

La donna è mobile – om hysteridiagnosen i Norge på 1800-tallet

Sammendrag

Siste halvdel av 1800-tallet omtales gjerne som hysteriets gullalder. Det skyldes at «hysteria» som diagnose ble forholdsvis hyppig anvendt og at det var økende oppmerksomhet omkring sykdommen blant en rekke fremtredende medisinerere, som Briquet, Charcot og Freud i Europa og eksempelvis Bull, Winge og Vogt i Norge.

Også i skjønnlitteraturen opptrer hysteri i tekster av norske forfattere som Ibsen, Bjørnson og Skram. Slik kan vi snakke om en utveksling mellom medisinen og kulturen og om hysteri som en kulturdiagnose som speiler sin tid.

Symptombildet var omfattende, og det kan spores flere ulike etiologiske modeller. Selv om hysteriet ikke knyttes eksklusivt til kvinnens kropp og psyke, konstrueres det i skjæringspunktet mellom vitenskapelige oppfatninger og forestillinger om kvinnelighet.

Opgitte interessekonflikter: Ingen

Hilde Bondevik

hilde.bondevik@skk.uio.no
Senter for kvinne- og kjønnsforskning
Postboks 1040 Blindern
0315 Oslo

Kvinner og kvinners vesen er opp gjennom historien ofte blitt knyttet til ustadighet. Hysteri er en diagnose som er blitt brukt til å fange opp og understøtte forestillingen om kvinnen som ustadig, som i tittelen på Verdis kjente arie *La donna è mobile*. Også i Norge har hysteriet sin historie, som her skal fortelles.

I 1890 uttaler medisinprofessor Ernst Lochmann (1820–91) følgende i en debatt om hysteridiagnosen i Det norske medisinske Selskab:

«I den moderne Literatur er Hysterien vel repræsenteret ved Nora og Leonarda. I «Fruen fra Havet» kan man studere Overgangen til Sindssygdøm. Denne Literatur er baade et Symptom paa Hysterien og en

Aarsag til den. Denne hele saakaldte Kvin-desagsbevægelse er i sin Grundkarakter hysterisk.

Det er paafaldende, hvorledes de hysteriske Kræmper nu er sjældnere end før; de explosive Former er afløst af den permanente Nervøsitet» (1).

Et år tidligere sier Edvard Bull (1845–1925) følgende i Norsk Kvindesagsforening: «Kunde jeg nu iaften yde et lidet Bidrag til at faa den Opfatning, at Hysteri er en kvindelig Kjønsygdøm, ud av Verden igjen, vilde mit Foredrag allerede derigjennem have gjort lidt Nytte» (2).

Bull forklarer nedgangen i forekomsten av hysteri med at kvinnens stilling i samfunnet har endret seg og at hennes åndsutvikling har gjennomgått en kolossal utvikling – «et Fremskridt i Frihed». Han knytter an til Ibsen og Ellida Wangel i *Fruen fra havet* og avslutter foredraget med følgende: «Kvinder bør ligesaavelsom Mænd opdrages til Frihed – Frihed under Ansvar».

Disse sitatene forteller at hysteri innenfor en norsk kontekst har vært en aktuell diagnose, en diagnose med en betydelig kulturell gjennomslagskraft i den perioden Henrik Ibsen og Bjørnstjerne Bjørnson var på det mest produktive. Dette var også en periode som kan karakteriseres som hysteriets gullalder i Norge så vel som i Europa for øvrig.

Sitatene forteller videre at det eksisterte ulike forståelser av hysteri i norsk fagmedisin og at medisinerne ikke fremsto som samstemte når det gjelder forholdet mellom hysteri, kvinnens marginaliserte posisjon og frigjøring. Men også innenfor alle kategoriene i den medisinske orden – symptomatologi, epidemiologi, etiologi, diagnostikk og behandling – finnes det ulike syn på hysteri blant norske medisinerere i perioden 1870–1915.

