

MASTEROPPGAVE

Emnekode: HI325LS
Kandidatnummer: 3

Navn på kandidat: Anniken S. Fiskvik

Diagnostisering og behandling av hysteri i Norge – en
casestudie av Rønvik Asyl i perioden 1902-1924

Diagnosis and treatment of hysteria in Norway – a case
study of Rønvik Asylum in the period 1902-1924

Dato: 15.05.2018

Totalt antall sider: 61

1. Innledning.....	s.1
1.1 Tema.....	s.1
1.2 Metode og problemstillinger.....	s.2
1.3 Kilder.....	s.3
1.4 Forskningsetiske hensyn.....	s.5
2. Historisk bakgrunn.....	s.5
2.1 En historisk gjennomgang – fra den greske antikken til moderne tid.....	s.5
2.2 Endringer av hysteritermen.....	s.8
2.3 Hysteri i statistikk over sinnssykeasylene i Norge.....	s.9
3. Kritiske synspunkt.....	s.11
3.1 Sosial konstruksjon av sykdom.....	s.11
3.2 Hysteri som kulturdiagnose.....	s.11
3.3 Hysteri – en form for kvinneundertrykkelse?.....	s.12
4. Symptomer.....	s.13
4.1 Hysteriske symptomer forklart i et utvalg norsk faglitteratur.....	s.14
5. Behandling av hysteri.....	s.17
5.1 Elektroterapi – faradisjon, galvanisjon og hydroelektrisk bad.....	s.18
5.2 Kirurgiske behandlingsmetoder.....	s.18
5.3 Hypnose, suggesjon og den kathariske metode.....	s.19
6. Rønvik asyl.....	s.20
6.1 Rønvik asyl – historisk bakgrunn.....	s.20
6.2 Behandling ved Rønvik Asyl.....	s.22
7. Undersøkelse og analyse av pasientjournaler og protokoller ved Rønvik asyl.....	s.24
7.1 Undersøkelsen av pasientjournaler og protokoller.....	s.24
7.2 Kriteriene for å stille diagnosen Insania hysterica.....	s.25
7.3 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i 1902.....	s.27
7.4 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i 1908.....	s.34

7.5 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i 1914.....	s.37
7.6 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i år 1920.....	s.41
7.7 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i år 1924.....	s.44
8. Konklusjon.....	s. 50
Litteraturliste.....	s.54
Kilder.....	s.57
Nettkilder.....	s.57

1. Innledning

1.1 Tema

Som tema til min masteroppgave har jeg valgt hysteri som diagnose i Norge. Jeg har valgt å fokusere på de norske asylene og de behandlinger av *Insania hysterica* som er blitt utført i Norge. Videre vil jeg se på historien til hysteri som sinnssykdom og ta for meg hvorfor denne diagnosen ble tatt ut av bruk. Det er valgt å undersøke nærmere ett av de norske asylene for å finne mer informasjon enn det den statistiske oversikten over asylene i Norge kan tilføye. I den forbindelse er det valgt et av asylene som det ikke er gjort slik tidligere forskning på – Rønvik asyl – som utgangspunkt for en nærstudie. Rønvik asyl er en god case til oppgaven da Rønvik tidlig etablerte seg som asyl, hadde pasienter fra hele den nordnorske regionen og et betydelig antall pasienter med diagnosen.

Oppgaven vil i hovedsak ta utgangspunkt i perioden 1870-årene til 1925 da diagnosen er blitt mest benyttet i Norge. Etter denne tid gikk diagnosen over til å få en rekke nye betegnelser til den til slutt ikke ble regnet som en egen diagnose. Hysteriets symptomer ser man derimot i dag under andre former for diagnoser. Hysteri fra det gamle greske ordet for livmor, *hysteria*, er et eldre og utdatert begrep på en diagnose preget av dramatiske atferdsmessige reaksjoner. Reaksjonene kunne gi utspring i krampetilstander og anfall uten at noe legemlig sykdom forelå (Skålevåg & Malt, Hysteri, 2018). At betegnelsen hysteri stammet fra det greske ordet livmor har grunnlag i den greske antikken da man under denne tid antok at sykdommen stammet fra livmoren. Livmoren skulle ut i fra dette tidligste medisinske perspektiv vandre rundt i kroppen og påvirke de organene den befestet seg ved (Hermundstad, 1999, ss. 90-91).

Til tross for at begrepet hysteri har et kvinnelig språklig grunnlag og er allment kjent som en kvinnesykdom har det vært en rekke tilfeller med mannlige innlagte pasienter med diagnosen på norske sinnssykeasyl. Hysteriet ga samtidens leger muligheten til å undersøke det mystiske i kvinnen og kvinnens vesen i et gynekologisk perspektiv. Diagnosen ga et medisinsk grunnlag til å understøtte forestillingen om kvinnen som svak og ustabil (Bondevik, 2007). På grunn av dens popularitet i en tid hvor kvinner fikk en større rolle i samfunnsbildet er den ansett å være en sosialt konstruert sykdom og er blitt kritisert for å være et maktmiddel for å undertrykke kvinnen og holde henne tilbake i hjemmet (Briggs, 2000, s. 246).

Sykdomsbildet til hysteri har variert gjennom årene begrepet hysteri var anvendt. De mest klassiske symptomene har vært hallusinasjoner anfall, kramper, besvimelser, hodepine og lammelser. Sinnslidelsen har derimot vist seg å kunne påvirke de fleste organer i kroppen og dermed har det vært vanskelig i den medisinske litteraturen som er undersøkt å få et helt klart sykdomsbildet av *Insania hysterica* (Bondevik, 2007). Hysteri som diagnose har i tiden fått et dårlig rykte og pasienter diagnostisert med denne sinnslidelsen vegret seg over å få en slik diagnose. Dette førte til endringer i betegnelsen og hysteri fikk, slik vi senere skal se, ny drakt i nytt navn opptil flere ganger. Behandlingene av hysteri har blant annet vært hypnose, elektroterapi, medisiner og kirurgiske operasjoner.

1.2 Metode, teori og problemstilling

Den statistisk oversikten over de norske sinnssykeasylene ga sparsommelig informasjon om behandlingen av pasienter med hysteri. På grunnlag av dette ble det valgt å gjøre en dypere undersøkelse i ett av de norske asylene for å finne slikt material. Det var fra starten et ønske om å kunne undersøke primært kildemateriale og da aller helst pasientjournaler. En case-studie av et av de norske asylene har vært det foretrekkende alternativet for å få tilgang til slike data. Rønvik asyl ble da valgt som en case-studie da det ikke er gjort slik tidligere forskning ved dette asylet. Ved analysen av pasientjournaler og protokoller er det undersøkt om de mest anvendte behandlingsmetodene til å behandle hysteri er praktisert ved Rønvik asyl i perioden *Insania hysterica* var aktiv som diagnose. Sykdomsbildet til *insania hysterica* har vist seg å variere i litteraturen og nye symptomer har dukket opp ofte under undersøkelsen av medisinsk litteratur. Ettersom sykdomsbildet er kompleks og det er reist spørsmål om denne diagnosen ble benyttet for å undertrykke kvinner i perioden stilles det spørsmål om hvorvidt det var stilt kriterier for å stille diagnosen *Insania hysterica*. I starten av arbeidet med oppgaven ble det gjort en undersøkelse av de statistiske oversiktene fra sinnssykeasylene i Norge for å finne ut når diagnosen først ble anvendt og når den ble tatt ut av bruk. Den tidligste anvendelsen av termen hysteri og utviklingen av den var forøvrig oversiktlig, derimot var det ingen antydninger i statistikken om hvorfor diagnosen forsvinner fra oversikt over sinnslidelser. Av den grunn vil det undersøkes nærmere hvorfor *Insania hysterica* opphører som anvendt diagnose og hva som skjer med hysteritermen videre. En hypotese kan være at

de som tidligere ble diagnostisert for hysteri nå gikk under en annen sinnslidelse uten at det er blitt nevnt ytterligere. Til tross for at sykdomsbildet har vært ustabilt og symptomene har variert vil det og undersøkes om konkrete symptomer på hysteri vil vise seg hos pasientene ved Rønvik.

Som faglige problemstillinger til denne oppgaven er det valgt tre som skal undersøkes nærmere:

- Hvorfor ble diagnosen *Insania Hysterica* fjernet fra oversikt over sinnslidelser ved norske sinnssykehus og hva skjedde med hysteridiagnosen etter dette?
- Hvilke behandlingsmetoder ble anvendt på pasienter med hysteri og vil disse vise seg i undersøkelsen ved Rønvik asyl?
- Hvilke kriterier la grunnlag for å stille diagnosen og hvilke symptomer på hysteri finner vi hos pasientene?

Ettersom journalarkivet ved Nordlandssykehuset inneholder mengder med sensitive opplysninger var det ikke mulig å lete gjennom pasientjournal selv av personvern hensyn. En ansatt på Nordlandssykehuset måtte da lete gjennom journalene og finne frem til de aktuelle journalene. Dette var et ressurskrevende arbeid for arkivet og det ble i første omgang stilt spørsmål om hvorvidt det ville være mulig å imøtekomme forespørselen om tilgangen til journalene. Saken ble derimot behandlet på nytt og til slutt ble det inngått en avtale der det ble gitt tillatelse til å undersøke 15 pasientjournaler på bakgrunn av mangelen på ressurser og tid. Antallet ble til slutt begrenset til 11 journaler da noen av protokollene som undersøktes ga lite grunnlag for videre analysering og journalene til pasienten ikke kunne oppsøkes. De journaler og protokoller som er benyttet i undersøkelsen har forøvrig gitt et nok representativt utvalgt i forhold til det som valgt å undersøkes.

1.3 Kilder

Analysen vil være basert på de primære kildene, pasientenes journaler og protokoller. Ut fra disse kildene vil de relevante symptomene for hysteriens sykdomsbilde identifiseres og disse vil videre bli analysert ut i fra samtidens sykdomsforståelse av diagnosen. Funnene i analysen er underbygd med de tidsskriftartikler, faglige publikasjoner og faglitteratur som omhandler

diagnosen hysteri. Analysen av undersøkelsen er gjort på et rent historisk grunnlag og det er av den grunn ikke gjort opp meninger av medisinsk perspektiv da dette ikke er et område jeg har kunnskap til å uttale meg om. De journalene og protokollene som er undersøkt vil ikke gi et generaliserbart grunnlag, men gir et dypere innblikk i behandlingen av pasienter med hysteri ved asylene. Framgangsmåten i undersøkelsen har vært å gjennomgått protokollene i et utvalg år, så spredt som mulig, som har vært interessant å undersøke. Det er da valgt 1902 som er året asylet offisielt åpnet, 1908, 1914, 1920 og 1924 som er det siste året Rønvik har pasienter registrert med diagnosen insania hysterica. Ved hjelp av et egendefinert skjema over relevante kriterier og informasjon om pasienten (alder, diagnose, dato på innleggelse og utskrivelse osv.) har man kunne tatt med samme informasjon om hver enkelt pasient.

De kildene som er benyttet i analysen er *Pasientprotokoll for Rønvik asyl kvinner* i årene 1902, 1908, 1914, 1920 og 1924. Protokollene inneholder informasjon om pasient som føres i en skjematisk oversikt hvor tilleggsinformasjon eller notater fra lege føres under. Hver pasient har forholdsvis to sider hvor slik informasjon føres. Hvis denne informasjonen til formodning skulle overskride de to sidene blir slikt ført inn ved andre sider i protokoll. Hver pasient har sitt eget løpenummer som tildeles pasient ved innleggelse. Ved ny innleggelse vil pasient få tildelt et nytt løpenummer som fører til at én pasient kan ha flere løpenummer. Dette har komplisert søket ved å finne frem til pasienters journaler da journal er ført inn under det sist benyttede løpenummer. I protokollene vil ikke alltid dette siste løpenummer være oppført. Et søk i register vil derimot kunne resultere i at alle pasients løpenummer kommer opp. Dette har derimot ikke vært tilfelle ved alle pasientene og noen av disse resulterte ikke i funn. Noen av journalene viste seg å være tapt eller befant seg ved andre steder i arkivet som dette ikke kunne gjøres rede for. Arkivet har de første pasientene, opptil løpenummer 7000-8000, inndelt i et eget system hvor pasient kan oppsøkes ved løpenummer. De øvrige pasientene er inndelt ved fødselsnummer, noe som gjør det vanskeligere å finne frem til de relevante pasientjournalene. Det er benyttet en strategisk utvelgelse av pasienter hvor de mest utfyllende protokollene er valgt noe som har vært hensiktsmessig for å få mest informasjon ut av det begrensede antallet journaler.

1.4 Forskningsetiske hensyn

I forkant av undersøkelsen ble det fylt inn og sendt et meldeskjema for kvalitetsprosjekter til personvernombudet ved Nordland sykehus. Når dette var godkjent og det ble gitt tillatelse til å igangsette prosjektet ble en tilrådning gitt fra personvernombudet med en del vilkår. Tilgangen til journalene forutsatte tilstedeværelse på kontorene til SKSD, avdeling for post og dokumentasjon ved Nordlandssykehuset HF. Journalene kunne ikke bringes ut av Nordlandssykehusets lokaler og de opplysningene som var relevante for masteroppgaven måtte anonymiseres slik at det ikke lengre ville være mulig å knytte opplysningene til en enkeltperson. En taushetserklæring ble signert før det ble gitt tilgang til journalene. Alle individualiserende kjennetegn måtte fjernes før masteroppgaven ble publisert. Pasientene er derfor anonymisert og blir kun omtalt med nummer og alder, bosted er ikke tatt med i beskrivelsen av pasienten for å unngå at pasienten kan bli gjenkjent. Andre kjennetegn som er blitt notert i en somatisk undersøkelse, slik som hårfarge, nasjonalitet og øyefarge, er og blitt fjernet av slike hensyn. På bakgrunn av forskningsetiske hensyn er de kildene som er benyttet i undersøkelsen av Rønvik asyls pasienter - journaler og protokoller - ikke referert i oppgaven da de er tilknyttet kjennetegn ved pasient slik som navn, alder og løpenummer. De protokoller som er anvendt blir derimot henvist til i litteraturoversikten men da ikke de spesifikke pasientene.

2. Historisk bakgrunn

2.1 En historisk gjennomgang – fra den greske antikken til moderne tid

Historien til hysteri har fra den ble beskrevet i den greske antikken vært koblet til livmoren og sykdommer i kvinnens underliv. Det greske ordet for livmor, som den stammer fra, har grunnlag i grekernes årsaksforklaring bak sykdommen. I følge denne skal livmoren ha vandret rundt i kroppen når den ikke ble tilfredsstilt i henhold til dens oppgave i kroppen. Ut i fra forflyttelsen i kroppen skal symptomene den ga vise hvor den hadde befestet seg. Ettersom grekerne ikke hadde et godt nok kunnskap om anatomi, på grunn av tabuet mot å dissekere lik på denne tiden, ble de indre kjønnsorganene til kvinnen lenge gjenstand for spekulasjoner (Hermundstad, 1999, ss. 90-91).

I middelalderen ble ikke hysteri bare diskutert innenfor det medisinske felt men ble også preget av det religiøse. Hysteriske kvinner ble i denne perioden ansett som besatte på grunn av sine symptomer som følelseløshet, kramper og deres dramatiske gestikuleringer (Hermundstad, 1999, s. 95) Denne religiøse innflytelsen på sinnslidende kvinner fortsatte på 1200-tallet da en kirkelig domstol ble satt til å oppspore disse og dømme dem på bakgrunn av mistanken om lettsindighet og synet på kvinner som potensielle hekser. Hysteriske kvinner ble torturert for å bekjenne de «syndene» de hadde begått og symptomene som kramper og nedsatt smertefornemmelse ble ansett som bevis på deres besettelse. Myten om hysteriske kvinner som besatte av djevelen forsvant ikke før i opplysningstiden på 1700-tallet da den ble erstattet med den første psykiatriske tenkning (Hermundstad, 1999, s. 97).

I 1697 betegnet Thomas Sydenham hystera mer som en emosjonell tilstand enn en fysisk lidelse hvor opphavet til lidelsen mente han stammet fra sentralnervesystemet i motsetning til det tidligere synet på at hysteri stammet fra underlivet (North, 2015, ss. 498-499). Denne beskrivelsen av hysteri som Sydenham baserte seg på adopterte den engelske legen Savill i 1909. Senere ble hans karakterisering av hysteri anerkjent av Washington University Psychiatry Group som etablerte et sett av kriterier for hysteri kalt Perley-Guze Checklist (North, 2015, s. 500). Disse kriteriene var basert på arbeidet til en rekke leger blant annet Paul Briquet og Savill. Deres sjekklister for kriterier skulle senere sterkt influere det amerikanske diagnostiske system. The Washington University Group brukte i tiden etter «Briquet's syndrome» for å erstatte betegnelsen «hystera» ettersom navnet hadde blitt ladet med negative assosiasjoner (North, 2015, s. 500).

«Briquet's syndrome» har navnet sitt fra den franske legen Paul Briquet som i det nittende århundre brukte en syndromisk tilnærming som definerer hysteri som en kronisk lidelse preget av mange medisinsk uforklarlige symptomer (North, 2015, s. 499). Ettersom symptomene på hysteri vekslet ble det hysteriske sykdomsbildet ansett som variabelt. Paul Briquet skrev så en avhandling om symptomer og behandling av hysteri i 1859. I etter tid foretrakk klinikere lenge å kalle sykdommen Briquets syndrom fremfor hysteri. Briquet ville i sin avhandling bevise at tilfellene av hysteri ikke dreide seg om en bevisst simulering, at sykdommen simulerer symptomene, ikke pasienten selv (Hermundstad, 1999, s. 101). Etter Briquet måtte man påvise en gruppe bestemte, avgrensede symptomer for å stille diagnosen og sykdomsbildet skal heretter blitt mer klart enn tidligere (Hermundstad, 1999, s. 103).

Hysteri vekket i alt stor medisinsk interesse særlig på siste halvdel av 1800-tallet av Europas fremste leger. I tillegg til Briquet har disse hovedsaklig vært Jean-Martin Charcot, Sigmund Freud og Pierre Janet (Bondevik, 2007). Sigmund Freud som er psykoanalysens grunnlegger startet i 1886 en privat-praksis i Wien som nevrolog. Freud hadde blitt inspirert av Jean-Martin Charcot, en av Europas fremste nevrologer som benyttet seg av hypnose i sin behandling av hysteriske pasienter (Ilstad, 1979, s. 11). Dette forsøkte Freud seg i en periode på, men ga opp når hypnosen ikke ga et ønskelig resultat. Han utviklet da sin egen metode. Denne baserte han på bakgrunn legen Joseph Breuers metode ved å bringe en pasient inn i en lett hypnose og få pasienten til å snakke om sine symptomer og første gang de oppstod. Denne metoden anvendte Breuer på hans pasient, Anna O. som hadde en samling av hysteriske og nevrotiske symptomer. I et samarbeid med Breuer foretok de undersøkelser av denne metoden noe som resulterte i «Studien über Hysteri» som for første gang ble utgitt i 1895 (Ilstad, 1979, s. 12).

