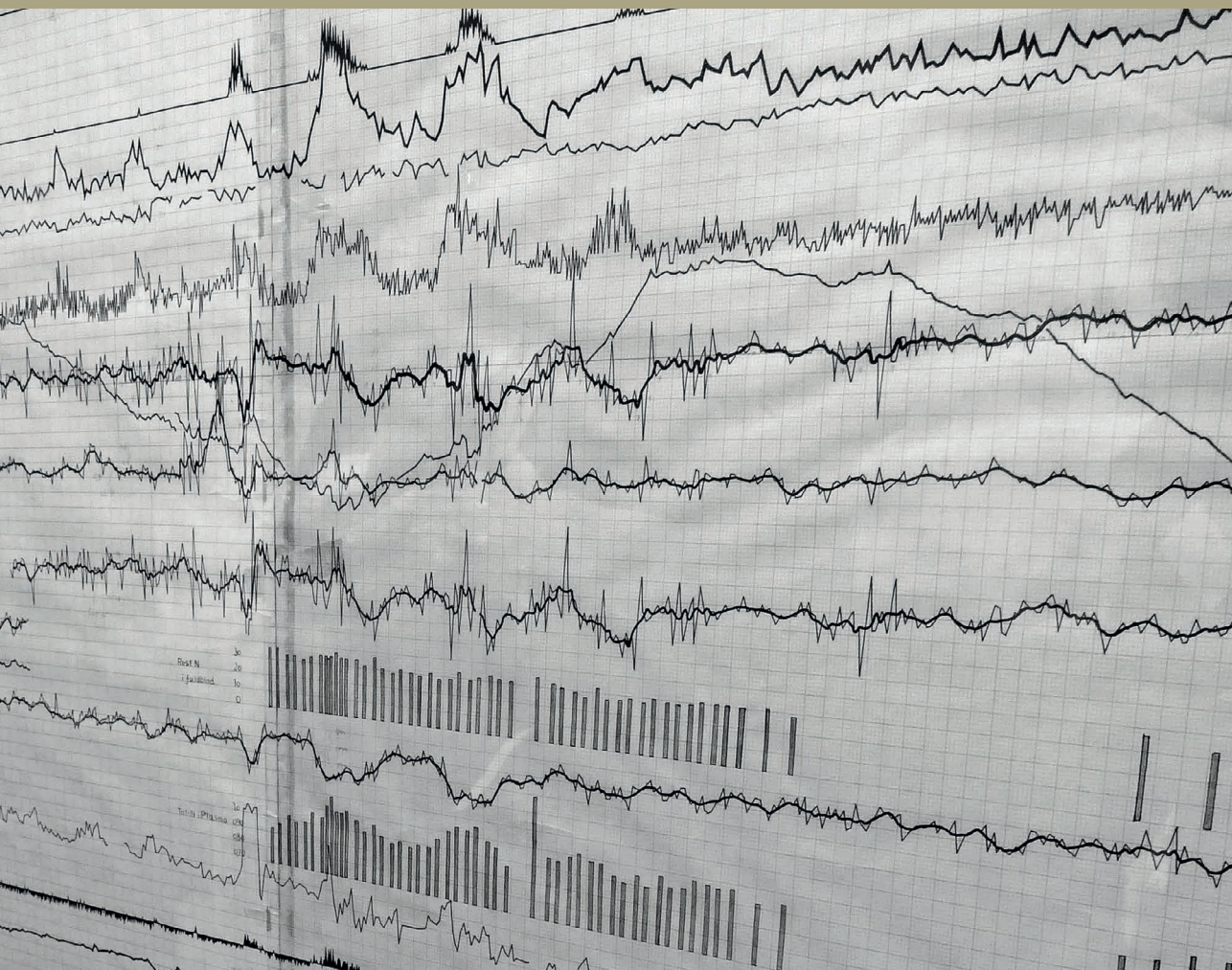


Michael



Tidsskrift for samfunnsmedisin og medisinsk historie



Dr. Gjessings laboratorium



Michael Skjelderup

Michael is a publication series named after professor *Michael Skjelderup* (1769–1852), one of the fathers of Norwegian medicine. He was born in Hof, Vestfold in Norway as the son of a priest, and was raised in the Norwegian countryside. Because of severe speech disturbances as a boy he did not get proper schooling. Lacking a student examination, an academic training seemed out of question, in spite of his obvious bright mind. However, in 1789 he was admitted to the new Surgical Academy in Copenhagen, where academic qualifications were not required.

From now on, his career flourished. He passed the surgical examination with the highest grade in 1794, he defended his doctoral thesis in 1803 and was appointed professor in 1805.

The first University in Norway was founded in Christiania (now: Oslo) in 1811. From 1814 the new medical faculty could offer medical training. Michael Skjelderup was appointed its first professor 1813, and started his teaching, mainly in anatomy in the fall of 1814, after a dramatic war time sea voyage from Denmark across the waters of Skagerrak where hostile Swedes fired at his swift sailing vessel.

As a University pioneer, he became active in several medical fields. When he resigned in 1849, eighty years old, he had seen all Norwegian trained medical doctors in his lecture room.

Skjelderup was instrumental in building a scientific medical community in Christiania. Together with his University colleague Frederik Holst (1791–1871) he founded the first Norwegian medical journal *Eyr*, named after a Norse medical goddess, in 1826. A reading club of physicians established in 1826 was formalized into an association in 1833, the still existing *Det norske medicinske Selskab* (The Norwegian

Medical Society), which over the decades to come played an important role in the development of the health services and of a national medicine. *Michael* is published by the same association – *Det norske medicinske Selskab*.



The editors

*Michael Skjelderup portrayed by
Johan Gørbitz (1782–1853)*

Michael

Publication Series of The Norwegian Medical Society

Vol. 21 / 4 / 2024

Dr. Gjessings laboratorium



Michael 2024; 21: 379–514



Tidsskriftet *Michael* redigeres etter redaktørplakaten. Alt som publiseres, representerer forfatterens synspunkter. Disse samsvarer ikke nødvendigvis med redaksjonens eller Det norske medicinske Selskaps synspunkter, med mindre dette kommer særskilt til uttrykk.



Michael er et tidsskrift med åpen tilgang (open access) som publiseres på nett samtidig med papirutgaven, og er inkludert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Alt innhold, både i ordinære utgaver og supplementer, publiseres under Creative Commons-lisensen [CC BY-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/). Det innebærer at forfatterne har kopirettighetene og at alle kan kopiere og distribuere artikler i *Michael* i hvilket som helst medium eller format og til et hvilket som helst formål. Artiklene må gjengis uendret og med kildeangivelse. Dersom man bearbeider eller legger til noe i artikkelen, kan den endrede artikkelen ikke distribueres.



Tidsskriftet *Michael* er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE) – www.publicationethics.org. Tidsskriftet *Michael* følger retningslinjene derfra og fra Vancouvergruppen (International Committee of Medical Journal Editors) – www.icmje.org. Tidsskriftet *Michael* er medlem av Fagpressen (www.fagpressen.no) og Tidsskriftforeningen (www.tidsskriftforeningen.no).



Enkelteksemplarer av tidsskriftet *Michael* og supplementer kan bestilles gjennom Tekstallmenningen via nettstedet <https://tekstallmenningen.no/>.



Omslagsbildet: Kurver fra dr. Gjessings laboratorium. (Foto: Øvind Larsen)
Baksidetekst: Tore Gude og Kjell Martin Moksnes

Det norske medicinske Selskab 2024
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

ISSN 1893-9651

Design og grafisk produksjon: Aksell AS – aksell.no, 2024

Innhold

Leder

Rolv Gjessing – et hundreårsminne <i>Erlend Hem, Merethe Roos, Jørgen Valeur</i>	385
---	-----

Tema

Biologisk psykiatri i Norge <i>Ulrik Fredrik Malt</i>	387
--	-----

Rolv Gjessing – en pioner i norsk psykiatrisk forskning <i>Tore Gude</i>	399
---	-----

Dr. Gjessings biobank <i>Kjell Martin Moksnes</i>	410
--	-----

Krampeterapier ved Dikemark sykehus <i>Kjell Martin Moksnes</i>	425
--	-----

Gjessings laboratorium 1959–1996 <i>Lars Mørkrid</i>	446
---	-----

I spennet mellom respekt og nedlatende omtale – Rolv Gjessings skrift om Kautokeino-lappene (1934) <i>Merethe Roos, Kjell Martin Moksnes</i>	456
--	-----

Rolv Gjessing – den tvetydige pioneren <i>Erlend Hem, Merethe Roos, Jørgen Valeur</i>	473
--	-----

Bokanmeldelser

Hva feilte Munch? <i>Erlend Hem</i>	482
--	-----

Psykologisk mosaikk <i>Magne Nylenna</i>	484
---	-----

Godt fra dansk allmennpraksis <i>Inga Marthe Grønseth</i>	486
Det norske klasesamfunnet <i>Berit Horn Bringedal</i>	488
Et forsvarsskrift for de mest trengende <i>Jørgen G. Bramness</i>	490
Det er min jobb å være på de levendes side <i>Tine K. Grimholt</i>	492
Fett som fiende <i>Øivind Larsen</i>	494
Norsk fagpresse <i>Magne Nylenna</i>	496
Historie som praksis <i>Anniken Sandvik</i>	498
God innføringsbok med bredde <i>Iver Koppen</i>	500
Rik leseropplevelse <i>Arvid Heiberg</i>	502
Hva skjer?	
Rehabilitering på Rauland <i>Erlend Hem</i>	504
Hjernen og mytene <i>Magne Nylenna</i>	507
<i>Michael</i> vol. 21, 2024, innhold	509

Rolv Gjessing – et hundreårsminne

Michael 2024; 21: 385–386

doi:10.56175/michael.11931

Legen Rolv R. Gjessing (1887–1959) bygde opp et laboratorium ved Dikemark sykehus, som ga ham verdensberømmelse. I 2024 er det hundre år siden laboratoriet ble etablert.

Rolv Gjessings laboratorium er bevart slik det ble forlatt i 1987. Et besøk der gjør inntrykk. Det er en egen atmosfære i loftsetasjen i Bjørkelibygningen, som med alt sitt inventar og utstyr rommer utallige minner om et storslått prosjekt. Gjessings liv er fortellingen om et livsverk dedikert til kartlegging av svingninger i biologiske variabler hos pasienter med en spesifikk psykisk lidelse.

«Helt fra han tiltrådte som avdelingslege og til han måtte sette apparaturen fra seg, var han intenst opptatt av å utforske den periodiske katatonis patofysiologi. (...) Det er vel bare de som har stått ham nær som virkelig har kunnet fatte med hvilken tålmodighet, redelighet og entusiasme han forfulgte sine lange mål, utrettelig gjennom de mange hverdager og netter – i måneder og år – samlet observasjonsresultater fra enkelt-pasienter og samlet det hele i gigantiske kurvemessige fremstillinger», skrev etterfølgeren Harald Frøshaug (1906–1978) i et minneord (1).

Det er som om laboratoriet fortsatt husker og vil fortelle om disse nitide rutine: avlesningen av instrumentene som var koblet til pasientene, innsamlingen av kroppsvæskene og bearbeidelsen av dem på laboratoriebenkene, innføringen av resultatene på tegnerommet og utstillingen av grafene på kurverommet. Alt sammen var et iherdig forsøk på å forstå biologien bak et eiendommelig psykiatrisk syndrom: den periodiske katatoni, en tilstand som veksler mellom stupor, eksitasjon og perioder med symptomfrihet.

Fascinasjonen over dr. Gjessings laboratorium og forskningen som foregikk der, er bakgrunnen for dette temanummeret av *Michael*.



Dette portrettet av Rolv Gjessing ble malt i anledning hans 60-årsdag i 1947. Det henger i dag i Bjørkeli-bygningen på Dikemark sykehus. © Jean Heiberg/BONO 2024.

Litteratur

1. Frøshaug H. Nekrolog. Rolv Ragnvaldsøn Gjessing. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1959; 13: 88. <https://doi.org/10.3109/08039485909130596>

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Merethe Roos

merethe.roos@usn.no

Merethe Roos er professor i historie ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Jørgen Valeur

jorgen.valeur@lds.no

Jørgen Valeur er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

Biologisk psykiatri i Norge

Michael 2024; 21: 387–398

doi: 10.5617/michael.11932

Psykiske lidelser ble opprinnelig oppfattet som kroppslige tilstander, og behandlingen var derfor biologisk. Men det var først med Rolv Gjessings forskning ved Dikemark sykehus fra 1920-årene at man fikk en selvstendig biologisk psykiatri i Norge. Siden 1980-årene har forskningen innen dette fagfeltet vokst voldsomt i vårt land, og er på enkelte områder i den internasjonale forskningsfronten.

Biologisk psykiatri utforsker sammenhengen mellom biologiske prosesser, spesielt i nervesystemet, og psykiske lidelser. Begrepet omfatter både studier av biologiske behandlingsmetoder som elektrokonvulsiv terapi (ECT) og psykofarmakologi, selv om psykofarmakologi ofte regnes som et eget felt. Det er en glidende overgang mellom biologisk psykiatri og andre områder som psykosomatikk og nevrobiologi. Det gjelder også behandlingen av psykiske lidelser ved somatiske sykdommer, som tradisjonelt har falt inn under betegnelsen konsultasjon-liaison-psykiatri (C-L-psykiatri).

Spiren til biologisk psykiatri i Norge

Med åpningen av Gaustad asyl i 1855 ble grunnlaget lagt for utvikling av psykiatri som en medisinsk gren adskilt fra (annen) somatisk medisin i Norge.¹ Behandlingen bygde på såkalt «moral treatment»,² som anså at pasienten hadde en somatisk sykdom som skulle få medisinsk behandling. Ved for eksempel maniske tilstander preget av stor uro, besto behandlingen av opphold i badekar med varmt vann, som man mente var mer skånsomt

1 Det var ikke formell spesialistutdannelse i Norge før 1918, men allerede fra slutten av 1800-tallet kalte leger seg for spesialister hvis de primært arbeidet innen et bestemt fagområde som f.eks. psykiatri.

2 *Moral* i betydningen humanistisk og pedagogisk, ikke moralsk slik vi bruker ordet i dag.

og mindre traumatisk enn beltelegging. Også enkelte legemidler ble brukt, blant annet opium i behandling av melankolske depresjoner. Sedativa og hypnotika var lenge de viktigste legemidlene i psykiatrisk behandling.

Norsk biologisk psykiatri 1900–1950

Tidlig på 1900-tallet var tannhygienen dårlig. Det ble observert at noen pasienter ble dårligere da de fikk bakterielle infeksjoner. Man antok at toksiner fra infeksjonene kunne fremkalle alvorlige psykiske lidelser. Mange asylers ansatte tannleger for å utføre ekstraksjoner (1). Man mente å observere at det bedret tilstanden til noen pasienter. Men en kontrollert studie fant ikke kliniske forskjeller mellom de som fikk og de som ikke fikk fjernet infeksjonsfokus (2). Distribusjon av vitenskapelige publikasjoner var ikke utbredt på den tiden. Det kan være en delforklaring til at praksis med å sanere infeksjonsfokus ved å trekke ut tenner fortsatte i mange år også i Norge etter publisering av denne undersøkelsen.

Senere er behandlingen latterliggjort, men fokalinfeksjonsteorien er ikke feil i seg selv. Antagelsen i 1920-årene foregrep på mange måter den senere forskningen på immunapparatet og infeksjoner og deres relasjon til alvorlige psykiske lidelser. Det er mer løsningen, ukritisk uttrekking av tenner, som var feil. Sulfanilamid mot streptokokker kom først i 1935, og antibiotika kom etter den annen verdenskrig.

Malariaterapi

Nevrosyfilis (paralysis generalis) ble opprinnelig behandlet ved psykiatriske institusjoner. På begynnelsen av 1900-tallet ble det oppdaget at feber kunne dempe symptomene ved nevrosyfilis. Feber ble utløst ved å påføre pasienten malaria, såkalt malariabehandling. Malariaen ble intravenøst eller subkutan påført den ikke-smittede med blod fra en malariasmittet (3). Det ble ikke gjennomført kontrollerte behandlingsstudier,³ men pasientene ble fulgt opp og resultatene publisert. Omkring en tredel ble betydelig bedre eller tilsynelatende friske, først og fremst de som ikke hadde utviklet demens (4).

Som et alternativ til malariabehandling forsøkte man noen steder også salvarсан⁴ og blandinger av sulfa og vismut. Behandlingene ble forlatt da penicillin ble tilgjengelig.

3 Randomiserte kontrollerte studier (RCT) ble introdusert i 1946. Den første randomiserte kontrollerte studien i psykiatri ble utført av Mogens Schou i 1954 og omhandlet litium ved mani.

4 Salvarсан (arsfenamin) er en organisk arsenforbindelse som ble fremstilt første gang i 1905. Det var det første effektive middelet til behandling av syfilis, men det hadde liten effekt i tredje stadium av sykdommen. Neosalvarсан var en forbedring som gav litt mindre bivirkninger.

Komaterapier

Insulinkomabehandling ble tatt i bruk for behandling av schizofreni i 1930-årene også i Norge. Pasienten fikk en insulindose som medførte bevisstløshet, og etter en time eller mer ble pasienten vekket ved hjelp av sukkerløsning. Man mente at behandlingen «renset» hjernen. Det ble hevdet at 1/3–2/3 ble bedre. En mulig forklaring skulle være at insulin reduserte opptak av tryptofan, mens den påfølgende sukkeroppløsningen økte opptaket av tryptofan i hjernen og dermed øket serotoninomsetningen (5). Det er senere reist tvil om behandlingen var effektiv. Behandlingen ble avviklet i Norge da man fikk tilgang til psykofarmaka, men ble fortsatt litt brukt i enkelte land også etter 1950.

Elektrokonvulsiv behandling (ECT)

ECT-behandling ble innført i 1930-årene og også tatt i bruk i Norge. Krampe ble den første tiden provosert frem av kamfer, men cardiozol erstattet raskt kamfer som utløsende middel før det ble oppdaget at elektrisk stimulering var effektivt. ECT-behandling kom etter hvert i vanry i noen miljøer, men er blitt etablert som en effektiv behandling ved enkelte tilstander.

Lobotomi

På grunnlag av amerikansk forskning på dyr introduserte nevrologen Egas Moniz (1874–1955) i 1936 et kirurgisk inngrep som innebar overskjæring av forbindelsesbaner i hjernen (cortex, subcortex og basalgangliene eller thalamus), kalt lobotomi. Formålet var å dempe svær motorisk uro og massiv angst som man ikke klarte å kontrollere på annen måte.

Professor Ørnulv Ødegård (1901–1986) innførte lobotomi ved Gaustad sykehus i 1941, som det første sykehuset i Norge. Frem til ca. 1960 ble det utført omkring 2 500 lobotomier i Norge. En del pasienter ble roligere og lettere å ha med å gjøre etter lobotomi, men dødeligheten ved inngrepet var relativt høy, og mange fikk alvorlige bivirkninger av både psykisk og somatisk art.

Med de begrensede behandlingsmulighetene man hadde i 1940- og første del av 1950-årene, mente man at effektene samlet sett forsvarte behandlingen. Med bedre kunnskaper om negative følger av lobotomi samt introduksjon av antipsykotika som medførte større muligheter for å yte psykososiale behandlingstiltak ved psykoser, ble bruken av lobotomi i 1950-årene ikke lenger vurdert som faglig forsvarlig. I dag virker metoden grotesk og uetisk, men den sier noe om hvor desperate leger var for å finne frem til behandlingsmetoder som kunne dempe ekstrem lidelse og utagering ved schizofreni (6).

Nevrokjemisk forskning

Rolv Gjessing (1887–1959) etablerte i 1924 et laboratorium ved Dikemark sykehus. Hans forsket på det biologiske grunnlaget for periodisk katatoni. Gjennom nitide kliniske observasjoner og biologiske målinger fant Gjessing overensstemmelse mellom kurven for katatone perioder og graden av nitrogenretensjon i pasientenes stoffskifte (7). Behandling med tyroksin, som gir en negativ nitrogenbalanse, hjalp noen og kunne holde disse pasientene anfallsfri i flere år. Laboratoriet oppnådde internasjonal anerkjennelse og var på mange måter en modell for biologisk psykiatrisk forskning.

Gjessings sønn, Leiv Gjessing (1918–1996), overtok ledelsen av laboratoriet og fortsatte forskningen på katatoni (8). Men da periodisk katatoni ble sjeldnere etter at man begynte å bruke antipsykotika, falt interessen for denne forskningen.

Bortsett fra Gjessings forskning var det var ingen selvstendig norsk biologisk psykiatri frem til midten av 1900-tallet. Vurdering av effekter av behandlingene var basert på klinisk skjønn. Pasientens egne erfaringer ble ikke innhentet systematisk, og bruk av graderingsskalaer eller spørreskjemaer var ikke tatt i bruk, heller ikke i somatisk medisin.

Biologisk psykiatri i Norge 1950–1990

Mens norsk psykiatri hadde vært preget spesielt av tysk psykiatri før annen verdenskrig, ble oppmerksomheten etter krigen skiftet mot anglosaksisk psykiatri. I USA dominerte psykoanalyse de første par decennier etter annen verdenskrig, og biologisk psykiatri kom i vanry. I Norge var det samme tendens. I tillegg kom det i 1960- og 70-årene en sterk antipsykiatrisk bølge som spesielt angrep biologiske perspektiver på og behandling av psykiske lidelser. Men parallelt med denne kritikken begynte en sakte utvikling mot en selvstendig norsk biologisk psykiatri.

Dyp hjernestimulering

Tanken om at mer skånsomme inngrep i hjernen kunne avhjelpe alvorlig psykisk og nevrologisk sykdom, holdt seg. Dette var det første området innen biologisk psykiatri hvor Norge var i førerretet.

Psykiater og nevrofysiolog Carl Wilhelm Sem-Jacobsen (1912–1991) bygde opp et EEG-laboratorium ved Gaustad sykehus for å kartlegge eventuell avvikende elektrofysiologisk aktivitet. Det ble satt inn små elektroder i områder av hjernen som man antok var av betydning for sykdomsbildet. Selve operasjonen ble utført av nevrokirurger fra Rikshospitalet under røntgenkontroll. Han registrerte den elektriske aktiviteten fra hver av de innlagte elektrodene og stimulerte utvalgte elektroder for å se om dette kunne endre

pasientens adferd. Der hvor han fant unormal aktivitet, ble det påført små lesjoner.

Flere pasienter med schizofreni og noen med alvorlige tvangslidelser ble operert. Pasientenes psykiske tilstand ble vurdert før og etter operasjonen. Det ble ikke påvist uheldige personlighetsforandringer slik man hadde sett ved lobotomi. Omkring 30 % ble mye bedre, men detaljer oppgis ikke (9). Sem-Jacobsens bruk av implanterte elektroder som kunne stimuleres, foregrep dyp hjernestimulering som i dag blant annet brukes ved enkelte tilfeller av behandlingsresistente depresjoner og tvangslidelser.

Sem-Jacobsens forskning ble utsatt for konspirasjonsteorier. Det ble påstått at han eksperimenterte for CIA for at disse skulle kunne få et redskap til å styre personligheten til en person. Det ble nedsatt en offentlig granskingskommisjon som rensket ham lenge etter hans død (NOU 2003: 33).

Psykofarmakologi

Legemidler med spesifikke effekter på psykiske lidelser ble først utviklet og tatt i klinisk bruk i løpet av 1950-årene: klorpromazin⁵ i 1954 og imipramin⁶ i 1958. Tilgjengeligheten av slike legemidler medførte gradvis en markert endring i psykiatriske institusjoners miljø. Fra gjennomgående å være lukkede institusjoner med til dels grovt avvikende og utagerende psykisk syke pasienter, muliggjorde de nye legemidlene at pasienter som tidligere ikke hatt vært tilgjengelige for samtaler, kunne tilbys psykoterapi og sosiale tiltak på et helt annet nivå enn tidligere. De nye psykofarmaka fjernet ikke grunnleggende årsaker, men de bidro til å fjerne eller dempe symptomer og avvikende adferd. Som Lingjærde formulerte det: Det sentrale er ikke hva anti-psykotika gjør, men hva de muliggjør.

Professor Odd Lingjærde (1929–2023) var særlig interessert i biologisk psykiatri og psykofarmakologi. Han var en pioner i grunnforskning om serotonin, ti år før serotonin fikk allmenn interesse (10). Han utførte kontrollerte undersøkelser hvor han som den første i verden viste at litium kan forsterke antidepressivens effekt, og at benzodiazepiner kunne dempe hørsels-hallusinasjoner ved schizofreni. Han publiserte også flere artikler om vinterdepresjoner og bidro senere vesentlig til et behandlingsforsøk med en omega-3-fettsyre og vitaminer som ledd i behandlingen av schizofreni (11). Hans lærebok i psykofarmakologi kom i seks utgaver i årene 1966–2015.

5 Klorpromazin tilhører gruppen av såkalte første generasjons antipsykotika, tidligere kalt nevroleptika.

6 De første antidepressive legemidlene var såkalte trisykliske antidepressiver (TCA) som fortsatt brukes ved vanskelige behandlingsbare depresjoner.

Den første norske læreboken i biologisk psykiatri utkom i 1999 og var tilegnet Lingjærde (12).

Skandinavisk Selskab for Psykofarmakologi, grunnlagt i 1960, arrangerte årlige møter i København. Det var hovedmøteplassen for biologisk interesserte psykiatere i Norge frem til omkring 2010 da engelsksproglige internasjonale møter mer og mer tok over.

Mens Lingjærdes hovedbase var i Tromsø og senere Oslo, ble Tollaak B. Sirnes (1922–2009) den ledende innen psykofarmakologi i Bergen, hvor han bygde opp Farmakologisk institutt (13). Det fremste forskningsmiljøet for klinisk psykofarmakologi med vekt på antipsykotika er fortsatt knyttet til Bergen (Sandviken sykehus).

Nevrokjemi

I 1962 ble det etablert et nevrokjemisk laboratorium ved Psykiatrisk klinikk på Vinderen.⁷ Lederen var overlege og senere professor i nevrokjemi Elling Kvamme (1918–2016), som tidligere hadde arbeidet ved Gjessings laboratorium. Kvamme gjorde viktige arbeider innen nevrokjemi, spesielt om glutamat hvor han oppnådde internasjonal anerkjennelse (14). Han var også involvert i noen mindre studier av pasienter og undersøkte også hvordan antipsykotika kunne påvirke prøvesvar for stoffskifteprodukter.

Psykofarmakologisk institutt utviklet seg videre til å bli et sentralt laboratorium for analyse av psykofarmaka. Fra 2009 ble det omgjort til Senter for psykofarmakologi. Professor Helge Refsum ble håndplukket fra Tromsø som leder. Analysetilbudet ble nå sterkt utvidet med blant annet analyser av genetisk variasjon i metaboliseringsenzymene og tilbud om rådgiving. Senteret er nå Norges eneste biokjemiske laboratorium som utelukkende beskjeftiger seg med psykofarmakologi.

Karl Ludvig Reichelt (1933–2016) var fra 1978 knyttet til Pediatrisk forskningsinstitutt ved Rikshospitalet. Han var en original forsker som undersøkte opioide peptider i gluten og kasein. Hans hypotese var at når disse peptidene går gjennom tarmbarrieren og inn i blodbanen, kan medfødt mangelfull aktivitet i enkelte enzymer medføre opphopning av disse peptider i blodet og øke risikoen for å utvikle lidelser som ADHD, autisme, schizofreni, Aspergers syndrom og depresjon (15). En implikasjon av forskningen var at spesielle dietter kunne hjelpe noen. Hans forskning om pep-

⁷ Psykiatrisk klinikk ble etablert i 1926 og skulle være psykiatriens motsats til Rikshospitalet. Personer som led av schizofreni og alvorlige hjerneorganiske sykdommer, ble behandlet ved Gaustad sykehus. I 1998 ble laboratoriet sammen med Psykiatrisk klinikk og poliklinikk (DPS) på Vinderen innlemmet i Diakonhjemmet sykehus.

tider er fulgt opp av andre, men hittil har det ikke fått avgjørende betydning for behandling av alvorlige psykiske lidelser.

ECT-behandling

ECT-behandling er et av områdene hvor norsk biologisk psykiatri har bidratt vesentlig. Psykiaterne Ole Bratfos (1930–2005) og John Otto Haug (1929–2015) gjorde en systematisk undersøkelse som viste at ECT-behandling ofte var spesielt effektivt ved melankoli som ledd i manisk-depressiv sinnslidelse (bipolar lidelse type I) som ikke responderte på antidepressive legemidler (16). Det bidro til økt bruk på denne indikasjonen, men det var først i 2014 at observasjonene ble støttet av en randomisert kontrollert studie (17). Studien utgikk fra Bergen-miljøet som har vært og fortsatt er de ledende eksperter på ECT-behandling i Norge, og som har bidratt med viktig forskning (18).

Pneumoencefalografi

John Otto Haug utførte luftencefalografiske undersøkelser ved schizofreni, og han var den første i verden som beskrev cerebral atrofi ved schizofreni (19).

Biologisk forskning i Norge fra 1990

I 1991 vedtok Norges almenvitenskapelige forskningsråd (NAVF)⁸ at man burde utvikle biologisk psykiatri som forskningsområde i Norge. Ulrik Malt ved Rikshospitalet ble frikjøpt for et år for å se på hvordan biologisk psykiatri i Norge kunne utvikles. Det ville være vanskelig for de norske forskningsmiljøene, som i internasjonal sammenheng var små, å konkurrere innen biologisk psykiatrisk forskning, som er høyteknologisk. Men hvis man begrenset høyteknologiske investeringer til de største og mest ressursrike forskningsmiljøene, samt at de små norske miljøene inngikk nærmere samarbeid med hverandre og med utenlandske forskningscentre (nettverksforskning), burde det være mulig at biologisk psykiatri i Norge kunne hevde seg internasjonalt på noen områder.

Ledelsen ved Psykiatrisk institutt ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, ble enige om å tilsette Ole A. Andreassen, en ung lovende lege fra det psykofarmakologiske miljøet i Bergen. Hans oppgave skulle være å samle og bygge opp biologisk psykiatri, og han fikk avgjørende støtte fra Forskningsrådet.

⁸ Norges almenvitenskapelige forskningsråd (NAVF) var et av fem norske forskningsråd med ansvar for å bevilge midler til forskning. Det ble opprettet i 1949. I 1993 ble det fusjonert med de øvrige forskningsrådene til Norges forskningsråd.

NORMENT

Det første prosjektet ble kalt *Ullevål 600⁹* (20). Det var et kombinert klinisk og basalt forskningsprosjekt om alvorlig psykiatrisk sykdom. Med dette som utgangspunkt bygde Andreassen gjennom de neste tiår opp et omfattende forskningssenter for biologisk psykiatri, kalt NORMENT (Norsk senter for forskning på mentale lidelser) (21). Det ble etter hvert et senter for fremragende forskning (SFF) finansiert av Forskningsrådet. Senteret er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetet i Bergen, Oslo universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus.

NORMENT har 15 forskergrupper som arbeider med å avdekke hvorfor noen mennesker utvikler alvorlige psykiske lidelser. NORMENT deltar i en rekke internasjonale nettverk om ulike biologiske aspekter ved alvorlige psykiske lidelser. NORMENT er i dag et av verdens ledende forsknings-sentre innen biologisk psykiatri.

Andre norske forskningsmiljøer innen biologisk psykiatri

Det er også flere andre forskningsmiljøer innen biologisk psykiatri i Norge, som gjerne samarbeider med NORMENT. I Bergen er det et Senter for nevropsykiatrisk forskning. De forsker på ADHD under ledelse av professor Jan Haavik. De har siden 2003 blant annet samlet inn blodprøver og spyttprøver fra mennesker med og uten ADHD. Prøvene har gjort det mulig å finne de genetiske variasjonene som har en sammenheng med ADHD. Også psykolog og professor Terje Sagvolden (1945–2011) ved Universitetet i Oslo forsket både på mennesker med ADHD og på dyr (dyremodeller). Hans forskning var i verdensklasse.

Forskere ved Sandviken sykehus i Bergen under ledelse av professor Erik Johnsen og Rune Kroken har spesialisert seg på forskning på antipsykotika. Klinisk institutt ved Universitetet i Bergen har gjennomført en rekke studier av genetisk art ved alvorlige psykiske lidelser under ledelse av Vidar M. Steen (22). Ved Institutt for biologisk og medisinsk i Bergen inngår blant annet studier av hørselshallusinasjoner ved schizofreni.¹⁰ Også ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo er det forskningsgrupper som arbeider med biologisk psykiatri. Et sentralt område er identifikasjon av biologiske markører og patologiske mekanismer ved affektive lidelser.

I Stavanger er det siden årtusenskiftet bygd opp et fremragende senter for biologisk psykiatri i relasjon til høy alder. Lederen av senteret, professor

9 Navnet på prosjektet var inspirert av en stor verdenskjent longitudinell studie av vel 500 pasienter med psykiske lidelser ved Universitetet i Iowa, USA, kalt *The Iowa 500* (20).

10 Lederen av prosjektet, professor i psykologi Kenneth Hugdahl var den første i Norge som brukte fMRI i forskning på pasienter med psykiske lidelser (schizofreni).

Dag Årslund, ble håndplukket til å lede forskningen, først ved Karolinska institutet i Stockholm og senere ved Maudsley hospital i London.

Ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet forskes det blant annet på psykiatriske manifestasjoner av epilepsi; bruk av aktivitetsmålinger for å vurdere respons på behandling; effekten av variasjon i lysstyrke og farge som ledd i behandling av innlagte pasienter med bipolar lidelse samt immunologi ved psykiske lidelser.

Ved UiT Norges arktiske universitet har de også en forskningsgruppe som omfatter biologisk psykiatri. Temaene er blant annet alderspsykiatri og bruk av ulike biologiske stimuleringsmetoder for behandling og psykoimmunologi.

Psykosomatisk avdeling ved Rikshospitalet forsket frem til 2014 på affektive lidelser og hadde et EEG-laboratorium. I 2002 ble det i samarbeid med Østmarka sykehus i Trondheim etablert et nettverk for kliniske og biologiske aspekter ved bipolare lidelser, kalt Bipolar Research and Innovation Network (BRAIN). Rikshospitalets forskning på bipolare lidelser ble senere overført til NORMENT. Forskningsgruppen ved Rikshospitalet gjennomførte den eneste randomiserte kontrollerte studien i verden i allmennpraksis av psyko-farmakabehandling av depresjoner der forskergruppen ikke mottok honorar fra noe firma og dermed også selv eier dataene.

Folkehelseinstituttet har et senter for genetisk epidemiologi og psykisk helse (PsychGen), som arbeider med å identifisere og validere genetiske varianter, som kan tjene som mellomledd for psykofarmakologiske mål.

Norsk barne- og ungdomspsykiatri har tradisjonelt vært mest opptatt av psykologiske og sosiale årsaker. Det har ikke vært noen stor satsning på biologisk psykiatri bortsett fra enkelte studier av medfødt hypothyreose og fenyylketonuri. Men også innen norsk barnepsykiatri får biologiske aspekter gradvis større oppmerksomhet.

Psykometrika

Ved Modum Bad ble det fra 1961 til omkring 1970 brukt LSD (lysergsyredietylamid) og enkelte ganger psilocybin i kombinasjon med psykoterapi, såkalt psykolytisk behandling (23). Effektene ble vurdert som positive for mange, men enkelte opplevde alvorlige bivirkninger som vedvarende angst og sjeldnere psykose. Bruken av LSD som ledd i psykoterapi ble avvirket i forbindelse med at LSD ble forbudt.

I begynnelsen av 1990-årene ble det rettet kritikk mot psykiatriens bruk av LSD. Det ble påstått at virksomheten var uetisk og skadelig. Det ble også hevdet at psykiatere og forskere samarbeidet med CIA. Saken fikk stor medieoppmerksomhet. Det ble laget en egen offentlig utredning om påstan-

dene, som konkluderte med at det ikke var belegg for påstandene. Det ble heller ikke påvist at norske psykiatriske institusjoner hadde forbindelseslinjer til CIA eller samarbeidet med militæret (NOU 2003: 33). Debatten ble da lagt død.

Men igjen viste det seg at kliniske erfaringer pekte mot fremtiden. I begynnelsen av 2000-årene begynte det gradvis å komme stadig flere publikasjoner som ga støtte til at ikke bare LSD, men også MDMA (ecstasy), meskalin, DMT (dimetyltryptamin) og psilocybin kombinert med psykoterapi, kunne ha effekt ved visse psykiske lidelser som posttraumatisk stressforstyrrelse, depresjoner og alkoholisme.

Konklusjon

Siden 1980-årene har forskning innen biologisk psykiatri i Norge vokst voldsomt. Fra å være et lite land med lite forskning er vi i dag på enkelte områder i den internasjonale forskningsfronten.

Forskningen har et klart større omfang og finansiering enn forskning på psykoterapi og andre ikke-biologiske forskningsområder. Det gjenspeiler en internasjonal trend hvor nevrovitenskap innen psykiatri har utviklet seg til å bli et av de store satsningsområdene.

Men dette har også negative sider. De som arbeider innen biologisk psykiatri, har ikke bare et ansvar for å heve kunnskapsnivået om biologisk psykiatri og klinisk psykofarmakologi blant behandlere, men også å bidra til at biologisk forståelse og behandling ikke tingliggjør pasientene. Biologisk psykiatri hverken kan eller skal erstatte psykoterapi eller andre psykososiale tiltak (24). Det er i kombinasjon med slike behandlinger at biologisk psykiatri virkelig kan bidra til bedre behandling for pasienter med psykiske lidelser.

