

Un descanso a la “locura”: La emergencia del Trastorno de Estrés Postraumático en los veteranos de la Segunda Guerra Mundial en EE.UU. y la lobotomía como solución desesperada.

Vanessa Alzate Palacio¹

Resumen

La Segunda Guerra Mundial marcó el inicio de la comprensión científica de trastornos mentales derivados de los conflictos bélicos. Además fue testigo del choque entre las verdades científicas de cada época en torno a los mismos síntomas psicológicos, emergentes de distintas guerras. En este artículo se mostrará los esfuerzos desde el ámbito científico para llegar a la verdadera razón de los síntomas actualmente relacionados con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), hasta acabar con el estigma de la debilidad como generador del mismo. Sin embargo mientras esto se llevaba a cabo, el camino para llegar a un tratamiento eficaz contra este fenómeno estaba lleno de obstáculos y errores que perjudicaron a los veteranos que se sometieron a dichos procedimientos, en todas las esferas que conformaban su cotidianidad. Uno de los procedimientos más famosos fue la lobotomía y trajo como resultado la aparición de quejas recurrentes por parte de los familiares responsables de autorizar la cirugía, manifestación de arrepentimiento y controvertidas opiniones en el círculo médico y científico hasta su desaparición que fue alentada por la llegada de fármacos antipsicóticos en el siglo XX.

Palabras claves: Trastorno de Estrés Postraumático, veteranos, Segunda Guerra Mundial, lobotomía

Abstract

World War II marked the beginning of the scientific understanding of mental disorders arising conflicts. It also witnessed the clash between scientific truths of every age around the same psychological symptoms, emerging from different wars. This article will show efforts

¹ Estudiante de último nivel en Historia de la Universidad de Antioquia, miembro del grupo de investigación Estudios Interdisciplinarios en Historia General (EIHG)

from the scientific field to get to the real reason for the symptoms currently associated with PTSD, to end stigma of weakness how to cause PTSD. But while this was taking place, the way to reach an effective treatment against this phenomenon was full of obstacles and mistakes that hurt veterans who underwent these procedures in all areas making up everyday life. One of the most famous was the lobotomy procedures and resulted in the appearance of recurrent complaints from the family responsible for authorizing surgery, expression of repentance and controversial opinions in the medical and scientific circle until his disappearance of antipsychotic drugs in the century XX.

Key words: PTSD, veterans, World War II, lobotomy

La Segunda Guerra Mundial constituyó el inicio de la incipiente comprensión científica de una crisis que se venía gestando desde guerras anteriores y el contraste entre pensamientos y conceptos previos entorno a las consecuencias psicológicas de la guerra. Así progresivamente se rompió el estigma de que los combatientes vulnerables a los síndromes y síntomas psicológicos eran débiles y carecían de valor. De esta manera quedó claro que todos los hombres, sin importar cuan valientes sean, tienen un punto de quiebre en situaciones extremas, tal cual lo señala la siguiente cita: *World War II began with major reliance on psychological screening. It ended denying the efficacy of screening, contending that "every man has his breaking point," crystallizing the concept of stress as a psychophysiological reality.*²

Precisamente lo que se intenta analizar en este trabajo de investigación es el cambio de paradigma que tuvo lugar durante La Segunda Guerra Mundial y el periodo de posguerra, que consistió en el traspaso del ideal de un combatiente fuerte e inamovible, al hecho de que cualquier soldado puede derrumbarse física y mentalmente por el drama vivido en la zona de combate, para dar origen y reconocimiento médico al Trastorno de Estrés Postraumático. Del que se aspira examinar las razones de lo debatida que resultó la ejecución de algunos de sus

²La Segunda Guerra Mundial comenzó con gran dependencia de evaluación psicológica. Se terminó negando la eficacia del cribado, afirmando que "cada uno tiene su punto de ruptura", cristalizando el concepto de estrés como una realidad psicofisiológica. Marlowe, David. *Psychological and Psychosocial Consequences of Combat and Deployment: Whit special emphasis on the Gulf War*. (Santa Monica: RAND, 2001): 47.

tratamientos en las distintas esferas involucradas directa o indirectamente en el asunto, a saber, la lobotomía.

