

Psykiatrisk-psykologiske behandlingsmetoder av kriminologisk interesse.

Av cand. psychol. RAGNAR CHRISTENSEN.

Fra: Gaustad sykehus, Vinderen. Sjef: professor, dr. med. Ø. Ødegård.

Både i historiske oversikter over de psykiatriske behandlingsmetoder, og i monografier som vurderer de enkelte psykiatriske terapiformer, er det enighet om at psykiaterne ofte har hatt en tendens til å nytte drastiske metoder. (1, 6) Dette henger naturligvis sammen med at mange av sinnslidelsene har vist seg massive, — vanskelig tilgjengelige for behandling og skjebnesvangre både for pasientene og deres nærmeste. Disse syke og deres problemer representerer en daglig utfordring til alle dem som arbeider med sjelelig syke mennesker. Dette kan i noen grad forklare hvorfor fagfolkene er villig til å prøve nye og dristige metoder. Ved enkelte av de psykiatrisk-psykologiske behandlingsmetoder tilsikter man en personlighetsforandring hos pasienten. Dels stiller man seg det ærgjerrige mål ved hjelp av psykologiske metoder å løse de konflikter som er årsaken til de patologiske symptomer, og ved en omformning av karakteren å skape mer tilpasningsdyktighet, — dels håper man å forandre pasientenes personlighet slik at de lettere kan tåle sin sykdom.

I det følgende skal vi se på to helt forskjellige behandlingsmetoder, nemlig på den ene siden visse former av psykoterapi, og på den annen side en utpreget somatisk behandlingsmetode, nemlig den prefrontale lobotomi. Erfaringen har vist at begge behandlingsmetoder ikke bare kan føre til personlighetsforandringer, — men at disse kan anta en uheldig form, og leilighetsvis føre til asosiale handlinger. La det være understreket at disse tilfellene er sjeldne og derfor av betinget praktisk kriminologisk betydning. Når de likevel omtales, så er det fordi det må sies å være av teoretisk interesse å se hvilke kriminogene faktorer som har vært virksomme. Vi tar til med to tilfelle av ondartet ungdomskriminalitet. Under disse sakers behandling kom det frem at de to forbrytere hadde vært i psykoterapeutisk behandling en tid før de mest grove kriminelle handlinger ble utført. Særlig i det ene tilfellet ble det antydnet en kausal sammenheng mellom den behandling som var gjennomgått, og enkelte av de forbryterske handlinger. Fra statsadvokatens side ble det i prosedyren pekt på de uheldige følger denne type psykoterapi kunne ha, det ble påvist at kriminaliteten iallfall fikk et mer ondartet preg etter at de to ungdommer hadde gjennomgått forskjellige former for psykoterapi, og det ble reist spørsmål om det var forsvarlig

å foreta en slik behandling utenfor anstalt. La oss se litt på de to tilfellene det gjelder og drøfte endel av de problemer som reiser seg i denne forbindelse.

*) *Tilfelle I.* 19 år gammel på gjerningstiden. Ikke sinnslidelser i slekten. Hård fødsel, men ikke komplikasjoner. Normal utvikling til 3 års alder. Otitt og talefeil som følge av morbilli. Vanskelig familiesituasjon i barndommen, — uttalt miljøskade. Fra pubertetsalderen ustadig i arbeid, labilt følelsesliv, voldsom og tildels brutal mot de nærmeste. Fra 15 års alder støtteterapi og gruppevirksomhet. I 18 års alder forværring, schizofrenisuspekterte symptomer, — innleggelse i sinnssykehus hvor han fikk insulin-komabehandling. Etter utskrivningen fortsatt gruppevirksomhet ved siden av lønnet arbeid. Ble etter hvert noe friere og i bedre kontakt, men fremdeles uten nære venner eller venninner. I 1956 satt under tiltale og dømt for tyveri og grove ran. I den forbindelse rettspsykiatrisk observert. De sakkynndige oppfattet tilstanden som en følge av massiv miljøskade og betegnet ham derfor som varig svekket. I premissene fremhever de hans følelseskulde og manglende etiske vurderingsevne.

