its previous position and drive it further to a depth of 7 cm. from the margin of the upper eyelid .... Then comes the ticklish part. Arteries are within reach. Keeping the instrument in the frontal plane, I move it 15° to 20° medially and about 30° laterally, return in the mid-position, and withdraw it by a twisting movement, at the same time exercising considerable pressure of the eyelids to prevent hemorrhage. I then proceed with the opposite side.<sup>114</sup>

I Norge var det likevel den første metoden, prefrontal lobotomi, som ble brukt i størst grad.<sup>115</sup> Det at Norge likevel valgte å bruke denne behandlingsmetoden til tross for oppdagelser gjort om den i andre land, er noe som skal diskuteres nærmere i kapittel 4.

## Omfang

Bruken av lobotomi varierte fra land til land. I land som USA, England og de skandinaviske landene, var psykokirurgi en temmelig omfattende behandlingsmetode. Lobotomi fikk derimot aldri fotfeste på det europeiske kontinentet. Henri Baruk, en fremstående fransk psykiater, var for eksempel sterk motstander av psykokirurgi. I Tyskland etter krigen fikk behandlingsmetoden en viss, men begrenset anvendelse. En av grunnene til dette kan være de negative erfaringene tyskerne høstet under naziregimet. I USA er det antatt at 300 operasjoner ble utført innen 1942. Dette tallet økte imidlertid til rundt 2000 i 1946. Ved utgangen av 1949 ser det ut til at mer enn 11 000 mennesker hadde blitt lobotomert i USA. Fra 1949 til 1952 ser det ut til at omtrent 5000 pasienter ble operert pr. år. Fra midten av 1950-tallet ser vi imidlertid en gradvis reduksjon, til ca. 500 operasjoner i året. Det blir anslått at frem til slutten av 1970-årene ble så mange som 50 000 operert i USA. I England anslås det at omtrent 15 000 mennesker ble lobotomert frem til 1962. Tallene for Sverige er minst 3300 lobotomerte pasienter i tidsrommet 1941-59. I Danmark regner man med at antall operasjoner ligger på over 4000 frem til begynnelsen av 1980-årene, men at det fra rundt 1970 kun ble utført stereotaktiske inngrep.<sup>116117</sup>

---

<sup>112</sup> El-Hai 2005, 183.

<sup>113</sup> Ibid., 184.

<sup>114</sup> Ibid., 184.

<sup>115</sup> Lund 1992, 12.

<sup>116</sup> Stereotaktisk kirurgi: innføring av tynne instrumenter eller elektroder inne i kroppen. I denne sammenheng i hjernen.

<sup>117</sup> Lund 1992., 25.

Det er viktig at det reflekteres over at antallet lobotomerte er usikre tall, da mange pasienter ble relobotomert. Det var dog ikke vanlig med relobotomering i Norge, og tall fra Gaustad sykehus viser til rundt fem prosent.<sup>118</sup> Det er vanskelig å få en fullstendig oversikt over alle lobotomerte pasienter i Norge. Det er flere grunner til dette. Operasjonslistene ved enkelte sykehus er mangelfulle, og flere journaler har gått tapt. Det var også flere sykehus som lot være å rapportere om lobotomiene i årsmeldingene. I Norge kan det se ut til at minst 2500 pasienter fikk utført lobotomi.<sup>119</sup>

Når det gjelder bruken av lobotomi i Norge, var det en betydelig forskjell mellom institusjonene. Det var store variasjoner når lobotomi ble tatt i bruk, og antallet operasjoner i det tidsrommet psykokirurgi var i bruk. Dikemark sykehus var for eksempel sent ute, og startet ikke før i 1953, mens andre institusjoner hadde sluttet innen da. 1953 var det året flest pasienter ble lobotomert, og fra og med 1954 sank bruken av inngrepet.<sup>120</sup> Gaustad utførte standardlobotomier fra 1941 til 1959 og står derfor i en særstilling.<sup>121</sup> Psykokirurgi opphørte så og si fullstendig i Norge etter 1960, med unntak av Gaustad sykehus. Der var den stereotaktiske varianten trolig i bruk helt frem til 1974.<sup>122</sup> Hva som var grunnene til at mange institusjoner valgte å redusere bruken, og etter hvert gikk helt bort fra den, skal jeg se nærmere på i kapittel 5.

Det som var spesielt for Norge var at de fleste operasjonene ble utført ved psykiatriske institusjoner, selv om det fantes enkelte unntak. Ved Reitgjerdet fant operasjonene sted på Trondheim sykehus. I Danmark ble inngrepene for eksempel utført ved nevrokirurgiske avdelinger i somatiske sykehus.<sup>123</sup>

## **Lobotomi innføres i Norge**

Etter Portugal, Italia og USA, var Norge det første landet som tok i bruk lobotomi.<sup>124</sup> Ørnulf Ødegård, direktør ved Gaustad sykehus i perioden 1938-1971, så at bruken av lobotomi og

---

<sup>118</sup> Ibid., 25.

<sup>119</sup> Ibid., 29.

<sup>120</sup> Ibid., 30.

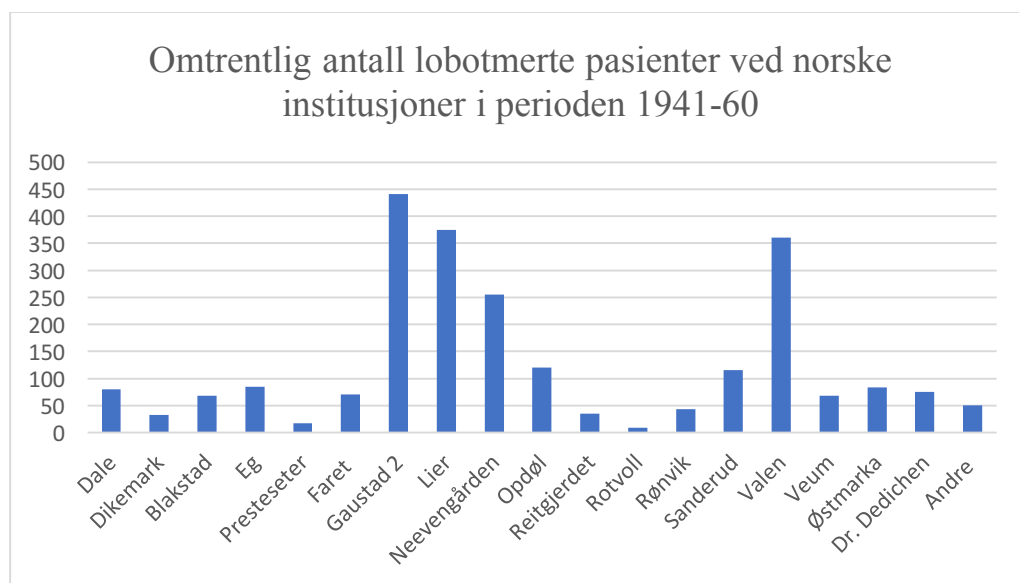
<sup>121</sup> Ibid., 29.

<sup>122</sup> Ibid., 27.

<sup>123</sup> Ibid., 25.

<sup>124</sup> Isdahl 1993, 35.

andre tekniske metoder kunne rasjonalisere behandlingen av sinnslidende. Den aller første lobotomioperasjonen i Norge ble utført nettopp ved Gaustad sykehus i 1941.<sup>125</sup> Under krigen var Gaustad alene om å bruke metoden. Men allerede i 1946 fulgte Lier asyl etter. Metoden vant innpass ved stadig flere psykiatriske institusjoner de neste årene: Faret, Reitgjerdet, Sanderud, Veum, Østmarka, og Dr. Dedichens privatklinikk, alle i 1947. Lobotomi ble brukt i behandlingen ved 19 institusjoner/sykehus: Blakstad, Dale, Dr. Dedichens privatklinikk, Dikemark, Eg, Faret, Gaustad, Lier, Neevengården, Opdøl, Presteseter, Reitgjerdet, Rotvoll, Rønvik, Sanderud, Ullevål, Valen, Veum og Østmarka.<sup>126</sup> Tanken var at lobotomering skulle føre til at affektlivet ble mer eller mindre avflatet og pasienten skulle bli roligere. Det ble forsøkt å oppnå en form for personlighetsforandring. Resultatene varierte og noen pasienter ble enten for sløve, eller for ubehersket.<sup>127</sup> Det som er interessant å merke seg med tanke på den senere utvikling er at Moniz hevdet at inngrepet ga best resultat for de som led av angst og depresjoner. Det ble vurdert at kronisk schizofrene så å si ikke profiterte av inngrepet.<sup>128</sup> Dette iakttok også Freeman.<sup>129</sup>



Figur 1: Diagrammet over viser det omtrentlige antall lobotomerte pasienter ved ulike norske institusjoner i perioden 1940-60.<sup>130</sup> Dette er usikre tall siden ikke alle institusjonene det gjelder har vært like punktlig når det kommer til dokumentasjon, og enkelte pasienter ble relobotomerte. Diagrammet gir likevel en god

<sup>125</sup> Ibid., 9.

<sup>126</sup> Lund 1992, 29.

<sup>127</sup> Bremer 1982, 96.

<sup>128</sup> Lund 1992, 21.

<sup>129</sup> Ibid., 23.

<sup>130</sup> Ibid., 31-33.

*oversikt over hvilke institusjoner som lobotomerte mange pasienter, og hvilke institusjoner som var mer tilbakeholdne.*

## **Holdninger i Norge**

Mens det i USA ble publisert betydelig kritikk mot bruken av lobotomi i perioden metoden var i bruk, var situasjonen en annen i Norge. På tross av at det var en tilbakeholdenhet i en rekke land, kan det ikke ses at det i Norge overhodet kom kritiske holdninger til uttrykk i faglitteraturen, heller ikke når det gjaldt psykologer og psykiatere. Den senere berømte barnepsykiateren Dr. Nic Waal, som var psykoanalytisk orientert, medvirket selv til lobotomi i perioden 1945-46.<sup>131</sup>

Johan Bremer, overlege ved Gaustad sykehus i 25 år, erfarte livsfjerne spekulasjoner og desperate behandlinger av de sinnssyke. I desperasjon var det mange som tydde til drastiske metoder, “psykokirurgi”, for å prøve å hjelpe de som trengte det aller mest. Lobotomi og kastrasjon er eksempler på metoder som ble brukt. Selv deltok Bremer aldri i lobotomering.<sup>132</sup> Han uttalte:

Jeg besøkte de fleste av de psykiatriske institusjoner. Inntrykkene her ble ikke mindre levende enn dem jeg hadde fått som distriktslege. De gjaldt først og fremst den utrolige trangboddhet i de psykiatriske sykehus og den terapeutiske maktesløshet mange ganger også her overfor sinnslidende i behov for hjelp.<sup>133</sup>

Det var ikke bare lobotomiene Bremer stilte seg kritisk til. Han kom også med kritikk mot “antipsykiatrien”, som så på schizofreni som et sunt svar på et sykt samfunn. Antipsykiatrien så psykofarmaka som et middel til å undertrykke de “sunne reaksjonene”. Bremer mente at man burde bruke biologien for å finne forklaringer på hva som feilet pasientene; at det finnes biokjemiske forklaringer på schizofreni og manisk-depressiv sinnssykdom. Bremer vurderte psykofarmaka som like revolusjonerende i psykiatrien som antibiotika i behandlingen av infeksjonssykdommene.<sup>134</sup>

Per Johan Isdahl arbeidet som sjefpsykolog ved Gaustad sykehus fra 1989 til 1992. Da Gaustad sykehus i denne perioden overraskende ble konfrontert med en offentlig debatt om lobotomi,

---

<sup>131</sup> Ibid., 27.

<sup>132</sup> Bremer 2003, 962-63.

<sup>133</sup> Bremer 1982, 5.

<sup>134</sup> Bremer 2003, 963.

som jeg skal diskuteres nærmere i kapittel 5, kom det tydelig frem at det manglet en god historisk og samfunnsvitenskapelig forståelse av pasientbehandlinger i 1940-60-årene. Hva hadde egentlig skjedd under lobotomiperioden i Norge? Litteraturen om lobotomi i perioden fra 1940- og 50-årene lå forlatt og glemt. Det var på tide å tørke støv av den. I den forbindelse skrev Isdahl boka *Grepet om hjernen*, som et resultat av møtet med lobotomi-debatten, aktører, pasientjournaler og den gamle litteraturen.<sup>135</sup> Med sine to forskjellige utgangspunkt er det likevel tydelig at både Bremer og Isdahl var motstandere av lobotomi. Johan Bremer skrev:

Det forhold at årsakene til viktige funksjonelle sinnslidelser er mangelfullt kjent, burde inneholde en advarsel mot å bruke drastiske midler i behandlingen, kirurgiske inngrep som når de en gang er foretatt, er endelige – irreversible. De kan ikke gjøres om igjen eller korrigeres. Småbarn får ikke skarpe gjenstander å leke med. Psykiatri på et utviklingsnivå antagelig tilsvarende småbarnsstadiet burde sannsynligvis heller ikke leke med kniver og sakser.<sup>136</sup>

Per Johan Isdahl skriver om optimismen som bredte seg på sinnssykehusene da legene plutselig hadde rasjonelle metoder for behandling. Kroppslige behandlinger ble etterhvert anerkjent som fornuftige og effektive, men:

Terapien var ubehagelig og farlig. Krampene kunne føre til alvorlige brudd, som på ryggsoylen. Men for en overarbeidende lege var det i seg selv tilfredsstillende at pasienten ble lettere å ha med å gjøre etter behandlingen. Med sjokkterapi – og senere lobotomi – ble det vanskeligere å flykte unna forsøkene på endring av eget liv. Desperate pasienter ble fratatt sin fortvilelse på medisinenes premisser. Sinnssykehusene forble et sted for kur og oppdragelse til å avfinne seg med omgivelsenes krav til ro, flid og underkastelse.<sup>137</sup>

Isdahl reagerte også på hvor tilsynelatende enkelt og umerket lobotomi fikk innpass. Han mener at det kan virke som om legene den gang ikke tok hensyn til at det faktisk var hjernen de opererte, altså menneskenes mest kompliserte og viktigste organ.<sup>138</sup> Han uttalte:

Prestisjen som lå i å være først med å finne en helbredelsesmetode mot sinnslidelser, skapet et eget klima: Rask anvendelse av metoden på flest mulig pasienter. For pionerene Moniz, Freeman og Ødegård var det lettere å få tilgivelse fra det sivile samfunn etter at metoden var tatt i bruk, enn tillatelse til et sjansespill. Den forventede suksessen ville bringe kritikken til taushet.<sup>139</sup>

---

<sup>135</sup> Isdahl 1993, 7.

<sup>136</sup> Bremer 1982, 95.

<sup>137</sup> Isdahl 1993, 16.

<sup>138</sup> Ibid., 35

<sup>139</sup> Ibid., 34.

Det var helt klart prestisje knyttet til det å finne en kur for å kurere sinnssykdom. Likevel blir en slik beskrivelse av bruken av lobotomi for enkel, det er ingen tvil om at de som arbeidet med å utvikle metoden ønsket å hjelpe alvorlig syke mennesker.

### **Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri**

Å definere begrepet tvang er utfordrende og derfor har det også vært vanskelig å måle omfanget av bruken av tvang i sikkerhetspsykiatrien. Grunnen til dette er at det er problematisk å trekke et skarpt skille mellom det som kan karakteriseres som frivillighet og det som kan sies å være tvang. Det er vanskelig å bestemme når tvangen ikke lenger er tvang og når frivilligheten begynner. Derfor har det blitt vanlig å bruke et mer utvidet tvangsbegrep som inkluderer både abstrakte og konkrete former for tvang. På den ene siden har vi en mildere form for påvirkning, som for eksempel lokkemidler, overtalelse og trusler. På den andre siden finnes mer konkrete tvangsformer som for eksempel fysisk håndmakt, isolasjon og bruk av mekaniske tvangsmidler.<sup>140</sup>

Det har vært vanlig å dele tvangsbegrepet opp i formell og uformell bruk av tvang. Det som blir karakterisert som formell tvang omfatter det som av det juridiske systemet blir definert som tvang. Den uformelle tvangen gjelder de formene som ikke er regulert av lovverket. Psykisk Helsevernloven av 2. juli 1999 opererer med tre hovedkategorier tvang, tvungent psykisk helsevern (også kalt tvangsinnleggelse), tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Kort beskrevet er tvangsbehandlinger behandling som uten samtykke fra pasienten blir påført han/henne. Tvangsmidler blir delt inn i tre hovedkategorier: isolasjon, mekaniske tvangsmidler og farmakologiske tvangsmidler.<sup>141</sup> Selv om denne kategoriseringen er moderne så fungerer det også godt som begrepsbruk når det kommer til bruk av tvang i norsk psykiatrichistorie.

I hvilket omfang det ble brukt tvang ved Reitgjerdet er utenfor denne oppgavens rammer. Grunnen til at jeg likevel bringer inn tvangsbegrepet er fordi behandlingsmetoder som elektroshokk og lobotomi ofte var tvangsbehandlinger. Det var som regel ikke pasienten selv som ønsket

---

<sup>140</sup> Vegard Jensen Øien, "Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri: En studie av Kriminalasylet i Trondheim 1895-1915" (Mastergradsavhandling, V. J. Øien, 2015). S. 4-5

<sup>141</sup> Ibid., 5.

inngrepet, men behandlingen ble likevel utført. Dette er noe jeg skal diskutere nærmere når jeg skal beskrive samtykkepraksisen ved Reitgjerdet i kapittel 3.



### Kapittel 3: Motiver

“I wasn’t a violent kid. I had never hurt anyone. I wasn’t failing out of school. Was there something I had done that was so horrible I deserved a lobotomy?”<sup>142</sup>

Dette sitatet er hentet fra boka *My Lobotomy: A Memoir* som er skrevet av amerikaneren Howard Dully. I denne selvbiografien ser Dully tilbake på barndommen og prøver å finne årsaker til hvorfor han ble lobotomert av Dr. Walter Freeman da han bare var tolv år gammel. I selvbiografien skriver han blant annet at inngrepet han ble gjenstand for “didn’t fix me, or turn me into a robot. So my family put me into an institution”.<sup>143</sup> Det blir videre skrevet om at en rekke uheldige omstendigheter i barndommen og en stemor som foretrakk de andre barna fremfor Dully, til slutt førte til at han ble diagnostisert som schizofren og ble deretter lobotomert. Dette er en dyster fortelling om hvordan han ble utsatt for et inngrep som for alltid kom til å prege livet hans. Men hvordan var praksisen i Norge? Stemmer det at lobotomi kun var en barbarisk behandlingsmetode som ble brukt på en gruppe i samfunnet som ikke hadde muligheter til å motsette seg den? Dette skal jeg diskutere i dette kapitlet.

Den første lobotomien ved Reitgjerdet sykehus ble utført i 1948 og frem til 1953 ble 36 pasienter gjenstand for inngrepet.<sup>144</sup> Jeg skal først og fremst se på hvem disse pasientene var, og hva som gjorde at akkurat disse personene ble valgt ut til lobotomi. For å se på motiver har jeg først og fremst brukt pasientjournaler, brevkorrespondanse og medisinske rapporter fra perioden. Kildematerialet gir gode henvisninger til holdningene både pleiere og annet fagpersonell hadde ovenfor pasientene. Materialet gir også et godt innsyn i hverdagslivet i asylet. Likevel er det verdt å nevne at mesteparten av kildematerialet ble skrevet av leger og pleiere og at materialet vi finner derfor er preget av dokumentasjon disse aktørene har valgt ut som viktig. I dette kapitlet skal jeg først og fremst se på fem ulike motiver knyttet til bruk av lobotomi ved Reitgjerdet; behandling, mangel på ressurser, anstaltbedring, prestisje og påtrykk fra pårørende og pasientene selv. Avslutningsvis i dette kapitlet skal jeg se på hvordan samtykke ble hentet fra pårørende og diskutere hvorfor denne fremgangsmåten kan sies å ha vært problematisk.

---

<sup>142</sup> Howard Dully og Charles Fleming, *My Lobotomy: A Memoir* (New York: Crown Publishers, 2007), bakside.

<sup>143</sup> *Ibid.*, 1.

<sup>144</sup> Norsk rettsmuseum 2015, 47.

## Hvem var de lobotomerte pasientene?

Før vi går inn på hvilke motiv som lå til grunn for lobotomiene ved Reitgjerdet er det naturlig å se på hvem de lobotomerte pasientene var. Pasientene hadde ulike bakgrunner og livshistorier. De kom fra forskjellige sosiale lag, både fra fattige kår og ressurssterke familier. De kom fra hele landet og en del av dem hadde også vært innlagt i asyls andre steder i Norge og i utlandet. De var bare menn, født i perioden 1887 til 1926. Alle bortsett fra én av pasientene hadde diagnosen schizofreni i løpet av innleggelsen(e) ved Reitgjerdet.

De aller fleste pasientene som ble lobotomert hadde liten eller ingen innsikt i egen sykdom. Mange mente at de selv var friske og syntes det var urimelig at de måtte tilbringe livet sitt på Reitgjerdet sammen med de syke menneskene som befant seg der. Flere av pasientene så på asylet som et galehus som de selv ikke ville bli forbundet med. En pasient [pas. 268] uttalte i et brev til sin søster: “Da jeg kom hit i 1927 til Trondhjem, grunden hvet jeg selv – men i mine papirer står noget andet, jeg har jo ikke hørt engang hvad jeg er indlagt for”.<sup>145</sup> Det at mange pasienter ikke hadde sykdomsinnsikt, gjorde ofte at behandlingen opplevdes som svært krevende for både pasientene, legene og pleierne, ettersom pasientene ofte motsatte seg den. Andre pasienter hadde større grad av sykdomsinnsikt og samtykket til behandling da de ble overbevist om at den var nødvendig for at de skulle kunne bli bedre og ha håp om utskrivning. Selv om mange pasienter tidvis trivdes godt i tilværelsen ved Reitgjerdet, hadde de fleste et brennende ønske om å komme tilbake til hjem og familie og leve et normalt liv. En pasient [pas. 929] uttalte følgende i et brev “Til den ærede kontroll av Reitgjerdet asyl og sykehus”: “Årsaken till at jeg vill hærifra er denn att de ikke kann gjøre mig frisk hverken legemlig eller sjelelig hær, jeg blir bare mere idiotisk av att gå hær og vere idiot”.<sup>146</sup> Flere av pasientene oppfattet at de andre pasientene var syke, men så på seg selv som friske. Dette kunne være problematisk for de pasientene det gjaldt, da de følte at de var innesperret i et asyl hvor de ikke hørte hjemme. Hans Evensen beskrev situasjonen i *Haandbok i sindssykepleie* fra 1921: “Det er synd paa alle syke, som er berøvet sin frihet i større og mindre grad, selv om det er til deres eget bedste”.<sup>147</sup>

---

<sup>145</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 268. Brev fra pasient til pårørende 28.01.32.

<sup>146</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 929. Brev fra pasient “Til den ærede kontroll av Reitgjerdet asyl og sykehus”, u.d.

<sup>147</sup> Evensen 1921, 75.

I pasientjournalene får vi detaljerte opplysninger om blant annet slekt, om det fantes andre familiemedlemmer som hadde vært innlagt i institusjon, oppvekstvilkår, skolegang, stilling, alkoholmisbruk, farlighet og kriminalitet. Tankegangen om at sinnssykdom og andre negative aspekter var arvelig belastet kommer tydelig til syne i journalene. Slektninger som for eksempel hadde vært eller var "nervøse" eller homoseksuelle blir nevnt i anamnesen (livs- og sykdomshistorien) til pasientene. I kildene kommer det frem at de lobotomerte pasientene hadde følgende yrker før de ble innlagt ved Reitgjerdet: fisker (3), landbruksskoleelev, sveiser, snekker, arbeider (3), ingen, bødkerlærling, løsarbeider (2), kontormann/fabrikkarbeider, læregutt, hjelpearbeider, fisker/sjømann, grubearbeider (2), sjømann/urmakerlærling, maskinist, gymnasiast, stud.real. (cand. mag.), fiskers sønn, gårdsarbeider (2), smed/sjåfør, arbeiders sønn, anleggsarbeider, skogs- og gårdsarbeider, gårdbruker, våbenarbeider, sjømann (2), løsarbeider/blikkenslager og rørlegger.<sup>148</sup> Dette var med andre ord menn i hovedsak fra arbeiderklassetilhørighet og som tidligere hadde fungert i større eller mindre grad i yrkeslivet.

Av de 36 lobotomerte pasientene var 29 av pasientene ugifte, tre gifte, én separert og tre ble etter hvert skilt. Det kan med andre ord se ut som om disse personene ikke ble vurdert som attraktive partnere i samliv allerede før de ble erklært sinnssyke, som historiker Hilde Dahl hevder var tilfellet for mange pasienter ved Kriminalasylet og Reitgjerdet i perioden 1895-1940. Dette kan også sies på bakgrunn av at antallet gifte ellers i samfunnet var svært høyt i perioden.<sup>149</sup> Dette var ikke spesielt for Reitgjerdet, men har vist seg å være et generelt fenomen blant sinnssyke. I 1948 var 59 prosent av mannlige pasienter og 46 prosent av kvinnelige pasienter ved norske sinnssykehus ugift. Det var blant de schizofrene flest ugifte og det var mer vanlig med denne diagnosen blant menn enn kvinner. Det kan være en del av forklaringen på giftemålmønsteret. Til sammenligning hadde 80 prosent av mennene og 70 prosent av kvinnene med en schizofrenilidelse sivilstatus som ugift samme år.<sup>150</sup>

Én av pasientene [pas. 537], som senere ble skilt, ville ta livet av sønnen sin, kona og deretter drepe seg selv. Han gikk løs på hustruen med kniv og det var tilfeldigheter som gjorde at alle tre kom fra hendelsen uten skader.<sup>151</sup> I flere tilfeller ville ikke koner/ekskoner at pasientene

---

<sup>148</sup> SOB. RG. Pasientjournaler.

<sup>149</sup> Hilde Dahl, "Insane Criminals and the Criminally Insane: Criminal Asylums in Norway, 1895-1940," *History of Psychiatry History of Psychiatry*, no. 2 (2017), 9.

<sup>150</sup> Statistisk sentralbyrå 1950, 11 og 30.