Litteratur

1. Jacobsen N. Fokalinfeksjon – gamle synspunkter og nye teorier. *Den norske tannlegeforenings tidende* 2008; 118: 640–646. <https://doi.org/10.56373/2008-10-3>
2. Kopeloff N, Cheney CO. Studies in focal infection: its presence and elimination in the functional psychoses. *American Journal of Psychiatry* 1922; 79: 139–156. <https://doi.org/10.1176/ajp.79.2.139>
3. Linnestad P. Ondt skal ondt fordrive. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2014; 134: 2326–2327. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0405>
4. Lossius I. Behandling av dementia paralytica med malaria. *Norsk Magazin for Lægevidenskapen* 1926; 87: 25–37. <https://www.nb.no/items/715280f149ad169c6e2b6d251a49c7d7?page=59> (3.9.2024).
5. Baumann P, Gaillard JM. Insulin coma therapy: decrease of plasma tryptophan in man. *Journal of Neural Transmission* 1976; 39: 309–313. <https://doi.org/10.1007/BF01266307>

6. Torkildsen Ø. Hva vi kan lære av historien om lobotomi. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2022; 142. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0505>
7. Gjessing R. *Contribution to the somatology of periodic catatonia*. Oxford: Pergamon Press, 1976.
8. Gjessing LR. Lithium citrate loading of a patient with periodic catatonia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1967; 43: 372–375. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1967.tb05774.x>
9. Sem-Jacobsen CW. *Depth-electrographic stimulation of the human brain and behavior: from fourteen years of studies and treatment of Parkinson's disease and mental disorders with implanted electrodes*. Springfield, IL: Thomas, 1968.
10. Lingjærde O. Inhibitory effect of two newer antidepressants, Lu 5-003 and Lu 3-010, on serotonin uptake in human blood platelets in vitro. *Psychopharmacologia* 1970; 17: 94–99. <https://doi.org/10.1007/BF00402095>
11. Bentsen H, Solberg DK, Refsum H et al. Bimodal distribution of polyunsaturated fatty acids in schizophrenia suggests two endophenotypes of the disorder. *Biological Psychiatry* 2011; 70: 97–105. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.02.011>
12. Malt UF, Årslund D, Lund A, red. *Biologisk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget, 1999. <https://www.nb.no/items/cd04cad559d54707e554917b691189bc?page=0> (3.9.2024).
13. Sirnes TB. 20 år med psykofarmakologi. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1973; 93: 1334–1335.
14. Kvamme E, red. *Glutamine and glutamate mammals*. Boca Ratoj, FL: CRC press, 1988.
15. Reichelt K, Hole K, Hamberger A et al. Biologically active peptide-containing fractions in schizophrenia and childhood autism. *Advances in Biochemical Psychopharmacology* 1981; 28: 627–643.
16. Bratfos O, Haug JO. Electroconvulsive therapy and antidepressant drugs in manic-depressive disease. Treatment results at discharge and 3 months later. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1965; 41: 588–596. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1965.tb06172.x>
17. Schoeyen HK, Kessler U, Andreassen OA et al. Treatment-resistant bipolar depression: a randomized controlled trial of electroconvulsive therapy versus algorithm-based pharmacological treatment. *American Journal of Psychiatry* 2015; 172: 41–51. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111517>
18. Bergsholm P. *Electroconvulsive therapy, issues related to narcosis, physiology, radiological anatomy, electrode placement, endocrinology*. Doktoravhandling. Bergen: Universitetet i Bergen, 1995. <https://www.nb.no/items/d3e278fc42e6a623e3afc83ec31b428?page=0> (3.9.2024).
19. Haug JO. Pneumoencephalographic evidence of brain atrophy in acute and chronic schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1982; 66: 374–383. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1982.tb06719.x>
20. Morrison J, Clancy J, Crowe R et al. The Iowa 500. I. Diagnostic validity in mania, depression, and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1972; 27: 457–461. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1972.01750280025005>
21. Andreassen OA, Hindley GFL, Frei O et al. New insights from the last decade of research in psychiatric genetics: discoveries, challenges and clinical implications. *World Psychiatry* 2023; 22: 4–24. <https://doi.org/10.1002/wps.21034>

22. Steen VM, Skrede S, Polushina T et al. Genetic evidence for a role of the SREBP transcription system and lipid biosynthesis in schizophrenia and antipsychotic treatment. *European Neuropsychopharmacology* 2017; 27: 589–598. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2016.07.011>
23. Johnsen G. Three years' experience with the use of LSD as an aid in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1964; 39 (S180): 383–388. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1964.tb04950.x>
24. Malt UF. Psychodynamic psychiatry and psychotherapy: a biological psychiatrist's point of view. *Nordic Journal of Psychiatry* 1995; 49 (Suppl 34): 64–69. <https://doi.org/10.3109/08039489509100229>

Ulrik Fredrik Malt
u.f.malt@medisin.uio.no

Ulrik Fredrik Malt er professor emeritus i psykiatri ved Universitetet i Oslo og ledet avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin ved Rikshospitalet, Oslo universitetssykehus 1987–2014.

Rolv Gjessing – en pioner i norsk psykiatrisk forskning

Michael 2024; 21: 399–409

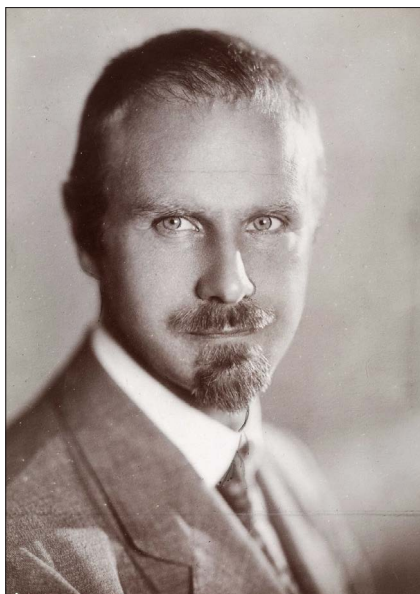
doi: 10.56175/michael.11933

Jeg vil i denne artikkelen gi en kortfattet oversikt over Rolv Ragnvaldssøn Gjessings forskning. Gjessing var direktør og overlege ved Dikemark sykehus fra 1929 til 1949. Hans forskning dreide seg i all hovedsak om sykdommen periodisk kataton schizofreni. Jeg legger særlig vekt på hans grundige metodiske design og tilnærming. Hva som kom ut av denne forskningen, blir diskutert i lys av nåtidens kunnskap om sykdommen som Gjessing viet sitt liv til.

Rolv Ragnvaldssøn Gjessing (1887–1959) var en fremstående psykiater i første halvdel av 1900-tallet (figur 1). Hans innsats i psykiatrien og den forskningen han gjennomførte er lite kjent i dag, og jeg ønsker i denne artikkelen å presentere en begavet kollega fra den pre-nevroleptiske æra i psykiatrien.

Kronikken bygger på egen erindring i møte med Gjessing og hans etterfølgere samt tilgjengelig litteratur og den dokumenterte kunnskapen i form av meterlange grafer med biokjemiske resultater, som er bevart i laboratoriet han bygde opp.

Jeg vokste opp på Dikemark i 1940-årene der faren min, Einar Gude (1905–1994), var lege. Slik fikk jeg personlig kontakt med Gjessing. Første gang vi møttes utenfor administrasjonsbygningen på sykehuset var i 1945, da jeg var fem år. Han forsikret seg om hvem jeg var og at jeg visste hvem han var. Deretter inviterte han meg med på morgenmøtet for alle legene ved sykehuset. Etter morgenmøtet var det visitt på en av avdelingene. De gangene jeg var med, ble visitten lagt til de rolige avdelingene. Disse hendelsene ble sterke opplevelser for meg som femåring og kan ha bidratt til mitt valg av yrkeskarriere som psykiater.



Figur 1. Rolv Gjessing. Fotograf fra 1920-årene. Bildet er udateret, men er blant annet brukt i jubileumsboka for studentene fra 1905, som ble utgitt i 1930.¹ Foto: ukjent/Oslo museum. Lisens CC CC0 1.0 <https://digitaltmuseum.no/011014348310/rolv-gjessing> (14.4.2024).

Kort biografi

Rolv Gjessing ble født på Lindås i Bergen i 1887. Faren var prest, og i 1891 fikk han et kall fra Israelmisjonen til å virke som misjonær blant jødene i Øst-Europa. Familien kom først til Romania, så til Ungarn og bodde der frem til 1899. Dette barndomsoppholdet ble av betydning for Gjessing senere i livet, og han lærte seg tysk nærmest fullkomment.

Etter artium i Stavanger i 1905 begynte han på medisinstudiet i Kristiania og ble cand.med. i 1913. Han var først assistent hos distriktslegen i Brønnøysund i to år, deretter distriktslege i Alta og Kautokeino 1915–1920 og så reservelege ved Rønvik sykehus før han kom til Dikemark i 1922 som reservelege. I 1929 ble han utnevnt til direktør og overlege, en stilling han hadde i nøyaktig 20 år (1). Han frasa seg lederstillingen i 1949, 62 år gammel, for å få mer tid til forskning.

I løpet av sine fem år i Alta og Kautokeino gjennomførte han en antropologisk studie av samebefolkningen i området.² Dette var hans første prosjekt i forskerkarrieren. I sitt psykiatriske virke og med sin forskerinteresse ønsket han å tilegne seg mer kunnskap og foretok derfor en rekke studiereiser i Europa og USA. I jubileumsboka om Dikemark sykehus 1905–1955

1 *Studentene fra 1905: biografiske opplysninger samlet til 25-årsjubileet 1930*. Oslo: Grøndahl, 1930, s. 108–109. <https://www.nb.no/items/70e1fca3e26a72a3a1f1dd264576ca57?page=143> (14.4.2024).

2 Roos M, Moksnes KM. I spennet mellom respekt og nedlatende omtale – Rolv Gjessings skrift om Kautokeino-lappene (1934). *Michael* 2024; 21: 456–472.

står en detaljert gjennomgang av de åtte studiereisene som Gjessing gjennomførte i perioden 1923–1946, to av dem av et halvt års varighet (2). Dessuten var han gjesteprofessor i Toronto, Canada 1949–1950 (12 måneder) og 1953–1954 (8 måneder) (3, 4).

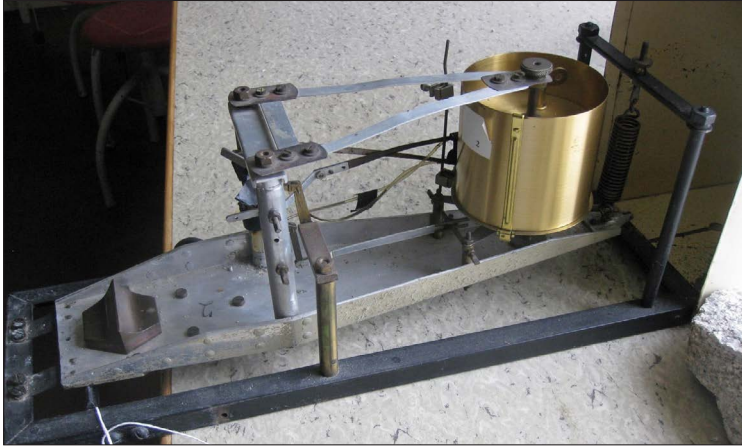
Forskningen

Etter at han tiltrådte stillingen som leder av Norges største psykiatriske sykehus med omfattende administrative og kliniske oppgaver, kom hans forskertalent til sin rett. Han fattet tidlig interesse for nyanseringen av de daværende diagnosegruppene, spesielt sekkebetegnelsen schizofreni, som han mente besto av forskjellige sykdomsformer. Hans nysgjerrighet ble rettet mot en bestemt tilstand, den periodiske katatone schizofreni. Klassiske symptomer var periodevis mental utilgjengelighet og muskulær uro eller muskulær tilstivning (katatoni) alternerende med normalperioder med vanlig fysisk og mental funksjon. Pasientene kunne tjene som sine egne kontroller med det sykliske forløp som repeterte de somatiske og psykiske symptomene. Han satte seg som mål å finne en kausal behandling for denne sykdommen, som var invalidiserende for pasientene.

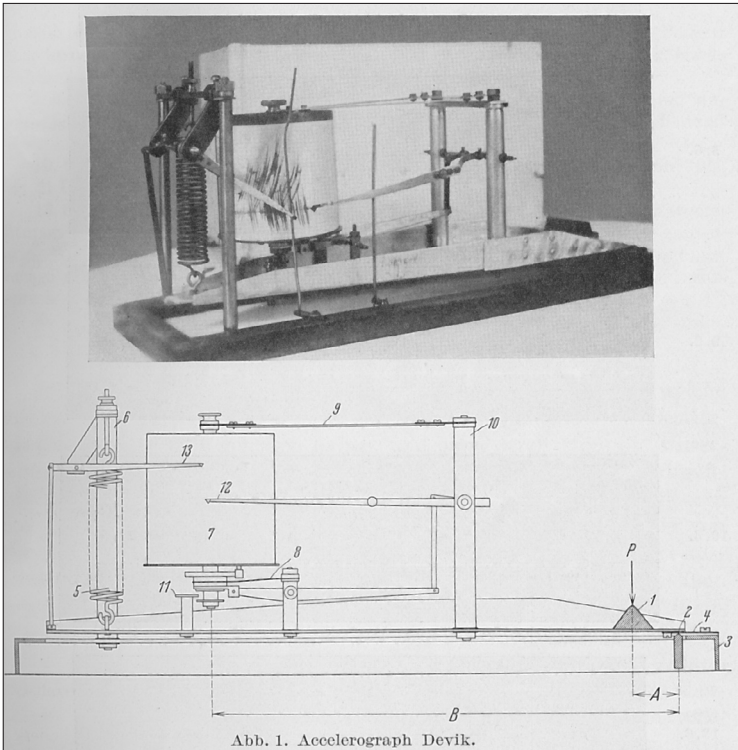
Gjessing tenkte at det kunne være en sammenheng mellom de psykisk avvikende periodene med voldsomt muskulært preg og pasientens stoffskifte. Derfor ville han kartlegge disse mulige sammenhengene mer systematisk over tid ved å undersøke en rekke biologiske parametere, spesielt nitrogenstoffsiftet, basert på kunnskapen om nitrogenets betydning for proteindannelsen og for muskulær funksjon. Sammen med legen og biokjemikeren Asbjørn Følling (1888–1973) utarbeidet han en diett med en definert mengde proteiner som kunne gi et mål for hvor mye nitrogen pasienten fikk i seg over en viss tidsperiode. Samtidig analyserte han hvor mye nitrogen pasienten ga fra seg gjennom urin og avføring over samme tidsperiode. Derved kunne han beregne nitrogenbalansen i kroppen, verifisert ved blodprøver (4).

For å kartlegge pasientens muskulære aktivitet ble det konstruert en seismograf som ble plassert under sengestolpene, og som ga utslag på en skriver (figur 2 og 3). Dermed kunne han dokumentere når pasienten var i ro, enten naturlig i en remisjonsfase eller i tilstivnet form eller i uro.

Gjennom tidsperioder på flere år kunne han på bakgrunn av de utførte analysene skape et bilde av sammenfall mellom biologiske markører og pasientens sykdomstilstand. På denne måten fant han tre forskjellige mønstre i sammenhengen mellom nitrogenbalansen og sykdomsfasene. Det hyppigst forekommende forløpet var når utskillelsen var mindre enn inntaket. Det førte til retensjon av nitrogen og sammenfalt med uro-/katatoni-



Figur 2. For å kartlegge pasientens muskulære aktivitet i sengen ble det konstruert en seismograf som ble plassert under sengestolpene, og som ga utslag på en skriver. Foto fra Dikemark sykehusmuseum.

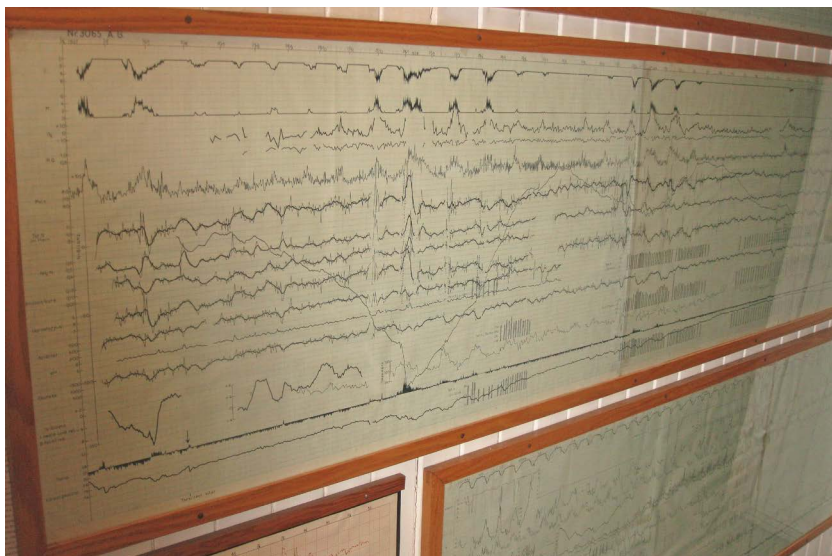


Figur 3. Senge-seismografen er beskrevet i Gjessings artikkel fra 1932 (5, s. 327). Den var konstruert av fysikeren Olaf Devik (1886–1987). Faksimile fra artikkelen.

periodene. Da nitrogenbalansen snudde, det vil si at utskillelsen økte og derved normaliserte nitrogenbalansen, forsvant uro-/katatoni-symptomene inntil balansen igjen viste retensjon med påfølgende residiv av sykdoms-symptomene. Dette ble dokumentert med kurver over forløpet av en rekke parametere, spesielt nitrogenbalansen i forhold til pasientens bevegelser i sengen (figur 4).

Disse epokegjørende funnene ga Gjessing ideen om at thyroideahormonet med sin stoffskifteregulerende funksjon og virkning på kroppens nitrogenbalanse kunne testes som behandling. Han skaffet skjoldbruskkjertel fra kalv, tørket det og produserte kapsler som pasienten fikk over tid. Han kunne da observere at uro-/katatoni-symptomene ikke inntraff selv om nitrogenbalansen viste retensjon. Dette førte til at sykdommen gikk i remisjon med normalisert funksjon, så vel psykisk som biologisk.

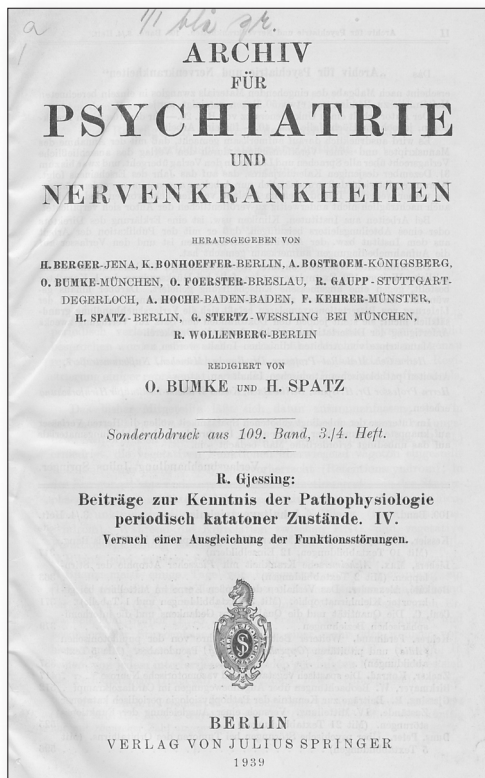
Pasientene som inngikk i hans forskningsprosjekt, ble fulgt opp over mange år, og noen ble såpass funksjonsdyktige at de kunne utskrives fra sykehuset. Men fordi flere av dem ikke hadde noe sted å gjøre av seg, ansatte Gjessing dem ved sykehuset i forskjellige funksjoner, som fotograf, bibliotekar, maskinist osv. Det var uvanlig etter et langtidsopphold ved sykehuset å gå fra å være pasient til å bli ansatt ved institusjonen.



Figur 4. Kurver over forløpet av en rekke parametere, spesielt nitrogenbalansen i forhold til pasientens bevegelser i sengen. Foto fra Dikemark sykehusmuseum.

Gjessing høstet stor anerkjennelse for sine forskningsresultater både i inn- og utland. Han var gjesteforeleser ved flere utenlandske universiteter og ble korresponderende medlem av The Royal Medico-Psychological Association i 1938, medlem av Det norske videnskapsakademi i 1941, æresmedlem i Dansk Psykiatrisk Selskab i 1947, kommandør av St. Olavs orden i 1955, og han mottok St. Hallvard-medaljen fra Oslo kommune i 1957 (3).

Han publiserte sine forskningsresultater i flere utenlandske tidsskrifter. Hovedpublikasjonen var en serie på åtte artikler som ble publisert på tysk i perioden 1932–1953 (5–14). De fire første ble publisert før den annen verdenskrig (5–8), de fire neste i 1953 (9–12) (figur 5). I tillegg ble to artikler utgitt posthumt i 1960 (13, 14). Artiklene var omfattende. De fire første var 62–81 sider (288 sider), de fire neste 27–50 sider (136 sider), og de to siste 16 og 24 sider, til sammen 464 sider. Ved utgivelsen av artiklene i 1953 skrev redaktøren at til tross for at tidsskriftet var nødt til å innskrenke plassen for artikler, hadde redaksjonskomiteen enstemmig besluttet at Gjes-



Figur 5. Faksimile fra forsiden på Gjessings fjerde store artikkel, publisert i 1939 (8). Det skulle gå 14 år før den neste artikkelen i denne serien ble publisert (9).

sings arbeider skulle utgis i et eget hefte på grunn av deres store betydning (4).

Disse ti sentrale arbeidene er tunge å lese i dag. Hans danske kollega, Mogens Schou (1918–2005), som hadde hospitert i tre måneder på Dikemark i 1948, skrev at Gjessing ikke var opptatt av lesbarheten. Hans streben etter objektivitet gjorde at han publiserte masser av rådata i komplekse tabeller og figurer, og overlot tolkningen i stor grad til leserne (15).

Det manglet ellers ikke på rosende omtaler fra internasjonale kolleger (3). Den britiske legen Derek Richter (1907–1995) sa i en tale i London i 1956: «Many of us associate Oslo with that remarkable man Gjessing. One hesitates to use the expression in calling anyone a 'great man'; but Gjessing is one of the few people I have ever met, of whom one could say without embarrassment that he was truly a great man.» Professor Richard Jung (1911–1986) i Freiburg skrev i minneordene (16, s. 347): «Gjessings Studien über die periodische Katatonie, die er über 20 Jahre in Dikemark durchführte, waren eine ideale *Verbindung von klinischer und Laboratoriumsarbeit.*» Professor Frederick Alexander (Alec) Jenner (1927–2014) i Sheffield skrev i 1968 (3): «The work of Gjessing is, I submit, one of the most outstanding studies in the history of medicine and science. The details and devotion displayed are almost unbelievable.»

Selv om forskningen på den katatone formen av schizofreni var Gjessings hovedinteresse, var han også opptatt av sammenhengen mellom psyke og soma i bredere forstand. Han kom for eksempel i kontakt med den østerrikske psykiateren Wilhelm Reich (1897–1957), som oppholdt seg i Norge i årene 1934–1939. Reich var opptatt av å underbygge psykoanalytisk teori med fysiologiske parametere og formulerte hypoteser om elektriske spenninger og kosmisk stråling som kunne registreres i et såkalt orgonskap. Skapet hadde han selv konstruert, og det måtte ikke påvirkes av forstyrrende elementer som temperatur, støy, luftfuktighet og vibrasjoner. Derfor ble det plassert på et støtdempet bord i et lyddempet rom med konstant temperatur og fuktighet. Gjessing fattet interesse for prosjektet som Reich ledet, og tillot at det ble utført eksperimenter på pasienter innlagt ved Dikemark sykehus. Men det oppsto en rekke både tekniske og samarbeidsrelaterte problemer som førte til at prosjektet ble skrinlagt, og avsluttet etter et par måneder (17).

Diskusjon

Katatoni ble først beskrevet av den tyske psykiateren Karl Kahlbaum (1828–1899) i 1874 som en egen sykdomskategori med symptomer fra bevegelsesapparatet knyttet til stemningslidelser (18). Senere formulerte den tyske

psykiateren Emil Kraepelin (1856–1926) periodisk katatoni som en del av det schizofrene spekter, den gang omtalt som *dementia precox* (ungdomssløvsinn) (18). I vår tid har denne kategoriseringen blitt kritisert fordi den fallende forekomsten av katatoni og studier i 1960- og 70-årene talte imot tilknytningen til det schizofrene spekteret. På denne måten ble katatoni revitalisert som selvstendig diagnose (18).

Behandlingen med thyreoidea-ekstrakt ga bedring hos noen pasienter. Enkelte andre studier med tilnærmet samme design har ikke gitt entydige resultater (18).

Den tysk-kanadiske psykiateren Klaus Minde (1933–2017) har gått grundig igjennom Gjessings forskning (19). Mindes konklusjon var at Gjessings ambisjoner om å finne en løsning på schizofrenigåten, eller psykosegåten som sådan, feilet. Han anførte at det finnes få repliseringsstudier, og at funnene ikke er konsistente, delvis på grunn av metodens kompleksitet og tidsbruk. Minde mente også at periodisk katatoni hører hjemme i kategorien schizofreniforme psykoser, som plasseres utenfor det schizofrene spekter.

Behandlingsmetoden ble ikke det avgjørende gjennombruddet som kunne løse schizofreniens gåte, slik Gjessing hadde håpet. I festskriftet som ble utgitt i forbindelse med hans hundreårsdag i 1987, beskrev min far en ung kvinne fra Sør-Afrika. Hun kom til Dikemark etter at hennes afrikanske lege hadde lest om Gjessings forskning og behandlingsresultater. Hun ble innlagt i sykehusets kvinneavdeling, gjennomgikk thyreoidea-kuren og reiste bedret og takknemlig tilbake til Sør-Afrika (20).

En viktig faktor for den reduserte forekomsten av periodisk kataton schizofreni var antakelig innføringen av nevroleptika fra midten av 1950-årene. I og med at nevroleptika ble en del av standardbehandlingen ved nær sagt alle psykoseformer, er det sannsynlig at symptomatologien ved og utviklingen av den periodiske katatone schizofreni ble hemmet, i beste fall stanset i et tidlig stadium og derfor stort sett «forsvant» fra det psykiatriske spekter.

Betyr det at Gjessings enorme innsats endte ut i ingenting? Det som står sterkest igjen er hans insisterende holdning, hans metodiske systematikk og utholdenhet samt klokkertro på at det ville være mulig å komme videre i forståelsen av disse sykdommene. Det er viktig å huske på at psykiatrien den gang ikke hadde noen egentlig effektiv behandling. I sin selvbiografi skrev professor Nils Retterstøl (1924–2008) at «Gjessing var av den oppfatning at sinnslidelsenes årsak ville bli funnet i laboratoriet» (21). I dag ser vi på psykiske lidelser med en biopsykososial modell, der biologiske faktorer inngår som brikker i det store puslespillet som sinnslidelsene utgjør.

Da boken *Contribution to the somatology of periodic catatonia* ble anmeldt i *BMJ* i 1976, skrev anmelderen begeistret at Gjessing hadde studert over 40 pasienter, alltid på fritiden og stort sett alene. «He did what no one before or since has ever done.» Resultatene vakte oppsikt overalt, men siden alle arbeidene hadde blitt publisert på tysk, var de mindre kjent i den engelskspråklige verden (22).

Rolv Ragnvaldsson Gjessing var en sjelden begavelse. Han var uomtvistelig en pioner, og hans innsats fortjener å bli minnet. Som livserfaring henviste han i minneboken for 50-årsstudentene til den danske zoologen William Sørensen (1848–1916): *I siste instans avhenger alt av karakteren.*³ Dette sitatet står over innsiden av Gjessings kontordør (figur 6). I minneboken føyde han til: *Pålitelighet og hjertelag er det viktigste.* På bysten som i 1987 ble reist ved inngangen til avdeling Bjørkeli på Dikemark, i bygningen der han hadde sitt laboratorium, er devisen inngravert på latin: *Fides et animus maxima* (23).



Figur 6. *I siste instans avhænger alt av karakteren.* Sitat på innsiden av Rolv Gjessings kontordør.

3 Sitatet er hentet fra en av Sørensens skrifter og finnes også på hans gravstein (*I sidste Instans afhænger alt af Karakteren*), ifølge *Dansk biografisk leksikon*. https://biografiskleksikon.lex.dk/William_S%C3%B8rensen (14.4.2024).

Litteratur

1. Larsen Ø, red. *Norges leger*. Bind II. Oslo: Den norske lægeforening, 1996, s. 284. <https://www.nb.no/items/da50adc6f2ebe5fe12952e48bf1174fb?page=287> (12.2.2024).
2. Mamen HC, red. *Dikemark sykehus 1905–1955*. Oslo: Dikemark sykehus, 1955, s. 78. <https://www.nb.no/items/edebfc85988c5cf0a8754ff0366e0714?page=79> (2.2.2024).
3. Palmer H. Historien om laboratoriet ved Dikemark sykehus. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1992; 112: 1295–1299. <https://www.nb.no/items/e3ffb66c9e4b346a62b0ea236d81cff0?page=63> (2.2.2024).
4. Følling A. Minnetale over overlæge Rolv Gjessing. Det norske videnskaps-akademi i Oslo. Årbok 1960. Oslo: Aschehoug, 1961, s. 32–38. <https://www.nb.no/items/b331059f124c7365749cad640121cae1?page=33> (2.2.2024).
5. Gjessing R. Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie des katatonen Stupors. *Archiv f. Psychiatrie* 1932; 96: 319–392. <https://doi.org/10.1007/BF02064336>
6. Gjessing R. Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie des katatonen Stupors. *Archiv f. Psychiatrie* 1932; 96: 393–473. <https://doi.org/10.1007/BF02064337>
7. Gjessing R. Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie der katatonen Erregung. III. Mitteilung. *Über periodisch rezidivierende katatone Erregung, mit kritischem Beginn und Abschluß*. *Archiv für Psychiatrie* 1936; 104: 355–416. <https://doi.org/10.1007/BF01814233>
8. Gjessing R. Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie periodisch katatoner Zustände. IV. Mitteilung. Versuch einer Ausgleichung der Funktionsstörungen. *Archiv für Psychiatrie* 1939; 109: 525–595. <https://doi.org/10.1007/BF02157548>
9. Gjessing R. Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. Mitteilung V. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1953; 191: 191–219. <https://doi.org/10.1007/BF00353369>
10. Gjessing R. Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. Mitteilung VI. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1953; 191: 220–246. <https://doi.org/10.1007/BF00353370>
11. Gjessing R. Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. Mitteilung VII. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1953; 191: 247–296. <https://doi.org/10.1007/BF00353371>
12. Gjessing R. Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. Mitteilung VIII. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1953; 191: 297–326. <https://doi.org/10.1007/BF00353372>
13. Gjessing R. Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. IX. Mitteilung. Die periodische Katatonie in der Literatur. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1960; 200: 350–365. <https://doi.org/10.1007/BF00353082>
14. Gjessing R. Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. X. Mitteilung. Pathogenetische Erwägungen. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1960; 200: 366–389. <https://doi.org/10.1007/BF00353083>
15. Schou M. The longitudinal approach. I: Gravem A, red. Rolv Gjessing: in commemoration of the centenary of his birth. Asker: Dikemark Hospital Press, 1987: 62–63.
16. Jung R. Rolv Gjessing 26.6.1887–11.3.1959. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1960; 200: 343–349. <https://doi.org/10.1007/BF00353081>

17. Nilsen HF. *Du må ikke sove: Wilhelm Reich og psykoanalysen i Norge*. Oslo: Aschehoug, 2022, s. 256–258. <https://www.nb.no/items/a77d8b50c8324c8408a0fe1e7dba866a?page=0> (2.2.2024).
18. Fink M, Shorter E, Taylor M. Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophrenia Bulletin* 2010; 36: 314–320. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp059>
19. Minde K. Periodic catatonia, a review with special reference to Rolv Gjessing. *Canadian Journal of Psychiatry* 1966; 11: 421–425. <https://doi.org/10.1177/070674376601100509>
20. Gude E. Fra min tid på Dikemark sykehus under overlege Rolv Gjessing. I: Gunby B, red. *Rolv Gjessing 100 år*. Oslo: Dikemark Hospital Press, Oslo Commune, 1987: 48–54. <https://www.nb.no/items/0291236ca197f0ebaef5bed748f48ae3?page=0> (2.2.2024).
21. Retterstøl N. *I grenseland – fra en psykiaters liv*. Oslo: Damm, 2003, s. 61. <https://www.nb.no/items/0cf4441704443ce3e8cdaecf7462d6db?page=63> (2.2.2024).
22. Crammer J. Contribution to the somatology of periodic catatonia. *British Medical Journal* 1976; 2: 761–762.
23. *Studentene fra 1905: biografiske opplysninger samlet til 50-års-jubileet 1955*. Oslo: Det mallingske boktrykkeri, 1955: 57–58. <https://www.nb.no/items/14b82394cbd63d62f0e01922bf48191b?page=67> (16.3.2024).

Tore Gude
toregude7@gmail.com
Brendsvollveien 33
1383 Asker

Tore Gude er spesialist i psykiatri, professor emeritus og nestleder ved Dikemark sykehusmuseum.

Dr. Gjessings biobank

Michael 2024; 21: 410–424

doi: 10.56175/michael.11934

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive dr. Gjessings biobank. Jeg omtaler hva samlingen består av, hvordan den er kommet til, prosessen frem til godkjenning og rammene for fremtidig bruk. Biobanken ønsker interesserte forskere velkommen til å forske på dette materialet.

I 1922 ble Rolv Gjessing (1887–1959) ansatt som reservelege ved Christiania Kommunale Asyl i Asker. Asylet var et fristed hvor pasientene kunne få leve med sin sykdom. Gjessing ivret tidlig for at pasientene skulle få arbeidstrening. Asylet skiftet 1. januar 1925 navn til Dikemark sykehus. Gjessing mente at pasientene fortjente en grundig legeundersøkelse og undersøkelse av blod og urin og med røntgen, slik praksis var ved andre sykehus. De fleste pasientene som ble innlagt hadde diagnosen schizofreni, og 60 % av dem hadde feber ved innleggelsen.¹

I 1924 overtok han en arbeidsbenk i apoteket og fikk utrangert laboratoriestyr fra et apotek. For å kunne kjøpe et apparat som kunne måle stoffskifte tok han opp et personlig lån på sin livspolise. Da det viste seg at arbeidsterapien ga gode resultater, gjennomsnittlig oppholdstid ble redusert med et halvt år, budsjetterte Oslo kommune med penger til forskning. I 1928 fikk han ta i bruk og bygge om hele den store loftetasjen på 500 m² i bygningen *Bjørkeli* som var bygget i 1919 (figur 1 og 2).² Her utviklet han, i samarbeid med andre forskere, et forskningslaboratorium som vant internasjonalt ry.³ Parallelt med forskningen plasserte han i perioden 1925–1948 urin- og avføringsprøver og et hjernemateriale på et mørkt og kjølig

1 Norges offisielle statistikk VIII, 84. *Sinnsykeasylenes virksomhet*, Medisinaldirektøren, Oslo, 1927, s. 37–38. <https://www.nb.no/items/54cee6d81494266ba4abce27eab641f6?page=39> (13.4.2024).

2 Foss, OP. *Historien om Laboratoriet på Bjørkeli*. Hefte, 1997, s. 8. Museets arkiv.

3 Gude, T. Rolv Gjessing – en pioner i norsk psykiatrisk forskning. *Michael* 2024; 21: 399–409.



Figur 1. Foto av bygningen Bjørkeli fra øst. Foto Kjell Martin Moksnes, 2024.



Figur 2. Foto av bygningen Bjørkeli fra sør. Bak vinduene i 3. etasje er Gjessings kontor. Bysten av Rolv Gjessing skimtes til venstre. Foto Kjell Martin Moksnes, 2024.



*Figur 3. Foto fra biobanken. Glass med urinprøver fra perioden 1925–1948.
Foto Kjell Martin Moksnes, 2024.*



*Figur 4. Foto fra biobanken. Glass med faeces i pulverform.
Foto Kjell Martin Moksnes, 2024.*

rom i underetasjen i bygningen (figur 3 og 4). Her har samlingen stått siden, i samme hus som Dikemark sykehusmuseum fikk overta i 2005.

Gjessings tanker og inspirasjon

Rolv Gjessing var en lege med stor nysgjerrighet og arbeidskraft. Om dagen var han overlege og sykehusdirektør, og mange kvelder og netter var han å finne på laboratoriet. Han sa selv at pasientene på Dikemark var hans verden. *Målet var å gjøre sykehuset til et stadig bedre sted for de som ble rammet av sykdom på sinnet. Hvordan finne de beste tiltakene for deres lindring og helbredelse og finne svar på hvordan psykisk lidelse oppsto og utviklet seg?* Han valgte ut en liten gruppe av de sykeste pasientene som kunne være sine egne kontroller. Hans store og idealistiske tro på laboratoriets og forskningens betydning fremgår ikke minst av innskriften i en takbjelke i laboratoriet: «Hic est locus, ubi sanguis urinaque arcana vitae aperiant» – *dette er stedet hvor blodet og urinen åpenbarer livets hemmeligheter* (figur 5).



Figur 5. Foto av et av Gjessings valgspåk: Dette er stedet hvor blodet og urinen åpenbarer livets hemmeligheter.

Foto Kjell Martin Moksnes, 2024.



Figur 6. Foto av Rolv Gjessing og assistentlege Niels Landmark Anthonisen på Dikemark i 1925. Det var et høydepunkt for Gjessing da hans kurve fra laboratoriet «viste et helt syntont og synkront forløp» med Anthonisens kliniske notater. Ukjent fotograf. Fotoalbum i familien Gjessings eie.

I sine selvbiografiske nedtegnelser skrev han (figur 6): «Laboratoriet på Bjørkeli med både analyser og bibliotek har i 20 år vært en rikdomskilde, et fredet sted etter dagens mangehånde krav. Arbeidet med periodisk katononi har fylt meg til fortrenghet av praktisk talt alt annet. Jeg har titt hatt en følelse av å ha tapt alle perler for å vinne denne ene: klarhet over patogenesen. (...) Et dypt inntrykk var da jeg i mars 1925 opplevde at dr. Antonissens⁴ kurve over H's⁵ psykiske tilstand de siste måneder, og mine over O₂ og urinfunn viste et helt syntont og synkront forløp. Det var en hellig stund, en stor opplevelse som jeg kan takke for å ha opplevd.»⁶

Gjessing hadde nok også andre inspirasjonskilder. Asbjørn Følling (1888–1973) fortalte i sin minnetale at Gjessing var en rikt fasettert personlighet med mange interesser også utenom sitt fag og sin forskning. Han var belest innen skjønnlitteratur og filosofi og en kjenner av musikk. Han komponerte og spilte selv flere instrumenter.⁷

Gjessings mange gode medarbeidere

Gjessing hadde fra starten et nært samarbeid blant annet med fire professorer, fysiologen Sophus Torup (1861–1937), legen og biokjemikeren Asbjørn Følling (1888–1973) samt Vilhelm Bjerknes (1862–1951) og Olaf Devik (1886–1987), som var fysikere og meteorologer.⁸ Han trengte snart laboratorieteknisk assistanse. Den første laborant fikk han i 1925 og den andre i 1930. Han trente dem opp selv før han fikk ansatt flere med relevant kompetanse. Spesielle analyser utførte Gjessing selv om kvelden eller natten.⁹

Hva var Gjessings tanker med samlingen?

Hittil er det ikke funnet noe Rolv Gjessing selv har skrevet om tanken bak å samle et slikt materiale. Den danske legen Jørgen Ravn (1903–1993), som besøkte Gjessing i fire uker i 1934, skrev i sine memoarer i 1977: «Til alle urin- og fæcesprøver blev der sat et konserveringsmiddel, og alle prøver blev

4 Niels Landmark Anthonisen (f. 1898) var ansatt som assistentlege ved Dikemark fra 1.8.1924, ifølge *Norges læger 1909–1925*. <https://www.nb.no/items/44ddd3127a74ac199154991afb55f944?page=15> (13.4.2024).

5 Gjessing skriver pasientens navn, som jeg har anonymisert.

6 Gjessing, R. *Selvbiografi*, 1949. Fem maskinskrevne sider om forfedre, familie og hva han har mottatt av verdier av sjelelig art, om impulser fra lesning og liv og opplevelser. Leiv Gjessings slektskrønike, 1993. Museets arkiv.

7 Følling, A. Minnetale holdt i Det Norske Videnskaps-Akademi i Oslo, Årbok, 1960.

8 Gjessing, R. 1947, s. 97; Gjessing R. 1932; Gjessing R. *Journal of Mental Science*, særtrykk 1938 s. 2; Foss, OP, 1997, s. 4.