Tilfelle II. 17 år gammel på gjerningstiden. Moster behandlet for psykose. Endel abusus alc. i farens familie. Pasienten født til normal tid uten komplikasjoner. Spisevansker fra 6 mndrs. alder. Atskillige problemer med renslighetsoppdragelsen. Tildels protestbetinget urenslighet til 9 års alder. Som barn utpreget engstelig, passiv i lek, sjalu overfor broren. Henvist til psykiatrisk-psykologisk undersøkning i forbindelse med tyveri o. l. i skolen 9 år gammel. Var flink på skolen, men viste konsentrasjonsvansker, ustabil følelsesliv og livlig, makaber fantasi. Tilstanden ble oppfattet som en miljøskade. 5 år senere ny undersøkelse etter morens initiativ p. g. a. guttens særpregede fantasiliv. Foreldrene slitne p. g. a. guttens problemer.

Støtteterapi og gruppevirksomhet ble instituert. Pasienten viste senere tendens til psykotiske reaksjoner ved terapeutisk pågang utover den rent støttende. En søkte å ordne hans praktiske problemer, ga ham fortsatt individuell støtteterapi, og lot ham delta i klubb- og gruppevirksomhet. Da denne virksomhet ble avbrutt sommeren 1955 på grunn av ferier, foretok pasienten to ildspåsettelse med samlet skade for over 30.000,— kr. En fant ved den rettspsykiatriske undersøkning at han hadde mangelfullt utviklede sjelsevner.

Han ble dømt til sikring i 5 år.

I forbindelse med disse to tilfellene og i diskusjonen som fulgte etter sakens behandling, ble det rettet endel kritikk mot de behandlende instanser. Det ble antydnet at denne psykoterapi var en form for eksperimentering med syke mennesker, og det ble også nevnt at behandlingen sannsynligvis hadde ført til et

*) Av diskresjonsgrunner må sykehistoriene ikke omtales utenfor fagpressen.

gjennombrudd av aggressive og asosiale impulser, særlig i det første tilfellet. Etter min mening skyter den første del av denne kritikk over målet. Det har ikke foregått noe eksperiment i vanlig forstand, men behandlingen har hatt karakteren av et forsøk fordi det dreiet seg om særlig vanskelige tilfeller hvor man ikke kunne være sikker på utfallet, og hvor terapeutene var fullt klar over dette.Psykoanalysen står ikke her i noen særstilling, idet også andre behandlingsmetoder settes igang forsøksvis ut fra en foreløpig analyse av pasientens personlighet og symptomer. I et komplisert tilstandsbilde kan det f. eks. synes som om den depressive komponent er den viktigste, og på dette grunnlag gir en pasienten sjokkbehandling. Senere viser det seg kanskje at man overvurderte den depressive faktor, og at denne viste seg å være et sekundært symptom, og at grunntilstanden ikke lot seg påvirke av sjokk.

Viktigere er problemet med eventuelt gjennombrudd av aggressive og asosiale impulser. Før vi imidlertid tar til med drøftingen av dette emnet, turde det være viktig å nevne endel momenter når det gjelder vurdering av de psykoanalytiske behandlingsmetoder overhodet. Jeg tror det er riktig at en gjør det klart for seg hvilket utgangspunkt en har ved denne vurdering. En kan da hensiktsmessig dele disse inn i tre grupper:

- I) De psykoanalytiske metoder som livsanskuelse.
- II a) De analytiske metoders verdi som vitenskapelig forskningsmetode, — til f. eks. avdekking av ubevisste motiver, infantile konflikter m. m.
- II b) I hvilken utstrekning har disse metoder gitt resultater som flertallet av fagfolk er enige om kan integreres i den generelle psykologi?
- III) De psykoanalytiske metoders verdi som terapi.

I denne sammenheng skal vi ikke nytte mange ord på psykoanalysen som livsanskuelse. Som alle slike er den gjenstand for tro og har derfor mindre interesse i denne forbindelse. Fordi psykoanalysen for noen er blitt selve grunnlaget for deres livsinnstilling, så er de også ofte massivt følelsesmessig engasjert i den. En diskusjon med en representant for den troende gruppe vil svært ofte bli affektivt preget og mindre givende fra rasjonelt synspunkt.