Hysteri som sykdomskategori og metafor

Hysteri er en av medisinenes eldste diagnoser og en av de mest kontroversielle sykdommer. Ifølge enkelte kommentatorer er hysteri også blant de mest mytebelagte sykdommene vi kjenner. Beskrivelser av noe som kan tolkes som «hysteria» finnes i egyptiske papyrusruller fra så langt tilbake som 1900 f.Kr. Gjennom denne lange tiden har den medisinske forståelsen av hysteri og den kulturelle betydningen av sykdommen vært gjenstand for utallige endringer og diskusjoner. Vi møter hysteri

i medisinen, i folketroen, i kunsten og i litteraturen så vel som i dagligtalen og moderne underholdningsindustri (3–6).

I dag opptrer ikke hysteri som en egen diagnostisk kategori, men ikke desto mindre har begrepet vært knyttet til mer eller mindre spesifiserte benevnelser, som somatiseringslidelse, konversjonsnevrose, dissosiativ lidelse, histrionisk personlighetsforstyrrelse (dramatiserende/teatralsk), emosjonell ustabilitet, kronisk tretthetssyndrom, fibromyalgi eller bare psykosomatiske symptomer.

Hysteri er også en sykdom og en tilstand som etymologisk og kulturelt er forbundet med kvinnen og den kvinnelige kroppen. Begrepet «hysteria» kommer fra det greske ordet for livmor, «hystera», og den hippokratiske forestillingen om en «vandrende livmor» er velkjent. Den lingvistiske forbindelsen mellom kvinne, livmor og hysteri har preget både den medisinske sykdomsforståelsen og kulturens metaforiske forestillingsunivers. På tross av stadige endringer i forståelsen av hysteri og sykdommens mange ulike symptomer og uttrykk samt registrerte mannlige tilfeller har forbindelsen mellom hysteriet og kvinnekroppen, ikke minst den kvinnelige seksualiteten, vært påfallende stabil.

Hysteri fremstår gjennom historien med andre ord som en kvinnesykdom. Kvinnen «er» potensielt hysterisk, liksom hysteri «er» kvinnelig. Mens hysteri har vært konstruert som en konstant kvinnelig sykdomskategori, har menns liknende symptombilder vært konstruert inn i mer skiftende diagnoser. Som tendens har de kjønnsspesifikke diagnosene vært hysteri/melankoli i renessansen, hysteri/hypokondri på 1600- og 1700-tallet, hysteri/nev-

Hovedbudskap

- Hysteria og insania hysterica var hyppig anvendte diagnoser i Norge i perioden 1870–1915
- Symptombildet var omfattende, etiologien skiftende, og både kvinner og menn ble rammet
- Samtidig som det var økende interesse for hysteri i norsk fagmedisin og stadig flere pasienter fikk diagnosen, ble hysteriet også iscenesatt i skjønnlitteraturen



Figur 1 André Brouillets berømte maleri «Une leçon clinique à la Salpêtrière» fra 1887 illustrerer Jean-Martin Charcots iscenesettelse av hysteri foran en rekke mer eller mindre kjente leger. Pasienten skal være den berømte «Blanche» Wittman. Foto Erich Lessing/All Over Press

rasteni på 1800-tallet, hysteri/granatsjokk under den første verdenskrig og hysteri/angstnevrose i psykoanalysen.

Hysteri inngår som del av både medisinens og kulturens konstruksjon av kvinnelighet og bidrar slik til å reproducere våre forestillinger om femininitet. Ikke i noen annen periode er dette mer påfallende enn i siste halvdel av 1800-tallet, da hysteri fremstår som en sentral kulturdiagnose og hysteriske symptomer utgjorde en stor utfordring for datidens medisin. Både i fagmedisinske og i skjønnlitterære tekster så vel som i statistiske oversikter fra asylers, nervesanatorier og kurbad finner vi materiale om hysteriske pasienter – pasienter som fremstilles med sin kvinnelighet og sin sjel i ordene. Hysteri fikk et nærmest epidemisk omfang og sysselsatte en rekke av Europas fremste leger – deriblant Jean-Martin Charcot (1825–93), Josef Breuer (1842–1925), Pierre Janet (1859–1947) og Sigmund Freud (1856–1939), som utformet psykoanalysen på basis av sine «hysteriske» pasienter (7, 8). Hysteriets moderne historie – eller «den nye Epoke i Hysteriens Historie» som Paul Winge (1857–1920) skriver (9) – kan sies å begynne i Paris omkring 1880 med Charcots spektakulære iscenesettelser med hysteriske pasienter ved La Sal-

pêtrière (fig 1). Dit strømmet leger (bl.a. Freud, Axel Munthe (1857–1949) og Knud Pontoppidan (1853–1916), intellektuelle og forfattere fra hele Europa (inkludert August Strindberg og Bjørnstjerne Bjørnson) for å overvære begivenhetene.