Jean-Martin Charcot(1825-1893) hadde i store deler av hans yrkesliv arbeidet som overlege ved et kvinneasyl i Paris kalt La Salpêtrière. I 1872 ble han utnevnt som professor i patologisk anatomi ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Paris. Ti år senere fikk han sitt eget institutt på La Salpêtrière hvor han underviste tirsdager og fredager (Hermundstad, 1999, ss. 105-106). Mest kjent var han for sitt tirsdagsseminar hvor han iscenesatte kliniske demonstrasjoner på pasienter (Hermundstad, 1999, s. 106). Charcot delte hysteriet i to alvorlighetsgrader som han kalte *la grande hystérie* - det store hysteri og det lille hysteriet - *la petite hystérie*. Pierre Janet, Charcots student, studerte sammen med Charcot særlig et av hysteriens symptomer - tap av sanseinntrykk. Charcot opplevde at hysteriske pasienter i forbindelse med dette var lett mottakelige for suggesjon som han anvendte i sin forskning av hypnotiske teknikker. Suggesjonsmetoden skulle ved å servere sjokkerende suggesjoner til hysteriske pasienter som i en hypnotisk tilstand kunne fremkalle besvimelser og lammelser. (Hermundstad, 1999, ss. 107-108).

2.2 Endringer av hysteritermen

Undersøkelsen av hysteriets opphav er fundamentert i problemstillingen som er utformet angående *Insania hystericas* opphør i oversikt over sinnslidelser. Ut fra denne skulle det gjøres forsøk på å finne ut hvorfor diagnosen forsvant i skjema over diagnoser i oversikt over sinnssykeasylenes virksomhet.

Først gang hysteri nevnes i rapporteringen til sinnssykeasylene i Norge er i 1874 under termen «transformeret hysteri» men inngår da ikke som en egen sinnslidelse, men som en årsak til sinnssykdom (Departementet for det indre, 1875, s. 17). I 1883 blir hysteri nevnt for første gang i egen tabell, da under termen hysteria (Direktøren for det civile medicinalvæsen, 1884, s. 7). I 1892 blir det gjort en revisjon over nomenklaturen og de forskjellige sykdomstilfellene blir til under nye diagnoser fra 15. februar 1894. Under denne revisjonen blir termen hysteria endret til *Insania hysterica* (Medicinaldirektøren, 1894, s. 3). Denne termen blir benyttet helt til i 1926 da det blir gjort en revisjon av diagnosene i oversikt over sykdomsformer. *Insania hysterica*, *hypochondrica* og *degenerativa*, delvis også *periodica* blir erstattet av samlegruppen *Insania ex constitutione* (Austad & Ødegård, 1956, s. 187) Men hysteri som diagnose forsvinner ikke selv om den går inn under en annen betegnelse ved de norske sinnssykeasylene.

Hysteri skal vise sin videre historie som term i DSM, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, som er et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser som blir utgitt av den Amerikanske Psykiaterforening. DSM-systemet er det klassifikasjonssystemet som er mest anvendt i den psykiatriske forskningen (Malt, DSM-systemet, 2018). Hysteri blir benyttet som term gjennom hele første utgave av DSM i 1952 og blir betegnet som en fobisk reaksjon; konverteringsreaksjon. I DSM-II (1968) blir hysteritermen endret til hysterisk nevrose og hysterisk personlighet blir oppført, kjennetegnet av overreaksjoner og iscenesetting av seg selv (Norsk psykologforening, 2011). I "Psykiatriske diagnoser : kategorier og kriterier ifølge DSM-III" er Somatoforme lidelser en somatiseringslidelse beskrevet som differensialdiagnoser. Slike lidelser, i tillegg til konversjonslidelse og patomimier(selvfremkalte symptomer), er i stikkordregisteret blant de diagnosene som henvendes til under Hysteri (Rund, 1986, s. 264). Til tross for at denne boken er fra 1986 er fortsatt Hysteri nevnt, men under andre betegnelser, som de øvrige nevnte i tillegg til dissosiative lidelser (Rund, 1986, s. 264). I DSM-III (1980, revidert 1987) er hysteri nå

kategorisert som histrionisk personlighetsforstyrrelse og lidelsen er nå karakterisert mer som en konversjonsforstyrrelse enn nevrose. Dette er forøvrig den siste utgaven begrepet hysteri er nevnt i innholdsoversikten. Histrionisk personlighetsforstyrrelse blir stående i DSM-IV(1994, revidert 2000) men blir fjernet i DSM-5 (2010) (Norsk psykologforening , 2011). Men blir hysteri med dets symptomer borte selv om betegnelsen på diagnosen forsvinner? Hvor blir hysteriet av?

Akkurat dette spørsmålet innleder Gunhild Kulbotten sin artikkel med «På sporet av den tapte diagnose» i "Tidsskrift for Norsk psykologforening" (Kulbotten, 2014). Kulbotten går inn på hvordan disse symptomene i dag går inn under andre diagnoser og ikke som én allment akseptert definisjon på hysteri som den tidligere var. Kulbotten referer til psykoanalytikeren Christopher Bollas, som mener at vi nå feildiagnostiserer tidligere hysteripasienter med diagnoser som blant annet emosjonell ustabil, narsissistisk personlighetsforstyrrelse, rusmisbruk schizofreni (Kulbotten, 2014). Flere diagnoser som gjerne deler trekk på symptomer som en gang gjenkjente hysteri. Videre forklarer hun at andre hevder at hysteri også er å gjenkjenne i posttraumatisk stressforstyrrelse og psykosomatiske lidelser. (Kulbotten, 2014). Til tross for at hysteri, hysterisk nevrose og hysterisk personlighetsforstyrrelse er fjernet som diagnoser er det sentrale i sykdomsbildet deres tatt i bruk i de kjønnsnøytrale begrepene dissociativ lidelse og dramatiserende personlighetsforstyrrelse (Skålevåg & Malt, Hysteri, 2018).

2.3 Hysteri i statistikk over sinnssykeasylene i Norge

Statistisk oversikt over sinnssykeasylene i Norge i tidsrommet 1874-1926 er hentet fra Statistikk fra SSB «Fortegnelse over utgitte og digitaliserte publikasjoner 1828-1976» under 2.11. «Psykiatriske sykehus». Dette er en statistisk oversikt over sinnssykeasylene i Norge hvor en rekke forhold er rapportert inn fra de ulike asylene.

Første gang hysteri blir nevnt i denne statistikken er i 1874. I 1874 var antallet sykeplasser ved sinnssykeasyler i Norge 986 fordelt på 10 sinnssykeasyler i Norge hvorav 300 av disse plassene tilhørte Gaustad statsasyl ved Kristiania som ut i fra antall plasser virker å være det største asylet på denne tiden. Når Hysteri nevnes i denne første beretningen gjelder dette «transformeret hysteri» under en liste over årsaker til sinnssykdommer til de innlagte.

Tilsammen, menn og kvinner, på de ulike asylene er dette i sum 15 stykker hvorav 7 menn og 6 kvinner (Departementet for det indre, 1875). Hysteri nevnes ikke igjen i beretningene før i 1878 under liste over oppgitte årsaker til sinnssykdommer. Dette skal ha gjaldt én kvinne ved Rotvold asyl (Direktøren for det civile medicinalvæsen, 1879, s. 15).

Hysteri endrer term til *hysteria* når den nevnes for første gang i egen tabell over sinnssykdommer fra de behandlede ved alle asylene i 1883, dette gjelder tre kvinner som alle er blitt behandlet ved Rotvold Asyl (Direktøren for det civile medicinalvæsen, 1884, s. 7). Etter *hysteria* for første gang er nevnt i statistikken er det fra dette år en jevn stigning av kvinner behandlet for denne sykdommen ved asylene. I 1889 blir for første gang en mann oppgitt i tabell som behandlet for *hysteria* samt 26 kvinner (Medicinalstyrelsen, 1890, s. 7) Ingen menn er oppgitt i beretning fra 1890, men fra 1891 er det en jevn økning av antall menn. Fra 1891 stiger antallet kvinner behandlet for *hysteria* kraftig, fra 24 kvinner i 1891 (Medicinaldirektøren, 1892, s. 7) til 64 kvinner i 1893 (Medicinaldirektøren, 1895, s. 9). Dette kan ha sammenheng med at hysteri oftere blir tatt i bruk som diagnose.

I 1892 under oversikt over virksomheten til sinnssykeasylene blir det rapportert om at de innsendte rapportene fra asylene ikke tar i bruk nomenklatur som er tilfredsstillende nok for en statistisk bearbeidelse av dem og at det av den grunn er nødvendig å samle de forskjellige sykdomstilfellene under nye betegnelser på diagnoser. Fra 15. februar 1894 trår dette i kraft og asylene er nå pålagt å benytte seg av disse diagnosene, her av følger også *Insania hysterica* som en ny betegnelse på *hysteri* (Medicinaldirektøren, 1894, s. 3). Dette blir også nevnt i beretning fra 1893 at Medicinaldirektøren har sendt ut et rundskriv til alle asylene hvor det anmodes at disse diagnosene tas i bruk (Medicinaldirektøren, 1895, s. 4). 1892 er første året *Insania hysterica* er oppført i tabell over sykdommer (Medicinaldirektøren, 1894, s. 7).

Det høyeste antallet pasienter behandlet i løpet av ett år var i 1921 med 117 pasienter til sammen på alle asylene i landet (Medisinaldirektøren, 1924, s. 8). Det høyeste antall kvinner behandlet skjer også i samme år hvor 112 kvinner i alt er blitt behandlet. Fra 1910 til 1924 ligger antall behandlede pasienter over 90 stykker. Det høyeste antall menn behandlet er derimot i 1898 og 1900 hvor 18 menn er blitt behandlet. Antall menn behandlet er høyt i årene 1894 til 1901 og synker drastisk til 1902 hvor det deretter er jevnt over få menn behandlet. 1925 er siste året *Insania hysterica* er oppført i tabell over sykdommer ved

sinnssykeasylene i Norge. Ved dette året er 97 pasienter behandlet for sykdommen, 92 kvinner og fem menn (Overlægen for Sinnssykevesenet, 1927, s. 8). I året etter, 1926, er *Insania hysterica* fjernet fra tabellen. Beretninger fra 1924, 1925 og 1926 forteller ikke noe om hvorfor *Insania hysterica* ikke lengre er regnet som en sykdom.

3. Kritiske synspunkt til hysteri som diagnose

3.1 Sosial konstruksjon av sykdom

Charles Rosenberg i "Framing disease" tar opp hvordan samfunnet har forstått, definert og behandlet sykdom og legitimert disse sykdommene. "Framing disease" var originalt ment som introduksjon av et større verk av case studier om konstruksjon av spesifikke sykdommer. Rosenberg mener at sykdom ikke eksisterer før vi anerkjenner at den gjør det, navngir den og velger å behandle den (Rosenberg, 1992, s. 305). Særlig prosessen med å navngi en sykdom er et interessant poeng Rosenberg tar opp. Han forklarer at mange leger har valgt å merke ulike typer oppførsel som sykdom selv om det ikke finnes et somatisk grunnlag for det og sykdommen i seg selv ikke er eksisterende (Rosenberg, 1992, s. 306). I dette trekker han inn hysteria, blant andre, som en diagnose av kulturell substans hvor en biopatologisk mekanisme ikke er påvisbar gjennom definitive kriterier (Rosenberg, 1992, s. 307). Med andre ord er symptomene på sykdommen så diffus at man ikke ved deduktive metoder kan stille en klar diagnose noe som hysteri bærer preg av. De sykdommene han refererer til av kulturell substans mener han bærer mer preg av å være mer et resultat av en spesifikk periode (Rosenberg, 1992, s. 307). Denne tankegangen deler også Hilde Bondevik som anser hysteri å være en kulturdiagnose.

3.2 Hysteri som kulturdiagnose

Hilde Bondevik studerte kvinner og menn med hysteri ved Gaustad asyl i hennes doktoravhandling «Medisinens orden og hysteriets uorden. Hysteri i Norge 1870-1915». Hysteri som diagnose skal ifølge Bondevik ha understøttet forestillingen om kvinner og kvinners vesen knyttet til ustadighet og er en sykdom og en tilstand som språklig og kulturelt er forbundet med kvinnen og kvinnens kropp. Til tross for de endringer man ser i forståelsen av

hysteri og dens symptomer mener hun at forbindelsen mellom hysteriet og kvinnekroppen har vært et stabilt trekk. Særlig ved siste halvdel av 1800-tallet skal hysteri ifølge Bondevik ha fremstått som en sentral kulturdiagnose hvor hysteriske pasienter blir fremstilt med sin kvinnelighet og sjel i uorden (Bondevik, 2007). En kulturdiagnose beskriver, slik Charles Rosenberg også reflekterer over, en kulturell substans som resultat av en spesifikk periode. Den reflekterer det samfunnet diagnosen opptrer i og forteller mye om kulturen i den samtiden den tilhører. Hysteri er en slik kulturdiagnose mener Bondevik (Thoresen, 2009).

3.3 Hysteri - en form for kvinneundertrykkelse?

Den svenske idehistorikeren Karin Johannisson har vurdert forståelsene av hysteridiagnosen i et kjønnsperspektiv og tenderer til å se holdningene som kvinneundertrykkende. Hun mener at begrepet hysteri i århundreskiftets offentlighet hadde «rukket å bli en stereotypi for det kvinnelige, kjennetegnet av utagering av følelser i sine mest dramatiske former» (Johannisson, 1996, s. 149). Slik vi senere skal se, i forbindelse med sykdomsbildet til hysteri, baserer mye av dette bildet seg på følelsesbaserte uttrykk. Årsaken til at hysteri ble betegnet som en kvinnesykdom er i hovedsak grunnet i tradisjonen ved å knytte sykdommen til livmoren, men også det kvinnelige sjelelivet. Selve navnet på sykdommen i seg selv, som stammer fra det greske ordet for livmor *hysteria*, gir uttrykk for at dette er en sykdom knyttet til det biologiske i kvinnen.

Johannisson tar for seg også hvordan menstruasjon er blitt brukt for å sykeliggjøre kvinnen. Det hviler en oppfatning rundt denne sykeliggjøringen av kvinner om at menstruasjon kan påvirke den syke nærmest som den var knyttet til nervesystemet. Johannisson skriver at hysteriet ble ansatt som dypt forankret i kvinneligheten med de ulike formene for utagering som den preges av forbundet til kvinnens emosjonelle natur (Johannisson, 1996, s. 150). Selv om hysteriet i hovedsak var betegnet som en kvinnesykdom ser vi også en rekke tilfeller hvor menn har fått samme diagnose. Dette til tross for et sykdomsbilde som grunnlegger seg på kvinnens emosjonelle liv og seksualitet. Hysteri eksisterte også i en mer maskulin form under betegnelsen hypokondri.

Johannisson nevner også *nevrasteni* som en av de mannlige hysteri diagnosene som, sammen

med *hypokondri*, ble utviklet etter sjokk eller traumer slik som også hysteri kunne bli utviklet fra. Disse mannlige formene for hysteri ble ofte satt som diagnose som følge av krigsnervroser (Johannisson, 1996, s. 151). Sykdomsbildet viste endring etter at klassifiseringen av sykdommen gikk fra å være betegnet som en typisk kvinnesykdom til en mer prestisjefylt nervesystems-sykdom. Etter dette skal antallet tilfeller av mannlig hysteri ha steget (Johannisson, 1996, s. 151). Dette skal i følge Johannisson ha vært tilfelle i den svenske sykdomskvalifiseringen etter 1901 da dette skiftet skjer (Johannisson, 1996, s. 151). Hysteri nevnes i de første rapportene over statistikken til sinnssykeasylene i Norge, slik vi skal se senere, i 1874. I 1889 blir for første gang en mann oppgitt i tabell som behandlet for hysteri (Medicinalstyrelsen, 1890, s. 7), slik at dette skiftet kan ha skjedd i Norge tidligere enn det gjorde i Sverige.

Men hva er det som gjør hysteri kvinneundertrykkende? Johannisson hevder at samfunnet ved hysteriens tid hadde gitt kvinnen en begrenset rolle og medisinen legitimerte dette synet ved å beskrive kvinnen som svak (Johannisson, 1996, s. 160). Videre hevder hun at hysteri var en illustrasjon av en sykdom gjennom atferd og rolle og at enkelte vil utnytte den som en strategi for makt og kontroll (Johannisson, 1996, s. 158). Hysteri er antatt å være en måte 1900-tallets kulturer kunne gi mening til kvinnens endrede rolle i samfunnsbildet. En høyere utdanning hos kvinner og en større rolle i det offentlige bilde førte til en økning i antall kvinner med nevroser. Dette har fått feministiske historikere til å stille spørsmål til om hvorvidt diagnosen hysteri egentlig var en måte å holde kvinnene hjemme på (Briggs, 2000, s. 246).

4. Symptomer

Sykdomsbildet som er knyttet til hysteri har variert i faglitteraturen i de årene begrepet har vært anvendt. Dermed har det vært vanskelig i den medisinske litteraturen som er undersøkt å få et klart sykdomsbilde. Hysteri er i hovedsak et utdatert begrep på en diagnose preget av dramatiske atferdsmessige reaksjoner og følelser. Disse reaksjonene kunne gi utspring i krampetilstander og anfall uten at noe legemlig sykdom forelå og kunne påvises (Skålevåg & Malt, Hysteri, 2018). Sykdomsbildet til hysteri kan grovt inndeles i to deler - hysteriske nevroser og hysteriske personlighetsforstyrrelser. *Hysteriske nevroser* var kjennetegnet ved symptomer som smerter, lammelser eller kramper uten at det kunne påvises noen legemlig

sykdom som årsaken til symptomene. Ved *hysteriske personlighetsforstyrrelser* var det personens atferd som ble endret og denne typen var kjennetegnet av en dramatisk, oppmerksomhetssøkende væremåte med tendens til å oppfatte omgivelsene og sanseinntrykk sterkt preget av følelser (Skålevåg & Malt, Hysteri, 2018)

4.1 Hysteriske symptomer forklart i et utvalg norsk faglitteratur

I boken «Hysterisk sindssygdome» av Ragnar Vogt fra 1911 blir det beskrevet hvilke symptomer som fremtrer ved «hysterisk sindssygdome». Vogt mener at de hysteriske symptomer (affekt- og stemningsreaksjoner) kan deles inn i psykiske og somatiske (Vogt, 1911, ss. 45-46). Av Psykiske symptomer kan bevisstheten enten være: 1. opphevet 2. Nedsatt, eller 3. ensidig innsnevret. Ved opphevet bevissthet skal alle inntrykk ha gått oppfatning eller forstand forbi: Vogt presiserer at selv nålestikk kan forbli ubemerket i denne tilstanden. Hvis bevisstheten er nedsatt vil mange elementære sanseinntrykk fortsatt bli oppfattet, men det forekommer ingen full forståelse og pasienten mangler da særlig en riktig oppfatning av mer komplekse situasjoner. Ved innsnevring av bevisstheten vil enkelte affekter eller stemninger absorbere hele den psykiske energi, slik at motforestillinger ikke gjør seg gjeldende og det er kun sanseinntrykk og forestillinger som passer inn i sammenhengen som får innpass (Vogt, Hysterisk sindssygdome, 1911, ss. 45-46).