Este procedimiento radica en una acción quirúrgica que consiste en escindir fibras nerviosas de la región prefrontal del cerebro y así desunir la corteza frontal de la parte restante del mismo. Según Diego Hernández, Juan Manuel Zaloff Dakoff y Roberto Rosler...

“El procedimiento consiste en perforar el cráneo e introducir instrumentos especiales para seccionar las fibras nerviosas del lóbulo frontal. La hipótesis que sostiene este procedimiento está dada por el conocimiento de la implicancia que tiene la corteza frontal en el control y modulación de la conducta y las emociones en seres humanos y primates superiores. De esta forma, muchas patologías como la depresión, la ansiedad generalizada, las psicosis y el trastorno obsesivo-compulsivo tendrían relación con alteraciones neurofisiológicas en la corteza frontal.”³

El interés de realizar una investigación encauzada al análisis histórico del TEPT y su tratamiento durante la Segunda Guerra Mundial y la posguerra, surge a partir de la carencia de exploraciones desde la historia debido a que las investigaciones más cercanas a esta disciplina pertenecen a la psicología y en menor medida a la sociología. Además es importante resaltar la contribución que esta área del conocimiento puede hacer al tema que pese a su trascendencia a nivel social, médico y militar, ha sido víctima del olvido por parte de sus ejecutores, especialmente si esta trascendencia es conferida a la práctica de la lobotomía, como se argumentará más adelante.

Esto explica la razón de la no inscripción del texto a una teoría en particular y la escasez de fuentes concernientes al tema. Sin embargo los informes gubernamentales y médicos desclasificados que reposan en el Archivo Nacional, en Washington y que fueron desenterrados por *The Wall Street Journal*⁴, constituyen la herramienta más significativa de

³ Hernández, Diego y Juan Manuel Zaloff Dakoff, y Roberto Rosler. Historia de la psicocirugía. Lobotomía: del premio Nobel al oprobio. <http://primeravocal.org/wp-content/uploads/2011/06/Historiadelapsicociruga.LobotomadelPremioNobelaloprobio1.pdf>

⁴ <http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

este trabajo ya que aparte de contener los documentos médicos de *The Veterans Administration* materializadas en historias clínicas, ofrece testimonios de los veteranos estadounidenses, sus familias y ocasionalmente de sus vecinos, a modo de entrevistas.

Otra herramienta útil para la pesquisa de información de primera mano es un artículo llamado “World War II Never Ended in My House: Interviews of 12 Office of Strategic Services Veterans of Wartime Espionage on the 50th Anniversary of WW II”.⁵ Como lo plantea el título, este artículo cuenta con la recolección de entrevistas a cuatrocientos veteranos de *The Office of Strategic Services (OSS)*⁶ y sus familiares más cercanos. En menor medida destaco la utilidad de diferentes páginas de internet que trabajan con entrevistas a los veteranos sobrevivientes de la guerra y sus secuelas psicológicas,⁷ para dar cabida al trabajo como tal.

El Trastorno de Estrés Postraumático es la clasificación de una enfermedad, cuyos síntomas son tan antiguos como la guerra misma⁸ y que en la actualidad se define *como un trastorno de ansiedad (emocional) que se deriva de un incidente en particular y que evoca un estrés significativo*.⁹ Algunos de los eventos bélicos más apreciables en la literatura del TEPT son la Primera Guerra Mundial y la guerra de Vietnam (debido a que el TEPT existió solo hasta después de esta). Antes y durante la Primera Guerra Mundial la sociedad reconoció los síntomas con diferentes nombres como nostalgia, corazón de soldado, columna de tren o

⁵ Cavin, Susan. “World War II Never Ended in My House: Interviews of 12 Office of Strategic Services Veterans of Wartime Espionage on the 50th Anniversary of WW II”. *Annals New York Academy of Sciences*. no. 1071 (2006): 463-471.

⁶ Antecesor de la CIA que se creó en 1947.

