

Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl

Del 1: Kallet

Dr. Major lyser som en Mira på den norske psykiatriens mørke himmel, en variabel stjerne som i lange perioder trekker seg sammen, men som aldri blir helt borte fra horisonten. Her presenteres hans tanker om «Sindssyges Behandling og Forpleining».

TEKST

Gunvald Hermundstad

PUBLISERT 1. januar 2005

ABSTRACT:

Herman Wedel Major and the construction of Gaustad asylum. Part 1: The calling

The aim of this and a subsequent paper has been to study Norway's first mental hospital, Gaustad asylum, as a discourse-produced norm system. Gaustad was built in 1853–55 and placed in a elevated, romantic location outside of Oslo. The founder, Dr. Herman Wedel Major (1814–1854), was a pioneer in Norwegian psychiatry. Major succeeded in persuading the state authorities to finance the construction of Gaustad asylum. Major undertok several field studies abroad, and the international influence is evident in his writings. Many ideas were borrowed from foreign authorities such as Pinel, Esquirol, Tuke and Jessen. The Age of Enlightenment in Europe saw the birth of a new attitude towards madness. Moral treatment was at its zenith, strong discipline was the ideal, and work was the most commonly used form of therapy.

EMNER

asyl

Behandling

Psykisk

Innledning

Tanken om å tilby sinnslidende et fristed (fr. *asile d'aliénés*) i beskyttende og naturnære omgivelser tilhører den romantiske periode på 1800-tallet. Man hadde en optimistisk tro på nytten av å løfte pasientene ut av et ofte vanskelige hjemmemiljø, og i stedet plassere ham eller henne i vakre, landlige og rolige omgivelser. Sjelen skulle få fred og mulighet til å helbredes. Samtidig hadde sinnssykelegene – uttrykket psykiater var ennå ikke i anvendelse – en baktanke med isoleringen på asyl. Latskap ble ansett som roten til alt ondt, og sinnslidende skulle oppdras til å bli dannede og produktive medlemmer av samfunnet. Gjennom «moralsk Behandling» med fast døgnrytme, hardt

arbeid og oppbyggelige fritidsaktiviteter, skulle pasientene avledes fra hallusinasjoner og vrangforestillinger, bli fornuftige og gradvis opplæres i sunne vaner. Kombinasjon av ansvarliggjøring, oppmuntring og advarsler skulle skape selvbeherskelse og kontroll over følelsene. Man organiserte anstaltene slik at de ansatte skulle være gode forbilder og oppføre seg høflig og respektfullt, men myndig overfor pasientene.

Historisk sett er asylene ikke bare en funksjonell ramme for behandlingsvirksomhet – de uttrykker samtidig en allmenn orden og livstolkning. Sinnslidelsene ble karakterisert som sykdom, men ble i praksis behandlet som moralsk svikt. Botemiddelet var orden og disiplin. Asylpsykiatrien uttrykker epokens dominerende forestillinger om sykdom og sunnhet, galskap og fornuft, arbeid og uførhet, uansvarlighet og straffeskyld. Med innleggelse og behandling skulle grenser for avvik markeres – og normaliteten bevares. Byggingen av Norges første asyl er et godt eksempel på hvordan man den gang tenkte om sinnslidelser generelt, og arkitekturens plass i behandlingen spesielt.

Dårekiste og dollhus

Helt frem til Gaustad ble åpnet i 1855 fantes det ikke asyl her til lands. De gale ble enten tatt vare på av familien, satt på legd på gårder eller var stuert sammen i møkkete dårekister og dollhus (Blomberg, 2002). Dårekiste var en isolatcelle inne i et annet rom, som oftest på et fattighus eller rådhusets kjeller. Dollhus var egne bygg på hospitalene, som fra 1700-tallet var beregnet på «Rasende» og «Afsindige» som forstyrret den offentlige ro og orden. Etter 1814 ble asylbygging en del av nasjonsbyggingen. Gjennom de offentlige institusjonene skulle vi markere vår selvstendighet og vise omverdenen at også nordmenn fulgte med i utviklingen. Resultatet av dette prosjektet ble en nyskapende iscenesettelse av omsorgen for de gale, som i løpet av de neste hundre år vokste til hele 22 asyl med over 7000 senger – den store innsperringens tid (Vold, 1999). Hva var tankene bak byggingen av asyl?

