

Sprengningen av de lukkede rom – «lobotomisaken» som eksempel

Joar Tranøy
Forskar og psykolog

Joar Tranøy har nedlagt et stort arbeid over mange år for å skape debatt om brudd på menneskerettigheter innen psykisk helsevern. Tidsskriftet har spurt ham om bakgrunnen for hans sterke engasjement og mer generelt: Hva skal til for å nå frem og utvikle handlingskompetanse i et slikt påvirkningsarbeid?

Innledning

Hvordan kan en psykolog eller forsker formidle informasjon om overgrep innen psykisk helsevern til offentligheten, og hvordan oppnå debatt om skadelig psykiatrisk behandling? På hvilken måte er det mulig å arbeide for ytringsfrihet og menneskerettigheter for mennesker som er i psykiatriens vold? Slike spørsmål har engasjert meg i flere år. Engasjementet omfattet støtte til Arnold Juklerød, avsløringer av norsk lobotomipraksis (spesielt ved Gaustad sykehus), oppreisning til lobotomiofre, som fikk en slags oppreisning i 1996 da Stortinget vedtok billighetserstatning, erstatning til utsatte for psykiatrisk LSD-behandling, oppreisning for det reisende folk (tatere) som var utsatt for sterilisering, kastrasjon og lobotomi, bekjempelse av kjemisk lobotomering med nevroleptika og medisinerings av barn og ungdoms utfordrende atferd. Mye av min jobb har vært å grave i «gammel møkk», ikke bare for å finne skjelettene i skapet, men for å utfordre dagens psykiatri, samfunnsborgere og politikere til å ta oppgjør med den medisinske psykiatris degradering av mennesker.

Du skal ikke tåle urett

Engasjement mitt er en form for *anti-autoritær humanisme* basert på teoretiske refleksjoner knyttet til institusjonserfaringer fra det usynlige Norge: i sentralinstitusjon for mennesker med psykisk utviklingshemning, sykehjem, ungdomshjem, Norsk Misjon blant Hjemløse, fengsler og sist, men ikke minst, min praktikantperiode på Gaustad sykehus. Avgjørende her var møtet med Arnold Juklerød. Jeg var på sykehuset som avsluttende student i hovedpraksis ved embetsstudiet i psykologi 1989–1990. Sykehuset forsøkte å hindre besøkende kontakt med Juklerød. Forbudet var absolutt. Jeg ble blant annet nektet kontakt med ham i fritida (jeg bodde like ved sykehuset), og forbudet inkluderte min sønn på to og et halvt år. Praksisstudenter fikk ordre om å holde seg unna «kverulanten». Sykehusets informasjonskontroll gjorde sitt til at jeg bare tok mer kontakt med Juklerød – et samarbeid og vennskap utviklet seg. Møtet med ham rørte ved min grunnholdning: *Du skal ikke tåle så inderlig vel den urett som ikke rammer deg selv.*

Min oppvekst i Trondheim lærte meg også å kjenne baksiden av samfunnets normaliserende myndigheter (psykiatri, fengsel og barnevern). Reitgjerdetsaken opptok meg sterkt mens jeg studerte psykologi grunnfag. Jeg bodde ikke langt unna sykehuset, og barndoms miljøets forestillinger om farlige Reitgjerdetpasienter ble satt på prøve. Svein Solbergs sivile ulydighetsaksjon og litt seinere Reidar Larsens reformer på sykehuset gjorde mektig inntrykk. Jeg ble vitne til at langtidsinnesperrede pasienter fikk utgang. En av de «løslatte» fikk jeg kontakt med. Mannen var overført til Reitgjerdet

«frivillig» fra et landsfengsel. Han trodde han skulle få en bedre tilværelse med psykiatrisk behandling. Der tok han feil. Før Larsen ble sjef på sykehuset var han neddopet (på Nozinan) og fastspent til senga på døgnbasis, angivelig fordi han representerte rømningsfare.

Mitt grunnfagsstudium i psykologi var preget av samfunnsengasjerte foreleserne (blant annet Arne Vikan) som oppmuntret studentene til å tenke selv. Samme holdning møtte jeg hos enkelte forelesere på kristendom grunnfag og mellomfag på Dragvoll. I sosialetikk som var del av min mellomfagseksamen i kristendom, oppdaget jeg filosofen Hans Skjervheims *grunnlagskritikk* av positivismen i menneskevitenskapene. På sosiologi og psykologi var Skjervheims bidrag mest omtalt som en parentes. I kristendomsfaget var hans grunnleggende refleksjon over de såkalte menneskevitenskapene gitt en verdig plass. Til psykologi hovedfag (cand.polit.) skrev jeg et essay basert på Skjervheims dialektiske humanistiske filosofi og fikk god respons. På embetsstudiet i psykologi ble slike problemstillinger bryskt avvist av en «kjendisprofessor» som spurte meg om hva menneskesyn hadde med psykologi å gjøre!

Blodbadet på Gaustad

Kriminologistudier og idehistoriske studier i Foucault, med magistergradsavhandling om Norsk misjon blant hjemløse og Skjervheimstudier, ga ideologisk og faglig vaksinasjon mot psykiatriens diagnostiske kultur. Samarbeidet med Juklerød inspirerte til lobotomiforskning: omfang lobotomerte, antall døde og på hvilket grunnlag de ble operert. Juklerød visste mye om «blodbadet» på Gaustad. Han refererte til gamle pleiere som hadde fortalt han om «pasienter døde som fluer under lobotomikniven» («nå har'n Thorkildsen rota i fylla igjen.»).

