

Wenche Blomberg

DA LEGENE OVERTOK DE GALE

Innledning

Ved å studere ivaretagelsen av de gale og utstøtte i tida fra den eldste, primitive *dårekista*, over *dollhuset*, og til den institusjonstypen som oppsto parallelt med det store moderne gjennombruddet på 1800-tallet – det medisinske ledede *asylet*,¹ er det mulig å få et inntrykk av hva omdanningen fra en mer tilfeldig drevet oppbevaringsavdeling til et regime styrt av et helt nytt medisinsk kunnskapsunivers innebar i praksis.

Det psykiatriske feltet har vært sterkt dominert av myter og dårlig belagte overleveringer om denne perioden. Det skyldes at man i liten grad har gått til primærkildene og ukritisk har bygd på tidligere framstillinger.²

Inspirasjonskilder

Det meste av den revideringen av psykiatriske historier som har foregått i den vestlige verden de siste tiåra har kommet i kjølvannet av Michel Foucaults skrifter. Hans *Overvåking og straff* (norsk utgave 1977 og 1995) representerte et vannskille i forståelsen av tvangsinstitusjonene (i vid betydning) og det maktapparatet som utviklet seg sammen med dem. Det er særlig hans påpeking av disiplinering som hersketeknikk og sammenhengen mellom kunnskap og makt som har hatt betydning for det perspektivet som er anlagt her. Ved å skape ny viten om mennesket, skapte de nye vitenskapene også det de skulle undersøke, som for eksempel mentale sykdommer, og slik viten etablerte nye former for makt. Asylene inngikk i det store apparatet som skulle foredle individene ved «en teknisk-medisinsk metode med helbredelse og normalisering».³ Hans beskrivelse av «det fengselsaktige nettet» som avløser for «den klassiske tidsalders vilkårlige, massive og slett integrerte innesperring»⁴ gir en nøkkel til forståelsen av den transformasjonen som *dollhuset* inngikk i. Den andre av hans publikasjoner som i sin tid vakte stor oppmerksomhet og virket inspirerende på en hel forskergenerasjon på galskapens område, *Galskapens historie*, er vitenskapshistorisk sett av stor betydning, men begynner å bli utdatert som historisk framstilling og som sådan har den vært utsatt for økende kritikk.⁵

Arbeidene til senere psykiatriske historikere som Roy Porter (død 2002) og Andrew Scull, samt sosiologen Stanley Cohen, har gjort det lettere å se at institusjonsutviklingen på galskapens område ikke bare ble styrt av filantropi, men også i høy grad hang sammen med profesjonsinteresser, en stor tiltro til

den naturvitenskapelige framgangen, og den generelle samfunnsøkonomiske utviklingen.

Ved innføringen av et medisinsk regime fra 1850-årene er det ikke faktisk *viten* om galskapen som preger virksomheten, men en tilnæringsmåte og en praksis som er hentet fra et annet kunnskapsunivers. Hierarkisk system, byråkrati og en sinnrik positivistisk vitenskapelighet er de nye kjennetegnene på det praksisfeltet som ennå ikke hadde fått navnet psykiatri.

Dollhuset (fra tysk *toll* = gal) oppsto i siste halvdel av 1700-tallet som et svar på utskillingskravet og som en refleks av et mer ømskinnet borgerskaps voksende forestillinger om humanisme og helbredelse.⁶ Gale oppsto som sosial kategori utover 1700-tallet. Man begynte å oppbevare flere av samme slag fra et større omland under samme tak og samme oppsyn, og forventet ingen større produktivitet hos klientene. Disse innretningene var det lokale fattigvesenets ansvar.⁷ I hovedstaden ble *Christiania dollhus* opprettet som en avdeling ved arbeidsanstalten Prinds Christian Augusts Minde i 1829.

Dette dollhuset, som må antas å ha vært rimelig representativt, var ikke en *medisinsk* institusjon. Folk ble passivt oppbevart – det var dette som var «Cuuren». Roet de seg og førte en rimelig forstandig tale, ble de utskrevet. Mange ble skrevet ut igjen etter kortvarige opphold, og det er ikke svært mange gjengangere. Dette er et interessant funn, tatt i betraktning at de medisinske asylene som kom seinere, i minst like stor grad som dollhusene utviklet seg til overfylte oppbevaringsanstalter.⁸

Det var bare de *mest* avvikende som ble plassert i dollhusene. Enhver hjelpetrengende eller nødlidende var i utgangspunktet slektas ansvar. Det var en del av en urgammel rettsordning, der også skade forårsaket av en som var gått fra vettet, måtte bøtes av familien. De ble i slike tilfeller holdt ansvarlig for at en utagerende var under tilfredsstillende kontroll. Det var først der familie ikke fantes at sosiale ordninger som legd og almisser kom på tale for den harmløse fattige, og innesperring for den farlige. Samfunnet grep inn dersom det var begått alvorligere handlinger som var straffbelagte.

Dessuten ble det reagert med administrative sanksjoner mot visse typer atferd – som uautorisert tigging, løsgjengeri og kvinnelig lettlivethet. Det var slik livsførsel tukt- og arbeidshusene var rettet inn mot. Der havnet en spraglet fattigbefolkning av utstøtte og handikappede av mange slag.

Kurmidler

I arkivene fra *Christiania dollhus*' første år finner man praktisk talt ikke et ord om hva slags behandling klientene fikk, og om og i hvilken grad den rettet seg spesifikt mot galskapen. Legene ved dollhuset har formodentlig konsentrert seg om fysiske skavanker og ellers ikke hatt så mye å bidra med utover tidas tradisjonelle teknikker.

Sist på 1820-tallet ble melankolikere, epileptikere og hysterikere behandlet ved Rikshospitalet med beroligende valerianapulver, belladonnaekstrakt (inneholder atropin, brukt mot kramper, nevrologiske lidelser, astma), årelating (veneseccio), grøtomslag (cataplasma) og «affusio frigida capiti»: kaldt vann over hodet.⁹ Det siste kan henge sammen med forestillinger om en opphetet hjerne. I den grad galskapen ble medisinsk definert, henhørte den i disse tider under indremedisinen.¹⁰

Rundt 1820 benyttet det svenske Danvikens dårhus seg av den såkalte «svingstolen», en variant av Joseph Mason Cox' oppfinnelse, beskrevet i hans «Practical Observations on Insanity» fra 1806. Man antok at dette roterende torturinstrumentet hadde en positiv effekt på galskap.¹¹ På Danviken fant man ut at apparatet ikke hadde en slik effekt, bortsett fra at det forsterket virkningen av brekk- og laksermidler, så det ble i stedet benyttet som straffemetode.¹²