9 Palmer, H. Historien om laboratoriet ved Dikemark sykehus. *Tidsskrift for Den norske lægeförening* 1992; 112: 1295–1299.

gemt. Gjessings 'urin- og fæcesarkiv' blev berømt.»¹⁰ Asbjørn Følling skrev at «Det var hans inderligste ønske og håp i hans siste år, at disse undersøkelser, 'Dikemarkarbeidene' som han pleide kalle dem, måtte få mulighet for å fortsette også etter hans død.»¹¹ Sønnen Leiv Gjessing (1918–1996) skrev i 1974: «Urine samples (...) are still kept in the urine archives for further studies.»¹² I museets arkiv finnes kun enkeltstående notater om hva samlingen består av. Noe har vi fått kjennskap til gjennom legen Olav Per Foss (1917–2013), som arbeidet ved laboratoriet i årene 1940–1943 og 1951–1953.

Gjessings systematiske innsamling av materiale

Gjessings oppmerksomhet var rettet mot den enkelte pasient, til sammen 33 mannlige pasienter. Noen fulgte han gjennom 12–13 år. De ti første pasientene med kataton schizofreni var 14–52 år gamle og ble fulgt opp totalt i 3500 dager.¹³ I etasjen under laboratoriet hadde han reservert to pasientrom fra 1928. Det er visstnok første gang prinsippet med såkalt metabolsk post (metabolic ward) er omsatt i praksis i Norge.¹⁴ Periodene med innsamling av døgnrurin og avføring, varte gjerne 2–4 måneder. Samtidig inntok pasientene en tilmålt, vel gjennomtenkt og standardisert flytende kost.¹⁵

Samlingen av humant materiale

Urinprøvene

Høsten 2004 ble det talt opp ca. 6000 flasker urin fra 14 pasienter. Olav Per Foss, som var den siste gjenlevende som arbeidet sammen med Gjessing, skrev at de fleste urinprøvene var fra pasienter med diagnosen schizofreni av kataton type. Prøvene var samlet inn i sykdomsforløpets ulike faser, både under kataton uro, stupor og mer normale perioder. All urin ble samlet opp og døgndiuresen målt. Noen få ml ble tatt ut til analyse, resten ble bevart noen dager. Urinen fra tre påfølgende døgn ble slått sammen. Noe av blan-

10 Ravn, J. *Mitt psykiatriske liv*. Odense: Odense Universitetsforlag, 1977, s. 60.

11 Følling, A. *Minnetale over overlege Rolv Gjessing*. Det Norske Videnskaps-Akademi. Årbok 1960, s. 37–38.

12 Gjessing, L. *Clinical Research Laboratory, Dikemark Hospital 1924–1974*, 1974, s. 6.

13 Gjessing, R. Disturbances of somatic functions in catatonia with a periodic course, and their compensation. *Journal of Mental Science*, 1938, s. 3.

14 Palmer, H. Historien om laboratoriet ved Dikemark sykehus. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1992; 112. s. 1296.

15 Kosten besto av melk, fløte, pisket egg, sukker, vitaminer, jern og salter. Gjessing, R. Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie des katatonen Stupores, 1932 s. 325 og Gude, T. 2024.

dingen ble fylt over på 300 ml flasker, tett og tilsatt noen ml Toluol (metylbenzen) som konserveringsmiddel.¹⁶

Faecesprøvene

Fra de samme pasientene ble faeces samlet daglig. Faeces fra hver uke ble tilsatt litt svovelsyre, blandet, tørket og malt til pulver (figur 7). Noe av pulveret er fylt over på ca. 100 ml glass og korket. Glassene ble merket på samme måte som urinflaskene. Samlingen består av flere hundre faecesprøver.

Hjernematerialet

Hjerner eller deler av hjerner fra 30 pasienter var oppbevart i glass med formalin. Olav Per Foss fortalte at på den tiden skulle psykiatriske sykehus obdusere alle pasienter som døde under oppholdet. Overlegene obduserte, helst dødsdagen, og de skrev grundige obduksjonsrapporter.¹⁷ Hjerne-



Figur 7. Foto av kaffekvernen som ble brukt til å male tørket faeces til pulver. Foto Kjell Martin Moksnes, 2024.

16 Foss, OP. *Historien om Laboratoriet på Bjørkeli*. Hefte, 1997. Museets arkiv.

17 Cammermeyer, J., Gjessing, R. Fatal myocardial fat-embolism in periodic catatonias with fatty liver, *Acta Medica Scandinavica* 1951; 139: 358–367, s. 358.

materialet stammer fra 26 menn og 4 kvinner med aldersspenn 28–87 år. De fleste var i 40-årsalderen, 18 av dem med schizofrenidiagnose, fire med affektiv psykose og seks med hjerneorganisk hoveddiagnose, en tumor cerebri og en med manglende opplysninger. Materialet var samlet inn i perioden 1925–1948. Hos to pasienter er det tatt vare på både hjerne- og urinprøver.

Bjørkelibygningen med laboratoriet

Brannvesenet kom med kostbare pålegg om forbedringer, noe som førte til at laboratoriets personale i 1987 flyttet over i nye lokaler i en nærliggende bygning, *Pensjonatet*. Rolvs sønn, Leiv Gjessing, som ledet laboratoriet fra 1961, opprettet her Forskningsinstitutt for neuropsykiatri. Det gamle sentrallaboratoriet står i dag slik som det ble forlatt i 1987. Instrumentene, kjemikalierne, bøkene, tidsskriftene, korrespondansen, protokollene, bildene og maleriene som pasientene hadde laget, ble værende igjen som en del av Dikemark sykehusmuseum.

Museet drives av ti pensjonister, som på frivillig basis ivaretar laboratoriet og sykehusets samlinger. Bygningen eies nå av Oslo universitetssykehus og ble i 2012 fredet både utvendig og innvendig.¹⁸ Når de siste pasientene forlater Dikemark etter planen i 2026, må museet bli værende og videreføres med kompetanse både fra helsefaglig og museumsansvarlig hold.

Skal samlingen tas vare på eller destrueres?

Dikemark sykehus ble nedlagt som egen etat i 1996. Ullevål universitetssykehus overtok etatsansvaret for noen avdelinger og laboratoriebygningen. Ved 100-årsjubileet for Dikemark i 2005 ble det bestemt at museet, som var etablert i 1984, skulle få benytte bygningen *Bjørkeli* til sin virksomhet. I 2004 nedsatte museet en arbeidsgruppe for å gjennomgå samlingen av biologisk materiale i underetasjen.¹⁹ Gruppen laget en oversikt og kontakttet forskningsdirektøren ved Ullevål sykehus.²⁰ Professorene Svein Friis og Ole A. Andreassen fikk oppgaven med å finne ut om det samlede materialet skulle oppbevares videre eller destrueres. Først fikk jeg oppdraget med å undersøke om samlingen var forskbar.

18 Sektorvise landsverneplaner og fredningsvedtak: Helse- og omsorgsdepartementet. Publisert 13.12.2019, endret 9.5.2022. Riksantikvaren. <https://riksantikvaren.no/prosjekter/landsverneplaner/helse-og-omsorgsdepartementet/> (14.4.2024)

19 Arbeidsgruppen besto av Olav Per Foss, Wenche Alten, Margrethe Wesenberg og Kari Zeiner-Henriksen.

20 Povel Paus (f. 1939) var forskningsdirektør.

Kan det forskes på denne samlingen?

En forutsetning er at materialet kan kobles til pasientens kliniske status på datoer prøvene ble tatt. Vi fant at hvert glass i samlingen er merket med pasientens navn, løpenummer og datoene for tredøgnsperioden. Pasientenes journaler oppbevares i Oslo byarkiv. Etter søknad fikk vi hentet ut noen få journaler. Ikke alle inneholdt tilstrekkelige kliniske opplysninger fra perioden prøvene var tatt. Noen journaler var ikke fullstendige. Det viste seg at en pasient med flere opphold sannsynligvis hadde flere journaler lagret i arkivet.

Hvor fant vi pasientopplysningene?

Opplysninger om pasientenes kliniske tilstand ble funnet i Gjessings ti omfattende vitenskapelige artikler på tysk.²¹ Artikkene er innbundet i en bok som finnes i laboratoriet.²² I artikkene var pasientenes livs- og sykehistorie beskrevet i detalj sammen med resultatene av laboratoriets undersøkelser. Her var deres kliniske tilstand fra dag til dag nedtegnet gjennom 6–8 ukers perioder. Forskingen var konsentrert om 24 menn med diagnosen schizofreni av kataton type.²³ I hver artikkel var 1–4 pasienter inngående beskrevet. Flere portretter og kropps fotografier brukt til antropometrisk vurdering var med, sammen med resultatene fra spesial- og røntgenundersøkelser av bihuler, tonsiller, tenner og lunger.²⁴ I tillegg var det figurer og tabeller over kroppsvekt målt daglig etter vannlating, rektal temperatur målt to ganger daglig, pulsfrekvens morgen og kveld, blodtrykk, reflekser, høyde, respiratorisk kvotient og lungeventilasjon. Bevegelsesmengde ble målt med Olaf Deviks senge-seismograf²⁵ som han hadde laget for laboratoriet.²⁶ Total nitrogen i maten ble beregnet daglig. Urinen ble hver dag undersøkt på total mengde, spesifikk vekt, total nitrogen, urea, ammonia (ammoniakk), kreatinin, aciditet, sulfater, fosfater og klorider. Total nitrogen ble målt i faeces. Blodundersøkelse med celle- og differensialtelling ble foretatt tre ganger per uke. Alkalireserve, total nitrogen og non-proteinnitrogen ble målt to ganger i uken.¹⁶ Basalstoffskiftet ble bestemt hver morgen. Opptaket av oksygen og utskillelsen av karbondioksid ble undersøkt med et appa-

21 For oversikt over disse artikkene, se Gude, T. [Rolv Gjessing – en pioner i norsk psykiatrisk forskning](#). *Michael* 2024; 21: 399–409.

22 Gjessing, L. *Rolv Gjessing 26.6.1887-11.3.1959*. Innbundet samling av artikler, 1960.

23 Gjessing, R. 1938, s. 3.

24 Gjessing, R. Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. Patogenetische Erwägungen. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1960, 200, s. 386. Utgitt etter hans død.

25 Senge-seismografen er beskrevet i Gjessing, R. Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie des katatonen Stupors. *Archiv f. Psychiatrie* 1932; 96: 319–392, s. 327.

26 Devik, O. *Blant fiskere, forskere og andre folk*. H. Aschehoug & Co (W. Nygaard), Oslo, 1971, s. 213.

rat konstruert og bygd ved Dikemark sykehus.²⁷ Heldigvis var beskrivelsene av klinisk status sammenfallende med datoen på uringlassene hos minst sju pasienter. På denne bakgrunn kan noe av materialet være forskbart. Når det gjelder hjernematerialet, fikk vi etter søknad hente ut 30 journaler som fram til 2025 oppbevares ved Oslo universitetssykehus. Jeg har på bakgrunn av journalmaterialet rediagnostisert pasientene etter diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD-10), og det var god overensstemmelse med sykehusets diagnoser.

Er prøvene noenlunde intakte?

Dette er det store spørsmålet. Makroskopisk ser noen av urinflaskene forbausende rene ut, mens andre er mørke, og noen har bunnfall. Fem urinprøver ble tatt med til Rikshospitalet for å bli undersøkt om prøvene har tålt lagringen og kan gi holdbare svar med dagens metoder. Svaret foreligger ikke ennå (april 2024). Pulversamlingen med faeces er ikke undersøkt, men hjernematerialet har vist seg brukbart.

Sikring av materialet

Humant biologisk materiale skal behandles med respekt og både oppbevares og brukes forsvarlig. I all forskning gjelder det å ivareta respekten for menneskeverdet, verne om personlig integritet og avgitt samtykke. For dette materialet kjenner vi ikke til om pasientenes samtykke var innhentet.²⁸

Først ble en faggruppe invitert for å drøfte muligheten for et pilotprosjekt og etableringen av en biobank.²⁹ Gruppen mente at materialet måtte bevares, og at man skulle sette i gang et pilotprosjekt for å undersøke materialets kvalitet og søke om å få etablere en biobank.

Ideer fra den tidlige fase

I 2014 ble flere fagpersoner trukket inn for å planlegge bruken av materialet.³⁰ Gruppen anbefalte at hjernene skulle overføres til Anatomisk seksjon ved Universitetet i Oslo, for å sikre en trygg oppbevaring av dem. Hjerne-samlingen ble flyttet dit i 2015. Vi ønsket å bruke moderne histologiske og histokjemiske analyser av dem. Spesielt verdifullt var det at hjernene var fra tiden før nevroleptika. Kanskje MR-avbildning, immuncytokjemiske undersøkelser, DNA/RNA-analyse, metyleringssekvensering, epigenetiske under-

27 Foss, OP, 1997, s. 10.

28 NOU 2001: 19, *Biobanker – Innhenting, oppbevaring, bruk og destruksjon av humant biologisk materiale*. Sosial- og helsedepartementet, 2001.

29 Faggruppen besto av Jens Petter Berg, Svein Friis, Lars Mørkrid, Ole A. Andreassen, Ludvig Daae og Kjell Martin Moksnes.

30 Faggruppen ble utvidet med Stephanie Le Hellard, Jens Pahnke og Svend Davanger.

søkelser, sporing av genuttrykk og isotopundersøkelse kunne være aktuelt? Vi luftet også tanker om gasskromatografi, massespektrometri og NMR-basert metabolomikk med mer. Vi ønsket å gjøre moderne biokjemiske analyser av urinprøvene for å undersøke sammenheng mellom sykdomsutvikling og markører i urin. Senere kom ideen om å gjøre genundersøkelser av bakterier fra 1920- og 30-årene i fæces.³¹

Vil det være etisk forsvarlig å forske på materialet siden vi ikke har kunnskap om pasientene hadde gitt samtykke? Vi mente at pasientene med sine lange opphold og samarbeid med Gjessing om disse til dels krevende undersøkelsene var kjent med hans formål. Det kan også være uetisk å la være å forske for å få frem kunnskap og viten.

Søknadsprosessen for å opprette en biobank

Ifølge helseforskningsloven fra 2009 er det Regional etisk komité (REK) som godkjenner prosjektspesifikke forskningsbiobanker. I 2012 ble det sendt søknad til REK sør-øst C om tillatelse til prosjektet *Psykoselidelser uten medikamenter*. Prosjektteamet ønsket å gjøre moderne analyser av hjernene for å påvise sammenhenger med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig søkte vi om å få opprettet en ny spesifikk forskningsbiobank med navnet *dr. Gjessings biobank*.

Et unikt materiale

Etisk komité mente materialet var unikt og hadde vitenskapelig og samfunnsmessig potensial til å være nyttig. Den ønsket flere opplysninger fordi prosjektet reiste en rekke forskningsetiske problemstillinger. Her skulle det gjøres bruk av journalopplysninger, urinprøver og hjerner fra obduksjoner, der det ikke var avgitt samtykke til forskning. At hjernene er oppbevart for å brukes til forskning og ikke er begravet, kan være uttrykk for manglende respekt, slik vi i dag tenker om det. Er det akseptabelt å bruke et materiale som er samlet inn på en måte som vi i dag ikke ville godta? Bør hjernene begraves, eller når skaden først er skjedd, kan forskningen bli til nytte for samme gruppe pasienter?

Etisk komité fremhevet også problemstillinger knyttet til bruk av sjeldent og følsomt historisk materiale mer generelt. Etter avtale med *Nasjonalt utvalg for forskning på menneskelige levninger (Skjelettutvalget)* ble derfor saken oversendt til dem for en vurdering før komiteen traff sin beslutning. Selv om deler av biobanken befinner seg i samme hus som Dikemark sykehusmuseum, er den ikke en del av museet og blir ikke vist til besøkende.

31 Professor emeritus ved Karolinska Institutet i Stockholm, Tore Midtvedt, 2022.

Med hensyn til samtykke mente vi at mye tydet på at pasientene visste hva de var med på. Noen få pasienter av gangen ble opplært til å bo i den metabolske posten. De deltok aktivt i undersøkelsene og samarbeidet godt selv under de katatone uroperiodene. Pasientenes pårørende var takknemlige for den grundige undersøkelsen og behandlingen pasientene fikk.³² Asbjørn Følling skrev i minnetalen at «Gjessing var sine probander meget takknemlig for deres kooperasjon. 'Her ligger våre dosenter', pleide han å si, med den dobbeltmening, at av dem lærte han både sykdomsforløp og tålmodighet».³³ Skjelettutvalget mente dette ikke ga grunnlag for å si at det foreligger et presumert samtykke. Siden prosjektet skal benytte personidentifiserende informasjon, må man sikre at slik informasjon ikke kommer på avveie, med hensyn til personers ettermæle og til eventuelle etterkommere.

Etisk komites konklusjoner

Det er et langt sprang fra velvillig avgivelse av urinprøver til oppbevaring av hjerner etter personens død. Samtidig er det et faktum at hjernene og de øvrige prøvene er blitt oppbevart siden 1925–1948. Trolig er det svært få gjenlevende nære slektninger av pasientene, og det synes å være både vanskelig og urealistisk å be om et samtykke så mange år senere. Komiteen trodde ikke at det ville krenke personene det gjelder, at prøvene benyttes til potensiell nyttig forskning, mer enn at de har ligget i et avstengt museumsrom på Dikemark. Den mente at det ikke er realistisk å henvende seg til eventuelle etterkommere med tanke på innhenting av samtykke. Komiteen besluttet også å gi dispensasjon fra taushetsplikten slik at helseopplysninger kan inkluderes i prosjektet.

For videre bruk og oppbevaring av materialet skal det opprettes en spesifikk forskningsbiobank for det humant biologiske materialet som benyttes i prosjektet. Det var av avgjørende betydning for komiteen at det dreide seg om et unikt materiale, som kan brukes uten at det i nevneverdig grad ødelegger for et museumsformål.

REK sør-øst C godkjente 13. juni 2013 opprettelsen av *dr. Gjessings biobank*. Materialet skal primært forskes på med tanke på psykisk sykdom. Det er ikke aktuelt med utførsel av materialet til utlandet. I så fall må det fremmes en ny søknad til etisk komité. Komiteen aksepterer ikke at materialet destrueres, men besluttet å sette en tidsangivelse frem til og med 31. desember 2030. Det skal utarbeides en plan for videre oppbevaring av materialet etter prosjektslutt. Det skal legges til rette for deling av materia-

32 Gjessing, L. 1974, s. 5.

33 Følling, A. 1960, s. 5.

let med andre forskningsmiljøer, gjerne gjennom samarbeidsprosjekter. Biobankregisteret ble underrettet. Komiteens avgjørelse var enstemmig.³⁴

Er materialet blitt benyttet frem til nå?

Foreløpig er deler av hjernesamlingen benyttet i én masteroppgave. Nevroviter Bettina Kjøge Wilhelmsen fullførte sin oppgave i 2016.³⁵ Hun undersøkte åtte hjerner hos ikke-medisinerte pasienter med schizofreni og sammenliknet med hjerner av friske. Det formalinfikserte hjernevevet var vel bevart og ga grunnlag for gode snitt. Å se nevroner med såpass stor detaljrikdom fra hjernen til pasienter som døde for mer enn 70 år siden, var en stor overraskelse. Sammenliknet med friske individer fant hun abnormal høy dendritt-tetthet i hvilenettverket som korrelerer med den økte aktiviteten vi ser hos pasienter med schizofreni.

Enkelte forskningsmiljøer har vist interesse for samlingen, blant annet amerikanske forskere ved National Institutes of Health, fordi det er sjelden at hjerner til pasienter med alvorlige psykiske lidelser er upåvirket av nevroleptika. Noen har sett på samlingen av fæcesprøver. Det er ingen aktuelle prosjekter som pågår i øyeblikket.

Avslutning

Da Rolv Gjessing holdt sin avskjedstale i 1949, skrev han i sine notater at: «Dementia Praecox er en ondartet sinnssykdom. Så hjelpeløse har vi vært at vi har prøvd alt mulig. Kanskje vi ikke har undersøkt nok lenge (sic), kanskje det er problemstillinger vi ikke har øynet. Så har vi forsøkt det på vårt vis».³⁶ Året etter skrev han i en essaysamling i nevropsykiatri: «The lack of success, in spite of persistent investigations, may be due to the possibility that we have been examining a group of diseases pathogenetically heterogeneous (...) Such a complete and well-planned investigation we, as workers in mental hospitals, clearly cannot as yet undertake. It is a research task of great magnitude, requiring space, equipment and instruments more than we are able to provide (...) At present, and probably for a long time to come, we still are in need of accurate and complex data. The carrying out of these investigations may be our contribution as mental hospital physicians.»³⁷

Gjessing håpet nok at hans materiale kunne være til hjelp i forskningen med nye metoder som er utviklet etter hans tid. Materialet fortjener en

34 Fra REK sør-øst C. *Psykoselidelser uten medikamenter. Bruk av dr. Gjessings samling*, 28.6.2013.

35 Wilhelmsen, BK. *Dendrite spine density in the default mode network: a postmortem morphometric study of schizophrenia*. Masteroppgave, 2016.

36 Kladd til avskjedstalen, funnet på Gjessings kontor.

37 Gjessing, R. 1950, s. 225.

seriøs og ordentlig behandling. Biobanken ønsker interesserte forskere velkommen til å forske på dette materialet før 2030. Ansvarshavende for forskningsbiobanken er professor Ole A. Andreassen ved Universitetet i Oslo (ole.andreassen@medisin.uio.no), forskningsansvarlig er Oslo universitetssykehus og jeg er lokal koordinator for samlingen.

Vi skylder pasientene og Rolv Gjessing å ta vare på materialet på en skikkelig måte. Da Lars Terenius (f. 1940), som var den første til å vise endorfinenes virkning i kroppen, gikk inn i Bjørkeli-bygningen i 1986, sa han: «Här måste vi ta av oss mössan, vi står på helag grunn.»³⁸

Litteratur

1. Cammermeyer, J., Gjessing, R. Fatal myocardial fat-embolism in periodic catatonia with fatty liver. *Acta Medica Scandinavica* 1951; 139: 358–367. <https://doi.org/10.1111/j.0954-6820.1951.tb17174.x>
2. Devik, O. *Blant fiskere, forskere og andre folk*. H. Aschehoug & Co (W. Nygaard), Oslo, 1971. <https://www.nb.no/items/797cc0f9ce73d9ffaaadd159be27a59e?page=213> (25.3.2024)
3. Foss, OP. *Historien om Laboratoriet på Bjørkeli, overlege Rolv R. Gjessings arbeid som lege og forsker*. Hefte på Dikemark sykehusmuseum, 1997, 1–12.
4. Følling, A. *Minnetale over overlege Rolv Gjessing*. Det Norske Videnskaps-Akademi i Oslo, Årbok, 1960, s. 32–38. <https://www.nb.no/items/b331059f124c7365749cad640121cae1?page=33> (25.3.2024)
5. Gjessing, L. *Clinical Research Laboratory, Dikemark Hospital 1924–1974*, Asker, Bjerkeli Laboratory Press, 1974.
6. Gjessing, L. Rolv Gjessing 26.6.1887–11.3.1959. Innbundet samling av artikler.
7. Gjessing, R. Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie des katatonen Stupors. *Archiv f. Psychiatrie* 1932; 96: 319–392. <https://doi.org/10.1007/BF02064336>.
8. Gjessing, R. Beiträge zur Kenntnis der Pathophysiologie der katatonen Erregung. III. Mitteilung. Über periodisch rezidivierende katatone Erregung, mit kritischem Beginn und Abschluß. *Archiv für Psychiatrie* 1936; 104: 355–416. <https://doi.org/10.1007/BF01814233>
9. Gjessing, R. Disturbances of somatic functions in catatonia with a periodic course, and their compensation. *Journal of Mental Science* 1938; 84: 608–621. <https://doi.org/10.1192/bjp.84.352.608>
10. Gjessing, R. Introductory lecture: Biological investigations in endogenous psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1947; 22: 93–104. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1947.tb03955.x>
11. Gjessing, R. *Rolv Gjessings selvbiografi*, 1949, i Grømstad Gjessingene av Leiv Gjessingene og deres etterkommere i 300 år, Rognerike Press 1993, s. 169–173.

38 Professor Lars Terenius (Uppsala) holdt et foredrag på minisymposiet *Biologisk psykiatri* ved åpningen av Forskningsinstitutt for nevropsykiatri 6. november 1986.

12. Gjessing, R. *Mental hospital problems*. I: Richter, D., Perspectives in neuropsychiatry: essays presented to Professor Frederick Lucien Golla by past pupils and associates, London, H.K. Lewis, 1950, 217–229.
13. Gjessing, R. Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. X. Mitteilung. Pathogenetische Erwägungen. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie* 1960; 200: 366–389. <https://doi.org/10.1007/BF00353083>
14. Gude, T. Rolv Gjessing – en pioner i norsk psykiatrisk forskning. *Michael* 2024; 21: 399–409.
15. Kobro, I., red. *Norges læger 1909–1925*. Oslo: Aschehoug, 1927, s. 8. <https://www.nb.no/items/44ddd3127a74ac199154991afb55f944?page=15> (14.4.2024)
16. Norges offisielle statistikk VIII, 84. *Sinnssykeasylenes virksomhet*. Medisinaldirektøren, Oslo, 1927. <https://www.nb.no/items/54cee6d81494266ba4abce27eab641f6?page=0> (25.3.2024)
17. NOU 2001: 19. *Biobanker – Innhenting, oppbevaring, bruk og destruksjon av humant biologisk materiale*. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 20.6.2001. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-19/id143909/> (25.3.2024)
18. Palmer, H. Historien om laboratoriet ved Dikemark sykehus. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1992; 112: 1295–1299. <https://www.nb.no/items/e3ffb66c9e4b346a62b0ea236d81cff0?page=63> (25.3.2024)
19. Ravn, J. *Mitt psykiatriske liv*. Odense: Odense Universitetsforlag, 1977.
20. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). *Psykoselidelser uten medikamenter. Bruk av dr. Gjessings samling*, 28.6.2013.
21. Wilhelmsen, BK. *Dendrite spine density in the default mode network: a postmortem morphometric pilot study of schizophrenia*. Masteroppgave. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2016. <http://hdl.handle.net/11250/2437133>

Kjell Martin Moksnes
kjell.martin.moksnes@gmail.com

Kjell Martin Moksnes er tidligere avdelingsoverlege ved Alderspsykiatrisk avdeling, Dikemark sykehus, medlem av museumsforumet i Dikemark sykehusmuseum og lokal koordinator for biobanken.

Jeg takker Gjessings sønnesønn, Kai Gjessing, for utlån av bilder.

Krampeterapier ved Dikemark sykehus

Michael 2024; 21: 425–445

doi: 10.56175/michael.11935

I 1930-årene ble flere ulike krampeterapier introdusert i psykiatrien. Ved Dikemark sykehus ble tre typer forsøkt: insulinkomabehandling, cardiazolbehandling og elektroshokkbehandling. I denne artikkelen omtales krampeterapiens historie ved sykehuset og direktør Rolv Gjessings rolle i den.

Ved Dikemark sykehusmuseum laget vi i 2020 en fast utstilling over behandlingsmetoder som var benyttet i sykehuset 1905–2020. Ulike metoder med korte og lange bad, detoksikasjonsterapi,¹ feberterapi, sovekur, diett, lysbehandling, beskjeftigelse og hormonterapi ble utprøvd, men de fleste ble forkastet.

En egen modalitet var krampeterapi, også kalt konvulsjonsterapi, som ble forsøkt i tre ulike varianter. Insulinkomabehandling ble innført ved sykehuset i 1935 og cardiazolbehandling i 1937. Metodene ble ofte brukt i kombinasjon. Gjessing mente imidlertid i 1944 at man ikke hadde sett noen sikker pålitelig virkning av behandlingene og ble skeptisk til alle former for sjokkbehandling.² Elektroshokkbehandling ble introdusert i norsk psykiatri i 1941, men ble ikke brukt ved Dikemark før etter at Gjessing hadde gått av som direktør i 1949.

Aktuelle typer krampeterapier

I *Lærebok i klinisk psykiatri* fra 1954 skrev professor Gabriel Langfeldt (1895–1983) at man under sjokkbehandlingene sammenfattet en rekke behandlingsmetoder som hadde det til felles at pasienten under behandlin-

1 Det ble brukt ulike betegnelser på denne behandlingsformen: defokalisasjon, defokaliseringsterapi, fokalterapi.

2 Haave P. *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub, 2008, s. 303.

gen ble mer eller mindre bevisstløs. Enkelte av behandlingene ble ledsaget av konvulsjoner, andre ikke. Av konvulsjonsterapiene nevnes: insulinkoma-behandling, cardiazolbehandling, elektroshokkbehandling, elektronarkose, acetylcholinshokk, vaskulære sjokk, kulldioksydbehandling.³ Kun de tre første ble brukt ved Dikemark sykehus og skal omtales her.

Oversikt over behandlingsmetodene som sykehuset har benyttet, har jeg fått gjennom Norges offisielle statistikk om asylene og psykiatriske sykehus utgitt årlig av Medisinaldirektøren og Statistisk sentralbyrå i årene 1905–1980,⁴ sykehusets egne årsrapporter og aktuelle tidsskriftsartikler. Historikeren Per Haaves bok *Ambisjon og handling*⁵ samt Gjessings egne manus, brev og personlige notater funnet på hans kontor, har også vært nyttige.

Insulinkomabehandling (insulinsjokk)

Insulin, som ble introdusert i behandlingen av diabetes i 1922, hadde også kommet i bruk i behandlingen av schizofreni som et hjelpemiddel til å motarbeide næringsvegring og bedre allmenntilstanden. I 1933 våget dr. Manfred Sakel (1900–1957) i Wien å gi insulin i større doser, og han innførte sjokkutløsende insulinbehandling ved schizofreni. Han erfarte at dette hadde gunstig virkning på urolige, opphissede pasienter. I en monografi i 1935 skrev han at blant de første 50 pasientene oppnådde 70 % helbredelse, 18 % ble mye bedre, og kun hos 12 % var behandlingen uvirksom.⁶ Det hørtes nesten utrolig ut, men lansert av den berømte Wiener-klinikken, kunne man ikke stille seg avvisende til dette. En ild ble tent i Europa og USA.

Dikemark tok metoden i bruk høsten 1935, antakelig som det første sykehuset i Norden, og installerte «insulinstasjoner» både ved manns- og kvinneavdelingen.⁷ I starten behandlet man pasienter med schizofreni av alle typer, men etter hvert så man at de katatone og paranoide responderte best, og behandlingen ble innsnevret til å gjelde disse.⁸

3 Langfeldt G. *Lærebok i klinisk psykiatri*, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard), Oslo, 1954, side 99–108. <https://www.nb.no/items/6ea8a23c0f4caa90c9b828ab186d8537?page=121> (7.4.2024).

4 Disse statistikkene er digitalisert og ligger åpent tilgjengelig på Statistisk sentralbyrås nettsider: <https://www.ssb.no/historisk-statistikk/emner/helse-og-sosiale-forhold/helsetjenester/sykehus-og-helseinstitusjoner/psykiatriske-sykehus/sinnssykeasylenes-virksomhet-hospices-dalienes-utg.av-medisinaldirektoren> (7.4.2024).

5 Haave P. *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub, 2008.

6 Sakel, M., *Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie*. Vienna, Moritz Perles, 1935.

7 Gordon Johnsen (1905–1983) i innledningen til Harald Frøshaugs minneforelesning 16.10.1981. Museets arkiv. Johnsen var kandidat og assistentlege ved Dikemark sykehus 1936–1939, ifølge *Norsk biografisk leksikon*. https://nbl.snl.no/Gordon_Johnsen (23.4.2024).

8 Norges offisielle statistikk, X, 22, *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, Statistisk sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1941, s. 17.

Før behandlingen ble hver pasient grundig undersøkt, inngående drøftet og skriftlig tillatelse ble innhentet fra pårørende. Det ble foretatt en rekke kliniske forundersøkelser, røntgen av cor og columna, ventrikkelsekresjon, senkningsreaksjonen, blodutstryk, kalium, klor, pH, glukosebelastningsprøve og surstoff-forbruk. Prognosen uten behandling ble nedskrevet. Allmenntilstanden var bedret så langt som mulig. Det betød at eventuelle infeksjoner var behandlet, og de fleste hadde fått diett-terapi og andre behandlingsformer uten å bli bedre. Pasienten var fastende og fikk en injeksjon med insulin kl. 7.30. Samtidig ble det satt inn en ventrikkelsonde slik at man på korteste varsel kunne tilføre pasienten en sukkeropløsning. Blodsukkeret sank, og 2,5–3 timer etter insulinsprøyten inntrådte koma. Øvede insulinpleiere og sykepleiere fulgte nøye med og målte puls, blodtrykk, respirasjon, reflekser, allmenntilstand og våkenhetsgrad hvert kvarter.⁹ En lege befant seg i hele den kritiske formiddagstid i umiddelbar nærhet av pasientene.

Dosene varierte gjerne fra 10–200 I.E. Da komaet hadde vart 1,5–2 timer, ble pasienten gitt 500 cc¹⁰ ca. 20 % sukkeropløsning. Pasienten våknet da etter ca. 10–20 minutter.

Ønsket man en hurtig avbrytelse av komaet, ble glukose gitt intravenøst. Kuren ble gitt daglig med en hviledag i uken. Øvre aldersgrense var 50 år, og sykdommer i hjerte- og karsystemet og lunger var kontraindikasjon. Ved oppnådd ønsket effekt, ble kuren avsluttet. Den beste virkningen kom når man utløste kramper.

De syke selv opplevde kuren høyst forskjellig. Enkelte følte den ubehagelig. Under oppvåkningen var det vanskelig å orientere seg, noen hallusinererte livlig og romoppfatningen var forandret. Andre merket lite ubehag under og etter kuren, og da døsigheten etter oppvåkningen ga seg, følte de seg vel. Hva som førte til bedring var på ingen måte kjent.

Behandlingen besto av tre faser. I den innledende fasen ble insulinmengden økt gradvis fra dag til dag inntil dosen utløste koma. Følsomheten for insulin var forskjellig. Den andre fasen omfattet ca. 30–40 behandlingdager med koma. Deretter gikk man inn i den avsluttende fase hvor insulinmengden gradvis ble trappet ned.

Personalet kunne bli begeistret. Nå fikk de se hvordan sløve, urenlige og urolige klarnet opp og ble renlige, rolige og arbeidsføre og fikk livsgleden og interessen tilbake.¹¹

9 Fra et foredrag Rolv Gjessing holdt for allmennpraktiserende leger på Gjøvik i 1952. Museets arkiv.

10 cc er forkortelse for cubic centimetre. SI-enheten er cm³.

11 Norges offisielle statistikk, X, 22, dr. Konrad Lunde ved Valen sjukehus i *Sinnsykeasylenes virksomhet 1938*, s. 22. Statistisk sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1941.

Pasienten ble hurtigst mulig flyttet over til et gunstig miljø, gjerne kombinert med hyggelig beskjeftigelse. Det var meget interessant at pasienter som hadde levd i en isolattilværelse i ti år og mer, fikk tilbake sine sosiale vaner. Noen pasienter fikk tilbake regelmessig menstruasjon etter behandlingen.¹²

Under andre verdenskrig ble det innskrenket tilførsel av insulin og forbud om bruk til insulinkomabehandling i 1942.¹³ Etter krigen ble insulin hyppig brukt i mindre, subkomatøse doser som beroligende middel og for å stimulere matlysten. Ved mannsavdelingen ble insulin for siste gang brukt i komadoser til noen få pasienter i 1959.¹⁴

Antall og resultater av behandlingen

Totalt ble det gjennomført 5243 dype sjokk pluss atskillige svære hypoglykemiske tilstander uten sjokk.¹⁵ Pasientenes gjennomsnittsalder var 35 år, og gjennomsnittlig varighet av oppholdet før behandlingen var 7–8 år.¹⁶

Tall i medisinalberetningene fra Dikemark og publikasjonene fra Statistisk sentralbyrå gjør det mulig å følge aktiviteten: 109 pasienter ble behandlet med insulinkur i perioden 1936–37,¹⁷ 215 pasienter var ferdigbehandlet til og med 1938,¹⁸ 300 i årene 1936–1941 (se tabell 1) og 310 pasienter for perioden 1935–1941 (se tabell 2)¹⁹.

Vi har ikke funnet at resultatene av behandlingen ble publisert. Men på Gjessings kontor har vi funnet oversikter over behandlingsresultater og sammenligninger med andres resultater.

12 Frøshaug H. Insulinsjokkbehandling av schizofrene psykoser. Medisinalberetning for Dikemark sykehus, 1937, bilag 16. Se trykte versjoner i Frøshaug H, Thomstad H. Insulinsjokkbehandling bei chronischen schizophrener Psychosen. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1938; 13: 139–162 og Frøshaug H. Insulinsjokkbehandling av schizofrene psykoser. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening* 1939; 59: 63–71.

13 Gjessing, R. Medisinalberetning 1942, side 3. Museets arkiv.

14 Dikemark sykehus. Årsberetning, 1959.

15 Johannessen NB. *Noen streif fra Dikemark i «gamle dager»*. Foredragsmanus 25.5.1974. Museets arkiv.

16 Gjessing R. *Dikemarks insulinmateriale 1936-41*. Tabell funnet på Gjessings kontor på museet.

17 Insulinkurer omtalt av assistentlege Georg Henriksen i Medisinalberetningen 1937, jf. *Sinnsykeasylens virksomhet 1937*, s. 18.

18 I *Sinnsykeasylens virksomhet 1938*, s. 18, omtalte Gjessing 215 pasienter som hadde gjennomgått insulinkur, men året etter publiserer reservelege T. Seip en etterundersøkelse av 209 pasienter for årene 1936–38 i *Sinnsykeasylens virksomhet 1939*, s. 22–24.

19 Antall pasienter kan være noe vanskelig å vurdere ettersom en del fikk kombinasjonsbehandling med både insulin og cardiazol.

Tabell 1. Resultatene fra insulinbehandlingen ved Dikemark 1936–1941 (n=300) sammenlignet med resultatene ved Sankt Lars sykehus i Lund i Sverige 1938–1943 (n=342). Upubliserte data, tabell funnet på Gjessings kontor.

		A	B	C	D/E	Totalt
Lund*	1938–43	98 (29 %)	42 (12 %)	47 (14 %)	155 (45 %)	342
Dikemark**	1936–41	11 (4 %)	38 (13 %)	47 (16 %)	204 (68 %)	300

* overlege Torsten Sondén (1893–1953) ** Rolv Gjessing

Definisjon av bedring:

A = full remisjon

B = sosial remisjon – arbeidsdyktig, men ikke symptomfri

C = anstalt remisjon – kan forpleies på roligere eller rolig avdeling

D = forbigående remisjon

E = uten virkning, eller forverret

Sondén oppnådde full remisjon hos 29 %, Gjessing kun hos 4 %. I Lund var gjennomsnittlig sykdomsvarighet 3,2 år, ved Dikemark 7,2 år. I gruppen 0–1 års varighet av sykdom før insulinbehandlingen, hadde Lund 38 % mot Dikemark 7 %.²⁰ Resultatene lå langt under det Sakel hadde rapportert. Hovedårsaken var antakelig pasientutvalget. Sakel behandlet yngre pasienter med kort sykdomstid, mens man ved Dikemark behandlet pasienter med langvarige og behandlingsresistente sykdomsforløp. Enkelte pasienter syntes å profitere, fortrinnsvis hvis lidelsen var av kort varighet og eksogene faktorer syntes å ha spilt inn. Hos pasienter med mer kronisk sykdom og med utpreget endogen genese syntes virkningene små. Noen lettelse så man undertiden i depressivt pregede sykdomstyper. Allerede etter få år begynte tvilen å melde seg hos Gjessing. Var disse resultatene bedre enn det som ble oppnådd i tiden før insulinbehandlingen? Var det andre som kom seg med insulin, enn de som ville kommet seg spontant?²¹

Komplikasjoner og dødsfall

Gjessings etterfølger ved mannsavdelingen (1949–1974), Nils Berner Johannessen (1906–1979), fortalte senere at man ved Dikemark hadde 5–6 dødsfall i tilslutning til kurene. Med tanke på det høye antallet behandlinger syntes man den gang at komplikasjonene og de fatale utganger var sjeldne.²² Hvis Johannessens opplysninger kun gjelder insulinkurene, blir nevneren 310, og dødeligheten var 1,7%. Tallet er vanskelig å vurdere fordi en del

20 Gjessing sammenliknet Dikemarkmaterialet med Torsten Sondéns materiale fra Lund i Sverige. Tabeller funnet på Gjessings kontor på museet.

