

OVERSIKT

Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl

Gunvald Hermundstad

Publisert: 31.12.2004

Herman Wedel Major and the construction of Gaustad asylum. Part 2: Architecture



In an earlier paper (Hermundstad, 2005) I presented the moral treatment philosophy of psychiatrist Herman Wedel Major (1814–1854). Together with his brother-in-law, architect Heinrich Ernst Schirmer (1814–1887), he constructed the first mental asylum in Norway, Gaustad, which opened in 1855. The asylum became the prototype of a rationally organized world, where all kinds of mental disorders could potentially be cured within months. Architecture was an important part of the treatment. It was influenced by the need for a systematic classification and segregation of patients in separate departments. The style was gothic revival. Gaustad was planned to be a healing place of the soul, but became what Erving Goffman (1971) calls a controlling «total institution».

Den nygotiske stilen på Gaustad vekker en skrekkblandet fascinasjon. Bak arkitekturen ligger en nøye kalkulert effekt: Avdelingens struktur, stramhet og symmetri skulle virke moralsk oppbyggende.



Innledning

I en foregående artikkel presenterte jeg den moralske behandlingsfilosofien til dr. Herman Wedel Major (1814–1854) (Hermundstad, 2005). Moralske behandling lå bak etableringen av Gaustad sinnssykeasyl, som åpnet i 1855. Med isolering, klassifikasjon og regelmessig arbeid hadde Major fastlagt hovedprinsippene for utformingen av asylet.

Spørsmålet var hvor stort det trengte å være. Statistikk var blitt etablert som egen vitenskap i forbindelse med skatteinnkreving på 1700-tallet og kom godt med når antallet sinnssyke i landet skulle kartlegges. Det ble på 1800-tallet foretatt flere folketellinger i Norge og enkelte kartla også folks psykiske sykdommer (Holst, 1828). Man opererte i tråd med Esquirols system etter fire diagnoser:

- Maniaci
- Melancholici
- Dementes
- Idiotæ

Norge hadde i 1825 rundt 1 million innbyggere, og Holst beregnet at det var 1809 sinnssyke. Befolkningen var i 1845 steget til litt over 1,3 millioner og antallet sinnssyke var ifølge Major (1848) steget til 4290 personer. En så stor vekst i løpet av 20 år var oppsiktsvekkende, og større enn i andre land vi kunne sammenligne oss med. Major må ha skjønnet at det ville være lite politisk klokt å påstå en så hurtig spredning av sinnssykdommer i det norske folk midt i lanseringen av en ny og kostbar reform, og han visste at det ville oppstå diskusjon om finansieringen. Dessuten var han bekymret over at norske leger manglet praktiske erfaringer med drift og ledelse av en så stor institusjonstype. Major fremhevet derfor at statistikken var full av feilkilder. Den baserte seg på skjønnnet ikke bare til allmennpraktiserende leger, men også prester og jurister. Dessuten hadde tellingene vært grove og inneholdt diagnoser som inkluderte både helbredelige og uhelbredelige. På tross av reservasjonene var det ifølge Major uomtvistelig dokumentert at mange syke trengte hjelp. Landet behøvde minst

fire «Helbredelses-Asyl». Som en begynnelse, foreslo taktikeren bare bygging av ett sentralt plassert asyl. Norges første sinnssykeasyl måtte ligge i nærheten av Christiania, hvor folketallet var størst og hvor det var tilgang på gode transportmidler. Asylet måtte dessuten plasseres i nærheten av Universitetet, slik at sinnssykelegene fikk mulighet til opprettholde kontakten med det medisinske forskningsmiljøet, samtidig som medisinstudenter fikk anledning til klinisk undervisning på dette feltet. Valget falt på Gaustad gård.



Bygningens nygotiske forbilder

Blant arkitekter på den tiden var det en utbredt oppfatning at ulike institusjoner måtte gis hver sin karakter. Arkitektene mente man kunne frembringe en bestemt respons gjennom å fremstille et kalkulert visuelt stimuli. Hvert bygg skulle ha en særegen estetikk og funksjon, som formen på bygningsmassen skulle formidle: Et teater kunne ikke se ut som en fabrikk, et fattighus bygd på donerte gaver kunne ikke ha fasade som et slott. Et sinnssykeasyl måtte ikke ligne for mye på et fengsel, men på den annen side måtte det ikke ligne på et forlystelsessted eller hotell. Arkitekt Schirmer (1814–1887) skapte et særpreg over Gaustad asyl. Løsningen ble en krysning mellom hospital, kirke og fengsel i skjønn forening.