I tillegg var isolering og tvangstrøyer i bruk. På denne tida var fremdeles humoralteorien om balanse mellom kroppsvæskene en vesentlig del av grunnlaget for vanlig medisinsk praksis.¹³ Derfor var *tømming* et vanlig terapeutisk grep. Metodene var flere: Klystér og andre avføringsmidler, vann-drivende midler, årelating, framkalling av brekninger osv. Årelating var en relativt brutal metode som var begynt å gå ut av bruk, men blodigler var en god erstatning. De var apotekervare og ble kjøpt inn i små kvanta rett som det var, og oppbevart på spesielle glass. Fattigsygehuset som også holdt til på anstalten, kjøpte inn fersk grønnsåpe til «Sæbekuren» – antakelig klystér – og sennep, som var et godt og billig brekkmiddel. Overskylling med kaldt vann – om Rikshospitalet brukte – er en av vannkurmetodene som var mye brukt i andre land på denne tida,¹⁴ der «overraskelsesbadet» er en av de mest kjente tidlige formene for sjokkbehandling. Overlege Peter Winge ved Prinds Christian Augusts Minde skrøt senere av hvor effektivt «koldt styrtebad» var som disiplinærmiddel, etter at dollhuset var blitt omgjort til medisinsk-vitenskapelig sinnssykeasyl i 1850.¹⁵

Det er ellers ingen spor etter terapeutisk fornyelse. I Europa for øvrig var humoralmedisinen på vikende front, og gjennom lang tid hadde det både i England og andre steder foregått mye eksperimentering med mekaniske, elektriske og magnetiske metoder.¹⁶ En gjennomgang av det første norske medisinske tidsskriftet *Eyr*, som utkom i årene 1826-35, gir ingen treff for artikler vedrørende galskapen og dens behandling skrevet av norske leger, bortsett fra de som ble levert av Frederik Holst.¹⁷

Nå er det ikke noe spesielt at det finnes lite av vitenskapelige skrifter produsert av praktikere i den pre-psykiatriske perioden. Ved det tradisjons-tunge Bethlem i London¹⁸ ble det ikke skrevet en linje på mange hundre år fram til godt utpå 1700-tallet. Porter har dem mistenkt for å ville holde behandlingsmetodene for seg selv, som private profesjonshemmeligheter på et konkurranseutsatt område. Ledelsen ved Bethlem var mer opptatt av

administrasjon – holde disiplin blant personalet og få regnskapene til å stemme – enn med terapi, mener han.¹⁹

I Norge var Frederik Holst den første medisineren som trådte ut i offentligheten som historisk aktør med sine anstaltbetragtninger og sin rolle i Dollhuskommisjonen. Kommisjonens terapeutiske grunnidé var at nye, moderne medisinerledede anstalter i seg selv var et helbredelsesmiddel. Fram til Herman Major trådte fram i rampelyset midt på 1840-tallet, var det ingen medisinerere, verken i det akademiske miljøet eller blant klinikerne, som holdt reformtankene varme i offentligheten.

Overgangen til asyl 1850-51

Selv om det lå et tydelig element av helbredelseshåp i dollhusbevegelsen fra siste del av 1700-tallet, da gale ble skilt ut fra de eksisterende tvangsanstaltene og samlet i egne avdelinger, var ikke forventningene rundt århundreskiftet store til at disse institusjonene i seg selv skulle ha noen særlig helbredende virkning. Oppbevaringen av gale var en praktisk foranstaltning, og dollhusene ble ansett som mer humane enn tukthus o.l. Om folk av og til kunne komme til fornuft igjen i disse innretningene, ble det sett på med en viss forundring.²⁰ Å havne på dollhuset var skjebne, og å komme ut igjen noe bortimot et mirakel som man ikke hadde noen forklaring på.

Allerede tidlig på 1800-tallet fantes det også i Norge en forståelse av at dollhusene ikke var noen tilfredsstillende innretninger i en opplyst tid. Først etterat Frederik Holst hadde vært ute i verden rundt 1820 og plukket opp Jeremy Bentham's panoptiske system for masseovervåking av internerte problembefolkninger ble retningen lagt for det framtidige asylet: redningen lå i *orden og system*. Da han kom hjem, ble disse idéene framstilt som *medisinsk* kunnskap. Terminologien gikk inn i det kunnskapsuniverset som ble forvaltet av det medisinske fakultet.

Om reformtida tidlig på 1800-tallet i England skriver Porter at det var enighet i tida om at galskapen økte og at den var «epidemisk». Han påpeker imidlertid at om galskapen ble mer synlig, behøver det ikke bety at den faktisk økte. Sosiale forhold gjorde galskapen stadig mer umulig å håndtere med tradisjonelle og stort sett uformelle metoder. Han var uenig med Foucault/Dörner i at industrialiseringa fremmet galskap og ufornuft, og forklarer den økte synligheten med at den private engelske galehusvirksomheten skapte et *marked*, en spesialisert nisje i kost- og losjibransjen. Tilgjengeligheten på alternativer til plassering i heimen skapte behov, mente han.²¹

Nå er det ikke sikkert at vi står overfor et enten-eller. Overført til norske forhold – slik vi finner dem utover i 1840-åra – tyder mye på at vi har å gjøre med et både-og. Befolkningspresset mot byene – særlig hovedstaden Christiania – var i rask økning. Boligforholdene var dårlige, for mange svært

miserable. Smittsomme sykdommer florerer, koleraepidemiene kom og gikk med noen års mellomrom. Arbeidslivet var hardt og autoritært. Summen av slike sosiale faktorer har betydning for antallet som støtes ut, som faller av lasset, krakelerer. Dollhusene må i økende grad ha blitt oppfattet som et mulig alternativ, eller iallfall en siste utvei, både for lokale fattigkommisjoner som fikk ansvaret for folk som ikke klarte seg sjøl, og for familier som manglet ressurser til å ta seg av sine egne.

Ny orden og nye menn

Den nye Sinnssykeloven – *Lov om Sindssyges Behandling og forpleining* – ble sanksjonert 17. august 1848. Herman Major hadde utarbeidet forslag til loven etter en studiereise til Tyskland og Frankrike i 1845. Han overtok legestillingen ved Oslo Hospital i 1847. Loven stilte strenge autorisasjonskrav. Kommuner, institusjoner eller privatpersoner som heretter ville ta imot gale måtte oppfylle en rekke betingelser både av bygningsmessig, terapeutisk og administrativ art, og planene måtte sendes inn for godkjenning av Kongen.²²

Peter Emanuel Winge var bare 28 år da han i 1846 overtok legestillingen ved Prinds Christian Augusts Minde, inkludert dollhuset. Noen spesialerfaring med galskap ser det ikke ut til at han hadde. Dollhuset fikk autorisasjon som asyl 17. mai 1850. Med autorisasjon fra 7. mars 1851 kunne også det gamle hospitalsdollhuset i Gamlebyen kalle seg «syl».²³

Medikalisering og diagnoser. Rådsvillhetens tid

Da Winge begynte i stillingen i 1846 skulle han bringe orden, fornuft og vitenskapelighet inn i en uoversiktlig gammel anstalt der de innsattes kropper mer eller mindre fløt sammen i en trangbodd, kaotisk masse. Det var ikke gjort over natta.