⁷ <http://www.ptsd.va.gov/apps/AboutFace/questions--who-i-am--4.html>

<http://maketheconnection.net/>

http://www.va.gov/opa/publications/archives/arch_vanguard.asp

<http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2002-2/lindorff.htm>

⁸But despite what modern psychiatry considers an obvious and common condition, experts labeled post-traumatic stress disorder only relatively recently. Experts maintain the mental state as it relates to armed conflict likely began when the first human picked up the first stick or stone. Only the name has changed. http://wfcourier.com/news/metro/ptsd-only-the-name-has-changed/article_394eabda-6a67-5b42-ab5b-2643c4158f11.html

⁹ Citado en: Bentley, Steve. “A short history of PTSD: From Thermopylae to hue soldiers have always had a disturbing reaction to war” *The American Psychiatric Association* (January 1991):1, http://www.vva.org/archive/TheVeteran/2005_03/feature_HistoryPTSD.htm

espina ferroviaria¹⁰, histeria traumática y la neurastenia traumática, entre otros. Esto se debió a la tardía emergencia de la enfermedad ante la comunidad científica que tuvo lugar en 1980 a través del reconocimiento oficial por parte del DSM-III.¹¹

Debido a que la enfermedad no fue diagnosticada hasta treinta y cinco años después de la guerra, difícilmente se pudo establecer su prevalencia en los excombatientes como lo afirma Ron Langer. No obstante asegura que gran parte de ellos fueron diagnosticados con ansiedad, neurosis depresiva, melancolía, personalidad antisocial o esquizofrenia como se mostrará en la siguiente cita:

“I well remember reviewing the medical chart of a WWII B-17 gunner, who had been a POW of the Germans for several years, whose most prominent symptoms were anger, guilt, and olfactory “hallucinations” of smelling rubber burning and smoke, who was diagnosed with schizophrenia and psychiatrically hospitalized for over two years (Langer, 1987). It was only because his psychiatrist wrote such detailed notes that, to a later reader, it was abundantly clear he suffered from PTSD.”¹²

Como lo menciona Ron Langer algunos de los síntomas citados, hasta entonces desconocidos hacen parte de algunas de las características que en la actualidad constituyen el Trastorno de Estrés Postraumático como lo exhibe el siguiente cuadro.

¹⁰ Diagnóstico conocido como railway spine durante el siglo XIX que incluía los síntomas del actual TEPT, entre quienes se vieron involucrados en accidentes de ferrocarril.

¹¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o en español, Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales es un manual que pertenece a la asociación Americana de psiquiatría (Psychiatric Association, o APA) y acoge la clasificación de trastornos mentales con su respectiva descripción. Su última versión es la V que fue publicada en el 2013.

¹²Recuerdo muy bien la historia clínica de un artillero de un B-17 de la segunda guerra mundial, quien había sido un prisionero de guerra de los alemanes por varios años, sus síntomas prominentes eran la ira, culpa y “alucinaciones” olfativas por oler caucho quemándose y humo, quien fue diagnosticado con esquizofrenia y hospitalizado psiquiátricamente por alrededor de dos años (Langer, 1987). Fue solo por sus escritos psiquiátricos como notas detalladas que, para un lector tardío, era abundantemente claro que sufría de TEPT. Langer, Ron. “Combat Trauma, Memory, and the World War II Veteran”. *War, Literature and the Arts: An International Journal of the Humanities* 23, no. 1 (2011): 3

Síntomas	Descripción
1. Re-experiencias traumáticas	Recurrentes e intrusivos recuerdos de acontecimientos traumáticos, recurrentes sueños infelices, reacciones disociativas (por ejemplo <i>flashbacks</i> de los acontecimientos)
2. Evitaciones	Evitación de pensamientos, sentimientos, actividades y estímulos en general del evento traumático, amnesia de una parte del evento, disimulación de respuestas y pérdida de interés por el mundo externo, reducción de la capacidad de sentir emociones, sentimiento de alienación.
3. <i>Hiperarousal</i>	Ansiedad, hipervigilancia, problemas de sueño (dificultades en iniciar y mantener el sueño), dificultades de concentración e irritabilidad.

Coelho, Luis Alberto, Maia Rebelo y Jorge Manuel Costa Oliveira. “Bases neurológicas del estrés post-traumático”. *Anales de psicología*. 2010, vol. 26, n° 1 (enero), 2.

