

Joanna Bourke

### Lobotomizzare le paure degli americani: la cura radicale per gli stati gravi di ansia, 1930-1980

---

\* Joanna Bourke, insegna Storia al Birkbeck College, Università di Londra, ed è l'autrice di *The Second World War: A People's History* (New York, Oxford University Press, 2002) e di *An Intimate History of Killing* (London, Granta, 2000; trad. it. di M.C. Coldagelli e D. Ballarini, *Le seduzioni della guerra*, Roma, Carocci, 2001). Attualmente sta completando la storia della paura in Gran Bretagna e in America tra il 1870 e il 1970. La traduzione è a cura del gruppo di lavoro formato da Bruna Bottone, Claudia Castelli, Barbara Cruciani, Candida D'Aprile e Laura Cenci.

---

Il 2 febbraio 1944 una graziosa ragazzina di 14 anni, nota solo come "O.T.", fu ricoverata presso il Boston Psychiatric Hospital. Dopo pochi mesi, i chirurghi le asportarono una parte del cervello. Era stata sottoposta alla lobotomia a causa della sua eccessiva paura. O.T. era un'adolescente particolarmente timida. Da qualche anno, quando si trovava con altra gente, si nascondeva sotto il letto oppure si appartava. Quando la costringevano a uscire, nascondeva il viso dietro un pezzo di stoffa. La spiegazione che aveva dato per il suo comportamento era stata di una semplicità disarmante: era convinta di essere brutta e aveva paura che la gente avrebbe riso di lei. La madre di O.T. sembrava incapace di essere d'alcun aiuto. In realtà, i medici affermarono che la madre di O.T. era una "persona strana", evasiva e immorale. Appresero che O.T. era illegittima. Questo "sangue cattivo", unito a un comportamento inadeguato, convinse i chirurghi a somministrare una dose di sodio di amital (il "siero della verità") a O.T., la quale parlò di masturbazione e della paura di ritrovarsi la faccia piena di brufoli per questo. Allora la sottoposero, per diciannove volte, a trattamenti a base di elettroshock. Poi provarono con la psicoterapia. Tutto, senza alcun risultato. Alla fine, dopo dieci mesi dal momento del ricovero – e appena quattro giorni prima di Natale – questa ragazzina di 14 anni fu lobotomizzata.

Il successo dell'operazione non fu immediato. In seguito, O.T. divenne addirittura *meno* socievole. Ci vollero sei settimane prima che i chirurghi potessero riferire che O.T. aveva iniziato a sorridere, e perfino a ridere davanti ad altre persone. Entro il febbraio del 1945, O.T. fu in grado di ammettere che la sua passata timidezza era stata causata dalla convinzione che Dio l'avesse fatta brutta come punizione per la sua "promiscuità sessuale". Il 7 marzo, quando fu dimessa dall'ospedale, nella sua cartella clinica si leggeva: "psicosi non diagnosticata, guarigione completa". O.T. ebbe una sola ricaduta. Il 18 ottobre dovette essere ricoverata di nuovo in ospedale perché si sentiva agitata e depressa. Si venne a sapere che il fidanzato della madre l'aveva sedotta e sua madre li aveva sorpresi men-

---

tre facevano sesso. Inoltre, la ragazza si lamentò di sentirsi sola e rivelò di essere innamorata del proprio medico. Comunque, fu una crisi di breve durata e dieci giorni dopo, quando fu dimessa, O.T. era molto più calma. Tre anni dopo l'intervento, chiesero alla madre di O.T. notizie sui progressi della figlia. La donna accusò la figlia di "fregarsene di tutto", di essere un'irresponsabile e si lagnò di come lei dovesse continuamente starle dietro per farle fare tutti i lavori di casa. Tuttavia, la paura era scomparsa. Di conseguenza, O.T. divenne una delle migliaia di bambini e adulti statunitensi che furono curati della paura "con esito positivo" mediante la rimozione di tessuto cerebrale sano tramite un intervento chirurgico radicale.<sup>1</sup>

La lobotomia, o psicotomia, l'altro nome con cui veniva chiamata, consisteva nella distruzione del tessuto cerebrale normale, allo scopo di alleviare alcune turbe mentali o stati psicologici. Chi elaborò un procedimento così radicale e perché fu considerato un metodo efficace per curare i disturbi dell'ansia e della paura nelle persone? In epoca moderna, la lobotomia fu eseguita intenzionalmente per la prima volta nel 1893 da Gottlieb Burckhardt, uno psichiatra svizzero a capo di un istituto di malattie mentali per uomini. Burckhardt decise di compiere esperimenti sui soggetti umani dopo aver studiato gli esperimenti che il dott. F.L. Goltz, un suo collega tedesco, aveva condotto sugli animali. Negli ultimi anni dell'Ottocento, quando pubblicò le sue scoperte, in generale la comunità medica le ignorò.