Ett av grepene var å fange individene i et nett av skrift, for å bruke en Foucault-vending. Winge innførte *den medisinske journalen* etter at dollhuset var oppgradert til asyl. Ofte åpner journalene med en beskrivelse av pasientens framreden: *Blikket* kan være «vildt», «mørkt», «nedslaaet» eller «stikkende», *kroppen* «sammensunken» eller «hulbrystet», og «spæd» eller «stærk». (Seinere begynte de også å måle skallene.²⁴) I mange tilfeller kommer lange, sammenhengende fortellinger om hva som har gått forut for innleggelsen. Disse livshistoriene inneholder alle varianter av menneskelig ulykke – tap, avmakt, traumatiske hendelser, fattigdom, sykdom og elendighet. Det legges særlig vekt på atferdsendringer, som «urigtige idéer», syns- og hørselshallusinasjoner, delirier og epileptiske anfall, når de inntraff og hva som ble gjort i den anledning. Den ferdigtrykte protokollen hadde også rubrikker for opplysninger om sinnssykdom og kriminalitet i familien, og om tilstandens antatte årsak.

I sin medisinalinnberetning for 1849²⁵ opererte Winge med flere diagnostiske kategorier: Dementia, Mania, Melancholia. Ti av de 22 som ble liggende over til 1850 var klassifisert som demente. Seks var melankolske og fem maniske.

Journal-skjemaet har egen rubrikk for sykdommens antatte årsaker. En rask gjennomgang av de 50 første innførlene av 1850-pasientene viser at i 18 tilfeller er rubrikken tom, eller det står «Ubekjendt» eller tilsvarende. I seks av tilfellene refereres det til forskjellige kroppslige tilstander: «Apoplexie», «Hjernelesion», «Organisk Hjertefeil», «Epilepsie» eller «Syphilitisk eller mercuriel Hjerneaffection» (dvs. forgiftning etter kvikk-sølvbehandling mot syfilis). I fem tilfeller antas onani å være årsak, og like mange ganger nevnes sosiale sammenhenger som «Næringsсорger», «Religiøst Sværmerie» og «Uordentligt Levnet». Men de to dominerende årsaks-kategoriene er drikkfeldighet (11 ganger) og arvelig disposisjon (13).

Det er et påfallende gap mellom skildringene av sosiale omstendigheter og fokuseringen på kropp og arv. Det er som om man aner at livserfaringene har en betydning, men ikke om de kan brukes til noe. I 1850-journalene er et naturvitenskapelig ståsted bekreftet, og det mottatte menneskematerialet tolkes ut fra en forståelse av det mentale avviket som symptom på skjulte kroppslige funksjonsfeil og mangler. Som leger var det dette Winge og Major hadde kompetanse på. I 1854 skrev Major at

«enhver Sindssygdом fra Begyndelsen udgaaer fra en reent legemlig Lidelse, der enten directe eller indirecte afficerer det centrale Nerve-system»,²⁶

og i 1857 skrev Winge:

«...Sygebehandlingen er ledet efter en somatisk Opfatning af Sindssygdommene, idet jeg altid er gaaet ud fra, at disse fra Begyndelsen af, ere Reflexer af en eller anden legemlig Anomalie, til hvis Oprindelse igjen en psykisk Aarsag kan være mulig, og at de psykiske Phænomener kun gennem deres organiske Betingelser kunne blive Gjenstand for den lægevidenskabelige Betragtning og Behandling.»²⁷

Her åpner Winge riktignok for at det bakenfor en «legemlig anomali» også kan ligge en psykisk årsak (en mulighet han ikke utdyper nærmere), men det er «de organiske betingelser» som interesserer.

Etter en første somatisk undersøkelse etter innkomsten, var det svært ofte en eller flere av de klassiske tømmeteknikkene som ble tatt i bruk: brekk- og avføringsmidler, blodigler i tinningene, og mer sjelden en årelating. En syfilittisk Christianiakjøpmann som ikke bare hadde utviklet et mentalt avvik, men også hadde flere legemlige plager, fikk ved innleggelsen hasjpiller morgen og kveld, og det ble i over en uke arbeidet iherdig med å få ham til å avgi tilfredsstillende avføring.

Mot søvnmangel og uro ble det særlig benyttet opium i stigende doser, deretter synkende; dessuten varme bad, eller lunkne med kalde overskyllinger av hodet. Dette var enkle adferdsregulerende midler som ble brukt i stort

omfang. Den gravide Karen Christine fikk klystér etter ankomst, men først og fremst fikk hun opium i varierende doser både før og etter fødselen for at hun skulle roe seg. Lunkent bad, valeriana og laudanum ble også brukt. Det forhindret ikke at hun av og til ble satt i tvangstrøye. Om en gardsgutt fra Lom noteres det at

«Pas. har et par ganger fått styrtebad, hvorover han er blitt meget forskrekket. Således ville han i dag slett ikke spise sin mat (...) han ønsker å forlate sitt nåværende oppholdssted».

Noen dager etter prøvde han å rømme.

Tvang og straff

Man hadde også skarpere metoder, både tvangstrøye og «eneværelse» – sannsynligvis en eufemisme for isolat i kjelleren. Bruken av slike tvangsmidler skulle i henhold til loven rapporteres i en egen protokoll. Men det framgår av journalene at Winge etablerte et dobbeltsporet system: han skilte mellom legale, protokollerte tvangsmidler som ble benyttet for å forhindre skade, og «Correctionsmidler» brukt i den interne disiplinen:

*«Som Correctionsmiddel anvendes undertiden Eneværelse, undertiden, og i Almindelighed da med udmærket Virkning, et koldt Styrtebad».*²⁸

Man kan forundres over at Winge her likefram skryter av at han bryter §4 i Sinnssykeloven der det heter: «*Legemlig Revselse maa ikke finde Sted*».

I reglementet for det nye asyllet forsvinner personen inn i sykdommen – det er sykdommen som handler, ikke mennesket. Individet er visket ut. Men i det fysiske møtet med Winge står det likevel en person der med egen vilje, en som kan stille til faenskap og dermed er kvalifisert for korreks.

Det er en viss rådvillhet som kommer til syne her. I møtet med det uforståelige, tyr man til enkle, repressive midler. Det er en «mismatch» mellom regulativets klare normative intensjon og den kliniske hverdagens mangfoldige realiteter som indikerer at forestillingene om framskrittet ble endret raskere enn praksisen. Til gjengjeld var legens definisjonsmakt så stor at han kunne omtolke korreksjonen – det ligger egentlig nærmere å kalle det tortur – til en *terapeutisk* nødvendighet, iallfall passende for et velvoksnet menneske som brøt med forestillingene om passende kvinnelighet (og som under enhver omstendighet ikke fikk snakke til *ham* på den måten).