Al finalizar la Primera Guerra Mundial estos síntomas se encontraron con frecuencia en gran parte de los soldados sobrevivientes y fueron relacionados con “locura,” ante la incapacidad de acatar las normas socialmente establecidas y de reinsertarse a la sociedad. Este hecho alarmó de tal manera a la institución militar y al gobierno, que para la Segunda Guerra idearon un proceso de selección en el que se descartaba a quienes presentaran alguna alteración mental o indicios de “romperse” fácilmente ante situaciones extremas como el combate. Pero este proceso de selección representó un fracaso ya que gran parte de las muertes registradas durante la Segunda Guerra, fueron generadas por la enfermedad mental. *Statistics show one in four casualties in World War II resulted from the mental disorder. In Europe, the U.S. military recorded one combat stress casualty for every three soldiers*

*wounded in action, according to Field Manual FM 6-22.5, which is used and distributed by the U.S. Marine Corps.*¹³

La historia de la enfermedad se erigió en parte por la construcción que la sociedad hizo de la misma. Y no sólo la sociedad de Estados Unidos, también las fuerzas armadas consideraban que la aparición de los síntomas en los combatientes no era más que una simulación ya fuera para escaparse de los enfrentamientos o para cobrar la recompensa económica que traería consigo el desarrollo de una patología mental causada por la guerra.

De este modo hubo un rechazo al tratamiento psiquiátrico por parte de la sociedad, en donde se radicalizó posteriormente la idea de una predisposición biológica de algunos soldados a desarrollar enfermedades mentales como el TEPT:

“[At] the end of World War II to the late 1960s, saw a number of important developments. Initially many of the findings and observations made during World War II about the combat zone’s power to generate psychological and psychophysiological consequences faded. Psychoanalytic thought and other depth psychological doctrines ascended. By the 1960s, however, these models began to shift toward a somewhat more biological doctrine as the first psychotropic medications became widely used. Some of the stigmatization of psychiatry and recourse to psychiatric treatment (in the military and society at large) may be due to the belief at the time that all the factors that contributed to psychologically related illnesses were the result of brain structure or brain chemistry.”¹⁴

¹³ Las estadísticas muestran que una de cuatro bajas en la Segunda Guerra mundial era resultado de desorden mental. En Europa, el ejército de los estados unidos grabo una baja por estrés de combate para todos los 3 soldados heridos en acción, de acuerdo con el manual de campo FM 6-22.5, el cual es usado y distribuido por el cuerpo de marines de los Estados Unidos. Magee, Dennis. “PTST: Only the name has changed” (http://wfcourier.com/news/metro/ptsd-only-the-name-has-changed/article_394eabda-6a67-5b42-ab5b-2643c4158f11.html)

¹⁴El término de la Segunda Guerra Mundial hasta el final de los 60’s, vio un número importante de desarrollos. Inicialmente muchos de los hallazgos y observaciones hechas durante la segunda guerra mundial eran acerca del poder de las zonas de combate para generar consecuencias psicológicas y psicofisiológicas desvanecedoras. Pensamientos psicoanalíticos y otras profundas doctrinas psicológicas ascendieron. Para los 60’s, sin embargo, estos modelos empezaron a cambiar hacia alguna doctrina más biológica como las primeras medicaciones psicotrópicas, que empezaron a ser ampliamente usadas. Algunas de las estigmatizaciones de la psiquiatría y el recurso a tratamiento psiquiátrico (en el ejército y sociedad en general) pueden deberse a la creencia en la época

Esta falta de atención a los síntomas de los soldados en el periodo de guerra y posterior a ella, pudo haber significado un empeoramiento de la situación ya que el estigma de debilidad o cobardía los obligaba a intentar una reinserción social para la que no estaban capacitados¹⁵ y a partir de la que tuvieron que callar para evitar los señalamientos sociales. De este modo puede deducirse que la situación expuesta anteriormente, contribuyó de manera significativa al reconocimiento tardío de la enfermedad y al aplazamiento de cualquier adelanto que pudiera llevarse a cabo a nivel de investigación científica. La razón de esto se debe a que la escasa asistencia a consultas psiquiátricas en las que pudiera otorgarse elementos de investigación a la medicina, se limitaba al encierro del hogar dentro del que se manifestaban los problemas propios del trauma. Porque síntomas como pesadillas, insomnio, imágenes negativas, "flashbacks", problemas de concentración, llanto, ansiedad generalizada, y la angustia fueron imposibles de evitar y controlar sin ayuda profesional.¹⁶