Ofte skal bevisstheten både ha vært nedsatt og innsnevret på samme tid. Når bevisstheten innsnevres finnes det ingen avsperringer eller dissosiasjon av motforestillinger. Av den grunn vil grensen mellom fantasi og virkelighet bli utvisket (Vogt, Hysterisk sindssygdome, 1911, ss. 46-47). Dette kan ytre seg i et eller flere av følgende symptomer: suggerende forestillinger, fantasiforestillinger, forskjellen mellom forestilling og sansing viskes ut og forestillingene gir uttrykk i tale eller handling (Vogt, Hysterisk sindssygdome, 1911, s. 47). Forestillingene skal ha blitt oppfattet som egosentrisk og kommer til uttrykk i nærtagenhet, mistenksomhet, retthaveri og selvforgudelse (Vogt, Hysterisk sindssygdome, 1911, ss. 47-48). Under "Bidrag til diagnosen av *epileptisk stupor*" av Dr. med. Hans Evensen fra 1908 i «Sindssygeasylernes Virksomhed 1908» er det gitt en kort beskrivelse av reaksjonstyper hos pasienter med diagnosen Hysteri. Dette er basert på erfaringer hittil gjort av karakteristiske trekk ved de forskjellige sinnssykdommer, hovedsakelig i klinikker i Giessen og Zürich. Hos de hysteriske er de karakteristiske trekkene en subjektiv, egosentrisk reaksjonsmåte. Dette er beskrevet som

sterke følelser og lett sårbarhet som gir utslag i masse følelsesbetonede assosiasjoner. Dette merkes ved forlengelse av reaksjonstid og bortfall av svar og reaksjonens forflatning som er forårsaket av en indre avledning (Medicinaldirektøren, 1909, s. 67).

I "Veileder i sundhed og sygdom : en haandbog med alfabetisk ordnede artikler" av Greve M. fra 1904 er hysteri betegnet som en nervelidelse som forekommer for det meste hos kvinner, hvorav Hypokondri forekommer oftest hos menn (Greve, 1904, s. 308). Disse to sinnslidelsene skal i hovedsak være like men endrer ytre form ved anlegget og temperamentsforskjellen hos de to kjønnene. Det særegne ved hysteriet, er slik som ved *hypokondri*, her beskrevet som uttrykt i overdrivelse, nærmere forklart videre ved at følelser som glede, ubehag og sorg blir forsterket hos pasienter med disse sinnslidelser (Greve, 1904, s. 308). Sanser som syn, hørsel, lukt, smak og særlig berøring skal kunne både være ømfintlig men også det motsatte. Disse følelsesnervene som blir påvirket ved overdrivelse skal på samme måte også påvirke andre steder i bevegelsesnervene eller i refleksfæren. Dette gir utslag i kramper eller anfall som det ofte er beskrevet som symptomer ved hysteri.

Et annet symptom som nevnes er fornemmelser i svelget, *globulus faryngeus*. Hysteri er her betraktet som en lidelse som oftest opptrer i overgangen fra barn til kvinne men kan også opptre før denne tid og også senere i livet. Det er oppgitt at hysteri også forekommer oftest hos ugifte fra bedre stilte samfunnslag. Dette viser seg også ikke sjeldent hos gifte men da oftest hos de uten barn eller hvor man er blitt fratatt omsorgen for barnet (Greve, 1904, s. 308). Hysteriet er også betraktet her, slik som *hypokondri*, hos de som har hatt en «forkjælet» oppdragelse og oppvokst med vane å være midtpunktet for omgivelsenes oppmerksomhet. Hysteri blir i denne håndboken også betraktet å være begrunnet i en lidelse knyttet til kjønnsorganene, og anfallene skal kunne påvirkes av særlig menstruasjonene men også kan hysteri oppstå som følger av en «blegsottig tilstand» eller i en dårlig fordøyelse (Greve, 1904, ss. 308-309).

Det er også påpekt at sinnslidelsen kan oppstå som følge av sorg, engstelse, skuffelse o.l. Det er understreket at det utvilsomt er en arvelig tilbøyelighet for hysteri og da særlig fra mor til datter. Av behandling er lidelsen betraktet som vanskelig og behandle, slik som *hypokondri*. Det legges mer vekt på hvilke personlige inntrykk man kan gjøre på pasienten en det man kan sette i verk for å bekjempe den (Greve, 1904, s. 309). Forfatteren mener at den vanskeligste oppgaven når det kommer til å kurere pasienten er at den sykes sjel liv må om veltes ved at

vedkomne må sette seg selv til side og heller fokusere på omsorgen og omtanken for andre. Dette er videre beskrevet som noe som ikke kan foretas i den sykes eget hjem, da vanene er påvirket av at den syke skal tas hånd om. Det er videre anbefalt at den syke må være isolert fra inntrykk utenfor og tvinges til å tenke på omsorg ovenfor andre (Greve, 1904, s. 309).

På samme tid som denne omveltningen av sjelelivet skal foregå er det også betraktet som viktig at pasienten legemlig styrkes og herdes ved ulike behandlinger - bad, massasje, gymnastikk og et foretrukket kroppsarbeid. Det er til slutt i beskrivelsen hysteri skrevet at den som kan få til en slik forandring i levesettet hos den hysteriske vil se gode resultater av en slik kur (Greve, 1904, s. 309). Det er ofte under beskrivelsen nevnt den syke *kvinnen* spesifikt, heller enn bare den syke. Store deler av beskrivelsen av sykdommen er i alt ofte brukt hunkjønn når det er snakk om pasientens symptomer som viser at denne sinnslidelsen i alt er betegnet som en især kvinnelidelse. *Hypokondri*, som ofte blir sammenlignet med hysteri, blir i beskrivelsen preget med mannlige kjønnspronomen. Dette til tross for at den ikke spesifikt er nevnt som en mannsdominert lidelse men er beskrevet som en sykdom som forekommer hyppigere hos menn enn hos kvinner. Det er videre nevnt at *hypokondri* og hysteri er ansett å være nærstående nervelidelser med maskulin og feminin form. Slik som hysteri er også *hypokondri* ansett å skyldes både arv og feil i oppdragelsen (Greve, 1904, s. 306)

I "Sygepleie, Sygediæter og Sygehuse : til Veiledning i det private og offentlige" av Greve fra 1896 nevnes også hysteri som en lidelse som opptrer mest hos kvinner, men at dette også kan vise seg hos menn og barn (Greve, 1896, s. 20). Denne boken betegner *hysteri* som en sykdom som ytrer seg ved at den syke enten kan være svært munter eller dypt nedstemt. Pasienten viser ofte en sykkelig trang til oppmerksomhet og er villig til å gå utenfor det som er ansett å være ærbart, nøkternt og sant for å oppnå denne oppmerksomheten. Kramper og lamhet er her beskrevet som spesifikke symptomer og er ansett å være som følge av tilstanden til en pasient med hysteri (Greve, 1896, s. 20). Denne boken betegner imidlertid ikke hysteri og hypokondri som en sinnssykdom, men en sykdom på grensen av å være en ren sinnssykdom. Behandlingen denne boken anbefaler legger mer vekt på omsorg og rolige omgivelser for å styrke den sykes sinn og legeme (Greve, 1896, s. 21).

"Paa begge sider af sindssygdommenes grænse : studier av Henrik A.Th Dedichen" fra 1898 er en studie av det forfatteren ser på som den mer eller mindre tydelige grensen mellom sunt og sykt, en studie av sinnssykdommer (Dedichen, 1898, s. 126). Forfatteren uttrykker at disse

grensene mellom det som er antatt å være sykt og sunt i samfunnet blir mindre og mindre. *Insania Hysterica* er den diagnosen forfatteren anser å være den minst tilfredsstillende av de diagnosene som er undersøkt. Her har Dedichen og dratt inn hvordan denne tilstanden hos menn kalles *hypokondri*, mens hos kvinner ofte betegnet som *hysteri*, men at man også ser menn diagnostisert med hysteri (Dedichen, 1898, s. 126). Denne inndelingen av kjønn av tilstanden er Dedichen ikke overbevist om er berettiget at er av vesensforskjell mellom dem. I tillegg mener han at symptomene av *hysteri* og *hypokondri* er svake og usikre. Dedichen kan imidlertid ikke benekte at hysteriet er en diagnose i seg selv men at han ikke vil karakterisere dette, i tillegg til *hypokondri*, som en psykose og at disse tilstandene ikke kan skilles fra hverandre. I alt stiller Dedichen seg kritisk til *insania hysterica* og *hypokondri* som en diagnose og drar også inn en uttalelse fra en av Tyskland mest anerkjente sinnssykelege, Pellmanns artikler hvor Pellmann uttrykker at det er et stort misbruk av denne diagnose (Dedichen, 1898, ss. 126-127).

5. Behandling av hysteri

I den norske faglitteraturen som ble undersøkt i forrige del ble behandlingen lagt vekt på omsorg og rolige omgivelser slik at den sykes sinn og legeme kunne bli styrket, bad, massasje, gymnastikk og arbeidsterapi. Behandlingen kunne og ha fokus på endringen av pasientens sjeleliv og isolasjon fra omgivelsene for å fokusere på menneskene rundt seg. Behandlingen av hysteri er omfattende da den strekker seg fra eldre anvendte terapeutiske midler som blodtapping til moderne metoder slik som kirurgi og psykoterapi. Medisinering ble og benyttet i behandlingen. Bondevik nevner av slik medisinering kloral, morfin, opium og kvikksølv. Den kunne også ifølge Bondevik være elektrisk behandling, iplekurer, underlivsmassasje og kirurgiske inngrep (Bondevik, 2007). Underlivsmassasje som Bondevik nevner er stimulasjon av kvinnens underliv og har blitt benyttet siden det første århundre som en terapeutisk behandling av hysteri. Denne bruken av massasje av kvinnens underliv stammer fra det gamle perspektivet på årsakssammenhenger med symptomene på hysteri - livmoren. Konseptet med denne massasjeterapien resulterte i den første utviklingen man ser av vibrator som et simulerende verktøy av underlivet på 1800-tallet (McCaffrey, Adler, & Brook, 2009).

5.1 Elektroterapi – faradisjon, galvanisjon og hydroelektrisk bad

I «Elektroterapi : en kort fremstilling for læger og studerende av Leegaard, Chr.» er under "nevroser" *hysteri, neurastheni og hypokondri* definert som de store nevroser som man møter i det daglige liv (Leegaard, 1887, ss. 148-149). Videre er det beskrevet hvilke typer metoder man bruker i behandling av de øvrige nevroser. Dette er som følger: den alminnelige *faradisasjon og galvanisasjon*, den sentrale galvanisasjon og det hydroelektriske bad som omtalt som ofte tatt i bruk i behandling. I tillegg skal det være hyppig bruk av den «elektriske pensel» (Leegaard, 1887, ss. 148-149) Faradisasjon blir av digitalt museum definert som en behandling med faradiske strømmer vekselstrøm eller pulserende strømmer fra induktorer eller lignende (Norsk Teknisk Museum, 2014). Galvanisasjon blir av Det Norske Akademis Ordbok definert som behandle, påvirke muskler og nerver med galvanisk strøm (Redaksjonen for NAOB – Det Norske Akademis ordbok, u.d.).

Den alminnelige faradisasjon er utført ved at pasientens føtter blir plassert på en stor, overtrukket plate, som står i forbindelse med katoden, mens anoden strykes over hele legeme, behandlingen begynner med ansikt og hode og går nedover hvor man forsøker å lokalisere strømmen til alle nervesystemets viktige deler. Ved denne metoden benyttes en stor kuleformet eller rulleformet elektrode overtrukket med en stor svamp. Den alminnelige galvanisasjon skal ha blitt utført på samme måte (Leegaard, 1887, s. 101). Den sentrale galvanisasjon utføres med en katode på 50cm² festes i *epigastrium* (øvre del av buken), og deretter blir hjerne, ryggmarg og *sympathicus* (hovedstamme i det sympatiske nervesystem) behandlet med anoden (Leegaard, 1887, s. 102). Det hydro-elektriske bad utføres ved at pasienten blir plassert i et bad med vann på 32-35 grader. En pol festes i karet for å føre strøm i vannet, mens en annen pol er satt i en overtrukket metallstang som henger over karet. Pasienten skal holde i stangen slik at strøm går fra karet i vannet til legemet og videre gjennom dette til metallstangen (Leegaard, 1887, s. 102)

5.2 Kirurgiske behandlingsmetoder

Gunvald Hermundstad skriver i "Psykiatriens historie" fra 1999 at leger anså hysteri som en sykdom som kunne bli fjernet på samme vis som svulster og fremmedlegemer. Pasientene

kunne bli henvist til operasjonsbordet hvor kirurger kunne utføre hysterektomi (fjerning av livmor), *ovariotomi* (fjerning av eggstokker), *salpingotomi* (fjerning av eggledere) og *klitoriektomi* (fjerning av klitoris). Prognosene av slike behandlinger har vært dårlige og lite effektive i tillegg til at de medførte en høy risiko for komplikasjoner. Til tross for dette skal flere pasienter, i følge Hermunstad, ha foretrukket denne typen kirurgi heller enn å være pasient ved et asyl (Hermundstad, 1999, s. 90).

I en undersøkelse for å finne ut omfanget av slike kirurgiske metoder i Norge ble det tatt i bruk statistikk fra oversikt over helsestatistikken i Norge i tidsrommet 1874-1895. Denne statistikken er hentet fra Statistikk fra SSB «Fortegnelse over utgitte og digitaliserte publikasjoner 1828-1976» under 2.9. «Helseforhold generelt». Denne ga derimot ikke tilstrekkelig informasjon da statistikk over kirurgiske operasjoner ikke tas med i rapportene etter 1895. Det ble ikke gjort funn i undersøkelsen før den tid som kunne tyde på at de kirurgiske operasjonene som Hermunstad beskriver, ble gjennomført i forbindelse med hysteri. Slike metoder kan derimot være mer sannsynlig beskrevet i journaler og protokoller til pasienter ved sinnssykeasylene i Norge.

5.3 Hypnose, suggesjon og den kathariske metode

Jean-Martin Charcot, i motsetning til den franske legen, Hippolyte Bernheim(1840-1919) som var tilhenger av bruken av hypnose, var mer reservert mot den terapeutiske anvendelsen av den. Charcot mente at man ved bruk av hypnose bare oppnådde en kunstig frembrakt neurose som man bare kunne finne hos hysteriske og overfølsomme mennesker (Hermundstad, 1999, s. 109). Charcot er en av de som har studert teknikker for hypnose i bruk av behandling av pasienter. Gjennom hans erfaring ved hypnose oppdaget han hvordan han kunne fremkalle hysteriske anfall ved å stryke på enkelte områder på huden til pasienten. Ved andre tilfeller opplevde Charcot å kunne stanse et anfall ved et trykk på de hysterogene sonene på kroppen (Hermundstad, 1999, s. 108). Charcot demonstrerte hypnose i Paris og hadde samlet interesserte fra mange land og det var her også Freud fattet interesse for hypnose under hans studiereise til Frankrike i 1885 (Wisnes & Skard, 1962, s. 121). Freud studerte også dr. Liébeault og professor Bernheim i Nancy ved et senere opphold i Frankrike, hvor de hadde skapt et sentrum for hypnose-studier. Freud skal i tiden etter selv benyttet seg av hypnotisk suggesjon i behandling av nervøse pasienter og oppnådde resultater av dette, men som regel

var ikke resultatet varig (Wisnes & Skard, 1962, s. 121). Freud opplevde imidlertid skuffelse med suggesjonsmetoden og begynte å anvende den kathartiske metode. Denne metoden gikk ut på å la de sykdomsvekkende inntrykkene som var årsaken til pasientens hysteriske symptomer komme til bevissthet og gi disse undertrykte følelsene et normalt avløp (Wisnes & Skard, 1962, s. 122). I arbeidet med Freuds psykoanalyse «Studien über Hysterie» oppga han denne metoden som et hjelpemiddel for behandlingen da den hadde vist seg å være svært nyttig (Wisnes & Skard, 1962, s. 123).

6. Rønvik asyl

6.1 Rønvik asyl – historisk bakgrunn

Stortinget vedtok sommeren 1894 at et sinnssykeasyl for Nord-Norge skulle reises i Bodø. Byggingen av asylet ble satt i gang høsten etter, i 1895, og byggearbeidet tok syv år. Asylet stod ferdig i 1902 (Fygle, 2002, s. 15). Vedtaket ble gjort etter strid om lokaliseringen av asylet. Valget stod mellom Harstad og Bodø, de to stedene var bestemt etter at Michael Holmboe og hans tekniske assistent reiste til Nordland og Troms for å finne et lokaliseringssted som oppfylte kravene for plasseringen av asylet (Fygle, 2002, s. 16). Medisinaldirektøren valgte Bodø for lokaliseringen og hadde departementet på sin side angående avgjørelsen. Stortingets medisinalkomité var ikke overbevist over avgjørelsen og valgte å foreta en befaring på egen hånd. De ønsket Harstad som lokalisering da byggingen ville være billigere, beliggenheten av bedre estetisk art og bedre jordbruksforhold (Fygle, 2002, s. 16). Kommunene og amtsmyndighetene fikk og ta del i avgjørelsen og komme med en egen uttalelse. De baserte sin uttalelse på innbyggernes egne meninger. Ut i fra denne avgjørelsen gikk 119.000 for Bodø og 97.000 for Harstad. Amtstinget i Nordland stemte enstemmig for Bodø (Fygle, 2002, s. 16).

Fagekspertisen vant til slutt fram i striden. 21. juli 1899 ga stortinget klarsignal for å kunne bygge Nord-Norges sinnssykeasyl i Bodø. Også de klimatiske forholdene skal ha vært avgjørende for at Bodø ble valgt. Metrologisk ekspertise skal ha funnet ut at mørketiden i Harstad varte i 52 dager, mot Bodøs 13 dager. I tillegg til mye nedbør i Harstad. Direktøren mente at disse forholdene, mye nedbør og lang mørketid, kunne ha en skadelig effekt for sinnssyke mennesker (Fygle, 2002, s. 17). Stilmessig var Rønvik bygget i sveitserstil med

jugend-detalljer, tegnet av arkitekt Lars Solberg (s.30). Selve bygget fulgte de samme retningslinjene som sykehusene ellers i Norden, med to-etasje og preg av idealer fra 1800-tallet slik som sykehusarkitekturen var fram mot 1920-tallet. Rønvik asyl bestod av like avdelinger, én fløy for kvinner og én for menn (Fygle, 2002, s. 30). Da asylet åpnet ble pasienter fra Rotvoll asyl i Trondheim, som tilhørte Nord-Norge, sendt til Rønvik. Dette i tillegg til pasienter fra Tromsø stift som ble behandlet i Trøndelag og Bergen, til sammen skal dette ha tilsvart 120 pasienter (Fygle, 2002, s. 43). De vanligste sinnslidelsene ved Rønvik i perioden 1903-1918 skal ha vært *Dementia* eller *Schizofreni*. I denne perioden skal 53 prosent av pasientene vært behandlet for disse to lidelsene (Fygle, 2002, s. 45).

Rønvik statsasyl er nevnt første gang i beretningene i 1902, året da asylet åpnet, 22 september. Rønvik skal ved start ha hatt 230 plasser hvor halvparten av plassene var tildelt hvert kjønn (Medicinaldirektøren, 1903, s. 1). Rønvik skal ved første år ha hatt tre kvinner diagnostisert med *insania hysterica* til behandling dette året (Medicinaldirektøren, 1903, s. 11). Pasienter behandlet med diagnosen *insania hysterica* er i tidsrommet fra åpning av asylet i 1902 til 1924 vært 110 behandlede. Ingen pasienter skal ha vært behandlet med denne diagnosen i årene 1907 og 1925.

