
Hva vi kan lære av historien om lobotomi

ESSAY

ØIVIND TORKILDSSEN

oivind.fredvik.grytten.torkildsen@helse-bergen.no

Øivind Torkildsen er professor og seksjonsleder ved Klinisk institutt 1, Universitetet i Bergen og overlege ved Nevrologisk avdeling, Haukeland universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lobotomi ble i starten regnet som et gjennombrudd i behandlingen av psykisk sykdom, og i perioden 1940–60 ble det utført omkring 3 000 lobotomier i Norge. I dag regnes behandlingen som et av de største feilstegene innen moderne medisin.

*Gentle, clever your surgeon's hands
God marks for you many golden bands
They cut so sure they serve so well
They save our souls from Eternal Hell
An artist's hands, a musician's too
Give us beauty of color and tune so true
But yours are far the most beautiful to me
They saved my mind and set my spirit free*

Lobotomipasient #68, ca. 1942

Arkivene til James W. Watts III [\(1\)](#)

Historien om lobotomi begynte ved Yale, innen eksperimentell nevroforskning. Der hadde den fremadstormende fysiologen John Farquhar Fulton (1899–1960) i 1929 blitt ansatt som Yales yngste professor, i en alder av 30 år. Under hans ledelse bygget Yale School of Medicine opp et av verdens fremste forskningslaboratorier, det første i USA med forskning på primater [\(1\)](#). Fulton var interessert i funksjonen til ulike deler av nervesystemet og etter hvert særlig hjernens frontallapper.

Apene Lucy og Becky var to av de mest kjente primatene som ble studert. Begge gjennomgikk frontal lobektomi, det vil si fjerning av frontallappene. Studiene viste at det medførte tap av en del funksjoner, blant annet ga det utfall på tester som krevde korttidshukommelse. Imidlertid var det en annen endring som fikk mer oppmerksomhet – endringen i oppførsel. Det så ut som om apene ikke lenger uroet seg over tidligere feil og ikke lenger opplevde frustrasjon når de ikke klarte eksperimentene de deltok i (1). Der apene før hadde blitt frustrerte og aggressive, virket de nå likegyldige til egne feil. For å bruke Fultons egne ord: «Det var som om apene hadde blitt med i en lykkesekt» (1).

John Fulton presenterte funnene sine i 1935 i London på den andre internasjonale nevrologikongressen. En av deltakerne på kongressen var den portugisiske nevrologen António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz (1874–1955). Moniz var en svært allsidig mann. Han hadde blant annet arbeidet som ambassadør i Spania under den første verdenskrig, representert Portugal under fredskonferansen i Versailles og vært utenriksminister. I tillegg hadde han funnet opp cerebral angiografi og to ganger blitt nominert til nobelprisen for denne oppfinnelsen. Det var imidlertid en annen oppdagelse han skulle bli berømt for.

Moniz reiste hjem fra kongressen i London overbevist om mulighetene for å overføre kunnskapen fra apene til behandling av mennesker. Han startet raskt et samarbeid med nevrokirurgen Almeida Lima, og i løpet av det neste året ble 20 pasienter operert (1, 2). De første ble behandlet med injeksjon av alkohol direkte inn i frontallappenes hvite substans, som et skleroserende medikament. Moniz utviklet deretter raskt en såkalt leukotomi, et langt instrument med stålbånd til å kutte over forbindelsene med frontallappene. Moniz og Lima rapporterte i første serie «ingen dødsfall eller alvorlige komplikasjoner.» For de 18 pasientene som ble inkludert i andre serie, alle med schizofreni, rapporterte de at tre nesten ble kurert og at to ble mye bedre. De konkluderte med at prefrontal leukotomi var en enkel, alltid sikker operasjon som var nyttig mot enkelte tilfeller av psykisk sykdom (1, 2). De skrev videre at den var mest effektiv mot depresjon og melankoli, og prosedyren fikk navnet psykokirurgi. Moniz ble belønnet for oppdagelsen av prefrontal leukotomi (lobotomi) med nobelprisen i fysiologi eller medisin i 1949.