21 Gjessing R. Foredrag for allmennpraktiserende leger på Gjøvik, 1952. Museets arkiv.

22 Johannessen NB. Noen streif fra Dikemark i «gamle dager». Foredragsmanus 25.5.1974. Museets arkiv.

pasienter fikk kombinasjonsbehandling med både insulin og cardiazol. I dag ville dødsfallene ha stoppet bruken av behandlingsmetoden umiddelbart.

Cardiazolsjokk

Krampeterapi med cardiazol (eller pentetrazol) ble innført av den ungarske nevropatolog og psykiater Ladislav Meduna (1896–1964) i 1934.²³ Hans teori var basert på at epilepsi var sjelden ved schizofreni, mens på den annen side kunne epileptiske anfall i enkelte tilfelle ha en gunstig virkning på den schizofrene prosessen. Først prøvde han kamfer, men skiftet til cardiazol som virket raskere og mer effektivt. Gjessing tok cardiazolbehandlingen i bruk høsten 1937. Ved Gaustad sykehus hadde man startet året før.²⁴

I november 1937 var reservelege Harald Frøshaug (1906–1978) invitert til Dansk Psykiatrisk Selskabs årsmøte for å fortelle om Dikemarks erfaringer med insulin- og cardiazolbehandlingen. Cardiazol, 3 cc av en 10 % oppløsning ble gitt intravenøst på fastende mage om morgenen. Under forløpet av kuren måtte dosen ofte økes til 5 eller 6 cc. Etter 10–20 sekunder kom det generelle tonisk-kloniske kramper, som varte i ca. ett minutt. Krammene ble ledsaget av bevisstløshet og avgang av urin og etterfulgt av et kortvarig forvirringsanfall, ofte med sterk uro. Senere kom det døsighet. Noen fikk forbigående retrograd amnesi. Andre pasienter husket sprøyten og fornemmet en sterk angst før bevisstheten forsvant. En pasient sa: «Slik må det være å dø.» En annen var svært takknemlig for behandlingen. «Det er som tåken letter når jeg får de sprøytene.» Ved Dikemark så de ingen skadelig effekt av behandlingen.²⁵ I et par tilfeller klarnet pasientene fullstendig opp, og hadde sykdomsinnsikt og var takknemlige for kuren. Andre fikk bedring og hurtige tilbakefall.²⁶

Kombinasjonsbehandling med insulin og cardiazol

Den sveitsiske legen Felix Georgi (1893–1965) var den første som kombinerte insulin og cardiazol (summasjonsbehandling). Han ga cardiazolsjokket ca. 1,5 time etter insulininjeksjonen. Da antok han at spenningen

23 Meduna Lv. Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufes der Schizophrenie: Campher- und Cardiazolkrämpfe. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1935; 152: 235–262. <https://doi.org/10.1007/BF02865699>

24 Haave P. *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Unipub, Oslo, 2008, 288. <https://www.nb.no/items/2b9c6c44a8a8bb40d41145501c10595c?page=289> (7.4.2024).

25 124 pasienter var ferdigbehandlet med cardiazolkur per 31.12.1938, ifølge *Sinnsykeasylenes virksomhet 1938*, s. 18. 152 var behandlet i perioden 1935–1941, se tabell 2. Tallene kan være noe vanskelig å vurdere fordi en del pasienter fikk kombinasjonsbehandling med både insulin og cardiazol.

26 Frøshaug H. *Om insulin og cardiazolbehandling av schizofrene psykoser*. Foredrag Dansk Psykiatrisk Selskabs årsmøte 20.11.1937. I boken *Harald Frøshaugs foredrag, 1935–1948*. Museets arkiv.

mellom det lave sukkerinnhold i blodet og det høye i nervecellene var gunstig for en krampeutladning. Senere ble cardiazolsprøyten gitt omtrent på det tidspunkt da pasienten falt i koma. Ved kombinert behandling ga man i alminnelighet cardiazol to ganger i uken samtidig med en vanlig insulin-*kur*.²⁷

Rett før andre verdenskrig var sykebehandlingen i psykiatriske sykehus preget av insulin og cardiazol (figur 1). Terapiene var bygget opp på ren empiri. Gjessing mente at man sto vesentlig bedre rustet og kunne oppnå vesentlig mer enn tidligere ved rasjonell fjerning av kronisk infeksjon og med «thyroxin-, insulin-, og cardiazolinngrepene».²⁸

Resultater

For å følge opp pasientene ble ny status tatt opp etter 2, 6, 12 måneder, 3 og 5 år. Mange pasienter som oppnådde remisjon, fikk tilbakefall. Tvilen på insulinbehandlingens mer varige effekt begynte å feste seg hos Gjessing i begynnelsen av krigen, og han begynte å innskrenke behandlingene.

Tabell 2. Resultatet av insulin- og cardiazolbehandlingen gitt i perioden 1935–1941 og sammenlikning med kontrollgruppen fra 1930–1934 som ikke fikk insulin. Upubliserte data, tabell funnet på Gjessings kontor.

1935–1941	Menn	Kvinner	Sum	A	A+B	A+B+C
Insulin	128	182	310	16	55	105
Cardiazol	43	109	152	2	10	28
Sum			462			133 = 28,8 %
1930–1934*	298	232	530	49	127	240 = 45,3 %

* ikke sjokkbehandlede

«Resultatet er overraskende», uttalte Gjessing i 1944. «Hele 45 % kunne greie seg i det fri i kontrollmaterialet versus kun 29 % av de behandlede. 45 % tilsvarte også de 42,5 % som overlege Hans Evensen²⁹ i sin tid fant i Gaustad-materialet. Resultatet var overraskende og differansen var til fordel for de ikke sjokk-behandlede. Dette kan ikke uten videre forklares med at

27 Norges offisielle statistikk X. 22, *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*, Statistisk sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1941, s. 18.

28 Norges offisielle statistikk IX, 166, *Sinnssykeasylenes virksomhet 1937*, Statistisk sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1939, s. 18.

29 Hans Evensen (1868–1953) var direktør ved Gaustad sykehus 1915–1938.



Figur 1. Rett før andre verdenskrig var sykebehandlingen i psykiatriske sykehus preget av insulin- og cardiazolbehandlingene. Fotografi av legene ved Dikemark sykehus 10.9.1938. Foto fra Rolv Gjessings album i museets arkiv. Basert på påtegninger på fotografiet har vi forsøkt å identifisere de 15 mennene.

Foran: reservelege Harald Frøshaug (1906–1978), overlege Rolv Gjessing (1887–1959), reservelege Nils Berner Johannessen (1906–1979) (sikre).

Andre rad: tannlege (og lege) Sophus Bugge (1904–1961), assistentlege Georg Henriksen (1904–1981).

Tredje rad: student Odd Støren Castberg (1913–1994), student Gabriel Heiberg Solem (1915–1990), assistentlege Arne Johan Haugen (1904–1993), kandidat Arnt Røhme (1906–1984), assistentlege Gordon Johnsen (1905–1983), assistentlege Sverre Natvik (1907–1986), kandidat Hans Peter Petersen (1905–1998), student Finn Devik (1916–1985).

Bak: Kandidat Knut Røe (1905–1975), kandidat Marius Haarr (1908–1999).

insulinbehandlingen gir et dårligere resultat, men skyldes forskjellene i pasientgruppene.»³⁰

30 Gjessing R. *Randbemerkninger om sjokkbehandling*. Fra diskusjonsinnlegget under møtet ved Psykiatrisk klinikk 30.10.1944. Medisinalberetning for Dikemark sykehus, 1944, bilag 29, 1–7. Museets arkiv.

Gjessings vurderinger

Gjessing mente forskjellen antakelig ikke skyldtes behandlingsmetoden, men at pasientens sykdomsform og sykdomsvarigheten var ulik. Den gjennomsnittlige sykdomsvarigheten i sjokkmaterialet var 7,2 år, mens den i kontrollmaterialet bare var 4,6 år. På et møte i 1944 uttalte Gjessing:

«Etter å ha fulgt mer enn 450 pasienter med en observasjonstid på 3–8 år, er jeg av den bestemte oppfatning at vi ikke har noen sikker pålitelig virkning verken med insulin, og enda mindre med cardiazolbehandling. Når jeg nå tenker på det stup vi daglig har ført våre pasienter frem til, resp. de farer vi har utsatt dem for, ikke bare med fraktur og annen elendighet, men også organiske beskadigelser av hjernen, miliære blødninger og bleke iskemiske infarkter, (...) mener jeg at sjokkterapien har fått en fair trial her på Dikemark og jeg anser meg ikke berettiget enn si forpliktet til å fortsette. Jeg har blitt styrket i denne oppfatning mer for hvert år som har gått. I de senere år har jeg fått følge av Manfred Bleuler³¹ som skriver i *Z. Neur. Psych.* 173, 1942³²: ”Remisjonens varighet etter insulin er ringe. Etter 3–4,5 år er bare en tre- eller firedel av de opprinnelige ’helbredede’ i god stand.” Selve sykdomsprosessen blir ikke påvirket av behandlingen. På sett og vis er vi vel blitt narret med på sjokkbehandling noen hver av oss. Det begynte så smukt med 87 % helbredelse av ”schizofreni”. Hvem kunne da forsvare å ikke benytte denne så effektive terapi! Men denne effekten viste det seg ugjørlig å nå.»

I et par enkelttilfeller var virkningen av insulinsjokkbehandlingen overmåte frappant. Uro og hallusinose har blitt bedret, og flere ganger opplevde de at en stuporøs pasient våknet og holdt seg våken i flere måneder.³³ Kombinasjonen hadde også hatt god virkning på noen pasienter.

Sjokkbehandling ble noen steder brukt til å «skaffe ro» i avdelingene. Det mente Gjessing kunne oppnås både på en billigere og bedre måte ved

31 Manfred Bleuler (1903–1994) var en sveitsisk psykiater og professor i psykiatri i Zürich 1942–1969.

32 Gjessing henviser her trolig til Bleuler M. Das Wesen der Schizophrenieremission nach Shockbehandlung. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1941; 173: 553–597. <https://doi.org/10.1007/BF02871635>. På side 563 skriver Bleuler: «3–4½ Jahre nach der Kur ist diese Zahl schon auf ungefähr 1/3–1/4 herabgesunken».

33 Norges offisielle statistikk, IX, 193, *Sinnsykeasylenes virksomhet 1938*, Det statistiske sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1940, side 19.

systematisk defokalisasjon³⁴ og dietetiske regimer og ikke minst ved å slutte med den tidligere uvertige bruk av hypnotika.³⁵

I februar 1946 opplyste Gjessing at Dikemark hadde behandlet om lag 500³⁶ pasienter med insulin- og cardiazolsjokk i perioden 1935–40. Etter 1940 hadde de bare behandlet «unntagelsesvis noen ganske få»³⁷. Han var blitt skeptisk til all sjokkbehandling, men sto ganske alene og henviste til møtet ved Psykiatrisk klinikk, der han «ikke [fant] støtte fra noe hold». Han omtalte ECT-terapien som «denne skadelige og farlige behandling».

Både i brevet fra 1946 og i en artikkel fra 1947 omtalte Gjessing en større etterundersøkelse. «During the period of 1935–1940 insulin and cardiazol ‘shock’ treatment were used in 500 patients. A follow-up extending from 1940 to 1947 showed no noticeable advantage when compared with 500 controls (so-called schizophrenic, constitutional and reactive symptomatic manic-depressive psychoses), and the treatment was discontinued».³⁸ Så vidt jeg vet er ikke disse resultatene publisert. Det er påfallende at et så stort og verdifullt materiale ikke ble offentliggjort.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT)

Etter perioden med insulin- og cardiazolsjokk var veien kort til å fremkalle krampene ved hjelp av elektrisk strøm. I 1938 lanserte Ugo Cerletti (1877–1963) & Lucio Bini (1908–1964) i Italia elektrosjokk. Disse fikk raskt en ganske stor utbredelse i Norge, særlig ved melankoli og depressive psykoser.

Når ble ECT-behandling tatt i bruk i Norge?

Ifølge dr. Ottar Lingjærde (1895–1981), som var direktør ved Lier asyl 1938–1966, begynte Lier-asylet å bruke sitt nye ECT-apparat 1. november 1941. Senere samme måned begynte også dr. Anders Dahlø (1886–1948), som var direktør ved Neevengården sykehus i Bergen fra 1933, å anvende elektrosjokk. ECT-behandling var meget behageligere for pasienten, lettere

34 Gjessing henviser her til *fokalinfeksjonsteorien* som fikk en viss utbredelse fra 1920-årene, da man antok at psykiske lidelser skyldtes infeksjoner og at slike fokalinfeksjoner måtte saneres. Teorien er knyttet til den amerikanske legen Henry Cotton (1876–1933).

35 Johannessen NB. *Noen bemerkninger om bruk av sovemidler ved psykoser*, Medisinalberetningen for Dikemark sykehus, 1940; bilag 22: 1–10. Gjessings uttalelse under møtet ved Psykiatrisk klinikk 30.10.1944.

36 Gjessing brukte formuleringen «de omlag 500 vi behandlet i årene 1935–40». Tallet er altså ikke nøyaktig.

37 Brev fra Gjessing til Sinnshygienekontoret i Helsedirektoratet 22.2.1946. Riksarkivet. Arkiv S-1286. Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, Kontoret for psykiatri, H4, L0044.

38 Gjessing, R., *Occupational therapy at Dikemark. Occupational Therapy and Rehabilitation*, 1947, 26, s. 363–364.

å administrere og ga færre komplikasjoner i form av frakturer enn cardiazolsjokket.³⁹

Dikemark var avventende

Ved Dikemark hadde Rolv Gjessing vært tidlig ute med å ta i bruk fokalterapi, sovekur⁴⁰ (1922), thyroidea-thyroxin (1926), opphør av sovekurene (ca. 1930), insulinsjokk (1935) og cardiazolsjokk (1937), men han stilte seg kritisk til ECT-behandling og lobotomi,⁴¹ som ikke ble utført ved Dikemark i hans tid som overlege og direktør frem til 1949.⁴² Gjessings etterfølger ved mannsavdelingen, Nils Berner Johannessen, var også motstander av disse. Ørnulv Ødegaard (1901–1986), som var direktør ved Gaustad sykehus 1938–1972, mente tidlig at ECT-behandling var den mest potente behandlingen psykiatrien hittil hadde hatt. Han viste at mange pasienter fikk mye kortere opphold på sykehuset, og kunne skrives ut som bedret.⁴³

Gjessings motstand mot ECT-behandling

På et møte ved Psykiatrisk klinikk 30. oktober 1944 holdt Gjessing et diskusjonsinnlegg. «Hva elektroshokk angår, så har hverken det jeg har sett av 30 annetsteds ”behandlede” pasienter eller det som er fremkommet i den litteratur som har vært meg tilgjengelig, lagt det nær å prøve også dette. Dikemark sykehus er vel det eneste sinnssykehus i Norden som har avholdt seg fra anskaffelsen.» Gjessing mente at behandling med insulin var annerledes, siden insulin var et fysiologisk produkt og behandlingen ga mer preg av en fysiologisk belastning.

I materialet fra Psykiatrisk klinikk ved Vinderen i Oslo hadde en tredel av de bedrede og to tredeler av de uforandrede, hukommelsesproblemer

39 Norges offisielle statistikk X, 100. *Sinnsykeasylenes virksomhet 1941*. Statistisk sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, 1945, ss. 23–25.

40 Sovekur innebar at pasientene ble holdt sovende i flere døgn, og bare fikk anledning til å våkne opp korte stunder, så de kunne «få den nødvendige tilførsel av næring», ref. Norges offisielle statistikk X, 22, *Sinnsykeasylenes virksomhet 1939*, Statistisk sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1941, s. 21.

41 Lobotomi ble utviklet som behandlingsmetode 1936 og tatt i bruk ved Gaustad sykehus som det første sykehuset i Norge i november 1941, ifølge Haave, s. 310.

42 Gjessing R. Intervju i Asker og Bærums Budstikke 14.7.1939, s. 6. *Om sjokkbehandlingen på Dikemark*. <https://www.nb.no/items/a41f0efe63b51bbb8cd6d32464f0565e?page=5> (7.4.2024). Ifølge Haave (2008), s. 296, var Dikemark først ute med ECT-behandling i Norge (<https://www.nb.no/items/2b9c6c44a8a8bb40d41145501c10595c?page=297>), men etter alt å dømme er dette feil. Jeg har ikke funnet noen dokumentasjon på bruk av ECT-behandling ved Dikemark i Gjessings direktørtid.

43 Ødegaard Ø. Results of treatment in mental hospitals in Norway before and after the introduction of shock treatment. *Mental hygiene* 1954; 38: 447–461.

etter behandlingen.⁴⁴ Gjessing mente de eksperimentelt påførte pasientene noe som mest liknet på et organisk cerebral insult, som det kunne ta uker til måneder å kompensere. Etter Gjessings oppfatning var vi i nærheten av et vrengebilde av terapi. Etter elektrosjokk «er pasienten fornøyd, og her har vi faremomentet. På grunn av komplett amnesi fremkommer ingen avvegring eller parlamentering. Metoden er ”einfach und billig.” Lægen spanderer strømmen, pasienten så og si meget cortex cerebri, – og NB, uten å vite det. Begge er tilfreds! Lægen fordi pasienten er tilfreds! Pasienten fordi den organiske defekt sløver hans selvkritikk og utvisker de tidligere konflikter og forholdninger».⁴⁵ Her ble Gjessing ifølge referatet avbrutt fordi han åpenbart hadde provosert møtedeltakerne, og han forlot møtet i protest.

Langfeldt beklaget dette fordi både han og sikkert andre kunne ønske å komme med innvendinger mot Gjessings innlegg. Langfeldt som selv hadde vært kritisk til ECT-behandling, var nå langt mer positiv innstilt og brukte den mye i sin privatpraksis under krigen. Langfeldt var både skuffet og overrasket over at Gjessing etter så mange års praktisk erfaring nå kategorisk avviste alle former for sjokkbehandling.⁴⁶

Gjessing fikk motbør

Ottar Lingjærde skrev et brev til Gjessing etter møtet i oktober 1944. Første side av brevet er gjengitt i figur 2.⁴⁷

(...) Hvor fysiologisk er en ventrikkel-reseksjon eller en nefrektomi? Hvis vi bare skulle innskrenke oss til å bruke ”fysiologiske” behandlingsmetoder, hva ble det så egentlig igjen? (...)

Jeg vil tillate meg å hevde som min oppfatning at det er en stor kunstfeil å ikke behandle med sjokk. (...) Jeg må si at jeg ennå har til gode å se en forverrelse pga. behandlingen. (...) Erfaringen viser jo gang på gang følgende: En svær melankoli med de ulideligste sjelelige pinsler trosser enhver vanlig behandling. (...) Ved noen få sjokk er det hele som blåst bort. (...) Kanskje er mye av det vi nå gjør ganske overflødig eller endog direkte skadelig: Trekke ut tennene på dem, skylle ut colon med bøvtevis av vann i det håp at hallusinasjoner og vrangforestillinger skal følge med, sette dem på diett, sjokkbehandle osv. Kanskje vil alt dette engang komme i montre?

44 Gjessing R. Randbemerkninger om sjokkbehandling. Fra diskusjonsinnlegget under møtet på Psykiatrisk klinikk 30.10.1944. Medisinalberetning for Dikemark sykehus, 1944, bilag 26, side 4. Museets arkiv.

45 Ibid. 6–7.

46 Haave P. *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Unipub, Oslo, 2008, s. 304.

47 Brevet oppbevares på Gjessings kontor på museet.

LIERASYLET
BUSKERUD OG VESTFOLD
SINNSKASYL
OVERLÆGEN

Herr Overlæge Gjessing.

Kjære kollega !

I Deres brev av 31/10 om Dr. R. kommer De også inn på diskusjonen om sjokkbehandling, idet De undres på om De fikk følge i Deres kritikk over særlig cardiazol-og elektrosjokkbehandlingen. Jeg må si, som jeg sa i telefonen, at noe følge fikk De ikke. Tvert om! Sæthre uttalte, at han overhodet ikke kunne tenke seg å undvære elektrosjokk en eneste dag på sin avdeling! Det samme vil jeg (med ensstemmig tilslutning av de øvrige læger og pleiepersonalet her) si- etter nå å ha behandlet i hvert fall mange hundrede pasienter (ialt 1200 sjokkbehandlede). Etter min ikke helt ringe- erfaring er sjokkbeh. den mest effektive og epokegjørende behandlingsmetode vi har hatt i i psykiatrien siden malariebehandlingen ble innført. Den har totalt forandret asylenes "ansikt", vekslingsprocent og kapasitet. Den har forkortet liggetiden og øket "helbredelsesprocenten", og den har vært til uvurderlig hjelp for en mengde pasienter med ytterst pinefulle lidelser. Jeg må innrømme at man kan se skader og uheldige bivirkninger ved disse metoder, som ved så å si alle andre i terapien. Men jeg har ennu tilgode å se en skade av behandlingen som kunde avholde meg fra å bruke den. På den annen side må jeg som alle andre håpe at vi snart må få ennu bedre metoder- spesielt for behandlingen av schizofreni.

Deres bemerkninger om fysiologiske og ufysiologiske metoder var etter min mening ~~ikke~~ lite begrunnet. For det første er jo, som Sæthre bemerket, elektrisitet like fysiologisk som f.eks. insulin. Man kan naturligvis si at så svære mengder elektrisitet ikke er fysiologisk, men det er vel heller ikke de kjempedoser av insulin vi bruker ved "Sakelkuren" ? Eller de kjempedoser av thyroxin De selv bruker ? Hvor meget

Figur 2. Skanning av første side av brevet fra Ottar Lingjærde etter det opprivende møtet i Psykiatrisk klinikk 30. oktober 1944. Museets arkiv.

(...) Ja, kanskje er det galt å gjøre noe med de schizofrene i det hele tatt, hvis man ikke fullstendig kan kurere dem. (...) Ja, dette ble jo en hel liten avhandling – tydelig noe affektbetonet, men det var sannelig også Deres innlegg! Altså: Takk for sist! Med beste hilsen Deres Ottar Lingjærde, Lierasylet.»

Psykiateren Per Anchersen (1910–1988) skrev flere år senere om dette møtet: Haakon Sæthre var den dagen en temperamentsfull advokat for elektro-sjokkbehandlingen og begynte sitt innlegg slik:

«Det kan være fristende overfor sist ærede taler å replisere med en smule dialektisk spissfindighet i anledning av at han anså insulinsjokk som mer fysiologisk enn elektro-sjokk. Er nå taleren så aldeles sikker på at det ikke finnes elektrisitet i den menneskelige organisme? Hvordan er det med det neuromuskulære apparat i hjertet, aksjonsstrømmene i kroppsmuskulaturen og potensialforskjellen i de enkelte hjertepartier? Jeg bare spør!»⁴⁸

Gjessing møtte motbør, men «Han har aldri vendt sin høyst egenartede toga etter den vind som tilfeldigvis blåste», som det ble sagt om ham da han gikk av som direktør i 1949.⁴⁹

Bruk av ECT-behandling etter Gjessing

Overlege Harald Frøshaug, som var overlege ved kvinneavdelingen 1951–1974 og sykehusets direktør i 1951–1962, startet opp med ECT-behandling (figur 3). I løpet av få år økte bruken, og i 1955 fikk 12 % av alle som ble innlagt ved Dikemark slik behandling. Samme år kom nevroleptika i bruk. De nye legemidlene som virket mot psykose og depresjon, skapte nå store forventninger, men det viste seg at de ikke alltid førte frem. Selv skrøpelige eldre med uakseptable bivirkninger av legemidlene både responderte og tålte behandlingen godt. Frem mot årtusenskiftet økte bruken av ECT-behandling i sykehuset og nærmet seg bruken slik den var i Danmark og Sverige, men senere er den minsket noe. Dikemark sykehus har i perioden 1949–2021 behandlet vel tusen pasienter med ECT-behandling (figur 4).

Min egen erfaring

Under opplæring av overlege Bjørn Gunby (f. 1932) ved avdeling III Dikemark i 1970-årene, ble min skepsis til ECT-behandling forandret. En kvinne, som hadde vært svært syk i fire år, med en dyp melankolsk depresjon, var like syk selv etter langvarig psykoterapi og annen behandling. Familien var i ferd med å gå i oppløsning. Etter få ECT-behandlinger ble hun frisk, og bedringen holdt seg i mange år. Flere liknende opplevelser forsterket inntrykket av en effektiv og trygg behandlingsmetode med få bivirkninger.

48 Anchersen P. Norsk psykiatrisk forening gjennom 50 år. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 1958; 78: 1–7, s. 6. <https://www.nb.no/items/38a143217d361f7b113618fd7dd6566a?page=0> (7.4.2024).

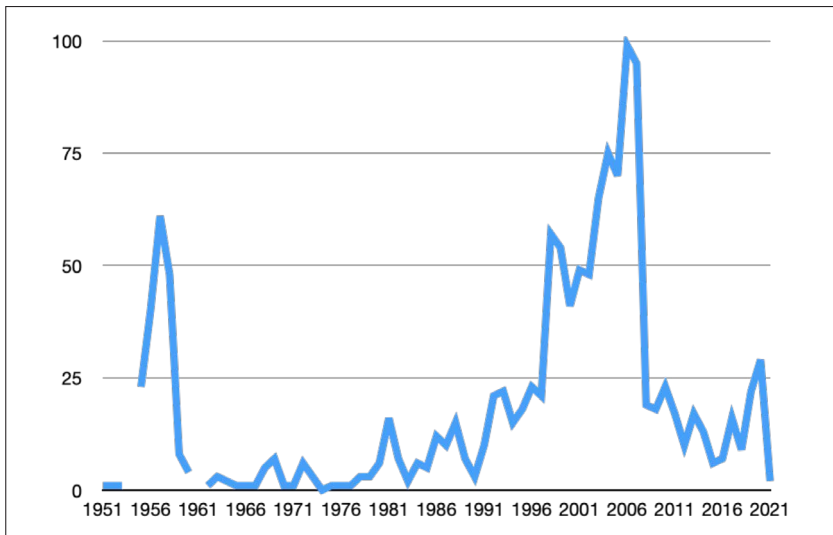
49 K.H. [sannsynligvis reportasjesjef Kåre Haugen (1907–1952)]. Dikemarkdirektøren. *Arbeiderbladet* 16.4.1949, s. 6. <https://www.nb.no/items/fad2e84e801982d059298387a7b3fdfe?page=5> (7.4.2024).



Figur 3 a-c. De tre ECT-apparatene som har vært i bruk ved Dikemark sykehus: a) det første ECT-apparatet fra 1950-årene, b) Konvulsator 2077 brukt i 1970- og 80-årene, c) Thymatron-apparatet innkjøpt i 1992. I museets samling.

Dikemark som opplæringsinstitusjon

Alderspsykiatrisk avdeling ved Dikemark fikk i større grad enn de andre avdelingene innlagt pasienter med affektive lidelser. Dermed fikk vi mest erfaring og kompetanse med ECT-behandling. Vi erfarte at mange leger ved flere sykehus følte ubehag ved å skulle gi en behandling som de ikke behersket godt nok. Avdelingen startet derfor i 1990-årene grunnkurs og



Figur 4. Antall pasienter som fikk en førsteserie med ECT-behandling i perioden 1951–2021. Her har jeg valgt å presentere førsteseriene hvert år som er dokumentert. Grunnen til at førsteseriene er valgt, er at noen pasienter mottok en ny serie senere samme året. Reduksjonen etter toppen i 1955 skyldes nye nevroleptika som ble tatt i bruk fra 1954–1955. Fra avd. VII Søndre Borgen, som ble flyttet til Diakonhjemmet sykehus i 2011, har det ikke vært mulig å få tall for årene 1994–1997, 2007–2008 og 2010. Ansvarlige overleger forteller at ECT-behandling ble gitt til ca. 8–15 pasienter per år i 1990-årene og 60–65 per år i 2000-årene.

videregående kurs i temaene depresjon og ECT-behandling for leger og sykepleiere med fagforeningenes godkjenning. Opp mot 110 deltakere deltok årlig, de fleste leger. Senere overtok alderspsykiatrisk avdeling på Gjøvik kursingen.

Jeg gjennomførte en studie av ECT-behandling gitt ved Dikemark i perioden 1960–1995. Journalene til 141 pasienter ble vurdert med henblikk på forekomst, alder, effekt, bivirkninger, tilbakefall og samtykke.⁵⁰

I 2017 utkom en nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling,⁵¹ og i 2023 startet man et register for å få oversikt over alle elektrokonvulsive behandlinger som gis i Norge.

50 Moksnes KM. Originalartikler i *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2006, 2010, 2011 og 2013. Se litteraturlisten.

51 *Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT*. Helsedirektoratet, 06/2017, IS 2629.

Utviklingen av ECT-behandling

Fra starten ble ECT-behandling gitt bilateralt med apparater som med sinusbølgestimulering førte til mer strømmengde enn nødvendig. Mange pasienter klaget over hukommelsestap og det forekom frakturer på grunn av kraftige tonisk-kloniske kramper. Tidlig tok man i bruk atropin og suk-sametonium (Curacit) for å forebygge bradykardi, sekresjon i luftveiene og redusere krampintensiteten. Etter 1950 fikk pasientene kortvarig narkose med barbiturater. I 1978 ble psykiaterne avlastet ved at anestesipersonell ga narkosen med et hurtigvirkende anestesimiddel. En bitekloss i munnen hindrer tannskader, og pasienten ble ventilert med oksygen ved hjelp av maske og ventilasjonsbagg. Behandlingsansvarlig psykiater gir fortsatt den elektriske stimuleringen via to elektroder, fortrinnsvis unilateralt. Strømstyrken reguleres ut fra kjønn og alder. Den elektriske aktiviteten i hjernen under krampene måles med elektroencefalografi (EEG), og varigheten av krampene måles og dokumenteres. Puls og blodtrykk måles.

De nye ECT-apparatene etter 1992 gir kort-puls firkant stimulering, som er bedre egnet til å stimulere nervefibre. Behandlingen gis 2–3 ganger per uke, til sammen 6–12 behandlinger. Nasjonale retningslinjer anbefaler at pasientene får nødvendig informasjon og gir skriftlig samtykke på forhånd.

Resultater av ECT-behandlingen

Resultatene fra undersøkelsene ved Dikemark viste at bruken av ECT-behandling frem mot årtusenskiftet økte fra 2,3 til ca. 20 per 100 000 voksne i befolkningen.⁵² Behandlingen ga god bedring hos 85 % av pasientene, som i hovedsak led av alvorlig depresjon med psykose. Mange hadde hatt lange sykehusopphold før de fikk behandlingen. Bivirkningene var minimale. Effekten ble oppnådd i løpet av 2–3 ukers behandling.⁵³ De med residiverende depresjoner fikk i større grad tilbakefall.⁵⁴ I løpet av 30 år hadde sju pasienter fått ECT-behandling uten å gi samtykke. Alle sju oppnådde god effekt og var takknemlig for behandlingen i ettertid.⁵⁵

52 Moksnes KM, Vatnaland T, Eri B et al. Elektrokonvulsiv terapi i Ullevålsektor i Oslo 1988–2002. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2006; 126: 1750–1753.

53 Moksnes KM, Opjordsmoen SI. Elektrokonvulsiv terapi – virkning og bivirkninger. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2010; 130: 2460–2464.

54 Moksnes KM. Tilbakefall etter elektrokonvulsiv terapi. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2011; 131: 1991–1993.

55 Moksnes KM. Elektrokonvulsiv terapi uten samtykke. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2013; 133: 2047–2050.

Avslutning

Dikemark sykehus har hatt en sentral plass i norsk psykiatri som utdanningsinstitusjon. Siden sykehuset ble etablert i 1905 har behandlingsideologien balansert mellom biologiske, sosialpsykiatriske og psykoterapeutiske prinsipper. Mange terapimetoder har vært utprøvd, og flere er forlatt. Siden 1935 har krampeterapien hatt en plass i behandlingen av de sykeste pasientene.

Rolv Gjessing var til å begynne med en pådriver for sjokkbehandling, men i løpet av få år så han at disse ikke ga noen varig bedring. Hans skepsis og kritikk av ECT-behandling i 1940-årene var basert på alvorlige bivirkninger, manglende kunnskap om virkningsmekanismen og på mange skuffende erfaringer med nye terapimetoder. Gjessing lærte at begeistringen måtte dempes, og han hadde med seg en naturlig skepsis da ECT-behandlingen ble lansert. Han vegret seg for å gi en behandling som kunne påføre pasienter vesentlige bivirkninger i form av frakturer og glemsomhet. Han holdt fast på dette, selv om mange ledende fagpersoner var tilhengere av ECT-behandling.

Gjessing var ikke alene om å kritisere ECT-behandling. Behandlingen har vært kontroversiell helt til det siste. Mange pasienter opplever bedringen etter ECT-behandling som en nyvunnen frihet, og at eventuelle forbigående hukommelsesvansker er en lav pris å betale, sammenlignet med de kognitive svekkelser som dype og langvarige depresjoner ofte gir. Mange ønsker den samme behandlingen på ny om depresjonen skulle vende tilbake. Virkningsmekanismen er fortsatt ukjent, men vi vet mer om ECT-behandlingens positive effekt på hjernevev.⁵⁶ Hva ville Rolv Gjessing sagt om ECT-behandling i dag?

Litteratur

Ancheren P. Norsk psykiatrisk forening gjennom 50 år. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1958; 78: 1–7. <https://www.nb.no/items/38a143217d361f7b113618fd7dd6566a?page=19> (21.4.2024).

Dikemark sykehus Årsberetning. 1959.

Froshaug H. *Om insulin og cardiazolbehandling av schizofrene psykoser*. Foredrag ved Dansk Psykiatrisk Selskabs årsmøte, København 20.11.1937. I: *Harald Froshaug Foredrag 1935–1948*. Museets arkiv.

Froshaug H. Insulinshockbehandling av schizofrene psykoser. Medisinalberetning for Dikemark sykehus 1937; bilag 16. Museets arkiv.

56 Ousdal OT, Brancati GE, Kessler U et al. The neurobiological effects of electroconvulsive therapy studied through magnetic resonance: what have we learned, and where do we go? *Biological Psychiatry* 2022; 91: 540–549.

- Frøshaug H. Insulinsjokkbehandling av schizofrene psykoser. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1939; 59: 63–71. <https://www.nb.no/items/ff298143760eca17f76d7bd35355a82c?page=13> (21.4.2024).
- Frøshaug H, Thomstad H. Insulinschockbehandlung bei chronischen schizophrenen Psychosen. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1938; 13: 139–162. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1938.tb06565.x>
- Gjessing R. *Randbemerkninger om sjokkbehandling*. Fra diskusjonsinnlegget under møtet på Psykiatrisk klinikk 30.10.1944. Medisinalberetning for Dikemark sykehus, 1944; bilag 29: 3. Museets arkiv.
- Gjessing R. *Dikemarks insulinmateriale 1936–41*. Tabell funnet på Gjessings kontor på museet.
- Gjessing R. Occupational therapy at Dikemark. *Occupational Therapy and Rehabilitation* 1947; 26: 363–366. https://journals.lww.com/ajpmr/citation/1947/10000/occupational_therapy_at_dikemark.13.face (21.4.2024).
- Gjessing R. *Foredrag for allmennpraktiserende leger* på Gjøvik, 1952.
- Haave P. *Ambisjon og handling*. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv. Unipub, Oslo, 2008. <https://www.nb.no/items/2b9c6c44a8a8bb40d41145501c10595c?page=0> (7.4.2024).
- Haugen K. Dikemarkdirektøren, *Arbeiderbladet* 16.4.1949, s. 6. <https://www.nb.no/items/fad2e84e801982d059298387a7b3fdfe?page=5> (7.4.2024).
- Johannessen NB. *Noen bemerkninger om bruk av sovemidler ved psykoser*. Medisinalberetningen for Dikemark sykehus, 1940; bilag 22: 1–10.
- Johannessen NB. *Noen streif fra Dikemark i «gamle dager»*. Foredragsmanus 25.5.1974.
- Langfeldt G. *Lærebok i klinisk psykiatri*. H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard), Oslo, 1954. <https://www.nb.no/items/6ea8a23c0f4caa90c9b828ab186d8537?page=121> (7.4.2024).
- Lingjærde O. *Brev etter møtet ved Psykiatrisk klinikk* 30.10.44. Gjessings kontor.
- Meduna Lv. Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufes der Schizophrenie: Campher- und Cardiazolkrämpfe, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1935; 152: 235–262. <https://doi.org/10.1007/BF02865699>
- Moksnes KM, Vatnaland T, Eri B et al. Elektrokonvulsiv terapi i Ullevålsektor i Oslo 1988–2002. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2006; 126: 1750–1753. <https://tidsskriftet.no/2006/06/aktuelt/elektrokonvulsiv-terapi-i-ullevaalsektor-i-oslo-1988-2002> (7.4.2024).
- Moksnes KM, Opjordsmoen SI. Elektrokonvulsiv terapi – virkning og bivirkninger. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2010; 130: 2460–2464. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.1102>
- Moksnes KM. Tilbakefall etter elektrokonvulsiv terapi. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2011; 131: 1991–1993. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.1349>
- Moksnes KM. Elektrokonvulsiv terapi uten samtykke. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2013; 133: 2047–2050. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.0826>
- Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT*. Helsedirektoratet, 06/2017, IS 2629. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/elektrokonvulsiv-behandling-ect> (7.4.2024).