<sup>151</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 537.

skulle slippe ut igjen ettersom de kunne være farlige for seg selv og sin nærmeste familie. I de fleste tilfellene ser det ut til at det var foreldre og søsken som først og fremst holdt kontakten med disse pasientene. Det var ikke alltid pasientene ønsket å ta imot besøket de fikk og det kan være flere grunner til dette. Én av grunnene kan være at pasienten ikke følte seg frisk nok til å få besøk. En annen grunn kan være at det var skambelagt å være innlagt ved asyl. Enkelte pasienter ønsket nok ikke at sine pårørende skulle se dem i den tilstanden de var i. Men det ser ut til at pårørende i mange tilfeller var viktige støttespillere for pasientene og kjempet fra utsiden for at pasientene skulle ha det best mulig. Mange av pasientene fikk tilsendt brev og pakker som av og til kunne gjøre hverdagen litt lysere.

Av de 36 lobotomerte pasientene ble én pasient [pas. 558] kastrert ved Trondheim sykehus, blant annet fordi han “skal ha forsøkt tilnærmelser overfor noen småpiker”.<sup>152</sup> Han prøvde også behandling med cardiazolsjokk, men bedringen viste seg å være kortvarig. I forkant av inngrepet ble det skrevet til hans pårørende:

[...] finner vi det riktigst å foreslå for medisinaldirektøren at [pas. 558] blir sterilisert, da man jo ikke kan vite hvad han kan komme ut for.

Sterilisering er en ganske lett og ufarlig operasjon som har til hensikt å oppheve evnen til forplantning. Han har selv erklært seg villig til la sig operere.<sup>153</sup>

Senere ble det skrevet i et brev angående samme pasient [pas. 558]:

[...] [pas. 558] er stort sett en snill og føyelig pasient som burde anbringes i en privatforpleining, men først efter utført kastrasjon. Muligens kunne han også i sin tid komme i frihet eller til hjemmet såfremt operasjonen viste vellykket resultat. I sin tid har [pas. 558] vist seksuelle tilbøyeligheter overfor småpiker og sin forpleiers hustru, og uten kastraksjon tør vi ikke utsette ham i pleie. Da faren kun vil samtykke til sterilisering, men ikke kastrering synes det rimelig at det blev nevnt verge for ham som overtar ansvaret.

Som det fremgår av journalen forsøkte pasienten igår rømningsforsøk hvilket også berettiger at en seksualoperasjon blir utført.<sup>154</sup>

I pasientens [pas. 558] journal ble det skrevet: “Han vil ikke være med på kastraksjon. Han vil være med på sterilisering” og “når man slår frempå om kastrering kommer han straks i affekt, og benekter på det bestemteste å ha gjort noe som berettiger til en sådan operasjon”. Pasienten ble likevel kastrert ved Trondheim sykehus 7. januar 1941.

---

<sup>152</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 558.

<sup>153</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 558. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 08.04.38.

<sup>154</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 558. Brev fra Reitgjerdet til medisinaldirektøren i Oslo 05.08.40.

Etter at denne pasienten [pas. 558] ble kastret slet han med flere spontane epileptiske anfall og ble lobotomert åtte år senere. Selv om lobotomien i starten gjorde ham [pas. 558] roligere, mer avbalansert og han ble mer ordnet med tanke på sine tidligere helt forvirrete talemåter, ble han [pas. 558] værende ved Reitgjerdet helt til han ble utskrevet som sinnssyk til Østmarka 25. juli 1963. Dette er et eksempel på en pasient som gjennomgikk flere ulike behandlingsmetoder i løpet av sin tid ved Reitgjerdet, men som ikke førte til at pasienten ble så bra at han kunne utskrives.

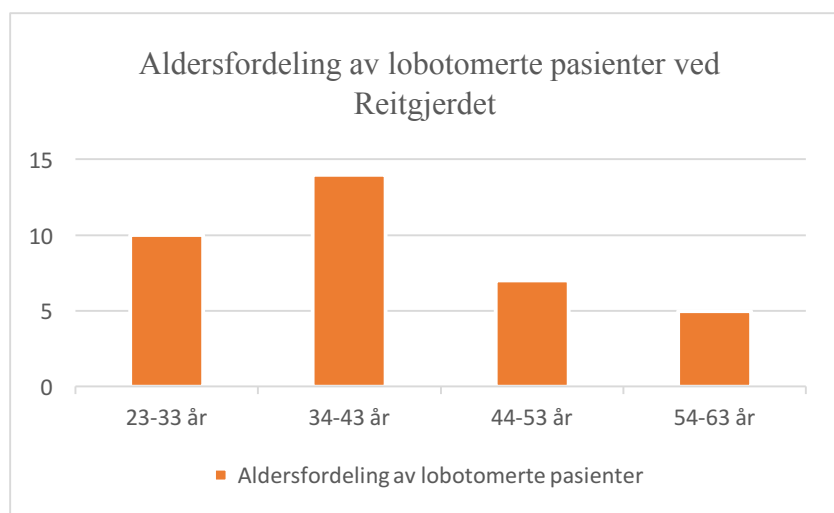
Historiker Eivind Myhre viser til at det i perioden 1931-45 er registrert 36 pasienter som ble kastret mens de var innlagt ved Kriminalasylet og Reitgjerdet. I omtrent halvparten av disse tilfellene er det ikke funnet samtykke fra pasientene i deres pasientjournaler. Det er imidlertid heller ikke funnet bevis for at pasientene ble kastret mot sin egen vilje. Den andre halvparten er det funnet samtykke for, og i enkelte tilfeller var det pasientene selv som ønsket inngrepet. 22 av de 36 kastrerte pasientene var seksualforbrytere. Til sammenligning ble bare tre av de 95 seksualforbryterne innlagt i perioden 1895-1940 sterilisert.<sup>155</sup> Om en av pasientene [pas. 1361] som senere ble lobotomert ble det skrevet: “Videre har han stadig skyldfølelse for at han røker, at han har onanert og røper idag under samtale på legekantoret kastrasjonsfrykt”.<sup>156</sup> Andre pasienter var redde for at de aldri skulle våkne fra insulinkoma.<sup>157</sup> Det er naturlig å tro at en del av pasientene også fryktet lobotomi, selv om jeg ikke har funnet eksempler på det i kildematerialet.

---

<sup>155</sup> Eivind Myhre, “Farlige menn. Mannlighet, seksualforbrytelser og sinnssykdom 1895-1940” (Doktorgradsavhandling, NTNU, 2016), 24.

<sup>156</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1361.

<sup>157</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1319.



Figur 2 Denne figuren viser hvor gamle pasientene var da de mottok lobotomi ved Reitgjerdet. De fleste pasientene var mellom 34-43 år da det ble utført lobotomi på dem.

De lobotomerte pasientene var mellom 23 og 63 år da inngrepene ble utført. De fleste var mellom 34 og 43 år og gjennomsnittsalderen var 39,6 år. Det kan se ut til at Reitgjerdet var tilbakeholden med å lobotomere pasienter som var unge, men også pasienter som var godt opp i årene. Likevel ser det ut til at det var ønskelig å lobotomere pasienter før de ble altfor syke av sin sinnslidelse. Som nevnt var de pasientene som ble lobotomert svært forskjellige. Noen hadde det som må kunne kalles vanskelige oppvekstvilkår og en vanskelig barndom. Andre pasienter vokste opp i gode og trygge hjem, var begavet på skolen og hadde tilsynelatende alle muligheter foran seg. Oppvekstvilkår og ressurser kan med andre ord ikke alene forklare årsaken til sinnssykdommen og den farlige atferden hos disse pasientene.

Mange av pasientene som var innlagt ved Reitgjerdet hadde vanskelig for å uttrykke seg både skriftlig og muntlig. I flere tilfeller kan det se ut til at enkelte pasienter ikke fikk den oppfølgingen de kanskje burde fått i barne- og ungdomsårene, mens andre fikk svekkede ferdigheter på grunn av lidelsen. Flere av pasientene uttrykte seg gjennom sang og kunst. Tegningen under er arkivert sammen med tre andre tegninger av denne pasienten [pas. 663] som alle er datert til mars 1948. Tegningene ble tegnet etter at pasienten ble lobotomert i januar samme år.<sup>158</sup>

<sup>158</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 663.



Bilde 1 Dette bildet er tegnet av en pasient [pas.663]

De lobotomerte pasientene var med andre ord 36 ulike individer og bør ikke beskrives som en homogen gruppe. Likevel hadde de en del til felles ettersom de fleste led av den samme diagnosen. Sykdomsbildet kunne imidlertid være ulikt.

### **Farlig og utrygg?**

Siden farlighet ikke er et vitenskapelig eller medisinsk begrep, kan farlighet forstås som et abstrakt fenomen og er umulig å definere helt konkret. Farlighet er uansett et stadig dagsaktuelt tema og er relevant for å utforske farlighet i et historisk perspektiv. Den formelle vurderingen av farlighet kan bli forstått i skjæringspunktet mellom juss og psykiatri. Det er psykiaterne som ble gitt og har hatt hovedansvaret vedrørende den faglige vurderingen av farlighet.<sup>159</sup> Ved Kriminalasylet og Reitgjerdet var den viktigste klassifiseringen av alle pasientene, når de gjaldt behandling og sikkerhetsopplegg, knyttet til den enkelte pasients farlighetsvurdering. Det har likevel vært slik at et mindretall av pasientene ved disse institusjonene hadde formelle farlighetserklæringer eller en sikringsdom. Det vil med andre ord si at de pasientene som ikke var tilknyttet disse ordningene likevel ble vurdert som farlige.<sup>160</sup>

---

<sup>159</sup> Eivind Myhre, "'De er jo også mennesker'. Farlighet, avhumanisering og mannlige sinnssyke seksualforbrytere 1895-1940," *Tidsskrift for samfunnsforskning*, nr. 1 (2016), 33-4.

<sup>160</sup> *Ibid.*, 34.

De aller fleste av dem ble sett på som “utrygge”. Det ser ut til at begrepet utrygg beskrev pasienter som var uforutsigbare og som legene og pleierne til enhver tid måtte holde et ekstra godt øye med. Noen av pasientene var også svært sterke fysisk og dette kunne være utfordrende i de tilfeller hvor pasientene ikke ville samarbeide med pleiepersonalet. Mange av pasientene ble også beskrevet som voldsomme, truende og pågående. I kildematerialet jeg har brukt har jeg ikke funnet noe særlig informasjon om farlighet. Om én pasient [pas.1343] ble det for eksempel skrevet: “Han ønskes innlagt ved Reitgjerdet sykehus på grunn av umotiverte raserianfall, han er farlig for sine omgivelser [...]”.<sup>161</sup> Slike generelle bemerkninger finnes i noen av pasientjournalene, men er først og fremst nevnt i forbindelse med innskrivning og utskrivning.

To av pasientene som ble lobotomert hadde begått drap, men begge tilfellene skjedde mens de var innlagte i asyl. De var med andre ord vurdert som syke før de utførte gjerningene. Mange av de andre pasientene hadde også utført andre større eller mindre lovbrudd. Felles for dem var at samfunnet betraktet dem som farlige da deres atferd skilte seg fra normen. Hvilke kriminelle handlinger pasientene gjorde før de kom til Reitgjerdet er utfordrende å kartlegge ettersom det er ufullstendig dokumentasjon i kildematerialet. Det kan se ut som om de som arbeidet med pasientene skrev ned det de mente var relevant for ettertiden eller som var tilgjengelig informasjon for dem. For å bli innlagt ved Reitgjerdet måtte ikke nødvendigvis pasienten ha utført kriminelle handlinger, de farligste sinnssyke som hadde gjort de mest alvorlige lovbruddene ble først og fremst innlagt ved Kriminalasylet.<sup>162</sup> Derfor kan det hende at det ikke ble sett på som like viktig å kartlegge hva pasientene som ble innlagt ved Reitgjerdet hadde gjort av ulovlig karakter. Flere av pasientene var også farlige ovenfor seg selv ved at de ved flere anledninger skadet seg selv eller prøvde å ta livet av seg. Disse pasientene ble ofte passet ekstra godt på både dag og natt.

I kildene er det mye snakk om “naturlig” og “unaturlig” oppførsel og samfunnets krav om normalitet ser ut til å ha hatt innvirkning på behandlingen som pasientene fikk ved Reitgjerdet. Som vi så i kapittel 1 hevdet Michel Foucault at utskillingen av de gale var et viktig trekk ved framveksten av det moderne samfunnet og kan sees som en forutsetning for en moderne måte

---

<sup>161</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1343.

<sup>162</sup> Dahl 2017, 9.



å behandle mentale lidelser på. Ikke alle pasientene var imidlertid tilfreds med den behandlingen de mottok. Flere pasienter og pårørende klaget over situasjonen på Reitgjerdet og hevdet at det var mer som et fengsel enn som et sykehus. De pasientene som ikke mente seg syke hevdet også at det var et fengsel og ikke et “galehus”. Noen av pasientene som hadde vært innlagt i mange år kunne miste troen på å bli utskrevet. Én pasient [pas. 1395] fortalte for eksempel at han ikke kom til å komme levende ut fra Reitgjerdet og at det derfor var samme hva han gjorde og at de som arbeidet der måtte passe seg for ham.<sup>163</sup>

Humor ble sett som noe svært positivt da det vitnet om normalitet. I en av pasientjournalene [pas. 558] står det om pasienten: “Stort sett alltid i godt humør og varter ofte opp med en morsom skrøne på visitten”.<sup>164</sup> Den samme pasient hadde håp og drømmer for fremtiden, han skrev i et brev til faren: “jeg vild ut ifra det Asyl og begynne på arbeide og gifte mig”.<sup>165</sup> Selv om mange av pasientene ved Reitgjerdet ønsket å komme ut, er det viktig å huske på at asyltilbydde pasientene mat, klær, frivillig arbeid og det var mulig for pasientene å holde kontakt med familie og venner. Disse “privilegiene” var det ikke alle som hadde ute i det fri.<sup>166</sup> Som nevnt tidligere var det ikke bare behandling Reitgjerdet skulle drive med, men også sikring. Oppfatningen var at det var til alles beste at farlige sinnssyke ble isolert fra resten av samfunnet.

Usedelig oppførsel ble i enkelte tilfeller karakterisert som farlig. Grunnen til dette var at det ble sett på som skadelig og sjenerende eller provoserende for omgivelsene. Det kan tenkes at frykt for overgrep, som eksemplifisert i forbindelse med kastrering, var én av grunnene til at usedelighet ble ansett som farlig. En annen grunn kan også være frykten var “moralisk smitte”. Både den fysiske og moralske tryggheten spilte altså inn.<sup>167</sup>

## Motiver

Selv om enkelte motiver kan sies å være felles for mange av pasientene ble imidlertid hver pasient behandlet individuelt. Kildene gir uttrykk for at helsepersonellet ved Reitgjerdet ønsket å behandle pasientene slik at de kunne få forbedret livskvalitet. Derfor er det rimelig å hevde at

---

<sup>163</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1395.

<sup>164</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 558.

<sup>165</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 558. Brev fra pasient til pårørende, u.d.

<sup>166</sup> Dahl 2017, 13.

<sup>167</sup> Sigrid Ressem Østring, “Sindssyg og farlig for den offentlige orden og sikkerhet” (Mastergradsavhandling, S. R. Østring, 2015), 29.

det fremste motivet for bruk av lobotomi var behandling og at inngrepet ble brukt da andre behandlingsmetoder ikke førte til tilstrekkelige resultater. I et brev til en pasients [673] pårørende ble det skrevet at operasjonen anvendes “særlig overfor pasienter hvor all annen behandling svikter”.<sup>168</sup>

Som vi skal se i kapittel 4 var Reitgjerdet tilbakeholden når det gjaldt å bruke lobotomi sammenlignet med en rekke andre norske asyls. Likevel kommer det tydelig frem av kildematerialet at Reitgjerdet stod ovenfor en rekke utfordringer knyttet til hvor mange pasienter det var kapasitet for, spesielt når vi vet at gjennomsnittlig liggetid var 16 år pr. pasient på 1950-tallet.<sup>169</sup> Det andre motivet kan derfor sies å være utskrivning av pasienter fra institusjonen for å oppnå større gjennomstrømning av pasienter. Det å ha ansvaret for en rekke pasienter som både var uforutsigbare og i enkelte tilfeller farlige for seg selv og andre førte til et ønske om å kunne endre oppførselen til de aller vanskeligste av dem. Det kan se ut som om lobotomi i mange tilfeller ble brukt for å endre atferd, som igjen kunne gjøre det enklere å fortsette med annen behandling. Den videre behandlingen kunne da gjerne skje i et annet asyl med lavere sikkerhetsnivå. Anstaltbedring kan derfor sies å være et tredje motiv. I noen tilfeller ble lobotomi utført etter ønske fra pårørende og/eller pasientene selv. At helsepersonellet ved Reitgjerdet dermed gikk med på å utføre lobotomi kan derfor sees på som et moment for å oppfylle deres ønsker og behov. Presset fra pårørende kan sies å være et fjerde motiv for lobotomi. Det siste motivet jeg skal se på er knyttet til prestisje. Da lobotomi utover 1940-tallet ble en mer og mer vanlig behandlingsmetode både i Norge og i utlandet, ble inngrepet også noe legene ved Reitgjerdet måtte ta stilling til. Det er rimelig å tro at Reitgjerdet også ønsket å henvise til gode resultater knyttet til behandling av sinnslidende. I samtida var det mange av direktørene ved de andre norske asylene som skrev om forbedring av menneskers mentale lidelser, og det er rimelig å anta at Reitgjerdet ikke ønsket å være noe dårligere enn disse asylene.

## **Lobotomi som behandling**

Utover 1900-tallet fantes en optimisme om at mentale lidelser kunne behandles. I starten gjaldt dette først og fremst pasienter med en schizofrenilidelse.<sup>170</sup> Med bakgrunn i at de fleste av

---

<sup>168</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 673. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 19.03.51.

<sup>169</sup> Norsk rettsmuseum 2015, 16.

<sup>170</sup> Haave 2008, 259.

lobotomipasientene var svært plaget av sine mentale lidelser, er det ikke uventet at det var knyttet en rekke utfordringer i forbindelse med behandlingen av dem. Disse pasientene gjennomgikk ofte flere omganger med ulike sjokkbehandlinger som elektroshokk, insulinbehandling og cardiazolbehandling. Da disse behandlingsmetodene ikke viste tilstrekkelig bedring ble lobotomi brukt som "siste utvei".

Hvis vi ser på innleggelsestiden i den perioden inngrepet ble brukt, varierer innleggelsestiden fra 2 til 39 år. I løpet av denne tida fikk de fleste pasientene ulike former for behandling, som både førte til midlertidig eller noe bedring, eller ingen bedring i det hele tatt. I flere tilfeller ser det likevel ut til at legene fortsatte med ulike behandlinger over lang tid ettersom det var mulig at bedringen kunne komme etter en tid.

Mange av pasientene som ble innlagt ved Reitgjerdet hadde tidligere vært innlagt ved andre institusjoner. Et eksempel på dette er en pasient [pas. 1311] som var innlagt ved Kriminalasylet i Trondheim. I 1943 skrev denne pasientens [pas. 1311] pårørende et brev til Kriminalasylet:

[...] Fra vaar søn [pas. 1311] har vi nå hadd brev og av hans brev ser vi at han fremdeles ligger innesperret uten at han faar komme ut i arbeide. Vi forstaar dette saa at min søn blir nærmest behandlet som fange istedet for som pasient. Dette liv vil jo ødelegge ham helt, hvorfor vi forlanger ham sent hjem. Hvis min søn er saa daarlig at han ikke kan reise ved egen hjelp vil jeg personlig komme for aa hente han oppover. Jeg vil imidlertid avvente Deres svar paa denne skrivelse før jeg reiser nedover. Vi har den tro at hvis han hadde været i arbeid og faat være ute i frisk luft ville han for lengst ha været helt bra. Vaar søn er jo ingen forbryter der ska behandles som saadan, og om min søn mister taalmodigheten ved stadig aa ligge innesperret saa ville andre ha gjort det samme i hans sted [...]<sup>171</sup>

Pasientens [pas. 1311] pårørende henvendte seg senere til Kriminalasylet og skrev følgende i et brev 15. desember 1946:

[...] Tillater oss herved aa søke om snarest aa faa vaar søn [pas. 1311] overflyttet fra Kriminalasylet til Reitgjerdet sykehus til forpleining der. Da min søn nu i flere aar har været innesperret i Kriminalasylet vil det være forstaaelig at han ved stadig aa være der ikke kan bli bedre, men tross denne sene behandling han vil faa ved aa bli overflyttet til Reitgjerdet tror vi at der ennu er haap om at han kan bli bra. Vi tør derfor be Dem gjøre Deres bedste for at [pas. 1311] blir overflyttet snarest til Reitgjerdet. Samtidig meddeles at vi gaar med paa at [pas. 1311] taes under behandling enten insulinkur eller sjokkbehandling [...]<sup>172</sup>

---

<sup>171</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1311. Brev fra pårørende til Kriminalasylet 11.04.43.

<sup>172</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1311. Brev fra pårørende til Kriminalasylet 15.12.46.

Denne pasientens pårørende opplevde situasjonen som uholdbar og de syntes ikke at sønnen deres fikk den behandlingen han trengte. I disse brevene er det tydelig at pasientens pårørende ønsket den behandlingen som ble tilbudt ved Reitgjerdet. De pårørende så på Kriminalasylet som en form for fengsel mens de så på Reitgjerdet som en behandlingsinstitusjon. Den behandlingen som ble utført på Reitgjerdet ble ikke brukt ved Kriminalasylet. Selv om mange opplevde Reitgjerdet som et slags “fengsel” fordi tvungen behandling var en viktig del av hverdagen til mange pasienter, er det viktig å huske på at mange pasienter og pårørende ønsket den behandlingen som datidas psykiatri kunne tilby. I pasientjournalene er det ikke bare pasienter som ønsket å bli lobotomert, men det finnes også eksempler på pasienter som ønsket annen behandling ettersom den hadde fungert tidligere.

I flere av pasientjournalene blir det hevdet at lobotomien ikke kunne kurere sinnssykdommen i sin helhet, men at inngrepet kunne virke gunstig ovenfor en rekke plager som pasientene hadde. I et brev til en pasients [pas. 833] pårørende ble det skrevet følgende: “Vi har derfor tenkt – hvis familien går med på det – å få foretatt en leucotomi i håp om at han derved skal kunne bli litt mindre plaget av sine hallusinasjoner og bli mindre aggressiv så behandlingen kan bli noe lettere og forholdene derved bedre for ham”.<sup>173</sup> Selv om ikke diagnosen i seg selv ble borte, kunne andre ubehagelige virkninger av sykdommen bli behandlet. Senere i det samme brevet stod blant annet: “Som tilstanden er for [pas. 833], så er det jo ikke noe liv, og selv om man har sett at det kan komme forandringer, etter mange år, så har det nå holdt seg så lenge uforandret for ham at man må anse prognosen for meget lav.”<sup>174</sup>

I denne oppgaven blir begrepet behandling ikke brukt når det er snakk om konkret å behandle pasientene, men behandling i form av å gjøre forholdene for pasientene bedre i sin helhet. Lobotomi ble ikke brukt for å kurere sinnssykdom, men å forbedre den tilstanden som pasienten var i. Legene klar over at de mest sannsynlig ikke kunne kurere sinnssykdom da denne ofte satt for dypt. Lobotomi ble med andre ord ikke brukt for å gjøre pasientene friske, men ble brukt for at pasientene skulle frigjøres fra enkelte av sine plager. Det var også kjent blant legene at sløvete schizofrene ikke kunne vente “noen særlig virkning, fordi slike

---

<sup>173</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 833. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 17.06.47.

<sup>174</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 833. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 17.06.47.

schizofrene så likevel ikke 'bruker sin frontalcortex' mer".<sup>175176</sup>

## Lobotomi på grunn av mangel på ressurser

Som tidligere nevnt var sinnssykehusene på 1940- og 50-tallet overfylte. Etersom mange pasienter gjerne hadde mange års liggetid og det ikke fantes tilsvarende institusjoner som Reitgjerdet andre steder i landet, førte dette til at det stadig var mange som ble søkt overflyttet dit fra andre institusjoner. Det var et møysommelig arbeid å finne ut hvem som hele tiden hadde mest behov for å være innlagt ved Reitgjerdet.

I kildene er det flere eksempler på pasienter som ingen ville ta imot. Dette var gjerne "gråsoneklientellet" som tidligere har vært omtalt. Det var påtrykk fra pårørende og andre personer som opplevde enkelte pasienter som farlige om at de måtte innlegges i asyl. Det er rimelig å anta at da det hopet seg opp med pasienter ved asylene oppstod et enda større behov for å gjøre noe med de aller vanskeligste tilfellene. Selv om behandlingen mange av pasientene gjennomgikk ikke viste tilstrekkelig bedring til at de kunne utskrives, fantes det nok likevel et håp om at nye behandlingsmetoder en dag kunne endre dette. I kildene kommer det klart frem at eventuelle lobotomier ikke kom til å gjøre pasientene helt friske, men "[...] Om alle de pasienter vi nå har fått lobotomert må det sies at de er blitt betydelig bedre, [...] og flere pasienter står for tur til utskrivning".<sup>177</sup> Utskrivning ble sett på som det ultimate målet, både for pleiere og mange av pasientene.

I brevkorrespondanse mellom Reitgjerdet sykehus og Gaustad sykehus kommer det frem at det i enkelte tilfeller var uenighet om fordelingen av pasienter. I et brev til reservelegen ved Gaustad kan vi skimte en uforsonlig holdning da Gaustad ville sende en pasient [pas.1361] tilbake til Reitgjerdet:

[...] Når jeg så hvordan det tok på ham å være her hvor det var så overfylt og på mange måter utrivelig, synes jeg det er hardt at han skal flyttes tilbake igjen etter en så kort prøvetid på Gaustad, da jeg er redd det vil bli et hardt slag for ham.  
Du får forsøke å vise tålmodighet og øve litt god psykoterapi på ham eller legge inn et ord for ham hos overlægen.

---

<sup>175</sup> Frontalcortex: hjernens frontallapp.

<sup>176</sup> Lund 1992, 35.

<sup>177</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 578. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 30.04.51.