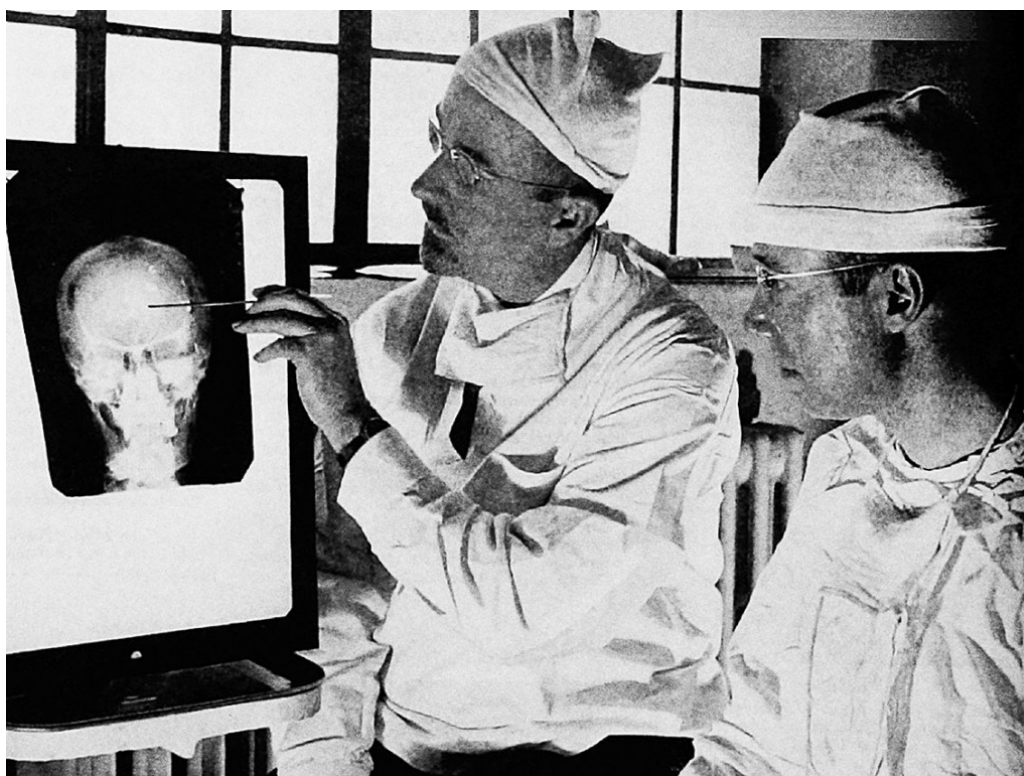
Behandlingen brer om seg

Mannen som nominerte ham til prisen, var den amerikanske nevrologen Walter Jackson Freeman II (1895–1972). Freeman var en av grunnleggerne av *American Board of psychiatry and neurology* og den virkelige pioneren som gjorde lobotomi til en anerkjent behandlingsmetode innen psykiatri. Sammen med nevrokirurgen James W. Watts (1904–94) utviklet han metoden Freeman-Watts standard prefrontale lobotomi og skrev standardverket *Psykokirurgi* (2).

I løpet av bare to måneder i 1936 utførte Freeman og Watts 20 lobotomier, og innen 1942 hadde de utført over 200 lobotomier og publisert resultatene sine. De rapporterte at 63 % ble bedre, 24 % var uten forandringer og 14 % ble verre (1, 2). En av de tidlige pasientene som ble behandlet av Freeman og Watts, var

søsteren til John F. Kennedy, Rosemary Kennedy (1918–2005), som ble lobotomert i 1941, 23 år gammel. Operasjonen var ikke vellykket. Hun ble pleietrengende resten av livet og kunne ikke lenger gå eller snakke etter inngrepet. Til tross for flere pasienter med denne typen alvorlige komplikasjoner var Freeman overbevist om at lobotomi var et stort medisinsk fremskritt. Han var imidlertid ikke fornøyd med det lave antallet pasienter som ble operert. Lobotomi krevde samarbeid med nevrokirurg og annet personale og var derfor kun tilgjengelig på større universitetssykehus. Freemans visjon var å gjøre lobotomi til en langt mer utbredt behandling (3).