En ildsjel i opplysningens tjeneste

Grunnleggeren av Gaustad asyl var legen Herman Wedel Major (1814–1854). Som arkitekt engasjerte han sin svoger, Heinrich Ernst Schirmer (1814–1887). Målsettingen var ambisiøs: Arkitekturen skulle gå opp i en høyere syntese med det mest moderne innen behandlingsfilosofi. Arkitekten skulle ikke basere seg på tidligere erfaringer, men gå inn i et nært samarbeid med spesialisten på bruksområdet: sinnssykelegen. Det er derfor arkitekttegningene først ble presentert i et medisinsk tidsskrift (Major, 1845).



Herman Wedel Major

Dr. Major var en av de første i Norge som bruke betegnelsen sinnssyk på de gale, og det var et hovedanliggende for ham at sinnssyke skulle ha mulighet til behandling på linje med andre pasientgrupper. Gjennom sine retoriske ferdigheter påvirket Major både vanlige mennesker og beslutningstakere i 1840-årene. I likhet med forgjengeren, dr. Frederik Holst (1822), ga han offentligheten en hjerteskjærende beskrivelse av forholdene for sinnslidende på de syv dollhusene som eksisterte. Som en «flammende agitator» appellerte han til medlidenhet med dem som rammes av psykisk sykdom (Scharffenberg, 1914). Han skrev om «den barbariske Middelalders vankundige Mørke» og hevdet utviklingen var kommet så lang at de aller fleste tilfeller av sinnssykdom kunne helbredes – forutsatt at de sinnslidende fikk adekvat behandling. En forklaring på årsakene til sinnssykdom finnes ikke hos Major, men han mente det var en sammenheng mellom samfunnets syn på galskap og de gales egne opplevelser. Fortidens behandling av sinnssyke hadde forsterket plagene:

«Den frie Tænkning var hæmmet ved Overtroens Magt og Forstanden indhyllet i Vankundighedens og Uvidenhedens Slør; Alles Hjerter opfyldtes af Overtroens Gespenster og Rædsler, hvilke derfor ogsaa for en stor Deel afspeilede sig i de Syges Phantasier, beherskedes deres Tanker, og aabenbaarede sig i deres Ord og Handlinger... Nutiden har lært at indsee og erkjende, at ingen kan være ulykkeligere, ingen fortjene større Medlidenhet og Omsorg end de Sindssyge.» (Major, 1845, s. 50).

Major var et produkt av opplysningsfilosofien på 1700-tallet, spesielt de store psykiatriske reformatorer Philippe Pinel (1745–1826), Etienne Esquirol (1772–1840) og William Tuke (1732–1822). Opplysningstiden medførte et nytt syn både på individ og fremskritt. Den moderne tid innebar en stor tiltro til at alt skulle løses ved hjelp av

fornuften. Medisinerne trodde de fleste mentale sykdommer kunne helbredes ved hjelp av vitenskapelige metoder:

«Et Sindssyge-Asyl har nemlig kun halvt opfyldt sin Bestemmelse ved at afgive et Tilfluktsted for Syge, det maa ogsaa ligesom danne et Brændpunkt, hvori alle videnskabelige Erfaringer kunne samles og forenes i det Lys, som alene kan adsprede det forrige Uvidenhedens, Overtroens og Fordommens Mørke» (Major, 1845, s. 70).

Major mente det var et kall å bli sinnssykelege. I nærmest religiøse termer beskrev han asyllet som et «Tempel, hvor den unge Læge maa modtage Indvielsen i den besværligste og helligste Deel af sit Studium». I likhet med sine forbilder satte han store krav til innsatsvilje og personlige egenskaper hos den som ønsket å bli lege på et asyl:

«Uden en Læge, hvis Tid og Kræfter udesluttende er indviet de Syges Be-handling, i hvis Haand den øverste Ledning af alle Tjenestens Grene er nedlagt, og paa hvem det hele Ansvar for Asyllets Tilstand hviler, kan intet Helbredelses-Asyl for Sindssyge existere. Valget af en saadan Læge bliver derfor et sandt Livsspørgsmaal for en saadan Indretning og neppe nogen anden Embedsmand maa indrømmes enn saa ubegrændset og afgjørende Indflydelse paa alle sine Omgivelser. Men forat han skal kunne anbetroes en saadan Stilling, maa hans hele Liv være fuldkomment bundet til, og hele hans Virken og Interesse udeelt opofret til Asyllets tjeneste.» (Major, 1848, s. 5).