La falta de asistencia a los tratamientos psiquiátricos pudo deberse también a que los excombatientes consideraran la enfermedad como algo normal de la guerra y evitaran hablar del tema, además de la creencia generalizada de que el tratamiento podría ser peor que los síntomas. Esto gracias a las respuestas negativas de más de dos mil veteranos a las lobotomías realizadas durante y después de la Segunda Guerra Mundial, hasta los años 50's del siglo XX. Estas cirugías estuvieron a cargo del médico Walter Friedman, quien viajó por todo EE.UU vendiendo la lobotomía como solución a los problemas mentales. Después de diferentes discusiones a través de correspondencia, los hospitales de la *Veterans*

de que todos los factores que contribuyeron a las enfermedades psicológicamente relacionadas, fueron el resultado de la estructura cerebral o de la química cerebral. PTSD and Older Veterans. A National Center for PTSD Fact Sheet. Cap. 7-8. P.18

¹⁵“Combat related trauma may lead to full-blown PTSD or partial PTSD. Common symptoms are depression, anxiety, guilt and/or shame, preoccupation with war-related subjects, substance abuse, and—most of all—anger. O'Donnell et. al. (2006), in a study of WWII ex-POWs, found that 60% reported verbal aggression and 12% physical aggression in their marriages.” Langer. “Combat Trauma, Memory”, 5

¹⁶ Véase anexo 1 al finalizar.

administration acogieron la cirugía como medio desesperado¹⁷ ante casos que no mostraban progresos con las terapias existentes.¹⁸

Como se mencionó antes, al comenzar la Segunda Guerra Mundial los militares estadounidenses creyeron tener controlado el asunto de los soldados con problemas mentales, pues ejercieron un exhaustivo proceso de selección de los “mentalmente aptos” para la guerra y rechazaron alrededor de 1,8 millones de hombres como lo indica *The Wall Street Journal*¹⁹. Pese a los mecanismos empleados en el intento de evasión de problemas psiquiátricos a largo plazo, los hospitales de la *Veteran Administration*, según es señalado en *The Wall Street Journal*, pronto estuvieron colmados de pacientes depresivos, psicóticos y esquizofrénicos. *A 1955 study by the Higher Council for Scientific Research had 1.2 million active duty soldiers admitted to military hospitals during the same war for psychiatric and neurological injuries, compared with 680,000 for battle injuries.*²⁰

Ante la insuficiencia de los tratamientos ofrecidos a los veteranos y la tendencia a la ejecución de la lobotomía en los hospitales de casi todo el país, The Veteran Administration aceptó el procedimiento a cargo del neurólogo Walter Friedman y el neurocirujano James Watts, quienes prometían la eliminación de los síntomas ¿Pero a qué precio?

Los registros disponibles indican que los familiares de los veteranos que fueron lobotomizados, en la actualidad presentan arrepentimiento y culpabilidad por haber permitido la cirugía en la que cortaban las fibras neuronales que se pensaba, limitaba las emociones y la experimentación de los síntomas del hoy conocido como trastorno de estrés postraumático²¹. Efectivamente el objetivo se cumplió, las pesadillas, temblores, y recuerdos intrusivos desaparecieron por completo y con ellos cualquier tipo de expresividad e

¹⁷ Véase anexo 2 en el que al final aparece una nota que dice “Una nota garabateada en la parte inferior de la nota dice el Dr. Freeman es “probablemente el mejor hombre para actuar como asesor de la Administración de Veteranos.”

¹⁸ Electroshok, choque de insulina, electroshock, y los chorros de agua de alta presión.