Etter 1925 er som kjent ikke denne diagnosen lengre tatt i bruk. Det skal i dette tidsrommet heller ikke være menn blant pasientene med *insania hysterica*. Det høyeste antallet pasienter i løpet av ett år skal ha vært i 1914 hvor antall behandlede var 13 kvinner (Medicinaldirektøren, 1916, s. 12). Særlig perioden mellom 1914 og 1921 skiller seg ut fra andre år ved at pasienttallet ligger mellom 7 og 13, foruten om 1920 hvor antallet pasienter er 5 (Medicinaldirektøren, 1923, s. 8). Utenom denne perioden ligger tallene mellom 1 og 5. 1921 er tallet hvor man ser høyeste pasienttall av pasienter med diagnosen til sammen blant asylene i Norge. I 1921 er det generelt et høyt gjennomsnitt i landets asyl, hvor den hyppigste bruken av diagnosen sees i perioden 1910-1924, noe som kan forklare hvorfor denne perioden også skiller seg ut ved Rønvik.

Av dr. Sollieds beretning for Rønvik sindssykeasyl fra 1907 berettes det at belegget for plasser ved asylet nærmer seg grensen for det som er forsvarlig. Av den grunn er det valgt å få plassert en del uheldredelige tilfeller i familiepleie, hovedsakelig i områdene Misvær og Steigen, for å lette på overbelegget. Dette begrunnes i at foranstaltningen betrakter at

privatpleie i enkelte tilfeller kan være bedre for den syke enn pleie ved asyl (Medicinaldirektøren, 1909, s. 73). Til sammen i årene, som blir nevnt i beretningen 1907, hvor det har vært aktuelt med pleie ved andre steder enn asylet, 1904, 1905, 1906 og 1907, gjelder dette 53 pasienter hvor 32 er menn og 21 kvinner. Av disse pasientene skal 6 være døde, fire hjemsendt, 11 tatt inn i asylet igjen og i utgangen av 1907 skal 32 blitt værende i pleie i de aktuelle områdene Bodø, Bodin, Steigen og Skjerstad eller Misvær (Medicinaldirektøren, 1909, s. 74). I 1908 nevnes det også et sterkt overbelegg, særlig på mannsiden og at arrangementet med familiepleie i Misvær og Steigen har vært til stor nytte for asylet. Ved 1907 var som kjent pasienttallet under slik pleie ved 32, i 1908 er 10 menn og 15 kvinner utsatt, hvorav to menn er døde, tre menn og én kvinne tatt inn i asylet igjen. Det samlede utsatte var ved årsskiftet var 51 (Medicinaldirektøren, 1909, s. 59). Av dr. J. S. Widerøe's beretning for Rønvik sindssykeasyl fra 1912 gis det uttrykk for at dette arrangementet med pleie ved de tidligere nevnte områdene skal fortsatt være aktuelt. Det uttrykkes her at det er et samarbeid mellom familiepleien og asylene ved rapportering slik at det er et visst tilsyn fra asylets side (Medicinaldirektøren, 1914, s. 66). I rapporten fra 1913 er Sanderud og Rønvik asyl nevnt av de asylene som praktiserer familiepleie under tilsyn (Medicinaldirektøren, 1915, s. 45). Dette må tas i betraktning når pasientjournalene fra Rønvik analyseres, da tilfeller av hysteri kan ha blitt behandlet ved andre steder.

6.2 Behandling ved Rønvik Asyl

Av behandling og terapi ved Rønvik asyl skal personalet lagt vekt på hospitalbehandling og skjerming. En rekke faktorer skal imidlertid ha påvirket behandlingsmulighetene og behandlingspersonalet skal ha hatt en passiv holdning til behandlingen. Dette var i følge Fygle en holdning som preget psykiatrien i Norge generelt og den var i denne tiden preget av stillstand og pessimisme (Fygle, 2002, s. 45). En ideologi som rådet i norsk psykiatri og som også ble praktisert ved Rønvik asyl var «åpen-dør-systemet». Dette baserte seg på at man skulle ha minst mulig stengsel og pasientene skulle få tilgang til frisk luft, gårdsarbeid og mulighet til å foreta turer i skog og mark. Dette for at asylet skulle føles minst mulig som et fengsel for pasientene (Fygle, 2002, s. 55).

Ved Rønvik ble «langbad» blant annet benyttet som behandlingsmetode. Behandling ved bruk av metoden «langbad» ble anvendt i stor skala av behandling av sinnssyke pasienter på 1900-

tallet. Denne metoden ble særlig benyttet ved vanskelige tilfeller av pasienter. Varme bad ble også benyttet i vanlige badekar i mer kortvarige bad (Hermundstad, 1999, s. 43). Langbadet var antatt å ha en beroligende innvirkning på pasienten og ble ofte foretrukket som et mer ønskelig alternativ til isolering og mekaniske tvangsmidler (Ericsson, 1974, s. 108). Denne metoden gikk ut på at pasientene ble plassert i et badekar i flere timer - ofte strakk dette seg til dager og til og med måneder i en vanntemperatur på 35-37 grader. Dette ble ofte brukt i kombinasjon med sovemidler og skal særlig ha vært benyttet på pasienter med maniske sinnslidelser (Fygle, 2002, s. 56). Denne behandlingen ved bruk av «langbad» ble betraktet som svært kostnadskrevende, dette toppet seg under dyrtiden i 1916-1919 og asylene måtte innskrenke bruken av behandlingen. Som alternativ behandling ble da isolasjon benyttet. På bakgrunn av tilfeller hvor pasienter hadde skadet seg ved å stange hode i gulv og vegger, ble vegger og gulv i celler brukt til isolasjon polstret (Fygle, 2002, s. 62).

I rapporten til direktør Sollieds beretning for Rønvik sindssykeasyl i 1902 er det også beskrevet om de pasientene som ble overført til Rønvik. Det beskrives kort om asylene som godt og hensiktsmessig innredet med et vennlig og lyst inntrykk både innvendig og utvendig (Medicinaldirektøren, 1903, s. 98) Det er slik som ved de øvrige asylene i landet rapportert om dødsfall, bruk av tvangsmidler og regnskap i tillegg til dette også en nøye detaljert beskrivelse med plantegning og fotografi av bygget, som tilsynelatende virker å være en vanlig rapportering ved opprettelse av nye asyl. «Åpen-dør-systemet» spiller i rapporten inn når det berettes om bruk av innsperming. Direktør Sollied beretter at denne type tvangsmidler har blitt anvendt noen ganger, men unngås mest mulig og langvarig bruk av isolering har ikke blitt anvendt. Sollied understreker at selv de vanskeligste pasientene ved asylene har fått benyttet seg av fellesrommet på dagtid (Medicinaldirektøren, 1903, s. 99)

Fygle skriver litt om Direktør Sollieds syn på isolasjon og tvang som terapeutiske virkemidler. Sollied anså isolasjon og tvang som nødvendige behandlingsmetoder, men ikke som den eneste form for behandling (Fygle, 2002, s. 61). Dette var i tillegg til medikamenter, arbeidsterapi og «langbad» i motsetning til Gaustad asyl som fokuserte mer på tvang og innsperming som behandlingsmetoder. Den årlige rapporteringen til myndighetene, oversikten over statistikk ved norske asylene, er tatt med i denne sammenheng. Direktør Sollied skal ha vært sterk motstander av at bruk av tvang skulle rapporteres og tas med i beretningene. Dette for at informasjonen om bruk av tvang kunne være misvisende og asylene med vanskeligere klientell har måtte innrapportere hyppigere bruk av tvang enn andre (Fygle, 2002, s. 61).

I følge Fygle skal de eldste pasientjournalene ved Rønvik dokumentert et utstrakt bruk av preparater som brom, opium og kloral som til felles har som effekt å virke beroligende (Fygle, 2002, s. 56). Ved åpningen av asylet skal de første barbituratene (beroligende middel) blitt satt ut på verdensmarkedet og ble tatt i bruk ved Rønvik asyl året etter, i 1903. Disse skulle erstatte de gamle sovemedisinene og de gamle preparater mot epilepsi (Fygle, 2002, s. 56). Fygle nevner og en form for tvang, *hyoscinjeksjoner*, også kalt "kjemisk tvangstrøye" hvor man benyttet seg av klor, brom- eller jodforbindelse for å få pasienten til å sovne. Ulempen var, i følge Fygle, at ved langvarig bruk ble det behov for større doser da pasienten ble tilvennet medisinen (Fygle, 2002, s. 62). "Kjemisk tvangstrøye" er av Store medisinske leksikon, i forbindelse med bruk av fentiaziner, betegnet som en opplevelse pasienter føler ved virkninger av preparatet (Malt, 2018). Kjemisk tvangstrøye er altså ikke en tvangstrøye i seg selv men en opplevelse av å være mentalt sløv (Malt, 2018). Elektrosjokk ble praktisert ved Rønvik Asyl i 1940-1950, og erstattet cardiazolsjokk-metoden. Dette kom senere i 1930-1940 årene og er ikke relevant for tiden som blir behandlet i denne oppgaven (Fygle, 2002, ss. 141-142).

7. Undersøkelse og analyse av pasientjournaler og protokoller ved Rønvik asyl

7.1 Undersøkelsen av pasientjournaler og protokoller

Som nevnt tidligere har jeg fått tillatelse av arkivet ved Rønvik å benytte meg av 15 pasientjournaler. Protokollene er inndelt i menn og kvinner, ettersom Rønvik bare hadde kvinnelige hysteri-pasienter er det bare protokoll for kvinner som er benyttet i undersøkelsen. Ettersom pasientene diagnostisert med *insania hysterica* har vist seg å ha svært innholdsrike pasientprotokoller har jeg begrenset meg til 11 pasientjournaler ettersom materialet er bredt nok til å undersøke. Noen deler av enkelte av journalene og protokollene er ikke tatt med i beskrivelse av pasienten da mye av innholdet handler om forhold til familie, andre pasienter, pleiere og leger. Andre deler er unnlatt da disse beskriver situasjoner i oppholdet som ikke er relevant for undersøkelsen. Det skal bemerkes at flere av protokollene har vært svært innholdsrike slik at bare det relevante og viktigste innholdet er tatt i bruk. Behandlingen av journalene til pasientene har vist seg å være til dels problematisk da flere av disse ikke

eksisterer eller kan befinne seg et annet sted i arkivet uten at dette er oppført i register.

Protokollene inneholder ofte beskrivelser av barndomsår og eventuelle skader som pasienten kan ha pådratt seg tidligere i livet, særlig gjelder dette da hodeskader. Dette trolig da hodeskader især kan ha hatt konsekvenser i ettertid og om dette da kan ha påvirket pasienten. Slektsforhold er i et særlig fokus i disse beskrivelsene og danner en del av grunnlaget for å se om dette kan være årsaken bak sinnssykdommen. Da særlig arv er antatt å være en faktor for hvor vidt kvinnene var disponert for sykdommen. Arv har da gått igjen ofte som årsak til sykdom hos pasientene som er behandlet i undersøkelsen. I alt har særlig fokuset lagt på pasientens slektsforhold, tidligere skader og oppførsel i forkant av innleggelse. Flere av disse protokollene går svært detaljert inn på pasientenes oppførsel og forhold til familie i forkant av innleggelsen, dette er særlig årsaken til at man ikke kan ta for seg protokollen i helhet.

Protokollenes innhold har vist seg å være basert mye på den sykehistorien og bakgrunnsinformasjonen som er ført på pasient ved innleggelse i tillegg til notater som lege har ført ved besøk eller undersøkelse. En av de ansatte ved arkivet informerte om at selv om pasientene kunne være innlagt i flere år kunne det være svært få notater om pasienten i protokollene. De journalene som man har klart å funnet fram til inneholder i hovedsak legeopplysninger, telegrammer og dokumenter fra ulike tidligere instanser, garanti fra fattigvesenet og eventuelle brev som pasient eller direktør har mottatt.

7.2 Kriteriene for å stille diagnosen insania hysterica

Diagnostisering av sinnssyke i Norge

Regulering av sinnssykeomsorgen har i perioden 1848 til 1961, da man fikk lov om psykisk helsevern, hatt grunnlag i sinnssykeloven i 1848. Lovens fulle navn var «Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining av 17. August 1848». Loven hadde frem mot den nye loven i 1961 få revisjoner i lovverket. Det er denne loven som er gjeldende i perioden oppgaven operer innen og sier en del om diagnostisering og behandling av sinnslidelser (Bøe, 1994, s. 20). Hovedreglene i loven var at Kongen skulle autorisere sinnssykeasylene i landet og skulle være bestyrt av en godkjent lege. Asylets lege skulle avgjøre om en person skulle innlegges i asyl eller beholdes i asylet (Eskeland, 1983, s. 13). Innleggelse skulle bare skje på det grunnlag at det var hensiktsmessig for den syke selv eller en nødvendighet for den offentlige

orden og sikkerhet. Legen var pliktig til å skrive ut pasienter som var helbredet. Originalt var det ikke noe krav om en formell konstatering av sinnssykdom i loven. Dette ble endret i 1910 hvor det ble krav om sinnssykeattest (Eskeland, 1983, s. 13). På bakgrunn av kongelig resolusjon av 22. januar 1910 skulle sinnssykeattesten være fastslått på bakgrunn av legens personlige undersøkelse av pasienten, beskrivelse av forløpet til sykdommen, symptomer osv. i henhold til Justisdepartementets fastsatte skjema for slike opplysninger (Anderssen, 1950, ss. 111-112)

Diagnostisering av pasienter ved Rønvik asyl

De legeopplysninger som har blitt funnet i undersøkelse av pasientjournaler er fra årene 1905, 1912, 1920 og 1924. I disse skal det gis informasjon om pasientens navn, alder, stilling og levevei, fødested, oppholdssted og forsørgelseshjem. Far og mors navn, fødested og nasjonalitet skal oppgis i andre punkt. Her stilles det og spørsmål om foreldrene til pasient er beslektet. Videre skal det gis informasjon om familie, her sykdommer, forbrytelser, selvmord og drikkfeldighet. I det hele om det er noe å bemerke ved familien som kan være relevant til pasients sykehistorie. Foreldres alder og levemåte, pasients barndom og oppvekst skal føres i egne punkt.

Pasients forhold som voksen skal beskrives i forhold til en rekke faktorer: legemlig og sjelelige utviklingstrinn, temperament, moralitet, livsvilkår og tidligere sykdommer. Pasients ekteskap og barn, om dette er tilfelle, hvor lenge pasient har vært gift og med hvem. Det stilles videre spørsmål om svangerskap, diegiving, barselseng og om det av dette har forekommet legemlige sjelelige forstyrrelser. De siste punktene omhandler pasients tidligere sinnssykdom og den aktuelle tilstand. Her skal det føres når og hvordan, tidligere eller nåværende sykdom, viste seg først og hvilke årsaker antas å foreligge den. I tillegg skal utvikling og forløp til sykdom noteres og hvordan sykdom har blitt behandlet og komplikasjoner ved den. Av pasients nåværende status skal det anføres pasientens sinnsstemning, selvbevissthet, tilbøyeligheter og interesse for sine nærmeste, forretninger, arbeide, orden og renslighet. Oppførsel og tale, sansebedrag, vrangforestillinger og hvilket innhold disse har. Mobilitet og sensibilitet, fysikalske forhold, ernæring og krefter, reflekser, pupillene forhold, søvn og naturlige funksjoner. Grunn til asylinnleggelse er bare tatt med i opplysningene fra år 1924, her er den ansett å være påkrevd.

Den informasjonen som er anført i legeopplysningene er gjengitt i protokollene noe som viser seg ved innholdet. Det skal bemerkes at flere av journalene til pasientene ikke lengre holder sted der man forventet i arkivet. Av den grunn er det noen legeopplysninger som ikke finner sted, og i enkelte av journalene er ikke slike vedlagt. Skjema i protokollene har vist seg å jevnt over vært av samme art, med unntak for nasjonalitet. Da det som er ført inn i legeopplysningene ser ut til å være oppsummert i protokollene vil det forhåpentligvis ikke være opplysninger av betydning som man ikke har kunne hentet fra de pasientjournalene som ikke finner sted. Legeopplysningene er et standardisert skjema for pasienter ved Rønvik asyl og alle innlagte pasienter som blir innlagt får sin sykehistorie ført ut i fra punktene i den. Trolig er dette slik som diagnostiseringen forøvrig i landet hvor dette skjemaet var fastsatt av Justisdepartementet. Dermed er det ikke egne kriterier som skal følges for å stille en spesifikk diagnose. Av den grunn er det ikke noen avgrensede symptomer som påvises før man stiller diagnosen *Insania hysterica*.

7.3 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i 1902

Rønvik hadde til sammen 164 behandlede pasienter oppført i «Oversigt over Sindssygeasylernes Virksomhed i aaret 1902». Det skal bemerkes at dette er året hvor Rønvik asyl blir offisielt åpnet og ved innrapporteringen hadde asylet bare vært virksom i 101 dager (Medicinaldirektøren, 1903, s. 6). Ved dette året var dementia den mest benyttede diagnosen over behandlede pasienter med 59 menn og 41 kvinner. Bare tre kvinner var behandlet med diagnosen *Insania hysterica* (Medicinaldirektøren, 1903, s. 11). Disse tre kvinnene er tatt med i undersøkelsen for år 1902. Symptomer registrert blant pasientene fra år 1902 som antydning på hysteri er følgende: Sinnsforvirring, anfall, kramper, hodepine, syns- og hørselshallusinasjoner, treg tale, voldsomhet, nedsatt sensibilitet, analgesi, amnesi, hallusinasjoner, kontrakturer. Behandlinger disse er behandlet med er arbeidsterapi og trepanasjon. Medisin registrert som er blitt gitt disse pasientene er som følger: *sol.brom.kalie*, ergotinpiller, blauds piller, bromkaliumdoser, *chloral*, opium, jern, sulfonal, *cant hydrat amylene*, *sep amylene hydrat*.

Pasient 1

Pasient 1 er en 21 år gammel kvinne, den yngste pasient i de protokoller og journaler som er undersøkt. Under stilling og levevei er hun oppført som gårdmanns datter og har status som ugift. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: sinnsforvirring, anfall, kramper. Hun har tidligere vært innlagt på Rotvold for to år siden og hennes opphold ved Rønvik ved denne innleggelsen varte fra 25.september 1902 til 27. juli 1903. Sykdommen er antatt å hatt en varighet på flere år i forkant av denne innleggelsen. Sykdommens sannsynlige årsak er antatt å være arv og det skal være flere tilfeller av sinnssykdom i farens familie og ett i mors. Fra Rotvold asyl fra hennes tidligere opphold er det oppgitt opplysninger om hennes bakgrunn. Pasienten skal ved 7-9 årsalderen blitt voldsomt stanget av en vær og ble sengeliggende i et halvt år etter episoden.

I denne tid etter episoden skal hun hatt kramper og ved disse krampene ha bitt seg selv i tungen. Siden episoden i barneårene skal hun vært vanskelig å omgås og vært særlig irritabel. I de siste ti år skal hun stadig lidd av sinnsforvirring hvor dette har forverret seg med tiden. Pasienten skal tidligere vært plaget med anfall som vanligvis har hatt en varighet på 8-10 døgn. Ved krampeanfallene hun opplever skal hun flere ganger bitt seg i tungen. Hun er i protokoll beskrevet som stor, velvoksen, litt mager, hud og slimhinner bleke. Pupiller dilaterte. Skal ha klaget over smerte i høyre side og ved bimanuell undersøkelse opplever hun ubehag. Av medisiner skal hun ifølge protokoll fått *sol.brom.kalie*, ergotinpiller og blauds piller. Ergoterapi er den eneste formen for behandling notert. Denne arbeidsterapien skal ha bestått av arbeid på systuen, pass av fjøsmannens barn og deltagelse i fjøsarbeidet. Ellers er sengeleie notert, men dette i anledning annen sykdom (etter fødsel og katarrhals angina).