Di conseguenza, la sua idea non fu utilizzata fino al 1933, quando John F. Fuller, dell'università di Yale, pubblicò la sua ricerca basata su esperimenti condotti sugli scimpanzé. Il dott. Egas Moniz aveva assistito alle sue conferenze e aveva deciso di applicare la tecnica sugli umani. Moniz, il cui vero nome era Antonio Caetano de Abreu Freire, era nato nel 1874 in Portogallo e fin da giovane aveva adottato il nome di un patriota portoghese del XII secolo. Con il suo collega Almeida Lima verificò la procedura su venti pazienti ricoverati nel suo ospedale per malattie mentali vicino a Lisbona, pubblicando i risultati nel 1936. Inizialmente, Moniz aveva iniettato alcol per distruggere il tessuto cerebrale. Tuttavia, in seguito inventò uno strumento a forma di fiocina, chiamato leucotomo che incideva la sostanza bianca del centro ovale del lobo frontale, recidendo così le connessioni stabilite dalle fibre associative che uniscono il talamo e i lobi prefrontali del cervello. Dopo aver praticato nel cranio dei fori con il trapano, si inseriva il leucotomo nei lobi frontali, estraendo poi un filo metallico tagliente dalla sua estremità, in modo da formare un cerchio. Attraverso la rotazione del leucotomo, si distruggevano i coni sferici del

---

1. Milton Greenblatt e John S. Bockovom, *Illustrative Cases of Lobotomy*, in Milton Greenblatt, Robert Arnot and Harry C. Solomon, eds., *Studies in Lobotomy*, London, 1951, pp. 278-79.

tessuto cerebrale. Per il suo lavoro, Moniz vinse il Premio Nobel per la Medicina nel 1949.

Il Premio diede rispettabilità alla lobotomia, che però, probabilmente, non sarebbe diventata tanto diffusa senza il lavoro promozionale del neurologo americano Walter Jackson Freeman, il quale, insieme a James W. Watts, suo collaboratore alla George Washington University di Washington, D.C., rese popolare questa tecnica. Freeman e Watts adottarono il metodo di Moniz, il quale aveva inciso delle sezioni centrali nella sostanza bianca cerebrale, lasciandole *in situ*. Freeman e Watts recisero le connessioni tra il talamo e i lobi prefrontali attraverso profonde incisioni bifrontali, senza interruzioni, lasciando le superficiali corticali intatte. Inoltre, Freeman inventò un metodo per eseguire l'intervento chirurgico in pochissimo tempo, sul modello della "catena di montaggio", e usando un attrezzo semplice come il "punteruolo per il ghiaccio". Esistevano variazioni di questa tecnica, ma la loro divenne la più diffusa, sebbene durante i primi interventi chirurgici Freeman avesse letteralmente usato un punteruolo per il ghiaccio, preso nella propria cucina. Più tardi lo avrebbe chiamato "stiletto".

Come funzionava la lobotomia secondo i medici? Moniz era vago sugli elementi casuali, sostenendo semplicemente che l'intervento "interrompeva gli schemi sinottici fissi" che mediavano le "manifestazioni psicotiche", "permettendo la creazione di nuovi schemi di risposta più adeguati".<sup>2</sup> Per Freeman e Watts, invece, la "carica" emotiva delle idee si realizzava attraverso le connessioni talamo-prefrontali. A quel tempo, molti neurologi consideravano il talamo la localizzazione di tutte le emozioni primordiali della specie umana, quali la paura, la libidine e la rabbia; al contrario, la sede della ragione si trovava nei lobi frontali. Le strutture nervose dell'area talamo-prefrontale erano ritenute responsabili dell'esagerata introversione dei pazienti che soffrivano di "eccessiva ostilità o paura scarsamente esternata".<sup>3</sup> Una volta distrutte le connessioni tra le regioni frontali, l'individuo poteva "vivere sentendosi maggiormente a proprio agio".<sup>4</sup> In termini psicoanalitici, l'ego ed il super-ego risiedevano nei lobi frontali. Il controllo che i lobi frontali esercitavano sul talamo era direttamente proporzionale al livello di civilizzazione: più in alto si saliva, maggiore era il loro controllo. Per alcune persone malate di mente, tuttavia, l'equilibrio non esisteva più. Quando il talamo era in una posizione di dominio, i pazienti erano in balia delle proprie emozioni. Poteva anche accadere che i lobi frontali dominassero eccessivamente e allora, come nel caso dei pazienti con la capacità di proiettarsi nel futuro, ciò provocava in loro uno stato costante di ansia esasperata.

---

2. Stanley David Porteus and Richard DeMontbrun Kepner, *Mental Changes After Bilateral Prefrontal Lobotomy*, "Genetic Psychology Monographs", 29 (February 1944), p. 10.

3. Lloyd H. Ziegler, *Bilateral Prefrontal Lobotomy: A Survey*, "The American Journal of Psychiatry", Vol. 100, N. 2 (September 1943), p. 178.

4. Ira C. Nicholas and J. McVicker Hunt, *A Case of Partial Bilateral Frontal Lobectomy: A Psychopathological Study*, "The American Journal of Psychiatry", Vol. 96, N. 5 (March 1940), p. 1065.

