

# Spiseforstyrrelser i et historisk perspektiv

## Sammendrag

Spiseproblemer har vært kjent siden antikken, og er omtalt både i medisinske skrifter og i skjønnlitteraturen.

Askese som kulturell ytring er essensiell i spiseforstyrrelsens historie. De hellige anorektikere i høy middelalderen forsøkte å oppnå *åndelig* perfeksjon, mens dagens anorektikere ønsker å oppnå *kroppslig* perfeksjon.

Diagnosebetegnelsen «anorexia nervosa» ble først brukt av sir William W. Gull i 1874, mens den første som anvendte «bulimia nervosa» var Gerald Russell i England i 1979. Hilde Bruch og Mara Selvini Palazzoli satte i 1970-årene søkelyset på symptomer som streben etter en slank figur og det å ha et forstyrret kroppsbilde. Gjennombruddet for behandling, forskning og informasjon om bulimi kom rundt 1980, mye takket være Russells arbeider.

Spiseforstyrrelser er i dag et offentlig satsingsområde i Norge. Parolen er å styrke den faglige kompetansen i behandlingsinstitusjonene heller enn å bygge spesialiserte sentre og klinikker.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Einar Vedul-Kjelsås

[einar.vedul-kjelsas@medisin.ntnu.no](mailto:einar.vedul-kjelsas@medisin.ntnu.no)

### K. Gunnar Gøtestam

Institutt for nevromedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
7489 Trondheim

Spiseproblemer har vært kjent siden oldtiden – både i Hellas, Roma og Arabia. Avvikende atferd knyttet til mat og matinntak og brekning er ikke ensbetydende med forekomst av det vi i dag definerer som de psykiatriske tilstandene «spiseforstyrrelser».

Ikke desto mindre kan eldre beretninger gi oss interessante perspektiver på tidligere tiders holdninger og bevissthet knyttet til spiseatferd.

«Bulimia» kan utledes fra det greske «bous limos» (mye + sult), og ble allerede omtalt hos Plutark (ca. 45–ca. 125) (1). Mennesker kunne spise store mengder mat på kort tid, men også sulte seg. Bulimi medførte moralske sanksjoner, og tilstanden ble oppfattet som grådighet, redusert personlig kontroll, oppfatthet av det materielle snarere enn det åndelige. Noen anså bulimi som en genuin forstyrrelse i energiomsetningen.

En stor del av det egyptiske Ebers papyrus omhandler oppkast og brekning. Vi vet også fra Herodot (ca. 484–ca. 425 f.Kr.) at egypterne pleide å brette seg (2).

Hippokrates (460–377 f.Kr.) fra Hellas gav det rådet at man to påfølgende dager hver måned skulle brette seg. Romerne er blitt kjent for oppdagelsen at det var mulig å overspise og så lette seg med påfølgende brekning (2, 3). Den terapeutiske verdi av brekning ble videreført til arabiske medisiner, gjennom legen Avicenna (Abu Ali ibn-Sinâ, 980–1037) fra Samarkand (2).

### Fra hellig anoreksi til medisinsk lidelse

Blant kristne var spisevegring i middelalderen knyttet til åndelige verdier, moral og religionsutøvelse. Høy middelalderen er den perioden i vestlig kultur der kvinner i likhet med i dag i stort omfang benyttet askese og kontroll av appetitten som en vital kommunikasjon om seg selv og med seg selv (4).

Anorexia (gresk a + orexis, frihet fra materielle behov), eller «anorexia mirabilis – hellig anoreksi», ble forstått som et mirakuløst tap av appetitt, i kombinasjon med kristne asketiske idealer og filosofisk dualisme (5). Det var knyttet mye mystikk til disse kvinnelige «hellige anorektikerne», som ble sett på som helgener og heltinner. Men de kunne også bli beskyldt for hekseri og for å stå i ledtog med onde makter. Historikeren Rudolph M. Bell (6) har i sitt klassiske verk *Holy anorexia* tatt grundig for seg de italienske kvinnelige helgenene i den romersk-katolske kirken fra år 1200 og frem til våre dager. En av de mest kjente av disse kvinner var Caterina av Siena.

De hellige anorektikere forsøkte å oppnå *åndelig* perfeksjon, høyere moral og høyere religiøs standard (7). I dagens kliniske bilde kan vi se liknende former for overdrivelse av kulturelle verdier – viktigheten av å ha en

slank figur, *kroppslig* perfeksjon, kan bli forsterket og forstyrret av for eksempel moteindustrien og massemedier.