Sammen med Linstow og Grosch var Schirmer en av de virkelig store institusjonsarkitekter i Norge på 1800-tallet. Schirmer var født i Tyskland og kom til Norge i 1838. Han ble assistent hos Linstow, som den gang var i ferd med å tegne Det kongelige Slott. Arkitekturhistorikeren Hamran (1962) har sagt om Schirmer at hans produksjon er større enn noen annen norsk arkitekt i det 19. århundre. Han var for eksempel den drivende kraft i arbeidet for å få gjenreist Nidarosdomen. Gaustad var bare et av de offentlige byggene han tegnet, men det største og ett av hovedverkene. Schirmer ble i 1840-årene for statens regning sendt til utlandet for å lære det mest moderne innen faget. Han ble imponert over de offentlige institusjonene han så og brakte kunnskapen med seg hjem. Ifølge Winge (1917) ble Gaustad tegnet etter modell av Girard de Cailleux' asyl i Auxerre, sydøst for Paris.

Schirmer var inspirert av nygotikk. Denne retningen brukte bevisst elementer fra historien, spesielt middelalderarkitektur. Som i gamle kirkebygg brukte man stein i fasaden. Materialet på Gaustad er upusset, rød tegl i et vekselvis lagdelt murforband, unntatt er sokkelen og hjørnekvadrene i fløyene, som er av sandstein. Dette formspråket var en protest mot klassisismen, som mange av datidens arkitekter mente var en «løgnaktig» arkitektur. Klassisismen skjulte materialet bak imitasjon, ornamenter og puss. En «ekte» arkitektur skulle vise sine materialer, strukturen burde være synlig og

«sann». Dette krevde at materialene måtte være av høy kvalitet, hver detalj måtte være gjennomtenkt og arbeidet gjennomført med håndverksmessig omhu, hvilket det er på Gaustad.



Dimensjoneringen

Schirmer skisserte et strengt symmetrisk paviljongssystem, hvor den ytre fysiske orden skulle motvirke de kaotiske oppløsningstendenser i pasientens indre verden. Avdelingsstrukturen ble noe annerledes enn opprinnelig tenkt. De to bakerste fløyene ble opprinnelig tegnet med én etasje. Senere har man bygd ut Gaustad med flere frittstående avdelinger blandt annet i funksjonalistisk stil. Bygningskomplekset slik det fremstår i dag er både større og annerledes enn den opprinnelige planen jeg vil presentere her.

I følge Majors opprinnelige plan skulle asylet ha 150 senger, 75 for hvert kjønn, men planen ble modifisert under selve byggeprosessen. Da Gaustad ble åpnet i 1855 var antallet senger økt med det dobbelte til 300 senger. Fordelt med halvparten på hvert kjønn hadde man plass til 44 soveværelser til «Den dannede Classe», 128 rom til «Almueclassen», 92 senger til «Besværlige» og 36 plasser til «Urolige og Voldsomme». Meningen var å gi pasientene et stort areal til rekreasjon og arbeid. På 1800-tallet var det selvsagt at sinnssyke trengte å spasere i hager med trær og blomster. Man plantet en stor romantisk park rundt sykehuset, med musikkpaviljong og lysthus. Gårdsdriften ble beholdt, med sine 500 mål dyrket mark ga den pasientene rike muligheter for å delta i arbeid på jordene. Etter hvert ble omkringliggende gårder kjøpt opp og arealet utvidet med tilhørende jorder og skoger. Gaustad asyl ble i stor grad selvforsynt med mat og brensel. Rent vann fikk man fra bekken som rant over eiendommen.

Klokketårn og administrasjonsbygg

Til høyre for oppkjørselen plasserte arkitekten direktørboligen, en stor frittstående villa med uthus. Innenfor gjerdet møter vi i dag til høyre en liten portnerbolig og bak den administrasjonsbygningen med et monumentalt klokketårn midt i fronten. Asylets optiske og faktiske sentrum er det fremspringende tårnet. Dette høyt oppragende bygget dominerer landskapet omkring på en storslått måte, men bygningen er ikke ufølsom for «stedets ånd», dvs. et Oslo som en «gryte» som ikke tåler alt for høye hus i åsene omkring (Norberg-Schultz, 1992). Tårnet har et hollandskinspirerte,