¹⁹ <http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

²⁰ *Un estudio del alto consejo para la investigación científica en 1955 tuvo 1.2 millones de soldados activos para el deber aceptados en hospitales militares por lesiones psiquiátricas y neurológicas durante la misma guerra, comparado con las 680.000 heridas de batalla.* Citado en: <http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

²¹ “In a standard lobotomy, a surgeon pulled back the forehead skin, sawed two holes in the skull and inserted a rotating tool or spatula-like knife. The surgeon then severed pathways between the prefrontal area behind the forehead, and the rest of the brain. These fibers were thought by practitioners to promote excessive and compulsive emotions”. <http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

independencia ya que según señalan los parientes, los pacientes obtuvieron una "infancia inducida quirúrgicamente", es decir, quedaron totalmente dependientes. *He wasn't able to function the way he was before," says Donald Rawlings, whose uncle Eldon Rawlings, a Navy veteran, was lobotomized by the VA and spent his final years pushing a mop at a Utah rest home. "He was all scrambled up in his brain."*²²

Con todo y este tipo de incidentes, el procedimiento quirúrgico seguía siendo bien recibido por un porcentaje considerable de familiares de los excombatientes, puesto que estos casos fueron manejados con extrema discreción. Sin embargo después de que se repitieran las quejas por los mismos resultados en diferentes pacientes, *The Veteran Administration* limitó el procedimiento a cuatro cláusulas de las que se destaca la sujeción de la operación a la decisión exclusiva de los familiares más cercanos al enfermo y la obligatoriedad de ejecutar el procedimiento solo a pacientes en los que se hayan agotado todas las posibilidades sin recibir resultados²³.



Walter Freeman, right, and James Watts performing a prefrontal lobotomy in 1942. *Special Collections Research Center, The George Washington University.* Imagen extraída de <http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

²² Él no estaba apto para funcionar de la manera que lo hacía antes”, dijo Donald Rawlings, de quien su tío Eldon Rawlings, un veterano de la marina, fue lobotomizado por la VA y gasto sus últimos años empujando una traperas en el hogar de reposo de Utah. “él estaba todo perturbado en su cerebro” <http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

²³ Véase anexo 3.

Este tipo de casos continuaron presentándose con regularidad hasta la primera mitad del siglo XX, cuando el primer fármaco antipsicótico llamado Thorazine salió al mercado y la *Veteran Administrations* prescindió de los servicios del doctor Friedman ante la controversia generada por la lobotomía y los métodos por él propuestos. Pero su ejercicio, aunque limitado, continuaba efectuándose dentro de EE. UU., hasta 1980, año en que fue aprobado el TEPT como patología médica, mientras las inconsistencias de las lobotomías reposaron discretamente en archivos preferiblemente olvidados.

Para concluir considero importante recordar que el cambio de paradigma generado después de los acontecimientos de la Segunda Guerra Mundial tuvo lugar gracias a la imperante necesidad de investigaciones relativas a una patología cuyo estudio tardío, me atrevo a acusar, fue precedido por la negligencia social, militar y médica ya que todas las señales estuvieron presentes durante combates previos a los presentados en la Segunda Guerra y las soluciones ofrecidas a los veteranos fueran pensadas más, para favorecer la institución, que a los mismos afectados como por ejemplo el proceso de selección durante la Segunda Guerra Mundial.

Por otra parte una muestra de la negligencia señalada se hace notoria en la laxitud con que se manejó la admisión de la lobotomía dentro de los hospitales de *Veterans Administration*, en el que se le permitió a Friedman traspasar las normas éticas de la medicina. Es por esta razón que *The Wall Street Journal* juzga este hecho como un episodio borrado de la memoria pública.

Muchos aprendieron demasiado tarde, sin embargo, que la lobotomía podría ser un arma de doble filo. La operación podría reducir la violencia y la angustia del paciente, pero también podría borrar para siempre su personalidad y despojarlo de la independencia.

Anexo 1.

VETERANS ADMINISTRATION HOSPITAL
Fort Lyon, Colorado
May 17, 1950

SUPPLEMENTAL EXAMINATION

(For Consideration of Prefrontal Lobotomy)

NAME: Eldon E. Rawlings
ADMITTED: January 28, 1948
RELIGION: Latter Day Saints
OCCUPATION: Construction Worker
MARITAL STATUS: Single
SERVICE, RANK & ORGANIZATION: Navy
DATE OF MILITARY INDUCTIOE: October 8, 1941
DATE OF MILITARY DISCHARGE: March 2, 1946

This twenty-nine year old white male was first admitted to this hospital on January 28, 1948 for treatment of a schizophrenic reaction of the paranoid type. So far as is known, there is no history of neuro-psychiatric determinants nor any psychotic behavior previous to his acute illness while enlisted in the navy.