Det kan ikke være å vente at alle pasienter skal være i svinge med det samme dere får dem inn, eller kanskje dere er blitt så godt vant? Får håpe da ikke neste skritt blir at dere ikke tar imot pasienten som ikke skriftlig erklærer å kunne forlate sykehuset innen en måned; Blir det for ille med [pas.1361] og det ikke på noen måte går med ham hos dere, skal vi selvfølgelig ta ham igjen, men da kan vi i hvert fall ikke love dere noen bedre hvis vi først skal få skaffe plass for ham.<sup>178</sup>

I dette brevet kommer det frem at det var utfordringer knyttet til sykehusenes kapasitet og at det til tider var vanskelig å opprettholde et godt samarbeid institusjonene imellom. Den ultimate løsningen på plassproblemen ved institusjonene var utskrivning av flere pasienter. Ettersom det var åpenbart at enkelte behandlingsmetoder ikke fungerte på de sykeste og vanskeligste pasientene, ble det naturlig å se på andre alternativer som kanskje kunne føre til utskrivning, eller i alle fall til anstaltbedring, som også kunne lette på byrden. Da andre institusjoner tilbydde inngrepet og reklamerte med lovende resultater, er det kanskje ikke urimelig å tro at også Reitgjerdet syntes det var forlokkende og ta i bruk inngrepet som behandlingsmåte.

Annen behandling var også gjerne dyrere enn lobotomi, da den ofte måtte gjentas mange ganger og gjerne over lengre tid. De andre behandlingsmetodene hadde også risiko ved seg ved bruk over en lengre periode. Da [pas.387] ble vurdert for lobotomi ble det sendt et brev til pasientens hustru hvor det blant annet stod: “Å fortsette med insulin eller sjokkbehandling finner vi ikke regningssvarende, da det i lengden kan være en risiko for at dette skader ham i stedet for å gi bedring”.<sup>179</sup> En annen pasients [pas. 533] bekymrede pårørende henvendte seg til Reitgjerdet på bakgrunn av bruken av cardiazolkur. I et brev skrev de pårørende: “Nu har han vel gjennomgaaat denne haarde Kur 9 ganger, og vist der ikke nu blir forandring til det bedre, Saa vil vi be dem instendig ikke aa foreta flere forsøk med ham”.<sup>180</sup> De ulike sjokkbehandlingene kunne være en stor påkjenning for både pasienter og pårørende. Dersom disse behandlingsmetodene heller ikke førte til bedring for pasientene, kan det hende at det økonomiske aspektet gjaldt her også. Det var ikke vits i å fortsette med en behandling som ikke fungerte, både på bakgrunn av pasientens påkjenninger, men kanskje også fordi behandlingen krevde ressurser.

Da de pårørende til en pasient [pas. 1343] ble spurt om samtykke til lobotomi ble det skrevet følgende i et brev fra Reitgjerdet:

---

<sup>178</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1361. Brev fra Reitgjerdet til reservelegen ved Gaustad 16.12.53.

<sup>179</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 387. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 09.04.48.

<sup>180</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 533. Brev fra pårørende til Reitgjerdet 09.09.39.

[...] Insulin- eller sjokkbehandling ser ikke ut til å ha noen større virkning på ham, i hvert fall ikke av lengere varighet, mens jeg derimot tror at nettopp hans sykdomsform skulle kunne bedres ved operasjon. Da vi må ordne med operasjon av flere pasienter samtidig av hensyn til plass på sykehuset, tør jeg be Dem svare oss snarest.<sup>181</sup>

I dette tilfellet ble altså plassmangel brukt som et påskudd for å fremskynde lobotomiprosessen. Det er med andre ord tydelig at en rekke beslutninger ble tatt på bakgrunn av begrensede ressurser. Kanskje lobotomiene hadde blitt utført selv om det ikke hadde vært mangel på ressurser, men det er nærliggende å tro at fraværet av plass og penger i alle fall spilte en viss rolle i noen av de beslutningene som ble tatt. Det er imidlertid viktig å nevne at også lobotomiene krevde ressurser. Lobotomiene måtte planlegges, man var for eksempel avhengig av fagpersonell til inngrepet og sengeplass ved Trondheim sykehus. Likevel ser det ut til at ingen av de lobotomerte pasientene ble relobotomert ved Reitgjerdet og det kan dermed se ut til at inngrepet ble en engangsinvestering.

Mangel på ressurser gikk ikke bare ut over de pasientene som ble vurdert til lobotomi, men gjaldt hele psykiatrien i perioden. I kildene er det flere eksempler på at det var ønskelig å flytte enkelte pasienter til andre asyler. Noen av de lobotomerte pasientene ble etter inngrepet så rolige at de kunne behandles i asyler med lavere sikkerhetsnivå. Dette gjaldt blant annet en pasient [pas. 533] som det var ønskelig å legge inn ved Valen sykehus. I denne pasientens [pas. 533] journal stod det følgende 6. desember 1953: “Valen sykehus skriver [...] at de p.gr.a svært overbelegg hittil ikke har vært i stand til å ta imot pas., så saken stilles foreløpig i bero”.<sup>182</sup> Det er derfor grunn til å tro at flere av pasientene som var innlagt ved Reitgjerdet og de pasienter som stod i kø for å bli innlagt der, ikke nødvendigvis var innlagt på korrekt grunnlag. Mangel på ressurser preget med andre ord hvor de ulike pasientene til enhver tid oppholdt seg.

## **Lobotomi for anstaltbedring**

Da pårørende ble spurt om å gi samtykke til lobotomi, ble det i enkelte tilfeller henvist til at pasientene skulle lobotomeres for å bli fredeligere og lettere å behandle:

[...] Det er de siste par år blitt foretatt endel hjerneoperasjoner som har vist seg å ha en gunstig virkning på nettopp slike pasienter som har vanskelig for å tøyle sitt sinn, og vi har derfor kommet til å tenke på om det ikke også kunne være til fordel for Deres sønn at han ble operert. Vi kan ikke garantere at han blir helbredet, for dertil stikker hans sinnssykdom for dypt, men de

---

<sup>181</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1343. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 07.02.51.

<sup>182</sup> SOB. RG. Pasientjournal, lp.nr. 533.

pasienter vi har fått operert på Reitgjerdet sykehus, er alle sammen blitt meget fredeligere og har kunnet behandles på en adskillig lempeligere måte enn før [...]<sup>183</sup>

Anstaltbedring som motiv viser seg også i pasientjournalene til samme pasient: “Han foreslåes til lobotomi, idet man håper at hans truende holdning kan bli avdempet”. En vellykket operasjon var med andre ord når pasienten ble roligere:

[...] Om resultatet av operasjonen er det for tidlig å si noe bestemt, men den øyeblikkelige virkning må sies å være tilfredsstillende. Han er blitt roligere og virker ikke så engstelig som før, og det var det vi først og fremst ville forsøke å oppnå [...]<sup>184</sup>

Anstaltbedring kan ha blitt sett som et selvstendig motiv, for å gjøre hverdagen ved Reitgjerdet enklere. Det er uansett grunn til å tro at det ble lettere for pasientene selv da de ble roligere og ble kvitt enkelte av sine plager. I mange tilfeller ble det hevdet, både av pleiepersonell og pårørende, at det ikke var et verdig liv slik situasjonen var. Likevel kan det diskuteres hvem som hadde de største fordelene av at pasientene ble roligere. Spørsmålet om hvem som kunne ha best nytte av inngrepet, pasientene selv eller de som ga pasientene daglig pleie, har vært viktig i denne sammenhengen. Det er grunn til å tro at trykket på avdelingen ble betydelig dempet ved at en besværlig pasient ble roligere. Dette er noe legene og pleierne må ha reflektert over. Det interessante spørsmålet her er følgende: Var det en avgjørende faktor for legene som tok beslutningen om å utføre lobotomi at det også var til det beste for avdelingen? Dersom dette var tilfellet var dette en faktor som ikke handlet om å gjøre pasientene friske eller friskere. I så fall var det ikke pasienten som hadde førsteprioritet. Det er uansett vanskelig å konkludere med at lobotomeringen i enkelttilfeller var ønskelig utelukkende fordi det førte til positive endringer for sykehuset. I kildene blir det poengtert at det var positivt både for avdelingen og pasientene selv at de ble roligere.

## **Lobotomi som prestisje**

Som vi har sett ble lobotomi en mer og mer vanlig behandlingsmetode i Norge utover 1940-tallet. Dette gjorde at behandlingsformen måtte tas stilling til i sinnssykehusene rundt om i Norge. I 1946 henvendte pårørende til en pasient [pas.1163] seg til Reitgjerdet i et brev hvor det ble fortalt at pasienten [pas.1163] hadde en bror som med godt resultat ble lobotomert ved Gaustad. Pårørende fikk følgende svar på brevet de sendte til Reitgjerdet:

---

<sup>183</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 929. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 02.05.50.

<sup>184</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1082. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 04.08.48.



[...] Vi har forsøkt forskjellige behandlinger av ham, men det har ikke vist ønskede virkning. Vi har imidlertid ikke gitt opp alt håp og vil forsøke en mere energisk behandling av ham senere. De skriver at hans bror som er på Gaustad er blitt operert for sin sykdom. Vi har ikke noen anledning til å foreta det samme inngrep på [pas. 1163] her, men hvis de andre behandlingsmetoder ikke fører til målet, kan man tenke seg at man burde forsøke operasjon på ham [...]<sup>185</sup>

Selv om Reitgjerdet sykehus ikke hadde startet å lobotomere pasienter i 1946, ser det ut til at sykehuset ønsket å tilby det samme som mange andre norske psykiatriske institusjoner. Allerede året etter ble det skrevet følgende til de pårørende til denne pasienten: “Vi har ikke prøvet disse nye operasjoner på noen av våre pasienter, men såvidt jeg vet har overlægen ved kirurgisk avdeling i Trondheim sykehus så smått begynt med disse hjerneoperasjoner”.<sup>186</sup> I 1948 skrives også et brev til pasientens [pas. 1163] pårørende hvor det blir spurt om samtykke til lobotomi. Da skrives det: “[...] tror jeg at det er den beste mulighet vi kan by ham for at han kan bli bedre, og det er også av betydning at pasienten blir operert før sykdommen har vart alt for lenge i de tilfelle hvor vi vet at det er liten utsikt til bedring på annen måte”.<sup>187</sup> I løpet av en periode på under to år gikk altså Reitgjerdet fra å ikke tilby dette inngrepet som behandlingsmetode til å presse på for å få samtykke fra pårørende. I perioden da lobotomi ble brukt i Norge, ble den ansett som en forsvarlig medisinsk behandlingsmetode, og faglige holdninger hadde mer å si enn etiske overveielser. Selv om inngrepet var kontroversielt, og med den risiko det innebar, ser det ikke ut til å ha vært noen særlig tilbakeholdenhet.<sup>188</sup> Dette gjaldt spesielt for Gaustad sykehus.

Det kan se ut til at Reitgjerdet sykehus ønsket å tilby en behandlingsmetode som mange pasienter og pårørende ønsket og var fornøyde med. I et brev til en pasients [pas. 578] ble det skrevet:

[...] Operasjonen blir utført på Trondheim sykehus og da det er det eneste stedet her nordenfjels hvor det blir gjort, får vi dessverre ikke operert så mange pasienter som det kunne være å ønske. Vi har imidlertid også tenkt å la Deres sønn operere. De resultater vi hittil har hatt må sies å ha vært tildels overraskende gode.<sup>189</sup>

Det virker med andre ord som om det rundt 1950 ikke var større betenkeligheter knyttet til inngrepet. Noe må dermed ha skjedd på de fire årene fra Reitgjerdet ikke fikk sine pasienter

---

<sup>185</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1163. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 17.10.46.

<sup>186</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1163. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 02.04.47.

<sup>187</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1163. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 12.03.48.

<sup>188</sup> Lund 1992, 9.

<sup>189</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 578. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 23.02.50.

lobotomert, til da det var ønskelig å lobotomere enda flere pasienter enn de som ble utført. I brevet ovenfor ser det også ut til at selv om Trondheim sykehus ikke fikk lobotomert så mange pasienter som var ønskelig, virker ikke holdningen å være tilbakeholden. Tvert i mot, det virker som om den som har skrevet brevet ønsket å overtale de pårørende til å gi samtykke til inngrepet.

Hva som skjedde i denne fireårsperioden ved Reitgjerdet, bortsett fra at lobotomi generelt sett ble en mer anvendt behandlingsmetode i Norge, er ikke noe jeg finner svar på i det kildematerialet jeg har anvendt. Derfor blir svarene på dette kun spekulasjoner. Selv om det ikke finnes kilder som kan gi svar på hva som skjedde i perioden så må det ha blitt tatt noen aktive beslutninger om å ta i bruk inngrepet.

### **Lobotomi etter påtrykk fra pårørende og pasienter**

Det finnes flere tilfeller hvor enten pasientene selv eller pårørende oppfordret til lobotomi. Enkelte, som nevnt i avsnittet over, hadde hørt om gode resultater fra andre lobotomitilfeller og overveiet muligheten til å gi denne behandlingen et forsøk. Dette må ses i sammenheng med at mange pasienter følte en viss avmakt etter å ha vært gjennom mange behandlinger som var en stor påkjenning både fysisk og psykisk. Mange pårørende hadde også dårlig samvittighet og lurte ofte på om de hadde del av skylden for at pasienten var blitt syk. Pårørende beskrev pasienter som for eksempel “den staute kjække gutten hann var”.<sup>190</sup> I enkelte tilfeller ser det ut til at pårørende ikke nødvendigvis var klar over hvor syk pasienten faktisk var. Det er også en mulighet at pårørende hadde en tendens til å fortrenge realitetene da de ønsket å få tilbake pasienten slik han en gang hadde vært.

I pasientjournalene kommer det tydelig frem at pasienter og pårørende også manglet grunnleggende kunnskap og informasjon om lobotomi, og at mange av dem så på lobotomi som en enkel løsning for å bli frisk. Et eksempel på dette er en pasient [pas. 1368] som skrev følgende brev til overlegen:

Jeg vil gjerne få tat hjerneoperasjon en av de første dager for å komme hjem så snart som mulig. Jeg er litt forkjølet kan jeg få litt kamfer mixtur. Jeg behøver vel ikke Insulin og kardiazolsjok da når får hjerneoperasjon? Jeg må vel være en md tid på utearbeid etter operasjon. Kan jeg få

---

<sup>190</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 578.

kler og være ut og lufte en tur på formiddagen få klerne og stå opp når det er lufting og legge mig når vi kommer inn igjen? Hilsen patient 182-1368 [pas. 1368].<sup>191</sup>

To måneder etterpå spurte den samme pasienten om følgende i et brev til direktøren ved Reitgjerdet: “Kan jeg snart få tat den hjerneopprasjon så jeg får reise hjem i mai eller juni”.<sup>192</sup> I brevet kan det se ut til at pasienten så på lobotomi som ensbetydende med friskmelding og utskrivning fra asylet. Det ser også ut til at pasienten ønsket inngrepet for å slippe andre typer behandlinger. Denne pasienten [pas. 1368] ble innlagt ved Trondheim sykehus for lobotomi i april 1951.<sup>193</sup> Pasientene hadde med andre ord i enkelte tilfeller vilje og evne til å påvirke sin egen situasjon, selv om det er viktig å ikke overdrive betydningen av denne faktoren. Dette er noe også historiker Vegard Jenset Øien har vurdert ved Kriminalasylet i perioden 1895-1915.<sup>194</sup> Om den samme pasienten [pas. 1368] ble det skrevet følgende litt over en måned etter inngrepet i et brev til hans [pas. 1368] pårørende:

[pas. 1368] har vært litt tung i humøret etter operasjonen, og synes selv det går senere med bedringen enn han hadde ventet. En kan imidlertid ikke avgjøre noe om det ennå, og for oss som kjenner ham fra før, ser det absolutt ut til at han har det bedre.<sup>195</sup>

En annen pasient [pas. 268] uttalte allerede i 1927: “Eg vilde ha amputert denne møkka” (mens han pekte på hodet).<sup>196</sup> Dette ble sagt lenge før lobotomiene ble tatt i bruk, men henviser til at flere av pasientene var slitne av å være så syke og ønsket hjelp til å få det bedre.

## Sammensatte motiv

Som vi har sett i dette kapitlet var det flere ulike motiver som lå bak bruk av lobotomi ved Reitgjerdet. I et brev til en pasients [pas. 567] pårørende ble det skrevet følgende 6. januar 1950:

[...] Det er særlig hos pasienter av denne type, som er utrygge og voldsomme og pågående, at vi har oppnådd ganske gode resultater. Vi kan ikke garantere at pasientene bli friske, men de faller ofte til ro, blir ikke så plaget av sine hallusinasjoner og ideer, blir mere omgjengelige, kan være på en rolig avdeling og også tas med på forskjellig arbeide, og kan i det hele tatt behandles på en betydelig lettere måte [...]<sup>197</sup>

---

<sup>191</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1368. Brev fra pasient til overlegen 07.02.51.

<sup>192</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1368. Brev fra pasient til direktøren 09.04.51.

<sup>193</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1368.

<sup>194</sup> Øien 2015, 50.

<sup>195</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1368. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 06.06.51.

<sup>196</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 268.

<sup>197</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 567. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 06.01.50.

Noen av motivene bak lobotomiene gled gjerne over i hverandre. Det kan se ut til at det var et generelt syn at lobotomi skulle gjøre pasientene roligere. Det at voldsomme og utrygge pasienter ble roligere kunne bli sett på som en måte å behandle pasientene. Det ble hevdet at dette ble gjort for at pasientene skulle få det bedre, men det er tydelig at en del utfordringer ble fjernet fra de uroligste avdelingene i tillegg. Anstaltbedring var også ofte til glede for pårørende. Det at pasientene kunne bli roligere etter utført lobotomi var også lønnsomt og var nok positivt med tanke på at norske asyl manglet tilstrekkelige ressurser. At pasientene ble enklere å ha med å gjøre kunne også gi prestisje for de asylene som utførte behandlingsmetoden. Lobotomi ble ansett som en behandlingsmetode som hadde “en gunstig virkning nettopp på slike pasienter som har vanskelig for å tøyse sitt sinn”.<sup>198</sup>

Mange av pasientene var svært plaget av sine hallusinasjoner og vrangforestillinger, og å bli kvitt disse plagene ble nok opplevd som en lettelse for den enkelte. Selv om det kan sies å ligge ulike motiv bak lobotomi ser det ut til at det var fokus på at pasientene skulle bli roligere, enklere å behandle, både for sin egen del og asylslets, at de kunne gjøre nytte for seg i arbeid, og at de generelt sett kunne leve under friere forhold. Dette må sies å ha vært en lettelse også for pasientenes pårørende. Lobotomi var ofte en tvangsbehandling og det er viktig å påpeke at det ikke alltid er samsvar mellom de formelle målene for tvang og pasientenes opplevelse av å bli tvunget.<sup>199</sup> Selv om tanken bak lobotomiene var for å hjelpe pasientene ble det ikke alltid opplevd slik for pasientene.

Fordi mange av pasientene ved Reitgjerdet tidvis kunne være farlige var det høy sikkerhet ved Reitgjerdet. Mange av pasientene som var svært syke og som ikke hadde innsikt i egen sykdom, reagerte som vi også tidligere har sett på at de ble behandlet som fanger. En pasient [pas. 1259] uttalte i 1948: “Er det sykehus, så lås opp dørene. Jeg er ingen forbryter”.<sup>200</sup> Leger og pleiere ønsket nok at pasientene skulle få leve under friere forhold i asylslet, og siden ingen andre behandlingsmetoder muliggjorde dette, ble lobotomi tatt i bruk som siste mulighet for bedring.

Som også nevnt tidligere var det en stor påkjenning for pasientene å få ulike former for sjokkbehandling. Dersom en lobotomi ble vellykket kunne pasientene i enkelte tilfeller slippe slike

---

<sup>198</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 929. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 02.05.50.

<sup>199</sup> Øien 2015, 99.

<sup>200</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1259.

former for behandling. En pasient [pas. 1242] som fikk benbrudd i ryggraden grunnet cardiazol-behandling ved Dikemark, slapp unna krampebehandlinger ved Reitgjerdet.<sup>201</sup> Det at andre behandlingsmetoder kom til kort for enkelte pasienter, gjorde det muligens mer aktuelt å ta i bruk lobotomi på et tidligere stadium.

Det ble altså hevdet av legene at lobotomi skulle føre til at pasientene ble mindre plaget av sine hallusinasjoner, bli mindre aggressive slik at behandlingen skulle kunne foregå lettere og forholdene generelt skulle bli bedre for pasienten. Pårørende til en pasient [pas. 833] fikk beskjed om at “pasienter som i årevis har vært svært aggressive og ofte er et kort for avdelingen, blir nå fredsommelige, mere omgjengelige og kan ofte rusle med i arbeide og endog bli hjemsendt eller anbragt i privatpleie”.<sup>202</sup> Om dette var realiteten for de fleste av de lobotomerte pasientene ved Reitgjerdet, skal jeg komme tilbake til i kapittel 4.

Det lå med andre ord en rekke motiver bak beslutningen om lobotomering av pasienter ved Reitgjerdet. Selv om flere faktorer var felles hos mange av pasientene, ser det likevel ut til at hver pasient i stor grad ble vurdert individuelt ut i fra hva som var til det beste for den enkelte.

## Samtykke

For å få utført lobotomi måtte det foreligge et samtykke fra pårørende. Det er tydelig at legene som ønsket å få utført lobotomi på pasientene var ganske pågående ovenfor pårørende. Pårørende fikk inntrykk av at lobotomi var siste mulighet for at pasientene skulle kunne bli bedre. En pasient [pas. 578] sine pårørende skrev følgende i sitt brev: “Slik som jeg forstår Deres brev er operasjon den eneste ting som det nå er aktuelt å forsøke, og jeg ønsker så inderlig den må lykkes og je et godt resultat”.<sup>203</sup> Selv om mange pårørende ga samtykke er det tydelig at de var midt i en vanskelig situasjon og valgte å stole på at fagfolk skulle gjøre det beste for deres familiemedlem. I et annet tilfelle ble det skrevet til pårørende: “Som nevnt er det med de hjelpemidler vi har idag, den siste utvei vi har for om mulig å kunne bringe ham [pas. 1131] på

---

<sup>201</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1242.

<sup>202</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 833. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 17.06.47.

<sup>203</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 578. Brev fra pårørende til Reitgjerdet 28.02.50.

bena”.<sup>204</sup> En annen pasients [pas. 1319] pårørende skrev til Reitgjerdet: “Vil enderlig vona at det gjeng godt med operasjonen og at han kan få verta heilt frisk”.<sup>205</sup>

Pasientene ved Reitgjerdet var tvangsinnlagte og alvorlig sinnslidende pasienter. Lobotomiene, som pasientene selv som regel ikke ga samtykke til, ble derfor anvendt som tvangsbehandling, som nevnt i kapittel 2. Inngrepet ble ansett hjemlet i nødrettsbestemmelsen i straffelovens §47, da faren for liv og helse var så liten og muligheten for bedring så stor at inngrepet normalt ble medisinsk begrunnet. Det ble hevdet at det ikke var noe større risiko ved inngrepet enn for andre inngrep.<sup>206</sup> Dersom den sykes verge eller nære pårørende motsatte seg lobotomi, skulle det bare i ekstreme tilfeller kunne bli tale om å gjennomføre inngrepet. Selv om det ikke var nødvendig med uttrykkelig samtykke, måtte verge eller pårørende, dersom mulig, underrettes og gis opplysning om at inngrepet ville bli foretatt hvis det ikke ble protestert. Selv om skriftlig underretning dermed ikke var nødvendig, ser det likevel ut til at uttrykkelig samtykke ble innhentet i større utstrekning enn strengt tatt nødvendig. Ved Reitgjerdet ble det skrevet i brevene til pårørende at det ikke ble utført lobotomi med mindre pårørende ga sitt samtykke. Likevel må det sies at pårørende ikke fikk tilstrekkelig med opplysninger om risikoen ved inngrepet og hva utsiktene for et godt resultat faktisk var.<sup>207</sup> Det var svært vanlig at det ble fokusert på hva som kunne gå bra med inngrepene, men ikke hva som var vanlige bivirkninger eller dårlige resultat. Pårørende fikk beskjed om at det var en viss risiko forbundet med lobotomi, men at dette tross alt gjaldt alle operasjoner. Risikoen ble med andre ord bagatellisert.

Mange av pasientene hadde liten eller ingen kontakt med hjemmet etter mange års innleggelse. Det at pårørende som ikke hadde sett pasienten på mange år hadde mulighet til å gi samtykke til lobotomi må sies å være problematisk. Et eksempel på dette er en pasient [pas. 652] som i august 1946 ikke hadde noen kontakt med hjemmet.<sup>208</sup> Da pårørende ble spurt om samtykke to år senere svarte de: “Då vi har full tillit til Dykk og veit at De gjer det som er best for far, har vi sjølvsagt ikkje noko mot at denne operasjonen vert foretatt, sjølv om det er en viss risiko”.<sup>209</sup> Det er nærliggende å anta at svært mange pårørende ikke visste så mye om hvordan det stod til

---

<sup>204</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1131. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 28.10.47.

<sup>205</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1319. Brev fra pårørende til Reitgjerdet 13.10.49.

<sup>206</sup> Lund 1992, 9.

<sup>207</sup> Ibid., 9.

<sup>208</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 652.

<sup>209</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 652. Brev fra pårørende til Reitgjerdet 12.05.50.

med pasientene. Mange pasienter skrev aldri hjem, og mange pårørende fikk dermed bare informasjon fra overlegen ved Reitgjerdet. I kildene kommer det frem at pårørende i enkelte tilfeller enten trodde at pasienten var friskere eller sykere enn det han faktisk var.