La psicotomia divenne ben presto parte del *mainstream* della medicina americana, nonostante la sua scarsa chiarezza. Tra il 1936 e 1941 esistevano solo circa dodici pubblicazioni l'anno sulla psicotomia. Entro il 1951 si contava una cifra che si aggirava intorno alle trecento l'anno, scese poi gradualmente a dodici l'anno negli anni Sessanta.<sup>5</sup> È impossibile, purtroppo, valutare il numero di persone sottoposte alla lobotomia. Secondo una stima prudente, tra il 1935 (quando Moniz iniziò la sua sperimentazione) e il 1951, più di 20.000 persone furono lobotomizzate.<sup>6</sup> Un altro rapporto stabilisce che negli Stati Uniti, tra il 1936 e il 1978, furono eseguiti 35.000 interventi chirurgici, toccando la cifra massima di 5000 nel 1949 e raggiungendo una media di 500 interventi annui dopo il 1970.<sup>7</sup> Nel momento culminante, il 63 per cento di tutti gli ospedali pubblici negli Stati Uniti praticavano la psicotomia.<sup>8</sup> Negli anni Settanta se ne ebbe una ripresa, sebbene i suoi sostenitori evitassero il termine "lobotomia", sostituendolo con altri come trattotomia stereotassica, neurochirurgia funzionale, oppure psicotomia. Il Congresso Psicotomico Internazionale, tenuto per la prima volta nel 1948, riprese i propri incontri negli anni 1970, 1972, 1975 e 1978. La psicotomia cadde di nuovo in disgrazia dagli anni Ottanta, ma solo a causa dell'introduzione sul mercato di farmaci ancora più potenti.

In altre parole, tra il 1936 e il 1955 e di nuovo negli anni Settanta, la lobotomia fu largamente impiegata per il trattamento di pazienti "ansiosi". I chirurghi la utilizzarono per curare uno dei disturbi psichiatrici più difficili da trattare all'epoca: la paura cronica. Era diventato cruciale che i responsabili della salute pubblica elaborassero metodi efficaci per alleviare gli stati gravi di paura. Negli anni Trenta, si ebbe un incremento annuo di primi ricoveri negli ospedali psichiatrici pari all'80 per cento.<sup>9</sup> Il risultato fu un grave affollamento, fino al punto che, negli ospedali pubblici statunitensi, il numero dei pazienti era 250 volte superiore a quello dei medici.<sup>10</sup> Inoltre, la seconda guerra mondiale incrementò drammaticamente la quantità di gente terrorizzata, e tutti necessitavano di cure urgenti. Anche prima della fine della guerra, il dottor Stanley David Porteus, consulente psicologo presso la Clinica Psichiatrica dell'Università delle Hawaii, e il suo collega Richard Kepner, il direttore sanitario, prevedevano che

le condizioni imposte dalla guerra e dal dopoguerra su questo popolo e su ogni altra nazione, sicuramente aumenteranno moltissimo la tensione mentale. Ci saranno molte migliaia di individui i quali, a causa di lutti, preoccupazioni, superlavoro,

5. Elliott S. Valenstein, *Historical Perspective*, in Id., ed., *The Psychosurgery Debate: Scientific, Legal, and Ethical Perspectives*, San Francisco, 1980, p. 27.

6. John Farquhar Fulton, *Frontal Lobotomy and Affect Behavior: A Neurophysiological Analysis*, New York, 1951, p. 12.

7. John Kleinig, *Ethical Issues in Psychosurgery*, London, 1985, p. 7.

8. Jack D. Pressman, *Last Resort, Psychosurgery and the Limits of Medicine*, Cambridge, 1998, p. 147.

9. David Shutts, *Lobotomy: Resort to the Knife*, New York, 1982, p. ix.

10. J.D. Pressman, *Last Resort*, cit., p. 151.

dislocazioni personali, perdite e incidenti reali, si ritroveranno dominati dalle loro paure e bloccati dalle loro ansie, al punto di arrivare alla disperazione sociale e mentale. Secondo le prove che abbiamo fino a questo momento, questi sono precisamente i tipi di persone alle quali la psicotomia è in grado di offrire il sollievo maggiore.<sup>11</sup>

Altre tecniche – compreso l'uso della metrazolina, dell'insulina, e del trattamento con elettroshock – erano state deludenti.<sup>12</sup> Spesso i trattamenti alternativi aumentavano la paura e l'ansia, invece di ridurle. “Non è affatto raro che i pazienti sviluppano un vero orrore del trattamento [con elettroshock], il quale è talmente violento da causare il rifiuto da parte del paziente di continuare la terapia”, osservarono due chirurghi nel 1947. Un paziente giurò che “avrebbe preferito ripetere l'esperienza di Dunquerque piuttosto che sopportare un altro shock”.<sup>13</sup> Secondo altri osservatori, nel 1982, il trattamento con elettroshock non alleviava l'ansia. Alcuni pazienti potevano sentirsi “temporaneamente rilassati e meno tesi”, ma per molti l'ansia era “aggravata dalla paura del trattamento o dagli effetti collaterali”, tra cui l'indebolimento della memoria e la sensazione di irrealtà.<sup>14</sup>