De fleste psykiatere og psykologer vil i dag svare bekreftende på de spørsmål som er reist under punkt II a og b. Alle klinikere vil hevde at de forskjellige former for psykoanalytiske metoder, fra de mer ortodokse freudske med fri assosiasjon og drømmetydning, til de mer radikale typer som karakteranalyse og vegetoterapi ad modum Reich, kan skape større klarhet over pasientens ubevisste motiver. I noen grad kan de også bidra til å kaste lys

over dynamikken bak pasientens nevrotiske reaksjoner. Videre vil de fleste være av den oppfatning at vårt kjennskap til personlighetens utvikling og sjellelivets dynamikk overhodet er blitt meget beriket ved analytisk forskning. Begreper som fortrenkning, rasjonalisering, sublimering, kompensering og projeksjon er idag psykologisk allemannseie, og blir av de fleste oppfattet som fruktbare begreper til karakterisering av menneskelig atferd. Det vil være mer uenighet om hvor mye psykoanalysen har bidratt til forklaringen av personlighetens utvikling. Den analytisk orienterte vil vel der være tilbøyelig til å integrere mer i den generelle psykologi, enn en som stiller seg mer kritisk (4).

Når det gjelder problemet nevnt under III, psykoanalysen som terapi, står som kjent meningene skarpt mot hverandre. Motstandere av analysen hevder at behandlingens teoretiske grunnlag er svakt og spekulativt, og at det er foretatt altfor få systematiske etterundersøkelser. (5) Endel analytikere fremhever på sin side de betydelige vansker som er forbundet med slike etterundersøkelser. Få har tatt opp utfordringen og etterundersøkt sine pasienter. H. Schjelderups avhandling kan derfor betegnes som et pionerarbeid (3). Det er de færreste som idag helt vil avvise analysens betydning som terapi, men mange vil stille strenge krav til indikasjonen for denne inngripende behandling. De fleste vil hevde at de pasienter som skal kunne ha nytte av psykoanalyse må være forholdsvis velintegrerte personligheter, — og de ytre forhold må ligge noenlunde til rette for behandlingen. Pasienter med psykopatiske og psykotiske trekk som mangler evnen til å mobilisere intellektuell kontroll over sine primitive impulser og behov, vil i de fleste tilfelle være relativt lite egnet til en slik behandlingsform. Dette er pasienter som i den analytiske terminologi har liten „jag-styrke“. Deres evne til realitetsprøvende kontroll er dårlig, — og de har vansker med å identifisere seg med andre på et voksent, modent plan. Disse pasienter representerer et overordentlig vanskelig terapeutisk problem.

De fleste klinikere mener at psykoanalysen i den første fasen representerer en belastning for pasienten. I denne periode vil endel ubevisste motiver komme frem, og det er en vanlig klinisk erfaring at det kreves en viss personlighetsutrustning for å kunne mestre de problemer som dukker opp. Hvis jeget er dårlig utviklet, eller hvis den hemmende og kontrollerende instans er svekket, så vil det kunne lede til katastrofepregede reaksjoner, f. eks. et gjennombrudd av asosiale impulser. I de to omtalte tilfelle var terapeutene helt på det rene med at det her dreiet seg om massive personlighetsskader hvor prognosen var høyst tvilsom. I begge tilfelle er det gitt uttrykk for at pasientene ikke egner seg særlig godt for psykoanalytisk behandling. Det ble derfor innstiuert en form for terapi som kalles støtteterapi. Det er litt vanskelig helt å få klarlagt hva denne form for behandling egentlig inne-

bærer, men det synes som om man med støtteterapi søker å hjelpe pasienten rent praktisk i den sosiale situasjonen — m. a. o. skape en slags plattform for terapeutiske tiltak, videre vil en ved individuelle samtaler med pasienten og ved gruppevirksomhet forsøke å styrke hans jeg, øke hans hemninger og kontroll — kort sagt ved mer pedagogiske tiltak forsøke å gjøre ham til et mer sosialt individ.

Ved enhver form for psykoterapi vil det hos pasienten i perioder oppstå en positiv eller negativ bindning til terapeuten. (2) Denne kan i form av overføring utnyttes behandlingsmessig, og er i visse former for analyse en meget vesentlig del av terapien. De fleste regner med at slik bindning er betydelig mindre ved den s. k. støtteterapi, men selv ved slike samtaler hvor en beskjeftiger seg med praktiske og tildels overfladiske problemer, vil binding kunne oppstå. Vi ser i vanlig psykiatrisk arbeid at det lett kan oppstå problemer i denne sammenheng, og samtalene med pasientene på et sinnssykehus vil oftest av praktiske grunner neppe være så hyppige og — en kunne kanskje si — personlig preget som tilfellet er ved støtteterapi. For den gruppe det her gjelder kan et plutselig brudd i kontakten mellom pasient og terapeut lede til en følelse av forlatthet og håpløshet som i sin tur kan føre til katastrofereaksjoner. Dette er således tilfelle med kasus nr. II. Terapien måtte naturligvis få et avbrudd i ferietiden, og det førte raskt til impulsive handlinger av primitiv, aggressiv karakter.