- Norges offisielle statistikk, IX, 166. *Sinnssykeasylenes virksomhet 1937*. Det statistiske sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1939. [Sinnssykeasylenes virksomhet 1937 og oppgaver over offentlig forpleide sinnssyke i 1937 \(ssb.no\)](#) (21.4.2024).
- Norges offisielle statistikk, IX, 193. *Sinnssykeasylenes virksomhet 1938*. Det statistiske sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1940. [Sinnssykeasylenes virksomhet 1938 og oppgaver over offentlig forpleide sinnssyke i 1938. \(ssb.no\)](#) (21.4.2024).
- Norges offisielle statistikk, X, 22. *Sinnssykeasylenes virksomhet 1939*. Statistisk sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1941. [Sinnssykeasylenes virksomhet 1939. \(ssb.no\)](#) (21.4.2024).
- Norges offisielle statistikk X, 100. *Sinnssykeasylenes virksomhet 1941*. Statistisk sentralbyrå, H. Aschehoug & Co, Oslo, 1945. [Sinnssykeasylenes virksomhet 1941 \(ssb.no\)](#) (21.4.2024).
- Ousdal OT, Brancati GE, Kessler U et al. The neurobiological effects of electroconvulsive therapy studied through magnetic resonance: what have we learned, and where do we go? *Biological Psychiatry* 2022; 91: 540–549. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.05.023>.
- Sakel M. *Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie*. Vienna, Moritz Perles, 1935.
- Sjokkbehandlingen prøves ved Dikemark i Asker. *Asker og Bærums Budstikke* 14.7.1939, s. 6. <https://www.nb.no/items/a41f0efe63b51bbb8cd6d32464f0565e?page=5> (7.4.2024).
- Ødegaard Ø. Results of treatment in mental hospitals in Norway before and after the introduction of shock treatment. *Mental hygiene* 1954; 38: 447–461.

Kjell Martin Moksnes
kjell.martin.moksnes@gmail.com

Kjell Martin Moksnes er tidligere avdelingsoverlege ved Alderspsykiatrisk avdeling, Dikemark sykehus og medlem av museumsforumet i Dikemark sykehusmuseum.

English summary

The history of convulsive treatment at Dikemark Hospital

Dikemark Hospital in Asker, outside of Oslo, was established as an asylum in 1905. Convulsive therapy was introduced in the 1930s. The insulin shock treatment started in 1935, and the cardiazol shock treatment in 1937. The two treatments were also combined in some patients.

The head of the hospital, Rolv Gjessing (1887–1959), evaluated the results. During the period 1935–1941, these treatments were used in 500 patients. An unpublished follow-up extending from 1940 to 1947, showed no noticeable advantage when comparing 300 insulin-treated patients with 530 control patients from the period 1930–1934.

Based on these experiences, Gjessing abandoned the electroconvulsive therapy which was introduced in Norway in 1941. After his retirement in 1949, the next director, Harald Frøshaug (1906–1978), initiated ECT treatment from 1951. Since then, the electroconvulsive therapy has been used in the hospital.

The therapy is still controversial, based on experience and the exact mechanism of action is unknown. Many patients are grateful and consider eventual transient cognitive memory problems as a low cost to pay compared with the cognitive reduction that prolonged and deep depressions can cause.

Gjessings laboratorium 1959–1996

Michael 2024; 21: 446–455

doi:10.56175/michael.11936

Da Rolv Gjessing døde i 1959, opphørte de systematiske undersøkelsene av pasienter med periodiske svingninger i mental status, som han hadde utført i laboratoriet ved Dikemark sykehus. I denne kronikken gir jeg noen eksempler på biologisk forskningsaktivitet i laboratoriet etter Gjessings tid. Svingninger i psykisk status har lenge fascinert meg, og jeg beskriver her hvilke mekanismer som pleier å gi opphav til biologiske rytmer.

Et forunderlig fenomen innen psykiatrien er svingninger med regelmessige perioder i pasientens tilstand. Slike iakttakelser kan vekke en mistanke om at disse skyldes biologiske prosesser i pasienten, uavhengig av ytre påvirkninger. Det har kanskje vært slike vurderinger som lå bak de omfattende undersøkelsene som Rolv Gjessing (1887–1959) utførte på pasienter innlagt ved Dikemark sykehus med diagnosen periodisk katatoni (1).

Både psykisk tilstand, fysiologiske prosesser og biokjemiske markører som var tilgjengelige på Gjessings tid, ble registrert med korte tidsintervall over lang tid, og de viste stor samvariasjon. En rekke vitenskapelige arbeider med omstendelige tabeller, grafiske framstillinger av svingningene, til og med utslørte foto av pasienten, ble publisert før og etter annen verdenskrig. Figur 1 viser et typisk eksempel på slike kurveforløp (2).

Det beundringsverdige med Rolv Gjessing var hvordan han på en så stenisk og systematisk måte utførte og registrerte disse målingene. Med ettertidens kunnskap og etterpåklokskap kan vi si at selv om samvariasjonene som han observerte, var slående, førte de ikke til klarlegging av de underliggende biologiske mekanismene som var ansvarlig for de periodiske svingningene. Da mer sofistikerte analysemetoder av viktige biomolekyler eller deres metabolitter (nevrottransmittere, ulike hormoner, aminosyrer, puriner og pyrimidiner) ble tilgjengelig, hadde dessverre Rolv Gjessings under-

søkelsesopplegg blitt avviklet på grunn av mangel på personell, og ingen har i ettertid fortsatt med dette på samme nitide måte.

Kursending etter Rolv Gjessing

Det skal gis betydelig anerkjennelse til Rolv Gjessings sønn, legen Leiv Gjessing (1918–1996), som tidlig fikk mange nye biokjemiske analysemetoder til laboratoriet, blant annet kromatografi på kolonne eller i to dimensjoner på papir. Disse metodene ble anvendt mer sporadisk på prøver fra enkeltpasienter og var ikke lenger basert på en rekke serielle prøver. Den kronobiologiske tenkemåten kom altså i bakgrunnen.

Forskningen fortsatte langs andre veier, gjerne som vitenskapelig samarbeid med utenlandske sentre. Dette resulterte i en rekke publikasjoner, ofte i høyt profilerte fagtidsskrifter. Noen få eksempler skal nevnes. Det ble blant annet påvist en feil i omsetningen av aminosyren tyrosin, og en annen hvor ornitin og homocitrullin var involvert. Begge disse kunne korrigeres ved hjelp av diett (3). En undersøkelse av eldre pasienter tydet på at mangel på tryptofan kunne være assosiert med mentale forstyrrelser, noe som også kunne få terapeutiske konsekvenser i form av tilskudd av denne essensielle aminosyren (Leiv Gjessing, personlig meddelelse).

Det vakte stor oppmerksomhet, også internasjonalt, da laboratoriet i 1974 kunne vise at det var betydelig forhøyede mengder av dipeptidet homocarnosin (dannet av aminosyrene GABA og histidin) i spinalvæske hos tre søsken med spastisk paraparese og mental retardasjon (4). Dette funnet ble fulgt opp med ulike undersøkelser i mange år etterpå for å klarlegge den biokjemiske årsaken. Først i 2018 har man kunnet knytte den kliniske tilstanden til mutasjoner i genet *SPG11* (5). Sammenligning med andre pasienter tyder derimot ikke på at det høye nivået av homocarnosin hos de tre søsknene har noe med genfeilen å gjøre, så dette funnet er foreløpig uforklart. Ut fra andre data anføres det fortsatt at den metabolske defekten som gir opphav til homocarnosinemi, har usikker klinisk betydning.

At laboratoriet på Dikemark hadde fått tilgang til flere nye avanserte instrumenter og målemetoder for ulike biokjemiske markører, førte til at det kunne betjene mange andre norske sykehus med slike analyser. I mange år hadde laboratoriet en slags landsfunksjon på ulike biokjemiske områder, blant annet måling av aminosyrer i spinalvæske, plasma og urin for diagnostikk av metabolske sykdommer samt bestemmelse av katekolamin- og indolmetabolitter i urin ved diagnostikk og behandlingskontroll av nevroendokrine svulster. Allerede før nedleggelsen i 1996 hadde disse analysene gradvis blitt overtatt av Avdeling for medisinsk biokjemi ved Rikshospitalet.

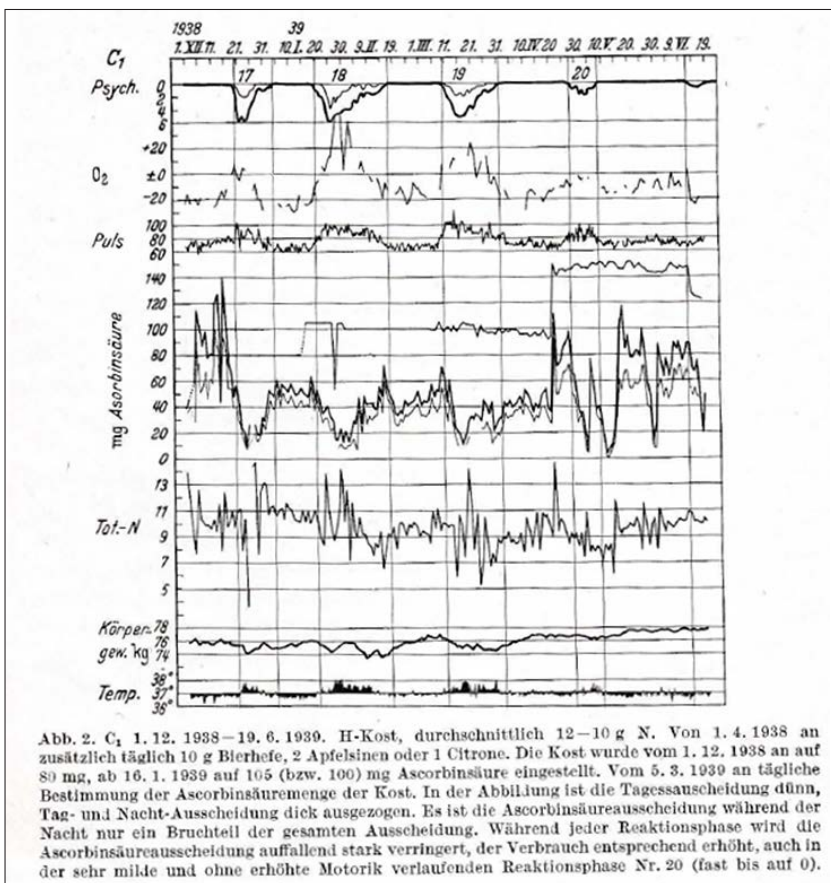
Mine år på Dikemark

Etter at jeg hadde hatt en undervisningsstilling ved Fysiologisk institutt i Oslo, som vikar for professor Bjarne Waaler (1925–2007) de to siste årene hans som rektor, anbefalte overlege Ludvig Reichelt (1933–2016) meg å starte på en spesialistutdannelse i medisinsk biokjemi på laboratoriet ved Dikemark i 1984. Dette ble en lærerik tid, spesielt med hensyn til å forstå mer av biologisk psykiatri og den tankegang som lå bak de undersøkelser som tidligere var blitt utført ved laboratoriet. Jeg forsøkte, med stor respekt for den tidligere historie ved laboratoriet, å bygge opp ny forskningsaktivitet omkring perifer sympatisk aktivitet og hvordan dette kunne relateres til psykiske tilstander.

I 1986 ble laboratoriet omformet til et forskningsinstitutt for nevropsykiatri, og året etter ble aktiviteten flyttet fra det brannfarlige loftet på *Bjørkelili* til mer tidsriktige og nyoppussede lokaler i paviljongen *Pensjonatet*. Der ble det i tillegg til de biokjemiske analysene utviklet nye metoder for registrering av markører for perifer sympatisk aktivitet: hudkonduktans, hudtemperatur og perifer blodgjennomblødning (6). En rekke studier ble gjennomført både på pasienter med ulike psykiske tilstander og hormonsykdommer. En kinesisk doktorgradsstudent, Zhi-Gui Qiao, forsvarte sin doktorgrad i 1993 innen dette feltet (7). Jeg var hans veileder, og ble laboratoriets leder etter at Leiv Gjessing gikk av med pensjon i 1988.

Disse nye metodene ble møtt med stor entusiasme hos Leiv Gjessing som øynet muligheten for å kunne ta opp igjen arbeidet med repeterte målinger på pasienter med periodiske svingninger i mental status, etter samme mønster som hans far hadde gjort. Men alt har sin tid. Allerede da var prosessen med å overføre en større del av pasientene ved Dikemark til primærhelsetjenesten, og nedbyggingen av sykehuset hadde startet. Det kom årlige budsjettreduksjoner, og det manglet dedikert personell til slike forskningsoppgaver. Til slutt ble den lille resterende laboratorievirksomheten formelt overført til Psykofarmakologisk avdeling ved Psykiatrisk klinikk Vinderen 1. januar 1996, parallelt med at Dikemark sykehus ble nedlagt som egen etat, og lagt inn under Ullevål sykehus.

I ettertid kan en reflektere over hvorvidt kronobiologiske prosjekter hadde vunnet fram i den harde kampen om forskningsbevilgninger. Et annet forhold er om de regionaletiske komiteene ville ha godkjent slike studier, som unektelig vil være en belastning for pasientene, og der den terapeutiske fordelene ved å delta ikke ville være forlokkende nok.



Figur 1. Kurver som viser periodiske svingninger i ulike parametere hos en av Rolv Gjessings pasienter med periodisk katatoni (2).

Kronobiologi i biokjemi og fysiologi

Biologiske rytmer er en naturlig følge av reguleringen av ulike kjemiske og fysiologiske prosesser i alle levende individer, og menneskets sinn er neppe noe unntak. Dette kalles *kronobiologi*, er nær knyttet til fagfeltet *kybernetikk* (prosesstyring eller reguleringsteori) og er viktig for individets homeostase, tilpasning til endringer og overlevelse.

De fleste prosesser i kroppen er regulert ut fra prinsippet om *negativ tilbakekopling*. Dette er en effektiv måte til å holde noe relativt konstant eller å følge forløpet av et referansesignal. Et utall biologiske systemer er innrettet slik. Figur 2 viser en skisse over et enkelt, ett-trinns regulerings-system med negativ tilbakekobling.

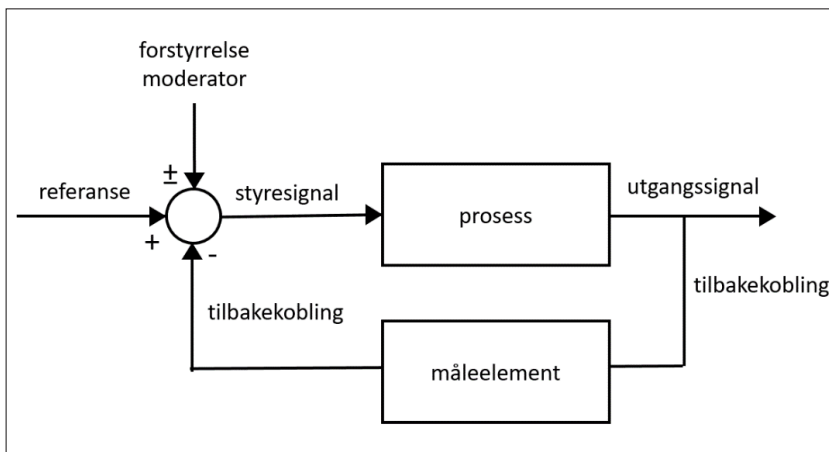
Ofte er det flere slike reguleringsystemer i serie. Eksempel på dette er aksens hypothalamus-hypofyse-perifert målorgan, der tilbakekoblingen skjer på flere nivåer. Dessuten kan det være flere systemer som fungerer parallelt, noe som vi blant annet finner lokalt i skjoldbruskkjertelen for regulering av tyroksinproduksjonen. Med en konstant referanse forsøker regulerings-systemet å holde utgangssignalet stabilt. Dette kalles homeostase. Et eksempel på et slikt system er kroppens temperaturregulering, der en viktig form for moderatorsignaler er fra sirkulerende interleukiner ved infeksjoner. Disse øker det sentrale settpunktet for temperatur og fører til feber. Hvis leddene i reguleringsløyfen overfører styresignal og utgangssignal uten tidsforsinkelse, lineært (utgangssignal er proporsjonalt med inngangssignalet), og det ikke finnes ytre forstyrrelser, vil systemet tendere til å holde utgangssignalet konstant uten svingninger. Finnes det derimot i reguleringsystemet mekanismer som tar tid, eller som har en ikke-lineær signaloverføring, kan dette skape periodiske variasjoner. Tidsforsinkelser kan også være knyttet til ulike former for transport: inne i cellen ved diffusjon eller via spesifikke transportproteiner, over membraner gjennom passive kanaler eller aktive transportproteiner, mellom nærliggende celler ved diffusjon av mindre enkeltmolekyler eller vesikler med avsnørt celleinnhold (eksosomer). Signalstoffer kan i tillegg nå fjerntliggende celler ved sirkulasjon i blod, lymfe, galle og tarminnhold. Hver av disse kan ha sine spesifikke tidskonstanter som gjenspeiles i hvilke svingefrekvenser reguleringsystemet oppviser. Periodetiden kan da vekse mellom få millisekunder og mange timer. Eksempler her er elektrisk aktivitet i hjernens nerveceller slik vi måler det med EEG, såkalt spikeaktivitet i hypothalamiske og hypofysære biomolekyler (f.eks. ACTH, veksthormon og gonadotropiner), hjertets pulsrhythme, sultfølelse og dag-natt-rytmen i hypofysehormonene (ACTH, prolaktin) samt epifysehormonet melatonin. Der prosesser med vekst inngår som et ledd i signaloverføringen, fører dette som regel til lengre periodetider. Menstruasjons-syklus hos kvinner er et godt eksempel på dette siste. Her oppstår det avvik fra linearitet i midtre del av menstruasjonssyklus, ettersom tilbakekoblingen fra steroidhormoner produsert av follikkelceller i ovarier til cellene i hypothalamus/hypofyse, plutselig endres fra å være *negativ* til å bli *positiv*. Dette fører til en «selvforsterkende» prosess med kraftig økning av gonadotropinet luteiniserende hormon (LH), som stimulerer follikkelen, slik at egget til slutt kastes ut. Så må et nytt egg vokse og modnes, og dette tar om lag én måned.

Overføringen av genetisk informasjon i DNA til det endelige produktet, for eksempel proteiner som danner strukturelementer, signalsubstanser eller metabolitter, er dels transport og dels vekst:

DNA → mRNA → protein → struktur/metabolitter.

Tilbakekoblingssignalet fra metabolitter i cytosol til promotorområder for gener i cellekjernen kan ta varierende grad av tid. Periodetiden for en substans er dessuten ikke bare avhengig av dens produksjonshastighet, men også av faktorer knyttet til degradering og utskillelse fra kroppen.

En spesiell tilbakekobling av denne typen er døgnvariasjonen som har sitt opphav i en samling nevroner i nucleus suprachiasmaticus i fremre hypothalamus. Disse genererer en slags biologisk klokke med ganske konstant periodetid på 24 timer. Rytmen kalles *circadian* som er avledet fra latin: om lag en dag (8). Den viktigste moderatoren (se figur 2) er skiftet mellom lys og mørke i løpet av døgnet og som justerer det til å bli 24 timer. Hvis individet blir isolert i stummende mørke, vil grunnrytmen persistere over lang tid, men da som regel med en periodetid på litt over 24 timer. I en serie forsøk med lysbehandling av pasienter med depresjon (sesongbettinget og ikke-sesongbettinget) ble det vist at lys påvirker utskillelse av tre hormoner, som dannes i hjernen. Effekten var størst og raskest for melatonin, deretter kom prolaktin, mens kortisolrytmen syntes mer resistent mot en umiddelbar endring (9). Imidlertid tilpasser disse rytmene seg til den lokale klokken som benyttes der individet befinner seg i. Dette har alle som krysser mange lengdegrader i øst-vest-retning, opplevd, og det viser effektiviteten av lys som moderator. Det tyske ordet «Zeitgeber» benyttes ofte om denne justeringen.



Figur 2. Reguleringsystem med negativ tilbakekobling. Sirkelen der signal fra referanse, tilbakekobling og moderator møtes, kalles komparator, og det blir nettosummen av disse som bestemmer størrelsen på styresignalet.

Fourier-transformasjon er en standardisert matematisk metode for å finne spesifikke frekvenser i kurver med tidsvariasjon. Ikke sjelden oppdager en da at det finnes flere regelmessige perioder i et signal. Dette kan indikere at det finnes ulike typer parallelle reguleringsløyper for det en studerer.

Vitenskapsmannen Franz Halberg (1919–2013) startet den moderne forskningen av kronobiologi. Fra Minneapolis ledet han gjennom mange år en lang rekke studier av rytmer i menneskekroppen. De fant et bredt spektrum av periodetider for ulike komponenter som blant annet benyttes til medisinsk diagnostikk (10–13). Kjennskap til disse er viktig for etablering av referansegrenser og aksjonsgrenser for påvisning av patologiske tilstander samt korrekt valg av prøvetidspunkt for sykdomsmarkører.

Anvendelse i psykiatri

Med kunnskapen om hvordan ulike biologiske prosesser i organismen kan generere rytmer i de fenomener vi observerer, er det kanskje ikke så rart at de tidsvariasjoner vi ser ved psykiatriske lidelser, kan ha lignende årsaker. Det finnes etter hvert en rikholdig litteratur som beskriver tidsvariasjon i de psykiske symptomene (14–17). En stor del omhandler forstyrrelser i søvn og dag-natt-rytmer, men sjelden er de underliggende biokjemiske mekanismene godt kartlagt.

Selv om tilstanden katatoni har fått fornyet interesse (18), har ikke tidsvariasjonene ved den periodiske formen som Rolv Gjessings beskrev, ennå fått sin biologiske forklaring. Før laboratoriet ved Dikemark sykehus ble lagt ned, foretok vi registrering av fysiologiske variabler (hjerterpuls, elektrodermal aktivitet og hudsirkulasjon) sammen med måling av frie aminosyrer i blodet én gang per uke over lang tid hos en pasient. Hun hadde etter alle kriterier en tilsvarende periodisk tilstand som Gjessing beskrev. Det var en ganske konstant periodetid på ca. 11 uker i den psykiske tilstanden, skåret av klinikere på en Likert-skala. Vi fant tilsvarende variasjoner i nivået av mange aminosyrer, og det var høy korrelasjon til de psykiske svingningene, men med ulik fase. Ulike aminosyrer nådde topp- og bunnpunkt til forskjellig tid som klinisk status, men alltid med samme kurveform og med en fast tidsdifferanse fra syklus til syklus. Ut fra periodetidens lengde er det grunn til å anta at en eller annen form for vekstprosess må være involvert. Nivået av aminosyrer i blod er avhengig av proteininntak, men også av nedbrytning og utskillelse i nyrene. Ettersom prøven av denne pasienten var tatt fastende til samme tid om morgenen, kan variasjonen i aminosyrer peke på en underliggende mekanisme med oppbygning og nedbryt-

ning av proteiner. Faseforskjellen mellom de ulike aminosyrene er også en interessant observasjon.

Jeg bør nok selv ta ansvaret for at disse observasjonene dessverre ikke ble publisert den gang. Det hadde dels sammenheng med manglende forhåndssøknad til etisk komité, manglende pasientsamtykke samt den litt uoversiktlige situasjonen som oppstod ved at forskningsaktiviteten ble avviklet i forbindelse med flyttingen av laboratoriet til Vinderen (19). Nå, etter mange års arbeid ved Avdeling for medisinsk biokjemi, Rikshospitalet med biokjemiske avvik ved sjeldne metabolske sykdommer, har jeg observert at mange av disse pasientene også har betydelig innslag av psykiatriske symptomer. Det er derfor med et visst vemod jeg konstaterer at verken vi her i Norge eller tilsvarende spesiallaboratorier i andre land hittil har viet særlig oppmerksomhet til kronobiologiske aspekter ved slike tilstander.

Veien videre

Denne artikkelen forsøker å knytte periodisitet i den psykiske tilstanden hos pasienter med mentale lidelser til kjente biologiske mekanismer. Både periodelengde og faseforskyvning av en biokjemisk eller fysiologisk markør kan, sammen med det kliniske forløpet, gi en pekepinn om hvilke prosesser som er involvert. Dette kan deretter indikere hvor det lønner seg å begynne undersøkelser med tanke på en forklaring ut fra dagens kunnskap om biokjemi og fysiologi.

Medisinsk diagnostikk har fått kraftfulle verktøy, også innen psykiatri. Dette gjelder ikke minst moderne genetisk sekvenseringsteknologi som ofte har vist seg å finne forklaringer på tidligere uforklarte avvik i symptombilde og i biokjemiske markører, som tilfellet med homocarnosinemi, beskrevet ovenfor. Men for å forstå biologiske rytmer som fenomen, trengs også andre verktøy som bygger på forståelse av strukturen i et reguleringsystem, og samspillet mellom flere slike. Her kunne tidsvariasjonen av moderne biokjemiske markører gi viktig informasjon om hvert element som inngår i reguleringen. Det hadde vært ønskelig at Rolv Gjessings forskning kunne ha fortsatt med tilgang til disse tilleggsverktøyene. Kjennskap til kybernetikk og statistiske metoder for dataanalyse er også nyttig for å kunne tolke resultatene bedre. På dette feltet ligger spennende forskningsoppgaver.

Litteratur

1. Gude T. Rolv Gjessing – en pioner i norsk psykiatrisk forskning. *Michael* 2024; 21: 399–409.

2. Gjessing R. Beiträge zur Somatologie der periodischen Katatonie. Mitteilung VI. *Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift Neurologie* 1953; 191: 220–246. <https://doi.org/10.1007/BF00353370>
3. Halvorsen S, Gjessing LR. Studies on tyrosinosis: 1, effect of low-tyrosine and low-phenylalanine diet. *British Medical Journal* 1964; 2: 1171–1173. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5418.1171>
4. Gjessing LR, Sjaastad O. Letter: Homocarnosinosis: a new metabolic disorder associated with spasticity and mental retardation. *Lancet* 1974; 2: 1028. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(74\)92142-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(74)92142-4)
5. Sjaastad O, Blau N, Rydning SL et al. Homocarnosinosis: A historical update and findings in the *SPG11* gene. *Acta Neurologica Scandinavica* 2018; 138: 245–250. <https://doi.org/10.1111/ane.12949>
6. Qiao ZG, Mørkrid L, Vøllestad NK. Characteristics of phase angle, extrapolated conductance and ion relaxation time in the low-frequency admittance locus plot of human palmar skin. *Medical & biological engineering & computing* 1994; 32: 161–167. <https://doi.org/10.1007/BF02518913>
7. Qiao ZG. Measurements of electrodermal and microcirculatory activities and responses in the human palm: a sensitive indicator of peripheral sympathetic activity in vivo : new methods, findings and clinical applications. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1993. <https://www.nb.no/items/16960d5e6334d055ed12c7a1e113f238?page=0>
8. Partch CL, Green CB, Takahashi JS. Molecular architecture of the mammalian circadian clock. *Trends in Cell Biology* 2014; 24: 90–99. <https://doi.org/10.1016/j.tcb.2013.07.002>
9. Thalén BE, Kjellman BF, Mørkrid L et al. Light treatment in seasonal and nonseasonal depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995; 91: 352–360. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09794.x>
10. Halberg F, Pan W, Bakken EE et al. Peptide chronomics. I: Kastin, AJ, red. *Handbook of biologically active peptides*. 2. utgave. San Diego: Elsevier Science, 2013: 1850–1857. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-385095-9.00253-0>
11. Jozsa R, Olah A, Cornélissen G et al. Circadian and extracircadian exploration during daytime hours of circulating corticosterone and other endocrine chronomes. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 2005; 59 Suppl 1: 109–116. [https://doi.org/10.1016/s0753-3322\(05\)80018-6](https://doi.org/10.1016/s0753-3322(05)80018-6)
12. Halberg FE, Cornélissen G, Otsuka K et al. Chronomics. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 2001; 55 Suppl 1: 153s–190s. [https://doi.org/10.1016/S0753-3322\(01\)90022-8](https://doi.org/10.1016/S0753-3322(01)90022-8)
13. Löckinger A, Köberle D, St. König P et al. Neuropeptide chronomics in clinically healthy young adults: circaoctohoran and circadian patterns. *Peptides* 2004; 25: 533–542. <https://doi.org/10.1016/j.peptides.2004.02.008>
14. Wirz-Justice A. Chronobiology and psychiatry. *Sleep Medicine Reviews* 2007; 11: 423–427. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2007.08.003>
15. Dallaspezia S, Benedetti F. Chronobiology of bipolar disorder: therapeutic implication. *Current Psychiatry Reports* 2015; 17: 68. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0606-9>
16. Palm D, Thome J. The role of circadian rhythmicity and CLOCK genes in psychiatry. *Pharmacopsychiatry* 2023; 56: 85–86. <https://doi.org/10.1055/a-2078-4905>

17. Miola A, Tondo L, Pinna M et al. Characteristics of rapid cycling in 1261 bipolar disorder patients. *International Journal of Bipolar Disorders* 2023; 11: 21. <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00300-z>
18. Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G et al. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Psychopharmacology* 2023; 37: 327–369. <https://doi.org/10.1177/02698811231158232>
19. Palmer H. Historien om laboratoriet ved Dikemark sykehus. I: Zeiner-Henriksen K, Gravem A, Mamen HC, red. *De siste årene? Dikemark sykehus 1955–1995*. Solberg: Dikemark, 1995: 192–206. https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2008062504109?page=195 (10.7.2024).

Lars Mørkrid

lars.morkrid@gmail.com

Vestre Greverud terrasse 26 C

1415 Oppegård

Lars Mørkrid er sivilingeniør i teknisk fysikk (1971), cand.med. (1979), dr.med. (1982), spesialist i medisinsk biokjemi (1992), professor emeritus og tidligere overlege ved laboratoriet på Dikemark og ved Avdeling for medisinsk biokjemi, (Rikshospitalet).

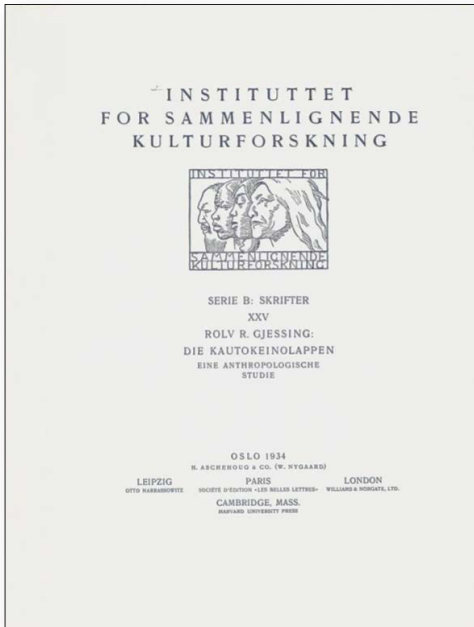
I spennet mellom respekt og nedlatende omtale – Rolv Gjessings skrift om Kautokeino-lappene (1934)

Michael 2024; 21: 456–472
doi:10.5617/michael.11937

I denne teksten skal vi ta for oss Rolv Gjessings skrift om Kautokeino-lappene, utgitt i 1934, og vise hvordan denne boken beskriver Kautokeino-samenes fysiologiske antropologi. Gjessings bok må ses i nær sammenheng med presten Peter Lorenz Smiths undersøkelse av befolkningen i Kautokeino, utgitt fire år senere. Begge bøkene bidrar til å underbygge typiske forestillinger om Kautokeinos befolkning, karakteristiske for det tidlige 20. århundret. Likevel er det ingen grunn til å betvile at både Gjessing og Smith skrev i stor respekt for et folk de hadde møtt som henholdsvis lege og prest i Kautokeino. Vårt mål i denne artikkelen er først og fremst å løfte fram et lite kjent og omfattende arbeid som Gjessing utførte mens han var distriktslege i Alta og Kautokeino.

I 1934 ga Rolv Gjessing (1887–1959) ut boken *Die Kautokeinolappen: eine antropologische Studie*. Det er, som tittelen indikerer, en antropologisk studie av befolkningen i Kautokeino, og den må ses i nær sammenheng med presten og lokalhistorikeren Peter Lorenz Smiths (1880–1944) omfattende historiske undersøkelse av befolkningens daglige liv, skikk og bruk og livsinnstilling. Smiths bok kom ut fire år etter at Gjessing utga sin studie.¹ Bøkene ble da også publisert i samme serie, med Institutt for Sammenlignende Kulturforskning som utgiver (figur 1).² Gjessing og Smith hadde

- 1 Smith PL. *Kautokeino og Kautokeino-lappene. En historisk og ergologisk regionalstudie*. Oslo: H. Aschehoug & Co. 1938. Også i samtiden ble Gjessings og Smiths utgivelser sett som bøger som supplerte hverandre, se for eksempel anmeldelse av Smiths bok i *Dagsposten* 30.1.1939.
- 2 Instituttet, som ble etablert i 1922, er en frittstående forskningsinstitusjon som støtter forskning innen fagfeltene språk, folkeminne, religion, etnologi, arkeologi og etnografi: <https://www.iskf.no/om-instituttet> (5.5.2024).



Figur 1. Faksimile av tittelbladet på Gjessings bok fra 1934.

tjenestegjort i Kautokeino på samme tid, Gjessing som distriktslege 1915–1920, og Smith som sogneprest 1910–1922 (figur 2).

I minneboken som ble utgitt etter Smiths død i 1944, beskrev Gjessing bøkene som et resultat av en sterk felles interesse i å dokumentere Kautokeino-samenes egenart.³ De hadde begge latt seg fascinere av og blitt glade i «dette vesle rare folkeferd», som både var muntre, beskjedne i sine krav til livet og gode til å takle viddas barske klima og enorme avstander. Moderne innretninger, som kjørevei og telefonforbindelse, truet imidlertid med å ødelegge dette folkets egenart. Det gjorde også internatskolen, der barna fikk opplæring i skriftlig og muntlig norsk. Etter en travel dag tidlig i desember 1918 satt de to foran ildstedet i den gamle doktorgården på Bossekop og ble enige om å utarbeide en mest mulig omfattende framstilling av Kautokeinosamene og deres forhold og særpreg i fortid og nåtid (figur 3).

Gjessing innrømmet at dette hadde vært en mer krevende oppgave enn de hadde sett for seg. Det hadde vært vanskelig å samle historisk materiale fra arkiver og å få tilstrekkelig informasjon fra muntlige kilder, i tillegg til at det hadde bydd på utfordringer å få tatt fysiske mål av tilstrekkelig mange

3 Gjessing R. *Hvordan boken om Kautokeinolappene ble til*. I Aukrust, O. O., Lorenz Smith, *Prest og samfunns menneske*. Lom: Lom Heimbygdslag; 1946, 61–65. Begrepet «lapp» er en foreldet betegnelse på samer, som ble brukt av ikke-samer. I denne artikkelen vil begrepet lapp bli brukt når vi direkte omtaler Gjessings eller Smiths arbeider. I andre tilfeller bruker vi begrepet same.



Figur 2. Peter Lorenz Smith og Rolv Gjessing arbeidet som henholdsvis prest og lege i Kautokeino på samme tid. Her er de ute i en elvebåt med seil. Ukjent fotograf. Foto fra fotoalbum i familien Gjessings eie.

til å kunne få et representativt materiale. Smith, som behersket samisk (lappisk) som en «innfødt», ville ikke ha med noe i manuskriptet, med mindre det var verifisert av to uavhengige vitner.³ Mens Gjessings bok ble ferdigstilt 18 år etter at han startet målingene, tok det hele 20 år før Smiths arbeid kom på trykk. Gjessings utsagn om bokens krevende ferdigstillelse underbygges av Smiths datter, Inger Heiberg (1918–2014). Gjennom biografien om sine foreldre, Magna og Lorenz, forteller hun om et strevsomt arbeid for å få verkene om Kautokeino-lappene ferdig, både for Gjessing og Smith.⁴

Gjessing og Smith skriver seg inn i en tid der staten drev en aktiv, gjennomgripende og total fornorskningsspolitikk overfor samene.⁵ Tidlig i århundret hadde det blitt vedtatt en lov som skulle bruke salg av jord til å regulere forhold som angikk språk og nasjonalitet. Samtidig avvirket man ordningen med fri rettstolk. For å øke samhandlingen med norske bygder ble det også

4 Heiberg I. *Ingen kjenner solen: en bok om mine foreldre, Magna og Lorenz Smith, prestefolk i Kautokeino, Lom og Vang på Hedemarken*. Espå: Lokalhistorisk forlag, 1992, 128. I en rekke aviser i mai 1934 kommer det fram at Smith ble tildelt et stipend på 1520 kroner fra Det norske Videnskabsakademi til ferdigstillelse av teksten om Kautokeino-lappene.

5 *Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med fornorskningsspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner. Rapport til Stortinget fra Sannhets- og forsoningskommissjonen*. Dokument 19 (2022–2023).



Figur 3. Doktorgården i Bossekop. Bildet er tatt fra kirkebakken mot Bossekopberget med doktorgården og Klerck (Nilssen)-gården i forgrunnen. Alt ble brent ned under annen verdenskrig. Ukjent fotograf. Foto fra fotoalbum i familien Gjessings eie.

satt i gang en utstrakt bygging av veier.⁶ Det var imidlertid også tydelige norske stemmer som søkte å ivareta samenes språk, kultur og identitet. En av disse var presten Jens Otterbech (1868–1921) som stilte seg i front for en opposisjon mot den rådende minoritetspolitikken. Dette kom blant annet til uttrykk i boken *Fornorskningen i Finmarken* (1917) der samenes rett til å bruke sitt eget språk ble tematisert.⁷ Som prest i den samisktalende delen av Finnmark hadde Otterbech også tatt til orde for å forkynne på samenes eget språk. Dette var begrunnet i Martin Luthers forståelse av morsmålets betydning i formidlingen av kristendommen.

Det er all grunn til å tro at Gjessing og Smith skrev utredningene om Kautokeino-samene i dyp respekt for og med kjærlighet til befolkningen de betjente som embetsmenn for den norske staten. I minneboken fra 1946 gir Gjessing tydelig uttrykk for at de begge hadde vært imponert over Kautokeinos befolkning, og ifølge Inger Heiberg holdt Smith nesten alltid sine prekener på samisk.⁸ I så måte kan arbeidene deres ses i tråd med den innsatsen Jens Otterbech gjorde for å ivareta samenes kultur og egenart.

6 Andresen A, Evjen B, Ryymin T. *Samenes historie fra 1751 til 2010*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021, 168–169.

7 Otterbech J, Hidle J. (red.). *Fornorskningen i Finmarken*. Kristiania: Lutherstiftelsens boghandel, 1917.

8 Heiberg, 1992, 56.

Begge bøkene ble til i en tid der fysisk antropologi ga sterke føringer for medisineres kunnskap om anatomi. Historikeren Jon Røyne Kyllingstad, som har gjort et omfattende arbeid på raselære og raselærens gjennomslag i Norge, beskriver fysiologisk antropologi som «arbeider med å studere biologiske variasjoner innenfor menneskeheten og kartlegge menneskets evolusjonshistorie».⁹ Kyllingstad deler den fysiologiske antropologien inn i fire perioder: før ca. 1885 (forhistorien), 1885–1908 (etableringen av disiplinen), ca. 1908–1945 (omfattende forskning) og etterkrigstiden (marginalisering).¹⁰ I den tredje perioden ble fysisk antropologi gjort til en hovedsatsing ved Anatomisk institutt ved Universitetet i Oslo under ledelse av professor Kristian E. Schreiner (1874–1957) og hans kone Alette (1873–1951). Gjessing studerte anatomi hos professor Schreiner. De to delte interessen for slimålens histologi og for etnografiske gruppers antropometri. Dette gikk ut på å måle deres kroppsbygging og legemlige egenart. Begge bøker føyer seg inn i denne viktige tredje perioden av den fysiologiske antropologiens historie. Samtidig viser de til at disse egenskapene er betinget av befolkningens historie, naturforhold og livsvilkår. Dette skiller dem fra tidligere arbeider som stort sett handler om kranologi. Bøkene har imidlertid fellestrekk med Kristian Schreiners store verk om samenes osteologi, som ble publisert i 1931–1935.¹¹ Kyllingstad, som i forbindelse med Sannhets- og forsoningskommisjonens arbeid i 2021 også så på fornorskningen av samer, kvener og skogfinner, pekte på at Schreiner i dette verket beskjef-tiget seg med historiske problemstillinger, spørsmål om rasenes opphav, folkevandringer og så videre.¹²

I denne artikkelen skal vi se hvordan Gjessing gikk fram og hvilke resultater han kom til gjennom sitt arbeid. Avslutningsvis skal vi også vise at arbeidet bidrar til å bekrefte noen tidstypiske forestillinger om samene, selv om både Gjessing og Smith også ser på Kautokeinos befolkning med respekt for samenes kulturelle egenart og språk. Formålet med denne teksten er først og fremst å presentere Gjessings verk heller enn å plassere verket inn i en politisk sammenheng knyttet til mellomkrigstidens forståelse av raser. Det er også relevant å hente inn opplysninger fra Smiths bok.