Men dermed er også dollhusets gamle direkte og spontane metoder, som ikke var ledsaget av filantropiske erklæringer, men var en del av hustukten fra arbeidsanstalten, blitt opphøyet, raffinert og medikalisert. Gjort til noe annet, ikledd et nytt språk. Winge skrøt åpent av at han hadde funnet et middel som virket («i Almindelighed»). Det etiske imperativ som var satt opp for vokterne, kunne han heve seg over og utvise eget skjønn – og skjule sin rådvillhet. Medisinsk definisjonsmakt og hierarkisk plassering høyt over

ufornuften legitimerede vilkårligheten. Det er spiren til en moderne, omnipotent asylsjef som trer fram.

Da kvinnene rykket inn igjen i Christianias nye asyl 15. september 1851 etter midlertidig plassering i Oslo hospital under ombyggingen, ble det også bruk for tvangsmidler. Denne dagen og den neste ble fire kvinner satt i isolat – den ene fikk dessuten tvangstrøye på, og ble isolert to ganger. Tvangsmidlene ble brukt fra 18 timer til 10 dager, mens én ble sittende i isolatet ut året – i 117 dager. Begrunnelsen var hovedsaklig uro. Av 15 tilfeller av tvangstrøyebruk, er de ti ganger anvendt mot kvinner, som oftest på grunn av «Ødelæggelseslyst».

Den nye filantropiske sinnssykeloven og normene i asyls reglement var ikke noe hinder for repressive metoder og mishandling. Da den nye vitenskapeligheten skulle omsettes i praksis ble mange av dollhusnissene åpenbart med på lasset. Fra en relativ frihet i det gamle anstaltskaoset, åpnet den nye loven for en systematisk tilgang til de innsattes kropper og en langt mer sofistikert individuell kontroll. Der man tidligere nok hadde få sperrer mot fysiske virkemidler for å få innsatte til å folke seg, fikk overgrepene nye former og terminologi, og foregikk i pene og rene omgivelser. Med nye merkelapper kan man skjule det som foregår. I sin undersøkelse av Bjerketun behandler Kjersti Ericsson²⁹ dette fenomenet og viser til striden om isolasjonen der: var den et «hygienisk tiltak», et ledd i pedagogikken – eller straff og overgrep? Ericsson sier at et viktig trekk ved fagsjargongen som politisk språk, er at den bidrar til å dra en grense mellom den profesjonelle og klienten. Sosial avstand kan bidra til å gjøre uakseptable handlinger akseptable.

På samme måte gir Joar Tranøy en lang rekke eksempler på hvordan opposisjon mot regimet på Gaustad i tida etter krigen ble straffet med drastiske behandlingsmetoder³⁰ som cardiazol-, insulin- og elektroshokk, og opptil flere hjernekirurgiske inngrep på samme person. Det er påfallende mange eksempler på journalformuleringer som viser hvordan konformitets- og disiplinkrav dirigerte medisinerens intervensjon.

Tiltakene ved asylet i Storgata ble rettet mot pasientenes bevissthet og samvittighet for å øke deres selvkontroll – et autoritært og moralistisk prosjekt som ingen kontrollkommissjon hadde innvendinger mot. Det rettet seg da også mot fattigfolk som man fant det helt naturlig å oppdra til konformitet og å innordne seg sine roller. Det hadde formodentlig vært en større skandale om en representant for overklassen var blitt tvangsverskyt med 32 bøtter kaldt vann, slik en av kvinnene opplevde hos Major på Oslo hospital.

Hygieniske framstillinger

Winge og Major lette etter kroppslige anomalier. Hvert eneste gram opium, hasjisj og andre medikamenter, samt hver eneste vellykkede avføring, er omhyggelig redegjort for i journalen. Winge obduserte alle som døde i anstalten,

så sant ingen pårørende satte seg imot det. Objektene for denne forskertrang hadde ikke mye de skulle ha sagt. Mange av dem ble framstilt offentlig som identifiserbare kasus i Norsk Magazin for Lægevidenskaben i artikler av de to. Disse presentasjonene er imidlertid hygieniske i den forstand at de ikke forteller noe om asyllets interne disiplineringspraksis, tvangsanvendelsen og straffemetodene. Det er en tydelig avstand mellom den akademiske tidsskrift-rapporteringen og de daglige journalnotatene om medisinsk intervensjon og hverdagspraksis.

Det har vært helt vanlig å framstille Sinnssykeloven og legenes inntog som at lys ble kastet inn og jaget ut det middelalderske mørket. En moderne humanisme brøt med de gamle redsler og berget de gale: «Pinel løser de sinnssykes lenker»³¹ er tittelen på ett av den tradisjonelle psykiatrihistoriens fremste ikoner. Men slike fortellinger viser tydelig svakheten ved å tolke ordensregler og annet normativt materiale som praktisk virkelighet. Den praktiske virkeligheten framstår nok som atskillig mer reell i arkivmaterialet. Lovteksten sa at *legemlig refselse ikke måtte finne sted*. Det er ikke komplisert formulert, og var rimeligvis heller ikke komplisert tenkt. Men i journalene fins altså spor etter en annen praksis. På dette punktet er det ikke samsvar mellom idealer og realiteter. Det minner om hvordan mange har sluttet fra 1736-reskriptet, som beordret hovedhospitalene til å innrede dårekister, til at de faktisk gjorde det. Men primærkildene sier noe annet. Likevel synes denne forståelsen å være uutryddelig, noe som må henge sammen med en forelskelse i tanken på en forbindelse mellom galskap og filantropisk medisin så langt tilbake³² – og en tilsvarende forelskelse i Sinnssykeloven som den nye tids lysende fakkell.

Slike framskrittsoptimistiske fortellinger er typiske for profesjonenes historieskriving om seg selv, og er ikke spesielle for medisinerne. De inngår blant de større moderne grunnfortellingene om den vitenskapsbaserte sakkunnskapens utvikling på alle samfunnsområder, og har etablert mytene om den moderne rasjonalitetens seier over fordommer og kunnskapsmangel, forstokket ortodoksi og middelaldermørke.

Historiografisk forskjønnning innebærer at noe utelates. Nedenfra sett kan historien fortone seg annerledes. Selv i maktens etterlatte papirer fins det spor som åpner for andre tolkningsmuligheter.

Mishandling av gale sprang ut av forakt for ufornuften, og ydmykelser og straff kan heller ikke ses uavhengig av en tilsvarende forakt for underklasse og filleproletariat. Holdninger utryddes ikke med en lovtekst, et reglement og materiell oppgradering. Journalenes formuleringer er helt annerledes positive i tilfeller der pasienten føyer seg, er blid og medgjørilig, og går med iver til sin daglige beskjeftigelse. Andre som manglet denne selvkontrollen blir omtalt i tildels sterkt negative vendinger. Ordene er Wingses, det er han som fører journalene, og det var altså dette han mente seg å se. En lovtekst sier bare noe om hvordan lovgiveren ønsker at noe *bør* være. Og det *er* paradok-

salt at Major, som skrev lovutkastet, selv synes å ha brutt loven med sine 32 vannbøtter.³³

Inntil det foreligger ytterligere kunnskap om praksisen i de eldste asylene, må det iallfall være berettiget å reise spørsmålet om Sinnssykeloven kanskje fungerte best (om enn langsomt) som *omstrukturingsverktøy for det offentlige* og som *fullmaktslov for legene*.