In about August 1945 he was hospitalized on Guam because of peculiar behavior which included hallucinations, delusions and bizarre behavior. He was sent from Guam to Mare Island, and from there he was sent to Fort Worth, Texas where he was given a course of seventeen electro-shock treatments, with a great degree of improvement resulting. From Fort Worth he was transferred to Sheridan, Wyoming where after a short while he was discharged from the navy and returned home.

May 17, 1950

RAWLINGS Eldon E. SC NW II 8 188 983 12 730

<http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

STANDARD FORM NO. 64

730

Office Memorandum • UNITED STATES GOVERNMENT

TO : Acting Assistant Medical Director for
Neuropsychiatry

FROM : Chief, Neurology Division, Neuropsychiatric Service

DATE: April 17, 1946

SUBJECT: Prefrontal Lobotomy

1. One of the controversial subjects today in neuropsychiatry are the indications and contraindications for prefrontal lobotomy.
2. Not infrequently letters from field stations come into the Central Office asking for an opinion on this subject.
3. The Neuropsychiatric Service has no advisor in this important field.
4. The possibility of Dr. Walter Freeman to act as consultant in Prefrontal Lobotomy has been considered. It was thought also that Dr. Freeman might be of great assistance in establishing a connection with neurological facilities in the Washington area where the Veterans Administration has no representative.
5. There are certain objections to an appointment of Dr. Freeman on the grounds that he is "a biased enthusiast".
6. It is my opinion that if the situation were properly handled the advantages of being able to use the services of Dr. Freeman would outweigh the disadvantages.
7. An expression of your opinion in this matter is requested.

FILE

Pearce Bailey
PEARCE BAILEY, M. D.

APR 17 1946
mwb

Psychiatry & Neurology Division
Department of Medicine & Surgery


Probably the best man.
Many psychiatrists are skeptical
of him ⊗ (?) Subcommittee on this?
Harry Solomon is one of the
most potent booster of lobotomy in
properly selected cases in the country.
This man does tremendous job for V.A.
in chd cases etc

Anexo 2

<http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

Anexo

3.

 **VETERANS ADMINISTRATION**
WASHINGTON 25, D.C. *History*

August 26, 1943.
707 *24* YOUR FILE REFERENCE: GAE
IN REPLY REFER TO:

Dear Sir: **SUBJECT: OPERATION OF PREFRONTAL LOBOTOMY.**

Reference is made to previous correspondence with your station regarding the operation of prefrontal lobotomy.

Some of the Facilities for the care of neuropsychiatric cases have made arrangements for the training of Staff Members in the performance of this operation and others are arranging for the appointment of a Neuro-Surgeon familiar with this procedure to their Consultant Staff on a fee basis.

This letter is for the purpose of informing you regarding the restrictions which have been placed upon selection of cases for this operation.

- (1) Permission for the operation should be obtained from the nearest relative, after complete explanation of the results to be expected and possible residuals.
- (2) Cases should be selected in which apprehension, anxiety, and depression are present; also cases with compulsions and obsessions, with marked emotional tension.
- (3) Selection of cases, at present, should be limited to those in which other types of treatment, including shock therapy, have failed.
- (4) Operation should be authorized only after the case has been presented to the Medical Director and Central Office approval obtained.

Full and complete records should be maintained and if possible, photographs of the patient before operation and after operative recovery should be obtained.

The success of this operation and the rehabilitation of the patient depends in great part upon the reeducation of the veteran and to this end the cooperation of the entire medical, nursing and attendant staff, who are in contact with the patient, should be obtained. Post-operatively and for some time thereafter, these patients require observation at meal time to prevent strangulation by excessive amounts of unswallowed food.

Very truly yours,
Chas. M. Griffith
CHAS. M. GRIFFITH,
Medical Director.

TO ALL NEUROPSYCHIATRIC FACILITIES.