9 Kyllingstad JR. *Fysisk-antropologisk forskning på samer, kvener og skogfinner. Del 1: Når og hvor har slik forskning funnet sted? Hvem var gjenstand for den?* Ekstern utredning for sannhets- og forsoningskommisjonen (2021), 4.

10 Ibid., 5.

11 Schreiner KE. *Zur Osteologie der Lappen*. Oslo: Instituttet for Sammenlignende Kulturforskning, 1931–1935.

12 Kyllingstad (2021), 22.

Rolv Gjessing – *Die Kautokeinolappen. Eine anthropologische Studie*

Gjessings bok om Kautokeino-lappene er et lite verk på 95 tekstsider, utgitt på tysk. I tillegg til tekstsidene kommer omfattende bilag med statistikker, resultater av målinger, oversikter over Kautokeinos familier og husholdninger samt bilder av representanter for disse familiene.¹³ Bildene er fulgt av informasjon om personenes kroppshøyde, lengde og bredde på hodet, pannebredde, bredde på kinnbuen (zygomaticus), underkjevens bredde, hodets ørehøyde, morfologisk ansiktshøyde og farge på øyne og hår. Hår og øyne er beskrevet i henhold til den sveitsiske antropologen Rudolf Martins (1864–1925) tabell for øyefarge og den tyske antropologen Eugen Fischers (1874–1967) tabell for hårfarge.¹⁴ Ifølge Gjessing er flere av originalfotografiene og målene stilt til disposisjon for ham av Kristian Schreiner.

Grunnlaget for studiene ble lagt mens Gjessing var lege i Alta og Kautokeino mellom 1915 og 1920. Han skrev at målingene ble gjort mellom oktober 1916 og april 1922. Den relevante empirien utgjorde 968 personer, og av disse var 419 individer målt. Dette tilsvarte 43,28 % av den totale befolkningen. Det var flere grunner til at materialet ikke bestod av flere personer, kunne Gjessing fortelle. Flere av mennene i den samiske befolkningen hadde ikke lyst til å bli undersøkt. Noen av dem hadde latt seg overtale av små gaver, som en pipe eller en eske tobakk. På sin side hadde kvinnene ikke ønsket å ta av seg pelsbuksene, og materialet som Gjessing presenterte, bestod derfor av få kvinnelige informanter. I tillegg hadde årstid og temperatur bidratt til å vanskeliggjøre målingene. Om sommeren og høsten var to tredeler av befolkningen ved kysten, og om vinteren var det kun deler av befolkningen som oppsøkte markedsplassen og kirken i Bossekop. Kulden hadde også gjort det vanskelig å utføre oppgavene; ofte hadde det vært mellom 30 og 50 kuldegrader. For de bofaste samene hadde målingene vært vesentlig enklere, selv om man også der hadde støtt på enkelte utfordringer. En ting hadde vært mengden av mygg som plaget dem om sommeren, en annen hadde vært at samenes boliger hadde vært så lave under taket at høydemålinger i enkelte tilfeller hadde vært vanskelig. Gjessing kunne også informere om at de aller fleste målingene hadde vært gjort enten på Gjessings kontor i Bossekop, i hytter på fjellet eller på prestekontoret i Kautokeino (figur 4). Gjessing oppgir også individenes familienavn og hvor mange representanter fra hver familie som har stilt opp og latt seg

13 Boken inneholder til sammen 59 figurer, 48 tabeller og 9 plansjer.

14 Det refereres i denne sammenheng til Eugene Fischer, *Die Rebother Bastarde*, 1913 og Rudolf Martins *Lehrbuch der Anthropologie in systematischer Darstellung*, 1914.

måle. De største slektene er familiene Hætta og Sara, men prosentvis er det flest fra familiene Penta og Sokki.

Disposisjon og bakgrunn

Gjessings bok er disponert i seks korte deler. Etter en innledning der forfatteren går gjennom materiale, begrunnelse for empirisk utvalg og måleteknikk, følger kapitler om menn, kvinner, barn, pigment og til slutt et sammendrag. Sammendraget konkluderes med generelle betraktninger om Kautokeino-samenes karakter og framtoning. Boken kjennetegnes av Gjessings karakteristiske grundighet. Statistikker og tabeller finnes i et bilag, men illustrerende kurver og tabeller finnes også i teksten ellers. Enkelte av kurvene og tabellene sammenligner Gjessings resultater med resultater fra andre målinger.



Figur 4. Måling av en same på prestegården i Kautokeino i 1918. Trolig er det Rolv Gjessing som måler personen. Ukjent fotograf. Foto fra fotoalbum i familien Gjessings eie.

Gjessing starter med å konstatere at det er naturlig at reinnomadene i Nord-Europa vekker en forskningsmessig interesse, gitt deres sterke avvik fra befolkningen omkring. Avviket gjelder både kroppsbygning og levestilte.¹⁵ Interessens historie kunne skrives langt tilbake. Allerede i 1675 hadde Uppsala-professoren Johan Schefferi [Johannes Schefferus] (1621–1679) sitert en rekke tidligere forfattere i sin reisebeskrivelse fra Lappland. Blant disse var både den svenske førreformatoriske erkebiskopen Olaus Magnus (1490–1557) og den italienske legen Paulus Jovius [Paolo Giovio] (1483–1552). Den første vitenskapelige systematiske undersøkelsen av reinnomadene var blitt gjort i 1755 av naturforskeren Carl von Linné (1707–1778), og Linné regnet samene som en del av den «asiatiske» rase (homo sapiens asiaticus) med følgende karakteristiske trekk: de var gule, melankolske, hadde svart hår og brune øyne. På 1800-tallet hadde andre forskere kommet med nye metodologiske og systematiske klassifiseringer av den samiske befolkningen: Andres Retzius (1796–1860), Henri Guerault (f. 1829), Gustaf von Düben (1822–1892), Rudolf Virchow (1821–1902) og Carl Hagenbeck (1844–1913).

Til tross for dette rikholdige materialet, var den reelle kunnskapen om lappenes antropologi relativt beskjeden, påpekte Gjessing. Resultatene var også preget av manglende overensstemmelse. Ved århundreskiftet hadde antropologiske undersøkelser fått et nytt oppsving, og målet nå var en nøyaktig kartlegging av hele befolkningen. I Norge var dette arbeidet innledet av legene Carl Oscar Eugen Arbo (1837–1906) og Carl Fredrik Larsen (1830–1909), og senere var det videreført av Hans Daae (1865–1926) og Halfdan Bryn (1864–1933), også disse medisinere. Gjennom Bryns arbeider om Troms fylkes antropologi og Alette Schreiners studier av befolkningen i Nord-Norge ble også den samiske befolkningens antropologi dekket fordi en betydelig andel av befolkningen i disse områdene var samer. Gjessing understreket derfor at Bryns og Alette Schreiners arbeider måtte ses i forbindelse med det arbeidet han selv la fram i boken.

Gjessings eget arbeid er bygget på materiale fra ett enkelt kirkesogn, Kautokeino. Med unntak av noen få norske familier (som prest, kirketjener og lærer) skriver han at befolkningen i etnografisk forstand er samer. Siden 1750 hadde et «rasetilskudd» [Rassenzuschuß] av kvener fra Nord-Finland gjort seg gjeldende i befolkningen, og befolkningen i Kautokeino kunne derfor omtales som en «lappisch-kvänische Bastardbevölkerung».¹⁶ Likevel, sier Gjessing, «Immerhin ist sie in Norwegen die am meisten lappische und wohl auch

15 Gjessing R. *Die Kautokeinolappen. Eine anthropologische Studie*. Oslo: Instituttet for Sammenlignende Kulturforskning, 1934.

16 Gjessing, 1934, 12.

eine der reinsten lappischen in Europa überhaupt».¹⁷ Dermed ble en viktig del av Gjessings oppgave å studere konsekvensene av kryssningen mellom samer og kvener som hadde funnet sted i Kautokeinos samiske befolkning.

I innledningen redegjør Gjessing også for hvordan han har målt befolkningen i Kautokeino:

1. Bei der Proportionsberechnung mit Ober- bzw. Unterarm ist das direkte Maß zu Grunde gelegt worden, wegen der oft recht großen (physiologischen) Flexion im Ellenbogengelenk selbst bei maximaler Extension.
2. Die Länge des Unterarms ist gemessen von der Gelenkspalte des capit. radii bis zur Mitte der Verbindungslinie zwischen proc. styl. radii und ulnae (...).
3. Bei der Höhenbestimmung der Kniegelenks wurde die Gelenkspalte an der Außenseite des Kniegelenks gewählt, und nicht an der Innenseite, da sich dies als zweckmäßiger erwies (Fellhosen). (...).
4. Zur Vermeidung einer willkürlich gewählten Konstante (gewöhnlich 4 cm) als Abzug von der Höhe der spina iliaca ant. sup. bei der Längenbestimmung der ganzen unteren Extremität (...), habe ich eine Größe z eingeführt (...).¹⁸

Målingene hadde vært et samarbeid mellom to personer. Gjessing skrev at han selv har gjort selve målingene, og at en annen egnet person har skrevet ned resultatene, både i et skjema og som notiser. Dette gjør at det sannsynligvis finnes en feilmargin i resultatene fra målingen.

Måling av menn

Gjessing innleder presentasjonen av resultatene for måling av menn med å presentere middelerdi, standardavvik og variasjonskoeffisient for dem han har målt. Gjennom undersøkelsene har Gjessing funnet at den gjennomsnittlige høyden på de målte menn i Kautokeino er 159,07 cm. Kautokeinos befolkning er dermed ikke bare det minste folkeslaget i Norge, men også det minste i Europa og, bortsett fra pygmeene, også det minste i den østlige hemisfære.¹⁹ Han kan videre opplyse om at materialet fra Kautokeino er så lite at det var vanskelig å dele det opp i mindre årsklasser, men han

¹⁷ Ibid.

¹⁸ Ibid., 16-17.

¹⁹ Gjessing angir gjennomsnittlig høyde på beboere i det øvrige Norge og i landets øvrige regioner. Han angir også høyde på østslavere og woguler (europeiske folkegrupper) og på samojeder (asiatisk folkegruppe). 21 år gamle menn i Sør-Norge er målt til 172,48 cm, snaut over gjennomsnittet for Norge, som er 172,37 cm. Gjennomsnittet av målte menn i Finnmark er 168,11 cm. Østslaverne måler 159,5, mens wogulene måler 159,1 cm. I Asia måler samojedene 155 cm. Ibid., 21.

angir likevel en grovere inndeling, basert på aldersgruppene 18–30 år, 18–40 år og 41–50 år.²⁰ Gjessing viser også til hvordan man kan få et inntrykk av det han mener er en rasebetinget forskjell mellom den norske befolkningen og Kautokeinos befolkning. Dersom man sammenligner frekvenskurver for høyde, kommer man til at medianhøyden for Kautokeinos befolkning tilsvarer det laveste norske variasjonsområdet. Kurven for Finnmark, hvor befolkningen består av en blanding av samer og nordmenn, viser en befolkning som er mindre enn gjennomsnittet for Norge, men større enn de resultater som har kommet fram gjennom målingene av befolkningen i Kautokeino. Finnmarkskurven representerer dermed et interessant mellomledd mellom den norske befolkningen og de som bor i Kautokeino, påpeker han.

Gjessing viser deretter til størrelsen på torso og relasjonen mellom torso og over- og underekstremiteter. Sammenlignet med nordmenn har samene større torso, noe som for øvrig er et generelt kjennetegn for alle folkeslag som er små av vekst. Dette viser seg også når det gjelder barna. Samtidig er overekstremitetene hos samene gjennomsnittlig relativt større enn hos den norske befolkningen. For underekstremitetene, derimot, forholder deg seg motsatt. Særlig er tibia vesentlig kortere i den samiske befolkningen (21,38 cm mot 24,48 cm hos nordmenn). Leggens korte lengde er for øvrig et kjennetegn for samenes kroppsbygning: Samenes legg er også gjennomsnittlig kortere enn hva man kan finne hos japanere. Sammenfattende kan man anføre følgende om de mannlige Kautokeino-samenes proporsjoner:

Niedrig gewachsen (159.0), relativ (zur Körpergröße und zum gleichen Index bei norwegischen Männern) etwas langer Rumpf (31.92) mit relativ breiten Hüften (17.24), – relativ lange Oberextremitäten (45.24), namentlich Oberarm (19.51), und relativ kurze Unterextremitäten (52.65), namentlich kurze Unterschenkel (21.38).²¹

Når det gjelder hodet, har Gjessing målt lengde, bredde, ørehøyde, pannebredde, kinnbeinets bredde, underkjevens vinkel og ansiktets høyde. På bakgrunn av undersøkelsene kan han konkludere med at Kautokeinos mannlige befolkning har en særpreget hodeskalle som blant annet er karakterisert gjennom en smal panne, brede kinnbein og et lavt ansikt. Også her gir tallene fra målingene av den generelle populasjonen i Finnmark resultater som ligger mellom den norske og den samiske befolkningen. Dette gjelder i første rekke for middelverdien av hode- og ansiktshøyde, men også for en rekke andre kjennetegn.

20 Dette er Gjessings egen inndeling av grupper.

21 Ibid., 29.

Måling av kvinner

I gjennomgangen av måleresultatene av kvinner starter Gjessing med å fastslå at det bare har vært 18 individer som har latt seg måle uten klær, og av disse er kun fire over 40 år (40–44).²² De andre, til sammen 55 individer, hadde blitt målt med klær på (sko og skjørt). Medianhøyden på dem som var målt uten klær, viste seg å være større enn for dem som var målt med klær. Gjessing mente at dette kunne ha flere årsaker: både tilfeldigheter og at de som har blitt målt, ikke har holdt ryggen rak. Snittet av målingene viste at kvinnene var 10 cm kortere enn mennene. Kvinnene hadde også smalere skuldre enn mennene, mens bekkenet var bredere. Relativt sett var også låret noe lengre, mens legg, føtter samt over- og underarm var kortere. I denne sammenheng peker Gjessing også på et interessant sammenfall mellom sin egen undersøkelse og Alette Schreiners studie av Tysfjord-lappene.²³ Til tross for at de bodde langt fra hverandre og knapt kunne forstå hverandres dialekter, kunne resultatene av undersøkelsene sammenlignes. Dette så Gjessing som et tegn på at både Kautokeino-lappene og Tysfjord-lappene var sammensatt av ulike folkeraser:

Eine sehr schöne Übereinstimmung mit den KK-Werten²⁴ zeigen A. Schreiners Tysfjordlappen, die (...) zum Vergleich angeführt sind. Daß diese beiden, die KK-Lappen und die Tysfjord-Lappen, weit von einander wohnenden, die lappische Mundart des anderen kaum verstehende und beide sich von ihren Nachbarn als heterophyle Rasse abhebende Gruppen, derselben Rasse angehörig sind, zeigen die anthropometrischen Befunde zu Genüge.²⁵

Gjessing presenterer deretter skjematisk resultatene av målingene som han har gjort, etter samme parametere som har vært utført på befolkningens menn. Når det gjelder hodet, kan han konkludere med at kvinnenes hodeskalle er mindre utpreget rund enn hva man kan finne hos menn. Dette er i vesentlig grad relatert til en relativt mindre skallebredde. De har også relativt sett bredere panne, smalere kinnbein og underkjeve, og generelt et lavere ansikt enn mennene.

Måling av barn i skolepliktig alder

Skolebarna som har deltatt i undersøkelsen, hadde bodd i internatet til folkeskolen i Kautokeino. Dette hadde bydd på utfordringer fordi enkelte av barna som bodde i internat, i perioder også hadde bodd hos slektninger i nærheten. Sykdom hadde også hindret flere barn i å møte til målinger.

22 Ibid., 40.

23 Det vises til Alette Schreiners *Anthropologische Lokaluntersuchungen in Norge, Hellemo* (Tysfjord-lappen), 1932.

24 KK er her en forkortelse for Kautokeino.

25 Ibid., 42.

Både guttene og de mindreårige jentene hadde latt seg måle uten klær, mens større jenter hadde gjennomført målingene kledd i ullbukser. Målingene av barna hadde vært en ren glede, kunne Gjessing fortelle. Barna var glade, medgjørlige og kjærlige, og sjokoladen som de hadde fått som takk for at de stilte opp, hadde vakt stor glede. Det hadde imidlertid vært krevende å få informasjon om fødselsdato og fødselsår for barna, men han hadde hatt god hjelp av lærere og presten i Kautokeino. Gjessing skiller mellom barn av bofaste samer og barn av flyttsamer (merket henholdsvis B og F i tabellene), og han kan opplyse om at barna har hatt ulik skolegang. Barna hadde gått på skolen 13 uker per år, og mens de fastboende barna hadde hatt skolegang mellom september og jul, hadde flyttsamenes barn gått på skole mellom januar og slutten av april. Gjessing innrømmer imidlertid at materialet han har hatt til rådighet, har vært utilstrekkelig for å kunne oppnå et godt resultat, både når det gjelder gutter og jenter. Han har foretatt målinger av 74 gutter (150 målinger totalt) og 67 jenter (102 målinger totalt).

Når det gjelder guttene, peker Gjessing på at høyden avviker vesentlig fra de resultater som Carl Schiøtz (1877–1938) hadde funnet fram til i sin omfattende undersøkelse av norske skolebarn i 1917.²⁶ Dette refererer han til som et resultat av forskjeller mellom rasene hva gjelder forutsetninger for vekst: «Die Variationsbreite erweist sich überhaupt als sehr groß, – so groß, daß man sie wohl als durch die Anwesenheit verschiedener Rassen-elemente mit verschiedener »Wachstumsenergie« bedingt deuten muß».²⁷ Sammenfattende viser målingene at guttene i Kautokeino i alderen 8–14 år i gjennomsnitt er 13–15 cm lavere enn de norske guttene, basert på Schiøtz' målinger. Forskjellene i vekst øker dess eldre elevene blir. Gjessing innrømmer imidlertid at forskjellene også kan skyldes at empirien han har hatt til rådighet, har vært begrenset. Når det gjelder jentene, tyder den begrensede datamengden på at jentene er noe høyere enn guttene fram til de når begynnelsen av tenårene. Fra 14 års alder er guttene høyere enn jentene.

Relasjonen mellom kvener og samer

Etter å ha gjennomgått Kautokeino-lappenes hårfarge og øyenpigmentering, setter Gjessing opp en skjematisk sammenligning mellom den samiske og den kvenske rasen, gitt blandingen mellom samer og kvener som befolkningen i Kautokeino bestod av.

26 Gjessing refererer her til Carl Schiøtz' store studie *En undersøkelse av 10000 skolebarn*, som la grunnlag for hans doktorgradsarbeid som han forsvarte året etter. En kortfattet framstilling av Schiøtz' betydning finnes hos Øivind Larsen, Hos skolelegen, *Tidsskrift for Den norske lægeförening* 2001; 121: 887–888.

27 Gjessing, 1934, 51.

Tabelle 44.	lappisch	kwänisch
Körpergröße	klein, ca. 163–66	mittel, ca. 169–66
Körperbau	schmächtig, aber sehnig, schmalschultrig und breithüftig. Kurze Unterarme und Unterschenkel	schwer gebaut, muskelkräftig
Fettablagerung	sehr spärlich	reichlicher, namentlich bei Frauen
Schädel	klein, brachycephal mit kleinen Durchmessern (ca. 18,3 · 15,6)	euryccephal mit großen Durchmessern (ca. 18,9 · 16,2)
Unterkiefer	klein, zurückweichend, spitz	kräftig, breit
Gesicht	breit und niedrig	mittellang
Pigment	Iris und Haar pigmentreich	helle Iris und blondes Haar ¹
Haut	dick, trocken, pigmentreich, wenig Neigung zum Schwitzen	mitteldünn, feucht, rotweiß
Behaarung	Bart- und Rumpfbehaarung schwach	unauffällig
Fertilität	gering	groß

Som det går fram av skjemaet over (s. 91 i boka), har den samiske rasen en rekke minusavvik i knokkelbygning, hår, hud og fertilitet. Gjessing mener at dette kan tilskrives to kjertler: hypofyseforlappen og skjoldbruskkjertelen. De negative avvikene, hevder han videre, peker i retning av en «leicht kretinischen Habitus».²⁸ Videre peker han på at samenes lave fruktbarhet kan tyde på svekkede ovarier hos kvinnene og interstitialceller hos menn. Dette kan igjen tyde på polyglandulær utilstrekkelighet i inkretinsystemet. Gjessing spør seg videre om de negative avvikene hos samene kan tilskrives miljø og levekår; et ensidig kosthold gjennom generasjoner, bestående av kjøtt, salt fisk og i det siste århundret også kaffe, har trolig bidratt til skjelettoppbygning og veldig sparsomt fettlag. Også ytre omstendigheter, slik som drikkevann, jordsmonn og klimatiske forhold, kunne ha påvirket den samiske befolkningens konstitusjon og habitus, påpeker han.²⁹

Gjessing kunne konkludere undersøkelsene med at det hadde vært en betydelig tilvekst av den kvenske rasen i Kautokeinos befolkning i løpet av de siste 150 år, og at det var mulig å identifisere opprinnelige raselementer hos det utvalget av individer han hadde undersøkt. Det kvenske elementet hadde blitt innført gjennom at unge kvenske jenter og gutter hadde bidratt inn i arbeidet med reinen. Mønsteret hadde vært entydig: Jentene hadde giftet seg med samiske gutter og fortsatt livet som reinnomader. På sin side hadde guttene giftet seg med samiske jenter og blitt bofaste. Blant de bofaste fantes det derfor overveiende kvenske etternavn. Innblandingen av kvenske gener kunne man blant annet se på hvor mange barn de enkelte familiene hadde, gitt forskjellene i fertilitet mellom kvener og samer. Familien Hætta, for eksempel, som hadde kommet fra Enontekis til Kautokeino 150 år tidligere, hadde opprinnelig hatt to husholdninger. I Gjessings samtid var

²⁸ Ibid., 91.

²⁹ Ibid., 92.

de områdets mektigste familie med 180 individer, og slekten var stadig i vekst. For slekter med dominans av samisk blod var forholdet motsatt: Disse hadde opprinnelig talt mange individer, men var nå redusert til få. Gjessing kunne derfor konkludere på følgende måte: «Die KK-Bevölkerung ist jetzt völlig kwänifiziert. (...) Die Größe der «ursprünglichen Blöcke» läßt sich nicht leicht berechnen. Der Zuzug geschah sukzessive, und zur Verschiebung des Rassenbildes bzw. der starken Kwänifizierung hat die geringe Fertilität der Lappen und große der Kwänen wohl den wichtigsten Beitrag geliefert».³⁰

Gjessings funn når det gjelder Kautokeino-lappenes kroppslige framtoning, gjenspeiles i Lorenz Smiths beskrivelser av befolkningens «sjelelige særpreg».³¹ Som Gjessing understreker også Smith at Kautokeinos befolkning er en blandet rase, som består av «lappiske» og «kvænskpregede» elementer. Lappene framstod som umiddelbart barnlige og ureflekterte. De levde i øyeblikket og hadde ikke langsiktige mål eller tanker for framtiden. De hadde også et følelsesliv som var labilt som barnets, men de var fredsomme og godmodige, og de hadde en sterk kjærlighet til alt som hadde med reindrift å gjøre. Lappene hadde imidlertid ikke anlegg for intellektuelt eller kunstnerisk arbeid, men de hadde en fabelaktig stedsans og orienteringsevne, og var selvhjulpne under alle forhold. Den kvænskpregede gruppen hadde imidlertid en helt annen karakter. Likt som den lappiske befolkningen kunne de karakteriseres som enkle, men de følte seg sterke, de var selvbevisste og var handlekraftige. Kvenenes primitive karakter kom først og fremst til syne i affektive reaksjoner «ved mere eller mindre utøilede affektytringer». I kamp kunne de vise en «brutalitet og hensynsløshet, lumskhed og hevngjerrighet som er den lappiske fraksjon fjern».³² Og der samene var gladlynte, godmodige og pratsomme, var kvenene gjennomgående tunge, mørke og innsluttede. Han mente videre at den kvænskpregede innflyttede gruppen hadde hatt en svak intellektuell utrustning, og dette hadde bidratt til at det ikke hadde vært noen «uoverstigelig kløft» mellom innflyttere og den opprinnelige befolkningen.

Avsluttende kommentarer

Gjessing og Smith gjorde sine undersøkelser i det den norske antropologen Sindre Bangstad har kalt «den vitenskapelige rasismens epoke».³³ Den gang

30 Ibid., 93.

31 Smith, *Kautokeino og Kautokeino-lappene*, 389 ff.

32 Ibid., 399.

33 Bangstad S. Rasebegrepenes fortid og nåtid, *Norsk sosiologisk tidsskrift* 2017; 1: 234–251.

handlet rasetenkningen om raser i biologisk forstand. Gjessing og Smith bruker uttrykket «rase» noen ganger, men vårt inntrykk er at de ikke gjør det for å holde befolkningen på avstand, diskriminere eller ekskludere dem. Gjessings og Smiths tekster om Kautokeino-samene føyer seg for øvrig inn i tidstypiske beskrivelser av samene. Man kjenner igjen mange av beskrivelsene fra Kristian Schreiners store studie av samiske hodeskaller. Selv om Schreiner ikke forfektet en forståelse av samfunnet som tok utgangspunkt i eugenikk, mente han at det var sannsynlig at det hadde eksistert en ren lappisk rase som hadde gitt opphav til det samiske folket. I Schreiners utlegning av samenes osteologi viste han til at hodeskallen blant annet var karakterisert av en rund panne og et lavt ansikt, noe som igjen indikerte en «infantil» rasetype. De infantile trekkene viste seg også i samenes psykologi: De var blant annet barnslige, ubekymrede, glade og uansvarlige.³⁴ Dette er karakteristika vi også finner i Gjessings og Smiths presentasjoner. Gjessing og Smith forfekter en typisk blanding av en respektfull og nedlatende omtale av samene. I minneboken fra 1946 beskrev Gjessing Kautokeino-lappene som et folkeferd de hadde blitt glade i, og som var gode til å takle de enkle og barske kår de levde under. I beskrivelsen av deres fysiske antropologi hadde han imidlertid betegnet dem med termen «kretinisch». I tillegg kunne han informere om at de hadde vært lette å overtale; om de fikk en pipe eller litt tobakk hadde de stilt opp til de undersøkelsene Gjessing skulle foreta. Jon Røyne Kyllingstad har vist til at vi finner den samme balansen mellom anerkjennelse og nedlatenhet i Alette Schreiners undersøkelse av Tysfjordlappene.³⁵ Tysfjordlappene var primitive mennesker som ikke forstod behovet for undersøkelsene som ble foretatt, samtidig som de var et naturfolk som levde i pakt med omgivelsene. Om de ikke hadde blitt forstyrret av sivilisasjonen, hadde de fortsatt med denne livsførselen. Gjessing og Smith bidrar dermed til å underbygge og bekrefte de rasebetingede forestillinger om samene som eksisterer i relevant samtidig forskning.

Den spenningen mellom nedlatende omtale og respekt som finnes i Gjessings og Smiths skrifter, blir kanskje enda tydeligere om man setter utgivelsene i sammenheng med de ideer som blant annet tydelige stemmer i kirken forfekter. Gjessing og Smith, og kanskje særlig Smith, kan også ses i lys av den motstanden mot fornorskningspolitikken av samene som blant andre presten Jens Otterbech var representant for, og som førte til en vesentlig innsats for samenes livsvilkår og samiske rettigheter i det 20. århundrets

34 Schreiner, 1938, 286. Se også Kyllingstad, J. R. *Undersøkelse av fysisk antropologisk forskning på samer, kvener og skogfinner med vekt på norske myndigheters rolle*. Ekstern utredning for Sannhets- og forsoningskommisjonen, 2022, 17–18.

35 Kyllingstad, 2022, 19.

første tiår. Otterbech framhevet den samiske kulturens egenverdi og same-nes rett til å snakke sitt eget språk. Dette resulterte blant annet i boken *Kulturverdier hos Norges Finner*, utgitt i 1920.³⁶ Otterbechs opposisjon mot den rådende politikken fikk støtte fra sentralt kirkelig hold. Blant annet tok *Norsk Kirkeblad* i 1918 redaksjonelt til orde til fordel for kritikken mot fornorskningen.³⁷ Gjessings og Smiths virke og forfatterskap kan ses inn mot disse protestene, selv om de også arbeider i henhold til den samtidige vitenskapens premisser.

Litteratur

1. Bangstad, S. Rasebegrepenes fortid og nåtid. *Norsk sosiologisk tidsskrift* 2017; 1: 234–251. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2017-03-03>
2. Kautokeino og Kautokeino-lappene. *Dagsposten* 30.1.1939. <https://www.nb.no/items/9710282ebbbe6a8a3a860beec38df8e1?page=9> (5.5.2024).
3. Eriksen, K. E., og Niemi, E., *Den finske fare. Sikkerhetsproblemer og minoritetspolitikk i nord 1860–1940*. Oslo: Universitetsforlaget, 1981. <https://www.nb.no/items/a66141cfc95e106d709d932c85f6d76e?page=0> (5.5.2024).
4. Andresen, A., Evjen, B., Ryymin, T., *Samenes historie fra 1751 til 2010*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, 2021.
5. Gjessing, R., *Die Kautokeinolappen. Eine antropologische Studie*. Oslo: Instituttet for Sammenlignende Kulturforskning, 1934. <https://www.nb.no/items/cd5c87a3786d68defadd053fc65cbf8a?page=0> (5.5.2024).
6. Gjessing, R., *Hvordan boken om Kautokeinolappene ble til*. I: Aukrust, O. O., Lorenz Smith, *Prest og samfunnsmenneske*. Lom: Lom Heimbygdslag, 1946; 61–65. <https://www.nb.no/items/f05f960e74fa847367a74a072fbef103?page=63> (5.5.2024).
7. Heiberg, I., *Ingen kjenner solen: en bok om mine foreldre, Magna og Lorenz Smith, preste-folk i Kautokeino, Lom og Vang på Hedemarken*. Espå: Lokalhistorisk forlag, 1992. <https://www.nb.no/items/Ged424ecffc60c83392ce525f4a1bcf9?page=0> (5.5.2024).
8. Kyllingstad, J. R., *Fysisk-antropologisk forskning på samer, kvener og skogfinner. Del 1: Når og hvor har slik forskning funnet sted? Hvem var gjenstand for den?* Ekstern utredning for Sannhets- og forsoningskommisjonen, 2021. *Microsoft Word - Fysisk-antropologisk forskning på samer, kvener og skogfinner. Del 1 Når og hvor har slik forskning funnet sted og hvem var gjenstand for den.docx* (stortinget.no) (5.5.2024).
9. Kyllingstad, J. R., *Undersøkelse av fysisk antropologisk forskning på samer, kvener og skogfinner med vekt på norske myndigheters rolle*. Ekstern utredning for Sannhets- og forsoningskommisjonen, 2022. *Microsoft Word - Undersøkelse av fysisk antropologisk forskning på samer, kvener og skogfinner med vekt på norske myndigheters rolle - del 2.docx* (stortinget.no) (5.5.2024).
10. Larsen, Ø., Hos skolelegen. *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 2001; 121: 887–888. <https://tidsskriftet.no/2001/03/forsidebildet/hos-skolelegen> (5.5.2024).

36 Eriksen KE, Niemi E. *Den finske fare: sikkerhetsproblemer og minoritetspolitikk i nord 1860–1940*. Oslo: Universitetsforlaget, 1981, 122.

37 Ibid.

11. Otterbech, J., og Hidle, J. (red.), *Fornorskningen i Finmarken*. Kristiania: Lutherstiftelsens boghandel, 1917. <https://www.nb.no/items/2c8d279231d31ac09a3ac3db235d97f7?page=0> (5.5.2024).
12. *Sannhet og forsoning – grunnlag for et oppgjør med fornorskningsspolitikk og urett mot samer, kvener/norskfinner og skogfinner*. Rapport til Stortinget fra Sannhets- og forsoningskommisjonen. Dokument 19 (2022–2023). stortinget.no/globalassets/pdf/sannhets-og-forsoningskommisjonen/rapport-til-stortinget-fra-sannhets-og-forsoningskommisjonen.pdf (5.5.2024).
13. Schreiner, K. E., *Zur Osteologie der Lappen*. Oslo: Instituttet for Sammenlignende Kulturforskning, 1931–1935. <https://www.nb.no/items/f468f406699f34ce6dd20163a2506680?page=0> (utgitt 1935) og <https://www.nb.no/items/48d37efb851486a6ecb75d42ab9c5eea?page=0> (utgitt 1931) (6.5.2024).
14. Smith, P. L., *Kautokeino og Kautokeino-lappene. En historisk og ergologisk regionalstudie*. Oslo: Instituttet for Sammenlignende Kulturforskning, H. Aschehoug & Co. 1938. <https://www.nb.no/items/9e7e3477d1d0c26e31a0cd678f0c4c77?page=0> (5.5.2024).

English summary

This text sheds light on Rolv Gjessing's book on the Sami ("Lapp") population in northern Norway, published in 1934. Our main goal is to demonstrate how Gjessing describes the physical anthropology of the Sami population. We will argue that Gjessing's book must be seen in close connection to the priest Peter Lorenz Smith's study of the population in Kautokeino, published four years after Gjessing gave out his book. Gjessing's study, as well as Smith's research, helps to substantiate typical notions of Kautokeino's population, typical for the early twentieth century. Nevertheless, there is no reason to doubt that both Gjessing and Smith wrote their books with great respect for the Sami population in Kautokeino. Our goal in this article is to highlight a little known and extensive work that Gjessing carried out while he worked as a doctor in Alta/Kautokeino.

Artikkelen er fagfellevurdert.

Merethe Roos

merethe.roos@usn.no

Merethe Roos er professor i historie ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Kjell Martin Moksnes

kjell.martin.moksnes@gmail.com

Kjell Martin Moksnes er spesialist i psykiatri og tidligere avdelingsoverlege ved Alderspsykiatrisk avdeling, Dikemark sykehus.

Vi takker Gjessings sønnesønn, Kai Gjessing, for utlån av bilder.

Rolv Gjessing – den tvetydige pioneren

Michael 2024; 21: 473–481

doi:10.56175/michael.11938

Rolv Gjessing (1887–1959) var en markant skikkelse i norsk psykiatri, kjent for sin forskning på sammenhengen mellom psykisk sykdom og biologiske prosesser. Han var en pioner som fikk stor anerkjennelse, ikke minst internasjonalt. Hvordan skal hans livsverk forstås i dag?

Den ytre fortellingen er oversiktlig: Gjessing ble utdannet lege i 1913 (figur 1). Etter noen år i allmennpraksis og psykiatri ble han ansatt ved Dikemark sykehus i 1922. Her kom han til å bli resten av yrkeslivet. Han var direktør ved sykehuset i perioden 1929–1949, deretter trakk han seg tilbake for å få mer tid til forskning. Han døde ti år senere, 71 år gammel.

Hans store prosjekt gikk ut på å gjennomføre studier av enkeltpasienter ved nitide laboratorieundersøkelser, der pasientene utgjorde sine egne kontroller. Gjessing kunne vise karakteristiske laboratoriemessige funn og stor overensstemmelse mellom kurven for det psykiske forløpet og graden av nitrogenretensjon i pasientenes stoffskifte (1).

Alle som har skrevet om Rolv Gjessing, framhever hans store forskertrang og arbeidskraft, og at det meste av forskningen ble utført i fritiden (2). Arbeidsdagene var ellers fullt belagt med legearbeid og med å være direktør ved et sykehus med ca. 800 senger gjennom 20 år (3).

Dikemark var nærmest for et psykiatrisk pleiehjem å regne fra etableringen i 1905, men etter hvert begynte ting å skje. Grundige undersøkelser av pasientene og en mer aktiv terapeutisk tilnærming vokste fram. I 1924 startet Gjessing sitt intense forskningsarbeid (4). Året etter skiftet institusjonen navn fra asyl til sykehus (4). Navnebyttet var mer enn symbolikk. Gjessing og hans medarbeidere bygde stein på stein, og i løpet av de neste tiårene fikk Dikemark en sterk posisjon, ikke minst gjennom Gjessings forskningsinnsats. Men kanskje vel så viktig var holdningsendringen som



Figur 1. Rolv Gjessing var ferdig utdannet lege i 1913. Her er kullet fotografert foran den gamle Fødselsstiftelsen i Akersgaten. Rolv Gjessing står som nr. 3 fra venstre med armene i kors. Man skal være forsiktig med å overfortolke slike bilder, men det virker som om han framstår med selvtilitt i fremste rekke. De to andre er avdelingens sterke menn: professor Kristian Brandt (1859–1932) og reservelege Christian Kielland (1871–1941). Foto: Kvinneklinnikkens bildesamling/Nasjonalt medisinsk museum, Norsk teknisk museum. <https://digitaltmuseum.no/021025793366/fotografi>

skjedde. Gradvis ble moderne diagnostikk og behandling innført. «Stykke for stykke innarbeidet det seg en ny innstilling overfor pasientene og deres problemer» (5).

Den negative historien

Historien kan forstås på flere måter. Det er mulig å skrive fram en negativ versjon. Man kan mene at forskningen hans pekte på interessante fenomener, men ikke så mye mer. Sammenhengen mellom Gjessings observasjoner og dagens kunnskap innen *kronobiologi* er uklar (6). Odd Lingjærde (1929–2023), en nestor innen biologisk psykiatri, mente at det «egentlig ikke kom så mye ut av disse ytterst tidkrevende undersøkelsene» (7).

I dag er det knapt noen som vet hvem Rolv Gjessing var. Sykdommen som han la all sin kraft inn på å studere, periodisk katatoni, ses knapt mer. Det såkalte *Gjessings syndrom* «blir ikke nærmere beskrevet i diagnose-

manualene som brukes i spesialisthelsetjenesten», står det lakonisk i leksikonet (8). Da antipsykotiske legemidler ble introdusert i midten av 1950-årene, ble psykiatrien på kort tid endret, og tidligere forskning havnet mer i bakgrunnen. Han skrev dessuten sine viktigste arbeider på tysk, noe som gjorde at resultatene var mindre kjent i den engelskspråklige verden (9). Hans omstendelige måte å rapportere resultatene på gjør det ekstra vanskelig å trenge inn i publikasjonene i dag (10).