«Den opprinnelige transformasjon» – Endringene i sosial kontroll

Innenfor kriminologi og avvikssosiologi snakker man om «den opprinnelige transformasjon» av den sosiale kontrollen i denne perioden. Stanley Cohen har satt opp en punktvis framstilling av kjennetegnene ved denne opprinnelige forandringen:

- Statens rolle styrkes, kontrollen sentraliseres, rasjonaliseres og byråkratiseres
- Differensiering av klientell, klassifisering av nye avvikergupper med tilhørende monopoliserende profesjoner og «vitenskapelighet»
- Utslusing til flere slags lukkede, formålsbestemte institusjonstyper
- Mindre fysisk straff. Påvirking av sjelen i stedet for kroppen, fulgt av positivistiske teorier som rettferdiggjør fokus på individet.³⁴

Det er generell enighet om disse historiske trekkene, men forklaringene på *hvorfor* og *hvordan* går i flere retninger og vektlegger ulike forhold. En dominerende teori har vært *framskrittsoptimismen*: humanismens seier over barbariet – et relativt enfoldig historiesyn. Med Cohens ord: «*De gode viljer tages fuldt og helt for pålydende og holdes helt og aldeles skilt fra deres konsekvenser.*»³⁵ En slik retorikk har f.eks. kjennetegnet medisinerens forsøk på å beskrive sinnssykevesenets utvikling.

En annen teori – «*gode viljer og katastrofale konsekvenser*» – har betraktet institusjonsbyggingen som et svar på en borgerlig angst for ukontrollerbare masser, farlige klasser og bekymring for sedenes forfall. Avvikerne måtte derfor fjernes fra dårlig innflytelse og sluses inn i asylet, «en mikroutgave af den perfekte sociale orden».³⁶ Og selv om anstaltene fra slutten av 1800-tallet degenererte og ikke innfridde noen av de opprinnelige løftene, er systemet stadig vedlikeholdt på grunn av sin funksjonalisme og støttet av en velvillig retorikk som sikrer «mer av det samme».

En tredje teoritype baserer seg på den politiske økonomien som historiens drivkraft. Marxistisk inspirerte analyser har ifølge Cohen sett på institusjonssystemene som en suksess for kapitalismen – i det at de oppfyller *andre* formål enn de erklærte:

«Det nye kontrolsystem tjente den fremvoksende kapitalismens krav om konstant undertrykkelse af de genstridige elementer i arbejderklassen – men fortsatte samtidig med at mystificere alle (herunder reformatorerne

selv), så de troede, at disse forandringer var retfærdige, humane og fremskridtsvenlige»³⁷

Foucault er en kategori for seg selv, mener Cohen. Hans forståelse har også utspring i en marxistisk, dialektisk materialisme, men han vektlegger også immaterielle størrelser som viten og makt, og forklarer mye av institusjonsutviklingen med maktapparatet som en selvstendig virkende kraft, sprunget ut av kunnskapsutviklingen. Særlig i «Overvåking og straff» fra 1975 utvikler han sin teori om fengslenes funksjon og straffen som et middel til å kontrollere menneskekropper. De disiplinære metodene – herunder det panoptiske overvåkingssystemet³⁸ – kom også til å prege asylene og andre innesperringsanstalter. De store forandringene som fulgte hverandre på flere samfunnsområder ble drevet fram av industrialismen og den moderne kapitalismens gjennombrudd.

Hvilken betydning hadde reformene – var de entydig til fordel for alle involverte? Hva slags fordeler? Hva slags framskritt var det egentlig snakk om?

Den første utskillingen

Historien om dollhuset i Mangelsgården er representativ for utviklingen innenfor sinnssykepleien. På galskapens område ser vi fra denne tida en tydeligere vektlegging av mentalt avvikende som egen sosial kategori. De begynner å framstå som noe mer enn én og én. De tilfeldige, pragmatiske utveiene avløses av differensiering og utskilling til egne sosiale rom – lere «av samme slag» samles under ett tak.

Utskillingen i 1829 innebar ikke at det ble etablert noe eget medisinsk regime for dollhusavdelingen. Arrangementet innskrenket seg til oppbevaring og uskadeliggjøring, og tilbød lokale myndigheter og private et deponi for menneskemateriell som ingen andre ville ha. Det var det samme som man gjorde med tiggere og løsgjengere: satte dem ut av sirkulasjon.

Differensieringen la grunnlaget for utvikling av nye profesjonsgrupper. Positivistiske vitenskapsidealer (ledsaget av filantropiske erklæringer) preget reform- og ryddearbeidet. Dette er Herman Majors skrifter det mest kraftfulle (for ikke å si lidenskapelige) eksemplet på. Hans retorikk går i Frederik Holsts fotspor. Men de hadde også en annen agenda, en interesse for å styrke profesjonens anseelse og virkeområde innenfor det nye institusjonsarkipe-laget som skulle oppstå.

Den totale kontrollen

Den som trådte inn i asyllets nye orden, forlot samfunnet. Regulativet som inngikk i den kongelige autorisasjonen av anstalten, trekker opp et bilde av en nokså sterk isolasjon, og peker – overraskende nok – i retning av trekk vi kjenner igjen fra Goffmans «totale institusjoner»³⁹ et århundre seinere:

- *Barrierene mot sosialt samspill med omverdenen.* Ingen uvedkommende hadde adgang, brev ble kontrollert, og bare på skriftlig tillatelse fra legen kunne pasientene treffe slektninger eller andre. Anstalten framstår langt på vei som et hemmelighetsfullt sted.
- *Klar over-og underordning mellom personale og pasienter.* Asylet var strengt hierarkisk oppbygd med legen på toppen og tjenestejenta nederst, men under alle disse befant pasientene seg. De ble hele tiden overvåket av alle de andre. Goffman antar at isolasjonen i seg selv bidrar til å vedlikeholde fiendtlige stereotyper mellom de to lagene.⁴⁰
- *Personlighetskrenkelser.* Vi ser at det har fulgt noen innrullingsprosedyrer ved ankomsten. Man bades, fratras klær og andre effekter og får institusjonstøy, blottes ved forskjellige slags undersøkelser, og «kodes til et objekt som kan puttes inn i institusjonens administrative maskineri».⁴¹ Ritualet fastslår nykommerens status som underordnet objekt. Denne innskrenkede rollen vil man ha døgnet rundt under hele oppholdet. Iallfall legen får uinnskrenket rett på den innkomnes fulle biografi, og kan hente komparentopplysninger hvor som helst fra (dette framgår av journalene).