Ved siden av behandling og forskning, skulle legen også være administrerende direktør for en omfattende industri- og håndverksproduksjon, det Goffman (1971) kaller en «totalinstitusjon». Dette begrepet sikter til at de innlagte tilbrakte hele døgnet på samme sted med begrenset kontakt med omverden. Pasientene ble pålagt å utføre de samme aktivitetene: De arbeidet, sov, spiste og tilbrakte fritiden sammen – alt etter et nøye bestemt husreglement. Overlegen måtte selv leve og ånde for asyllet; han skulle bo på området og være tilgjengelig til alle døgnets tider. Disse strenge kravene til legens livsførsel var naturligvis alt for krevende i lengden, men mange administrerende overleger prøvde i tiden etterpå å leve opp til idealene. Hensynet til orden og disiplin preget alle – både innsatt og ansatt.

1848 - Lov om sinnssykes pleie og behandling

Som en av de første i verden, klarte Major i 1848 å få vedtatt en moderne sinnssykelov i tråd med den franske. Året før hadde han overtalte lederen for bondeopposisjonen, gnieren Søren Jaabæk («Neibæk») til å sørge for flertall på Stortinget for å bevilge tilstrekkelige penger til forprosjekteringen av Gaustad. I forslaget til *Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining* (1848) lanserte Major en rekke reformer, som senere ble vedtatt med små modifikasjoner.

Loven omfatter 20 paragrafer, fordelt på fem kapitler. En av hovedhensiktene var at den personlige frihet skulle beskyttes mot urettferdige overgrep. Kvaliteten på behandlingen skulle sikres gjennom statlig godkjenning av alle asyl. For å få autorisasjon måtte asyllet oppfylle bestemte krav. Det første var at pasientene hadde krav på egnet sysselsetting. Sinnssyke skulle ikke lenger settes i fengsel, forbrytere

skulle ikke ta plasser på asyl. Legemlig straff ble forbudt. Innesperring på isolat og bruk av mekaniske tvangsmidler kunne bare anvendes i spesielle tilfeller og over et kortere tidsrom. All bruk av tvangsmidler skulle noteres. Overlegene for asylene skulle levere årlige generalberetninger til medisinalstyrelsen. For å hindre mulige overgrep, skulle det etableres en ordning med kontrollkommisjoner med tre medlemmer som kunne overprøve alle vedtak. Dette var en særegen ordning, uten utenlandske forbilder, noe som hang sammen med lovens særegne rettsstilling i vårt land.

Ethvert asyl måtte ledes av en lege, som skulle ha hånd om både behandling og administrasjon. Det skulle føres behandlingsprotokoll, med detaljerte opplysninger om personalia, en nøyaktig beskrivelse av pasientens somatiske og psykiske tilstand ved innkomst og utskrivning. En helt nødvendig betingelse var at det ikke måtte være tvil om at pasienten virkelig var «Sindssyg». Fordi innleggelse ofte ville skje mot pasientens vilje, ble det stilt krav om personlig undersøkelse av lege før innleggelse. Også pasienter i familie- eller privatforpleining skulle ha tilsyn av lege.

Rettssikkerheten ble forsterket ved at overlegen på asylet fikk rett til å nekte å ta imot pasienter som ikke oppfylte kriteriene. Når pasienten ble erklært frisk, kunne ingen holde ham eller henne tilbake på asylet. De som ikke ble helbredet skulle skrives ut, bortsett fra de som var farlige for seg selv eller den offentlige orden. Overlegen fikk myndighet til å holde sinnssyke tilbake på asylet under bestemte omstendigheter, den såkalte retensjonsretten.

For driftsbudsjettet foreslo loven en blandingsøkonomisk modell. Utgiftene måtte først og fremst dekkes av årlige bevilgninger over statsbudsjettet, men også kommuner og private kunne kjøpe seg plasser. Under Stortingsbehandlingen ble forslaget endret på en del punkter. Kravene til autorisasjon av de gamle dollhusene ble minsket, og fattigvesenet fikk fortsatt ansvar for omsorgen for økonomisk vanskeligstilte sinnssyke. 17. august 1848 ble lovforslaget sanksjonert. Alle instanser: stat, amt, kommuner og privatpraktiserende leger etablerte asyl i tiden etterpå. Vi fikk blant annet «Privat-Asylene» Dr. Rosenbergs- (1862) og Dr. Martens- (1865) i Bergen og Dr. Dedichens (1901) i Oslo. *Lov om Sindssyges Behandling og Forpleining* var så hensiktsmessig at den sto helt frem til 1961, da vi fikk Lov om psykisk helsevern.