I de fleste tilfeller ser det ut til at pårørende stolte fullt og helt på overlegene. Dette kan delvis forklares ut fra at synet på autoriteter trolig var mer ydmykt enn i dag. Dessuten bygger forholdet mellom lege og pasient/pårørende på samfunnets tillit til medisinen som vitenskap.<sup>210</sup> I pasientjournalene er det imidlertid vanskelig å vite hvem som faktisk har skrevet dokumentasjonen. Selv om dette kan bli sett på som en slags ansvarsfraskrivelse, må det også sees i lys av at legeprofesjonen generelt er preget av sterk kollegialitet og streng yrkesjustis. Dersom det for eksempel oppstod konflikter knyttet til faglig uenighet skulle og burde disse tas opp internt. Legenes avgjørelser ble ofte ikke bestridt og hovedgrunnen til det er at det legen sier blir sett på som vitenskapsbasert kunnskap.<sup>211</sup>

I enkelte av pasientjournalene kan vi skimte en viss skepsis blant de pårørende. I et brev fra overlegene til pårørende til en pasient [pas. 1163], som delvis også ble sitert over, ble det skrevet følgende:

Vi har mottatt Deres brev av 28/2, hvor jeg ser at De har endel betenkeligheter med å la den i mitt forrige brev nevnte operasjon på Deres sønn, [pas. 1163]. Men som jeg tidligere har fremholdt, tror jeg at det er den beste mulighet vi kan by ham for at han kan bli noe bedre, og det er også av betydning at pasienten blir operert før sykdommen har vart alt for lenge i de tilfelle hvor vi vet at det er liten utsikt til bedring på annen måte [...]<sup>212</sup>

Selv om legen helt sikkert mente dette, satte han de pårørende i en vanskelig situasjon. Terskelen for å si nei til inngrepet ble mye høyere når overlegen formulerte seg på denne måten. I andre tilfeller ble det hevdet at operasjonene skulle ordnes i forbindelse med hverandre på grunn av hensynet til plass på sykehuset.<sup>213</sup> Da ble også pårørende bedt om å svare snarest på om de ville gi samtykke til lobotomi eller ikke. Dersom pårørende hadde hatt bedre tid til å bestemme seg for om de ville gi samtykke til lobotomi kan det hende at de hadde tenkt seg nøyere om og

---

<sup>210</sup> Isdahl 1993, 59.

<sup>211</sup> Aina Schiøtz, "Legen som sakkyndig - Rollen og historien", *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 7 (2012), 853.

<sup>212</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1163. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 12.03.48.

<sup>213</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1343.

kanskje også gitt et annet svar til overlegene. Dette blir uansett bare spekulasjoner, men det er viktig å ta det med i betraktningen.

I dette kapitlet har det blitt vist at lobotomi ble benyttet som behandlingsmetode da andre metoder kom til kort. Fordi det var slik i mange tilfeller, var det nok også lett å bruke det poenget når det ble foreskrevet til pårørende om samtykke. En pasients [pas. 1245] bror skrev til Reitgjerdet da han ga sitt samtykke: “Når dere ser det slik an at ikke noe annet middel virker på han må dere vel gjøre hvad som gjøres kan”.<sup>214</sup> Tilstanden som pasientene befant seg i før lobotomi ble sett på som så smertefull for både pasientene selv og omgivelsene at det krevde umiddelbar handling.<sup>215</sup> Henvendelsene fra Reitgjerdet om spørsmål om samtykke kan ses som en form for uformell tvang siden det ble brukt både overtalelse og trusler om at pasientene kom til å bli dårligere hvis det ikke ble utført lobotomi. Som vi så tidligere i dette kapitlet var det enkelte likheter knyttet til fremgangsmåten for samtykke til lobotomi og kastrering.

---

<sup>214</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1245. Brev fra pårørende til Reitgjerdet 14.10.48.

<sup>215</sup> Kim Larsen, “Fra voktere til pleiere”, *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, nr. 2 (2008), 180.



## Kapittel 4: Resultater

Før levde jeg mine dager som sau  
I samlet flokk drev de oss langs gangveier rundt sykehuset,  
en langsom uensartet saueflokk av individer ingen tenkte på å se.  
For vi var blitt en flokk,  
og hele flokken skulle ut å gå,  
og hele flokken skulle inn igjen.

Før levde jeg mine dager som sau.  
Gjeterne klippet manken min og stusset klørne  
så jeg lettere skulle gli inn i flokken.  
Jeg tasset av gårde blant pent friserter esler, bjørner, ekorn og  
krokodiller  
Og lurte på hvorfor ingen ville se.

For jeg levde mine dager som sau,  
mens alt i meg lengtet etter å jage over savannene.  
Og jeg lot meg drive fra kve til innhegning til fjøs  
Når de sa at det var det som var best for en sau.  
Og jeg visste at det var feil.  
Og jeg visste at det ikke ville vare evig.

For jeg levde mine dager som sau.  
Men i morgen var jeg alltid en løve.<sup>216</sup>

Over er et utdrag fra et dikt fra boka *I morgen var jeg alltid en løve*. Det er skrevet av psykolog Arnhild Lauveng. Hun var selv innlagt som schizofren i ti år ved psykiatriske avdelinger og var tidvis både psykotisk og selvdestruktiv.<sup>217</sup> Hun skriver i samme bok:

Dette kan ikke stemme, det kan ikke ha vært så planlagt, de kan ikke ha gjort dette mot meg bare for å gi en demonstrasjon av min oppførsel, det var en behandlingsinstitusjon, og så grusomme kan ikke fagfolk være. Det kan ikke være sant. Og sannheten er at jeg jeg ikke kjenner sannheten, og jeg vet ikke hva slags motiver og planer de hadde. Jeg vet hva min opplevelse var, men jeg vet også at jeg var veldig forvirret og meget vel kan ha feiltolket ting.<sup>218</sup>

Det å leve i en virkelighetsfjern verden var realiteten for mange av de pasientene som ble lobotomert ved Reitgjerdet. Behandlingsmetodene ble gjerne opplevd som brutale og at de ble anvendt for å “plage” pasientene. Det var gjerne slik at de opplevde behandlingen annerledes enn den var tiltenkt av legene/pleierne.

---

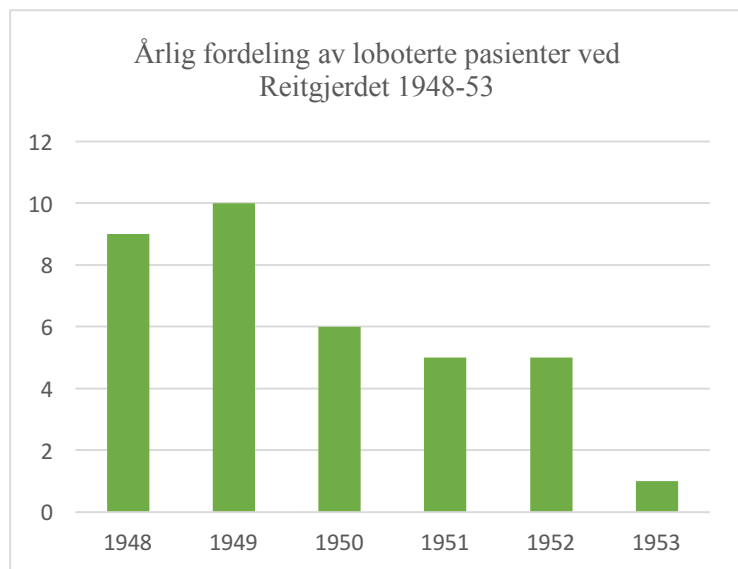
<sup>216</sup> Arnhild Lauveng, *I morgen var jeg alltid en løve* (Cappelen Damm, 2015), før sidetall.

<sup>217</sup> Ibid., bakside.

<sup>218</sup> Ibid, 86.

Men var det slik at pasientene faktisk fikk det bedre etter utført lobotomi? I dette kapitlet skal jeg drøfte hva som kan sies å være resultatene av lobotomiene ved Reitgjerdet. I kapittel 2 så vi at Norge var i verdenstoppen når det gjaldt omfang av bruk av lobotomi i behandlingen av mentale lidelser i forhold til folketall. Et utvalg nedsatt av Sosialdepartementet 20. februar 1991 antok at det i årene 1941 til 1974 ble utført minst 2500 lobotomier i Norge.<sup>219</sup> Den aller siste lobotomien ble utført ved Rikshospitalet i 1974 (stereotaktisk variant).<sup>220</sup> Antallet lobotomerte pasienter er likevel usikkert, både fordi enkelte pasienter ble relobotomert, men også fordi flere institusjoner ikke har gode oversikter over alle pasientene som ble lobotomert. Ved Reitgjerdet fikk 36 pasienter utført inngrepet i perioden 1948-53. I forhold til mange andre institusjoner er ikke dette et høyt antall. Dale, Blakstad, Eg, Faret, Gaustad, Lier, Neevengården, Oppdøl, Røn- vik, Sanderud, Valen, Veum, Østmarka og Dr.Dedichen lobotomerte alle flere pasienter totalt enn det Reitgjerdet gjorde i perioden 1941-60. Her må det poengteres at Reitgjerdet ikke be- gynte med sine lobotomier før i 1948, noe som var sent sammenlignet med andre asyler, og at dette må sies å være én av årsakene til det relativt lave antallet ved Reitgjerdet.<sup>221</sup>

## Omfang og metode



Figur 3 Denne figuren viser årlig fordeling av lobotomerte pasienter ved Reitgjerdet. Den første lobotomien ble utført i 1948 og den siste i 1953. Som vi kan se ut av grafen gikk antallet lobotomier ned allerede fra 1949-50. Hva som gjorde at Reitgjerdet gikk bort fra å bruke inngrepet skal diskuteres i kapittel 5.

<sup>219</sup> Lund 1992, 8.

<sup>220</sup> Haave 2008, 310.

<sup>221</sup> Lund 1992, 33.

Som vi kan se ut fra diagrammet, ble de fleste lobotomiene ved Reitgjerdet utført i 1948 og 1949 og hyppigheten gikk ned fra 1949. Som tidligere nevnt ble den første lobotomien i Norge utført ved Gaustad sykehus i 1941 og Reitgjerdet var dermed en del senere ute enn mange andre institusjoner med å ta i bruk denne behandlingsmetoden. Som vi kan se av diagrammet over så var det ingen langvarig økning i bruken av lobotomi ved Reitgjerdet. Antallet var relativt høyt i 1948, men allerede fra 1949-1950 var det en gradvis nedgang, dersom man ser bort fra årene 1951-1952 da antallet holdt seg stabilt. Behandlingsmetoden ble mest brukt de første to årene fra den ble innført, men det tok ikke lang tid før bruken avtok. Hva årsakene til at det ikke ble utført lobotomier ved Reitgjerdet etter 1953, skal jeg diskutere nærmere i kapittel 5.

Hva slags lobotomimetode som ble brukt ved Reitgjerdet sier ikke kildematerialet så mye om. I én av pasientjournalene [pas. 914] står det imidlertid skrevet: “Det ble operert etter Freeman og Watts”.<sup>222</sup> Om en annen pasient [pas. 1163] står det skrevet i pasientjournalen: “Det ble utført lobotomi etter Freeman-Watts av overlege Arnesen”.<sup>223</sup> Som vi så i kapittel 2 var dette den såkalte prefrontale lobotomi og det var denne som var mest utbredt i Norge. Kildematerialet sier ingenting om hva som lå til grunn for valg av metode. Transorbital lobotomi vant ikke innpass i USA før sent på 1940-tallet. Det kan derfor være grunn til å tro at da denne metoden etter hvert vant innpass i USA skjedde det nesten parallelt med at Norge trappet ned bruken av lobotomi. Dessuten ble metoden sett på som brutal blant annet på grunn av operasjonsinstrumentenes karakter. Instrumentene kunne minne om strikkepinner og være opp til ca. 25 cm. lange.<sup>224</sup>

## Resultater

Når vi skal vurdere resultatene knyttet til bruken av lobotomi står vi ovenfor en rekke utfordringer. I lesningen av kildene får vi sjelden god innsikt i pasientenes egne tanker og erfaringer omkring inngrepet. Vi kan finne noen få pasienter som ble spurt om lobotomi forandret hans tilstand. Denne pasienten [pas. 1161] svarte: “Jeg fikk mere snørr i nesen. Nesen er blitt mere snørrfull og det renner mere fra nesen”.<sup>225</sup> Om en annen pasient [pas. 1319] ble det skrevet: “Er

---

<sup>222</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 914.

<sup>223</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1163.

<sup>224</sup> Lund 1992, 12.

<sup>225</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1161.

ikke orientert, vet ikke om han har gjennomgått en hjerneoperasjon”.<sup>226</sup> Dette spørsmålet fikk han imidlertid dagen etter at han kom tilbake til Reitgjerdet etter inngrepet. En annen pasient [pas. 1343] uttalte to år etter inngrepet at han var “lett i hodet”.<sup>227</sup> Selv om enkelte av pasientene ikke la merke til store forskjeller etter operasjonen ser det ut fra kildematerialet til at de sjelden ble spurt om akkurat dette. Og i den grad de ble spurt ser det ut til å ha vært tilfeldig når og hvordan. Én pasient [pas. 558] uttalte: “Jeg er så glad fordi jeg er operert. Før trodde jeg ikke at det er noe i det, men nå er det over og jeg har fått besøk av far. Jeg synes også at når jeg ble sterilisert at det var fint”.<sup>228</sup> I den grad vi finner slike beskrivelser er det gjerne sammen med andre opplysninger om pasienten.

Det kan generelt se ut til at gode resultater ble fremhevet, men at de inngrepene som ikke hadde de ønskede resultatene ble lite snakket om. Selv om inngrepene hadde enkelte positive virkninger for pasientene må de vurderes i den større sammenhengen. Det er med andre ord mye som ligger bak tallene, og fortellingen om de lobotomerte pasientene ved Reitgjerdet er sammensatt. Vi må også huske at tidligere undersøkelser av virkningene av lobotomi ikke tilfredsstillte dagens metodologiske standard. Det var ikke før på 1970-tallet at krav om randomiserte, blinde undersøkelser ble standardkrav ved vurdering av nye behandlingsmetoder i helsesektoren.<sup>229</sup>

### **Hva ble pasientene utskrevet som?**

Som tidligere nevnt var Reitgjerdet en institusjon for farlige sinnssyke som ble betraktet som å kunne være farlige både for seg selv og sine omgivelser. Dersom pasientene skulle utskrives fra Reitgjerdet måtte det ligge til grunn at de ikke lenger ble sett på som en samfunnstrussel og at de eventuelt kunne behandles under andre omstendigheter i andre institusjoner eller i privatforpleie andre steder.

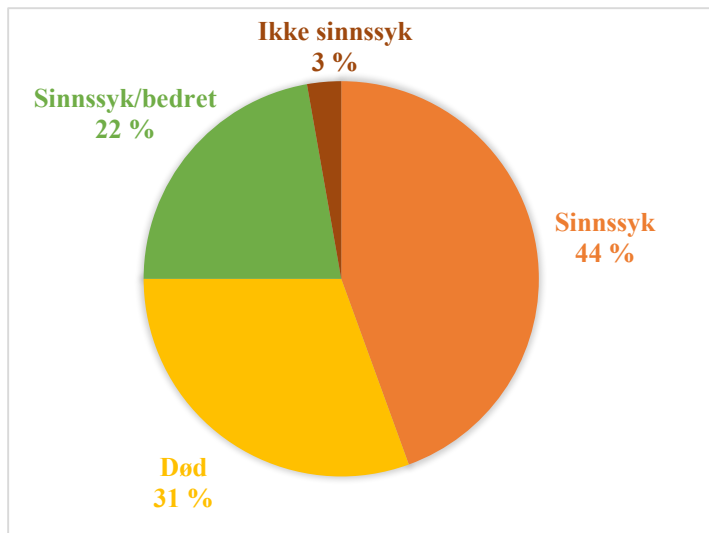
---

<sup>226</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1319.

<sup>227</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1343.

<sup>228</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 553.

<sup>229</sup> Lund 1992, 10.



Figur 4 Dette sektordiagrammet viser hva de lobotomerte pasientene ved Reitgjerdet ble utskrevet som etter inngrepet. Merk at det var stor variasjon når det gjaldt hvor lang tid det gikk fra inngrepet ble utført til de ble utskrevet fra asylet.

Dette diagrammet viser sykdomsstatusen til de lobotomerte pasientene som ble utskrevet fra Reitgjerdet. De aller fleste opprettholdt statusen sin som sinnssyk, også etter utført lobotomi. Jeg vil understreke at dette diagrammet kun gir en oversikt over status, og at dette bildet er komplekst. Ut fra diagrammet ser det ut til at det var høy dødelighet, men dette stemmer imidlertid ikke. Det var én pasient som døde som direkte konsekvens av inngrepet. Det diagrammet imidlertid viser er at selv om pasientene fikk utført lobotomi, var mange av dem innlagt helt til de døde. Som oftest var ikke lobotomering tilstrekkelig årsak for å bli utskrevet. Noen pasienter så på inngrepet som en mulighet for å bli kvitt sine mentale lidelser, men realiteten viste seg å være annerledes. Kun én pasient ble utskrevet som ikke sinnssyk, og det hører med til historien at denne pasienten ble innlagt som sinnssyk ved Rønvik asyl i Bodø åtte år senere.<sup>230</sup>

Elleve pasienter døde mens de enda var pasienter ved Reitgjerdet, som nevnt ble én pasient utskrevet som ikke sinnssyk, 16 som sinnssyke og åtte som sinnssyk/bedret. Noen ble utskrevet til andre institusjoner mens andre ble utskrevet til privatforpleining enten til hjemmet eller andre steder. En del pasienter ble utskrevet med bestående sinnssykeattest til andre institusjoner i Norge fordi de ikke lenger tilfredstilte kravene for å være på Reitgjerdet. Mange av pasientene ble beskrevet som roligere etter inngrepet og et eksempel er en pasient [pas.663] som det ble skrevet følgende om: "Det er nå mulighet for at Deres bror [pas. 663] i nær fremtid vil bli flyttet til Veum. Han er mye roligere enn han var før operasjonen, og det er strengt tatt ikke nødvendig

<sup>230</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1082.

at han er her lenger.”<sup>231</sup> Om en annen pasient [pas. 1368] er det skrevet følgende i et brev til Presteseter: [pas. 1368] “som i lengere tid har vært rolig, for det meste sengeliggende, uten syndelig tiltak, men som av og til kan være litt sint, dog uten lenger å kunne ansees for være en særlig vanskelig eller farlig pasient”.<sup>232</sup>

## **Post-lobotomi-syndromet**

Blant psykiatere var det allerede i 1936 kjent at inngrep i pannelappene førte til endring i pasientenes personlighet. Selv om personlighetsendring var formålet med en lobotomi, kunne det gå på bekostning av egenskaper som man i utgangspunktet ikke ville skade eller endre. Post-lobotomi-syndromet var kjent for Freeman og Watts, og er også nevnt i norsk litteratur om lobotomi. Syndromet ble beskrevet med stikkord som følelsesmessig avflating, likegyldighet, overfladiskhet, kritikkløshet, manglende dømmekraft og evne til planlegging. Til dels var også sinneutbrudd og irritabilitet vanlig. Noen fikk en vulgær personlighet, og noen ble egoistiske og hensynsløse. Enkelte manglet forståelsen for sosiale sammenhenger og alminnelig stabilitet. Enkelte av disse egenskapene ble sett på som en forutsetning for bedringen som ble tilsiktet, for eksempel følelsesmessig avflating av affektive tilstander.<sup>233</sup>

Som nevnt var personlighetsendringene forventet. Det var imidlertid ikke enighet om hvorvidt lobotomi førte til reduksjon av pasientenes intellekt. Det ble tatt alminnelige psykologiske tester som ikke viste reduksjon av den kognitive kapasiteten til lobotomerte pasienter. Samtidig var det vanskelig å måle et slikt nivå fordi intellektet før inngrepet var preget av sykdom. Det var også vanskelig å måle nivået før pasientene ble syke, fordi sykdommen gjerne utvikler seg gradvis.<sup>234</sup> Den svenske legen og professoren Gøsta Rylander fant derimot ut at pasienter etter inngrepet viste en målbar intelligensdefekt, altså evnen til å generalisere og syntetisere. Det var også bred enighet om at den intellektuelle kreativiteten og fantasien ble endret etter lobotomi. På bakgrunn av disse bivirkningene ble det lagt ned en innsats i å utvikle nye operasjonsteknikker. Det å finne ut hvor påvirket pasientene ved Reitgjerdet faktisk ble av bivirkningene er

---

<sup>231</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 663. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 25.01.57.

<sup>232</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1368. Brev fra Reitgjerdet til overlegen ved Presteseter sykehus 05.09.62.

<sup>233</sup> Lund 1992, 38.

<sup>234</sup> Ibid., 38.

vanskelig å konkludere omkring, men de fleste ble nok rammet av bivirkninger i større eller mindre grad.<sup>235</sup> Om [pas.387] blir det skrevet følgende i et brev til kona hans:

[...] Med Deres mann går det ganske bra. Han har holdt seg jevnt rolig, og er på vår beste avdeling og daglig med på utarbeide. Han virker ganske fornøyd, men uttrykker stadig ønske om å få reise hjem til Kongsberg. Han er jo endel sløvet og tildels kritikkløs, men hans gamle turer av voldsomhet og uro har han nå ikke hatt siden han var operert, så jeg må si at det i så henseende har vært en stor fordel ved operasjonen.<sup>236</sup>

Inngrepet ble i dette tilfellet sett på som vellykket da det førte til at pasienten ble roligere, selv om det også gikk ut over andre funksjoner hos pasienten. Det var med andre ord verdt å risikere at pasienten ble sløvet og kritikkløs så lenge han ble enklere å ha med å gjøre.

Mange av pasientene var innlagte lenge etter at lobotomi ble utført ved Reitgjerdet. En pasient [pas. 1388] som ble lobotomert i april 1953 ble beskrevet slik i et brev til hans søster to år senere:

[...] Må jeg dessverre meddele Dem at [pas. 1388] ikke er blitt så kjekk som vi hadde håpet etter operasjonen.

Han er rolig, renslig, spiser godt, steller seg selv så noenlunde, men er svært innesluttet, synes å være uten interesser og tiltak og er svært avvisende med tilløp til å være sint om en forsøker å snakke med ham eller få rede på ham. Han er oppe hver dag og ute i luftegården når været tillater seg, men å få ham med på noe arbeide, har ikke lyktes. Vi skal imidlertid ikke gi opp håpet om at det kan komme noen bedring, så vi får vente å se [...]<sup>237</sup>

Beskrivelsen av inngrepet som pårørende fikk da de skulle gi sitt samtykke til lobotomi var med andre ord mangelfull. De negative bivirkningene ble utelatt. I enkelte tilfeller ble det nevnt at operasjonen kunne gå galt, men det som var vanlige bivirkninger ble ikke nevnt ovenfor pårørende. Etter utført lobotomi ble det skrevet at flere av pasientene hadde lang latenstid når det gjaldt å svare på spørsmål, men dette var også tilfellet for mange av pasientene før inngrepet. Mange av pasientene ønsket også å være for seg selv, men dette var også noe som karakteriserte mange av pasientene allerede før lobotomi. Det er med andre ord utfordrende å se på karakteristikker av lobotomerte pasienter da de hadde en så avvikende oppførsel allerede før inngrepet.

En pasient [pas. 533] som ble lobotomert i juni 1952 ble beskrevet som følgende i 1962: "Fjern, autistisk, sløvet, interesseløs, apatisk, men har ikke vist tegn til aggressivitet, er medgjørlig,

---

<sup>235</sup> Ibid., 39.

<sup>236</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 387. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 17.12.52.

<sup>237</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1388. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 10.05.55.

velvillig med naturlige funksjoner i orden [...]”.<sup>238</sup> Enkelte av disse trekkene kan sies å være beskrivelser som går under det såkalte post-lobotomi-syndromet. Om disse karakteristikkenes kan tilskrives lobotomien er vanskelig å påvise ettersom pasientene var så syke. Sammenligningsgrunnlaget er med andre ord utfordrende. Og siden kildematerialet av og til er usystematisk og det til tider er tilfeldig hva som har blitt notert i journalene, er det vanskelig å trekke en konklusjon. De aller fleste av de lobotomerte pasientene hadde en annerledes atferd før inngrepet, og mange av dem hadde det også etter inngrepet. Om dette er de samme avvikene i personligheten er vanskelig å svare på. Det må også tas høyde for at mennesker generelt forandrer seg over tid.

### **Bivirkninger: epileptiske anfall**

Av de 36 lobotomerte pasientene ved Reitgjerdet fikk minst 16 pasienter epileptiske anfall i større eller mindre grad etter inngrepet. Én pasient slet også med epileptiske anfall før han ble lobotomert og hadde diagnosen psychosis epileptica. Han var den eneste av de lobotomerte pasientene som ikke var diagnostisert med schizofreni i løpet av innleggelsen ved Reitgjerdet.<sup>239</sup> Dette antallet er imidlertid vanskelig å kartlegge. Årsaken til at det er problematisk å finne ut hvor mange pasienter som fikk epileptiske anfall er at oppføringen av anfallene i mange tilfeller er usystematisk. Av og til kunne anfallene bli oppført i journalene en god stund etter at de hadde funnet sted, og det er dermed grunn til å tro at enkelte anfall aldri ble registrert. Det er derfor rimelig å anta at antallet pasienter som fikk epileptiske anfall etter lobotomi kan være høyere enn de 16 som er registrert.

Epilepsi kan beskrives som en tilbakevendende funksjonsforstyrrelse i hjernen. De som har epilepsi får forbigående anfall som er en følge av plutselige og sterke elektriske utladninger i større eller mindre grupper av hjerneceller. Når en får et slikt anfall kan flere områder i hjernen være involvert.<sup>240</sup> Heller ikke epilepsi er alltid en selvstendig sykdom, men et symptom på annen grunnlidelse i hjernen. Det kan ligge ulike årsaker bak epilepsi. I tillegg til at det kan være medfødt kan det for eksempel være utløst av infeksjonssykdommer, skader eller svulster. Det er også mulig å ha epilepsi uten påvisbare tegn på sykdom eller skade. Over halvparten av

---

<sup>238</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 533.

<sup>239</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 929.