Diskresjon utad skulle imidlertid være en selvfølge, i henhold til reglementet:

Til alle uvedkommende Personer derimod skulle Vogterne iagttage en ubrødelig Taushed angaaende Alt hvad Patienterne gjøre eller sige i deres Sygdom. Enhver Vogter som forseer sig herimod og derved foranlediger, at de Syges Ytringer eller Opførsel bliver bekjendt for Fremmede, erholder strax sin Afsked. Den største Strængighed er nødvendigt i dette Punct, da de fleste Syges Fortællinger om deres egen og Slægtningers Handlemaade før og under Sygdommen, som oftest ere aldeles urigtige og fordreiede, og da de ofte i deres Sygdom ytre Lyster og Lidenskaber, der aldeles ikke ere fremherskende hos dem i deres naturlige Tilstand. Sladderagtige Meddelelser herom til Ukyndige kunne derfor lettelig stille angjældende Personers Charakter i et falskt Lys og paa forskjellig Maader skade deres gode Navn og Rygte. (Vokterreglementet, § 3)

Medisinsk behandling

Porter hevder at det er for lettvint å si at det har gått en lineær utvikling der forståelsen av galskap gradvis endret seg fra en overnaturlig forklaring (demoner) til en naturalistisk tilnærming. I middelalderen ble galskap like ofte tilskrevet naturlige årsaker (ulykker, pasjoner og personlighet) som til onde ånder eller forbannelser. «Som med hekseri i det 16. og 17. århundre, la de lærde sannsynligvis mer vekt på galskapens guddommelige og diabolske dimensjoner enn hva folk flest gjorde.»⁴² En medisinsk interesse for fenomenene har vært til stede siden de gamle grekeres tid, men det var særlig oppmerksomheten (markedsinteressen) utover i 1700-tallets England som

førte til nye behandlingsformer. Dette igjen genererte nye krav på ekspertise både i og utenfor medisineres rekke, og en økende skriftproduksjon på området.⁴³

Rikshospitalets indremedisinere brukte f.eks. tømme- og vannbad tidlig i århundret. Kalde bad ble tatt i bruk ved Bethlem fra 1680 og en bok om emnet ble utgitt i 1702.⁴⁴ Norske leger kan godt ha kjent til dette. Etter omdanningen tar Winge sterkere midler i bruk, særlig opium, samt forskjellige vannkurteknikker. Tradisjonelle urtepreparater ble stadig brukt, og hasjpill er kommet til. Av journalene framgår det at svært mange av pasientene fikk opium. Middelet ble administrert som en kur der agiterte pasienter over en tid fikk økende daglige doser til de roet seg, deretter synkende. Winge hadde stor tro på dette og beskrev kuren i en tidsskriftartikkel.⁴⁵ Men middelet hadde opplagt også en praktisk side for *anstalten* ved at det ble mindre bruk for tvangsmidler. At administrative og pleiemessige behov opp gjennom tida har vært forsøkt løst med repressive «terapeutiske» midler for å disiplinere innlagte fins det et ekstra tydelig eksempel på fra Trondheims- asylet Østmarka i 1948, der overlegen lettet konstaterte at det ble mye roligere på kvinneavdelingen etter at de verste urokråkene var lobotomert:

«Sommeren og høsten 1947 var den urolige kvinneavdelingen ved Østmarka et rent mareridt, og jeg tror ikke jeg har opplevd den så slem i de år jeg har vært her. Utover høsten tok vi ut den ene etter av urokråkene og fikk dem operert, slik at avdelingen nå er helt annerledes.»⁴⁶

Gutten fra Lom som er nevnt tidligere da han ble skremt av å dusje, fikk prøve en kur som trolig har vært en variant av tømning: han fikk gnidd noe inn i et sår i nakken som etter et par uker ga «et rikelig pussfylt utslett».⁴⁷ Her har tømningen foregått fra et punkt nær hodet og synliggjør hvordan enkle forestillinger fra fortida ble tatt med inn i «vitenskapelig» behandling. Det kan kanskje ha dreidd seg om en variant av den metoden som Eva Eggeby omtaler som å «sette hank», dvs. at man tredder en trådstump gjennom huden i nakken og holdt såret åpent. Hennes eksempel er fra 1749 og det blir nevnt at dette på den tida mest ble brukt på hester.⁴⁸ Ifølge Eggeby har det:

«tydlig utvecklat olika praxis för fysiska och psykiska sjukdomar. Om man antar att hanken minskade i betydelse för att den ansågs smärtsam och inhuman, så har man tydligen haft olika värdeskalor för dessa bägge kategorier.»⁴⁹

Hvis man godtar at vitenskap overtok for erfaring i den prosessen som skulle knytte behandlingen av gale til medisinen, var det ikke først og fremst nye *metoder* som karakteriserte virksomheten, men heller måten den ble administrert på, innenfor et sykehusregime som ga legen ubegrenset adgang til kroppene, til å eksperimentere fritt og til å utvikle en terminologi som styrket profesjonsmakten.

Den uskarpe grensen mellom behandling og straff har fulgt med asylenes praksis videre opp i vår egen tid. Moralske holdninger har vært en viktig

basis for vurdering av tiltak mot pasienten. Men har repressive tiltak videre opp gjennom årene og inn i vår tid kanskje også vært forårsaket av en tilsvarende rådvillhet som den vi aner hos Winge i hans møte med respektløse pasienter? Det spørsmålet må inntil videre få bli hengende i lufta.

Vitenskapeliggjøring

Økende medisinsk involvering i behandlingen av internerte gale førte til at regimet som ble lagt opp ved Christiania Kommunale Sindssygeasyl skiller seg fra det gamle også ved sin økende vekt på *skrift*. Dette var hjemlet i lovens § 5 som ga detaljerte pålegg om alt som skulle skriftfestes.

Flere typer standardiserte protokoller ble tatt i bruk. Dette var et ledd i forsøkene på å gi virksomheten et vitenskapelig preg. Den kunnskapen som manglet, skulle erverves ved at aktiviteten ble dokumentert og analysert ut fra positivistiske idealer. Det var en måte å etablere nye sykdommer på. (Et århundre seinere tok overlege Gjessing på Dikemark lærdom av meteorologen Bjerknæs' metoder med store dataserier og innstilte bl.a. seismograf ved senga til sine katatone pasienter.⁵⁰)

Også observasjon var viktig. I 1812-innstillingen fra Trondheimskommisjonen⁵¹ som skulle foreslå en ny og forbedret galeanstalt der i byen, ble det foreslått at noen av rommene skulle være utstyrt med takluker slik at man kunne se ned på de innsatte uten at de merket det. En slik vertikal overvåking ser faktisk ut til å ha blitt en realitet ved Christiania kommunale Sindssygeasyl noe seinere i Winges tid, ifølge en illustrasjon i en samtidig avisartikkel:

«I Cellerne paa Kvindeafdelingen falder Lyset ned fra Taget, hvor Gange fører saaledes at man ovenfra kan iagttage Patienterne. (Afb. Nr. 1.)»⁵²