Pasient 2

Den andre pasienten i år 1902, pasient 2, er en kvinne på 24 år. Har tidligere vært innlagt ved Rotvold fra 24.august 1901 til 25.september. Pasienten ankom Rønvik asyl den 26. september og er blant de pasientene som ble overført fra Rotvold asyl. Notat fra innkomst som i protokoll, er beskrevet i et brev som ligger ved i journal. Opplysninger fra distriktslege er og vedlagt. Journal inneholder ikke legeopplysninger. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: hodepine, syns- og hørselshallusinasjoner, treg tale, voldsomhet og nedsatt sensibilitet.

Av pasients slektsforhold er det bemerket at far har hatt et problematisk forhold til sin familie, hvor konen for flere år siden valgte å forlate han. Dette forholdet skal ha påvirket barna deres og er oppført som årsak til sykdom til pasienten, i tillegg til arv. Pasients bakgrunnshistorie bærer preg av at hun har bodd ulike steder gjennom fra 11-års alder. 1. juni 1901 skal hun ha dratt til slektninger for å hjelpe til i huset, antakeligvis i tjeneste. I denne perioden skal det ha oppstått en situasjon hvor hun etter å ha drept en frosk skal ha blitt voldsom, slått, spent, spyttet og snakket "tull". I forbindelse med reaksjonen ble hun gitt bromkaliumdoser som gjorde henne roligere. Situasjonen oppstod 8. august 1901, kort tid før innleggelsen ved Rotvold. Opplysninger fra distriktlegen fra 14. august 1901, trolig i forbindelse med innleggelsen ved Rotvold, forteller at pasient fra barndommen har slitt med hyppig hodepine.

Ved innleggelsen ved Rotvold asyl skal legen som undersøkte henne bemerket at hun har forklart seg ordentlig i samtalen men at talen har vært treg. Hun skal ha angitt under undersøkelsen å ha smerter i venstre kne og albue, men dette kunne ikke objektivt påvises. Sensibilitet ble testet ved venstre legeme da pasient bemerket at hun ikke hadde følelse i det, ved undersøkelse viste sensibilitet seg å være nedsatt over hele venstre side. Generelt om oppholdet har overlege ved Rotvold asyl skrevet at hun ved et par ukers opphold ble dårligere, gikk ofte oppe på natten, svarte sjeldent ordentlig og masturberte ofte. Pasienten skal ha hallusinert i form av å både se og høre uten at man har fått klare opplysninger fra henne om hva. De siste måneder ble hun beskrevet som sløv og slapp, ofte urenselig og masturbert jevnlig. Til tider skal hun og hatt impulsiv voldsomhet men forøvrig vært nokså lett å behandle. 6. oktober ble det foretatt en undersøkelse av pasient. Det er notert at hun i noen dager har sett slapp ut. Lungeundersøkelse er foretatt og viste normale forhold. Avføring i orden, urin notert å være lysegul. Temperaturmåling og videre undersøkelse motsetter hun seg. 24. oktober er det anført at pasient har fått *chloral* 1.50 *vesp.* Det ligger ved ytterligere opplysninger fra direktøren ved Rotvold asyl. Denne opplysningen viser til et tidligere telegram som var sendt angående forespørsel om plass til en *maniakolsk* pike. Det ligger og vedlagt et telegram fra Rotvold direktør fra 9.8 1901 om en maniakolsk kvinne kan mottakes snarest. Ingen behandling er notert annet enn sengeleie, dette i forbindelse med en kloroformnarkose da pasienten motsatte seg videre undersøkelse. Av medisin er bare *chloral* registrert.

Pasient 3

Pasient 3 er i likhet med de øvrige pasientene fra 1902 en yngre kvinne, 22 år gammel. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: krampe, anfall, *analgesi*, *anestesi*, hallusinasjoner og kontrakturer. Som stilling og levevei er tjenestepike oppført og kvinnen har ved innleggelse status som ugift. Kvinnen skal ikke hatt tidligere innleggelser ved asyl, innleggelsen ved Rønvik ved dette løpenummeret er fra 20. november 1902 til 7. januar 1903. Sykdommens varighet før opphold er antatt å være et par år men skal derimot ikke hatt anfall i forbindelse med dette. Sykdommens sannsynlige årsak er antatt å være sorg, dette trolig i forbindelse med hennes 12 år gamle brors død to år før innleggelsen ved Rønvik da dette er bemerket å ha sterk innvirkning på henne. Av sinnssykdom i familie er det ingenting å bemerke, ved selvmord eller forbrytelse i familien er det fylt inn at fars halvbror er siktet for mord. I notatene i pasientprotokoll er det beskrevet at pasient led av anfall i ettertid av brors død. Disse skal ha forløpt ut i fra en hodepine og smerter i brystet som videre førte til at hun følte seg tung i venstre ben og derpå fikk krampe i høyre hånd og videre krampe i nakken. Under disse anfallene tapte hun bevisstheten og måtte voktes for å ikke komme til skade. Hun skal ved disse anfallene også sett syner og åpenbarelses. Før disse anfallene skal hun ha vært i fremmedtjeneste noe hun måtte slutte med da hun etter brorens dødsfall ble nedstemt og mistet arbeidslysten.

Av slektsforhold er det notert at mor i forbindelse med hennes 12 barnefødsler og det som fulgte i tiden etter, uro i huset og hennes datters sykdom har ført til at hun er blitt nervøs. Om barndomstiden er hun beskrevet som hissig av temperament og at hun ved en anledning har falt ned en kjeller og slått hodet kraftig. I tillegg skal det ha oppstått en situasjon i 7-8 årsalder hvor hun under lek fikk et voldsomt slag mot issen noe som hun i ettertid skal ha båret merke av. I februar, samme år som innleggelse, skal hun ha opplevd analgesi (smertefrihet) og anestesi (bedøvelse) fra øret og nedover halve legemet. I forbindelse med dette har hun hatt besøk av lege to ganger og fått bromkalium, senere opium, jern og sulfonal.

Pasienten er beskrevet som middels høy, sped bygget, mindre utviklet enn etter alderen. Høyre arm foldes flektert i albu, hånden og fingre. Kan aktivt rette på oppfordring i albu og hånden, for fingrene kun delvis, ytterligere ekstensjon lykkes pasienten under motstand men volder smerte ved dette, helt ut får hun ikke ekspandert hånden. Gangen er ustø og vakkende.

Hun har vansker med å bruke venstre ben. Håndtrykket på begge sider svakt, ved venstre hånd har hun nesten ingen makt. Ved undersøkelse av lunger og hjerte skal alt være normalt. På bakre del av os parietale(issebeinet) er det i undersøkelsen funnet en fordypning som er beskrevet som på størrelse med en knapp tokroners utstrekning og er i høy grad øm for selv lett berøring. I undersøkelsen er det notert at hun har blitt behandlet med *hypnotica* men til tross for dette har hun sovet mindre godt og spist lite. Hennes selvfølelse er notert som meget forhøyet, stemningen labil, som regel lett hypoman. Har jevnlig sett skikkelser om natten, mest avdøde skikkelser, særlig den avdøde bror. Klager over jevnlig hodepine. Har siden innleggelsen fått bromkalium 1.gr morgen og 2.gr aftens og *chloral* 150. de første netter uten synlig effekt. Den 7.1 er det notert at det er blitt gitt samtykke til hennes overflytning til Bodø sykehus for at hun kan bli trepanert. Dette er den eneste formen for behandling notert. Av medisin forøvrig er *Cant Hydrat amylen* og *Sep amylen hydrat* blitt gitt.

Det er særlig i de to tidligste protokollene, 1908- og 1902-protokoll at medisinbruk blir rapportert og flere av pasientene i denne protokollen har liste over medisin som er gitt. Preparatene som pasientene har fått tildelt er stort sett av samme art som Fygle oppdaget i de eldste pasientjournalene ved Rønvik. Disse journalene dokumenterte et utstrakt bruk av preparater som brom, opium og kloral som til felles har som effekt å virke beroligende (Fygle, 2002, s. 56). Bromkalium er det som Fygle nevner var som en form for tvang , *hyoscinjeksjoner* , også kalt "kjemisk tvangstrøye" hvor man benyttet seg av klor, brom-eller jodforbindelse for å få pasienten til å sovne. Sulfonal er et søvninduserende middel mens jern må ha blitt gitt i forbindelse med annen sykdom. *Chloral* er et beroligende middel som var ofte brukt som sovemiddel og som til dels fortsatt benyttes den dag i dag (Encyclopædia Britannica, 2018). *Vesp.* betyr at dosen er gitt på kvelden. Dette er og en av de medikamentene som Bondevik har nevnt som behandling av hysteriopasienter. *Cant Hydrat amylen* og *Sep amylen* er Amylene hydrater, også kalt tertiær amylalkohol og er et sekundært pentylalkohol som har en søvnduserende virkning (Merriam-Webster, u.d.). Blands piller og jern må være benyttet i sammenheng ved tilstander med jernmangel.

Det interessante vi ser i dette kullet er at én av pasientene, pasient 3, har kontrakturer, som en av de hovedsymptomene Briquet har konkludert med under dannelsen av sykdomsbildet til hysteri. Dette er et symptom som forøvrig sjeldent blir tatt med i bøker som beskriver sykdomsbildet til hysteri. Kontrakturer er en sykkelig sammentrekning av muskulatur hvor et ledd kan bli stående ubevegelig i en ubehagelig stilling (Hermundstad, 1999, s. 102). Dette

gjelder da hennes høyre arm som var opptrukken i albuen til rett vinkel og hånden og fingrene fast kontrahert i feilstilling som gjorde vondt ved forsøk på berøring. Kramper skal ha fremkommet ved forsøk på å utrette noe. Denne pasienten skal og blitt sendt til Bodø sykehus for behandlingen trepanasjon. Ettersom journaler og protokoller er skrevet med håndskrift har det til tider vært vanskelig å tyde notatene. Av den grunn rådet det litt usikkerhet om det var trepanasjon pasienten skulle behandles med. Dette da denne typen operasjon i hovedsak er mest kjent for å være en eldre operasjonsmetode som stammer så langt tilbake som til steinalderen. Denne operasjonsmetoden er en kirurgisk åpning av knokkelhulrom, da særlig kraniet, ved hjelp av en bor (Larsen, 2018).

I «Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1903» blir det bekreftet at pasienten er blitt trepanert og denne kvinnen blir her omtalt som et «forøvrig resultatløst Forsøk paa Kausalbehandling af antaget traumatisk Hysteri» (Medicinaldirektøren, 1905, s. 107). Her er hennes sykehistorie beskrevet som i protokoll og til slutt om hennes overflytting til Bodø sykehus for trepanasjon 8. januar 1903. Denne ble gjort i forbindelse med fordypningen i hodeskallen. Under trepanasjon ble det meislet bort et ovalt stykke ben på en størrelse på 3x2,5 cm. Resultatet av operasjonen var at anestien ble hevet og det i senere tid ikke har vært fysikalske stigmata å påvise. De psykiske symptomene var derimot uforandret (Medicinaldirektøren, 1905, s. 108). Resultatet av trepaneringen viser at de fysiske symptomene pasienten tidligere opplevde i forbindelse med hysteri opphørte etter operasjonen men dette inngrepet ga ingen resultat utover de psykiske symptomene. Dette er et interessant funn da trepanasjon ikke er kjent for å være en anvendt kirurgisk behandlingsmetode for hysteri. Et annet interessant aspekt ved pasienten er at pasienten er blitt behandlet med hypnose som tidligere nevnt er en benyttet behandlingsmetode på nervøse pasienter, især de hysteriske. Ettersom denne undersøkelsen er foretatt under oppholdet ved Rønvik kan man anta at slike typer behandlingsmetoder ble benyttet her.

Krampeanfallet og anfallet er symptomer som kommer til syne under undersøkelsen av disse pasientene, men vil også vise seg ved de andre årskullene. Dette er klassiske symptomer på hysteri. Charcot delte hysteriet opp i to hovedgrupper ut i fra alvorlighetsgrad. Hysteri med krampeanfallet ble kalt *la grande hystérie* - det store hysteriet. Hysteri med *anestesi* men uten anfalletssymptomer ble kalt *la petite hystérie* - det lille hysteriet (Hermundstad, 1999, s. 107) Den franske psykiateren Pierre Janet så en sammenheng mellom symptomene på hysteri(kramper, lammelser) og alvorlige psykiske traumer. Han mente at disse symptomene

kunne oppstå på bakgrunn av tidligere traumer i barndommen (Bloch & Haslerud, 1999, s. 6). Hysteriske anfall er blant de som i dag går under betegnelsen psykogene ikke-epileptiske anfall. Dette er anfall som er antatt å forekomme av psykiske årsaker. Anfallene blir ofte forvekslet med epilepsi da de ligner slike anfall. De varierer alt fra korte absensliknende anfall til større krampeanfall. Stress, emosjonelle faktorer som psykiske konflikter eller traumer har vist seg å fremprovosere disse typer anfall. I Norge benytter man seg av «Psychogenic non-epileptic seizures» som et nøytralt begrep på disse typer anfall, slik det ofte blir benyttet i internasjonal litteratur, i motsetning til bruken av «hystereoepilepsi eller hysteriske anfall som fortsatt blir benyttet i andre land (Lund, et al., 2009).

Slik som vi skal se i de neste journalene og protokollene er hodepine eller migrene noe som går igjen blant pasientene. Relevant i forhold til hysteridiagnosen, som den «hysteriske spiker» som et av symptomene. Dette er et symptom Briquet opererte med i hans dannelselse av sykdomsbilde til hysteri. Denne hysteriske spiker, *clavus hystericus*, er en langvarig hodepine som gir en intens smerte i issesømmen (Hermundstad, 1999, s. 102). Men hodepine har også vært et klassisk kvinnesymptom, et samlesymptom under sykdomstilstander med et psykosomatisk grunnlag ifølge Johannisson. Hun hevder at hodepine i noen tilfeller kunne være kvinnens alibi for å slippe unna og trekke seg tilbake (Johannisson, 1996, s. 125). Den kunne også være et dekke for tilstander som f.eks. menstruasjon som en mer sosialt akseptert unnskyldning (Johannisson, 1996, s. 126). Særlig migrene var ansett å være en hodepine som førte til kvalme og oppkast. På grunn av at den tilsynelatende så ut til å ramme særlig ved kvinnens fertile alder ble den knyttet til det gynekologiske aspektet og koblet særlig til livmorslidelser. Leger ved tidsrommet rundt århundreskiftet anså migrenen å være av arvelig nervøs belastning og ofte koblet til menstruasjonen. Dette i forbindelse med deres syn på menstruasjonens forbindelse med nervesystemet (Johannisson, 1996, s. 126). Hodepine, ifølge Johannisson var ofte med i sykdomsbildet til diagnosene bleksott, nevrasteni og hysteri (Johannisson, 1996, s. 125).

Pasient 2 er av lege beskrevet som ofte urenselig og masturberer jevnlig. I tiden rundt århundreskiftet ble kvinnelig onani ansett som mer syndig enn mannlig. Kvinnelig onani skulle føre til sykdom, galskap og død noe som også viste seg innenfor det medisinske feltet. (Johannisson, 1996, s. 66) Onani eller selvbesmittelse som årsak til sinnssykdommer kan dateres tilbake til beretningene fra sinnssykehusene i Norge i 1872 (Departementet for det indre, 1873, s. 14) Dette er den tidligste beretningen som er tilgjengelig gjennom statistisk

sentralbyrå. Onani, selvbesmittelse og masturbasjon går igjen som årsak til sinnssykdom frem til 1908 da oversikt over årsaker til sinnssykdom ikke lengre er tatt med i beretningene.

Angående det seksuelle aspekt når det gjelder hysterikere er det i mye litteratur beskrevet at hysterikere ofte er frigide men på samme tid har en unaturlig seksuell interesse og ønsker en slik oppmerksomhet fra menn. Det er det antatt at hysteriske kvinner ikke har glede av samleiet og blir irritabel og unådig av det (Antoni, 1949, s. 250).

7.4 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i 1908

Rønvik hadde til sammen 417 behandlede pasienter oppført i «Sindssykeasylernes Virksomhet 1908». 279 tilbakeliggende ved utgangen av 1907 og 138 innkommet i 1908. 35 var i tilstanden «helbredet» og 36 i tilstand «bedret» (Medicinaldirektøren, 1909, s. 6). 54 i tilstanden «uhelbredet» og 17 pasienter døde dette året. Tilsammen var antall tilbakeliggende ved utgangen av 1908 275 pasienter (Medicinaldirektøren, 1909, s. 7). Ved dette året var fortsatt dementia den mest benyttede diagnosen over behandlede pasienter med 127 menn og 99 kvinner. Bare én kvinne var behandlet med diagnosen *Insania hysterica* (Medicinaldirektøren, 1909, s. 11). Denne ene kvinnens protokoll er undersøkt i dette året. Pasientens journal hadde ingen dokumenter og disse kunne ikke oppsøkes i arkivet. Vedlagt protokoll er notat over medisin pasient er gitt, dette forekommer ofte i 1902- og 1908-protokoll, tas sjeldent med i de andre protokollene, her er det oppskrevet: Veronal 0,5 gr, hostesaft 1 teskje 3.g.d. Ingen form for behandling er notert i denne protokollen. Av symptomer er det av lege notert: ubehersket og umotivert, psykisk avslappelse, energiløshet, viljelammelse, globus fornemmelse og hodepine.

Pasient 4

Pasient 4 er en 34 år gammel kvinne. Status er gift og av stilling og levevei er arbeiders kone oppgitt. Skal ikke være innlagt tidligere. Sykdommens sannsynlige årsak er antatt å være arv. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: ubehersket og umotivert, psykisk avslappelse, energiløshet, viljelammelse, globus fornemmelse og hodepine. Informasjon om foreldre. Farens søster var sinnssyk og er død, et søskenbarn er sinnssyk. Av slektsforhold er det beskrevet alle i familien er «egne og stridige i sine meninger». Pasient er

notert å være stille og innesluttet. Pasient skal ha født fire barn med tre års mellomrom, fødsel, barselseng og die normalt. Hun skal ifølge den sykehistorien som er beskrevet i protokoll i tider hatt sterk trang til kjønnslig omgang. Har sørget over 2 barn, som er døde, den siste i vår. Hun begynte i juli 1907 å bli «rar» og «besynderlig» i sin opptreden hvor hun skal ha løpt etter mannfolk, lo av ingenting, var urolig og rastløs. Til andre tider ville hun ikke stå opp og ble da liggende flere dager, til andre tider overgivende munter. Høsten 1907 er det antatt at sykdommen lignet mest en hysteri. Hun ble innlagt på sykehus i 1907. Men hennes tilstand var uendret og forverret utover høsten 1908, ble innlagt igjen i april og var der en måneds tid. Ved motilitet eller sensibilitet har det ikke vært noe å bemerke, normale reflekser, god søvn og ingen næringsvegring.

Distriktslegen har uttalt seg om pasient og mener pasient lider av hysteri med særlig fremtredende psykiske patologiske symptomer, ubehersket og umotivert, psykisk avslappelse, energiløshet, viljelammelse. Skal ved perioder ha vist sjelelig lammelse. Distriktslege har notert at hun i sin hysterisk psykopatiske tilstand er til forargelse for omgivelsene og barna hennes skal ha blitt vanskjøtt i høy grad. Hun klager over svie og smerte ved vannlatningen samt en hel del abnorme smerter vesentlig i underlivet, årsaken til dette tilskrives livmoren, som ifølge lege beveger seg opp og ned samt til sidene. Legen har i tillegg bemerket at pasient opplever globus fornemmelse. Knerefleks lot seg ikke påvise. Hun har ifølge legen i 2 år vært sykt og nervesvak og hatt sterke smerter i hodet som hun beskriver som banen av et jernbanetog og torden i hodet. For 6-7 år siden led hun et svært alvorlig blodtap i forbindelse med en abort. I tiden etter har hun vært meget svak i. I forbindelse med dårlig nattesøvn skal hun ved et tilfelle blitt gitt Veronal.