Når det gjelder kasus I er sammenhengen mellom de kriminelle handlinger og den behandling han har fått, mer tvilsom. Det er tydelig samvariasjon i tid mellom mer ondartet form for kriminalitet og støtteterapien, men en må vel her vokte seg for resonnement av typen „post hoc, ergo propter hoc“. Det synes imidlertid som om støtteterapi som drives individuelt nok kan få en mer inngripende karakter enn egentlig tilsiktet, og på den måten avdekke konflikter og impulser hos pasienten som denne ikke har forutsetninger for å mestre. En vil, selv i anstalt, være forsiktig med amycalintervjuer og visse former for projektive tester hos enkelte pasienter, — nettopp av frykt forat disse undersøkingsmetoder skal aksentuere konflikter og avdekke problemer som pasienten vil ha vanskelig for å kunne bearbeide. Jeg mener derfor det er rimelig å være ytterst varsom med individuell psykoterapi utenfor anstalt hos dårlig integrerte pasienter som har vist asosiale trekk, — selv om denne gis i form av mer overfladisk støtteterapi.

Det er imidlertid ikke bare de psykoterapeutiske metoder som kan fremkalle uønskede personlighetstrekk. Ved en lobotomi er den kausale sammenheng mellom behandlingen og den asosiale adferd i visse tilfelle til dels mer tydelig enn i de eksempler vi hittil har drøftet. En lobotomi vil selvsagt alltid foregå i sykehus,

men en drøfting av disse problemer er likevel aktuell både av teoretiske og praktiske grunner.

Lobotomi, eller leukotomi som den også kalles, er en operasjon som i sin nåværende utformning med forskjellige operasjonstekniske varianter første gang ble lansert av portugiseren Egaz Moniz. Historisk er det nok mulig å føre den ennå lenger tilbake, men Moniz var den første som nyttet teknikken på et noe større materiale, og han la i 1936 frem sine første resultater på 20 kroniske psykotiske pasienter. Hans forslag vakte en enorm motstand på mange hold, en motstand som på enkelte steder har holdt seg like til i dag, selv blandt fagfolk som arbeider med forskjellige innstilling til de psykiatriske problemer. På den ene siden har vi den radikalt somatologiske leir, og på den annen side nettopp de psykoanalytiske forskere, som begge håper å kunne finne frem til sinnslidelsenes årsaker, og som ikke finner å kunne gå med på en symptomatisk behandling av denne type, spesielt ikke når de kan føre til så mange ulemper som tilfellet er. For sykehusledere som imidlertid står midt oppe i de praktiske problemer, fortøner dette seg annerledes. Det tvinger seg gjennom et krav om å forsøke å hjelpe, og det er karakteristisk at operasjonen både til å begynne med og senere har vunnet mest gehør hos sykehusledere med et vanskelig pasientbelegg.

Moniz regnet vel opprinnelig med at han ved operasjonen skulle afbryte de nervebaner som var ansvarlige for den psykiske abnormtilstand. På enkelte hold har denne tankegang vunnet gehør, en forestiller seg at man opererer på en måte i „symptomenes sete“. De fleste har vel imidlertid den oppfatning at vi ved overskjæring av de frontotalamiske forbindelser forandrer pasientens personlighet slik at han lettere kan tåle sin sykdom. Det er selvsagt at en da vil kunne få visse mindre gode personlighetstrekk, ja, av og til tilstreber man slike trekk som hos normale må sies å være uheldige. Vi vil f. eks. således gjerne at tvangsnevrotikeren og den deprimerte skal få et mindre strengt „overjegg“ og mindre følsom samvittighet. Ved mere kompliserte tilstandsbilder er det imidlertid ikke alltid like lett på forhånd å beregne hvilken virkning operasjonen kan få. I svært mange tilfelle viste det seg at pasientene selv følger seg subjektivt bedre, men at det inntre personlighetsforandringer som vil gjøre en effektiv sosial tilpasning vanskelig.

Ved en systematisk etterundersøking av de pasienter som er operert ved Gaustad sykehus og dr. Dedichens privatklinik, fant vi tre tilfelle av asosial adferd etter operasjonen. Som vi senere skal se, er det grunn til å tro at det er operasjonen som er den viktigste kriminogene faktor i disse tilfelle.