Hysteriets gullalder i Norge

Det som kan omtales som «hysteriets gullalder», utfolder seg fra omkring 1870 og noen tiår fremover, med 1880- og 90-årene som særlig viktige. Det vil si mot slutten av et århundre da medisinen spesialiseres, legenes makt og anseelse øker og den medisinske orden befester sin legitimitet og fungerer som en viktig premissleverandør i offentligheten. Men det var også en tid da hovedstrømninger som positivisme, darwinisme, sosialisme og en gryende feminisme var blant de viktigste, også i Norge, da det moderne gjennombruddet i norsk litteratur – dens «gullalder» – nesten sammenfaller med «hysteriets gullalder», og idéstrømninger som realisme, naturalisme og litt senere symbolisme utfolder seg og griper utover skjønnlitteraturen. Edvard Bull viser flere ganger til Ibsen og hans dramaskikkelser. Og Bjørnson refererer eksplisitt til fagmedisinske tekster av Charcot og Paul Richer (1849–1933) i sitt skuespill fra 1883

om den hysteriske Klara Sang i *Over Ævne I* (10, 11). Både Ibsen og Bjørnson kan sies å innskrive hysteriet som en litterær og ideologisk intensjon på samme tid som norske fagmedisinere diskuterer hysteri i en rekke ulike fora (12) (fig 2). Amalie Skram innfører på sin side hysteri som menneskelig erfaring i sine bøker (13). Både Ibsen, Bjørnson og Skram viser frem kvinnens situasjon og manglende utfoldelsesmuligheter innenfor det moderne borgerlige ekteskap. Slik utvides hysteriets etiologi til å inkludere kulturens kjønnskoder og samfunnets sosiale og patriarkalske strukturer som sykdomsfremkallende. I krysspunktet mellom medisin, sykdom, fiksjon og metafor vokser hysteriets ideologiske paradigme frem – et paradigme som utvider og konkurrerer med de fagmedisinske paradigmenene: det gynekologiske, det nevrologiske og det psykiatriske/psykologiske.

Parallelt med den økende fagmedisinske og skjønnlitterære interessen for hysteri ble det også innlagt pasienter med diagnosen i norske asylers. Som sykdomskategori ble «hysteria» innført i de statistiske oversiktene for norske asylers – *Sindssygeasylenes Virksomhet* – i 1882. I 1892 endres betegnelsen til «insania hysterica». I 1926 revideres den offisielle diagnoselisten, og

«insania hysterica» blir sammen med diagnosene «insania hypochondrica» og «insania degenerativa» erstattet med samlebetegnelsen «insania ex constitutione» (14). Antallet diagnostiserte tilfeller økte sakte fra 1882 og når en topp omkring århundreskiftet for deretter å synke utover på 1900-tallet. Konkret innebærer det eksempelvis for Gaustads del at 64 pasienter i årene 1898–99 er innskrevet med diagnosen «insania hysterica», i 1898 henholdsvis 48 kvinner (av 245 behandlede) og 16 menn (av 295 behandlede), i 1899 er tallene 53 kvinner (av 263 behandlede) og 11 menn (av 286 behandlede). På det meste er altså omkring 12 % av pasientene ved Gaustad innlagt med diagnosen «insania hysterica» (15). Det fremgår imidlertid av flere kilder at diagnosen også ble anvendt tidligere i andre sammenhenger. I det følgende vil jeg belyse hvordan norske medisinerer forsto hysteri i de siste tiårene av 1800-tallet.