irret, grønt kobbertak, lantirin og spir. Aller øverst i spiret er retningsanviser og lynavleder. Det geistlige preget fremheves av to kors på hver side. Tydelig ses det runde uret i fasaden. Uret tjente til koordinering av aktivitetene, den store klokken i tårnet slo slag hver time. Klokkens sentrale plassering vitner om den vekt man la på punktlighet, effektivitet, flid og nøysomhet. Over inngangspartiet finner vi karnappvindu og blindarkader. Bygget har en overbygd inngang som klart viser hvor vi skal gå inn, med et relieff av Den norske Løve over inngangsbuen. Opp en liten, bred trapp føres man gjennom en dør til en åpen hall. Midt i hallen er det anlagt en liten fontene med en skulptur. Søylar bærer galleriet i andre etasje. Her finner vi overlegens kontor, som er større enn noen andres i administrasjonen, romstørrelsen tok nøye hensyn til de forskjellige ansattes status. Kirken ble også lokalisert til administrasjonsbygget – religion hadde sin selvsagte plass i omsorgen for sinnssyke.

De byggetekniske løsninger og sanitære nyheter på avdelingene vakte stor beundring i samtiden. Man brukte gass som lyskilde og anla et intrikat kanalsystem for oppvarming. Man la rør som førte kloakken bort fra bygningene og det var egne renner for skyllevann. På et moderne asyl skulle man ikke kjenne stank som rev i nesen og med det gi opphav til rykter om smittsomme sykdommer.

Avdelingsstrukturen

På hver side av tårnbygget ligger «Fruentimmer»- og «Mandfolk»-avdelingene i symmetriske paviljonger. Midt i mellom kvinne- og mansavdelingene finner vi kontor- og verkstedbygg, vaskeri og fyrhus. I den opprinnelige planen var det fire fløyer på hver side, med en femte avdeling knyttet til den bakerste fløyen, men D- og E-fløyen ble sløyfet under byggeprosessen.

Administrasjonsbygget. Tegning av Odd Brochmann.



De tre første avdelinger har to etasjer og skiferdekket saltak og halvsirkelformede, store vinduer. Pasientfløyene har som utsmykning to karnapputbygg med tårnkarnapper i hjørnet. I den andre enden rager trappegavler, som synes å være inspirert av hollandsk renessanse. Fløyene er på hver side forbundet med overbygde ganger, for utendørs opphold og bevegelser på uværsdager. De to etasjene inneholder for det meste soverom for pasientene. Hver av avdelingene har en lang korridor som strekker seg mot dagligstuen/arbeidsværelset i tårnene i enden. Bredden på korridorene gjør at de også egnet seg som oppholdsrom, samtidig som de markerer sammenheng med resten av asylet. Personalet kunne komme uanmeldt og eventuelt kikke inn i soverommene. Størrelsen på rommene varierer en god del. Sykehuset var i utgangspunktet planlagt med fem avdelinger for hvert kjønn:

A. avdelingen. På første klasse «for rolige Syge af den dannede Stand» skulle det bygges en avdeling for henholdsvis seks menn og seks kvinner, som hovedsakelig selv skulle betale for oppholdet. Her hadde pasientene enkelt- og dobbeltværelser med god plass til både skrive- og spisebord. I begge etasjer lå relativt store salonger og privet (toalett). «Tjenerne» (dvs. personalet) hadde eget værelse mot midten i annen etasje.



B. avdelingen. Andre klasse var «for rolige Syge af mindre dannet Stand» og skulle ha 40 plasser for hvert kjønn. Avdelingen for «Almueclassen» hadde ikke enmannsrom, men sovesaler. Pasientene måtte spise sammen på spiserommet i første etasje, men de hadde et relativt romslig oppholdsrom i annen etasje og arbeidsværelse i første.

C. avdelingen. Tredje klasse «for besværlige Syge» besto av 16 senger på hver side. De «Urolige» hadde enkeltværelser i første og felles sovesaler i andre etasje. Her som ellers lå oppholdsstuen i andre etasje i tårnbygningen, mens første etasje rommet et kombinert arbeids- og dagligværelse. I tilknytning til denne fløyen lå det, innover mot kontor- og verkstedsbygget og vaskeriet, to badehus med flere badekar, enkelte med trelokk for «langbad» opp til 24 timer i strekk for å roe ned maniske og andre agiterte pasienter.

D. avdelingen. Fjerde klasse var beregnet «for voldsomme og larmende Syge». Denne avdelingen hadde på tegningen bare en etasje. Det var lukket avdeling med låsbare enkeltceller og besto bare helt nødvendige rom som toalett og bad. Til de «Rasende» trengte man syv værelser på hver sin fløy.