Profesjonalisering og økt legemakt

Faglige ideer oppstår alltid innenfor en bestemt samfunnmessig kontekst. Ludvigsen (1998) har påpekt at Major føyer seg inn i en stadig økende profesjonalisering av den offentlige forvaltningen i Norge i det 19. århundre. En profesjon karakteriseres blant annet ved at yrkesutøverne anvender *abstrakt* kunnskap som ingen annen yrkesgruppe besitter. Det gir utøverne både kulturell kapital og juridisk legitimitet. Med Majors forslag til sinnssykelov tilkjempet legeprofesjonen seg makt på bekostning av de tradisjonelle embetsmenn: juristene og prestene. Sinnssykeomsorgen ble heretter atskilt både fra fattigforsorgen og fengselsvesenet. Gjennom systematisk observasjon, statistisk bearbeiding av demografiske variabler, stadig mer differensierte diagnostiske kategorier og nye behandlingsmetoder, skapte psykiaterne orden og oversikt på dette

brokete området. Den akademiske kunnskapen førte til at legeprofesjonen besatt nye autoritetsområder og krevde nye jurisdiksjoner. I det styringssystemet som vokste frem på 1800-tallet ble legene opptatt som en nøkkelressurs. Deres ekspertise ga legitimitet til utviklingen av nye kontrolltiltak. Legene fikk heretter monopol på å kunne definere og behandle en ny avviksgruppe. Kunnskap ga innflytelse – og innflytelse ga makt.

Moralsk behandling

Helt fra ungdomstiden var Major interessert i kjemi, og senere utførte han farmakologisk forskning på Universitetets nye laboratorium. Likevel finner vi at medisinsk behandling i snever forstand har liten plass i hans skrifter. I stedet var han en ivrig tilhenger av «moralsk Behandling». Begrepet *traitement morale* ble brukt første gang i 1765 av den franske lege Joseph Daquin (1732–1815), og metoden fikk raskt stor utbredelse i Europa. Lat. *mores* betyr opprinnelig skikker i samfunnet, sedelighet på norsk. Moralsk er et samnavn på de sedelige grunnsetningene som gjelder i et bestemt samfunn til en bestemt tid, med andre ord felles leveregler. Jeg vil kort definere moralsk behandling som opplæring i skikk og bruk. Det dreide seg om trening i dagliglivets ferdigheter som personlig hygiene, konversasjon, bordmanerer, høflighet, gudfryktighet osv., selv om Major nedbetonte det religiøse aspektet. For Major var moralsk behandling en betegnelse på systematisk «psychisk» tilnærming til sinnslidende. Vi kan betegne ham som Norges første miljøterapeut. Innbakt i det moralske behandlingsparadigmet lå det tre hovedtiltak:

- Isolering av pasientene på et egnet sted
- Klassifikasjon i forhold til sykdomsgrad og sosial bakgrunn
- Arbeid som den viktigste del av behandlingen

Denne tilnærmingen springer ut av dominerende forestillinger i epoken. Fra bekjempelsen av lepra (spedalskhet) hadde legene erfart hvor viktig det var å isolere smittede pasienter fra omgivelsene for å hindre sykdommer fra å spre seg. For å gi riktig behandlingstilbud hadde legene en lang tradisjon for å dele pasientene opp i ulike sykdomsgrupper. Fra merkantilismen hadde man ideen om arbeidet som selve meningen med livet.

Isolering i pittoreske omgivelser

Planleggingen krevde et helhetssyn som inkluderte beliggenhet, estetiske hensyn, avdelingsstruktur og sanitære forhold. Faglig var Major påvirket av professor Peter Willers Jessen (1793–1875), som han hadde besøkt flere ganger på det statlige Hornheim asylet i Slesvig, den gang under Danmark. Første gang var i 1842, da Major ledsaget sin forlovede til innleggelse (Scharffenberg, 1914). I 1843 og 1844 foretok han to studiereiser alene blant annet til Slesvig. Det var under det siste oppholdet han skrev det skjellsettende *Forslag til et Sindssyge-Asyl for Norge* under veiledning av professoren (Major, 1845). Jessen var motstander av den utstrakte bruk av tvangsmidler i sinnssykepleien, selv om han aksepterte fysisk makt i nødsituasjoner. Han betonte

videre den positive effekten av miljøskifte for å hindre pasientene fra den skadelig innflytelse fra bylivet, samtidig som borgerne slapp smitte fra de «moralsk Syge». Major delte Jessens oppfatning av den landlige lokaliseringen av asyllet. De sinnssyke måtte ha det vakkert og fredelig:

«Ligesom Alt i Asyllets Indre gaaer ud paa ved et regelmæssigt og stille Liv at indvirke beroligende og velgjørende paa de Syges Sjæl, saaledes maa ogsaa de ydre Omgivelser staae i Samklang hermed. Asyllet maa ligge i en rolig og venlig Egn, der i fuldt Maal tilbyder alle Landlivets frie, sunde og opmuntrende Adspredelser og Beskjæftigelser.» (Major, 1845, s. 69).