I: 54 år gml. mann på gjerningstiden. Adskillig nervøsitet i pasientens nærmeste slekt. Morbror alkoholiker, farmor nervøs. Alminnelig

godt barndomshjem med jevnt god økonomi. Ingen spesielle miljøskader fra barneårene. Godt intellektuelt utstyrt med gode skole-resultater, har tatt artium og begynte å studere språk. Senere språklærer, under krigen hadde han arbeid i politiet. Han gjorde seg ikke skyldig i noe straffbart, men arbeidet ble av enkelte ansett for å være tyskvennlig og etter frigjøringen var det vanskelig for han å få noe å gjøre. Han hadde da forskjellige småjobber, og var fra 1946 toalett-vakt. Personlighetsmessig karakteriseres han som sky og tilbakeholdende og skilte seg ut fra kameratflokk. I hele ungdomstiden var han plaget av mindreverdsfølelse, tvangsfenomener, angst og kroppslige sensasjoner. I hans bevissthet har seksuallivet alltid vært sterkt dominerende. Han oppfatter seg selv som biseksuell, og sier at han merket sine homoseksuelle tilbøyeligheter da han var ca. 30 år gml.. Hans fantasiliv har kretset meget omkring seksuelle spørsmål, og han har særlig dvelt ved perversjoner. Han har således kunnet få orgasme ved å skrive ned seksuelle foreteelser. Helt fra ungdomsårene følte han seg psykisk syk og har gjennomgått tallrike former for psykiatrisk behandling. Da ingen av disse hjalp, ble han i 1954 lobotomert. I tilslutning til operasjonen fikk han en kortvarig forvirringsperiode med hallucinasjoner. Den endelige virkning av operasjonen er en psykisk forandring på det følelsesmessige og driftsmessige området, og som så ofte ble pasienten subjektivt bedret, men fikk endel uheldige karaktertrekk som vanskeliggjorde den sosiale tilpasning. Det intellektuelle nivået er stort sett bevart, men det foreligger en svekkelse av hemninger og en tiltagende kritikkløshet og reduksjon av dømmekraften. Han er blitt freidigere, mer likeglad av vesen, har ingen bekymringer og han har heller ikke evnen til mere nyanserte følelsesmessige reaksjoner. De homoseksuelle tilbøyeligheter er etter operasjonen blitt aksentuert, og hans mangel på selvbeherskelse på dette felt resulterer i åpenlyse seksuelle tilnærmelser til sitt eget kjønn. Han ble oppfattet som en psykopat som etter hjerneoperasjonen blev psykisk forandret i en grad som berettiger til uttrykket sjelelig svekkelse. Som en legemlig komplikasjon etter operasjonen fikk han også krampeanfall.

Pasienten ble satt under tiltale etter straffelovens § 212, 1. ledd nr. 2 og 3 for å ha lokket unge gutter inn til seg på toillettet og der utført uterlige handlinger med dem. Han ble dømt til sikring i 5 år.

II: 64 år gammel på gjerningstiden. Han er født i ekteskap, eldst av en stor søskenflokk. Trang økonomi, men ellers godt forhold i hjemmet. Ingen nervøse trekk i barndommen, flink på skolen, men stille og innesluttet, ofte nedtrykt. Arbeidssom og flink i gårdsarbeid. Ingen legemlige sykdommer av betydning. Som voksen hissig, har ofte brukt munn, ikke innesluttet, likte å være ute blandt folk, kunne iblandt være ganske omgjengelig. 58 år gammel får han en depresjonsperiode med pengesorger, mener å ha vært stygg mot dyrene, klager over dårlig hukommelse. Tilstanden gikk over etter noen mndr., men to år etter fikk han på ny en dårlig periode, var da nedtrykt, hadde

fortapelsesideer og vage suicidalforestillinger. Da denne tilstanden trosset enhver annen form for behandling, ble han operert 61 år gammel. Operasjonen forløp uten komplikasjoner, og han ble utskrevet fra sykehuset. Ved etterundersøking 3 år etter operasjonen, viser han at han er meget bedre når det gjelder symptomene, og det er ikke mulig å påvise noen psykotiske trekk hos ham. Han tilpasser seg godt sosialt i et enkelt miljø, trives selv med tilværelsen og utfører lett arbeid som blir pålagt ham, selv om han gjør mindre nå enn før han ble syk — noe som delvis skyldes alderen. Han er selv meget fornøyd med sykehusopphold og behandling.

Ved etterundersøking virker pasienten kanskje noe redusert, men dette er ikke særlig uttalt og kan vel for endel skyldes alderen.