<sup>240</sup> Veslemøy Watten, *Epilepsi og habilitering: En håndbok for mennesker med epilepsi, deres familier og det kommunale hjelpeapparatet* (1998), 7.



pasienter med epilepsi kjenner ikke til årsaken.<sup>241</sup> Som tidligere nevnt er lobotomi å påføre skader i hjernen, og det var derfor ikke uventet at pasientene ofte opplevde epileptiske anfall i ettertid av inngrepet. I en av pasientenes [pas. 1131] journal står at “leucotomien har ført til at pasienten har pådratt seg en epilepsi av grand mal type”.<sup>242243</sup>

At slike anfall var utbredt etter lobotomi var noe legene visste om, men noe pårørende ikke fikk opplysninger om før eventuelt i etterkant av inngrepet. En pasient [pas. 682] som ble sendt til Trondheim sykehus 12. desember 1949 for å få utført lobotomi fikk kraftige epileptiske anfall seks måneder etter inngrepet og døde sannsynligvis i forbindelse med et anfall tre år senere. I et brev til de pårørende etter at han døde stod følgende:

[...] Dessverre har man sett at pasienter som har vært underkastet en hjerneoperasjon som den han hadde gjennomgått, får kramper etterpå. Det er komplikasjoner som en dessverre ikke har noe middel til å hindre. Operasjonen ga heller ikke den effekt overfor hans sinnssykdom som vi hadde håpet på, og helt frisk tror jeg dessverre heller ikke han noen gang ville kunne blitt.<sup>244</sup>

I dette brevet kommer det tydelig frem at legene var fullstendig klar over at epileptiske anfall var en av bivirkningene ved lobotomi, men det ser ut som om pårørende aldri ble informert om dette på forhånd. Da legene spurte pårørende om samtykke til lobotomi hevdet de som regel at det var en viss risiko ved inngrepet, som også gjaldt for andre typer operasjoner. Legene nevnte ofte at noe selvfølgelig kunne gå galt, men de unnlot å nevne svært vanlige bivirkninger som kunne påvirke pasientene i stor grad etterpå.

## Dødelighet

Det å studere dødeligheten knyttet til lobotomi har generelt sett vært svært krevende. Grunnen til dette er at det heller ikke finnes oversikt over dødsårsaken til mange av pasientene. Ved ti sinnssykehus i Norge er det utarbeidet en oversikt over dødeligheten, men dette er usikre tall. Årsaken til dette er at det i enkelte tilfeller har vært fokusert på umiddelbar operasjonsmortalitet, mens i andre tilfeller har det blitt sett på en eventuell årsaksforbindelse med senere dødsfall.<sup>245</sup> Dette gjelder også ved Reitgjerdet. Av de elleve pasientene som døde, døde tre av dem innen fire år etter operasjonen.

---

<sup>241</sup> Ibid., 7.

<sup>242</sup> Grand mal: epileptisk anfall med kramper og bevisstløshet.

<sup>243</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1131.

<sup>244</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 682. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 08.12.52.

<sup>245</sup> Lund 1992, 8.

Den nevnte pasienten [pas. 682] over, som døde etter tre år og som fikk epileptiske anfall seks måneder etter inngrepet, var én av disse pasientene. Om denne pasienten er det beskrevet at han mest sannsynlig døde i tilslutning til et anfall etter lobotomi.<sup>246</sup>

En pasient [pas. 914] som ble lobotomert 12. november 1948 og døde 15. mai 1952, døde også under et epileptisk anfall.<sup>247</sup> Denne pasienten døde etter en hjerneblødning, og legene gikk ut i fra at blødningen kunne knyttes til at pasienten tidligere hadde blitt lobotomert.<sup>248</sup> Én pasient [pas. 652] døde i nær tid etter inngrepet. Han ble operert 27. juni 1950 og døde ni dager senere. Fra sykehuset ble det opplyst at “det virker som hans tilstand ikke så meget direkte skyldes inngrepet, da det ikke er noen lokalfenomener”.<sup>249</sup> Det virker med andre ord som om de som utførte inngrepet hadde et sterkt behov for å få på det rene at det ikke var inngrepet i seg selv som var dødsårsaken. Denne pasienten var 63 år gammel og som vi kan se ut fra diagrammet i kapittel 3 var dette den aldersgruppen som var minst representert (alderen 54-63 år) når det gjaldt å bli gjenstand for inngrepet.

Da en annen pasient [pas.673] sine pårørende ble kontaktet for å gi samtykke til lobotomi ble det notert: “[...] men blant de pasienter vi hittil har fått operert, har vi bare ett dødsfall hos en gammel mann, hvor det kom komplikasjoner”.<sup>250</sup> Det var altså kjent at pasienten [pas 652] døde på grunn av utført lobotomi. I et annet brev står det:

[...] Vi må sies å ha vært svært heldige med de pasienter vi har fått operert. Bare en pasient – en eldre mann som også ellers var legemlig i dårlig forfatning – døde etter operasjonen. Om alle de pasienter vi nå har fått lobotomert må det sies at de er blitt betydelig bedre. 3 er utskrevne til sitt hjem og går i arbeide der, og flere pasienter står for tur til utskrivning.<sup>251</sup>

Her kan det se ut som om det blir forsøkt å bagatellisere dødsfallet til den 63 år gamle pasienten. Dersom han var så alderdomssvekket som det ble hevdet, er det merkverdig at de utførte inngrepet.

---

<sup>246</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 682.

<sup>247</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 914.

<sup>248</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 914.

<sup>249</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 652.

<sup>250</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 673. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 06.03.51.

<sup>251</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 578. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 30.04.51.

Om de andre pasientene som døde senere, døde etter en eventuell årsaksforbindelse med lobotomien, er vanskelig å påvise. Som nevnt tidligere var det tre pasienter som døde innen en fireårsperiode etter inngrepet. De åtte andre pasientene døde etter følgende antall år etter utført inngrep: 10 år (pasienten var 65 år og døde av nyrekreft), 11 år (pasienten var 56 år og døde av et stort sår på tolvfingertarmen. Såret hadde ett seg gjennom til bukspyttkjertelen), 15,5 år (pasienten var 57 år og døde av hjerneslag), 16 år (pasienten var 64 år og døde av anemi, blodmangel), 17 år (pasienten var 62 år gammel og døde av hjerneslag), 18 år (pasienten var 75 år og døde av hjerteinfarkt), 25,5 år (pasienten var 79 år og døde av lungebetennelse) og 27 år (pasienten var 70 år og døde av lungebetennelse). De fleste pasientene levde med andre ord flere år etter lobotomi, og mange av dem ble gamle.

Selv om de fleste pasientene levde mange år etter inngrepet, kan lobotomien ha hatt indirekte virkning på hva som skjedde med dem i ettertid. To av pasientene døde av hjerneslag, og om lobotomien har hatt noen innvirkning på dette er vanskelig å si. Mennesker som aldri har fått utført lobotomi kan også dø av hjerneslag. Det er derfor vanskelig å konkludere. Mange av pasientene ved Reitgjerdet må likevel kunne sies å ha vært i begrenset fysisk aktivitet. Dette førte til at flere pasienter også hadde en svekket fysisk helse. Dette kunne imidlertid også være tilfellet før lobotomi og gjaldt også pasienter som aldri ble lobotomert.

Walter Freeman uttalte følgende om de mislykkede lobotomiene: “in the great majority of cases the lobotomy has failed not because of surgery but in spite of it”.<sup>252</sup> Han mente med andre ord at selv om det ble tatt i bruk lobotomi forble enkelte pasienter syke. De var ikke syke på grunn av lobotomi, men på tross av lobotomi. I enkelte tilfeller kan dette sies å være et svært godt poeng, da mange kritikere nærmest ser bort fra det faktum at disse pasientene var svært syke også før inngrepet fant sted.

### **Vellykkede lobotomier: Levde pasientene lenger?**

Når resultatene av lobotomi diskuteres blir det gjerne fokusert på dødelighet. Men det er også svært interessant og ikke minst viktig, å se på de tilfellene hvor pasientene fikk lange liv, både i institusjon og som utskrevet. Som vi så i avsnittet over, døde 11 av de 36 lobotomerte pasientene mens de fremdeles var innlagt ved Reitgjerdet. Men hva med alle de andre pasientene?

---

<sup>252</sup> El-Hai 2005, 280.

I dag vet vi at forventet levetid er omkring 20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen ellers. Overdødeligheten til denne samfunnsgruppen kan tilskrives somatiske sykdommer. Det har nemlig vist seg at samfunnet og helsevesenet svikter når det gjelder forebygging og behandlinger av vanlige somatiske sykdommer hos denne pasientgruppen. I Danmark, Sverige og Finland har det blitt gjort undersøkelser som har vist at kvinner og menn som har vært sykehusinnlagt med en psykiatrisk diagnose har henholdsvis 15 og 20 års kortere levealder enn befolkningen forøvrig. Dette er et stort gap som det ikke ser ut til at har blitt mindre de siste 20 årene. Forskning på området har vist at denne høye dødeligheten gjelder for alle psykiatriske diagnosegrupper. Det er innenfor alle somatiske sykdomsgrupper at dødeligheten er høy, som blant annet hjerte- og karsykdommer, diabetes, kreft og infeksjoner. Dødeligheten er høyest blant de som har en rusmiddelavhengighet og minst hos de som har en psykisk lidelse med endringer i stemningsleie. Hos pasienter med schizofreni, som alle de lobotomerte pasientene ved Reitgjerdet (med unntak av én pasient) var diagnostisert med, kan omtrent 40 prosent av totaloverdødeligheten skyldes unaturlig død, mens omtrent 60 prosent kan tyde på å være somatisk sykdom. Ved en schizofrenilidelse er dødeligheten av hjerte- og karsykdom to til tre ganger høyere enn for befolkningen forøvrig.<sup>253</sup> Det må også poengteres at pasientene ved Reitgjerdet ble skjermet for mye smitte med tanke på at de hadde svært liten kontakt med omverdenen. Dette kan ha spilt positivt inn for pasientene. Det er beskrevet følgende om Reitgjerdet for året 1948: “Det forekom ingen alvorlige epidemiske tilfelle blant pasientene. Sykehuset har egen tbc-avdeling for 20 pasienter, og denne er stadig fullt belagt. Av disse pasienter er de fleste inaktive tilstander, og bare 4 har sikker kavernøs tuberkulose”.<sup>254,255</sup>

Forskningen om at psykisk syke lever kortere er ny og har tatt utgangspunkt i dagens psykiatriske pasienter. Likevel er det liten grunn til å tro at det var særlig annerledes på 1950-tallet. Når vi ser på dødeligheten til de lobotomerte pasientene er det også viktig at vi reflekterer over at de hadde en schizofrenilidelse. De var ikke friske før de ble lobotomert heller. Av de elleve pasientene som døde mens de var innlagt ved Reitgjerdet, levde åtte av dem mellom ti og 27 år etter inngrepet. De åtte pasientene var mellom 56 og 79 år gamle da de døde, som kan sies å

---

<sup>253</sup> Lars Lien, Gitte Huus, Gunnar Morken, “Psykisk syke lever kortere”, *Tidsskrift for Den norske legeförening* 3 (2015). 246

<sup>254</sup> Kavernøs tuberkulose: kaverne: hulrom i kroppen som oppstår for eksempel ved vevshenfall. Betegnelsen er særlig brukt ved lungetuberkulose. *Medisinsk leksikon*, s.v. “kaverne”.

<sup>255</sup> Statistisk Sentralbyrå 1950, 16.

være en høy alder i perioden, spesielt på bakgrunn av at pasienter i psykiatrien hadde lavere levealder enn befolkningen ellers.

De lobotomerte pasientene som ble utskrevet fra Reitgjerdet ble utskrevet mellom fem måneder og 30 år etter inngrepet. Disse pasientene ble enten utskrevet til andre institusjoner eller til hjemmet. Selv om vi ikke har tilgang til kildematerialet som kan fortelle oss hvordan det gikk med alle sammen etter at de ble utskrevet fra Reitgjerdet, levde mange lange liv etter lobotomeringen. Siden vi vet at dette var en samfunnsgruppe som hadde mye lavere forventet levealder enn befolkningen ellers er dette oppsiktsvekkende. Det kan altså se ut som om mange levde lange liv og at lobotomeringen kan være en av årsakene til dette. Selv om mange pasienter slet med epileptiske anfall etter inngrepet, vet vi også at disse pasientene var svært syke før de ble lobotomert. Det er altså rimelig å stille spørsmål ved om mange av pasientene hadde levd like lenge som de gjorde dersom de ikke hadde blitt lobotomert.

Ikke alle bivirkningene av lobotomi ble sett som negative. Post-lobotomi-syndromet, som ble beskrevet ved følelsesmessig avflating, indolens, likegyldighet, overfladiskhet, kritikkløshet, manglende dømmekraft og evne til planlegging, var ikke noe som nødvendigvis bare var negativt. Mange av pasientene som tidligere hadde opplevd hallusinasjoner, vrangforestillinger og andre tunge psykotiske tilstander ble kvitt en del av sine plager etter lobotomeringen.

Selv om lobotomeringen skulle gjøre pasientenes oppførsel mer “normal”, viste det seg gjentatte ganger at lobotomi førte til unormal oppførsel, men på en annen (og kanskje mer foretrukket) måte. Om en pasient [pas. 558] som ble lobotomert i 1949 ble det skrevet følgende i pasientjournalen;

[...] Synes å mangle sosial følelse, tar ikke hensyn til publikums reaksjoner, men kan forstyrre med høylydt munnbruk og lign. uten at han etterpå tar seg noe nær eller viser noen anger. Dette må vel sees i sammenheng med den hjerneoperasjon han har gjennomgått.<sup>256</sup>

Selv om lobotomi førte med seg en rekke uønskede effekter ser det ut som om de ble vurdert som mer akseptable enn tilstanden for pasienten før lobotomien. Lobotomi ble sett som en anerkjent behandlingsmetode i psykiatrien da den ble anvendt ved Reitgjerdet. Likevel uttalte overlegen følgende i et brev til en pasients [pas. 1319] pårørende: “Det er jo ikke så mange års

---

<sup>256</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 558.

erfaring vi har med disse operasjonene, men etter det jeg har brakt i erfaring, så ser det ut som at tilstanden holder seg når man først har oppnådd et godt resultat”.<sup>257</sup> Behandlingsmetoder i psykiatrien bar med andre ord preg av “å prøve seg frem”.

### **Lavere dødelighet ved Reitgjerdet enn andre steder?**

Antallet lobotomerte pasienter varierte sterkt fra sykehus til sykehus, og det gjorde også antallet år inngrepet var i bruk. Gaustad sykehus var den institusjonen som opererte flest pasienter, og der ble minst 460 pasienter operert i perioden 1941-1974. Omtrent halvparten av disse pasientene kom fra andre institusjoner. De fire institusjonene som opererte flest pasienter, stod for minst 1520 av alle operasjonene.<sup>258</sup>

Ikke bare omfanget varierte fra institusjon til institusjon, men også dødeligheten. Noen steder var dødeligheten svært høy, mens den andre steder var ingen eller meget lav. Der hvor dødeligheten var høy var det vanlig at denne andelen døde gikk ned etter hvert som måten inngrepet ble utført på ble forbedret.<sup>259</sup> Fordi dødsfall i forbindelse med relobotomering ikke er med i disse tallene, er det likevel nærliggende å anta at dødeligheten var enda høyere for denne gruppen. Heller ikke tallene over de som døde indirekte som følge av operasjonene er med i beregningen. Totalt sett kan det se ut til at det var høy dødelighet i Norge sammenlignet med andre land. Dette gjaldt spesielt de første årene da lobotomi ble tatt i bruk ved Gaustad sykehus. Ulike kirurger hadde ulike måter å utføre inngrepet på og det var stor variasjon når det gjaldt dødelighet. Det er nærliggende å tro at ikke alle som utførte inngrepet var faglig kvalifiserte til det.<sup>260</sup>

Som nevnt i kapittel 2 ble mange av lobotomiene i Norge utført ved psykiatriske institusjoner. Reitgjerdet var et unntak for denne regelen, og sendte alle sine pasienter for lobotomi til Trondheim sykehus. Deler av forklaringen på at Reitgjerdet hadde en relativt lav dødelighet i forhold til mange andre norske institusjoner kan finnes her. Det at en operasjon ble utført på et sykehus og ikke ved et psykiatrisk sykehus gjorde muligens at inngrepene fant sted under mer ordnede forhold og av mer kyndige leger. Andre fagpersoner var heller ikke langt unna dersom det skulle bli komplikasjoner under eller etter inngrepet. Fasilitetene ved et somatisk sykehus er mer egnet

---

<sup>257</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1319. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 02.06.50.

<sup>258</sup> Lund 1992, 8.

<sup>259</sup> Ibid., 8.

<sup>260</sup> Ibid., 9.

til formålet enn en psykiatrisk institusjon. Det kan være grunn til å tro at det var mer fokus på å forebygge infeksjoner og blødninger etc. Å redusere risikoer som kan oppstå ved kirurgiske inngrep må kunne sies å ha vært en fordel.

Lobotomi ble kun brukt ved Reitgjerdet i perioden 1948-1953. Dette kan sies å være en relativt kort periode sammenlignet med mange andre norske institusjoner. I kildene får vi et innblikk i hverdagen til pasientene og hvordan de har det fra dag til dag. Det er tydelig at pasientene til tider var inne i “gode” og “dårlige” perioder, som befolkningen forøvrig. De lobotomerte pasientene ble kartlagt i lengre tid, og de som hadde lengre dårlige perioder i tidsrommet hvor lobotomi ble brukt ved Reitgjerdet, kunne bli underlagt inngrepet. Det var med andre ord litt tilfeldig hvem som ble lobotomert og hvem som ikke ble det. Enkelte pasienter ble også vurdert til lobotomi, men på grunn av at pårørende ikke ønsket det, eller på grunn av andre omstendigheter, ble disse pasientene ikke operert.

Tilfeldigheter må sies å ha spilt en rolle med tanke på hvem som ble lobotomert. Likevel viser kildematerialet at det som oftest ble nøye planlagt hvem som skulle lobotomeres. Lobotomi ble sett på som en siste løsning, og da enkelte pasienter så ut til å vise en viss bedring bestemte legene seg ofte for å avvende situasjonen. I første omgang var det ønskelig at pasientene skulle bli behandlet gjennom andre behandlingsmetoder enn lobotomi. Likevel må det sies at da det først ble bestemt at en pasient burde lobotomeres var de som var i kontakt med pårørende ganske bestemt på at inngrepet absolutt skulle gjennomføres.

### **Utfordringer for pårørende**

Mange av pasientene ved Reitgjerdet hadde et ønske om å få komme hjem til familie og leve et normalt liv. Både pårørende og pasientene var ofte svært optimistiske knyttet til hva en lobotomi kunne urrette for å gjøre pasientene friske eller friskere. I kildematerialet finner vi flere eksempler på pasienter som fikk være hjemme på prøve, men at dette ofte førte til en rekke utfordringer. Den ene pasienten som ble utskrevet som ikke sinnssyk ble utskrevet fra Reitgjerdet 18. desember 1948, bare fem måneder etter at lobotomien var utført. I et brev av 8. mars 1955 stod følgende: “Han er sannsynligvis en av disse pasienter som oppfører seg pent i et

sykehusmiljø hvor han forstår at det ikke nytter å opponere, men som straks vil bli vanskelig så snart han får litt friere tøyler, slik som det jo må bli i privatpleie.»<sup>261</sup>

Mange pårørende hadde nok et ønske om at da deres familiemedlemmer ble utskrevet skulle de være som før sykdommen inntraff. Ofte viste realiteten seg å bli en helt annen. Mange pårørende mistet etter hvert troen på at deres kjære noen gang kunne bli helt frisk etter omfattende behandling og stadig flere uheldige opplevelser. I enkelte tilfeller gikk det så langt at pårørende tryglet Reitgjerdet om å aldri utskrive gjeldende pasient tilbake til hjemstedet grunnet frykt. En oppbrakt bror til en av pasientene [pas. 268] sendte brev til Reitgjerdet i 1959 da Reitgjerdet fant at det ikke var nødvendig at han var innlagt ved Reitgjerdet lenger:

[...] Begge disse brødrene mine var en gang flinke gutter før sykdommen kom over dem. To av mine fettere har møtt samme skjebne og er på sykehus. Nu er jeg ikke sterk lenger og min kone har nettopp sluttet etter 50 års arbeide i skolen, og det vil nok bli vanskelig for oss å på nytt gå og være stadig redd. Kommer nemlig [pas.268] tilbake til Presteseter, tar han nok veien over skogen ganske snart. I et brev til meg skrev han for en tid siden at han trivdes og hadde det godt der han er nå. Jeg må da få lov til å spørre: Er det ikke mulig at han fremdeles kan få lov til å være i ro på Reitgjerdet?<sup>262</sup>

Mange pårørende innså raskt at mange av pasientene aldri kom til å bli slik de kjente dem fra før sykdommen inntrådte. Både mange av overlegene og familiene gjorde opptil flere forsøk på å få det til å fungere hjemme. I teorien ønsket legene ved Reitgjerdet å behandle pasientene for at de etter hvert skulle kunne bli utskrevet og familiene ønsket å få tilbake sine kjære. Men i mange tilfeller var det ikke så enkelt. En pasient [pas. 1371] som ble utskrevet som ikke sinnssyk i 1946 fungerte ikke hjemme. Et par år etter han ble det utskrevet ble det skrevet følgende av distriktslegen i Flatanger:

[...] gjør at jeg finner det uforsvarlig å la den sinnssyke lenger bli i sitt hjem, idet jeg finner det mulig at han på grunn av sin oppførsel kan skade andre eller seg selv. Det er dessuten på det rene at hans oppførsel har fremkalt frykt blant naboene. Stemningen er nokså opphisset i den lille grenden hvor han bor, da han ofte ringer opp og truer dem. Naboene har også fremkommet med krav om at den s.s. må fjernes fra stedet for alltid [...]<sup>263</sup>

Overlegene ved Reitgjerdet og de pårørende kunne ikke bare handle ut fra eget ønske, men det var mange som kunne bli påvirket dersom en pasient ble utskrevet for tidlig. Det var med andre

---

<sup>261</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1082. Brev fra distriktslegen i Buksnes til Reitgjerdet 08.03.55.

<sup>262</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 268. Brev fra pårørende til Reitgjerdet 14.12.59

<sup>263</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1371.



ord ikke nødvendigvis noe dårlig for pårørende at enkelte pasienter ble innlagt i asyl ettersom de kunne være svært krevende å ha hjemme.

Svein Solberg, tidligere sivilarbeidende lege ved Reitgjerdet sykehus, skrev om Reitgjerdet at “de pårørende er nærmest avskrevet som mulige representanter og innfallsporter til økt innsikt i pasientenes tilstand og situasjon [...] de er utstøtt av foreldre, søsken og andre”.<sup>264</sup> I kapittel 5 skal vi imidlertid se at dette ikke nødvendigvis var tilfellet. I flere tilfeller ble pårørende oppfordret til å holde kontakt med pasientene, selv om det enkelte ganger tok lang tid før Reitgjerdet svarte på brev.

I enkelte tilfeller var pårørende svært involverte i pasientenes liv og hadde en del kontakt med Reitgjerdet. I særlig én sammenheng ser det ut til at legene var lei av å bli kritisert av pårørende. I et brev til pasientens [pas. 578] stod det:

Såfremt De er misfornøyd med at Deres sønn er i asyl, kan De jo godt få anledning til å ta ham hjem og forpleie ham selv. Plassforholdene er nemlig f.t. meget slette overalt i asylerne. Vi gjør dog oppmerksom på at pleien blir meget vanskelig da [pas. 578] foruten å være dypt sløvet også er urenselig og må ha stadig tilsyn.<sup>265</sup>

De som arbeidet ved Reitgjerdet ser ut til å ha ment at kritikk ikke var berettiget og at de gjorde hva de kunne for pasientene ut fra forutsetningene. Overbelegg var et generelt problem i Norge i perioden, og de som arbeidet med pasientene prøvde nok så godt de kunne å gjøre at dette ikke skulle gå på bekostning av pasientbehandlingen.

Det var allment kjent at Reitgjerdet huset farlige sinnssyke. Her satt pasienter som ble betraktet som så farlige at de vanskelig kunne behandles ved alminnelige asyl. Etter hvert ble Reitgjerdet et belastet navn som mange ikke ville forbindes med. Dette fikk flere av de lobotomerte pasientene kjenne på kroppen. En pasient [pas. 1259] som ble lobotomert i 1949 fortalte om hvor vanskelig det var å få seg fast arbeide på utsiden ikke minst på grunn av at han hadde vært pasient ved Reitgjerdet.<sup>266</sup> Som om det ikke var vanskelig nok å få fast jobb som tidligere psykiatrisk pasient, måtte disse pasientene hele tiden leve med det stigmaet det var å ha fått utført en lobotomi. Men det er viktig å huske på at mange av pasientene var stigmatiserte lenge før de

---

<sup>264</sup> Svein Solberg, *Rapport fra Reitgjerdet* (Pax Forlag A/S, 1979), 76.

<sup>265</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 578. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 17.10.42.

<sup>266</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1259.

ble innlagt ved Reitgjerdet. Pasientene følte gjerne at deres identitet ble visket ut både av psykiatrien, men også av resten av samfunnet.<sup>267</sup>

## **Enkeltmenneskers bidrag**

Holdningene til enkeltpersoner i det psykiatriske fagmiljøet var sentrale for hvilken behandling pasientene mottok. Et godt eksempel kan hentes fra Dikemark hvor Rolf Gjessing, overlege og direktør på Dikemark sykehus i perioden 1929-49, aldri brukte lobotomi eller sjokkbehandling på pasientene. Han fryktet at hjerneskader kunne frata pasienten muligheten for å bli bedret eller helbredet dersom senere forskning skulle frembringe mer effektive og ufarlige behandlingsmetoder.<sup>268</sup> Situasjonen var til forskjell helt annerledes ved Gaustad som vi så i kapittel 2. Gaustads sykehus' direktør, Ørnulv Ødegård, innførte lobotomi som det første sykehuset i Norge i 1941, og ble en viktig pådriver for den videre bruken av behandlingsmetoden.

Hvilken holdning legene ved Reitgjerdet hadde var også av stor betydning for hvordan asylet ble drevet. Kildematerialet jeg har hatt tilgjengelig sier lite om overlege Arnesen som ser ut til å ha lobotomert de fleste av pasientene. Legen John Berge som ble godkjent som spesialt i psykiatri i 1962 var assistentlege en kort periode på 1950-tallet. Etter å ha praktisert som assisterende lege ved flere andre institusjoner ble han reservelege ved Reitgjerdet i perioden 1955-59. Etter å ha jobbet noen år ved andre institusjoner ble han ansatt som assisterende overlege ved Reitgjerdet i 1965. Berge arbeidet først og fremst med sikkerhet og var tilbakeholden når det kom til utskrivninger og overføringer. Som nevnt i kapittel 1 kunne det bli en utfordring å ha to ulike arbeidsmål, både sikkerhet og behandling.