Ifølge hans egne beretninger fikk han ideen til det vi i dag forbinder med lobotomi da han hogget opp isbiter til drinken sin med en ishakke. Denne teknikken fikk navnet transorbital lobotomi. Formålet var å kutte forbindelsen mellom prefrontale cortex og talamus ved å hogge et tynt kirurgisk instrument – en orbitoklast – gjennom det tynne benlaget over øyhulen og inn i hjernen. En liten hammer ble brukt til å banke instrumentet inn (figur 1). Ifølge Freeman var det ikke nødvendig med narkose eller kirurgisk kompetanse for å utføre operasjonen, strengt tatt trengte man ikke engang å være lege. Han opererte selv første pasient med transorbital lobotomi i 1946 (1). Watts var svært skeptisk til denne metoden og avsluttet samarbeidet med ham i 1947 (1, 3).



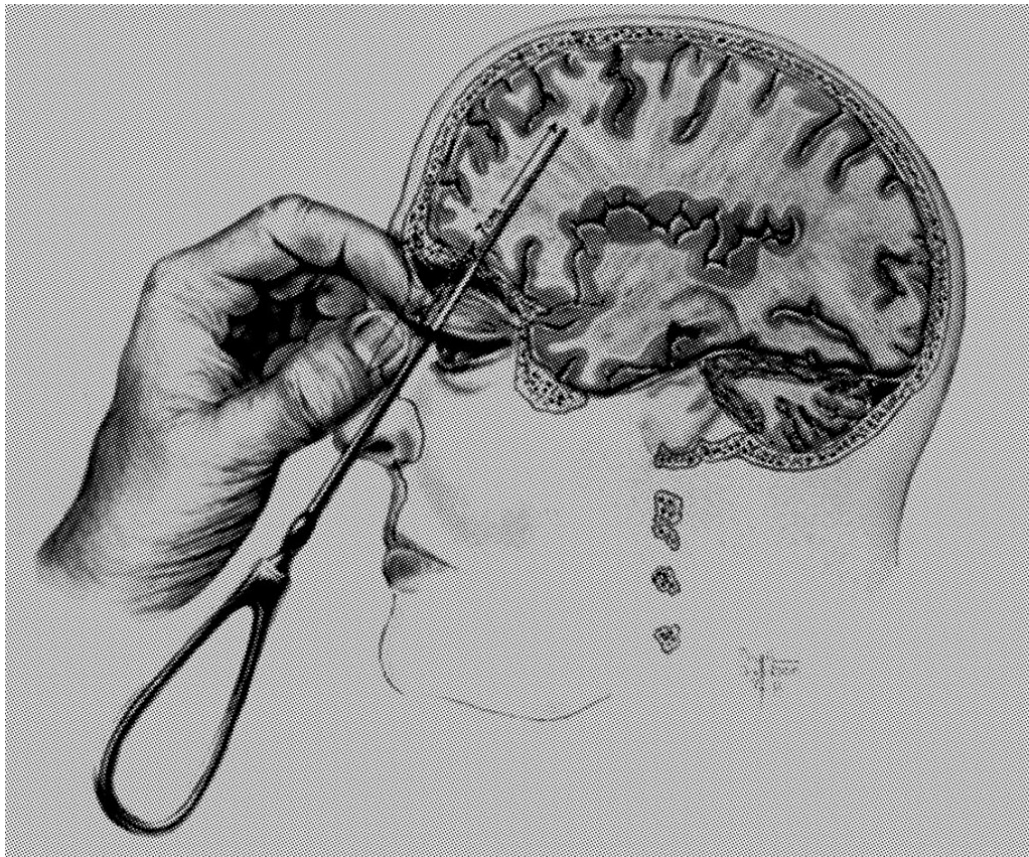
Figur 1 Dr. Walter Freeman II (t.v.), og Dr. James W. Watts studerer et røntgenbilde før en operasjon (2). Foto: Public Domain

«Til tross for at behandlingen hadde en fatalitet på 14 %, utførte Freeman 3 439 lobotomier i løpet av livet»

Introduksjonen av transorbital lobotomi førte til en stor økning av behandlingsformen. Bare i 1949 ble det utført over 5 000 lobotomier i USA (1). Freeman brukte verken hansker eller maske under prosedyren og var ikke så

nøye med sterilisering av utstyret. Dette var en av grunnene til at Watts var sterkt kritisk til Freemans prosedyrer. Til tross for at behandlingen hadde en fatalitet på 14 %, utførte Freeman 3 439 lobotomier i løpet av livet, den siste i 1967 (1).