Samme år ble jeg kjent med Mads Nikolai Berge som ble en pioner for lobotomiofrene fra psykiatrien. Mads Berge stod fram offentlig i media i 1988 med billighetserstatningssøksmål. Berges krav om oppreisning ble avvist. Helsedirektoratet begrunnet sin avvisning til Justiskomiteen med: «Lobotomi var en akseptert behandlingsmetode i Norge og ellers i verden på det tidspunkt det ble utført. Inngrepet ble den gang ansett for å være forsvarlig ut fra den kunnskapen som fantes på området».

Helsedirektorates avvisning og Juklerøds påstander om utstrakt lobotomi på Gaustad sykehuset tente min nygjerrighet, og det var skjellig grunn til mistanke. «Ingen vits å kartlegge omfang av lobotomier i norsk psykiatri,» uttalte fagkonsulent i Helsedirektoratet (samme konsulent som førte i pennen avvisningen til Berges krav). «Det er som å lete etter en nål i høystakk.» Bedre var det ikke med det såkalte psykiatriske fagmiljøet: Gaustad sykehus oppga sitt omfang av lobotomerte til 227, Nils Retterstøl karakteriserte lobotomi som en parentes i norsk psykiatris historie, styremedlemmer i Norsk Psykiatrisk Forening mente totalantallet var 800 og at lobotomi tok slutt etter fire år, en tidligere overlege ved Lier oppga 8–10 opererte ved sitt sykehus.

Kampen om definisjonsmakten

Høsten 1989 gjennomgikk jeg på Statistisk sentralbyrås oversikt over sinnssykehusenes årsberetninger fra 1941–1959. Tallene fra de offisielle årsberetningene viste et helt annet bilde enn det som det lukkede psykiatriske fagmiljøet motstrebende hadde gitt: totalt nærmere 2500 lobotomerte, antallet på Gaustad var minimum 426, på Lier 373. Mot denne bakgrunnen kan man forstå min utgivelse av stensilen *Forfalskningen av lobotomiens historie på Gaustad sykehus* (1990). Med sin bevisst sterke språkdrakt og navn på lobotomileger dannet stensilen grunnlaget for et stort oppslag i Dagbladet om

lobotomiomfang og høy dødelighet på Gaustad sykehus (for eksempel at 18 av de 35 første lobotomerte kvinner døde umiddelbart etter inngrepet).

Offentligheten fikk nå vite at omfanget av lobotomi i norsk psykiatri var stort, og at det var høy dødelighet etter inngrepene på Gaustad sykehus. Reaksjonen uteble ikke. Min påbegynte doktorgradsavhandling med innsynstillatelse til lobotomertes journaler ble stoppet. Stensilen ble underlagt gransking vedtatt av universitetets akademiske kollegium etter utspill fra Instituttgruppe for psykiatri, Universitet i Oslo. Det lukkede rommet var endelig sprengt. Kampen om definisjonsmakten var i gang. Psykiatrien som profesjon var utfordret, og psykiaternes monolog over de gale var røkket. Bevegelser ble dannet: organisering av grupper, spesielt lobotomioverlevendes støttegruppe med dens leder Mary Lehne, politiske støttespillere, spesielt Erling Folkvord, og mediedekningen, førte til departemental gransking med sluttrapport i 1992 og billighetserstatnings-vedtak på stortinget høsten 1996. Den polemiske stensilen og samarbeidet med Dagbladjournalisten skapte et nytt gjennombrudd for åpningen av det lukkede rom etter Mads Berges tidligere utspill.

Aksjonsforskning

Eksemplet viser etter min mening at det finnes tilfeller der det er nødvendig å gå utenom vanlige tjenesteveg for å kunne nå fram om urettmessige forhold og overgrep. Avgjørende er solid dokumentasjon og pålitelig støtte innen media. Jeg prøvde å ta opp lobotomeringsspørsmålet med faglig overordnede ved sykehuset. Reaksjonen var enten fortielse eller uformell påpakning – «rører du bort i dette så får du ikke godkjent din hovedpraksis». Handlingskompetansen utvikles gjennom systeminnsikt og bevissthet om egen rolle som aksjonsforsker, der det overordnede er diskusjon, ny erkjennelse og forandring med formål om å bøte på eller bekjempe urett. I forskningen (for eksempel på «bivirkninger» av nevroleptika), bør lojalitet med de svakeste ofrene være det viktigste. Hensikten er ikke primært å bekrefte eller støtte den autoritative parts «sannhet», men kritisk rasjonalitet – å frigjøre stemmene til den undertrykte part.

Det er viktig å bryte ekspertenes språk- og definisjonsmakt, eksempel: «medisiner» om nevroleptika, «sykdom» om psykiske problemer og utfordrende atferd, «pasient» om «brukere», «overlevende fra psykiatrien» og «ofre». Det er ikke snakk om hvem som skal ha rett, men heller hvem som skal eie retten til selv å definere virkeligheten. «Virkeligheten» er ikke den samme for overlegen, sykepleieren, hjelpepleieren og den tvangsinnlagte. Oppfatninger om virkeligheten er ikke ensbetydende med en elites definisjon – for eksempel om at lobotomi var en parentes i psykiatrien. Oppfatninger om virkeligheten må brytes og dannes gjennom sosiale interaksjoner og konstruksjoner. Den psykiatriske profesjon utmerker seg ikke i forhold til åpenhet og dialog med kritikere. Den psykiatriske maktelite ignorerer kritikk ved å unngå å delta i en åpen debatt om egen virksomhet. Ytringsfrihet er ikke et selvsagt gode vedtatt av politiske myndigheter, men en menneskerettighet som det må kjempes for.