Asylet hadde da gjennomgått sin siste store utbygging i 1862 og hadde fått 120 plasser, og Winge foreleste om galskapens behandling for medisinerstudentene.⁵³

Vinnere og tapere

Omformingen av galeanstalten i Christiania er uten tvil et godt eksempel på den store transformasjonen i den sosiale kontrollen, og den bærer i seg viktige trekk fra Cohens sammenfatning av kjennetegnene ved overgangen:

- Sinnssykeloven av 1848 innebar en styrking av statens rolle og økt sentralisert kontroll. Loven fikk (langsomt) normativ funksjon for lokaladministrasjonen, og Christiania kommune måtte reorganisere sinnssykepleien.
- Klassifisering av nye avvikergrupper sammenfalt med etableringen av dollhusene på 1700-tallet og utover, og 1848-loven åpnet for en ny monopoliserende profesjon og «vitenskapelighet», slik vi ser det praktisert av Winge (og Major). Det er et underliggende premiss at det nye sykehusregimet i seg selv virker helsebringende.

Det skjedde en endring også innenfor medisinerfaget selv i denne perioden som kan belyse asylens sterke preg av laboratorium:

«Medisinen, sa den nye generasjonen leger, var en høyst empirisk disiplin, en «positiv» vitenskap. De representerte den nye tids medisin der naturvitenskapen for alvor kom til å prege faget og der eksperimentelle metoder ble det store mantra. (...) Med økende tiltro til at framskritt skjer gjennom eksperimentell vitenskap, kom mange leger til å betrakte medisinen som en ren anvendt vitenskap. Biblioteket ble erstattet med laboratoriet som den sentrale institusjon for medisinsk kunnskap.»⁵⁴

I tillegg til denne generelle vendingen innenfor medisinen, kom også det faktum at galskapen ble skilt ut som et nytt arbeidsfelt med egne institusjonelle rammer. Man hadde lite å bygge på fra før – den medisinske erobringen skjedde i stor grad ved at legene framsto som spesielt *samfunnssakkyndige* og gjorde seg uunnværlige, slik bl.a. Dowbiggin har formulert det:

«Ved å framstille seg som spesialister med unik innsikt i sosialpolitiske temaer, håpet de at tjenestene deres skulle vise seg uunnværlige for en stat som i økende grad bekymret seg for klassemotsetninger, kriminalitet, og forsvar av familien.»⁵⁵

Cohen trekker fram, som en av de selvnlysende påstander, at «reformatorenes motiver og prosjekter ikke bare var basert på enkel avsky for grusomhet, utålmodighet med administrasjonens inkompetanse, eller plutselige vitenskapelige oppdagelser». Nei, ikke bare. Major var nok en glødende idealist, og Frederik Holst i generasjonen før hadde ambisjoner på nasjonens vegne og betraktet åpenbart seg selv som samfunnsspesialist, men profesjonsinteressene er også et styrende element i reformframstøtene. Det ble viktig å plassere galskapen innenfor et positivistisk medisinsk kunnskapsunivers og å samle kunnskap, som igjen kunne generere større innflytelse og utvide imperiet. Stemningen var optimistisk, slik man kan lese den ut av Winge og Majors artikler fra 1850-årene. Det skulle gå flere tiår før stemningen snudde – da det viste seg at den medisinske tilnærmingen ikke førte til at legene klarte å levere de helbredelsene de hadde lovet, og degenerasjonsteoriene overtok som forklaringsmodell.

Overgangen til asyl innebar en materiell oppgradering. Rene klær og sengetøy, tilstrekkelig og mer variert mat, noe sysselsetting (selv om den kanskje ikke alltid var så attraktiv). Noen kunne nok også føle seg *sett* og fikk noe hjelp med å ordne sine liv.⁵⁶ Kanskje forsvant veggelusa også. Det var opplagt en betydelig forbedring. Men hva var egentlig prisen? Det ble neppe opplevd som noen ubetinget fordel at disiplineringen ble ikledd et nytt språk. Loven satte forbud mot fysisk straff. Vi må kunne anta at den også avtok betydelig, og iallfall gradvis, men den forsvant ikke.

Repressive trekk kunne overleve og framstå i nye, mer subtile former som kan forstås f.eks. i et makt/avmakt-perspektiv. Gale skulle oppdras til å internalisere ønskede normer for atferd i et stramt klassesdelt samfunn. Dette

var asylregimets oppgave og den opprinnelige transformasjonens innhold for dem som ble utsatt for den. Transformasjonen innebar et paradigmeskifte der mer eller mindre tilfeldige historiske forhold ga én profesjon monopol på et sosialt felt hvor deres forutsetninger sannsynligvis ikke var så spesielt mye bedre enn andres.

NOTER

- 1) Et slikt historisk utviklingsforløp er søkt sannsynliggjort i Wenche Blomberg, *Galskapens hus: internering og utskilling i Norge 1550-1850*, Universitetsforlaget, Oslo 2002.
- 2) Eksempler på dette kan man finne i den nye artikkelsamlingen *Asylet: Gaustad sykehus 150 år* Aschehoug, Oslo 2005, som f.eks. fortsetter den hagiografiske tradisjonen i omtalen av Herman Major helt uten kildekritiske betraktninger.
- 3) Michel Foucault, *Galskapens historie*, Gyldendal, Oslo 1991; og samme forf., *Overvåking og straff: det moderne fengsels historie*, Gyldendal, Oslo 1995.
- 4) Foucault, 1995, op.cit: 264
- 5) Arthur Still and Erving Velody (red.), *Rewriting the history of madness: studies in Foucault's 'Histoire de la folie'*, Routledge, London-New York 1992.
- 6) Mer inngående om dette i Blomberg, *Galskapens hus*, op. cit.
- 7) Slike dollhus ble etablert i Bergen 1762, ved Oslo hospital i 1766, Trondheim 1779, Kristiansand 1812, i Vang i Hedmark 1820, og Stavangers «kombinerede Indretning» kom så seint som i 1846. De var innredet med enkeltceller og hadde som oftest 5-10 plasser.
- 8) Fredrik Holsts og Herman Majors skrifter har gitt nyttige indikasjoner på den ideologiske dreiningen som fant sted på første del av 1800-tallet i retning av en medikalisering av mentale avvik, som også innbar en styrking av profesjonen.
- 9) RA. Rikshospitalet. Med. avd. F – Journaler og protokoll 1826-juni 1828. Det finnes noen få pasienter i dette materialet som synes å ha vært behandlet for mentalt avvik av forskjellig slag.
- 10) Professor i indremedisin Nils Berner Sørenssen – også medlem av Dollhus-kommisjonen – foreleste over emnet på medisinerstudiet.
- 11) Sitert i Andrew Scull, *Social order/mental disorder: Anglo-American psychiatry in historical perspective*. University of California Press, Berkeley-Los Angeles, 1989, s. 71-73.
- 12) Eva Eggeby, *Vandringsman, här ser du en avmålning av världen: vårdade, vård og ekonomi på Danvikens dårhus 1750-1861*. Almqvist og Wiksell. (Stockholm studies in economic history), Stockholm 1996, s. 135.
- 13) Takk til Yngve Torud i Farmasihistorisk selskap som har gitt verdifulle kommentarer til dette temaet.
- 14) Se f.eks. Roy Porter, *Mind-forg'd manacles: a history of madness in England from the Restoration to the Regency*. Penguin, London 1990, s. 30 og 221.
- 15) P.E.Winge: «Beretning om Christiania Sindssygeasyls Virksomhed i Aarene 1850-1856», i *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1857.
- 16) Roy Porter anser dette som forsøk på frigjøring fra transsynte uttømmings-teknikker. Porter, *Mind-forg'd manacle*, op. cit, s. 10-11.