Lobotomi ble ikke regnet som en kur for en bestemt sykdom, men som en måte å redusere symptomer på. Den var i starten regnet som en siste utvei for pasienter som ikke responderte på annen behandling. Akkurat som diagnosekriteriene kunne variere, var heller ikke indikasjonene klart fastlagte. De første pasientene som ble operert, var diagnostisert med schizofreni, men operasjonen ble også noen ganger utført som siste utvei for sykdommer som ble oppfattet som psykosomatiske, som magesår og ulcerøs kolitt (4). Freeman så særlig ut til å rapportere positive resultater hos pasienter som vi i dag kanskje ville gitt diagnosen tvangslidelse (figur 2), men også palliativ behandling kunne være et aktuelt terapiområde (figur 3).



Figur 2 Tegning fra boken «Psychosurgery» av Freeman and Watts, 1950, som viser hvordan prefrontal lobotomy ble utført (2). Faksimile

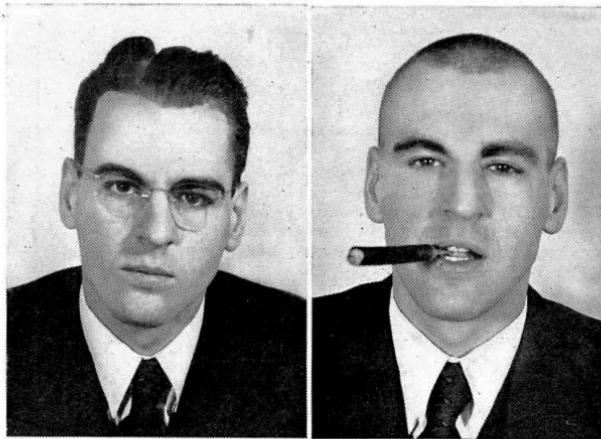


Figure 71. Case 123. March 31, 1942, before operation. Perplexed, unable to solve the simplest problem.

Figure 72. Case 123. Ten days after operation. He was no longer troubled by his obsessions, and seemed rather pleased with himself.

Figur 3 Typisk pasienthistorie i boken «Psychosurgery» av Freeman and Watts, 1950 (2). Faksimile

Freeman mente selv at behandlingen kunne stabilisere personligheten og lindre sterke følelser. Han betraktet psykose som et resultat av for mye selvrefleksjon, tanker som sirkulerte frem og tilbake i hjernen. Han så for seg at man kunne stoppe denne endeløse sirkelen av vonde tanker med bokstavelig talt å kutte fibre over. Mange av de opererte pasientene sluttet å uroe seg for ting og fremsto mer som barn. Det ble senere rapportert at mange også ble apatiske, passive, uten initiativ og uten evne til konsentrasjon eller emosjonell respons (1).

Motstemmer og økende kritikk

På 1940- og 50-tallet var det svært sterke motstemmer mot lobotomi som behandling, både i USA og i andre land. Sovjetunionen gikk lengst i kritikken og forbød lobotomi fullstendig i 1950, med begrunnelsen om at behandlingen var inhuman (3). På 1950-tallet ble nevroleptika introdusert i psykiatrien, og lobotomi ble i økende grad fremstilt som en inhuman og undertrykkende behandling. Allerede i 1946 gav Robert Penn Warren (1905–89) ut den Pulitzerprisvinnende boken *Alle kongens menn*, der lobotomi blir fremstilt som en barbarisk behandling. Tidsskrift for Den norske legeforening var også ganske kritisk til lobotomi og omtalte i 1959 behandlingsformen som et inngrep som bar preg av «tilfeldighet, kritikkløshet og mangel på neurofysiologisk og neuroanatomisk faglig innsikt» (5).

I skjønnlitteraturen ut over på 1950- og 60-tallet kom det frem økende kritikk mot behandlingsmetoden. Tennessee Williams (1911–83) beskrev i stykket *Suddenly, Last Summer* (1958) en matriark som ønsket å få lobotomert niesen sin for å hindre henne fra å røpe at sønnen var homofil. Da hun blir fortalt at en lobotomi ikke nødvendigvis vil hindre niesen i å fortelle det, svarer hun: «Det er kanskje sant, men hvem vil tro på henne etter operasjonen?». I det kjente verket *Gjøkeredet* av Ken Kesey (1935–2001) fremstilles lobotomi som en

behandlingsform som fullstendig ødelegger personlighet og fri vilje. Det er sannsynlig at de skjønnlitterære fremstillingene av lobotomi var sterkt medvirkende til at mediene og befolkningens syn på behandlingen endret seg.