Ca. 3 mndr. etter mitt besøk hos pasienten foretar han et voldtektsforsøk på en ung pike på stedet. Fornærmedes far var en fredelig mann som bare forlangte at det skulle etableres et effektivt tilsyn med pasienten. Saken ble så henlagt.

III: Ca. 56 år gammel på gjerningstiden. Det er adskillig slektsbelastning idet en farmor er periodisk sinnssyk, en søster sinnssyk og en halv søster psykopat. Pasienten selv er en leptosom type, intelligent, kulturelt interessert med sterke politiske interesser. Senere intellektuelt opptatt av forskjellige filologiske problemer. Om hans barndom vet vi imidlertid svært lite. Sykdommen tok til med ideer om hustruens utroskap, og han hevnet seg ved å etablere et forhold. Det ble skilsmisse av denne grunn. I 1940 mente han seg forfulgt, han var samtidig seksuelt oppspilt og hallusinert. Etterhvert som sykdommen skrider frem, får han et mer massivt utbygget vrangsystem. For å senke den affektive spenning (pas. var sterkt plaget), ble han operert. Ved operasjonen var personligheten ganske godt bevart, og han var trass i sine vrangforestillinger i god affektiv kontakt. Operasjonsforløpet var ukomplisert. Ved etterundersøkingen ca. 8 år etter, viser det seg at pasienten er sterkt bedret med hensyn til alle sine symptomer. Ved eksaminasjon røper han fremdeles vrangforestillinger, og han har ingen innsikt for det sinnssykelige i dem. Han mener fremdeles at både innleggelse og operasjon var et overgrep overfor ham, men han snakker ikke mere om det — sier han, for han har merket seg at det ikke nytter. Hans sociale tilpasning må sies å være forverret i forhold til før han ble syk. Han er ukritisk, særlig holdningsløs i pengesaker, upålitelig og har meget vanskelig for å innrette seg. Han bor og spiser dyrt, overlater til familien å betale regningene, pantsetter det han har for å skaffe penger til å leve. Intet alkoholmisbruk. Pasienten er selv meget fornøyd med sin tilværelse, og forstår ikke at han ligger noen til byrde. Arbeidsmessig sett er det adskillig tilfeldig over det han gjør, men han har også prestert ting av ganske god kvalitet. I en nødsituasjon stjal denne pasienten endel bøker i en bokhandel. Dette var klossete gjort, og måtte bli oppdaget. Han fikk for dette første tilfellet en betinget dom. Noen mndr. senere var han i samme situasjon og han gjen-

tok da eksperimentet, — fremdeles like klosset. Han ble denne gangen dømt og sonet begge dommer på vann og brød for å bli fortest mulig ferdig med det. Dårlig insikt for det uheldige i sin handlemåte.

Som nevnt er det en kjent sak at de personlighetsforandringer som en ser etter lobotomi disponerer for sosiale konflikter, — og som vi ser, — leilighetsvis kan føre til kriminalitet. Mekanismen i disse tre tilfellene er sannsynligvis den at latente tendenser i sinnet kommer frem når hemninger og kontroll blir svekket. Pasientene velger den minste motstands vei og forsøker å løse sine konflikter og tilfredsstille sine behov ved øyeblikkelige impulshandlinger uten tanke på hvordan det vil gå i fremtiden. Også ved disse rent somatiske behandlingsformer er det derfor helt nødvendig med en grundig analyse av den premorbide personlighet for at få brakt på det rene hvorvidt denne er så velintegrert at den kan tåle den påkjenning som behandlingen representerer. Systematiske etterundersøkinger synes å vise at behandlingen likevel har sitt indikasjonsområde, selv om det vel er betydelig mer snevert enn en opprinnelig regnet med.

Litteratur:

- 1) *Partridge, M.*: Prefrontal leucotomy, Oxford 1950.
- 2) *Schjelderup, H.*: Nevrosene og den neurotiske karakter, Oslo 1940.
- 3) — : Lasting effects of psychoanalytic treatment, Psychiatry 1955.
- 4) — : Innføring i psykologien, Oslo 1957.
- 5) *Vogt, R.*: Freuds psykoanalyse særlig fra terapeutisk synspunkt, Norsk Mag. for Lægevidenskabene 1932.
- 6) *Ødegård, Ø.*: Behandling av sinnsykdommer med prefrontal levkotomi, En oversikt. Tidsskr. f. d. n. Lægeforening, 1947.