E. avdelingen. Femte klasse var for «for urenlige Syge». På tegningen var den plassert helt bakerst på asylet. Avdeling E var planlagt som et skjermet avsnitt med ti rom og åtte isolatceller for hvert kjønn. De «Urenslige» skulle ha egen låst inngang på baksiden, slik at man ikke skulle sjenerer de friskere pasientene ved innleggelsen, men planen var at man kunne komme ut til avdeling D gjennom en låst dør – og dermed høyere opp i systemet.

Sosial lagdeling

I kjølvannet av denne tankegangen var det naturlig at de ulike klassene skulle ha forskjellig forpleining. Møblement, innredning og inventar ble avstemt etter de levekår pasientene var vant med. De «Conditionerede» på A-klassen fikk duker på bordet, service av porselen, sølvbestikk og vin til maten. «Almuen» på B-klassen måtte nøye seg med spisebord uten duk, enklere servering med et glass øl til maten. I asylets nederste ende, E-avdelingen, skulle pasientene få stukket inn maten gjennom glugger i døren. De «Rolige» A- og B-pasientene ble med andre ord oppdelt etter stand og bodde under oppholdet med en levestandard som var vanlig for inntektsnivået.

Avdelingsstrukturen var planlagt som et terapeutisk tiltak: De dårligste pasientene skulle innskrives på avdeling E eller D og arbeide seg gradvis oppover til avdeling B (sjeldent A), før de

til slutt ble utskrevet. Omvendt skulle forflytning nedover bli brukt både som trussel og represalie for å få pasientene til å ta seg sammen. Gjennom straff og belønning ville man holde en viss ro på avdelingene, i en tid da man ikke disponerte annet enn opium som beroligende medikasjon.



Sidefløy. Tegning av Odd Brochmann.



Anlegget ble plassert tilnærmet langs nord/sør-aksen. Damene fikk østsiden, mens mannsavdelingene ble liggende mot vest. Aller best lys og utsikt fikk «de rolige Syge af den dannede Classe», som hadde store vinduer i front mot sørvest. Mørkest var det for «de i Urenlighed og Utugt nedsunkne Syge» som skulle sperres inne på isolatcellene i avdeling E med bare en høysittende glugge som lyskilde. Å bli plassert i et mer tilbaketrukket, enklere, bortgjemt bygg nord mot skogen ga et signal om at man befant seg nederst i det sosiale og mentale hierarki.

Optimismen ved åpningen

Major hevdet at prognosen var svært god for de aller fleste sinnssyke, forutsatt at de fikk adekvat behandling. Han påstod på grunnlag av «talrige Iagttagelser, samlede i Europas forskjellige Lande» at asylopphold ga full helbredelse av 56,8 % av de sinnssyke i løpet av de første tre måneder og ytterligere 20,5 % i de første seks måneder (Major, 1848, s. 9). Noen trengte naturligvis lengre tid, men de var i et mindretall. Major sto hardt på at hvis det ikke skjedde en bedring i løpet av to år, måtte pasienten skrives ut og vedkommende sendes hjem eller overføres til et «Pleie-Asyl» for kronikere, eventuelt privat forpleining.

Prestisjebygget sto klart for innflytting 1. oktober 1855. Da Gaustad åpnet, ble Ole Rømer Sandberg oppnevnt som asylets første direktør og overlege. Han var enda mer optimistisk enn Major med hensyn til helbredelsesprosenten. I forbindelse med åpningen i 1855 sendte dr. Sandberg ut et anbefalingsbrev til alle landets leger, prester og sorenskrivere:



«I Anledning af Gaustad Sindssygeasyls nær forestaaende Aabning, henvender jeg mig til alle vedkommende Autoriteter og Private med en indstændig Opfordring, at de vilde sørge for, at de Sindssyge saavidt mulig strax ved deres Sygdoms Begyndelse indlægges i Asylet. Det er nemlig en over all Tvivl hævet, og ved alle civiliserede Staters Erfaring godtgjort Kjendsgjærning, at af de Sindssyge, der indlægges i et velordnet Asyl inder 3 Maaneder efter Sygdommens Begyndelse, helbredes indtil 80 af 100.» (Retterstøl, 1995, s 66).