En gjennomgående faktor i pasientjournaler og protokoller som undersøkes er arv som årsak til sinnslidelse. Arv er i disse den hyppigste anvendte årsak, hvor av bare få av pasientene har andre årsaker oppført. I følge Briquet trengte ikke foreldrene til en hysteriker å selv ha diagnosen. Det var nok at de hadde andre nervøse forstyrrelser. Briquet mente at hysterikere arvet et ødelagt nervesystem fra foreldrene og at sykdommen stammet fra en genetisk defekt. Denne ville vanligvis kunne vise seg allerede i barndommen til pasienten med et hissig temperament, hyppig hodepine og krampeanfallet. De mest disponerte for hysteri mente Briquet at var kvinner fra lavere sosiale lag og kvinner med en belastet morsarv. Hysteri skulle i midlertid ikke bare stamme fra genetikken. Briquet hevdet også at en rekke faktorer av sosial og traumatisk art kunne ha en innvirkning. Av den grunn var det nødvendig med en

kartlegging av pasientens bakgrunn. Dette bestod i blant annet kjønn, alder, sosial posisjon, yrke, utdannelse, ernæring, samlivsproblemer, miljøet hjemme og økonomiske problemer. Mye av det vi ser lagt vekt på i legeopplysningene til pasientene. Teorien til Briquet om sosiale faktorer og traumer ble i etterkant brukt til en logisk forklaring om hvordan nervesykdommer kunne ha sitt opphav men også ble den benyttet for å stigmatisere de atferdformene som ikke samstemte med samfunnets normer (Hermundstad, 1999, ss. 104-105).

Motilitet (bevegelighet) og sensibilitet (følsomhet) går igjen i legeopplysningene og skal føres inn i skjema til pasienten. Ettersom opplysningene er standardisert så føres slike over pasienter for alle diagnosene. Sensibilitet inngår alltid i et ledd i en fullstendig nevrologisk undersøkelse. En overfladisk sensibilitet blir undersøkt på de symmetriske steder med en bomullsdott eller en papirlapp. Ved undersøkelse av dyp sensibilitet undersøkes smertesansen ved nålestikk med en sikkerhetsnål. Hvis pasienten har tap av dyp sensibilitet vil dette være smertefritt (Broch, 1968, s. 108) Ragnar Vogt, slik vi tidligere har sett, kategoriserte de ulike tilstandene ved hysteri, hvor av en av disse var «opphevet bevissthet» dette er tilstanden hvor selv et nålestikk forble umerket. Dermed vil et tap av dyp sensibilitet tyde på at pasientens tilstand er innenfor kategorien «opphevet bevissthet». Briquet hevdet at det mest karakteristiske tegnet på hysteri er sensibilitets-forstyrrelse. Hos noen hysterikere ble det ansett at bare én enkelt av sansene var berørt, men ikke sjeldent fant man reduksjon av sensibilitet i flere sanseorganer samtidig (Hermundstad, 1999, s. 101). I de fleste tilfeller var det oftest berøringsansen som ble rammet, enten ved totalt følelsesløshet eller mer begrenset. De andre sansene - smak, lukt, hørsel og syn - kunne og være svekket eller helt ut av funksjon. Et annet karakteristisk symptom ved hysteri er ifølge Briquet *hyperalgesi*, som er en sykkelig økt følsomhet (Hermundstad, 1999, s. 102).

Til tross for at man kan se flere ulike symptomer på hysteridiagnosen i pasientprotokoller, journaler og i legeopplysningen er det bare i pasient 4s journal at vi ser et eneste notat som spesifikt forteller hvorfor pasient er diagnostisert med hysteri og viser til de symptomer som pasienten har som er innenfor kategorien. Ut fra de journaler og protokoller som er undersøkt er det bare et tilfelle av globus fornemmelse som er notert, dette ved denne ene kvinnen i 1908. Dette er en av symptomene som Greve M. omtaler i hans beskrivelse av sykdomsbildet til hysteri i "Veileder i sundhed og sygdom : en haandbog med alfabetisk ordnede artikler" (Greve, 1904, s. 308). Globus fornemmelse, følelsen av en klump i halsen, ble av leger

assosiert med symptomer på hysteri og ble tidligere betegnet som «globus hystericus» da det ofte var assosiert med menopausen eller andre psykologiske faktorer knyttet til kvinnen. Denne betegnelsen ble i 1968 endret til «globulus pharyngeus» da den ikke lengre ble koblet til symptomer på hysteri (Fletcher, 2017).

7.5 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i 1914

Rønvik hadde til sammen 439 behandlede pasienter oppført i «Sindssykeasylenes Virksomhet 1914». 299 tilbakeliggende ved utgangen av 1913 og 140 innkommet i 1914. 24 var i tilstanden «helbredet» og 29 i tilstand «bedret» (Medicinaldirektøren, 1916, s. 6). 46 pasienter i tilstanden «uhelbredet» og 19 pasienter døde dette året. Tilsammen var antall tilbakeliggende ved utgangen av 1914 318 pasienter (Medicinaldirektøren, 1916, s. 7). Ved dette året var fortsatt dementia den mest benyttede diagnosen over behandlede pasienter med 140 menn og 103 kvinner. 13 kvinner var behandlet med diagnosen *Insania hysterica* (Medicinaldirektøren, 1916, s. 11). To av disse kvinnene er tatt med i undersøkelsen for dette året. Av symptomer blant disse kvinnene som kan antyde hysteri er følgende registrert: amentia, hodepine, engstelighet, melankoli, hallusinasjon. Medisin og behandling er ikke registrert hos disse to.

Pasient 5

Pasient 5 er en kvinne, 51 år gammel. Pasient er gift og stilling/levevei er oppgitt å være husmor. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: amentia, hodepine, engstelighet, melankoli. Har tidligere vært innlagt på Rønvik 8.juli til 6.november 1905 for amentia. Oppholdet denne gang skal ha vart fra 29.april til 11.juni 1914. Sykdommens varighet for opphold er angitt å være "noen dager". Pasient har tidligere hatt ett anfall før innleggelse. Sykdommens sannsynlige årsak er antatt å være arv. Av tilfeller av sinnssykdom i familie er far og mor oppgitt. Mor er oppgitt som "lettsindig(ansvarsløs) pike" og far som "rækar(omstreifende)". Pasient er innlagt av hennes mann og er utskrevet i tilstanden "helbredet". Diagnose er *Insania Hysterica*.

Det er opplyst slektsforhold i protokollen hvor det er beskrevet om mor og fars forhold slikt

det er ført i skjema av tilfeller av sinnssykdom i familie. Distriktslegen fra pasients bosted skal ha kommet med en uttalelse angående hennes tilstand hvor det er beskrevet om hennes tidligere opphold ved Rønvik på 4 måneder i 1905. Etter dette opphold skal pasient vært frisk til denne våren i 1914. Av pasients nåværende tilstand har distriktslegen beskrevet at hun har hatt hodepine, vært engstelig og søvnløs. Pasient skal i følge dette notat selv ønsket å bli asylbehandlet. Han noterer seg at pasient ikke er farlig for seg selv eller andre, men at hun må passes på. Notat fra lege 30.4 beskriver pasient som rolig, naturlig av vesen, svarer villig og ordentlig på alle spørsmål. Har tidligere hatt kramper, forteller selv at disse ikke var forårsaket av noe spesiell årsak. Disse krampene kunne foregå i et par timer. Pasient er i legeopplysninger ført som gift i 19 år, godt forhold til ektemann, flere år mellom hvert svangerskap. Ingenting å bemerke ved fødslene. Av tidligere sykdommer er gjentakende migrene notert. Det skal ikke være en kjent årsak til hennes innfall av sinnssykdom ved Rønvik asyl i 1905 annet enn smerter i hode. Av årsak til nåværende sykdom er det ført at pasient opplever hodepine, anfall, snakker tøv og ber om å bli asylbehandlet. Hodepine i lengre tid forverret, i de siste netter søvnløs. I pasientjournal av legeopplysninger er det notert at pasient «i sykdommen er en melancholi». Ingen behandling eller medisin er registrert.

Pasient 6

Pasient 6 er en kvinne, 50 år gammel. Har før innleggelse hatt stilling som fabrikkpike. Pasient har ikke vært innlagt tidligere. Sykdommens varighet før innleggelse er antatt å være mange dager og pasient har hatt ett anfall før denne tid. Sykdommens sannsynlige årsak er antatt å være arv. Diagnose er insania hysterica. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: hallusinasjon. Pasientens protokoll har rikelig beskrivelse av perioden før innleggelse. Om slektsforhold skal mor ha vært nervøs og flere søsken skal ha hatt nervøse anfall og tidlig vært arbeidsdyktig i lengre tid. Pasient skal ha vært frisk til i 17-18 års alderen. Har vært frisk og arbeidsdyktig i mange år, til for 10-12 år siden hvor hun fikk en gjenstand i venstre side av livmoren. Gjenstanden satte seg bak i ryggen, på innsiden av ryggraden og skal ha vokst. Denne tilstanden skal ha vært svært smertefull for pasienten og har ført til at hun måtte slutte på hermetikkfabrikken. Hun skal ha hatt to lengre opphold ved sykehus uten at det har vært bedring i tilstanden. Etter dette skal hun ha blitt røntgenfotografert. Det står ikke beskrevet hva bildene viste.

I de siste 2-3 år skal pasient ha lagt til seng og ikke følt at hun har kunne arbeidet. Dette skal ha blitt en påkjennelse for hennes omgivelser. Ettersom det ikke var noe journal å finne på pasients løpenummer og søk i register ikke resulterte i noe funn er det ikke mer informasjon å gi om hennes tilstand. Derimot er det i protokoll notert om de hallusinasjoner hun skal ha opplevd. Pasient skal i følge protokoll fått låne en bønnebok av en søster som hun leste i. I tiden etter skal hun ha hatt hallusinasjoner hvor hun har sett to menn som stod foran henne og sa at hun ikke kunne komme inn i himmelen da hun hadde begått tre synder som ikke kunne tilgis. Disse to mennene skulle i følge pasient være faderen og sønnen. Hun skal også hallusinert om en sort flekk som det gnistrer av, som i følge pasient skal ha vært satan. Satan skal i følge pasienten ha spunnet et garn fra den gjenstand hun har i ryggen og til hjerte og setter ild på det slik at hun får orm i halsen og munnen. Pasient er ikke oppført med nytt løpenummer og det var ikke oppført en journal på løpenummeret registrert i protokoll. Ingen behandling eller medisin er registrert i protokoll.

Lammelser er noe som går igjen som symptom på hysteri hos pasientene. Det er et klassisk symptom på hysteri og blir ofte omtalt som hysterisk lammelse. Dette er et av hovedsymptomene som Briquet operer med. Lammelser hos hysterikere gir utslag hvor det forholdsvis ofte er bena og armene på begge sider som er lammet. I noen tilfeller varer lammelsen i en lengre periode som fører til at musklene svinner bort (Hermundstad, 1999, s. 103). Lise Ehlers er forfatteren bak boken «Vondt i livet : kvinner og de nye sykdommene» fra 2000 som i likhet med Johannisson ser på kvinnesykdommer men her de mer moderne diagnoser. Også Ehlers tar for seg hysteri selv om, slik hun selv skriver, diagnosen ved dette tidspunktet var avskaffet. Allikevel ser hun antydninger til eksempler på lidelsen selv om antall pasienter med de klassiske hysteri symptomene var synkende. Hun ser imidlertid fortsatt pasienter med krampeanfallet og lammelser (Ehlers, 2000, s. 59) Ehlers mener at årsaken til at man til tross for mange framsatte teorier om hysteri ikke har kunne gitt en entydig til lidelsen årsak antakelig kan skyldes en reaksjonsmåte hos enkelte mennesker når de blir utsatt for ekstreme belastninger (Ehlers, 2000, s. 59). I dette antar hun at lammelsene kan anses å være en forsvarsmekanisme som en reaksjon når kroppen ikke lengre takler den belastningen den er blitt ført (Ehlers, 2000, s. 61).

Hallusinasjoner nevnes heller ikke sjeldent hos pasientene i de ulike årene. Slik som vi tidligere har sett i Ragnar Vogts beskrivelser av psykiske symptomer på hysteri er innsnevringen av bevisstheten en av tilstandene som kan forekomme. Dette fører i følge Vogt

til at forskjellen mellom forestilling og sansing viskes ut og det kan oppstå illusjoner og hallusinasjoner (Vogt, Hysterisk sindssygd, 1911, s. 47). Hallusinasjon kan opptre enten ved at pasienten er hallusinert for hørsel eller syn. Hallusinasjoner er også forespurt om under sykehistorien til pasienten i legeopplysningene, slik at dette også kan forekomme ved andre sinnslidelser.

I pasient 5s pasientjournal er det i legeopplysninger notert at pasient «i sykdommen er en melancholi». Dette ser man også hos Pasient 2 fra 1902-protokollen som ble henvist til asylet med diagnosen melankoli. I tiden etter insania hysterica forsvant som diagnose ble symptomene tillagt andre diagnoser. Emil Kraepelin, en tysk psykiater ledende i moderne psykiatri rundt årsskiftet 1900, hadde bemerket seg at manisk-depressive tilstander ofte var ledsaget av hysteriske uttrykk. Det som tilsynelatende kunne karakteriseres som hysteria kunne også være et uttrykk for en annen sinnslidelse, slik som melankoli. (Westerink, 2016, ss. 338-339) Dermed kunne de to diagnosene forveksles, slik vi tidligere har sett ved likhetstrekkene ved de to diagnosene. Dette er også et syn Ragnar vogt deler i det han beskriver, i et delkapittel om differentialdiagnoser, den hysteriske sinnssykdom som ofte forvekslet med dementia præcox (katatoni), amentia, melankoli eller paranoide tilstander. (Vogt, Hysterisk sindssygd, 1911, s. 132). Ragnar Vogt betrakter det som vanskelig å avgjøre om en depresjonstilstand med hysteriske trekk skal betegnes som en hysterisk depresjon eller som en melankoli hos en hysteriker (Vogt, Hysterisk sindssygd, 1911, s. 135). Dermed kan dette også tolket som at melankoli var en del av den hysteriske diagnosen til pasienten.

Pasient 5 er tidligere innlagt ved Rønvik med diagnosen *amentia*. Ragnar Vogt regner *amentia* som en egen diagnose når den har utviklet seg på et infeksjons grunnlag, men at dette også kan oppstå som forbigående psykogene forvirringsformer til hysteriet. (Vogt, Hysterisk sindssygd, 1911, s. 134). *Amentia* er en forbigående forvirringstilstand, noe som forklarer hvorfor pasient er tidligere diagnostisert med dette men nå insania hysterica. Karakteristikk ved denne tilstanden er sterk innsnevring av bevissthetslivet, desorientering, usammenhengende tankegang og tale og ofte legemlig uro og hallusinasjoner. Denne tilstanden opptrer ved forgiftninger og infeksjonssykdommer men forekommer og ved psykogene sinnslidelser (Malt, Amentia, 2018).

7.6 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i år 1920

Rønvik hadde til sammen 433 behandlede pasienter oppført i «Sinnssykeasylenes virksomhet 1920». 319 pasienter var av tilbakeliggende og 114 var innkommende pasienter i 1920. 44 var i tilstanden «helbredet» og 27 i tilstand «bedret» (Medisinaldirektøren, 1923, s. 6). 13 pasienter i tilstanden «uhelbredet» og 22 pasienter døde dette året. Tilsammen var antall tilbakeliggende ved utgangen av 1920 327 pasienter (Medisinaldirektøren, 1923, s. 7). Ved dette året var fortsatt dementia den mest benyttede diagnosen over behandlede pasienter med 163 menn og 124 kvinner. Fem kvinner var behandlet med diagnosen *Insania hysterica* (Medisinaldirektøren, 1923, s. 8). To av disse kvinnene er tatt med i undersøkelsen for dette året. Av symptomer som tyder på hysteri i dette årskullet er følgende registrert: hallusinasjoner og hysterisk anfall. Av behandling er hypnose og isolasjon registrert blant pasientene i dette året.

Pasient 7

Pasient 7 er en 41 år gammel kvinne. Kvinnen skal før opphold hatt stilling som syerske og hatt status som ugift. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: hallusinasjoner. Pasient skal ikke være innlagt tidligere. Sykdommens varighet før opphold er antatt å være mange år, sykdommens sannsynlige årsak er antatt å være arv. Under sinnssykdom i familie er far oppført som drikkfeldig og bror som epileptisk fra 8-20-årsalderen. Pasient er innlagt av mor og er innlagt med diagnosen *insania hysterica* hvor *dementia* står notert i parentesens. Våren i året ved innleggelse skal hun ha hatt et anfall av sinnssykdom i et par måneders varighet hvor årsaken er antatt hennes studier. Pasient har arbeidet med søm og skal i vinter hatt et ønske som å starte forretning hvor hun i den anledning har måtte lært seg bokholderi. Det er av den grunn hun har arbeidet med oppgaver fra korrespondanseskolen og det er dette arbeidet som er antatt å ha overanstrengt pasienten.

Pasient har ved tidligere situasjoner hørt stemmer, snakket til telefonstolpene, som angivelig skal ha snakket til henne igjen. Hun har engang forsøkt å begå selvmord med kvelning. Den vesentlige behandling har vært *hypnotica*. Hun har stadig vært passet av sykepleierne, da det ikke har vært mulig å få henne isolert. Hennes erindringsevne er notert å være mindre utviklet men skal angivelig vært tids- og stedsorientert. Hennes tale skal ofte vært preget av bibelske

sentenser som hun ikke kan forklare. Hun har ofte hørt stemmer, særlig om natten, men kan ikke gjøre rede for hva stemmene sier. Har i samtale med lege sagt seg selv enig i at "korrespondanseskolen" var årsaken til hennes sykdoms utbrudd. Hun forteller selv at sykdommen startet ved at hun syntes folk på gaten så annerledes ut, i det noen skal ha sett ut som en skygge var festet over dem mens andre var lyse og så lykkelig ut. Det er også notert at hun mistet samtidig nattesøvnen og hørt stemmer. Ved en somatisk undersøkelse er følgende notert: Pasient skal ha vært i godt hold. Utseende svarer til alderen. Hun er beskrevet som meget liten av vekst, frisk hudfarge. Kreftene er middels. Hun angir ikke distinkte angivelser ved sensibilitetsundersøkelsen. Mobiliteten er i orden. Refleksene er meget livlige. Pupillene er noe kontraherte, reagerer tregt.

Pasient 8

Pasient 8 er en kvinne, 64 år. Kvinnen er en handelsmannshustru og er innlagt og utskrevet av sin mann. Sykdommens varighet før innleggelse er antatt å være "mange, kanskje 30-40 år". Av tilfeller av sinnssykdom i familien er bror, søster og 2 eller 3 av døtrene oppgitt. Diagnosen er satt som insania hysterica. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: hysterisk anfall. Av behandling er isolasjon registrert.