Inoltre, c'era uno scetticismo diffuso circa l'efficacia della psicanalisi nell'alleviare gli stati di paura. In poche parole, gli psicotomici sostenevano che gli stati più gravi di paura si erano rivelati resistenti alla psicanalisi.<sup>15</sup> Di conseguenza, uno dei più attivi promotori della psicotomia, Walter Jackson Freeman, fu uno dei primi membri della Society for Biological Psychiatry, un'organizzazione estremamente ostile alle idee freudiane. In collaborazione con la dottoressa Mary Frances Robinson, Freeman sosteneva che la psicotomia fosse più efficace della psicanalisi. Nel loro libro *Psychosurgery and the Self* (1954), insistevano sul fatto che gli scopi della psicotomia e della psicanalisi erano identici: si prefiggevano, cioè, di cambiare la personalità, rendendo possibile a chi soffriva di “tornare nella propria casa e sopravvivere nello stesso ambiente in cui i disturbi avevano avuto origine”. Tuttavia, affermavano che la psicotomia eseguiva questo *voltafaccia* a una “velocità impressionante”, rendendo quindi inutile il “lungo, doloroso processo di elaborazione dell'analisi interiore da parte dei pazienti”.<sup>16</sup> Essi ignorarono le accuse degli psicanalisti, secondo i quali la lobotomia era semplicemente una forma di sadismo medico.<sup>17</sup> Come commentò seccamente un sostenitore della lobotomia, non era sorprendente che i medici influenzati dalla psicanalisi avessero difficoltà a conciliare i “fatti della lobotomia frontale” con le “complessità linguistiche della

---

**11.** S.D. Porteus and R. DeMonbrun Kepner, *Mental Changes After Bilateral Prefrontal Lobotomy*, cit., p. 114.

**12.** Lauren H. Smith, Donald W. Hastings and Joseph Hugues, *Immediate Follow-up Results of Electroshock Therapy*, “The American Journal of Psychiatry”, Vol. 100, N. 3 (November 1943), p. 353.

**13.** W. Russell Brain and E.B. Strauss, *Recent Advances in Neurology and Neuropsychiatry*, 5th edition, London, 1947, p. 146.

**14.** Lothar B. Kalinowsky, Hanns Hippus and Helmfried E. Klein, *Biological Treatments in Psychiatry*, New York, 1982, p. 266. Si veda anche William Beecher Scoville, *The Effect of Surgical Lesions of the Brain on Psyche and Behavior in Man*, in Arthur Winter, ed., *The Surgical Control of Behavior: A Symposium*, Springfield, Ill., 1971, pp. 54-55.

**15.** S.D. Porteus and R. DeMonbrun Kepner, *Mental Changes After Bilateral Prefrontal Lobotomy*, cit., p. 114.

**16.** Mary Frances Robinson and Walter Freeman, *Psychosurgery and the Self*, New York, 1954, p. 15.

**17.** G. Zilboorge, *A History of Medical Psychosurgery*, New York, 1941.

teoria psicoanalitica".<sup>18</sup> Addirittura, alcuni psichirurghi sostenevano che la lobotomia fosse un'evoluzione logica rispetto alla psicanalisi. Più tardi, un libro intitolato *The Dark Side of the House* (1968) descriveva la psichirurgia come il prossimo sviluppo dopo la psicanalisi. Gli autori affermavano che, laddove "l'umanismo mistico della psicanalisi scava nel passato per permettere a un paziente di entrare nel presente reale", l'"attacco distruttivo dello psichirurgo porta via il domani placando l'ansia per lo stesso motivo". Al centro di entrambi i processi c'era la memoria: la psicoterapia si occupava del presente attraverso l'analisi dei ricordi, mentre la psichirurgia trattava il presente attraverso lo sradicamento di qualsiasi anticipazione del futuro.<sup>19</sup>

Si diceva, inoltre, che la psichirurgia "funzionava". Le statistiche furono molto discusse, ma, tra gli psichirurghi, la proporzione di pazienti che testimoniavano di aver beneficiato dell'operazione fu stimata intorno al 50 per cento (con, forse, un altro 30 per cento di miglioramento a lungo termine).<sup>20</sup> L'esito più costante della chirurgia fu la riduzione reale della paura e della grande emozione americana, l'ansia. Una ricerca condotta nel 1951 concluse che nell'87 per cento dei casi l'apprensione era stata ridotta da livelli eccessivi a livelli normali. Secondo questa indagine, l'apprensione divenne "uno dei fattori che maggiormente traevano benefici dall'intervento. Anche negli otto casi (su 205) nei quali ancora si rilevavano segni di ansia dopo l'operazione, il sintomo era meno intenso rispetto a prima dell'intervento".<sup>21</sup> Sebbene il tessuto cicatrizzato provocasse convulsioni in circa il 10 per cento dei pazienti, le percentuali di mortalità erano basse (solo dall'1 al 3 per cento).<sup>22</sup> Nella maggior parte dei casi, si riscontrava la "interruzione quasi totale di agitazione e apprensione".<sup>23</sup> Un neurochirurgo dell'ospedale di Hartford, Connecticut, dichiarò alla Seconda Conferenza Internazionale di Psichirurgia nel 1972 che la lobotomia era efficace per persone sofferenti di ossessioni molto gravi, come l'eccessiva paura di guidare un'auto per il terrore di investire un pedone senza accorgersene, oppure il non avere il coraggio di uscire da casa per il timore di avere inavvertitamente lasciato il rubinetto dell'acqua aperto. Dopo l'intervento, questi pazienti continuavano a "manifestare una personalità rigida e meticolosa", ma non erano più "soffratti" dalle loro ossessioni.<sup>24</sup> Nel 1939, lo "Yale Journal of Biology and Medicine" pubblicò un rapporto di Freeman e Watts che illustrava una sensazionale riduzione dell'ansia da parte dei pazienti. Durante l'intervento di lobotomia, essi studiarono un paziente che soffriva di ansia grave.