Gaustad representerer den pittoreske asyltypen i norsk psykiatri. Tomten ligger i et mildt, kultivert landskap. En behagelig utsikt skulle muntre opp de sykes sinn: «Ro og Stilhed er et Middel ved deres Behandling», som Major sa det. Fri beliggenhet med frisk luft, god utsikt, sollys og lite støy var en helt nødvendig betingelse. Parken mellom paviljongene åpner seg ut mot omgivelsene, og hele komplekset tar hensyn til landskapets form. Plasseringen av anlegget med skog på tre kanter, bare den offisielle sørfasaden åpnet opp mot byen og sivilisasjonen, understreker det tilbaketrukne preget. Implisitt i stedsvalget lå mytiske forestillinger om landlig skjønnhet, naturopplevelse og nøysomhet. Stedsvalget kan betraktes som en allegori for sunt liv. Lys og luft fungerte som renselsesmetaforer. Gjennom det klare lyset, skulle pasientenes formørkelse erstattes med opplysning og innsikt. Frisk luft skulle drive ut bedervede ånder og gi sjelen ny inspirasjon.



Gaustad Asyl rundt 1885. Tegning av Wilhelm von Hanno.

31. august 1847 gikk regjeringen inn for at staten skulle kjøpe eiendommen Gaustad gård i Vestre Aker for 5200 Speciedaler. Utsikten fra Gaustad sørlige og vestlige deler passet godt med forestillingen om et tilbaketrukket fristed. Herfra kunne de «Ulykkelige» se ned på den bykjernen, men ikke bli sjenert av byens larm. I 1850 bevilget Stortinget den nette sum av 152 000 Speciedaler til byggingen, og entreprenørene kunne starte opparbeidelsen av tomten.

Oppheving av familiekonflikter

Major hadde en annen baktanke med å få innlagt sinnssyke på asyl. Han visste hvordan alle parter i en familie kan hisse seg opp og bli ampre når et medlem oppfører seg irrasjonelt. Det var en terapeutisk oppgave å skjerme pasienten fra den negative og sykdomsopprettholdende atmosfære i den sykes nærmeste familie:

«De Sindssyge, hvis Forstand er mere eller mindre angrebet, og hvis Gemyt er sygeligt forstemt, leve i en evig Opposition og Strid med deres Omgivelser og med hele den ytre Verden. Især vække de Personer, som nærmest omgive dem, deres Vrede. De indstændigste Bønner, den ømmeste Tale, hvormed man vil berolige dem, ansee de for de bittreste Fornærmelser; den bestandige Aarvaagenhed, hvormed man er nødt til at pleie dem, forekommer dem som den utaaleligste Tvang og Forfølgelse. En eiendommelig Ængstelse og Mistænkelighed, der udgjøre Hovedtrækket i disse syges Character, lade dem overalt ahne Complotter, Forfølgelser og Ondskab, og bringe dem til at betragte Familie og Venner som de argeste Fiender... Ofte ligger Sygdommens egentlige Aarsag i Familie-Livet selv, i huuslige Kummer, Uenighed, Iversyge o.s.v., og Bortfjernelsen fra disse Omgivelser er da det kraftigste Helbredelsesmiddel.» (Major, 1845, s. 61–62).

Innleggelse på asylet skulle løfte pasienten ut av familiære bekymringer og skape en avstand til belastede og belastende pårørende. Omsorgsovertakelsen skulle gi tid til refleksjon som ville gjøre det mulig å få et annet perspektiv på konfliktene. Behandlerne skulle systematisk bruke tiden under oppholdet til å påvirke pasientens atferd:

«Som vi have seet, ere de Sindsyge ikke berøvede al Sensibilitet eller Intelligens. Idet de nu pludseligt rives ud fra de gamle, og bringes under aldeles nye Omgivelser, tage disse med Magt deres Opmærksomhed i Besiddelse, sysselsætte i høi Grad deres Tanker. Og bryde saa at sige deres Delirium... Efterhaanden vil det hele indre Liv, som hersker i Asylet, imponere dem ved sin rolige Orden og umærkelig føre dem med sig i Asylets stille, regelmæssige, maskinartede Gang. Der er Ingen, som søger at skrække dem ved tordnende Befalinger, eller bevæge dem ved forgjæves Anmodninger og Forestillinger; der er derimod en mægtig Lov, som aabenbarer sig i alle deres Ulykke-Brødrers Opførsel og Exempel» (Major, 1845, s. 62).