Hysteri i norsk fagmedisin

I 1863 publiserte Michael Skjelderup d.y. (1834–1902) en omfattende artikkel om hysteri – *Hysteriens Pathologiske Forhold*. Omtrent ti år senere holdt Ludvig Anton Faye (1845–1916) sin selvvalgte prøveforelesning om hysteriforme tilstander hos barn. I 1881 er det duket for en heftig debatt om diagnosen i Det norske medicinske Selskab, en debatt som også viser at Charcot er omstridt blant medisinerne i Norge. Og i 1884 snakker Christopher Leegaard (1851–1921) om hysteri som sykdomsbegrep i sin pålagte prøveeksamen for doktorgraden i medisin. Dette danner opptakten til en økende interesse for hysteri blant norske medisinerer, og i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben* og *Tidsskrift for praktisk Medicin/Tidsskrift for Den norske lægeforsening* publiseres det stadig flere tekster om hysteri frem mot århundreskiftet.

Samlet sett illustrerer tekstene at norske medisinerer er kontinentalt orientert og at de seg imellom er uenige om utbredelsen av hysteri, hvem som rammes, alvorlighetsgraden, symptomenes ekthet, behandlingen, sykdommens avgrensning og etiologi. I møtereferatet fra 1881 er det eksempelvis uenighet om grensedragningen mellom hysteri og epilepsi samt om Charcots innflytelse og terapeutiske virke. Her refereres det til at Axel Lindboe (1846–1911) hadde fremvist to kvinnelige hysterio-epileptiske pasienter og fortalt om forløpet under behandling med gull, og at Berendt Vedeler (1836–1909) «stod aldeles vantro ligeoverfor de af Lindboe foreviste Kasus» (16). Det fremgår at Vedeler var overbevist om at Lindboes pasienter kun var tilfeller av simpelt hysteri og ikke hadde noe med epilepsi å gjøre. Forskjellen mellom et epileptisk og et hysterisk anfall kjennetegnes ved at pasienten er henholdsvis bevisstløs eller ved full bevissthet, ifølge Vedeler. Han vil ikke på noen måte anerkjenne «(...) Nyten

af det af Charcot nys indførte Navn Hystero-Epilepsi, det bragte (...) kun Forvirring». Han fortsetter: «Hysteriens indre Væsen er os fuldkommen ubekjendt, og vor Kundskab om Epilepsien staar paa samme svage Fødder, men alligevel skal man af disse to ubekjendte Størrelser lave en tredje ny bekjendt.» Her illustrerer psykiateren Lindboe en annen orientering enn gynekologen Vedeler, som avviser Lindboes diagnostikk (hystero-epilepsia) og terapi (med gull og trykk på ovariene). To ulike spesialiserte orienteringer som begge gjør seg gjeldende i de påfølgende diskusjonene kommer til syne: Den Charcot-inspirerte nevrologien og psykiatrien på den ene siden og den praksisorienterte gynekologien på den andre.

Symptomene

Hvordan arter så symptomene seg? Det første som slår en, er at hysteriets symptomatologi er omfattende, nesten overveldende, og at det avtegner seg en kombinert nevrologisk og psykologisk symptomatologi. Det skjer imidlertid en viss forskyvning – fra beskrivelser av tilstander som omfatter begge typer til at man etter hvert legger sterkere vekt på såkalte somatiske stigmata, for deretter gradvis å vektlegge psykiske symptomkomplekser. Det er således talende at Ragnar Vogt (1870–1943) i sin tekst om hysteri fra 1903 har viet hele ti av 35 sider til hysteriets symptomatologi. Noe tidligere skriver Christopher Leegaard at «vor Tids Begrep Hysteri er elastisk og vanskelig at begrense» (17). Han fastslår videre at det innenfor hysteriet forekommer «(...) de mangfoldigste nervøse Symptomer, saavel Irritations- som Depressionssymptomer fra den psykiske og fra den sensoriske og motoriske Sfære, saavel som ogsaa fra den vaso-motoriske og sekretoriske». Leegaard bemerker at nyere undersøkelser viser at symptomene opptrer med en viss regelmessighet. Men før dette hadde Michael Skjelderup d.y. fulgt Briquet og lagt vekt på følgende symptomer:

«Ensemblet af Phænomener vil i Regelen ikke lade Iagttageren i nogen Tvivl. Gemytets eiendommelige Følsomhed, Hyperæsthesierne, Globulus eller Oppression ere de Symptomer, som sjelden ville mangle og som ogsaa ere tilstrækkelige til at støtte Diagnosen, indtil tydeligere krampeagtige eller paralytiske Phænomener gjøre den utvivlsom» (18).