I en granskning av forholdene ved Reitgjerdet utført for Stortinget i 1980 kommer det frem at Berge viste omtanke og vennlighet overfor mange av pasientene, selv om hans opptreden i enkelte tilfeller kunne misforstås. Selv om denne legen kan sies å ha problematiske holdninger i enkeltsaker, for eksempel at han lot brevsensuren foregå på en kritikkverdig måte (som be-

---

<sup>267</sup> Dahl 2017, 13.

<sup>268</sup> Bjørn Gunby, *Rolv Gjessing 100 år* (Oslo: Dikemark Hospital Press, 1987), 57.

skrives mer i kapittel 5), må det sies at han har ytet adskillig verdifullt arbeid. I mange sammenhenger var han uunnværlig ved Reitgjerdet, spesielt med tanke på hvor vanskelig det var å rekruttere leger til et sted som Reitgjerdet.<sup>269</sup>

Selv om psykiatriens primære mål er å behandle mennesker med psykiske lidelser, har også psykiatrien som mål å utøve sosial kontroll. Psykiatrien beskjeftiger seg altså med to funksjoner, både terapi og kontroll. På bakgrunn av dette står ofte psykiatrien i et dilemma knyttet til hvordan det skal handles. Av den grunn er det naturlig at mange har et ambivalent forhold til faget. Det at vi i dag kjenner utfallet gjør at kritikken kan bli preget av etterpåklokskap. Likevel har alle enkeltmennesker en plikt til å stå opp mot urett og reagere når svake i samfunnet blir tatt kontroll over på uverdige måter. Helsepersonell står likevel alltid i fare for å bli anklaget for urett. Det blir feil å holde en pasient tilbake i sykehuset mot pasientens vilje, men det blir også feil ovenfor samfunnet dersom en pasient blir skrevet ut for tidlig.<sup>270</sup> Enkeltmenneskers handlinger kan dermed sees på en annen måte; at det måtte bli tatt valg knyttet til hva som ble opplevd som mest fordelaktig i sin helhet.

Bruk av lobotomi har i enkelte sammenhenger blitt kritisert fordi omfanget var så stort og det kan ved enkelte institusjoner se ut til at det ble lobotomert over en lav sko, som for eksempel ved Gaustad sykehus. Ved Reitgjerdet kan det i enkelte tilfeller se ut til at overlegene var tilbakeholdne. I et brev til en pasients [pas. 833] pårørende ble det skrevet: “Da han imidlertid falt en del til ro, har vi foreløpig ikke latt operasjonen utføre, idet vi ville se om han muligens kunne gå inn i en bedre periode uten noe inngrep”.<sup>271</sup> At pasientene ble bedre uten lobotomi ble sett på som det ideelle. Det virker som om det var ønskelig å unngå bruk av inngrepet i de tilfeller man kunne.

Svein Solberg skriver at “det er en plikt for enhver som har et annet menneske som sitt ansvarsområde å stille sine meninger og holdninger til kritikk, og ikke stilltiende godta ethvert sinnssvakt påfunn i behandlingen, selv om aldri så mange medisinske eksperter har diktert det”.<sup>272</sup>

---

<sup>269</sup> Knut Blom, *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus: Avgitt 31. august 1980*, (Oslo: s.n., 1980), 137.

<sup>270</sup> Larsen 2008, 179-83

<sup>271</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 833. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 05.10.48.

<sup>272</sup> Solberg 1979, 66.

Selv om dette er et viktig poeng må vi også huske på at mange av de som arbeidet ved Reitgjerdet var ufaglærte og som tidligere nevnt var terskelen høyere for å konfrontere autoriteter på den tiden enn den er i dag.

## **Motiver og resultater – en diskusjon**

Som nevnt i kapittel 3 var det på 1900-tallet en behandlingsoptimisme knyttet til mentale lidelser generelt og schizofreni spesielt. Da ulike terapeutiske fremskritt heller ikke denne gangen viste gode resultater ser det ut til at “anstaltbedring” i enkelte tilfeller ble et vel så viktig formål. Dette gjaldt som vi har sett i kapittel 3, mange av pasientene ved Reitgjerdet. Flere ulike behandlingsmetoder ble brukt på uregjerlige og urolige kroniske pasienter uten at tanken var at de skulle bli kurert.<sup>273</sup> Ragnar Nordlie, kandidat ved Rikshospitalets nevrokirurgiske avdeling, uttalte blant annet følgende i 1949: “I mange tilfeller tilsikter man ikke engang å få pasienten utskrevet, men håper bare på en viss anstaltbedring”. Han mente også at ingen forventet at en “kunne få et sosialt brukbart individ av en pasient som har vært på asyl i kanskje 20-30 år, som er sterkt redusert, brutal, urolig og urenselig, til stadig plage for seg selv, sine medpasienter og pleiere”. Han mente at dersom en pasient ble pasifisert, flyttet over til en rolig avdeling og kanskje til og med arbeide så måtte det være like bra som at pasienten ble utskrevet.<sup>274</sup>

I kildematerialet som har vært tilgjengelig ser det likevel ikke ut til at anstaltbedring alene var motiv i de aller fleste tilfellene, men at motivene kan sies å være sammensatte. Ut i fra det kildematerialet jeg har brukt ser det ut til at det er nærliggende å nyansere tanken om at lobotomi ble tatt i bruk av den enkle årsak at pasientene skulle bli “anstaltbedret”. I et brev til en pasients [pas. 833] pårørende ble det skrevet følgende: “Helbredet for sin sinnssykdom blir han imidlertid ikke, men vrangideene og ofte hallusinasjonene blir mindre generende da pasienten ikke lenger reagerer så voldsomt på dem”.<sup>275</sup> Det ble hevdet at lobotomi var til det beste for pasienten selv.

Historiker Per Haave karakteriserer resultatene av lobotomi slik:

Metoden var opprinnelig ment for pasienter med alvorlig depresjon og angst, men ble etter hvert mest anvendt på pasienter som var diagnostisert med schizofreni. I en del tilfeller opphørt angst

---

<sup>273</sup> Haave 2008, 259.

<sup>274</sup> Ibid, 315.

<sup>275</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 833. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 17.06.47.

og spenning, men til gjengjeldt ble mange initiativ- og tiltaksløse og mistet evnen til sosial innlevelse. Tilsynelatende gode resultater var som regel forbigående. Mange fikk sin personlighet endret i negativ retning, en del fikk epilepsi og flere døde av inngrepet.<sup>276</sup>

Som vi har sett i dette kapitlet kan det sies at dette samsvarer med de pasientene som ble lobotomert ved Reitgjerdet. Det som imidlertid mangler i en slik beskrivelse er å ta med i vurderingen hvilken tilstand pasientene befant seg i forut for inngrepet. I enkelte beskrivelser blir lobotomi beskrevet som et inngrep som ødela menneskene, men det er viktig å reflektere over at mange av pasientene allerede var svært svekket på ulikt vis.

Mange av pasientene var redde for behandlinger som blant annet elektroshokk, insulinkoma og lobotomi. De ønsket at behandlingen skulle opphøre, men det var ikke alltid dette ble respektert. Et eksempel var en pasient [pas. 1361] som ved bruk av elektroshokk viste god bedring, men som fort falt tilbake til det vante stemningsleie. Han var sterkt nervøs og hadde angst i forbindelse med elektroshokkbehandlingen, og denne ble da seponert. I hans [pas. 1361] journal ble det notert: “Denne angst synes nokså eiendommelig, da pas. selv er klar over at behandlingen ikke er farlig og angir at han ingenting føler eller husker av det, og at han egentlig ønsker å få behandling da han vet at den har hjulpet ham”.<sup>277</sup> I enkelte tilfeller virker det som om at de som arbeidet ved Reitgjerdet manglet forståelse for at behandlingen de tilbydde kunne forårsake frykt. Det som må sies å være normale reaksjoner på slike behandlinger, som blant annet protester og raseri, ble av pleiepersonalet ofte tolket som en del av sykdomsbildet.<sup>278</sup>

I kildematerialet fra Reitgjerdet kan det imidlertid se ut som om pleierne i enkelte tilfeller respekterte at pasientene ikke ønsket å motta enkelte behandlingsmetoder. Et eksempel på dette er en pasient [pas. 1311] som mottok pentrozolbehandling.<sup>279</sup> Om han [pas. 1311] ble det notert følgende i 1. mars 1941:

Han fikk sin 13. beh. for to dager siden [...] Under siste behandlinger er han blitt mere og mere paranoid innstillet overfor assistentlegen som har gitt ham injeksjonene. Han kan ikke helt fri seg for den tanke at behandlingen fortsetter bare for å plage ham. Han har derfor virket utrygg, liksom på vakt. Han var derfor idag til samtale på legekantoret. Under samtalen er han også denne gang vanskelig å komme i ordentlig rapport med [...] Han kan ikke forstå at hans plager

---

<sup>276</sup> Haave 2008, 310.

<sup>277</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1361.

<sup>278</sup> Thomas Vestgården og Sigmund Aas, *Skammens historie: Den norske stats mørke sider 1814-2014* (Cappelen Damm, 2015), 88.

<sup>279</sup> Pentrozol: billigere alternativ til cardiazol.

og påvirkninger er sykkelig, han forsøker å tro på det, men kan ikke slippe at det er virkelighet [...] Han blir fortalt at han nu skal slippe fortsatt behandling.<sup>280</sup>

Tre dager senere ble det skrevet dette om samme pasient [1311]: “De siste par dager har han vær smilende og i godt humør fordi behandlingen var slutt”.<sup>281</sup> Å bli behandlet med verdighet og respekt var svært viktig for pasientene i den situasjonen de var i. Dette skimtes flere steder i journalen til samme pasient. I 1953, fire år etter utført lobotomi, var han [pas. 1311] for eksempel en periode snill og rolig på avdelingen; “Han vil gjerne hjelpe til på avd., vasker og rydder litt og har borddekkingen og synes tydelig stolt over å være betrodd dette”.<sup>282</sup> I den samme perioden hvor pasienten oppførte seg bra var han med assistentlegen på kino. Siden de ankom byen i god tid før kinoen begynte gikk de tur til Brattøra og var på kafé også. “Da de satt inne på Havnekafeen var han så pratsom som aldri før”.<sup>283</sup> Det at de som jobbet med pasientene behandlet dem med respekt betydde nok mye for pasientene som ofte ble forstått alene ut fra diagnosen.

Hvordan tvang og frivillighet foregikk i forbindelse med lobotomi sier ikke kildematerialet noe om. I enkelte brev hvor pårørende gir sitt samtykke til inngrepet poengterer de at de håper at pasienten selv er enig. Hva pasientene selv mente om inngrepet gir kildematerialet sjelden svar på. Det er grunn til å tro at da avgjørelsen om å utføre lobotomi var tatt, var det vanskelig for pasientene å få avgjørelsen omgjort. Dette kan sies på bakgrunn av at lobotomi krevde tilrettelegging i større grad enn ved flere andre behandlingsmåter.

Som vi så i kapittel 1 var overbelegget ved Reitgjerdet i 1948 på 70 pasienter. Det totale overbelegget samme år i Norge var på 1360 pasienter.<sup>284</sup> I 1954 var overbelegget ved Reitgjerdet sunket til 54 pasienter, selv om sykehuset fortsatt hadde bare 160 sykeplasser. Det totale overbelegget i Norge samme år var på 1599 pasienter.<sup>285</sup> Hva kan sies å forklare at det gjennomsnittlig overbelegg i Norge økte fra 1948-54, men at antallet gikk ned ved Reitgjerdet i samme periode? Var det mange pasienter som døde ved Reitgjerdet i denne perioden eller ble mange utskrevet? Uten innsyn i et mer omfattende kildemateriale blir dette bare spekulasjoner. Hva

---

<sup>280</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1311.

<sup>281</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1311.

<sup>282</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1311.

<sup>283</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1311.

<sup>284</sup> Statistisk sentralbyrå 1950, 27.

<sup>285</sup> Statistisk sentralbyrå, “Sinnssykehusenes Virksomhet 1954”, (1957), 21.

lobotomi hadde å si for overbelegget er også vanskelig å konkludere med. Det kan sies at enkelte pasienter ble utskrevet på bakgrunn av lobotomeringen, men som vi har sett i dette kapitlet ble flere lobotomipasienter værende i lang tid ved institusjonen. De lobotomerte pasientene kan dermed ikke alene forklare denne utviklingen.





## Kapittel 5: Tida etterpå

“Important changes in the practice of psychiatric medicine – the introduction of new drugs, the gradual emptying of psychiatric hospital beds, and the ascent of psychoanalytically oriented psychiatry – sent lobotomy into a decline from which it never recovered”.<sup>286</sup>

Sitatet over er hentet fra den amerikanske forfatteren og journalisten Jack El-Hai og beskriver den amerikanske lobotomiutviklingen. Men hva med Norge? Hvorfor tok bruken av lobotomi slutt her? I dette kapitlet skal jeg diskutere enkelte aspekter knyttet til tida etter at lobotomi som behandlingsmetode tok slutt. Jeg skal først og fremst diskutere tre ulike faktorer: at lobotomi ikke førte til tilstrekkelig bedring, at neuroleptikamedisiner ble innført og se om økt kritikk av lobotomi spilte en rolle. Deretter skal jeg diskutere erstatningssaken for lobotomipasienter som var helt spesiell for Norge. Hva kan sies om den? Jeg skal også diskutere noen aspekter ved den norske mediedebatten om lobotomi på 1990-tallet og redegjøre kort for hva sentrale aktører mente. I den sammenhengen skal jeg bruke kildematerialet jeg har jobbet med og se om jeg kan relatere det til denne debatten. Senere i kapitlet skal jeg diskutere hva som kjennetegnet forholdene ved Reitgjerdet, som var gjenstand for spesielt mye kritikk. Hva sier de kildene jeg har brukt om dette? Helt til slutt skal jeg diskutere stereotaktisk kirurgi som anvendes i dag.

Som vi så i kapittel 1 var det mange utfordringer knyttet til interneringen og behandlingen av farlige sinnssyke i Norge. Dette gjaldt også ved Reitgjerdet. I kapittel 1 ble det nevnt ulike behandlingsmetoder som ble brukt i større og mindre grad ved Reitgjerdet, som elektroshokk, cardiazolbehandling og lobotomi. Den optimistiske troen på at legene kunne behandle sinnsykdom begynte etter hvert å slå sprekker. Etter andre verdenskrig begynte bygningene ved Reitgjerdet å bli nedslitte, mange av pleierne som arbeidet der var ufaglærte, og tvang var mye brukt i behandlingen av enkelte pasienter.<sup>287</sup> Psykiatrien ble etter andre verdenskrig gjenstand for voksende kritikk, og for lobotomiens del kulminerte det i den omfattende mediedebatten som fant sted i 1978 og årene som fulgte.

---

<sup>286</sup> El-Hai 2005, 284.

<sup>287</sup> Norsk rettsmuseum 2015, 14.

## **Hvorfor tok bruken av lobotomi som behandlingsmetode slutt?**

Som vi så i kapittel 4 fant den siste lobotomien ved Reitgjerdet sted i 1953. Det ble bare utført ett inngrep ved asylet dette året. Hva var grunnen til at bruken av lobotomi tok en brå slutt ved Reitgjerdet? Kildematerialet gir ikke noe direkte svar på hvorfor det ble slutt på bruken av lobotomi, men flere andre institusjoner trappet også ned bruken i denne perioden. Det kan virke som om rapportene fra perioden ikke bærer preg av den entusiasmen som var til stede bare noen år tidligere. En del av pasientene som ble lobotomert viste ingen eller små tegn til bedring. At de første medisinene kom i årene 1953-54 er også med på å forklare denne utviklingen.<sup>288</sup>

Ut fra sitatet innledningsvis i dette kapitlet ser det ut til at psykoanalyse var med på å forklare hvorfor man gikk bort fra lobotomi i USA.<sup>289</sup> Mange norske psykiatere avviste psykoterapi i slutten av 1930-årene. På den tiden ble psykoterapi og psykoanalyse så og si sett som ensbetydende. Gjennom psykiater Ragnar Vogts lærebok i psykiatri fra 1905 lærte folk om Freuds psykoanalyse. Selv var han kritisk til psykoanalytisk behandling. Psykoanalysen ble også møtt med skepsis og krass kritikk i det medisinske fagmiljøet i mellomkrigsåra. Heller ikke ble den slags behandling vurdert som egnet i behandlingen av institusjonspasienter. Interessen for psykoanalyse ble vekket først på 1950-tallet i det psykiatriske fagmiljøet. Som behandlingsform i sykehuspsykiatri fikk ikke metoden et større gjennombrudd før på 1960-tallet.<sup>290</sup> Det er derfor grunn til å tro at denne behandlingsmetoden ikke alene kan forklare hvorfor bruken av lobotomi tok slutt ved Reitgjerdet.

Som vi har sett ble lobotomi ved Reitgjerdet først og fremst brukt da alle andre tilgjengelige behandlingsmetoder var blitt prøvd uten tilfredsstillende virkning. Lobotomi var med andre ord en behandlingsmetode som det ble unngått å bruke dersom man hadde andre og enklere alternativer til å behandle pasientene. Det kan likevel se ut til at lobotomi i mange tilfeller heller ikke viste den bedringen som var tilsiktet.

---

<sup>288</sup> Ibid., 47.

<sup>289</sup> Psykoanalyse: psykoanalytisk behandling baserer seg på regelmessige, fortrolige samtaler over tid.

<sup>290</sup> Haave 2008, 268.

Forfatter og lege Bård Brekke hevdet at lobotomi skulle bidra til å løse “asylnøden”. Det var på bakgrunn av dette at han antok at antallet operasjoner ville stige raskt, og avta etter at plassforholdene ved sinnssykeasylene hadde bedret seg.<sup>291</sup> Han hevdet at:

Psykiaterne regner med at når samtlige asyl får levkotomert sine vanskeligste pat., vil det medføre en betydelig avlastning, - så mange pat. vil kunne skrives ut at overbelegget vil kunne bli redusert, og følgelig kan det bli bedre plass for nyinnleggelser. En regner med et høyt antall levkotomier de første årene fremover, inntil alle gamle asylkasper som kan ha nytte av operasjonen er blitt operert.<sup>292</sup>

Det som Brekke forutså skjedde imidlertid ikke. At enkelte pasienter ble utskrevet førte likevel ikke til at “asylnøden” ble løst. Selv i den perioden hvor metoden ble hyppigst anvendt fortsatte overbelegget å stige.<sup>293</sup> Som vi så hos de lobotomerte pasientene ved Reitgjerdet må det sies at resultatene av inngrepet var heller blandet. Til tross for at enkelte pasienter ble kvitt noen av sine plager knyttet til sinnssykdommen, var det få som ble utskrevet i nær tid etter at inngrepet ble utført. Bedringen kunne ta lang tid og man kan også spørre seg om bedringen som i enkelte tilfeller oppstod også kunne ha oppstått uten at inngrepet ble brukt.

Mange har beskrevet utviklingen fra lobotomi til bruk av nevroleptimedikamenter som en utvikling fra kirurgisk til kjemisk lobotomi.<sup>294</sup> Den britiske historikeren Roy Porter skrev i *Madness: A Brief History* at “organic psychiatry is arguable in danger of becoming drug driven”.<sup>295</sup> Grunnen til dette er at også de nye medisinene ble brukt for å roe ned pasienter, den distanserte pasientene fra deres emosjonelle forstyrrelser og fjernet også hallusinasjoner, vrangforestillinger og andre psykotiske og schizofrene symptomer. Plutselig kunne hospitalene unngå operasjoner og på økonomisk gunstig vis behandle sine vanskeligste pasienter.<sup>296</sup> Selv om kildematerialet jeg har brukt ikke gir noe svar på i hvilken grad medisinene tok over for lobotomi er det rimelig å anta at medisinene ga nye muligheter i pasientbehandlingen, også ved Reitgjerdet. Medisinene var billigere og ble muligens sett på som mer forsvarlig enn et inngrep i pasientenes hjerne. Dessuten var lobotomi

---

<sup>291</sup> Ibid., 314.

<sup>292</sup> RA: H4: L0050: Notat om lobotomi som behandling av sinnssykdommer, november 1948, sitert fra: *ibid.*, 315.

<sup>293</sup> Ibid., 315.

<sup>294</sup> Nevroleptika: medisiner med dempende og antipsykotisk virkning. *Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon 2. utg.*, sv. “nevroleptika”.

<sup>295</sup> Porter 2002, 207.

<sup>296</sup> El-Hai 2005. 309.

ressurskrevende.<sup>297</sup>

Om det ble slutt på bruk av lobotomi på bakgrunn av etiske refleksjoner er vanskelig å påvise. Det ser ikke ut til at det har vært noen omfattende debatt om lobotomi i samtiden, verken blant medisinerne, psykiaterne eller i samfunnet generelt. Det ser heller ut til at personlige holdninger blant psykiaterne ved de ulike institusjonene var avgjørende for om behandlingsmetoden skulle bli anvendt eller ikke. I den grad ulike meninger om lobotomi blant legene har blitt diskutert, har det ikke vært mulig å finne skriftlige uttrykk for slike diskusjoner. Det er interessant at i den grad lobotomi ble diskutert så var det muntlig og uformelt. Det ligger imidlertid utenfor denne oppgaven å forfølge dette temaet videre.

I Norge ser det ikke ut til at det var noen større skriftlig formulert kritikk mot lobotomi etter at behandlingsmetoden ble en del av den ordinære behandlingen på norske sinnssykehus. Én av årsakene til dette kan være den optimismen som omga metoden i begynnelsen. I ulike sammenhenger ble det beskrevet tilfeller hvor pasienter gikk fra å være nedstemte, deprimerte og egoistiske til å bli glade og aktive mennesker.<sup>298</sup> Ut i fra det kildematerialet jeg har benyttet er en slik forklaring for enkel. Selv om enkelte pasienter var fornøyde med resultatet av lobotomi var det ikke en revolusjonerende kur mot sinnssykdom. Kritikk av bruken av lobotomi kan imidlertid ikke ha vært avgjørende for at behandlingsmetoden tok slutt.

Psykolog Per Johan Isdahl har hevdet følgende:

Den hyppige bruken av metoden for å behandle alle former for sinnslidelser gjør at lobotomi-perioden kan betraktes som et masseforsøk med mennesker. Ledende fagfolk på sinnssykehusene prøvde ut lobotomi på pasientenes bekostning, uten at disse kunne forstå at de var med på en metodeutvikling som medførte permanent endring av deres personlighet. Legene skapte forhåpninger hos pasienter og pårørende som ikke kunne innfris. I virkeligheten var hver eneste operasjon en form for terapeutisk russisk rulett. Tilfeldighetene fikk fritt spillerom med den gode hensikten som begrunnelse.<sup>299</sup>

Dette er et typisk eksempel på hvordan lobotomi har blitt karakterisert i ettertiden, men i kildematerialet ser kritikken ut til å ha vært begrenset. Kildematerialet fra Reitgjerdet har også

---

<sup>297</sup> Lund 1992, 29.

<sup>298</sup> Isdahl 1993, 35.

<sup>299</sup> Ibid., 39.

vist at “den hyppige bruken” ikke gjaldt for alle institusjoner. 1949 var det året Reitgjerdet lobotomerte flest pasienter og dette året ble ti pasienter lobotomert. Allerede året etter ble langt færre lobotomert, bare seks pasienter. Slike fremstillinger henviser så og si til en generell trend i Norge og mangler å presisere at dette ikke gjaldt ved alle institusjoner.

Det er likevel viktig å nevne at legene ikke kan ha oversett bivirkningene som lobotomi ofte førte med seg, som blant annet epileptiske anfall og endringer av personlighet. Det at lobotomi ofte ble utført som tvangsbehandling ble muligens også opplevd som mer problematisk etter hvert, spesielt da flere pasienter ikke viste den bedringen som var forventet. Som vi så i kapittel 4 spilte også enkeltmennesker en stor rolle for hva som foregikk ved institusjonene og kan også være med på å forklare utviklingen. Kildematerialet gir imidlertid ikke svar på det. Det var uansett en generell trend i Norge at lobotomibruken gikk ned fra 1954, som nevnt i kapittel 2.

### **Lobotomiofrene får erstatning**

Rundt 1990 og i årene som fulgte ble det sendt inn søknader om billighetserstatning for lobotomiinngrep i Norge. Da Sosialdepartementet bestilte en utredning om lobotomi som ble utgitt i juni 1992, kom det frem at fire personer hadde fått svar på sine søknader om billighetserstatning. Av disse fire personene fikk én person avslag, mens tre personer fikk søknadene innvilget. På tidspunktet var også flere søknader under behandling. Årsaken til at den ene personen fikk avslag var begrunnet med at lobotomi som behandlingsmetode var akseptert som forsvarlig på den tida inngrepet ble utført. Det var prinsipiell uenighet i utvalget, og det var få som ville tilstå erstatning under henvisning til at lobotomi i ettertid “er blitt vurdert som et tragisk feilgrep”. De som fikk billighetserklæring fikk det på bakgrunn av at det ble gjort en helhetsvurdering av “om pasienten kan sies å være kommet særlig uheldig ut av behandlingssituasjonen”. For disse ble det lagt vekt på at inngrepene av ulike grunner hadde vært mislykket.<sup>300</sup>

I juni i 1996 bestemte Stortinget at det skulle opprettes en generell erstatningsordning for tidligere lobotomerte pasienter. Av de 483 personene som søkte oppfylte 447 av

---

<sup>300</sup> Lund 1992, 43.

dem kriteriene. De 447 lobotomiofrene som fikk medhold fikk 100 000 kr hver, altså nær 45 millioner kroner til sammen.<sup>301</sup> Den amerikanske journalisten og forfatteren Jack el-Hai har hevdet: "In at least one nation, Norway, the stigma against these procedures burns so strongly that former psychosurgery patients of decades past have received official apologies and government compensation".<sup>302</sup>

Erstatningene var en anerkjennelse fra den norske stat om at det hadde blitt gjort et overgrep mot disse pasientene. Man kan derfor godt si at verdien av handlingen var større enn selve summen; lobotomiofrene ble hørt og trodd.