Hvorfor så utbredt?

Tiden etter den annen verdenskrig var preget av svært mange med alvorlige psykiske sykdommer og mangel på gode behandlingstilbud. Andre deler av medisinen hadde sett nesten mirakuløse gjennombrudd, som antibiotika, og lobotomi ble i starten portrettert som et liknende gjennombrudd, særlig i angloamerikanske og skandinaviske medier (6, 7) (figur 4).

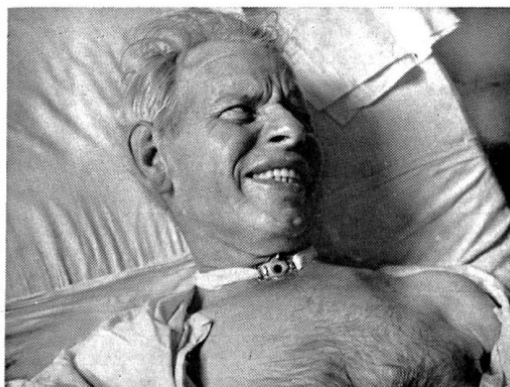


Figure 120. Case 490. April 29, 1947. Carcinoma of larynx with metastasis to brachial plexus. Agonizing pain and respiratory distress.



Figure 121. Case 490. Five days after lobotomy. Carcinoma was advancing but distress cleared up. Death occurred one month after operation.

Figur 4 Lobotomi brukt som palliasjon, «Psychosurgery» av Freeman and Watts, 1950 (2). Faksimile

Mye av den store utbredelsen ser ut til å bunne i Freemans karisma og evne til å begeistre publikum og nyhetsmedier. En komparativ analyse av hans publikasjoner viser også at han og Watts gav en overveldende positiv omtale av effekten av behandlingen og sterkt underkommuniserte bieffektene (7).

«Mye av den store utbredelsen ser ut til å bunne i Freemans karisma og evne til å begeistre publikum og nyhetsmedier»

Behandlingsmetoden ble introdusert på 1940–50-tallet til tross for lite forskning på dens effekter (8). Mange av de som ble vitne til de første operasjonene, ble likevel overbeviste om at lobotomi reduserte lidelse og at den hadde en nesten mirakuløs effekt hos enkelte pasienter.

Et av psykiatriens problemer var at man ikke hadde noen objektive mål for behandlingseffekt, og på de målene man hadde, kom lobotomi godt ut. Pasientenes IQ så for eksempel ut til å være uforandret, og mange pasienter trengte mindre tvangstiltak og var ikke så utagerende etter behandlingen (1). Derfor ble lobotomi, som vi nå regner som barbarisk, sett på som et humanistisk gjennombrudd.

Når man har tro på en behandling, vil det alltid være en fare for at man bevisst eller ubevisst blir preget av interessemotsetninger, særlig dersom resultatene har økonomisk eller prestisjemessig betydning. Behandlingen ble løftet frem av svært karismatiske opinionsdannere, med god tilgang til media (8). Freeman var en svært idealistisk og karismatisk lege, og hadde sterk tro på behandlingen sin, selv etter at den kom i vanry (1).

Lobotomi har i ettertid blitt sett på som et av de største feiltrinnene i moderne medisin, og tildelingen av nobelprisen til Moniz blir beskrevet som en skamplett i prisens historie. Imidlertid har historien om hvordan lobotomi gikk fra å være eksperimentell til standard behandling mye til felles med hvordan andre medisinske revolusjoner utviklet seg. På den tiden var det særlig mindre utagering og mulighet til å overføre pasienter fra asylene til egne bosteder som ble regnet som suksesskriterier (1, 2).