**18.** George W. Kisher, *Remarks on the Problem of Psychosurgery*, "The American Journal of Psychiatry", Vol. 100, N. 2 (September 1943), p. 180.

**19.** Yale David Koskoff and Richard Goldhurst, *The Dark Side of the House*, New York, 1968, p. xxi.

**20.** J.F. Fulton, *Frontal Lobotomy and Affect Behavior*, cit., p. 103; G. W. Kisher, *Remarks on the Problem of Psychosurgery*, cit., p. 181; Stanley David Porteus, *A Psychologist of Sorts: The Autobiography and Publications of the Inventor of the Porteus Maze Test*, Palo Alto, Cal., 1969, p. 187.

**21.** Robert Arnot, Beatrice Talbot and Milton Greenblatt, *One to Four Year Follow-Up of 205 Cases of Bilateral Prefrontal Lobotomy*, in M. Greenblatt, R. Arnot and H.C. Solomon, eds., *Studies in Lobotomy*, cit., p. 106.

**22.** J.D. Pressman, *Last Resort*, cit., p. 205.

**23.** Walter Freeman and James W. Watts, *Prefrontal Lobotomy in the Treatment of Mental Disorders*, "Southern Medical Journal", Vol. 30, N. 1 (January 1937), p. 31.

**24.** William Beecher Scoville, *Psychosurgery and Other Lesions of the Brain Affecting Human Behavior*, in Edward Hitch-

Era molto irrequieto sul tavolo operatorio, voleva che le lenzuola fossero sollevate in modo che potesse respirare, chiedeva acqua e afferrava la mano dell'infermiera a ogni occasione. Era incapace di tenere una conversazione coerente a causa della sua ansia intensa. Durante la recisione delle fibre su un lato, le pulsazioni arrivarono a 140 e la pressione a 145. L'ansia lo abbandonò dopo la prima incisione sul lato opposto, le pulsazioni scesero a 80 e la pressione a 110 e, sebbene non fosse in grado di sostenere una conversazione, ammise che erano scomparse tutte le paure e le ansie.

cock, Lauri Laitinen and Kjeld Vaernet, eds., *Psychosurgery*, Springfield, Ill., 1972, pp. 6-7.

**25.** Walter Freeman and James W. Watts, *An Interpretation of the Functions of the Frontal Lobe: Based on Observation in Forty-Eight Cases of Prefrontal Lobotomy*, "The Yale Journal of Biology and Medicine", Vol. 11, N. 5 (May 1939), pp. 529-30, 535.

**26.** Yale David Koskoff and Richard Goldhurst, *The Dark Side of the House*, New York, 1968, p. xv.

**27.** Lothar B. Kalinowsky, Hanns Hippus and Helmfried E. Klein, *Biological Treatments in Psychiatry*, New York, 1982, p. 291.

Di solito, sostenevano Freeman e Watts, l'ansia e la tensione nervosa sparivano quando veniva praticata la prima incisione sul lato opposto. Nei due o tre giorni seguenti i pazienti si mostravano di solito incontinenti, lenti e disorientati, ma, in seguito, erano soliti "mostrare una placidità e una indifferenza in notevole contrasto con i loro precedenti stati di apprensione". La paura e l'ansia erano scomparse per sempre.<sup>25</sup>

Alcuni tipi di paure furono curati con maggior successo grazie all'intervento chirurgico. La paura della morte fu uno di questi. La lobotomia poteva essere efficace nei casi di dolorose malattie terminali. Secondo due osservatori: "Più a lungo il dolore persiste, più genera ansia [e] continua a segnalare all'uomo o alla donna l'avvicinarsi della morte. Quel tipo di ansia può devastare la mente e il corpo più del dolore".<sup>26</sup> I pazienti lobotomizzati provavano ancora dolore, ma erano incapaci di proiettarsi nel futuro e, quindi, non erano tormentati dalla consapevolezza che il dolore fosse il segno di una morte inevitabile.

Gli psicotirurghi affermavano di aver avuto un'elevata percentuale di successo tra i pazienti che soffrivano di nevrosi ossessivo-compulsive, scrupoli o una eccessiva paura di offendere Dio.<sup>27</sup> Di conseguenza, in un caso clinico si utilizzò la lobotomia per curare con successo una paziente dai suoi scrupoli. Alla presenza del prof. John F. Fuller della Yale University, il prof. Rylander e il suo collega dott. Olof Sjoqvist sottoposero la paziente alla lobotomia in anestesia locale, con l'intento di interrogarla durante l'operazione. La paziente era stata ossessionata dalla paura di aver peccato contro lo Spirito Santo. Fulton descrisse quello che accadde dopo:

L'ossessione persistette dopo un taglio radicale praticato su un lato e continuò mentre gradualmente si incideva sul lato opposto finché, raggiunte quelle che evidentemente erano le fibre del quadrante ventrale mediale, l'ossessione della paziente scomparve improvvisamente, e, alle domande circa le sue

paure riguardo lo Spirito Santo, rispose euforica, "Oh, non credo più nello Spirito Santo".<sup>28</sup>