Friskere pasienter skulle være rollemodeller for de nyankomne syke, men Major ville likevel ikke gå så langt som Pinel, som hadde ansatt tidligere pasienter som behandlere på Bicêtre og Salpêtrière i Paris.

Klassifikasjon

Hvis isolering på asyl skal ha en positiv effekt, måtte hver avdeling bestå av likesinnede. Major fremhevet sterkt at «Classeindeling» var en forutsetning for et godt behandlingsresultat. Dette begrepet dreide seg ikke om nosologisk plassering av pasienter ut fra ulike psykiatriske diagnoser. Differensieringen handlet om å holde orden og hygiene og skjedde etter tre akser:

- Kjønn

- Grad av atferdsavvik
- Sosial bakgrunn

I Majors forslag ser vi hvordan datidens syn på bluferdighet, ærbarhet og rangorden finnes innbakt som en selvfølgelig forutsetning for organiseringen av avdelingene.

Ære og bluferdighet

Erfaringer fra de dollhusene og fattighusene hadde gjort Major betenkt over kjønnsblandede anstalter for denne pasientgruppen. På noen av dollhusene omgikk både pasienter og voktere av begge kjønn hverandre uten restriksjoner, og det hadde ført til pirring, opphisselse, usedelighet, til og med uønskede graviditeter:

«Iblandt de Mennesker, hos hvem alle dyriske Tilbøieligheder og Lyster saa ofte fremtræde uden alle de Baand, hvormed de i den sunde Tilstand regjeres og styres, der bliver det ligesaa nødvendigt i human Henseende, for at overholde Orden og Velanstændighed, som i lægevidenskabelig Henseende, for at undgaae de idelige Anledninger til en skadelig Incitation, at de forskjellige Kjøen i Regelen leve separerede og fuldkomment adskildte.» (Major, 1848, s. 3–4).

Denne erfaringen førte til at Gaustad låste dørene, mellombygningene stengte for blikkontakt og til sammen utgjorde dette et fysisk «kyskhetsbelte» mellom kjønnene. Dette betyr ikke at seksualiteten eksisterte som en patogenetisk faktor i Majors kliniske tenkning, men ikke desto mindre ble hele anstalten organisert i forhold til sex. «Laster», «Udesvævelser», «Sandslighed» og «dyriske Drifter» var farlige og måtte bekjempes med fysiske begrensninger og moralske forbud. Det var ikke bare menn som måtte reguleres. Kvinner ble ansett som et kjønn som lett lot seg forføre. Liksom uanstendige barn eide de kvinnelige pasientene ikke hemninger, legene turte ikke la dem møte det motsatte kjønn uten oppsyn av personalet. Også masturbasjon ble strengt overvåket. Gaustads første overlege, Ole Rømer Sandberg (1871) skriver at han betraktet onani som en av de viktigst årsakene til sinnssykdom. Han gikk personlig rundt hver uke og inspiserer de mannlige pasientenes lakener for å eventuelt finne spor av sæd.

Avvikende atferd

Det andre differensieringsprinsippet hos Major var «abnorme Tilbøieligheder» og «Urolighed». Hoveddistinksjon var om den sinnssyke var i stand til å oppføre seg som det sømmer seg i det daglige liv, eller om han eller hun utagerte sine mer eller mindre sære vaner og aparte fantasier:

«Først maa det hele Asyl deles efter Kjønnnet i to Hoveddele, hvilke begge dernæst inddeles i følgende fire Classer: *Første Classe* for de Rolige og Anstændige samt for Rekonvalescenterne. *Anden Classe* for de Patienter, som ved bestandig Urolighed, abnorme Tilbøieligheder eller eiendommelige Vaner ere uskikkede til Samliv og besværlige for Andre. *Tredie Classe* for de larmende, voldsomme trodsige og farlige Syge. *Fjerde Classe* for de i Urenlighed og Utugt nedsunkne Syge.» (Major, 1845, s. 63).

Vi kjenner igjen den noenlunde samme avdelingsstrukturen i dag, med skjermet avsnitt, akutt-, intermediær- og rehabiliteringsavdelinger. Vi ser samtidig at det ikke var en institusjon for landets elite Major ville bygge opp. Han inkluderte de aller svakeste og ga dem en selvfølgelig plass i systemet.