Noen tiår senere gjengis det en diskusjon om hysteri i *Forhandlinger i Det medicinske Selskab*, nå med en samstemt konklusjon om at somatiske stigmata må være påvist. Paul Winge uttaler seg om vekselingen i synet på symptomene: «Hysterien var en Sygdom, som frembød det mest protusagtige Billede, og naar Stigmata undtoges, var der jo den allerstørste Vexling i Symptomerne. Tidsaanden – de til enhver

Tid herskende Tankeretninger – havde den største Indflydelse paa denne Vexling» (19).

Charcots begrep om kroppslige stigmata representerer ett av vendepunktene som vitner om hvilken innflytelse han øvde på norske leger. Blant de somatiske stigmata som utover i 1880- og 90-årene inngår som viktige diagnostiske tegn er kramper, spasmer, lammelser, hudpartier med forminsket eller forhøyet følsomhet, brekninger, synsforstyrrelser, underlivsplager og generelt ubehag. Symptomer av mer psykisk art var bl.a. innsnevring av bevissthetsfeltet, hallusinasjoner, opprørhet, forvirring, uberegnelighet og lunefullhet, utagering, heftige sympatier og antipatier, egosentrisk orientering, svekket dømmekraft og dårlig selvkontroll. I sitt foredrag i Norsk Kvindesagsforening legger Edvard Bull vekt på at nervesystemet hos hysterikeren er preget av sykkelig forhøyet irritabilitet, og fordi inntrykkene ofte er sterke, er overgangen til vrangforestillinger og sinnsykdom ikke så stor. Bull mener at symptomene er «nær sagt er talløse», blant annet «Forandringer paa Sjælelivets Omraade, Forstyrrelser af Følelse, Forstyrrelser af Bevegelse, Forstyrrelser af Blodumløb, Afsondringer, hysteriske Anfald». Det sentrale også her er at sinnet, eller mer presist «Sjælelivets Omraade», nevnes først.

Skjelderups omfattende bilde med mange symptomer av både somatisk og psykisk art fra 1863 samt vektleggingen av somatiske stigmata senere har delvis vekket plassen for en interesse for det mentale og peker frem mot en tydeligere psykologisk forståelsesramme. Dette illustreres i Ragnar Vogts freudiansk inspirerte studie fra Gaustad asyl, *Hysterisk sindssygdum*, fra 1911. Her skiller Vogt mellom psykiske og somatiske symptomer, og det er betegnende at han først tar for seg de psykiske. Han skriver: «Man mis-kjender idet hele hysteriens væsen, dersom man lægger hovedvægten paa de legemlige stigmata. Fra et rent praktisk standpunkt kunde man med nogen føie sonde mellem tilfælder av hysteri med fremtrædende psykiatriske (psykiske) og andre med overveiende neurologiske (somatiske) symptomer» (20). Tydeligere kan ikke hysteriets vendepunkt i den norske faglitteratur beskrives. I 1903 berømmet Vogt Charcot for å ha gitt hysteriet en fast ramme ved å kreve at det kunne påvises somatiske stigmata (21). Nå, åtte år senere, betoner han vekselvirkningen mellom psykiatri og nevrologi. Vogt lister opp følgende under avsnittet *Psykiske symptomer*: «Bevisstheten kan være ...» «ophævet», «nedsat» eller «ensidig indsnævret», noe som ytrer seg i symptomer som «Suggerende forestillinger, Fantasiforestillinger, Forskjellen mellom forestilling og sansning viskes ut, Forestillingene driver paa impulsiv vis umiddelbart over i tale eller handling. Forestillingene taper mer eller mindre av den saklige orientering og opfattes til gjengjæld egocentrisk».