- 17) Holst skrev f.eks. om tvangstrøyer og rettspsykiatriske kasus i 1827-årgangen. Reisebrevene fra hans store utenlandstur ble publisert i *Budstikken*, 1820-årgang, og en større artikkel om Oslo hospitals dollhus samme sted i 1821-22.
- 18) Et av Europas eldste galehus, opprettet som klosterhospital for Betlehemsordenen i 1247, rundt 1400 åpnet i økende grad for mentalt avvikende (Jonathan Andrews, Asa Briggs, Roy Porter, Penny Tucker and Keir Waddington, *The history of Bethlem*. Routledge, London-New York 1997: s. 81).
- 19) Porter 1990, op. cit. s., 127.
- 20) En slik forundring framkommer i Dollhuskomisjonens innstilling ved beskrivelsen av forholdene i Arendal. Blomberg 2002, s. 156, note 206.
- 21) Porter 1990, op.cit., kap. 3,
- 22) Loven er i sin helhet tatt med som vedlegg i Blomberg 2002, op.cit.
- 23) OBA. Oslo Hospital. Journal Brev fra Inspectionen for Oslo Hospital 8. 4. 1851.
- 24) Se Wenche Blomberg, *Karoline og vitenskapen: et psykiatrihistorisk eksempel*. Gyldendal, Oslo 1993.
- 25) RA.Medicinalkontoret. Medisinalinnberetninger. Kristiania. Pakke 23, 1842-59.
- 26) H.W.Major: «Oversigt over Oslo Sindssyge-Afdelings Virksomhed i Tidsrummet fra 1847 til 1852» *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, bind 8, 2. rekke, 1854, s. 26-59. Sitert s. 27.
- 27) P.E. Winge 1857, op.cit., s. 593.
- 28) Winge, op.cit., s. 591.
- 29) Kjersti Ericsson , *Drift og dyd: kontrollen av jenter på femtitallet*. Pax, Oslo 1997s. 121.
- 30) Joar Tranøy, *I sinnssykehusets vold: innlagtes motstand mot legemlig behandling ved Gaustad sykehus*. Pax, Oslo 1993. Se artikkelen «Hjerneskode som behandling» i dette nummeret av Vardøger
- 31) Se Elaine Showalters lesning av det berømte maleriet i *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980*, Virago Press, London 1988. Også referert i Blomberg, 1993. op.cit.
- 32) Se Wenche Blomberg: «Some traits of Norwegian pre-medical social reactions to madness», *History of Psychiatry*, mars 2005, s. 104.
- 33) Oslo Hospitals arkiver er deponert i Oslo byarkiv og tilgjengelige for forskning – her vil man sannsynligvis finne førstehånds materiale om Majors praksis.
- 34) Stanley Cohen, *Den sociale kontrolls nye former: kriminalitet, straf og klassifisering*. Hans Reitzels forlag, København 1994: 1. kapitel. Cohen vedgår sin gjeld til Foucault her.
- 35) *ibid.*, s. 32.
- 36) *ibid.*, s. 34
- 37) *ibid.*, s. 36. Han viser til Rusche og Kirchheimers «Punishment and the social structure» fra 1938 som den tidligste versjonen av denne modellen.
- 38) Norsk utg. Gyldendal 1977 og 1994-95.
- 39) Erving Goffman, *Anstalt og menneske: den totale institution sosialt set*. Paludan, København 1985.
- 40) *ibid.*, s. 15.
- 41) *ibid.*, s. 20.

- 42) Porter, 1990, op.cit., s. 30.
- 43) Porter gjengir noen råd fra midt på 1700-tallet, hentet fra John Wesleys *Primitive Physick*, blant annet dette: «*For de splitter gale*: 1. Det er en god regel å gå ut fra at alle gale er noen feiginger og at de kan bekjempes bare ved å binde dem fast, uten å banke dem. (Dr Mead). Han oppdaget også at avkjøling gjorde dem godt. Hold hodet snauklipt og vask det ofte med eddik. 2. Svøp hodet i håndklær dyppet i kaldt vann. 3. Eller, plasser pasienten med hodet under en rennende vann så lenge han klarer det, eller hell vann over hodet hans fra en tekanne. 4. Eller, la han ikke spise annet enn epler i en måned. 5. Eller, bare brød og melk. Dette har jeg prøvd.» Porter, 1990, op.cit., s. 30.
- 44) Jonathan Andrews, «Hardly a hospital, but a charity for pauper lunatics? Therapeutics at Bethlem in the seventeenth and eighteenth centuries», *Medicine and charity before the welfare state.*: Routledge, London and New York 1994s. 73.
- 45) Winge, 1857, op.cit..
- 46) Nissen, Diskusjon: Bør lobotomioperasjonene sentraliseres? *Nordisk Psykiatrisk Medlemsblad*, bind 11, 1949, s. 162.
- 47) Yngve Torud i Farmasihistorisk Selskap foreslår at sennep eller spansk flue kan ha blitt brukt på denne måten bl.a. mot hodepine (personlig meddelelse).
- 48) Eggeby, 1996, op.cit., s. 65 og 137.
- 49) Eggeby, 1996, op.cit., s. 65.
- 50) Blomberg, 1993, op.cit., s. 152.
- 51) Fra protokoll nr. 2 for Trondhjems Hospital: Kommissjonsakt om Dårekisten 1809-1812. <http://www.ub.uio.no/ujur/publikasjoner/andre_publicasjoner/>
- 52) *Illustreret Nyhedsblad* nr. 4, 1863, s. 18.
- 53) *Norges leger*, bind 5, s. 669-70
- 54) Aina Schjøtz, *Fra heltehistorien til det postmoderne: medisin- og helsehistoriens historiografi 1800-2004*. Upubl. manus, des. 2004.
- 55) Ian R. Dowbiggin, *Inheriting madness: professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth-century France*. Univ. of Calif., Berkeley 1991, s. 10.
- 56) Materialet gir eksempler på at Winge gjorde noen ettervernsframstøt for enkelte pasienter, men det synes å ha vært mer tilfeldig enn noe ledd i asylets rutiner.