Et interessant aspekt ved anorexia nervosa er at tilstanden ser ut til å være relativt stabil over tid (og også på tvers av landegrenser) rent symptomatisk, samtidig som meningsdanning og motivasjon endrer seg betydelig. Den viktorianske anorektiker i den høyborgerlige familien på slutten av 1800-tallet skiller seg således fra den senere moderne anorektiker. Viktoriatiden var preget av romantikkens idealisering av ånd over kropp. Den bleke og svake var den som hadde en romantisk og spennende sjel.

I opplysningstiden ble fornuft og kunnskap satt i høysetet. Den religiøse spisevegringen fikk ikke den samme posisjon i samfunnet, helgenen ble pasient. Spisevegring ble gradvis en medisinsk lidelse, og legene ble opptatt av å finne nøyaktige beskrivelser av symptomer og diskuterte symptomenes relevans i forhold til diagnose og etiologi.

Estetiske idealer hos dagens kvinner representerer en risikofaktor for utvikling av spiseforstyrrelser. Vi har lite grunnlag for å knytte slike lidelser til estetiske idealer i ulike historiske faser og epoker. Imidlertid kan vi i kunsten opp gjennom tidene ane svingninger i idealbildet av kvinnen (fig 1).

### Diagnostikken tar form

Den første detaljerte beskrivelsen av det medisinske fenomenet anoreksi ble laget av Richard Morton i 1689 (8). Han kalte tilstanden phtisiologi (nervous consumption). Denne kunnskapen ble glemt i nesten 200 år, og så kom to samtidige beskrivelser fra legene E. Charles Lasègue i 1873 i Paris og sir William W. Gull i 1874 i London (1, 7). De beskrev følgende symptomer ved tilstanden: alvorlig vekttap, amenoré, obstipasjon og motorisk uro, men ingen organiske patologiske for-

### Hovedbudskap

- Forstyrret spiseatferd har eksistert siden antikken, mens den psykiatriske lidelsen spiseforstyrrelser er relativt ny
- Spisevegring er blitt assosiert med guddommelighet og åndelige verdier, men er i dag en medisinsk diagnose
- I Norge kom utviklingen av behandling av og forskning på spiseforstyrrelser i gang senere enn i Danmark og Sverige



**Figur 1** Barokkens kroppsideal – her representert ved Peter Paul Rubens' «De tre gratier». Foto Francis G. Mayer/CORBIS/SCANPIX

hold. Gull var den første som brukte diagnosebete­gnelsen anorexia nervosa.

Det er også verdt å nevne «anoreksiens glemte bidragsyter», Louis-Victor Marcé (1828–64), som i 1860, over ti år før Lasègue og Gull, beskrev en spesiell form for «hypokondrisk delirium» med spisevegring hos jenter i puberteten (9). Hans detaljerte kasuistikker levner liten tvil for dagens terapeutiske øyne – det var anorexia nervosa han beskrev. Gulls og Lasègues beskrivelser av anorexia nervosa har også flere fellestrekk med dagens tilstander, men meningsinnhold og motivasjon for selvsult skiller seg fra dagens sterke vektlegging av estetiske idealer.

Anorexia nervosa er blitt foreslått som en hjerneskade, en spesiell type hysteri eller depresjon og til og med schizofreni (10, 11). Pierre Janet (11) så på anorexia nervosa som en ren psykisk lidelse, og skilte mellom en obsessiv og en hysterisk form. Hans kasuistiske beskrivelse av anoreksi hos «Nadia», som også muligens hadde bulimi, er blitt klassisk (7). Det psykologiske aspektet ble imidlertid glemt da Morris Simmonds (10) fant lesjoner i hypofysen hos noen pasienter med anorexia nervosa, kalt «Simmonds' disease» eller «pituitary cachexi» (1).

Deretter, med innføringen av den psykosomatiske medisinen, ble de somatiske aspek­tene ved anorexia nervosa ikke bare vurdert

som «komplikasjoner», de inneholdt også viktige psykologiske elementer med særlig etiologisk relevans (12). Denne oppfatningen er dagens forskere og klinikere fortsatt influert av, og deler av denne tradisjonen har utviklet seg til familieteori og -terapi.