Anche nei casi in cui l'operazione non si rivelò un successo completo, i chirurghi notarono che la paura e gli stati di ansia si erano attenuati. Quindi, Freeman e la dottoressa Mary Frances Robinson riferirono di una donna operata nel 1943, che descrissero come "una donna dall'aspetto vigoroso, dai lineamenti marcati e con folti capelli grigi pettinati all'indietro". Oltre a soffrire di ansia grave, questa donna aveva chiesto d'essere operata perché era irritabile, insonne e molto nervosa. Quattro anni dopo la lobotomia andarono a visitarla e notarono che la sua conversazione era incoerente e prolissa. La donna disse:

Non penso mai al passato; è stato troppo tempo fa. Mi occupo della casa a modo mio; non importa come viene. Fumo troppo. Non riesco a stare seduta abbastanza a lungo da ascoltare la radio, ma vado in chiesa regolarmente, sissignora! E al cinema ogni volta che riesco a sfilare i soldi a mio marito. Mio figlio mi chiede "cosa farai se papà muore?" io rispondo, "vengo a vivere con te!". Rovesciò indietro la testa e rise, rumorosamente. "Vi dico una cosa... non mi sposerò un'altra volta!" Quando le venne chiesto se era infelice con suo marito, rise ancora e gridò, "No, lo faccio nero!"

In altre parole, l'intervento non l'aveva guarita completamente, sebbene non fosse più ansiosa o ipocondriaca. Invece, era diventata "euforica, chiassosa e priva di tatto". Tuttavia, i medici furono puntuali nel sottolineare che, dei cinquantuno casi di cui tornarono a occuparsi alcuni anni dopo l'operazione, questa donna era l'unica che stava ancora chiaramente male. Era più frequente trovare gli ex-pazienti in uno stato estremamente rilassato e tranquillo.<sup>29</sup>

Gli psicotirurghi e i loro detrattori concordavano sul fatto che la vita emotiva dei soggetti lobotomizzati venisse irrimediabilmente alterata dall'operazione. "Tensione, agitazione, pensieri ossessivi... coscienza di sé, timidezza... ed eccessivo riserbo erano ridotti", sosteneva un chirurgo, aggiungendo che "l'individuo è spesso meno sensibile alle critiche, ai rimproveri o al disprezzo". Persino lui riconobbe che le persone lobotomizzate avevano una "vita affettiva più frivola e superficiale".<sup>30</sup> La differenza tra chi era contrario alla lobotomia e chi ne era entusiasta non risiedeva nella descrizione degli effetti dell'operazione, ma nell'attribuzione di un *significato* a tali effetti. Per gli psicotirurghi, era un *bene* che le persone lobotomizzate fossero passive e libere da ogni ansia.

**28.** John F. Fulton, *The Frontal Lobes and Human Behavior*, Liverpool, 1972, p. 11.

**29.** M.F. Robinson and W. Freeman, *Psychosurgery and the Self*, cit., pp. 16-17.

**30.** M. Greenblatt, *Psychosurgery*, in M. Greenblatt, R. Arnot and H.C. Solomon, eds., *Studies in Lobotomy*, cit., p. 38.

**31.** R. Arnot, B. Talbot and M. Greenblatt, *One to Four Year Follow-Up of 205 Cases...*, in M. Greenblatt, R. Arnot and H.C. Solomon, eds., *Studies in Lobotomy*, cit., p. 106.

**32.** S.D. Porteus and R. DeMonbrun Kepner, *Mental Changes After Bilateral Prefrontal Lobotomy*, cit., p. 114.

**33.** M.F. Robinson and W. Freeman, *Psychosurgery and the Self*, cit., p. 18.

**34.** Ivi, p. 15.

**35.** Walter Jackson Freeman e James W. Watts, *Psychosurgery in the Treatment of Mental Disorders and Intractable Pain*, 2nd ed., Springfield, Ill., 1950, p. 237 (1942).

In ogni modo, la vera domanda era: un bene per chi? Persino nei libri di psicotomia esistono prove dell'intensa paura vissuta dai pazienti quando i loro medici suggerivano un intervento così radicale. Uno stupefacente resoconto di un'operazione "riuscita" descriveva una paziente che era "così terrorizzata da tentare il suicidio con un vetro rotto pur di non affrontare l'operazione. Aveva vissuto in uno stato di terrore costante per molti mesi". Dopodiché, i chirurghi affermarono che, benché fosse "in qualche modo ancora spaventata", la paziente era in grado di "sedersi e parlare [...] dicendo che era sì spaventata, ma non in preda al panico".<sup>31</sup> Da ciò possiamo dedurre che l'intervento riguardava principalmente la qualità della vita dei responsabili della "gestione" dei pazienti, piuttosto che del paziente stesso. I difensori della psicotomia dell'Università delle Hawaii, Stanley David Porteus e Richard deMonbrun Kepner, riconobbero che la lobotomia era una prassi molto popolare tra i *parenti* dei pazienti impauriti.<sup>32</sup> Presumibilmente, questi parenti apprezzavano il fatto che gli venissero riconsegnate persone più docili a cui badare.