Helter og skurker i medisinen

Om en medisinsk behandling er nødvendig og verdt risikoen, vurderes avhengig av historiske forhold. Det er enkelt å bortforklare lobotomipraksisen med dårlig dømmekraft fra datidens leger. Det er imidlertid viktig å huske på at de som stod bak metoden, var drevet av idealisme og en sterk tro på at de lindret lidelse med behandlingen sin. En av grunnene til at Freemans rapporter om effekt og bivirkninger i dag virker så anekdotiske og uvitenskapelige (9), er at selve begrepet om hva som var valid vitenskapelig rapportering, har endret seg (1). At lobotomi virker som en så merkelig og barbarisk behandling i dag, er en indikasjon på at verden i seg selv har forandret seg dramatisk siden 1950-tallet.

«Hvem som blir stående som helter og skurker i historien om medisinsk innovasjon, vil avhenge av samfunnets narrativ rundt en behandling»

Som leger og forskere er vi ikke bare dyktige eller inkompetente, men også heldige eller uheldige. Hvem som blir stående som helter og skurker i historien om medisinsk innovasjon, vil avhenge av samfunnets narrativ rundt en behandling. Freeman var hele livet overbevist om den positive effekten av lobotomi, og han gav ikke opp forsøkene på å overbevise omverdenen om nytten. Ut over på 1960-tallet møtte han på psykiatrickongresser med skobokser fulle av julekort sendt til ham fra takknemlige lobotomipasienter og deres pårørende, og tømte dem ut foran skeptiske kollegaer (1). Men ingen hørte på ham lenger.

Fortid og fremtid

En lege vil alltid måtte avgjøre om tiden er inne for å gjøre et siste heroisk forsøk på ny behandling hos en pasient der alle standardbehandlinger er forsøkt, med risiko for å få kritikk enten vi behandler eller lar være. Hva som regnes som en effektiv terapi, vil både være preget av tiden man lever i og hvordan effekten evalueres. I et kjent foredrag i 1941 spurte Clarence Charles Burlingame (1885–1950), en av de ledende psykiaterne på den tiden (1): «Bruker vi disse (behandlingene) som våre forgjengere brukte igler og årelating? Vil vi, i øynene på de som kommer etter oss bli betraktet som brukere av dumme, rare og rå metoder? Vil de tenke på oss som ikke bedre enn kvakksalvere?»

Dersom man skal trekke en advarsel ut av historien, er det følgende: Det er enkelt å bortforklare tidligere tiders behandling med dårlig dømmekraft. Men heller ikke i dag vil vi klare å fri oss fra samfunnet og rammeverkene vi arbeider under. Historien om lobotomi som behandling kan lære oss at vi bør være ydmyke. Vi kan aldri kan være helt sikre på hva som i fremtiden vil bli stående som et gjennombrudd og hva som blir betraktet som et stort feiltrinn.

REFERENCES

1. Pressman JD. Last Resort. Psychosurgery and the limits of medicine. Cambridge: Cambridge Press, 1998.
2. Freeman W, Watts JW. Psychosurgery. 2. utg. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1950.
3. Stone JL. Dr. Gottlieb Burckhardt—the pioneer of psychosurgery. J Hist Neurosci 2001; 10: 79–92. [PubMed][CrossRef]
4. Terrier LM, Lévêque M, Amelot A. Brain Lobotomy: A Historical and Moral Dilemma with No Alternative? World Neurosurg 2019; 132: 211–8. [PubMed][CrossRef]
5. Frontal leukotomi for sinnslidelser – en avsluttet epoke. Tidsskr Nor Lægeforen 1959; 79: 406–7.
6. Diefenbach GJ, Diefenbach D, Baumeister A et al. Portrayal of lobotomy in the popular press: 1935-1960. J Hist Neurosci 1999; 8: 60–9. [PubMed][CrossRef]
7. Ogren K. Portrayals of lobotomy in American and Swedish media. Prog Brain Res 2013; 206: 201–17. [PubMed][CrossRef]
8. Afkhami AA, Fatollahi JJ, Peace A et al. Spinning lobotomy: A conventional content analysis of articles by the pioneers of the procedure in the United States. SSM Mental Health 2022; 2: 100123. [CrossRef]

9. Freeman W. Frontal lobotomy in early schizophrenia. Long follow-up in 415 cases. Br J Psychiatry 1971; 119: 621–4. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 12. desember 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0505

Mottatt 5.8.2022, første revisjon innsendt 13.9.2022, godkjent 11.10.2022.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 5. februar 2026.