Epidemiologien

Er det bare kvinner som rammes av denne «proteusagtige» sykdommen? Både Briquet og senere Charcot og Freud forteller om en rekke mannlige hysterikere. Med unntak av Skjelderup fremgår det at norske medisinere mener hysteri kan ramme begge kjønn, og at også barn lider av hysteri. Vi kan med andre ord snakke om en «demokratisering», og det er påfallende at en rekke medisinere posisjonerer seg mot fortidens forståelse. Hysteri som en eksklusiv kvinnesykdom med utspring i livmoren betraktes nå som gammeldags og uvitenskapelig. Ikke desto mindre ligger det som et slags uuttalt premiss at et typisk hysteritilfelle er en kvinne. Det er interessant slik å konstatere en vedvarende uenighet om hysteriets epidemiologi, som også kan avleses som en uenighet om hva som særtegnen kvinner og menn. For kvinner rammes i langt større grad enn menn. Diskusjonene knyttes både til kvinnens særegne biologi og fysiologi, men også til mer kulturelle, sosiale og psykiske forhold. Slik diskuterer enkelte kvinnens situasjon og status, hennes manglende frihet og marginaliserte posisjon.

Etiologien

Årsakene til hysteriet er diagnosens mest omdiskuterte kategori. Sentralt står manglende organisk og fysiologisk lokalisering og hysteriets «ukjente væsen». I 1889 skriver Bull at hysteri tilhører de sykdomstilstander som alle har det til felles at:

«Anatomens Kniv og Mikroskopets Lindse ikke kunde paavise noget materielt Grundlag for dem i den menneskelige Organisme; man betegnede dem derfor i Motsætning til de materielle Sygdomme som funktionelle. Dette er jo imidlertid ikke andet end en Frase, bag hvilken den Sandhed skjuler sig, at disse Sykdomstilstandenes indre Væsen var, og for den Sags Skyld fremdeles er, – uopklaret» (2, s. 4).

Ikke desto mindre angis mange etiologiske faktorer, og de spenner fra arvelig disposisjon, degenerering og innsnevret bevissthetsfelt til masturbasjon, togulykker og opprivende opplevelser, sart nervesystem, traumer og simulering.

Hysteriet åpner for en rekke forklaringsmodeller, hvorav gynekologiske, nevrologiske og psykiatriske/psykologiske modeller delvis avløser hverandre. De fleste medisinene tilsluttet seg en variant av det vi kan kalle et nevrologisk paradigme. Som hovedtendens betraktes altså hysteri som en lidelse med utspring i nervesystemet, med årsaker av fysisk og psykisk art, og knyttet til arv så vel som til miljø. Betegnelser som «nervelidelse», «dynamisk nervelidelse», «funksjonell sykdom», «hjernenevrose» anvendes ofte. Slike betegnelser knyttes gjerne til at den patologiske anatomien ikke kunne påvise noen materiell forstyrrelse eller, som Skjelderup skriver: «Hysterien har egentlig ingen patologisk Anatomie,



Figur 2 Hedda Gabler. Ifølge Ibsens egne opptegnelser til dramaet ligger Heddas hysteri under alt hun gjør: «Brack forstår godt at det er det indelukkede hos H., hendes hysteri, som egentlig er det motiverende i hele hendes handlemåte.» (12, bd. 11, s. 510). Håkon Bleken: Overrekkelse av pistolen, 2006. © Håkon Bleken/BONO 2007. Foto © Egil Rein

forsaavidt det aldrig er muligt at demonstrere ved Sectionsbordet nogen anatomisk Forandring» (18, s. 489). Vi kjenner ikke «Sygdommens egentlige Væsen», fastslår Skjelderup. Det samme gjør Faye i sin prøveforelesning i 1875, samtidig som han betrakter arvelighet som betydelig etiologisk faktor (22). Utover i 1880-årene blir arv og degenerasjon en avgjørende etiologisk faktor, om ikke den mest avgjørende. Samtidig er koblingen hysteri-kvinne fremdeles påtakelig, idet nervesystemet og muskelsystemet henholdsvis femininiseres og maskuliniseres.