#### *Bulimia nervosa*

Den moderne bruken av «bulimia nervosa» tok form innenfor konteksten av anorexia nervosa. Fra tidlig på 1900-tallet finnes sporadiske rapporter om pasienter med tvangspreget overspising og påfølgende oppkast, men disse symptomene ble vurdert som en nevrotisk variant av spisemønsteret hos anorektiske pasienter. Den sveitsiske psykiateren Ludwig Binswanger publiserte en berømt kasuistikk i 1944 hvor Ellen Wests streben etter en slank figur og hennes kamp mot bulimien er beskrevet (13). I 1970-årene ble et mønster av symptomer identifisert. Symptombildet skilte seg fra det ved anorexia nervosa og fedme. Klinikere kunne rapportere om kvinner som drev med overspising og selv­fremkalt oppkast, misbruk av laksativer og konstant slanking. Det kom flere navneforslag på dette fenomenet, som «dysorexia», «bulimarexia» og «dietary chaos syndrome» (1). Den første som brukte begrepet bulimia nervosa var Gerald Russell i England (14).

### Behandling og symptombeskrivelse

Mortons pasienter ble behandlet med «farmakoterapi» og landlig luft. Marcé (9) hevdet det var essensielt med nye omgivelser, og han trodde også på tvangsføring om nødvendig. Lasègue var blant optimistene når det gjaldt prognose, og hadde selv ingen pasienter som døde. Han trodde på verdien av å få kontroll over pasienten etter en periode med forsiktig, oppmerksom venting. Gull anbefalte hvile, varme og regelmessig matservering for å motvirke pasientens anoreksi. Senere i 1900-årene ble tvangsføring mye brukt. Simmonds' arbeider førte til en kortere periode med fokus på hypofysens rolle, før terapien dreide mot det psykologiske igjen. Ryle (15) anbefalte tilpasset diett og gradvis og følsom tilbakejustering av de mentale forstyrrelsene. Han hevdet at fremskrittene i praktisk medisin, både fysisk og psykologisk, lå i tidlig diagnose og rasjonell forebyggende behandling.

I perioden 1950–60 var vestlig psykiatri sterkt influert av psykoanalytisk tenkning, som sørget for en dyp forståelse for pasienten, men relativt få praktiske råd for behandling. Vi kan se spor av dette i dagens beskrivelser av anorexia nervosa, selv om det ikke var spesielt stor interesse for denne lidelsen.

Dette endret seg dramatisk etter 1960, da Hilde Bruch (1904–84) og Mara Selvini Palazzoli satte søkelyset på symptomer som streben etter en slank figur og forstyrret kropps­bilde. Disse to kvinnene er spiseforstyrrelsens nyere psykodynamiske pionerer. De introduserte mer følsomme og pragmatiske holdninger til terapi og behandling. Gjennombruddet for behandling, forskning og informasjon om bulimi kom rundt 1980, ikke minst takket være Russells arbeider (14).

Mange av forfatterne på 1800- og 1900-tallet diskuterte behandling, og de baserte seg på relativt store pasientmaterialer. Noen foretrakk et strengt og autoritært behandlingsregime, hvor sannsynligheten for dårlig prognose og uheldig utfall ble vektlagt. Andre hadde mer liberale holdninger. En forventet følge av disse forskjellene i synet på behandling kunne være utvalgseffekter, for eksempel ulikheter i hvordan de rekrutterte sine pasienter. Imidlertid laget de relativt overensstemmende og nøyaktige symptombeskrivelser, som stemmer godt overens med dagens observasjoner. Ikke desto mindre er vi i dag uenige med datidens leger og psykiatere når det gjelder tap av appetitt som et kjernesymptom (12).

Flere særegne symptomer er etter hvert blitt navngitt, som for eksempel «tvangsspising», «multiimpulsiv bulimi» og «treningsavhengighet». Slike betegnelser er blitt foreslått og tolket på svært forskjellige måter: Som mulige nye genuine lidelser (16), som særegne trekk ved anorexia nervosa og bulimia nervosa eller som forstyrrende elementer i forståelsen av de to lidelsene (17, 18).

## Spiseforstyrrelser i Norge

Helt siden anorexia nervosa og bulimia nervosa ble akseptert som medisinske lidelser, har de vært gjenstand for klinisk fascinasjon og vitenskapelig interesse i flere land. Søk gjennom medisinsk litteratur i det 19. århundre viser at de to lidelsene er diskutert i franske, britiske, amerikanske, australske, nederlandske, spanske, italienske, estiske, belgiske, kanadiske og brasilianske tidsskrifter (7, 12, 19). Tidlige kasuistikker fra Danmark og Sverige er også presentert (19).

I norsk medisinsk litteratur finner vi til sammenlikning kun noen korte sammendrag fra internasjonale tidsskrifter om anorexia nervosa og bulimia nervosa fra denne tiden. Den labre interessen skyldtes nok til dels et lavt antall tilfeller av lidelsene. Det norske samfunnet var fattig og isolert, og svært få kom i kontakt med kontinentale holdninger knyttet til for eksempel kvinnelig skjønnhet og fokus på en slank figur (12).