### **Kritikken av Reitgjerdet og Reitgjerdet-saken**

Den som kan sies å ha vært en av Reitgjerdets største kritikere, er Svein Solberg. Han jobbet som sivilarbeidende lege ved Reitgjerdet sykehus i 13 måneder på slutten av 1970-tallet.<sup>303</sup> Han skrev blant annet at "man kan ikke kjønnsisolere et menneske til de grader, plassere det i en kunstig, konstruert verden og så forundre seg over at det ikke blir harmonisk".<sup>304</sup> Han kritiserte institusjonen på grunn av bruken av overvåkning, brevnsensur, tvangsmedisinering og faste regler for alle slags trivielle forhold.<sup>305</sup> Han mente at Reitgjerdet ikke kunne fungere da "det er umulig å opprette en reell kontakt i et samfunn der den ene part er erklært "fiende", en fiende som skal bekjempes, omformes, drilles, kues, undertrykkes og ugyldiggjøres".<sup>306</sup>

Solberg kritiserte også Reitgjerdet for at pasientenes økonomiske midler i enkelte tilfeller gikk fellesskapet til gode på sykehuset, gjennom det såkalte trivselsrådet. Solberg viste til at fellesgoder ble finansiert utelukkende ved tilskudd fra pasienter som var så sløve at de ikke fikk glede av disse fasilitetene selv.<sup>307</sup> Om slike pengeoverføringer fra pasientene som skulle komme fellesskapet til gode var vanlig for de lobotomerte pasientene, sier ikke kildematerialet noe om.

---

<sup>301</sup> "Nær 45 millioner til lobotomiofre," *Dagbladet*, 21.04.1998, <http://www.dagbladet.no/nyheter/naer-45-millioner-til-lobotomiofre/65452688>.

<sup>302</sup> El-Hai 2005, 311.

<sup>303</sup> Solberg 1979, 7.

<sup>304</sup> *Ibid.*, 43.

<sup>305</sup> *Ibid.*, 38.

<sup>306</sup> *Ibid.*, 49.

<sup>307</sup> *Ibid.*, 99.

Kritikken fra slutten av 1970-tallet gjaldt hele institusjonen. Det kom påstander om alvorlige brudd på menneskerettigheter og sykehuset ble gjenstand for offentlig granskning og reformer.<sup>308</sup> I 1978 hjalp Svein Solberg en pasient å rømme for senere å la ham dukke opp på en pressekonferanse i Oslo dagen etterpå.<sup>309</sup> Da fikk offentligheter høre om det som foregikk innenfor Reitgjerdets fire vegger, noe som for mange var helt ukjent.<sup>310</sup> Da han ga ut boka *Rapport fra Reitgjerdet* 1979 lot ikke debatten vente på seg. Det ble nedsatt en undersøkelseskommisjon og Stortinget tok opp saken i 1982. Kommisjonen fant at forholdene ved Reitgjerdet ikke bare var kritikkverdige, men også til dels ulovlige. Reitgjerdet ble nedlagt i 1987.<sup>311</sup>

Da offentligheten fikk innsyn i hva som fant sted på Reitgjerdet, blusset det opp til en voldsom debatt. Lobotomi var en av faktorene som ble diskutert i debatten. Én av grunnene til at så store reaksjoner oppstod i forbindelse med lobotomi i forhold til mange andre forlatte behandlingsmetoder, skyldes først og fremst at tvangsomsorgen reiser filosofiske, sosiale og moralske spørsmål av en annen kontroversiell karakter enn den somatiske medisin. Debatten var viktig, for hele psykiatriens vedkommende. Likevel er det viktig at vi er bevisst på at lobotomi som fenomen likevel bare kan forstås dersom man erkjenner at situasjonen var en annen.<sup>312</sup>

### **Mediedebatten om lobotomi på 1990-tallet og forskeren Joar Tranøy**

Den mediedebatten som omfattet lobotomi må sees i sammenheng med andre viktige debatter i samtida. Sentrale saker og temaer i psykiatrien ble tatt opp, som Reitgjerdet, Nasset-saken, Juklerød-saken, samt homofilidebatt og lobotomidebatt.<sup>313</sup> Psykiatrien var med andre ord gjenstand for debatt for flere felt i perioden.

På 1990-tallet var det en omfattende debatt om lobotomi i norske media. Forskeren Joar Tranøy var en sentral aktør i debatten. Han ga ut boka *Lobotomi i skandinavisk psykiatri* i 1991. Boka fungerer som en rapport som gir oversikt over omfang og bruk av lobotomi i skandinavisk

---

<sup>308</sup> Tranøy 2009, 52.

<sup>309</sup> Ibid., 56.

<sup>310</sup> Ibid., 56.

<sup>311</sup> Evensen, Stein A., Cristoph Gradmann og Øivind Larsen, "Reitgjerdet - En pasient rømte og forandret norsk psykiatri", *Michael quarterly*, nr. 4 (2010): 375-6.

<sup>312</sup> Lund 1992, 10-11.

<sup>313</sup> Larsen 2008, 180.

psykiatri på 1940- og 50-tallet. Boka ble skrevet etter den norske og danske debatten i massemedia i perioden 1990-1991.<sup>314</sup>

Det hele startet da Joar Tranøy gikk sterkt ut mot bruken av lobotomi ved Gaustad sykehus i en småskriftserie utgitt ved Institutt for kriminologi og strafferett. Tranøy mente at Gaustad sykehus hadde stått helt sentralt i lobotomipraksisen, og psykiatere og psykologer derifra hadde bidratt aktivt. Han hevdet videre at Gaustad drev med historieforfalskning, og han betegnet lobotomi (og elektrosjokk) som torturmetoder der formålet var å disiplinere pasientene. Tranøy ble overveldet over hva han fikk se; mennesker som ble operert for å bli mer fredelige, beslaglagte brev som var fortvilede rop om hjelp eller nåde, pasienter som hadde blitt utsatt for maktanvendelse i større grad enn i norske fengsler. Det tok ikke lang tid før det kom motsvar fra flere hold. Mange kritikere mente at han burde fortalt om forholdene på Gaustad på en helt annen måte. Tranøy mente at det var viktig at historien kom ut, og mange som engasjerte seg i debatten var enige i dette. Etter hvert spurte folk seg om hvordan vi kunne ha latt lobotomi finne sted.<sup>315</sup>

Tranøy hevdet at bruken av lobotomi verken kunne skyldes uvitenhet om skadevirkningene eller mangel på andre behandlingsmetoder. Han mente at legene ønsket å passivisere pasientene, ikke behandle dem for helbredelsens skyld.<sup>316</sup> Tranøy pekte på at det blant landets ledende psykiatere allerede mot midten av 1940-tallet var kjent at lobotomi hadde en ødeleggende virkning på personligheten. Noe annet som var kjent for legene var den høye dødeligheten på Gaustad på bakgrunn av inngrepet, men de valgte likevel å fortsette med behandlingen. Tranøy hevdet at det på grunnlag av tilgjengelige kilder er umulig å trekke en annen konklusjon enn at lobotomi ikke kan forsvares utfra sin tids forutsetninger. Han mente dette på bakgrunn av at det ikke kan dokumenteres i kildene at lobotomi som behandling skjedde "til pasientenes beste". Han var enig i at psykiatrien var inne i en absolutt krise, både materielt og faglig, og at institusjoner var preget av stort overbelegg og underbemanning. Men han mente at det ikke nødvendigvis var overbelegget og underbemanningen som førte til et press for å få utført lobotomier.

---

<sup>314</sup> Joar Tranøy, *Lobotomi i skandinavisk psykiatri* (Oslo1992), forord.

<sup>315</sup> Nils Christie, "Inngrep i hjernen", *Aftenposten*, 18.04.1991.

<sup>316</sup> Tranøy 1992, 109.



Han mente at det ikke var de innlagtes subjektive plager som var avgjørende for bruken av lobotomi, men deres ytre objektive atferd og forpleiningsvansker.<sup>317</sup>

Joar Tranøy fikk mange kritiske tilbakemeldinger på arbeidet sitt. Han ble blant annet kritisert for å ha brutt taushetsplikten i forbindelse med et oppslag i *Aftenposten*. Det hadde blitt referert til en pasientjournal hvor det gikk frem at en homofil mann ble kastret på 1950-tallet, og etter hvert mottok helsedirektoratet henvendelser fra personer som hevdet å ha gjenkjent den omtalte pasienten. Tranøy hadde fått tillatelse til å gjennomgå pasientjournaler som en del av sitt forskningsarbeid, og mente at folk beskyldte han for å ha brutt taushetsplikten for å forsøke å stanse hans videre arbeid og svarte han som forsker. Han kjente seg ikke igjen i beskyldningene som også kom, om blant annet løgner og sitatfeil.<sup>318</sup>

Joar Tranøy mente at de som prøvde å så tvil om hans troverdighet forsøkte å nøytralisere den sterke dokumentasjonen av det han omtalte som lobotomi-overgrepene. Han hadde den oppfatning at overgrepene ble legitimert eller tåkelagt med psykoseforklaringer. Det som av de lobotomerte pasientene ble sett som “grusomme behandlinger” ble betvilt med påstander om sviktende virkelighetsoppfatning.<sup>319</sup> Debatten som Tranøy bidro til var uansett viktig. Selv om det kan sies at han hadde mange gode poeng, viser kildematerialet jeg har anvendt at lobotomipraksisen ved Reitgjerdet bør sies å være mer nyansert enn han henviser til. Tranøy fokuserte imidlertid på praksisen som fant sted ved Gaustad, og som nevnt flere ganger tidligere var praksisen svært ulikt ved norske asylter.

Einar Kringlen, professor i psykiatri, skrev en kronikk, “Kritikken mot psykiatrien” i *Aftenposten* 23. mai 1991. Han skrev blant annet følgende:

[...] Kritikken mot psykiatrien den siste tid har vært både generell og spesiell. Et eksempel på den første er Wenche Blombergs kronikk i *Aftenposten* for en tid tilbake, der psykiatrien nærmest blir fremstilt som en sammensvergelse mot samfunnet. Det er som om man vil hevde at alle advokater er en fare for rettssikkerheten, at alle lærere er en fare for den unge slekt, at alle kriminologer er elendige forskere. Det er synd at Nils Christie på et vis allierer seg med denne generelle kritikken når han sauser sammen mange behandlingsformer uten å ville nyansere.

---

<sup>317</sup> Ibid., 110.

<sup>318</sup> Ole Martin Bjørklid, “Brøt taushetsplikt”, *Aftenposten*, 26.03.1991.

<sup>319</sup> Joar Tranøy, “Forvrengte overgrep”, *Dagbladet*. 10.06.1991.

Så har vi den spesielle “lobotomikritikk”. En yngre forsker ved Institutt for kriminologi og strafferett, Joar Tranøy, har oppdaget forferdelige ting ved Gaustad sykehus. Tranøys form er uakseptabel, og hans angrep er usaklige. Likevel må jeg beklage at enkelte kolleger ensidig har heftet seg ved form og ikke vært mer opptatt av kritikkens innhold.<sup>320</sup>

Selv om en del av kritikken som psykiatrien var gjenstand for var berettiget, blir det uansett feil å svartmale en hel fagdisiplin. Kringlen mente at lobotomi utrolig raskt ble tatt i bruk på meget svake premisser. Han reflekterte også over at mange psykiatere var imot behandlingsformen, men for feige til å protestere. Det er også viktig at vi ikke glemmer at det var mange leger som ikke utførte lobotomi, noen av dem fordi de tvilte på effekten av inngrepet, mens andre lot være i respekt for pasientens hjerne.<sup>321</sup>

Kringlen la ikke skjul på at mange pasienter som ble lobotomert fikk varige hjerneskader. Likevel mente han at vi må ta hensyn til at forløp og prognoser for mange av disse pasientene ofte var dystre. Han mente også at det er viktig å reflektere over at kirurger i den somatiske medisin også har gjort mye kritikkverdig gjennom tidene. Likevel tenkte han at psykiatrien bør akseptere, uten å komme i forsvar, at uheldige behandlingsmetoder har vært brukt tidligere. Han så på det som viktig at vi spør oss selv: Hva vil ettertiden si om vår behandling i dag? Det er spesielt i saker hvor konsekvensene er usikre på lang sikt at vi bør være spesielt varsomme. Dette gjelder spesielt behandling som skjer mot pasientens vilje.<sup>322</sup>

Cecilie Høigård, professor ved Institutt for kriminologi og retts sosiologi ved Universitet i Oslo, skrev et innlegg i *Dagbladet* 14. mai 1991. Der sa hun seg enig i at Tranøy om at representanter for norsk psykiatri både tidligere og nå (jfr. 1991) hadde forsøkt å holde faktiske forhold skjult; dette gjaldt både for de innlagte ved asylene og deres pårørende, men også for offentligheten. Høigård mente at lobotomi og lobotomiens historie fra psykiatrisk hold er en nokså ubrutt linje av fortielser og hemmeligholdelse av 40-tallet og frem til man fikk stoppet Tranøys forskning i 1990. Hun pekte spesielt på seks forskjellige eksempler; hemmeligholdelse av dødsrisiko, hemmeligholdelse av skadevirkningene, kraftig innskrenkning av tidsperioden, kraftig innskrenkning av antall opererte, at Gaustad ga feilaktig lave tall for sine lobotomiofre og at Tranøys forskning ble stoppet.<sup>323</sup> Høigård mente også at enkelte aktører prøvde å gi et inntrykk av

---

<sup>320</sup> Einar Kringlen, “Kritikken mot psykiatrien”, *Aftenposten*, 23.05.1991.

<sup>321</sup> Ibid.

<sup>322</sup> Ibid.

<sup>323</sup> Cecilie Høigård, “Kan vi stole på psykiatere?”, *Dagbladet*, 14.05.1991.

at Tranøy ga psykiatriske pasienter grunn til å frykte for at deres mest private forhold kan siteres offentlig. Hun mente at dette var en måte å skyve hensynet til den svake part foran seg for å beskytte seg selv. Likevel er det meningsløst å gjøre alle psykiatere kollektivt ansvarlige for det den enkelte psykiater skriver og gjør på ethvert område til enhver tid. Det som skiller seg ut med lobotomisaken, dersom man ser bort fra temaets alvorlighet, er at fortielsen og hemmeligholdelsen er gjennomført av personer som har eller har hatt meget høye posisjoner i norsk psykiatri. Motstanden mot denne gruppen har knapt vært hørbar. Høigård mente at en profesjon som ønsker innsyn og åpenhet om egen virksomhet ikke opptrer på denne måten.<sup>324</sup>

### **Forholdene ved Reitgjerdet**

Som vi har sett var Reitgjerdet gjenstand for massiv kritikk i perioden 1978-82. Brevsensuren ved asylet er et eksempel på en praksis som har vært mye omdiskutert. En pasient [pas. 268] uttalte i et brev til sin søster i 1932: "Det er ikke så godt at uttrykke sig herfra, skulde ha skrevet mere, men mine breve blir censurert av så mange".<sup>325</sup> 31. august 1980 ble det avgitt en rapport om forholdene ved Reitgjerdet. I denne rapporten fremkommer det at en rekke praksiser var utført på en kritikkverdigg måte og her blir brevsensuren nevnt som et konkret eksempel. Alle brev til og fra pasientene ble kontrollert, noe som kan sies å ha vært en krenkelse av pasientens privatliv.<sup>326</sup> I rapporten ble det skrevet følgende:

[...] Brevkontrollen har som foran nevnt vært total, og det har i det hele tatt ikke vært foretatt det konkrete skjønnet over nødvendigheten av den, som forskriftene bestemmer. Ikke i noe tilfelle har pasienten vært tilstede ved kontrollen av brev. Noe annerledes har det antakelig vært ved kontrollen av pakker, som til dels har foregått på avdelingene.<sup>327</sup>

Årsaken til at jeg ikke har gitt dette mer oppmerksomhet i oppgaven er fordi dette var noe som gjaldt alle pasienter, ikke bare de som fikk utført lobotomi. Kritikken av Reitgjerdet var en kritikk av hele den praksisen som foregikk der, og lobotomi var bare et ledd i den større sammenhengen. Likevel er det verdt å nevne brevsensuren da den begrenset de lobotomerte pasientenes muligheter til å formidle og uttrykke seg fritt om behandlingen de fikk, i den grad de var i stand til det, og det var en krenkelse av deres privatliv. Men det er viktig å være klar over at regelverket endret seg underveis. Da asylet ble åpnet for pasienter i 1923 stod det i

---

<sup>324</sup> Ibid.

<sup>325</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 268. Brev fra pasient til pårørende 28.01.32.

<sup>326</sup> Blom, 61.

<sup>327</sup> Ibid., 62.

regulativet at det ikke bare var hjemmel for, men også en klar plikt for sykehusets ledelse til å foreta en fullstendig sensur med all inn- og utgående post til pasientene. I ettertid kan det se ut til at dette ble en innarbeidet praksis, selv etter at brevsensuren ble innskrenket i 1969. Selv om dette kan være en del av forklaringen har det foregått en ulovlig ordning gjennom mange år. Brevsensuren som de lobotomerte pasientene som regel ble utsatt for var med andre ord lovpålagt i starten, men etterhvert ble denne sensuren total og fortsatte som en ulovlig praksis.<sup>328</sup> I én av pasientjournalene står det skrevet “han [pas. 558] har skrevet vedlagte brev til faren, som dog ikke sendes”.<sup>329</sup> Pasientene fikk ofte ikke brevene tilbake da de ikke kom gjennom sensuren, og fikk sjelden beskjed om at brevene deres ble tilintetgjort.<sup>330</sup>

Til tross for at en del av kritikken knyttet til Reitgjerdet var berettiget i lys av utviklingen i velferdsstaten ellers, er det imidlertid viktig å huske på at oppførsel som ble opplevd som galenskap faktisk var og er, problematisk. Det er også viktig å reflektere over det positive Reitgjerdet gjorde for pasientene. Alle pasientene fikk mat, klær og hadde mulighet til å arbeide dersom de ønsket det. Pasientene ble i det store og hele vist omsorg, og fikk en følelse av å leve i et fellesskap.<sup>331</sup> De som arbeidet ved Reitgjerdet forsøkte å skape en meningsfull hverdag for pasientene og kildematerialet henviser til tilrettelagte tilbud for den enkelte pasient. Det ble også tilrettelagt kinoturer, turer til travbanen og byen, filmkvelder og lignende.

Julefeiringen ved Reitgjerdet var viktig for mange av pasientene ettersom de fleste dagene ellers i året var preget av faste rutiner. En pasient [pas. 1361] skrev i et brev til sine pårørende 1. januar 1960:

-Ja, nu har vi holdt jul igjen her. Det var deilig og gå rundt juletreet og synge de kjære julesangene på nytt. Vi gjorde det både juleaften og den 29de, på festen. Håper dere hjemme hadde en velsignet jul. På julefesten hadde vi ett tre som var pyntet så det var en fryd. Presten var her med sin kone og to pene barn. Presten som heter [...], er ny her. En god mann er det. – [...]<sup>332</sup>

En pasient [pas. 1345] var med i sjakkturnering og det ble skrevet følgende i et brev til søsteren i ettertid:

---

<sup>328</sup> Ibid., 63.

<sup>329</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 558.

<sup>330</sup> Solberg 1979, 107.

<sup>331</sup> Dahl 2017, 13.

<sup>332</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1361. Brev fra pasient til pårørende 01.01.60.

[...] Han er f.t. med i en sjakkturnering mellom pasienter og pleiere og sist søndag slo han overlegen som er en meget flink sjakkspiller. Det vakte oppsikt og det syntes han nok selv var svært morsomt [...]<sup>333</sup>

Slike sosiale aktiviteter må nok sies å ha skapt et mindre skille mellom pasienter og pleiere som ofte ellers kan sies å ha vært stort. Senere skrev den samme pasienten [pas. 1345] i et brev til sin søster som følte seg frisk og kjekk som aldri før:

[...] Det er som jeg har våknet etter en dvale eller lang søvn. Men jeg er glad for at det har gått så bra og det skyldes i første rekke forståelsesfulle leger og utrettelige pleiere som hjelper oss på alle vis og gjør tilværelsen lysere for oss pasienter [...]<sup>334</sup>

Et annet eksempel på at de som arbeidet ved Reitgjerdet viste omsorg for pasientene kommer tydelig frem i journalen til en pasient [pas. 558] som ble lobotomert i mars 1949. Før denne pasientens [pas. 558] ble det skrevet følgende brev til hans pårørende i februar 1951:

Som De vel har sett går det fremdeles ganske bra med Deres bror [pas. 558], men han er nokså skuffet over at han så sjelden ser noen av sine egne og han har også spurt om han ikke av og til kan få gå og besøke Dem uten følge, da det ikke er alltid vi kan avse noen til å gå med ham. Nå har han gått med store forhåpninger i anledning sin fødselsdag den 7.ds. og håper at De skal be ham til Dem, og jeg håper at De må kunne se Dem i stand til å ta imot ham den dagen [...]<sup>335</sup>

Her fikk altså pårørende forespørsel om å stille opp for pasienten [pas. 558] som hadde bursdag. Det at de som arbeidet på Reitgjerdet tok seg tid til slike henvendelser vitner om at de brydde seg om pasientene og var også opptatte av at de skulle ha det bra. Åse Riaunets masteroppgave, *Oppdrag, pasienter og praksiser: Kriminalasylet i Trondheim 1895-1905*, kom også frem til en lignende konklusjon. Hun skriver blant annet: “Men de praksisene jeg har utforsket viste at pasientene var synlige subjekter. De ble sett og beskrevet som individer [...] Journalene uttrykte dessuten ofte tvil om hva som feilte pasientene og hva de skulle gjøre med dem”.<sup>336</sup> Det kan med andre ord være grunn til å tro at Kriminalasylet og Reitgjerdet hadde noen av de samme utfordringene. Begge institusjonene hadde en sammensatt pasientgruppe og begge institusjonene hadde utfordringer knyttet til hvordan disse skulle bli behandlet på best mulig måte.

Som nevnt i kapittel 1 skulle pasientene ved Reitgjerdet leve et rolig og rutinepreget liv i landlige omgivelser. De kriminelle sinnssyke, som historiker Inger Marie Sørum Øgaard har drøftet,

---

<sup>333</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1345. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 07.12.60.

<sup>334</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1345. Brev fra pasient til pårørende 01.06.61.

<sup>335</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 558. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 05.02.51.

<sup>336</sup> Åse Riaunet, “Oppdrag, pasienter og praksiser: Kriminalasylet i Trondheim 1895-1905” (Mastergradsavhandling, Å. Riaunet, 2014), 78.

skulle “plasseres så langt unna hjemmemiljøene sine som mulig, og helst bryte kontakten med familie og venner. Dette var fordi det ble antatt at både sinnssykdommen og kriminaliteten hadde sammenheng med de sosiale omgivelsene de kriminelle sinnssyke hadde vokst opp i.”<sup>337</sup> Selv om mange av pasientene jeg har skrevet om hadde begrenset kontakt med omverdenen, viser imidlertid kildematerialet jeg har anvendt at det var ønskelig at pasientene opprettholdt kontakt med hjemmet. Pasienter ble ved flere tilfeller oppfordret til å skrive til pårørende. I et brev til en pasients [pas, 1242] mor fra Reitgjerdet ble det skrevet “For første gang har det lyktes oss å få ham til å skrive et brev som jeg sender vedlagt. Det er jo svært tøvette, men vi anser det for en meget verdifull prestasjon av ham som har vært så dårlig”.<sup>338</sup> I et brev til en annen pasients [pas. 1245] pårørende ble det skrevet: “Det ville være bra om De skriver til ham en gang i mellom så han ikke taper kontakten med familien”.<sup>339</sup> Dette er eksempler som viser at det var ønskelig at pasientene hadde kontakt med hjemmet og verden utenfor. En av pasientenes [pas. 663] bror skrev til Reitgjerdet at han ikke hadde kontakt med sin bror fordi “vi ikke ville minne han om hjemmet som han var så sterkt bunnet til”.<sup>340</sup> Denne broren ble imidlertid oppfordret til å holde kontakt med sin innlagte bror.

Svein Solberg skrev at “enkelte problemer, som for oss som har vår frihet og helse i behold, kan synes bagatellmessige, kan for noen pasienter være av livsviktig betydning. Man må se deres begrensede opplevelsesverden i lys av den innsnevring i frihet de har”.<sup>341</sup> Han har et godt poeng. Selv om kildematerialet jeg har anvendt henviser til at personalet ofte tok pasientene på alvor, er det grunn til å anta at det ikke alltid var slik. Pasientene ved Reitgjerdet var svært syke og “tøvet” som de ofte ble karakterisert som i kildematerialet. Enkelte av brevene til pasientene ble aldri sendt fordi innholdet ikke ga mening for de som bestemte at de ikke skulle sendes. Dersom pasientene ikke ble tatt på alvor er det liten grunn til å tro at dette blir nevnt i noe kildemateriale.

## Dagens situasjon

---

<sup>337</sup> Inger Marie Sørum Øgaard, “Opprettelsen av Reitgjerdet asyl i 1923” (Mastergradsavhandling, I. M. S. Øgaard, 2015), 16.

<sup>338</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1242. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 26.09.50.

<sup>339</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 1245. Brev fra Reitgjerdet til pårørende 10.02.49.

<sup>340</sup> SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 663. Brev fra pårørende til Reitgjerdet 30.10.50.

<sup>341</sup> Solberg 1979, 52.