Et etiologisk vendepunkt kommer med Freud og psykoanalysen. Det innebærer at etter århundreskiftet knyttes hysteri til seksualitet, fortrenning og forsvar i mer grunnleggende forstand. Hysteriets årsaker får en ny ramme, årsakene situeres i psykiske rom der de tidligere fant sted i somatiske, gynekologiske, fysiologiske g nevro-

logiske rom. Sentralt står språkliggjøringen av hysteriet som psykoanalysen etablerer, med forståelsen av hva et traume betyr for utviklingen av hysteri.

I Ragnar Vogts tekst *Hysterisk sindsygd* fra 1911 diskuteres ikke hysteriets etiologiske forhold, hvilket vil si at mens symptomatologi og terapi behandles i egne underkapitler, avspeiles etiologiske forhold kun indirekte, slik at det fremtrer en slags psykologisk etiologi. Dette blir tydelig i gjennomgangen av Freud og Janet. Vekten legges på de psykiske prosessene og konfliktene, som antas å komme forut for det hysteriske sykdomsbildet, og psykisk konflikt, traumer og fortrenning blir etiologiske nøkkelbegreper.

Diagnostisering

Selv om hysteriet lenge fremsto som en gåte med en svært omfattende og fleksibel symptomatologi og etiologi, skal en dia-

gnose stilles. Men det er vanskelig å innholdsbestemme hysteri og definere begrepet. Felles er likevel at hysteri fremstår som symptomdiagnose, hovedsakelig med nevrologisk utspring. I en periode fremstår påvisning av somatiske stigmata (lammelser, kramper, spasmer, forhøyet eller forminket følsomhet på kroppsdeler osv.) som det sikreste diagnostiske verktøyet. Men både før og etter er det en rekke psykiske forhold som inngår i diagnostiseringen. Det er også påfallende at det gjennomgående er en spenning mellom hysteri som diagnose, atferdsbetegnelse og metafor, og at moralske standarder og verdiladet språkbruk utgjør et betydelig innslag i de diagnostiske omtalene. Sentralt står demarkasjonen til andre lidelser som epilepsi, nevrasteni, multippel sklerose og hypokondri. Slik beveger hysteriet seg rundt en uavklart og flytende kjerne.

Behandling

Michael Skjelderup konkluderer i 1863 med at fordi man ikke kjenner hysteriets «Væsen», eksisterer det intet «rationelt begrundet directe Middel mod den» (18, s. 831). Det sier seg selv at dersom man ikke kjenner en sykdoms grunnleggende trekk, er det vanskelig å foreskrive en behandling. Likevel skal hysteri behandles. Og behandlingen strekker seg fra de eldste og mest anvendte terapeutiske midlene i medisinen historie, som blodtapping og provoserte brekninger, til nyere og mer moderne metoder, som kirurgi og psykoterapi. I norske tidsskrifter nevnes en mengde ulike medikamenter, kurer og disiplineringstiltak. Kloral, morfin, opium og kvikk-sølv samt dietter, urteteer, varme og kalde bad er blant de viktigste, men elektrisitet, iglekurer, underlivsmassasje og kirurgiske inngrep forekommer også. I tråd med økt vektlegging av arv og degenerasjon mot slutten av århundret og med økende oppmerksomhet om hysteri som sinnssykdom

er det imidlertid en tendens til at helbredelse betraktes i et mindre optimistisk lys enn tidligere. Parallelt med dette endres terapien og de ulike kurene. Og etter hvert – med psykoanalysen – beveger behandling seg mot en «talekur». I Vogts tekster skjer det eksempelvis en forskyvning fra avlednings- og glemselsmetoder (1903) til en psykoanalytisk erindringsteknikk (1911).

Disiplinering kan tenkes som en samlebetegnelse på hele den innsatsen som gjøres medisinsk og sosialt for å underlegge hysteriet kontroll. Mer spesifikt dreier det seg om teknikker for å behandle og fjerne symptomene, men det er også mulig å se disiplineringen i en utvidet kontekst, som noe som inngår i en større samfunnsmessig, kulturell og normativ sammenheng. Problemet med mange av behandlingstiltakene synes å være at de kan virke begge veier. I den grad de virker, kan de også virke motsatt, ved at de forsterker hysteriet.