En annen forklaring kan være motstand mot å endre tradisjonelle holdninger og overbevisninger til mentale lidelsers klassifisering og etiologi (12). Symptomer på forstyrret spiseatferd ble tolket og studert innenfor datidens referanserammer. Således ble spiseforstyrrelsens historie i Norge innledet med et fåtall tidlige kasuistikker av symptomer på spiseproblemer i medisinsk litteratur sent på 1800-tallet. Inspirert av tysk medisinske skraver Vetlesen i 1886 om lidelsen «nervøs dyspepsi» i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* (20). Han beskrev blant annet en 40 år gammel kvinne med magesmerter, fordøyelsesproblemer og selvforkalte brekninger relatert til «sterke mentale inntrykk». Pasienten følte seg lettet etter å ha kastet opp, noe som ble en nokså lystbetont atferd. I forkant av dette var det faser med appetittsvingninger og spisevegring. Prognosen ble vurdert til å være dårlig, og behandlingen bestod av «moralisk press i forhold til matinntak», «tiltak for å roe ned nervesystemet» samt bedring av pasientens allmenntilstand. Kvinnen ble ikke tvunget til å spise, og bruk av medisiner ble frarådet (21).

Selmer (22) beskrev to unge jenter med «hysteria» i et tysk tidsskrift. Uten å referere til det selv hadde hans første pasient et sykdomsbilde med mange likhetstrekk med anorexia nervosa, mens den andre i stor grad fremstår som en normalvektig bulimisk pasient (23). Mye tyder på at spiseforstyrrelser var mer eller mindre ukjent for den norske legestand frem til midten av 1900-tallet (24). Det første empiriske arbeidet ble presentert i 1951 (25). Studien beskriver utfallet hos et begrenset antall anoreksipasienter, og anorexia nervosa er definert som en særegen variant av «hysterisk nevrose».

Vitenskapelige studier på utfall og prognose har eksistert i norsk psykiatrisk historie for flere grupper av psykiske lidelser siden 1950-årene (26, 27). Det var imidlertid ikke før i 1980-årene at utfall og prognose

for spiseforstyrrelser ble et tema av særlig interesse for vitenskapelig forskning (28, 29). I Danmark og Sverige samt i flere andre europeiske land er derimot relativt store studier omkring utfall og prognose blitt gjennomført siden tidlig i 1930-årene (12).

I perioden 1950–80 var fire norske leger særlig opptatt av spiseforstyrrelser, nemlig endokrinologene Hans H. Bassøe (1922–2004) ved Haukeland Universitetssykehus og Olav Trygstad ved Rikshospitalet (f. 1929), og psykiaterne Finn Askevold (1917–2003) ved Rikshospitalet og Marie Nævestad (f. 1913) ved Ullevål universitetssykehus. Bassøe og Askevold publiserte studier som fortsatt siteres (29, 30). Nævestad var inspirert av Hilde Bruchs arbeider, og publiserte en artikkel på norsk i 1969 om psykoterapien ved anorexia nervosa (31).

I løpet av 1980-årene ble spiseforstyrrelser kjent i vår kultur, og sykdommen er blitt mer og mer synlig. En effekt av økt offentlig og faglig interesse, klinisk kompetanse og internasjonal innflytelse er at flere pasienter kommer til behandling (21). Det er fortsatt behov for økt behandlingsskapasitet, bedre kliniske ferdigheter og bedre organisering av behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser. Det kliniske arbeidet er organisert i mange spredte enheter som hver og en utvikler sin egen behandlingsmodell, og de har relativt liten kontakt med hverandre (21). Godt dokumenterte behandlingsmetoder, som kognitiv terapi og interpersonlig psykoterapi, er sparsomt benyttet i norske behandlingssinstitusjoner (21).

Anorexia nervosa er gjerne knyttet til høy morbiditet, noe flere registerbaserte studier har vist. Imidlertid kan det være grunn til å stille spørsmål ved slike studiers metodologiske holdbarhet. En ny norsk studie basert på dødsårsaksregisteret og pasientregisteret har pekt på at tall fra registerstudier bør tolkes med varsomhet (32). Dette gjelder særskilt registerstudier som ikke er koblet til godt definerte kliniske utvalg.