80 % helbredelse av alvorlige psykoser i løpet av maksimum et halvt år høres unektelig lovende ut! Som ved lanseringen av nesten alle nye behandlingstiltak i psykiatrien var troen på egen fortreffelighet og terapeutiske ferdigheter enorm. Fakta talte etter hvert mot en slik optimisme, og etter den første entusiasmen ble holdningen avløst av en mer nøktern vurdering. Dette blir synlig i den *Generalberetning* overlege Sandberg leverte i sin funksjonstid på Gaustad (Sandberg 1857, 1858, 1871). Beretningene inneholder statistiske tabeller over antallet pasienter som ble innlagt og utskrevet, klassifisert etter diagnose og kjønn. Frem til han gikk av i 1882 sank antallet helbredede til bare 20 %. Den overoptimistiske tonen ble erstattet med en mer realistisk holdning. Det tok lengre tid før pasientene ble friske nok til å kunne skrives ut.

Mønsteranstalten

I de første årene ble Gaustad besøkt av interesserte fagfolk fra inn- og utland. Asylet ble betraktet som et lysende eksempel på det mest moderne innen psykiatrisk behandling. I psykiatrihistorien rager Major og Schirmer som store foregangsmenn, «åndshøvdinge» som brakte ny kunnskap og holdning til behandlingen av sinnslidende:

«Lege Herman Wedel Major og hans svoger, arkitekt Heinrich Ernst Schirmer, skapte gjennom storslagen felles innsats en medisinsk og arkitektonisk nyvinning med Gaustad sykehus. Deres selvstendige bidrag frembrakte storhet og styrke som vant internasjonal oppmerksomhet og anerkjennelse» (Bjerkek & Retterstøl, 2000, s. 137).

Det er liten tvil om at Gaustads be-liggenhet og paviljongsystem har verdifulle kvaliteter og er forskjellig fra de asylene som ble bygd i tiden etterpå. Som Skålevåg (2002) har påpekt, ble de to neste statsasylene, Rotvold utenfor Trondheim (åpnet 1872) og Eg asyl ved Kristiansand (ferdig 1881), konstruert etter andre prinsipper. På disse steder ble byggmassen samlet i en «blokk» med et korridorsystem som spredte seg fra en dominerende administrasjonsdel og bakover i to 90

grader tilknyttet pasientfløyer. Denne arkitektoniske løsningen vitner om at man ikke lenger anså selve bygget som en viktig kurativ faktor, men mer som et sted for medisinsk og farmakologisk behandling, i tråd med den nevropsykiatriske retning som gradvis overtok det faglige hegemoniet i sinnssykevesenet i siste halvdel av 1800-tallet.



Kontraproduktive innslag

I ettertid vet vi at det ikke hjelper å løfte pasientene ut av sitt vanlige miljø og plassere dem i sengeavdelinger milevis unna hjemmet. Hva hjelper det å ligge i en seng når man har mentale problemer? Når behandlerne unngår å møte pasientens familie, går en viktig informasjons- og behandlingsmulighet tapt. Et eksempel: Da jeg i 1977 som psykologistudent spurte Gaustads mest berømte «paradekasus» (som selv stilte frivillig) Arnold Juklerød om hvordan han opplevde å bli tvangsinnlagt på Gaustad, og hvorfor han ikke dro hjem til Kragerø da han var satt fri, svarte han: «En fugl som har fått brukket vingen, kan ikke fly». Han følte seg urettferdig stemplet som syndebykk i en lokal disputt om stengning av en grendeskole og stigmatisert av diagnosen «kverulantparanoia». I etterpåklokskap er det ikke vanskelig å se at lokal konflikthåndtering hadde vært mer adekvat enn sykehusinnleggelse.

En annen mangel var at pasientene i liten grad hadde noen å dele sin livshistorie med. Analyse av over hundre år gamle journaler fra Gaustad asyl vitner om at diagnostisk utspørring og kategorisering ble satt i sentrum for oppmerksomheten, i stedet for utforskende samtaler om pasientenes bakgrunn, følelser og opplevelser (Aaslestad, 1998). Mangelen på empati bidro til at pasientene ble avpersonifisert. Mange hadde ikke annet valg enn å trekke seg ytterligere tilbake i sin indre verden, eventuelt identifiserte seg helt med rollen som sinnssyk. Behandlernes grandiose og ukritiske tro på egen evne til å helbrede nær sagt alle typer sinnslidelser på få måneder, forledet pårørende til å begjære innleggelse av familiemedlemmer som kanskje ville ha klart seg mye bedre ute. Resultatet ble et overbelegg, som kom opp i hele 150 %. Det var mange som øynet håp og søkte hjelp fra det nye, lovende behandlingstilbudet. Samtidig økte søknadsmengden, og plassmangelen ble etter hvert prekær.