FOR VICTORY BUY UNITED STATES SAVINGS BONDS AND STAMPS

copy 2 B 1 2 2 -
History filed 707 - Answer with History

RECEIVED
AUG 26 1943
GENERAL RECORDS
SUB-DIVISION

<http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

Fuentes:

<http://projects.wsj.com/lobotomyfiles/>

http://www.va.gov/opa/publications/archives/arch_vanguard.asp

<http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2002-2/lindorff.htm>

Bibliografía

ANDREWS, Berenice y BREWIN, Chris R. y PHILPOTT, Rosanna y STEWART, Lorna “Delayed onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence,” *American Journal of Psychiatry* 164, no. 9 (2007): 1319–1326, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091491>.

BENTLEY, Steve. Short history of PTSD: From Thermopylae to Hue soldiers have always had a disturbing reaction to war. *Vietnam Veterans of America: The Veteran*. (2005). Tomado de http://www.vva.org/archive/TheVeteran/2005_03/feature_HistoryPTSD.htm

BHATTACHARJEE, Yudhijit. “Shell shock revisited: solving the puzzle of blast trauma”. *Science* 319, no. 5862 (2008): 406–408.

BONWICK, Richard J y MORRIS, Philip LP. “Post-Traumatic Stress Disorder in elderly war veterans”. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 11, no. 12 (1996): 1071-1076, [http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F\(SICI\)1099-1166\(199612\)11%3A12%3C1071%3A%3AAID-GPS511%3E3.0.CO%3B2-B?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1](http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F(SICI)1099-1166(199612)11%3A12%3C1071%3A%3AAID-GPS511%3E3.0.CO%3B2-B?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1).

BORSON, Soo. “Posttraumatic stress disorder and dementia: A lifelong cost of war?” *Journal of the American Geriatrics Society* 58, no. 9 (2010): 1797-1798.

BOWMAN, Marilyn L. “Individual differences in posttraumatic distress: problems with the DSM-IV model”. *Canadian Journal of Psychiatry* 44, no. 1 (1999): 21-33.

CAVIN, Susan. “World War II never ended in my house. Interviews of 12 Office of Strategic Services Veterans of Wartime Espionage on the 50th Anniversary of WW II”. *Annals New York Academy of Sciences*, no. 1071 (2007): 463-471

COELHO, Luis Alberto y REBELO, Maia y COSTA OLIVEIRA y Jorge Manuel. “Bases neurológicas del estrés post-traumático”. *Anales de psicología* 26, no. 1 (2010): 1-10.

ENGDAHL, Brian y Raina EBERLY y Julee D. BLAKE. “Assessing PTSD among Veterans Exposed to War Trauma 40-50 Years Ago”, *Psychological assessment* 8, no. 4 (1996): 445-449.

HERNÁNDEZ, Diego y Juan Manuel ZALOFF DAKOFF, y Roberto ROSLER. Historia de la psicocirugía. Lobotomía: del premio Nobel al oprobio. <http://primeravocal.org/wp-content/uploads/2011/06/HistoriadelaPsicocirugia.LobotomadelPremioNobelaloprobio1.pdf>
Department of Veterans Affairs, “*Fact Sheet: Epidemiological Facts about PTSD*”, http://ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_epidemiological.html, 2007.

HORESH, Danny y Z. SOLOMON y G. ZERACH y T. EIN-DOR. Delayed-onset PTSD among war veterans: the role of life events throughout the life cycle. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* no. 46 (2011):863–870.

JONES, Edgar y Simon WESSELY. *Shell shock to PTSD: Military psychiatry 1900 to the Gulf War*. Londres: Psychology Press, 2005.

LANGER, Ron. “Combat Trauma, Memory, and the World War II Veteran”. *War, Literature and the Arts: An International Journal of the Humanities* 23, no. 1 (2011): 50-58.

MAGEE, Dennis, “*PTSD: Only the name has changed*”. http://wfcourier.com/news/metro/ptsd-only-the-name-has-changed/article_394eabda-6a67-5b42-ab5b-2643c4158f11.html

MARLOWE, David H. *Psychological and Psychosocial Consequences of Combat and Deployment: With special emphasis on the Gulf War*. Santa Monica: RAND, 2001.

WEIERSTALL, Roland. Sina Huth, Jasmin Knecht, Corina Nandi, Thomas Elbert. “Appetitive Aggression as a Resilience Factor against Trauma Disorders: Appetitive Aggression and PTSD in German World War II Veterans”. *PLoS ONE* 7, no. 12 (2012), DOI: 10.1371/journal.pone.0050891