I Norge har det vært et problem at den økende kliniske interessen ikke er blitt fulgt opp med tilsvarende forskningsvirksomhet. Samtidig har den offentlige koordineringen av behandlingen vært for svak (33). Helsemyndighetene har nylig bedt om et vitenskapelig basert estimat over det totale behovet for behandling (33). I de senere år er det blitt satt i verk tiltak for å utvikle en nasjonal modell for behandling av spiseforstyrrelser. Nøkkelen er å styrke den faglige kompetansen i behandlingssinstitusjonene, heller enn å bygge spesialiserte sentre og klinikker. Det vil i tillegg bli viktig fremover å diskutere ansvarsfordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### Litteratur

1. Vandereycken W. History of anorexia nervosa and bulimia nervosa. I: Fairburn CG, Brownell KD, red. Eating disorders and obesity – a comprehensive handbook. 2. utg. New York: Guilford, 2002: 151–5.

2. Nasser M. A prescription of vomiting: historical footnotes. *Int J Eating Disord* 1993; 13: 129–31.
3. Kjelsås E. Eating disorders and physical activity in non-clinical samples. Doktoravhandling. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2003.
4. Skårderud F. Nervøse spiseforstyrrelser. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
5. Rampling D. Ascetic ideals and anorexia nervosa. *J Psychiatr Res* 1985; 19: 89–94.
6. Bell RM. Holy anorexia. Chicago: The University of Chicago Press, 1989.
7. Vandereycken W, van Deth R. From fasting saints to anorexic girls – the history of self-starvation. London: Athlone, 1994.
8. Morton R. Phthisiologia, seu exercitationes de phthisi tribus libris comprehensae. London: S. Smith, 1689.
9. Marcé LV. On a form of hypochondriacal delirium occurring consecutive to dyspepsia, and characterised by refusal of food. *J Psych Med Ment Pathol* 1860; 13: 264–6.
10. Simmonds M. Ueber embolische Prozesse in der Hypophysis. *Arch Pathol Anatomy* 1914; 217: 226–39.
11. Janet P. Les obsessions et la psychasténie. Bd. 1. Section 5. L'obsession de la honte du corps. Paris: Germer Baillière, 1903.
12. Rosenvinge JH. Eating disorders in clinical and non-clinical samples. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1994.
13. Binswanger L. Der Fall Ellen West. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 1944–45; 53: 255–77.
14. Russell GFM. Bulimia nervosa an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9: 429–48.
15. Ryle JA. Anorexia nervosa. *Lancet* 1936; 2: 893–99.
16. Veale DMW. Exercise dependence. *Br J Addict* 1987; 82: 735–40.
17. Bruch H. Eating disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within. New York: Basic Books, 1973.
18. Selvini Palazzoli M. Self-starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. London: Chaucer, 1974.
19. Habermas T. Further evidence of early case descriptions of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 351–9.
20. Vetlesen U. Nervøs Dyspepsi (nervous dyspepsia). *Norsk Mag for Lægevidenskab* 1886; 47: 499–515.
21. Skårderud F, Rosenvinge JH. The history of eating disorders in Norway. *Eur Eat Disorders Rev* 2001; 9: 217–28.
22. Selmer A. To Tilfælde af Hysteri i Barnealderen. *Norsk Mag for Lægevidenskab* 1891; 52: 492–501.
23. Rosenvinge JH, Vandereycken W. Early descriptions of eating disorders in the Norwegian medical literature. *Acta Paedopsychiatr* 1994; 56: 279–81.
24. Braatøy T. Det nervøse sinn. Oslo: Universitetsforlaget, 1943.
25. Eitinger L. Anorexia nervosa. *Nord Med* 1951; 45: 915–8.
26. Astrup C, Fossum A, Holmboe R. A follow-up study of 270 patients with acute affective psychosis. Oslo: Universitetsforlaget, 1959.
27. Retterstøl N. Long term prognosis after attempted suicide. A personal follow-up examination. Oslo: Universitetsforlaget, 1970.
28. Askevold F. Anorexia nervosa. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1980.
29. Bassøe HH, Eskeland I. A prospective study of 133 patients with anorexia nervosa: treatment and outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1982; 65: 127–33.
30. Askevold F. Measuring body image. *Psychother Psychosom* 1975; 26: 71–7.
31. Nævestad M. Psykoterapien ved anorexia nervosa. *Nord Psykiatr Tidsskr* 1969; 23: 153–64.
32. Reas DL, Kjelsås E, Heggstad T et al. Characteristics of anorexia nervosa-related deaths in Norway (1992–2000): a descriptive register-based study. *Int J Eat Disord*; akseptert for publisering.
33. Gøtestam KG, Rosenvinge JH. Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres? Ressursbehov vurdert ut fra epidemiologiske funn. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.