In parte, l'effetto dell'operazione era di alienare ulteriormente i pazienti dalla percezione di se stessi. Come Robinson e Freeman ammisero nel 1950, i pazienti lobotomizzati erano "molto interessati a soddisfare i propri desideri, ma sembravano totalmente privi di interesse per se stessi in quanto persone".<sup>33</sup> La psicotomia modificava la "struttura dell'Io, riducendo allo stesso tempo le capacità di sentire la continuità dell'Io".<sup>34</sup> Un'osservazione analoga appare in un altro libro pubblicato quell'anno da Freeman insieme con James W. Watts, anche lui della George Washington University. Essi notarono che la psicotomia

eliminava nell'individuo l'interesse per le esperienze soggettive che tanto lo avevano assorbito prima dell'operazione. La lobotomia prefrontale elimina inoltre il pensiero del futuro, specialmente impedendo il contrasto tra l'individuo in sé e una valutazione impersonale del futuro. È una sottile distinzione. Il paziente è abbastanza previdente da compiere un lavoro utile per guadagnarsi il sostentamento, ma non si preoccupa in alcun modo della possibilità di un fallimento personale, di una malattia, della morte e della dannazione – effetti che possono essere stati una presenza oppressiva nella sua coscienza prima dell'operazione.<sup>35</sup>

Avevano fatto la stessa osservazione qualche tempo prima, nel 1939:

I lobi frontali riguardano la proiezione nel futuro dell'individuo nella sua interezza e la formazione di un'immagine dell'individuo in evoluzione [...]. I lobi frontali non sono i centri dell'intelligenza né dell'emotività, né sono direttamente coinvolti nelle pulsioni vitali dell'individuo. Riuniscono i dati a disposizione, li sintetizzano ed elaborano un piano d'azione ideale e, dotati di una certa reattività e di un appropriato tono emotivo, proiettano l'individuo nel futuro, lo indirizzano verso il suo scopo, e ne analizzano i limiti.<sup>36</sup>

Dopo l'intervento, l'Io era incapace di riconoscersi. Un soggetto lobotomizzato spesso non disponeva di un'"immagine di sé in relazione al mondo esterno", poiché non era in grado di "proiettarsi nel futuro. Non c'era da stupirsi quindi, se era tipico delle persone lobotomizzate manifestare sintomi di inerzia, mancanza di ambizioni, indifferenza per le opinioni altrui, riduzione del pensiero sequenziale".<sup>37</sup> Persino l'eterno ottimista Freeman descrisse l'effetto come un'"infanzia chirurgicamente indotta".<sup>38</sup>

Queste "cure" cadevano sempre più in disgrazia. Le polemiche all'interno delle comunità mediche e chirurgiche circa i rapporti di potere nell'ambito della professione sollevarono interrogativi sull'efficacia della lobotomia. Inizialmente, molti degli attacchi alla psicochirurgia ne sottolineavano l'uso allo scopo di sottomettere gli oppositori politici (come Frances Farmer, lobotomizzata da Freeman nel 1948 per il suo attivismo politico), tenere sotto controllo gli adolescenti ribelli (compresa Rosemary Kennedy, sorella del presidente John Kennedy), o per placare i detenuti violenti.<sup>39</sup> Fu l'uso della psicochirurgia come mezzo di controllo sociale a sollevare polemiche tra la più accesa. I critici sostennero che tanto valeva che i chirurghi lasciassero in pace il cervello e tagliassero semplicemente le mani di una persona, poiché ciò sarebbe stato anche più efficace per ridurre la sua capacità di combinare guai. Alcuni critici consigliarono persino, sarcasticamente, di tagliare il pene degli uomini violenti o con turbe mentali come mezzo estremamente efficace per scoraggiare un comportamento antisociale.<sup>40</sup>

Le tematiche del potere si evidenziarono anche in altri modi. Ad esempio, si riteneva che la lobotomia fosse la cura più efficace per guarire le paure degli ebrei e degli afroamericani.<sup>41</sup> Il fatto che le donne subissero interventi di lobotomia in misura doppia rispetto agli uomini fu fonte di perplessità. In parte, la sproporzione tra il numero di donne lobotomizzate e quello degli uomini esisteva perché le forme di malattia mentale delle donne erano quelle che si credeva beneficiassero maggior-

**36.** W. Freeman and J.W. Watts, *An Interpretation of the Functions of the Frontal Lobe*, cit., p. 538.

**37.** Ivi, p. 537.

**38.** D. Shutts, *Lobotomy*, cit., p. 94.

**39.** Si veda ad esempio Samuel Chaukin, *The Mind Stealers: Psychosurgery and Mind Control*, Boston, 1978.

**40.** S.D. Porteus, *A Psychologist of Sorts*, cit., p. 196.

**41.** M. Greenblatt, *Psychosurgery*, in M. Greenblatt, R. Arnot and H.C. Solomon, eds., *Studies in Lobotomy*, cit., p. 21.