Forskjellige dannelsesstrinn

Major mente klassifikasjonen også måtte ta hensyn til pasientenes bakgrunn og utdanning:

«Desuden er der et andet Inddelings-Motiv, som her maa komme i Betragtning, nemlig de Syges forskjellige Dannelses-Trin; thi imellem dem, der fra Barndommen af have modtaget en omhyggelig Opdragelse og videnskabelig Dannelse, og den udannede Masse af Folket existerer en saa væsentlig Forskjel, med Hensyn paa den tilvandrede Leveorden og Begreberne om personligt Velvære, at det vilde være lige uheldigt og unaturligt for begge Parter, om man her vilde bringe dem under aldeles de samme Forholde med Hensyn paa Bolig, Bispisning, Selskabelighed og Beskjæftigelse.» (Major, 1845, s. 63).

Skarp sosial lagdeling tilhørte tidsepoken. Det er interessant å legge merke til at distinksjonene vedrørende stand bare gjelder for de «Rolige». Differensieringen opphørte i det øyeblikk pasienten mistet evnen til selvkontroll og kom under definisjonen av «Besværlige», «Voldsomme» og «Urenlige». Da stilte alle likt og ble plassert i samme bås. Sosial tilhørighet og utdanningsnivå ble opphevet som klassifikasjonsprinsipp når pasientene gikk over streken for sunn fornuft og ble bisarre eller voldsomme. Uansett klasse ble da alle «urolige» behandlet likt og enten isolert på celle, satt i tvangsstol eller lagt i tvangstrøye.

Arbeidsterapi

Den viktigste moralske behandlingsformen var arbeidsterapien. De sinnssykes kaotiske livsførsel skulle rettes opp gjennom strukturerte dagsplaner og organisert arbeidsvirksomhet. Gjennom regelmessighet skulle pasientene oppdras til utholdenhet og selvdisiplin. Ved å bygge opp sunne leveregler og gode vaner, ville Major erstatte aparte handlinger, vrangforestillinger og fantasiflukt:

«Et tredje Middel, der paa engang virker baade som Correctiv- og som Helbredelsesmiddel, er *Arbeide*. De Sindssyge føle som oftest en heftig, skjøndt i flere Henseender abnorm, Tilbøielighed til Bevægelse og Beskjæftigelse. Denne Tilbøielighed maa ingenlunde undertrykkes, men tværtimod næres og ledes efter en bestemt Plan... En passende Beskjæftigelse bidrager desuden betydeligt til at forminske den vedvarende Exaltation i det hele Nervesystem og forskaffer de Syge en rolig Søvn, hvilken de ellers ofte mangle. Under Arbeidet virke de intellectuelle Kræfter i en bestemt Retning, Opmærksomheden ledes bort fra sygelige Ideer, den vilde Phantasie hæmmes i sin Flugt og det ømfindtlige og smertefulde Gemyt forfriskes og beroliges... Den Ondskabsfuldhed, Trættelyst, Lumskhed og de utallige Luner, hvormed de besvære hinanden indbyrdes og som gjør Opsynet over dem saa vanskelig, forsvinde

lidt efter lidt og give Plads for et muntert Lune og en venlig Sindsstemning.» (Major, 1845, s. 64).

Hvilken type beskjeftigelse som passet varierte selvsagt med den enkelte pasients ferdigheter, innstilling og tilstand. Major mente at gårds- og hagearbeid var godt egnet for de fleste, fordi det var både lystbetont og ufarlig. Mange av pasientene kom fra bygdene og var vant med å jobbe på jordene. På Gaustad hadde man gårdsbruk, med fjøs, stall, låve og vedskjul. Pløying, våronna og innhøsting ble for en stor del utført av de innlagte. I skogen drev pasientene under tilsyn hogst og vedkløyving. Fra hagen høstet de frukt som ble saftet. Inne på asylet hadde de innlagte syrom, vevestue, snekker- og skomakerverksted. Det varierte hvor mye arbeid hver enkelt ble forventet å klare og var interessert i. De formuende på første klasse slapp å arbeide i det hele tatt, men ble oppfordret til å delta i håndarbeidsaktiviteter, lesing, biljard og musisering. De fattigere måtte yte etter evne, om sommeren med gårdsarbeid, om vinteren spinning og strikking, renhold, kontorarbeid, snekker- og steinhuggerarbeid.