Avslutning



Major fremstod på begynnelsen av 1850-årene som den selvskrevne første direktør og overlege på Gaustad. Han hadde erfaring som bestyrer på Oslo Hospitals Sindsygeindretning og ledet både planlegging- og byggeprosessen av det nye asylet. Direktørstillingen på Gaustad ville være et naturlig skritt oppover på karrièrestigen. Da asylet åpnet i 1855 hadde imidlertid Major frasagt seg embetet, til tross for at han i 1853 hadde flyttet inn i direktørboligen med sin nye kone og døtre.

Hvorfor? Selv oppga Major at helbred og sinnsro var for svekket til å påta seg en så krevende lederoppgave. Det har senere vært spekulert på om Major følte seg krenket etter å ha blitt offentlig kritisert for å ha fått bygget en så gedigen direktørbolig med 14 værelser. Eller var han utbrent og gått inn i en depresjon? (Scharffenberg, 1916). Mest sannsynlig nektet han å ta imot embetet i protest mot statsråd Frederik Stang, som i 1852 lot fattigvesent få tutormyndighet, det vil si rett til å begjære innleggelse på asyl (Haukeland, 1995). Dette gikk på tvers av sinnsykeloven av 1848, som satte et skarpt skille mellom sykdom på den ene siden, og sosiale problemer på den andre. Major ante hvilket overbelegg som ville oppstå. Han bestemte seg brått for å emigrere til USA. Dessverre omkom både han og familien på reisen i et tragisk forlis etter en skipskollisjon utenfor kysten av New Foundland 24. september 1854. Norsk psykiatri mistet sin fremste strateg og fagmann i det 19. århundre.

Gunvald Hermundstad
Dælenenggata 29
0567 Oslo
Tlf 906 11 951

Referanser

- Aaslestad, P. (1997). *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler Gaustad 1890–1990*. Oslo: Tano Aschehoug
- Bjerkek, O. P., & Retterstøl, N. (2000). En reforms idealanlegg. *Årbok*. Oslo: Fortidsminneforeningen; 137–155.
- Brochmann, O. (1981). *Bygget i Norge*. Oslo: Gyldendal.

- Goffman, E. (1971). *Asylums*. Harmondsworth: Penguin.
- Hamran, R. (1962). Heinrich Ernst Schirmer og hans plass i norsk arkitekturhistorie. *Årbok*. Oslo: Fortidsminneforeningen.
- Haukeland, R. (1995). Herman Wedel Major. I N. Retterstøl (Red.), *Gaustad sykehus 140 år* (ss. 38–64). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hermundstad, G. (2005). Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl. Del 1: Kallet. *Tidsskrift for norsk Psykologforening*, 41, 3–8.
- Holst, F. (1828). *Beretning, Betænkning og Indstilling fra en til at undesøge de Sinds-svages Kaar i Norge og gjøre Forslag til deres Forbedring*. Christiania: Lehmann.
- Major, H. W. (1845). Forslag til et Sindssyge-Asyl for Norge. *Ugeskrift for Medicin og Pharmacie*, 4, 17, (7–8), 49–64, (9–10), 65–78.
- Major, H. W. (1848). *Indberetning om Sindsyge-Forholdene i Norge i 1846*. Christiania: Schibsted.
- Norberg-Schultz, C. (1992). *Mellom jord og himmel*. Oslo: Pax.
- Retterstøl, N. (Red.). (1995). *Gaustad sykehus 140 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sandberg, O. R. (1857). *Generalberetning fra Gaustad Sindssygeasyl for Aaret 1856*. Christiania: Det Steenske Bogtrykkeri.
- Sandberg, O. R. (1858). *Generalberetning fra Gaustad Sindssygeasyl for Aaret 1857*. Christiania: Det Steenske Bogtrykkeri.
- Sandberg, O. R. (1871). Klinisk Femtenaarsberetning fra Gaustad Asyl. *Norsk Magazin for lægevidenskaben*. Særtrykk.
- Scharffenberg, J. (1916). Herman Majors tilbaketræden fra Gaustad. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 36, 167–170.
- Skålevåg, S. A. (2002). Constructing curative instruments: Psychiatric architecture i Norway, 1820–1920. *History of Psychiatry*, 13, 51 - 68.
- Winge, P. (1917). *Den norske sindssygeret historisk fremstillet*. Tredje bind. Kristiania: Dybwad.