I morens familie skal det ha forekommet et stort antall sinnssykdom. Pasient skal ha to eller tre døtre som er sinnssyke, samt en bror og en søster. Pasient er født i ekteskap og har blitt oppvokst i nokså gode kår, men skal ha hatt et dårlig forhold til far. Det er antatt at 12 av hennes barn er legemlig friske. Fødslene skal ha fulgt tett på hverandre og svangerskap, fødsel, barselseng og die skal ha foregått normalt. Det er i de siste år at hennes nåværende sykdom skal ha forverret seg. Årsaken til den nåværende sykdom er antatt å være belastning fra hennes mors overdrevne religiøse tro og trolig innetiden etter barselseng kan ha spilt en rolle.

Pasienten ble ved innkomst legeundersøkt og av legene erklært sinnssyk. Hun skulle tidligere være innlagt på Gaustad asyl, men dette ble utsatt. Pasient skal tidligere hatt et ordentlig hysterisk anfall. Hun har i følge legens opplysninger vært vanskelig å ha hjemme. Ved somatisk undersøkelse har det ikke vært noe å bemerke ved fysikalsk undersøkelse av bryst og underliv. Pupillrefleks og patellarreflekser skal være gode. Ingenting å bemerke ved

sensibilitet og motilitet. Den 14/6 er det gjort notat om at pasient er blitt isolert på B2. Ut i fra protokoll får man inntrykk av at isolering skal ha foregått flere ganger. Finner ikke journal til pasient på løpenummer som er oppført i protokoll, og hun er ikke oppført med nytt løpenummer. Derfor er ikke journal tatt med.

Av pasient 8 er årsak til hennes sinnssykdom antatt å være innetiden etter barselseng og hennes mors religiøse tro. Sinnsforstyrrelser skal i den tiden vi operer med være hevdet å kunne opptre som følger av menstruasjon, svangerskap og barselseng. Barselseng som en årsak til sinnslidelse skal ofte være ført som årsak hos pasienter innlagt på Rønvik asyl (Fygle, 2002, s. 52). En tidsrelevant lærebok for jordmødre fra 1928 forklarer dette nærmere. Her er det beskrevet at stemnings- og karakterforandringer skal forekomme ikke sjeldent etter svangerskap og barselseng og at dette skal kunne medføre sinnssykdommer (Brandt, 1928, s. 204). Det er derimot her ikke hevdet at det er en særegen sinnssykdom som opptrer etter svangerskap og barselseng. Svangerskap, infeksjon og eklampsi skal være av betydning som årsak til de sinnslidelser som oppstår i ettertid. Det er også her hevdet at de sinnssykdommer som kan oppstå er nesten alltid hos personer som er arvelig belastet for sinnssykdom eller som tidligere har vært sinnssyke (Brandt, 1928, s. 204). Symptomene som oppstår før sinnssykdom skal være hodepine, karakterforandring, svekkelse av dømmekraft, tyvaktighet, syns- eller hørselsforstyrrelser, nedtrykt eller løftet sinnsstemning, uanstendig tale og selvmordstanker. Behandlingen av denne tilstanden er her foreslått overvåkning av pasient og i noen tilfeller asylinnleggelse. Diegiving skal i denne perioden forbys (Brandt, 1928, s. 205).

Når drikkfeldige slektninger nevnes i pasients protokoll eller journal er det på bakgrunn av at skjemaet i legeopplysninger krever at slike tilfeller blir opplyst om. Dette er i sammenheng med sjelelige og legemlige tilstander i familien. I Ragnar Vogts bok «Arvelighetslære og racehygiene» fra 1914, som er relevant i tiden vi opererer med, er alkoholisme en av faktorene når det gjelder arvelig tilbøyeligheter. Barna til alkoholister, mener han, er preget av drikkfeldighet, men også kriminal tilbøyelighet, arbeidsskyhet, åndssvakhet og epilepsi. Han understreker at alkoholismen er et komplisert fenomen og at dette kan enten komme av visse sinnssykdommer, sinnssvekkelse som følger av støt mot hode, febersykdommer og forskjellige karakterabnormiteter. Det kan også komme som følge av sosiale misforhold men at disse biologiske og sosiale årsaker ofte sammenfaller (Vogt, Arvelighetslære og racehygiene, 1914, s. 59).

Pasient 7 skal i følge hennes sykehistorie gjort forsøk på selvmord og ha en tale med innhold av bibelske sentenser. Selvmordstanker eller forsøk er ikke spesifikt knyttet til hysteridiagnosen. I en lærebok for sykepleiere fra 1960 er det i sykdomsbildet av hysteri beskrevet at mange av pasientene har religiøse problemer, særlig de som er deprimerte og engstelige. Det gjelder da situasjoner hvor pasienten finner fram til skriftsteder som dømmer de noe som forverrer tilstanden (Jervell, 1960, s. 148). I samme lærebok blir trusler om selvmord antatt å være blant de metodene en hysteriker benytter seg av for å få sympati og medlidelse fra omgivelsene. Selvmordsforsøk hos disse pasientene beskrives her som affekthandlinger. Besvimelser og kramper er antatt i denne boka å bare inntreffe med et publikum tilstede og de hysteriske symptomer blir betraktet nærmest som de ikke er reelle men som et resultat av oppmerksomhetstrang (Jervell, 1960, s. 149).

Den somatiske undersøkelse er en del av skjemaet til legeopplysningene og forhold som pupiller, reflekser, sensibilitet, mobilitet, urin, avføring, næringsvegring osv. er standard prosedyre i føringen av pasients tilstand. Et alvorlig tilfelle av hysteri er antatt å kunne gi seg utslag ved flere deler av kroppen som i spisevaner, åndedrettet, avføring, vekt, muskelsmerter, kjønnsaktivitet og menstruasjon. I tillegg skal det kunne påvirke blodomløpet slik at hudforandringer ved en hysteriker kan sees enten ved blekhet, eller ved rødming ved forandringer av blodtrykket (Guntrip, 1953, s. 86). Derfor vil det i enkelte av pasientjournaler eller protokoller være beskrevet hudfargen til pasienten, men også for at dette er standard prosedyre i den somatiske undersøkelse.

7.7 Pasienter innlagt ved Rønvik asyl i år 1924

Rønvik hadde til sammen 391 behandlede pasienter oppført i «Sinnssykeasylenes Virksomhet 1924». 341 pasienter var tilbakeliggende og 50 innkommet i 1924. 11 var i tilstanden «helbredet» og 12 i tilstand «bedret» (Overlægen for sinnssykevesenet, 1925, s. 6). 20 pasienter i tilstanden «uhelbredet» og syv pasienter døde dette året. Tilsammen var antall tilbakeliggende ved utgangen av 1924 341 pasienter (Overlægen for sinnssykevesenet, 1925, s. 7). Ved dette året var fortsatt dementia den mest benyttede diagnosen over behandlede pasienter med 163 menn og 128 kvinner. Tre kvinner var behandlet med diagnosen Insania

hysterica (Overlægen for sinnssykevesenet, 1925, s. 8). Disse kvinnene er tatt med i undersøkelsen for år 1924. Av symptomer som kan antyde hysteri er følgende registrert ved disse tre kvinnene: hallusinasjon, anfall, kramper, krampeanfall, nervøs, engstelighet. Av behandlinger utført er det registrert isolasjon, elektrisk behandling (utført i Amerika) og arbeidsterapi. Ingen medisinerer registrert.

Pasient 9

Pasient 9 er en kvinne, alder 52. Har tidligere arbeidet som tjenestepike og er ugift. Har tidligere vært innlagt 8. november 1912 til 27. mars 1914, fra 5. januar til 29. juli i 1915 og 14. februar til 20. september i 1921. Protokollen fra 1924 er for hennes fjerde innleggelse fra 6. januar 1923 - 24. juli 1924. Under sykdommens varighet før opphold er det registrert "flere år" noe som antyder at tidligere innleggelse har vært knyttet til hennes diagnose med Insania hysterica. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: hallusinasjon og anfall. Hun skal tidligere ha hatt 3 anfall. Under sykdommens sannsynlige årsak er det bare anført et spørsmåltegn trolig fordi det ikke er funnet noen sammenheng til diagnosen. Tremeningen er oppført med løpenummer under tilfelle av sinnssykdom i familie og må av den grunn vært pasient ved asylet tidligere. Ingen selvmord eller forbrytelser i familie er nevnt. Pasienten er både inn-rekvirert og ut-rekvirert av sønnen og tilstand ved utskrivelse er betegnet som helbredet.

I protokollen er pasient beskrevet med et jevnt og naturlig humør, men med perioder hvor hun "kommer tilbake til de gamle klager" trolig knyttet til erfaring fra tidligere innleggelse. Pasienten er beskrevet som flittig i sitt arbeid noe som igjen er nevnt i siste notat hvor legen har notert seg at hun er dyktig til forfallende arbeid. Siste notat er fra utskrivelse 24. juli 1924 hvor legen noterer at hun i de siste måneder har vært naturlig av vesen og i jevnt godt humør. Pasienten blir utskrevet helbredet og reiser denne dag hjem med sin sønn. Vedlagt i protokollen ligger et telegram fra pasients mor hvor mor uttrykker ønske om at datter reiser hjem datert 30.6.1924, ca. én måned før utskrivelsesdato. Den første legeopplysning fra 30. oktober 1912 er ført på alle punkt, mens de to siste henviser til denne første førte opplysning. Av forhold i overgangsårene og som voksen er det notert at pasient har hatt alminnelige gode livsvilkår, ingen sorger eller motgang. Aktiv legemlig og sjelelig frisk. Ikke noe å bemerke angående drikkfeldighet.

Av tidligere sykdommer er pneumoni(lungebetennelse) ført, forøvrig frisk til i 1912. Pasient skal i januar 1912 vært hallusinert for hørsel, hører stemmer som taler til henne. Hallusinasjon for syn er ikke observert. Motilitet og sensibilitet i orden. Fysikalske forhold i orden. Krefter bemerket som ganske gode og reflekser i orden. Legeopplysninger fra 1. mars 1922 henviser til tidligere erklæringer. Under når og hvilken måte sykdom startet er det notert at pasient selv, i desember, følte at noe var galt med henne. Siden da har hun vært søvnløs, hatt syns- og hørsels hallusinasjoner, selvmordstanker. Pasient skal ved denne innleggelse selv ønsket å bli innlagt ved asyl. Det er også notert at pasientens tilstand er nøyaktig slik den var forrige gang hun ble innlagt ved Rønvik. Grunnen til asylinnleggelse er ført som «suicidiumtanker». Legeopplysning fra 15. januar 1921 anviser til tidligere opplysninger. Av årsak til nåværende sykdom er det notert at pasient selv mente at årsaken var overanstrengelse ved julebaking. Under når og på hvilken måte sykdom begynte er det ført syns- og hørselshallusinasjoner, dårlig søvn, til dels selvmordstanker, avtakende appetitt. Pasient ønsker selv å bli innlagt ved Rønvik da hun av tidligere erfaring vet at hun kan bli frisk her. Ingen medisin registrert på pasient eller antydning til behandling.

Pasient 10

Pasient 10 er en kvinne, alder 41. Kvinnen skal før innleggelse ha arbeidet som tjenestepike og er oppført som ugift. Hun har tidligere vært innlagt 8.august, 1912 til 14. august 1914, august 1914 til november 1918 ved et annet asyl og ved tredje innleggelse 10.november 1918 til 11.mai 1924. Av symptomer beskrevet som kan tyde på hysteri er følgende notert: kramper, krampeanfoll, nervøs, engstelig. Under sykdommens varighet før opphold er det oppført "flere år". Sykdommens sannsynlige årsak er antatt å være arv. Under tilfelle av sinnssykdom er søster og søskenbarn oppført, søskenbarnet som er nevnt skal ha begått selvmord. Under selvmord og forbrytelse i familien er det oppført suicidium (selvmord) trolig knyttet til søskenbarnet. Tilstand ved utskrivelse er oppført som død.

Fra bestyreren av Møllendals asyl er det meddelt at samtlige papirer vedkommende pasienten ble medsendt ledsagerne ved hennes avreise. Om hennes tilstand under oppholdet ved Møllendal er hun beskrevet som rolig og har bare i perioder vært isolert, ikke på grunn av voldsomhet eller uro men som disiplinær straff da hun forårsaket uro på avdelingen på grunn av stygt språkbruk. Fra journal-ekstrakt ved tidligere innleggelse ved Rønvik, 8 november 1912, er det den 6.5.1914 notert at pasient har vært isolert på isolasjon, avdeling D. Til vanlig

skal hun hatt opphold ved avdeling C. Den 13.8.1914 ble hun flyttet igjen på isolat, her under avdeling C, tilsynelatende på grunn av oppførsel og språkbruk.

Fra distriktslegen er det gitt opplysninger om pasienten. Hun er født frisk. Foreldrene ubeslektet. Hun er født utenfor ekteskap og er ugift. Skal som barn lidd av hjertesyke i 8 års alderen. Som barn har hun lidd av kramper. Hun har hatt gode evner. Lider ikke av hallusinasjoner. Fra amtslegen i Nordland under et annet løpenummer er det lagt ved en erklæring angående pasienten. Denne omfatter opplysninger fra de ulike institusjonene pasienten tidligere har vært innenfor. Hun skal tidligere hatt anfall. Det første anfallet skal hun hatt på en kafé, hun var ikke bevisstløs men skal ha utstøtt voldsomme hyl. Hun skal selv ha forklart at disse anfall skjer når noe går henne imot. Var i en periode i Amerika i tjeneste, men ble innlagt på hospital da hun under opphold krampeanfall. Der ble det satt en elektrisk (...) i ørene på henne. I en situasjon med en konflikt med far skal hun ha fått krampeanfall. Hun skal ved rolige perioder hatt god dømmekraft, men ved uroperioder derimot oppfattet hun all ting forkjørt. Hun er beskrevet som mye nervøs, enhver støy skal ha gjort et unormalt inntrykk på henne. Hun kommer rolig og villig inn på sykehuset, forteller med nøyaktighet og korrekt om begivenheter i sitt liv. Hun forteller selv at hun ofte har blitt mishandlet hos de folk hun har vært anbragt hos. Hun forteller amtslegen at hun er blitt dratt i håret og slått i ansiktet så hun har vært syk i mange dager etterpå. Hun har ofte hodepine, blør da ofte neseblod. Somatisk undersøkelse beskriver pasienten som i godt hold med gode patellarreflekser. Det ligger flere brev fra forskjellige instanser som vedlegg til denne journalen. Ingen medisin registrert. Av behandling er isolasjon benyttet og den elektriske behandlingen som ble utført i Amerika.

Pasient 11

Pasient 11 er en kvinne født i 1861, stilling/levevei oppgitt som gårdbrukers enke. Har tidligere vært innlagt ved Rønvik asyl fra 1.mars 1920 til 29.august 1920. Innkom ved denne innleggelse 6. november 1924. Sykdommens varighet før opphold er antatt å være 2 til 3 år. Pasienten har hatt ett anfall før innleggelsen. Av sinnssykdom i familie er mor og barn oppført som sinnssyke og søster nervøs. Pasienten er innlagt av datteren. Diagnose er satt som insania hysterica. Av symptomer er nervøsitet notert. Det første notatet i protokollen, 6.november, beskriver forholdene hjemme, før asyloppholdet etter den forrige innleggelsen i 1920. Hun skal i 1920 vært innlagt et halvt års tid under diagnosen insania hysterica og ble utskrevet i

bedring. Etter hjemkomsten skal pasient ha vært i en kort tid bedre hvor hun senere var falt tilbake til samme tilstand. Det er beskrevet forhold mellom pasienten og hennes to voksne døtre og de nye eierne av gården deres. Forholdet mellom døtrene skal ha blitt vanskelig og de skal ha reist fra henne da de begge ble syke av overanstrengelse.

Det skal være tilfeller hvor pasienten har gått inn hos de nye eierne av gården og hentet gjenstander. Datteren skal ha funnet pasientens stue fylt med skrot, gamle esker, bokser og ulike gjenstander. Det er de øvrige forhold som skal ha vært avgjørende for hvorfor datter valgte å legge henne inn på asyl. Da pasienten fikk vite om datterens avgjørelse skal hun ha besvimt, men ikke slått seg i fallet. Av legen er hun beskrevet å være rolig, snakker fornuftig og hennes oppfatning og hennes erindringsevne skal være i orden. Hun skal selv ha uttalt at hun ikke er sinnssyk men er nervøs. Pasientens dømmekraft, hennes oppfatning og oppfatningsevne er notert som god. Hennes sinnsstemning er beskrevet som rolig, behersket og tilsynelatende tilstede. Ingen tvangsforestillinger eller sansebedrag. Hennes arbeidslyst er bemerket som god. Av notater om pasientens helse ellers er det notert at hun er 162 m høy og veier 52,5 kilo. Utseendet er bemerket som friskt. Intet unormalt er oppdaget ved undersøkelse av lunger, hjerte og underliv. Pupiller reagerer normalt, patellarreflekser tilstede, urin uklar med rikelig bunnfall. I legeopplysninger er det av slektsforhold nevnt at bror er sinnssyk, mor er sinnssyk og søster er nervøs. Som barn er pasienten notert å vært frisk, født i ekteskap. Av behandling er det notert i protokoll at det ikke er noe i veien med pasientens arbeidslyst noe som antyder at arbeidsterapi er blitt benyttet. Ingen medisin registrert.

Pasient 11s journal og protokoll er den som inneholder minst symptomer knyttet til hysteri. Av legens beskrivelse av pasienten er det tilsynelatende ikke noe som skal tyde på at pasient er syk annet en familiens beskrivelse, arv og pasients egen uttalelse om at hun er nervøs. Det kan selvfølgelig være informasjon som ikke er gitt i pasientens protokoll og journal som tilsier at diagnosen er satt på rette vilkår. I pasients legeopplysninger er en besvimelse, tuberkulose påvist, en hjertefeil notert som tidligere sykdom. I notat til overlegen ved Rønvik asyl fra distriktslegen ved pasientens bosted formidler han et ønske om å søke plass på asylet for den sinnssyke (pasients navn) som har vært innlagt på asylet i 1919. Han bemerker at hennes tilstand har vært den samme som ved innleggelse og at hun fremdeles plager livet til sine nærmeste. Grunnen til asylinnleggelse i 1924 er ført som: *«Hun er meget plagsom mot folkene på gården. Kvindene greier ikke å pleie henne og manden skal reise bort»*.

Pasient 9 og 11s protokoller viser antydning til å ha deltatt i noe form for arbeid ved asylet, noe som tyder på arbeidsterapi, som ble brukt som en form for behandling ved Rønvik asyl. Dette ser man også hos Pasient 1 i det første årskullet, 1902, som skal ha arbeidet på systuen, passet fjøsmannens barn og deltatt i fjøsarbeidet. Arbeidsterapi som behandling av sinnssyke ble tidlig benyttet og Herman Wedel Major la vekt på dette under oppbyggingen av Gaustad asyl. I følge Major skulle denne type behandling med arbeid med jord og dyr hatt en helbredende virkning (Fygle, 2002, s. 57). Ved Rønvik var det medisinaldirektør Michael Holmboe som sørget for at det ble satset på gårdsbruk under planleggingen av asylet. Ikke bare på grunn av den helbredende virkningen det skulle føre til men også fordi det var ønsket at asylet skulle være mest mulig selvforsynt (Fygle, 2002, s. 58). Denne helbredelsen gjennom arbeid også kalt ergoterapien skulle gjennom arbeid redusere de sykelige tankene til de sinnssyke og kanalisere denne energien til sunne tanker. Mange leger mente dessuten at latskap hadde koblinger til sinnssykdom og gjennom gode vaner og sunn livsstil skulle man kunne endre sinnet til pasientene (Hermundstad, 1999, s. 37). Dette forekom ikke bare i gårdsarbeid, slik som ved Rønvik, men også arbeidsstuer ble innredet for å kunne drive med skomakerarbeid, tresløyd og lignende for menn, mens kvinner fikk arbeide med håndarbeid. Jordbruks- og hagearbeid som ble praktisert ved Rønvik skulle være ansett som spesielt helbredende hvor den fysiske treningen og naturlige omgivelser skulle virke beroligende for de sinnssyke (Hermundstad, 1999, s. 38).