Disiplinering og stimatisering

Ericsson (1974) har påvist at personalet var utsatt for den samme strenge arbeidsmoralen som de aller fleste av pasientene. I forhold til i dag var det svært lange vakter. Arbeidsdagen startet klokken seks og varte til klokken ni om kvelden. Arbeidstiden for de ansatte var gjennomsnittlig 70 timer i uken helt frem til 1915, da åttetimersdagen ble innført. Forholdstallet mellom personale og syke var en til åtte. Lønnen var heller ikke mye å skryte av, spesielt ikke for «Vogterskene», som bare fikk halvparten av sine mannlige kolleger (uttrykket «pleier» var ennå ikke tatt i bruk). Mange av de ansatte bodde i sovesaler eller små hybler på loftet, mens overlegen hadde sin egen frittstående villa på området. Arbeidsterapien bekreftet det samfunnmessige hierarkiet. Overklassen fikk konsolidert sin økonomiske og sosiale overlegenhet, mens pasienter fra de arbeidene klasser gjennom øvelse og gjentakelser ble trent til å forstå forbindelsen mellom inntjening og tilfredsstillelse av primærbehov.

I *Galskapens historie* (1973) skriver Foucault at asylbyggingen er et resultat av en gradvis sosial utskillelse av gale som egen avvikskategori. Det var først på 1700-tallet det oppsto ideer om en alminnelig internering og oppdragelse av de gale. Før var galskap bare et samfunnsproblem i den grad den gale forstyrret den offentlige ro og orden. På 1800- og 1900-tallet foretok psykiatrien en utstøtning av medmennesker som vi aldri har sett maken til. Som samfunnsmedlemmer trenger vi alltid noen å projisere dårlige egenskaper på, og i denne perioden var det de gale som bar denne syndebukkfunksjonen. Foucault påpeker at det ligger det en betydelig makt i å definere andre som unormale. Denne definisjonsmakten ligger fortsatt som et innbygget premiss i psykiatrien som vitenskap. Egentlig dreier det seg om en normativ sosial kontroll. I det moderne samfunn arbeider staten kontinuerlig med å forme oss. Vi påvirkes til å adlyde øvrighetens påbud og forbud umiddelbart og automatisk, uten å reflektere. Foucault kaller denne vitensmakten for diskursive regimer. I stedet for å feste maktbegrepet til lover og institusjoner, lokaliserer han makt til de

virkelighetskonstruksjoner som styrer vår tanke, vårt blikk og vår gjerning. Hvilke klassifikasjonsprinsipper som skal gjelde som «kompetent» innenfor psykiatrien gir definisjonsmakt på psykiatrifeltet. Det dreier seg om profesjonsidentitet, og Major sørget for at legene heretter ble den viktigste gruppe innen feltet.

Gunvald Hermundstad

Dælenenggata 29

0567 Oslo

Tlf 906 11 951

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 1, 2005, side 3-8

TEKST

Gunvald Hermundstad

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Blomberg, W. (2002). Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550-1850. Oslo: Universitetsforlaget.

Ericsson, K. (1974). Den tvetydige omsorgen. Oslo: Universitetsforlaget.

Foucault, M. (1973). Galskapens historie. Oslo: Gyldendal.

Goffman, E. (1971). Asylums. Harmondsworth: Penguin.

Hermundstad, G. (2005). Herman Wedel Major og byggingen av Gaustad asyl. Del 2: Arkitektur. Tidsskrift for norsk Psykologforening, 42, 9-13.

Holst F. (1822). Beretning om Oslo Dollhuses nuværende Tilstand, samt Wink til sammes hensigtsmæssigere Indretning og Forslag til Oprettelsen af en ny Helbredelsesanstalt for Sindssvage. Budstikken - Et ugeblad af statistisk-oekonomisk og historisk Indhold; 3 (75/76), 595-608, (77/78), 610-624, (79/78), 649-656.

Ludvigsen, K. (1998). Kunnskap og politikk i norsk sinnssykevesen 1820-1920. Doktorgradsavhandling. Rapport nr. 63. Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.

Major, H. W. (1845). Forslag til et Sindssyge-Asyl for Norge. Ugeskrift for Medicin og Pharmacie, 4 (7-8), 49-64; 17, (9-10) 65-78.

Major, H. W. (1848). Indberetning om Sindsyge-Forholdene i Norge i 1846. Christiania: Schibsted.

Sandberg, O. R. (1871). Klinisk Femtenaarsberetning fra Gaustad Asyl. Norsk Magazin for lægevidenskaben. Særtrykk.

Scharffenberg, J. (1914). Herman Major. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 34, 201-211.

Vold, B. (1999). Den store institusjonsbyggingen. Samfunnsspeilet, 1, 6-12.