Avslutning

Slik kan et sentralt kapittel av hysteriets historie i Norge arte seg, gjennom stemmene til de medisinene som var opptatt av diagnosen ut fra sine ulike faglige ståsteder. Som kulturdiagnose knyttes dette til andre artikkelasjoner av hysteriet, som i skjønnlitteraturen, der vi møter dens iscenesatte ansikt. Hysteriet, som for noen generasjoner siden var en viktig diagnose, synes i dag å leve videre under andre navn. Men dette er andre historier. Eller andre sider av den samme historien.

Litteratur

1. Lochmann E. Forhandlinger i Det medicinske Selskab 1890. Kristiania: Det Steenske bogtrykkeri, 1891: 133–4.
2. Bull E. Om Hysteri. Foredrag i Norsk Kvindesagsforening den 19de November 1889. Kristiania: H. Aschehoug, 1889: 38.
3. Showalter E. The female malady: women, madness, and English culture, 1830–1980. London: Virago Press, 1987.
4. Johannisson K. Det mørke kontinentet. Kvinne, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet. Oslo: Aventura, 1996.

5. Micale M. Approaching hysteria: disease and its interpretations. Princeton: Princeton University Press, 1995.
6. Bronfen E. The knotted subject: hysteria and its discontents. Princeton: Princeton University Press, 1998.
7. Freud S, Breuer J. Studies on hysteria (1895). I: Standard edition, bd. II. London: Hogarth Press, 1953.
8. Freud S. Fragment of an analysis of a case of hysteria (1905). I: Standard edition, bd. VII. London: Hogarth Press, 1953.
9. Winge P. Infantile Nevroser. Norsk Mag Lægevidensk 1892; 53: 1226.
10. Bjørnson B. Over Ævne I (1883). Samlede Digter-Verker, bd. IV–V, ved Bull F. Kristiania: Gyldendal, 1919–20.
11. Charcot J, Richer R. Les démoniaques dans l'art, suivi de la foi qui guérit. Postscript by Didi-Huberman G. Paris: Macula, 1984.
12. Ibsen H. Et dukkehjem; Fruen fra havet; Hedda Gabler. I: Samlede verker, Hundreårsutgaven, ved Bull F m.fl. Oslo: Gyldendal, 1928–57.
13. Skram A. Professor Hieronimus – På Sct. Jørgen. København: Gyldendalske boghandels forlag, 1895.
14. Norges offisielle statistik. Oversigt over Sinds-sygeasylenes virksomhed, Kristiania: Aschehoug, 1882/Ny rekke c5b3; 1892/nos III; 1926/nos 7.
15. Bondevik H. Medisinen orden og hysteriets uorden: om hysteri i Norge 1870–1915. Doktoravhandling. Oslo: Det humanistiske fakultet, Universitetet i Oslo, 2007.
16. Vedeler B. Forhandlinger i Det norske medicinske Selskab 1881. Kristiania: Det Steenske bogtrykkeri, 1882: 8–9.
17. Leegaard C. Tre forelesninger for doktorgraden i medicin: om hysteri som sygdomsbegrep. Kristiania: H. Aschehoug & Co., 1884: 64–72.
18. Skjelderup M. Hysteriens Pathologiske Forhold. Norsk Mag Lægevidensk 1863; 17: 827.
19. Winge P. Forhandlinger i det Medicinske Selskab 1890. Kristiania: Det Steenske bogtrykkeri, 1891: 130.
20. Vogt R. Hysterisk sindssygd. Særtrykk av Tidsskrift for psykiatri og retsmedisin 1910–1911. Kristiania: Steenske bogtrykkeri, 1911: 46.
21. Vogt R. Psykiatriens grundtræk, første del. Særtrykk av Norsk Magazin for lægevidenskab 1903–1905. Kristiania: Steenske bogtrykkeri, 1905.
22. Faye L. Hysteriforme og dermed nærstaaende nervøse Fænomener, med særlig Hensyn til deres Opræden i Barnealderen. Norsk Mag Lægevidensk 1875; Tredje Række, Femte Bind: 231.

Manuskriptet ble mottatt 26.9. 2007 og godkjent 7.11. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.