Pasient 10 er den eneste pasientprotokoll og journal som er undersøkt som nevner noe om elektrisk behandling til tross for at denne ble utført i utlandet. Det kan derimot ikke fastslås at dette ble benyttet i forbindelse med hysteri da diagnosen, ut i fra de dokumenter som er vedlagt i journalen, tilsynelatende ikke ble gitt før asylinnleggelsen ved Rønvik. Elektrosjokk ble praktisert ved Rønvik Asyl i 1940-1950 og cardiazolsjokk i 1930-1940 årene noe som tyder på at elektrisk behandling ikke ble benyttet på Rønvik i tiden de undersøkte pasientene var innlagt (Fygle, 2002, ss. 141-142). Det er heller ikke inntrykk ut i fra de journaler og protokoller som er behandlet at slike metoder ble benyttet. Fra 1850 benyttet både europeiske og amerikanske sinnssykeasyl seg av galvanisasjon for å behandle hysteri, menstruasjonsmerter, depresjon og psykoser (Batuman, 2015). I sammenheng med de tilstander som ble benyttet slike behandlingsmetoder, i tillegg til at dette ble gjort etter et krampeanfall, kan dette derimot trolig være utført i forbindelse med hysteri.

Nervøsitet er en av symptomene som går igjen i undersøkelsen av årskullene. Ettersom hysteri

er betegnet som en nervøs sykdom er nervøsitet i seg selv vanlig hos hysterikere. Derimot kan det også tyde på en kategori innenfor hysteridiagnosen, en type hysteri som ikke alltid blir beskrevet i litteraturen, angsthysteri som ofte blir knyttet til fobier. Denne type hysteri kjennetegnes ved at hysterikeren har en fobi(frykt) mot blant annet nåler, sykdommer, støv, andre mennesker men også frykten for å bli engstelig i seg selv. Denne typen hysteri hevdes å ubehandlet over lengre tid føre til tvangsimpulser som er den andre typen hysteri kalt tvangshysteri som er antatt å være av sjeldnere art (Strømme, 1925, ss. 23-24).

8. Konklusjon

Utgangspunktet i oppgaven var hysteri som diagnose i Norge, de norske asylene og behandlinger av *Insania Hysterica* i tillegg til hysteriens historie som sinnssykdom og endringen i betegnelsen. Det vitenskapelige objektet som er studert i oppgaven er hysteri innenfor perioden diagnosen anvendes i Norge. Til oppgaven ble Rønvik asyl valgt som casestudie. I denne studien skulle det undersøkes nærmere om de behandlingsmetoder og symptomer på hysteri som gjør seg gjeldende i nasjonal og internasjonal litteratur kom til syne hos pasientene ved asylet. Til undersøkelsen av studien ble primære kilder, pasientprotokoller og journaler, fra arkivet ved Rønvik benyttet. I forkant av undersøkelsen ble det gitt tillatelse til innsyn i 15 av pasientjournalene. Under undersøkelsen av kildene ble dette antallet begrenset til 11 journaler da noen av pasientenes protokoller ikke ga grunnlag for videre analysering og journaler ikke kunne oppsøkes i arkivet. Det ble i starten av oppgaven utformet tre problemstillinger som hadde som formål å undersøke historikken til hysteridiagnosen, behandlingsmetodene av denne og hvorvidt disse ville finne sted i undersøkelsen av Rønvik asyl, kriterier til diagnostisering og funn av hysteriske symptomer hos Rønviks pasienter. Disse vil her bli besvart i tillegg til en oppsummering av funnene i analysen av journaler og protokoller.

Den historiske utviklingen av hysteritermen

I starten av oppgaven formulerte jeg en problemstilling som hadde som hensikt å finne ut hvorfor diagnosen *Insania hysterica* ble fjernet fra oversikt over sinnslidelser ved norske sinnssykehus og hva som skjedde med hysteridiagnosen etter dette. I undersøkelsen av hysteri som diagnose fant jeg ut at *Insania hysterica* forsvinner over skjema over diagnoser ved

norske sinnssykeasyl i 1926 da blir det gjort en revisjon av diagnosene i oversikt over sykdomsformer. Denne diagnosen går etter dette året inn under samlegruppen *Insania ex constitutione*. Etter dette blir betegnelsen hysteri endret til konverteringsreaksjon i DSM fra 1952. I DSM 1968 blir termen erstattet med hysterisk nevrose. I 1987 endres hysteri fra en nevrose til en konversjonsforstyrrelse og er ved dette år den siste gang hysteri er nevnt i innholdsoversikten. I dag er ikke hysteri en diagnose men symptomene på den går inn under andre diagnoser som posttraumatisk stressforstyrrelse og psykosomatiske lidelser.

Behandlingsmetoder som ble anvendt på pasienter med hysteri hos pasientene ved Rønvik asyl

I forkant av denne undersøkelsen var det forventet en mulighet for at journalene og protokollene inneholdt informasjon om de mer omstridte behandlingsmetodene som man ikke kunne finne forhold om i årsberetningene til de norske asylene. Undersøkelsen av behandlingsmetoder benyttet på hysteriske pasienter ved Rønvik asyl ga ikke et like rikelig resultat som forventet. Derimot er det gjort funn hvor hypnose har vært benyttet, isolasjon er brukt i flere tilfeller og arbeidsterapi har ved flere tilfeller vært anvendt. Isolasjon og arbeidsterapi er derimot ikke behandlinger spesifikt knyttet til hysteri, men ble anvendt som form for behandling ved sinnssykeasylene i Norge og ved Rønvik asyl. Elektroterapi er registrert i ett tilfelle hos én av pasientene til tross for at dette ble anvendt i utlandet. Kirurgiske behandlingsformer som Gunvald Hermunstad nevner i form av hysterektomi, ovotomi, salpingotomi og klitoriektomi er det ikke gjort funn av. Det er heller ikke antydning til noe form for bekkenmassasje slik som Bondevik beskriver som en terapeutisk behandling av hysteri. Den eneste funn av form for operasjon var trepanasjon. Dette ble gjennomført i forbindelse med forsøk på behandling av traumatisk hysteri. Resultatet viste at de fysiske symptomene knyttet til diagnosen opphørte men inngrepet resulterte ikke i endringer av de psykiske. Bruk av «langbad» som behandlingsmetode er det ikke gjort funn av til tross for at dette var en mye anvendt metode ved Rønvik. Medisinbruk sees mer anvendt i de to første årskullene 1902 og 1908. Dette er også noe som Fygle har bemerket i sine undersøkelser hvor det i de tidligste journaler og protokoller var et utstrakt bruk av beroligende preparater. Dette trenger derimot ikke å bekrefte at det var en mer utstrakt bruk av medisiner i disse årene, det kan og være et resultat av at medikamenter ble mer registrert i protokollene i den første tiden.

Kriteriene for å stille diagnosen og symptomer på hysteri hos pasientene ved Rønvik asyl

Den siste problemstillingen gikk ut på hvorvidt det var en form for kriterier som ble stilt før man diagnostiserte en pasient med hysteri. Denne problemstillingen stilte jeg da diagnosen er blitt kritisert for å være et medisinsk grunnlag som understøtter forestillingen om kvinnen som svak og ustabil. Dette i tillegg til dens populære tid i tiden hvor rollen til kvinnen i samfunnsbildet endret seg ble ansett for å være et maktmiddel for å undertrykke kvinnen. Slike forhold har derimot ikke kunne bli bevist i de pasientene som er behandlet fra Rønvik asyl i undersøkelsen. Det ville dessuten være svært vanskelig å påvise slike forhold da dette er vanskelig å trekke ut fra en enkel sykehistorie. Det har forøvrig vist seg at, til tross for at begrepet hysteri har en kvinnelig etymologi og er mest kjent for å være en kvinnesykdom, var et stort antall menn innlagt med denne diagnosen ved Norges sinnssykeasyl.

Angående kriteriene for å stille diagnosen viste resultatene av funn at bare én av pasientene hadde notat fra lege om spesifikke symptomer på hysteri. De øvrige pasientene hadde sin sykehistorie og bakgrunn ført inn i et standardisert skjema med ulike punkt hvor denne informasjonen skulle føres inn. De legeopplysninger som Rønvik opererte med ble benyttet uavhengig av form for diagnose. Av den grunn kan man konkludere med at bestemte kriterier for *Insania hysterica* ikke ble satt men heller satt på bakgrunn av en standardisert legeundersøkelse. De symptomene som er registrert i undersøkelsen av pasientene samsvarer i stor grad med symptomene som er knyttet til hysteriets sykdomsbildet i den samtidige litteraturen. Det har derimot vært vanskelig å se et helhetlig sykdomsbilde hos hver enkelt pasient. Dette er det bare gjort funn av i én pasients beskrivelse som ble knyttet direkte til hysteridiagnosen. De øvrige symptomer som er gjort funn av hos den enkelte pasient er ikke ført inn i en diagnostisering i forhold til hysteri. Symptomene er notert spredt utover pasientens protokoll og journal i ulike sammenhenger i legens observasjoner. Dette kan derimot ha sammenheng med den standardiserte legeundersøkelsen Rønvik asyl opererte med som ikke satte krav til en slik helhetlig beskrivelse av symptomene. Ettersom symptomene ikke er innenfor en konsistent dannelses av sykdomsbildet til hysteri har det heller ikke vært mulig å se klare forskjeller i endringen av sykdomsforståelsen hos disse pasientene.

Oppsummering

Til tross for det begrensede antallet journaler det ble gitt innsyn til ga dette derimot et representativt utvalg for å undersøke ulike behandlingsmetoder og symptomer hos pasientene. Dette har gitt interessante funn som la grunnlag for videre analysering hvor symptomer og behandling ble knyttet til samtidens perspektiv på hysteridiagnosen. Til tross for den spredte og lite konsistente bruken av symptomer på hysteri i journaler og protokoller har disse vært i samsvar med den internasjonale og nasjonale litteraturens beskrivelse av symptomene. En endring i sykdomsforståelse og praksis har ikke vist seg særlig i disse funnene da en helhetlig beskrivelse av sykdommen ikke blir gjengitt. Dette var trolig resultatet av den standardiserte innføringen av informasjonen om pasienten som ble benyttet i Norge og ved Rønvik. Selv om det resulterte i få funn av behandlingsformer har disse stemt med de øvrige behandlingene av hysteri og andre ukjente behandlingsmetoder har kommet til syne. Den historiske utviklingen av hysteritermen har vist hvordan hysteri endret seg i form av navn fra den greske antikken og til moderne tid. Den har vist at selv om diagnosen hysteri forsvant og ble tatt ut av bruk i løpet av første halvdel av 1900-tallet, finner man fortsatt symptomene inn under andre diagnoser i vår tid.

Litteraturliste

- Anderssen, J. E. (1950). *Håndbok i norsk sinnssykerett : lover, resolusjoner forskrifter m.v. vedk. sinnssyke : med henvisninger og kommentarer*. Oslo: Aschehoug.
- Antoni, N. (1949). *Våre Nerver*. Oslo: Gyldendal.
- Austad, A.-K., & Ødegård, Ø. (1956). *Gaustad sykehus gjennom hundre år* . Oslo: [s.n.].
- Batuman, E. (2015, April 6). Electrified - Adventures in transcranial direct-current stimulation. *The New Yorker*.
- Bøe, J. B. (1994). *Synd, sykdom og samfunn : linjer i sinnssykepleiens historie* . Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Bloch , G.-R., & Haslerud, J. T. (1999). *Dissosiative lidelser : sinnets reaksjon på ekstreme gjentatte påkjenninger*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
- Bondevik, H. (2007, Desember 13). La donna è mobile – om hysteridiagnosen i Norge på 1800-tallet. *Tidsskriftet den norske legeförening*.
- Brandt, K. (1928). *Lærebok for jordmødre*. Oslo: Aschehoug .
- Briggs, L. (2000, Juni). The Race of Hysteria: "Overcivilization" and the "Savage" Woman in Late Nineteenth-Century Obstetrics and Gynecology. *American Quarterly*, ss. 246-273.
- Broch, O. J. (1968). *Sykehistorien og den kliniske undersøkelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dedichen, H. A. (1898). *Paa begge sider af sindssygdommenes grænse : studier*. Kristiania: Det norske aktieforslag.
- Departementet for det indre. (1873). *Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1872*. Kristiania: Det steenske bogtrykkeri.
- Departementet for det indre. (1875). *Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i året 1874*. Christiania: Det Steenske Bogtrykkeri.
- Direktøren for det civile medicinalvæsen. (1879). *Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1878*. Christiania: Det Steenske Bogtrykkeri.
- Direktøren for det civile medicinalvæsen. (1884). *Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1883*. Christiania: H. Aschehoug & co.
- Ehlers, L. (2000). *Vondt i livet : kvinner og de nye sykdommene*. Lidingö: Klarskov & Jørgensen.
- Ericsson, K. (1974). *Den tvetydige omsorgen : sinnssykevesenets utvikling - et sosialpolitisk eksempel*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Eskeland, S. (1983). *Den psykiatriske pasient og loven : en innføring i lov om psykisk helsevern*. Oslo: Aschehoug.
- Fygle, S. (2002). *Marmor og menneskeskjebner - Rønvik sykehus i det 20. århundre*. Bodø: Nordlandssykehuset Bodø psykiatri.
- Greve, M. (1896). *Sygepleie, Sygediæter og Sygehuse : til Veiledning i det private og offentlige*. Kristiania: Aschehoug.
- Greve, M. (1904). *Veileder i sundhed og sygdom : en haandbog med alfabetisk ordnede artikler*. Kristiana: Cammermeyer.
- Guntrip, H. (1953). *Du og nervene dine : en enkel framstilling av nervøs sykdom, dens årsaker og dens behandling*. Oslo: Aschehoug.
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Ilstad, S. (1979). *Generell psykologi*. Trondheim: Tapir.
- Jervell, A. (1960). *Lærebok for sykepleiere. 3 : Sinnslidelser, sykepleie ved sinnslidelser, nervesykdommer*. Oslo: Fabritius.
- Johannisson, K. (1996). *Det mørke kontinentet : kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Oslo: Aventura.
- Kulbotten, G. (2014). På sporet av den tapte diagnose. *Tidsskrift for Norsk psykologforening Vol 51, nummer 9*, ss. 763-766.
- Leegaard, C. (1887). *Elektroterapi : en kort fremstilling for læger og studerende*. Kristiania: Aschehoug.
- Lund, C., Haraldsen, I., Lossius, M. I., Bjørnæs, H., Lossius, R., & Nakken, K. O. (2009, November 19). Psykogene ikke-epileptiske anfall. *Tidsskriftet Den norske legeforening*.
- Medicinaldirektøren. (1892). *Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1891*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Medicinaldirektøren. (1894). *Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1892*. Kristiania : H. Aschehoug & co.
- Medicinaldirektøren. (1895). *Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1893*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Medicinaldirektøren. (1903). *Oversigt over Sindssygeasylernes Virksomhed i aaret 1902*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Medicinaldirektøren. (1905). *Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1903*. Kristiania: H. Aschehoug & co.

- Medicinaldirektøren. (1909). *Sindssykeasylernes Virksomhet 1907*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Medicinaldirektøren. (1909). *Sindssykeasylernes Virksomhet 1908*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Medicinaldirektøren. (1914). *Sindssykeasylenes virksomhet 1912*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Medicinaldirektøren. (1915). *Sindssykeasylenes Virksomhet 1913*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Medicinaldirektøren. (1916). *Sindssykeasylenes Virksomhet 1914*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Medicinalstyrelsen. (1890). *Oversigt over sindssygeasylernes virksomhed i aaret 1889*. Christiania: H. Aschehoug & co.
- Medisinaldirektøren. (1923). *Sinnssykeasylenes virksomhet 1920*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Medisinaldirektøren. (1924). *sinnssykeasylenes virksomhet 1921*. Kristiania: H. Aschehoug & co.
- Norsk psykologforening . (2011). Tidsskrift for Norsk psykologforening =. 2011 Vol. 48 Nr. 4 : Journal of the Norwegian Psychological Association. *Norsk psykologforening* , ss. 354-364.
- North, C. S. (2015, November 6). The Classification of Hysteria and Related Disorders: Historical and Phenomenological Considerations . *Behavioral Sciences* , ss. 498-499.
- Overlægen for sinnssykevesenet. (1925). *Sinnssykeasylenes virksomhet 1924*. Oslo: H. Aschehoug & co.
- Overlægen for Sinnssykevesenet. (1927). *Sinnssykeasylenes virksomhet i 1925*. Oslo: H. Aschehoug & co.
- Rosenberg, C. E. (1992). *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge University Press.
- Rund, B. R. (1986). *Psykiatriske diagnoser : kategorier og kriterier ifølge DSM-III*. Oslo: American Psychiatric Association.
- Strømme, J. I. (1925). *Nervøsitet : fra sjelens lønnkammer*. Oslo: Gyldendal.
- Thoresen, B. (2009). Ugreie kvinner. *Psykisk helse*.
- Vogt, R. (1911). *Hysterisk sindssygdome*. Kristiania: Cammermeyer.
- Vogt, R. (1914). *Arvelighetslære og racehygiene*. Kristiania: Cammermeyer.

Wisnes, A., & Skard, E. (1962). *Vestens tenkere fra antikken til våre dager. 3 : Fra Marx til Sartre*. Oslo: Aschehoug.

Kilder

Pasientprotokoll for Rønvik asyl kvinner 1902

Pasientprotokoll for Rønvik asyl kvinner 1908

Pasientprotokoll for Rønvik asyl kvinner 1914

Pasientprotokoll for Rønvik asyl kvinner 1920

Pasientprotokoll for Rønvik asyl kvinner 1924

Nettkilder

Encyclopædia Britannica, i. (2018, Januar 2). *Encyclopaedia Britannica*. Hentet 27. april 2018 fra Chloral hydrate: <https://www.britannica.com/science/chloral-hydrate>

Fletcher, J. (2017, Desember 5). *Globus sensation: Causes of a lump in the throat*. Hentet 26. april 2018 fra Medical News Today: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/320245.php>

Larsen, Ø. (2018, februar 20). *Trepanasjon*. Hentet 12. mai 2018 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/trepanasjon>

Malt, U. (2018, Februar 2018). *Amentia*. Hentet 21. april 2018 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/amentia>

Malt, U. (2018, Februar 20). *DSM-systemet*. Hentet 2. mars 2018 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/DSM-systemet>

Malt, U. (2018, Februar 20). *fentiaziner*. Hentet 24. april 2018 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/fentiaziner>

Norsk Teknisk Museum. (2014, August 11). *Faradisasjonsapparat*. Hentet 26. januar 2018 fra Norsk Teknisk Museum: <https://digitaltmuseum.no/011024231562/faradisasjonsapparat>

Redaksjonen for NAOB – Det Norske Akademis ordbok. (u.d.). *galvanisere*. Hentet 26. januar 2018 fra Det Norske Akademis ordbok: <https://www.naob.no/ordbok/galvanisere>

Skålevåg, S. A., & Malt, U. (2018, Februar 20). *Hysteri*. Hentet 27. april 2018 fra Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/hysteri>