I dag er lobotomi ikke i bruk i Norge. Det er likevel hvert år et lite antall norske pasienter som gjennomgår en moderne form for lobotomi i Sverige. Dette inngrepet er forbudt i Norge, men i Sverige er det liten debatt om inngrepet. Lobotomi ble tidligere brukt på schizofrene, utagerende og voldsomme mennesker. I dag tilbys pasienter med tvangslidelser kapsulotomi (moderne lobotomi) ved Karolinska sjukehuset i Stockholm. Kapsulotomi, også kalt stereotaktisk inngrep, utføres med et finstemt instrument og det blir hevdet at dette inngrepet er siste utvei for en sterkt handikappet gruppe mennesker som ikke kan hjelpes ved verken medisinerer eller atferdsterapi. Det svenske sykehuset er alene i Norden med å utføre inngrepet, men også i USA, Canada, Australia og noen europeiske land tilbys pasienter inngrepet. I Norge i dag er verken denne metoden, eller andre former for hjernekirurgi mot psykiske lidelser lovlig.<sup>342</sup>

Overlege og spesialist i allmenn psykiatri, Sergej Andréewitch, ved avdeling for psykiatri ved Karolinska sjukehuset liker imidlertid ikke uttrykket “moderne lobotomi”. Han mener det gir feilaktige historiske assosiasjoner. Han påpeker at det her er snakk om presisjonskirurgi. Han hevder at å sammenligne kapsulotomi med lobotomi, er som å sammenligne moderne kirurgi med feltkirurgi. Selv om denne metoden er mer presis enn tidligere metoder, kan det diskuteres om dette er et tilstrekkelig argument for å at den burde bli anvendt. Det er viktig å reflektere over at nye former for psykokirurgi også er gjenstand for det potensielle misbruket som tidligere metoder.<sup>343</sup>

Selv om Andréewitch er imot å sammenligne kapsulotomi med lobotomi, innebærer også denne metoden å påføre en hjerneskade. Inngrepet skjer enten ved bruk av radioaktiv stråling (gammastråling) eller med oppvarmede elektroder (thermokapsulotomi).<sup>344</sup> Systematiske studier har vist at pasienter får nedsatt angst ved bruk av metoden. Mindre angst kan gjøre det lettere for pasienten å jobbe med adferdsterapi enn det har vært før et eventuelt inngrep, og medisinerne kan få bedre effekt. Likevel er mange skeptiske til metoden, som tross alt også er et irreversibelt inngrep i hjernen. En av dem er lederen for Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), Jan-Olof Forsén. Han stiller seg kritisk til at mennesker må ta en beslutning om operasjon når

---

<sup>342</sup> Birgitte Fahlvik Hoff, “Lobotomi brukes igjen i Sverige”, *Dagbladet*, 22.09.2000, <http://www.dagbladet.no/nyheter/lobotomi-brukes-igjen-i-sverige/65643469>.

<sup>343</sup> George A. Mashour, Erin E. Walker og Robert L. Martuza, “Psychosurgery: past, present, and future”, *Brain Research Reviews* 48 (2005), 416.

<sup>344</sup> Hoff 2000.

de er veldig syke og ikke ser noe alternativ. Forsén påpeker også at holdningen til kapsulotomi er farget av lobotomidebatten. RSMH mener at svenske myndigheter ikke har gjort opp med historien, blant annet fordi lobotomiofre i Sverige ikke har blitt tilkjent erstatning.<sup>345</sup>

---

<sup>345</sup> Ibid.



## Kapittel 6: Avslutning

I denne oppgaven har jeg skrevet om farlige sinnssyke pasienter som samfunnet har hatt utfordringer med å håndtere. Dette er pasienter som er for farlige til å bli behandlet blant andre pasienter i psykiatrien og for syke til å bli fengslet. I kapittel 1 ble det diskutert at dette “gråsonelientellet” har vært en gruppe som samfunnet har hatt vanskeligheter med å plassere og behandle. Da Reitgjerdet åpnet som asyl i 1923 for å ta imot disse pasientene hadde det to hovedanliggender: forvaring/sikring og behandling.

Gjennom 18- og 1900-tallet har psykiatrien utviklet seg fra en mer brutal psykiatri til en mer human psykiatri. Kritiske forskere, som for eksempel Michel Foucault har lagt vekt på at det parallelt skjedde en innesperring og disiplinering av de sinnssyke. Likevel må det kunne sies at mange mennesker med mentale lidelser fikk det bedre i perioden. Tanken om at sinnssykdom kunne behandles vokste gjennom perioden og bar preg av vekslende grad av behandlingsoptimisme. Som ledd i denne optimismen ble det tatt i bruk behandlingsmetoder som elektroshjokk og lobotomi. Disse behandlingsmetodene vant innpass i stadig flere norske institusjoner og utover 1940-tallet ble lobotomi sett på som en vanlig behandlingsform ved en rekke norske institusjoner.

I kapittel 2 ble lobotomi som generelt fenomen diskutert. Vitenskapsmenn som portugiseren Egas Moniz, amerikanerne Walter Freeman og James Watts ble diskutert. Moniz blir sett på som den som oppfant lobotomi og ble et forbilde for Freeman i Amerika. Det tok ikke lang tid før metoden til Moniz ble videreutviklet og lobotomi ble etter hvert innført som behandlingsmetode i flere land. Gjennom prøving og feiling kom de frem til litt mer presise metoder. Lobotomi ble innført i Norge i 1941, og det første inngrepet fant sted ved Gaustad sykehus. En rekke andre institusjoner tok i bruk inngrepet, men omfanget varierte fra institusjon til institusjon. Det samme gjorde hvor lenge metoden var i bruk de ulike stedene. Tall knyttet til lobotomi har generelt vært vanskelig å kartlegge ettersom det har vært ulik praksis vedrørende dokumentering. Det har blitt anslått at så mange som 2500 pasienter kan ha blitt lobotomert i Norge, noe som er et høyt tall sammenlignet med mange andre land.

Det ser ikke ut til at det var noen betydelig kritikk mot bruken av lobotomi i perioden metoden var i bruk i Norge. I dag vekker lobotomi som regel avsky og mange har problemer med å se på metoden som noe annet enn en barbarisk oppfinnelse. Men for å prøve å forstå hvorfor lobotomi vant innpass i Norge er det viktig at vi ser på rammene behandlingsmetoden skjedde innenfor. Flere psykiatriske institusjoner var preget av overbelegg på 1940-tallet og mange steder oppholdt det seg mange svært syke pasienter som man ikke visste hva man skulle gjøre med. Da lobotomi i andre land reklamerte med oppsiktsvekkende resultater ble lobotomi tatt varmt i mot i Norge. Selv om enkelte stilte seg kritisk til behandlingsmetoden er det få kritiske stemmer i faglitteraturen. Kritikken kom flere år etterpå, som vi så i kapittel 5.

I kapittel 3 ble det diskutert hvilke motiver som lå til grunn for lobotomiene ved Reitgjerdet i perioden 1948-53. Det ble henvist til fem hovedmotiver: behandling, mangel på ressurser, anstaltbedring, prestisje og påtrykk fra pårørende og pasienter. Selv om det er fruktbart å dele motivene inn i fem hovedgrupper ble det hevdet at motivene må sies å være sammensatte. Motivene kunne gli over i hverandre. Det at pasientene kun ble lobotomert for at det skulle bli roligere på avdelingene var med andre ord ikke tilfellet ved Reitgjerdet. Prosessen var mer sammensatt. Det samme var pasientene som ikke bør bli sett på som en homogen gruppe mennesker.

Dessverre har pasientene selv satt lite spor etter seg i kildematerialet. Pleiere og leger har vært ansvarlige for hva som har blitt dokumentert for ettertida. Det hadde vært svært interessant å vite mer om hva pasientene følte og tenkte om inngrepet. Likevel får vi en del informasjon om levde menneskeliv ved Reitgjerdet, både gjennom (til tider) daglige innføringer om hvordan det stod til med pasientene. Dette kildematerialet vitner om at mange av pasientene hadde det vanskelig og ønsket å bli friske/friskere. Enkelte av pasientene var villige til å ta imot den behandlingen de fikk tilbud om, mens andre ble tvangsbehandlet.

Avslutningsvis i kapittel 3 ble samtykkepraksisen som fant sted i forbindelse med lobotomi diskutert. Selv om denne praksisen i flere tilfeller kan karakteriseres som problematisk, må det bli tatt i betraktning at samtykke i det hele tatt ble hentet. Som vi så var det ikke i realiteten nødvendig med samtykke, men det ser ut til at alle lobotomiene ved Reitgjerdet ble utført etter samtykke fra pårørende. Likevel var ofte lobotomi tvangsbehandling og vi må gå ut i fra at hele

situasjonen må ha blitt oppfattet som skremmende for pasientene som visste lite om hva som skulle skje og om utfallet av inngrepet. Det at pasientene, og enkelte pårørende, hadde liten innsikt i hva lobotomi gikk ut på, kommer tydelig til syne i kildene. Kildematerialet viser at pårørende stolte på legene og noe av dette kan forklares ut fra at synet på autoriteter trolig var mer ydmykt enn i dag. Pårørende hadde ofte stor tillit til medisinen og dens tjenere, som de ofte ikke stilte spørsmål. Det kan dermed settes spørsmålstegn til hvor stor verdien av samtykket faktisk var ettersom det kan se ut til å ha vært mer av en formalitet enn noe annet. Det kan sies at Reitgjerdet på enkelte områder var tilbakeholden i bruken av lobotomi, spesielt sammenlignet med andre norske institusjoner i perioden. Likevel må det kunne sies at da det først var bestemt at en pasient skulle lobotomeres, skulle det litt til for å endre denne avgjørelsen. Reitgjerdet opptrådte relativt pågående ovenfor pårørende for å få samtykke og spilte i enkelte tilfeller på deres samvittighet. Dette kan karakteriseres som uformell tvang.

I kapittel 4 ble resultatene av lobotomi ved Reitgjerdet diskutert. Kildematerialet forteller lite om hva pasientene selv tenkte og følte om inngrepet. Også her er det som regel legenes og pleiernes tanker og bemerkninger som kommer til syne. Lobotomi ser i de fleste tilfeller ut til å ha blitt brukt hvor annen behandling ikke viste tilstrekkelig virkning. De fleste pasientene som fikk utført lobotomi hadde fra før mottatt behandlinger som blant annet elektroshokk, cardiazol- og insulinsjokkbehandling. Dette gjaldt både ved Reitgjerdet, men også ved andre norske asylsaker og i utlandet. De fleste lobotomiene fant sted i 1949, og etter dette året gikk bruken raskt ned.

I kapitlet kom det frem at mange av pasientene ved Reitgjerdet ble rammet av det som har blitt kalt post-lobotomi-syndromet. Dette var personlighetsendringer som legene var klar over, men som pårørende i liten grad ble gjort oppmerksomme på. Det var en tendens til at pårørende fikk høre om vellykkede lobotomier, men ikke hva som i mange tilfeller var vanlige bivirkninger, som blant annet epileptiske anfall. Kildematerialet har også vist at lobotomi ofte ikke førte til utskrivning som flere pasienter hadde håpet. Mange pasienter ble roligere etter inngrepet, men mange ble også for eksempel fjerne, interesseløse, og apatiske. Det var også en viss dødsrisiko knyttet til inngrepet, men det ble likevel ansett som "verdt å forsøke". Om dette sier noe om synet på hva en pasient var verdt er et interessant spørsmål, men som ikke har blitt drøftet i denne oppgaven.

I kapittel 4 ble dødeligheten ved Reitgjerdet diskutert, som kan sies å ha vært lav sammenlignet med andre norske institusjoner som lobotomerte pasienter. Én av pasientene ved Reitgjerdet døde som en direkte konsekvens av lobotomering. Mange av pasientene fikk imidlertid alvorlige epileptiske anfall. Noen av pasientene døde også i tilslutning til epileptiske anfall noen år etter inngrepet. Det ble også diskutert hvorvidt det kan sies at lobotomi i enkelte tilfeller førte til at pasientene levde lenger enn de ellers ville ha gjort. Dette er noe som ofte ikke blir diskutert i litteraturen om lobotomi i etterkrigsperioden. Enkelte pasienter var også fornøyde med inngrepet. Det ble også diskutert hvorvidt Reitgjerdet hadde lavere dødelighet enn andre institusjoner fordi inngrepene ble utført på Trondheim sykehus og ikke ved asylet. Det er grunn til å tro at dette spilte en positiv rolle under og etter selve inngrepet da fagpersonell ikke var langt unna dersom noe skulle skje. Avslutningsvis i dette kapitlet ble enkelte utfordringer for pårørende diskutert. Det er kanskje lett å kritisere pårørende for at de ga samtykke til det irreversible inngrepet som lobotomi faktisk var, men i det store og hele ønsket de å gjøre det beste for sine kjære. Pasientene ved Reitgjerdet var gjerne innlagte i mange år og mange av dem hadde ingen utsikt for noen gang å bli bra igjen. Lobotomi må sees i sammenheng med fremskrittsoptimismen på den tida og det håpet pårørende hadde om at de én dag skulle få tilbake sine, slik de én gang hadde vært. Lobotomi viste seg imidlertid ikke å være løsningen for hurtig utskrivning. Et fåtall pasienter ble utskrevet i nær tid etter inngrepet.

Kapittel 5 tok for seg tida etter at lobotomibruken tok slutt. Her ble det diskutert hva som kan sies å være årsaken til at lobotomi gikk fra å være en mye brukt behandlingsmetode i psykiatrien til å bli avviklet. Det ble blant annet diskutert at lobotomi i mange tilfeller ikke viste tilstrekkelig bedring, noe som også sees i kildematerialet. Behandlingsoptimismen som var til stede bare noen år tidligere begynte å slå spekker. Et annet viktig aspekt var innføringen av nye medisiner på midten av 1950-tallet. Psykoanalyse spilte imidlertid en mindre rolle, da den først og fremst ble tatt i bruk som behandlingsform i sykehuspsykiatrien på 1960-tallet. Det ser også ut til at kritikk av bruk av lobotomi må sies å ha spilt en mindre rolle i Norge, selv om denne faktoren også var til stede. Kildematerialet sier imidlertid lite om hva som var årsakene til at bruken tok slutt ved Reitgjerdet.

Senere i dette kapitlet ble erstatningssaken for lobotomipasienter diskutert. Det ble bestemt at lobotomerte pasienter skulle få 100 000 kroner hver i erstatning. Denne erstatningssaken er unik i verdenssammenheng og viser at den norske stat erkjente at den handlet feil. Reitgjerdet, og psykiatrien i sin helhet, var fra 1978 gjenstand for omfattende debatt. Dette gjaldt spesielt på bakgrunn av “Reitgjerdet-saken”. Kritikken rundt lobotomi var særlig omfattende i norske media på 1990-tallet. I kapitlet ble enkelte sentrale aktører introdusert. I den sammenheng brukte jeg mitt eget kildematerialet for å se om kritikken kan være berettiget for det som fant sted ved Reitgjerdet. Selv om enkelte aspekter ved lobotomipraksisen ved Reitgjerdet var kritikkverdige, ser det ut til at saken er mer sammensatt. I kapittel 5 ble det vist til at de som arbeidet med pasientene ved Reitgjerdet hadde et ønske om å gjøre hverdagen i asylet best mulig for pasientene og at de ønsket å behandle dem. Dette er et aspekt som ikke kom frem i debatten i media. Som det ble nevnt av sentrale aktører blir det feil å kritisere et helt fagfelt for at enkelte praksiser var kritikkverdige. Uansett var kritikken av psykiatrien, Reitgjerdet og lobotomi viktig og fikk offentligheten til å engasjere seg.

Som historiker er det ikke meningen å gå tilbake i tid og fordømme det som har skjedd, men å prøve og forstå hvorfor det skjedde. Det er i den sammenheng viktig at vi ser lobotomi i et større perspektiv da det aldri var et fenomen uavhengig av datidas utvikling. Likevel har vi alltid et ansvar for å behandle våre medmennesker med verdighet og respekt og reagere på urett. Vi skal aldri fortsette å gjøre noe bare fordi “vi alltid har gjort det sånn”. Lobotomi er et godt eksempel på en praksis som har vist at psykiatrien ikke bare har vært preget av progresjon, men at utviklingen både kan karakteriseres med progresjon og utfordringer. I dag brukes fortsatt en moderne form for lobotomi, kapsulotomi, blant annet i Sverige. I den sammenheng er det viktig at vi er klar over at også dagens og fremtidens behandlingsmetoder står i fare for å bli misbrukt. Åpenhet og offentlig debatt om temaet er viktig. Det bør bli slutt på at behandlingsmetoder som reiser etiske spørsmål foregår i det skjulte. Som vi har sett i denne oppgaven er tematikken om “gråsoneklientellet” og behandlingen av dem stadig dagsaktuelt.

### **Forslag til videre forskning**

Arbeidet med denne masteroppgaven har fått meg til å tenke på en rekke andre temaer som hadde vært interessant å skrive om. For eksempel hadde det vært fruktbart at noen med medi-

sinsk bakgrunn hadde sett på kildene til de lobotomerte pasientene og skrevet mer om det medisinske aspektet. I denne masteroppgaven har det medisinske aspektet kun så vidt blitt berørt. Kildematerialet har derfor et stort potensiale når det kommer til å spørre de samme kildene andre spørsmål enn jeg har gjort.

Det hadde også vært nærliggende å lage et større verk om behandlingsmetoder ved Reitgjerdet og i psykiatrien generelt, noe det også er snakk om å gjøre i prosjektet “Galskapens fengsel”. Da blir lobotomi satt inn i en større sammenheng. Dette hadde vært svært gunstig ettersom lobotomi aldri var et isolert fenomen. Lobotomi var et verktøy i en verktøykasse som også hadde mange andre redskaper. Kildematerialet ved Reitgjerdet er svært rikt og det er stor grunn til å tro at potensialet også her er stort i en generell sammenheng. Ved innsyn i et større kildemateriale hadde det vært interessant å sammenligne de lobotomerte pasientene med de pasientene som ikke ble lobotomert. I hvilken grad mottok disse pasientene andre behandlingsmetoder enn lobotomi? Kom disse pasientene fra samme klasses tilhørighet som de lobotomerte pasientene? Var det store ulikheter knyttet til innleggelsestid? Det er med andre ord mange interessante spørsmål man kan stille disse kildene.

I oppgaven har jeg skrevet om bruk av lobotomi på mannlige pasienter. Selv om det har blitt skrevet lite om mannlighet i denne oppgaven, hadde det vært spennende å forske på lobotomerte kvinner i samme periode ved et annet asyl. Gjaldt de samme motiver og resultater for kvinner i perioden? Siden lobotomipraksisen var så ulik ved de forskjellige norske asylene hadde det også vært spennende og sammenlignet kildematerialet fra Reitgjerdet med én eller flere andre norske asyler fra samme periode.

## Bibliografi

### Litteratur

- Blom, Knut. *Rapport om forholdene ved Reitgjerdet sykehus: avgitt 31. august 1980*. Oslo: s.n, 1980.
- Blomberg, Wenche. *Galskapens hus: Internering og utskilling i Norge 1550-1850*. Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
- Braslow, Joel T. *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*. California: University of California Press, 1997.
- Bremer, Johan. *Veier og villspor i psykiatrien*. Oslo: Tanum-Norli, 1982.
- Bremer, Jon. "Johan Bremer - ein uvanleg forskar i norsk psykiatri". *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 7 (2003 ): 960-963.
- Dahl, Hilde. "'Insane criminals' and the 'criminally insane': criminal asylums in Norway, 1895-1940". *History of Psychiatry*, nr. 2 (2017): 209-224.
- Dahl, Hilde, og Øyvind Thomassen. "Om sikring og farlighetserklæringer – sikkerhetspsykiatrien etableres". *Tidsskrift for strafferett*, nr. 2 (2015): 177-95.
- Dully, Howard, og Charles Fleming. *My Lobotomy: A Memoir*. New York: Crown Publishers, 2007.
- El-Hai, Jack. *The Lobotomist: A Maverick Medical Genius and His Tragic Quest to Rid the World of Mental Illness*. Hoboken, N.J.: J. Wiley, 2005.
- Ellingsen, Dag, Anette Warring, Inga Dóra Björnsdóttir. *Kvinner, krig og kjærlighet*. Oslo: Cappelen Forlag A.S, 1995.
- Evensen, Hans. *Haandbok i sindssykepleie*. Kristiania: Aschehoug, 1921.
- Evensen, Stein A., Christoph Gradmann, Øivind Larsen. "Reitgjerdet - en pasient rømte og forandret norsk psykiatri". *Michael quarterly* 7, nr. 4 (2010): 375-81.
- Foucault, Michel. *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Trondheim: Gyldendal, 1999.
- Gunby, Bjørn. *Rolv Gjessing 100 år*. Oslo: Dikemark Hospital Press, 1987.

- Haave, Per. *Ambisjon og handling: Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub, 2008.
- Isdahl, Per Johan. *Grepet om hjernen: Fra lobotomiens historie*. Oslo: Aschehoug, 1993.
- Kjeldstadli, Knut. *Fortida er ikke hva den en gang var: en innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
- Larsen, Kim. "Fra voktere til pleiere". *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, nr. 2 (2008): 179-83.
- Lauveng, Arnhild. *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Damm, 2015.
- Lien, Lars, Gitte Huus, Gunnar Morken. "Psykisk syke lever kortere". *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 3 (2015): 246-48.
- Linnestad, Paul. "Ondt skal ondt fordrive". *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 23-24 (2014): 2326-27.
- Lund, Ketil. *Utredning om lobotomi: utredning fra et utvalg nedsatt av Sosialdepartementet 20. februar 1992; avgitt 30. juni 1992*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1992.
- Mashour, George A., Erin E. Walker og Robert L. Martuza. "Psychosurgery: past, present, and future". *Brain Research Reviews* 48 (2005): 409-19.
- Moseng, Ole Georg, Erik Opsahl, Gunnar I. Pettersen og Erling Sandmo. *Norsk historie II: 1537-1814*. Oslo: Universitetsforlaget, 2012.
- Myhre, Eivind. "'De er jo også mennesker". Farlighet, avhumanisering og mannlige sinnssyke seksualforbrytere 1895-1940". *Tidsskrift for samfunnsforskning*, nr. 1 (2016): 31-59.
- Myhre, Eivind. "Farlige menn. Mannlighet, seksualforbrytelser og sinnssykdom 1895-1940". Doktorgradsavhandling, NTNU, 2016.
- Norsk rettsmuseum. *Galskapens Fengsel*. Trondheim: Norsk Rettsmuseum, 2015.
- Porter, Roy. *Madness: A Brief History*. New York: Oxford University Press, 2002.
- Riaunet, Åse. "Oppdrag, pasienter og praksiser: Kriminalasylet i Trondheim 1895-1905". Masteravhandling, Å. Riaunet, 2014.



- Schiøtz, Aina. "Legen som sakkyndig - rollen og historien". *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr. 7 (2012): 853-4.
- Scull, Andrew. *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. New Jersey: Princeton University Press, 2015.
- Solberg, Svein. *Rapport fra Reitgjerdet*. Oslo: Pax Forlag A/S, 1979.
- Thorsen, Gerd-Ragna Bloch. *Schizofreni: informasjonshefte om schizofreni for pasienter, pårørende og andre*. Stavanger: Psykiatrisk Opplysningsfond - SIR, 1989.
- Tranøy, Joar. *Lobotomi i skandinavisk psykiatri*. Oslo: Institutt for krimonologi og strafferett, 1991.
- Tranøy, Joar. *Reitgjerdet ødela mitt liv*. Oslo: Lanser Forlag, 2009.
- Vestgården, Thomas og Sigmund Aas. *Skammens historie: Den norske stats mørke sider 1814-2014*. Cappelen Damm, 2015.
- Watten, Veslemøy P.. *Epilepsi og habilitering: En håndbok for mennesker med epilepsi, deres familier og det kommunale hjelpeapparatet*. Jaren: Røysumtunet habiliteringssenter, 1998.
- Øgaard, Inger Marie Sørum. "Opprettelsen av Reitgjerdet asyl i 1923". Mastergradsavhandling, I. M. S, Øgaard, 2015.
- Øien, Vegard Jensen. "Tvang i norsk sikkerhetspsykiatri: En studie av Kriminalasylet i Trondheim 1895-1915". V. J. Øien, 2015.
- Østring, Sigrid Ressem. "Sindssyg og farlig for den offentlige orden og sikkerhet". Mastergradsavdeling, S. R. Østring, 2015.

## Trykte kilder

- Bjørklid, Ole Martin. "Brøt taushetsplikt". *Aftenposten*. 26.03.1991.
- Christie, Nils. "Inngrep i hjernen". *Aftenposten*. 18.04.1991.
- Hoff, Birgitte Fahlvik. "Lobotomi brukes igjen i Sverige". *Dagbladet*. 22.09.2000, <http://www.dagbladet.no/nyheter/lobotomi-brukes-igjen-i-sverige/65643469>

Høigård, Cecilie. “Kan vi stole på psykiatere?” *Dagbladet*. 14.05.1991.

Kringlen, Einar. “Kritikken mot psykiatrien”. *Aftenposten*. 23.05.91 1991.

“Nær 45 millioner til lobotomiofre”. *Dagbladet*. 21.04.1998.

<http://www.dagbladet.no/nyheter/naer-45-millioner-til-lobotomiofre/65452688>

Statistisk sentralbyrå. “Sinnssykehusenes virksomhet 1948 og oppgaver over offentlig forpleide sinnssyke i 1948”. Oslo, i kommisjon hos Ashehoug & co, 1950.

Statistisk sentralbyrå. “Sinnssykehusenes virksomhet 1954”. Oslo, 1957.

Tranøy, Joar. “Forvrenget overgrep”. *Dagbladet*. 10.06.1991.

## **Nettressurser**

Beard, John. “A Treatise on Madness”. Hentet 27.11.16 fra  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1952499/>

## **Oppslagsverk**

Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon. 11: Pari-Saj, 2. utg. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1994.

Medisinsk leksikon. Oslo: Cappelen, 1987.

## **Forkortelser**

SOB. RG. – St. Olavs hospital, Regional sikkerhetsavdeling, Brøset. Reitgjerdet.

## **Utrykte kilder**

SOB. RG. Lobotomiprotokoll.

SOB. RG. Matrikkel lobotomerte.

SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 268, 387, 533, 537, 558, 566, 567, 578, 652, 663, 673, 682, 833, 914, 929, 981 (603), 1082, 1131 (910), 1161, 1163, 1216 (1438), 1237, 1239, 1242, 1245, 1259, 1311 (735), 1319, 1343, 1345, 1357, 1361 (1454), 1368 (425), 1371 (1228), 1388, 1395.

## **Grafer**

Graf 1: “Omtrentlig antall lobotomerte pasienter ved norske institusjoner i perioden 1941-60”. Informasjon hentet fra: Lund, Ketil. *Utredning om lobotomi: utredning fra et utvalg nedsatt av Sosialdepartementet 20. februar 1992; avgitt 30. juni 1992*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1992.

Graf 2: “Alderfordeling av lobotomerte pasienter ved Reitgjerdet”. Informasjon hentet fra SOB. RG. Pasientjournaler.

Graf 3: “Årlig fordeling av lobotomerte pasienter ved Reitgjerdet 1948-53”. Informasjon hentet fra SOB. RG. Pasientjournaler.

Graf 4: Sektordiagram som viser hva de lobotomerte pasientene ble utskrevet som. Informasjon hentet fra SOB. RG. Pasientjournaler.

## **Bilder**

Bilde 1: Pasienttegning. Kilde: SOB. RG. Pasientjournaler, lp.nr. 663.