Var hele prosjektet hans et blindspor? Det vet vi egentlig ikke. Hva ville komme ut av det hvis noen tok opp disse ideene i dag (6)? Men blindspor må man nok kunne kalle hans første store forskningsprosjekt, kartleggingen av de såkalte Kautokeino-lappene (11). Det enorme arbeidet, som ble påbegynt i 1918 mens han var distriktslege nordpå, bygde på forutsetninger som snart ble utdaterte. Gjessings bok ble publisert i 1934 og vakte liten interesse.

Gjessing var tidlig ute med å innføre moderne krampebehandling ved Dikemark sykehus i 1930-årene, men den eneste behandlingsmodaliteten som fortsatt brukes i dag, elektrokonvulsiv terapi (ECT), var han sterkt imot (12). Han mente ECT-behandling var ufysiologisk og skrev skarpt at man ikke måtte opptre som magikere ved å trykke på en knapp (13).

Han kom etter hvert i et motsetningsforhold til en del av utviklingen i psykiatrien (14, 15). Han var ikke enig i verken den terapeutiske optimismen som de aktive sjokkmetodene brakte, eller ensidigheten i de psyko-terapeutiske og psykopatologiske retningene (14, 16). I minneordene i *The Lancet* står det at «(...) his opposition to the empiricism of much contemporary psychiatric treatment may explain the small resonance he has found so far in English-speaking countries» (17). Også her hjemme sto det strid om ham. Gjessing hadde steile holdninger både til lobotomi og ECT-behandling, og hans «vitenskapelige anseelse er sikkert langt større utenfor Norges grenser enn her hjemme», het det da han gikk av som direktør i 1949 (18).

Han hadde ikke doktorgrad selv, og i løpet av de 35 årene han var aktiv innen psykiatrisk forskning (1924–1959), var det ingen andre fra laboratoriet som disputerte heller. Dikemark-skolen yndet ikke doktoravhandlinger, ble det sagt, Gjessing aller minst. Han innprentet en selvkritikk som angivelig gjorde at ingen våget å tenke på noe slikt (19).

Hans enorme innsats hadde personlige omkostninger. «Jeg har ikke bare forsømt kone, barn, hjem, men også latt andre interesser ligge», skrev han i sine upubliserte memoarer. «Arbeidet med periodisk katatoni har fylt meg til fortrenghet av praktisk talt alt annet.» Hvor riktige slike betraktninger i eldre alder faktisk er, kan nok diskuteres. Asbjørn Følling (1888–1973) skrev i minneordene om «en rikt fasettert personlighet med mange interes-

ser også utenom sitt fag og sin forskning. Han hadde en allsidig lesning både av skjønnlitteratur og filosofi. Han var en kjenner av musikk, spilte selv flere instrumenter og har også komponert melodier, bl. a. til noen av Goethes sanger, som han kjente så godt. Og på sin gård oppe i Lom hendte det at han satte seg til staffeliet og malte landskapsbilder» (20).

Den positive historien

En alternativ historie er denne: Alle er enige om at Gjessing var en pioner. Han bygde opp laboratoriet fra ingenting, og var en sterk bidragsyter til å etablere fagfeltet *biologisk psykiatri* (21). Hans strenge metodiske tilnærming, iherdighet og utholdenhet var imponerende (22). Dette skjedde i en tid der psykiatrien hadde lite å bidra med, desperasjonen og apatien var stor. Det var åpenbart: uten forskning, ingen framskritt.

Enkelte framstiller Gjessing som ensporet, nærmest monomant opptatt av å finne biologiske forklaringer på psykiatriske lidelser. Og rent forskningsmessig var han nok det. Han forfulgte et vitenskapelig spor med stor kraft. Men ut fra det han selv skriver og flere kolleger forteller, var han mer åpen i klinisk praksis. Han beskrives som en varm og omsorgsfull lege og blant annet en ivrig forkjemper for at pasientene skulle ha meningsfulle aktiviteter. Arbeidsterapien sto sentralt på Dikemark (3).

Gjessing var sterkt engasjert i den internasjonale utviklingen. En rekke lengre studiereiser vitner om det (10). Han hadde en solid posisjon blant mange utenlandske kolleger. Professor F.A. Jenner (1927–2014) i Sheffield beskrev arbeidet hans til og med som «one of the most outstanding studies in the history of medicine and science» (22).

Han var en sann forsker med en kritisk vitenskapelig innstilling. Å lese for eksempel hans essay fra 1950 i *Perspectives in neuropsychiatry* føles friskt og moderne (23). Psykiatrisk behandling er som å skyte med hagle i tåke mot et ukjent mål, skrev han. Også forståelsen av sykdommene hadde hatt liten framgang. Etter 50 års hardt arbeid med å belyse etiologi og patogenese ved schizofreniene må vi innrømme at det er like usikkert som før. Men det fantes veier framover. Man må velge ut undergrupper og undersøke disse, «keen on the task and willing to work like desperadoes, even for years». Det sier mye om hans posisjon at alle de øvrige bidragsyterne i denne antologien var fra Storbritannia og USA (13).

Man skal heller ikke undervurdere hvilken betydning Gjessing hadde for faget. Flere har fortalt at Dikemark var et attraktivt sted å arbeide, på grunn av sykehusets gode ry. Det er betegnende at det ved hundreårsdagen i 1987 ble avduket byste, utgitt festskrift både på norsk og engelsk (23, 24) (figur 2) og publisert en minneartikkel i tidsskriftet *Biological Psychiatry*



Figur 2. Faksimile av festskriftet som ble utgitt i 1987, i forbindelse med 100-årsdagen for Gjessings fødsel. På bildet avduker Lars Mørkrid (f. 1946) bronsebysten av Gjessing utenfor Bjørkelibygningen. To ulike versjoner av festskriftet ble utgitt på henholdsvis norsk og engelsk, forsideillustrasjonen var den samme (23, 24).

(25). Gjennom årene mottok han en rekke æresbevisninger, blant annet Oslos høyeste utmerkelse St. Hallvard-medaljen.

For folk utenfor faget er hans navn særlig knyttet til den såkalte Gjessing-saken under krigen, da han i 1941 ble arrestert av hirden. Han slapp fri etter en uke etter trusler fra samtlige overleger i Oslo kommune og finansrådmannen om at de ellers ville gi opp sine stillinger. Dette var den første kollektive aksjonen mot hirden og NS, og den hadde stor symbolsk betydning (1). Gjessings helteglorie er også styrket ved at han tok avstand fra lobotomi. Ingen av Dikemarks pasienter ble lobotomert i hans direktørtid (26).

Bjørkeli

Også Bjørkelibygningen, der Gjessing tilbrakte så mange timer, bærer dobbeltheten i seg. Gjessings laboratorium er et klenodium i norsk vitenskaps-historie. Men hvordan forvaltes det? Bjørkeli, og også de andre bygningene på det praktfulle Dikemark-området, har i mange år vært i fritt forfall. Saken har havnet i en sump av beslutningsvegning og ansvarsfraskrivelse (27, 28). Fredningsvedtaket i 2012 var viktig, og Riksantikvaren la vekt på at bygningen i nasjonal sammenheng er «enestående som bevart psykiatrisk forskningslaboratorium fra mellomkrigstiden» (29). Men lite skjer, og uerstattelige historiske verdier trues av ødeleggelse.

Ildsjeler ved Dikemark sykehusmuseum legger ned et stort og fortjenstfullt arbeid i å bevare Bjørkelibygningen med små midler. De har blant annet fått laget åtte korte filmer fra laboratoriet, som ligger fritt tilgjengelig på nettet, og kan være en fin forberedelse til et besøk (30–37).

Uløste spørsmål

Hva var det egentlig Gjessing holdt på med? Hva fant han ut? Hva var periodisk katatoni? Hvordan skal vi forstå hans resultater i lys av dagens kunnskap? Det er mye vi ikke vet, og det vil kreve en betydelig innsats å trenge inn i de omfattende arbeidene som Gjessing publiserte, og forstå dem fullt ut fra hans samtid og i nåtid (38).

Gjessing er i dag delvis innhyllet i myter. Var han den enestående og geniale forskeren eller var han en mer mislykket figur som satset alt på ett kort, og tapte? Tvetydigheten bidrar til fascinasjonen. Framstillingen i *Store norske leksikon* er i beste fall upresis: «Som psykiater var Gjessing forut for sin tid, da han antok at visse psykiske lidelser kunne skyldes forandringer i stoffskiftet. Pasienters urinprøver, som er oppbevart i hans laboratorium, er senere undersøkt med finere biokjemiske metoder og viser at Gjessing

hadde rett i sine hypoteser» (39). Kanskje er det betegnende at knapt noen har benyttet seg av *dr. Gjessings biobank* (4)?

Var det for eksempel slik som psykiateren Gordon Johnsen (1905–1983), som arbeidet ved Dikemark sykehus i 1930-årene, skrev mange år senere at det var to menn i Oslo kommune som fikk alt de søkte om av penger: Rolv Gjessing på Dikemark og Gustav Vigeland for byens utsmykning (19)? En svensk kollega så det annerledes: «Gjessings undersøkingar är ett gott exempel på hur god forskning kan göras även med mycket blygsamma resurser» (40).

Litteratur

1. Retterstøl N. Rolv Gjessing. I: *Norsk biografisk leksikon*. https://nbl.snl.no/Rolv_Gjessing (15.7.2024).
2. Johannessen NB. Rolv Ragnvaldsson Gjessing 1887–1959. *Tidsskrift for Den norske lægeforsening* 1959; 79: 707–708. <https://www.nb.no/items/8e9cad1d74f26f5f88b1d9f02a1309c7?page=67> (15.7.2024).
3. Gjessing R. Occupational therapy at Dikemark. *Occupational Therapy and Rehabilitation* 1947; 26: 363–366. https://journals.lww.com/ajpmr/citation/1947/10000/occupational_therapy_at_dikemark.13.face (21.4.2024).
4. Moksnes KM. Dr. Gjessings biobank. *Michael* 2024; 21: 410–424.
5. Frøshaug H, Johannessen NB. Dikemark i dag og i morgen. I: Mamen HC, red. *Dikemark sykehus 1905–1955*. Oslo: Dikemark sykehus, 1955: 158–165. <https://www.nb.no/items/edebfc85988c5cf0a8754ff0366e0714?page=159> (15.7.2024).
6. Mørkrød L. Gjessings laboratorium 1959–1996. *Michael* 2024; 21: 446–455.
7. Lingjærde O. *Liv og forskning: en faglig selvbiografi*. Stavanger: Hertervig akademisk, 2014: 24. <https://www.nb.no/items/78f64713b7b032b3f973e8da64edc1eb?page=27> (15.7.2024).
8. Malt U. Gjessings syndrom. I: *Store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/Gjessings_syndrom (15.7.2024).
9. Crammer J. Contribution to the somatology of periodic catatonia. *British Medical Journal* 1976; 2: 761–762. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6038.761-b>
10. Gude T. Rolv Gjessing – en pioner i norsk psykiatrisk forskning. *Michael* 2024; 21: 399–409.
11. Roos M, Moksnes KM. I spennet mellom respekt og nedlatende omtale – Rolv Gjessings skrift om Kautokeino-lappene (1934). *Michael* 2024; 21: 456–472.
12. Moksnes KM. Krampeterapier ved Dikemark sykehus. *Michael* 2024; 21: 425–445.
13. Gjessing R. Mental hospital problems. I: Richter D, red. *Perspectives in neuropsychiatry: essays presented to Professor Frederick Lucien Golla by past pupils and associates*. London: H.K. Lewis, 1950: 217–229.
14. Gjessing R. Bemærkninger angående unnersökelsen av såkaldte schizofrene: Mål, plan og metode. *Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad* 1956; 10: 355–361. <https://doi.org/10.3109/08039485609131229>

15. Kirk L. Om den somatiske skizofreniforskning og skizofrenidiagnosen. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1967; 21: 86–98. <https://doi.org/10.3109/08039486709094579>
16. Jung R. Rolv Gjessing, 26.6.1887–11.3.1959. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, vereinigt mit Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 1960; 200: 343–349. <https://doi.org/10.1007/BF00353081>
17. Rolv Gjessing. *Lancet* 1960; 276: 970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(60\)92042-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(60)92042-0)
18. K.H. [sannsynligvis reportasjesjef Kåre Haugen (1907–1952)]. Dikemarkdirektøren. *Arbeiderbladet* 16.4.1949, s. 6. <https://www.nb.no/items/fad2e84e801982d059298387a7b3fdfe?page=5> (15.7.2024).
19. Johnsen G. Harald Frøshaugs betydning for norsk psykiatri. *Kirke og kultur* 1982; 87: 51–56. <https://www.nb.no/items/a1981e0d24370cad9d636854efde271a?page=55> (15.7.2024).
20. Følling A. *Minnetalet over overlege Rolv Gjessing*. Det norske videnskaps-akademi i Oslo. Årbok 1960. Oslo: Aschehoug, 1961, s. 32–38. <https://www.nb.no/items/b331059f124c7365749cad640121cae1?page=33> (2.2.2024).
21. Malt UF. Biologisk psykiatri i Norge. *Michael* 2024; 21: 387–398.
22. Jenner FA. *Science and everything from misery to elation: inaugural lecture delivered 24 January, 1968*. Sheffield: University of Sheffield, 1968: 7.
23. Gunby B, red. *Rolv Gjessing 100 år*. Asker: Dikemark Hospital Press, 1987. <https://www.nb.no/items/0291236ca197f0ebae5bed748f48ae3?page=0> (15.7.2024).
24. Gravem A, red. *Rolv Gjessing: in commemoration of the centenary of his birth*. Asker: Dikemark Hospital Press, 1987.
25. Wortis J. Remembering Gjessing: 1887–1959. *Biological Psychiatry* 1988; 24: 1–2. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90115-1](https://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90115-1)
26. Haave P. *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub, 2008. <https://www.nb.no/items/2b9c6c44a8a8bb40d41145501c10595c?page=305> (15.7.2024).
27. Drabløs ØT, Larsen RS, Torgersen HO. Byggene på Dikemark står tomme og forfaller. Hva som skjer med dem når sykehuset flytter, er ikke sikkert. *Aftenposten* 10.2.2022. <https://www.aftenposten.no/oslo/i/rEbbW8/byggene-paa-dikemark-staar-tomme-og-forfaller-hva-som-skjer-med-dem-naar-sykehuset-flytter-er-ikke-sikkert> (15.7.2024).
28. Bernhardt HB, Torgnesskar PO. Psykiatrichistorien bør omsider få den oppmerksomheten den fortjener. *Aftenposten* 14.10.2023. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/EQebv5/psykiatrichistorien-boer-omsider-faa-den-oppmerksomheten-den-fortjener> (15.7.2024).
29. *Fredningen av Bjørkeli i 2012*. <https://lovdata.no/static/LTI/sf-20120216-0153-06-01.pdf?timestamp=1697754048985> (15.7.2024).
30. *Gjessings laboratorium – Spektrofotometer til måling av metabolitter i blod og urin*. <https://sykehushistorier.com/items/show/75> (15.7.2024).
31. *Gjessings laboratorium – Måling av pasientenes aktivitetsnivå*. <https://sykehushistorier.com/items/show/76> (15.7.2024).
32. *Gjessings laboratorium – Nitrogenopptakets effekt på kataton schizofreni*. <https://sykehushistorier.com/items/show/77> (15.7.2024).

33. *Arbeidsterapi og pasientkunst på Dikemark i Rolv Gjessings tid.* <https://sykehushistorier.com/items/show/78> (15.7.2024).
34. *Rolv Gjessings liv og gjerning på Dikemark sykehus.* <https://sykehushistorier.com/items/show/79> (15.7.2024).
35. *Laboratorieutstyret Rolv Gjessing brukte.* <https://sykehushistorier.com/items/show/80> (15.7.2024).
36. *Arbeidsverelset til Rolv Gjessing.* <https://sykehushistorier.com/items/show/81> (15.7.2024).
37. *Langtidsregistrering av enkeltpasienter med kataton schizofreni.* <https://sykehushistorier.com/items/show/82> (15.7.2024).
38. Frøshaug H, Johannessen NB. The seventieth birthday of R. Gjessing. *Journal of Mental Science* 1958; 104: 822–825. <https://doi.org/10.1192/bjp.104.436.822>
39. Rolv Ragnvaldsøn Gjessing, I: *Store norske leksikon.* https://snl.no/Rolv_Ragnvalds%C3%B8n_Gjessing (15.7.2024).
40. Lindström LH. Psykiatrin och forskning kring hjärnfunktioner sett i ett historiskt perspektiv. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1985; 39: 351–354. <https://doi.org/10.3109/08039488509101921>

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttsjef ved Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Merethe Roos

merethe.roos@usn.no

Merethe Roos er professor i historie ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Jørgen Valeur

jorgen.valeur@lds.no

Jørgen Valeur er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, overlege ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

Hva feilte Munch?

Ivo de Figueiredo

Stormen: en biografi om Edvard Munch: Bind 2

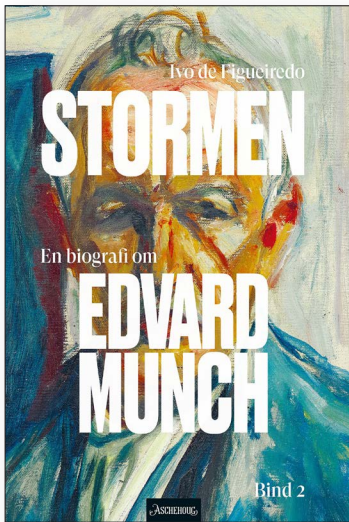
Oslo: Aschehoug, 2024

444 s.

ISBN 9788203450655

Michael 2024; 21: 482–483

doi: 10.5617/michael.11939



Andre bind av biografien om Edvard Munch (1863–1944) følger kunstneren fra 1902. Han lever et omflakkende og alkoholisert liv på kontinentet. Det toppe seg i 1908 da han får et nervesammenbrudd, og blir innlagt på dr. Jacobsons privatklinik i København.

Journalen fra klinikken er tapt, men det har ikke hindret psykiaterne i å stille diagnoser, skriver biografen. Problemet er bare at de har en «tendens til å negligere elementær kildekritikk og tillitsfullt anta at alt som er skrevet om Munch, er sant og at alt han selv har skrevet, kan tas for sitt pålydende. Heller ikke tas det hensyn til sjanger og historisk kontekst, enn si til den opplagte muligheten for at Munch dikter og lyver. I tillegg analyseres ofte kunsten på en måte som reduserer den til en selvterapeutisk aktivitet. De færreste spør seg hvordan man diagnostiserer en kunstner som

selv dyrket forestillingen om sykdom og nervøsitet som kilde til kunstnerisk kreativitet, eller stusser over at et alvorlig sammenbrudd tilsynelatende lot seg kurere på en drøy uke ved hjelp av behandling som mest minner om et moderne spaopphold» (s. 145–146). Dette sitatet kan gjerne tas fram av

alle kolleger som får trang til å skrive diagnostisk om mennesker man selv ikke har undersøkt.

Det finnes en enorm litteratur om Munch. Når man skal skrive noe nytt og sammenfattende, blir de metodiske grepene desto viktigere. Skuddet i Åsgårdstrand i 1902 er en myteomspunnet episode. Vi kjenner resultatet, at Munch mistet deler av en finger, men hvordan gikk det til? Kunsthistorikeren Frank Høifødt har gjennomgått kildene, og han mener at det etter alt å dømme var et vådeskudd (1). Det kan bli for defensivt når biografen konkluderer med at kildene er for tynne til å si hva som egentlig hendte. Forfatteren legger tilsynelatende lista et annet sted når han omtaler Munchs influensalignende sykdom i 1918. Maleren trodde selv at han hadde spanskesyken, og de Figueiredo mener at «de mange plagene kan tale for at han virkelig hadde spanskesyken, siden den ofte bar med seg følgesykdommer» (s. 245). Men uten sikrere diagnostikk, kan man jo ikke vite sikkert.

Det har vært en kjempejobb å sortere og velge ut blant det veldige kilde-materialet. Forfatteren har en suveren oversikt og turnerer stoffet med overskudd og humor. Det er en glede å lese. Et herlig eksempel er da Munch i 1912 fant ut at anskaffelsen av gården Nedre Ramme i Hvitsten var et feilkjøp. Han hadde tre eiendommer å holde styr på. Det var for mye. Så hva gjorde han? «Munchs løsning på eiendomsbyrden var rett og slett å leie et hus til, og det uten å gi avkall på noen av de andre» (s. 201). I 1913 flyttet han inn på en gård på Jeløya ved Moss.

Baksideteksten oppsummerer godt den siste halvdel av Munchs liv: «Munch finner aldri sin plass i det nye århundret, han står midt i sin tid, men alltid for seg selv (...). Når han trekker seg tilbake til villaen på Ekely, er det fordi han ikke hører hjemme andre steder enn i sin egen kunst. Der fortsetter til gjengjeld stormen å herje i kunstnerens øyne til han lukker dem for siste gang en vinterdag i 1944.»

Litteratur

1. Høifødt F. *Kunsten, kvinnen og en ladd revolver : Edvard Munch anno 1900*. Oslo: Press, 2010: 215–225.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttssjef ved Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo og redaktør i Michael.

Psykologisk mosaikk

Torkil Damhaug

Forræderen

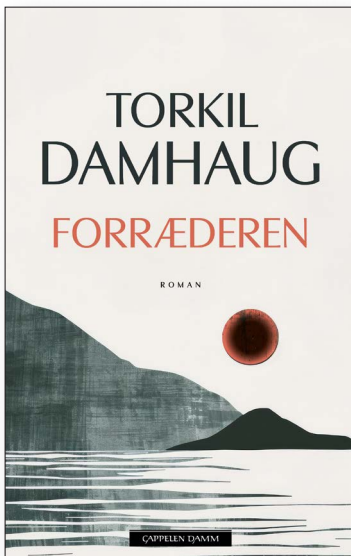
Oslo: Cappelen Damm, 2024

221 s.

ISBN 978-82-02-84191-1

Michael 2024; 21: 484–485

doi: 10.5617/michael.11940



Torkil Damhaug er psykiateren som ble suksessforfatter, ikke minst på grunn av sine prisvinnende kriminalromaner. Ingen andre har tre Rivertonpriser. Dette er hans tolvte bok, og den lanseres som en roman «med trekk fra ulike sjangre».

Gjennom 23 kapitler, fordelt på tre deler, forteller den ikke navngitte jeg-personen sin historie, dels i preteritum og dels i presens, mens handlingen hopper litt fram og tilbake i tid.

Hovedpersonen i romanen har mye til felles med forfatteren; fødselsdagen er den samme, og begge har gått fra å være medisinstudenter til å bli forfattere – hovedpersonen riktignok uten å gå omveien om fullført studium og spesialistutdanning i psykiatri. Hovedpersonen studerer medisin i Bergen, mens forfatteren studerte medisin i Oslo, men han kjenner Bergen godt fra studier i litteraturvitenskap og antropologi.

Hovedpersonen bor i «Slottet», et antipsykiatrisk anarkistkollektiv som utgir tidsskriftet Steingrunn, eksperimenterer med ulike rusmidler, og praktiserer fri sex. Beskrivelsen av det radikale studentmiljøet for 50 år siden med demonstrasjoner og okkupasjoner er høyst gjenkjennelig og tidvis

parodisk. Hovedpersonen, som kalles doc i kollektivet, har overraskende stor klinisk kompetanse og legeidentitet til å være andreårsstudent. Han jobber på bryggeri ved siden av studiet, noe som var politisk korrekt på den tiden. Han er inspirert av den franske poeten Charles Baudelaire (1821–1869): «Det er tida for å ruse seg! For ikke å være forpinte slaver av tida, rus dere uten stans! På vin, på poesi, på dyd, hva dere selv måtte ønske» (s. 24). Hovedpersonen reflekterer mye over livet og døden og skriver om «symptomer på psykiske lidelser som en normal reaksjon på et sjukt samfunn» (s. 55).

Selv om han sier at «Livet mitt før jeg kom hit, har jeg gjort meg ferdig med» (s. 28), stemmer det absolutt ikke. Han forfølges av barndomsminner og sliter med angst. Bruddet med familien og farens død preger ham.

Boka er full av psykologiske problemer; familiekonflikter, far-sønn-relasjoner, underbevisste tanker, fortrenge opplevelser, uuttalte følelser og endatil psykotiske episoder.

Damhaug har et godt språk, og forfatteren gir oss spennende assosiasjoner. En episode (s. 160) bringer tankene til *De dødes tjern* av André Bjerke (Bernhard Borge) (1918–1985) som stod hovedpersonens mor nær (s. 166), og som kjent var mer enn gjennomsnittlig opptatt av paranormale fenomener.

Problemet med boka er at fortellingen blir fragmentarisk. De mange bipersonene etterlater for mange løse tråder. For leseren er det vanskelig å legge brikkene sammen til et helhetlig bilde. Kanskje er det psykiaterens ønske å etterlate seg langt flere spørsmål enn svar, men jeg foretrekker Torkil Damhaug som kriminalforfatter – med en løsning på siste side.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael.

Godt fra dansk allmennpraksis

Maja Søndergaard Worm, Lærke Smidt Gasbjerg, red.

Almen medicin

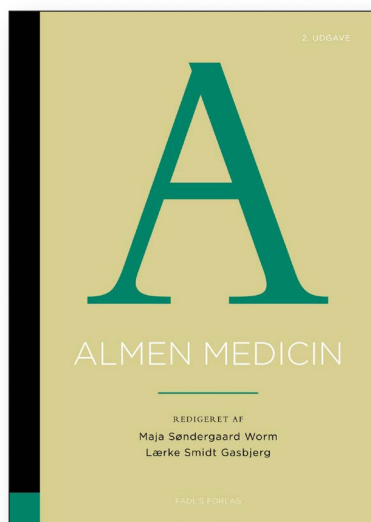
2. utgave. København: FADL's forlag, 2024

420 s.

ISBN 978-87-94207-82-9

Michael 2024; 21: 486–487

doi: 10.5617/michael.11941



Almen medicin er 2. utgave av en dansk lærebok for medisinstudenter og unge leger. Den er ment både som oppslagsverk og for å gi «overblikk over de hyppigste og vanligste» oppgavene for allmennlegen.

Boken er delt i fem deler. I den første beskrives rammene i dansk allmennpraksis samt roller og oppgaver for allmennlegen. I andre del omtales medisinstudentens praksis i allmennmedisin. Her finnes en oppsummering av kommunikasjonsverktøy og teknikk på legekantoret, «tips og triks» for praksisperioden samt en samling med nyttige ressurser og oppslagsverk for leger som er nye i faget.

Del tre omhandler ulike pasientgrupper i allmennpraksis, som gravide, kreftpasienter og etniske minoriteter. Her er også en innføring i ulike konsultasjonsformer og mer generelle tema, som «hva er sykdom», diagnostiske beslutningsprosesser i allmennpraksis, polyfarmasi og attestarbeid.

Fjerde del gir en innføring i vanlige plager som nedstemthet og angst, hukommelsesvansker, hodepine og kvalme. Journalføring og statistikk rundt kontaktårsaker i allmennpraksis blir også presentert.

Siste og femte del består av 20 kasuistikker fra allmennpraksis, med spørsmål og tilhørende svar lenger bak.

Boken favner vidt og går ikke i dybden på temaene. Likevel har forfatterne unngått å presentere stoffet på forutsigbart og monotont vis. Kjente fallgruver og utfordringer i fastlegepraksis presenteres i realistiske og gjenkjennbare kasuistikker gjennom kapitlene.

Leserens oppmerksomhet holdes også oppe gjennom elementer som kritisk diskusjon av statistisk fortolkning og screeningprogrammer. Små, interessante fakta krydrer de forskjellige delene, og forskning og statistikk er forståelig og intuitivt presentert. Et eksempel er tall på hvor uttalt både kvinnene og legene overvurderer den økte sikkerheten ved normalt svar på mammografiscreening.

For norske allmennleger vil kapittelet om rammene i dansk allmennpraksis ikke være direkte relevant, men det gir forståelig og interessant innsikt i et system som i stor grad ligner vårt. Forskjellene kan være en kilde til interessant refleksjon rundt egne rammer, for eksempel hvordan danske legekontorer er pålagt å ha åpen kveldspraksis en dag i uken, og at sykehusleger kan «flagge» epikriser med fargekoder, og dermed pålegge fastlegen å følge opp innen en bestemt tid.

Et eget kapittel for medisinstudenter med tips før praksis og delen med 20 realistiske kasuistikker med utfyllende svar oppmuntrer til egentrening og engasjement for den som er relativt fersk i faget.

Våre danske kolleger har laget en oversiktlig og lesbar bok som er en nyttig innføring for studenter og nye fastleger. Den er god både som lærebok og lettlest oppfrisking av og refleksjon rundt egen praksis – også for mer erfarne kolleger.

Inga Marthe Grønseth
i.m.gronseth@gmail.com

Inga Marthe Grønseth er spesialist i allmennmedisin og arbeider som fastlege ved Sørbyen legesenter i Trondheim.

Det norske klassesamfunnet

Magne Flemmen og Jørn Ljunggren

Klasse: en innføring

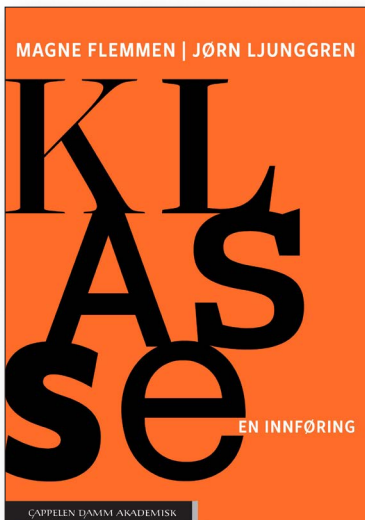
Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2024

393 s.

ISBN 978-82-02-63214-4

Michael 2024; 21: 488–489

doi: 10.5617/michael.11942



Det er forskjell på folk. I boka *Klasse* viser sosiologene Flemmen og Ljunggren hvordan forskjellene arter seg i Norge. Nordmenn deler seg systematisk etter sosial bakgrunn både med henblikk på politiske og kulturelle preferanser, forventet levealder og sosial mobilitet. Boka inneholder ny og interessant empiri. Det er i seg selv god nok grunn til å anbefale den.

Forfatterne mener at de sosiale forskjellene best kan forstås som klasseforskjeller, basert på videreutviklinger av Marx' og Webers teorier. Den grunnleggende årsaken er kapitalismen, der posisjon, makt og avmakt er resultat av eierskap. Den som eier produksjonsmidlene, har makt over arbeideren. Nyere sosiologisk teori gir et bredere bilde i takt med endring i produksjonsforhold og utvidet forståelse av sosial segregering. Overklasse, middelklasse og arbeider-

klasse blir ikke bare definert etter eierskap til produksjonsmidlene, men etter inntekt, makt og livssjanser. Bourdieus begrep om kulturell kapital utvider perspektivet til også å romme stil, smak og sosiale væremåter som uttrykk for klassetilhørighet.

Slik kan overklassen deles inn i tre grupper etter hvor mye økonomisk eller kulturell kapital den enkelte besitter. Professorer har mye kulturell kapital, leger og sivilingeniører hører til midtkategorien «balansert», mens de høyest lønnete direktører, finansmeglere og rentenister hører til den økonomiske overklassen. I nedre middelklasse finnes henholdsvis førskolelærere, sykepleiere og lavest lønnete ledere. Arbeiderklassen plasseres nederst i midten. De har verken klar overvekt av økonomisk eller kulturell kapital og består av faglærte, som rørleggere og elektrikere, og ufaglærte, som renholdere og butikkassistenter.

Boka er tenkt som en innføringsbok. Kanskje er utlegningen av Marx' klasseteori med påfølgende justeringer og endringer en styrke for dette formålet, selv om følelsen er at den teoretiske historien i noen grad er frakoblet substansen. Det ville vært mer pedagogisk å starte med et samfunnsfenomen, for eksempel at Norge har stor sosial ulikhet i helse, og deretter bli presentert for mulige forklaringer. Dette kunne også åpnet for en mer kritisk holdning til de teoretiske perspektivene. Nye studenter skal både lære fagets teorier og god kritisk tenkning. Det kan demonstreres ved at lærebokforfattere stiller kritiske spørsmål til egne perspektiver.

I paneldebatten i forbindelse med lanseringen av boka i september 2024 kommenterte Torbjørn Røe Isaksen at det teoretiske perspektivet var så omfattende at det kunne dekke alt, og dermed står frem som en teori som aldri tar feil. Han er inne på noe. Jeg tror det skyldes en sosiologisk kultur der de interne diskusjonene i faget tidvis preges mer av ønsket om å ha rett enn ønsket om å finne ut mer om hvordan ting ligger an i samfunnet. Dette kan gi føringer for å gi ens egne perspektiver litt mer rett enn det strengt tatt er grunnlag for.

Det rike empiriske materialet og den velskrevne teksten gjør boka interessant for et bredere publikum. Den ville blitt enda bedre dersom konsekvensene av ulikheten hadde blitt grundigere diskutert. For noen faktorer er konsekvensene eksplisitt, som ulik forventet levealder, men for andre savnet jeg det. Hva innebærer det at arbeiderklassen stemmer Fremskrittspartiet? Og hva betyr det for klasseforholdene at vi har en svært liten, men styrtrik gruppe mennesker? Konsekvensene av dette forblir implisitte.

Berit Horn Bringedal
berit.bringedal@lefo.no

Berit Horn Bringedal er sosiolog, dr.polit. og arbeider som seniorforsker i Legeforskningsinstituttet.

Et forsvarsskrift for de mest trengende

Randi Rosenqvist

Mitt liv, mitt fag: Tung psykiatri, sviket mot de sykeste

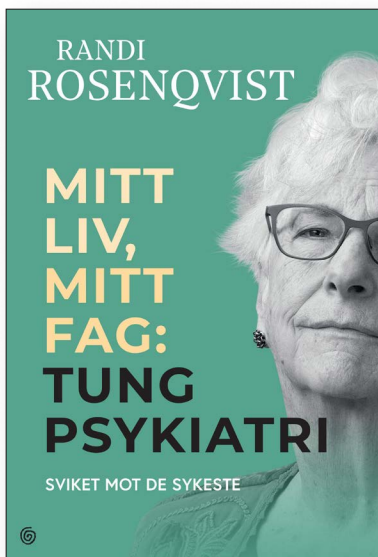
Oslo: Kagge, 2024

255 s.

ISBN 9788248936640

Michael 2024; 21: 490–491

doi: 10.5617/michael.11943



Dette er en kraftfull og engasjerende bok som tar for seg de senere års utvikling i norsk psykiatri, med et spesielt søkelys på de mest sårbare pasientene. Randi Rosenqvist, med sin lange erfaring innen feltet, gir en stemme til dem som ofte blir oversett og marginalisert. Hun gjør det på en måte som kanskje bare hun kan.

Randi Rosenqvist selv er merkbart til stede i teksten. Uttrykksmåten er velkjent og god, og stilen er forfriskende uærbødig. Her er det klar tale og direkte ordbruk. Budskapet blir lett å gripe. Personlige historier gir et levende bilde av tidlige erfaringer som ung lege, og de gir boken en personlig dimensjon som gjør den engasjerende og tidvis morsom. Noen vil sikkert reagere på en nokså «maternalistisk» innstilling til en del av de faglige dilemmaene og at dette kan fremstå som et lite ekko fra gamle dager, men

vi bør ta Rosenqvists budskap, basert på hennes erfaringer, på alvor.

Rosenqvist tar opp viktige temaer som nedbyggingen av sengeplasser og sykehus og lovverk som forvansker og stjeler tid uten å gi gevinster. Hun trekker et viktig skille mellom de lettere og tyngre psykiske lidelsene, hvor

hun argumenterer for at utviklingen kanskje har vært gunstig for den første gruppen, mens en del pasienter i den andre ikke har fått det bedre.

Forfatteren klarer å balansere personlige anekdoter med faglig tyngde. En del informasjon er riktignok presentert litt overfladisk, men hennes personlige erfaringer gir boken en farge og levendegjør innholdet på en særegen måte. Dette gir leseren en dypere forståelse av utfordringene som psykiatrien står overfor, spesielt innen det som Rosenqvist kaller tung psykiatri.

Boken er lettlest, men kan innimellom framstå som litt rotete. Det er ikke alltid lett å skille meninger fra vitenskap. Enkelte kapitler, som gjennomgangen av institusjonpsykiatriens historie, kunne vært mer utdypende. En grundigere gjennomgang ville styrket argumentasjonen.

Språket inneholder en del klisjeer, og selv om den personlige tonen er autentisk og sjarmerende, så er begreper som *ungdomsnarkomani*, *sinnssykdom* eller *rusmisbrukere* utdaterte. En strengere redaktør kunne hjulpet med å fjerne unødvendige gjentakelser og forbedret framstillingen. Innimellom er det også slik at noe presenteres som Rosenqvists mening, som at psykisk sykdom har biologiske korrelater, når det faktisk ikke er en kontroversiell mening, men noe som mange har ment i lang tid.

Dette er en viktig bok som tar opp sentrale problemstillinger i norsk psykiatri. Rosenqvist gir en stemme til de mest sårbare pasientene, en gruppe som har blitt glemt i vårt forøk på å endre psykiatrien til det bedre for mange.

Jørgen G. Bramness

JorgenGustav.Bramness@fhi.no

Jørgen G. Bramness er seniorforsker ved Oslo universitetssykehus og professor i psykiatri ved UiT Norges arktiske universitet.

Det er min jobb å være på de levendes side

Christian Ruck

Ett liv vårt att leva: varför självmord blev människans följeslagare

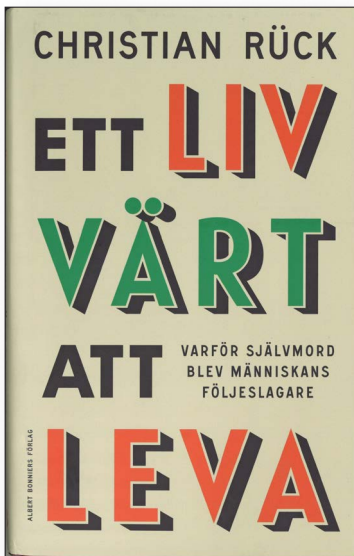
Stockholm: Albert Bonniers Förlag, 2024

180 s.

ISBN 978-91-0080-105-2

Michael 2024; 21: 492–493

doi: 10.5617/michael.11944



Christian Ruck er psykiater og professor i psykiatri ved Karolinska Institutet i Stockholm i tillegg til å være vitenskapelig rådgiver for American Foundation for Suicide Prevention.

I første kapittel beskriver han sin erfaring med å miste en tante i selvmord, og han gir dermed en autentisk stemme til resten av boken. I andre kapittel går han rett inn i noe av det verste et menneske kan oppleve, å miste et barn i selvmord. Han tar opp vanlige fenomener hos etterlatte og spørsmålene vi ofte stiller etter at noen har tatt livet sitt. Burde vi skjont at det kom til å skje? Var det vår feil?

Disse dilemmaene problematiseres også gjennom klinikerens erfaringer ved vurdering av selvmordsrisiko. Kan man forutsi et selvmord? Hva må til for å forhindre det? Hvordan oppleves det når ens pasient tar livet sitt?

Ruck omtaler hvordan synet på selvmord har endret seg i et religiøst og historisk perspektiv og stiller spørsmål om hva som er et liv verdt å leve, og hvem som skal bedømme det. Dødshjelp belyses med historier som viser de store kontrastene og nyansene når mennesker tenker på å avslutte livet.