mente dall'operazione. Ad esempio, in proporzione, il numero di diagnosi di donne affette da psicosi e psiconevrosi – disturbi che si credeva traessero beneficio dalla psicotomia – era superiore alla predominanza maschile nelle diagnosi di turbe cerebrali organiche, alcolismo e alterazioni della personalità, che si riteneva non ne ricevessero alcun beneficio.<sup>42</sup> Tuttavia, gli oppositori della chirurgia erano consapevoli che le differenze tra le malattie mentali dei due sessi non potevano spiegare completamente il predominio femminile. Riconobbero che le donne avevano più probabilità di andare “sotto i ferri” o lo “stiletto”, a causa del diverso modo che i due sessi avevano di percepire la vita successiva all'intervento. Così, si supposeva che una donna lobotomizzata potesse adattarsi al ruolo di casalinga, mentre l'attività lavorativa di un uomo lobotomizzato era considerata più problematica.<sup>43</sup> La psicotomia era legata al concetto del “ritorno a una cittadinanza produttiva”, qualcosa per la quale una donna emotivamente passiva si rendeva più adatta della sua controparte maschile.<sup>44</sup>

Gli psicotomisti erano anche accusati di gonfiare le percentuali dei successi e di attribuire tutti i miglioramenti successivi all'intervento chirurgico, anche nell'arco di due anni, all'intervento stesso. Né gli psicotomisti ammisero che i miglioramenti nei comportamenti dei loro pazienti potessero essere ricollegati al fatto che le cure e le attenzioni che essi ricevevano dopo l'intervento erano migliori rispetto a quelle che avrebbero ottenuto in uno dei sovraffollati “reparti psichiatrici”. Non veniva considerato il fatto che molti di questi pazienti sarebbero potuti migliorare anche senza l'intervento. Infatti, un'inchiesta condotta negli anni Settanta mostrò che la metà degli psicotici ottenevano significativi miglioramenti anche senza l'intervento chirurgico. Nelle parole di uno dei critici:

I disturbi psichiatrici tendono a variare di intensità. Normalmente la psicotomia viene utilizzata quando un paziente è in condizioni disperate e solitamente molto alterate; di conseguenza la possibilità di qualche miglioramento dopo l'intervento (in particolare quando si considerano periodi che arrivano a due anni) è elevata, visto che probabilmente il miglioramento ci sarebbe stato anche senza l'operazione.<sup>45</sup>

L'intervento chirurgico subì un colpo mortale a causa dell'incapacità degli psicotomisti di convincere i loro detrattori.

Per concludere, potenti gruppi all'interno della professione medica definirono la paura e l'ansia come malattie tra le più invalidanti per gli statunitensi e insistettero su una causa puramente neurologica. L'ansia era vista come un problema pa-

---

42. D. Shutts, *Lobotomy*, cit., p. 257.

43. J.D. Pressman, *Last Resort*, cit., pp. 303-4.

44. Ivi, p. 198.

45. E.S. Valenstein, *Historical Perspective*, cit., pp. 33-34.

tologico indipendente dal contesto sociale o politico. Questi medici non erano contrari alla “terapia eroica”; ricorrere alla lobotomia, dopo aver usato per decenni la metrazolina, l’insulina e i trattamenti con elettroshock, non rappresentava per loro un grande cambiamento. Ma per quanto la psicochirurgia fosse al centro della psichiatria dell’epoca, era comunque considerata come una “ultima risorsa”. Una volta che i medici cominciarono a chiedersi quando si raggiungeva questo punto e se il risultato a lungo termine giustificava il ricorso all’operazione, l’intervento chirurgico cominciò a perdere consensi. Esistevano anche ragioni pratiche per il suo declino, dopo il 1955, che durò fino agli anni Settanta. Con gli anni Cinquanta le patologie correlate alla guerra cominciarono a scemare, ed entro la metà del decennio la maggioranza delle persone con malattie psichiatriche – in aumento dopo la seconda guerra mondiale – era stata sottoposta a trattamento.<sup>46</sup> Inoltre, gradualmente, la professione medica stava assorbendo la psichiatria americana, affidando la sua gestione alla medicina più che ai neurologi e ai biologi. Avendo sempre più bisogno della legittimazione della medicina per ricevere fondi, la psichiatria fu costretta ad adattarsi ai criteri professionali della medicina stessa.<sup>47</sup> Si resero disponibili forme di cura alternativa, specialmente farmaci psicoattivi, come la cloropromazina, nota anche come Thorazine. Libri che davano un’immagine negativa della psicochirurgia, come *Suddenly Last Summer* (*Improvvisamente l’estate scorsa* 1958) di Tennessee Williams, *One Flew Over the Cuckoo’s Nest* (*Qualcuno volò sul nido del cuculo*, 1962) di Ken Kesey e *A Fine Madness* (1964) di Elliot Baker, contribuirono a modificare l’atteggiamento della gente nei confronti della lobotomia. La controcultura degli anni Sessanta, seguita dalla rivoluzione terapeutica degli anni Novanta, portò a mettere ulteriormente in discussione l’intervento chirurgico radicale nelle vite emotive degli statunitensi. Nel momento in cui la psicoterapia acquisì un proprio status, la chirurgia radicale divenne inutile. La paura e l’ansia rimasero problemi centrali della psiche statunitense, ma la soluzione andava cercata sul lettino dello psicoanalista o in farmacia piuttosto che nella chirurgia.

---

**46.** J. Kleinig, *Ethical Issues in Psychosurgery*, cit., p. 85.

**47.** J. D. Pressman, *Last Resort*, cit., p. 12.