Fortellingene viser hvordan mennesker kan leve et liv uten tilsynelatende mening til å finne nytt håp og livsglede. Et eksempel er skildringen av en kvinne som hadde planlagt å ta livet sitt, men fikk økt livskvalitet fordi hun begynte å leve et helt annerledes liv mens hun ventet på dagen da selvmordet skulle skje. Flere andre historier og interessante anekdoter gjør at boken blir spennende å lese.

Forfatteren behandler store temaer på bare 180 sider. For eksempel vil nok noen mene at det er ambisiøst å drøfte selvmordets rolle i eksistensfilosofien, uten å gå dypere inn i materien. Det korte formatet er både bokens styrke og svakhet.

Det kan oppleves vanskelig for profesjonelle å definere egne verdier i møte med selvmordstruede mennesker. Ruck siterer forskeren og klinikerinnen Barbara Stanley: *Det er min jobb å være på de levendes side*. I boken får vi flere slike innblikk i hans dialoger med klinikere og forskere. Ved å veve dette sammen med personlig og klinisk erfaring og et rikt tilfang av oppdaterte referanser fra forskningen er dette en bok som vil interessere mange. De fleste av oss vil på et tidspunkt berøres av et selvmord, og boken er aktuell for dem som har mistet noen i selvmord, som har hatt tanker om å avslutte eget liv, eller møter suicidale mennesker i sitt yrke. Refleksjonene om temaer som dødshjelp og nullvisjon for selvmord er nyanserte bidrag til den offentlige debatten. Forskere og beslutningstakere vil også ha nytte av boken.

Siste kapittel har tittelen *Borde jeg ikke skrivit den her boken?* Jo, absolutt. Ruck skriver godt og interessant, og jeg vil gjerne lese en oppfølger hvor han deler flere av sine betraktninger rundt forebygging, selvmord og psykiske lidelser.

Tine K. Grimholt
tine.grimholt@vid.no

Tine K. Grimholt er professor ved Institutt for sykepleie, Fakultet for helsevitenskap, VID vitenskapelige høyskole i Oslo.

Fett som fiende

Hanna Haanes

Det farlige oljeeventyret: historien om hval- og fiskefett i margarin

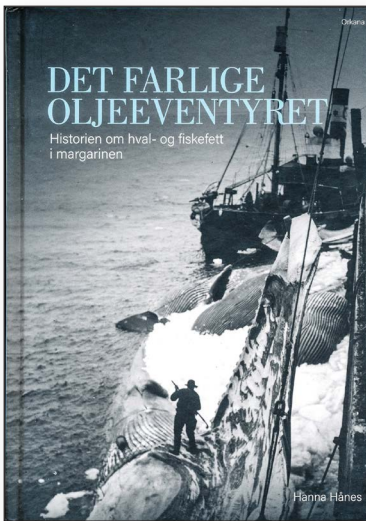
Stamsund: Orkana forlag, 2023

312 s.

ISBN 978-82-8104-571-2

Michael 2024; 21: 494–495

doi: 10.5617/michael.11945



Hanna Haanes' bok forteller egentlig flere historier: I 1800-årene var det en betydelig befolkningsøkning i mange land og mange flere munnar å mette. Fett er en nødvendig del av kostholdet og kom tradisjonelt i form av smør, men etter hvert ble det ikke produsert nok. Hva gjør man da? *Margarin* ble funnet opp, en smørerstatning basert på andre typer fett, for eksempel talg og svin fett fra slakterier. Dette kunne gi et produkt med konsistens og smak som smør. I 1876 ble den første norske margarinfabrikken opprettet i Kristiania. Ganske raskt ble det fabrikk over hele landet. Margarin ble en fast del av norsk kosthold.

Omkring 1900 kom herdingsteknikker som kunne gjøre planteoljer om til fast fett. I Norge tok man slik teknikk i bruk for hvalolje, et produkt som nå fikk et nytt anvendelsesområde i margarinindustrien. Behovet var stort. Både hvalfangsten og herdingsindustrien blomstret. I 1930/31 var det første flytende hvalkokeriet i drift i Sørishavet. Ressursene i havet syntes uuttømmelige, men det var de ikke. Fangsten utryddet nesten blåhvalen. I 1963 ble blåhvalen fredet. Fra 1960 ble sild, senere lodde, brukt

i stedet for å lage olje, men med de samme konsekvensene. Også det var rovdrift på naturen.

En annen historie, som også er utgangspunkt for Hanna Haanes' bok, dreier seg om sammenhengen mellom fett i kosten og hjerte- og karsykdom. Hjerteinfarktepidemien som rammet Norge i årene etter den annen verdenskrig, begynte gradvis å avta fra 1960-årene. Epidemiologi og statistikk var kommet med viktige advarsler. Det viste seg å være sammenfall mellom tallene for epidemien på den ene siden og sammensetning og herdingsgrad for oljene i margarin på den andre. Det ble ropt varsko, og tiltak ble satt i verk. Da hvalfett og fiskefett ikke lenger ble brukt i margarinproduksjonen, gikk hjerteinfarktforekomsten tilbake. Planteoljer ble brukt isteden, noe som riktignok heller ikke var helt farefritt. Margارين ble endret. I det store bildet er risiko for hjerte- og karsykdom forårsaket av margarin ikke lenger noen trussel i Norge.

Tre kulturer møtes i boka. Beskrivelsen av industrihistorien, bedrifters vekst, omstillinger og fall handler om næringslivets logikk. Der samsvarer mål og metoder ikke nødvendigvis med den medisinske forskningens kultur og logikk, der gunstig folkehelse er det overordnede målet. Den tredje kulturen man møter, er journalistens. Hanna Haanes følger journalistens logikk med ønske om å klargjøre og å spisse budskap.

Som ernæringsfysiolog gir Hanna Haanes en god, faglig basert oversikt, både over det historiske og naturvitenskapelige. Det er tallrike dokumenterende tabeller, diagrammer, vedlegg, et godt noteapparat og en omfattende litteraturliste. Boka vrirler av interessante detaljer. For at leseren ikke skal gå seg vill, er det faktabokser og oppsummeringer underveis. Som en dreven journalist har Hanna Haanes et levende språk og har utstyrt boka med gode illustrasjoner. Det kan kanskje innvendes at hun er litt monokausal i sine slutninger, men det refereres nok bakgrunnsstoff til at leserne kan vurdere selv.

Konklusjonen er grei: Dette er en god bok som kan anbefales til alle.

Øivind Larsen

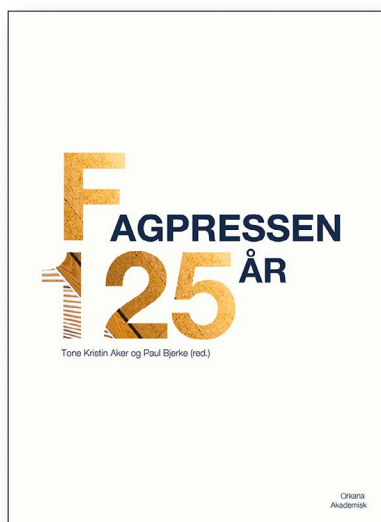
oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie og redaktør av Michael.

Norsk fagpresse

Tone Kristin Aker, Paul Bjerke, red.
Fagpressen 125 år
Stamsund: Orkana Akademisk, 2023
333 s.
ISBN 978-82-8104-575-0

Michael 2024; 21: 496–497
doi: 10.5617/michael.11946



Fagpressen, tidligere Den norske fagpresses forening, har fylt 125 år og har i den anledning utgitt en kombinasjon av et festskrift og en artikkelantologi.

Festskriftet på 107 sider er en gjennomgang av foreningens aktiviteter de siste 25 årene. Nina Kristiansens forsøk på systematikk kombinert med brevvekslinger, intervjuer og eksterne jubileumshilsninger er ikke spesielt vellykket, men avspeiler fagpressens formidlingsmangfold. Det ser ikke ut til å ha vært noen økning i antall medlemmer siden 1998, og av de 242 «fagmediene» er 50 rent digitale. De to viktigste sakene i perioden har åpenbart vært redaktørplakaten og digitalisering. Grundigere oversikter over foreningens historie ble utgitt til 100-årsjubileet (1, 2).

Åtte artikler, som «har gjennomgått normal, anonym fagfellevurdering», innrammet av en innledning og oppsummering utgjør andre del av boka, og disse er mer interessante. Artikkelen handler hovedsakelig om foreningens og fagpressens indre liv og i liten grad om den betydningen de har for leserne og samfunnet. I artikkelen om fagpressens historiske røtter er det naturlig at forfatterne fra Høgskulen i Volda fram-

hever pioneren Sivert Aarflot (1782–1845) på Ekset. Men at han i 1809 grunnla «Norges første trykkeri» (s. 139), er en overdrivelse. Som den første regnes dansken Tyge Nilsson (ca. 1610–1687) som etablerte seg i Christiania i 1643 (3). Aarflot var den første på landsbygda, og det er prisverdig nok.

Jens Barland, som har lang erfaring fra dagpressen, påpeker forskjellen mellom fagpressen og andre medier. Mens dagspressens utgivere har publisering som sin hovedsak, er dette som regel en bigeskjeft for organisasjoner og foreninger som utgir fagblader. Det åpner for motsetninger mellom redaksjonell uavhengighet og utgiverens interessepolitikk.

To «kasuistikker» beskriver virkningen av fagpresstidsskrifter. Journalistprofessor Birgitte Kjos Fonn presenterer *Dine Penger* som «Et fagblad i forkant av nyhetsbildet» og som et eksempel på «hvordan fagpressen kan ta opp i seg og favne om temaer som i utgangspunktet er spesialiserte, men som senere får en naturlig plass i mediediskursen» (s. 244). Forskerne Roar Stokke, Kristin Ljoså Sørheim og Margrete Stave Aksnes har undersøkt bruken av tidsskiftene *Fontene* og *Fontene forskning* blant lærere i sosialarbeiderutdanningen, som de kaller «profesjonsbærere». Her berører de en undervurdert rolle ved fagpressen, nemlig som et symbol på tilhørighet og faglig identitet. Den rollen kan være like viktig som det innholdet bladene formidler.

Som gammel fagpresseredaktør er mitt råd til fagpressen og særlig til fagpresseforskere: Vend blikket mot leserne. Hva ønsker de? Hva trenger de?

Litteratur

1. Bonde A, red. [For kunnskap i tiden. Den Norske Fagpresses Forening 100 år 1898–1998](#). Oslo: Den norske Fagpresses Forening, 1998.
2. Wassberg GC. [Fagpressen i Norge. Et historisk perspektiv](#). Oslo: Den norske Fagpresses Forening, 1998.
3. Tveterås H. [Den norske bokhandels historie. Forlag og bokhandel inntil 1850](#). Oslo: Norsk bokhandler-medhjelper-forening, 1950.

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo og redaktør av Michael. Han var styremedlem i Fagpressen 1990–92, og nestleder i hovedstyret i 1992. Michael er medlem av Fagpressen.

Historie som praksis

Leidulf Melve og Eivind Heldaas Seland

Å studere historie

Bergen: Fagbokforlaget, 2023

206 s.

ISBN 978-82-450-4355-6

Michael 2024; 21: 498–499

doi: 10.5617/michael.11947



Å studere-serien fra Fagbokforlaget er ment som lett tilgjengelige innføringsbøker til et fagfelt. Målgruppen er først og fremst studenter, og tanken er å bidra til en god start på studiet ved å gi det første overblikket. Denne boken om historie er skrevet av to professorer i historie ved Universitetet i Bergen. Boken er inndelt i fem kapitler: Hva er historie? Hvordan tenke historisk? Slik gjør du det; Hvorfor studere historie og Hva gjør historikere. Hvert kapittel avsluttes med et kort og oversiktlig sammendrag og forslag til videre lesning.

Boken oppleves som lett tilgjengelig uten å være overflatisk. Den gir innføring i sentrale sider ved historiefaget og borer dypt nok til å være både lærerik og interessant. Særlig interessant er diskusjonen om hvorvidt faghistorikeren er best egnet til å forvalte fortiden. Historieskriving praktiseres av stadig flere. På hvilket grunnlag kan faghistorikeren hevde å stå i en særstilling? Her trekker forfatterne frem historikerens arbeidsmåter og gir konkrete praktiske råd om disse. Det sentrale budskapet er at «historiker er noe du gjør, ikke noe du er» (s. 93). Et tilsvarende budskap henter de fra en veileder for god skikk i historie

skrevet av *The American Historical Association* (1). Et viktig poeng her er transparens og etterprøvnbarhet av arbeidet du har gjort. Forfatterne konkluderer slik: «Om du er historiker eller ikke, handler altså ikke primært om utdanningen din, men om hvordan du opptrer som fagperson» (s. 98).

For de av oss som liker å smykke oss med diplomer og vitnemål, kan en slik konklusjon være utfordrende. Samtidig åpner dette døren for at enhver kan skrive god historie, så lenge man er villig til å etterkomme god skriveskikk og være etterrettelig i kildebruken. En relevant linje som kan trekkes fra dette, er til legers glede og interesse av å skrive medisinsk historie. Denne praksisen har tidvis kunnet skape nokså steile fronter mellom faghistorikerne og medisinerne (2). Imidlertid bør forholdene ligge til rette for god medisinhistorie ved et samarbeid mellom de to profesjonene. En slik tverrfaglighet bør nødvendigvis innebære nysgjerrighet og respekt for hverandres arbeidsmåter. Denne boken er et godt sted å starte.

Litteratur

1. *Statement on Standards of Professional Conduct*. American Historical Association, 2023. <https://www.historians.org/resource/statement-on-standards-of-professional-conduct> (26.9.2024).
2. Gradmann C. Medisinsk historie – hvorfor og hvordan? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2017; 137: 681. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0223>

Anniken Sandvik
anniks@ous-hf.no

Anniken Sandvik er spesialist i arbeidsmedisin og overlege ved Seksjon for miljø- og arbeidsmedisin ved Oslo universitetssykehus. Hun har mastergrad i historie fra Universitetet i Oslo.

God innføringsbok med bredde

Anniken Hagelund

Å studere arbeidsliv og velferdsstat

Bergen: Fagbokforlaget, 2024

214 s.

ISBN 978-82-450-3813-2

Michael 2024; 21: 500–501

doi: 10.5617/michael.11948



Denne boken presenterer en viktig erkjennelse som kan hjelpe oss å forstå og påvirke samfunnet: Hvordan velferdsstaten utvikler seg, må ses i sammenheng med hvilken retning arbeidslivet og samfunnet ellers er på vei. Denne sammenhengen er bokens røde tråd.

Boken inngår i en ny serie som består av lett tilgjengelige innføringsbøker i en rekke emner. Forfatteren har tatt utgangspunkt i studieemnet *Arbeidsliv og velferdsstat* ved Universitetet i Oslo, som hun selv har vært med på å utvikle, og gir en bred oversikt over problemstillingene gjennom korte introduksjoner. Hun treffer godt på bokseriens ambisjon. Hvert kapittel avsluttes med flere forslag til videre lesing.

Boken er inndelt i ni kapitler som omhandler ulike temaer som er viktig for å forstå kryssningen mellom arbeidsliv og velferdsstat. Kapitlene er vel-

strukturert med gode underkapitler som gjenfinnes i innholdsfortegnelsen, og man kan derfor lett finne fram til problemstillingene som man selv synes er mest interessante.

Starten er god. I kapitlet *Ulike velferdsstater* beskriver Hagelund kort og enkelt hvordan velferdsstater i ulike land er bygd opp. Det universelle

behovet for trygghet – fra vugge til grav – løses på ulike måter i alle land, gitt deres forutsetninger og historiske politiske strømninger. For å eksemplifisere og forenkle sammenligningen av ulike velferdsstater anvender hun Esping-Andersens inndeling av velferdsstater i liberale, kontinentale og sosialdemokratiske velferdsregimer. Det gir oversikt blant annet over *hvor* dan pengene til velferd prioriteres i ulike land og *hvem* som omfattes av ordningene.

En slik grunnleggende forståelse av ulike velferdsregimer er god nok grunn til å lese boken. Og fra dette utgangspunktet blir leserne introdusert for øvrige problemstillinger: Hvorfor er det sosialdemokratiske velferdsregimet avhengig av en relativt sammenpresset lønnsstruktur? Hvilke konsekvenser får hensynet til frontfagets lønnsdannelsesmodell for lønnsutviklingen i henholdsvis mannsdominerte, konkurranseutsatte næringer, sammenlignet med kvinnedominerte yrker i offentlig sektor? Hemmer eller fremmer velferdsmodellen integrering og omstilling?

Boken anbefales varmt til alle som ønsker å friske opp og tilegne seg ny kunnskap om de historiske og nåværende forutsetningene for vår solidariske velferdsstat.

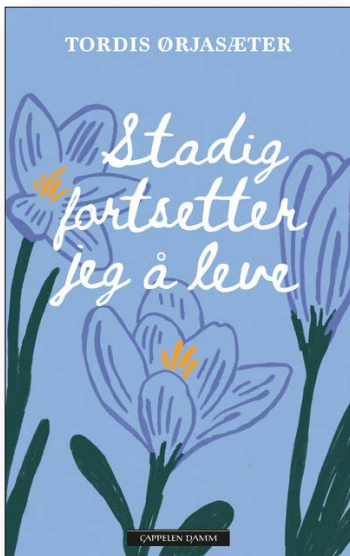
Iver Koppen
ikoppen99@gmail.com

Iver Koppen er LIS1-lege ved UNN Harstad.

Rik leseropplevelse

Tordis Ørjasæter
Stadig fortsetter jeg å leve
Oslo: Cappelen Damm, 2024
108 s.
ISBN 9788202845988

Michael 2024; 21: 502–503
doi: 10.5617/michael.11949



Dette er en bemerkelsesverdig bok. Forfatteren er 97 år, fysisk svekket, men i høy grad åndelig sprek. Hun skildrer egen tretthet og nedsatt yteevne, men er klart-seende. Hun skuer både tilbake og fremover. Boken er lettlest, men tung på innhold og tanker, og det bør derfor leses et par kapitler av gangen.

Tordis Ørjasæter er en velkjent og velrennomert forfatter og professor i spesialpedagogikk. Hun skrev tidlig en bok om sin autistiske og psykisk utviklingshemmede sønn, *Boka om Jan Tore* (1976), og hun vant senere Brageprisen for biografien om Sigrid Undset (1993).

Hovedtemaet er tanker om slutten av livet og døden. Hun skriver om den subjektive opplevelsen av å bli veldig gammel, ja, så gammel at alle hennes jevnaldrende ikke er der lenger. Hun reiser viktige spørsmål om hva som gjør livet verdt å leve, med så mye tap av nære relasjoner som ektefelle, nære venner og slektninger. Hennes egne erfaringer knyttes opp til litteratur og er rikt belagt med henvisninger.

Jeg synes refleksjonene om døden er særlig verdifulle. Vi snakker ikke så mye om døden, men møtes i begravelser og minnestunder. Hun gir mange

perspektiver på det å leve videre med vissheten om at døden nærmer seg ubønhørlig, og hun deler tanker om hva som skjer, og om det finnes et liv på den andre siden. Mot slutten knytter hun dette særlig opp til Kristin Lavransdatter i forskjellige faser av livet. På få linjer gir hun et konsentrat av denne klassikeren i norsk litteratur.

Boken er dypt personlig, men allmenngyldig. Jeg anbefaler den sterkt som berikelse og kanskje til og med samtale dersom vi tør å snakke om noe vesentlig vi fortier i det daglige.

Arvid Heiberg
arvid.heiberg2@gmail.com

Arvid Heiberg er professor emeritus og overlege i medisinsk genetik ved Oslo universitetssykehus.

Rehabilitering på Rauland

Michael 2024; 21: 504–506

doi: 10.56175/michael.11950

Rehabiliteringssenteret AiR på Rauland tilbyr et sjeldent opplegg til folk som ikke kommer inn i arbeidslivet, eller som er falt ut av det.

I august 2024 dro *Helsehistorisk forum* på studietur til Rehabiliteringssenteret AiR på Rauland (figur 1). Her ble vi tatt imot av direktør Tarjei Urup Helle og overlege Elisabeth Swensen, som er medisinskfaglig ansvarlig ved senteret.

Starten

Ideen til rehabiliteringssenteret tok form i 1977, og driften startet opp i 1986. Initiativtaker var Eyvind Thiis-Evensen (1906–1998), som var en av grunnleggerne av faget arbeidsmedisin i Norge. Halldis Moren Vesaas (1907–1995) skrev prologen til åpningen, og den henger på hedersplass i lokalene. Opprinnelig var stedet beregnet på slitne industriarbeidere med muskel- og skjelettplager.

Mye er skjedd siden den gang. Nå tilbys rehabilitering for alle som på grunn av sykdom eller livssituasjon trenger hjelp for å holde seg i eller komme inn i arbeidslivet. Essensen har hele tiden vært den samme, men innholdet har endret seg over tid: arbeid og helse i sammenheng. Til nå har 25 000 pasienter, eller *deltagere* som de kalles, benyttet tilbudet på Rauland.

Senteret er organisert som et ideelt aksjeselskap, og det tas ikke ut utbytte. Med ca. 90 ansatte er AiR blant de største private arbeidsplassene i Vest-Telemark. De drifter også en poliklinikk i samarbeid med Sykehuset Telemark.

Unikt opplegg

Deltagerne er ferdig utredet og behandlet når de kommer til senteret. Standardopplegget er et opphold på fire uker, og nesten samtlige fullfører.



Figur 1. Attføringscenteret på Rauland ble åpnet i 1986, og skiftet i 2010 navn til Rehabiliteringssenteret AiR. Foto Rehabiliteringssenteret AiR

Man prøver også ut 2+2+2, det vil si to uker hjemme mellom oppholdene på senteret, men det legges vekt på at gruppetilhørigheten bevares. Deltagerne kommer fra hele landet og er henvist fra lege. I snitt er 70 % av deltagerne kvinner, 30 % er menn. Kjønnfordelinga har holdt seg stabil i flere år, og den samsvarer med langtidssykemeldingsstatistikken fra NAV. Gjennomsnittsalderen er 45 år.

En søyle i opplegget er at deltagerne skal trives i kroppen sin. «Alle er jo i kroppen, vi har ikke noe annet sted å være», som Elisabeth Swensen formulerte det. Det innebærer både høyintensiv trening, avkobling og psykomotorisk inspirerte bevegelsesgrupper. Et fortrinn er senterets gunstige beliggenhet, og deltagerne har aktiviteter utendørs hver dag. To andre viktige elementer er plan for arbeid, som arbeidskonsulentene særlig er opptatt av, og å jobbe med innsikt i samspill mellom kropp og sinn.

Tilbudet er gruppebasert, men alle får et individuelt opplegg med timeplan som omfatter fysisk aktivitet, undervisning og individualsamtaler. Unge og godt voksne deltar i samme gruppe, og det meste er obligatorisk. Opplegget er ikke diagnosespesifikt, men det er egne grupper for deltagere med kronisk utmattelsesyndrom.

Gode resultater

Forskningssjef Chris Jensen ved *Nasjonal kompetansetjeneste for arbeidsrettet rehabilitering* presenterte forskningsaktiviteten. Hva viser resultatene? I 2020 publiserte norske forskere en randomisert studie som viste at 58 % av deltagerne i et tilsvarende opplegg var tilbake i arbeid etter 12 måneder, mot 39 % i gruppa som bare fikk poliklinisk oppfølging (1). Nylig ble sjuårsoppfølgingen publisert (2). Det er også vist at opplegget er samfunnsøkonomisk lønnsomt (3). Best effekt oppnås hos deltagere som har vært sykmeldt i 6–12 måneder. Det blir vanskeligere når tilstanden er blitt kronifisert.

Det finnes knapt lignende tilbud i Norge, men det er stadig en kamp for å overleve, og man bruker mye tid på å påvirke beslutningstagere. Opplegget er ikke strømlinjeformet i de regionale helseforetakenes innkjøpslister. Man skulle tro at et opplegg som i randomiserte studier viser forskjell fra 39 % til 58 %, er verdt å satse på.

Litteratur

1. Gismervik SØ, Aasdahl L, Vasseljen O et al. Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2020; 46: 364–372. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3882>
2. Aasdahl L, Gismervik SØ, Johnsen R et al. Effects of inpatient occupational rehabilitation vs. outpatient acceptance and commitment therapy on sick leave and cost of lost production: 7-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2024; <https://doi.org/10.1007/s10926-024-10195-x>
3. Aasdahl L, Fimland M, Bjørnelv G et al. Economic evaluation of inpatient multimodal occupational rehabilitation vs. outpatient acceptance and commitment therapy for sick-listed workers with musculoskeletal- or common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2023; 33: 463–472. <https://doi.org/10.1007/s10926-022-10085-0>

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no

Erlend Hem er instituttsjef i Legeforskningsinstituttet, professor ved Universitetet i Oslo, styreleder i Helsehistorisk forum og redaktør i Michael.

Hjernen og mytene

Michael 2024; 21: 507–508
doi:10.56175/michael.11951

Den norske nevro litterære klubb presenterer 208 sider om fortellinger og myter knyttet til hjernen og neurologiske tilstander i Michaels supplement 33. Boken ble lansert på møtet i Det norske medisinske selskab 20. november 2024.

Den norske nevro litterære klubb interesserer seg for litteratur og medisinsk historie, spesielt for hjerneforskningens og neurologiens historie. Klubben har tidligere blant annet publisert boken *Hjernen og historien* som supplement til *Michael* (1). I *Hjernen og mytene* er fellesnevneren myter og mytedannelse. Mennesket skaper fortellinger og myter, og samtidig påvirkes menneskene av mytene i samfunnet og i kulturen vi er del av.

Har neurologisk sykdom eller biologiske fenomener gitt oppgav til myter? Hvilke myter finner vi i litteratur og kunst hvor hjernen er tema? Kan et neurologisk perspektiv bidra til å avkrefte eller gi ny forståelse av myter?

Tretti kapitler i *Hjernen og mytene* vitner om at det finnes mange myter om hjernen i litteratur og kunst, men også om at neurologien kan bidra til å avkrefte eller gi ny forståelse av myter. Temaene varierer fra Njåls saga, Draumkvedet og islams neurologiske røtter til neurologirelevante tekster av Øvre Richter Frich, Cormac McCarthy, André Bjerke, Jens Bjørneboe og Jon Fosse. Boken er redigert av neurologene Jan C. Frich, Are Brean og Espen Dietrichs.



Omslagsillustrasjonen, *Another brainy day*, er malt av Kjersti Blichfeldt Sveberg (f. 1956) (Akryl på lerret).

Hjernen og mytene, *Michael* supplement 33 er tilgjengelig i fulltekst her: <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/33>

Papirutgaven kan bestilles fra <https://tekstallmenningen.no/>.

Litteratur

1. Dietrichs E, Brean A, Frich JC red. Hjernen og historien. *Michael* 2018; 15: Supplement 22. <https://www.michaeljournal.no/journal/1000/22>

Magne Nylenna
magne@nylenna.no

Magne Nylenna er professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitet i Oslo og redaktør i Michael.

Michael

vol. 21, 2024, innhold

Michael 1-2024: Helsetjenesten i Norge: Verdens beste – eller god nok?

Leder

Helsetjenesten i Norge og kravene til den

Øivind Larsen 7

Tema: Helsetjenesten i Norge: Verdens beste – eller god nok?

Verdens beste – eller god nok?

Magne Nylenna 10

Pasienter nyinnlagt i sykehjem – alder, tilstand og funksjonsnivå

Terje P. Hagen, Morten Aarflot, Trond Tjerbo 23

Kan friskere aldring og økt familieomsorg veie opp for lavere tilgang på offentlige helse- og omsorgstjenester?

Astri Syse, Geir Hjemås 39

Kvalitet – hvordan vite hva som er gode helsetjenester?

Jan Frich 52

Hvordan er pasientsikkerheten i norske sykehus?

Stig Harthug 63

Helsesystemanalyser og Norges plassering i verden

Ingrid Sperre Saunes 71

Måste man jamföra?

Jon Magnussen 79

Kan Norge finne veien til forsvarlig sparsommelighet i helsetjenesten?

Pål Gulbrandsen 92

Hvordan burde den norske vaksinestrategien mot covid-19 sett ut?

Elise Wallinder 100

Brev til redaktøren

Flere kristne syn på abort

Marius Storvik 117

Morten Magelssen svarer 121

Nye bøker

Et arbeidsliv der menneskeverdet forvitrer <i>Anniken Sandvik</i>	123
En allmenntmedisinsk gigant! <i>Kristina Riis Iden</i>	125
Om å bli gammel <i>Arvid Heiberg</i>	127
Råd for fremtiden <i>Erik Fosse</i>	129
Å legge døden på is <i>Berit Horn Bringedal</i>	131
Store spørsmål, snevre svar <i>Lise Mørkved Helsingen</i>	133
Munch på nytt <i>Erlend Hem</i>	135
Dypdykk i dødelighet <i>Øivind Larsen</i>	137
Godt om utmattelse og utbrenthet <i>Karin Isaksson Rø</i>	139
Lykkeforskning møter kritisk tenkning <i>Berit Horn Bringedal</i>	141
Springende om kvinnehelse <i>Berit Schei</i>	143
Ny biografi om Katti Anker Møller <i>Kari Tove Elvbakken</i>	145
Hva skjer? Det norske medisinske Selskab 2023 <i>Magne Nylenna</i>	147

Michael 2-2024: Antibiotika

Leder

Å takle naturens hevn – antibiotika og resistens <i>Kristian Tonby</i>	161
---	-----

Tema

Antibiotika – oppdagelse og utvikling fra før bakteriologiens gjennombrudd til i dag <i>Jørund Straand, Christoph Gradmann, Morten Lindbæk, Gunnar Skov Simonsen</i> .	165
Antibiotikaresistens – historien om da bakteriene slo tilbake <i>Jørund Straand, Christoph Gradmann, Morten Lindbæk, Gunnar Skov Simonsen</i> .	184
Plectasin – historien om et antibiotikum som aldri kom på markedet <i>Christoph Gradmann</i>	202

Artikler

Hvordan oppleves kommunelegens rolle i folkehelsearbeidet? <i>Dag-Helge Rønnevik, Aslak Steinsbekk, Betty Pettersen</i>	204
Byplan for helse og trivsel – mellom agorafobi og klaustrofobi <i>Gunnar Ridderström</i>	222
<i>Michael</i> 20 år <i>Øivind Larsen, Magne Nylenna</i>	232

Bokanmeldelser

Superkrefter til glede og besvær <i>Erik Fosse</i>	249
Essayismen og andre bekjennelser <i>Magne Nylenna</i>	252
Praktisk håndbok i mestring av kronisk sykdom <i>Arnstein Finset</i>	254
Sterk fortelling fra lukket avdeling <i>Ane Brandtzæg Nass</i>	256
Litt for lettvinnt fra fastlegen <i>Jo-Endre Midtbu</i>	258
Dansk innertier <i>Eirik Hugaas Ofstad</i>	260
En dronnings utfordringer gjennom 150 år <i>Stein A. Evensen</i>	262
Mons Lies opplevelser <i>Stein A. Evensen</i>	264
Da Aker sykehus var Kriegslazarett Sinzen <i>Øivind Larsen</i>	266
Hjelper det å trekke i bremsen? <i>Berit Horn Bringedal</i>	269
Hva skjer?	
Helsehistorie i Padova og Venezia <i>Helsehistorisk forums studietur 22.–25. april 2024</i> <i>Erlend Hem</i>	271
Spania 1936–1939 – borgerkrigen som var mye mer <i>Øivind Larsen</i>	276
Helse mellom liberalisme og sterk stat – fra omsorg til trygd <i>Øivind Larsen</i>	279

Michael 3-2024: Norsk samfunnsmedisin jubilerer

Leder

Hva er en god veileder? <i>Jan Frich</i>	289
---	-----

Norsk samfunnsmedisin – akademisk fag og legespesialitet <i>Magne Nylenna</i>	292
Tema	
Samfunnsmedisinspesialitetens vekst og fall – og ny vekst <i>Anders Taraldset</i>	298
Statlig samarbeid om samfunnsmedisinutdanning <i>Astrid Nylenna</i>	303
Samfunnsmedisin – spesialitet i medvind <i>Tom Sundar, Henning Mørland, Aud Marie Tandberg</i>	307
Norsk samfunnsmedisin for 200 år siden <i>Øvind Larsen</i>	313
Kommunelegefunksjonen og samfunnsmedisinsk arbeid i kommunen <i>Cato Innerdal</i>	324
Artikkel	
Veilederatferd og opplevd læringsutbytte ved klinisk veiledning av medisinstudenter <i>Ritika Sharma, Cathinka Thyness, Hilde Grimstad, Odd Martin Vallersnes</i>	329
Brev til redaksjonen	
Helsestasjonismen og andre essays – en kommentar <i>Ole Jacob Madsen</i>	344
Bokanmeldelser	
Ujevnt om helseledelse <i>Jan Frich</i>	346
Nyttig om helseledelse <i>Ivan Spehar</i>	348
Salg og begeistring – om transformasjonsledelse <i>Christian Grimsgaard</i>	350
Pedagogisk og lettlest om ledelse <i>Kristine Amlie</i>	352
Praktisk og klokt om ledelse <i>Inger Lise Teig</i>	354
Sykehus og hus for syke <i>Øvind Larsen</i>	356
Livmora fortener si eiga bok <i>Mette Løkeland-Stai</i>	358
Løst og fast om hormoner <i>Trine Elisabeth Finnes</i>	360
Praktisk nyttig om klinisk utbrenthet <i>Karin Isaksson Rø</i>	362

Tidsskrifter oppstår fordi de trengs <i>Magne Nylenna</i>	364
Hva skjer?	
Amerikansk blikk på norsk folkehelse <i>Magne Nylenna</i>	366
Hvor ble det av hjerte- og karsykdommene? <i>Øvind Larsen</i>	371
Helsehistorie i Spydeberg <i>Erlend Hem</i>	374
Rettelse	
Infeksjonssykdommenes historie – verktøy og speil	378
 <i>Michael 4-2024: Dr. Gjessings laboratorium</i>	
Leder	
Rolv Gjessing – et hundreårsminne <i>Erlend Hem, Merethe Roos, Jørgen Valeur</i>	385
Tema	
Biologisk psykiatri i Norge <i>Ulrik Fredrik Malt</i>	387
Rolv Gjessing – en pioner i norsk psykiatrisk forskning <i>Tore Gude</i>	399
Dr. Gjessings biobank <i>Kjell Martin Moksnes</i>	410
Krampeterapier ved Dikemark sykehus <i>Kjell Martin Moksnes</i>	425
Gjessings laboratorium 1959–1996 <i>Lars Mørkrid</i>	446
I spennet mellom respekt og nedlatende omtale – Rolv Gjessings skrift om Kautokeino-lappene (1934) <i>Merethe Roos, Kjell Martin Moksnes</i>	456
Rolv Gjessing – den tvetydige pioneren <i>Erlend Hem, Merethe Roos, Jørgen Valeur</i>	473
Bokanmeldelser	
Hva feilte Munch? <i>Erlend Hem</i>	482
Psykologisk mosaikk <i>Magne Nylenna</i>	484
Godt fra dansk allmennpraksis <i>Inga Marthe Grønseth</i>	486
Det norske klassesamfunnet <i>Berit Horn Bringedal</i>	488

Et forsvarsskrift for de mest trengende <i>Jørgen G. Bramness</i>	490
Det er min jobb å være på de levendes side <i>Tine Kristin Grimholt</i>	492
Fett som fiende <i>Øivind Larsen</i>	494
Norsk fagpresse <i>Magne Nylenna</i>	496
Historie som praksis <i>Anniken Sandvik</i>	498
God innføringsbok med bredde <i>Iver Koppen</i>	500
Rik leseropplevelse <i>Arvid Heiberg</i>	502
Hva skjer?	
Rehabilitering på Rauland <i>Erlend Hem</i>	504
Hjernen og mytene <i>Magne Nylenna</i>	507
<i>Michael</i> vol. 21, 2024, innhold	509

Michael

1. *Michael* is a publication series of The Norwegian Medical Society (Det norske medicinske Selskab).
2. *Michael* is named after Michael Skjelderup (1769–1852), the first medical professor in Norway and one of the founding fathers of the Society.
3. *Michael* is distributed to the members of the Society, other subscribers and libraries. Separate issues may also be distributed to external groups of readers.
4. *Michael* publishes high quality papers on medical history, medical humanities, public health and health politics. The manuscripts will be peer reviewed prior to the editorial decision on acceptance.
5. *Michael* publishes articles in the Scandinavian languages or in English, depending on topic and main readership. *Michael* is available open access at www.michaeljournal.no.
6. *Michael* publishes four regular issues a year. Supplements may be published at irregular intervals.

Editors:

Professor Jan Frich
Professor Erlend Hem
Professor em. Øivind Larsen
Professor em. Magne Nylenna
Copy editor: Nina Husom

Editorial board:

Professor Geir Sverre Braut
Professor Kari Tove Elvbakken
Professor Linn Okkenhaug Getz
Professor Christoph Gradmann
District medical officer Cato Innerdal
Professor Hilde L. Sommerseth

Postal address:

Tidsskriftet *Michael*
P.O. Box 1152 Sentrum
NO-0107 Oslo
Norway
michael@dnms.no

Annual subscription rate
NOK 650 (2024)

ISSN 1893-9651

Overlege Rolv Gjessing (1887–1959) ved Dikemark sykehus forsket på biokjemiske aspekter ved periodisk katatoni, en sjelden psykisk lidelse. Han fulgte en eller av og til to pasienter over en lengre periode med et omfattende sett av ulike undersøkelsesmetoder.

En sengeseismograf registrerte uro- og stuporperioder. Sammen med resultatene av blod- og urinundersøkelser, puls, temperatur og vekt ble dette tegnet inn på store skjemaer.

Total nitrogen i maten ble beregnet daglig og psykisk status beskrevet. Basalstoffskiftet ble bestemt hver morgen. Urinen ble hver dag undersøkt på total mengde, spesifikk vekt, total nitrogen, urea, ammoniakk, kreatinin, aciditet, sulfater, fosfater og klorider. Total nitrogen ble målt i avføringen. Blodundersøkelse med celle- og differensialtelling ble foretatt tre ganger per uke. Alkalireserve, total nitrogen og non-protein-nitrogen ble målt to ganger i uken. Opptaket av oksygen og utskillelsen av karbondioksid ble undersøkt med et apparat som var konstruert og bygget ved Dikemark sykehus.

På bildet, som er tatt ved Dikemark sykehusmuseum i 2023, ser vi et utsnitt av de lange resultatkurvene for en pasient som er blitt registrert over flere måneder. Kurvene viser en sammenheng mellom nitrogenopphopning i kroppen og sykdomsfasene.

Med tyroidea-medikasjon som økte nitrogenutskillelsen, kunne de psykotiske fasene forsvinne og pasienten kunne komme seg fullstendig. Medikamentet forhindret også ny retensjon. Den sentrale lidelsen synes å være en stoffskiftemessig insuffisiens som ga seg til kjenne i nitrogen-retensjonstendensen.

(Tekst: Tore Gude og Kjell Martin Moksnes. Foto: Øivind Larsen)

www.dnms.no

ISSN 1893-9651



9 771893 965004